

Muskeldysmorfi blant unge menn

-En kvalitativ undersøkelse av deres erfaringer

ALEXANDER GLIMSDAL

VEILEDERE

Monica Klungland Torstveit
Bjørn Tore Johansen

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap
Institutt for Idrettsvitenskap og kroppsøving

Master

Forord

Masterstudiet i idrettsvitenskap er over og fem spennende år rundes av med denne oppgaven. Arbeidet med masteroppgaven har vært utfordrende og selv om jeg til tider har følt meg som den ulykksalige Josef K, har det også vært interessant og lærerikt å skrive om noe jeg synes er spennende. Dersom noen som skal skrive en masteroppgave leser dette, vil jeg på det sterkeste anbefale å skrive om noe du selv er opptatt av, da glir det så mye bedre!

En stor takk og de beste lykkeønskninger for fremtiden sendes i retning mine dyktige veiledere Monica og Bjørn Tore, som har kommet med produktive tilbakemeldinger underveis i prosessen og virkelig behersker «good cop, bad cop»-dynamikken. Så kan dere selv få avgjøre hvem som er hvem ☺

Videre er det på sin plass med en takk til venner og familie. Takk for fine stunder og oppmuntrende ord!

Kristiansand, 2022

Alexander Glimsdal

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer menn med muskeldysmorfi har med aspekter knyttet til trening, kosthold og kroppsbilde. Kartlegging med bruk av Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) ble gjennomført på tre ulike treningssentre for å avdekke symptomer på muskeldysmorfi blant menn og dermed avgjøre hvem som var aktuelle for deltakelse i den kvalitative delen av studien. Fem menn i alderen 18-23 år med et medlemskap på treningssenter ble inkludert og gjennomførte individuelle, semistrukturerte intervjuer. Intervjuene med informantene avdekket flere aspekter som kan ses på som mulige årsaker i utviklingen av lidelsen eller som konsekvenser av lidelsen muskeldysmorfi. Muskeldysmorfi preget de fem informantenes hverdag på ulike måter, som for noen innebar blant annet et tvangsmessig forhold til trening, unngåelse av hendelser hvor kroppen stod i fare for å bli eksponert og utfordringer med kosthold. Denne undersøkelsen viser at muskeldysmorfi kan påvirke personer på ulike måter, med flere uheldige konsekvenser. Fremtidig forskning kan med fordel inkludere flere kvalitative studier som beskriver personers egne erfaringer med lidelsen, samt studier som undersøker mulig behandling av muskeldysmorfi.

Nøkkelord: Muskeldysmorfi, kroppsbilde, trening, kosthold, kvalitativ undersøkelse

Summary

The purpose of this study was to investigate aspects related to training, nutrition, and body image among males with muscle dysmorphia. The screening tool Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) was used in three different gyms to reveal symptoms of muscle dysmorphia among men and thereafter to decide who was eligible for participation in the qualitative part of the study. Five men aged 18-23 years with a gym-membership was included and went through semi-structured interviews. The interviews with the informants exposed several aspects that can be considered as possible reasons in the development of the disorder or as consequences of muscle dysmorphia. Muscle dysmorphia affected the five informants in various ways, which for some included a compulsive relationship with exercise, avoiding situations where their bodies could be exposed and a troubled relationship with nutrition. The present study demonstrates that muscle dysmorphia affects people in different ways, with various consequences. Future studies should include more qualitative research that describes the consequences of muscle dysmorphia through their own experiences, as well as studies investigating possible treatment of the disorder.

Key words: Muscle dysmorphia, body image, training, nutrition, qualitative research

Figuroversikt

Figur	Beskrivelse	Sidetall
Figur 1.	Mulige risikofaktorer knyttet til muskeldysmorfi.	12
Figur 2.	Rekruttering av deltakere.	20
Figur 3.	Aspekter som har påvirket informantenes interesse for trening.	31
Figur 4.	Oversikt over informantenes ulike intensjoner med trening.	33
Figur 5.	Informantenes beskrivelser av idealkroppen for menn i dagens. samfunn.	34
Figur 6.	Informantenes beskrivelser av maskulinitet.	36
Figur 7.	Ulike responser på eksponering av egen kropp.	39
Figur 8.	Informantenes beskrivelser av eget kosthold.	41
Figur 9.	Eksempel på to av informantenes ulike tilnærminger til trening.	43
Figur 10.	Elementer som kan ses på som konsekvenser av lidelsen muskeldysmorfi basert på intervjuene.	44

Tabelloversikt

Tabell	Beskrivelse	Sidetall
Tabell 1.	Diagnostiske kriterier for kroppsdysmorfisk lidelse.	5
Tabell 2.	Forekomst av kroppsdysmorfisk lidelse blant ulike grupperinger.	6
Tabell 3.	Diagnostiske kriterier for muskeldysmorfi utarbeidet av Pope og kolleger i 1997.	10
Tabell 4.	Forekomst av muskeldysmorfi blant ulike grupper.	11
Tabell 5.	Eksempel på navngiving av tema basert på deltakernes utsagn.	25
Tabell 6.	Intervjuguidens syv hovedkategorier.	27
Tabell 7.	Eksempel på koding av deltakernes data.	28

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
SUMMARY	III
FIGUROVERSIKT	IV
TABELLOVERSIKT	IV
1. INNLEDNING	1
1.1 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	3
1.2 AVGRENSING OG OPPBYGGING AV OPPGAVEN	3
2. TEORI	5
2.1 KROPPSDYSMORFISK LIDELSE	5
2.1.1 Definisjoner og kriterier av kroppsdysmorfisk lidelse	5
2.1.2 Målemetoder	5
2.1.3 Forekomst av kroppsdysmorfisk lidelse	6
2.1.4 Risikofaktorer og konsekvenser av kroppsdysmorfisk lidelse	7
2.1.5 Behandling av kroppsdysmorfisk lidelse	7
2.2 MUSKELDYSMORFI	8
2.2.1 Definisjoner og klassifisering av muskeldysmorfi	8
2.2.2. Målemetoder	10
2.2.3 Forekomst av muskeldysmorfi	11
2.2.5 Behandling av muskeldysmorfi	16
2.3 TIDLIGERE KVALITATIV FORSKNING	16
3. METODE	18
3.1 VALG AV METODE	18
3.2 UTVALG OG REKRUTTERING	19
3.3 GJENNOMFØRING	21
3.3.1 Kvantitativ del	21
3.3.2 Kvalitativ del	21
3.4 INSTRUMENTER OG ANALYSEMETODE	25
3.5 ETISKE ASPEKTER	28
4. RESULTATER	30
4.1 BESKRIVELSE AV DELTAKERNE SOM DELTOK PÅ KARTLEGGINGEN	30

4.2	ERFARINGER MED MUSKELDYSMORFI HOS MENN	30
4.2.1	<i>Bakgrunn, interesse og intensjoner med trening</i>	30
4.3.2	<i>Kropp</i>	34
4.3.3	<i>Forhold til egen kropp</i>	37
4.3.4	<i>Kosthold:</i>	40
4.3.5	<i>Bruk av ulovlige stoffer</i>	41
4.3.6	<i>Forholdet til trening</i>	42
4.3.7	<i>Konsekvenser</i>	44
5.	DISKUSJON	45
5.1	DISKUSJON AV RESULTATENE	45
5.1.1	<i>Bakgrunn, interesse og intensjoner med trening</i>	46
5.1.2	<i>Kropp</i>	46
5.1.3	<i>Forhold til egen kropp</i>	47
5.1.4	<i>Kosthold</i>	48
5.1.5	<i>Bruk av ulovlige stoffer</i>	48
5.1.6	<i>Forhold til trening</i>	49
5.1.7	<i>Oppsummerende diskusjon</i>	50
5.2	DISKUSJON AV METODE	52
5.2.1	<i>Valg av metode</i>	52
5.2.2	<i>Utvalg og rekruttering</i>	53
5.2.3	<i>Gjennomføring</i>	54
5.2.4	<i>Etiske overveielser</i>	56
6.	KONKLUSJON	58
7.	PRAKTISKE IMPLIKASJONER OG FREMTIDIG FORSKNING	59
8.	REFERANSER	60
9.	VEDLEGG	67
	VEDLEGG 1. SPØRREUNDERSØKELSE, MDDI	67
	VEDLEGG 2. INTERVJUGUIDE	70
	VEDLEGG 3. GODKJENNING NSD	73
	VEDLEGG 4. SAMTYKKESKRIV	74

1. Innledning

Oppmerksomhet rundt kropp og kroppsilde er på ingen måte et nytt fenomen, men der forskningen tidligere fokuserte hovedsakelig på kvinner, har det de siste tiårene vært en økning i forskning gjennomført på menn (Grogan, 2017; Kanayama et al., 2020). Denne forskningen har bidratt til at vi nå vet mer om menns forhold til egne kropper. De siste tiårene har det som kan bli sett på som den ideelle mannskroppen blitt stadig større og mer muskuløs, dette kommer blant annet til uttrykk dersom man ser på endringen blant kroppsbyggere, mannlige modeller og action-leker for barn (Parent, 2013; Pope et al., 2017). Denne trenden med stadig mer muskuløse kropper, samt en økende eksponering av det som kan beskrives som den ideelle mannskroppen i media har vist seg å ha en negativ påvirkning på menns kroppsilde (Devlin et al., 2008), noe som blant annet kommer til uttrykk gjennom økt kroppsmisnøye, økt tilbøyelighet til bruk av anabolske androgene steroider for å nå sine mål om en mer muskuløs kropp, samt den potensielle utviklingen av lidelsen kroppsdysmorf (Grogan, 2017; Parent, 2013; Pope et al., 2017).

Kroppsdysmorf er et fenomen som kan beskrives som en betydelig bekymring rundt imaginære eller minimale mangler eller defekter ved egen kropp (Parent, 2013; Phillips et al., 1993; Vashi, 2016). Lidelsens potensielle konsekvenser kan innebære blant annet nedsatt funksjonalitet i hverdagen, lav selvtillit, økt selvmordsrisiko og lavere livskvalitet (Phillips et al., 2004; Singh & Veale, 2019; Wilson & Arpey, 2004). Denne lidelsen rammer både menn og kvinner selv om studier viser at flere kvinner enn menn opplever symptomer på lidelsen (Himanshu et al., 2020; Singh & Veale, 2019). Selv om lidelsen rammer både kvinner og menn er det noen forskjeller i hvordan den kommer til uttrykk. For mange av kvinnene med en kroppsdysmorfisk lidelse er mye av fokuset på negler, hår og det å være slank, men for et flertall av mennene går fokuset blant annet på et ønske om å være mer muskuløs (Phillips et al., 2006). Dette ønsket om å være mer muskuløs kan for noen være et symptom på en annen lidelse, kalt muskeldysmorf (Grieve, 2007; Pope et al., 1997). Muskeldysmorf er en underkategori av en kroppsdysmorfisk lidelse og skiller seg ut ved at bekymringene dreier seg om kroppen som helhet og en opplevelse av at kroppen er for liten og ikke har tilstrekkelig muskelmasse, noe som fører til at kroppen oppleves mindre enn den er i virkeligheten (Parent, 2013; Pope et al., 1997).

Dette fenomenet rammer oftere menn enn kvinner, og kan innebære en rekke negative konsekvenser som angst, spiseforstyrrelser, bruk av anabole androgene steroider og utfordringer i hverdagen som stadige bekymringer rundt egen kropp og problemer i sosiale sammenhenger (Olivardia et al., 2000; Tod et al., 2016). Internasjonale studier har funnet svært varierende forekomst av muskeldysmorfi blant ulike grupper. En studie gjennomført på australske tenåringer som inkluderte både menn og kvinner fant en forekomst på 1,8% (Mitchison et al., 2021), mens en Sør Afrikansk undersøkelse gjennomført blant mannlige kroppsbyggere avdekket en forekomst på 53,6% (Hitzeroth et al., 2001). Lidelsens forekomst i Norge er lite dokumentert, men to mastergradsoppgaver har funnet en forekomst på henholdsvis 35% blant menn (Meinich-Bache, 2019) og 22% samlet for menn og kvinner (Vålandsmyr, 2018) blant personer som jevnlig bedrev styrketrening. Denne forskningen gjennomført i Norge er ikke tilstrekkelig for å få den rette oversikten over den reelle forekomsten, men det forteller noe om at lidelsen definitivt er til stede, også i Norge.

Ulike kvantitative studier har tatt for seg forekomst, mulige årsaker, konsekvenser og andre aspekter knyttet til muskeldysmorfi (Mitchison et al., 2021; Tod et al., 2016). Det har i tillegg blitt gjennomført flere kvalitative studier (Cafri et al., 2008; Greenway & Price, 2018; O'gorman et al., 2020), men disse har hovedsakelig hatt som hensikt å avdekke ulike sammenhenger som komorbiditet og konsekvenser av lidelsen. Til tross for en god oversikt over lidelsens forekomst internasjonalt (Campagna & Bowsher, 2016; Diehl & Baghurst, 2016; Mitchison et al., 2021; Sandhu et al., 2013) og noe begrenset nasjonalt (Meinich-Bache, 2019; Vålandsmyr, 2018), vet vi lite om lidelsens årsaksforhold og konsekvenser, spesielt i en norsk kontekst. Noe som mangler er kvalitative undersøkelser som avdekker individer med symptomer på muskeldysmorfi sine egne erfaringer om hvordan det påvirker ulike aspekter i deres egen hverdag.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer menn med muskeldysmorfi har med aspekter knyttet til trening, kosthold og kroppsbygge.

På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling formulert:

Hvilke erfaringer med trening, kosthold og kroppsbygge har menn med muskeldysmorfi og hvordan påvirker disse aspektene deres hverdag?

1.2 Avgrensning og oppbygging av oppgaven

Muskeldysmorfi blir ofte klassifisert som en underkategori av en kroppsbyggdysmorfisk lidelse, det ble derfor ansett som relevant med en introduksjon til kroppsbyggdysmorfi før resten av teoridelen tar for seg fenomenet muskeldysmorfi. Teorikapittelet er bygget opp med en redegjørelse av sentrale teorier og begreper knyttet til lidelsen muskeldysmorfi, med fokus på lidelsens forekomst, konsekvenser, klassifisering og mulig behandling. Muskeldysmorfi er ikke en klinisk diagnose, men måles gjennom ulike instrumenter som tar for seg symptomer på muskeldysmorfi. Dersom individer scorer over en bestemt cut-off kan det argumenteres for at de lider av muskeldysmorfi. Det ble derfor bestemt å beskrive deltakere som scoret over bestemt cut-off som personer med muskeldysmorfi. Den kvantitative spørreundersøkelsen ble begrenset til kartlegging av muskeldysmorfi. Det finnes flere ulike kvantitative variabler som kunne vært interessante å inkludere i den innledende spørreundersøkelsen, som blant annet kroppsbyggmasseindeks, ulike kostholdsvariabler og hvor mye tid personene brukte på trening, men grunnet oppgavens omfang ble det valgt å begrense undersøkelsen til symptomer på muskeldysmorfi. Det kvalitative intervjuet tok for seg aspekter knyttet til hvordan lidelsen muskeldysmorfi preger informantenes hverdag gjennom aspekter som trening, kosthold og kroppsbygge.

I metodekapittelet blir det beskrevet hvilke metodiske valg som ble tatt. Det ble benyttet både en kvantitativ og en kvalitativ metode, men ettersom den kvantitative delen først og fremst var ment som rekruttering til den kvalitative delen, vil det bli lagt mest vekt på de kvalitative intervjuene i resultatene og i diskusjonen. Hovedfunnene fra resultatene blir presentert i resultatkapittelet med illustrerende figurer og sitater. I diskusjonskapittelet vil resultatene bli diskutert og drøftet opp mot tidligere funn, samt en diskusjon av valgt metode, med ulike styrker

og svakheter. Avslutningsvis blir studiens problemstilling besvart, samt en redegjørelse for praktiske implikasjoner og fremtidig forskning.

2. Teori

2.1 Kroppsdysmorfisk lidelse

2.1.1 Definisjoner og kriterier av kroppsdysmorfisk lidelse

Kroppsdysmorfisk lidelse, fra engelske body dysmorphic disorder, er en lidelse som kjennetegnes ved bekymringer knyttet til feil eller mangler ved eget utseende som i liten eller ingen grad er merkbart for andre, noe som kan føre til nedsatt livskvalitet og sosial isolasjon (APA, 2013, s243). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) er et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser som publiseres av den amerikanske psykiaterforeningen (American Psychiatric Association, APA). I den femte utgaven, utgitt i 2013 blir de diagnostiske kriteriene for en kroppsdysmorfisk lidelse beskrevet, som vist i tabell 1. Det blir videre i kapittelet spesifisert hvorvidt lidelsen er preget av muskeldysmorfi, et fenomen som kjennetegnes ved overopptatthet av en opplevd manglende muskelmasse, noe som vil bli nærmere beskrevet senere.

Tabell 1. Diagnostiske kriterier for kroppsdysmorfisk lidelse (APA, 2013, s242, oversatt av psykologitidsskriftet, 2016).

1.	Personen er overopptatt med en eller flere opplevde defekter/feil i fysisk utseende som ikke er fremtredende, eller som virker ubetydelig for andre.
2.	At personen har utført repeterende atferd i respons til tankene om utseendet. Dette kan være sjekking i speil, overdreven sminking/stell, hudplukking og at man søker beroligelse fra andre. Det kan også være mentale handlinger som at man sammenligner eget utseende med andres.
3.	Fokuset på utseende skaper tydelig ubehag og forstyrrelser.
4.	Lidelsen er ikke bedre forklart av bekymringer rundt vekt eller spiseforstyrrelser.

2.1.2 Målemetoder

Det brukes flere ulike instrumenter for å avdekke symptomer på kroppsdysmorfisk lidelse: Dysmorphic Concern Questionnaire (Oosthuizen et al., 1998), The Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale (Wilhelm et al., 2016). Et instrument som blir benyttet, er Body Dysmorphic Disorder Examination (Rosen & Reiter, 1996) som er utformet gjennom 34 spørsmål og gjennomføres som semistrukturerte intervjuer. Et annet instrument er Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (Phillips et al., 1995). Dette er et selvrapporteringskjema hvor deltakerne vurderer til hvilken grad de er enige i en påstand. I tillegg har det blitt utviklet et

instrument for å kartlegge deltakere for kroppsdysmorfisk lidelse før de får undergå plastisk kirurgi (Veale et al., 2012).

2.1.3 Forekomst av kroppsdysmorfisk lidelse

Forekomsten av kroppsdysmorfi er varierende fra studie til studie, spesielt stor er den dersom man ser på studier gjort på ulike grupper, som vist i tabell 2. Noe som er verdt å merke seg i tabellen er den varierende forekomsten som er funnet og hvor mye det varierer fra utvalg til utvalg. Man kan se en tydelig økt forekomst blant det man kan beskrive som sårbare grupper sammenlignet med den øvrige befolkningen. Det har eksempelvis blitt funnet en forekomst på 12% (Simeon et al., 1995) blant personer med en tvangslidelse, og en forekomst på hele 45% blant personer med en spiseforstyrrelse (Dingemans et al., 2012), sammenlignet med 1,8% (Buhlmann et al., 2010) blant øvrig populasjon. Dette viser blant annet at grupper som allerede vil forandre noe med egen kropp gjennom medisinsk behandling, eller lider av en annen diagnose, såkalt komorbiditet, som for eksempel en spiseforstyrrelse (Dingemans et al., 2012), har en tilsynelatende vesentlig høyere forekomst av kroppsdysmorfisk lidelse.

Tabell 2. Forekomst av kroppsdysmorfisk lidelse blant ulike grupper.

Studie	Utvalg	Utvalgsstørrelse (n)	Måleinstrument	Forekomst i prosent
(Schneider et al., 2017)	Tenåringer på skole i Australia (B)	3149	BDDQ-A	1,7
(Buhlmann et al., 2010)	Representativt utvalg blant den tyske befolkningen (B)	2510	DSM-IV-kriterier for BDD	1,8
(S. Mayville et al., 1999)	Tenåringer med ulik etnisitet	566	BIRS	2,2
(Bartsch, 2007)	Universitetsstudenter i Australia (B)	619	BDDQ	2,3
(Koran et al., 2008)	Tilfeldig utvalg voksne i USA (B)	2048	DSM-IV-kriterier for BDD	2,4
(Cansever et al., 2003)	Studenter i Tyrkia (K)	420	DSM-IV-kriterier for BDD	4,8
(Sathyanarayana et al., 2020)	Pasienter med kjeve/tannproblemer i India (B)	1184	BDD-YBOCS	5,2
(Altamura et al., 2001)	Utvalg fra estetisk medisinklinikk i Italia (B)	487	BDD-YBOCS	6,3
(Simeon et al., 1995)	Pasienter med OCD	442	DSM-IV-kriterier for BDD	12,0
(Dingemans et al., 2012)	Personer i behandling for en spiseforstyrrelse (B)	158	SI-BDDr	45,0

Forklaringer: **Kjønn** markert med M=menn/gutter, K= kvinner/ jenter og B=blandet, **BDDQ-A**= The Body Dysmorphic Disorder Questionnaire–Adolescent Version, **BIRS**= The Body Image Rating Scale, **BDD-YBOCS**= the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, **SI-BDDr**= the screening instrument for body dysmorphic disorder.

