



Symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler blant kvinner og menn i behandling for rusmiddelavhengighet

Heid Nøkleby
Avhandling levert for graden
Philosophiae Doctor



Høgskolen
i Lillehammer

Lillehammer University College • hil.no

Symptomer på spiseforstyrrelser og
bruk av dopingmidler blant kvinner og menn
i behandling for rusmiddelavhengighet

Heid Nøkleby
Avhandling levert for graden
Philosophiae Doctor

Høgskolen i Lillehammer

© **Heid Nøkleby, 2014**

Doktoravhandlinger ved Høgskolen i Lillehammer
Nr 1

ISSN: 1893-8337
ISBN: 978-82-7184-357-1

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverksloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

hil.no

Forsidebilde: Scott Lifshutz, "Uten tittel", 1991. Henger som en del av Olympiasamlingen '94 på plan 1 på Høgskolen i Lillehammer og er gjengitt med tillatelse av kunstneren.
Foto: Gro Vasbotten

Trykk og innbinding: Flisa Trykkeri AS, Flisa

Sammendrag

Tema for denne doktorgradsavhandlingen er spise/kroppsproblematikk blant kvinner og menn i behandling for rusmiddelavhengighet. Tidligere internasjonal forskning har vist samvariasjon mellom rusmiddelproblemer og spiseforstyrrelser, og mellom rusmiddelproblemer og bruk av dopingmidler. Få studier har imidlertid sett disse tre områdene – rusavhengighet, spiseforstyrrelser og dopingbruk – i sammenheng.

Det overordnede forskningsspørsmålet i denne doktorgradsstudien er: Hva er utbredelsen av spise/kroppsproblematikk blant menn og kvinner i behandling for rusmiddelavhengighet? De underordnede spørsmålene omhandler utbredelsen av symptomer på spiseforstyrrelser, utbredelsen av bruk av dopingmidler, motivasjon for bruk av dopingmidler, eventuelle kjønnsforskjeller når det gjelder symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler, samt forholdet mellom rusbehandling og spise/kroppsproblematikk. I tillegg er ett forskningsspørsmål rettet mot tidligere forskning og samvariasjon av spiseforstyrrelser og narkotikaavhengighet.

Metodiske tilnærminger er spørreundersøkelse med et standardisert instrument, kvalitative intervjuer, deltakende observasjon og en forskningsoppsummering. Data er hentet fra et utvalg kvinner og menn innlagt i en behandlingsinstitusjon for rusmiddelavhengighet (Tyrili), samt tidligere internasjonale prevalensstudier.

Den vitenskapsteoretiske rammen er kritisk realisme. Kroppsfenomenologisk teori er grunnmuren i den teoretiske forståelsen. Videre teoretiske bidrag er sosiologisk teori om kjønn, antropologisk teori om overgangsritualer, samt psykologisk teori om følelsesregulering.

Artikkel I oppsummerer tidligere studier som er gjort av samvarierende spiseforstyrrelser og narkotikamisbruk/avhengighet (1990-2011). Dette er den første reviewstudien som kun inkluderer utvalg der det måles spiseforstyrrelser og narkotikalidelser i tråd med diagnosekriteriene. Databasesøk resulterte i 13 aktuelle studier, der 11 tok utgangspunkt i utvalg med spiseforstyrrelser. Ti av studiene omfattet kun kvinner. I utvalgene med spiseforstyrrelser rapporterte mellom 8 og 43 prosent også narkotikalidelser på undersøkelsestidspunktet eller tidligere. I gruppen med narkotikalidelser ble spiseforstyrrelser rapportert av 14 prosent på undersøkelsestidspunktet og 27 prosent da eller tidligere. Den mest utbredte spiseforstyrrelsen var bulimi og bulimisk form av anoreksi, mens den mest utbredte narkotikalidelsen var avhengighet av stimulerende midler eller cannabis.

Artikkel II viser resultater fra en spørreundersøkelse som ble foretatt blant pasienter innlagt i behandling for rusmiddelavhengighet (Tyrili) i 2009-2010. 79 mannlige og 30 kvinnelige pasienter deltok. En tredjedel av kvinnene og 8 prosent av mennene rapporterte symptomer på

spiseforstyrrelser. Gruppen skåret signifikant høyere på subskalaene *Vektfobi*, *Bulimi*, *Kroppsmisnøye*, *Lav selvtillit*, *Mellommenneskelig utrygghet*, *Introspektiv oppmerksomhet*, *Askese* og (lav grad av) *Impulsregulering*. I tillegg rapporterte de mer bruk av amfetamin. Videre oppgav 41 prosent av mennene og 20 prosent av kvinnene at de hadde brukt dopingmidler noen gang. En fjerdedel av dopingbrukerne hadde brukt siste år. De viktigste grunnene oppgitt for bruk av dopingmidler var å “få den kroppen jeg ønsker meg”, “få store muskler/bli sterk” og “få bedre selvfølelse”.

Artikkel III henter data fra den samme spørreundersøkelsen men undersøker mer detaljert symptomer på spiseforstyrrelser blant de kvinnelige pasientene. Utvalget sammenlignes med utvalg av pasienter som er i behandling for spiseforstyrrelser, hentet fra to nordiske studier. 31 prosent av kvinnene i Tyriliutvalget rapporterer symptomer på spiseforstyrrelser på linje med spiseforstyrrelsespasienter. Testinstrumentet *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) viste at de rusmiddelavhengige kvinnene med symptomer på spiseforstyrrelser skårer særlig høyt på subskalaene *Vektfobi*, *Askese* og *Introspektiv oppmerksomhet* – vansker med å identifisere og uttrykke følelser. Tyriliutvalget skårer høyt på *Mellommenneskelig utrygghet* og (lav grad av) *Impulsregulering*, sammenlignet med spiseforstyrrelsesutvalget.

Artikkel IV er en kvalitativ studie av ni mannlige pasienter i Tyrili i perioden 2010 til 2011. I fokus er særlig styrketrening og bruk av dopingmidler. Analysen av intervjuene tok utgangspunkt i *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). Gjennom eksplorerende intervjuer trer det frem ulike praksiser som igjen knyttes til fire analytiske kategorier: “inngangsporter”, “den aktive kroppen”, “den symbolske kroppen” og “den avhengige kroppen”. Funnene diskuteres i lys av teori om dognbehandling som en liminal fase med fokus på forandring, maskulinitetsteori om kroppsrefleksive praksiser, samt teori om følelsesregulering og mentalisering. I tillegg løfter artikkelen frem ruspotensialet ved bruk av anabole steroider.

Doktorgradsstudien som helhet viser at problematikk knyttet til kropp, mat og trening er utbredt i et utvalg rusmiddelavhengige i behandling. Dette har ikke tidligere vært studert i norsk sammenheng. Funnene antyder at funksjoner ved rusmidler og ved dopingmidler kan variere, at amfetamin kan brukes som slankemiddel og anabole steroider som rusmiddel. De teoretiske tolkningene legger vekt på regulering av følelser, rusbehandling som endringsarena, samt opplevelser av og forventninger til kjønnede kroppar i en kulturell kontekst.

Mulige implikasjoner for behandling er flere. Bevisst praksis fra tiltakets side når det gjelder mat og trening er viktig i rusbehandling. Interesse for og kartlegging av holdninger og atferd knyttet til mat, trening, kroppsoppfatninger og dopingbruk er betydningsfullt for å kunne fange opp og hjelpe pasienter som trenger det. Ved samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser som spiseforstyrrelser eller tilsvarende, er integrert behandling anbefalt fra flere hold.

Abstract in English

The topic of this doctoral dissertation is problems in relation to body, food and exercise among women and men in treatment for substance addiction. Previous international research has found co-occurrence between substance use problems and eating disorders, and between substance use problems and the use of doping agents. However, few studies have seen these three problem areas together – substance addiction, eating disorders and the use of doping agents.

The main research question in this doctoral dissertation is: What is the prevalence of eating/body-related problems among men and women in treatment for drug addiction? The sub-questions concern the prevalence of eating disorder symptoms, the prevalence of the use of doping agents, motivation for the use of doping agents, possible gender differences attached to eating disorder symptoms and the use of doping agents, and relations between substance use treatment and eating/body-related problems. In addition, one research question involves previous prevalence studies of co-occurring eating disorders and drug disorders.

The methodological approach is a combination of a survey (including a standardized inventory), qualitative interviews, participant observation, and a research review. The data derive from a sample of women and men in residential treatment for substance addiction (Tyrili Foundation), and existing prevalence studies.

I employ critical realism as a philosophical meta-theory for the study. Body-phenomenological theory is the basis in the theoretical approach. The findings are discussed in relations to several theories: sociological theory on gender, anthropological theory on transitional processes, and psychological theory on emotion regulation.

Article I summarizes previous studies on co-occurring eating disorders and drug disorders (1990-2011). This is the first review study that includes only the diagnostic disorders. A systemized search of data bases resulted in 13 relevant studies, of which 11 involved samples originally diagnosed with eating disorders. 10 of the studies included only women. In the samples with initial eating disorders between 8 and 43 per cent reported lifetime drug disorders. In the samples initially diagnosed with drug disorders, 14 per cent reported eating disorders at the point of the study, with the figure rising to 27 per cent on a lifetime scale. The most prevalent eating disorders were bulimia and the bulimic subtype of anorexia, while the most prevalent drug disorders were stimulants/cannabis disorders.

Article II presents results from the survey, which was administered to patients in residential treatment at Tyrili between 2009 and 2010. 79 male and 30 female patients participated. One third of the women and 8 per cent of the men reported symptoms of eating disorders. This group had a significant higher score on the EDI-2 subscales *Drive for Thinness*,

Bulimia, Body Dissatisfaction, Ineffectiveness, Interpersonal Distrust, Interoceptive Awareness, Asceticism and (low) *Impulse Regulation*. The group also reported more frequent use of amphetamine. In the total sample, 41 percent of the men and 20 per cent of the women reported lifetime use of doping agents. One fourth of the doping users reported use in the last year. The most frequent reasons for using were “get the body I want”, “get big muscles/get strong” and “improve confidence”.

Article III makes use of data from the same survey, but investigates eating disorder symptoms among the female patients in further detail. The sample is compared to samples of eating disorder patients from two Nordic studies. 31 percent of the women in the Tyrili sample reported eating disorder symptoms on the same level as the eating disorder patients. The psychological subscales in the standardised inventory *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) showed that the female drug addicts with symptoms of eating disorders have particularly high scores on *Drive for Thinness, Asceticism* and *Interoceptive Awareness* (the latter concerns difficulties in identifying and expressing emotions). The Tyrili sample scores high on *Interpersonal Distrust* and (low degree of) *Impulse Regulation*, compared to the eating disorder sample.

Article IV is a qualitative study of nine male patients at Tyrili in the period 2010 to 2011. The emphasis is on workout practices and the use of doping agents. The analysis was based in *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). Through explorative interviews various body practices were uncovered, and these were sorted into four analytical categories: “gateway to practices”, “the active body”, “the symbolic body” and “the addicted body”. The findings are discussed in light of theory of treatment as a liminal phase in a *rite de passage*, theory of masculinity, and theory of emotion regulation and mentalization. In addition, the article highlights the potential intoxication by anabolic-androgenic steroids, similar to that of other substances.

Overall, this doctoral study shows that problems in relation to body, food and exercise are prevalent in a sample in treatment for substance addiction. This has not previously been investigated in Norway. The findings imply variations in what functions substances and doping agents might have, as amphetamine can be used for dieting and doping agents for “getting high”. The theoretical analyses highlight regulation of emotions, substance use treatment as a period for change, as well as experiences with and expectations to gendered bodies in a cultural context.

There are several possible implications for treatment. Awareness when it comes to food and physical exercise is important, especially in residential treatment for substance problems. Interest in and mapping of attitudes and behaviour towards food, exercise, body image and the use of doping agents are of central importance in order to be able to identify and help patients in need. For co-occurring substance disorder and mental disorders – for instance eating disorders – integrated treatment is generally recommended.

Forord

Jeg har interessert meg for temaet spise/kroppsproblematikk og rus siden 2003, kort tid etter min oppstart i Tyrili. Finn Skårderud, som i dette doktorgradsprosjektet har vært min hovedveileder, har fulgt meg på sidelinjen gjennom hele perioden. Hans engasjement har bekreftet betydningen av tematikken, og hans kunnskap og ulike innfallsvinkler til psykologi og kultur har vært uvurderlig for mitt arbeid. Marie Nordberg har som bileveileder på utrettelig vitenskapelig vis drevet meg til å skjønne hva jeg mener, hvorfor jeg mener det og hvordan jeg må argumentere for det. Som mine veiledere har Finn og Marie representert ulike deler av akademien, hvilket har vært spennende og lærerikt for meg i avhandlingsarbeidet. Tusen takk, begge to.

Doktorgradsprosjektet er gjennomført som en del av mitt arbeid i Tyrili Forskning og Utvikling. Tyrilistiftelsen er en organisasjon hvor det er høyt under taket på mange måter, og både ledelse og medarbeidere har generøst lagt til rette for at jeg har kunnet fullføre studien. Jeg vil takke Tyrili ved Roar Skolseg og Ulf Jansen for å ha gitt meg denne muligheten, og mine kolleger i FoU (Thor, Trond, Vegard) for å ha latt meg holde på. Takk for faglige innspill og samvær.

Forskningscenter for barns og unges kompetanseutvikling (BUK), Høgskolen i Lillehammer, ved Pär Nygren og Halvor Fauske har like velvillig tatt i mot meg som doktorgradsstudent, bistått prosjektet både økonomisk og praktisk – og ikke minst faglig. BUK-miljøet har i denne egne oppbyggingstiden bidratt med entusiasme, spennende tverrfaglighet og gode akademiske møtepunkter. Stipendiatene (Sanna, Kerstin, Anne Mette, Hilde Marie, Dag Helge) har gjennom særlig *academic writing group* og DownHiL-lunsjer stått for både morsomme og viktige diskusjoner. Leder for skrivegruppa og faglig koordinator ved BUK, Kristin Solli, har vært en enestående faglig-praktisk-sosial støtte for oss alle.

Bibliotekarene ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har i disse årene gitt meg uendelig hjelp med litteratursøk – hurtig, vennlig og med faglig dyktighet. Tusen takk, uten dere hadde ikke gjennomføringen blitt den samme.

Tusen takk alle dem som i løpet av avhandlingsarbeidet har lest og kommentert hele eller deler av kappen: Jo Kleiven, AnneKari Vrabel, Nils Asle Bergsgard, Halvor Fauske, Trond Jakobsen, Mari Fevolden, Tove Fjellvang, Sigbjørn Hernes, Janne E. Nøkleby, Harald Thuen og Dag Helge Frøisland. Deres bidrag er med, selv om det endelige produktet må jeg ta ansvar for selv.

Hjertelig takk til søstre og foreldre for praktisk hjelp – og overbærenhet ved avlyste fjellturer. Inderlig takk til venner som har heiet og mast og holdt ut med meg de siste årene. Tusen takk til kollokviegruppen fra hovedfag som har holdt sammen helt til doktorgrad. Takk til Ingvild i Lillehammer for overnattinger og turer med termos. Takk til Grethe Lauritzen på SIRUS som har fulgt prosjektet med stor interesse. Kjærlig takk til barna mine, Alfred og Edvard, for at de distraherer og inspirerer meg. Takk til Tove for alle diskusjoner om fag og relasjoner.

Til slutt, en ekstra stor takk til informantene som generøst har delt sine erfaringer, tanker og følelser med meg, forhåpentligvis til glede for andre som kommer etter dem.

