



Universitetet
i Stavanger

FAKULTET FOR UTDANNINGSVITENSKAP OG HUMANIORA

MASTEROPPGAVE

Studieprogram: Master i Idrettsvitenskap

Vårsemesteret, 2023

Forfatter: Lena Langeland

Signatur: _____

Veileder: Førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren

Tittel på masteroppgaven: Helse- og treningspersonells observasjoner av og erfaringer med symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen

Engelsk tittel: Health and exercise professionals' observations of, and experiences with, symptoms of muscle dysmorphia in the Norwegian population

Emneord:

Muskeldysmorfi, helsepersonell,
treningspersonell, forebygging

Antall ord: 24896 (eksl. sammendrag, forord,
oversiktslister og referanser)

Antall vedlegg/annet: 7 vedlegg

Stavanger, 01.06.23

Forord

I skrivende stund føles det som et lite kapittel i livet avsluttes. Et kapittel som student, som har vært både lærerikt, spennende og givende. To år som masterstudent ved UiS har fostret mine interesser for idrett, psykologi, helse, og ikke minst forskning. De siste to årene har vært utfordrende, men i positiv forstand. Jeg håper med denne oppgaven å kunne sette fokus på et tema som behøver mer oppmerksomhet, øke lesernes kunnskap om muskeldysmorfi og inspirere til videre forskning på gjeldende tema.

Jeg ønsker å rette en takk til deltakere i pilotintervju og -spørreundersøkelsen, som tok seg tid og bidro med en rekke gode, grundige tilbakemeldinger og forbedringer. Videre ønsker jeg å takke alle som svarte på spørreundersøkelsen, til alle som har vist interesse ved å dele denne, og ikke minst til de syv deltakerne som tok seg tid i en travel desember til å bli intervjuet. Dere kom med en rekke interessante, nyttige og viktige perspektiver og erfaringer.

Avslutningsvis vil jeg bruke denne anledningen til å virkelig gi en stor takk til min veileder, Sebastian S. Sandgren, for en eksepsjonelt god oppfølging og veiledning. Takk for at du gjennom hele prosessen har bidratt med raske, detaljerte og kunnskapsrike tilbakemeldinger. Ditt engasjement og din kunnskap er både inspirerende, og ikke minst viktig for å fremme behovet for mer forskning om muskeldysmorfi.

Tusen takk,
Lena Langeland

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning viser at symptomer på muskeldysmorfi er bekymringsverdig til stede i befolkningen, særlig blant unge menn som trener på treningssenter. Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken kjennskap og erfaring helse- og treningspersonell har med observasjon av symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen.

Metode: «Mixed method» ble brukt i denne studien, som inkluderte et elektronisk spørreskjema (n = 204) og kvalitativt forskningsintervju (n = 7). Spørreskjemaet «Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire» (MDOQ) ble utviklet og testet. Det ble gjennomført en eksplorativ faktoranalyse (EFA) og ikke-parametriske tester av det kvantitative datasettet, og en tematisk analyse av kvalitativ data.

Resultat: En eksplorerende faktoranalyse identifiserte en fire-faktor struktur for MDOQ. Symptomer knyttet til bruk av kosttilskudd, og unnvikelse og regeldrevet atferd observeres hyppigst, mens symptomer knyttet til dopingbruk og misnøye med egen muskularitet observeres sjeldnere. Resultatene viser at treningspersonell og helsepersonell uten autorisasjon observerer symptomer på muskeldysmorfi oftere enn helsepersonell med autorisasjon. Helsepersonell med autorisasjon scorer også lavest på opplæring/utdanning innen muskeldysmorfi og evne til å identifisere symptomer. Fem hovedtema og to underkategorier ble trukket frem i kvalitativ analyse av intervjuene. Resultatene belyser utfordringer som manglende kompetanse, manglende rutiner, konfrontasjonsvegning og usikkerhet knyttet til identifisering av symptomer på muskeldysmorfi.

Konklusjon: Helse- og treningspersonell observerer symptomer på muskeldysmorfi i varierende grad. Det er kritisk at helsepersonell med autorisasjon øker sin kunnskap og kompetanse da personer med muskeldysmorfi ofte oppsøker hjelp for komorbide lidelser. Treningspersonell og helsepersonell uten autorisasjon har også et svært viktig ansvar i forebyggingsarbeid.

Nøkkelord: Muskeldysmorfi, helsepersonell, treningspersonell, forebygging

Abstract

Background: Research indicates that symptoms of muscle dysmorphia are disturbingly present, particularly among young males invested in weightlifting activities. The purpose of this study was therefore to investigate health and exercise professionals' observation of, and experiences with, symptoms of muscle dysmorphia in the Norwegian population.

Method: Mixed method was used in this study, including an electronic survey (n = 204) and qualitative interview (n = 7). The Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire (MDOQ) was developed and tested. An exploratory factor analysis (EFA) and non-parametric tests of the quantitative data set were carried out. Thematic analysis were used to analyze the qualitative data.

Results: An exploratory factor analysis identified a four-factor structure for MDOQ. Symptoms related to the use of dietary supplements, and avoidance and compulsive behavior are observed most frequently, while symptoms related to anabolic steroid use and muscle dissatisfaction are observed less frequently. Results indicates that exercise professionals and health professionals without authorization observe symptoms of muscle dysmorphia more frequently than health professionals with authorization. Health professionals with authorization also score the lowest on schooling/education related to muscle dysmorphia and ability to identify symptoms. Five themes and two subcategories were highlighted in the qualitative analysis. Results from the qualitative interviews identify challenges such as insufficient knowledge, routines, refusal of confrontation and insecurity related to the identification of symptoms of muscle dysmorphia.

Conclusion: Health and exercise professionals' observations of and experience with symptoms of muscle dysmorphia varies. It is crucial that licensed health professionals increase their knowledge, as people with muscle dysmorphia often seek help for comorbid disorders. Exercise professionals and health professionals without authorization also have an important responsibility in prevention.

Key words: Muscle dysmorphia, health professionals, exercise professionals, prevention

Innholdsfortegnelse

Forord	II
Sammendrag	III
Abstract	IV
Liste over forkortelser	1
Definisjoner av ord og begreper	2
1.0 Innledning	4
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	7
1.2 Begrensning og avgrensning	7
1.3 Oppgavens oppbygning.....	7
2.0 Teoretisk fundament	8
2.1 Kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi.....	8
2.2 Symptomer på muskeldysmorfi	9
2.3 Konsekvenser av muskeldysmorfi	10
2.4 Hva bidrar til at personer utvikler muskeldysmorfi?	11
2.4.1 Kjønnssavhengig kroppsideal gjennom historien	12
2.5 Kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi i den norske befolkningen	13
2.6 Kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi på verdensbasis	14
2.7 Intervensjoner og behandling av muskeldysmorfi	16
3.0 Metode og analyse	18
3.1 Metodisk tilnærming	18
3.1.1 Design.....	19
3.1.2 Kvantitativ metode	19
3.1.3 Kvalitativ metode	20

3.2 Utvalg	21
3.2.1 Utvalg i kvantitativ datainnsamling	22
3.2.2 Deltakere i kvalitativ datainnsamling.....	22
3.3 Prosedyrer.....	23
3.4 Instrument.....	24
3.4.1 Spørreundersøkelsen	24
3.4.2 Instrumentets validitet og reliabilitet (Spørreskjema).....	25
3.4.3 Intervjuguiden	27
3.4.4 Instrumentets validitet og reliabilitet (Intervju)	27
3.5 Analyse.....	29
3.5.1 Statistisk analyse	29
3.5.2 Tematisk analyse	30
3.6 Forskningsetiske overveielser	31
3.6.1 Fritt, informert samtykke.....	31
3.6.2 Anonymitet.....	32
3.6.3 Direkte og indirekte berørte	32
4.0 Resultat.....	33
4.1 Resultat fra spørreundersøkelse	33
4.1.1 EFA: Faktorstruktur	33
4.1.2 Observerte symptomer	36
4.1.3 Forskjell i observasjon av symptomer mellom yrkesgrupper	37
4.1.4 Forskjell i opplæring/utdanning tilknyttet muskeldysmorfi mellom yrkesgrupper	38
4.2 Resultater fra intervju.....	40
4.2.1 Hovedtema 1: Opplæring og utdanning knyttet til muskeldysmorfi.....	40
4.2.2 Hovedtema 2: Erfaringer med symptomer og konsekvenser	42
4.2.2.1 Undertema 2.1: Symptomer på muskeldysmorfi.....	42
4.2.2.2 Undertema 2.2: Konsekvenser av muskeldysmorfi.....	45
4.2.3 Hovedtema 3: utfordringer ved identifisering og tilnærming	46
4.2.4 Hovedtema 4: Forebygging av muskeldysmorfi	48
4.2.5 Hovedtema 5: Intervensjoner og behandlingsmetoder av muskeldysmorfi	51
5 Diskusjon.....	55

5.1 Helse- og treningspersonells observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi.....	55
5.1.1 Forskjell i observasjoner på muskeldysmorfi mellom helsepersonell med autorisasjon, helsepersonell uten autorisasjon, og treningspersonell.....	60
5.2 Opplæring og utdanning om muskeldysmorfi for helse- og treningspersonell.....	62
5.3 Forebygging av muskeldysmorfi.....	64
5.4 Intervensjoner for, og behandling av, muskeldysmorfi.....	67
5.5 Metodisk diskusjon	69
5.5.1 Studiens styrker	69
5.5.2 Studiens svakheter.....	71
5.6 Anbefaling for videre forskning.....	72
6 Oppsummering og konklusjon.....	73
7.0 Referanser	74
Liste over tabeller.....	88
Liste over figurer.....	89
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv (Kvalitativ datainnsamling)	90
Vedlegg 2 – Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire (MDOQ).....	94
Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	128
Vedlegg 4 – Vurdering av NSD (Kvantitativ datainnsamling)	133
Vedlegg 5 – Vurdering fra NSD (Kvalitativ datainnsamling).....	134
Vedlegg 6 – Vurdering av REK	136
Vedlegg 7 - Risikovurdering.....	138

Liste over forkortelser

BK: Bruk av kosttilskudd

BMI: Body Mass Index (kroppsmasseindeks)

DIB: Dopingbruk og intensjon til bruk

DSM-5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

EFA: Exploratory factor analysis (eksplorerende faktoranalyse)

ES: Effektstørrelse

HMA: Helsepersonell med autorisasjon

HUA: Helsepersonell uten autorisasjon

M: Gjennomsnitt

MASS: Muscle Appearance Satisfaction Scale

MCAR: Missing Completely At Random

MDDI: Muscle Dysmorphia Disorder Inventory

MDOQ: Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire

MEM: Misnøye med egen muskularitet

N: Antall/utvalgsstørrelse

SD: Standardavvik

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TFP: Treningsfaglig personell

URA: Unnvikelse og regeldrevet atferd

Definisjoner av ord og begreper

Doping = Refererer til bruk av anabole androgene steroider eller andre ulovlige prestasjonsfremmende midler.

Helsepersonell = Kategoriseres i denne studien i to grupper; helsepersonell med autorisasjon og helsepersonell uten autorisasjon. Autorisert helsepersonell gjelder personer som har autorisasjon i Norge etter §48a eller lisens etter §49 (Helsepersonelloven, 1997), som eksempelvis lege, psykolog eller fysioterapeut. Helsepersonell uten autorisasjon gjelder andre personer som arbeider innenfor helsefremmende og/eller -forebyggende arbeid i helse- og omsorgssektoren eller i annen privat/offentlig sektor.

Intervensjon = Intervensjon betyr innblanding eller å gjøre inngrep. I psykologi snakkes det ofte om sosiale, kognitive, terapeutiske eller medisinske påvirkningsstrategier for å bedre personers fungering med problemer.

Komorbide lidelser = Forekomst av flere ulike lidelser samtidig hos samme person (Hem, 2020, s. 1).

Kroppsbilde = Kan defineres som en persons oppfatning, tanker og følelser om egen kropp (Grogan, 2021, s. 4).

Kroppsdysmorfisk lidelse = Kroppsdysmorfisk lidelse kjennetegnes av en overopptatthet av feil eller mangler ved eget utseende, som fører til overdreven repeterende atferd som sammenligning med andre eller hyppige speilsjekk (APA, 2013, s. 243).

Kroppsideal = En kroppstype som fremmes innenfor en kultur og media som den mest attraktive og mest passende når en persons kjønn, alder og rase tas i betraktning (APA, 2023, s. 1).

Muskeldysmorfi = Muskeldysmorfi er en psykologisk tilstand som innebærer at individet er svært opptatt av at egen kropp er for liten, og utilstrekkelig muskulær (APA, 2013, s. 243).

Observasjoner = Bemerkelser basert på hva en har sett eller blir fortalt.

Spiseforstyrrelser = Er en samlebetegnelse for en rekke psykiske lidelser, hvor symptomene relateres til en persons forhold til mat, kropp og vekt (Helsedirektoratet, 2017, s. 1).
DSM-5 skiller mellom lidelsene anoreksia nevrosa, bulimia nevrosa, overspisingslidelse og uspesifiserte spiseforstyrrelser, med tilhørende kriterier for diagnostisering (APA, 2013, s. 315).

Treningspersonell = Innebærer personer som arbeider innenfor trenings- og helsevirksomhet som eksempelvis personlig trener, rådgiver eller trener.

Tvangslidelse = Tvangslidelse er en psykisk lidelse karakterisert av absurde, gjentakende og ukontrollerte tanker som kan gi en følelse av angst, som etterfølges av tvangshandlinger for å dempe angsten (Gaikwad, 2014, s. 3).

Vestlige land = Vestlige land referer i denne studien til land med kulturelle, samfunnsmessige og politiske likheter, og inkluderer blant annet land i Vest-Europa, USA, Canada og Australia.

1.0 Innledning

Vitenskapelig litteratur knyttet til kroppsbildeforstyrrelser har tidligere vært forbeholdt kvinner, og ønsket om en slank kropp (Grogan et al., 2008, s. 16). Med et samfunn og en kultur som stadig er i endring, og vitenskapens visjon om å være oppdatert, har det derimot de siste tiårene vært en økende interesse for kroppsbildeforstyrrelser og spiseforstyrrelser både hos menn og kvinner (Arkenau et al., 2020, s. 1284; Grogan et al., 2008, s. 16). En rekke studier indikerer at bekymringer om kroppsbilde varierer mellom kjønn, hvor muskelmasse i hovedsak er menns bekymring, mens vekt og kroppsfasong er kvinners største bekymring (f.eks. Hoffmann & Warschburger, 2017, s. 142; Kelley et al., 2010, s. 75). Forskning trekker frem den atletiske kroppformen, med tydelige muskler og lav fettprosent, som idealet for vestlige menn (Oehlhof et al., 2008, s. 310; Sæle et al., 2021, s. 5; Tiggemann et al., 2007, s. 19). Fra et ekstremt, og i noen tilfeller urealistisk, ønske om å blant annet øke muskelmasse, har man sett utviklingen av alvorlige psykiske lidelser (Pope et al., 1997, s. 550; Sandgren & Lavalley, 2018, s. 211).

I en studie av Pope et al. (1993, s. 406) ble fenomenet «reversed anorexia» introdusert, som en lidelse der individer ser seg selv som mindre muskuløse enn det som i realiteten er tilfellet. I en påfølgende studie av Pope et al. (1997, s. 548) ble derimot muskeldysmorfi introdusert. Muskeldysmorfi er en psykologisk tilstand som har fått mer oppmerksomhet de senere årene, og som i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) er klassifisert som en kroppsdysmorfisk lidelse (American Psychiatric Association [APA], 2013, s. 243). Kroppsdysmorfisk lidelse kjennetegnes av en overopptatthet av feil eller mangler ved eget utseende, som fører til overdreven repeterende atferd som sammenligning med andre eller hyppige speilsjekk (APA, 2013, s. 243). Muskeldysmorfi innebærer at individet er svært opptatt av at egen kropp er for liten, og utilstrekkelig muskulær. Individer med en kroppsdysmorfisk lidelse er særlig opptatt av feil med eget utseende, som bidrar til at de føler seg mindre attraktive og unormale (APA, 2013, s. 243). Kriteriet for muskeldysmorfi innebærer et særlig fokus på muskularitet, i motsetning til andre aspekter ved utseende som for eksempel hud, nese, hår og lignende som er tilfellet ved kroppsdysmorfisk lidelse (Pope et al., 2005, s. 396). En person som oppfyller kriteriene for kroppsdysmorfisk lidelse, bør derfor utredes for muskeldysmorfi (Pope et al., 2005, s. 396). Kriteriene for kroppsdysmorfisk lidelse, og spesifikasjonskriteriet for muskeldysmorfi, vises i Tabell 1.

Tabell 1. Diagnostiske kriterier for kroppsdysmorfisk lidelse (Body Dysmorphic Disorder) som spesifisert i DSM-5 (APA, 2013, s. 242).

Diagnostic Criteria 300.7 (F45.22)

- A. Preoccupation with one or more perceived defects or flaws in physical appearance that are not observable or appear slight to others.
- B. At some point during the course of the disorder, the individual has performed repetitive behaviors (e.g., mirror checking, excessive grooming, skin picking, reassurance seeking) or mental acts (e.g., comparing his or her appearance with that of others) in response to the appearance concerns.
- C. The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other areas of functioning.
- D. The appearance preoccupation is not better explained by concerns with body fat or weight in an individual whose symptoms meet diagnostic criteria for an eating disorder.

Specify if:

With muscle dysmorphia: The individual is preoccupied with the idea that his or her body build is too small or insufficiently muscular. This specifier is used even if the individual is preoccupied with other body areas, which is often the case.

Specify if:

Indicate degree of insight regarding body dysmorphic disorder beliefs (e.g., “I look ugly” or “I look deformed”).

With good or fair insight: The individual recognizes that the body dysmorphic disorder beliefs are definitely or probably not true or that they may or may not be true.

With poor insight: The individual thinks that the body dysmorphic beliefs are probably true.

With absent insight/delusional beliefs: The individual is completely convinced that the body dysmorphic beliefs are true.

Symptomer på muskeldysmorfi er overdreven atferd knyttet til trening og kosthold, rettet mot å oppnå større og mer definerte muskler. Atferden er ikke alltid lystbetont, og kan ha negative konsekvenser både fysisk og psykisk (APA, 2013, s. 243). Kroppsmisnøye og funksjonell svekkelse i hverdagen er også vanlige symptomer på muskeldysmorfi (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 243)

Konsekvensene av kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi kan føre til hemmet psykososial funksjon i hverdagen, angst, frafall fra skole og/eller arbeid og suicidale tanker (APA, 2013, s. 243). At nyere forskning antyder høy utbredelse av ulik grad av

muskeldysmorfi, spesielt blant unge menn (f.eks. Campagna & Bowsher, 2016, s. 497; Mitchison et al., 2022, s. 3146), er bekymringsverdig både på et samfunns- og individnivå. En rekke tverrsnittstudier viser en høy forekomst av selvrapporterte symptomer på muskeldysmorfi, likevel er utbredelsen vanskelig å konstatere grunnet metodiske utfordringer (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 232; Tod et al., 2016, s. 183). En rekke av studiene som er gjort per dags dato tar utgangspunkt i små utvalg, har et tverrsnittdesign og ikke-validerte måleinstrument (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 214). Eksempelvis er de fleste studiene (78,8%) i oversiktsartikkelen til Sandgren og Lavalley (2018, s. 232) av lav kvalitet i henhold til National Health and Medical Research Council (NHMRC). Mangel på en valid cut-off score på eksisterende spørreskjema utgjør også en sentral svakhet i forskning om utbredelse av muskeldysmorfi (Longobardi et al., 2017, s. 232; Sandgren & Lavalley, 2018, s. 233).

Nyere forskning indikerer at menn i økende grad oppsøker profesjonell hjelp knyttet til problemer med eget kroppsbylde, samtidig som flere helse- og treningspersonell rapporterer en økt andel pasienter og kunder med symptomer på muskeldysmorfi (Cunningham et al., 2017, s. 256). Likevel kan symptomer på kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi være vanskelig å oppdage, tatt i betraktning at symptomene i en viss grad kan holdes skjult og fremtre som en tilsynelatende sunn livsstil (Leone et al., 2005, s. 357). Litteraturen trekker også frem at menn sjeldent oppsøker hjelp på egen hånd, samtidig som personer med kroppsdysmorfisk lidelse ikke alltid er mottakelige for hjelp (Leone et al., 2005, s. 357). Helse- og treningspersonells evne til å oppdage slike symptomer hos pasienter og kunder er derfor desto viktigere.

Det finnes derimot ingen litteratur og empiri knyttet til helse- og treningspersonells kjennskap til og kompetanse om symptomer på muskeldysmorfi. Effektiv forebygging og behandling av muskeldysmorfi er det også gjort svært lite forskning på, og det er per dags dato ingen empirisk validerte behandlinger mot muskeldysmorfi (Cunningham et al., 2017, s. 260; Leone et al., 2005, s. 357; Martenstyn et al., 2022, s. 165). Det vil derfor være viktig å innhente mer kunnskap om både helse- og treningspersonells kjennskap til symptomer på muskeldysmorfi, og i hvilken grad de har observert disse symptomene hos pasienter og kunder. Dette kan bidra til mer bevissthet og kunnskap blant helse- og treningspersonell og befolkningen generelt, for å i neste omgang utvikle effektive intervensjoner for personer med symptomer på muskeldysmorfi.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Studien vil bruke kvantitativ og kvalitativ data for å besvare problemstillingen «*Hvilken kjennskap og erfaring har helse- og treningspersonell med observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen?*». Følgende forskningsspørsmål har blitt identifisert, og formålet med studien er å undersøke: a) hva er helse- og treningspersonell kjennskap til symptomer på muskeldysmorfi, b) hvilke symptomer observerer deltakerne og er det forskjeller i observasjon mellom deltakergruppene, og c) hva er deltakernes erfaringer og synspunkter tilknyttet identifisering, håndtering og behandling av muskeldysmorfi.

1.2 Begrensning og avgrensning

Studiens problemstilling og forskningsspørsmål har et bredt omfang, men er avgrenset til å undersøke norsk helse- og treningspersonell. Studien er videre begrenset til å undersøke i hvilken grad helse- og treningspersonells observerer symptomer på muskeldysmorfi. Hvem som viser symptomer på muskeldysmorfi undersøkes ikke. Analyse av forskjeller i observasjoner, utdanning og evne til identifisering av symptomer på muskeldysmorfi er begrenset til yrkesgrupper, og dermed er demografiske forskjeller ikke undersøkt. Det teoretiske rammeverket vektlegger tidligere forskning, som hovedsakelig er gjennomført i vestlige land. Den kvalitative datainnsamlingen hadde også et begrenset utvalg, som følge av tidsbegrensning og omfang.

1.3 Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 gjør rede for det teoretiske rammeverket studien vil forankres i. Et innblikk i eksisterende litteratur og forskning knyttet til symptomer på og konsekvenser av muskeldysmorfi, hvem som er utsatt av muskeldysmorfi, samt utbredelse og behandling av muskeldysmorfi vil fungere som et fundament for resultat og diskusjon videre i oppgaven. Kapittel 3 vil beskrive den metodiske tilnærmingen til studien, hvor metode og forskningsdesign, utvalg og rekruttering, instrument, prosedyre, analyse og forskningsetiske vurderinger utdypes. I kapittel 4 vil både kvantitative og kvalitative resultater legges frem. I kapittel 5 vil funnene diskuteres opp mot hverandre, eksisterende litteratur og fremtidige implikasjoner. Avslutningsvis vil studiens hovedfunn, og eventuelle konklusjoner legges frem.

2.0 Teoretisk fundament

2.1 Kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi

Muskeldysmorfi er ifølge APA (2013, s. 243) en underkategori av kroppsdysmorfisk lidelse. Kroppsdysmorfisk lidelse kjennetegnes av en overopptatthet av feil eller mangler ved eget utseende, som ikke er reelt for andre enn seg selv (APA, 2013, s. 243). Disse feilene individet selv oppfatter kan dreie seg om hud, hår, ansikt og kropp, og bidrar til at vedkommende føler seg mindre attraktiv. Som følge av disse negative oppfatningene, reagerer individet med overdreven repeterende atferd, som å eksempelvis sammenligne seg med andre, speile seg (gjørne for å lete etter feil med eget utseende), sminke seg, gjennomgå kosmetiske operasjoner eller gjemme seg bak for store klær. Denne overopptattheten bidrar til betydelig stress og svekkelse i hverdagen, både i sosiale situasjoner, i arbeidsliv og på andre viktige arenaer, som ikke kan forklares bedre av andre spiseforstyrrelser (APA, 2013, s. 243).

Muskeldysmorfi forekommer i størst grad hos menn, hvor individet er særlig opptatt av at kroppen er for lite muskulær (APA, 2013, s. 243). I DSM-5 blir både kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi ansett som en type tvangslidelse, til tross for at forskere og litteraturen er uenige om hvorvidt muskeldysmorfi er en form for tvangslidelse eller en type spiseforstyrrelse (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 215). Individer med muskeldysmorfi er vanligvis normalvektige eller svært muskulære, men har en oppfatning av egen kropp som ikke er reelt. Typiske symptomer på muskeldysmorfi er overdreven atferd tilknyttet trening og kosthold, med formål om økt muskelmasse (Pope et al., 1997, s. 548). Forskning viser at konsekvensene av denne type atferd og bekymringer kan føre til depresjon, angst, hemmet funksjon i hverdagen, misbruk av anabole steroider og i verste fall suicidale tendenser (APA, 2013, s. 243).

I dag blir en person diagnostisert med kroppsdysmorfisk lidelse med muskeldysmorfi dersom vedkommende møter alle kriteriene for kroppsdysmorfisk lidelse, i tillegg til spesifikasjonskriteriet for muskeldysmorfi (se Tabell 1; APA, 2013, s. 243). Det var ikke før i den femte utgaven av DSM-5, som ble utgitt i 2013, at muskeldysmorfi ble definert som en underkategori av kroppsdysmorfisk lidelse. Det var studien til Pope et al. (1997) som la grunnlag for videre forskning knyttet til muskeldysmorfi som en type kroppsdysmorfisk lidelse, med eget spesifikasjonskriteriet. Muskeldysmorfi er likevel per dags dato ikke en formelt akseptert diagnose. Å diagnostisere personer med muskeldysmorfi kan være utfordrende, av ulike årsaker. Personer med muskeldysmorfi kan tilsynelatende fremstå som personer med god

helse, og de mentale og sosiale konsekvensene er vanskelige å oppdage. Samtidig som personer med kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi sjeldent søker hjelp, ei heller er mottakelige for hjelp (Leone et al., 2005, s. 357). En vesentlig forskjell på personer med anorexia nervosa og muskeldysmorfi, er at en konsekvens av førstnevnte kan være ekstrem undervekt, og behovet for behandling blir derfor også mye mer synlig (Leone et al., 2005, s. 357). Forskere i dag bruker DSM-5 sine kriterier for å undersøke utbredelsen av muskeldysmorfi, samtidig som det er utviklet spørreskjemaer for å avdekke forekomsten av muskeldysmorfi, blant annet «Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)». MDDI ble utviklet i 2004, og er basert på de foreslåtte kriteriene i Pope et al. (1997, s. 556).

2.2 Symptomer på muskeldysmorfi

Muskeldysmorfi, som en underkategori av kroppsdysmorfisk lidelse, betegnes altså som en tvangslidelse i DSM-5 (APA, 2013, s. 242). Tvangslidelse er en psykisk lidelse karakterisert av absurde, gjentakende og ukontrollerte tanker som kan gi en følelse av angst, som etterfølges av tvangshandlinger for å dempe angsten (Gaikwad, 2014, s. 3). Personer med tvangslidelser er ofte klar over at deres tanker og handlinger er irrasjonelle, men klarer likevel ikke kontrollere dem (Gaikwad, 2014, s. 3). Symptomer på muskeldysmorfi er tanken om å ikke være muskuløs nok, som fører til tvangshandlinger knyttet til eksempelvis trening og kosthold. I ekstreme tilfeller kan også bruken av prestasjonsfremmende ulovlige dopingmidler være tilfellet, til tross kunnskap om fysiske og psykiske bivirkninger (APA, 2013, s. 242).

Selv om muskeldysmorfi betegnes som en tvangslidelse, grunnet symptomer som irrasjonelle tanker, repeterende atferd og tvangshandlinger, ser forskere og fagpersoner også likheter mellom muskeldysmorfi og spiseforstyrrelser, særlig anorexia nervosa (Murray et al., 2012, s. 193). Symptomer på muskeldysmorfi er i mange tilfeller tilknyttet spiseatferd og dietter, som er felles med spiseforstyrrelser. I casestudien til Olivardia et al. (2000, s. 1295) sammenlignet forskerteamet karakteristikker hos personer med og uten muskeldysmorfi, hvor blant annet spisevaner var et av temaene. Olivardia et al. (2000, s. 1295) fant en rekke likheter mellom fenomenologien til muskeldysmorfi og anorexia nervosa. Muskeldysmorfi blir ofte omtalt som «reversed anorexia» eller «bigorexia», som følge av likhetstrekk mellom de to lidelsene. Symptomer hos personer med muskeldysmorfi kan minne om symptomene hos personer med anorexia nervosa, hvor jakten på en større kropp, ligner jakten på en mindre kropp (Olivardia et al., 2000, s. 1295). Dette innebærer eksempelvis bekymringer knyttet til måltidsmønster,

måltidssammensetning, måltider i sosiale omgivelser og måltidskontroll (Cafri et al., 2008, s. 377, Murray et al., 2012, s. 192). Også Cafri et al. (2008) undersøker i sin studie symptomer på muskeldysmorfi. Resultatene indikerer at personer med muskeldysmorfi bruker mye tid på å tenke på og bekymre seg over egen kropp, trening og kosthold (Cafri et al., 2008, s. 377).

2.3 Konsekvenser av muskeldysmorfi

Muskeldysmorfi er en lidelse som kan ha alvorlige konsekvenser, både for individets mentale helse, fysiske helse og sosiale aspekter. Selv enkelte symptomer på muskeldysmorfi alene, kan ha alvorlige konsekvenser. I kvalitative studier av både Olivardia et al. (2000, s. 1293) og Cafri et al. (2008, s. 377) oppgir personer med muskeldysmorfi at de unngår aktiviteter, steder og personer som følge av kroppsmisnøye, har en overdreven trenings- og spiseatferd, og endret arbeidssituasjon som konsekvenser av lidelsen. I oversiktsartikkelen til Leone et al. (2005, s. 355) nevnes ekstrem atferd som å gå glipp av fødselen til sitt eget barn og å miste jobben, som følge av treningsavhengighet. Det er mangelfull longitudinell data knyttet til konsekvenser av muskeldysmorfi (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 234). I oversiktsartikkelen til Sandgren og Lavalley (2018, s. 220) nevnes derimot overdreven bruk av kosttilskudd, spiseforstyrrelser, treningsavhengighet, negativt selvbylde, lavere livskvalitet og et svekket ønske om sosial interaksjon som konsekvenser av muskeldysmorfi.

Det er i flere studier funnet en sammenheng mellom muskeldysmorfi og bruken av anabole-androgene steroider eller andre ulovlige prestasjonsfremmende midler (Leone et al., 2005, s. 355; Mitchell et al., 2017, s. 240; Sandgren & Lavalley, 2018, s. 231). Anabole-androgene steroider er en fellesbetegnelse på syntetiske stoffer, som har en kjemisk struktur lik de mannlige kjønnshormonene, og har derfor også de samme effektene på kroppen. Som navnet tilsier, har disse stoffene en anabol (muskeloppbyggende) effekt, og en androgen (forsterkning av de mannlige kjønnshormonene) effekt (Greenway & Price, 2018, s. 13). Bakgrunnen for ikke-medisinsk bruk av anabole-androgene steroider er at stoffene gir økt muskelmasse og forbedret treningsprestasjon (Barceloux & Palmer, 2013, s. 226). Studier viser at motiver for bruk av anabole-androgene steroider er blant annet lavt selvbylde, muskeldysmorfi, kroppsmisnøye, søken etter sosial aksept og treningsfrustrasjon (Greenway & Price, 2018, s. 16). Bruk av anabole-androgene steroider er en bekymring innen helseproblematikk, ettersom konsekvenser av anabole-androgene steroider kan være somatiske og psykiske problemer, som hjerte- og karproblemer, leverskade, angst, depresjon og aggresjon (Scarth et al., 2022, s. 1).