2.1.4 Risikofaktorer og konsekvenser av kroppsdysmorfisk lidelse

Kroppsdysmorfi er en lidelse med potensielt alvorlige konsekvenser. I litteraturen nevnes en rekke uheldige følger som kan knyttes til lidelsen. Flere studier har funnet en økt risiko for selvmordsforsøk blant personer med en kroppsdysmorfisk lidelse (Ortiz et al., 2021; Vashi, 2016). En prospektiv studie fra 2006 (Phillips & Menard, 2006) fulgte 185 menn og kvinner med kroppsdysmorfi i opptil fire år. Per år hadde 57,8% selvmordstanker og 2,6% av individene forsøkte å ta sitt eget liv, noe som er betydelig høyere enn befolkningen forøvrig (Phillips & Menard, 2006, s. 1281). Andre studier har avdekket at personer med en kroppsdysmorfisk lidelse i større grad enn andre opplever depresjon, angst, tvangslidelse og oftere var kosmetisk opererte (Buhlmann et al., 2010; Vashi, 2016; Veale, 2004). I tillegg fant en tysk undersøkelse fra 2006 en sammenheng mellom kroppsdysmorfisk lidelse og lavere inntekt, at færre var i et forhold med en samboer og høyere grad av arbeidsløshet, sammenlignet med resten av befolkningen (Rief et al., 2006).

De direkte risikofaktorene til kroppsdysmorfi er uklare, men en kombinasjon av sammensatte biologiske, psykologiske og sosiokulturelle årsaker ser ut til å utgjøre en risiko for utvikling av lidelsen (Vashi, 2016). I tillegg har det i litteraturen blitt pekt på omsorgssvikt fra foreldre, fysisk eller seksuell mishandling i barndommen eller andre traumatiserende opplevelser tidlig i livet som mulige årsaker til utvikling av lidelsen kroppsdysmorfi (Nicewicz & Boutrouille, 2022).

2.1.5 Behandling av kroppsdysmorfisk lidelse

Det har blitt gjennomført flere studier som undersøker effekten av ulik behandling av kroppsdysmorfi. Ulike behandlingsforsøk innebærer, men er ikke begrenset til gruppeterapi (Rosen & Reiter, 1996), kognitiv terapi (Geremia & Neziroglu, 2001), eksponeringsterapi (Watts, 1990) og plastisk kirurgi (Crerand et al., 2005). Flere av studiene som har funnet en bedring i etterkant av gjennomføring (Campisi, 1995; Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1993) har benyttet det som beskrives som ERP, exposure with response prevention. Dette gjennomføres ved å eksponere personer med i dette tilfellet kroppsdysmorfisk lidelse, for situasjoner hvor deres utryggheter blir eksponert, for i etterkant å forsøke å unngå de responsene som vanligvis ville blitt trigget (Hezel & Simpson, 2019).

2.2 Muskeldysmorfi

2.2.1 *Definisjoner og klassifisering av muskeldysmorfi*

Begrepet muskeldysmorfi ble først introdusert i 1997 og ble beskrevet som en underkategori av kroppsdysmorfi, som påvirker personer gjennom en patologisk jakt etter større muskelmasse og kan forårsake stress, nedsatt sosial og arbeidsmessig funksjon samt bruk av anabole androgene stoffer (Pope et al., 1997). Siden den gang har oppmerksomheten rundt fenomenet vokst og flere studier har hatt som hensikt å avdekke blant annet forekomst, konsekvenser og mulig behandling. Videre i dette kapitlet vil tidligere forskning på fenomenet bli beskrevet for å gi et best mulig bilde av hvor vi står i dag med tanke på kunnskap om lidelsen, samt en avklaring av teoretiske definisjoner, begreper og faktorer som kan knyttes til lidelsen.

Klassifiseringen av muskeldysmorfi har vært gjenstand for stor uenighet blant forskere. Da lidelsen ble introdusert i 1997 (Pope et al., 1997) ble den beskrevet som en underkategori av en kroppsdysmorfisk lidelse fordi den deler en del av de samme symptomene. Siden den gang har det blitt undersøkt hvor lidelsen bør plasseres og om det i det hele tatt bør kunne defineres som en klinisk diagnose.

Flere systematiske undersøkelser har tatt for seg litteraturen på området for å undersøke hvor muskeldysmorfi kan plasseres (dos Santos Filho et al., 2016; Nieuwoudt et al., 2012). Under følger noen av de ulike kategoriseringene som har blitt foreslått, samt fordeler og ulemper knyttet til disse.

1. **Inkludere muskeldysmorfi som en spiseforstyrrelse** (Nieuwoudt et al., 2012).

Dette gir mening dersom man tenker på at symptomene på muskeldysmorfi og spiseforstyrrelser kan være relativt like. Det har blitt funnet en tydelig sammenheng mellom symptomer på muskeldysmorfi og spiseforstyrrelser (Badenes-Ribera et al., 2019). Argumentene mot denne kategoriseringen er at spiseforstyrrelser, spesielt når det gjelder anoreksi, handler om bekymringer om at man er for stor, hvilket ikke er tilfellet med muskeldysmorfi, hvor ønsket derimot er å bli større (Pope et al., 1997, s. 551).

2. **Beholde muskeldysmorfi som en kroppsdysmorfisk lidelse** (Nieuwoudt et al., 2012).

Dette er løsningen som er valgt i dag. Et problem med å inkludere muskeldysmorfi som en underkategori av kroppsdysmorfi er at det vil lede til en relativt stor og ulik gruppe med den

samme diagnosen, noe som kan føre til utfordringer med tanke på behandling og forebygging av lidelsen (Nieuwoudt et al., 2012, s. 576).

3. Inkludere muskeldysmorfi som en tvangslidelse (Maida, 2003).

Studier har funnet en tydelig sammenheng mellom muskeldysmorfi og tvangslidelser (Chandler et al., 2009). Den tvangsmessige jakten etter økt muskelmasse som oppleves blant personer med muskeldysmorfi kan til en viss grad sammenlignes med personer som har en tvangslidelse sitt forhold til andre aspekter.

4. Introdusere muskeldysmorfi som en ny lidelse (Nieuwoudt et al., 2012).

Fordelen med denne tilnærmingen er at man på den måten ikke trenger å forholde seg til diagnoser som på ulike måter skiller seg fra muskeldysmorfi, som kroppsdyrmorfisk lidelse, spiseforstyrrelser og ulike tvangslidelser. Utfordringen ligger blant annet i at det ikke finnes tilstrekkelige epidemiologiske studier gjort på et tydelig definert utvalg og at det foreligger utilstrekkelig empirisk forskning gjennomført på lidelsen til å inkludere det som en ny diagnose (Nieuwoudt et al., 2012, s. 576).

En systematisk undersøkelse konkluderte med at den rette kategoriseringen av muskeldysmorfi er åpen for diskusjon (dos Santos Filho et al., 2016). Dette begrunnes med at det på nåværende tidspunkt ikke eksisterer forskning som sier nok om lidelsens etiologi og genetiske faktorer.

Ettersom muskeldysmorfi ikke er ansett som en klinisk diagnose i DSM-5, blir ofte Pope og kollegers diagnostiske kriterier (1997) benyttet, som vist i tabell 3.

Tabell 3. Diagnostiske kriterier for muskeldysmorfi utarbeidet av Pope og kolleger i 1997 (Pope et al., 1997, s. 556, forfatters oversettelse).

A:	Bekymringer rundt oppfatning om at egen kropp ikke er tilstrekkelig muskuløs eller slank. Oppførselen er assosiert med mye trening og ekstremt fokus på kosthold.
B:	Bekymringene manifesteres gjennom minst to av de fire følgende kriteriene:
1.	Individene avstår ofte fra viktige sosiale, yrkesmessige eller andre rekreasjonsaktiviteter, for at ingenting skal komme i veien for trenings- og kostholdsregimet.
2.	Individene unngår situasjoner hvor kroppen står i fare for å bli eksponert, eller er tydelig ukomfortable i slike hendelser.
3.	Bekymringene rundt egen kropp forårsaker klinisk betydelig ubehag og svekkelse på flere områder.
4.	Personene fortsetter med trening, streng kostholdsplan eller bruker ergogene, prestasjonsfremmende stoffer, til tross for kunnskap om de fysiske eller psykiske konsekvensene assosiert med denne type adferd.
C:	Hovedfokuset dreier seg om bekymringer om at kroppen ikke er tilstrekkelig muskuløs, i motsetning til frykt for at man er for stor, som med anorexia nervosa, eller andre fysiske aspekter som ved en kroppsdysmorfisk lidelse.

På bakgrunn av de diagnostiske kriteriene utarbeidet av Pope og kolleger 1997, blir muskeldysmorfi ofte definert gjennom tre kriterier som tar for seg kognitive, emosjonelle og oppførselsrelaterte dimensjoner: Drive for size, Appearance intolerance og Functional impairment (Hildebrandt et al., 2006, s. 129). Drive for size handler om hvor ofte personen har tanker og ønsker om å få større muskelmasse generelt, samt ønsker om utviklingen av spesifikke muskelgrupper. Appearance intolerance tar for seg individenes negative tanker og følelser relatert til egen kropp og hvordan det kan uttrykkes gjennom angst og unngåelse av å eksponere kroppen. Functional impairment dreier seg om tilstedeværelsen av negative følelser og adferd, eksempelvis nedprioritering av arbeid eller sosiale aktiviteter, som en respons på avvik fra trening og/eller kostholdsregimet (Hildebrandt et al., 2006, s. 129).

2.2.2. Målemetoder

Flere ulike målemetoder har blitt benyttet for å avdekke symptomer på muskeldysmorfi (Nieuwoudt et al., 2012; Palazón-Bru et al., 2018). Det første eksempelet på en metode for å avdekke symptomer på muskeldysmorfi er de diagnostiske kriteriene utarbeidet av Pope og kolleger (1997), vist i tabell 3. I etterkant av dette har det blitt utviklet flere ulike standardiserte verktøy for å avdekke symptomer på muskeldysmorfi. Noen av de mest brukte inkluderer Muscle Appearance Satisfaction Scale (Mayville et al., 2002), Muscle Dysmorphic Inventory (Rhea et al., 2004), Adonis Complex Questionnaire (Pope et al., 2000) og Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (Hildebrandt et al., 2004). I denne studien ble det valgt å bruke Muscle

Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) , da den har blitt benyttet tidligere i Norge (Meinich-Bache, 2019; Vålandsmyr, 2018), og gitt valide og reliable resultater på et norsk utvalg (Sandgren et al., 2019).

2.2.3 Forekomst av muskeldysmorfi

Muskeldysmorfi er et fenomen som kan ramme alle, men er mest fremtredende hos menn (Choi et al., 2002, s. 375; Grieve, 2007, s. 63). Studier gjort på kroppsbildelidelser har tidligere vært sentrert rundt kvinner, men det har de senere årene i stadig større grad blitt gjennomført på et mannlig utvalg (Grieve, 2007, s. 63; Maida, 2003, s. 4). Denne økningen i antall studier har ført til at vi har en bedre oversikt over lidelsens forekomst blant ulike utvalg, først og fremst i en internasjonal kontekst (Mitchison et al., 2021; Tod et al., 2016), men også noe har blitt gjennomført i Norge (Meinich-Bache, 2019; Sandgren et al., 2019; Vålandsmyr, 2018).

Man finner en stor variasjon i forekomst av muskeldysmorfi blant ulike grupper, som vist i tabellen under. Det har blitt funnet en prosentvis forekomst på 1,8 blant australske tenåringer (Mitchison et al., 2021), sammenlignet med 53,6 blant mannlige kroppsbyggere i Sør-Afrika (Hitzeroth et al., 2001).

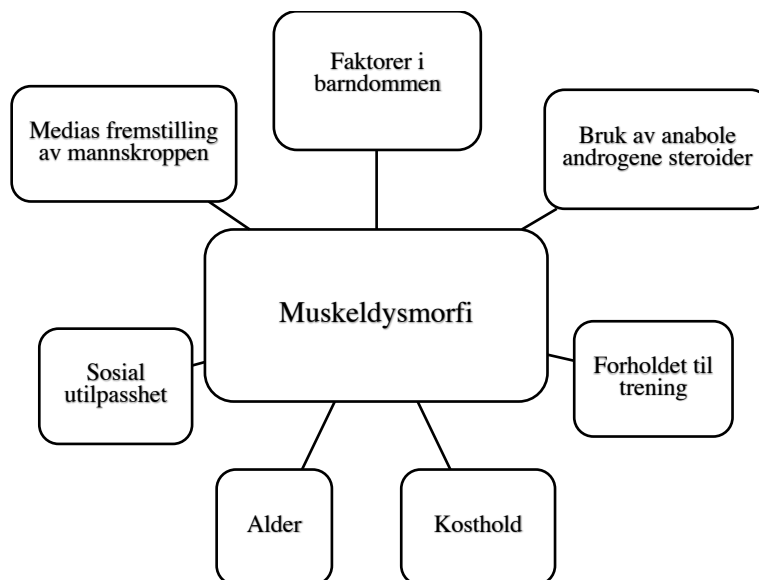
Tabell 4. Forekomst av muskeldysmorfi blant ulike grupper.

Studie:	Utvalg:	Utvalgsstørrelse: (n)	Måleinstrument:	Forekomst i prosent:
(Mitchison et al., 2021b)	Australske tenåringer (B)	3618	Kriterier utviklet av Pope et al. 1997	1,8
(Bo et al., 2014)	Universitetsstudenter innen ernæring eller i Italia (B)	440	MDDI	5,9
(Campagna & Bowsher, 2016)	Personer i det amerikanske militæret (B)	722	MDSQ	12,7 (M) 4,2 (K)
(Behar & Molinari, 2010)	Vektløftere (M)	88	GHS	13,6
(Diehl & Baghurst, 2016)	Personlige trenere (B)	1039	MDI	23,0
(Meinich-Bache, 2019)	Personer med medlemskap på treningssenter i Norge (M)	1320	MDDI	35,0
(Sandhu et al., 2013)	Kroppsbyggere i India (M)	212	MDI	44,3
(Hitzeroth et al., 2001)	Kroppsbyggere i Sør-Afrika (M)	28	Intervjuer basert på Pope et al. kriterier for MD samt DSM-IV-kriterier.	53,6

Kjønn markert med M=menn/gutter, K= kvinner/ jenter og B=blandet, **MDSQ**=Muscle Dysmorphic Symptom Questionnaire, **GHS**= Graduate Hannover Scale, **MDDI**= Muscle dysmorphic Disorder Inventory, **MDI**= Muscle Dysmorphic Inventory

2.2.4 Risikofaktorer og konsekvenser av muskeldysmorfi

Muskeldysmorfi er en sammensatt lidelse med flere mulige bakenforliggende årsaker. De direkte årsakene til hva som forårsaker muskeldysmorfi er uklare (Leone et al., 2005). Allikevel finnes ulike studier som peker på flere forskjellige aspekter som vist i figuren under, knyttet til kognitive, adferds, sosiokulturelle, emosjonelle og psykologiske faktorer som kan påvirke lidelsens uttrykk blant personer med symptomer på lidelsen.



Figur 1. Mulige risikofaktorer knyttet til muskeldysmorfi (Grieve, 2007; Leit et al., 2002; Longobardi et al., 2017; Rohman, 2009).

Et aspekt som kan antas å ha hatt en påvirkning på utviklingen av muskeldysmorfi handler om en samfunnsendring og en endring i hvordan media fremstiller kropp. Dette kan ha påvirket hvordan menn opplever egen kropp, og ikke minst hva som beskrives som drømmekroppen (Grieve, 2007; Leit et al., 2002). Enkelte hevder at idrettsutøvere, spesielt i idretter hvor høy muskelmasse belønnes, kan ha en predisposisjon for lidelsen. Dette kan forklares gjennom delte psykologiske faktorer som kan øke risikoen for utviklingen av muskeldysmorfi og spiseforstyrrelser. Inkludert blant disse faktorene finner man høy grad av konkurranseinstinkt, et stort kontrollbehov og perfektjonistiske tendenser (Grieve, 2007; Haase et al., 2002). Videre i denne delen av oppgaven vil det bli gjennomgått ulike aspekter som kan ses på som mulige indikatorer for utvikling av muskeldysmorfi, samt noe av det tidligere forskning har pekt på som konsekvenser og mulig behandling av lidelsen.

Medias fremstilling av mannskroppen

En amerikansk studie (Leit et al., 2002) hadde som hensikt å avdekke hvordan menns eget kroppsilde ble påvirket av medias fremstilling av mannlige kropper. Studien viste at personer som ble eksponert for bilder av muskuløse kropper opplevde en økt diskrepans mellom egen kropp, og den kroppen de ideelt sett ville hatt. Det har historisk sett vært en antagelse om at menn er mer beskyttet mot det opplevde mediepresset om den ideelle kroppen, men med økende eksponering i media av stadig mer muskuløse kropper, er det fler og fler menn som også sliter med tanker om egen kropp og urealistiske kroppsideal (Grieve, 2007, s. 70). Et eksempel på hvordan media kan være med på å påvirke menns oppfatning av egen kropp er utviklingen av actionfigurer. En studie fra 2006, så på nettopp dette og konkluderte med at actionfigurer fra 80, 90 og 2000-tallet ble stadig større og mer urealistiske med uoppnåelig muskelmasse kombinert med en smal midje (Baghurst et al., 2006).

Mobbing og traumer fra barndommen

Et interessant aspekt knyttet til muskeldysmorfi er hvorvidt opplevelser fra barndommen kan være med å påvirke utvikling av lidelsen. Flere studier peker på en barndom med utrygge relasjoner med foreldre, samt opplevelser av mobbing som en mulig prediktor for ikke bare muskeldysmorfi, men også for negativ selvevaluering og angst (Fabris et al., 2018; Wolke & Sapouna, 2008). Det trengs mer forskning på området for å få en bedre oversikt over hvordan opplevelser i barndommen påvirker utviklingen av muskeldysmorfi, men det er naturlig å anta at traumatiske opplevelser og utrygge omgivelser i barndommen, kan sette spor i voksen alder. En teori som støttes av ulike studier handler om at negative opplevelser i barndommen, som kontrollerende foreldre og mobbing, kan føre til uønskede vurderinger knyttet til egen maskulinitet (Pace et al., 2020; Wolke & Sapouna, 2008). Denne opplevelsen av manglende maskulinitet kan igjen føre til et ønske om å bli mer muskuløs, noe som manifesteres gjennom overdreven opptatthet av trening og kosthold som en identitetsbygger, for å kompensere for den opplevde manglende maskuliniteten (Tod et al., 2016). Tod og kolleger (2007) viser til en dysfunksjonell barndom som en av grunnene til flere menns ønske om økt muskelmasse, mens andre studier peker på et eksisterende, eller opplevd sosialt press som en av grunnene til menns ønske om en mer muskuløs kropp (Bégin et al., 2019)

Bruk av anabole androgene steroider

Bruken av anabole androgene steroider blant personer med symptomer på muskeldysmorfi er antatt å være vesentlig høyere sammenlignet med andre grupper. Det finnes få studier som har avdekket den reelle forekomsten, men en studie gjennomført på 63 menn (Pope et al., 2005), fant en tydelig forskjell i bruken av steroider blant personer med og uten symptomer på muskeldysmorfi. En utfordring når det gjelder anabole androgene steroider er hvorvidt bruken av disse illegale stoffene virker som en utløsende faktor for muskeldysmorfi eller om symptomer på muskeldysmorfi gjør individer mer tilbøyelige til bruk av nevnte stoffer. En studie fra 1997 viste at bruk av anabole androgene stoffer blant noen ble brukt for å fikse det opplevde problemet med å være for liten, mens for andre ble muskeldysmorfi utviklet etter de begynte å bruke disse stoffene (Pope et al., 1997). En kvalitativ studie (Greenway & Price, 2018) undersøkte forholdet mellom muskeldysmorfi og bruken av anabole androgene steroider. Studien nevner lav selvtillit, misnøye med egen kropp og muskeldysmorfi som mulige grunner til bruk av prestasjonsfremmende stoffer. Den beskriver også at disse aspektene for noen kom før bruk av anabole androgene stoffer, men for andre oppsto etter de begynte å bruke prestasjonsfremmende midler, noe som støtter teorien om at bruk av anabole androgene steroider kan ses på som både en risikofaktor for utvikling av muskeldysmorfi, men også som en konsekvens av lidelsen.