Heid Nøkleby

Oslo, 7. februar 2014

Innholdsfortegnelse

Oversikt over artiklene	13
Kapittel 1. Innledning	15
Rusmiddelavhengighet	15
Spiseforstyrrelser	17
Bruk av dopingmidler	19
Tidligere studier av samvariasjon	22
Rus og spiseforstyrrelser	22
Rus og dopingmidler	24
Forskningsspørsmål	25
Kapittel 2. Teori.....	27
Vitenskapsteoretisk ramme	27
Kultur, kjønn og endring	29
Rusbehandling.....	32
Individ og følelser	33
Kapittel 3. Metode	37
Triangulering og abduksjon	37
Kontekst – Tyrili	40
Materiale, verktøy, gjennomføring og analyse	42
Artikkel I.....	42
Artikkel II.....	42
Artikkel III	46
Artikkel IV	47
Refleksjoner om metode	50
Reviewstudien og søkemetode.....	50
Bruk av EDI-2.....	51
Spørreundersøkelsen – statistikk og tolkning	53
Observasjon – notater og bruk	55
Kvalitative intervjuer – reliabilitet og validitet.....	56
Triangulering og intervjuer	59
Etiske betraktninger	59

Kapittel 4. Resultater	61
Artikkel I.....	61
Artikkel II.....	61
Artikkel III	63
Artikkel IV	63
Kapittel 5. Diskusjon.....	65
Amfetamin som slankemiddel og steroider som rusmiddel.....	65
Følelsesregulering og symptomskifter	67
Rusbehandling som endringsarena.....	70
Kvinnelige og mannlige kroppar	72
Kapittel 6. Konklusjon.....	75
Mulige konsekvenser for behandling	75
Bidrag til forskningsfeltet	79
Videre forskning	79
Referanser	80

Artiklene

Artikkel I. Comorbid drug use disorders and eating disorders: A review of prevalence studies.

Artikkel II. Use of doping agents and symptoms of eating disorders among male and female drug addicts in treatment.

Artikkel III. Symptoms of eating disorders among females in drug addiction treatment.

Artikkel IV. Body practices among male drug abusers. Meanings of workout and use of doping agents in a drug treatment setting.

Vedlegg

Vedlegg 1. Spørreskjema

Vedlegg 2. Subskalaer i EDI-2

Vedlegg 3. Intervjuguide

Oversikt over artiklene

I.

Heid Nøkleby, 2012

Comorbid drug use disorders and eating disorders: A review of prevalence studies.

Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 29(3), 303-314. doi: 10.2478/v10199-012-0024-9

II.

Heid Nøkleby, 2013

Use of doping agents and symptoms of eating disorders among male and female drug addicts in treatment.

Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 30(4), 331–346. doi: 10.2478/nsad-2013-0025

III.

Heid Nøkleby, Geir Pedersen & Finn Skårderud, 2014

Symptoms of eating disorders among females in drug addiction treatment.

Journal of Social Work Practice in the Addictions, in press

IV.

Heid Nøkleby & Finn Skårderud, 2013

Body practices among male drug abusers. Meanings of workout and use of doping agents in a drug treatment setting.

International Journal of Mental Health and Addiction, 11(4), 490-502. doi: 10.1007/s11469-013-9434-5

Kapittel 1. Innledning

Rusmiddelavhengighet, spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler er i fokus i denne avhandlingen og gis her en innledende presentasjon.

Rusmiddelavhengighet

Å være rusmiddelavhengig forstår vi i dag som å oppleve en sterk trang til å innta et rusmiddel på tross av negative fysiske, psykiske eller sosiale konsekvenser. Den avhengige personen får økt toleranse for rusmiddelet, abstinenssymptomer hvis han eller hun ikke tar det, samt vansker med å slutte tross alle negative konsekvenser. Dette preger beskrivelsene i begge de diagnostiske klassifikasjonssystemene, ICD-10 (World Health Organization/WHO, 1999) og DSM-IV (American Psychiatric Association/APA, 1997).¹ ICD-10 skiller mellom avhengighet og skadelig bruk, mens DSM-IV skiller mellom avhengighet og misbruk. Avhengighet er den mest alvorlige formen og inkluderer toleranseheving og abstinensopplevelser. I den nyeste utgaven av DSM, DSM-5, er de to kategoriene rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet slått sammen til én: “rusmiddellidelse”, *Substance Use Disorder* (APA, 2013).²

I tråd med blant annet Verdens helseorganisasjon forstås her rusmiddelavhengighet som en sammensatt lidelse med biologiske, psykologiske og sosiale aspekter (WHO, 2008):

Drug dependence is considered a multi-factorial health disorder that often follows the course of a relapsing and remitting chronic disease. (...) Over recent years, the *biopsychosocial* model has recognized drug dependence as a multifaceted problem requiring the expertise of many disciplines (WHO, 2008, s. 1).

I denne avhandlingen brukes begrepene *rusmiddelavhengighet* (i tråd med diagnosekriteriene i ICD-10 eller DSM-IV), *rusmiddellidelse* (rusmiddelmisbruk eller -avhengighet i følge DSM-IV), og *rusmiddelproblemer* (som i dagligtale som regel vil innbefatte bruk av rusmidler med negative fysiske, psykologiske, sosiale, økonomiske og/eller juridiske konsekvenser).³ *Rusmiddelavhengighet* er

¹ ICD er WHO's diagnosesystem og det som brukes i Norge. Det amerikanske DSM er imidlertid svært utbredt i forskningslitteraturen; derfor er begge systemer omhandlet i denne avhandlingen.

² Diagnosen gis etter oppfyllelse av et visst antall kriterier og kategoriseres som mild, moderat eller alvorlig. DSM-5 ble utgitt i juli 2013 og er i begrenset grad brukt i denne avhandlingen.

³ Amundsen og kolleger ved Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS (2010), drøfter begrepene bruk, misbruk og avhengighet, men har ingen anbefalinger av betegnelser på problematisk atferd knyttet til rusmiddelbruk som ikke

typisk for den aktuelle populasjonen i denne studien: pasienter i Tyrili. Også utvalgene som er inkludert i reviewstudien er diagnostisert med rusmiddelavhengighet.

Rusmiddellidelser opptrer ofte sammen med andre lidelser, såkalt komorbiditet⁴. En stor amerikansk befolkningsstudie fra 2000-tallet (NESARC) viste at blant de som rapporterte en rusmiddellidelse (*any drug abuse* eller *any drug dependence*) i løpet av siste 12 måneder, oppgav 32 prosent også en stemningslidelse og 25 prosent en angstlidelse i løpet av siste 12 måneder (Grant et al., 2004a). Prosentandelen er henholdsvis 55 og 43 for de som tilfredsstilte diagnosekriteriene for rusmiddelavhengighet. I en norsk pasientstudie fra 2003 fant Landheim, Bakken og Vaglum at i gruppen rusmiddelavhengige (rusmiddelmisbruk eller avhengighet av flere rusmidler etter DSM-IV) tilfredsstilte 91 prosent også diagnosekriteriene for en symptomlidelse (akse I-lidelse) siste 12 måneder (N=114). Særlig utbredt var depresjon og ulike angstformer/fobier (Landheim et al., 2003). (Rus i samvariasjon med spiseforstyrrelser eller dopingbruk omtales senere i kapittelet.)

Når det gjelder personlighetsforstyrrelser (akse II-lidelser), så viste NESARC-studien at 48 prosent i gruppen med rusmiddellidelser (70 prosent i gruppen med rusmiddelavhengighet) tilfredsstilte kriteriene for minst én personlighetsforstyrrelse (Grant et al., 2004b). Særlig utbredt var personlighetsforstyrrelser av typene antisosial, paranoid og tvangspreget (rapportert av henholdsvis 28, 19 og 17 prosent).⁵ I pasientstudien av Landheim et al. (2003) rapporterte 79 prosent i gruppen rusmiddelavhengige (av flere rusmidler) minst én personlighetsforstyrrelse. Mest utbredt var antisosial, passiv-aggressiv, unnvikende og borderline personlighetsforstyrrelser (rapportert av henholdsvis 47, 47, 43 og 40 prosent).⁶

Langvarig bruk av rusmidler kan føre til ulike typer kognitive svekkelser, særlig knyttet til såkalte eksekutivfunksjoner. Litt avhengig av type rusmiddel vil langsiktige virkninger kunne være svikt først og fremst i oppmerksomhet, konsentrasjon, minnefunksjoner, impulsbeherskelse, kognitiv tilpasning og det å kunne ta avgjørelser (Fernández-Serrano, Péres-García & Verdejo-García, 2011; Hester, Lubman & Yücel, 2010; Lundqvist, 2010). Disse svekkelsene kan i seg selv også

tilfredsstiller diagnosene misbruk eller avhengighet. Blant annet basert på SIRUS' arbeid er Helsedirektoratet i ferd med å ferdigstille sine anbefalinger av begreper på området (B. Bakstad, personlig kommunikasjon, 27. januar 2014).

⁴ *Komorbiditet* innebærer forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person. Tilsvarende innebærer *samvariasjon* samtidig opptreden av to variabler, f.eks. tilstander som ikke tilfredsstiller diagnostiske kriterier. Imidlertid finner jeg i flere studier at «samtidig» brukes både om sammenfall på et gitt tidspunkt, sammenfall innenfor siste år eller sammenfall i løpet av livet (eksempler på alle finnes i metastudien av Calero-Elvira et al., 2009).

⁵ *Borderline* personlighetsforstyrrelse var ikke inkludert i studien (Grant et al., 2004b).

⁶ NESARC-studien har videre vist at det er personlighetsforstyrrelser – og ikke symptomlidelser – som synes å predikere vedvarende ruslidelser ved oppfølging tre år etter første måling (Fenton et al., 2012).

bidra til å opprettholde rusmiddelavhengigheten (Fernández-Serrano et al., 2011; Hester et al., 2010).

Spiseforstyrrelser

De to internasjonale diagnosesystemene ICD-10 (WHO, 1999) og DSM-IV (APA, 1997) kategoriserer spiseforstyrrelser noe ulikt, men hovedtrekkene er de samme. Hovedkategoriene er *anorexia nervosa* og *bulimia nervosa*. ICD-10 har lagt til *atypisk anoreksi* og *atypisk bulimi*, mens DSM-IV har lagt til *uspesifikke spiseforstyrrelser* som dekker noe av det samme som ICD-10s atypiske varianter.⁷ I tillegg er *patologisk overspising (binge eating disorder)* en del av forskningstillegget til DSM-IV, og i DSM-5 er dette tatt inn som en ordinær diagnose (APA, 2013). Under følger en kort beskrivelse av de ulike kategoriene med utgangspunkt i DSM-IV (som er det systemet som har vært mest brukt i internasjonal forskning), inkludert patologisk overspising (APA, 1997).

- *Anorexia nervosa* innebærer vekttap, fravær av menstruasjon, intens frykt for å legge på seg samt forstyrrelse i kroppoppfatning. Man skiller mellom to underkategorier av anoreksi, en restriktiv form og en bulimisk form.
- *Bulimia nervosa* innebærer gjentatte overspisingsepisoder – inntak av store mengder mat over et begrenset tidsrom – med en følelse av manglende kontroll, en eller annen form for kompensatorisk atferd (oppkast, avføringsmidler, overdreven trening e.l.), og en kroppsavhengig selvvurdering.-Det finnes to underkategorier, med eller uten selvframkalt tømning/kompenserende atferd.
- *Uspesifikke spiseforstyrrelser (Eating Disorders Not Specified, EDNOS)* er en kategori for spiseforstyrrelser som ikke oppfyller kriteriene for anoreksi eller bulimi. Eksempler på dette kan være at alle kriterier for anoreksi er tilfredsstillt bortsett fra betydelig vekttap, eller at alle kriterier for bulimi er oppfylt bortsett fra regelmessigheten i overspisingsepisodene.
- *Patologisk overspising (Binge Eating Disorder)* innebærer å raskt innta store mengder mat uten kontroll, men uten kompensatorisk atferd som ved bulimi. I tillegg til en viss regelmessighet i overspisingen, skal det foreligge et markert stress i forbindelse med dette eller med forsøk på å kontrollere spisingen.

I DSM-5 er altså diagnosen *patologisk overspising* kommet inn som en fullverdig diagnose. For både *patologisk overspising* og *bulimi* er hyppighetskriteriet knyttet til overspising og (for bulimi) kompenserende atferd moderert i DSM-5. I tillegg er kriteriet om fravær av menstruasjon for diagnosen *anoreksi* fjernet (APA, 2013). Disse endringene vil mest sannsynlig kunne føre til at flere får diagnosen spiseforstyrrelser.

⁷ ICD-10 har i tillegg en kategori for uspesifisert spiseforstyrrelse (F 50.9).

Noen studier (og klinisk erfaring) tyder på at grensene mellom de ulike spiseforstyrrelsene er mer uklare enn diagnosene kunne tyde på samt at personer med spiseforstyrrelser ikke sjelden “vandrer” fra en spiseforstyrrelse til en annen, mest typisk fra anoreksi til bulimi (Milos, Spindler, Schnyder & Fairburn, 2005; Peat, Mitchell, Hoek & Wonderlich, 2009). Andre forskere hevder at anoreksi bør betraktes som en egen fenotype (en variant med helt distinkte egenskaper); blant annet er fornektelse av lidelsen og underernæring helt spesifikk for anoreksi (se Espeset, 2011).

Diagnosekriteriene indikerer noen mulige forskjeller mellom hvordan rusmiddelavhengighet og spiseforstyrrelser fremstilles: Der rusmiddelavhengighet er beskrevet med fysiologiske kjennetegn, atferd og konsekvenser av atferd, legger spiseforstyrrelsesdiagnosene større vekt på følelser og opplevelser av seg selv. Muligens knytter dette spiseforstyrrelser nærmere en psykologisk forståelse av problemet.

The Oxford Handbook of Eating Disorders (Keel, 2010) oppsummerer nyere prevalenstall for spiseforstyrrelser som tilfredsstillende diagnosekriteriene. I følge DSM-IV (APA, 2000) er livstidsprevalensen⁸ for *anoreksi* 0,5 prosent for kvinner og 0,05 prosent for menn. Noen studier viser en litt høyere prosentandel, mens flere andre studier viser at dette har vært et ganske stabilt tall de siste 25 årene. I gruppen unge jenter mellom 15 og 19 år kan det likevel se ut til å ha vært en økning (Keel, 2010). *Bulimi* anslås i DSM-IV til å ramme mellom 1 og 3 prosent av kvinner i løpet av livet (APA, 2000). Også når det gjelder bulimi rammes kun en tiendedel så mange menn (APA, 2000). For bulimi finner man stabile tall – eller muligens en liten nedgang – siste tiår (Keel, 2010). I norsk sammenheng viser også studier fra siste tiår en relativt stabil utbredelse av anoreksi og bulimi (Zachrisson, Vedul-Kjelsås, Götestam & Mykletun, 2008).⁹

Mest utbredt er *uspesifikke spiseforstyrrelser*, en diagnose som rommer relativt vidt slik den er definert i DSM-IV (APA, 2000). Livstidsprevalensen funnet i ulike studier varierer fra 5,3 prosent til 10,6 prosent (Keel, 2010), med en mulig økning de siste årene (Hay, Mond, Buttner & Darby, 2008). *Patologisk overspising* er målt i mindre grad, men foreløpige studier viser en livstidsprevalens på rundt 2-3 prosent, og her utgjør menn cirka to tredjedeler (Keel, 2010). En norsk studie av 1196 mannlige rekrutter i alderen 19-21 år fant, basert på kriterier fra DSM-IV, følgende

⁸ Livstidsprevalens måler andel som har hatt en spiseforstyrrelse i løpet av livet, mens punktprevalens måler andel som har en spiseforstyrrelse på måletidspunktet.

⁹ Denne studien viser imidlertid en dobling av personer med overvekt mellom 1991 og 2004 (Zachrisson et al., 2008).

prevalens: anoreksi 0,08 prosent, bulimi 0,5 prosent, overspising 0,4 prosent, og uspesifikke spiseforstyrrelser 1,9 prosent (Kjelsås, Augestad & Flanders, 2003).

Spiseforstyrrelser er også komorbide med andre lidelser. Halmi (2010) oppsummerer studier av psykiske lidelser blant personer med diagnostiserte spiseforstyrrelser. En studie fra 2008 fant minst én annen psykiatrisk diagnose (DSM-IV) i løpet av livet blant 56 prosent i gruppen med anoreksi, 95 prosent i gruppen med bulimi og 79 prosent i gruppen med patologisk overspising (Halmi, 2010). De vanligste tilleggslidelsene var stemningslidelser, angstlidelser og rusmiddellidelser.

Når det gjelder personlighetsforstyrrelser, er det store sprik i forskningen. Halmi (2010) viser til studier som finner mellom 26 og 77 prosent for en eller annen type personlighetsforstyrrelse på tvers av spiseforstyrrelsesdiagnoser. Den store variasjonen i prevalens kan blant annet handle om vansker med å diagnostisere personlighetsforstyrrelser, overdiagnostisering av pasienter i en aktiv spiseforstyrret fase samt store forskjeller mellom de ulike spiseforstyrrelsesdiagnosene.