2.4 Hva bidrar til at personer utvikler muskeldysmorfi?

Litteraturen er noe begrenset i henhold til faktorer som påvirker utviklingen av muskeldysmorfi, både på samfunnsnivå og individnivå. Om forekomsten av muskeldysmorfi og denne formen for kroppsmisnøye er større i dag enn for en generasjon siden, eller om det bare er mer anerkjent, er usikkert (Pope et al., 1997, s. 1). Det er likevel enighet om at kunnskap om kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi er viktig, og at det er en alvorlig lidelse. Muskeldysmorfi kan påvirke hvem som helst, men forskning indikerer at forekomsten er større hos menn enn hos kvinner (Cunningham et al., 2017, s. 256; Murray et al., 2013, s. 1). Forskning og litteratur på området er fortsatt svært begrenset, og eksempelvis er det mangel på forskning som undersøker forskjeller på forekomsten av muskeldysmorfi i ulike grupper i samfunnet. Mye av forskning er gjort på treningssentermedlemmer, styrkeløftere, kroppsbyggere og studenter (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 229). At muskeldysmorfi forekommer oftere hos menn enn hos kvinner, kan skyldes kjønnsavhengig forskjell i kroppsidealene til menn og kvinner, noe som utdypes i større grad i avsnitt 2.4.1. Forskning indikerer at muskeldysmorfi hos kvinner, kan være en konsekvens av et eller flere seksuelle overgrep tidligere i livet, som springer ut fra en følelse av å være svak og sårbar (Gruber & Pope, 1999, s. 274). Ved å øke muskelmasse, gå opp i vekt, og «bli mindre feminin og attraktiv» følte kvinnene seg tryggere (Gruber & Pope, 1999, s. 275).

Videre har personer predisponert for tvangslidelser og personer med traumatiske opplevelser fra barndommen (som å miste et nært familiemedlem eller å være utsatt for mobbing) større sannsynlighet for å utvikle muskeldysmorfi (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 214). Forskning indikerer også at personer som driver styrketrening med formål om å endre kroppslig utseende er av større risiko for å utvikle muskeldysmorfi, sammenlignet med personer som driver styrketrening av prestasjonsfremmende årsaker (Murray et al., 2016, s. 200; Skemp et al., 2013, s. 2431).

Demografiske og fysiske faktorer som kan påvirke utviklingen av muskeldysmorfi er i liten grad forsket på. Artikkelen til Cafri et al. (2008, s. 377) og artikkelen til Olivardia et al. (2000, s. 1293) trekker frem at lidelsen ofte starter i sen ungdomsalder (henholdsvis $19,2 \pm 4,4$ og $19,4 \pm 3,6$ år). Store deler av forskning på muskeldysmorfi er gjort i vestlige land som USA, Australia og i Europa, og demografiske karakteristikk knytter muskeldysmorfi til typiske vestlige stereotypiske menn (Leone et al., 2005, s. 353; Tod et al., 2016, s. 180). I vestlige kulturer generelt er en økning i kroppsmisnøye og kroppspress som følge av et økt fokus på

kroppslig utseende, også blant det mannlige kjønn, et mer anerkjent problem enn i ikke-vestlige land (Cafri et al., 2008, s. 374).

2.4.1 Kjønnssavhengig kroppsideal gjennom historien

Sosiokulturelle forventninger til den ideelle mannlige og kvinnelige kroppen har endret seg gjennom årene (Mitchell et al., 2017, s. 234). Fenomenet kroppsilde har fått mer oppmerksomhet de siste årene, som følge av økt forskning på tema og betydningen sosiale medier har hatt. Likevel har kroppsideal og anerkjennelse basert på kroppslig utseende preget menneskeheten langt tilbake i tid (Grogan, 2008, s. 16). Forskere argumenterer for at kulturelle forskjeller i stor grad påvirker kroppsidealene. I vestlig kultur har det vært en rekke forandringer gjennom årene knyttet til hva som blir ansett som en attraktiv og sunn kropp (Grogan, 2008, s. 16).

Gjennom litteratur, kunst og fotografier, kan man spore endringer i idealkroppen både hos kvinner og menn. Hos det kvinnelige kjønn har man sett en utvikling fra formfulle figurer i middelalderen, til motemagasinenes påvirkning på 1900-tallets slanke ideal, og frem til i dag der synlige muskler er mer akseptert også hos kvinner (Grogan, 2008, s. 16; Mitchell et al., 2017, s. 234). Formfulle kvinner og en noe høyere fettprosent var tidligere assosiert med fertilitet og attraktivitet, noe som ikke endret seg før tidlig på 1900-tallet. Grogan (2008, s. 19) trekker frem at nyere tids slankere ideal er et resultat av moteindustrien. Som en konsekvens av denne utviklingen ble fenomenet spiseforstyrrelser introdusert. Siden tidlig på 1900-tallet har kroppsidealet endret seg fra tiår til tiår, avhengig av hvilken kroppsfasong mote- og filmindustrien fremstilte som attraktiv, og ble også knyttet til klasser i samfunnet (Grogan, 2008, s. 19). For hvert tiår som gikk, ble idealet «tynnere og tynnere», og kvinner i det vestlige samfunnet brukte dietter og ekstreme treningsmetoder for å møte disse idealene (Grogan, 2008, s. 19).

Kroppspress og kroppsmissnøye blant menn fått mindre oppmerksomhet. Likevel har mannlige kroppsideal også hatt en tilstedeværelse i samfunnet siden lenge før vår tidsregning (f.Kr; Grogan, 2008, s. 25). I antikkens Hellas ble den mannlige kroppen ansett som mer attraktiv enn den kvinnelige kroppen, og idealet var preget av brede skuldre, smal midje og synlige muskler. Også i Romerriket var idealet slanke og muskulære mannlige kropper assosiert med en «ekte kriger» (Grogan, 2008, s. 25). Det mannlige kroppsidealet ser tilsynelatende ut til å ha hatt mindre endringer gjennom årenes gang, sammenlignet med det kvinnelige kroppsidealet. Den

kvinnelige kroppen har samtidig i mediernes tid (fra magasiner og aviser, til filmer og sosiale medier) hatt en større plass i markedsføring. På slutten av 1900-tallet og begynnelsen av 2000-tallet oppdaget kosmetiske selskap at bruk av den mannlige maskuline idealkroppen kunne brukes i markedsføring for å trekke til seg mannlige kunder. Parallelt med denne utviklingen, ser forskere en økt opptatthet av kropp og vekt også hos menn (Grogan, 2008, s. 30; Pope et al., 2000, s. 31).

I dag er det mannlige kroppsidealet forbundet med en mesomorf kroppstype, som kjennetegnes av en slank, men muskulær kropp, med tydelige muskler på bryst, armer og skuldre (Grogan, 2008, s. 80; Mitchell et al., 2017, s. 234). Kvinners kroppslige ideal har i større grad vært forbundet med en ektomorf kroppstype (slank), men har i de senere årene også akseptert mer synlige muskler (Mitchell et al., 2017, s. 234).

2.5 Kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi i den norske befolkningen

Det er få studier per dags dato som har undersøkt forekomsten av muskeldysmorfi i den norske befolkningen. En studie av Bratland-Sanda og Sundgot-Borgen (2012, s. 288), undersøkte derimot hvorvidt ungdommer i Norge streber etter en muskulær kropp. Resultatene viste at gutter i større grad enn jenter er opptatt av å øke muskelmasse, og at symptomer på muskeldysmorfi er tilstedeværende i den norske befolkningen, særlig blant gutter (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012, s. 289; Sandgren et al., 2019, s. 2). Et av formålene i studien til Sandgren et al. (2019, s. 3) var derfor å undersøke forekomsten av muskeldysmorfi hos norske mannlige treningssentermedlemmer. 124 menn ($24,8 \pm 6,7$ år) gjennomførte en norsk versjon av MDDI. Resultatene indikerte at symptomer på muskeldysmorfi er til stede blant menn på norske treningssenter, med en gjennomsnittlig score på MDDI på $33,7 \pm 6,6$ (Sandgren et al., 2019, s. 6). MDDI har ikke en validert cut-off score, men en rekke studier har satt en cut-off score >39 (Fabris et al., 2018, s. 275; Longobardi et al., 2017, s. 232; Zeeck et al., 2018, s. 10), hvor individer som scorer over >39 klassifiseres som personer med, eller med risiko for å utvikle, muskeldysmorfi. Et mastergradsprosjekt (Meinich-Bache, 2019, s. 19) hadde også som formål å undersøke forekomsten av muskeldysmorfi hos et utvalg menn i alderen 16-40 år ($n=1320$) som hadde medlemskap på norske treningssenter. Resultatene indikerte at 35% av utvalget scoret over cut-off score på MDDI satt til >39 , og gjennomsnittsscore for hele utvalget var $35,6 \pm 8$ (Meinich-Bache, 2019, s. 32).

Et annet mastergradsprosjekt av Solheim (2022, s. 16) undersøkte forekomsten av symptomer på muskeldysmorfi og spiseforstyrrelser hos norske menn og kvinner som trente crossfit eller trente på treningssenter. Utvalgets gjennomsnittscore på MDDI var $30,04 \pm 7,33$ og $33,97 \pm 8,03$ for henholdsvis crossfitutøvere og medlemmer på vanlig treningssenter (Solheim, 2022, s. 67). For det samlede utvalget var det en signifikant forskjell mellom menn og kvinner, der menn scoret høyere enn kvinner (Solheim, 2022, s. 71).

Kvaliteten på det metodiske arbeidet, og utvikling av validerte spørreskjema, med klare cut-off scores, er fortsatt under utvikling. Likevel indikerer de få norske studiene som er gjennomført (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012, s. 288; Meinich-Bache, 2019, s. 19; Sandgren et al., 2019, s. 3; Solheim, 2022, s. 16) at symptomer på muskeldysmorfi er bekymringsverdig til stede i den norske befolkningen, særlig blant unge menn som trener på treningssenter.

2.6 Kroppsdysmorfisk lidelse og muskeldysmorfi på verdensbasis

Studier som undersøker forekomsten av muskeldysmorfi har økt de senere årene (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 221). Studier har blitt gjennomført i en rekke land, fra Nord-Amerika (f. eks. Lin & DeCusati, 2016), Sør-Amerika (f. eks. Compte et al., 2017), Europa (f. eks. Tod et al., 2014), Asia (f. eks. Zheng et al., 2021) og Australia (f. eks. Mitchison et al., 2022). Utbredelsen av muskeldysmorfi er derfor undersøkt i en rekke ulike populasjoner, kulturer og verdensdeler. Dette tyder på at muskeldysmorfi er et økende globalt helseproblem (Sandgren & Lavalley, 2023, s. 2). En rekke av studiene baseres på spørreundersøkelser uten en klar cut-off score, noe som gjør utgjør en metodisk svakhet. Likevel indikerer de fleste at muskeldysmorfi, eller symptomer på muskeldysmorfi, er til stede i undersøkt utvalg, med behov for videre forskning (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 221).

En rekke av studiene som undersøker utbredelsen av muskeldysmorfi er gjennomført i vestlige land, som betrakter land i Vest-Europa og Nord-Amerika med en tilsvarende lik kulturell, samfunnsmessig og politisk struktur. Det finnes en rekke ulike måleinstrumenter som brukes for å kartlegge forekomsten av muskeldysmorfi, eller symptomer på muskeldysmorfi. To av de mest brukte er MDDI og «Muscle Appearance Satisfaction Scale» (MASS). I studier som bruker MDDI, har flere satt en cut-off score på >39 , men dette er ikke gjennomgående, da det ikke er en validert cut-off score (Fabris et al., 2018, s. 275). I studier som har brukt MASS, er det heller ikke en validert cut-off score. Ulike studier har derimot tatt utgangspunkt i cut-off

score mellom 52-63 (Palazón-Bru et al., 2018, s. 170; Babusa et al., 2014, s. 14). Studier gjennomført på ulike grupper i ulike land viser stor variasjon i forekomst av muskeldysmorfi, noe som illustreres i Tabell 2.

Kriterier for studiene inkludert ($n = 8$) i tabellen er at de a) bruker MDDI eller MASS, b) viser en prosentvis utbredelse basert på cut-off score og c) er gjennomført i vestlige land. Det vil være viktig å påpeke at en invalid cut-off score utgjør en svakhet i studienes resultat av prosentandel som viser symptomer på muskeldysmorfi. Det kan likevel gi indikasjoner på hvorvidt symptomer på muskeldysmorfi er til stede i undersøkt utvalg, som kan gi verdifull informasjon om behov for mer forskning, intervensjoner og behandling. Den prosentvise forekomsten av muskeldysmorfi strekker seg fra 5,9 (Bo et al., 2014, s. 3) til 35 (Meinich-Bache, 2019, s. 32).

Tabell 2. Forekomsten av muskeldysmorfi i studier som bruker «Muscle Dysmorphic Disorder Inventory» og «Muscle Appearance Satisfaction Scale» med cut-off score, gjennomført i vestlige land.

Forfattere (år), land	Utvalgskarakteristikk	N	Instrument	Forekomst (%)
Palazón-Bru et al. (2016), Spania	Mannlige medlemmer på treningssenter	141	MASS (cut-off score satt til >52)	31,9 %
Longobardi et al., (2017), Italia	Mannlige bodybuildere	145	MDDI	25%
Zeeck et al., (2018), Tyskland	Bodybuildere og bikinifitness-utøvere	394	MDDI	20,3%
Meinich-Bache., (2019), Norge	Mannlige medlemmer på treningssenter	1320	MDDI	35%
Bo et al., (2014), Italia	Studenter	440	MDDI	5,9%
Babusa at al., (2014), Ungarn	Mannlige styrkeløftere	304	MASS (cut-off score satt til >63)	15,1%
Cerea et al., (2017), Spania	Mosjonister	125	MDDI	6,4%
Hildebrandt et al., (2006), USA	Vektløftere	237	MDDI	16,9%

Notat. Cut-off score er ikke validert, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. N = Utvalgsstørrelse.

2.7 Intervensjoner og behandling av muskeldysmorfi

En av de største barrierene for å kunne behandle muskeldysmorfi, er å få personen til å anerkjenne problemet og selv ønske hjelp (Leone et al., 2005, s. 357). Muskeldysmorfi er vanskelig å oppdage, da det krever observasjon over tid for å avdekke symptomer som for eksempel endret atferdsmønster, fysiske endringer, isolasjon og nedstemthet. Per dags dato finnes det ingen empirisk validerte behandlinger eller intervensjoner mot muskeldysmorfi (Cunningham et al., 2017, s. 260; Leone et al., 2005, s. 357; Martenstyn et al., 2022, s. 165). Det er ikke gjennomført randomiserte kontrollerte studier på behandlinger av muskeldysmorfi, og det vi vet om effekten av ulike behandlingsalternativer baserer seg i stor grad på casestudier og anekdotisk bevis (Cunningham et al., 2017, s. 260). Leone et al. (2005, s. 357) trekker i sin studie frem behandling gjennom antidepressive medisiner og kognitiv atferdsterapi, mens metastudien til Martenstyn et al. (2022, s. 155) trekker frem en flerkomponentsbehandling som inkluderer psykoterapi og strukturert trening/fysisk aktivitet. Studien til Martenstyn et al. (2022) undersøkte derimot effektiv behandling mot tvangsrelatert treningsatferd, og ikke muskeldysmorfi som en psykisk lidelse.

Kognitiv atferdsterapi er bevist effektiv i behandling av spiseforstyrrelser som anoreksia nervosa (Wade et al., 2017, s. 869) og kroppsdysmorfiske lidelser (Harrison et al., 2016, s. 49), og forventes å kunne være effektiv i behandling av muskeldysmorfi (Cunningham et al., 2017, s. 262; Grieve et al., 2009, s. 311). Kognitiv atferdsterapi er et paraplybegrep, innenfor psykoterapi, som dekker ulike terapeutiske metoder, og som ofte brukes mot konkrete psykiske lidelser (Berge & Repål, 2022, s. 20). Det finnes teknikker innenfor kognitiv atferdsterapi som forventes å kunne ha effekt for personer med muskeldysmorfi. Et eksempel er eksponering med responsprevensjon (Cunningham et al., 2017, s. 262). Denne teknikken skal styrke pasientens evne til å tolerere tvangstanker og bekymringer uten å reagere med atferd og sine angstdempende rutiner. For personer med muskeldysmorfi kan dette være handlinger som å hyppig sjekke seg i speilet, som er ment å være angstdempende og beroligende, men som fungerer mot sin hensikt og i stedet øker selvbevissthet og fokus på egen kropp og egne kompleksiteter (Cunningham et al., 2017, s. 262). En annen teknikk innenfor kognitiv atferdsterapi er kognitiv restrukturering, som innebærer identifisering, evaluering og restrukturering av automatiske, negative tanker. Terapeuten og pasienten arbeider sammen for å endre tankegang tilknyttet eksempelvis idealkroppen eller maskulinitet (Cunningham et al., 2017, s. 262; Murray et al., 2013, s. 4).

Samtidig vektlegger Leone et al. (2005, s. 357) at en viktig faktor for å behandle muskeldysmorfi er forebyggende arbeid og kunnskapsformidling. Dette inkluderer et paradigmeskifte i hvordan vi snakker om kjønn, kroppsbygge og følelser, men også hvilke miljøer det tilrettelegges for på skoler, treningssenter og generelt i samfunnet. Dette kan både bidra til å unngå at personer utvikler muskeldysmorfi, men også at symptomer på muskeldysmorfi oppdages, som er det første steget i prosessen mot behandling (Leone et al., 2005, s. 357).

I artikkelen til Grieve et al. (2009, s. 311) påpekes det at motstand mot behandling er en utfordring innenfor muskeldysmorfi, fordi menn som utvikler muskeldysmorfi i større grad enn andre preges av kjønnsmessig rollekonflikt, og ser ned på psykologisk hjelp. Psykoedukasjon og motiverende intervjuer nevnes derfor som mulige behandlingsalternativer, der formålet er både øke vedkommendes kunnskap og bevissthet tilknyttet eksempelvis trening, treningsrespons, kroppssammensetning og kroppspress i samfunnet, samt at vedkommende gjennom samtale skal motiveres til å ønske en endring.

I Sandgren og Lavellee (2023, s. 4) forslås det at man bør starte med å utvikle intervensjoner med utgangspunkt i utsatte gruppers erfaringer. Dette kan bidra til utvikling av intervensjoner som skreddersys til sosial kontekst, og som møter deltakernes preferanser. De stiller videre spørsmål til hvorvidt forebyggende intervensjoner bør ta utgangspunkt i miljøer som tigger muskularitets-orienterte holdninger og atferd, som eksempelvis treningssenter (Sandgren & Lavellee, 2023, s. 4). Utvikling av tidligintervensjoner, som tiltaler til deltakerne, er viktig, og ettertraktet, da dette kan bidra til at personer unngå å utvikle flere og mer alvorlige symptomer på muskeldysmorfi (Sandgren & Lavellee, 2023, s. 4).

3.0 Metode og analyse

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for valg og betraktninger knyttet til metode, utvalg og prosedyrer. Hvilke analytiske verktøy og tilnærminger som er brukt for å analysere data vil beskrives. Oppgavens validitet og reliabilitet vil vurderes, og avslutningsvis vil ulike forskningsetiske overveielser vurderes og belyses.

3.1 Metodisk tilnærming

Gjeldende studie inneholder både kvantitativ og kvalitative data, noe som tilsier at «mixed method» er valgt som metode. Det er vanligvis forskningsspørsmålet som legger føringer for valg av metode (Fetters et al., 2013, s. 2135). Kvantitativ data kan gi innsikt i utbredelse, kausalitet og årsakssammenhenger som kan generaliseres fra et lite utvalg til en større populasjon. Kvalitative data derimot, kan gi mer utdypende og detaljert innsikt i et fenomen eller forskningsspørsmål (Fetters et al., 2013, s. 2135). «Mixed method» tar i bruk begge disse tilnærmingene, som kan gi en studie både bredde og dybde til et forskningsspørsmål som søker generaliserbare tall og oversikt, samt innblikk i erfaringer og forklaringer (Johnson et al., 2007, s. 129). I definisjonen av «mixed method» som legges frem i artikkelen til Johnson et al., (2007, s. 129) vektlegges det at «mixed method» bruker både kvantitativ og kvalitativ metode i datainnsamlingen, dataanalysen og diskusjon, og tilbyr med det et kraftig tredje paradigme, som kan gi informative, nyanserte og komplette resultater. «Mixed method» brukes ofte når temaet som undersøkes er lite forsket på tidligere, og kan bygge opp under metodenes styrker, samt styrke hverandres svakheter (Morse & Niehaus, 2016, s. 13).

Bruken av «mixed method» kan forankres i ulike formål, og i artikkelen til Schoonenboom og Johnson (2017, s. 110) belyses blant annet triangulering og komplementaritet som legitimeringsgrunnlag. Med triangulering som bakgrunn for «mixed methods» forsøker forskeren å styrke resultatene ved å belyse dem gjennom ulike metoder. På denne måten kan «mixed method» bidra til å øke studiens validitet. «Mixed method» kan også brukes for å illustrere eller komplementere resultatene fra en metode ved bruk av resultatene fra en annen metode. I gjeldende studie kan bruken av «mixed method» legitimeres gjennom komplementaritet, samtidig som triangulering kan bidra til å øke studiens validitet.

Muskeldysmorfi er et tema som i de senere årene har fått økt oppmerksomhet innen vitenskapelig forskning (Sandgren & Lavalley, 2018, s. 221). Likevel er det en rekke hull i

litteraturen tilknyttet dette tema, og forskning som undersøker helse- og treningspersonell kjennskap til og erfaringer med muskeldysmorfi er i liten grad utfyllende. Det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å bruke «mixed method» for å belyse gjeldende problemstilling. De kvantitative dataene vil kunne gi innblikk i om og i hvilken grad helse- og treningspersonell observerer symptomene på muskeldysmorfi, og eventuelle forskjeller mellom ulike yrkesgrupper. De kvalitative dataene vil derimot kunne tilføre detaljert innsikt i helse- og treningspersonells opplevelser, erfaringer og tanker knyttet til observasjoner av og tilnærming til personer som viser symptomer på muskeldysmorfi. Kvantitativ data ble samlet inn gjennom en spørreundersøkelse, og kvalitative data ble samlet inn gjennom individuelle intervju.

3.1.1 Design

Innenfor «mixed method» skilles det hovedsakelig mellom tre typer grunnleggende design; konvergent parallelt design, forklarende sekvensielt design og eksplorerende sekvensielt design (Fetters et al., 2013, s. 2136; Schoonenboom & Johnson, 2017, s. 117). Med et sekvensielt design, vil den kvantitative og kvalitative datainnsamling og analyse foregå i forskjellige faser, der den ene legger føringer for den andre. Et forklarende sekvensielt design starter med innsamling og analyse av kvantitative data, som etterfølges av kvalitativ datainnsamling og analyse. Et eksplorerende sekvensielt design gjennomføres i motsatt rekkefølge. Gjeldende studie har derimot et konvergent parallelt design, som innebærer at kvantitativ og kvalitativ datainnsamling skjer samtidig og uavhengig av hverandre (Schoonenboom & Johnson, 2017, s. 117). Til tross for at de to prosessene foregår parallelt og uavhengig, kan de påvirke hverandre i den grad at initierende data i eksempelvis kvantitativ datainnsamling fører til endringer i den kvalitative datainnsamlingen, eller gi den kvalitative datainnsamlingen et tydeligere eller annerledes fokus (Fetters et al., 2013, s. 2137). I gjeldende studie foregikk datainnsamling samtidig, og analyse av begge datasett ble gjennomført etter endt datainnsamling av både kvantitative og kvalitative data.

3.1.2 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode tar ofte utgangspunkt i et deskriptivt design. Et deskriptivt design er hensiktsmessig å bruke når en har en grunnleggende forståelse av problemområdet som skal forskes på, men ønsker data som kan beskrive situasjonen ytterligere (Silkose et al., 2021, s. 72). Tidligere forskning og litteratur har de siste årene gitt nok kunnskap om muskeldysmorfi til å kunne utarbeide spørreskjemaer som kan brukes i videre forskning. Et spørreskjema gir

mulighet til å samle inn data fra flere ulike personer som følger en standardisert prosedyre, som muliggjør kartlegging, generalisering og sammenligning (Silkose et al., 2021, s. 73).

Spørreskjemaet brukt i denne studien er utformet som en nettbasert spørreundersøkelse og har et tverrsnittdesign. Spørreundersøkelsen ble konstruert i SurveyXact produsert av Rambøll, som er Skandinavias ledende spørreskjemaverktøy og anbefalt av Universitetet i Stavanger. En elektronisk spørreundersøkelse gir muligheten til å nå ut til et stort utvalg hentet fra hele Norge, uten økonomiske eller geografiske begrensninger. Dermed kan spørreundersøkelsen bidra til å kartlegge norsk helse- og treningspersonell kjennskap til muskeldysmorfi. Spørreskjemaet er utviklet i forbindelse med et overordnet prosjektet, av prosjektets forskergruppe, og er derfor ikke brukt i tidligere studier. Mer informasjon om spørreskjemaet utdypes i avsnitt 3.4.

3.1.3 Kvalitativ metode

Den kvalitative delen av gjeldende studie har i motsetning til den kvantitative delen, en eksplorerende tilnærming. Eksplorerende design er ofte hensiktsmessig når man vet lite om problemområde, og man derfor ikke har klare forventninger om hva dataene vil bringe frem i lyset (Silkose et al., 2021, s. 69). Formålet med en kvalitativ del i lys av gjeldende problemstilling var å få et innblikk i helse- og treningspersonells erfaringer med muskeldysmorfi og tanker rundt identifisering, forebygging og behandling. Slike data kan brukes til å både øke forståelsen for dagens situasjon, og legge føringer for videre forskning (Silkose et al., 2021, s. 70). Det kvalitative forskningsintervjuet bygger på en fenomenologisk tilnærming utviklet av Edmund Husserl, men senere videreutviklet av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44). Deres forståelse av fenomenologi vektlegger søken etter å forstå sosiale fenomener, gjennom informantenes opplevelser, erfaringer og beskrivelser. Kvalitative metoder har tidligere blir kritisert for sin manglende objektivitet, men metodens objektivitet er uttrykt i den ærlige gjengivelsen av informantenes beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Kvalitative metoders styrke er å belyse ulike perspektiver, sider og nyanser av et problemområde. I denne studien er det brukt individuelle intervju for å samle inn kvalitativ data.

3.2 Utvalg

Ettersom man ikke vet hvem som møter på personer med muskeldysmorfi, hvem som evner å identifisere symptomer og hvem personer med muskeldysmorfi oppsøker, var det ønskelig å rekruttere personer med helse- og treningsfaglig bakgrunn. Dette innebærer:

- Autorisert helsepersonell, med autorisasjon i Norge etter §48a eller lisens etter §49 (Helsepersonelloven, 1997), som lege, psykolog eller fysioterapeut.
- Helsepersonell uten autorisasjon, som arbeider innenfor helsefremmende og/eller -forebyggende arbeid i helse- og omsorgssektoren eller i annen privat/offentlig sektor, men som ikke er registrert med autorisasjon eller lisens i Norge etter §48a eller §49 i helsepersonelloven (1997).
- Treningsfaglig personell, som arbeider innenfor trenings- og helsevirksomhet som eksempelvis personlig trener, rådgiver eller trener.

Inklusjonskriterier for deltakelse i studien innebar at vedkommende hørte til en av de tre overnevnte yrkesgruppene og var >18 år. Innenfor kvantitativ forskningsmetode brukes begrepet utvalg, om den gruppen mennesker som dataen innsamles fra, mens kvalitativ forskningsmetode bruker begrepet deltakere eller respondenter (Silkose et al., 2021, s. 117). Med et utvalg menes en utvalgt gruppe fra populasjonen man ønsker å si noe om. Ofte ønsker forskere å anskaffe informasjon om en hel populasjon, som i gjeldende studie, er helse- og treningspersonell i Norge. Ettersom en rekke begrensninger gjør det svært vanskelig å samle inn data fra hele populasjonen, kan derimot et tilfeldig utvalg gi nok data, som ved bruk av statistiske analyser kan generaliseres til populasjonen. I kvantitative undersøkelser er utvalget, og prosedyrene for datainnsamlingen nært knyttet opp mot studiens validitet, og hvorvidt resultatene kan generaliseres.

I kvalitative undersøkelser har derimot ofte rekruttering av deltakere en helt annen tilnærming, der deltakere rekrutteres nettopp på grunn av gitte karakteristikker og dataen ikke er ment til å generaliseres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). For det første rekrutteres et betraktelig mindre antall deltakere, enn hva som vanligvis er tilfellet i kvantitative undersøkelser. Et av formålene med det kvalitative forskningsintervjuet er å få et innblikk i forståelsen og opplevelsen av et fenomen fra intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20).

3.2.1 Utvalg i kvantitativ datainnsamling

Rekruttering av deltakere til den kvantitative datainnsamlingen foregikk over e-post og sosiale medier. E-post ble sendt til relevante organisasjoner, foreninger og arbeidsplasser, samt enkeltpersoner med relevant yrkesbakgrunn. Link til den elektroniske spørreundersøkelsen ble også delt over sosiale medier av de involverte i master- og hovedprosjektet, og på Universitetet i Stavanger sin Facebook-side og Antidoping Norges nettside.

Ved endt datainnsamling var antall besvarelser 217, hvorav 13 av disse ble fjernet grunnet svært mangelfull besvarelse. Endelig utvalg besto derfor av 204, hvorav 39,7 % var menn ($n = 89$) og 60,3 % var kvinner ($n = 123$). Utvalget ($n = 204$) representerte ulike aldersgrupper, men 41,7 % ($n = 85$), 28,4% ($n = 58$) og 19,1% ($n = 39$) av utvalget var henholdsvis i aldersgruppene 20-29 år, 30-39 år og 40-49 år. Fordelingen av gruppene autorisert helsepersonell, helsepersonell uten autorisasjon og treningsfaglig personell var henholdsvis 41,7% ($n = 85$), 12,7 % ($n = 26$) og 41,2% ($n = 84$), mens 4,4 % ($n = 9$) oppga ikke hvilken gruppe de tilhørte. Deltakere i gruppen autorisert helsepersonell hadde 10 ± 8.6 års erfaring i yrket, deltakerne i gruppen helsepersonell uten autorisasjon hadde 10.1 ± 8.6 års erfaring, og deltakere i gruppen treningspersonell hadde 10.5 ± 8.6 års erfaring. Gruppen autorisert helsepersonell, besto av personer som arbeidet som lege ($n = 5$), sykepleier ($n = 6$), naprapat ($n = 2$), fysioterapeut ($n = 29$), helsefagarbeider ($n = 1$), kiropraktor ($n = 3$), psykolog ($n = 27$), vernepleier ($n = 2$), ergoterapeut ($n = 4$), klinisk ernæringsfysiolog ($n = 4$) og ambulansesjåfør ($n = 2$). Gruppen helsepersonell uten autorisasjon besto av yrkesgruppene rådgiver ($n = 12$), miljøarbeider/miljøterapeut ($n = 4$), forsker/doktorgradstipendiat ($n = 4$), idrettspedagog ($n = 4$) og senterleder ($n = 2$). Gruppen treningspersonell besto av trener ($n = 12$), personlig trener ($n = 47$), daglig leder på treningssenter ($n = 10$), idrettsfaglærer/idrettspedagog ($n = 4$), gruppetimeinstruktør ($n = 3$) og treningsrådgiver ($n = 8$).

3.2.2 Deltakere i kvalitativ datainnsamling

Deltakerne som ble intervjuet var syv personer med helse- og/eller treningsfaglig yrkesbakgrunn. Samtlige av deltakerne ble kontaktet via e-post, enten personlig eller gjennom arbeidsplass/organisasjon. De fikk et informasjonsskriv (se Vedlegg 1) om hva deltakelse innebar og deres rettigheter. Alle som meldte seg via en responderende e-post ble inkludert i studien. De kvalitative dataene består av transkriberte intervju med to personlige trenere, en

rådgiver innen antidopingarbeid, en rådgiver om spiseforstyrrelser, en psykolog, en fysioterapeut med spesialkompetanse i kognitiv terapi og en idrettsrådgiver.