Forholdet til trening

En sentral del av livene til personer med muskeldysmorfi er trening. Mange trener flere timer daglig, med fokuset først og fremst sentrert rundt styrketrening (Murray, Maguire, et al., 2012; Pope et al., 1997). Denne treningen er ikke nødvendigvis et problem i seg selv, men for mange utvikler det seg til et tvangsmessig forhold til trening, noe som igjen fører til negative utfall som angst og ulike forsvarsmekanismer i form av unngåelser av sosiale treff og tvangsmessig adferd, dersom treningen ikke kunne gjennomføres som planlagt (Outar et al., 2021). Et annet aspekt som har vist seg å kunne spille inn er hva som er motivasjonen eller intensjonen med treningen. Ulike studier har pekt på at dersom motivasjonen med treningen dreier seg først og fremst om økt muskelmasse, vil man ha en større risiko for utvikling av muskeldysmorfi. Etersom ønsket om en større muskelmasse og mindre fettmasse er det samme hos både individer med muskeldysmorfi og hos symptomfrie kroppsbyggere, er det vanskelig å skille disse to fra hverandre (Mosley, 2009, s. 197). Vallerand (2003) skiller mellom to typer lidenskap, den harmoniske og den tvangsmessige. Den harmoniske er assosiert med positive følelser, konsentrasjon og flyt, mens den tvangsmessige er på den andre siden assosiert med å

oppleve negative følelser og konflikt med andre områder (Vallerand et al., 2003). For mange personer med muskeldysmorfi vil forholdet til trening i større grad være preget av et tvangsmessig forhold og dermed gå på bekostning av andre aspekter (Outar et al., 2021, s. 5).

Kosthold

Kostholdet til personer med muskeldysmorfi beskrives som høyt på proteiner, lavt på fett og med bruk av diverse kosttilskudd med den hensikt å oppnå ønsket kroppssammensetning (Contesini et al., 2013; Pope et al., 1997), noe som for mange kan beskrives som et tvangsmessig forhold til kosthold. Dette tvangsmessige forholdet vil for mange arte seg på en lignende måte som ulike spiseforstyrrelser, selv om målet for individer med muskeldysmorfi er økt muskelmasse, i motsetning til eksempelvis anorexia nervosa, hvor ønsket er å bli mindre (Cella et al., 2012; Pope et al., 1997).

Alder

Forholdet mellom alder og utvikling av muskeldysmorfi er lite dokumentert. Studier gjort på området viser allikevel en tendens til at yngre alder korrelerer med høyere forekomst av muskeldysmorfi, samt en gjennomsnittlig debutalder på lidelsen på rundt 19 år (Fabris et al., 2018; Murray et al., 2010, s. 485). Det er gjennomført lite forskning som beskriver forholdet mellom alder og utviklingen av muskeldysmorfi. En teori går ut på at yngre menn er mer mottakelige for misnøye og bekymringer knyttet til egen kropp enn eldre, men mer forskning er nødvendig for å forklare sammenhengen (Longobardi et al., 2017, s. 234).

Sosial utilpasshet

Noen av kjennetegnene ved muskeldysmorfi er sosial sammenligning og frykt for at egen kropp skal bli eksponert og dermed unngå steder hvor individene står i fare for å måtte vise frem kroppen, eksempelvis på stranden eller svømmehaller (Pope et al., 1997). Dette vises blant annet gjennom en østerriksk studie (Schneider et al., 2017) som kom frem til at personer med muskeldysmorfi i større grad trekker seg tilbake og unngår sosiale sammenhenger. Dette gjør seg også gjeldende i sosiale sammenhenger, som måltider med andre. Grunnet individenes ekstreme fokus på å få i seg riktig næring, blir ofte fellesmåltider unngått, noe som gjør det enklere å være sikker på at man får i seg ønsket mengde av de ulike næringsstoffene (Pope et al., 1997).

Årsaksforhold

En gjenganger med flere av faktorene som kan spille inn på utviklingen av muskeldysmorfi er usikkerhet rundt årsaksforholdet. Det ligger en stor utfordring og ikke minst usikkerhet knyttet til hvorvidt en faktor opptrer som utløsende i utviklingen av lidelsen, eller om det kommer som en konsekvens av en allerede utviklet lidelse.

2.2.5 Behandling av muskeldysmorfi

Til tross for en relativt god oversikt over lidelsens forekomst og konsekvenser, er det blitt gjennomført lite forskning som sier noe om hvordan den kan behandles (Cunningham et al., 2017), og det mangler randomiserte kontrollerte studier som undersøker forebygging av lidelsen (Thomas et al., 2011; Tod et al., 2016). Selv med manglende empirisk forskning, har det blitt antatt at lidelsen kan behandles på en lignende måte som spiseforstyrrelser og tvangslidelser har blitt behandlet tidligere, eksempelvis med kognitiv adferdsterapi eller familierapi (Cunningham et al., 2017, s. 261–265). Manglende behandlingsmuligheter kan ha flere mulige forklaringer. Den fremste barrieren er ofte å få personen til å innse at den har et problem og trenger hjelp (Cunningham et al., 2017, s. 266), og noen vil unngå å delta i forskning fordi de føler skam knyttet til egen kropp og muskelmasse (Pope et al., 2000). Dersom man sammenligner muskeldysmorfi med anorexia nerviosa ser man at det er færre som får hjelp og behandling for muskeldysmorfi. En mulig forklaring kan være at personer med anorexia nerviosa ofte kan virke sykere for omgivelsene og mer tydelig trenger hjelp, mens personer med muskeldysmorfi kan fremstå som friske og treningsinteresserte, i det minste på kort sikt (Leone et al., 2005, s. 357). Det fremstår tydelig i litteraturen at mer forskning behøves på området, for å kunne være i stand til å gi en adekvat behandling til personer som trenger det og for å kunne utvikle forebyggende tiltak.

2.3 Tidligere kvalitativ forskning

Som tidligere nevnt har det blitt gjennomført mye kvantitativ forskning som har undersøkt blant annet forekomst, årsaksforhold og konsekvenser av lidelsen muskeldysmorfi (Mitchison et al., 2021; Tod et al., 2016). Noe som ikke har blitt beskrevet tidligere er hvilke erfaringer og opplevelser personer med muskeldysmorfi har. Hovedårsaken til dette er at det er svært lite forskning som har blitt gjennomført hvor individene selv uttrykker egne tanker og følelser knyttet til lidelsen. Den første studien som undersøkte lidelsen var en amerikansk kasusstudie med fire personer (Pope et al., 1997). Denne undersøkelsen dannet på mange måter grunnlaget

for senere forskning sentrert rundt muskeldysmorfi. Til tross for økt oppmerksomhet rundt fenomenet (Tod et al., 2016), har det blitt gjennomført få kvalitative studier hvor individene selv har uttrykt hvordan de opplever lidelsen og hvordan hendelser i barndommen, andre personer og omgivelser kan ha påvirket utvikling av lidelsen muskeldysmorfi (Tod et al., 2016). Noe er blitt funnet internasjonalt (Cafri et al., 2008; Greenway & Price, 2018; O’gorman et al., 2020), men disse har hovedsakelig hatt som hensikt å avdekke ulike sammenhenger som komorbiditet og konsekvenser av lidelsen. I Norge er det per dags dato kun funnet kvantitative undersøkelser som har avdekket forekomst og korrelater (Meinich-Bache, 2019; Vålandsmyr, 2018), og en studie som så på forekomst og validerte den norske utgaven av MDDI (Sandgren et al., 2019). Det er en tydelig mangel i litteraturen for hvor personer med muskeldysmorfi sin stemme kommer fram med beskrivelser og tanker knyttet til lidelsen.

3. Metode

3.1 Valg av metode

Innenfor all forskning er det viktig å tilpasse metode til det man ønsker å undersøke, det vil si at man velger en metode som er egnet til å besvare hensikten med undersøkelsen. Metodevalg deles ofte inn i to hovedkategorier: kvantitative og kvalitative metoder. En metode kan beskrives som kvantitativ dersom dataen som samles inn uttrykkes i form av rene tall eller andre mengdeterner og kvalitativ dersom dataen ikke uttrykkes på denne måten (Grønmo, 2015, s. 123) Denne måten å forstå metode på har blitt diskutert og motarbeidet av blant annet Iversen, 2011, som mener at skillet mellom kvantitative og kvalitative metoder bør defineres etter hvorvidt dataene gir grunnlag for statistisk generalisering eller ikke (Bjørndahl Iversen, 2011, s. 175). Uavhengig av metodisk ståsted og hvordan man differensierer disse to hovedkategoriene, om man ser på det som en dikotomi eller et kontinuum, er det vesentlige forskjeller mellom de to metodene som bør tas hensyn til når man bestemmer metodevalg (Bjørndahl Iversen, 2011).

I denne undersøkelsen ble en kvantitativ metode benyttet for å undersøke hvorvidt menn viste symptomer på muskeldysmorfi og dermed var aktuelle for den kvalitative delen av studien. For å komme i kontakt med informanter var det nødvendig med en kvantitativ kartlegging for å avdekke symptomer på muskeldysmorfi. Kartleggingen besto av Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) (Hildebrandt et al., 2004), et verktøy med 13 spørsmål for å avdekke symptomer på lidelsen, som har vist reliable og valide resultater med den oversatte versjonen gjennomført på et norsk utvalg (Sandgren et al., 2019). Dette instrumentet ble valgt fordi det er tidseffektivt, krever lite av deltakerne og er et instrument med reliable og valide resultater for å avdekke symptomer på muskeldysmorfi, og vil bli beskrevet nærmere i kapittel 3.4 om instrumenter og analysemetode.

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer menn med muskeldysmorfi har med aspekter knyttet til trening, kosthold og kroppsbilde. Det ble derfor ansett som hensiktsmessig med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming som tar utgangspunkt i intervjuobjektene egne erfaringer knyttet til lidelsen og fortolkningen av disse.

Hermeneutisk fenomenologi

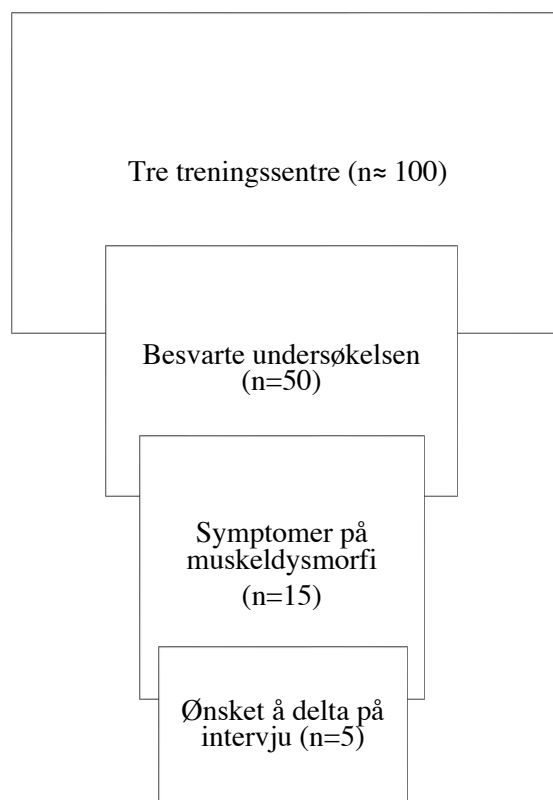
Hermeneutisk fenomenologi er en metode satt sammen av to begreper, hermeneutikk og fenomenologi. Hermeneutikk kan beskrives som fortolkningen av tekster (Kvale et al., 2015, s. 73) og fenomenologi handler om hvordan mennesker opplever fenomener i egen livsverden (Kvale et al., 2015, s. 33). Det finnes ulike fordeler med denne metoden når man skal innhente kunnskap fra personer. En fenomenologisk tilnærming egner seg godt for å forstå opplevelser og erfaringer knyttet til et fenomen som er opplevd av personene selv (Farrell, 2020). En hermeneutisk tilnærming legger til rette for tolkning av denne kunnskapen som innhentes fra personene som undersøkes (Farrell, 2020).

Forforståelse

Forforståelse er den forståelsen en har tilegnet seg om et fenomen gjennom eksempelvis utdanning, arbeid eller andre erfaringer. Denne forståelsen av et fenomen er med på å påvirke forskerens tilnærming til undersøkelsen som skal gjennomføres (Holme & Solvang, 1996, s. 90). I denne sammenhengen vil egen forforståelse være preget av eget arbeid knyttet til lidelsen muskeldysmorfi og ikke minst hvordan fenomenet har blitt beskrevet i litteraturen og i media. Det er viktig å ikke la egen forforståelse prege arbeidet i for stor grad, men være åpen for ny informasjon som ikke nødvendigvis stemmer overens med egne eller antatte forklaringer.

3.2 Utvalg og rekruttering

Rekrutteringen av deltakerne ble delt inn i to faser. Hensikten med rekrutteringen var å komme i kontakt med menn med symptomer på muskeldysmorfi. For å komme i kontakt med disse ble det gjennomført en kvantitativ undersøkelse (spørreskjemaundersøkelse) for å avdekke hvem som møtte kriteriene for å bli invitert til den kvalitative delen av undersøkelsen. Gjennom tilstedeværelse på tre treningssentre i Kristiansand ble det rekruttert personer til denne spørreundersøkelsen for derigjennom å avdekke symptomer på muskeldysmorfi. Et strategisk utvalg ble derfor benyttet for rekruttering av deltakere (Grønmo, 2015).



Figur 2. Rekruttering av deltakere.

I etterkant av den kvantitative spørreundersøkelsen ble personene som scoret over 39 på MDDI, og dermed hadde symptomer på muskeldysmorfi ($n=15$) kontaktet og forespurt om å bli med på den kvalitative delen av undersøkelsen, som besto av individuelle, semistrukturerte intervjuer. Av de 15 personene som viste symptomer på muskeldysmorfi, var det fem som var villige til å delta på et kvalitativt intervju som vist i figur 2. I forbindelse med rekruttering til den kvalitative delen av undersøkelsen ble intervjuobjektene informert om hva deltakelse i undersøkelsen ville innebære for deres del, hva dataene skulle bli brukt, til samt deres rettigheter med tanke på anonymitet og eventuell oppfølging i etterkant av undersøkelsen (se vedlegg 4).

3.3 Gjennomføring

3.3.1 *Kvantitativ del*

Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) er et spørreskjema bestående av 13 spørsmål utviklet av Hildebrandt og kolleger (2004). Spørreskjemaet er utviklet på bakgrunn av Pope og kollegers diagnostiske kriterier for muskeldysmorfi (1997) og vil bli beskrevet nærmere i underkapittel 3.4 om instrumenter og analysemetode.

Etter rekruttering av deltakere ved bruk av MDDI på treningssentre i Kristiansand, ble data fra den kvantitative delen av undersøkelsen analysert og deltakere med en score på >39 på MDDI (Hildebrandt et al., 2004), ble vurdert som aktuelle for videre deltakelse i undersøkelsen. De ble deretter kontaktet og forespurt om å delta på intervjuer. Blant de 15 personene som viste symptomer på muskeldysmorfi var det fem som gjennomførte intervjuet. De kvantitative dataene ble uttrykt i form av en score på MDDI, og ble benyttet for å vurdere hvem som kunne inkluderes i den kvalitative delen av undersøkelsen. I tillegg til å bli benyttet for å avdekke hvem som kunne være med på intervjuer, antyder dataene også noe om forekomsten av muskeldysmorfi på de tre treningssentrene hvor spørreundersøkelsen ble gjennomført.

3.3.2 *Kvalitativ del*

Den kvalitative delen av undersøkelsen ble gjennomført med semistrukturerte, individuelle intervjuer med en intervjuguide (se vedlegg 2). Deltakerne ble stilt spørsmål som omhandler tanker, følelser og erfaringer knyttet til blant annet trening og kroppsbilde og hvordan dette påvirker egen hverdag, med eventuelle oppfølgingsspørsmål der det var relevant. I semistrukturerte intervjuer er det vanlig å benytte en intervjuguide for gjennomføring av intervjuet. Intervjuguiden beskriver grovt hvordan intervjuet skal gjennomføres, med hovedvekt på hvilke tema som skal stå sentralt i samtalen med informanten (Grønmo, 2015, s168). I denne undersøkelsen var naturlige tema bakgrunn, relasjoner, livskvalitet, forhold til trening, tanker om egen kropp, forbilder og bruk av ulovlige stoffer i jakten på den «perfekte» kropp. Disse temaene dannet grunnlaget for samtalen, men dersom informanten svarte eller nevnte noe som gikk utover det som sto i intervjuguiden ble dette også inkludert.

Utarbeidelsen av kvalitative undersøkelser kan gjennomføres på ulike måter. I denne undersøkelsen ble det hentet inspirasjon fra arbeidet til blant andre Kvale & Brinkmann (2015) og Braun & Clarke (2006), som eksempler på hvordan man kan gjennomføre og bearbeide

intervjuer. I den følgende delen beskrives hvordan undersøkelsen ble gjennomført, basert på de syv stadiene til Kvale og Brinkmann (Kvale et al., 2015) og de seks fasene i en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) og hvordan de kan relateres til egen undersøkelse. Kvalitative data innhentet fra intervjuene ble først transkribert og deretter analysert. Analysemetoden inkluderte en tematisk analyse beskrevet av Braun og Clarke som en metode for å identifisere, analysere, rapportere, organisere og beskrive et datasett på en detaljrik måte (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Videre i kapittelet følger eksempler på hvordan intervjuene ble behandlet gjennom ulike prosesser basert på Braun og Clarkes tematiske analyse (2016).

1. Tematisering

I denne fasen formuleres formålet med undersøkelsen, samt en beskrivelse av hvordan man oppfatter emnet som skal bli undersøkt. Hvilke spørsmål som skal stilles og hva man er ute etter bør klargjøres før det velges en metode for gjennomføring (Kvale et al., 2015, s. 137). Temaet for denne undersøkelsen er muskeldysmorfi. Dersom formålet hadde vært å undersøke forekomsten eller ulike korrelater blant en større gruppe, ville en kvantitativ metode vært mer hensiktsmessig. Hensikten med denne studien var derimot å undersøke hvilke erfaringer menn med muskeldysmorfi har med aspekter knyttet til trening, kosthold og kroppsbilde. Det var derfor naturlig å benytte en kvalitativ metode i form av intervjuer så man er i stand til å stille spørsmål som kan gi svar på informantenes egne erfaringer med lidelsen.

2. Planlegging

Planlegging av undersøkelsen, med hensyn til alle de syv fasene før intervjuarbeidet påbegynnes. Planleggingen bør vektlegge hvilken kunnskap man er ute etter og ikke minst moralske implikasjoner som kan oppstå i en kvalitativ undersøkelse (Kvale et al., 2015, s. 137). I denne undersøkelsen ble studien planlagt og justert etter hensikten med studien, som beskrevet i fase 1, for å best mulig tilpasse metode etter hva som var ønsket å finne ut. I denne undersøkelsen var det hovedsakelig to etiske aspekter som var relevante. Det første gikk på informantenes anonymitet. Dette ble ivaretatt gjennom sletting av lydopptak etter transkribering, samt utelatelse av eventuelle personidentifiserende utsagn gjort under intervjuene. Den andre etiske utfordringen dreide seg om deltakernes ivaretagelse under, og i etterkant av intervjuet. Underveis i intervjuet ble det lagt til rette for en trygg atmosfære og forsikringer om at det foregikk på informantens premisser. Dersom en informant var ukomfortabel med å svare på et spørsmål eller av andre grunner hadde betenkeligheter ved å snakke om noe, ble de ikke presset videre. I etterkant av samtalen ble det vurdert om det kunne

være lurt å anbefale vedkommende til å oppsøke fastlege eller noen med kompetanse på området for å snakke om egne utfordringer knyttet til lidelsen. I tillegg ble det søkt godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) og fakultetets etiske komite ved UiA (FEK), noe som blir nærmere beskrevet i delen som omhandler etiske aspekter.

3. Intervjuing

Intervjuene gjennomføres med en intervjuguide, med en reflektert tilnærming til kunnskapen som søkes og intervjuets kontekst og med hensyn til mellommenneskelige relasjoner i intervjusituasjonen (Kvale et al., 2015, s. 137). Intervjuene foregikk i perioden 11.03.2022-05.04.2022, ved hjelp av en intervjuguide (se vedlegg 2) som besto av spørsmål som ble ansett som relevante for å hente ut mest mulig kunnskap om fenomenet muskeldysmorfi fra et førstehåndsperspektiv. I forkant og underveis i intervjuene ble det lagt til rette for en trygg relasjon mellom intervjuer og informant.

Før intervjuene med informantene ble det gjennomført et pilotintervju. Dette ble gjennomført for å få en gjennomgang av intervjuet, oversikt over omtrentlig hvor lang tid det ville ta og eventuelt om noen av spørsmålene burde omformuleres. Etter gjennomføring av pilotintervjuet ble det vurdert at intervjuet var passe langt, og spørsmålene var adekvate, så intervjuene ble gjennomført som planlagt.

4. Bli kjent med dataen og transkribering

I denne fasen skal intervjumaterialet klargjøres for analyse. I kvalitative intervjuer betyr dette transkribering fra tale til tekst (Kvale et al., 2015, s. 137). Dette er en fase hvor det kan være lurt å sette seg inn i dataene og ta notater for hva som kan benyttes som koder som man kan gå tilbake til ved en senere fase (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Dette ble gjennomført i etterkant av intervjuene som ble tatt opp med lydopptaker. Transkribering betyr å overføre noe fra en form til en annen, i dette tilfelle fra tale til tekst. Intervjuene ble transkribert kort tid etter gjennomføring og resulterte i 30 sider med tekst. I etterkant av transkriberingen ble det gjennomført en meningskondensering, noe som innebærer at deltakernes utsagn blir forkortet til presise og meningsfulle formuleringer (Malterud, 2012, s797).