Bruk av dopingmidler

Studier av subdiagnostiske spiseforstyrrelser¹⁰ viser naturlig nok en høyere prevalens enn studier av spiseforstyrrelser som tilfredsstillende diagnosekriteriene. I tillegg omfattes en høyere andel gutter og menn (Ousley, Cordero & White, 2008; Striegel-Moore et al., 2009). Mange instrumenter som skal måle symptomer på spiseforstyrrelser eller mindre alvorlig spiseproblematikk, er imidlertid fortsatt utformet med jente- og kvinnekropper som mal og med tynnhet i fokus. Skårderud (2010, s. 922) skriver at “en forståelse av spiseforstyrrelser som en kvinnelidelse er ikke bare feilaktig, (...) den genererer [også] brist på empirisk forskning og klinisk opptatthet av maskuline erfaringer”. Det er vanskelig å hjelpe gutter og menn med spiseproblemer hvis vi ikke oppdager dem. Det siste tiåret har klinikere i økende grad satt fokus på menns erfaringer med andre typer spiseproblemer, som ønsket om å bli stor. Imidlertid ser dette i liten grad ut til å ha blitt gjenspeilet i forskningen, for eksempel i form av standardiserte måleinstrumenter.

Begrepet *muskeldysmorfofobi* (*muscle dysmorphia*) ble introdusert i 1997 av amerikanerne Pope, Gruber, Choi, Olivardia og Phillips. Forfatterne beskriver muskeldysmorfofobi som patologisk

¹⁰ Subdiagnostiske spiseforstyrrelser er spiseproblemer med lavere alvorlighetsgrad og som ikke tilfredsstillende diagnose kriteriene for en spiseforstyrrelse, også kalt forstyrret spiseatferd (*disordered eating*).

opptatthet av egne muskler, og med en tilstand som kan føre til sterk opplevelse av uro, svekket sosial og arbeidsmessig fungering og misbruk av anabole steroider og andre stoffer (Pope et al., 1997). Muskeldysmorfofobi innebærer en atferd og tankegang hvor man iherdig bygger stadig større muskler mens man samtidig ser seg selv som liten og tynn i speilet (Morgan, 2008; Pope et al., 2005). Flere aspekter kjennetegner muskeldysmorfofobi, i følge Morgan (2008): å søke vektøkning uten fett, å se kroppen som mindre enn den er, overdreven trening, strenge dietter, bruk av dopingmidler, skam for egen kropp samt opprettholdelse av atferd på tross av negative konsekvenser som skader, tap av andre aktiviteter eller relasjoner.

I DSM-5 (APA, 2013) er muskeldysmorfofobi inkludert som en spesifisert underkategori av dysmorfofobi (*body dysmorphic disorder* i ICD-10 eller DSM-IV). Dysmorfofobi er karakterisert ved en overdreven opptatthet av en innbilt, eventuelt reell, men minimal defekt i pasientens utseende, og fører til betydelig ubehag (Mack & Grøholt, 2003; Phillips et al., 2010). Pope et al. (2005) fant at menn med muskeldysmorfofobi hadde dårligere livskvalitet og større psykopatologi (selvmordsforsøk, rusbruk) sammenlignet med menn med annen dysmorfofobi. Muskeldysmorfofobi og kroppsbildeforstyrrelse brukes av og til om hverandre (Hildebrandt, Alfano & Langenbacher, 2010; Rohman, 2009).

I boken *Adonis-komplekset* av Pope, Phillips & Olivardia (2000) løftet forfatterne frem et økt fokus på menns og gutters utseende mer generelt i vestlig kultur. Tittelen henspiller på den iøynefallende vakre guden Adonis i gresk mytologi. Blant annet ble det vist til endringer amerikanske filmhelter, reklamemodeller, tegneseriefigurer og lekefigurer har gjennomgått fra begynnelsen av 1970-tallet til slutten av 1990-tallet, der kroppene er blitt langt mer muskuløse. Mange menn skammer seg av den grunn for sine mindre muskuløse kropper, og skammen blir påstått å være dobbel fordi bekymringer for utseende tradisjonelt vurderes som lite maskulint (Pope et al., 2000).

I nordisk sammenheng var sosiologene Bjørn Barland (1997) og Thomas Johansson (1997) tidlig ute med sine doktoravhandlinger om kroppskultur og dopingbruk i treningsstudioer. Både Barland og Johansson knytter kroppsbygging til identitetskonstruksjon i det senmoderne (Barland, 1997; Johansson, 1997).

Bruk av dopingmidler som anabole androgene steroider¹¹ (heretter kalt anabole steroider) ligger i et grenseland mellom spise/kroppsatferd og rusatferd. Stoffene har effekter på både kropp og psyke og tas i begge henseende (Rohman, 2009). Svensk retningslinje fra 2012 (Dopingjouren) beskriver tre typiske faser en dopingmisbruker går gjennom: I) hypomanilignende, følelse av kontroll og styrke, økt energi og selvtillit, økt sexlyst, kan være irritabel; II) mister kontrollen, humørsvingninger, mistenksom, sjalu, kan være aggressiv; III) pasienten har gått av anabole steroider, blir depressiv, urolig, energiløs, nedsatt selvtillit og sexlyst. Retningslinjen angir at dopingmisbruket til å begynne med er av psykologisk karakter, men etter hvert kan gå over til en fysiologisk avhengighet (Dopingjouren, 2012). Fra tidligere har de mest kjente psykologiske og atferdsmessige (mulige) virkningene vært økt aggresjon, humørsvingninger og økt libido, mens mindre dokumenterte virkninger har vært eufori (oppstemthet) og økt fokus/konsentrasjon (Lenehan, 2003). I en forskningsgjennomgang fant Rohman (2009) at bruk av anabole steroider kan både være en følge av muskeldysmorfofobi og/eller det kan være en vedlikeholdende faktor.

Det svenske folkehelseinstituttet anslår på bakgrunn av flere omfattende studier i Sverige at rundt 1 prosent av svenske menn og under 0,5 prosent kvinner har brukt dopingmidler noen gang (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Det er først og fremst bruk av anabole steroider som er målt. Blant unge menn er andelen noe høyere: 1.4 prosent av menn mellom 18 og 34 år har brukt anabole steroider i løpet av livet og 0.9 prosent siste år (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Tilsvarende befolkningsstudier er foreløpig ikke gjennomført i Norge, men det finnes flere studier av ungdom og unge voksne.¹² En spørreundersøkelse blant 5331 unge som møtte til sesjon i 2008, viste at 2.9 prosent av mennene og 1.0 prosent av kvinnene hadde brukt eller brukte dopingmidler (Barland & Tangen, 2009). Ung i Oslo-undersøkelsen fra 2012 viste at 2,5 prosent av guttene og 1 prosent av jentene hadde brukt anabole steroider noen gang (Øia, 2013). Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har nylig oppsummert tre studier med tall for bruk av anabole steroider i Norge og anslår at ca 2 prosent i aldersgruppen 15-30 har brukt dette noen gang (Sandøy, 2013).

¹¹ Anabole androgene steroider er syntetiske etterligninger av det mannlige kjønnshormonet testosteron. De to viktigste effektene er bygging av vev, særlig muskelvev (anabol) og forsterkning av mannlige kjennetegn som ansiktshår og mørk stemme (androgen) (Lenehan, 2003).

¹² Fra 1. juli 2013 er det i Norge ikke bare forbudt å produsere, importere og selge dopingmidler, men også å kjøpe, være i besittelse av og bruke.

Tidligere studier av samvariasjon

Rus og spiseforstyrrelser

Svært mange enkeltstudier og flere metastudier, særlig fra Nord-Amerika, har funnet at det blant kvinner ser ut til å være en samvariasjon mellom, på den ene siden, bulimisk atferd/bulimi/anoreksi med overspising og oppkast – og, på den annen side, økt bruk av eller avhengighet til rusmidler (Calero-Elvira et al., 2009; Courbasson, Mclaughlin, Letchumanan & Wong, 2010; Harrop & Marlatt, 2010; Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994; Krahn, 1993). Også befolkningsstudier har vist samvariasjon, særlig blant unge (Patton, Coffey, Carlin, Sanci & Sawyer, 2008; Pisetsky, Chao, Dierker, May & Striegel-Moore, 2008). Samvariasjonen er sterkest dokumentert for kvinner, dels fordi spiseforstyrrelser rammer en langt høyere andel kvinner enn menn (APA, 2000), og dels fordi det forskes mest på kvinner (Skårderud, 2010). For ungdom synes det å være klare samvariasjoner mellom bruk av alle typer rusmidler og både lettere og mer alvorlige spiseproblemer for jenter, mens for gutter er samvariasjonen tydeligst når det gjelder de mer alvorlige spiseproblemene (Nøkleby, 2010; Nøkleby & Lauritzen 2006). Det er vanskelig å tallfeste styrken på samvariasjonen ettersom ulike studier måler ulike aspekter og med ulike instrumenter. Den norske Rus- og psykiatriundersøkelsen blant 260 voksne pasienter i russektoren viser en samlet livstidsprevalens av spiseforstyrrelser som tilfredsstillende diagnosekriteriene, på 9 prosent; siste år 4 prosent (11 prosent blant kvinner, 1 prosent blant menn) (Landheim, 2007).¹³

To fenomener som samvarierer kan gjøre det av flere årsaker: Fenomen A kan føre til fenomen B; fenomen B kan føre til fenomen A; eller noe helt annet, fenomen X kan føre til både A og B. Man kan også tenke seg en kombinasjon av forklaringsmåtene, for eksempel at X fører til både A og B, men at A også forsterker B. I tidligere studier og teoretiske diskusjoner om samvariasjon mellom spise/kroppspromatikk og rusmiddelproblemer er årsaksforklaringene til dels ganske ulike. Oppsummeringer viser likevel noen linjer:

Biologisk funderte forklaringer legger vekt på at rusmidler og mat gir tilfredsstillelse på de samme områdene i hjernen og påvirker de samme signalstoffene, serotonin og dopamin (CASA, 2003; Conason & Sher, 2006; Strober, Freeman, Bower & Rigali, 1996). Serotonin regulerer blant annet humør og sult- og metthetsfølelse, men frigjøres også ved bruk av visse rusmidler, f.eks. ecstasy.

¹³ Operasjonaliseringen med hensyn til ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser er ikke nærmere beskrevet i Landheims studie.

Dopamin er viktig for hjernens belønnings- og motivasjonssystem. Stoffet er knyttet til følelsen av behag og tilfredshet, ved inntak av for eksempel rusmidler eller mat. En konsekvens av dette kan være at stimulerende rusmidler tas for å undertrykke appetitten (Carbaugh & Sias, 2010). I tillegg vil atferd som slanking, overspising, oppkast og rusmiddelbruk – sammen med sosiale/relasjonelle faktorer – kunne påvirke allerede sårbare serotonin- og dopaminaktiviteter hos personer med denne typen kombinert problematferd (Conason & Sher, 2006).

Studier som finner felles psykologiske komponenter (sårbarhet) har pekt på underliggende impulsivitet (Calero-Elvira et al., 2009; Dawe & Loxton, 2004; Lacey, 1993; Thompson-Brenner et al., 2008), lav selvfølelse (Baker, Mazzero & Kendler, 2007), høy mellommenneskelig sensitivitet (Carbaugh & Sias, 2010), dårlig følelsesregulering (Root et al., 2010) og usikker tilknytning (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, Bader & Halfon, 2005). Disse variablene ligger imidlertid på litt ulike nivåer, i den forstand at f.eks. belønningssøkende atferd, impulsivitet eller lav selvtillit kan være følger av dårlig følelsesregulering (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

En tredje psykisk lidelse som kan se ut til å påvirke utvikling av både spiseforstyrrelser og rusmiddelproblemer, er depresjon (Miljkovitch et al., 2005; Stice, Burton & Shaw, 2004). Det er også vist at sterke traumatiske opplevelser, som for eksempel seksuelle overgrep, kan knyttes til utvikling av begge lidelser (Blinder, Cumella & Sanathara, 2006; Dohm et al., 2002).

Samfunnsmessige forklaringsmodeller er videre trukket frem som faktorer som påvirker spiseforstyrrelser og rusmiddelbruk. Mediaeksponeerte idealer, særlig formidlet gjennom signifikante andre (Sullivan, 1953) kan ha innvirkning på både kroppsidealer og rusmiddelbruk hos ungdom spesielt (CASA, 2003).

Tidligere forskningsgjennomganger av denne problemstillingen har også vist sammensatte forklaringer for samvariasjon mellom rusmiddelproblemer og spiseproblemer (Nøkleby, 2010; Nøkleby & Lauritzen, 2006). For voksne og ungdom sett under ett, viste en litteraturgjennomgang samvariasjonen forklart med vekt på hjernefysiologi (forsterknings- og belønningssystemer som regulerer blant annet humør og appetitt), impulsivitet (impulsive trekk/personlighet), selvfølelse (og mestringsstrategier) samt andre psykiske lidelser (særlig depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser) (Nøkleby & Lauritzen, 2006). For ungdom viste litteraturgjennomgangen at samvariasjonen varierte med type rusmiddel, med type spiseproblem og med kjønn (Nøkleby, 2010). I denne gjennomgangen fant vi flest studier som fremhever

underliggende psykologisk problematikk som årsaksforklaring, særlig depresjon eller depresjonslignende tilstander og relasjonelle vansker/problematiske familietilknytning.

En ny reviewartikkel som gjennomgår nettopp komorbide spiseforstyrrelser og rusmiddellidelser finner få tidligere studier som støtter en felles arvelighet/genetisk disposisjon (Gregorowski, Seedat & Jordaan, 2013). Den samme artikkelen rapporterer heller ikke støtte for en felles fysiologisk og psykologisk avhengighet som årsak til spiseforstyrrelser og rusmiddelproblemer (hvilket ville innebære å se spiseforstyrrelser som en avhengighetslidelse). De finner delvis støtte for at underliggende personlighetsfaktorer (sårbarhet) kan være felles for rusmiddellidelser og spiseforstyrrelser av bulimisk type. Gregorowski et al. (2013) påpeker videre at både ADHD (diagnosen Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)¹⁴ og depresjon kan være underliggende medierende faktorer som påvirker både rusmiddellidelser og spiseforstyrrelser. I reviewartikkelen legger forfatterne også stor vekt på risikofaktorer for utvikling av begge lidelser, knyttet til både familieforhold, ungdomstid og ungdomskultur (Gregorowski et al., 2013).

Kombinasjonsforklaringer antydes, det vil si forsterkende effekter, eller at flere årsaker – mekanismer – må være til stede for at kombinasjonen spise- og rusmiddelproblemer skal utvikles.

Når det gjelder debutalder, ser det ut til at for majoriteten opptrer spiseproblemer (spiseforstyrrelser) i tidligere alder enn rusmiddelproblemer (rusmiddellidelser) (Bulik et al., 2004; Nøkleby, 2010; Wiseman et al., 1999). Generelt er debutalderen for spiseforstyrrelser lavere enn for rusmiddelmisbruk/avhengighet. Dette kan henge sammen med kroppslig og sosial utvikling. Det kan også skyldes ulike krav til diagnose; der spiseforstyrrelsesdiagnoser legger større vekt på en tilstandsbeskrivelse, legger rusmiddeldiagnoser større vekt på allerede utviklede negative konsekvenser, fysisk og sosialt.