Deltakerne representerer et variert utvalg fra gruppene helsepersonell med autorisasjon ($n = 2$), helsepersonell uten autorisasjon ($n = 2$) og treningspersonell ($n = 3$), samt sentrale jobber som kan forventes å jobbe tett på personer med muskeldysmorfi. Utvalget besto av fire kvinner og tre menn, og var alle mellom 25-50 år. Alle deltakerne hadde erfaringer fra flere arbeidsplasser relatert til helse og/eller trening. Personen med lengst erfaring hadde arbeidet i 24 år, mens personen med minst erfaring hadde arbeidet i 3 år. De fleste av deltakerne tok utgangspunkt i sine nåværende jobber, men kom med innspill og erfaringer også fra sine tidligere arbeidsplasser.

3.3 Prosedyrer

Det ble i forkant av datainnsamlingen gjennomført pilotstudier både med det kvantitative spørreskjemaet og den kvalitative intervjuguiden. Pilotundersøkelser er hensiktsmessig i forkant av studier for å kvalitetssikre instrument og metode før bruk (Thomas et al., 2015, s. 373). Etter at spørreundersøkelsen var konstruert i SurveyXact ble den aktivert og sendt ut til personer med relevant yrkesbakgrunn. Avslutningsvis i spørreundersøkelsen ble det lagt til fem spørsmål hvor deltakerne kunne gi tilbakemeldinger om hvordan spørreundersøkelsen fungerte i praksis og om noe var uklart. Sytten personer gjennomførte pilotundersøkelsen, og ga flere relevante tilbakemeldinger som førte til noen endringer før selve studien startet. Det ble blant annet i noen spørsmål gjort mulig å krysse av på flere svaralternativer etter kommentar fra deltakere i pilotstudien og det ble foretatt noen endringer i spørsmålsformulering og begrepsbruk for å unngå misforståelser.

Det ble også gjennomført fire pilotintervjuer med personer som hadde helse- og/eller treningsfaglig bakgrunn. Pilotintervjuene ble gjennomført for å teste intervjuguide i praksis og få erfart intervjusituasjonen som intervjuer. Det ble i etterkant av pilotintervjuene lagt til noen underspørsmål som kunne brukes dersom deltakerne hadde lite erfaring med muskeldysmorfi i forkant. Pilotintervjuene var også nyttige i den grad at det ga viktige erfaringer som intervjuer, blant annet knyttet til det å gi deltakerne tid til å svare på hvert spørsmål. En pause i samtalen betyr ikke at deltakerne ikke har mer å komme med, og går man rett på neste spørsmål kan man

risikere å miste betydningsfull informasjon. Pilotundersøkelsen og pilotintervjuene bidro begge til økt kvalitet på den reelle datainnsamlingen.

Den kvantitative og den kvalitative datainnsamlingen ble gjennomført parallelt, selv om den kvantitative delen hadde oppstart først. Den kvantitative spørreundersøkelsen var aktiv elektronisk i tre måneder, mens de kvalitative intervjuene ble gjennomført på forskjellige tidspunkt spredt over fire uker. Den kvantitative datainnsamlingen hadde en selvgående prosedyre, men ble delt jevnlig over sosiale medier og e-post for økt rekruttering.

Etter kontakt med deltakere til de kvalitative forskningsintervjuene, ble det avtalt intervjutidspunkt etter deres ønske. Deltakerne fikk valget mellom fysisk intervju eller intervju over videosamtale. Seks av syv intervju ble gjennomført over videosamtale grunnet geografiske eller tidsbegrensende faktorer, mens ett intervju ble gjennomført fysisk på vedkommendes arbeidsplass. For samtlige av intervjuene ble diktafon brukt til opptak av intervjusamtalene. Dette fordi det frigjør intervjuer til å være mer til stede i samtalen, og for å sikre at alle detaljer ble inkludert. Ettersom intervjuguiden var semistrukturert, stiller det krav til at intervjuer er en aktiv lytter, og fanger opp relevante tema underveis i intervjuet som kan legge føringer for nye spørsmål. Deltakerne ble informert om at intervjuet ble tatt opp, og godkjente dette. I etterkant av hvert intervju ble intervjuet transkribert, og alle personopplysninger som kunne spores tilbake til personen ble slettet.

3.4 Instrument

3.4.1 Spørreundersøkelsen

Spørreskjemaet (se Vedlegg 2) som er brukt til datainnsamling i gjeldende masterstudie er utviklet av forskergruppen bak hovedprosjektet. Spørreskjemaet «Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire (MDOQ)» ble utviklet med utgangspunkt i eksisterende litteratur og andre validerte spørreskjema for muskeldysmorfi. MDOQ består av to deler, hvor den første delen, Del A, består av bakgrunnsspørsmål for å kartlegge kjønn og alder, samt hvorvidt vedkommende har kjennskap til og opplæring/utdanning knyttet til muskeldysmorfi. Del B består av 30 spørsmål, hvor hvert av spørsmålene er tilknyttet ulike symptomer på muskeldysmorfi. I Del B bes deltakerne svare på hvorvidt de har observert disse symptomene hos personer i sin bruker/pasient/kundegruppe.

De 30 spørsmålene i Del B kan deles opp i:

- Spørsmål 1-13 som er basert på MDDI (Hildebrandt et al., 2004, s. 170; Sandgren et al., 2019, s. 16). MDDI er et av de mest brukte måleinstrumentene for selv-rapporterte symptomer på muskeldysmorfi. Spørreskjemaet gjenspeiler de diagnostiske kriteriene som er foreslått av Pope et al. (1997, s. 550) og i DSM-5 (APA, 2013, s. 243). 13 av spørsmålene ble i denne spørreundersøkelsen tilpasset formålet om å fange opp helse- og treningspersonell observasjoner av de forskjellige symptomene.
- Spørsmål 14-24 omhandler symptomer i henhold til bruk av/intensjon til bruk av anabole steroider, annen dopingbruk og bruk av kosttilskudd som proteinpulver og kreatin. Forskning indikerer at symptomer på muskeldysmorfi har en positiv korrelasjon med denne type atferd (Kanayama et al., 2018, s. 2601; Kanayama & Pope, 2018, s. 7).
- Spørsmål 25-28 er basert på diagnostiske kriteriene for kroppsdysmorfisk lidelse med muskeldysmorfi i DSM-5 (se Tabell 1; APA, 2013, s. 243), oversatt til norsk.
- Spørsmål 29-30 er hentet fra MASS, som er et annet mye brukt måleinstrument for måling av selv-rapporterte symptomer på muskeldysmorfi (Mayville et al., 2002, s. 355; Sandgren & Lavalley, 2018, s. 219). I MDOQ ble to av spørsmålene fra MASS knyttet til tvangstrening og treningsavhengighet oversatt til norsk, modifisert og inkludert.

3.4.2 Instrumentets validitet og reliabilitet (Spørreskjema)

Spørreskjemaet MDOQ er utarbeidet i forkant av hovedprosjektet, og er foreløpig ikke testet eller validert. Gjeldende studie rapporterer derfor første runde med data som er blitt samlet inn ved bruk av MDOQ, samt de psykometriske egenskapene til spørreskjemaet. Spørreskjemaet er derimot utarbeidet med utgangspunkt i andre validerte måleinstrument som måler selv-rapporterte symptomer på muskeldysmorfi (MDDI og MASS; Hildebrandt et al., 2004, s. 170; Mayville et al., 2002, s. 355; Sandgren et al., 2019, s. 16) og kriteriene til muskeldysmorfi jf. DSM-5 (APA, 2013, s. 243). Samtidig er alle spørsmålene i spørreskjemaet knyttet til symptomer på muskeldysmorfi forankret i forskning og vitenskapelige artikler (Pope et al., 1997, s. 550; APA, 2013, s. 243; Mayville et al., 2002, s. 355; Sandgren & Lavalley, 2018, s. 219; Kanayama et al., 2018, s. 2601; Kanayama & Pope, 2018, s. 7), men tilpasset helse- og treningspersonells observasjoner. Det bidrar til å styrke instrumentets validitet.

Instrumentets validitet sier noe om hvorvidt det måler det som er tenkt å måle (Jacobsen, 2022, s. 17). Om gjeldende spørreskjema måler det det er tenkt å måle, avhenger blant annet av utformingen av spørsmålene. Begrepsvaliditet er en utfordring ved spørreskjema som

måleinstrument (Jacobsen, 2022, s. 17). Det er viktig at spørsmålene er tydelige, og forstås av respondent slik det er ment. Det er også viktig at forskeren på forhånd har tenkt gjennom hvordan svarene skal tolkes. Spørreskjemaet ble utviklet av en forskergruppe, som betyr at spørsmålsformuleringene og oppbygningen av spørreskjemaet er diskutert i en gruppe med fagpersoner. Det ble også gjennomført en pilotundersøkelse, som både ble sendt til personer i målgruppen og til personer med bakgrunn i fagområdet og forskning. Pilotundersøkelsen var ment for å blant annet gi en pekepinn knyttet til uklarheter i spørsmålsformulering, og kan derfor bidra til å styrke instrumentets validitet.

Ytre validitet sier noe om resultatene i en studie kan trekke gyldige slutninger til populasjonen utvalget er hentet fra. I gjeldende studie blir det naturlig å snakke om ytre validitet, altså resultatenes generaliseringsverdi, fremfor indre validitet, som er studiens evne til å trekke slutninger om kausalitet. Ytre validitet stiller særlig krav til utvalget, som får betydning for hvorvidt resultatene i studien kan generaliseres til populasjonen utvalget er hentet fra (Thomas et al., 2015, s. 13). Rekruttering skjedde over sosiale medier og e-post, og var anonym og frivillig. En svakhet med denne prosedyren er at det kan forventes at de som svarer på spørreundersøkelsen ikke er et representativt utvalg. Egeninteresse, kjennskap til problemområde og yrkeserfaring kan få betydning. De som i mindre grad har kjennskap til problematikken og ikke forholder seg til fenomenet muskeldysmorfi i sitt arbeid velger kanskje å overse forespørselen om deltakelse, noe som fører til at resultatenes ytre validitet svekkes.

Høy svarprosent er også avgjørende for generaliserbarheten. Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB; 2020, s. 1), er det 345 000 som er sysselsatte i helse- og sosialtjenester i Norge. Det er ikke klare tall på hvor mange som arbeider som treningspersonell i Norge i dag. Likevel er det tydelig at populasjonen det ønskes å si noe om i gjeldende studie består av mange hundre tusen, og et utvalg på 204 kan derfor betraktes som ett lite utvalg. Samtidig bør det presiseres at til tross for svakheter knyttet til studiens ytre validitet, vil resultatene kunne gi verdifull kunnskap og ha en overførbarhet (Thomas et al., 2015, s. 384).

Gjeldende studie vil også undersøke de psykometriske egenskapene til MDOQ (faktorstruktur og indre konsistens [Cronbach's Alpha]), og resultatet av dette er rapportert i avsnitt 3.5.1.

3.4.3 Intervjuguiden

Intervjuguiden (se Vedlegg 3) ble utarbeidet som et semistrukturert intervju. Et semistrukturert intervju gir intervjuet en åpen og fleksibel tilnærming, men bidrar likevel med føringer for i hvilken retning intervjuet skal, og hvilke spørsmål som ønskes besvart. Å benytte en semistrukturert intervjuguide ble vurdert som hensiktsmessig i henhold til gjeldende problemstilling fordi deltakerne kom fra ulike yrkesbakgrunn. Semistrukturert intervju gir også deltaker følelsen av en mer åpen dialog, og ettersom problemområdet er lite forsket på tidligere, kunne en slik åpen dialog og potensielle digresjoner bidra til nye tema.

Intervjuguiden inkluderte noen bakgrunnsspørsmål på samme måte som spørreskjemaet, og besto videre av 10 spørsmål, noen med alternative oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene var knyttet til deltakernes erfaringer og tanker om observasjon av, tilnærming til og behandling av personer med symptomer på muskeldysmorfi. Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i tidligere forskning og litteratur (f.eks. Cunningham et al., 2017, s. 258; Grieve et al., 2009, s. 64; Sandgren et al., 2019, s. 17). Noen av spørsmålene er knyttet til deltakernes erfaringer som eksempelvis «*Hvilke erfaringer har du med observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi hos personer du møter i jobben din?*» og «*Kan du fortelle meg litt om den opplæring/utdanning du har fått (hvis du har fått) om psykiske lidelser som muskeldysmorfi og kroppsdysmorfisk lidelse?*». Andre spørsmål hadde en mer eksplorerende tilnærming, som for eksempel «*Hvilke utfordringer er det rundt identifisering av symptomer på muskeldysmorfi?*» og «*Hvilke forebyggingsiltak og/eller intervensjoner tror du kan virke effektivt for personer med symptomer på muskeldysmorfi?*»

3.4.4 Instrumentets validitet og reliabilitet (Intervju)

Eksisterende litteratur har diskutert hvorvidt spørsmål om validitet og reliabilitet er relevant i kvalitativ forskning (Thomas et al., 2015, s. 383; Jacobsen, 2022, s. 239). Det har blitt argumentert for at begrep som «troverdighet» fungerer bedre til å si noe om kvaliteten på en kvalitativ studie. Troverdighet defineres i Thomas et al. (2015, s. 383) som «*en kvalitet oppnådd i en studie når innsamlet data er aktuelle, konsistente og nøytrale*». I Jacobsen (2022, s. 239) poengteres det derimot at en studies gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet) er relevant i kvalitative studier på samme måte som i kvantitative studier, men at prosedyrene som sikrer dette, vil være forskjellige. Ved kvalitativ forskning må man også vurdere kritisk om man har fått de dataene man ønsket å få tak i, om dataene har en overføringsverdi og om man kan stole

på dataene. Man snakker gjerne heller om studiens samlede validitet, fremfor instrumentets validitet. Sett i Jacobsens perspektiv (2022, s. 240) vil intern gyldighet avhenge av om deltakernes beskrivelser, erfaringer og uttalelser faktisk representerer virkeligheten. I gjeldende studie vil man kunne argumentere for at ettersom tema for intervjuet ikke dreier seg om deltakerne personlig eller stiller kritiske spørsmål til deres holdninger og verdier, kan man forvente ærlige svar. Likevel bør det tas i betraktning at deltakerne kan forsøke å idealisere virkeligheten for å forsvare eget yrke eller bransje (eksempelvis treningscenterbransjen).

Kvalitative studier vil alltid være subjektive, ettersom intervjudeltakerne forteller fra sitt ståsted, samtidig er noe av hensikten med studien å få frem nettopp perspektiver, tanker, erfaringer og holdninger fra personer i helse- og treningsrelaterte yrker. En annen faktor i kvalitativ forskning er forskerens evne til å tolke og legge frem data slik de var ment fra deltakeren. Forskeren opptrer som analyseredskap, og personlig holdninger og verdier kan påvirke tolkningen og analysen av data (Jacobsen, 2022, s. 245). Ved å transkribere og direkte sitere deltakernes intervju kan man øke den interne validiteten. Ved å knytte direkte sitat opp mot litteratur får man frem et sentralt formål med kvalitativ forskning; å skaffe innsikt og dybde. Deltakerne kan også, særlig etter ønske, få muligheten til å validere forskerens tolkninger ved å lese gjennom etter tolkning og analyse.

Reliabilitet i det kvalitative forskningsintervjuet avhenger av faktorer som kan påvirke resultatene, som for eksempel intervjuereffekt og dataanalysen (Jacobsen, 2022, s. 254). Som intervjuer er det viktig å være bevisst på formuleringen av spørsmålene, særlig i semistrukturerte intervju, der spørsmål kan oppstå spontant. Det er viktig å holde seg objektiv, slik at det ikke legges føringer for deltakernes svar. Det er også viktig å være bevisst på egne hypoteser, holdninger og fordommer når man skal tolke og analysere dataene.

Den ytre validiteten dreier seg om i hvilken grad funnene kan overføres til andre situasjoner og personer. Ettersom deltakerne er få, og trukket basert på et konkret formål, er generalisering i kvalitative studier utfordrende (Jacobsen, 2022, s. 256). Metning er et begrep i kvalitativ forskning som kan si noe om generaliserbarheten til resultatene. Metning oppnås når nye deltakere og intervju ikke tilfører ny informasjon (Jacobsen, 2022, s. 256). I gjeldende studie er det utfordrende å si at datainnsamlingen er mettet, fordi alle de ulike intervjuene foretatt både hadde like, men også svært ulike erfaringer og tanker. Likevel har deltakerne en bredde, eller spredning, i den forstand at personene som intervjues kommer fra ulike yrker og ulik faglig

bakgrunn. Selv om det ikke kan argumenteres for at generaliserbarheten er høy, representerer utvalget en bredde i den populasjonen som ønskes undersøkt. Dersom funnene kan forankres i et teoretisk rammeverk, øker dette den ytre validiteten. Forskning er derfor stadig i utvikling, og det er viktig at man foretar flere studier, samt undersøker det samme fenomenet i ulike populasjoner, da dette bidrar til et sammenligningsgrunnlag som øker muligheten for å generalisere funn i kvalitative studier (Jacobsen, 2022, s. 259).

3.5 Analyse

3.5.1 Statistisk analyse

Etter endt datainnsamling ble rådata lastet ned fra SurveyXact, og overført til det statistiske analyseprogrammet IBM SPSS versjon 28 (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL), hvor alle statistiske analyser ble gjennomført. All rådata ble gjennomgått etter overføring. Etter at svært ufullstendige besvarelser ble slettet, ble det undersøkt om det var mulig å erstatte manglende data på de resterende respondentene som hadde noe ufullstendige besvarelser. Det ble gjennomført en Little's Missing Completely at Random test (MCAR) på alle variablene fra selve spørreundersøkelsen (Del B), noe som ekskluderer bakgrunnsspørsmål i Del A. Med en p -verdi > 0.05 kan det antas at dataene som mangler er tilfeldige mangler, og kan derfor erstattes. Det ble derfor opprettet et nytt datasett, hvor manglende data i disse variablene ble erstattet ved hjelp av statistisk sannsynlighet i SPSS. Det ble deretter gjennomført en normalitetstest på alle variabler. For alle variablene var Kolmogorov-Smirnov test signifikant ($p < .0001$), og indikerer brudd på normalitet. Kolmogorov-Smirnov test brukes vanligvis på data hvor $n \geq 50$, mens Shapiro-Wilk test egner seg på data hvor $n < 50$ (Mishra et al., 2019, s. 70). I gjeldende analyse er det derimot ikke av særlig betydning, da begge tester indikerte brudd på normalitet ($p < .0001$). Dette la føringer for videre valg av tester, og ved ikke-normalfordelt data brukes ikke-parametriske tester (Singh et al., 2013, s. 2).

Videre ble det gjennomført en eksplorerende faktoranalyse (EFA). En EFA brukes for å redusere et datasett, der det i forkant ikke foreligger forventninger og teori om struktur og antall faktorer (Hurley et al., 1997, s. 668). Kaiser-Meyer-Olkin test for utvalgets tilstrekkelighet, og Bartlett's test for sfærisitet ble brukt for å undersøke om datasettet var egnet til datareduksjon. Videre ble Principal Axis Factoring brukt som ekstraksjonsmetode ettersom dette er anbefalt for ikke-normalfordelte data (Watkins, 2021, s. 74), og eigenvalue-metoden ble brukt for å bestemme antall faktorer. Eigenvalue > 1 ble ansett som en faktor, samtidig som scree-plot ble

brukt for å underbygge antall faktorer. Oblique Promax ble brukt som rotasjonsmetode. Denne metoden anses som hensiktsmessig når det er forventet at en eller flere av faktorene vil korrelere, noe som ofte er tilfellet innenfor samfunnsvitenskap (Watkins, 2018, s. 233).

Enheter som ikke ladet på noen faktorer etter det ble innført en minimumsverdi på .32, og enheter som ladet på to eller flere faktorer ble fjernet (Sandgren et al., 2022, s. 5). Faktorer bestående av kun en eller to enheter ble også fjernet da det ble ansett som en ustabil faktor (Sandgren et al., 2022, s. 5). EFA-prosedyren ble gjennomført i flere omganger, til en passende struktur ble oppnådd. For å videre sikre at de endelige faktorene var konsistente og reliable ble Cronbach's α brukt, og ble ansett akseptabel ved $\alpha = .6-.7$ (Ursachi et al., 2015, s. 681).

Deskriptiv analyse og frekvensanalyse ble gjennomført, og for analyse av forskjeller mellom grupper ble Kruskal Wallis H test og Mann Whitney U test brukt. Begge er ikke-parametriske tester som egner seg for ikke-normalfordelte data (Grech & Calleja, 2018, s. 49). For alle statistiske analyser ble signifikansnivået satt til $p < .05$. Cohens d ble brukt for effektstørrelse, og ble ansett som liten ved en verdi på ± 0.2 , medium ved en verdi på ± 0.5 og stor ved en verdi på ± 0.8 (Cohen, 1988, s. 26).

3.5.2 Tematisk analyse

Tematisk analyse er en metode som brukes til analyse av kvalitative data, for å identifisere og forstå mønster, i form av tema (Braun & Clark, 2022, s. 4). Tematisk analyse er, sammenlignet med andre former for kvalitative analyser, ikke bundet til et teoretisk rammeverk, og kan brukes på tvers av teorier og tidligere forskning. Tematisk analyse bidrar med tilgjengelige og systematiske prosedyrer for å hente frem koder, mønster og tema i et kvalitativt datasett. Kvalitative analyser handler ikke bare om å hente ut og trekke frem data, men om å gi dataene mening slik at de bidrar i å besvare problemstilling og forskningsspørsmål. Tematisk analyse er et svært fleksibelt analyseverktøy, og fungerer godt når dataene i liten grad er forsket på tidligere (Braun & Clark, 2022, s. 4). Det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å bruke tematisk analyse i denne studien.

I denne studien har analysen av kvalitative data i stor grad en induktiv tilnærming, der dataene legger føringer for temaene som inkluderes, og hvilken litteratur som er relevant. Det kan likevel nevnes at eksisterende litteratur og forskning har bidratt til utformingen av intervjuguide og derfor til en viss grad lagt føringer for forventede tema. Analysen har videre tatt

utgangspunkt i de seks stegene, introdusert i artikkelen til Clark & Braun (2006, s. 87). Analysen ble gjennomført i Microsoft Word 2022. Det ble i første omgang brukt tid på å bli kjent med dataene, gjennom transkribering og gjennomlesing. Dette gir initierende ideer som noteres ned. Videre ble det for hvert transkriberte intervju markert ut koder. Koder kan være begreper, ord og setninger som eksempelvis belyser forskningsspørsmålene eller som går igjen flere ganger i samme intervju. Etter koding av ett transkribert intervju ble det dannet forslag til temaer, der fargekoder ble brukt for å tematisere dataene. Dette la videre føringer for neste intervju, hvor koder i tråd med de samme, eller nye temaer ble hentet ut. Etter en gjennomgang av alle de transkriberte intervjuene, ble det dannet en oversikt over de ulike temaene. Det ble deretter gjennomført en ytterligere gjennomgang av dataene for å sikre at alle relevante koder og temaer var hentet ut. Det ble videre laget en oversikt over temaene og tilhørende koder, som presenteres i resultatkapittelet.

3.6 Forskningsetiske overveielser

I forkant av datainnsamling ble prosjektbeskrivelse sendt inn til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), som vurderte både den kvantitative og kvalitative datainnsamlingen (se Vedlegg 4 og 5). Prosjektet ble også meldt inn til Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK), som vurderte prosjektet som ikke fremleggingspliktig (se Vedlegg 6).

Videre er det i tråd med den Nasjonale Forskningsetiske Komité for Samfunnsvitenskap og Humaniora (NESH) sine retningslinjer forsøkt å ivareta deltakernes rettigheter, avklare etiske dilemmaer, fremme ansvarlig forskning og hindre uredelighet (NESH, 2021, s. 7). En sentral forskningsetisk forpliktelse ved forskning som inkluderer personer, er «hensyn til personer», og innebærer at menneskeverdet og personlig integritet, sikkerhet og velferd ivaretas (NESH, 2021, s. 8). Det er også foretatt en risikovurdering (se Vedlegg 7).

3.6.1 Fritt, informert samtykke

Forskeren er pliktet til å innhente samtykke til deltakelse i forskning (NESH, 2021, s. 13). Samtykket skal være frivillig, informert og utvetydig, samt bør være dokumenterbart. I spørreundersøkelsen fikk deltakerne informasjon om prosjektet, og måtte svare «Ja» på spørsmålet «Jeg samtykker til deltakelse i denne studien» før de kunne gå videre til selve undersøkelsen (se Vedlegg 2). I forkant av intervjuene fikk også deltakerne tilsendt et

informasjonsskriv (se Vedlegg 1), og ble bedt om å signere under på at de samtykker til deltakelse i prosjektet. Deltakerne ble også informert om at samtykket var frivillig, og kunne trekkes tilbake når som helst. I informasjonsskrivet ble deltakerne videre informert om prosjektets formål, hva deltakelse innebar og hvordan deres anonymiserte opplysninger ville bli brukt videre. Det ble også informert om at deltakerne kunne kontakte prosjektleder, og veileder, ved eventuelle spørsmål.

3.6.2 Anonymitet

Deltakerne ble informert om at deltakelse var anonym, og at deres opplysninger ikke ville kunne identifiseres. Forskere er pliktet til å sikre at anonymitet ivaretas dersom avtalt (NESH, 2021, s. 22). I den kvantitative spørreundersøkelsen, som ble sendt ut elektronisk, er det ingen personlig kobling mellom forsker og deltaker, og forsker har derfor ingen kjennskap til hvem som har svart på undersøkelsen. Spørreundersøkelsen er også i samråd med NSD utformet slik at bakveisidentifisering ikke skal være mulig, ved å blant annet grovkategorisere alder. I den kvalitative datainnsamlingen, er anonymiteten ivaretatt ved å transkribere intervjuene, og fjerne alle personopplysninger. For å unngå bakveisidentifisering har det også vært sentralt å være bevisst på hvordan deltakerne beskrives i form av yrke og faglig bakgrunn.

3.6.3 Direkte og indirekte berørte

Forskere har også et ansvar om å «ta hensyn til personer som direkte eller indirekte er berørt av forskningen, uten at de selv har gitt samtykke til å delta» (NESH, 2021, s. 26). Dette vil i gjeldende studie være relevant dersom deltakerne snakker om erfaringer knyttet til sine brukere/kunder/pasienter. I en slik situasjon er det viktig at forsker anonymiserer denne type informasjon helt, som ble praktisert i denne studien.

4.0 Resultat

Gjeldende studie hadde som formål å undersøke helse- og treningspersonells kjennskap til ulike symptomer på muskeldysmorfi, og å få en dypere innsikt i deres erfaringer tilknyttet identifisering, håndtering og behandling av muskeldysmorfi. Oppgaven hadde en delt tilnærming, og vil derfor belyses gjennom både kvantitative og kvalitative data. De kvantitative resultatene presenteres først, før de kvalitative resultatene presenteres gjennom ulike tema. Resultatene vil legge føringer for videre diskusjon og et avsluttende oppsummeringskapittel.

4.1 Resultat fra spørreundersøkelse

Først vil resultatene fra faktoranalysen legges frem. Hensikten bak faktoranalysen var å etablere en faktorstruktur for spørreskjemaet MDOQ, samt trekke frem eventuelle styrker og svakheter. Deretter vil resultater fra ytterligere analyser legges frem. Alle analyser er foretatt med den hensikt å belyse problemstilling, og da med særlig fokus på forskningsspørsmål a) «Hva er helse- og treningspersonell kjennskap til symptomer på muskeldysmorfi?» og b) «Hvilke symptomer observerer deltakerne og er det forskjeller i observasjon mellom deltakergruppene?». Dette inkluderer resultater fra deskriptive analyser og analyse av forskjeller.

4.1.1 EFA: Faktorstruktur

Kaiser-Meyer-Olkin test for MDOQ var .852, og anses som veldig god (Watkins, 2018, s. 226), og Bartlett's test var signifikant ($p < .000$). Totalt 14 av 30 enheter ble fjernet, hvorav fire ble fjernet som følge av lav faktorladning ($>.32$), åtte ble fjernet som følge av krysslading på to eller flere faktorer og to enheter ble fjernet da de formet en ustabil faktor med kun to enheter. Endelig struktur besto av totalt 16 enheter og fire faktorer. Alle fire faktorene hadde eigenvalue > 1 , og scree-plot underbygger en fire-faktor struktur. Se Tabell 3 for oversikt over faktorer og tilhørende enheter.

Tabell 3. EFA mønstermatrise, faktorlading, faktorbetegnelse, Eigenvalue, % variance og Cronbach alpha (N = 204)

Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire (MDOQ) enheter (N=16)	Faktor			
	1	2	3	4
Faktor 1: «Dopingbruk og intensjon til bruk»				
14. Bruker anabole androgene steroider	.509	–	–	–
15. Har uttrykt et ønske om å begynne å bruke anabole androgene steroider	.702	–	–	–
16. Bruker andre ulovlige prestasjonsfremmende (muskelbyggende) dopingmidler ¹	1.024	–	–	–
17. Har uttrykt et ønske om å begynne å bruke andre ulovlige prestasjonsfremmende (muskelbyggende) dopingmidler ¹	.994	–	–	–
27. Erkjenner at opplevelsen av å ikke være muskuløs nok sannsynligvis ikke stemmer overens med virkeligheten	.480	–	–	–
Faktor 2: «Unnvikelse og regeldrevet atferd»				
10. Blir engstelig når en går glipp av en eller flere treningsøkter	–	.712	–	–
11. Sier nei til sosiale aktiviteter med venner og familie på grunn av treningsplanen	–	.627	–	–
12. Føler seg deprimert og engstelig hvis en går glipp av en eller flere treningsøkter	–	.843	–	–
25. Overdreven og repeterende sjekking og vurdering av kroppen/muskler i speil eller vinduer	–	.340	–	–
28. Holder fast på at opplevelsen av å ikke være muskuløs nok er i overensstemmelse med virkeligheten	–	.340	–	–
Faktor 3: «Bruk av kosttilskudd»				
20. Bruker proteintilskudd daglig eller nesten daglig	–	–	.509	–
21. Bruker kreatin daglig eller nesten daglig	–	–	.882	–
24. Bruker «pre-workout» daglig eller nesten daglig	–	–	.866	–
Faktor 4: «Misnøye med egen muskulatitet»				
5. Synes brystmuskulaturen er for liten	–	–	–	.626
6. Synes beina er for tynne og ikke muskuløse nok	–	–	–	.923
8. Har et sterkt ønske om å ha større og mer muskulære armer	–	–	–	.733
Eigenvalue	6.161	2.010	1.556	1.077
Total variance (%)	36.090	10.698	6.794	4.600
Cronbach's α (Global score: 0,888)	.859	.761	.817	.814

Notat: Faktorladninger < 0,32 er ikke presentert.

¹ Eks. peptidhormoner, antiøstrogener og SARMer (selektive østrogenreseptormodulatorer)

Endelig faktorstruktur består av de fire faktorene: «Dopingbruk og intensjon til bruk» (DIB; $n = 5$), «Unnvikelse og regeldrevet atferd» (URA; $n = 5$), «Bruk av kosttilskudd» (BK; $n = 3$) og «Misnøye med egen muskularitet» (MEM; $n = 3$). Faktorenes reliabilitet var i høy grad akseptabel ($\alpha = .761-.859$), og for MDOQ global var reliabiliteten veldig bra ($\alpha = .888$; Ursachi, 2015, s. 681). Faktorene ble navngitt etter en gjennomgang av tilhørende enheter. Faktor 1 fikk betegnelsen «Dopingbruk og intensjon til bruk» ettersom fire av fem enheter refererer til bruken av eller ønske om bruk av dopingmidler. Faktor 2 «Unnvikelse og regeldrevet atferd» består av

enheter som knyttes til tvangshandlinger, atferd og restriksjoner i hverdagen som følge av muskeldysmorfi. Faktor 3 fikk betegnelsen «*Bruk av kosttilskudd*» ettersom enhetene omhandler bruk av ulike kosttilskudd, mens faktor 4 «*Misnøye med egen muskularitet*» refererer til tanker om at egen kropp er for liten og for lite muskulær. Faktorenes score i videre analyser er basert på gjennomsnitt, hvor DIB og URA har en variasjonsbredde på 0-5, BK og MEM en variasjonsbredde på 0-3, og MDOQ global har en variasjonsbredde på 0-16.

Tabell 4 viser korrelasjon mellom subskalaer og MDOQ global score, hvor det ble funnet en moderat til sterk korrelasjon for samtlige av variablene ($p < 0.001$).

Tabell 4. Korrelasjonsmatrise av subskalaer og Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire (MDOQ) global score.