5. Analysering

På bakgrunn av formålet med undersøkelsen og i samsvar med intervjumaterialet, bestemmes hvilken analysemetode som er best egnet (Kvale et al., 2015, s. 137). I denne undersøkelsen ble

en tematisk analyse benyttet. Etter å ha blitt kjent med dataene begynner arbeidet med å utvikle koder. Disse kodene identifiserer en interessant egenskap ved dataen, uttrykt i form av ord eller ved at det er latent til stede selv om det ikke har blitt uttrykt verbalt (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Analyse av intervjuene vil bli nærmere beskrevet i underkapittel 3.4 om instrumenter og analysemetode.

6. Utarbeidelse av tema

Denne fasen begynner etter at dataene har blitt gjennomgått og kodet ved å gjøre kodene om til tema. Dette gjøres ved å finne ut hvordan ulike koder passer sammen og kan danne overordnede tema i tillegg til eventuelle undertema (Braun & Clarke, 2006, s. 90). Et tema er noe som uttrykker noe viktig relatert til forskningsspørsmålet og representerer et form for mønster eller mening i datasettet (Braun & Clarke, 2006, s. 82). Tematisering av datasettet tok utgangspunkt i den transkriberte teksten i tillegg til intervjuguiden.

7. Gjennomgang av temaene

I denne fasen går man gjennom temaene som har blitt utarbeidet og vurderer hvorvidt de skal være med. Her kan det dukke opp tema som ikke burde inkluderes, enten fordi det ikke er nok data til å støtte opp under tema, eller fordi de er såpass overlappende at de kan slås sammen med andre tema (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Når temaene som skal inkluderes er bestemt, kan man utvikle en tematisk kartlegging over temaer og hvilke ulike temaer som hører sammen (Braun & Clarke, 2006, s. 91).

8. Navngiving av tema

Etter å ha opparbeidet et tilfredsstillende antall ulike tema, defineres og navngis disse. Her prøver man å finne essensen i hvert tema som blir fremstilt i analysen (Braun & Clarke, 2006, s. 92). I tabell 5 vises et eksempel på hvordan informantenes utsagn ble kategorisert til ulike hoved- og undertema.

Tabell 5. Eksempel på navngiving av tema basert på deltakernes utsagn.

Utsagn fra informant	Hovedtema	Undertema
<i>«jeg pleide å være veldig tynn, så ville bare legge på noen muskler.»</i>	Kroppsbilde	Misnøye med egen kropp
<i>«Det er litt sånn.. Jeg blir sur hvis jeg har vært borte fra gymmen i en uke, og så har jeg en dårlig økt hvor jeg gjør det dårlig, da blir jeg sur og tenker mye på det.»</i>	Trening	Tvangsmessig forhold til trening
<i>«Nå skal jeg prøve å kutte litt ned på fettprosenten, så da er det veldig mye «tracking» av protein og mikronæringsstoffer.»</i>	Kosthold	Overvåking av eget kosthold

9. Verifisering

I denne fasen undersøkes intervjufunnenes generaliserbarhet, pålitelighet og validitet (Kvale et al., 2015, s. 137). Mer om dette relatert til egen undersøkelse følger videre i kapittel 5.2 Diskusjon av metode.

10. Rapportering

Funn og metodebruk beskrives på en måte som overholder vitenskapelige kriterier, med hensyn til undersøkelsens etiske aspekter og formidles gjennom et lesbart produkt (Kvale et al., 2015, s. 137). Dette er den siste muligheten for analyse. I denne delen velger man ut gode eksempler som best mulig beskriver datasettet og essensen i informantenes utsagn (Braun & Clarke, 2006, s. 93)

3.4 Instrumenter og analysemetode

Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)

For å avdekke symptomer på muskeldysmorfī og dermed avgjøre hvem det var relevant å komme i kontakt med ble MDDI (Hildebrandt et al., 2004) benyttet. MDDI er et spørreskjema bestående av 13 spørsmål som har vist seg å være valid og reliabelt med den oversatte norske versjonen, gjennomført på et norsk utvalg (n=156) menn med medlemskap på treningssenter og en gjennomsnittsalder på 25,3 år (Sandgren et al., 2019).

Spørreskjemaet tar for seg muskeldysmorfiens tre hovedkriterier: Drive for size, Appearance intolerance og Functional impairment (Hildebrandt et al., 2004). Drive for size inkluderer fem påstander som omhandler ønsker om å bli større eller at man synes noen kroppsdeler er for små (Hildebrandt et al., 2004). Et eksempel fra denne kategorien er: «jeg skulle ønske jeg kunne bli større i muskelmasse». Appearance intolerance består av fire påstander knyttet til generelle bekymringer vedrørende egen kropp og hvilke konsekvenser det kan ha (Hildebrandt et al., 2004). Et eksempel på en påstand hentet fra denne kategorien er: «Jeg er veldig sjenert og redd for at andre skal se meg uten t-skjorte». Den siste underkategorien er Functional impairment. Den inneholder fire påstander om konsekvenser i hverdagslivet og hvordan avvik fra treningsplanen kan påvirke egen hverdag (Hildebrandt et al., 2004). Et eksempel fra denne kategorien er «Jeg sier nei til sosiale aktiviteter med venner på grunn av min treningsplan».

Spørsmålene er bygd opp på en måte hvor respondentene leser en påstand og deretter vurderer i hvilken grad de er enige i påstanden på en skala som inneholder «sterkt uenig», «uenig», «usikker», «enig» og «sterkt enig». Resultatene blir deretter regnet ut ved å legge sammen hvert av svarenes tallverdi som går fra 1= «sterkt uenig» til 5= «sterkt enig». Symptomer på lidelsen blir deretter vurdert med en cut off på >39. Dermed var alle som fikk en samlet score på over 39, aktuelle for videre deltakelse i denne studien. Instrumentet har blitt validert på flere ulike grupper, inkludert homofile menn og kvinner (Compte et al., 2021), kroppsbyggere (Santaracchi & Dèttore, 2012) og studenter (Gorrasi et al., 2022) og har vist valide og reliable resultater med en cut off på >39. Det ble derfor benyttet en cut off på >39, også i denne undersøkelsen.

Intervjuguiden

I denne studien ble det benyttet en intervjuguide bestående av syv hovedkategorier (se vedlegg 2). Spørsmålene ble utviklet med den hensikt å få en oversikt over informantenes forhold til blant annet kropp, trening, kosthold og hvordan disse faktorene påvirker deres egen hverdag som vist i tabell 6.

Tabell 6. Intervjuguidens syv hovedkategorier.

Kategori	Hovedtema	Beskrivelse
1	Bakgrunn	Noen deskriptive spørsmål for å få et inntrykk av deltakerne. Her ble de spurt om blant annet alder, bosituasjon og hvorvidt de jobber, studerer eller annet.
2	Trening og kropp	Trening og kropp. I denne kategorien ble informantene intervjuet om trening og kropp, noe som innebar spørsmål om treningsomfanget i løpet en uke og deltakernes beskrivelser og tanker knyttet til hvilken rolle treningen spiller i livene deres og ulike faktorer som kan ha påvirket denne interessen.
3	Kropp	Samtale om hva deltakeren tenker om begreper som idealkropp og maskulinitet og om de ser på seg selv som maskuline.
4	Kosthold, egen kropp og prestasjonsfremmende stoffer	Spørsmål knyttet til informantenes kosthold og hvordan det påvirker hverdagen og tanker om bruk av ulovlige stoffer for å oppnå kroppsrelaterte mål.
5	Oppfatning av egen kropp	Under denne kategorien dreide samtalen seg om deltakernes tanker og følelser til egen kropp og om disse tankene på noen måte førte til nedsatt psykisk velvære.
6	Andres oppfatning av egen kropp	Deltakerne ble spurt om det var viktig for dem hvordan andre personer så på, eller vurderte kroppen deres, og i så fall hvem. I tillegg til hvorvidt de føler seg komfortable i situasjoner hvor kroppen kunne bli eksponert.
7	Utfordringer i hverdagen	Under denne kategorien ble deltakerne konfrontert med om de kunne identifisere noe i hverdagen deres som ble negativt påvirket av deres opptatthet med trening og kosthold.

Analysemetode

For å analysere datamaterialet ble det benyttet en tematisk analyse basert på Braun og Clarke (2016). Innledningsvis ble de transkriberte tekstene lest og gjenlest for å danne et inntrykk av innholdet, og mulige ideer ble skrevet ned. Deltakernes utsagn ble forkortet til ulike koder som vist i tabell 7, og kan beskrives som nøkkelord eller setninger som brukes på deler av teksten for å identifisere dem senere, sammenligne, kontrastere eller vurdere hvor fremtredende noe er (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 39).

Tabell 7. Eksempel på koding av deltakernes data.

Intervjuer: Har du noen intensjoner eller mål med treningen?	Tema	Undertema
Informant 1: «Få større muskler naturligvis og bli sterkere.»	Intensjonen med trening	Utseenderelatert intensjon med treningen
Informant 2: «Nei, det er jo å bli sterkere og større, det er jo det jeg jobber mot.»	Intensjonen med trening	Kombinasjon av intensjon relatert til utseende og prestasjon
Informant 3: «Det første er å holde seg i form, kjenne at ikke kroppen forfaller, at ikke alt er vondt hele tiden.»	Intensjonen med trening	Intensjon relatert til trivsel og helse
Informant 4: «Vil selvfølgelig bli så stor som mulig, så det er egentlig det.»	Intensjonen med trening	Utseenderelatert intensjon med treningen
Informant 5: «Være overall god fysisk form er hvert fall mitt mål.»	Intensjonen med trening	Intensjon relatert til prestasjon

3.5 Ethiske aspekter

En undersøkelse innebærer ofte at man som forsker bryter inn i privatsfæren til personene som undersøkes og gjør at etiske dilemmaer oppstår, og man kan komme i skade for å krenke noen av dem som undersøkes (Jacobsen, 2010, s. 31). Deltakernes sikkerhet ble ivaretatt gjennom en rekke steg som innebar blant annet informert samtykke, anonymitet og innhenting av nødvendige godkjenninger.

Informert samtykke

En forutsetning for informert samtykke er at den som undersøkes, i dette tilfellet ble intervjuet, deltar frivillig i undersøkelsen og vet hvilke eventuelle farer og gevinster deltakelse i undersøkelsen kan innebære (Jacobsen, 2010, s. 31). Informert skriftlig samtykke ble innhentet i forbindelse med intervjuet gjennom et informasjonsskriv som inneholdt hva deres informasjon ville bli brukt til, hvordan det ville bli lagret frem til avvikling av prosjektet og hvordan deres anonymitet ville bli ivaretatt (se vedlegg 4).

Anonymitet

Risikoen for å krenke privatlivets fred kan hovedsakelig oppstå når det er en mulighet for at andre personer kan identifisere personer fra datamaterialet (Jacobsen, 2010, s. 34). For å unngå at opplysninger fra datamaterialet kunne kobles opp mot enkeltpersoner ble det gjennomført tiltak i forkant og i etterkant av undersøkelsen. Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt

i at spørsmålene som ble stilt ikke skulle kunne identifisere deltakerne. Dette innebar at det ikke ble formulert spørsmål som innebar eksempelvis bostedsadresse, fødselsdato eller studieretning. I etterkant av intervjuene ble det undersøkt om deltakerne hadde fortalt noe som innebar en risiko for at de kunne bli identifisert. Ved noen tilfeller ble det oppgitt informasjon som ville gjøre det mulig for enkeltpersoner å bli identifisert. Et eksempel på dette var en person som avslørte bostedsområde i kombinasjon med studieretning og arbeidsplass. I det bearbejdede datamaterialet ble dette endret til et mer generisk svar som ikke gjør det mulig å identifisere vedkommende.

Godkjenninger

I forkant av arbeidet med rekruttering til undersøkelsen ble det søkt om godkjenning til fakultetets etiske komite, FEK, ved UiA, samt norsk senter for forskningsdata, NSD. Undersøkelsen ble vurdert godkjent av FEK og NSD (se vedlegg 3) med referansenummer 391750, og er gjennomført i tråd med gjeldende regelverk.

4. Resultater

4.1 Beskrivelse av deltakerne som deltok på kartleggingen

Personene som ble forespurt om å gjennomføre kartleggingen var menn over 18 år med et medlemskap på et treningssenter i Kristiansand. Samlet for alle respondentene var gjennomsnittscoren på MDDI 34,3 (min=14, maks=53) og et standardavvik på 8,6. Totalt scoret 15 deltakere (30%) over 39 på MDDI. Blant disse var gjennomsnittscoren på 44,5 (min 39, maks 53) og et standardavvik på 4,6.

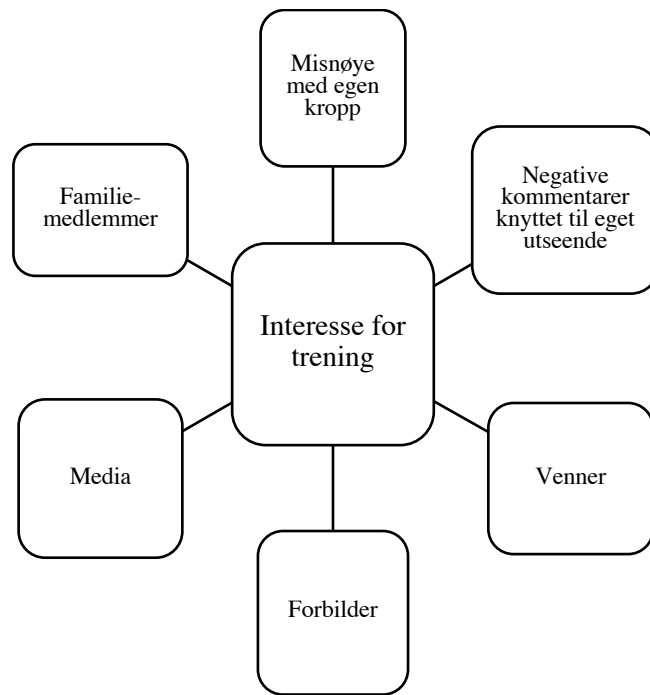
4.2 Erfaringer med muskeldysmorfi hos menn

Etter intervjuer med informantene ble dataen analysert og organisert til ulike kategorier som tok utgangspunkt i temaene som ble formulert i intervjuguiden. De ulike hovedtemaene vil bli presentert med sitater og illustrerende figurer som ble ansett som hensiktsmessige basert på funnene fra resultatene.

4.2.1 Bakgrunn, interesse og intensjoner med trening

De fem informantene som ble inkludert i de kvalitative intervjuene varierte i alder, sivilstatus, studieretning og hvorvidt de var i arbeid, men hadde til felles det at de var menn, med medlemskap på et treningssenter i Kristiansand og viste symptomer på muskeldysmorfi basert på spørreundersøkelsen MDDI. Informantene hadde en gjennomsnittsalder på 20,8 år (18-23år) og samtlige var studenter, hvorav fire ved UiA og en på et annet universitet.

Informantene ble stilt spørsmål om de kunne identifisere noe som kan ha vekket deres interesse for trening. Det ble identifisert flere ulike elementer som kan ha påvirket deres interesse for trening. Som vist i figur 3 var alt fra foreldre som involverte dem i fysisk aktivitet til negative kommentarer fra andre, knyttet til eget utseende, faktorer informantene pekte på som betydningsfulle for deres treningsinteresse.



Figur 3. Aspekter som har påvirket informantenes interesse for trening.

Som vist i figuren ovenfor var negative kommentarer knyttet til eget utseende og misnøye med egen kropp faktorer noen av informantene beskrev som sentrale for egen treningsinteresse. En informant beskrev hendelser hvor kroppen var eksponert hvor han hadde opplevd negative kommentarer:

«Det var, jeg var i et forhold før og så.. var vi på vei hjem etter vi hadde bada, så husker jeg at hun sa til meg at beina dine er så tynne.. og før det tenkte jeg at jeg hadde bra bein, for jeg spilte jo fotball og sånn liksom. Så etter det så har jeg aldri sett på beina mine som det samme, jeg så bare tynne lange bein liksom. Og så var det en hendelse hvor jeg var med dama mi og venninna hennes, så husker jeg venninna hennes.. husker ikke akkurat hva det var, men hun kom borti armen min og så sa hun «oi det var sykt tynne armer», og det var da jeg begynte å kjenne på.. skal man si kroppspress da. Jeg følte meg faktisk liten da. Så jeg vil si at de hendelsene sitter igjen. hvis jeg flekser i speilet så kommer de tankene tilbake i hodet. (...) Altså det er jo sånne småkommentarer gjennom hele livet, sånn «tynn» og sånn.»

Det ble i tillegg beskrevet et ønske om endret kroppssammensetning som en av grunnene til treningsinteressen. En av informantene hadde hatt en opplevelse av å være større enn det han ville beskrive som normalt og hadde derfor et ønske om å gå ned i vekt:

«Jeg sleit litt med.. ikke overvekt, men jeg har alltid vært litt stor, alltid hatt litt mer fett enn normalt, så det begynte egentlig med det, så har det blitt bare for å holde det ved like de siste åra.»

En annen informant hadde en motsatt opplevelse, hvor han følte at han var for tynn og ønsket å legge på seg muskelmasse:

«Jeg pleide å være veldig tynn, så ville bare legge på noen muskler.»

Treningsinteressen ble også forklart som noe som ikke handlet om et ønske om endret kroppssammensetning, men noe som var et høydepunkt i løpet av dagen og handlet om å gjøre ting ordentlig:

«Har alltid likt å være i fysisk aktivitet, men jeg vet ikke.. jeg starta og så begynte jeg å like det veldig godt, og nå er det det jeg ser frem til i løpet av dagen liksom. jeg har jo alltid vært, hva skal jeg si, hvert fall i forsvaret har jeg blitt glad i å gjøre ting ordentlig, hvis jeg skal gjøre en ting så gjør jeg det ordentlig.. ikke ta sånne enkle valg, hvis jeg har ett sett igjen og har dårlig tid, så tar jeg heller det settet enn å gå tidlig.»

Etter spørsmål om informantene selv kunne identifisere noe som har vært med på å påvirke deres interesse for trening ble de spurt om hvorvidt det var noen andre personer, eksempelvis forbilder som har hatt noen påvirkning på deres treningsinteresse. Tre av informantene beskrev påvirkning fra venner som hovedårsaken til deres treningsinteresse:

«Jeg har en kompis som begynte å trene på videregående, så ble jeg interessert da jeg begynte å studere, for da hadde jeg mer fritid og kontroll over eget budsjett.»

«Jeg har en kompis, han er en veldig god kompis som jeg bodde med da jeg var ansatt i forsvaret. Han har trent siden tiende klasse og er svær, så han er på en måte et forbilde for meg.»

«Ja jeg har jo en venn på (navn på treningssenter), som jeg ser veldig opp til som, jeg så i sommer da han trente og jeg husker jeg synes han var veldig stor og jeg spurte om noen tips, så har jeg egentlig holdt kontakten med han siden, så han for eksempel.»

Blant to av informantene ble familiemedlemmer beskrevet som sentrale for deres treningsinteresse:

«Det har jo vært i de miljøene jeg har vært i da med venner som har hatt samme interesser. Men tenker kanskje hovedsakelig at interessen kommer fra foreldre og venner. Føler ikke noe sånn at det er en person jeg vil ha kroppen til eller noe sånn, men det er inspirerende å se hvis noen trener mye, hvordan de klarer det.»

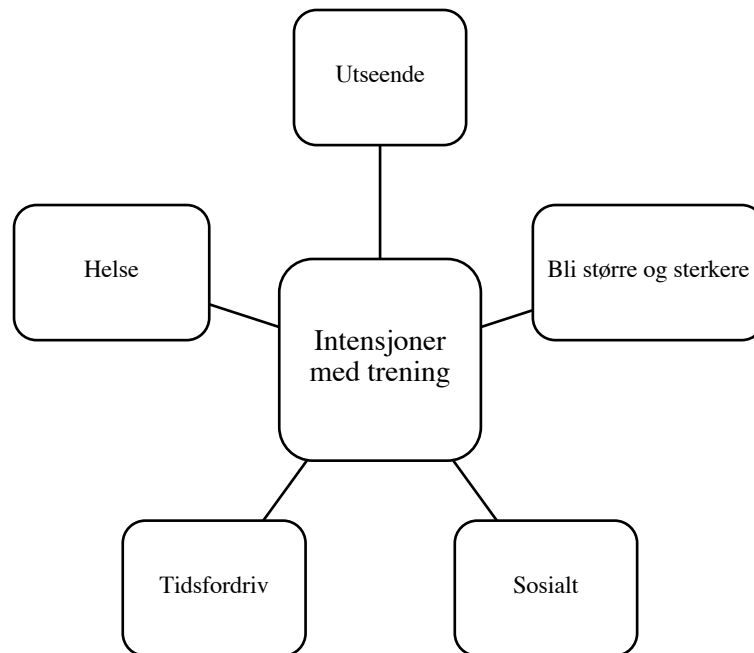
«Kanskje broren min, han begynte å trene før meg så da ble jeg interessert også på en måte.»