Rus og dopingmidler

Nyere forskning viser tydelig samvariasjon mellom bruk av rusmidler og bruk av dopingmidler som anabole steroider. Menn som bruker eller har brukt anabole steroider har signifikant oftere enn andre menn brukt illegale rusmidler (narkotika) eller misbrukt foreskrevne legemidler (Hakansson, Mickelsson, Wallin & Berglund, 2012). En litteraturgjennomgang av 18 studier publisert mellom 1995 og 2010 viser en klar sammenheng mellom bruk av anabole steroider og bruk av alkohol og narkotika med unntak av cannabis (Dodge & Hoagland, 2011). En studie av

¹⁴ Samvariasjon av ADHD, ruslidelser og spiseforstyrrelser gjelder særlig for spiseforstyrrelser med overspisingsatferd (*binging*), som ved bulimi, overspisingslidelse eller uspesifiserte spiseforstyrrelser med slik atferd.

anabole steroide-brukere og ikke-brukere i treningsstudioer, viste at steroidebrukerne hadde større sannsynlighet for en rusmiddellidelse i henhold til DSM-IV (Ip, Barnett, Tenerowicz & Perry, 2011). En studie av amerikansk ungdom i 18 års-alderen viste signifikante sammenhenger mellom bruk av anabole steroider og bruk av blant annet alkohol, kokain, GHB og Rohypnol (Denham, 2009). I den norske rekruttstudien (Barland & Tangen, 2009) fant forskerne sammenheng mellom bruk av dopingmidler og bruk av tobakk, alkohol og hasj. De fant ingen sammenheng mellom bruk av doping og andre rusmidler (disse var det svært lav forekomst av).¹⁵ I SIRUS-undersøkelsene av unge voksne i 2006 og 2010 rapporteres klare sammenhenger mellom bruk av anabole steroider og alle rusmidler (cannabis, amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, heroin, GHB, beroligende midler og sniffede stoffer) (Sandøy, 2013).

I kvalitative studier har forskere pekt på ulike funksjoner ved bruk av doping i tilknytning til (annen) rusmiddelbruk: som en alternativ måte å bli "høy" på, i form av styrket selvtillit; som en måte å skape orden i et kaotisk liv på vei ut av rusmiddelavhengighet; som et middel som gir mot og styrke til å begå lovbrudd for å skaffe penger til rusmidler (Barland, Tangen & Johannesen, 2010; Bilgrei, 2013; Petersson, Bengtsson, Voltaire-Carlsson & Thiblin, 2010).

Forsknings spørsmål

Denne avhandlingen skal belyse symptomer på spiseforstyrrelser og dopingbruk (spise/kroppspromblematikk) blant rusmiddelavhengige. Tematikken er dermed sammensatt, og dette gjenspeiles i studiens forsknings spørsmål.

Det overordnede forsknings spørsmålet er:

- Hvor utbredt er spise/kroppspromblematikk blant menn og kvinner i behandling for rusmiddelavhengighet?

Prosjektet har disse underordnede spørsmålene:

- Hva viser tidligere forskning om samvariasjon mellom spiseforstyrrelser og rusmiddelavhengighet der begge lidelsene måles i tråd med diagnosekriterier? (Artikkel I)

¹⁵ Personer som ved 18-års alder bruker sterkere narkotiske stoffer, vil sannsynligvis allerede være ekskludert fra rekruttutvalget.

- Hvordan skårer pasienter innlagt i en behandlingssinstitusjon for rusmiddelavhengighet (Tyrili) på *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2), sammenlignet med et utvalg pasienter med spiseforstyrrelser og et utvalg uten kliniske diagnoser? (Artikkel II og III)
- Hvor utbredt er bruk av dopingmidler blant pasienter innlagt i en behandlingssinstitusjon for rusmiddelavhengighet (Tyrili)? Hva forteller de selv om mulige grunner for slik bruk? (Artikkel II og IV)
- Hvilke kjønnsforskjeller finnes når det gjelder utbredelsen av symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler blant pasienter innlagt i en behandlingssinstitusjon for rusmiddelavhengighet (Tyrili)? (Artikkel II)
- Hvordan opplever pasientene at rusbehandlingen påvirker spise/kroppsproblematikken? (Artikkel IV)

Spørsmålene er søkt besvart gjennom litteraturstudier, spørreundersøkelse som inkluderer et standardisert forskningsinstrument, dybdeintervjuer og deltakende observasjon.

Kapittel 2. Teori

Den teoretiske plattformen i avhandlingen er en fenomenologisk forståelse av kroppen, og “brillene” som empirien ses gjennom er sosiologisk teori om kjønn, antropologisk teori om overgangsritualer samt psykologisk teori om følelsesregulering. Dette innebærer at jeg har blikket rettet mot kropp og kroppens betydning forstått i en individuell og kulturell sammenheng.

Vitenskapsteoretisk ramme

Problemområdet og fenomenet *spise/kroppspromblematikk blant rusmiddelavhengige* er omfattende og sammensatt. En måte å tilnærme seg kompleksiteten på er å bryte den ned til kontekster. Kontekstene kan ses som sirkler utenpå hverandre, som for eksempel i Bronfenbrenners (1979) økologiske modell som er en utviklingspsykologisk modell for hvordan barnets utvikling influeres av omgivelsene på forskjellige nivåer eller kontekster.¹⁶ En meta- eller vitenskapsteoretisk modell som legger vekt på hvordan forståelsen av et fenomen er satt sammen av flere lag eller strata, er *kritisk realisme* (Bhaskar, 2007, 1989; Bhaskar & Danermark, 2006; Danermark, Ekström, Jaksobsen & Karlsson, 2003).

Virkeligheten er, i følge kritisk realisme, stratifisert eller lagdelt (Bhaskar & Danermark, 2006; Danermark, 2002; Danermark et al., 2003). Gruppen som studeres i denne avhandlingen er rusmiddelavhengige. Jeg vil derfor teoretisk belyse kontekster eller *strata* som berører rusmiddelavhengige og som kan ha betydning for deres forhold til kropp. Ulike strata har ulike strukturer, mekanismer, krefter og prosesser. I dette doktorgradsprosjektet er eksempler på aktuelle strata fysiologi/biologi (f.eks. rusbrukens innvirkning på kroppen, menns og kvinners biologiske kropp), psykologi (følelsesregulering, selvbylde, psykologisk kjønn, tilknytning, teleologi, endring i selvforståelse som en konsekvens av rusbehandling) og kultur (rusmiljøet, behandlingskonteksten, norsk *mainstream*kultur). Tendenser og mekanismer implisitt i disse strataene er svært ulike, men henger sammen gjennom sin gjensidige påvirkning. For eksempel kan den kjemiske prosessen i hjernen når et rusmiddel inntas, være en del av ett stratum (det biologiske), personens sinnstemning og atferd et annet stratum (det psykologiske) og omgivelsenes reaksjoner på dette et tredje stratum (det sosiale/relasjonelle). Det som skjer når en

¹⁶ *Mikronivået* er individets innerste sirkel og representerer direkte og stabile relasjoner, f.eks. familie, venner og skole. *Mesonivået* beskriver relasjonene mellom kontekstene på mikronivået, for eksempel mellom skole og hjem. *Eksnivået* består av institusjoner eller faktorer som berører individet mer indirekte, som politi, media, politikere. *Makronivået* er kulturens verdier, normer og ideologier (Bronfenbrenner, 1979).

person ruser seg kan ikke reduseres til den biologiske reaksjonen som finner sted i hjernen, ei heller kan den reduseres til atferden.¹⁷

Kritisk realisme opererer med tre ontologiske domener (Danermark et al., 2003). Det første domenet er tilgjengelig for oss, det er det erfarte, empiriske domenet. Det andre domenet er det som faktisk skjer, hendelser som ikke nødvendigvis er erfart eller beskrevet for oss. Det tredje domenet er det reelle, det vil si virkeligheten med sine implisitte muligheter og begrensninger. Her ligger mekanismene, som ikke er enkle årsak-virkning forhold, men tendenser i tingene (for eksempel i mennesker, strukturer eller andre sosiale fenomener) som utløses av andre ting/tendenser. Mekanismene er generative, de skaper hendelser. Mekanismene i seg selv er ikke tilgjengelige for oss, men endringene som skapes kan vi – eller ikke – erfare empirisk. For å forstå et sammensatt fenomen, for eksempel en funksjonshemming eller rusmiddelavhengighet, må man søke å forstå mekanismer i ulike strata (Bhaskar & Danermark, 2006). En kritisk realistisk tilnærming innebærer å forsøke å sannsynliggjøre mekanismene gjennom forskning og teori.

Mekanismer er det som får noe til å skje (Danermark et al., 2003). Det kan for eksempel være et rusmiddels eller dopingmiddels effekt på hjernen; det kan være behandlingskontekstens innvirkning på pasientene; det kan være en persons evne til å regulere følelser; eller det kan være sosiale forventninger til kroppens utseende. Selve hendelsene er en konsekvens av en mekanisme. Mennesker, strukturer og sosiale fenomener har innebygde tendenser som utløses under visse betingelser, for eksempel i møte med andre mekanismer. Mekanismer i ulike sfærer eller strata av virkeligheten kan virke inn på hverandre og helt nye mekanismer og fenomener kan oppstå.

I dette kapittelet presenteres først teorier “øverst” i strataene eller “ytterst” i sirklene, det vil si en kulturkontekst med vekt på tidsmessige føringer for kjønn og kropp. Deretter ses rusbehandlingskonteksten i lys av teori om overgangsritualer. Til slutt presenteres teori om individets regulering av følelser. Aktuelle mekanismer vektlegges.

¹⁷ Opprinnelig ble strataene beskrevet som del av en hierarkisk struktur, der det fysiske stratum er det nederste og det samfunnsmessige det øverste (Danermark et al., 2003). Lavere strata ses som mer grunnleggende enn høyere. Det er imidlertid noe problematisk å strukturere strataene i et uforanderlig hierarki, noe som også er berørt i nyere litteratur om kritisk realisme (Benton & Craib, 2011). F.eks. viser moderne epigenetikk at gener kan endres som følge av miljømessig påvirkning, dvs. at erfaringer kan påvirke arvestoffer (Francis, 2011). Et aktuelt eksempel for populasjonen rusmiddelavhengige er studier som finner at tidlige psykologiske traumer kan bidra til utvikling av alvorlige, fysiske sykdommer (Felitti & Anda, 2010), såkalt bio looping (Hacking, 1999).

Kultur, kjønn og endring

Spiseforstyrrelser og annen spise/kroppsproblematikk berører forholdet mellom kropp og sinn, både konkret og filosofisk. Denne avhandlingen er bygget på en kroppsfenomenologisk grunnmur, en forståelse av forholdet mellom kropp og sinn som dialektisk og eksistensielt uatskillelig. Merleau-Ponty (1945/2002) betrakter kroppen som selve vår væren i verden og vår tilgang til den. “The body is the vehicle of being in the world, and having a body is, for a living creature, to be intervolved in a definite environment, to identify oneself with certain projects and be continually committed to them” (Merleau-Ponty, 2002, s. 94). Alt vi erfarer i verden gjør vi med kroppen; kroppen erfarer verden og kroppen handler i verden. “The body is our general medium for having a world”, hevder Merleau-Ponty (2002, s. 169). Den fysiske kroppen er dermed helt vesentlig for vår subjektivitet. Begrepet *embodiment* – kroppsliggjøring – flytter fokuset fra kroppens fysiske kvaliteter til en kropp som er en del av en psykologisk, sosial og kulturell sammenheng. Kroppsliggjøring kan således ses som en form for mekanisme, der erfaringene i verden blir en del av individet.¹⁸

Filosofen Simone de Beauvoir brukte Merleau-Pontys tanker for å beskrive hvordan kvinner sosialt og kulturelt ble til kvinner gjennom kroppslige erfaringer. Innenfor rammen av eksistensiell fenomenologi, utviklet hun sine ideer knyttet til en forståelse av kjønn (Beauvoir, 1949/2011; Moi, 2005).¹⁹ Beauvoir så kroppen ikke som *i* en situasjon, men som en situasjon i seg selv: “...in the position that I adopt – that of Heidegger, Sartre, and Merleau-Ponty – that if the body is not a thing, it is a situation: it is our grasp on the world and the outline for our projects” (Beauvoir, 2011, s. 46). I følge Beauvoir innebærer kroppen også et kvinnelig eller mannlige utgangspunkt, men hvordan dette utgangspunktet blir utviklet og forstått er på ingen måte gitt. Hun skriver om kvinnens kropp, sett i relasjon til mannens kropp:

As soon as we accept a human perspective, defining the body starting from existence, biology becomes an abstract science; when the physiological given [female] muscular inferiority takes on a meaning, this meaning immediately becomes dependent on a whole context; “weakness” is weakness only in light of the aims man sets for himself... (Beauvoir, 2011, s. 46).

¹⁸ Merleau-Ponty er opptatt av kroppsliggjøring i filosofisk forstand, mens sosiologen Bourdieu fokuserer mer på kroppsliggjøring i sosiologisk og politisk forstand gjennom begrepet habitus (Bourdieu, 1995; Jenkins, 1992). Begge søker imidlertid å overskride dikotomier som mentalt-fysisk og subjekt-objekt (Marcoulatos, 2001).

¹⁹ Jeg forholder meg her til Beauvoir og *Le Deuxième Sexe (Det annet kjønn)* i hovedsak gjennom Torill Moïs tolkning (Moi, 2005).

Den kvinnelige og den mannlige kroppen har spesifikke biologiske karakteristika, men disse har ikke én bestemt sosial og kulturell mening. Beauvoir viser til mannen som kulturell norm. Det er i en slik forståelse man må tolke Beauvoirs berømte utsagn “man er ikke født som kvinne – man blir det” (Moi, 2005). Sett i et kritisk realistisk perspektiv er dette en form for mekanisme, eller snarere flere mekanismer som virker sammen. Beauvoir opererte ikke med et skille mellom “*sex*” og “*gender*”, eller fysisk og sosialt/psykologisk kjønn, biologi og kultur. I hennes filosofi vil det tilsvare et skille mellom kropp og sinn, i følge Moi (2005). Biologi er med andre ord også åpent for fortolkning; den biologisk kjønnede kroppen er utgangspunktet, men veien videre er, i prinsippet, åpen.

Sosiologen Raewyn Connell (2005) presenterer lignende perspektiver når hun reflekterer over maskulinitet og den mannlige kroppen. I likhet med Beauvoir ser Connell kroppen som i gjensidig interaksjon med sosiale og kulturelle fortolkninger, uttrykt i begrepet *body-reflexive practices*, kroppsrefleksive praksiser. Med eksempler fra sex, sport og rusmiddelbruk, argumenterer hun for at menns kroppslige erfaringer med lyst og smerte former – og er formet av – kulturelle og sosiale maskuline praksiser. Kroppen er både agent og objekt. Som Beauvoir holder Connell fast ved betydningen av den fysiske kroppen: “The materiality of male bodies matter, not as a template for social masculinities, but as a referent for the configuration of social practices defined as masculinity. Male bodies are what these practices refer to, imply or address.” (Connell, 2000, s. 59). Kroppsrefleksive praksiser interagerer alltid med sosiale relasjoner, og disse kan både begrense og utfordre hverandre. Det sosiale/kulturelle og det biologiske sammenflettes og forenes i individenes praksis. “Particular versions of masculinity are constituted in their circuits as meaningful bodies and embodied meanings. Through body-reflexive practices, more than individual lives are formed: a social world is formed” (Connell, 2005, s. 64).²⁰ Som alle praksiser både styres de av og skaper sosiale og kjønnede strukturer, menneskelige og samfunnsmessige mekanismer som griper inn i hverandre.

Særlig versjoner av maskulinitet – eller femininitet – formes i lokale kulturer eller subkulturer, som sportskulturer, ruskulturer²¹, middelklassekulturer eller arbeiderklassekulturer. Pierre Bourdieus habitus-studier har vist hvordan kjønnede politiske strukturer i Kabylia (Algerie) preger måten kvinner og menn fører kroppen sin på (Jenkins, 1992), og hvordan klassestrukturer i Frankrike vises i måten en arbeider versus en industrileder spiser på (Bourdieu, 1995). Den

²⁰ En versjon av maskulinitet som Connell karakteriserer som *den hegemoniske maskuliniteten*, er den formen som til enhver tid legitimerer patriarkatet – menns dominans og undertrykkelse av kvinner (Connell, 2005).

²¹ Det finnes forbausende lite forskning på kroppspraksiser i rusmiljøer, både i Norge og internasjonalt.

enkeltes kroppspraksis (bevegelser, idealer, osv.) vil dermed være influert av både lokale og overordnede kulturelle føringer.