	Variasjonsbredde	1	2	3	4	5
1 MDOQ: DIB	0-5	1.00				
2 MDOQ: URA	0-5	.34**	1.00			
3 MDOQ: BK	0-3	.07	.48**	1.00		
4 MDOQ: MEM	0-3	.47**	.49**	.35**	1.00	
5 MDOQ: Global	0-16	.69**	.81**	.61**	.78**	1.00

Notat. **MDOQ** = Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire. **DIB** = Dopingbruk og intensjon til bruk. **URA** = Unnvikelse og regeldrevet atferd. **BK** = Bruk av kosttilskudd. **MIM** = Misnøye med egen muskularitet.

** $p < .001$

4.1.2 Observerte symptomer

Tabell 5 viser frekvensfordeling av utvalgets observerte symptomer oppgitt i prosent. Symptomer observert hyppigst (>70%) er i hovedsak tilknyttet unnvikelse og regeldrevet atferd, og bruk av kosttilskudd.

Tabell 5. Frekvensfordeling av observasjoner på ulike symptomer i Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire, oppgitt i antall og prosent.

Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire (MDOQ) enheter (N=16)	Observasjon			
	Ja		Nei/Usikker	
	N	%	N	%
Faktor 1: «Dopingbruk og intensjon til bruk» (DIB)				
14. Bruker anabole androgene steroider	50	24,5%	154	75,5%
15. Har uttrykt et ønske om å begynne å bruke anabole androgene steroider	25	12,3%	179	87,7%
16. Bruker andre ulovlige prestasjonsfremmende (muskelbyggende) dopingmidler ¹	19	9,3%	185	90,7%
17. Har uttrykt et ønske om å begynne å bruke andre ulovlige prestasjonsfremmende (muskelbyggende) dopingmidler ¹	18	8,8%	186	91,2%
27. Erkjenner at opplevelsen av å ikke være muskuløs nok sannsynligvis ikke stemmer overens med virkeligheten	32	15,7%	172	84,3%
Faktor 2: «Unnvikelse og regeldrevet atferd» (URA)				
10. Blir engstelig når en går glipp av en eller flere treningsøkter	172	84,3%	32	15,7%
11. Sier nei til sosiale aktiviteter med venner og familie på grunn av treningsplanen	68	33,3%	136	66,7%
12. Føler seg deprimert og engstelig hvis en går glipp av en eller flere treningsøkter	152	74,5%	52	25,5%
25. Overdreven og repeterende sjekking og vurdering av kroppen/muskler i speil eller vinduer	167	81,9%	37	18,1%
28. Holder fast på at opplevelsen av å ikke være muskuløs nok er i overensstemmelse med virkeligheten	36	17,6%	168	82,4%
Faktor 3: «Bruk av kosttilskudd» (BK)				
20. Bruker proteintilskudd daglig eller nesten daglig	181	88,7%	23	11,3%
21. Bruker kreatin daglig eller nesten daglig	152	74,5%	52	25,5%
24. Bruker «pre-workout» daglig eller nesten daglig	150	73,5%	54	26,5%
Faktor 4: «Misnøye med egen muskularitet» (MEM)				
5. Synes brystmuskulaturen er for liten	64	31,4%	140	68,6%
6. Synes beina er for tynne og ikke muskuløse nok	67	32,8%	137	67,2%
8. Har et sterkt ønske om å ha større og mer muskuløse armer	150	73,5%	54	26,5%

Notat. N = utvalg. **Uthevede tall** = Symptomer observert hyppig (>70%).

¹ Eks. peptidhormoner, antiøstrogener og SARMer (selektive østrogenreseptormodulatorer)

4.1.3 Forskjell i observasjon av symptomer mellom yrkesgrupper

Resultatene i Tabell 6 sammenligner observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi fordelt på yrkesgruppe. Resultatene viser at det er en signifikant forskjell mellom gruppene for MDOQ global, URA, BK og MEM ($p < .01$). For alle subskalaene scorer helsepersonell uten autorisasjon og treningspersonell høyere enn helsepersonell med autorisasjon. For MDOQ global scorer helsepersonell uten autorisasjon og treningspersonell henholdsvis 8.15 ± 3.99 og 8.39 ± 3.19 , mens helsepersonell med autorisasjon scorer 6.05 ± 3.40 .

Tabell 6. Beskrivende data om observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi fordelt på yrkesgruppene helsepersonell med autorisasjon, helsepersonell uten autorisasjon og treningspersonell

Variabler	HMA	HUA	TFP	Kruskal-Wallis H	ES (d)
	N = 85	N = 26	N = 84		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
MDOQ: Global	6.05 (3.40)	8.15 (3.99)	8.39 (3.19)	18.415**	0.6
MDOQ: DIB	.52 (1.05)	1.00 (1.73)	.83 (1.50)	.756	0.2
MDOQ: URA	2.55 (1.44)	3.28 (1.47)	3.11 (1.15)	10.053**	0.4
MDOQ: BK	1.94 (1.23)	2.27 (1.11)	2.76 (.59)	23.258**	0.7
MDOQ: MEM	1.04 (1.07)	1.54 (1.14)	1.69 (.99)	18.988**	0.6

Notat. ES = Effektstørrelse. HMA = Helsepersonell med autorisasjon. HUA = Helsepersonell uten autorisasjon.

TFP = Treningsfaglig personell. M = Gjennomsnitt. SD = Standardavvik. MDOQ = Muscle Dysmorphia

Observation Questionnaire. DIB = Dopingbruk og intensjon til bruk. URA = Unnvikelse og regeldrevet atferd.

BK = Bruk av kosttilskudd. MIM = Misnøye med egen muskularitet

** $p < .001$

Det ble videre foretatt en Mann Whitney U test (Tabell 7) for å undersøke hvilke av gruppene som differensierer signifikant fra hverandre. Resultatene indikere at det er signifikante forskjeller ($p < 0.5$) mellom helsepersonell med og uten autorisasjon for MDOQ global, samt subskalaene URA og MEM. Det er signifikante forskjeller ($p < 0.5$) mellom helsepersonell med autorisasjon og treningsfaglig personell for MDOQ global og subskalaene URA, BK og MEM, mens det mellom helsepersonell uten autorisasjon og treningsfaglig personell kun er signifikant forskjell ($p < 0.5$) for BK.

Tabell 7. Forskjell i observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi mellom yrkesgrupper, parvis

Variabler	Mann Whitney U ^a	ES (d) ^a	Mann Whitney U ^b	ES (d) ^b	Mann Whitney U ^c	ES (d) ^c
MDOQ: Global	784.0*	-0.3	2274.5**	-0.6	1043.5	-0.05
MDOQ: DIB	1050.5	-0.07	3345.5	-0.1	1081.0	-0.1
MDOQ: URA	735.5**	-0.4	2857.5*	-0.3	898.5	-0.2
MDOQ: BK	948.5	-0.2	2311.5**	-0.7	858.5*	-0.3
MDOQ: MEM	822.5*	-0.4	2274.5**	-0.6	999.0	0.1

Notat. **ES** = Effektstørrelse. **MDOQ** = Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire. **DIB** = Dopingbruk og intensjon til bruk. **URA** = Unnvikelse og regeldrevet atferd. **BK** = Bruk av kosttilskudd. **MIM** = Misnøye med egen muskularitet.

^a Forskjell mellom helsepersonell med og uten autorisasjon.

^b Forskjell mellom helsepersonell med autorisasjon og treningsfaglig personell.

^c Forskjell mellom helsepersonell uten autorisasjon og treningsfaglig personell.

* $p < .05$. ** $p < .001$

4.1.4 Forskjell i opplæring/utdanning tilknyttet muskeldysmorfi mellom yrkesgrupper

Tabell 8 viser beskrivende data om utvalgets opplæring og/eller utdanning tilknyttet muskeldysmorfi, samt evne til å identifisere symptomer på muskeldysmorfi, fordelt på yrkesgrupper. Målingene er gjort på en likert skala, fra 1-5 (se Vedlegg 2). For spørsmål om utdanning/opplæring indikerer 1 ingenting og 5 svært mye, mens 1 indikerer svært usikker og 5 svært sikker på spørsmål om evne til å identifisere symptomer på muskeldysmorfi. Analysene tar utgangspunkt i gjennomsnitt, hvor begge variablene har en variasjonsbredde på 1-5.

Resultatene av en Kruskal-Wallis H test (Tabell 8) indikerer at det er en signifikant forskjell ($p < 0.001$) i opplæring/utdanning blant de tre yrkesgruppene, hvor helsepersonell med autorisasjon, helsepersonell uten autorisasjon og treningsfaglig personell scorer henholdsvis $1.77 \pm .97$, $2,42 \pm 1,47$ og $2.27 \pm .96$ i gjennomsnitt. Det er derimot ikke funnet en signifikant forskjell i evne til å identifisere symptomer, hvor gjennomsnittscore er 2.88 ± 1.25 , 2.96 ± 1.33 og 3.10 ± 1.17 for henholdsvis helsepersonell med autorisasjon, helsepersonell uten autorisasjon og treningsfaglig personell.

Tabell 8. Beskrivende data om opplæring/utdanning tilknyttet muskeldysmorfi fordelt på yrkesgruppe

Variabler	HMA	HUA	TFP	Kruskal-Wallis H	ES (d)
	N = 85	N = 26	N = 84		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Opplæring/utdanning innen muskeldysmorfi	1.77 (.97)	2.42 (1.47)	2.27 (.95)	12.383**	0.5
Evne til å identifisere symptomer på muskeldysmorfi	2.88 (1.25)	2.96 (1.33)	3.10 (1.17)	.785	0.2

Notat. **HMA** = Helsepersonell med autorisasjon. **HUA** = Helsepersonell uten autorisasjon. **TFP** =

Treningsfaglig. **M** = Gjennomsnitt. **SD** = Standardavvik. **ES** = Effektstørrelse

** $p < .001$

En Mann Whitney U test (Tabell 9) ble gjennomført for å undersøke hvilke av gruppene som differensierer signifikant fra hverandre. Resultatene indikerer at den eneste signifikante forskjellen er mellom helsepersonell med autorisasjon og treningsfaglig personell, for variabelen om opplæring/utdanning tilknyttet muskeldysmorfi ($p < .001$).

Tabell 9. Forskjell i opplæring/utdanning og evne til å identifisere symptomer på muskeldysmorfi mellom yrkesgrupper, parvis

Variabler	Mann Whitney U ^a	ES (d) ^a	Mann Whitney U ^b	ES (d) ^a	Mann Whitney U ^c	ES (d) ^a
Opplæring/utdanning	741.50	-0.3	1734.50**	-0.5	745.00	-0.01
Evne til å identifisere symptomer	863.00	-0.04	2064.00	-0.1	644.00	-0.03

Notat. **ES** = Effektstørrelse.

^a Forskjell mellom helsepersonell med og uten autorisasjon.

^b Forskjell mellom helsepersonell med autorisasjon og treningsfaglig personell.

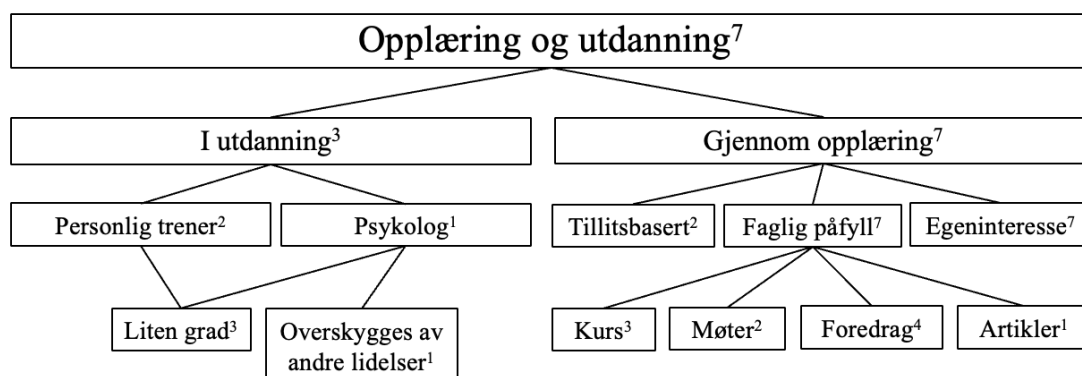
^c Forskjell mellom helsepersonell uten autorisasjon og treningsfaglig personell.

** $p < .001$

4.2 Resultater fra intervju

Analyse av kvalitative data resulterte i fem hovedtema; opplæring og utdanning knyttet til muskeldysmorfi, erfaringer med symptomer og konsekvenser, identifisering og tilnærming, forebygging av muskeldysmorfi og behandling av muskeldysmorfi. Videre i dette kapittelet vil disse temaene presenteres hver for seg. Resultatene fra den kvalitative analysen har til hensikt å belyse problemstillingen gjennom forskningsspørsmål c) «Hva er deltakernes erfaringer og synspunkter tilknyttet identifisering, håndtering og behandling av muskeldysmorfi». Hovedfunn innenfor hvert hovedtema vil presenteres i form av tekst, som inkluderer sitat fra intervjuene, og i en oversiktsfigur. Oversiktsfigurene viser hovedtema, undertema og koder for hvert av temaene. Tallet tilknyttet hver enhet tilsvarer antall intervju temaet eller kodene ble nevnt i eller snakket om.

4.2.1 Hovedtema 1: Opplæring og utdanning knyttet til muskeldysmorfi



Figur 1. Oversikt over hovedtema 1: Opplæring og utdanning knyttet til muskeldysmorfi

Notat. Hevede tall indikerer antall deltakere som diskuterte hvert tema.

I samtlige av intervjuene blir deltakerne spurt om hvorvidt deres utdanning og opplæring har gitt dem kunnskap om muskeldysmorfi. Samtlige av deltakerne sier at verken deres utdanning eller opplæring i særlig grad har gitt kunnskap om muskeldysmorfi. Deltakerne sier at de har anskaffet kunnskap om muskeldysmorfi som følge av en egeninteresse, eller faglig påfyll gjennom foredrag, kurs og artikler i regi av arbeidsplass. En av deltakerne sier «Det er mest tillitsbasert at vi holder oss oppdatert på hva som skjer, og vi ansatte snakker jo også sammen, blant annet hver mandag, hvor vi ser på ny forskning, og ja..» (rådgiver om spiseforstyrrelser, kvinne).

En annen deltaker sier at «... *det har vært lite fokus på muskeldysmorfi sammenlignet med spiseforstyrrelser, som er en stor del av både opplæring på studiet, og senere i det aktive yrkeslivet*» (psykolog, mann). Vedkommende presiserer senere i intervjuet at «... *jeg har lest på egenhånd, jeg har kanskje lest mer etter et foredrag for eksempel, fordi jeg har blitt inspirert til å kunne mer om det*». Dette er noe som går igjen blant alle de fire deltakerne med helsefaglig yrkesbakgrunn. Til tross for at det ikke er en del av utdanningen eller opplæringen, er det likevel en del av yrkesansvaret å holde seg faglig oppdatert.

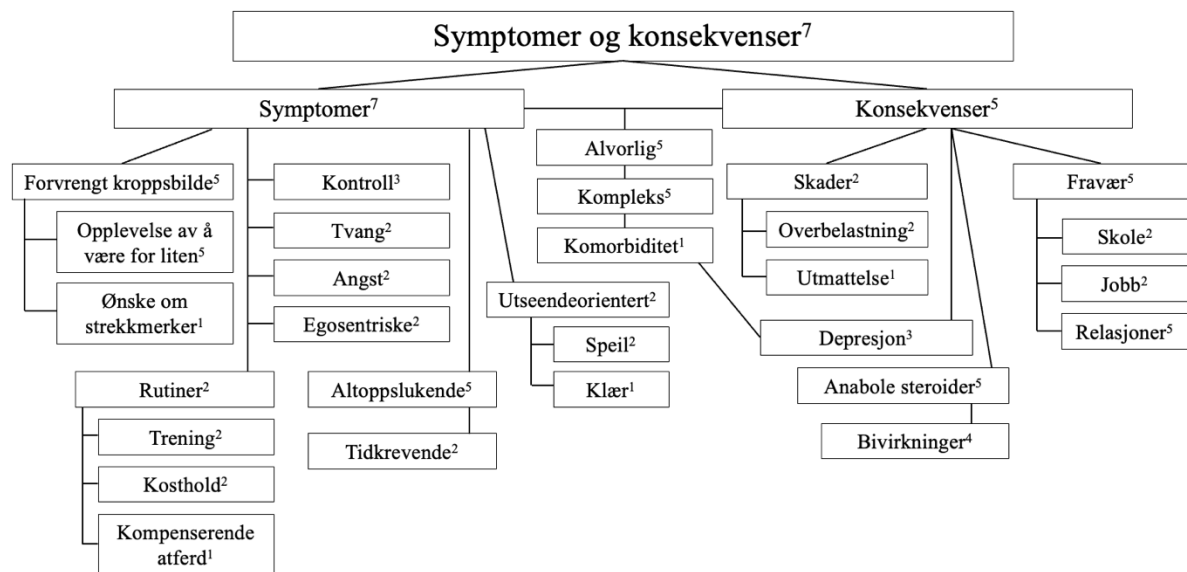
En av deltakerne, som har arbeidet med utdanning av personlige trenere, bekrefter at dette temaet heller ikke er noe som er obligatorisk i personlig trenerutdanningen:

«Vi anbefaler dem å ta et nettkurs om spiseforstyrrelser. Ellers er det ikke noe vi har, eller bruker veldig mye tid på, nei. Det er ofte så mye vi skal gjennom, så vi kan ikke bruke så mye tid på det, men vi snakker om det» (personlig trener, mann).

Nettkurset som siktes til, er et 30-minutters grunnkurs om spiseforstyrrelser i regi av Rådgivning for Spiseforstyrrelser (ROS). Kurset omhandler kun spiseforstyrrelser, og inneholder ikke kunnskap om muskeldysmorfi. Flere av deltakerne med både helse- og treningsfaglig bakgrunn, særlig de med mange års erfaring, sier at kunnskap om muskeldysmorfi er noe de har fått de siste årene, da fenomenet er blitt mer kjent for allmennheten. Det kommer også frem at flere av deltakerne får en interesse etter at de har møtt det i arbeidslivet, og en av deltakerne sier blant annet at: «*fordi jeg etterhvert har sett en del av denne problematikken i flere av mine jobber*» (fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, kvinne).

Samtlige av deltakerne påpeker at de gjerne skulle hatt mer om dette både i utdanning og i opplæringen til konkrete jobber. Det nevnes av deltakerne med treningsfaglig yrkesbakgrunn et ønske om å også ha informasjon om hjelpetjenester og lignende tilgjengelig på arbeidsplassen.

4.2.2 Hovedtema 2: Erfaringer med symptomer og konsekvenser



Figur 2. Oversikt over hovedtema 2: Erfaringer med symptomer og konsekvenser. Belyser undertema 2.1: Symptomer på muskeldysmorfi, og 2.2: Konsekvenser av muskeldysmorfi.

Notat. Hevede tall indikerer antall deltakere som diskuterte hvert tema.

Det kommer tydelig frem i intervjuene at deltakerne har forskjellig erfaring med muskeldysmorfi. Grunnet ulik yrkesbakgrunn og ulike arbeidsplasser, er det naturlig at noen av deltakerne har mer erfaring med personer som viser symptomer på muskeldysmorfi enn andre. Samtidig sier en av deltakerne: «Jeg har nok kanskje vært borti personer som har slitt med disse tingene, uten å helt vite hva det egentlig var, eller kunne navngi det» (fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, kvinne). Dette kan tenkes å også være tilfellet for flere av deltakerne, særlig blant dem som ikke føler seg veldig trygge i å kunne identifisere symptomer på muskeldysmorfi. Samtlige av deltakerne kjenner til fenomenet og noen symptomer på muskeldysmorfi. Kun fem av deltakerne, alle fire deltakere med helsefaglig bakgrunn og en personlig trener, har egenerfaringer med observasjon av tydelige symptomer på og konsekvenser av muskeldysmorfi.

4.2.2.1 Undertema 2.1: Symptomer på muskeldysmorfi

Av de fem deltakerne som både kjenner til symptomer, og som gjennom sitt yrke har vært i kontakt med personer med muskeldysmorfi beskrives det som en alvorlig, og kompleks lidelse. Noe som vektlegges av flere er hvor altoppslukende muskeldysmorfi blir. En av deltakerne som har vært i samtale med en håndfull personer som viser symptomer på muskeldysmorfi, sier:

«Jeg ser at de er utrolig slitne, fordi de har ett så vanvittig strengt regime. Det er ikke mulig å legge inn litt spontanitet, altså de trener gjerne før skolen, på skolen, kommer hjem, og ja er veldig rigide i forhold til mat, og til gitte klokkeslett, og det blir så veldig tvangspreget. Alt avvik skaper en angst, som gjør at de må kompensere enda mer» (rådgiver for spiseforstyrrelser, kvinne).

Vedkommende presiserer videre at:

«Hvis du spør hvor mye tid de faktisk bruker på dette, inkludert det mentale, så er det faktisk sånn at det er med de hele dagen, det er med de på skolen, på jobb, med venner, med familie, til og med når de sover».

Deltakeren legger til at disse personene trosser alt for å komme seg på trening, selv med sykdom, og at det fører til blant annet muskelskader og overbelastning. Avslutningsvis sier hun at *«De er jo fanget, nesten som et fengsel ... Og jeg nekter å tro at det er lystbetont dette her».*

Samtlige av deltakerne ser sammenhenger mellom muskeldysmorfi og andre typer spiseforstyrrelser, særlig anoreksia nevrosa. Selv om flere av dem er bevisste og tydelige på at det ikke er en spiseforstyrrelse, og at det å kategorisere det slik kan være svært misvisende, ser de tydelige likhetstrekk: *«På samme måte som med en spiseforstyrrelse, blir det en form for overopptatthet av kropp, og et forvrengt bilde på seg selv og sin kropp, som tar mye tid, og fører med seg en rekke konsekvenser»* (fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, kvinne).

Hvordan personer med muskeldysmorfi ser på egen kropp, og deres ønske om å bli større kommer til uttrykk gjennom en av deltakernes kommentar:

«Vi hadde en ganske lang samtale om bivirkninger (av anabole steroider), og jeg tok opp dette med at en kan få strekkmerker for eksempel, egentlig som noe negativt, men det var jo hans største ønske, å få strekkmerker på bicepsen, fordi det viste hvor stor biceps han hadde» (rådgiver innen antidopingarbeid, kvinne).

Andre fellestrekk med spiseforstyrrelser som nevnes av flere deltakere er den kontrollen de blir avhengige av, og de følelsene som oppstår når kontrollen ikke opprettholdes. En deltaker nevner derimot at:

«Spiseforstyrrelser ses ofte på som et kvinnelig fenomen, og anoreksia og bulimi hos unge kvinner har fått mye oppmerksomhet. Det er derfor viktig at begrepene er på plass, og at muskeldysmorfi og spiseforstyrrelser ikke forveksles, da min oppfatning er at menn kanskje faktisk lukker ørene sine, og tenker at dette ikke gjelder dem» (rådgiver innen antidopingarbeid, kvinne).

To av deltakerne, en personlig trener og en fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, nevner at de opplever at personer som viser symptomer på muskeldysmorfi, kan være mer oppmerksomhetsøkende og egosentriske, sammenlignet med personer med anoreksia nevrosa. I denne sammenheng trekkes det eksempelvis frem atferd på treningssenter og sosiale medier, som *«tar mye plass»* og *«er opptatt av anerkjennelse basert på kroppslig utseende»*.

Selv om det gjennom flere av intervjuene kommer frem erfaringer med tydelige symptomer på muskeldysmorfi, har disse deltakerne til felles at de alle har vært i kontakt med personer med muskeldysmorfi gjennom sin jobb som *helsepersonell*. De tre deltakere med *treningsfaglig yrkesbakgrunn* har i variert grad kjennskap til symptomer på muskeldysmorfi, men vektlegger utfordringer med å kunne observere og identifisere symptomer. Det presiseres blant annet at mange av symptomene kan være så lite konkrete, og at de tydeligste symptomene kanskje ikke er synlige for omverdenen: *«Skal man telle hvor mange ganger medlemmer ser seg selv i speilet liksom, eller, ja, det er vanskelig å avdekke»* (personlig trener, mann). To av deltakerne med *treningsfaglig yrkesbakgrunn* trekker frem at symptomer ofte må ses i *«det store bilde»*. Hyppige speilsjekk, veldig hard trening over lengre perioder og spørsmål medlemmer kommer med trekkes frem som faktorer de har reagert på eller som observerbare symptomer. En av deltakerne sier blant annet: *«Noen ganger kan jeg reagere litt på spørsmål de kommer med, som for eksempel hvordan de kan bli større fortest mulig, om ulike kosttilskudd fungerer, og ja ...»* (idrettsrådgiver, mann).

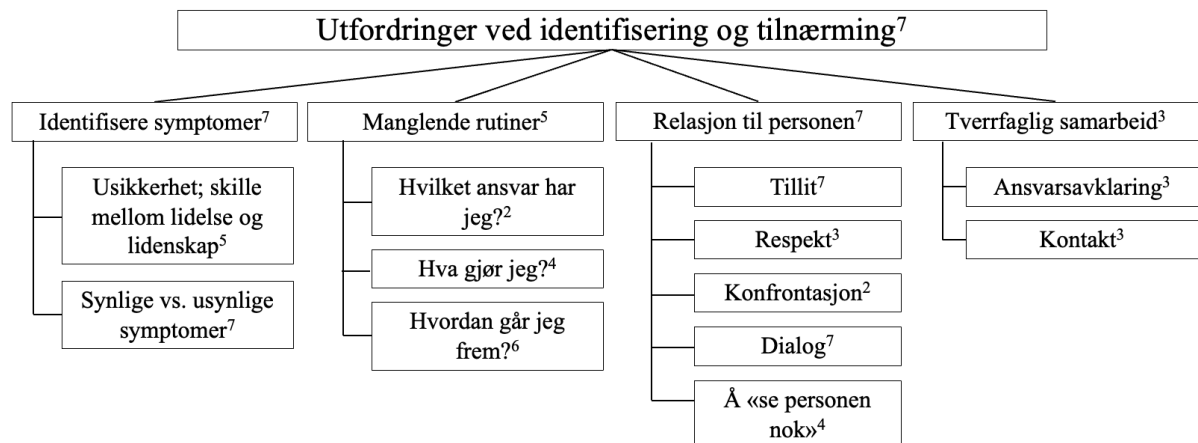
4.2.2.2 Undertema 2.2: Konsekvenser av muskeldysmorfi

Konsekvenser av muskeldysmorfi blir kun snakket om i fem av intervjuene, da to av deltakerne med treningsfaglig yrkesbakgrunn ikke har noen erfaring eller kunnskap på dette området. Konkrete konsekvenser som nevnes i flere av intervjuene er skader og overbelastning som følge av for mye trening, for hard trening og for lite restitution. Videre trekkes det frem at symptomer på muskeldysmorfi kan føre til fravær fra skole og jobb, og at det for mange blir vanskelig å opprettholde relasjoner. En av deltakerne uttrykker blant annet at: *«De klarer ikke å vedlikeholde og pleie relasjoner. Skole, jobb, venner, familie, søvn ... Det betyr liksom ikke så mye lenger»* (rådgiver om spiseforstyrrelser, kvinne). At personer som viser symptomer på muskeldysmorfi isolerer seg mer og mer trekkes derfor frem som bekymringsverdig atferd.

Det kommer også frem at symptomer på muskeldysmorfi kan opptre sammen med symptomer på andre psykiske lidelser, som angst og depresjon. Tre av deltakerne med helsefaglig yrkesbakgrunn presiserer at de har vært i kontakt med personer som ikke har et ønske om hjelp mot symptomene på muskeldysmorfi, men ønsker hjelp til andre utfordringer, eksempelvis depresjon. Hvilken hjelp som har blitt tilbudt i denne sammenheng nevnes ikke, men det påpekes av flere av deltakerne at de har møtt motstand dersom de har forsøkt å snakke med vedkommende om symptomer på muskeldysmorfi. To av deltakerne, en psykolog og en rådgiver innenfor spiseforstyrrelser, nevner også at det er vanskelig å si om depresjon og angst er konsekvenser av muskeldysmorfi, eller om personer med depresjon og angst er mer utsatt for å utvikle symptomer på muskeldysmorfi.

Anabole steroider trekkes også frem i fem av intervjuene som en alvorlig konsekvens av muskeldysmorfi. Her siktes det videre til miljøer som danner seg blant treningscentermedlemmer, og hvordan dette kan påvirke sårbare personer. Konsekvenser og bivirkninger av anabole steroider, som eksempelvis aggresjon, humørsvingninger og depresjon trekkes frem som en sentral utfordring. Flere av deltakerne nevner derimot at de aldri har opplevd at brukere/pasienter har innrømmet bruk av anabole steroider.

4.2.3 Hovedtema 3: utfordringer ved identifisering og tilnærming



Figur 3. Oversikt over hovedtema 3: utfordringer ved identifisering og tilnærming.

Notat. Hevede tall indikerer antall deltakere som diskuterte hvert tema.

Det uttrykkes av flere av deltakerne, særlig de med treningsfaglig yrkesbakgrunn, at det er en rekke utfordringer og barrierer knyttet til identifisering av symptomer på muskeldysmorfi, og hvordan man skal gå frem dersom man mistenker noe. En av deltakerne sier:

«Det kan være vanskelig å skille mellom lidenskap og lidelse. Altså om de bare er opptatt av trening og kosthold, eller om det bare ser slik ut og at det de gjør egentlig er tvangspreget. En lidelse er ganske alvorlig, men det kan være lett å tenke at en som er opptatt av kropp er sykkelig opptatt av det, og at man drar alle under samme kam» (personlig trener, kvinne).

En annen deltaker med treningsfaglig bakgrunn legger også vekt på at de symptomene som kanskje er synlige for omverdenen, kan mistolkes for treningsengasjement og et ønske om å bygge kropp. Uten å kjenne til personens rutiner og tanker, kan man ikke trekke konklusjoner. Det kommer frem i flere av intervjuene at man skal være relativt godt kjent med personen, og personen skal ha en stor tillit til deg, før vedkommende begynner å åpne seg om slike problemer. Samtidig er det ikke alltid veldig gode rutiner, på for eksempel et treningssenter, for hvordan man skal tilnærme seg personer som man mistenker har et problem.

En av deltakerne sier følgende om utfordringer med å identifisere symptomer på muskeldysmorfi, og eventuelt handle på det man mistenker:

«Man er jo aldri helt sikker, sant? Også er det vanskelig å vite hvordan man skal gå frem, hvilken tone man skal ha, hva man skal si. Man er redd for å kanskje heller skremme dem vekk. Ingen liker konfrontasjoner» (idrettsrådgiver, mann).

En annen deltaker, med helsefaglig bakgrunn, sier derimot at;

«...jeg synes at det er alt for feigt og for dårlig å ikke følge dette opp, for ofte så ser de det nok. Jeg kjenner folk som jobber på treningssenter, som ikke vet hva de skal gjøre, hvordan de skal gå frem, skal de nekte noen å trene liksom? De trenger mer kunnskap, men de gjør vi også. Det burde jo vært et samspill, der vi spiller på hverandre og samarbeider» (rådgiver om spiseforstyrrelser, kvinne).