I tillegg til interesse for trening ble det stilt spørsmål for å avdekke hva som var informantenes intensjoner med trening, som vist i figuren under. Det kom frem at flere av informantene hadde intensjoner med treningen som hovedsakelig var knyttet til utseendet:

«Få større muskler naturligvis og å bli sterkere»

«Å bli sterkere og større, det er jo det jeg jobber mot.»

«Vil selvfølgelig bli så stor som mulig.»



Figur 4. Oversikt over informantenes ulike intensjoner med trening.

Det var ikke bare intensjoner knyttet til utseende, en av informantene hadde hovedsakelig intensjoner knyttet til helse:

«Det første er å holde seg i form, kjenne at ikke kroppen forfaller, at ikke alt er vondt hele tiden.»

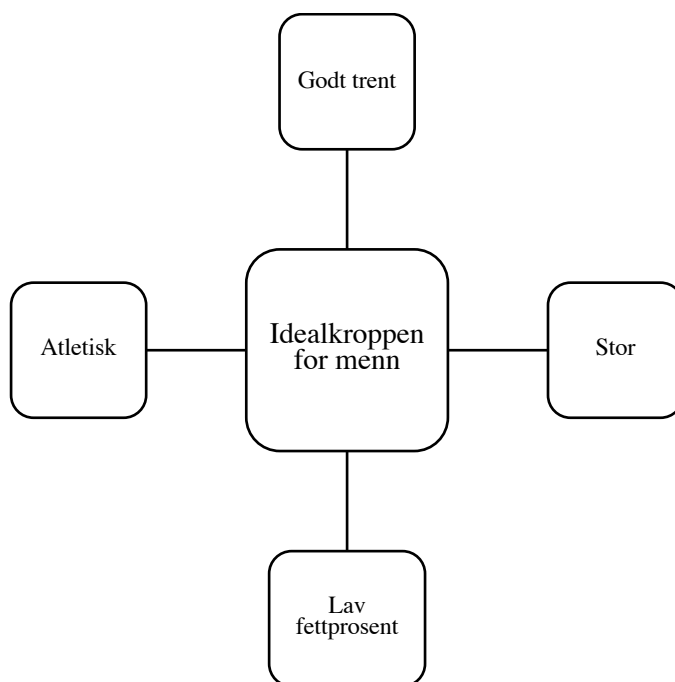
Trening ble også beskrevet som noe sosialt og for en person som tidsfordriv:

«Syns det er veldig sosialt (..) pleier å trene med venner.»

«Å ha noe å gjøre på fritiden, tidsfordriv på en måte.»

4.3.2 Kropp

Det var ønsket å undersøke informantenes tanker og beskrivelser knyttet til kroppsbilde. De ble stilt spørsmål om hva de legger i begrepene idealkropp for menn, maskulinitet og hvordan de vurderer egen kropp. Som illustrert i figur 5 ble det gitt ulike karakteristikk for hvordan informantene ville beskrive en idealkropp for menn i dagens samfunn.



Figur 5. Informantenes beskrivelser av idealkroppen for menn i dagens samfunn.

Det kom tydelig frem blant tre av informantene at idealkroppen er en stor, sterk, mann, med lav fettprosent og et generelt muskuløst utseende:

«Vi kan begynne med six-pack og så store bryst, vide skuldre, svær rygg, bein også kan vi si, bare være godt bygd, hvis det gir mening, generelt store muskler.»

«Hm.. jeg vet ikke jeg, gjerne litt armer, jeg vet ikke, har ikke tenkt på akkurat det der, du har jo liksom Chris Bumstead (amerikansk kroppsbygger) og sånn da, men det er jo ikke en idealkropp. Jeg tror ikke det er et ideal for andre. jeg har ikke noen tanker om hvem.. men en stor og sterk kropp, litt mindre fettprosent.»

«Det er vanskelig å si en kropp, men at du må se stor ut da, se bra ut liksom, store skuldre, stor rygg, ikke for feit liksom.»

To av informantene beskrev idealkroppen som en veltrent kropp, men ikke nødvendigvis så stor:

«Eh godt trent, at man kan se at de er godt trent. Eh.. relativt lav fettprosent og markerte muskler, men ikke nødvendigvis så store, men en atletisk kropp.»

«For min del så er det å være veltrent, verken for muskuløs eller for lite muskler, men midt imellom føler jeg.»

Etter spørsmål om hva de vil beskrive som en attraktiv kropp, ble de spurt om de har noen tanker om hvor disse kroppene opptrer. Det kom tydelig frem at informantene i stor grad opplever at sosiale medier er en arena for det de beskriver som idealkroppen:

«Man ser de ofte på Instagram.»

«De ser man på sosiale medier som regel.»

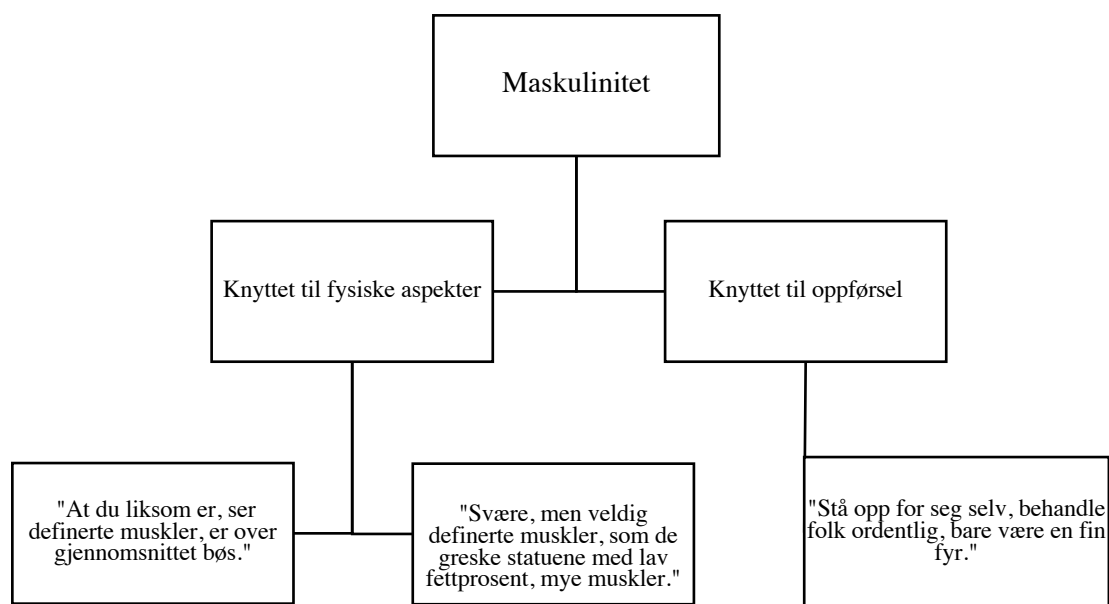
«Og en god del på sosiale medier.»

Noen av informantene ga i tillegg en beskrivelse av at disse kroppene de selv anså som idealkroppen ikke nødvendigvis er naturlige eller oppnåelige og fremstiller seg selv så bra som mulig:

«De viser seg jo best mulig da, på internett, det skjønner jeg da, de tar kanskje 2-300 bilder og velger de beste i perfekt lys og sånn da, TikTok, Instagram.. ja sosiale medier da.»

«Det er jo sosiale medier, mange av dem er ikke naturlige heller da.»

Etter å ha undersøkt informantenes tanker knyttet til maskulinitet, ble det avdekket ulike beskrivelser og varierende svar knyttet til hva som legges i begrepet maskulinitet, som vist i figur 6. Hovedtemaet maskulinitet ble her delt inn i to hovedkategorier med sitater tilhørende hver kategori.



Figur 6. Informantenes beskrivelser av maskulinitet.

Det ble som vist i figuren ovenfor avdekket en tydelig todeling knyttet til informantenes beskrivelser av maskulinitet. Maskulinitet ble av en informant også beskrevet som en mellomting mellom disse, noe som har å gjøre med både aspekter knyttet til fysikk og utseende, men også oppførsel og personlige egenskaper:

«Litt den macho.. sterke, selvstendige personen».

Det ble også undersøkt hvorvidt informantene selv vil kategorisere seg som maskuline.

På oppfølgingsspørsmål om de selv vil beskrive seg som maskuline ble det gitt følgende svar fra to av informantene: *«Nei, det vil jeg ikke»* og *«Nei, ikke enda»*, hvor det lå tydelig implisitt at de ikke ville oppleve seg selv som maskuline før kroppen var mer i tråd med egne ønsker. En annen informant svarte derimot *«ja, det vil jeg»* på spørsmål om han selv ville beskrive seg som maskulin i henhold til egen definisjon av begrepet. En informant var litt i tvil om han ville beskrive seg selv som maskulin: *«Delvis, litt av og på, er nok ikke den mest beinharde mannen i gata, men tror ikke jeg er den mykeste heller, så en plass imellom der.»*

4.3.3 Forhold til egen kropp

For å undersøke forholdet informantene hadde til egen kropp ble de stilt et åpent spørsmål hvor de ble bedt om å beskrive forholdet til egen kropp. Det ble gitt ulike beskrivelser av eget kroppsbylde, noen beskrev et forhold til egen kropp som tidligere var problematisk, men har utviklet seg i en positiv retning:

«Ville sagt at jeg har et veldig bra forhold, har ikke hatt noe sånn problemer med det, på grunn av muskler eller hvor mye jeg veier og så videre. Jeg hadde jo på videregående veldig mye kviser på ryggen, det var over hele ryggen liksom, så da badet jeg kanskje en gang ild sommeren, det er liksom det verste da, da likte jeg ikke å ta av meg t-skjorta, men jeg har arr nå, men har kommet over det så har ikke noen problemer med egen kropp nå, er veldig fornøyd egentlig.»

«Jeg har hatt litt dårlig, men det har blitt bedre.»

Andre utrykte et kroppsbylde som i stor grad varierte fra dag til dag:

«Det går litt opp og ned så jeg skylder ofte på at jeg var tidligere aktiv utholdenhetsutøver, så da så kroppen godt ut med tanke på det jeg skulle og etter det har det forfalt en del. Jeg har blitt mye tyngre og lagt på meg en del, så er det litt mer ubehagelig å gå rundt og vise det.»

«Veldig variert.. en dag etter jeg har fått en bra pump er det ganske bra, men så kommer jeg hjem og er liksom sånn wow, nå må jeg trene mer så det er veldig variert vil jeg si.»

På oppfølgingsspørsmål om hvorvidt det var viktig for dem at andre personer vurderte kroppen deres som attraktiv var det en som var helt enig og sa at det var viktig for ham at kjæresten vurderte kroppen hans som attraktiv:

«Ja, det vil jeg si, for eksempel kjæreste.»

En annen informant som også hadde kjæreste, beskrev et helt annet forhold til andres anerkjennelse av egen kropp:

«Nei, det er ikke viktig for meg. Har en kjæreste som ikke bryr seg om sånn.. og jeg er ikke så opptatt av å vise meg frem sånn heller, det er mer for min egen del, men du sammenligner deg jo med andre sånn for din egen del.»

Andre var noe mer tvilende og beskrev en blanding av at det var viktig for egen del, men at det også var positivt dersom andre vurderte kroppen deres som attraktiv:

«Ikke nødvendigvis, men noen man er sammen med for eksempel, det er det viktigste.»

«Det er ikke viktig, men det er jo fint hvis andre syns det liksom, jeg har ikke noe imot hvis folk syns kroppen min er attraktiv å se på.»

«Vet egentlig ikke helt, tenker ikke så mye på det er mer at jeg selv vil være fornøyd, tenker ikke så mye på hva andre sier, eller tenker, mer egentlig hva jeg selv syns.. men kanskje litt uenig og litt enig.»

Sosial sammenligning av egen kropp

Det var ønsket å undersøke hvorvidt informantene sammenlignet kroppen sin med andres. Resultatene viste tydelig at de i stor grad sammenlignet egen kropp med andre sin. Det ble avdekket at flere av deltakerne sammenlignet seg med andre til tross for en beskrivelse om at dette var noe de ikke ønsket å gjøre:

«Prøver å ikke gjøre det, men det er jo nesten umulig. Folk som trener relativt mye, prøver å ikke sammenligne med folk på Instagram fordi de har sannsynligvis mye bedre gener enn meg og i noen tilfeller tar stoffer.»

«Ja, det gjør jeg.. Nei sånn som sosiale medier da, jeg vet jo at jeg ikke burde for de har jo trent i utallige flere år enn meg da, men jeg gjør jo det.»

En informant sammenlignet seg selv mer med hvordan kroppen var tidligere:

«Ja og nei, men først og fremst så sammenligner jeg med meg selv, hvordan jeg var for et år siden.. men gutta da, på treningssenteret, kompiser, han ene som er motivasjonen min sammenligner jeg meg litt med.»

Sosial sammenligning ble av en informant beskrevet på følgende måte:

«Hvis du er på trening eller spiller volleyball på sommeren så ser du en som er litt tynnere eller litt sprekere så tenker du kanskje at her har vi noe å jobbe med.»

Eksposering av egen kropp

Eksposering av egen kropp er noe som ofte blir beskrevet som problematisk for personer med muskeldysmorf (Grieve, 2007; Olivardia, 2001). Det var derfor ønsket å undersøke hvilke beskrivelser informantene selv hadde knyttet til eksposering av kroppen. På spørsmål om informantene var komfortable i sosiale settinger dersom kroppen deres kunne bli eksponert, ble

det identifisert ulike opplevelser. To av informantene ga beskrivelser om at de ville vært komfortable i en slik situasjon i dag, selv om de tidligere ikke ville ha vært det:

«Ja det er jeg (latter), før var det.. det var ikke noe gøy det med ryggen (kviser), men jeg har ikke problemer med å ta av meg skjorta foran fremmede nå.»

«Eeh, ja, ikke før, men nå er jeg det.»

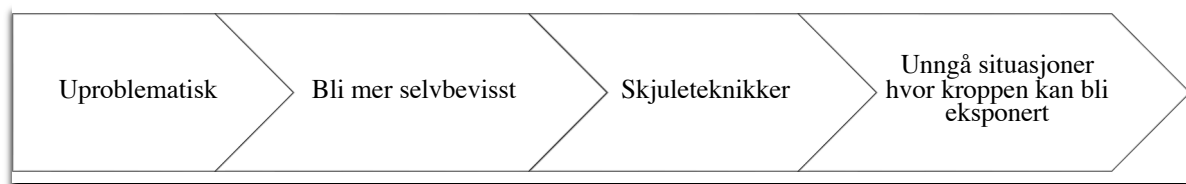
Tre av informantene beskrev et noe mer utfordrende bilde av det å befinne seg i en situasjon hvor kroppen kunne bli eksponert:

«Har ikke opplevd så mange sånne situasjoner etter at jeg begynte å trene seriøst, så vet ikke om jeg har noe godt svar på det. Det har jo vært korona en god stund nå ... ville ikke nødvendigvis grua meg, men ville blitt ekstra selvbevisst.»

«Litt tilbake til det samme med de hendelsene, for eksempel å beholde T-skjorta på, men det er ikke det.. jeg har liksom ikke det behovet for å vise meg frem.. pleier som regel ikke hvis jeg sitter.. pleier jeg ikke å sitte sånn som jeg sitter nå.. med full exposure.. men heller kanskje ha armene foran magen, det kan være såpass.»

«Nå har det ikke vært sommer enda, men.. i fjor.. nei.. jeg husker vi skulle svømme.. så var jeg «syk» den dagen, fordi jeg virkelig følte meg.. jeg hadde ikke lyst.»

De beskrev disse opplevelsene på ulike måter, med det som kan ses på som forskjellige nivåer av negative konsekvenser som følge av usikkerhet til egen kropp, som illustrert i figur 7. En person sier han ville blitt ekstra selvbevisst, en annen sitter på en måte som skjuler de delene av kroppen han er mest usikker på, mens en tredje person har gått så langt som å unngå slike situasjoner totalt.



Figur 7. Ulike responser på eksponering av egen kropp.

4.3.4 Kosthold:

Kosthold og ernæring beskrives som sentralt i hverdagen til personer med muskeldysmorfi og flere utvikler et problematisk forhold til matinntak som i noen tilfeller kan kategoriseres som en spiseforstyrrelse (Murray, Rieger, et al., 2012; Tod et al., 2016). Det var derfor ønsket å undersøke informantenes forhold til ernæring og hvordan det påvirket livene deres.

Informantenes forhold til kosthold ble beskrevet på noe ulike måter. Felles for flere av dem var at kosthold ble høyt prioritert og ble sett på som noe som spilte en sentral rolle for å få mest mulig ut av treningen:

«Det har blitt veldig mye mer viktig i det siste, for hvis du trener mye så føler jeg at du ikke får så mye ut av det hvis ikke du spiser riktig. For eksempel at du får i deg nok proteiner og alt sånn der. Det er på den måten det påvirker hverdagen min, jeg bare prøver å maksimere muskelgrowth, for ellers føler jeg at det ikke blir noe ut av treningen. Jeg blir ikke sterkere hvis ikke jeg får nok proteiner og at musklene ikke får tid til å gro. På den måten, prøver jeg å få en sunn døgnrytme og å spise nok som kroppen trenger.»

«Det er jo viktig da, det er det mye av pengene går til. Jeg var nøyere i fjor da jeg cuttet (prøve å gå ned i vekt, men beholde muskelmasse), men nå prøver jeg bare å gå opp i vekt, så jeg tar en dirty bulk, tracker ikke kalorier, men noen dager gjør jeg det bare for å få en oversikt over hva jeg spiser, jeg spiser jo mye av det samme hver dag, mye protein.»

«Jeg vil jo si at det er kanskje det jeg setter høyest da. Og så prøver jeg jo å spise så mye som mulig nå fordi jeg er på en bulk (prøve å gå opp i vekt), jeg setter det høyt, det er kanskje topp-prioriteten om dagen.»

«Det har blitt veldig viktig for meg, jeg har skjont hvor mye det har å si for trening og alt. Dagene mine er jo bygd rundt trening og kosthold.. det er jo prioriteringen min liksom.»

Kosthold ble i tillegg beskrevet som noe som ikke var knyttet til kroppssammensetning eller trening, men noe som påvirket trivsel:

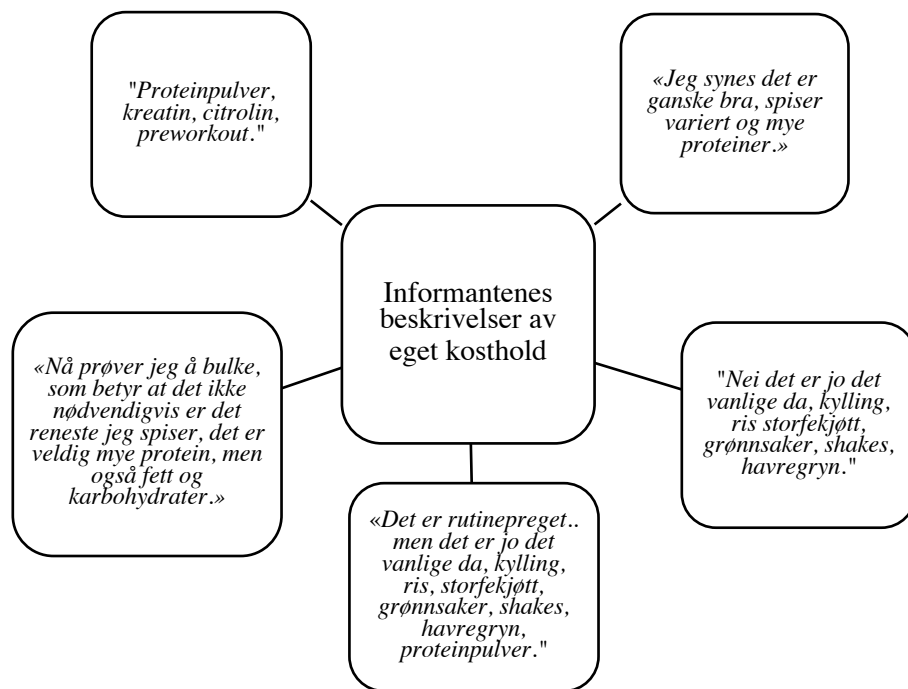
«Det går litt opp og ned faktisk, men syns jeg føler meg bedre hvis jeg spiser sunn mat, så føler jeg meg bedre, men hvis jeg spiser masse dritt så føler jeg meg også dritt. Vil si det er relativt, det er.. greit med noen unntak.»

Det ble også beskrevet et forhold til kosthold hvor to av informantene følte på en forpliktelse til å spise det de mente var hensiktsmessig hvis de skulle oppnå ønsket effekt av treningen:

«Jeg føler en forpliktelse, spise nok i løpet av en dag, nok proteiner og det der..nok vann.»

«Jeg føler at jeg burde gjøre det (spise riktig) hvis jeg skal ha, eller få det jeg vil ut av treningen.»