I sin studie av tre generasjoner norske kvinner født rundt 1910, 1945 og 1970 beskriver Nielsen og Rudberg (2006) hvordan kroppens utseende har gått fra å være noe man aksepterte som medfødt kapital (god eller mindre god), til å bli et prosjekt for forandring. Der eldste generasjon mer eller mindre aksepterte den tildelte “figuren”, ble mellomste generasjon mer opptatt av kroppens og ansiktets enkelte deler og til en viss grad hvordan de kunne endre det de ikke var fornøyd med. Den yngste generasjonen vurderer hele kroppen under ett og knytter den i langt større grad til selvfølelse og hennes eget ansvar, noe hun kan forandre. Denne endringen understrekes også i annen erfaringsnær forskningslitteratur (Grogan, 2008; Orbach, 2009). Susie Orbach (2009) peker på at kroppen alltid er og har vært formet av kulturen den befinner seg i, men at i vår tid er muligheten til *teknisk* forandring av kroppen enestående. Vår moderne kultur gir *formbarheten* (Ziehe, Fornäs & Retzlaff, 1989) gode vilkår; med ulike midler kan kroppen bli (nesten) det vi vil.

Margaret Mead (1947, i Nasser, 1988, s. 184) relaterer et forstørret fokus på kropp til kulturer i endring:

As periods of cultural change inevitably carry with them a greater degree of heterogeneity, in the history of any culture or sub-culture, periods will be found in which adequate social forms for the expression of points of strain and tension in the personality will be forced back upon his own body for symbolic expression.

I kaotiske tider, når mye annet flyter, er kroppen et nært og konkret prosjekt. Land eller områder i økonomisk utvikling, kulturer som blir modernisert, urbanisert og “vestliggjort” ser ut til å utvikle økt utbredelse av spiseforstyrrelser (Levine & Smolak, 2010).²² Miller og Pumariega (2001) oppsummerer hvordan spiseforstyrrelser har funnes i flere historiske epoker og kulturer men med ulike uttrykk. De fremhever hvordan kulturendringer i seg selv kan åpne for flere spiseforstyrrelser, både på gruppe- og individnivå.

In addition, historical and cross-cultural experiences suggest that cultural change itself may be associated with increased vulnerability to eating disorders, especially when values about physical aesthetics are involved. Such change may occur across time within a given

²² I romanen *What I loved* bruker Siri Hustvedt den poetiske betegnelsen “et sosiologisk virus” om spiseforstyrrelser. Begrepet understreker sammenhengen mellom kropp og kultur.

society, or on an individual level, as when an immigrant moves into a new culture (Miller & Pumariaga, 2001, s. 104-105).

Kulturelle endringer kan dermed legge til rette for endring av kroppen, men på forskjellig vis.

Rusbehandling

Populasjonen som er undersøkt i denne doktorgradsstudien er pasienter i heldøgns rusbehandling. Døgnbehandling tilbyr et helt eget fellesskap, en slags mellomlanding på veien fra rusmiddelavhengighet og rusmiljø til et annet liv, der rus ikke er styrende og personen er deltakende på flere livsarenaer. Denne mellomlanding eller overgangsperioden kan forstås som en type overgangsrituale.

Rusbehandling, særlig døgnbasert/institusjonell rusbehandling, kan ses på som et overgangsrituale, en *rite de passage*. Teorien om overgangsritualer ble utviklet av van Gennep (1909/1960), med referanse til overganger fra et stadium til et annet, for eksempel graviditet, giftemål, pubertet og død. Denne overgangen kan deles inn i tre faser: *separasjon*, *liminalitet* og *reintegrasjon*. En senere videreutvikling av Turner (1967, 1969) la større vekt på den liminale fasen. Dette er en tvetydig midt-i-mellomperiode, der man har forlatt sin opprinnelige rolle eller posisjon og ennå ikke fått sin nye. Personen holdes fysisk eller symbolsk atskilt fra resten av samfunnet. Typisk for den liminale fasen er *communitas*, det fellesskapet som oppstår i denne mellomsituasjonen. Personene er alle “i samme båt” og har jevnbyrdige posisjoner. Samtidig kan de mer erfarne i situasjonen lære opp nykommerne (Turner, 1969).

Døgnbasert rusbehandling ligner på mange måter en slik liminal fase. Pasienter befinner seg i en mellomperiode, ikke lenger i et rusmiljø, men heller ikke som en vanlig, mer eller mindre rusfri, samfunnsborger. Han eller hun bor og arbeider/studerer atskilt fra resten av samfunnet, og behandlingstiltaket (på oppdrag fra samfunnet) setter rammer, tilbyr aktiviteter og gir økonomisk støtte. Pasientene er i rusbehandlingen både fysisk og symbolsk atskilt fra både sin tidligere posisjon som rusmiddelavhengige og sin fremtidige posisjon som rusfrie samfunnsborgere. Alle pasientene inngår i den samme strukturen, men de som har vært i behandling en stund, støtter og hjelper de nyankomne, av og til også på mindre hensiktsmessige måter.

I denne liminale fasen kan forandringen fra avhengig til ikke-avhengig anta mange former.

Pasienter i rusbehandling forventes – av seg selv eller andre – å oppnå endringer med hensyn til

psykisk helse, sosialt liv, økonomi, boligsituasjon, familie, fysisk helse. Svært mange rusmiddelavhengige som får plass i døgntilrettelagt behandling er underernærte, feilernærte, har dårlig kondisjon og styrke. For mange er denne forandringsperioden også en periode for forandring av kroppen.

Individ og følelser

Cheetham, Allen, Yücel og Lubman (2010) har gjort en omfattende gjennomgang av forskningen på forholdet mellom rusmiddelavhengighet og følelsesregulering/dysregulering. Med utgangspunkt i mange ulike studier av konstruktene *negative affect*, *positive affect* og *effortful control* hevder de at dysregulering av følelser ligger til grunn for både sårbarhet, tidlig eksperimentering, utvikling og opprettholdelse av rusmiddelavhengighet. Som en konsekvens mener Cheetham et al. (2010) at rusmiddellidelser/rusmiddelforstyrrelser bør forstås som affektforstyrrelser, og forebygging og behandling bør ha dette som utgangspunkt.

Følelsesregulering²³ innebærer å kunne gjenkjenne, forstå og håndtere følelser som oppstår på grunn av ytre eller indre hendelser. Alle følelser, så vel positive som negative og nøytrale, hører naturlig hjemme i våre liv. Når man ikke greier å regulere en følelse (dysregulering), forstå den og håndtere den, vil man få behov for å få den bort; erstatte den med en annen følelse som er lettere å håndtere, eller fjerne den helt (Wallroth, 2011). Mange retninger innen psykologi og psykiatri – for eksempel spedbarnspsykologi, utviklingspsykologi, personlighetspsykologi, nevrobiologi, traumeforskning og psykoanalyse – har vektlagt og bidratt til forståelsen av følelsesregulering (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004; Lanius, Vermetten & Pain 2010; Schore, 1994; Taylor et al., 1997). Forklaringer på *hvordan* følelsesregulering blir så viktig for å forstå rusmiddelavhengighet, finner vi blant annet i tilknytningsteori.

Tilknytning er det psykologiske båndet mellom det lille barnet og den/de primære omsorgspersonen/e og danner grunnlag for senere evne til å knytte seg til og være i relasjon med andre mennesker (Bowlby, 1969; Bretheton, 1992; Hart & Schwartz, 2009). En primært trygg eller primært utrygg tilknytning danner et fundament for hvordan personen senere er i stand til selv å regulere følelser, tro på egne krefter, og stole på og skape nære bånd til andre mennesker. Livet gjennom forblir tilknytning en vesentlig motivasjonsfaktor (Flores, 2004). Tilknytningen

²³ Begrepene følelsesregulering (*emotion regulation*) og affektregulering (*affect regulation*) dekker i hovedsak det samme og i brukes i praksis om hverandre (f.eks. i Taylor et al., 1997; Bateman & Fonagy, 2012b). Følelsesregulering er her valgt fordi det er mer intuitivt og gjenkjennelig i norsk språkbruk.

legger grunnen for utvikling av relasjoner til andre mennesker og for en etter hvert indre regulering av følelser (Bateman & Fonagy, 2012a; Flores, 2004; Hart & Schwartz, 2009). Tilknytning kan i dette perspektivet forstås som en mer grunnleggende mekanisme enn for eksempel følelsesregulering.

Kvaliteten på tilknytningen og betydning for senere psykisk helse har vært gjenstand for mye forskning. Studier av tilknytningsmønstre hos personer med rusmiddellidelser viser at forekomsten av trygg tilknytning ser ut å være lav (Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucis & Troutman, 2005; Schindler, Thomasius, Petersen & Sack, 2009; Schindler et al., 2005; Thorberg & Lyvers, 2010). Også spiseforstyrrelser viser samvariasjon med utrygg tilknytning i mange studier (Barone & Guiducci, 2009; Illing, Tasca, Balfour & Bissada, 2010; Ringer & Crittenden, 2007; Zachrisson & Skårderud, 2010).

Følelsesregulering er her et utgangspunkt for å forstå utvikling av rusmiddellidelser – men også spise/kroppsproblematikk. Konstruktet aleksitymi og teorien om mentalisering kan utdype forståelsen av følelsesregulering. Det teoretiske konstruktet *aleksitymi* betyr på gresk opprinnelig “ingen-ord-for-følelser” og innebærer en manglende eller svekket evne til å få tak i og uttrykke hva man føler (Taylor et al., 1997). Selv om både sosiokulturelle omgivelser og nevrobiologiske trekk kan ha betydning for utvikling av aleksitymi, er det likevel emosjonelt utilgjengelige eller ustabile omsorgspersoner, dvs. tilknytningsvansker, som i størst grad bidrar til denne utviklingen (Taylor et al., 1997). Begrepet defineres av Taylor og kolleger (1997, s. 29) som bestående av fire komponenter: 1) vansker med å identifisere følelser og å skille mellom følelser og kroppslige fornemmelser/opplevelser; 2) vansker med å beskrive sine følelser for andre mennesker, 3) et begrenset fantasiliv, og 4) en ytrestyrt kognitiv stil. Aleksitymi anses ikke som et enten-eller fenomen men som et dimensjonalt fenomen, et mer eller mindre fremtredende trekk (Taylor et al., 1997).

Bruk av rusmidler kan være en måte å håndtere en slik svikt på. I denne forståelsen utvikles rusmiddelavhengighet på bakgrunn av store vansker med å regulere og uttrykke følelser (Taylor et al., 1997).²⁴ I et kritisk realistisk perspektiv kan dette ses som en type generativ mekanisme, hvor manglende følelsesregulering bidrar til utvikling av rusmiddelproblemer. Følelsene oppfattes gjerne som fysiske opplevelser eller smerter, som personen ikke emosjonelt og kognitivt får tak i.

²⁴ Taylor og kolleger (1997) understreker at ruslidelser er et sammensatt fenomen med genetiske, personlighetsmessige og miljømessige bakgrunnsfaktorer.

...their feelings being either intense, unbearable, and overwhelming or diffuse, confusing, or absent. Most of all addicts suffer because their feelings are out of control, and they believe a drug or alcohol 'solution' to this state of affairs provides relief even at the same time as it perpetuates their suffering (Khantzian, 1993, i Taylor et al., 1997, s. 171).

Rusmidler kan dempe eller legge lokk på følelser som personen ikke kan gjenkjenne, forstå og respondere hensiktsmessig på, eller de kan på kort sikt skape eller forsterke følelser som er ønsket. Evnen til å ta vare på seg selv er svekket.

På samme måte kan spiseforstyrrelser ses som forstyrrelser i selvregulering, der sviktende følelsesregulering er viktigste komponent, i følge Taylor et al. (1997) med referanse til særlig psykoanalytikeren Hilde Bruch. Dette innebærer utviklingsrelaterte vansker med å forstå og ta hensyn til seg selv, sine tanker og følelser. Bruch knytter dette til den intense jakten på å bli tynn:

Expressions of the deficiency in overall development are manifested by inaccuracy in perception and control of bodily sensations, confusion of emotional states, inaccuracy in language and concept development, and great fear of social disapproval. The relentless pursuit of thinness can be conceived of as an effort to camouflage these underlying problems (Bruch, 1988, s. 4).

Denne manglende oppmerksomheten mot det indre livet, mot følelser, tanker og kroppslige behov kan føre til en overveldende opplevelse av tomhet og utilstrekkelighet (*ineffectiveness*), som igjen kan føre til en kamp for kontroll, identitet og flinkhet (Espeset, 2011). En svekket evne til å få kontakt med og bearbeide følelser, skaper grunnlag for andre måter å møte disse følelsene på. Dette kan forstås som en mekanisme. Personer som har en svak selvregulerende psykisk struktur, vil lettere kunne la seg påvirke av ytre impulser, som kulturens kroppslige idealer (Taylor et al., 1997). Taylor og medarbeidere knytter også impulsivitet, manglende evne til å regulere impulser, til særlig bulimisk spiseforstyrrelse. Taylor et al. (1997) fremhever selv at den høye komorbiditeten mellom rusmiddellidelser og spiseforstyrrelser ikke er overraskende, sett i lys av deres teori om en felles underliggende svikt i følelsesreguleringen.

Konstruktet aleksitymi altså beskriver et trekk, en tilstand knyttet til følelsesregulering. Aleksitymi forstås langt på vei som noe man har eller ikke har, eller er mer eller mindre preget – uavhengig av situasjonen. En forståelse av følelsesregulering som i større grad enn aleksitymi inkluderer konteksten er teori om *mentalisering*. Mentaliseringsteori er utviklet med bakgrunn i

evolusjonsteori, tilknytningsteori, psykoanalytisk teori, nevrovitenskap, utviklingspsykologi og kognisjonsteori (Bateman & Fonagy, 2012a).

Mentalization is a form of social cognition. It is the imaginative mental activity that enables us to perceive and interpret human behavior in terms of intentional mental states (e.g. needs, desires, feelings, believes, goals, purposes, and reasons) (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012, s. 4).

Mentalisering innebærer å se seg selv utenfra og andre innenfra; å tenke over følelsene sine og “føle over” tankene sine. Et viktig utgangspunkt for gode mentaliseringsevner er trygg tilknytning, særlig – men ikke bare – den tidlige tilknytningen, ettersom denne legger til rette for å utvikle forståelse av egne og andres følelser.

Evnen til mentalisering utvikles gradvis fra spedbarn til voksen alder. Mentaliseringsevnen kan betraktes som en mekanisme. Imidlertid vil alle mennesker, uansett tilknytningsmønster, oppleve at mentaliseringsevnen svikter innimellom, ved stress, fare, forelskelser, rus; den påvirkes av konteksten. Ikke-mentaliserende holdninger beskrives i hovedsak gjennom tre såkalte før-mentaliserende modi, *psykisk ekvivalens*, *forestillingsmodus* og *teleologisk holdning* (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2012). Ved psykisk ekvivalens har personen ikke klare skiller mellom sitt eget indre og den ytre verden; verden er slik jeg føler det inni meg (Skårderud & Fonagy, 2012). Ved forestillingsmodus har ikke språket som brukes, forankring i personens indre. Det er ikke virkelig kontakt med følelsene (Skårderud & Fonagy, 2012). Ved teleologisk holdning er forventningene til en selv og andre knyttet til det konkrete fremfor det mentale (Fonagy et al., 2004; Skårderud & Fonagy, 2012). Bare handlinger med fysiske resultater vurderes til å være i stand til å påvirke mentale tilstander hos en selv eller andre: “jeg tror det ikke før jeg ser det” (Bateman, 2007).

Ved svekket mentalisering kan rusmiddelbruk være en måte å håndtere ellers overveldende følelser på (Arefjord & Karterud, 2011). Utrygg tilknytning kan føre til dårlig utviklet mentaliseringsevne, og rusing i seg selv svekker også evnen til mentalisering. For en som utvikler spiseforstyrrelser, vil svekket mentalisering bidra til vansker med å både skille og forene kropp og sinn; følelser blitt omsatt til kroppslig praksis og kroppens behov blir ikke ivaretatt i tanker og handling (Skårderud & Fonagy, 2012).

Kapittel 3. Metode

Fenomenet spise/kroppsproblematikk blant rusmiddelavhengige er komplekst, og jeg har derfor ønsket å studere problematikken fra flere vinkler i denne eksplorerende studien. En kombinasjon av metodiske tilnærminger kan bidra til bedre forståelse enn om bare én vinkling velges (Flick, 2007). Forskningsspørsmålene er på basis av dette søkt besvart gjennom en spørreundersøkelse som inkluderer et standardisert instrument, deltakende observasjon og kvalitative intervjuer; alt innenfor rusbehandlingstiltaket Tyrilistiftelsen. I tillegg besvares deler av forskningsspørsmålene med en reviewstudie²⁵.