Gjennom intervjuene uttrykkes det fra flere at det er et tydelig ønske om bedre rutiner på slike konfrontasjoner, og at ansatte på treningssenter har et ansvar, men at dette ansvaret må suppleres med informasjon, retningslinjer og kunnskap. I et annet intervju med en som arbeider på treningssenter, og som har flere roller der, nevnes det derimot at de har en ansatt som ofte tar seg av slike samtaler. Likevel er også alle de ansatte opptatt av å være i dialog med kunder og medlemmer slik at den dagen en slik samtale kreves, så har de en relasjon. Vedkommende fortsetter:

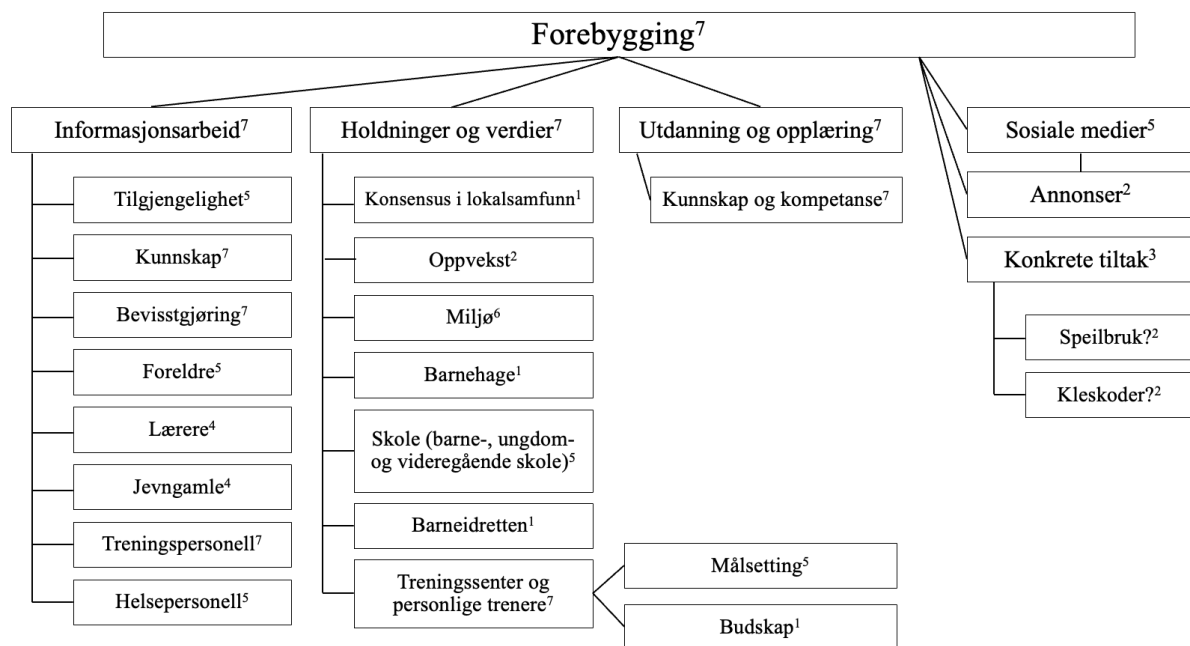
«Da prøver vi først å kontakte dem uten å ta opp dette, men at vi snakker med dem og hører hvordan det går, hvordan treningen går, så lar vi det ligge litt, slik at det blir en naturlig overgang. For hvis du bare går rett inn og ... ja, så kan di gå i forsvar eller bare forsvinne» (idrettsrådgiver, mann).

Det kan tyde på at slike rutiner er svært forskjellig fra treningssenter til treningssenter, da en annen deltaker beskriver følgende:

«Jeg har flere ganger sagt i fra til ledelsen om diverse observasjoner og bekymringer, eller at noen er dårlig påvirkning på miljøet og senteret, men når de ikke tar tak gir jeg litt opp. Da følte jeg ikke at jeg kunne gjøre noe mer, jeg bestemmer jo ikke» (personlig trener, kvinne).

Det som derimot kommer tydelig frem i alle intervjuene er at en relasjon, preget av tillit, er særlig viktig for å avdekke alvorlige symptomer på muskeldysmorfi. Deltakere med treningsfaglig yrkesbakgrunn vektlegger at dette ofte er vanskelig å etablere, mens deltakere med helsefaglig yrkesbakgrunn uttrykker at en utfordring er å hjelpe noen som ikke ønsker hjelp. Den tillitten de bygger opp, blir fort brutt dersom de forsøker å blande inn andre utfordringer enn det bruker/pasient ønsker hjelp for.

4.2.4 Hovedtema 4: Forebygging av muskeldysmorfi



Figur 4. Oversikt over hovedtema 4: Forebygging av muskeldysmorfi

Notat. Hevede tall indikerer antall deltakere som diskuterte hvert tema.

I intervjuene får deltakerne spørsmål om hvilke forebyggingstiltak mot muskeldysmorfi de tenker kan være effektive, basert på deres erfaring og deres yrkeskompetanse. Både i intervju med helsepersonell og treningspersonell legges det stor vekt på informasjonsarbeid, og at det å være bevisst på at dette er en reell utfordring for mange, er en start.

En av deltakerne sier blant annet:

«Jeg tenker at det er viktig å presisere at også foreldre trenger kunnskap, for det er utrolig vanskelig som mor eller far (...). Folk må vite hva de skal se etter og hva de kan gjøre. De må også være bevisste, og se etter endret atferd, isolasjon, men det er ikke lett

for foreldre eller andre å se før det har gått for langt» (rådgiver om spiseforstyrrelser, kvinne).

Det blir også nevnt at lærere kan spille en viktig rolle, og at de må ha kunnskapen til å vite hvem de kan kontakte og hva de skal se etter. En deltaker legger videre vekt på informasjonsarbeid blant ansatte på treningssenter, uavhengig av om du arbeider som personlig trener eller sitter i resepsjonen: *«Man burde hatt informasjonsmateriell på gymmet, der man kunne formidlet kontakt på en enkel og grei måte, og gitt informasjon på en enkel og grei måte» (personlig trener, mann).*

En av deltakerne vektlegger at dette er kunnskap man burde få allerede i utdanningen og opplæringen, slik at man vet hva man skal se etter, og ikke minst hvordan man håndterer det og hvem man kan kontakte for rådgivning eller lignende. Vedkommende legger til at:

«... fordi jeg er jo til stede hele tiden. Jeg ser de samme folkene hver dag, og det vil derfor være lettere for meg å gjenkjenne en type atferd eller mønster (...). Jeg er mer observant, eller skal hvert fall være det, på hva som skjer på treningssenteret, fremfor folk som bare kommer inn og skal trene, og tenker på seg selv» (personlig trener, kvinne).

Det kommer også frem i andre samtaler at det er viktig at helsepersonell, som for eksempel psykologer og fysioterapeuter er kjent med denne problematikken:

«Jeg tror min yrkesgruppe, fysioterapeuter og andre som jobber med helsefremmede tiltak, både fysisk og psykisk, og er helseutdannet, bør ha noe i bunn der som kan avdekke dersom dette er et problem. Altså at når noen kommer inn med overbelastningsskader eller depressive tanker, at vi er bevisst på at kanskje dette faktisk er en konsekvens av en annen problematikk, for eksempel da muskeldysmorfi.» (fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, kvinne).

I intervju med en av deltakerne som arbeider som rådgiver innenfor antidopingarbeid er praten om muskeldysmorfi særlig knyttet til dopingproblematikk. Hun vektlegger at også ungdom og unge voksne bør være informerte om hva muskeldysmorfi er og konsekvenser av dopingbruk:

«... når det gjelder forebygging så er det viktig å være i forkant, at den dagen de får tilbud om et dopingmiddel eller ser et dopingmiddel, at man ser hva det er og hva det innebærer. At man ikke helt ukritisk putter ting i kroppen. Og at man bygger gode forebyggere. Når jeg holder foredrag for ungdom så ser jeg ofte én gutt som sitter og rister på hodet omtrent, og tenker at hun der har ikke lest det jeg har lest. Men hvis jeg kan nå ut til de 29 andre, så kan de også bidra til at han ene møter gode holdninger, kunnskap og det gode budskapet fra flere personer, og flere arenaer. At det er en konsensus i lokalsamfunnet» (rådgiver innen antidopingarbeid, kvinne).

I flere av intervjuene trekkes det også frem at miljø, blant ungdom, på treningssenteret, og helt ned i barneårene, er av stor betydning. Flere av deltakerne snakker blant annet om at hvilke holdninger og verdier som fremmes, kan være viktig forebyggingstiltak, noe som kommer til uttrykk i følgende to utsagn:

«Som personlige trenere så må vi snakke om hvordan vi kan formidle gode holdninger og hjelpe mennesker med å sette de riktige målene, hvordan de ser på egen kropp, og hvordan de bør måle sin egen fremgang. Hvordan kan vi være gode forbilder og hvordan formidle gode verdier, fremfor å fra start være noen eksperter på verken megareksi eller spiseforstyrrelser» (personlig trener, mann).

«Dersom folk fra de er små har det gøy med å være i aktivitet, da håper jeg at de ikke får dette kroppspresset. Er du 17 år og aldri har trent, og ikke er fornøyd med hvordan du ser ut, og da skal begynne å trene, da er du kanskje mer opphengt i utseende og hvordan andre og deg selv ser ut. Hvis du er 17 år og har drevet med litt fotball, volleyball og svømming og melder deg inn i et treningssenter, har du kanskje et annet syn; Hva presterer folk? Oi, hun løpte fort! Jeg tror erfaringer er viktig for hvordan du ser på ting» (idrettsrådgiver, mann).

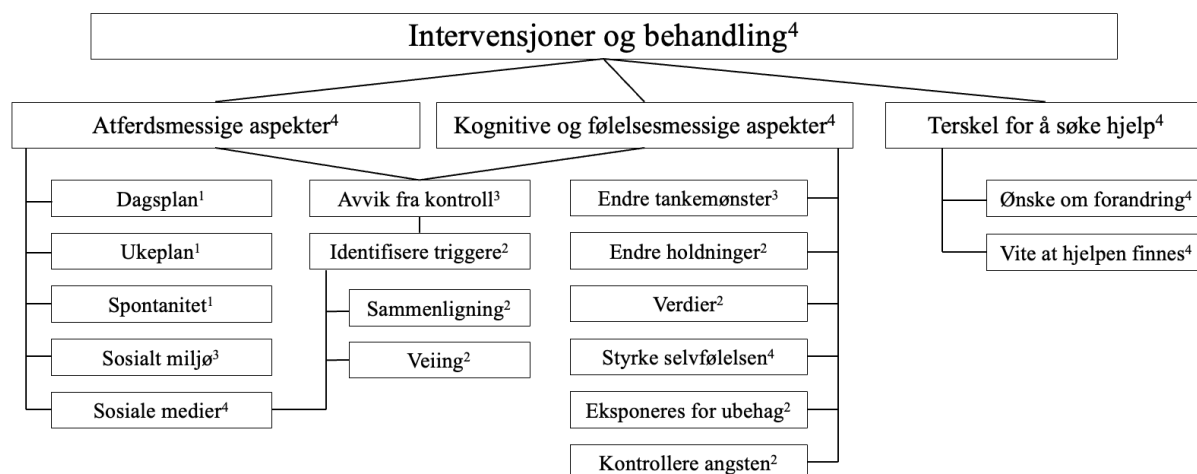
Det kommer også frem mer konkrete forebyggingstiltak, som speilbruk og kleskoder på treningssenter. Slike tiltak er det derimot delte meninger om, og noen av deltakerne mener at kanskje ikke treningssenteret er det største problemet, men at sosiale medier er en sentral utfordring:

«Problemet ligger kanskje ikke hos treningsentrene. Det største problemet er sosiale medier, og annonser knyttet til kropp og kroppspress. Det er så mye drit der ute. Folk blir jo proppet hele tiden. Den algoritmen, altså, etter tre dager så kommer annonsene om forskjellige kurer, kosttilskudd og ja. Det går så fort» (idrettsrådgiver, mann).

En annen deltaker presiserer at informasjonsarbeid må være tydelig, og at det må tenkes gjennom hvordan denne problematikken fremmes, for å unngå «overdrivelse og hysteri». Vedkommende fortsetter med å poengtere følgende:

«Jeg tror vi må passe oss for å ikke problematisere noe som ikke er et problem. Det er jo det som skjer inne i dem, angst og negativt selvbilde, det er jo det triste. Styrketrening i seg selv, og mennesker som ønsker å bli sterkere og større, kan være veldig positivt for både den fysiske og den psykiske helsen. Det kan ikke være sånn at en mor finner proteinpulver hjemme og tenker at nå er det sprøyta i armen neste, noen mener jo at en proteinshake er starten og steroider er sluttproduktet. Derfor må vi ha en veldig gjennomtenkt og nyansert måte å nå frem på» (personlig trener, mann).

4.2.5 Hovedtema 5: Intervensjoner og behandlingsmetoder av muskeldysmorfi



Figur 5. Oversikt over hovedtema 5: Intervensjoner og behandlingsmetoder av muskeldysmorfi.

Notat. Hevede tall indikerer antall deltakere som diskuterte hvert tema.

Et av formålene med gjeldende studie var å undersøke helse- og treningspersonells erfaringer tilknyttet identifisering, håndtering og behandling av muskeldysmorfi. Slik kunnskap kan bidra til å i neste omgang utvikle intervensjoner for personer med symptomer på muskeldysmorfi. I

intervjuene ble det derfor naturlig å spørre om hvilke erfaringer de hadde med intervensjoner for og behandling av personer med symptomer på muskeldysmorfi, og eventuelle tanker knyttet til dette temaet.

Kun fire av deltakerne, en psykolog, en rådgiver innen spiseforstyrrelser, en rådgiver innen antidopingproblematikk og en fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, hadde kompetanse og erfaring knyttet til dette temaet. De presiserer alle i sine intervju at den største utfordringen er at få faktisk oppsøker hjelp, og at de som søker hjelp ofte søker hjelp for andre problemer. Det er i denne sammenhengen treningspersonell, men også lærere, foreldre og ungdom, trekkes frem som viktige ledd i distansen fra personen som viser symptomer og hjelpen som finnes.

En deltaker sier blant annet at behandling krever en egenmotivasjon som ikke alltid er til stede, og at de ikke ønsker å endre sine rutiner. Flere presiserer også at en vesentlig del av problematikken er miljøene disse personene ofte havner i. En deltaker sier:

«Det er ofte mye sosialt med det å trene og bygge kropp, så det blir litt, hm... Man kan kanskje sammenligne det litt med å skulle ta tak i rusproblematikk, der man er i et miljø og en gjeng, og det er en ting man gjør sammen med andre ofte. Dette miljøet kan det være utfordrende å fjerne seg fra» (rådgiver om spiseforstyrrelser, kvinne).

En annen deltaker sier også lignende:

«På disse treningssentrene, ikke det at de vil hverandre vondt, men de dyrker hverandre og blir en slags gjeng, et lag eller familie. Som han ene jeg prater med, han sier at han egentlig vil bort fra det. De får et felleskap, men i et destruktivt miljø. Noen trenger kanskje også denne nærheten og tilhørigheten, fordi de ikke har det andre steder. Det blir en slags ond sirkel» (fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, kvinne).

I intervjuene kommer det videre frem at behandling av muskeldysmorfi kan sammenlignes med behandling av både tvangslidelse og spiseforstyrrelser. Det vektlegges også at behandlingen ofte er todelt, og består av en kognitiv og følelsesrelatert del, og en atferdsmessig komponent.

Når det gjelder den kognitive og følelsesrelaterte delen, trekkes det frem motiverende intervju, særlig dersom doping er involvert, kognitiv atferdsterapi og dialog om følelser og tanker rundt egen kropp og kroppspress. En av deltakerne sier blant annet:

«Det jeg jobber mye med, er det å finne eller styrke selyfølelsen til den det gjelder. Finne ut hvordan ... eller hva den oppmerksomheten rundt en muskulær kropp gir brukeren, og hvor ønsket om en muskulær kropp kommer fra. Vi jobber med å finne en indre ro, som ikke krever ytre annerkjennelse» (rådgiver innen spiseforstyrrelser, kvinne).

En annen deltaker snakker også om hvor viktig det er å sette ord på alle disse følelsene og tankene vedkommende sitter inne med:

«Vi jobber med på finne ut hva som trigger og opprettholder tankene, atferden, angsten, ja ... Bli bevisste på for eksempel sosiale medier, sammenligning, måling og veiing. De er jo ofte veldig klar over det også, så vi fokuserer på hvilke tanker som skal erstatte disse negative tankene, og hvor vi skal løfte blikket istedenfor» (fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, kvinne).

Nært knyttet til den kognitive- og følelsesmessige komponenten, presiserer deltakerne at en også må arbeide med den atferdsmessige komponenten. Flere av deltakerne snakker blant annet om ulike metoder for å redusere atferd og handlinger som styres av angst og tvangstanker. En av deltakerne sier følgende:

«Det jeg har gjort med et par, er å lage en dagsplan eller ukeplan, og legger inn en form for spontanitet eller mulighet for sosialisering. Det handler om kontroll. Det som er viktig er det å tørre å gi fra seg litt av kontrollen, og ja, det vil være ubehagelig, men i så mild grad til å begynne med at det ikke blir angstutløsende. Men det kommer til å skape en uro» (rådgiver innen spiseforstyrrelser, kvinne).

En annen deltaker (psykolog, mann) sier at han jobber med både atferd og tvangshandlinger, samt tanker og følelser som påvirker personen. Vedkommende forteller at begge deler er viktige, og at man ved å kontrollere handlingene kan påvirke hvilke følelser og tanker som oppstår. Videre påpeker han derimot at det er følelsene og tankene som ofte er det

underliggende problemet, og at man ved å ikke arbeide med tankemønster, verdier og holdninger, kun skraper overflaten av problemet.

Effekten av ulike behandlingstiltak kommer ikke frem i noen av intervjuene. Alle deltakerne påpeker at intervensjoner for og behandling av muskeldysmorfi er langvarige og tidkrevende prosesser, og at det ofte ender med at vedkommende blir henvist videre til andre instanser.

5 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvilken kjennskap og erfaring helse- og treningspersonell har med observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi. Det ble brukt både kvantitativ og kvalitativ metode for å undersøke hvilke symptomer som observeres, om det er forskjell mellom helsepersonell og treningspersonell, og for å belyse deres erfaringer og tanker om identifisering, håndtering og behandling av muskeldysmorfi. Videre i dette kapittelet vil studiens hovedfunn trekkes frem. Ettersom mixed method ble brukt, vil kvantitative og kvalitative resultater diskuteres sammen, og knyttes til eksisterende litteratur og tidligere forskning. Praktiske implikasjoner og videre anbefalinger vil også belyses underveis i diskusjonen.

5.1 Helse- og treningspersonells observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi

Denne studien er den første, både nasjonalt og internasjonalt, som har utviklet og testet et spørreskjema som måler helse- og treningspersonells observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi. Resultatene fra den kvantitative spørreundersøkelsen, og en gjennomført EFA, indikerer at symptomer på muskeldysmorfi som observeres av helse- og treningspersonell kan kategoriseres i kategoriene «dopingbruk og intensjon til bruk», «unntak og regeldrevet atferd», «bruk av kosttilskudd» og «misnøye med egen muskularitet» (se Tabell 3). Spørreskjemaet MDOQ brukt i gjeldende studie er utviklet med bakgrunn i litteratur og tidligere forskning, som blant annet tar utgangspunkt i selvrapporterte symptomer og diagnostiske kriterier for kroppsdysmorfisk lidelse med muskeldysmorfi. Det opprinnelige spørreskjema besto av 30 spørsmål knyttet til observasjon av konkrete symptomer, hvorav 14 ble fjernet etter en EFA. Den endelige faktorstrukturen består likevel av kategorier som reflekterer det originale spørreskjemaet, og kan knyttes til symptomer som kommer frem i litteraturen (f. eks. Sandgren & Lavalley, 2018, s. 211; Cafri et al., 2008, s. 378).

Resultatene viser videre at ulike symptomer observeres i varierende grad, noe som kommer frem i Tabell 5, hvorav noen symptomer observeres i få tilfeller (f. eks. 8,8%), mens andre observeres langt hyppigere (f. eks. 88,7%). Symptomene som observeres hyppigst av helse- og treningspersonell er knyttet til «unntak og regeldrevet atferd», eksempelvis å bli engstelig når en går glipp av en treningsøkt eller hyppige speilsjekk, og symptomer knyttet til «bruk av kosttilskudd». Symptomer knyttet til treningsatferd og nedsatt hverdagslig funksjon trekkes også frem i en rekke studier (Pope et al., 2005, s. 399; Sandgren & Lavalley, 2018, s. 219; Cafri

et al., 2008, s. 377). I studien til blant annet Cafri et al. (2008, s. 377) viser resultatene at 60% av deltakerne (tilsvarende $n = 9$) med muskeldysmorfi i høy grad unngikk sosiale sammenkomster, mennesker og steder som følge av sitt kroppsbilde. Hele 87% av deltakerne i samme studie trakk også frem alvorlige forstyrrelse knyttet til tanker om å gjennomføre trening og opprettholde et godt kosthold (Cafri et al., 2008, s. 377). Sett i lys av tidligere forskning kan det derfor argumenteres for at resultatene i gjeldende studie indikerer at helse- og treningspersonell evner å legge merke til atferd som kan utgjøre symptomer på muskeldysmorfi.

De hyppigste symptomene som observeres er derimot knyttet til «bruk av kosttilskudd». Tidligere forskning viser at bruk av kosttilskudd som for eksempel kreatin og proteinpulver har en positiv assosiasjon med muskeldysmorfi (Davey & Bishop, 2005, s. 175). Det vil derimot være viktig å påpeke at forskning tyder på at kosttilskudd som inneholder eksempelvis kreatin, protein og koffein kan ha en prestasjonsfremmende effekt (Cribb et al., 2007, s. 1963; Mills et al., 2020, s. 7). Bruk av kosttilskudd er derfor hyppig brukt i en rekke idretter og blant unge som trener på treningssenter (Butts et al., 2018, s. 32; Forbrukerrådet, 2015, s. 4), uten å nødvendigvis være et symptom på muskeldysmorfi. Observasjon av bruk av slike kosttilskudd kan derfor ikke tolkes som et tegn på muskeldysmorfi, og må ses i sammenheng med flere symptomer.

Symptomer knyttet til «dopingbruk og intensjon til bruk» og «misnøye med egen muskularitet» observeres også, men i mindre grad enn symptomer knyttet til «bruk av kosttilskudd» og «unntak og regeldrevet atferd». Studien til Cafri et al. (2008, s. 377) trekker derimot frem at misnøye med egen muskularitet er et typisk symptom for personer med muskeldysmorfi, og dette inngår også i kriteriet for muskeldysmorfi i DSM-5 (APA, 2013, s. 242). Olivardia et al. (2000, s. 1294) fant i sin studie at typiske symptomer for personer med muskeldysmorfi er misnøye med egen kropp og muskularitet, med et sterkt ønske om å øke muskelmasse. Det kan derimot tenkes at symptomer knyttet til atferd, som treningsmønster og bruk av kosttilskudd, er lettere å oppdage for utenforstående, enn symptomer som knyttes til selvbilde og andre psykiske utfordringer. Lignende funn er gjort i en studie av Sandgren et al. (2022, s. 12), hvor formålet med studien var å undersøke hvilke symptomer på spiseforstyrrelse som observeres av trenere og profesjonelle hos idrettsutøvere (Sandgren et al., 2022, s. 7). Resultatene indikerte at symptomer knyttet til bruk av kosttilskudd ble hyppigst observert, mens symptomer knyttet til frykt for å spise med andre ble observert minst (Sandgren et al., 2022, s. 12).

Dopingbruk kan også være et symptom på muskeldysmorfi. I studien til Greenway og Price (2018, s. 15) nevnes muskeldysmorfi og dårlig kroppsbygge som motivasjonsfaktorer for bruk av anabole androgene steroider. Resultater i en studie av Harris et al. (2019, s. 23) indikerte også at høy grad av symptomer på muskeldysmorfi kan føre til bruk av anabole androgene steroider hos noen individer. Anabole androgene steroider kan derfor både ses på som et symptom og en konsekvens av muskeldysmorfi. Bruk av anabole androgene steroider kan ha en rekke konsekvenser, som dårligere fertilitet, akne, hårtap, gynekomasti, dårligere seksuell funksjon og somatiske og psykiske problemer, som hjerte- og karproblemer, leverskade, angst, depresjon og aggresjon (Corona, 2022, s. 170; Scarth et al., 2022, s. 1). Ettersom bruk av anabole androgene steroider kan være en konsekvens av muskeldysmorfi (Rohman, 2009, s. 195), kan det betraktes som et viktig observerbart symptom for utenforstående. Likevel fanges det sjeldnere opp av helse- og treningspersonell i denne studien, sammenlignet med andre symptomer. Dette kan forklares av at oppbevaring og medvirkning til bruk doping er ulovlig (jf. Straffeloven, 2005, § 234), og symptomer på muskeldysmorfi knyttet til dopingbruk trolig derfor ofte forsøkes å holde skjult. Å observere bruk av dopingmidler krever derfor ofte en godt etablert relasjon basert på tillit og åpenhet (Mulcahey et al., 2010, s. 109). Det bør også trekkes frem at personer kan vise symptomer på muskeldysmorfi uten å bruke prestasjonsfremmende dopingmidler, og at personer kan bruke prestasjonsfremmende dopingmidler uten å ha muskeldysmorfi (Rohman, 2009, s. 195).

Litteraturen tyder på at personer som bruker anabole androgene steroider sjeldent søker hjelp (Kanayama & Pope, 2020, s. 317). Alvorlige konsekvenser av denne type dopingbruk opptrer sjeldent i løpet av de første årene, og motivasjon for behandling er derfor ofte fraværende (Kanayama & Pope, 2020, s. 317). Det trekkes likevel frem at personer som bruke anabole androgene steroider ofte har kroppsbyggebekymringer, og er svært opptatt av eget utseende og å forbedre dette. Det nevnes derfor at behandling bør knyttes til underliggende forstyrrelser, som eksempelvis dårlig kroppsbygge eller muskeldysmorfi. Dersom helse- og treningspersonell oppdager og observerer bruk av anabole androgene steroider eller andre prestasjonsfremmende ulovlig dopingmidler, bør man med en rolig og åpen tilnærming, anbefale vedkommende å søke profesjonell hjelp hos for eksempel en psykolog eller rådgivere innen antidopingbruk (Kanayama & Pope, 2020, s. 317). Det er likevel stor sannsynlighet for at man vil møte motstand, og som helse- og treningspersonell kan man forsøke å bygge relasjonen og tillit til vedkommende, legge frem informasjon om konsekvenser, samtidig som man opprettholder kontakt med foreldre, eller signifikante andre (Mulcahey et al., 2010, s. 109).

Deltakerne i gjeldende studie trekker videre frem symptomer som ligner symptomer på spiseforstyrrelse, særlig anoreksia nevrosa. Likheter som blant annet en overopptatthet av kropp, et forvrent bilde på egen kropp, og et anstrengt forhold til kosthold og/eller trening kommer frem i intervjuene. Flere studier har tidligere sett en rekke fellestrekk mellom anoreksia nevrosa og muskeldysmorfi (f. eks. Badenes-Ribera et al., 2019, s. 358; Murray et al., 2012, s. 198; Sandgren & Lavalley, 2023, s. 317). Murray et al. (2012, s. 194) hadde som formål i sin studie å undersøke likheter mellom anoreksia nevrosa og muskeldysmorfi i form av symptomer knyttet til kosthold, treningsatferd og kroppsbilde. Studien rekrutterte 21 menn med muskeldysmorfi, og 24 menn med anoreksia nevrosa. Til tross for en vesentlig forskjell i BMI (henholdsvis 32.4 ± 4.8 versus 17.5 ± 2.1), var det en rekke likheter mellom de to lidelsene, som eksempelvis overdreven treningsatferd, kostholdsbekymringer og misnøye med eget utseende (Murray et al., 2012, s. 198). Det er derimot viktig å trekke frem at det til tross for likheter knyttet til psykopatologien av de ulike lidelsene, er vesentlige forskjeller også. Først og fremst er muskeldysmorfi klassifisert som en type kroppsdysmorfisk lidelse i DSM-5, mens anoreksia nevrosa er en spiseforstyrrelse, som har ulike diagnostiske kriterier (APA, 2013, s. 243). I studien til Murray et al. (2012, s. 198) poengteres også vesentlige forskjeller, som at menn med muskeldysmorfi er opptatt av måltidsmønster og måltidssammensetning, mens menn med anoreksia nevrosa har bekymringer knyttet til matinntak og måltider sammen med andre. Et forvrent kroppsbilde er også et typisk symptom for begge lidelser, men utgjør enn forskjell ved at menn med muskeldysmorfi anser seg selv som mindre enn hva som er realiteten og streber større muskelmasse, mens menn med anoreksia anser seg selv som større og med høyere fettprosent enn hva som er realiteten (Murray et al., 2012, s. 193).

To av deltakerne i de kvalitative intervjuene nevner at de opplever personer med symptomer på muskeldysmorfi som mer oppmerksomhetssøkende og egosentriske, sammenlignet med personer med anoreksia nevrosa. Slik atferd kan relateres til narsissisme, som reflekterer selvopptatthet og selvbeundring (Malt, 2023, s. 1). Boulter og Sandgren (2022, s. 111) undersøker i sin studie om to ulike typer narsissisme, grandiose og sårbar narsissisme, kan assosieres med muskeldysmorfi. Studien trekker frem at grandiose narsissisme karakteriseres av et overdrevent godt selvbilde, mens sårbar narsissisme karakteriseres av et skjørt selvbilde og følelsen av utilstrekkelighet (Boulter & Sandgren, 2022, s. 111). Studiens resultater indikerte at sårbar narsissisme var signifikant positivt relatert til muskeldysmorfi, mens grandiose narsissisme ikke var det (Boulter & Sandgren, 2022, s. 114). Det trekkes også frem at usikkerheten og det lave selvbildet som følger med sårbar narsissisme kan knyttes til utvikling

av muskeldysmorfi (Boulter & Sandgren, 2022, s. 114). Dette forklarer derimot ikke hvorfor deltakere i denne studien oppfatter personer med symptomer på muskeldysmorfi som egosentriske i sin atferd på treningssenter. Det er mulig at personene deltakerne i denne studien refererer til viser atferd som minner om symptomer på muskeldysmorfi, men at dette ikke er tilfellet, eller at deres atferd er et forsøk på å kamuflere egen usikkerhet.

Deltakerne i de kvalitative intervjuene beskriver videre muskeldysmorfi som en kompleks lidelse, som er vanskelig å oppdage, blant annet på grunn av det sammensatte symptombildet. Dette støttes i litteraturen, og studien til Cafri et al. (2008, s. 378) påpeker blant annet at muskeldysmorfi er en sammensatt lidelse, som består av en rekke symptomer som må ses i sammenheng. Leone et al. (2005, s. 354) påpeker også at symptomer på muskeldysmorfi kan kamufleres av kravene til idretten, f.eks. styrkeløftere eller kroppsbyggere, eller fremstå som en tilsynelatende sunn livsstil. Flere av deltakerne i denne studien påpeker det samme, og trekker frem at en utfordring er evnen til å avdekke om noen er overopptatt av å bygge muskler, eller om de bare har en lidenskap for styrketrening. Samtidig kommer det frem i intervjuene at man ikke kan trekke konklusjon om at en person viser symptomer på muskeldysmorfi ved å kun avdekke ett konkret symptom, men at det må ses i ett større bildet. Deltakernes beskrivelser av symptomer er i tråd med tidligere forskning knyttet til symptomer på muskeldysmorfi.

Det finnes derimot lite forskning som undersøker helsepersonells erfaringer med og forståelse av symptomer på muskeldysmorfi. En studie av Vandereycken (2011, s. 145) undersøkte derimot forskere og profesjonelle innen spiseforstyrrelser (n = 111) sin oppfatning av en rekke «nye» forstyrrelser i DSM-5, blant annet muskeldysmorfi. Resultatene indikerte at til tross for at flere hadde kjennskap til muskeldysmorfi, ble det sjeldent observert i praksis. Muskeldysmorfi ble også oppfattet som en «trend», skapt av populærkulturen, og noe som ikke fortjente mer oppmerksomhet (Vandereycken, 2011, s. 150). Resultatene i studien til Vandereycken (2011, s. 149) står i kontrast til funn i denne studien, hvor observasjon av symptomer på muskeldysmorfi observeres hyppig, og deltakerne i intervjuene gir uttrykk for at symptomer på muskeldysmorfi bør tas på alvor. Det kan nevnes at deltakerne i gjeldende studie representerer et bredt spekter av helse- og treningspersonell (f.eks. psykolog, rådgiver innen spiseforstyrrelser, rådgiver innen antidopingarbeid og personlig trener), mens deltakere i studien til Vandereycken (2011, s. 148) arbeidet mer konkret med spiseforstyrrelser. Det er derfor en mulighet for at utvalget i studien til Vandereycken (2011, s. 148) i sitt arbeid sjeldnere møter personer med alvorlige symptomer på muskeldysmorfi. Det er samtidig en mulighet for

at utvalget i gjeldende studie har en større interesse knyttet til muskeldysmorfi, da studien til Vandereycken (2011, s. 148) også undersøkte oppfatninger om andre diagnoser. Det bør også nevnes at det er et tolvårs mellomrom mellom studiene, og det er mulig at muskeldysmorfi i større grad anerkjennes som en alvorlig utfordring i dag, og at symptomer på muskeldysmorfi derfor også observeres oftere i dag.