Etter å ha blitt stilt spørsmål om deres forhold til kosthold, ble informantene bedt om å beskrive kostholdet deres for å få en bedre oversikt over hva de spiser, og om det eventuelt skiller seg tydelig fra kostholdet til den øvrige befolkningen. Som vist i figuren under ble det blant flere av informantene beskrevet et rutinepreget kosthold med fokus på å få i seg nok næring.



Figur 8. Informantenes beskrivelser av eget kosthold.

4.3.5 Bruk av ulovlige stoffer

Bruk av ulovlige stoffer som anabole androgene steroider har vist seg å ha en økt forekomst blant personer med muskeldysmorfi (Pope et al., 2005; Rohman, 2009). Det var derfor ønsket å undersøke informantenes syn på bruken av illegale stoffer og hvordan de opplever at aksepten for bruk av disse stoffene er i deres treningsmiljø.

Det var ingen av informantene som selv uttrykte at de hadde blitt fristet til bruk av ulovlige stoffer. For en person var hovedinnvendingene mot bruk av ulovlige stoffer at det stred mot hans grunnleggende verdier, mens andre beskrev at ulempene var større enn de eventuelle fordelene:

«Absolutt ikke, jeg føler at prosa ikke er like positive som consa»

«Ser ikke vitsen, vil helst ikke krympe ballene mine og fucke opp testosteronet, det er liksom sånn man koder med, men.. ville ikke gjort det.»

«Nei aldri, jeg bare ser på alle bivirkningene av det.. det er kult der og da, men når du har gått på det noen år er det ikke så kult med stort hjerte og alt sånn.»

«Personlig så syns jeg det er mye negativt så hvis ikke du skal konkurrere så syns jeg det er litt bortkasta av eget liv og helse»

4.3.6 Forholdet til trening

Informantenes forhold til trening ble undersøkt og det ble identifisert ulike måter de ville beskrive dette forholdet på. Felles for alle var at trening spilte en sentral rolle i hverdagen og ble sett på som en viktig del av livene deres.

Trening ble av flere beskrevet som noe svært viktig og noe som kunne bli prioritert foran andre gjøremål:

«Nei altså trening er jo min hovedprioritet da, sammen med kosthold. Jeg må få trent liksom, så jeg vil si at det påvirker ganske mye, hvis det har vært en time undervisning da for eksempel, som jeg syntes begynte å bli kjedelig på slutten av dagen.. så kan det være at jeg har droppa den for heller å gå og trene»

«Dagene mine er jo bygd rundt trening og kosthold (...) sosialt kunne det vært bedre, der setter treningen en stopper, men det er jo bare prioriteringer.»

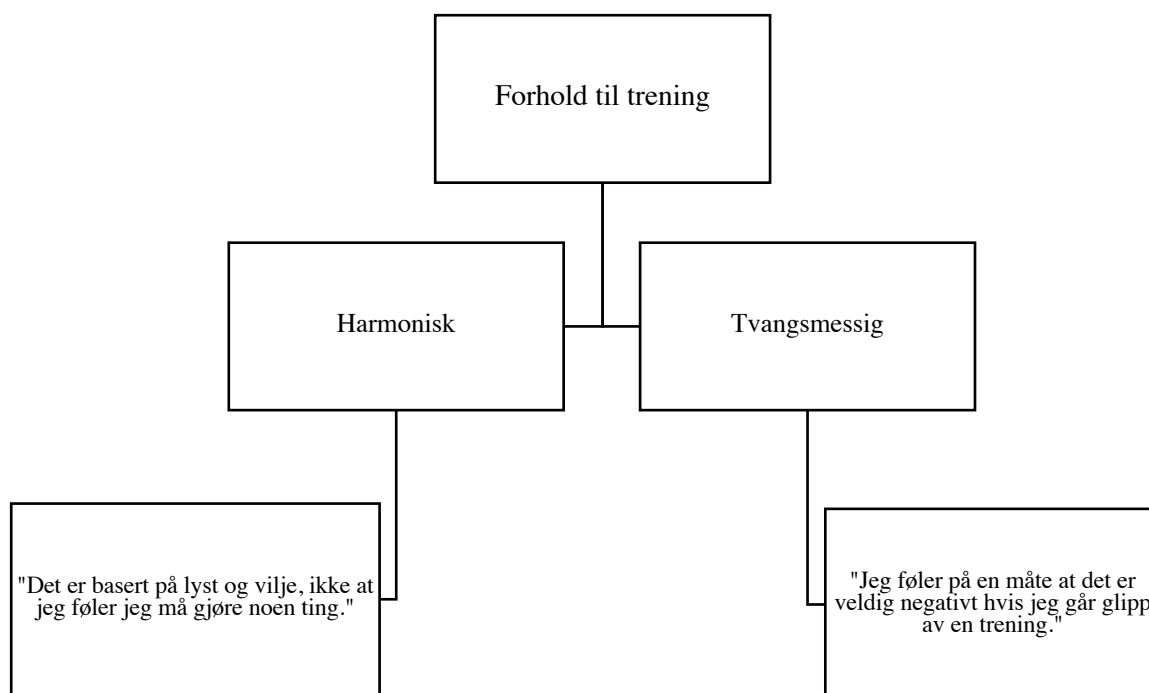
Dersom treningen ikke ble gjennomført som normalt opplevde noen av informantene negative tanker og at de kunne bli lettere irritert på andre:

«I stor grad, det er jo hvis jeg ikke får trent så går det greit liksom.. men sånn skulle gjerne trent liksom og så blir det sånn «faen fuck» hvis jeg ikke får trent.»

Trening ble også beskrevet som noe positivt i løpet av dagen og som noe som hadde gevinster for den mentale helsen:

«Ehh.. jeg vil ikke si det preger, men vil heller sette det som et høydepunkt i løpet av dagen.. så vil heller se at det preger det positivt hvis det går an å si.»

«Det er veldig viktig.. jeg føler sånn for mental helse så er trening veldig viktig for meg i hverdagen.»



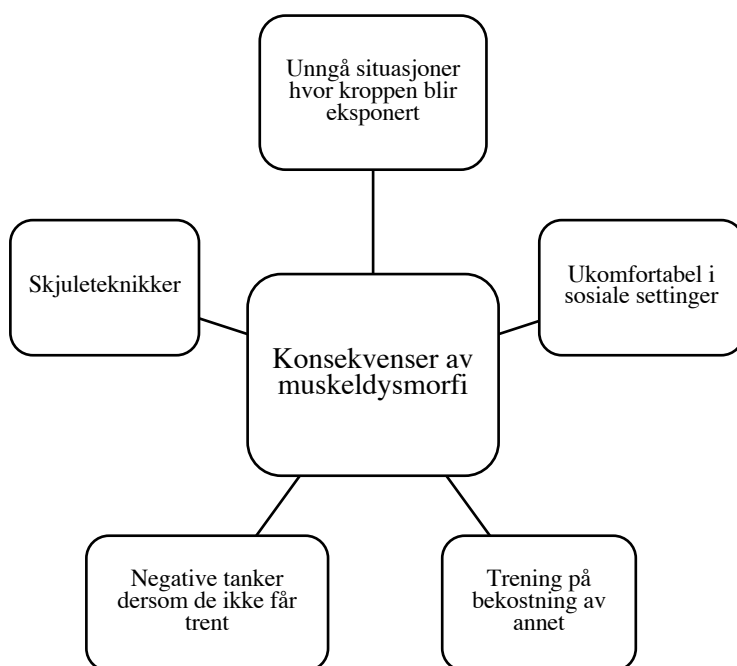
Figur 9. Eksempel på to av informantenes ulike tilnærminger til trening.

I tillegg til å skille mellom et tvangsmessig og harmonisk forhold til trening som vist i figuren over, ble det beskrevet en kategori som avviker noe fra denne todelingen. Trening ble også beskrevet som en proaktiv måte å «lufte ut» tanker og følelser som senere kunne blitt et problem dersom personen ikke fikk trent:

«Hvis jeg er på en joggetur får jeg jobba med de tingene som er i hodet og hvis jeg ikke får trent så kanskje de tingene utvikler seg og man blir mer betenkt. Jeg føler ikke det er en forpliktelse å trene, men jeg føler at det er fint å få tid til det fordi jeg har lyst til å trene og har godt av å trene. Så da vil jeg heller si at det er positivt for de rundt meg at jeg får trent, kanskje at stressnivået er høyere hvis jeg ikke får trent og får lufta de tankene som hopper seg opp, hvis det er mye stress så er kanskje lunta kortere hvis man ikke får trent da og ikke fått ut de tankene så er lunta kortere.»

4.3.7 Konsekvenser

Muskeldysmorfi er som tidligere nevnt en lidelse assosiert med flere mulige konsekvenser. Basert på intervjuene med informantene ble det identifisert flere aspekter som kan forstås som konsekvenser av lidelsen muskeldysmorfi som vist i figur 10. Disse konsekvensene vil bli nærmere beskrevet og diskutert i diskusjonskapittelet.



Figur 10. Elementer som kan ses på som konsekvenser av lidelsen muskeldysmorfi basert på intervjuene med informantene.

5. Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer menn med muskeldysmorfi har med aspekter knyttet til trening, kosthold og kroppsbilde. I denne delen av oppgaven vil det bli redegjort for de metodiske valgene som er tatt og resultatene som ble avdekket, på bakgrunn av studiens hensikt.

5.1 Diskusjon av resultatene

Blant de 50 respondentene som svarte på kartleggingsundersøkelsen bestående av MDDI, var det 15 som scoret over cut off på 39, noe som vil si en forekomst på til sammen 30,0%. Dette resultatet stemmer overens med tidligere forskning gjennomført i Norge, hvor det har blitt funnet en forekomst på 22,0% blant kvinner og menn (n=431) som jevnlig bedrev styrketrening (Vålansmyr, 2018) og 35,0% (Meinich-Bache, 2019) blant menn (n=1320) med medlemskap et treningscenter. Resultatet fra denne studien sammenfaller også dersom man sammenligner med funn fra internasjonale studier, selv om forekomsten internasjonalt har vist seg å være mer sprikende med funn som varierer fra 1,8% blant australske tenåringer (Mitchison et al., 2021), til 53,6% (Hitzeroth et al., 2001) hos kroppsbyggere i Sør-Afrika.

Som vist i tabell 4 har det blitt funnet store variasjoner i forekomst av muskeldysmorfi. Denne variasjonen kan først og fremst forklares på to ulike måter. Den ene er at det foreligger for lite forskning til å avdekke den reelle forekomsten og det trengs flere studier for å få en bedre oversikt. En annen mulig forklaring handler om at muskeldysmorfi er svært kontekstavhengig og at de store forskjellene i forekomst kan forklares gjennom utvalget som blir undersøkt, eksempelvis at bodybuildere har en høyere forekomst enn den øvrige befolkningen. Disse to ulike forklaringene er ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende, og sannsynligvis spiller begge inn på forklaringen i den varierende forekomsten.

Det ble identifisert flere ulike måter muskeldysmorfi preget informantenes hverdag gjennom aspekter som kosthold, forhold til egen kropp og sosiale faktorer. For noen virket muskeldysmorfi å spille en mindre rolle, men for andre var muskeldysmorfi noe som preget deres hverdag i større grad. Disse funnene vil bli nærmere beskrevet og diskutert videre i kapittelet.

5.1.1 Bakgrunn, interesse og intensjoner med trening

Funn fra intervjuene viser ulike aspekter som har vært med å påvirke informantenes interesse for trening. For noen ble treningsinteressen vekket av foreldre som fra barndommen av introduserte informantene til idrett og fysisk aktivitet og har fortsatt å være aktive. Andre hadde opplevd negative kommentarer, med påfølgende negativ tankegang knyttet til egen kropp, og hadde det som en uttalt forklaring for egen treningsinteresse.

Tidligere forskning har pekt på intensjonen med trening som en mulig faktor for utvikling av lidelsen muskeldysmorfi (Mosley, 2009). Teorien beskriver en større risiko for utvikling av lidelsen dersom målet med treningen hovedsakelig er sentrert rundt utseende. Svarene fra intervjuene i denne undersøkelsen viste ulike intensjoner med treningen som vist i figur 4.

For noen var intensjonene i stor grad sentrert rundt faktorer knyttet til utseende: «*Å få større muskler naturligvis og å bli sterkere*», «*Å bli sterkere og større, det er jo det jeg jobber mot*», «*Vil selvfølgelig bli så stor som mulig*». En av informantene hadde hovedsakelig intensjoner knyttet til helse: «*Det første er å holde seg i form, kjenne at ikke kroppen forfaller, at ikke alt er vondt hele tiden*». I tillegg ble trening beskrevet som noe sosialt: «*Syns det er veldig sosialt (..) pleier å trene med venner*». Disse ulike intensjonene utelukket ikke hverandre og flere av respondentene hadde ulike intensjoner med treningen. Dette støtter teorien om at intensjonen med treningen kan være medvirkende som en utløsende faktor i utviklingen av muskeldysmorfi (Mosley, 2009), selv om det også ble beskrevet intensjoner med treningen som var knyttet til andre aspekter enn eget utseende som at det var sosialt, og at det var noe som ble sett på som tidsfordriv.

5.1.2 Kropp

Informantene ble stilt spørsmål for å undersøke hvilke tanker de hadde om begreper som idealkroppen for menn i dagens samfunn og maskulinitet. På spørsmål om hva informantene anser som en idealkropp for menn i dagens samfunn ble det gitt noe ulike beskrivelser, men flere beskrev en relativt muskuløs, atletisk kroppsbygning med blant annet «*store bryst, vide skuldre, svær rygg og lav fettprosent*». Deretter ble det stilt spørsmål om de hadde noen tanker om hvor disse kroppene, som de selv beskrev som idealkroppen opptrådte, hvor svaret entydig var på sosiale medier som Instagram og TikTok. Dette støtter teorien om at muskeldysmorfi er en lidelse assosiert med sosial sammenligning (Schneider et al., 2017), gjerne med det som for

mange er urealistiske forbilder, hvilket kan resultere i negative helseutfall dersom man forsøker å oppnå samme kroppssammensetning som sine forbilder (Grieve & Helmick, 2008).

Det ble også stilt spørsmål for å undersøke hva informantene la i begrepet maskulinitet. Det ble gitt tre ulike beskrivelser av hva det å være maskulin innebærer. For tre av informantene var maskulinitet noe som utelukkende handlet om kroppens fysiske egenskaper, men for en annen handlet derimot maskulinitet om egen karakter og hvordan man behandlet andre personer. I tillegg ble maskulinitet av en person beskrevet som en mellomting mellom de to nevnte beskrivelsene. Noe som var påfallende blant disse beskrivelsene av maskulinitet var at kun informanten som beskrev maskulinitet som noe som handler om personlige egenskaper og oppførsel ville beskrive seg selv som maskulin.

Disse ulike måtene å beskrive maskulinitet på, og deretter vurdere om en selv er maskulin kan støtte en teori hvor hva man selv legger i begrepet maskulinitet også er med på å påvirke hvorvidt man ser på seg selv som maskulin. Det vil for mange være enklere å beskrive seg selv som en god person som tar vare på andre, enn en som møter (de urealistiske) kriteriene for drømmekroppen og er avhengig av visse fysiske attributter for å kunne føle seg maskulin. Tidligere studier har beskrevet opplevd manglende maskulinitet som en mulig faktor for utvikling av muskeldysmorfi (Griffiths et al., 2015; Tod et al., 2016), noe som delvis støttes av funnene i denne undersøkelsen, selv om også en person med muskeldysmorfi beskrev seg selv som maskulin.

5.1.3 Forhold til egen kropp

På spørsmål om deres forhold til egen kropp ble det gitt ulike beskrivelser. Noen utrykte et tydelig ønske om å oppnå endringer i egen kroppssammensetning. Ønsket om å gå opp i muskelmasse og redusere fettprosenten var noe flere av informantene hadde til felles. To av informantene beskrev et forhold til egen kropp som tidligere hadde vært problematisk, men som nå var vesentlig forbedret. De ulike beskrivelsene om forhold til egen kropp og kroppsbilde viser at lidelsen muskeldysmorfi påvirker personer forskjellig og kommer til uttrykk på ulike måter som varierer fra person til person.

5.1.4 Kosthold

For flere av informantene virket kosthold naturlig nok å påvirke hverdagen i stor grad. Kosthold ble beskrevet som et sentralt element for å nå målene de hadde med treningen i tillegg til å påvirke hvordan de følte seg.

Graden av overvåking av eget kosthold varierte blant informantene. Noen telte antall kalorier som ble konsumert, andre følte de hadde erfaring nok til å vite ganske nøyaktig hvor mye de spiste uten å måtte måle, mens andre igjen spiste mer eller mindre det de følte at de hadde lyst på. Det ble også beskrevet et kosthold som i stor grad var avhengig av hva målet med treningen var på det aktuelle tidspunktet. Det dreide seg om to «sesonger» i løpet av året, hvor den ene var å «cutte», det vil si å gå ned i fettmasse, mens man prøver å beholde mest mulig muskelmasse. Den andre var å «bulke», som vil si at man prøver å gå opp i vekt. I perioden hvor målet var å gå ned i vekt var det et økt fokus på å spise «rent» og på å begrense det totale energiinntaket. Når ønsket derimot var å gå opp i vekt var det et mer ukritisk forhold til energiinntak, og målet var å få i seg nok mat uavhengig av hva det besto av.

I tillegg til det som for mange kan beskrives som et rutinepreget kosthold med fokus på å få i seg nok kalorier, og spesielt proteiner, var det flere av informantene som brukte ulike kosttilskudd som proteinpulver, kreatin, vitamintilskudd og citrullin. Disse beskrivelsene av eget kosthold stemmer godt overens med funn fra tidligere forskning som har avdekket et kosthold preget av høyt inntak av protein, samt økt bruk av kosttilskudd blant personer med muskeldysmorf (Contesini et al., 2013).

5.1.5 Bruk av ulovlige stoffer

Tidligere forskning har funnet en sammenheng mellom økt bruk av ulovlige stoffer som anabole androgene steroider og muskeldysmorf (Pope et al., 2005; Rohman, 2009). Resultatene fra denne undersøkelsen viste derimot en tydelig avstand blant informantene mot bruken av ulovlige, prestasjonsfremmende stoffer. Det ble beskrevet at det var noe som kunne virke fristende på kort sikt, men det var ikke verdt de negative konsekvensene det kunne ha for kroppen over lang tid. I tillegg ble det uttrykt at bruk av disse stoffene ble sett på som en snarvei og ville stride mot egne verdier. En utvalgsstørrelse på fem personer er naturligvis for lite til å utelukke eller si noe om forekomsten av bruken av anabole androgene steroider på treningssentre i Norge, men blant informantene i denne undersøkelsen var det ingen som kunne

si med sikkerhet at noen på deres treningssenter brukte ulovlige, prestasjonsfremmende stoffer. Selv om informantene ikke hadde opplevd bruk av disse stoffene i eget treningsmiljø ble det allikevel beskrevet en normalisering av bruk, som først og fremst kom til syne på sosiale medier, hvor flere kjente treningsprofiler snakket åpent om denne bruken.

Flere av informantene fortalte at mange av personene de tenkte at hadde idealkroppen brukte prestasjonsfremmende stoffer, som anabole androgene steroider. Dette ble ikke beskrevet som et problem i utgangspunktet, men ble sett på som mer problematisk dersom de ikke var åpne om bruken, og på den måten skapte et enda mer urealistisk og uoppnåelig kroppsideal.

Dette avdekker en interessant problemstilling som ikke nødvendigvis har et fasitsvar. Ved å være åpen om eget bruk av prestasjonsfremmende stoffer, vil man kunne være med på å normalisere denne bruken og sende signaler til andre, gjerne yngre mennesker med mindre treningserfaring om at det er det som skal til for å oppnå ønsket kroppssammensetning. På den andre siden vil man ved å ikke være åpen om eget bruk av disse stoffene kunne portrettere et bilde om en kropp som for de aller fleste vil være helt uoppnåelig.

5.1.6 Forhold til trening

Informantenes forhold til trening ble undersøkt, og det ble avdekket ulike måter for hvordan de beskrev dette forholdet. Noen fortalte om negative konsekvenser dersom treningen ikke ble gjennomført som planlagt og at trening til tider ble prioritert selv om det gikk på bekostning av andre aspekter i hverdagen som skole og sosiale aktiviteter, noe som stemmer godt overens med tidligere teorier om muskeldysmorfi og treningsavhengighet (Outar et al., 2021).

Dersom man ser informantenes svar på hvordan de vil beskrive eget forhold til trening dukker det opp ulike betraktninger. For noen virker trening som noe som for all del må gjennomføres, «*For ellers føler jeg at det ikke blir noe ut av treningen*» eller negative tanker dersom treningen ikke blir gjennomført: «*Jeg blir sur hvis jeg har vært borte fra gymmen i en uke.*»

I tillegg til negative følelser gikk også trening for noen på bekostning av blant annet forelesninger og en opplevelse av at dersom man ikke fikk trent, ville man ha en «kortere lunte» og på den måten kunne bli lettere irritert på andre som for eksempel samboer: «*Hvis vi skal gjøre noe da og jeg ikke får muligheten til å trene så kan jeg bli litt sånn ergerlig og bli litt irritert for at jeg ikke får gjort det.*»

Flere beskrev i tillegg negative tanker hvis treningen ikke ble gjennomført som planlagt. Noen følte at tidligere trening på en måte var bortkastet, mens andre opplevde nedstemthet og at de lettere ble irritert på andre. Det ble også beskrevet en opplevelse av at treningen måtte «hentes inn igjen» neste uke, dersom de ikke fikk gjennomført som planlagt.