I dette kapittelet introduseres først teori om triangulering, satt inn i en kritisk realistisk ramme. Deretter beskrives kort Tyrili som behandlingstiltak med vekt på behandlingsprofil, inntaksgrunnlag og pasientgruppe. Datamateriale, målingsverktøy, gjennomføring og analyse knyttet til hver av de fire artiklene presenteres deretter. Så følger et underkapittel med refleksjoner rundt metodiske valg, konsekvenser, begrensninger og kvalitetssikring. Kapittelet avsluttes med noen etiske betraktninger rundt doktorgradsprosjektet i sin helhet.

Triangulering og abduksjon

Målet med en flermetodisk tilnærming er å få et bedre bilde av forskningsfenomenet, i tråd med hvordan for eksempel Uwe Flick (2007) forstår begrepet *triangulering*²⁶. Triangulering kan bety å se samme punkt i landskapet fra ulike vinkler, slik en objektivistisk/realistisk posisjon har vektlagt; eller det kan innebære å belyse ulike punkter i det samme landskapet, slik en mer subjektivistisk/relativistisk posisjon forstår det. Fra en tidlig positivistisk posisjon og tro på absolutt validering, har samfunnsvitenskapen i hovedsak beveget seg mot et mer konstruktivistisk perspektiv der data i større grad ses som konstruerte og situerte. Samtidig vil man fra en mer moderat realistisk posisjon kunne hevde at triangulering er en strategi for å styrke funnene, fordi flere perspektiver legges til og utforskes og dermed belyser ulike sider ved (det hovedsakelig samme) fenomenet. Metodetrianguleringen i dette doktorgradsprosjektet har dette som utgangspunkt. Intervjuer, observasjon og spørreundersøkelse gir data som belyser det komplekse

²⁵ Jeg bruker det engelske begrepet *review* for å skille det fra annen oppsummering av forskning i avhandlingen.

²⁶ Triangulering var opprinnelig knyttet til navigering til sjøs eller måling av land og innebærer å fastsette et punkt ved hjelp av en side og to vinkler (Encyclopædia Britannica, 2010). I samfunnsvitenskapelig forstand ble triangulering tatt i bruk i kvantitativ forskning fra 1960-tallet og i kvalitativ forskning fra 1970-tallet (Seale, 1999; Denzin, 1978). De fire hovedformene for triangulering er datatriangulering, forskertriangulering, teoritriangulering og metodologisk triangulering (Denzin, 1978). Se mer om triangulering i Nøkleby (2011).

fenomenet spise/kroppsproblematikk blant rusmiddelavhengige fra flere vinkler. Ulik atferd, tanker og følelser fremkommer under disse ulike tilnærmingene, og jeg vil hevde i tråd med Flick (2007) at man er i stand til å oppnå en bredere forståelse og bedre kvalitet på forskningsstudien ved en slik fremgangsmåte.²⁷

I kritisk realismes termer omfatter dette doktorgradsprosjektet både *intensiv* og *ekstensiv* forskning (Danermark et al., 2003). Todelingen minner om, men er ikke helt ekvivalent til, skillet mellom kvalitativ og kvantitativ forskning. Skillet mellom intensivt og ekstensivt design berører også forskningsspørsmålene, definisjoner og type kunnskap. I kritisk realistisk teori ønsker man å se de to tradisjonelt atskilte metodologiske retningene, henholdsvis hermeneutikk/fenomenologi og positivism, som tilhørende samme metateori.²⁸ Det forente målet er kunnskap om generative mekanismer (hva produserer en spesifikk hendelse?). Mens den intensive tilnærmingen undersøker prosessen/hendelsen i ett eller få tilfeller (hvilke samspillende krefter produserer en hendelse?), søker den ekstensive etter antall, spredning og mønstre (hvor ofte opptrer en spesifikk hendelse og med hvilken fordeling?). I kritisk realistisk teori er kontekstualisering grunnleggende, jfr. forståelsen av virkeligheten som lagdelt eller stratifisert. Kontekstualisering i det intensive designet skjer ved at fenomenet analyseres på flere nivåer eller fra flere vinkler; i det ekstensive ved at man analyserer flere variabler eller variabelsett i sammenheng.

I mitt prosjekt består den ekstensive delen av reviewstudien og survey-studien (spørreundersøkelsen) og gir “deskriptive ‘representative’ generaliseringar, utan direkt forklarande förmåga” (Danermark et al., 2003, s. 290). Her besvares spørsmål om utbredelse og fordeling. Variabler som *spiseforstyrrelse* eller *vektfobi* vurderes statistisk opp mot andre variabler, som kjønn, alder, foretrukne rusmidler, eller psykologiske trekk. Den intensive delen består av intervjustudien, som forsøker å gi en “kausal forklaring av hur en specifik händelse eller ett specifikt objekt produseras, ej nödvendigvis ett representativt sådant” (Danermark et al., 2003, s. 290). Her belyses spørsmål om samspill av mekanismer og krefter som kan føre til det omtalte fenomenet. For eksempel vurderes en persons dopingbruk i lys av personens ulike utsagn om motivasjon, virkning, selvforståelse og teoretiske forståelser.

²⁷ Begrepet *mixed methods* indikerer en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder (se f.eks. Tashakkori & Teddlie, 2010), mens metodologisk/metodetriangulering kan benytte kun kvalitative eller kun kvantitative metoder – og det gjøres primært ikke sekvensielt.

²⁸ Kritisk realisme vektlegger skillet mellom ontologi og epistemologi, det vil si mellom “verden slik den er” og “det vi kan vite om verden”. I opposisjon til både en positivistisk/empiristisk posisjon (“verden er det vi ser”) og en rent fortolkende posisjon (“verden er det vi opplever at den er”) vil kritisk realisme anerkjenne at mennesket fortolker virkeligheten (epistemologisk relativisme) og samtidig at verden ikke er denne fortolkningen (ontologisk realisme). Virkeligheten eksisterer altså uavhengig av oss, men vår kunnskap om den er sosialt betinget.

Abduksjon er en metodologisk tilnærming som betyr at man slutter seg til noe basert på spor man finner og tidligere teori, som f.eks. når en lege ser symptomer hos en pasient og slutter seg til en diagnose, på bakgrunn av både empiri og teori (Alvesson & Sköldbberg, 2008; Danermark et al. 2003).²⁹ Andre slutningsformer er deduksjon og induksjon. Der deduksjon trekker slutninger fra en regel/teori til et enkelt tilfelle, og induksjon slutter fra enkelttilfeller til teori/regel, er abduksjon som slutningsresonnement et dialektisk forhold mellom teori og empiri. Filosofen Charles Peirce illustrerer abduksjon med et eksempel (Bertilsson, 2004, s. 6):

Minor premise: These beans are white.

Major premise: The beans in the bag are white.

Result: The beans come from this bag.

Eksempelet innebærer at bønnene kan komme fra en annen sekk, men man antar at de kommer fra den sekken og styrker antagelsen med teoretiske argumenter. Prosessen i abduksjon kan ligne en hermeneutisk spiral (Alvesson & Sköldbberg, 2008). “Induktion utgår från empiri och deduktion från teori. Abduktionen utgår från empirisk fakta liksom induktionen, men avvisar inte teoretiske förföreställningar och ligger i så måtto närmare deduktionen” (Alvesson & Sköldbberg, 2008, s. 56). Abduksjon er en kreativ prosess og legger i større grad enn deduksjon og induksjon til rette for å oppdage noe nytt (Bertilsson, 2004; Danermark et al. 2003).

I kritisk realismes termer innebærer abduksjon en sannsynliggjøring av konklusjonen, et resonnement til den beste forklaringen, snarere enn en logisk nødvendig slutning (Danermark et al., 2003). Å søke etter dypstrukturer er å søke etter mekanismer. Mekanismene som skal sannsynliggjøres er ikke i seg selv tilgjengelige for verifisering, de befinner seg på det ontologiske planet, mens sannsynliggjøringen er en del av det epistemologiske prosjektet og krever at man tar noen teoretiske valg. De teoretiske valgene kan kritiseres og diskuteres. I denne doktorgradsstudien bringer jeg de valgte teoriene inn i analysen av empirien og forsøker å vise mekanismene og sannsynliggjøre tolkningene.

²⁹ Abduksjon har røtter like langt tilbake som induksjon og deduksjon, med utspring i Aristoteles' apagogisk slutning, men gjenoppdaget i vår tid av særlig den amerikanske 1800-talls filosofen Charles Peirce (Alvesson & Sköldbberg, 2008; Bertilsson, 2004).

Kontekst – Tyrili

Hoveddelen av denne avhandlingen (artikkel II, III og IV) tar utgangspunkt i data fra pasienter innlagt i Tyrilistiftelsen. Ettersom dataene er innhentet fra en bestemt pasientgruppe og i en bestemt kontekst, vil jeg kort beskrive Tyrili som behandlingsinstitusjon, kriteriene for inntak og noen typiske trekk ved pasientgruppen.

Tyrlilistiftelsen ble startet i 1980 og er i dag en av de største aktørene på rusbehandling i Norge. Tyrili er en privat ideell stiftelse som tilbyr døgnbehandling for kvinner og menn i alderen 16-60 år, med alvorlige rusmiddelproblemer og ulike former for tilleggspromblematikk. Stiftelsen består av syv behandlingseenheter og to avdelinger som drives i samarbeid med kriminalomsorgen, Oslo fengsel og Bredtveit fengsel. De syv enhetene har rundt 150 innskrevne pasienter³⁰ og like mange ansatte. På Stifinner'n Oslo og Stifinner'n Bredtveit er det henholdsvis cirka 15 og 5 plasser. De aller fleste pasientene (88 prosent) i Tyrili er innskrevet etter Lov om spesialisthelsetjeneste (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB), 6 prosent etter Lov om helse- og velferdstjenester (Oslo kommune) og like mange, 6 prosent, etter Lov om barnevern (tall for 2011).

Pasienter på spesialisthelsetjenesteplass søkes inn med diagnosen rusmiddelavhengighet etter ICD-10; noen få blir diagnostisert etter innleggelse. Pasienter på kommunal plass har alle vært innlagt i spesialisthelsetjenesten tidligere og vil som regel fra før av være diagnostisert med rusmiddelavhengighet. Pasienter på barnevernsplass får inntak når "hovedproblematikken er rusmisbruk og kriminalitet" og "dokumentert alvorlig rusmisbruk" (www.tyrili.no, 20.11.2012). Tyrili åpner for tilleggspromblematikk knyttet til "fysisk og psykisk helse (depresjon, angst, ADHD, lettere personlighetsforstyrrelser, selvskading, moderate spiseforstyrrelser), volds- og kriminalitetsproblematikk samt sosiale vansker knyttet til relasjoner, fungering i egen bolig, arbeid/skole m.m." (Tyrilistiftelsen, 2011). Dette utelukker personer med alvorlige psykiske lidelser som alvorlige spiseforstyrrelser, schizofreni og bipolar lidelse. Det er ikke beskrevet hvor skillet mellom moderate og alvorlige spiseforstyrrelser går, men pasienter som trenger betydelig somatisk innsats vil trolig ikke ligge innenfor målgruppen.

De viktigste aspektene ved Tyrilis behandlingstilnærming er *felleskap, relasjonsbygging og endringsoptimisme* (Tjersland, Jansen & Engen, 1998; Tyrilistiftelsen, 2011). Pasientene bor i behandlingfelleskap med 15-25 medelever, deltar i arbeidslag og grupper og tilbys individuell

³⁰ Det som her omtales som pasienter, kalles i Tyrili *elever*. Formelt er denne gruppen innskrevet som *pasienter* i spesialisthelsetjenesten, *brukere* i kommunalt helsevern eller *klienter* i barnevernet, men alle kalles elever.

psykologisk behandling. Gjennomsnittlig behandlingstid for pasienter som ble utskrevet i løpet av 2011 var 8.3 måneder for hele gruppen.

For å ytterligere beskrive hva slags behandlingsorganisasjon Tyrili er, vil jeg kort referere fra en gjennomgang av journaldata for pasientgruppen som var innlagt i mars 2010 (Nøkleby & Johansen, 2010)³¹ – altså ikke identisk med utvalget i denne doktorgradsstudien.

Journalgjennomgangen viste en gruppe med mange belastninger, både fysisk, psykisk og sosialt. Gruppen har et sammensatt, langvarig og alvorlig rusmiddelbruk: Alle i utvalget har forsøkt amfetamin og 90 prosent av disse har hatt en høyfrekvent bruk³² i gjennomsnittlig 9.8 år. Åttiåtte prosent har forsøkt heroin, hvorav to tredjedeler har hatt en høyfrekvent bruk i 7.3 år i snitt. Femtite prosent oppgir at “misbruk av flere narkotiske stoffer” har vært hovedproblemet³³, og 55 prosent har vært i institusjonsbehandling tidligere. Avbrutt videregående utdanning og lange perioder med arbeidsløshet (i snitt 5.3 år) er utbredt, og økonomien er preget av dette, rusmiddelbruk og kriminalitet. Førtisv prosent har foreldre med egne rusmiddelproblemer. En tredjedel har tidligere vært innlagt i psykisk helsevern og fire av ti har forsøkt å ta sitt eget liv, en eller flere ganger (Nøkleby & Johansen, 2010). Sammenlignet med den øvrige populasjonen rusmiddelavhengige i behandling i Norge, ser Tyrili-informantene ikke ut til å skille seg spesielt ut når det gjelder alder, utdanning/arbeid, helse eller rusmiddelbruk (Melberg, Lauritzen & Ravndal, 2003).

Utvalget som disse journaldataene beskriver, er på grunn av sammenfall i tid *delvis* overlappende med utvalget som inngår i doktorgradsstudien. Beskrivelsen er kun inkludert for å bidra i den kontekstuelle rammen. Dessverre finnes det ikke bakgrunnsdata om det aktuelle utvalget annet enn det som er beskrevet i delstudiene (artikkel II-IV). Det er imidlertid liten grunn til å tro at det aktuelle studieutvalget skiller seg vesentlig fra journaldata-utvalget, all den tid inntakskriteriene var de samme og tidsperioden *i hovedsak* er den samme. Det hadde uansett vært ønskelig med opplysninger om tidligere belastninger eller nåtidig situasjon, særlig med hensyn til psykisk og fysisk helse. Slike data kan være relevante for vurdering av utvalget, for sammenligning med andre samt fungere som kontrolldata.

³¹ Dataene er basert på intervjuer 2-4 uker etter inntak med kartleggingsintervjuet ASI (*Addiction Severity Index*, McLellan et al., 1992). Barnevernselevne intervjues med et annet kartleggingsinstrument og er derfor ikke inkludert.

³² Høyfrekvent bruk defineres som bruk minst tre dager i uka eller to dager etter hverandre til et nivå som vanskeliggjør normale aktiviteter (McLellan et al., 1992)

³³ Bruk av tobakk og snus er ikke kartlagt, men observasjoner tilsier at et stort flertall av pasientene i Tyrili røyker.

Materiale, verktøy, gjennomføring og analyse

Artikkel I

Comorbid drug use disorders and eating disorders: A review of prevalence studies.

Artikkel I oppsummerer studier av samvarierende spiseforstyrrelser og narkotikalidelser. Materialet ble innhentet ved søk i databasene *Embase*, *Medline* og *PsychInfo*. Perioden det ble søkt for var januar 1990 til mai 2011, og søkeordene var *eating disorder*, *substance-related disorder*, *drug dependence*, *drug abuse*, *drug addiction* og *substance abuse*. Søket gav 596 artikler som ble manuelt sortert etter relevans og design. Kun studier som målte spiseforstyrrelser og narkotikaavhengighet i tråd med diagnosekriteriene (DSM) i samme utvalg (kliniske eller befolkningsstudier) og sett i sammenheng, ble inkludert. Studier av alkoholavhengige eller som ikke differensierte mellom alkohol og narkotika ble ekskludert. Samvariasjon på ett gitt tidspunkt eller i løpet av livet måtte være presentert i prosenter. Det endelige antallet artikler ble 13. Ni av 13 studier var fra USA. Fire av studiene var epidemiologiske, åtte var kliniske, mens en studie omfattet begge typer utvalg. Kvinner utgjorde hele utvalget i ti av studiene og majoriteten i ytterligere to. De 13 aktuelle studiene ble systematisert etter utvalg, opprinnelig diagnose ved rekruttering, målt diagnose og resultater. Resultatene ble sammenstilt og vurdert med utgangspunkt i forskningsspørsmålet.