5.1.1 Forskjell i observasjoner på muskeldysmorfi mellom helsepersonell med autorisasjon, helsepersonell uten autorisasjon, og treningspersonell

Når forskjeller i observasjon av symptomer mellom de ulike yrkesgruppene undersøkes, kommer det frem at helsepersonell uten autorisasjon og treningspersonell hyppigere observerer symptomer på muskeldysmorfi enn helsepersonell med autorisasjon (se Tabell 6). Dette kan enten tyde på at a) personer med symptomer på muskeldysmorfi ikke oppsøker helsepersonell med autorisasjon, b) at helsepersonell med autorisasjon i sin jobb sjeldnere møter, og gis muligheten til å observere personer som viser symptomer på muskeldysmorfi, eller c) at helsepersonell med autorisasjon mangler kunnskapen til å kunne avdekke slike symptomer, og trenger økt kompetanse for å kunne identifisere dette.

I den kvantitative spørreundersøkelsen fikk deltakerne spørsmål om egen evne til å identifisere symptomer på muskeldysmorfi, hvor de skulle svare på en likert-skala fra 1 (svært usikker) til 5 (svært sikker). Resultatene (se Tabell 8) viser at den høyeste gjennomsnittsscoren for evne til å identifisere symptomer på muskeldysmorfi var på 3.10, rapportert av treningspersonell. Hvorpå gjennomsnittscoren for henholdsvis helsepersonell med autorisasjon og helsepersonell uten autorisasjon var 2.88 og 2.96. Dette kan forklare hvorfor helsepersonell med autorisasjon også sjeldnere rapporterer at de observerer symptomer på muskeldysmorfi. Det er en mulighet for at helsepersonell i større grad er usikker på egen evne til å identifisere symptomer. Dette kan forklares av forskjeller i yrkesgruppenes forståelse av symptomer på muskeldysmorfi, og at helsepersonell oftere forholder seg til klare diagnostiske kriterier (f. eks. APA, 2013, s. 243).

En rekke studier viser samtidig at personer med muskeldysmorfi sjeldent oppsøker hjelp på egen hånd (f.eks. Grieve et al., 2009, s. 311; Leone et al., 2005, s. 357), som kan forklares av vedkommendes forsømmelse av egne symptomer, og/eller negative holdninger mot å søke psykologisk hjelp (Grieve et al., 2009, s. 311). Dette tyder på at helsepersonell med autorisasjon trolig sjeldnere møter personer som viser symptomer på muskeldysmorfi i sin jobb.

Helsepersonell med autorisasjon som har deltatt i spørreundersøkelsen i denne studien består av blant annet leger, psykologer, fysiologer, og ernæringsfysiologer, som stort sett arbeider med pasienter eller kunder som selv oppsøker hjelp. Muskeldysmorfi karakteriseres av en overopptatthet av muskler, og det kan tenkes at personer som trener på treningssenter ofte er mer utsatt enn andre (APA, 2013, s. 242). Treningspersonell er trolig derfor oftere i kontakt med personer som viser symptomer på muskeldysmorfi enn helsepersonell med autorisasjon. Treningspersonell har mulighet til å observere symptomer på muskeldysmorfi gjennom eksempelvis observasjon på treningssenter eller dialog med medlemmer. Helsepersonell uten autorisasjon som har besvart undersøkelsen består i stor grad av rådgivere og personer som trolig jobber tettere, og mer isolert med personer som kan vise symptomer på muskeldysmorfi, sammenlignet med helsepersonell med autorisasjon som kan ha en bredere pasientgruppe.

Et viktig perspektiv som derimot kommer frem i de kvalitative forskningsintervjuene, er at personer med muskeldysmorfi oppsøker helsepersonell med autorisasjon for andre problemer, eksempelvis depresjon eller overbelastning. I litteraturen er det gjennomgående at muskeldysmorfi ofte er i komorbiditet med andre psykiske lidelser og vansker, som for eksempel depresjon, angst og suicidale tanker (APA, 2013 s. 243). Andre fysiske skader kan også være en konsekvens av muskeldysmorfi, for eksempel overbelastning som følge av for mye trening og lite restitusjon (Cafri et al., 2005, s. 224). Det er derfor viktig at helsepersonell med autorisasjon kjenner til muskeldysmorfi, typiske symptomer, og de diagnostiske kriteriene i DSM-5 slik at personer som oppsøker hjelp for andre ting, men samtidig viser symptomer på muskeldysmorfi, får den hjelpen de trenger. Det finnes lite forskning som undersøker om personer med symptomer på muskeldysmorfi faktisk får den hjelpen de trenger, og deres opplevelse av dette. En oversiktsstudie av Sangha et al. (2019, s. 7) trekker derimot frem at menn med spiseforstyrrelser og muskeldysmorfi ofte opplever forebyggingsiltak og hjelpen som tilbys som svært kvinnerettet. Dette kan knyttes til det en av deltakerne i gjeldende studie sier om at spiseforstyrrelser oppleves av flere som et «kvinnelig fenomen». I studien til Sangha et al. (2019, s. 7) nevnes det videre at menn opplever å ikke bli gitt noe diagnose eller bli feildiagnostisert, noe som svekker deres motivasjon til å få hjelp. Dette er et viktig perspektiv, ettersom det kan tyde på at helse- og treningspersonell mangler kunnskap om muskeldysmorfi, og at personer med symptomer på muskeldysmorfi derfor enten tilbys feil, eller ingen behandling. Hvorvidt personer med symptomer på muskeldysmorfi får den hjelpen de trenger, og hvordan denne prosessen oppleves, bør forskes videre på.

Det er samtidig viktig at også helsepersonell uten autorisasjon og treningspersonell har god kjennskap til symptomer på muskeldysmorfi. Forskning viser at unge personer, særlig gutter, som driver med styrketrening er utsatt for å utvikle symptomer på muskeldysmorfi (Thomas et al., 2011, s. 846). Treningspersonell kan blant annet bli ett viktig ledd i veien mot behandling, dersom de har kompetansen til å identifisere symptomer, og henvise videre eller oppfordre til å søke hjelp.

Det finnes per dags dato lite forskning knyttet til helse- og treningspersonells kjennskap til, og erfaringer med muskeldysmorfi. Sandgren og Lavalley (2023, s. 321) trekker i sin studie frem verdien av å skaffe perspektiver fra personer som jobber tett på individer som står i risiko for å utvikle muskeldysmorfi, eksempelvis personlige trenere, psykologer og foreldre. Dette er tidligere gjort innen forskning på spiseforstyrrelser, og har belyst viktigheten av et grundig utarbeidet verktøy for å identifisere, støtte og hjelpe andre (Sandgren et al., 2023, s. 320).

5.2 Opplæring og utdanning om muskeldysmorfi for helse- og treningspersonell

I den kvantitative spørreundersøkelsen ble deltakerne bedt om å rapportere hvor mye opplæring og/eller utdanning de har fått om muskeldysmorfi på en skala fra 1-5. Den høyeste gjennomsnittsscoren for opplæring/utdanning om muskeldysmorfi var 2.42, som ble rapportert av helsepersonell uten autorisasjon (se Tabell 8). Gjennomsnittsscoren for henholdsvis helsepersonell med autorisasjon og treningspersonell var 1.77 og 2.27. Det kan vurderes som bekymringsverdig at disse verdiene er så lave, særlig ettersom forskning indikerer at personer med symptomer på muskeldysmorfi sjeldent oppsøker hjelp på egen hånd (Leone et al., 2005, s. 357). Det er derfor desto viktigere at helse- og treningspersonell gis den kunnskapen og utdanningen de trenger for å kunne bidra til å identifisere symptomer og hjelpe personer med muskeldysmorfi. Studien til Leone et al. (2005, s. 357) trekker blant annet frem at trenere kan ha en viktig rolle i å avdekke symptomer hos utøvere og hjelpe dem videre derfra. Andre studier påpeker behovet for mer forskning knyttet til hvordan helse- og treningspersonell kan gjenkjenne symptomer, og videre hjelpe personer med muskeldysmorfi (f. eks. Sandgren & Lavalley, 2023, s. 321). Mer forskning på området kan gi mer kunnskap og bidra til å sette økt kompetanse om muskeldysmorfi på agendaen, særlig i relevante yrker.

Resultatene fra de kvalitative intervjuene i denne studien underbygger de kvantitative resultatene, hvor samtlige av deltakerne sier at de i sin utdanning/opplæring har fått minimalt

med kunnskap om muskeldysmorfi. De trekker frem at det meste av den kunnskapen og kompetansen de har om muskeldysmorfi, har de fått gjennom enten egeninteresse, eller etter hvert som de har møtt denne problematikken i sitt arbeid. Det er viktig at denne kunnskapen øker blant helse- og treningspersonell, ettersom personer med muskeldysmorfi ofte har liten motivasjon til å starte behandling (Leone et al., 2005, s. 357). Dersom hjelp og behandling ikke oppsøkes eller tilbys, kan symptomene utvikles, og i verste fall føre til depresjon, isolering og selvmordstanker (Ortiz et al., 2021, s. 1111).

De kvantitative resultatene viser videre at helsepersonell uten autorisasjon og treningspersonell rapporterer en høyere grad av opplæring/utdanning tilknyttet muskeldysmorfi enn helsepersonell med autorisasjon, hvor det er en signifikant forskjell mellom treningspersonell og helsepersonell med autorisasjon. At helsepersonell uten autorisasjon rapporterer høyere grad av opplæring/utdanning om muskeldysmorfi, kan forklares av at denne gruppen besto av blant annet av en god andel rådgivere innenfor ernæring, spiseforstyrrelser eller friskliv. Det kan derfor tenkes at denne yrkesgruppen arbeider mer med personer som er utsatt for å utvikle eller viser symptomer på muskeldysmorfi. Helsepersonell med autorisasjon, som for eksempel psykologer, fastleger og fysioterapeuter arbeider trolig med et bredere spekter av pasienter. At helsepersonell uten autorisasjon har den høyeste gjennomsnittscoren kan også forklares av at det er færre fra denne yrkesgruppen som har svart på spørreundersøkelsen, og det kan diskuteres om de som har valgt å svare har en vesentlig interesse i tema.

At treningspersonell scorer høyere enn helsepersonell med autorisasjon kan også forklares av større sannsynlighet for å møte personer utsatt for å utvikle muskeldysmorfi. Dette støttes av tidligere forskning som viser at unge menn som trener på treningssenter, eller driver styrkeidretter ofte er ekstra utsatt for å utvikle symptomer på muskeldysmorfi (Skemp et al., 2019, s. 68). Deltakerne i de kvalitative intervjuene påpeker at de har fått økt kompetanse og kjennskap til symptomer på muskeldysmorfi etter hvert som de har møtt problematikken. Likevel kan den relativt lave gjennomsnittscoren, forklares av en faktor som også trekkes frem av deltakerne i de kvalitative intervjuene: at treningspersonell føler et mindre ansvar til å utøve helsehjelp i sitt arbeid, og velger å «se den andre veien». Dette er problematisk sett i lys av den rollen treningspersonell kan ha for forebygging og behandling av muskeldysmorfi. Disse holdningene må endres og det må være en konsensus blant treningspersonell både internasjonalt, nasjonalt og lokalt om at de har et ansvar. Økt opplæring og utdanning om muskeldysmorfi kan bidra til dette.

I de kvalitative intervjuene har samtlige av deltakerne kjennskap til symptomer på muskeldysmorfi. Utvalget er rekruttert på bakgrunn av deres erfaringer med muskeldysmorfi. Likevel nevnes det en rekke utfordringer ved evnen til å identifisere symptomer på muskeldysmorfi, som usikkerhet, mangel på kunnskap og kompetanse, konfrontasjonsvegring, manglende rutiner, ansvarsfraskrivelse og manglende relasjon til de personene det gjelder. Disse resultatene kan trolig også forklare noe av grunnen til den lave scoren på samme spørsmål i den kvantitative spørreundersøkelsen. Det er behov for videre forskning på dette området, men det er likevel bekymringsverdig at utvalget og deltakerne i denne studien rapporterer så lite opplæring og utdanning om muskeldysmorfi. Dette er særlig gjeldende for helsepersonell med autorisasjon, som er den eneste yrkesgruppen med krav om offentlig godkjenning, men likevel rapporterer den laveste scoren. Å øke helsepersonells kunnskap om muskeldysmorfi er et viktig bidrag for både forebygging og behandling av muskeldysmorfi, og er noe som bør implementeres systematisk i eksempelvis utdanning.

5.3 Forebygging av muskeldysmorfi

Deltakerne i de kvalitative intervjuene bidrar til en rekke nyttige perspektiver om hvordan man kan forebygge muskeldysmorfi. Mer kunnskap og informasjonsarbeid er det som trekkes hyppigst frem. Deltakerne presiserer blant annet behov for økt kunnskap og kompetanse i relevante utdanninger og i opplæringen av nye ansatte ved relevante arbeidsplasser. Samtidig belyses også viktigheten av økt kunnskap og informasjonsdeling ellers i samfunnet, med særlig fokus på foreldre, jevnaldrende og lærere. En rekke studier (f.eks Skemp et al., 2019, s. 68; Thomas et al., 2011, s. 846) viser at ungdommer, særlig gutter, som forplikter seg til styrketrening eller andre styrkebaserte idretter ofte er ekstra utsatt for å utvikle symptomer på muskeldysmorfi. Skemp et al. (2019, s. 68) trekker derfor frem viktigheten av at personer som jobber tett på denne gruppen bør være klar over problematikken. Økt kunnskap i samfunnet kan bidra til at personer på et tidligere tidspunkt kan identifisere symptomer på muskeldysmorfi hos seg selv, eller hos andre. Samtidig er det også viktig å anerkjenne påvirkningen økt kunnskap om muskeldysmorfi kan ha på den skammen og tabuet særlig menn kan oppleve knyttet til psykiske utfordringer og lidelser, samt det å søke psykologisk hjelp (Pope et al., 2000, s. 145). Det er derfor et behov for mer informasjon og kunnskap om muskeldysmorfi både blant helse- og treningspersonell, men også i samfunnet generelt. Det må prates mer om, og anerkjennes som en reell utfordring, slik at personer som opplever symptomer på muskeldysmorfi hos seg selv, eller andre, tørr å tilby eller be om hjelp.

Pubertetsalder er en sårbar alder for både gutter og jenter, særlig når det gjelder kroppsbilde (Stice, 2003, s. 61). For gutter fører puberteten til økt muskelmasse, mens jenter hovedsakelig utvikler større bryst og hofter, som bidrar til vektoppgang. Når puberteten starter, og hvordan det påvirker kroppen, varierer fra individ til individ (Stice, 2003, s. 62). Kroppslige forskjeller blir derfor i denne alderen veldig synlig, og kan, sammen med en rekke andre faktorer, føre til økt bevissthet rundt egen kropp og dårligere kroppsbilde. Studier påpeker at kroppsbildebekymringer kan knyttes til utvikling av muskeldysmorfi, særlig hos gutter (Almeida et al., 2019, s. 507; Leone et al., 2005, s. 352; Thomas et al., 2011, s. 846). Det trekkes frem i flere av intervjuene i denne studien at effektiv forebygging av muskeldysmorfi, og andre kroppsbilderelaterte lidelser, kan knyttes til hvordan man snakker om kropp, idealer og sosiale medier. Her er det viktig at lærere, foreldre og andre som jobber tett på ungdom er bevisste. En studie av Imperatori et al. (2022, s. 1134) indikerer at avhengighet av sosiale medier kan påvirke utvikling av muskeldysmorfi. Studien trekker frem at sosiale medier, som for eksempel Facebook og Instagram, ofte eksponerer unge for kroppspress gjennom å idealisere en urealistisk kropp. Det er derfor viktig at unge lærer å være konsekvente til hva de ser på sosiale medier. I den nye læreplanen for kroppsovingsfaget er et av kompetansemålene etter 10. trinn å kunne «reflektere over hvordan ulike fremstillinger av kropp i media og samfunnet påvirker bevegelsesaktivitet, kroppsideitet og selvbylde» (Utdanningsdirektoratet, 2020, s. 8). Dette kan anses som et viktig forebyggingstiltak, hvor lærere får et viktig ansvar.

Videre påpeker flere av deltakerne i de kvalitative intervjuene at personer som jobber på treningssenter bør ta ett ansvar. Det nevnes blant annet at ansatte har et ansvar for å skape et positivt miljø på treningssenteret, være i dialog med medlemmer, ta tak dersom man mistenker symptomer på muskeldysmorfi eller spiseforstyrrelser, og forhindre doping. To av deltakerne i denne studien som arbeider på treningssenter påpeker selv at de ønsker mer tilgjengelig informasjonsmateriell om symptomer, og hvordan man kan gå frem for å hjelpe personer med muskeldysmorfi. Det er lite i litteraturen per dags dato som sier noe om hvordan man kan forebygge muskeldysmorfi. Med den kunnskapen man derimot har om risikofaktorer og utsatt aldersgruppe, kan tidligintervensjoner på arenaer som treningssenter være et viktig tiltak. Dette stiller også Sandgren & Lavellee (2023, s. 619) spørsmål til i sin studie, men påpeker at det kreves mer forskning på området.

Det kan også diskuteres hvorvidt utvikling av muskeldysmorfi, og andre kroppsbilderelaterte lidelser, kan forebygges av sosialiseringprosessen og ved å etablere et positivt forhold til både egen kropp og fysisk aktivitet i ung alder. Dette trekkes frem av en av deltakerne i gjeldende studie, og bør ses i lys av litteratur og tidligere forskning. En rekke studier indikerer at fysisk aktivitet har positiv effekt på psykisk helse, eksempelvis økt selv- og kroppsbilde, og forebygging av depresjon og angst (Vella et al., 2021, s. 104). Deltakeren i denne studien foreslår at lærere, trenere og foreldre bør fokusere på å skape gode erfaringer med fysisk aktivitet, både i hjemmet, i organisert idrett og på skolen, slik at deltakelse i fysisk aktivitet senere i livet preges av indre motivasjon, fremfor ytre motivasjon og streben etter en idealkropp.

En studie av Almeida et al. (2019, s. 508) undersøkte forskjeller i symptomer på muskeldysmorfi, kroppsbildeforstyrrelser og forpliktelse til trening hos fysisk aktive og inaktive individer. Studiens funn viste at inaktive personer opplever mer kroppsmisnøye enn svært fysisk aktive personer (som trener > 5 ganger i uken), noe som kan forklares av at fysisk aktivitet fører til objektive og subjektive forandringer i fysisk form og kroppslig utseende, og økt selvbilde og mestringstro (Almeida et al., 2019, s. 510). Likevel viste resultatene også at svært fysisk aktive personer hadde et større ønske og driv om en muskulær kropp enn inaktive personer. Dette kan forklares av at personer som trener rutinemessig opplever et større sosialt press til å se ut på en viss måte (Almeida et al., 2019, s. 510). Studien til Skremp et al. (2013, s. 2431) viser at personer som driver med styrketrening med formål om å endre utseende scorer høyere på Muscle Dysmorphia Inventory (MDI), sammenlignet med personer som trener for prestasjonsfremmende årsaker. Som studien til Ryan et al. (2009, s. 109) anslår, blir individer indre motivert til å drive fysisk aktivitet når de finner aktiviteten gøy, utfordrende og interessant. Indre motivasjon påvirkes av tidligere erfaringer og dersom en person har gode erfaringer med fysisk aktivitet i barne- og ungdomsår, er det større sannsynlighet for at vedkommende opprettholder livslang bevegelsesglede (Ryan et al., 2009, s. 116). I kontrast, er det større sannsynlighet for at personer med negative erfaringer med idrett og fysisk aktivitet fra barndommen initierer eksempelvis styrke- eller kondisjonstrening i voksen alder av ytre faktorer (som å endre utseende; Ryan et al., 2009, s. 116). Ettersom forskning tyder på at personer som trener for å forbedre utseende er i større risiko for å utvikle muskeldysmorfi (Murray et al., 2016, s. 200; Skremp et al., 2013, s. 2431), kan dette underbygge argumentet om at gode erfaringer med fysisk aktivitet i ung alder kan virke forebyggende mot utviklingen av muskeldysmorfi.

5.4 Intervensjoner for, og behandling av, muskeldysmorfi

Et av formålene med gjeldende studie var å undersøke deltakernes erfaringer og synspunkter tilknyttet identifisering, håndtering og behandling av muskeldysmorfi. I de kvalitative intervjuene består utvalget av syv personer med helse- og treningsfaglig yrkesbakgrunn som har kjennskap til muskeldysmorfi gjennom sitt yrke. Til tross for at ikke alle deltakerne har erfaring med intervensjoner og behandling av muskeldysmorfi, bidrar fire av dem (en rådgiver innen spiseforstyrrelser, en fysioterapeut med fordypning i kognitiv atferdsterapi, en psykolog og en rådgiver innen antidopingarbeid) med nyttige perspektiver og erfaringer. Det er gjennomgående i både litteraturen og i intervjuene at barrieren for å søke hjelp, og manglende motivasjon og ønske om hjelp, er en utfordring for personer med muskeldysmorfi (Leone et al., 2005, s. 357). To av deltakerne (psykolog og rådgiver innen antidopingarbeid) foreslår derfor motiverende intervju som et effektivt behandlingsverktøy for personer med muskeldysmorfi. Motiverende intervju er også foreslått i eksisterende litteratur som effektive metoder for å motivere personer med symptomer på muskeldysmorfi om å ønske en forandring (Grieve et al., 2009, s. 311). Motiverende intervju er en særlig nyttig tilnærming når personer er motvillig til forandring, og studier viser en positiv effekt av motiverende intervju for en rekke ulike helse- og atferdsrelaterte problemer (eksempelvis dopingproblematikk; Killeen et al., 2014, s. 494). En studie av Phillips et al. (2008, s. 1114) indikere også at motiverende intervju kan være effektive for personer med kroppsdysmorfisk lidelse. Det finnes derimot per dags dato ingen studier som undersøker effekten av motiverende intervju for personer med muskeldysmorfi.

Videre i intervjuene snakker deltakerne om at det er viktig å jobbe med tankemønster, holdninger og verdier hos personer med muskeldysmorfi. De refererer til metoder som ligner ulike teknikker innenfor kognitiv atferdsterapi (Misciagna, 2020, s. 4). Dette inkluderer eksempelvis refleksjon rundt egne destruktive tanker, og eksponering med responsprevensjon. Deltakerne i gjeldende studie trekker frem at de i samarbeid med pasient/bruker forsøker å identifisere trigger, endre tankemønster, og arbeide mot å gi slipp på den kontrollen de er avhengig av. Kognitiv atferdsterapi har tidligere blitt foreslått som effektiv behandling av muskeldysmorfi, basert på effekten denne type behandling har på eksempelvis spiseforstyrrelser (Leone et al., 2005, s. 357). Det har i løpet av de siste årene blitt publisert en rekke studier som undersøker effekten av ulike intervensjoner eller behandlingsalternativer mot treningsavhengighet, spiseforstyrrelser og kroppsmisnøye (f. eks. Brown et al., 2017, s. 874; Murray & Griffith, 2015, s. 325; Outar et al., 2021, s. 3). Det finnes derimot svært få studier som undersøker effekten av intervensjoner og behandling for å redusere symptomer på

muskeldysmorfi, og i en nylig publisert studie av Sandgren & Lavalley (2023, s. 323) oppfordres det til mer forskning som kan bidra til å utvikle intervensjoner for muskeldysmorfi.

I en case-studie av Murray og Griffith (2015, s. 325) undersøkes effekten av en familiebasert behandling hos en 15 år gammel gutt med muskeldysmorfi. Foreldre ble oppfordret til å ta kontroll over alle måltidene til sønnen, samt treningsatferd. Dette inkluderte at gutten ikke fikk trene før foreldrene var sikre på at trening ikke var en form for kompenserende atferd. Etter hvert i behandlingen fikk sønnen selv mer kontroll. Resultatene fra studien viste at gutten hadde en signifikant reduksjon i symptomer som et resultat av behandlingen (Murray & Griffith, 2015, s. 327). Behandlingen introdusert i denne studien, har likheter med flere av perspektivene som kommer frem i de kvalitative intervjuene i denne studien, hvor det blant annet legges vekt på å gi fra seg kontrollen knyttet til trenings- og spisemønster. Det bør likevel trekkes frem at studien kun undersøkte ett tilfelle, og en rekke ytterligere faktorer kan ha vært av betydning. Samtidig ble studien gjennomført på en relativt ung person, hvor foreldrekontroll er mer naturlig enn hos eldre personer med muskeldysmorfi.

En annen studie av Outar et al. (2021, s. 3) undersøkte effekten av en form for atferdsterapi på to gutter og to jenter (18-26 år) med høy risiko for å utvikle muskeldysmorfi. De fire deltakerne ble valgt ut blant 25 frivillige, ettersom de scoret >39 på MDDI, som indikerer tydelige symptomer på muskeldysmorfi (Longobardi et al., 2017, s. 232; Outar et al., 2021, s. 4). Intervensjonen besto av både en psykoedukativ og en erfaringsbasert komponent (Outar et al., 2021, s. 5). Alle fire deltakerne hadde en positiv effekt av behandlingen, og viste en reduksjon i symptomer på muskeldysmorfi (Outar et al., 2021, s. 7).

Til tross for metodiske begrensninger ved studien til Outar et al. (2021), som for eksempel et lite utvalg og mangel på kontrollgruppe, belyser studien viktigheten av å ta hensyn til både det kognitive og det atferdsmessige aspekter ved symptomer på muskeldysmorfi. Dette trekkes også frem i intervju med deltakere i denne studien. En av deltakerne poengterer blant annet at intervensjoner som i første omgang fokuserer på atferd og tvangshandlinger (for eksempel kompenserende treningsatferd, hyppige speilsjekk, sammenligning og spisemønster) kan være effektive, men at denne tilnærmingen ikke tar tak i det underliggende problemet. Studier viser at teknikker som eksponering med responsterapi kan være effektive for spiseforstyrrelser og tvangslidelser (Glombiewski et al., 2021, s. 5; Steinglass et al., 2011, s. 138), og er derfor også foreslått som behandling for muskeldysmorfi (Cunningham et al., 2017, s. 262). En av

deltakerne i denne studien er derimot bekymret for at slik behandling vil kunne føre til endret atferd og rutiner, men at et irrasjonelt og negativt kroppsbilde ikke endres.

I studien til Brown et al. (2017, s. 875) ble en dissonans-basert intervensjon foreslått som effektiv for personer med kroppsbildebekymringer og symptomer på muskeldysmorfi. Tanken bak en slik intervensjon er at ved å blant annet argumentere mot egne tanker om kroppsideal, belyse konsekvenser av å strebe etter en slik kropp og finne måter å stoppe negative tanker om egen kropp, kan man skape en endring i eget tankemønster (Brown et al., 2017, s. 876). Resultatene viste en signifikant reduksjon i symptomer på muskeldysmorfi, også etter en fire ukers oppfølging (Brown et al., 2017, s. 879). Forskning (f. eks. Brown et al., 2017, s. 875; Outar et al., 2021, s. 3; Murray og Griffith, 2014, s. 325) bidrar med empirisk støtte knyttet til mulige behandlinger for personer med muskeldysmorfi. Mye tyder på at fremtidige intervensjoner og behandlinger bør inkludere både det kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige aspektet. Det kreves derimot mer forskning på intervensjoner rettet mot personer med muskeldysmorfi, som inkluderer et større og variert utvalg og som undersøker langtidseffekten av slike intervensjoner. Samtidig er det behov for mer forskning på muskeldysmorfi generelt, og utvikling av et spørreskjema med en valid cut-off score kan bidra til kartlegging og identifisering av muskeldysmorfi i befolkningen, som vil være et viktig steg i riktig retning.

5.5 Metodisk diskusjon

Åpenhet og refleksjon rundt metodiske overveielser, styrker og svakheter er viktig i alt forskningsarbeid, da det gir leseren en objektiv og realistisk forståelse av studiens funn (Jacobsen, 2022, s. 296). Videre vil gjeldende studies styrker og svakheter, knyttet til utvalg, datainnsamling og analyse diskuteres.

5.5.1 Studiens styrker

Studien er den første studien til å undersøke helse- og treningspersonells kjennskap til, og erfaringer med symptomer på muskeldysmorfi. Resultatene viser at helse- og treningspersonell evner å observere symptomer på muskeldysmorfi, men har behov for, og ønske om, økt kunnskap og kompetanse. Studien bruker «mixed method» for å besvare problemstillingen «*Hvilken kjennskap og erfaring har helse- og treningspersonell med observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen?*». Ettersom det finnes lite forskning

på tema per dags dato, utgjør kombinasjonen av kvantitativ og kvalitativ data en styrke i gjeldende studie. Ved å sammenligne funn fra den kvalitative og kvantitative datainnsamlingen, kan diskusjonen bidra til en grundigere forståelse for hvorfor resultatet ble som det ble. Triangulering er et av formålene med «mixed method», og innebærer bruk av ulike metoder for å besvare samme problemstilling, som kan bidra til samsvar, konvergens og bekreftelse, men også ulike perspektiver (Schoonenboom & Johnson, 2017, s. 110). Ved bruk av kun en av metodene vil ofte studiens funn diskuteres opp mot eksisterende litteratur og tidligere forskning. Ettersom det derimot finnes lite forskning på området, både nasjonalt og internasjonalt, bidrar en todelt datainnsamling i denne studien til en dypere diskusjon. Samtidig bidrar de kvantitative dataene til kunnskap om hvilke, og i hvilken grad, symptomer på muskeldysmorfi observeres av helse- og treningspersonell. De kvalitative dataene gir derimot dypere innsikt i helse- og treningspersonells erfaringer med, perspektiver på og utfordringer knyttet til symptomer på muskeldysmorfi hos kunder og pasienter.

Utvalgsstørrelsen ($n = 204$) i den kvantitative spørreundersøkelsen kan anses som en styrke, dersom man sammenligner med tidligere studier. Kun en studie har tidligere undersøkt helsepersonells tanker om muskeldysmorfi, en kvantitativ studie av Vanderycken (2011, s. 149) som undersøkte tanker om nye diagnoser i DSM-5, blant annet muskeldysmorfi, blant 111 profesjonelle innenfor spiseforstyrrelser. Utvalget representerer også en bredde, både i henhold til yrke, alder og erfaring. Dette er også tilfellet for deltakerne i de kvalitative intervjuene ($n = 7$), som bidrar med perspektiver fra ulike yrkesgrupper. Det bør derimot nevnes at dersom populasjonsstørrelsen tas i betraktning, kunne utvalgsstørrelsen med fordel vært større, for å sikre et bedre generaliseringsgrunnlag.

Det kan også trekkes frem at det er en god fordeling mellom respondenter i yrkesgruppen helsepersonell med autorisasjon ($n = 85$) og treningspersonell ($n = 84$), noe som bidrar til en mer robust analyse av forskjeller og mulighet for å sammenligne gruppene. Yrkesgruppen helsepersonell uten autorisasjon er derimot underrepresentert ($n = 26$), noe som kan forklares av at a) helsepersonell med autorisasjon og treningspersonell er en større yrkesgruppe generelt i samfunnet, b) helsepersonell uten autorisasjon har en vagere operasjonalisering, og har ført til usikkerhet hos respondentene, eller c) respondenter representerer to av yrkesgruppene og har valgt å kategorisere seg som helsepersonell med autorisasjon eller treningspersonell, fremfor helsepersonell uten autorisasjon. Eksempelvis har flere av respondentene i kategorien treningspersonell, oppgitt at de både arbeider som personlig trener og ernæringsrådgiver.

Bruk av anonym spørreundersøkelse kan anses som en fordel, da terskelen for å svare ærlig er lavere. Det kan også trekkes frem at spørsmålene i spørreundersøkelsen (se Vedlegg 2), og tema for intervjuguiden (se Vedlegg 3) i den kvalitative datainnsamlingen oppleves som mindre sensitive for deltakerne, da det ikke er spørsmål som dreier seg om deltakeren personlig. Det kan samtidig også trekkes frem som en styrke at samtlige av deltakerne i de kvalitative intervjuene har kjennskap til, og tidligere erfaringer med, symptomer på muskeldysmorfi, da dette bidrar til en mer detaljert og utfyllende resultatdel.