5.1.7 Oppsummerende diskusjon

Som vist i resultatdelen ble det gitt ulike beskrivelser av hvordan symptomer på muskeldysmorfi påvirker hverdagen til informantene. Noen hadde et tilsynelatende avslappet forhold til kosthold, trening og eget kroppsbylde og hadde ingen problemer med å eksponere kroppen sin for andre eller plager med kroppsbylde. For andre virket symptomer på lidelsen å ta større plass og ha en mer omfattende påvirkning på deres liv gjennom det de beskrev som sosial sammenligning og negative tanker knyttet til egen kropp. I tillegg innebar konsekvensene for noen ubehageligheter i sosiale sammenhenger hvor kroppen er eksponert, for eksempel ville noen dekke til kroppen sin, eller unngå disse situasjonene helt.

I tillegg til negative psykiske konsekvenser som følge av negativ evaluering av egen kropp, ble det også beskrevet andre områder som ble påvirket av deres hverdag preget av dedikasjon til kosthold og treningsregime. Noen fortalte at trening hadde gått på bekostning av andre områder som skole og sosiale aktiviteter. En informant beskrev eget kosthold som noe som hadde vært med på å prege tidligere forhold på en negativ måte, hvor partner først og fremst så på mat som noe som skulle være godt, mens han brukte kosthold utelukkende som noe som skulle være med på å bidra til å nå treningsrelaterte mål og at dette ulike forholdet til kosthold var noe som påvirket forholdet på en uønsket måte.

Disse ulike måtene å beskrive hverdagen på antyder blant annet at symptomer på muskeldysmorfi kan opptre svært forskjellig fra person til person og komme til uttrykk på ulike måter. Det er heller ikke slik at alle med symptomer på muskeldysmorfi har de samme utfordringene. For noen er problemene sentrert rundt eget kroppsbylde, mens for andre kan utfordringene knyttes mer opp mot kosthold eller trening. Med en relativt liten utvalgsstørrelse er det vanskelig å si så mye om lidelsens konsekvenser generelt på bakgrunn av denne undersøkelsen, da det ser ut til å være store variasjoner fra person til person og prege ulike aspekter av hverdagen til de som rammes av lidelsen. Det som allikevel kom tydelig frem er at flere av informantene utrykte misnøye med egen kropp, som for høy fettprosent og for liten

muskelmasse, og hadde ulike negative konsekvenser som følge av disse opplevde defektene med egen kropp.

Etter samtaler med personene som viste symptomer på muskeldysmorfi virker dette bildet av personer med muskeldysmorfi som store kroppsbyggere med et altoppslukende forhold til trening noe karikert. Personene som ble intervjuet var yngre, relativt veltrente, men allikevel slanke personer som (av ulike grunner) hadde et ønske om å bli mer veltrente, noe som virker litt i kontrast til oppfatningen som blir fremstilt i litteraturen og i media av at muskeldysmorfi nærmest utelukkende er fremtredende blant kroppsbyggere som allerede er veldig store, men «aldri får nok». Noe av grunnen til dette kan være at MDDI ikke utelukkende fanger opp personer med muskeldysmorfi, men også personer som er mer generelt misfornøyd med egen kropp, eller har et noe forstyrret forhold til trening eller kosthold. En annen årsak kan dreie seg om hvem som var villige til å la seg intervju. Det kan tenkes at de som opplever størst ubehag knyttet til lidelsen, også er de som har mest betenkeligheter med å delta på intervju.

Et interessant aspekt fra resultatene er hvordan flere av deltakerne unngikk å bruke ordet «jeg» da de skulle beskrive ulike erfaringer knyttet til lidelsen muskeldysmorfi selv om det var opplagt og tydeliggjort at de snakket om sine egne erfaringer. Det ble eksempelvis sagt «*Du sammenligner deg jo med andre.*» og «*Det var en del skam over at man ikke tok tak i det man ville gjøre.*» Denne bruken av «du» og «man» kan være en språklig uvane, eller en strategi både for å holde seg selv på avstand fra problematikken, eller på en annen side å indikere at informantene selv ikke er alene om å ha disse utfordringene.

5.2 Diskusjon av metode

5.2.1 Valg av metode

Det ble valgt å gjennomføre en todelt undersøkelse, bestående av en kvantitativ og en kvalitativ del. Den kvantitative delen ble benyttet for å rekruttere individer til intervjuer. Det finnes flere ulike kvantitative variabler som også kunne vært interessant å inkludere i den innledende spørreundersøkelsen, som blant annet kroppsmasseindeks, ulike kostholdsvariabler og hvor mye tid personene brukte på trening, men grunnet oppgavens omfang ble det valgt å begrense undersøkelsen til symptomer på muskeldysmorfi. Dette ble bestemt også fordi det finnes en rekke studier som har sett på ulike korrelater knyttet til muskeldysmorfi (Mitchison et al., 2021; Sandgren et al., 2019; Tod et al., 2016), men få studier har undersøkt lidelsen kvalitativt, med fokus på personenes egne erfaringer knyttet til lidelsen, spesielt i Norge.

Ved å kombinere en kvantitativ og kvalitativ metode var det mulig å komme i kontakt med de ønskede personene, de som viste symptomer på muskeldysmorfi, og deretter gjennom kvalitative intervjuer avdekke informasjon som kunne gi svar på undersøkelsens problemstilling. En av styrkene med denne typen metode er at man tilegner seg kunnskap direkte fra personer som selv har erfaringer fra lidelsen og vet hvordan det har preget deres liv. Man har generelt sett mer tiltro til personer som er så nær fenomenet som beskrives som mulig. Dersom en person er lengre unna fenomenet må den i større grad basere seg på andres utsagn om fenomenet, noe som kan føre til at informasjonen endres mer, sammenlignet med informasjon direkte fra en førstehåndskilde (Jacobsen, 2015, s. 230).

I motsetning til kvantitative metoder som vil kunne bidra til mer kunnskap om eksempelvis forekomst og årsaksforhold, er en kvalitativ metode mer egnet til å generere nye teorier som senere kan testes med en kvantitativ metode, samt ny kunnskap og antakelser om hvordan ting henger sammen (Jacobsen, 2015, s. 138). Resultatene fra denne undersøkelsen kan blant annet bidra til ny innsikt og teorier om et tema som har vært lite undersøkt i Norge som ville kunne bidra til forskning som undersøker mulig forebygging og behandling av lidelsen.

5.2.2 Utvalg og rekruttering

I etterkant av den kvantitative spørreundersøkelsen ble personene som viste symptomer på muskeldysmorfi, 15 personer, kontaktet og forespurt om å bli med på den kvalitative delen av undersøkelsen, som besto av individuelle semistrukturerte intervjuer. Av de 15 personene som viste symptomer på muskeldysmorfi, var det fem som var villige til å delta på et kvalitativt intervju. I forbindelse med rekruttering til den kvalitative delen av undersøkelsen ble intervjuobjektene informert om hva deltakelse i undersøkelsen ville innebære for deres del, hva dataene skulle bli brukt til, samt deres rettigheter med tanke på anonymitet og eventuell oppfølging i etterkant av undersøkelsen.

Fenomenet muskeldysmorfi påvirker ikke utelukkende personer med medlemskap på treningssenter, men studier har vist en tydelig økt forekomst blant personer som bedriver jevnlig styrketrening (Grieve, 2007, s. 64), så det ble derfor bestemt at deltakerne skulle ha et medlemskap på et treningssenter for å gjøre det enklere å komme i kontakt med de ønskede personene. Ved å være til stede på treningssentre er man i større grad i stand til å sentrere rekrutteringen til personer som i utgangspunktet er mer eksponert for lidelsen, sammenlignet med å sende ut spørreundersøkelser til et bredere publikum hvor andelen med symptomer på muskeldysmorfi sannsynligvis er lavere.

En risiko med denne måten å samle inn informanter på er at det kan oppstå det man kaller for seleksjonsbias. I denne undersøkelsen var det 15 personer som ble forespurt om å delta på individuelle intervjuer, og bare fem som ønsket å gjennomføre. Et naturlig spørsmål som kan stilles da, er på hvilken måte personene som ville delta på intervju skiller seg fra dem som ikke ville være med. De fem som valgte å stille opp på et kvalitativt intervju hadde en gjennomsnittsscore på 44,2 på MDDI. Blant dem som ikke ønsket å delta (n=10) var gjennomsnittsscoren 44,7, altså noe høyere. Det er vanskelig å konkludere med hva som er grunnen til at noen ønsket å stille opp, men andre ikke. En mulig forklaring kan være at noen, etter å ha fått vite hva intervjuet ville handle om, ikke var komfortable med å snakke med en fremmed om temaer som kropp, trening og kroppsbilde, noe som kan gjøre at man går glipp av verdifull informasjon fra personer som kunne hatt nyttige aspekter å tilføre studien.

5.2.3 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført individuelt ved hjelp av en intervjuguide (se vedlegg 2). Intervjuguiden tok utgangspunkt i spørsmål knyttet til bakgrunn, relasjoner, livskvalitet, forhold til trening, tanker om egen kropp, forbilder og tanker om bruk av ulovlige stoffer. Disse temaene danner grunnlaget for samtalen, men dersom informanten svarte eller nevnte noe som gikk utover det som sto i intervjuguiden ble dette også inkludert. Informantene kan bidra med viktig informasjon som forskeren ikke har tenkt på før intervjuet startet og det er derfor lurt å ikke være fullstendig fastlåst til intervjuguiden. I forbindelse med gjennomføring av intervjuene ble deltakerne informert om prosjektet gjennom et dokument (se vedlegg 4), hvor skriftlig samtykke ble innhentet i forkant av intervjuet.

Ved bruk av en kvalitativ metode har man et utgangspunkt i en problemstilling man ønsker å undersøke. En fordel med en kvalitativ tilnærming er at denne problemstillingen kan justeres ettersom man får vite mer, noe som vil si at prosessen blir interaktiv og kan endres underveis mens undersøkelsen pågår for å belyse nye aspekter som kan dukke opp (Jacobsen, 2015, s. 130). Det kvalitative intervjuet legger få føringer og gjennomføres på informantens premisser, ikke forskerens. Dette innebærer blant annet at forskeren ikke stiller spørsmål med faste svarkategorier, men legger til rette for åpenhet og nærhet til informanten for å få frem den «riktige» forståelsen av et fenomen (Jacobsen, 2015, s. 129). I samtalene med informantene innebar dette blant annet at det ble fulgt opp videre dersom det ble fortalt om noe som i utgangspunktet ikke var inkludert i intervjuguiden.

I motsetning til ulike kvantitative metoder hvor man kan foreta objektive biologiske målinger for å undersøke ulike aspekter, er man i kvalitativ forskning ved bruk av intervjuer avhengig av fortolkning av utsagnene til informantene. En utfordring med dette er at man må kunne stole på informasjonen man innhenter fra informantene. Det er ikke i utgangspunktet noen grunn til å være mistroisk til informasjonen som er innhentet fra informantene, men ulike bias eller konfunderende faktorer kan forekomme som må tas med i beregningen. Dette er noe som til en viss grad kan påvirkes av forskeren. For å få frem informantens egne tanker, beskrivelser og erfaringer av et fenomen er det viktig at forskeren formulerer gode spørsmål og ikke leder informanten i en viss retning ved å stille ledende spørsmål (Jacobsen, 2015, s. 272).

Sentralt i all forskning står begrepene validitet og reliabilitet. Validitet deles ofte inn i to hovedkategorier; intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om hvorvidt konklusjonene som trekkes har dekning i vår empiri og om det vi ønsker å måle er det som virkelig blir målt (Jacobsen, 2015, s. 17). Den ytre, eller eksterne validiteten dreier seg om funnene i en undersøkelse kan generaliseres og vise seg gjeldene utover undersøkelseskonteksten (Jacobsen, 2015, s. 17), i denne sammenhengen individer med symptomer på muskeldysmorfi.

Ettersom kvalitative intervjuer er ressurskrevende og tar relativt lang tid for hvert individ som undersøkes, vil man som regel ikke være i stand til å undersøke mer enn et fåtall personer. Med få personer ($n=5$), samlet inn med et strategisk utvalg, som i denne studien, kan man stille spørsmålet om hvorvidt informantenes informasjon er representativ og kan generaliseres til å gjelde for andre enn dem selv og eventuelt populasjonen de representerer, i dette tilfelle menn med muskeldysmorfi med medlemskap på treningssenter i Norge. Resultatene fra denne studien stemmer godt overens med andre studier som har undersøkt ulike aspekter knyttet til muskeldysmorfi (Pope et al., 1997; Tod et al., 2016). Det var allikevel store variasjoner innad blant informantene, noe som gjør at det er vanskelig å trekke generelle konklusjoner for menn med muskeldysmorfi. Man kan derimot anta at menn med muskeldysmorfi i større grad enn befolkningen for øvrig opplever negative konsekvenser som kan innebære et vanskelig forhold til trening, kosthold og eget kroppsbylle.

Reliabilitet eller pålitelighet dreier seg om hvorvidt man kan stole på resultatene man får i en undersøkelse (Jacobsen, 2015, s. 17). Reliabiliteten vil bli sett på som høy dersom samme målemetode gir samme resultater gang på gang, og lav dersom resultatene varierer med en undersøkelse som gjennomføres på samme personer flere ganger. For å avdekke symptomer på muskeldysmorfi og dermed avgjøre hvem det var relevant å komme i kontakt med ble MDDI (Hildebrandt et al., 2004), et spørreskjema bestående av 13 spørsmål benyttet. Dette kan anses som en styrke da instrumentet har vist seg å være valid og reliabelt med den oversatte norske versjonen, gjennomført på et norsk utvalg (Sandgren et al., 2019). Bruken av en innledende kartlegging anses som en styrke da man i større grad er sikker på at utvalget som undersøkes er det man ønsker å undersøke, i denne studien menn med muskeldysmorfi.

Det ble gjennomført et pilotintervju i forkant av intervjuene med informantene. Dette ble gjennomført for å gjennomgang av intervjuet og for å få en omtrentlig oversikt over hvor lang tid det ville ta og eventuelt om noen av spørsmålene burde omformuleres. Etter gjennomføring av pilotintervjuet ble det vurdert at intervjuet var passe langt, og spørsmålene adekvate. Intervjuene ble deretter gjennomført som planlagt. Selv om ingen endringer ble foretatt i etterkant av intervjuet kan gjennomføringen av et pilotintervju anses som en styrke da det har blitt fullført en gjennomføring i forkant av intervjuer med informantene.

5.2.4 Etiske overveielser

I enhver studie hvor man har direkte kontakt med mennesker eller behandler data som omhandler mennesker er det en rekke etiske aspekter som må overveies. I denne undersøkelsen hvor selve undersøkelsen handler om menneskers erfaringer med en lidelse som blant annet assosieres med økt risiko for bruk av anabole androgene steroider og nedsatt livskvalitet (Pope et al., 1997, s. 548) er det spesielt viktig å ivareta intervjuobjektene på en best mulig måte. Ivaretakelsen av informantene innebærer flere ulike aspekter som videre vil bli beskrevet.

Etiske utfordringer kan oppstå i en intervjusituasjon. I denne undersøkelsen som handler om muskeldysmorfi, en lidelse assosiert med økt risiko for bruk av blant annet anabole steroider og økt selvmordsrisiko (Murray et al., 2010; Phillips & Menard, 2006) er det spesielt viktig å tenke over hva slags informasjon man er ute etter og hva den skal brukes til. Samfunnsforskningen bør tjene vitenskapelige og ikke minst menneskelige interesser (Kvale & Brinkmann, 2015, s96). Dette innebærer at man søker mest mulig samfunnsnyttig kunnskap, samtidig som man ivaretar deltagernes sikkerhet og velvære. I denne studien som innebærer forskning på mennesker er det viktig at forskningen gjennomføres i tråd med helseforskningslovens kapittel 5, forskning som involverer mennesker (Helseforskningsloven, kapittel 5, 2008). I tillegg ble undersøkelsen søkt godkjent til Norsk senter for forskningsdata i og med at datainnsamlingen inneholder personopplysninger i form av kontaktinformasjon på den kvantitative delen av undersøkelsen, samt stemmene til informantene i den kvalitative delen. Dette er en undersøkelse hvor informantene vil bli bedt om å dele informasjon om seg selv, som for noen kan oppleves som ubehagelig, det er derfor særdeles viktig at informantene kan føle seg trygge på at deres opplysninger vil bli behandlet på en ryddig måte og ikke vil føre til at opplysningene senere kan bli koblet tilbake til dem selv.

Anonymisering

Det vil si at personene som intervjues ikke er gjenkjennbare for andre. For å bevare kriteriet om anonymitet bør man som intervjuer unngå spørsmål som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner. Dette ble gjort ved å unngå å stille spesifikke spørsmål om eksempelvis utdanning, fødselsdato, arbeidsstilling, spesielt i kombinasjon. I tillegg er det viktig at data lagres på riktig måte og ikke sammen med navn på den som blir intervjuet.

Legge til rette for en god relasjon mellom intervjuer og informant

Samspeilet mellom intervjuer og informant spiller en essensiell rolle i intervjuet. En flink intervjuer skaper en relasjon som kan gi betydningsfull innsikt i det fenomenet som undersøkes (Kvale et al., 2015, s. 336). Dette er viktig for å få mest og best mulig kunnskap ut fra informanten, og ikke minst for å ivareta informanten som person.

Det kan for noen oppleves ubehagelig å snakke om personlige erfaringer knyttet til aspekter som eget kroppsilde, trening og maskulinitet. Dersom det ble opplevd at informantene hadde betenkeligheter med å snakke om noe eller viste ubehag, ble de ikke presset til å snakke videre. Selv om det for noen kan oppleves ubehagelig for noen å snakke om sensitive temaer knyttet til egen kropp og kroppsilde, vil det også for noen kunne ha en positiv effekt å snakke med noen om egne utfordringer.

I etterkant av samtalen ble det gjennomført en kort samtale for at informantene kunne fortelle om hvordan de opplevde intervjuet. Informantene ble spurt om de hadde tanker eller følelser de hadde behov for å snakke med andre personer om og dersom det hadde blitt ansett som nødvendig, ville de de blitt anbefalt å kontakte fastlege eller andre med kompetanse på området. Det var ingen av informantene som uttrykte et ønske om å snakke om sine problemer med andre personer, så det ble ikke ansett som nødvendig å sette noen i kontakt med fagpersoner eller å anbefale noen å kontakte fastlege.

6. Konklusjon

Denne undersøkelsen støtter tidligere funn om at muskeldysmorfi er til stede blant norske menn og påvirker deres hverdag på ulike måter. Disse ulike måtene innebærer negativ selvevaluering, prioritering av trening fremfor andre aktiviteter og utfordringer i hverdagen som kommer til uttrykk gjennom blant annet unngåelse av sosiale sammenkomster hvor kroppen kan bli eksponert og negative tanker og opplevelser for seg selv og andre dersom trenings eller kostholdsregimet ikke gjennomføres som planlagt.

Det ble funnet en tydelig sammenheng mellom symptomer på muskeldysmorfi og bekymret spiseatferd og treningsavhengighet blant flere av respondentene. For noen var trening noe som ble prioritert, til tross for at det gikk på bekostning av andre aspekter som skole og sosiale sammenkomster. Det ble også beskrevet et forhold til kosthold og trening som gikk utover andre enn bare dem selv. Flere beskrev at de kunne bli irritert på andre dersom treningen ikke ble gjennomført som planlagt og at eget kostholdsregime gjorde det vanskelig å leve sammen med en samboer som hadde et annet forhold til mat.

Det ble identifisert ulike faktorer som kan ses på som utløsende i utviklingen av muskeldysmorfi. For flere av informantene var ønsket om å endre kroppssammensetning til en mer muskuløs kropp med lavere fettprosent en av hovedårsakene til deres fokus på trening og kosthold. I tillegg hadde flere opplevd negative kommentarer fra andre om kroppen deres, noe som hadde påvirket eget kroppsbilde.

Flere av deltakerne hadde intensjoner med treningen som var knyttet til utseende. Dette støtter tidligere antakelser om at intensjonen med treningen kan spille en sentral rolle i utviklingen av muskeldysmorfi.

Bruk av prestasjonsfremmende stoffer som anabole androgene steroider ble ikke beskrevet som noe som var aktuelt for noen av informantene, begrunnet med frykten for negative konsekvenser for egen helse, eller at det stred mot egne verdier.