Artikkel II

Use of doping agents and symptoms of eating disorders among male and female drug addicts in treatment.

Artikkel II en studie av symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler. Utvalget var 79 mannlige og 30 kvinnelige informanter fra Tyrili. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i alle syv enheter i Tyrili samt de to fengselsenheter, i perioden 2009-2010. Av 129 mulige fullførte 109 pasienter (84,5 prosent). Deltakerne var i alderen fra cirka 17 til rundt 50 år; 9 prosent er under 20 år, 45 prosent er mellom 20 og 30 år, og 46 prosent er 31 år eller eldre. Kvinnene var noe yngre enn mennene. Dessverre hadde jeg ikke tilgjengelig andre bakgrunnsopplysninger om utvalget, slik at presentasjonen i artikkelen er noe begrenset. De vanligste rusmidlene brukt før inntak til Tyrili var amfetamin, heroin, cannabis og angstdepende/beroligende medikamenter. Ytterligere opplysninger om rusmiddelbruken inngikk heller ikke i undersøkelsen og var ikke tilgjengelig på annet vis slik undersøkelsen ble planlagt og gjennomført.

I artikkel II og III var instrumentet som ble brukt et spørreskjema som bestod av to deler: et standardisert instrument for måling av symptomer på spiseforstyrrelser (EDI-2) og en del med spørsmål om fysisk trening, kroppsvurdering, kosthold og bruk av ulike dopingmidler. I tillegg var det noen få bakgrunnsspørsmål. (Hele spørreskjemaet finnes som vedlegg 1.)

Eating Disorder Inventory-2

Symptomer på spiseforstyrrelser ble kartlagt med *Eating Disorder Inventory*, versjon 2 (EDI-2) av Garner (Garner, Olmsted & Polivy, 1983; Garner, 1991). EDI-2 inneholder 91 påstander som gir skårer på tre symptomskalaer og åtte psykologiske skalaer knyttet til spiseproblematikk. Flere ulike kartleggingsverktøy ble vurdert på et tidlig tidspunkt, blant annet *Eating Disorder Examination*, *Body Shape Questionnaire*, *The survey for eating disorders* (SED) og *Eating Attitudes Test*. Det var imidlertid ønskelig med et instrument som skulle være selvutfyllende (av ressurshensyn), ikke altfor omfattende (andre spørsmål skulle legges til) og et egnet screeninginstrument for denne populasjonen. EDI-2 oppfylte dette og ble vurdert til å være godt teoretisk fundert. Videre syntes EDI å være et utbredt og internasjonalt godt validert forskningsinstrument (Björk, Clinton & Norring, 2008; Brewerton & Costin, 2011; Clausen, Rokkedal & Rosenvinge, 2009; Nevonen, Clinton & Norring, 2006; Thiel & Paul, 2006; 2006; van Strien & Ouwens, 2003). EDI-2 er oversatt til norsk (Rosenvinge, 1998) men ikke validert. Et viktig aspekt ved EDI-2 er informasjonen man får om psykologiske trekk som antas å være betydningsfulle for utvikling og opprettholdelse av spiseforstyrrelser.

Tabell 1. Subskalaer i EDI-2 (Garner, 1991; Rosevinge, 1998)

Symptomskalaer	Psykologiske skalaer
Vektfobi	Selvfølelse
Bulimi	Perfeksjonisme
Kroppsmisnøye	Mellommenneskelig utrygghet
	Introspektiv oppmerksomhet
	Redsel for voksenlivet
	Askese
	Impulsregulering
	Sosial utrygghet

EDI-2 gir skårer på tre symptomskalaer og åtte psykologiske skalaer (tabell 1). De tre symptomskalaene måler holdninger og atferd relatert til spising, kroppsfasong og vekt (Garner, 1991). Skalaen *Vektfobi* måler et sterkt ønske om å være tynn og en klar frykt for å være tykk. Denne skalaen fanger opp et sentralt trekk ved spiseforstyrrelser (Bruch i Garner, 1991). *Bulimi* måler patologisk overspising eller spiseorgier (*binge eating*), hemmelig spising samt tanker om å

kaste opp. Dette er hovedtrekk ved bulimia nervosa. *Kroppsmisnøye* måler en generell misnøye med fasong og størrelse på bestemte deler av kroppen.

De åtte psykologiske subskalaene måler holdninger, følelser, tanker og atferd som er relevant i følge en dynamisk forståelse av spiseforstyrrelser (Garner, 1991). *Lav selvfølelse*, en følelse av utilstrekkelighet, verdiløshet og manglende kontroll over ens liv, har vært vurdert som en underliggende vanske hos personer med spiseforstyrrelser. *Perfeksjonisme* dreier seg om holdninger til at prestasjoner alltid bør være av topp kvalitet. *Mellommenneskelig utrygghet* måler vansker med å etablere og holde på nære relasjoner, og med å fortelle andre om egne tanker og følelser. *Introspektiv oppmerksomhet*³⁴ skal fange opp problemer med å gjenkjenne og respondere hensiktsmessig på indre emosjonelle tilstander samt gjenkjenne stimuli fra indre organer, som sult og metthet. *Redsel for voksenlivet* måler ønsker om å kunne være barn igjen, mens *Askese* måler en persons ideal om selvdisiplin, selvfornektelse og kontroll over kroppslige behov. *Lav impulsregulering* måler tendenser til tankeløshet, rusmisbruk og destruktivitet rettet mot en selv eller andre. Og endelig skal *Sosial utrygghet* fange opp en holdning til at sosiale relasjoner generelt er skuffende, utrygge og gir lite tilbake. (For en oversikt over hvilke *items* som inngår i alle subskalaene, se vedlegg 2.)

Skåringen av EDI-2 skjer på en Likert-skala (Likert, 1932) fra 1 til 6 (Aldri, Sjelden, Iblant, Ofte, Vanligvis, Alltid,) der det mest symptomatiske (patologiske) svaret gis verdien 3, det nest mest patologiske gis 2 og neste 1. De tre minst patologiske svarene (altså skårene 1 til 3) gis verdien 0. På denne måten unngår man at lite patologiske svar samlet sett kan gi høye skårer (Garner 1991).

Det er ingen fastsatt klinisk grenseverdi (cut-off skåre) i EDI-2 som skal skille mellom personer med symptomer på spiseforstyrrelser og personer uten. Vektfofi er likevel den subskalaen som i størst grad berører kjerneproblematikken i både anoreksi og bulimi, og Garner (1991) anbefaler derfor å bruke en skåre på denne som grenseverdi i en screeningprosess. Hvor høy denne grenseverdien skal være må i følge Garner vurderes etter formålet.

³⁴ Begrepet *Introspektiv oppmerksomhet* er oversatt fra *Interoceptive awareness* (Rosenvinge, 1998). På engelsk kan *interoceptive* defineres som “relating to, or being stimuli arising within the body and especially in the viscera”, mens *introspection* betyr “a reflective looking inward, an examination of one's own thoughts and feelings” (www.merriam-webster.com). *Interoceptive* er m.a.o. i større grad knyttet til fysiologiske stimuli, signaler fra kroppens indre organer som magesekk og tarmen – i tillegg til emosjonelle stimuli. Hilde Bruchs begrep *interoceptive confusion* dekker noe tilsvarende, med bakgrunn i det lille barnets manglende mulighet til å få speilet sine ulike indre behov av omsorgsgiver (Skårderud, 2007).

Spørsmål om dopingbruk, trening mm.

Som majoriteten av de standardiserte instrumentene på feltet, retter EDI-2 seg i stor grad mot kvinners kropp, med vekt på tynnhet (selv om dette også kan være viktig for menn), hofter, lår og bakende. Den andre delen av spørreskjemaet i dette prosjektet inneholder derfor åtte spørsmål som i større grad kan være relevante for gutter og menn og deres kropp: erfaring med trening, motivasjon for trening, kosthold, bruk av dopingmidler, type dopingmiddel, motivasjon for dopingbruk, oppfatninger om egen kropp og skam (se vedlegg 1). Disse spørsmålene er hentet fra en stor norsk studie av bruk av dopingmidler blant rekrutter (Barland & Tangen, 2009).

Her ble også standardiserte instrumenter vurdert. *The Adonis Complex Questionnaire* (Pope et al., 2000), *The Muscle Dysmorphia Questionnaire* (Morgan, 2008) og *Exercise Dependence Questionnaire* (Hausenblas & Downs, 2002) ble likevel funnet mindre egnet, blant annet fordi de legger opp til en (negativ) vurdering av sin egen atferd og mindre vekt på måling av konkrete variabler. I tillegg er utgangspunktet for testene en vanlig hverdag og et vanlig liv som i liten grad fanger opp livet i behandling eller i rus. Ingen av disse er heller, så langt jeg har funnet, blitt brukt i studier som kunne gitt grunnlag for sammenligning av data.

Spørreundersøkelsen inkluderte også seks andre spørsmål: alder (tre aldersgrupper), kjønn, ønske om hjelp med disse plagene (ikke viktig, litt viktig, viktig), faktisk mottatt hjelp (ja, nei, delvis) og viktigste og nest viktigste rusmiddel (inkludert hyppighet) som ble brukt før inntak til Tyrili.

Undersøkelsen omfatter ikke bakgrunnsinformasjon som for eksempel utdanning/arbeid, økonomi, kriminalitet, familie, rushistorie, fysisk og psykisk helse eller BMI (*Body Mass Index*).

Gjennomføring og analyse

I alt 109 informanter fylte ut og leverte inn spørreskjemaet, 30 jenter/kvinner og 79 gutter/menn. Jeg dro selv rundt på alle enhetene, informerte om undersøkelsen og var til stede under utfylling og ved innlevering. Alle 109 skjemaer ble lagt inn og bearbeidet i SPSS 19 (IBM SPSS Statistics).

Utvalgets skårer på EDI-2 ble sammenlignet med utvalgsskårer hentet fra en svensk studie (Nevonen et al., 2006), ettersom norske sammenligningsdata foreløpig ikke er tilgjengelig. Det svenske utvalget bestod av pasienter med spiseforstyrrelser og er beskrevet med kjønn, alder og diagnose. Sammenligningen mellom skårene på EDI-2 i mitt utvalg og skårene i de svenske utvalgene ble gjort ved hjelp av uavhengig t-test (gjennomsnitt og standardavvik). Sammenligning mellom EDI-skårene mellom kvinner og menn i mitt utvalg, er også gjort med uavhengig t-test.

I den publiserte artikkelen er motivasjon for fysisk aktivitet testet for undergruppen med symptomer på spiseforstyrrelser samt for undergruppen som har brukt dopingmidler (tabell 6). Disse er sammenlignet med hele utvalget – inkludert disse undergruppene. I etterkant må det påpekes at undergruppene skulle vært sammenlignet med hverandre og med det resterende utvalget, *uten* den aktuelle undergruppen, slik at eventuelle forskjeller kunne kommet tydelig frem. Dette gjelder også testing av EDI-skårer i undergruppen som har brukt dopingmidler.

Artikkel III

Symptoms of eating disorders among females in drug addiction treatment.

Artikkel III er en mer detaljert studie av symptomer på spiseforstyrrelser. Utvalget var 29 av kvinnene fra spørreundersøkelsen³⁵ (se over), tilhørende i seks av Tyrilis enheter (én enhet tar bare inn menn) samt en avdeling i et kvinnefengsel. 29 av 35 tilstedeværende fullførte (82.9 prosent). 20.0 prosent av deltakerne var under 20 år, 46.7 prosent mellom 20 og 30, og 33.3 prosent 31 år eller eldre. Bruken av rusmidler tilsvarte i hovedsak mennenes, men det er noe større andel av kvinnene som har hatt beroligende eller angstdempende medikamenter som sitt hovedrusmiddel siste år og noe større andel av mennene som har hatt opiater.

I artikkel III er utgangspunktet det samme som i artikkel II (se over), men kun EDI-2 fra spørreskjemaet ble brukt i analysen. Som i artikkel II er det ikke diagnosen spiseforstyrrelser som måles, men symptomer på spiseforstyrrelser. Skårene på EDI-2 ble sammenlignet med tilsvarende skårer i en svensk og en dansk studie (Nevonen et al., 2006; Clausen et al., 2009). Disse to studiene inkluderte begge utvalg med spiseforstyrrelser og ikke-kliniske utvalg. De svenske og danske utvalgene er ikke beskrevet ytterligere i artikkelen. Sammenligningen mellom utvalgets EDI-skårer og de nordiske kontrollutvalgenes skårer ble gjort ved hjelp av uavhengige (independent) t-tester, basert på observerte gjennomsnittsskårer, standardavvik og utvalgsstørrelse. En statistisk test (Shapiro-Wilk) viste at Tyriliutvalgets skårer ikke var normalfordelte på alle subskalaer. Derfor ble ytterligere en test på effektstørrelser applisert (Hedges' g).

³⁵ Kun 29 av de 30 kvinnene kunne inkluderes i denne delstudien fordi resultatene er avhengig av at alle deltakerne fikk skårer på alle subskalaene.

Artikkel IV

Body practices among male drug abusers. Meanings of workout and use of doping agents in a drug treatment setting.

Artikkel IV er en kvalitativ studie av trening og dopingbruk. Ni mannlige informanter i behandling, i alderen 22 til 35 år, ble intervjuet i perioden høsten 2009 til våren 2011. Intervjupersonene ble rekruttert med utgangspunkt i to forhold: enten 1) at de selv tok kontakt (i forbindelse med observasjonsperioden, spørreundersøkelsen eller hadde hørt om prosjektet på annet vis), eller 2) at de ble anbefalt å delta av ansatte i Tyrili (formidlet til dem og meg). De ni aktuelle intervjupersonene oppfattet dermed seg selv, eller ble oppfattet av andre, som å ha et særskilt forhold – på et eller annet vis – til temaet i prosjektet, spise/kroppsproblematikk blant rusmiddelavhengige (*purposive sampling*, Silverman 2001). Det var ikke et kriterium at intervjupersonene skulle ha brukt dopingmidler. Én av de ni ble rekruttert gjennom observasjonsstudien. Ved ni personer ble det satt stopp; da var det ikke umiddelbart tilgang på flere relevante intervjupersoner, og noen temaer begynte å gjenta seg.³⁶

På intervjutidspunktet hadde mennene vært i behandling i mellom 1 og 14 måneder. Seks av ni hadde sonet dommer i fengsel. Sju av ni hadde brukt anabole steroider eller andre testosteronpreparater, tre av dem innenfor nåværende behandling.

Observasjon

Intervjuguiden er blant annet inspirert av data fra en periode i 2009 med deltakende observasjon. Som observatør bodde jeg på en av Tyrilis enheter i til sammen fire uker, fordelt over en periode på ti uker. Målet var å få tak i atferd, strukturer, samspill og kultur relatert til studiens tema (spise/kroppsproblematikk blant rusmiddelavhengige), i tillegg til å få frem emner som kunne utdypes i intervjuene. Ved å være en del av dagliglivet i behandlingsenheten, delta sammen med pasienter i måltider, arbeidslag, grupper og mer uformelle settinger som trening eller TV-titting, ønsket jeg å få tilgang til hvordan pasientene (cirka 25, og medarbeiderne, cirka 20) kommuniserer og handler med hensyn til det som er emnet for dette prosjektet: kroppsoppfatning, mat, trening og kjønn. Deltagende observasjon var tenkt å gi tilgang til pasientenes eget språk (begreper og innhold) og sannsynligvis være mindre influert av

³⁶ Det kan likevel ikke kalles et metningspunkt (*saturation point*) i sin egentlige forstand, som innebærer å fylle på med intervjuer til ingen eller lite ny informasjon tilkommer (Glaser & Strauss, 1967). Dette er heller ikke et mål i *Interpretative Phenomenological Analysis* (Smith, Flowers & Larkin, 2009) som er brukt i denne studien, der er snarere det særegne ved ulike intervjupersoner i fokus (beskrevet senere i kapittelet).

behandlingssjargongen – enn intervjuer kan være (Kristiansen & Krogstrup, 1999). Observasjon bidrar også i større grad til kontekstualisering – å forstå hendelser som situert i en videre sosial kontekst (Silverman, 2001).