Videre indikerer høy Cronbach-alpha verdi på endelig faktorstruktur en reliabel og indre konsistens på de ulike enhetene i subskalaene og for måleinstrumentet samlet sett. Endelig faktorstruktur ble også funnet gjennom en naturlig faktoranalyse, med en prosedyre som tilsvarer slik det beskrives i litteraturen (Watkins, 2018, s. 233; Watkins, 2021, s. 74). Dette er faktorer som bidrar til å styrke studiens måleinstrument, til tross for at spørreskjemaet ikke er brukt i tidligere studier, og derfor heller ikke er validert.

5.5.2 Studiens svakheter

En vesentlig svakhet med både kvalitativ og kvantitativ datainnsamling er at utvalget baserer seg på frivillighet og selvutvelgelse. Spørreskjema ble distribuert over e-post og sosiale medier, og det kan derfor antas at respondenter har en interesse i tema. For den kvalitative datainnsamlingen ble personer med relevant yrkesbakgrunn som det var forventet at hadde erfaring med muskeldysmorfi rekruttert. Denne tilnærmingen utgjør en svakhet i studien, fordi generaliserbarheten til de kvantitative resultatene svekkes (Jacobsen, 2022, s. 371). For de kvalitative resultatene kan det derimot anses som en styrke fordi deltakerne vil kunne bidra med dypere innsikt og mer erfaring. Videre kan det også nevnes at spørreskjemaet og intervjuguiden potensielt kan legge føringer for en forventet respons, ved at deltakerne kan forsøke å skape et best mulig bilde av seg selv, og sitt yrke (Johnson & Fendrich, 2005, s. 387).

Rekruttering av deltakere var utfordrende, og en svakhet i studien er at det ved endt datainnsamling var noe manglende data. Dette kan være et resultat av at rekruttering foregikk i november/desember, som kan være en travel tid for mange. Det er også mulig at spørreundersøkelsen opplevdes tidkrevende, med for mange spørsmål, eller at personer uten kjennskap til muskeldysmorfi valgt å avslutte spørreundersøkelsen med en tanke om at deres respons ikke var av nytte. Til tross for at det ble foretatt en MCAR-test, og at manglende data

ble erstattet i SPSS, kan det utgjøre en metodisk svakhet at noe av dataen (<10%) er basert på statistisk sannsynlighet.

Det kan også anses som en svakhet ved studiens teoretiske rammeverk og diskusjon at resultater må sammenlignes med lignende forskning som er gjort på spiseforstyrrelser, tvangslidelser eller andre diagnoser. Dette er en konsekvens av at det per dags dato finnes lite empiri knyttet til helsepersonells erfaringer med muskeldysmorfi, samt intervensjoner og behandling av muskeldysmorfi. Samtidig er det et stadig økende antall studier knyttet til muskeldysmorfi, og man vil forhåpentligvis se mer forskning innenfor dette temaet også i fremtiden.

5.6 Anbefaling for videre forskning

Studiens diskusjon peker på at det er en rekke mangler i eksisterende litteratur knyttet til muskeldysmorfi. For fremtidig forskning anbefales det derfor å videre undersøke helse- og treningspersonells kjennskap til, og erfaringer med symptomer på muskeldysmorfi, da dette kun er den første studien som undersøker dette. Dette er også den første studien som bruker spørreskjemaet MDOQ, som kan brukes i videre forskning. Spørreskjemaet bør testes igjen, og det bør gjennomføres en bekreftende faktoranalyse. Mer forskning knyttet til forskjeller mellom yrkesgrupper og hvem som faktisk møter personer med muskeldysmorfi er også nødvendig.

Litteraturen viser at studier trekker konklusjoner om potensielt effektive intervensjoner og behandlinger basert på tidligere forskning gjort på personer med spiseforstyrrelser og kroppsdysmorfisk lidelse. De få studiene som derimot er gjort på personer med muskeldysmorfi har et svært begrenset utvalg (f.eks. Murray & Griffith, 2015, s. 325; Outar et al., 2021, s. 3). Det er derfor nødvendig med mer forskning på effekten av intervensjoner og behandlinger for personer som viser symptomer på muskeldysmorfi.

Det vil også være viktig å skaffe mer kunnskap om hvilken hjelp som per dags dato tilbys personer med muskeldysmorfi, om de får den hjelpen de trenger og deres opplevelser knyttet til dette.

6 Oppsummering og konklusjon

Denne studien hadde som formål å besvare problemstillingen «*Hvilken kjennskap og erfaring har helse- og treningspersonell med observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen?*», gjennom å belyse følgende forskningsspørsmål: a) hva er helse- og treningspersonell kjennskap til symptomer på muskeldysmorfi, b) hvilke symptomer observerer deltakerne og er det forskjeller i observasjon mellom deltakergruppene, og c) hva er deltakernes erfaringer og synspunkter tilknyttet identifisering, håndtering og behandling av muskeldysmorfi. Resultatene fra kvantitative data indikerer at en rekke symptomer på muskeldysmorfi observeres av helse- og treningspersonell, og at disse symptomene kan kategoriseres i kategoriene «dopingbruk og intensjon til bruk», «unntakelse og regeldrevet atferd», «bruk av kosttilskudd» og «misnøye med egen muskularitet». Resultatene viser også at det er en forskjell i yrkesgruppenes evne til å observere symptomer og erfaringer med dette, hvor helsepersonell med autorisasjon scorer lavest. Det er svært viktig at helse- og treningspersonell øker sin kompetanse knyttet til muskeldysmorfi, slik at de evner å identifisere symptomer på muskeldysmorfi, vet hvilken hjelp som kan tilbys og er bevisste over effektive forebyggings tiltak. De kvalitative resultatene belyser en rekke perspektiver knyttet til utfordringer ved å identifisere symptomer på muskeldysmorfi, som usikkerhet, mangel på kompetanse og rutiner og konfrontasjonsvegring.

Resultatene i denne studien er oppsiktsvekkende og indikerer at helse- og treningspersonells kunnskap og kompetanse knyttet til identifisering, håndtering og behandling må økes. Kunnskap om muskeldysmorfi bør integreres i opplæringen til relevante yrker og utdanninger, samtidig som helse- og treningspersonell må være bevisste på sitt ansvar. Det finnes per dags dato ingen empirisk validerte behandlinger mot muskeldysmorfi, men det vil likevel være viktig å tilby hjelp til personer med muskeldysmorfi, da de sjeldent oppsøker hjelp på egen hånd (Leone et al., 2005, s. 357). Å øke kunnskap om muskeldysmorfi i samfunnet generelt kan bidra til at flere evner å identifisere symptomer, fjerne tabu og bidra til at personer med symptomer på muskeldysmorfi tørr å oppsøke hjelp. Konsekvensene av muskeldysmorfi er alvorlige, og kan føre til dopingproblematikk, ensomhet, angst, depresjon og i verste fall suicidale tanker (APA, 2013, s. 243). Det er derfor et sterkt behov for at muskeldysmorfi anerkjennes som en alvorlig psykologisk tilstand, og at intervensjoner og behandling mot muskeldysmorfi forskes på i nær fremtid. Dette er avgjørende for at personer med muskeldysmorfi ikke skal utvikle mer alvorlige symptomer.

7.0 Referanser

- Almeida, M., Campos, P. F., Gomes, V. M. G. M., Neves, C. M., Queiroz, A. C. C., Brito, C. J., Miarka, B., Ferreira, M. E. C., & De Carvalho, P. H. B. (2019). Muscle dysmorphia, body image disturbances and commitment to exercise: A comparison between sedentary and physical active undergraduate men. *Journal of Physical Education and Sport*, 19(1), 507–513. <https://doi.org/10.7752/jpes.2019.01074>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5. utg). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2023). *Body image*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/body-ideal>
- Arkenau, R., Vocks, S., Taube, C. O., Waldorf, M., & Hartmann, A. S. (2020). The Body Image Matrix of Thinness and Muscularity - Male Bodies: Development and validation of a new figure rating scale for body image in men. *J Clin Psychol*, 76(7), 1283-1292 <https://doi.org/10.1002/jclp.22933>
- Babusa, B., Czeglédi, E., Túry, F., Mayville, S. B., & Urbán, R. (2015). Differentiating the levels of risk for muscle dysmorphia among Hungarian male weightlifters: A factor mixture modeling approach. *Body Image*, 12, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.001>
- Badenes-Ribera, A., Rubio-Abaricio, M., Sanchez-Meca, J., Angelo Fabris, M., & Longobardi, C. (2019). The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(3), 351-371. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.44>
- Braun, V. & Clark, V. (2022). *Thematic Analysis. A Practical Guide*. Sage Publications Ltd.
- Berge, T., & Repål, A. (2022). Introduksjon til kognitiv atferdsterapi. I T. Berge & A, Repål (Red.) *Håndbok i kognitiv atferdsterapi* (3. utg; s. 19-40). Gyldendal.

- Barceloux, D. G. M. D., & Palmer, R. B. P. (2013). Anabolic—Androgenic Steroids. *Disease-a-Month*, 59(6), 226-248. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2013.03.010>
- Bo, S., Zoccali, R., Ponzio, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A., Fea, E., Rainoldi, A., Durazzo, M., Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2014). University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *Journal of Transational Medicine*, 12(1), 221-221. <https://doi.org/10.1186/s12967-014-0221-2>
- Boulter, M. W., & Sandgren, S. S. (2022). Me, myself, and my muscles: associations between narcissism and muscle dysmorphia. *Eating disorders*, 30(1), 110-116. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1930348>
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2012). Symptoms of Eating Disorders, Drive for Muscularity and Physical Activity Among Norwegian Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 287-293. <https://doi.org/10.1002/erv.1156>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, T. A., Forney, K. J., Pinner, D., & Keel, P. K. (2017). A randomized controlled trial of The Body Project: More Than Muscles for men with body dissatisfaction. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 873–883. <https://doi.org/10.1002/eat.22724>
- Butts, J., Jacobs, B., & Silvis, M. (2018). Creatine Use in Sports. *Sports Health*, 10(1), 31–34. <https://doi.org/10.1177/1941738117737248>
- Cafri, G., Olivardia, R., & Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 374-379. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.003>
- Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 215-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.09.003>

- Campagna, J. D. A., & Bowsher, B. (2016). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Muscle Dysmorphia Among Entry-Level Military Personnel. *Military Medicine*, *181*(5), 494-501. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00118>
- Cerea, S., Bottesi, G., Pacelli, Q. F., Paoli, A., & Ghisi, M. (2018). Muscle Dysmorphia and its Associated Psychological Features in Three Groups of Recreational Athletes. *Scientific Reports*, *8*(1), 8877-8878. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27176-9>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. utg.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Compte, E. J., Sepulveda, A. R., & Torrente, F. (2015). A two-stage epidemiological study of eating disorders and muscle dysmorphia in male university students in Buenos Aires. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(8), 1092-1101. <https://doi.org/10.1002/eat.22448>
- Corona, G., Rastrelli, G., Marchiani, S., Filippi, S., Morelli, A., Sarchielli, E., Sforza, A., Vignozzi, L., & Maggi, M. (2022). Consequences of Anabolic-Androgenic Steroid Abuse in Males; Sexual and Reproductive Perspective. *World Journal of Men's Health*, *40*(2), 165-178. <https://doi.org/10.5534/wjmh.210021>
- Cribb, P. J., Williams, A. D., & Hayes, A. (2007). A creatine-protein-carbohydrate supplement enhances responses to resistance training. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *39*(11), 1960-1968. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e31814fb52a>
- Cunningham, M. L., Griffiths, S., Mitchison, D., Mond J. M., Castle, D., Murray, S.B. (2017) Muscle Dysmorphia: An Overview of Clinical Features and Treatment Options. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *31*(4), 255-271. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.4.255>
- Davey, C. M., & Bishop, J. B. (2006). Muscle Dysmorphia Among College Men: An Emerging Gender-Related Counseling Concern. *Journal of College Counseling*, *9*(2), 171-180. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2006.tb00104.x>

- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Denny, E., & Weckesser, A. (2022). How to do qualitative research? Qualitative research methods. *BJOG*, 129(7), 1166-1167. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17150>
- Fabris, M. A., Longobardi, C., Prino, L. E., & Settanni, M. (2018). Attachment Style and Risk of Muscle Dysmorphia in a Sample of Male Bodybuilders. *Psychology of Men and Masculinity*, 19(2), 273-281. <https://doi.org/10.1037/men0000096>
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs-Principles and Practices. *Health Services Research Journal*, 48(6pt2), 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Forbrukerrådet. (2021). *Undersøkelse om bruk av proteinshaker og proteinpulver blant barn og unge*. https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2016/02/Rapport_proteinpulver_endelig.pdf
- Gaikwad, U. (2014). Pathophysiology of Obsessive–Compulsive Disorder: Affected Brain Regions and Challenge Towards Discovery of Novel Drug Treatment. IntechOpen
- Glombiewski, J. A., Hansmeier, J., Haberkamp, A., Rief, W., & Exner, C. (2021). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder – A pilot randomized trial. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 30, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100650>
- Grech, V., & Calleja, N. (2018). WASP (Write a Scientific Paper): Parametric vs. non-parametric tests. *Early Human Development*, 123, 48-49. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.04.014>
- Greenway, C. W., & Price, C. (2018). A qualitative study of the motivations for anabolic-androgenic steroid use: The role of muscle dysmorphia and self-esteem in long-term users. *Performance enhancement & health*, 6(1), 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.peh.2018.02.002>

- Grieve, F. G. (2007). A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia. *Eating Disorder*, 15(1), 63-80. <https://doi.org/10.1080/10640260601044535>
- Grieve, F. G., Truba, N., & Bowersox, S. (2009). Etiology, Assessment, and Treatment of Muscle Dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 306-314. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.4.306>
- Grogan, S. (2008). *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2. Utg.) Routledge.
- Gruber, A. J., & Pope, H. G. (1999). Compulsive weight lifting and anabolic drug abuse among women rape victims. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 273-277. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90127-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90127-X)
- Harris, M. A., Alwyn, T., & Dunn, M. (2019). Symptoms of muscle dysmorphia between users of anabolic androgenic steroids with varying usage and bodybuilding experience. *European Journal of Health Psychology*, 26(1), 21-24. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000023>
- Harrison, A., Fernández de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J., & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.007>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hem, E. (2020). *Komorbiditet*. Store norske leksjon. <https://sml.snl.no/komorbiditet>
- Hildebrandt, T., Langenbucher, J., & Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169-181. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.001>

- Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J., & Chung, T. (2006). Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 127-135.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.001>
- Hoffmann, S., & Warschburger, P. (2017). Weight, shape, and muscularity concerns in male and female adolescents: Predictors of change and influences on eating concern: Weight, Shape, and Muscularity Concerns. *The International journal of eating disorders*, 50(2), 139-147.
<https://doi.org/10.1002/eat.22635>
- Hurley, A. E., Scandura, T. A., Schriesheim, C. A., Brannick, M. T., Seers, A., Vandenberg, R. J., & Williams, L. J. (1997). Exploratory and confirmatory factor analysis: guidelines, issues, and alternatives. *Journal of Organizational Behavior*, 18(6), 667-683.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199711\)18:6<667::AID-JOB874>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199711)18:6<667::AID-JOB874>3.0.CO;2-T)
- Imperatori, C., Panno, A., Carbone, G. A., Corazza, O., Taddei, I., Bernabei, L., Massullo, C., Prevete, E., Tarsitani, L., Pasquini, M., Farina, B., Biondi, M., & Bersani, F. S. (2022). The association between social media addiction and eating disturbances is mediated by muscle dysmorphia-related symptoms: a cross-sectional study in a sample of young adults. *Eating and Weight Disorders*, 27(3), 1131–1140.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01232-2>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.
<https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Johnson, T., & Fendrich, M. (2005). Modeling Sources of Self-report Bias in a Survey of Drug Use Epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 15(5), 381-389.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.09.004>

- Kanayama, G., & Pope, H. G. (2018). History and epidemiology of anabolic androgens in athletes and non-athletes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 464(1), 4-13.
<https://doi.org/10.1016/j.mce.2017.02.039>
- Kanayama, G., & Pope, H. G. (2020). Anabolic Steroid Use Disorders: Diagnosis and Treatment. I N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter & A. M. Baldacchino (Red.), *Textbook of Addicition Treatment* (s. 307-323). Springer
- Kanayama, G., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (2018). Associations of anabolic-androgenic steroid use with other behavioral disorders: an analysis using directed acyclic graphs. *Psychological Medicine*, 48(15), 2601-2608. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000508>
- Kelley, C. C., Neufeld, J. M., & Musher-Eizenman, D. R. (2010). Drive for thinness and drive for muscularity: Opposite ends of the continuum or separate constructs? *Body Image*, 7(1), 74-77.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.008>
- Killeen, T. K., Cassin, S. E. & Geller, J. (2014). Motivational Interviewing in the Treatment of Substance Use Disorders, Addicitions, and Eating Disorders. I Brewerton, T. D., & Baker Dennis, A. (Red.), *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders: Research, Clinical and Treatment Perspectives* (s. 491-507). Springer.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Leone, J. E., Sedory, E. J., & Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352-359.
- Lin, L., & DeCusati, F. (2016). Muscle Dysmorphia and the Perception of Men's Peer Muscularity Preferences. *American Journal of Men's Health*, 10(6), 78-88.
<https://doi.org/10.1177/1557988315598367>
- Longobardi, C., Prino, L. E., Fabris, M. A., & Settanni, M. (2017). Muscle Dysmorphia and Psychopathology: findings from an Italian sample of male bodybuilders. *Psychiatry Research*, 256, 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.065>

- Malt, U. (2023). Narsissime. Store norske leksikon. <https://snl.no/narsissisme>
- Martenstyn, J. A., Aouad, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Treatment of Compulsive Exercise in Eating Disorders and Muscle Dysmorphia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical psychology*, 29(2), 143-161. <https://doi.org/10.1037/cps0000064>
- Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netemeyer, R. G., & Drab, D. L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: A Self-Report Measure for the Assessment of Muscle Dysmorphia Symptoms. *Assessment*, 9(4), 351-360. <https://doi.org/10.1177/1073191102238156>
- Meinich-Bache, K. (2019). Muskeldysmorfi hos menn med medlemskap på treningssenter: En undersøkelse av utbredelse og potensielle korrelater. [Masteroppgave]. Universitetet i Agder. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/2620247/Meinich-Bache%2C%20Kristian.pdf?sequence=1>
- Mills, S., Candow, D. G., Forbes, S. C., Neary, J. P., Ormsbee, M. J., & Antonio, J. (2020). Effects of Creatine Supplementation during Resistance Training Sessions in Physically Active Young Adults. *Nutrients*, 12(6), 1880-1891. <https://doi.org/10.3390/nu12061880>
- Misciagna, S. (2020). Introductory Chapter: Definition of Cognitive Behavioral Therapy and Its Principal Applications. I S. Misciagna (Red.), *Cognitive Behavioral Therapy - Theories and Applications*. IntechOpen
- Mishra, P., Pandey, C., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of cardiac anaesthesia*, 22(1), 67-72. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18
- Mitchell, L., Murray, S. B., Cobley, S., Hackett, D., Gifford, J., Capling, L., & O'Connor, H. (2017). Muscle Dysmorphia Symptomatology and Associated Psychological Features in Bodybuilders and Non-Bodybuilder Resistance Trainers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 47(2), 233-259. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0564-3>

- Mitchison, D., Mond, J., Griffiths, S., Hay, P., Nagata, J. M., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., & Murray, S. B. (2022). Prevalence of muscle dysmorphia in adolescents: findings from the EveryBODY study. *Psychological Medicine*, *52*(14), 3142-3149.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720005206>
- Morse, J. M., & Niehaus, L. (2016). *Mixed method design: principles and procedures*. Routledge.
- Mulcahey, M. K., Schiller, J. R., & Hulstyn, M. J. (2010). Anabolic Steroid Use in Adolescents: Identification of Those at Risk and Strategies for Prevention. *The Physician and Sportsmedicine*, *38*(3), 105–113.
<https://doi.org/10.3810/psm.2010.10.1815>
- Murray, S. B., & Griffiths, S. (2015). Adolescent muscle dysmorphia and family-based treatment: A case report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *20*(2), 324-330.
<https://doi.org/10.1177/1359104514521639>
- Murray, S. B., Griffiths, S., Mond, J. M., Kean, J., & Blashill, A. J. (2016). Anabolic steroid use and body image psychopathology in men: Delineating between appearance- versus performance-driven motivations. *Drug and Alcohol Dependence*, *165*, 198-202.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.06.008>
- Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., Dawson, R. T., & Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, *9*(2), 193-200.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.008>
- Murray, S. B., Rieger, E., Karlov, L., & Touyz, S. W. (2013). Masculinity and femininity in the divergence of male body image concerns. *Journal of Eating Disorders*, *1*(1), 11-11.
<https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-11>
- Oehlhof, M. E. W., Musher-Eizenman, D. R., Neufeld, J. M., & Hauser, J. C. (2009). Self-objectification and ideal body shape for men and women. *Body Image*, *6*(4), 308-310.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.05.002>

- Olivardia, R., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1291>
- Omestad, M. (2021). Hvilke holdninger til kosttilskudd har et utvalg av 16, 17 og 18-åringer som trener på treningssenter?: En kvalitativ studie. [Masteroppgave]. Norges Idrettshøgskole.
<https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/bitstream/handle/11250/2770408/Omestad%20M%20v2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortiz, S. N., Forrest, L. N., & Smith, A. R. (2021). Correlates of suicidal thoughts and attempts in males engaging in muscle dysmorphia or eating disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4), 1106-1115. <https://doi.org/10.1002/jclp.23102>
- Outar, L., Turner, M. J., Wood, A. G., & O'Connor, H. (2021). Muscularity rationality: An examination of the use of Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) upon exercisers at risk of muscle dysmorphia. *Psychology of Sport and Exercise*, 52, 101813.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101813>
- Palazón-Bru, A., Rizo-Baeza, M. M., Martínez-Segura, A., Folgado-de la Rosa, D. M., Gil-Guillén, V. F., & Cortés-Castell, E. (2018). Screening Tool to Determine Risk of Having Muscle Dysmorphia Symptoms in Men Who Engage in Weight Training at a Gym. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 28(2), 168-173. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000422>
- Phillips, K. A., Didie, E. R., Feusner, J. M. D., & Wilhelm, S. (2008). Body Dysmorphic Disorder: Treating an Underrecognized Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1111-1118.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040500>
- Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2(4), 395-400. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.001>

- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle Dysmorphia: An Underrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71400-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71400-2)
- Pope, H. G., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-409.
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90066-D](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D)
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex - The secret crisis of male body obsession*. The Free Press
- Rohman. (2009). The Relationship Between Anabolic Androgenic Steroids and Muscle Dysmorphia: A Review. *Eating Disorders*, 17(3), 187–199.
<https://doi.org/10.1080/10640260902848477>
- Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, H., & Deci, E. L. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, 6(2), 107–124.
- Sandgren, S. S., Giske, R., & Shalfawi, S. A. I. (2019). Muscle Dysmorphia in Gym-going Men: an Initial Investigation. *Kinesiology*, 51(1), 12-21. <https://doi.org/10.26582/k.51.1.3>
- Sandgren, S. S., Haycraft, E., Pearce, R., & Plateau, C. R. (2023). Support for athletes with eating psychopathology symptoms: Exploring the views of athletes, coaches and sport practitioners. *Journal of applied sport psychology*, 35(2), 307-329.
<https://doi.org/10.1080/10413200.2022.2032476>
- Sandgren, S. S., Haycraft, E., & Plateau, C. R. (2022). Development and Initial Evaluation of the Athlete Eating Psychopathology Observation Questionnaire for Sport Professionals. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1-19. <https://doi.org/10.1123/jcsp.2021-0108>
- Sandgren, S. S., & Lavalley, D. (2018). Muscle Dysmorphia Research Neglects DSM-5 Diagnostic Criteria. *Journal of loss & trauma*, 23(3), 211-243.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1428484>

- Sandgren, S. S., & Lavalley, D. (2023). Intervention Development for People with Muscle Dysmorphia Symptoms: Best Practice and Future Recommendations. *Journal of loss & trauma*, 28(4), 315-326. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2119718>
- Sangha, S., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019). Eating Disorders in Males: How Primary Care Providers Can Improve Recognition, Diagnosis, and Treatment. *American Journal of Men's Health*, 13(3). <https://doi.org/10.1177/1557988319857424>
- Scarth, M., Havnes, I. A., Jørstad, M. L., McVeigh, J., Van Hout, M. C., Westlye, L. T., Torgersen, S., & Bjørnebekk, A. (2022). Severity of anabolic steroid dependence, executive function, and personality traits in substance use disorder patients in Norway. *Drug and Alcohol Dependence*, 231, 109275-109275. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109275>
- Schoonenboom, J., & Johnson, R. B. (2017). How to Construct a Mixed Methods Research Design. *Kolner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(Suppl 2), 107-131. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1>
- Silkoset, R., Gripsrud, G., & Olsson, U. H. (2021). *Metode, dataanalyse og innsikt* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Singh, N. U., Roy, A., Tripathi, A., & Kendall's, W. (2013). Non parametric tests: Hands on SPSS. *ICAR Research Complex for NEH Region*.
- Skemp, K. M., Mikat, R. P., Schenck, K. P., & Kramer, N. A. (2013). Muscle Dysmorphia: Risk May Be Influenced by Goals of the Weightlifter. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 27(9), 2427-2432. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3182825474>
- Solheim, K. M. H. (2022). Muskeldysmorfi og spiseforstyrrelser hos norske crossfitutøvere. [Masteroppgave]. Universitetet i Stavanger. <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/3005112/no.uis%3ainspera%3a111212074%3a68562705.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Steinglass, J. E., Sysko, R., Glasofer, D., Albano, A. M., Simpson, H. B., & Walsh, B. T. (2011). Rationale for the application of exposure and response prevention to the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 134-141. <https://doi.org/10.1002/eat.20784>
- Stice, E. (2003). Puberty and body image. I C. Hayward (Red.), *Gender Differences at Puberty* (s. 61-76). Cambridge University Press.
- Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using Effect Size-or Why the P Value Is Not Enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279-282. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-12-00156.1>
- Sæle, O. O., Sæther, I. K., & Viig, N. G. (2021). The Ideal Body: A Social Construct? Reflections on Body Pressure and Body Ideal Among Students in Upper Secondary School. *Frontiers in Sports and Active Living*, 3(727502), 1-11 <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fspor.2021.727502>
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2015). *Research Methods in Physical Activity* (7. utg.). Human Kinetics.
- Thomas, L. S., Tod, D. A., & Lavalley, D. E. (2011). Variability in Muscle Dysmorphia Symptoms: The Influence of Weight Training. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 25(3), 846–851. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3181c70c17>
- Tiggemann, M., Martins, Y., & Kirkbride, A. (2007). Oh To Be Lean and Muscular: Body Image Ideals in Gay and Heterosexual Men. *Psychology of men & masculinity*, 8(1), 15-24. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.8.1.15>
- Tod, D., Edwards, C., & Cranswick, I. (2016). Muscle dysmorphia: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 179-188. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S97404>
- Ursachi, G., Horodnic, I. A., & Zait, A. (2015). How Reliable are Measurement Scales? External Factors with Indirect Influence on Reliability Estimators. *Procedia Economics and finance*, 20, 679-686. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00123-9](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00123-9)

- Utdanningsdirektoratet. (2020). *Læreplan i kroppøving (KRO01-05)*. Fastsatt som forskrift. Kunnskapsdepartementet.
<https://data.udir.no/k106/v201906/laereplaner-lk20/KRO01-05.pdf?lang=nob>
- Vandereycken, W. (2011). Media Hype, Diagnostic Fad or Genuine Disorder? Professionals' Opinions About Night Eating Syndrome, Orthorexia, Muscle Dysmorphia, and Emetophobia. *The Journal of Treatment & Prevention*, 19(2), 145-155.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2011.551634>
- Vella, S. A., Sutcliffe, J., Schweickle, M. J., Liddle, S. K. & Swann, C. (2021). Mental Health and Childhood Participation in Organised Sport. I Bailey, R., Agans, J. P., Coté, J., Daly-Smith, A. & Tomporowski, P. D. (Red.), *Physical activity and sport during the first ten years of life: multidisciplinary perspectives* (s. 100-110). Routledge.
- Vogel, P. A., Hansen, H. & Solem, S. (2022). Tvangslidelser. I Berge, T. & Repål, A. (Red.) *Håndbok i kognitiv atferdsterapi* (3. utg; s. 19-40). Gyldendal.
- Wade, S., Byrne, S., & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 863-872.
<https://doi.org/10.1002/eat.22723>
- Watkins, M. W. (2018). Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of black psychology*, 44(3), 219-246. <https://doi.org/10.1177/0095798418771807>
- Watkins, M. W. (2021). *A step-by-step guide to exploratory factor analysis with SPSS*. Routledge.
- Zeeck, A., Welter, V., Alatas, H., Hildebrandt, T., Lahmann, C., & Hartmann, A. (2018). Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI): Validation of a German version with a focus on gender. *PLoS One*, 13(11), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207535>
- Zheng, Y., Zhang, L., Shao, P., & Guo, X. (2021). The Association of Muscle Dysmorphia, Social Physique Anxiety, and Body Checking Behavior in Male College Students With Weight Exercise. *Frontiers in psychology*, 12, 1-10 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.726032>

Liste over tabeller

- Tabell 1.** Diagnostiske kriterier for kroppsdysmorfofobisk lidelse (Body Dysmorphic Disorder) som spesifisert i DSM-5 (APA, 2013, s. 242). s. 3
- Tabell 2.** Forekomsten av muskeldysmorfi i studier som bruker «Muscle Dysmorphic Disorder Inventory» og «Muscle Appearance Satisfaction Scale» med cut-off score, gjennomført i vestlige land. s. 14
- Tabell 3.** EFA mønstermatrise, faktorlading, Eigenvalue, % variance og Cronbach alpha (N = 204). s. 35
- Tabell 4.** Korrelasjonsmatrise av subskalaer og Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire (MDOQ) global score. s. 36
- Tabell 5.** Frekvensfordeling av observasjoner på ulike symptomer i Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire, oppgitt i antall og prosent. s. 37
- Tabell 6.** Beskrivende data om observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi fordelt på yrkesgruppene helsepersonell med autorisasjon, helsepersonell uten autorisasjon og treningspersonell. s. 38
- Tabell 7.** Forskjell i observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi mellom yrkesgrupper, parvis. s. 39
- Tabell 8.** Beskrivende data om opplæring/utdanning tilknyttet muskeldysmorfi fordelt på yrkesgruppe. s. 40
- Tabell 9.** Forskjell i opplæring/utdanning og evne til å identifisere symptomer på muskeldysmorfi mellom yrkesgrupper, parvis. s. 40

Liste over figurer

- Figur 1.** Oversikt over hovedtema 1: Opplæring og utdanning knyttet til muskeldysmorfi. s. 41
- Figur 2.** Oversikt over hovedtema 2: Erfaringer med symptomer og konsekvenser. Belyser undertema 2.1: Symptomer på muskeldysmorfi, og 2.2: Konsekvenser av muskeldysmorfi. s. 42
- Figur 3.** Oversikt over hovedtema 3: utfordringer ved identifisering og tilnærming. s. 47
- Figur 4.** Oversikt over hovedtema 4: Forebygging av muskeldysmorfi. s. 49
- Figur 5.** Oversikt over hovedtema 5: Intervensjoner og behandlingsmetoder av muskeldysmorfi. s. 52

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv (Kvalitativ datainnsamling)

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Helse- og treningspersonells observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge helse- og treningspersonells observasjoner av, og erfaringer med, symptomer på muskeldysmorfi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave, som også er en del av et større prosjekt, som på sikt har til hensikt å utvikle et intervensjonsprogram for å hjelpe personer med å redusere symptomer på muskeldysmorfi.

Spesifikke formål er å undersøke:

- kjennskap til symptomene på muskeldysmorfi,
- erfaring med identifisering av symptomer på muskeldysmorfi,
- hvilke symptomer helse- og treningsfaglig personell observerer og til hvilken grad gjør de det
- erfaring med håndtering/behandling av symptomer på muskeldysmorfi

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk ved Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet. Datainnsamlingen er som nevnt en del av et større prosjekt, der Norges Idrettshøyskole, Universitetet i Sørøst-Norge og Antidoping Norge også er involvert.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du tilhører minst en av tre følgende grupper:

- Autorisert helsepersonell: Helsepersonell (f.eks. lege, psykolog eller fysioterapeut) med autorisasjon i Norge etter §48a eller lisens etter §49.