7. Praktiske implikasjoner og fremtidig forskning

Det er svært begrenset med studier på muskeldysmorfi gjennomført på i Norge, spesielt gjelder dette kvalitative undersøkelser. Funnene i denne studien vil kunne sette søkelys på en lidelse som får lite oppmerksomhet både i akademia og i media. Økt interesse og kunnskap om et fenomen er et godt utgangspunkt for videre forskning som vil kunne finne sammenhenger og igjen skape mer kunnskap om hva som kan gjøres i form av behandling og ikke minst forebygging av lidelsen. Fremtidig forskning kan med fordel inkludere flere studier som kartlegger forekomsten av lidelsen på tvers av ulike kjønn og aldersgrupper i tillegg til kvalitative undersøkelser som tar utgangspunkt i personer med muskeldysmorfi sine egne erfaringer knyttet til lidelsen.

8. Referanser

- Altamura, C., Paluello, M. M., Mundo, E., Medda, S., & Mannu, P. (2001). Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(3), 105–108.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
- Badenes-Ribera, L., Rubio-Aparicio, M., Sánchez-Meca, J., Fabris, M. A., & 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.
- Baghurst, T., Hollander, D. B., Nardella, B., & Haff, G. G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image*, 3(1), 87–91.
- Bartsch, D. (2007). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clinical Psychologist*, 11(1), 16–23.
- Bégin, C., Turcotte, O., & Rodrigue, C. (2019). Psychosocial factors underlying symptoms of muscle dysmorphia in a non-clinical sample of men. *Psychiatry Research*, 272, 319–325.
- Behar, R., & Molinari, D. (2010). [Muscle dysmorphia, body image and eating behaviors in two male populations]. *Rev Med Chil*, 138(11), 1386–1394. PubMed.
- Bjørndahl Iversen, A. (2011). Kvalitative og kvantitative metoder – et kontinuum? *Sosiologisk tidsskrift*, 19(2), 175–183.
- 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 Translational Medicine*, 12(1), 221.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder empiri og teoriutvikling*. Gyldendal akademisk.
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry research*, 178(1), 171–175.
- Cafri, G., Olivardia, R., & Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 374–379.
- 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.
- Campisi, T. A. (1995). Exposure and response prevention in the treatment of body dysmorphic disorder.
- Cansever, A., Uzun, Ö., Dönmez, E., & Özşahin, A. (2003). The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 60–64.
- Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2012). Muscle dysmorphia: A comparison between competitive bodybuilders and fitness practitioners. *Journal of Nutritional Therapeutics*, 1(1), 12–18.

- Chandler, C. G., Grieve, F. G., Derryberry, W. P., & Pegg, P. O. (2009). Are anxiety and obsessive-compulsive symptoms related to muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 8(2), 143–154.
- Choi, P. Y. L., Pope, H. G., & Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: A new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36(5), 375.
- Compte, E. J., Cattle, C. J., Lavender, J. M., Murray, S. B., Brown, T. A., Capriotti, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Obedin-Maliver, J., Lunn, M. R., & Nagata, J. M. (2021). Psychometric evaluation of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among cisgender gay men and cisgender lesbian women. *Body Image*, 38, 241–250.
- Contesini, N., Adami, F., Blake, M., Monteiro, C. B., Abreu, L. C., Valenti, V. E., Almeida, F. S., Luciano, A. P., Cardoso, M. A., Benedet, J., de Assis Guedes de Vasconcelos, F., Leone, C., & Frainer, D. E. S. (2013). Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia. *International Archives of Medicine*, 6(1), 25.
- Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2005). Nonpsychiatric Medical Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549–555.
- 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.
- Devlin, J., Ross, L., & Kotchick, B. A. (2008). Body dissatisfaction and self-esteem among male college students. *Modern Psychological Studies*, 13(2), 9.
- Diehl, B. J., & Baghurst, T. (2016). Biopsychosocial factors in drives for muscularity and muscle dysmorphia among personal trainers. *Cogent Psychology*, 3(1), 1243194.
- Dingemans, A. E., van Rood, Y. R., de Groot, I., & van Furth, E. F. (2012). Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: Prevalence and characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 562–569.
- dos Santos Filho, C. A., Tirico, P. P., Stefano, S. C., Touyz, S. W., & Claudino, A. M. (2016). Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(4), 322–333.
- 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 & Masculinity*, 19(2), 273–281.
- Farrell, E. (2020). Researching Lived Experience in Education: Misunderstood or Missed Opportunity? *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920942066.
- Geremia, G. M., & Neziroglu, F. (2001). Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8(4), 243–251.
- Gorrasi, I. S. R., Ferraris, C., Degan, R., Daga, G. A., Bo, S., Tagliabue, A., Guglielmetti, M., Roppolo, M., Gilli, G., Maran, D. A., & Carraro, E. (2022). Use of online and paper-and-pencil questionnaires to assess the distribution of orthorexia nervosa, muscle dysmorphia and eating disorders among university students: Can different approaches lead to different results? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(3), 989–999.
- 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.
- Grieve, F. G. (2007). *Eating disorders*, 15(1), 63–80.
- Grieve, R., & Helmick, A. (2008). The Influence of Men's Self-Objectification on the Drive for Muscularity: Self-Esteem, Body Satisfaction and Muscle Dysmorphia.

- International Journal of Men's Health, 7(3), 288–298. Health Research Premium Collection.
- Griffiths, S., Murray, S. B., & Touyz, S. (2015). Extending the masculinity hypothesis: An investigation of gender role conformity, body dissatisfaction, and disordered eating in young heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(1), 108–114.
- Grogan, S. (2017). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. Routledge.
- Grønmo, S. (2015). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforl.
- Haase, A. M., Prapavassis, H., & Owens, R. G. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female elite athletes. *Psychology of sport and Exercise*, 3(3), 209-222.
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Lovdata.
- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 1), S85–S92. PubMed.
- Hildebrandt, T., Langenbacher, J., & Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169–181.
- Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbacher, J., & Chung, T. (2006). Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 127–135.
- Himanshu, null, Kaur, A., Kaur, A., & Singla, G. (2020). Rising dysmorphia among adolescents: A cause for concern. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(2), 567–570.
- Hitzerth, V., Wessels, C., Zungu-Dirwayi, N., Oosthuizen, P., & Stein, D. J. (2001). Muscle dysmorphia: A South African sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(5), 521–523.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. TANO.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Damm akademisk.
- Kanayama, G., Hudson, J. I., & Pope, Jr., H. G. (2020). Anabolic-Androgenic Steroid Use and Body Image in Men: A Growing Concern for Clinicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 65–73.
- Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). *CNS Spectrums*, 13(4), 316–322. Cambridge Core.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Leit, R. A., Gray, J. J., & Pope Jr., H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 334–338.
- 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.

- 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.
- Maida, D. M. (2003). *The classification of muscle dysmorphia*. La Salle University.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805.
- 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.
- Mayville, S., Katz, R. C., Gipson, M. T., & Cabral, K. (1999). Assessing the Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in an Ethnically Diverse Group of Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 8(3), 357–362.
- Meinich-Bache, K. (2019). Muskeldysmorfi hos menn med medlemskap på treningscenter: En undersøkelse av utbredelse og potensielle korrelater.
- Mitchison, D., Mond, J., Griffiths, S., Hay, P., Nagata, J. M., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., & Murray, S. B. (2021). Prevalence of muscle dysmorphia in adolescents: Findings from the EveryBODY study. *Psychological Medicine*, 1–8. Cambridge Core.
- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(3), 191–198.
- Murray, S. B., Maguire, S., Russell, J., & Touyz, S. W. (2012). The emotional regulatory features of bulimic episodes and compulsive exercise in muscle dysmorphia: A case report. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 68–73.
- 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.
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & De la Garza García, L., Yolanda. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 483–491.
- Neziroglu, F. A., & Yaryura-Tobias, J. A. (1993). Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24(3), 431–438.
- Nicewicz, H. R., & Boutrouille, J. F. (2022). *Body Dysmorphic Disorder*. I StatPearls. StatPearls Publishing.
- Nieuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2012). Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder. *A Sport Psychology Perspective on Olympians and the Olympic Games*, 13(5), 569–577.
- O’gorman, B., Sheffield, J., Clarke, R., & Griffiths, S. (2020). “Guys don’t talk about their bodies”: A qualitative investigation of male body dissatisfaction and sociocultural influences in a sample of 40 Australian males. *Clinical Psychologist*, 24(2), 123–132.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, Mirror on the Wall, Who’s the Largest of Them All? The Features and Phenomenology of Muscle Dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(5), 254–259.
- 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.

- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 129–132.
- 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.
- 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.
- Pace, U., D'Urso, G., Passanisi, A., Mangialavori, S., Cacioppo, M., & Zappulla, C. (2020). Muscle Dysmorphia in Adolescence: The Role of Parental Psychological Control on a Potential Behavioral Addiction. *Journal of Child and Family Studies*, 29(2), 455–461.
- 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).
- Parent, M. C. (2013). *Psychology of Men & Masculinity*, 14(1), 88.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302–302.
- Phillips, K. A., & Menard, W. (2006). *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1280–
- Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 77–87.
- Phillips, K. A., Pinto, A., & Jain, S. (2004). Self-esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(4), 385–390.
- Phillips, K., Atala, K., & Pope, H. (1995). Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. 157.
- 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.
- 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.
- Pope, H. G., Jr, Khalsa, J. H., & Bhasin, S. (2017). Body Image Disorders and Abuse of Anabolic-Androgenic Steroids Among Men. *JAMA*, 317(1), 23–24.
- Pope, H., Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. Simon and Schuster.
- Rhea, D., Lantz, C. D., & Cornelius, A. (2004). Development of the muscle dysmorphia inventory (MDI). *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 44(4), 428–435.
- RIEF, W., BUHLMANN, U., WILHELM, S., BORKENHAGEN, A., & BRÄHLER, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877–885. Cambridge Core.
- Rohman, L. (2009). The Relationship Between Anabolic Androgenic Steroids and Muscle Dysmorphia: A Review. *Eating Disorders*, 17(3), 187–199.
- Rosen, J. C., & Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755–766.

- Sandgren, S. S., Giske, R., & Shalfawi, S. A. (2019). Muscle dysmorphia in norwegian gym-going men: An initial investigation. *Kinesiology*, 51(1), 12–21.
- Sandhu, J. S., Kishore, S., Shenoy, S., & Randhawa, H. S. (2013). *Journal of Postgraduate Medicine Education and Research*, 47(2), 77–82.
- Santarnecchi, E., & Dèttore, D. (2012). Muscle dysmorphia in different degrees of bodybuilding activities: Validation of the Italian version of Muscle Dysmorphia Disorder Inventory and Bodybuilder Image Grid. *Body Image*, 9(3), 396–403.
- Sathyanarayana, H. P., Padmanabhan, S., Balakrishnan, R., & Chitharanjan, A. B. (2020). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder among patients seeking orthodontic treatment. *Progress in Orthodontics*, 21(1), 20.
- Schneider, C., Agthe, M., Yanagida, T., Voracek, M., & Hennig-Fast, K. (2017). Effects of muscle dysmorphia, social comparisons and body schema priming on desire for social interaction: An experimental approach. *BMC Psychology*, 5(1), 19.
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Mond, J., & Hudson, J. L. (2017). Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(6), 595–603.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D., Cohen, L., & Aronowitz, B. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152(8), 1207–1209. PubMed.
- Singh, A. R., & Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 1), S131–S135.
- Thomas, L. S., Tod, D. A., & Lavalley, D. E. (2011). Variability in Muscle Dysmorphia Symptoms: The Influence of Weight Training. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 25(3).
- Tod, D., Edwards, C., & Cranswick, I. (2016). Muscle dysmorphia: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 179–188.
- Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., Gagné, M., & Marsolais, J. (2003). Les passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 756–767.
- Vashi, N. A. (2016). Obsession with perfection: Body dysmorphia. *Clinics in Dermatology*, 34(6), 788–791.
- Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate Medical Journal*, 80(940), 67.
- Veale, D., Ellison, N., Werner, T. G., Dodhia, R., Serfaty, M. A., & Clarke, A. (2012). Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65(4), 530–
- Vålandsmyr, T. (2018). Muskeldysmorfi-Utbredelse og forskjeller blant norsk ungdom-En kvantitativ undersøkelse.
- Watts, F. N. (1990). Aversion to personal body hair: A case study in the integration of behavioural and interpretative methods. *British Journal of Medical Psychology*, 63(4), 335–340.
- Wilhelm, S., Greenberg, J. L., Rosenfield, E., Kasarskis, I., & Blashill, A. J. (2016). The Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale: Development and preliminary validation of a self-report scale of symptom specific dysfunction. *Body Image*, 17, 82–87.
- Wilson, J. B., & Arpey, C. J. (2004). Body Dysmorphic Disorder: Suggestions for Detection and Treatment in a Surgical Dermatology Practice. *Dermatologic Surgery*, 30(11), 1391–1399.

Wolke, D., & Sapouna, M. (2008). Big men feeling small: Childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(5), 595–604.

9. Vedlegg

Vedlegg 1. Spørreundersøkelse, MDDI

Spørreundersøkelse, MDDI:

Ranger de ulike uttalelsene ut ifra hvordan du tenker, føler eller oppfører deg. Kryss av et av alternativene; ”sterkt uenig”, ”uenig”, ”usikker”, ”enig”, ”sterkt enig”.

1. Jeg synes kroppen min er for liten

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

2. Jeg går i romslige klær slik at andre ikke kan se kroppen min

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

3. Jeg hater kroppen min

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

4. Jeg skulle ønske jeg kunne blitt større i muskelmasse

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

5. Jeg synes brystmuskulaturen min er for liten

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

6. Jeg synes beina mine er for tynne

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

7. Jeg føler jeg har for mye kroppsfett

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

8. Jeg skulle ønske jeg hadde større armer

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

9. Jeg er veldig sjenert og redd for at andre skal se meg uten t-skjorte

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

10. Jeg blir engstelig når jeg går glipp av en eller flere treningsøkter

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

11. Jeg sier nei til sosiale aktiviteter med venner på grunn av min treningsplan

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

12. Jeg føler meg deprimert når jeg går glipp av en eller flere treningsøkter

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

13. Jeg prioriterer min treningsplan fremfor å møte nye mennesker

- (1) Sterkt uenig
- (2) Uenig
- (3) Usikker
- (4) Enig
- (5) Sterkt enig

Ditt telefonnummer: _____

Vedlegg 2. Intervjuguide

Informering om prosjektet:

- Lydopptak
- Anonymt
- Trekke seg når man vil
- Avvikling og sletting av lydopptak

1. Bakgrunn

Hvor gammel er du?

Hva jobber du med, evt studerer?

Hva gjør du på fritiden din?

Er du i et forhold?

Har du en stabil økonomi?

Hvordan er bosituasjonen din?

2. Trening og kropp

Hvor mye trener du i løpet av en vanlig uke?

- Varighet
- Hyppighet
- Intensitet

Hva trener du?

Hvordan vil du beskrive aktivitetsnivået ditt utenfor treningssenteret; er du i mye fysisk aktivitet som du ikke regner som «trening»?

Har du noen intensjoner eller mål med treningen?

- utseende
- Styrke
- Sosialt
- Helse
- Annet

Hvor viktig er trening for deg?

Når ble du interessert i trening?

Kan du tenke deg noe i din fortid som har gjort at du har blitt så interessert i trening?

Hvordan vil du beskrive oppveksten din?

- Kan du komme på noen negative opplevelser i din barndom?
- Tror du dette kan ha gjort deg mer motivert for trening?

Tror du dette kan ha påvirket din interesse for trening?

Er det noen andre personer som har hatt noen påvirkning på din treningsinteresse?

Har du noen forbilder når det gjelder kropp eller trening?

3. Kropp

Hva opplever du at er en attraktiv/idealkropp for menn i dagens samfunn?

Har du noen tanker om hvor disse kroppene opptrer/viser seg?

-Sosiale medier

-Øvrig populærkultur (film, serier, magasiner etc.)

Hva legger du i begrepet maskulinitet?

Vil du beskrive deg selv som maskulin?

-Hvorfor (ikke)?

Har du et ønske om å være mer maskulin?

4. Kosthold og egen kropp

Hvor viktig er kosthold og ernæring for deg?

Hvordan vil du beskrive kostholdet ditt?

-Mye

protein

-Lite fett?

-Kosttilskudd?

Hvor nøye overvåker du eget kosthold?

Hvordan blir bruk av ulovlige stoffer sett på i ditt treningsmiljø?

Vet du om noen i ditt treningsmiljø som bruker ulovlige stoffer for å bedre prestasjon og /eller utseende?

Har du noen gang blitt fristet til bruk av ulovlige stoffer for å nå dine mål?
hvorfor (ikke)?

Sammenligner du egen kropp med andre sin?

-Hvilke?

5. Oppfatning av egen kropp

Hva slags forhold har du til egen kropp?

-Hva er du fornøyd med?

-Hva er du misfornøyd med?

-Hva må til for å endre den så den blir mer i tråd med dine ønsker?

På hvilken måte påvirker dine tanker rundt egen kropp hverdagen din?

Opplever du psykisk nedsatt velvære fordi du bekymrer deg for egen kropp?
På hvilken måte?

Sjekker du ofte egen kropp i speil eller på bilder?
-Hvilke tanker gjør du deg da?

6. Andres oppfatning av egen kropp

Er det viktig for deg at andre ser på kroppen din som attraktiv?

Hvem er det viktig at anser kroppen din som attraktiv?
-Personer på treningssenteret?
-Jenter?
-Venner?
-Familie?
-Følgere på sosiale medier?

Er du komfortabel i sosiale settinger dersom kroppen din kan bli eksponert?

Er det noen som har uttrykt bekymring for deg når det gjelder trening og/eller kosthold?
Hvordan påvirker det deg?

7. utfordringer i hverdagen

Hvordan vil du si at ditt forhold trening og kosthold preger hverdagen din?
Har det en negativ påvirkning på andre områder?

Har du en positiv tilnærming til trening og kosthold eller føler du en forpliktelse til å trene og spise på en måte som kan hjelpe deg å nå dine mål?

Dersom du går glipp av en eller flere treningsøkter, hvordan påvirker det deg?
-Angst
-Depresjon

Hvordan har du det sosialt?
-Venner
-Familie
-Signifikante andre

Hender det at ditt fokus på trening går på bekostning av andre?
-Avlyse planer med venner?
-Irritert på andre dersom du ikke får trent?

Har du noen tanker eller noe du vil legge til som jeg ikke har spurt om?

Vedlegg 3. Godkjenning NSD

17.11.2021, 10:28

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Kroppsbilde og treningsvaner blant menn med medlemskap på treningssenter i alderen 18-40 år, en kvalitativ undersøkelse, av Alexander Glimsdal

Referansenummer

391750

Registrert

14.10.2021 av Alexander Glimsdal - alexag16@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for folkehelse, idrett og ernæring

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Monica Klungland Torstveit, monica.k.torstveit@uia.no, tlf: +4738141831

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Alexander Glimsdal, aglimsdal@yahoo.no, tlf: 99115888

Prosjektperiode

27.08.2021 - 15.05.2022

Status

16.11.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

16.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.11.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

NSD legger til grunn at prosjektet er foreløpig godkjent i fakultetet for helse- og idrettsvitenskaps etiske komite (FEK).

Behandlingen kan starte.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/6128aac8-dafb-4ee3-8764-d6d49795faeb>

1/3

Vedlegg 4. Samtykkeskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Kroppsbilde og treningsvaner blant menn med medlemskap på treningscenter i alderen 18-40 år?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fenomenet muskeldysmorfi, et kroppsbildefenomen som oftest rammer menn. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne spørreundersøkelsen er å avdekke symptomer på muskeldysmorfi. Dersom resultatene viser symptomer på muskeldysmorfi, vil du bli forespurt om videre deltakelse i studien hvor hensikten vil være å få en bedre forståelse av hva som kjennetegner fenomenet og hvordan det preger hverdagen gjennom et kvalitativt intervju.

Resultatene vil bli benyttet i en mastergradsoppgave/forskningspublikasjon ved UiA.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er mann i alderen 18-40 år med medlemskap på et treningscenter i Norge.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i spørreundersøkelsen innebærer å svare på et kort spørreskjema om trening og kroppsbilde.

Deltakelse i den kvalitative delen av undersøkelsen innebærer en samtale som omhandler dine egne erfaringer og opplevelser knyttet til blant annet kropp, trening og selvbylde. Det vil bli gjort lydopptak av samtalen som senere vil bli transkribert. Du vil være anonym og ingen opplysninger vil kunne spores tilbake til deg.

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.

Tilgang til data vil kun være tilgjengelig for student, Alexander Glimsdal og veiledere, Monica Klungland Torstveit & Bjørn Tore Johansen.

Deltakere i undersøkelsen vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og lydopptak vil bli slettet når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.12.2022

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiA har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS 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:

UiA ved:

Alexander Glimsdal, aglimsdal@yahoo.no

Monica Klungland Torstveit, monica.k.torstveit@uia.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Monica Klungland Torstveit (Veileder)

Alexander Glimsdal (student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Kroppsbilde og treningsvaner blant menn med medlemskap på treningssenter i alderen 18-40 år, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i Spørreundersøkelse
- å delta i Kvalitativt intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)