- Helsepersonell uten autorisasjon: Du jobber f.eks. med helsefremmende/forebyggende arbeid i helse- og omsorgssektoren eller i annen privat/offentlig sektor, men du er ikke registrert med autorisasjon eller lisens i Norge etter §48a og/eller §49.
- Treningsfaglig personell: Du jobber eksempelvis i trenings- og helsevirksomheter som f.eks. på treningssenter eller fysikalske institutt som personlig trener, annen trener, rådgiver e.l.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et personlig intervju, enten gjennom fysisk oppmøte eller over telefon/videosamtale. Det vil ta ca. 30-60 minutter. All data vil forbli helt anonymt, og intervju spørsmål vil omhandle dine erfaringer med symptomer på kroppsdyrmorfisk lidelse og muskeldysmorfi.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

All data vil oppbevares og behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun masterstudent (Lena Langeland) og masterveileder, samt prosjektleder (Sebastian S. Sandgren) som vil ha tilgang til dataen. Intervjuet vil bli tatt opp av lydopptaker, men vil transkriberes fortløpende. Når intervjuet er transkribert, vil lydopptaket slettes. Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Forskergruppen tilhørende det overordnede prosjektet består av:

- Prosjektleder: Sebastian S. Sandgren, PhD, Førsteamanuensis, Universitetet i Stavanger. Epost: sebastian.s.sandgren@uis.no

- Solfrid Bratland-Sanda, PhD, Professor, Universitetet i Sørøst-Norge. Epost: Solfrid.Bratland-Sanda@usn.no
- Jorunn Sundgot-Borgen, PhD, Professor, Norges Idrettshøgskole. Epost: jorunnsb@nih.no
- Sindre M. Dyrstad, PhD, Professor, Universitetet i Stavanger. Epost: sindre.dyrstad@uis.no
- Fredrik Lauritzen, PhD, Forskningsjef, Antidoping Norge. Epost: fredrik.lauritzen@antidoping.no
- Lena Langeland (masterstudent, UiS). Epost: 240087@uis.no
- Bjørnar Kjellstadli, Universitetslektor, Universitetet i Stavanger. Epost: bjornar.kjellstadli@uis.no

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 1. juni 2023. Datamaterialet med dine personopplysninger vil verken under prosjektet eller etter deles med andre enn masterstudent og veileder. Anonymiserte opplysninger vil etter prosjektslutt ikke slettes, men gjenbrukes til videre forskning, ettersom prosjektet er en del av et større formål, som på sikt har til hensikt å utvikle et intervensjonsprogram for å hjelpe personer med å redusere symptomer på muskeldysmorfi. Dette inkluderer derimot ikke personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk ved Universitetet i Stavanger har våre personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk, Universitetet i Stavanger ved Sebastian S. Sandgren (epost: sebastian.s.sandgren@uis.no)
- Lars Rune Waage v/ Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk, Universitetet i Stavanger (epost: lars.r.waage@uis.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Sebastian S. Sandgren
(Forsker/veileder)

Lena Langeland
(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helse- og treningspersonells observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen?» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i spørreundersøkelsen

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 – Muscle Dysmorphia Observation Questionnaire (MDOQ)

HELSE- OG TRENINGSPERSONELLS OBSERVASJONER AV SYMPTOMER PÅ MUSKELDYSMORFI I DEN NORSKE BEFOLKNINGEN

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å **kartlegge helse- og treningspersonells observasjoner av, og erfaringer med, symptomer på muskeldysmorf** (megareksi). Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Stavanger, Norges Idrettshøgskole, Antidoping Norge og Universitetet i Sør-Øst Norge.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta dersom du tilhører minst en av tre følgende grupper:

- **Autorisert helsepersonell:** Helsepersonell (f.eks. lege, psykolog eller fysioterapeut) med autorisasjon i Norge etter §48a eller lisens etter §49.
- **Helsepersonell uten autorisasjon:** Du jobber f.eks. med helsefremmende/forebyggende arbeid i helse- og omsorgssektoren eller i annen privat/offentlig sektor, men du er ikke registrert med autorisasjon eller lisens i Norge etter §48a og/eller §49.
- **Treningsfaglig personell:** Du jobber eksempelvis i trenings- og helsevirksomheter som f.eks. på treningssenter eller fysikalske institutt som personlig trener, annen trener, rådgiver e.l

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et elektronisk spørreskjema. Det vil ta deg **ca. 15 minutter**. Undersøkelsen og deltakelse er **helt anonymt** og vi hverken innhenter eller behandler personidentifiserende opplysninger om deg. Spørreskjemaet består av to deler. Del A inneholder noen bakgrunnsspørsmål (f.eks. kjønn, alder, yrke) og spørsmål om dine erfaringer med symptomer på kroppsbildeforstyrrelser (kroppsdysmorfisk lidelse) og muskeldysmorf. Del B inneholder en liste med flere symptomer på muskeldysmorf og du blir bedt om å si om du noen gang har observert disse symptomene eller ikke. **Vennligst svar så ærlig som mulig på alle spørsmål.**

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst avslutte spørreundersøkelsen dersom du ikke ønsker å fortsette. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hva er muskeldysmorf?

Muskeldysmorf (også omtalt som «megareksi») er en psykologisk tilstand som innebærer en opplevelse av at en ikke er muskuløs nok, og at dette er så

altoppslukende at det hemmer livskvaliteten. Muskeldysmorfi er per i dag klassifisert som en form for kroppsdysmorfisk lidelse (kroppsbildeforstyrrelse). Vanlige symptomer på muskeldysmorfi innebærer en vesentlig drivkraft til å oppnå større og mer definerte muskler, vanskelighet med å tolerere eget utseende, funksjonell svekkelse i hverdagen og negativ og/eller destruktiv treningsatferd.

Jeg samtykker til deltakelse i denne studien

Ja

Del A: Bakgrunnsinformasjon

1. Jeg er (velg ett alternativ)

Mann Kvinne Annet Ønsker ikke å oppgi

2. Alder (velg ett alternativ)

18-20 år

20-29 år

30-39 år

40-49 år

50-59 år

60-69 år

70+ år

3. I hvilket fylke bor du? (velg ett alternativ)

Oslo

Vestland

Viken

Møre og Romsdal

Vestfold og Telemark

Trøndelag

Agder

Nordland

Innlandet

Rogaland

Troms og Finnmark

3a. Hva er befolkningen i kommunen/byen du bor i? (velg ett alternativ)

- Oslo > 600 000 innbyggere
- By/kommune > 100 000 innbyggere
- By/kommune 50-100 000 innbyggere
- By/tettsted/kommune 10-50 000 innbyggere
- By/tettsted/kommune < 10 000 innbyggere

4. Hvilken gruppe kjennetegner deg best? (velg ett alternativ)

- Autorisert helsepersonell (med autorisasjon i Norge etter §48a eller lisens etter §49; f.eks. lege, psykolog eller fysioterapeut)
- Helsepersonell uten autorisasjon eller lisens (du jobber f.eks. med helsefremmende/forebyggende arbeid i helse- og omsorgssektoren eller i annen privat/offentlig sektor, men du er ikke registrert med autorisasjon eller lisens i Norge etter §48a og/eller §49)
- Treningsfaglig personell (du jobber eksempelvis i trenings- og helsevirksomheter som f.eks. på treningscenter eller fysiske institutt som personlig trener, annen trener, rådgiver e.l.)

5. Hvis du er autorisert helsepersonell, hva er ditt yrke? (velg ett alternativ)

- Lege
- Sykepleier
- Naprapat
- Fysioterapeut
- Helsefagarbeider
- Kiropraktor
- Psykolog
- Vernepleier
- Ergoterapeut
- Klinisk ernæringsfysiolog
- Helsesekretær
- Ambulansesjåfør
- Annet (vennligst spesifiser) _____

5. Hvis du er helsepersonell uten autorisasjon eller lisens, hva er ditt yrke?
(vennligst spesifiser [f.eks., rådgiver])

5. Hvis du er treningsfaglig personell, hva er ditt yrke? (f.eks personlig trener, ernæringsrådgiver, trener)

6. Hvor lenge har du vært ansatt i din nåværende jobb? (år)

7. Hvor lenge har du arbeidet innenfor ditt yrke, inkludert alle jobber du har hatt? (år)

8a. Hvem er hovedsakelig din bruker/pasientgruppe? (vennligst velg ett eller flere alternativ)

- Barn (0-12 år)
- Ungdom (13-19 år)
- Unge voksne (20-29 år)
- Voksne (30-50 år)
- Eldre (>50 år)
- Alle aldersgrupper er likt representert i min bruker/pasientgruppe

8b. Hvem er hovedsakelig din bruker/pasientgruppe? (velg ett alternativ)

- Flest kvinner
- Flest menn
- Andre kjønnskategorier
- Alle kjønnskategorier er likt representert i min bruker/pasientgruppe

9. Hvor mye opplæring/utdanning har du fått for de ulike psykiske lidelsene og/eller tilstandene? (velg ett alternativ for hver lidelse)

	Ingenting	Litt	Noe	Mye	Svært mye
Anorexia Nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimia Nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overspisingslidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeldysmofi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsdyrmorfisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Vennligst ranger hvor sikker du føler deg på at du kan identifisere symptomer på de ulike lidelsene/tilstandene hos en person? (velg ett alternativ for hver lidelse)

	Svært usikker	Litt usikker	Verken sikker eller usikker	Litt sikker	Svært sikker
Anorexia Nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimia Nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overspisingslidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeldysmofi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsdyrmorfisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hvis du er autorisert helsepersonell, har du noen gang konsultert en

person som viser symptomer på kroppsdysmorfisk lidelse?

Ja Nei

Hvis "Ja":

12a.

Hvor mange personer gjelder dette (ca. antall)? _____

Hvor mange av disse ble diagnostisert (ca. antall)? _____

12b. Hva er kjønnsfordelingen blant disse personene? (velg ett alternativ)

Flest kvinner Flest menn Likt fordelt mellom kvinner og menn

12c. Hvilken aldersgruppe tilhører flesteparten av disse personene?

- Barn (0-12 år)
 Ungdom (13-19 år)
 Unge voksne (20-29 år)
 Voksne (30-50 år)
 Eldre (>50 år)
 Alle aldersgrupper er likt representert

12d. Hvor ofte opplever du disse symptomene som komorbiditet med en eller flere andre lidelser? (velg ett alternativ)

Aldri Nesten aldri Av og til Nesten alltid Alltid

12e. Vennligst si litt kort om hvor mange som har fått tilbud om behandling og hvilken type behandling det gjelder:

13. Hvis du er autorisert helsepersonell, har du noen gang konsultert en person som viser symptomer på kroppsdysmorfisk lidelse med muskeldysmorfi?

Ja
 Nei

Hvis "Ja":

14a.

Hvor mange personer gjelder dette (ca. antall)?

Hvor mange av disse ble diagnostisert (ca. antall)?

14b. Hva er kjønnsfordelingen blant disse personene? (velg ett alternativ)

Flest kvinner Flest menn Likt fordelt mellom kvinner og menn

14c. Hvilken aldersgruppe tilhører flesteparten av disse personene?

Barn (0-12 år)

Ungdom (13-19 år)

Unge voksne (20-29 år)

Voksne (30-50 år)

Eldre (>50 år)

Alle aldersgrupper er likt representert

14d. Hvor ofte opplever du disse symptomene som komorbiditet med en eller flere andre lidelser? (velg ett alternativ)

Aldri

Nesten aldri

Av og til

Nesten alltid

Alltid

14e. Vennligst si litt kort om hvor mange som har fått tilbud om behandling og hvilken type behandling det gjelder:

11. Hvis du er helsepersonell uten autorisasjon eller treningsfaglig personell, har du noen gang identifisert en eller flere personer som viser

symptomer på en eller flere av disse lidelsene? (velg ett alternativ)

- Ja, kroppsdyrmorfisk lidelse
- Ja, kroppsdyrmorfisk lidelse med muskeldyrmorfi
- Ja, kroppsdyrmorfisk lidelse både med og uten muskeldyrmorfi
- Ja, men bare symptomer på muskeldyrmorfi
- Nei, aldri identifisert symptomer på kroppsdyrmorfisk lidelse og/eller muskeldyrmorfi

Hvis "Ja":

12a. Hvor mange personer gjelder dette? (ca. antall)

12b. Hva er kjønnsfordelingen blant disse personene? (velg ett alternativ)

- Flest kvinner
- Flest menn
- Likt fordelt mellom kvinner og menn

12c. Hvilken aldersgruppe tilhører flestparten av disse personene? (velg ett alternativ)

- Barn (0-12 år)
- Ungdom (13-19 år)
- Unge voksne (20-29 år)
- Voksne (30-50 år)
- Eldre (>50 år)
- Alle aldersgrupper er likt representert

12d. Hvor ofte henvendte du deg til disse personene angående symptomene deres? (velg ett alternativ)

- Aldri
- Nesten aldri*
- Av og til*
- Nesten alltid*
- Alltid*

*Vennligst si litt om hvilke råd du ga disse personen(e) og hvor du henviste personen(e) videre:

Takk for dine svar så langt, du kan nå gå videre til Del B.

Del B: Dine observasjoner

Vennligst les gjennom symptomene på muskeldysmorfi (totalt 30) på de neste sidene og avgjør om du har observert noen av disse atferdene eller holdningene blant dine kunder/klienter/medlemmer/pasienter. Når du svarer på spørsmålene, ta utgangspunkt i alle dine kunder/klienter/medlemmer/pasienter du jobber/har jobbet med i din karriere så langt.

Svar «Ja» eller «Nei» bare hvis du er helt sikker (for eksempel hvis du selv har observert eller blitt fortalt den holdningen eller atferden).

Svar «Usikker» hvis du er usikker eller hvis du bare kan anta at atferden eller holdningen var til stede hos personen(ene).

På de spørsmålene du svarer «Ja»: Vennligst oppgi aldersspennet og kjønn på de personene det gjelder, samt hvor mange.

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

1. Synes kroppen er for liten

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

2. Går i romslige klær slik at andre ikke kan se kroppen

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner

Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

1-10

11-20

21-30

31-40

41-50

50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

3. Hater kroppen sin

Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)

Nei (Gå videre til neste side)

Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja"

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

3-12 år

13-19 år

20-30 år

31-50 år

>50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

Flest menn

Flest kvinner

Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

4. Har et sterkt ønske om å øke muskelvolumet/ muskelmassen sin

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20

- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

5. Synes brystmuskulaturen er for liten

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnen blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50

50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

6. Synes beina er for tynne og ikke muskuløse nok

Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)

Nei (Gå videre til neste side)

Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

3-12 år

13-19 år

20-30 år

31-50 år

>50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

Flest menn

Flest kvinner

Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

1-10

11-20

21-30

31-40

41-50

50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

7. Føler at en har for mye kroppsfett selv om det ikke er tilfellet

Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)

- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

8. Har et sterkt ønske om å ha større og mer muskuløse armer

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

9. Er sjenert og redd for at andre skal se en uten t- skjorte

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

10. Blir engstelig når en går glipp av en eller flere treningsøkter

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

11. Sier nei til sosiale aktiviteter med venner og familie på grunn av treningsplanen

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50

50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

12. Føler seg deprimert og engstelig hvis en går glipp av en eller flere treningsøkter

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnen blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

13. Prioriterer sin treningsplan fremfor å møte nye mennesker

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

14. Bruker anabole androgene steroider

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

15. Har uttrykt et ønske om å begynne å bruke anabole androgene steroider

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år

>50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

Flest menn

Flest kvinner

Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

1-10

11-20

21-30

31-40

41-50

50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

16. Bruker andre ulovlige prestasjonsfremmende (muskelbyggende) dopingmidler (eks. peptidhormoner, antiøstrogener og SERMer [selektive østrogenreseptormodulatorer])

Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)

Nei (Gå videre til neste side)

Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

3-12 år

13-19 år

20-30 år

31-50 år

>50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

Flest menn

- Flest kvinner
 Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
 11-20
 21-30
 31-40
 41-50
 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

17. Har uttrykt et ønske om å begynne å bruke andre ulovlige prestasjonsfremmende (muskelbyggende) dopingmidler (eks. peptidhormoner, antiøstrogener og SERMer [selektive østrogenreseptormodulatorer])

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
 Nei (Gå videre til neste side)
 Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
 13-19 år
 20-30 år
 31-50 år
 >50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
 Flest kvinner
 Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

18. Bruker sentralstimulerende/slankende midler som f.eks. amfetaminer, efedrin og metylheksanamin i treningssammenheng

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnen blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50

50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

19. Har uttrykt et ønske om å begynne å bruke sentralstimulerende/slankende midler som f.eks. amfetaminer, efedrin og metylheksanamin i treningssammenheng

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

20. Bruker proteintilskudd daglig eller nesten daglig

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

21. Bruker kreatin daglig eller nesten daglig

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnen blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

22. Bruker BCAA ("branched-chain amino acids") daglig eller nesten daglig

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år

- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

23. Bruker «gainer» (koloririke kosttilskudd med mål om vektoppgang og økt muskelmasse) daglig eller nesten daglig

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

24. Bruker «pre-workout» (kosttilskudd med høyt koffeininnhold) daglig eller nesten daglig

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnen blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

25. Overdreven og repeterende sjekking og vurdering av kroppen/muskler i speil eller vinduer

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

26. Overdreven sammenligning av sin kropp, utseende og muskelmasse med andre

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

27. Erkjenner at opplevelsen av å ikke være muskuløs nok sannsynligvis ikke stemmer overens med virkeligheten

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

28. Holder fast på at opplevelsen av å ikke være muskuløs nok er i overenstemmelse med virkeligheten

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnnet blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

29. Prioriterer styrketrening og muskelbygging fremfor alt annet i livet

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år

- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnen blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn
- Flest kvinner
- Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 50+

Har du observert følgende atferd eller holdning hos en eller flere personer:

30. Fortsetter med styrketrening til tross for sykdom og/eller skade (som ikke er helsefaglig anbefalt eller fornuftig å gjøre)

- Ja (Vennligst svar på spørsmålene under)
- Nei (Gå videre til neste side)
- Usikker (Gå videre til neste side)

Hvis "Ja":

Hva er aldersspennet blant personene det gjelder? (velg ett eller flere alternativ)

- 3-12 år
- 13-19 år
- 20-30 år
- 31-50 år
- >50 år

Hva er kjønnen blant personene det gjelder? (velg ett alternativ)

- Flest menn

- Flest kvinner
 Begge kjønn er likt representert

Hvor mange personer gjelder det? (velg ett alternativ)

- 1-10
 11-20
 21-30
 31-40
 41-50
 50+

Takk for din deltakelse i dette forskningsprosjektet!

Hvis du har ytterligere spørsmål om undersøkelsen eller studien generelt, vennligst ta kontakt med prosjektleder og førsteamanuensis, Sebastian S. Sandgren, ved Universitetet i Stavanger. Epost: sebastian.s.sandgren@uis.no. Tel: 51831497

Vennligst nå trykk "AVSLUTT" for å registrere dine svar. Takk.

Forskergruppe

Prosjektleder: Sebastian S. Sandgren, PhD, Førsteamanuensis, Universitetet i Stavanger. Epost: sebastian.s.sandgren@uis.no; Tel: 51831497

Solfrid Bratland-Sanda, PhD, Professor, Universitetet i Sørøst-Norge. Epost: Solfrid.Bratland-Sanda@usn.no

Jorunn Sundgot-Borgen, PhD, Professor, Norges Idrettshøgskole. Epost: jorunnsb@nih.no

Sindre M. Dyrstad, PhD, Professor, Universitetet i Stavanger. Epost: sindre.dyrstad@uis.no

Fredrik Lauritzen, PhD, Forsknings sjef, Antidoping Norge. Epost: fredrik.lauritzen@antidoping.no

Lena Langeland, BSc, masterstudent, Universitetet i Stavanger. Epost: le.langeland@stud.uis.no

Bjørnar Kjellstadli, MSc, Universitetslektor, Universitetet i Stavanger. Epost: bjornar.kjellstadli@uis.no

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon

Kjønn?

Alder?

Yrke?

Er du i gruppen «autorisert helsepersonell», «helsepersonell uten autorisasjon eller lisens», eller «treningsfaglig personell»?

Hvor lenge har du jobbet i din nåværende jobb?

Hvor lenge har du arbeidet innenfor ditt yrke, inkludert alle jobber du har hatt?

Hvem er hovedsakelig din bruker/pasientgruppe? (Sett ring rundt svaret. Du kan velge flere alternativ)

<i>Aldergruppe</i>	<i>Kjønn</i>
Barn (0-12 år)	Flest kvinner
Ungdom (13-19 år)	Flest menn
Unge voksne (20-30 år)	Andre kjønnskategorier
Voksne (31-50 år)	Alle kjønnskategorier er likt representert
Eldre (>50 år)	

Fortell gjerne litt mer om din bruker/pasientgruppe.

Hvor mye opplæring/utdanning har du fått for de ulike psykiske lidelsene og/eller tilstandene?
(Sett ring rundt svaret, og velg ett alternativ for hver lidelse)

	Ingenting	Litt	Noe	Mye	Svært mye
Anorexia Nevrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimia Nevrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overspisingslidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeldysmorfi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsdysmorfisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vennligst ranger hvor sikker du føler deg på at du kan identifisere symptomer på de ulike lidelsene/tilstandene hos en person? (Sett ring rundt svaret, og velg ett alternativ for hver lidelse)

	Svært usikker	Litt usikker	Verken sikker eller usikker	Litt sikker	Svært sikker
Anorexia Nevrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimia Nevrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overspisingslidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeldysmorfi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsdysmorfisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semistrukturert intervju

1. Kan du si litt om hva du vet om muskeldysmorfi?
2. Kan du si litt om hvilken kjennskap du har til symptomer på muskeldysmorfi?
3. Kan du fortelle meg litt om den opplæring/utdanning du har fått (hvis du har fått) om psykiske lidelser som muskeldysmorfi og kroppsdysmorfisk lidelse?
 - a. Hvis du ikke har fått noe opplæring, er dette ønskelig og viktig for deg?
Hvorfor/hvorfor ikke?
 - b. Hvordan tenker du at det hadde vært hensiktsmessig å innføre slik opplæring i ulike relevante utdanninger/opplæringer?
 - c. Dersom du har kjennskap til lidelsen, men ikke har fått det i yrkes- eller utdanningssammenheng, hvordan har du tilegnet deg denne kunnskapen?
4. Hvilke erfaringer har du med observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi hos personer du møter i jobben din?
 - a. Er dette noe du observerer daglig, ukentlig eller sjeldnere?
 - b. Synes du dette er bekymringsfullt?

Hvorfor/hvorfor ikke?
 - c. Dersom mer utfyllende svar er ønskelig:
 - Har du erfaringer med observasjoner av personer som viser en form for usikkerhet knyttet til egen kropp, som prøver å skjule kroppen sin og går i for store klær for eksempel?

- Har du erfaringer med observasjoner av personer som til deg eller andre har uttrykt et ønske om å øke muskelmassen/kroppsstørrelse?
- Har du erfaringer med observasjoner av personer som har svært strenge «regler» knyttet til trening og kosthold med formål om å øke muskelmasse (i den grad at det påvirker funksjon i hverdagen)?
- Har du erfaringer med observasjoner av personer som bruker kosttilskudd eller ulovlige prestasjonsfremmende dopingmidler for å øke muskelmasse?

5. Kan si litt om hvordan du håndterte en situasjon (eller flere situasjoner) der du observerte symptomer hos en eller flere personer? Hva gjorde du?
 - a. Hvordan opplevde du det, og hvordan ble det mottatt av den personen det gjaldt?
 - b. Dersom du ikke handlet, hva er grunnen til dette?
 - c. *Hypotetisk: Du observerer en pasient/kunder/bruker/elev som viser symptomer på muskeldysmorfi (som for eksempel...), vedkommende har ikke snakket om dette med deg personlig, hvordan håndterer du situasjonen (eventuelt ikke håndterer)?*
6. Hvilke utfordringer er det rundt identifisering av symptomer på muskeldysmorfi?
7. Hvordan kan vi øke bevisstheten og kunnskapen rundt muskeldysmorfi blant folk?
8. Hvilke forebyggingstiltak og/eller intervensjoner tror du kan virke effektivt for personer med symptomer på muskeldysmorfi?

9. Dersom vedkommende har erfaring med konsultasjon av personer med muskeldysmorfi; Hvilke behandling ble brukt, og hva opplevdes som effektiv behandling?

10. Er det noe du ønsker å legge til denne diskusjonen? Enten relatert til spørsmålene som er blitt stilt, eller noe annet?

Vedlegg 4 – Vurdering av NSD (Kvantitativ datainnsamling)

Vurdering av den kvantitative datainnsamlingen er hentet fra digital dialog med kontaktperson på NSD sine kontaktsider:

«Det fremgår av meldeskjema den 28.09.2022 med vedlegg og dialog at det ikke skal behandles opplysninger i prosjektet som kan identifisere enkeltpersoner verken direkte eller indirekte. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra Personverntjenester.

HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?

Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Kontaktperson hos oss: Callan Ramewal

Lykke til med prosjektet!»

Vedlegg 5 – Vurdering fra NSD (Kvalitativ datainnsamling)

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

11.05.2023, 09:57



[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave \(observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi\)](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer	Vurderingstype	Dato
308529	Standard	23.09.2022

Prosjekttittel

Masteroppgave (observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi)

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Fakultet for utdanningsvitenskap og humaniora / Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk

Prosjektansvarlig

Sebastian S. Sandgren

Student

Lena Langeland

Prosjektperiode

01.09.2022 - 01.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige frem til 01.06.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som

kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyller-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Henriette S. Munthe-Kaas

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 6 – Vurdering av REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55589712	11.04.2022	475438

Sebastian Schanche Sandgren

Fremleggingsvurdering: Helsepersonells' observasjoner av symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen

Søknadsnummer: 475438

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Hensikten med studien er å kartlegge om helsepersonell: (a) kjenner til symptomene på muskeldysmorfi, (b) har erfart og/eller identifisert symptomer på muskeldysmorfi hos personer, (c) hvis ja, hvilke symptomer og til hvilken grad har de observert symptomer, og (d) hvis ja, hvilke erfaringer har de gjort seg rundt behandling av symptomer på muskeldysmorfi.

Spørsmålene besvares ved en online survey (SurveyXact)

Studien vil ikke føre til ny kunnskap om helse eller sykdom (i dette tilfellet muskeldysmorfi), men studien vil gi oss informasjon og ny kunnskap om hvem som møter på personer med symptomer på muskeldysmorfi, hvem som evner å identifisere symptomer og hvem personer med symptomer oppsøker for hjelp/støtte. Se vedlagt prosjektskisse for en mer detaljert beskrivelse av, og bakgrunn for, studien.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema. Henvendelsen ble behandlet av sekretariatet for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vest på fullmakt.

REKs vurdering

Generelt om fremleggingsplikten for REK

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Slike prosjekter må søke REK.

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

| **E-post:** rek-vest@uib.no
Web: <https://rekportalen.no>

Vurdering av om prosjektet er fremleggingspliktig

Deltakerne i studien er helsearbeidere og hensikten med studien er bl.a. å undersøke om helsepersonell kjenner til symptomer på muskeldysmorfi, har erfart symptomer hos personer med muskeldysmorfi og hvilke erfaringer har de gjort seg rundt behandling av slike symptomer. Spørsmålene besvares ved en online survey (SurveyXact)

REK vest forstår det slik at studien ikke tar sikte på å søke ny kunnskap om helse eller sykdom, men vil gi mer kunnskap om helsepersonell sine erfaringer med personer med symptomer på muskeldysmorfi. REK vest mener at studien faller utenfor helseforskningsloven. Studien er dermed ikke fremleggingspliktig for REK. Prosjektgruppen bør undersøke om studien skal meldes til personvernombudet.

Vi gjør oppmerksom på at vårt svar kun er å anse som veiledning jf. forvaltningslovens § 11 og at komiteen ikke er bundet av vårt svar dersom du velger å sende inn en full søknad til vurdering.

Konklusjon

Studien er ikke fremleggingspliktig for REK.

Vennlig hilsen,

Camilla Gjerstad
seniorrådgiver

Kopi til:
Universitetet i Stavanger

Vedlegg 7 - Risikovurdering

Risikoanalyse/vurdering i forskning med mennesker

Referansenummer fra NSD/REK e.l.:

Prosjekt/studie: Helse- og treningspersonells observasjoner av og erfaringer med symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen

Dato	Utarbeidet av (navn, tittel og signatur)	Kontrollert av (navn, tittel og signatur)	Sted (universitet, institutt og by)	Versjon #	Endelig dato for ferdigstilt dokument
01.09.2022	Lena Langeland	Sebastian S. Sandgren	Universitet i Stavanger	1	15.09.2022

Aktivitet	Risiko	Hvem kan bli rammet	Tiltak/metode for å kontrollere/minimere risiko	Sannsynlighet*	Alvorlighetsgrad**	Risiko vurdering***	Resultat (A–D) †	Andre kommentarer
Individuelt intervju	Emosjonelt/ sosialt ubehag	Deltaker	Dersom deltaker viser tegn til at situasjonen oppleves ubehagelig, avsluttes intervjuet. Deltaker velger selv om det er ønskelig å fortsette. Intervjuet og intervjuer vil i forkant planlegges for å unngå provoserende spørsmål, samt fremtre respektfull og åpen.	3	1	3	A	Risikoen anses som liten ettersom deltakerne ikke skal snakke om seg selv personlig, men sine erfaringer knyttet til andres symptomer
Individuelt intervju	Deltaker begynner å gråte	Deltaker	Dersom deltaker opplever intervju spørsmålene så ubehagelige eller personlige, at det fører til gråt, avsluttes intervjuet. Intervjuer vil ha en rolig tilnærming til deltaker, og henvise til relevante, nasjonale støtteressurser (eksempelvis nettros.no eller mentalhelse.no).	2	2	4	A	
Spørreundersøkelse	Emosjonelt ubehag	Deltaker	Deltaker skal i forkant av spørreundersøkelsen få et informasjonsskriv. Her skal det informeres om tema, og opplyses om at dersom dette kan virke triggende og ubehagelig, bør vedkommende vurdere å avstå fra spørreundersøkelsen. Informasjonsskriv skal også henvise til relevante, nasjonale støtteressurser.	2	2	4	A	

Prosjekt/studie: Helse- og treningspersonells observasjoner av og erfaringer med symptomer på muskeldysmorfi i den norske befolkningen

* Sannsynlighet

- 5 Svært sannsynlig - risiko vil oppstå gjentatte ganger. Forventes rutinemessig en gang hver 20-100 operasjoner, muligens ukentlig eller oftere hvis det utføres regelmessig.
- 4 Sannsynlig - vil forekomme flere ganger i året, så det er ikke overraskende når det skjer.
- 3 Mulig - kan forekomme noen ganger. Oppstår sannsynligvis en gang i året.
- 2 Usannsynlig - men kan forekomme en gang hvert 10-100 år.
- 1 Svært usannsynlig å forekomme. Sannsynligheten nærmer seg null.

** Alvorlighetsgrad

- 5 Dødsfall.
- 4 Stor/alvorlig skade - varig funksjonshemming, alvorlig amputasjon som f.eks. tap av hånd. Stort tap av tid.
- 3 Middels skade f.eks. brannskade, brudd, eller bevissthetstap. Antatt utilgjengelig for normalt arbeid i over 3 dager.
- 2 Mindre skader - Mer alvorlig kutt, forstuing, belastning, brannskader etc. der det ikke er mulig å komme tilbake til arbeid etter behandling. Det kan gå tapt tid - mindre enn 3 dager.
- 1 Ingen skader eller svært lav skade - f.eks. blåmerker, mindre kutt, nålestikk osv. der skaden tillater retur til arbeid etter førstehjelp - ingen tapt tid.

*** Risikovurdering = Sannsynlighet x Alvorlighetsgrad

*** Risikovurdering score (range: 1-25)

Lav risiko = 1-8; Medium risiko = 9-15; Høy risiko = 16-25

- **Lav risiko** – forbedre om mulig/nødvendig.
- **Medium risiko** – Innfør ytterligere tiltak for å redusere risikoen.
- **Høy risiko** – Vurder om prosjektet/studien må stanses eller innfør nødvendige tiltak umiddelbart.

† **Resultat (nøkkel):** **A** = triviell risiko; **B** = tilstrekkelig kontrollert, ingen ytterligere handling er nødvendig; **C** = ikke tilstrekkelig kontrollert, ytterligere handling er nødvendig; **D** = klarer ikke bestemme, ytterligere informasjon er nødvendig.