Den primært etnografiske tilnærmingen, med fokus på å beskrive og fortolke en gruppe med felles kultur (Creswell, 2007), fant sted i dette landskapet mellom rusmiddelmissbruk og et (mer) nyktert liv. Relevante tema var hvordan pasientene kommuniserer kjønn/kjønnsidentitet, hvordan de mestrer sine nå nyktre (og ofte endrede) kropp, hvilke kroppslige idealer som finnes – i misbruk og i behandling, mm. Fokuset var på å studere kategorier, grenseoppganger, begrepsbruk og bevegelser (Ehn & Löfgren, 2001) – når det gjaldt mine emner (kropp, mat, trening). (Mer om observasjonsperioden under Refleksjoner om metode, Observasjon – notater og bruk.)

Intervjuer

Åtte av de ni intervjuene³⁷ ble transkribert i sin helhet, mens ett ble nedskrevet for hånd (fra observasjon). Intervjuenes varighet var fra 45 minutter til 1 time og 20 minutter, med et snitt på en time. Intervjuguiden hadde følgende tema: *behandling* (lengde, erfaringer, ukestruktur, hva man liker best, kjønnsdelt/adskilt behandling), *rusmiddelbruk* (debutsituasjon, erfaringer, type rusmidler, rusmidlenes funksjon, rusmiljø, kjønn), *kropp/mat/trening* (rusens virkning på kroppen, konsekvenser av behandling, endringer i vekt/kosthold, trening), *kroppens betydning* (knyttet til rus/ikke rus, hva er viktig/når/hvorfor, trening, idealkropper), *oppvekst/ ungdom* (erfaringer med rus og med kroppsproblematikk), *vurdering av behandlingen* (synspunkter, hva kunne vært annerledes, trygghet) og *fremtiden* (hva er viktig nå, utfordringer, drømmer og ønsker). (Vedlegg 3.)

NVivo

Det kvalitative analyseprogrammet NVivo-8 (QSR International) ble brukt i arbeidet med å håndtere og analysere data fra både observasjon og intervjuer. Hensikten var å få enklere oversikt over store mengder data, å kunne kombinere ulike datasett samt å gjøre analyseprosessen ryddig og transparent (Richards, 2005). Veien fra data til tolkning blir på denne måten mer tydelig og etterlesbar, både for meg selv og andre. Feltnotater fra observasjonsperioden og alle intervjuetranskripsjonene ble lagt inn i programmet. De ni intervjuene ble kodet, først med tematiske kategorier og underkategorier, deretter med analytiske. Tematiske kategorier var knyttet

³⁷ Til sammen gjorde jeg 15 intervjuer i denne studien. Data fra de øvrige sju intervjuene er kun referert i denne studien som “upublisert materiale” i diskusjonskapittelet (se også *Refleksjoner om metode, Triangulering og intervjuer*).

til intervjupersonenes mer konkrete beskrivelser, mens analytiske kategorier ble konstruert med utgangspunkt i disse og i teoretiske perspektiver. Underveis i prosessen ble kodingene og kategoriene diskutert med medforfatter, som også leste gjennom alle de transkriberte intervjuene. Dette er en del av valideringsprosessen i kvalitative analyser (Kvale, 2005). Kategorier og koding ble også diskutert med andre.

Interpretative Phenomenological Analysis

Den teoretiske analysen av intervjuene er inspirert av *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA, Smith, Flowers & Larkin, 2009). Som kvalitativ metode og analytisk tilnærming er IPA utviklet for psykologisk forskning, men brukes i økende grad også innenfor helse- og samfunnsvitenskap. IPA har røtter i tre vitenskapsfilosofiske områder: fenomenologi, hermeneutikk og ideografi (Smith et al., 2009). Den fenomenologiske innflytelsen bidrar med fokus på menneskets erfaringer, meningsskapende atferd, og kroppen som vårt forbindelsespunkt med verden. Det hermeneutiske bidraget er den fortolkende tilnærmingen, hvordan forkunnskaper og nye erfaringer med et fenomen medvirker til stadige rundganger av fortolkning (hermeneutisk spiral). Den ideografiske vinklingen ivaretar søken etter det særegne ved et fenomen, etter nyanser og variasjoner ved erfaringer, for å oppnå en bedre forståelse av det som studeres.

IPA søker en balanse mellom posisjonene (phon)emic og (phon)etic (Reid, Flowers & Larkin, 2005). Den *emiske* posisjonen innebærer å la intervjupersonens historier komme frem, formidling av egne erfaringer med egne ord. Intervjueren må legge til rette for å fange opp det som er betydningsfullt for intervjupersonen. Den *etiske* posisjonen innebærer at forskeren forsøker å skape meningsfulle kategorier og forståelser av intervjupersonens erfaringer og fortellinger, slik at disse kan diskuteres teoretisk og besvare aktuelle forskningsspørsmål.³⁸

Rent konkret i artikkelen er intervjupersonenes svar og fortellinger først sortert tematisk. Basert på dette ble hovedkategoriene “inngangsporter”, “den aktive kroppen”, “den symbolske kroppen” og “den avhengige kroppen” konstruert. I artikkelen presenteres de fire hovedkategoriene med eksempler på intervjupersonenes svar, enten som direkte sitater eller oppsummert i teksten. I tillegg gis en forklaring på hvordan den aktuelle kategorien skal forstås, altså hvorfor vi har valgt å kategorisere svarene som vi har gjort. Når for eksempel Lasse beskriver sin “amfetaminkropp” og hvordan det å bygge en sterk og kraftigere kropp er viktig for

³⁸ IPAs vitenskapsfilosofiske grunnlag er kritisk realisme (Da Silva, 2012; Fade, 2004; Reid et al., 2005, Robinson & Smith 2010). I det realistiske utgangspunktet ligger en holdning til at objekter og hendelser virkelig eksisterer, men at tilgangen til og berettelsene om dette er subjektive.

å se sunn og nykter ut, forstår vi dette som at en trent og kraftig kropp blir et symbol på et rusfritt liv – både for personen selv og for omgivelsene. Når flere i intervju materialet har lignende beskrivelse av ruskroppen og forventninger til kroppen i det nyktre livet, tolker vi dette som at det kan være et viktig tema i denne populasjonen, og som bidrar til å forklare det sterke fokuset på styrketrening og det store omfanget av dopingbruk. Dette rommes i kategorien “den symbolske kroppen”. Deretter analyseres hovedkategoriene mer utfyllende med utgangspunkt i teori og tidligere forskning, under tre overordnede tema: forståelse av kjønn, ulike funksjoner ved dopingbruk, og psykologiske forståelse av denne type kroppspraksiser. På denne måten har vi forsøkt å balansere intervju personenes egne erfaringer med våre tolkninger.

Refleksjoner om metode

Jeg vil her belyse noen metodiske utfordringer og svakheter som har fremkommet under og etter datainnsamling, analyse og publisering.

Reviewstudien og søkemetode

Til reviewstudien ble det gjort søk i databaser som skulle sirkle inn aktuelle studier. I ettertid kan noen kommentarer knyttes til strategi og vurderinger rundt dette. Det ble søkt med kombinasjoner av søketermene *eating disorder*, *substance-related disorder*, *drug dependence*, *drug abuse*, *drug addiction* og *substance abuse* i nøkkelord og tittel. Elleve av 13 inkluderte studier tar utgangspunkt i utvalg med spiseforstyrrelser. Det kan innvendes at flere termer knyttet til rusmiddelbruk, for eksempel de spesifikke narkotiske stoffene, kunne vært brukt i søkene og at flere studier med utgangspunkt i ruspopulasjoner slik kunne vært identifisert. På den annen side viser tidligere forskningsoversikter tilsvarende mønstre (Holderness et al., 1994; Krahn, 1993; Nøkleby, 2010; Nøkleby & Lauritzen, 2006)³⁹, det vil si at langt flere studier springer ut av utvalg med konstaterte spiseproblemer/forstyrrelser enn av utvalg med konstaterte rusmiddelproblemer. En tidligere forskningsgjennomgang der utvalgene kun bestod av ungdom, viste for eksempel at 17 studier hadde spiseproblemer som utgangspunkt, 5 hadde rus, mens 17 studier hadde begge deler, hovedsakelig skolestudier (Nøkleby, 2010).

Artikkel I inkluderer en grafisk fremstilling av sorteringsprosessen, men ikke en detaljert redegjøring for grunnlaget for eksklusjon av studier. 596 artikler ble identifisert ved søk; etter

³⁹ De nyeste reviewstudiene ser ut til å ta utgangspunkt i den *ene* gruppen, enten utvalg med spiseforstyrrelser (Calero-Elvira et al., 2009; Courbasson et al., 2010) eller utvalg med rusmiddelbruk (Cohen et al., 2010).

manuell sortering gjestod 13. Det første søket var relativt bredt, der alle artikler som handlet om spiseproblemer og rus (*substance/drug*) ble inkludert. 99 artikler ble innledningsvis ekskludert fordi de omhandlet irrelevante tema. For eksempel identifiserte søketermen “*drug*” studier der medikamentbruk i tilknytning til spiseforstyrrelser er involvert (f.eks. *Water intoxication in two girls with anorexia nervosa*). 270 artikler ble ekskludert fordi de enten ikke skilte mellom alkohol og narkotika, omhandlet bare alkohol, tobakk, koffein/andre substanser, eller omhandlet narkotikaproblemer eller spiseproblemer som ikke tilfredstilte diagnosekriteriene. Videre ble 92 artikler ekskludert fordi rusmiddellidelser og spiseforstyrrelser kun ble sett i forhold til en tredjevariabel. 97 artikler ble ekskludert fordi de var teoretiske studier, kassstudier eller forebyggingsstudier. Endelig ble 25 artikler ekskludert fordi de var duplikater av allerede inkluderte studier. (Sorteringen er også beskrevet i tabellen i artikkel I.) Reduksjonen fra 596 til 13 artikler skyldes med andre ord en kombinasjon av et innledende bredt søk, engelske begreper som favner vidt (*drug* og *substance*) og strenge inklusjonskriterier knyttet til diagnoser.

Muligens ville bruk av mer spesifiserte søketermer for spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi, osv.) kunne identifisert flere studier. På den annen side synes hovedutfordringen med dette søket likevel ikke for lavt antall studier innledningsvis, men det lave antallet studier som tilfredstilte inkluderingskriteriene.

Bruk av EDI-2

Det foreligger ingen norsk valideringsstudie av EDI-2. I ettertid vurderes dette som uheldig, særlig at det ikke har vært tilgjengelig data fra norske kontrollgrupper (normeringsdata). EDI-2 brukes klinisk i behandling av spiseforstyrrelser i Norge, men jeg har ikke kommet over publiserte data fra denne bruken. Jeg har heller ikke hatt tilgang på upubliserte data eller skårer på EDI-2 for denne gruppen. I artikkel II (*Symptoms of eating disorders and use of doping agents among male and female drug addicts in treatment*) ble kontrollgruppen fra en svensk studie brukt for sammenligning (Nevonen et al., 2006), og i artikkel III (*Symptoms of eating disorders among females in drug addiction treatment*) ble det gjort sammenligning med kontrollgrupper fra både den svenske og en dansk studie (Nevonen et al., 2006; Clausen et al., 2009).

Krysskulturell tilpasning anbefales ved bruk av samme instrument i ulike land (Gjersing, Caplehorn & Clausen, 2010). Faktorer både ved selve oversettelsesprosessen og i valideringspopulasjonen kan påvirke resultatene og generelt bør man derfor søke å benytte instrumenter som er validert i den populasjon man undersøker. Normeringsdataene fra

valideringsstudiene i Sverige og Danmark var imidlertid svært like. EDI-2 var også allerede tatt i bruk i Norge, og med en vurdering av at norske, svenske og danske populasjoner kulturelt sett er relativt homogene, valgte vi å benytte EDI-2. De svenske og danske utvalgene er kort beskrevet i artikkel II men ikke i artikkel III.

I artikkel III diskuteres utvalgets skåring på subskalaen *Introspektiv oppmerksomhet (Interoceptive awareness)* i EDI-2 opp mot konstruktet aleksitymi. Egne tester for aleksitymi eksisterer, blant annet *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)* (Bagby, Parker & Taylor, 1994), men er ikke benyttet i denne studien. Det påpekes i artikkel III at introspektiv oppmerksomhet kun favner om deler av aleksitymibegrepet slik det forstås av Taylor og kolleger (1997). På bakgrunn av skåringene i EDI-2 kan imidlertid utvalget sies å ha vansker med å identifisere og uttrykke følelser. Nyere forskning finner også nært slektskap mellom «*interoceptive awareness*» og aleksitymi (Herbert, Herbert & Pollatos, 2011). Måling av aleksitymi direkte kunne likevel ha gitt tydeligere resultater for aleksitymi i utvalget.⁴⁰

Reliabilitet

Reliabilitet vedrører målingens pålitelighet. EDI-2 er som tidligere beskrevet, et veltestet instrument. I denne studien viste det seg imidlertid at noen av påstandene var vanskelige å forstå og trengte forklaring eller ble stående ubesvarte. Særlig gjaldt dette påstanden “Selvfornektelse får meg til å føle meg sterkere åndelig” (nr. 77 i mitt spørreskjema, se vedlegg). Også “Jeg vil gjerne ha full kontroll over mine legemlige drifter” (nr. 70) viste seg å være vanskelig å svare på for noen. Begge disse påstandene tilhører subskalaen *Askeve*, som måler en persons ideal om selvdisciplin, selvfornektelse og kontroll over kroppslige behov. Denne subskalaen fikk kritisk lav verdi på Cronbachs Alpha (.46), som er en vurdering av indre sammenheng mellom påstandene på den enkelte subskala. Cronbachs Alpha for subskalaen *Askeve* er imidlertid lav også i andre studier, både i utvalg med spiseforstyrrelser og – særlig – i kontrollutvalg (Clausen et al., 2009; Nevenen et al., 2006), noe som kan tyde på at det ikke nødvendigvis er verken den norske oversettelsen eller noe spesielt ved mitt utvalg som skaper lav reliabilitet for denne subskalaen. Manglende svar på enkelte items utgjorde imidlertid ikke et stort problem for undersøkelsen sett under ett.

⁴⁰ En nyere studie av Tyrilipopulasjonen (N=106) viste at ca 1/3 plasserte seg i gruppen “aleksityme”, 1/3 i gruppen “mulig aleksityme” og 1/3 i gruppen “ikke aleksityme” (Aamodt, 2013).

Endelig er det en utfordring ved EDI-2 at det ikke eksisterer noen etablert klinisk grenseverdi (cut-off), altså en verdi som skiller symptomer fra ikke-symptomer. Vurderingen må være grundigere, hvilke kan være bra, men sammenligning mellom ulike utvalg blir noe vanskeligere.

Spørreundersøkelsen – statistikk og tolkning

Antall pasienter innlagt på det aktuelle tidspunktet var noe høyere enn totalt antall besvarelser. Frafallet skyldes flere forhold. På en vanlig dag i behandling⁴¹ er det alltid noen som ikke er til stede i enheten fordi de har andre gjøremål, som tannlegebesøk, ansvarsgruppemøter, hjemreiser eller at de har forsovet seg. Dette var tilfellet ved alle enhetene. Sett i forhold til antallet innskrevne informanter (elever) på måletidspunktene, gjaldt dette cirka 20 prosent.⁴² I tillegg var det noen som ikke leverte inn skjemaet etter utdeling. Det var mulighet for å levere blankt eller kun delvis utfyllt. Ved alle enheter var det anledning til å ta med seg skjemaet og gå et annet sted for utfylling. Noen leverte ikke inn skjemaet i etterkant. Mulige grunner til dette kan være manglende leseferdigheter, liten motivasjon for denne type skjemaer, at temaet opplevdes som enten helt uinteressant eller altfor nærgående, eller at de var redde for denne informasjonen åpent skulle tilfalle ansatte i Tyrili. Dette gjaldt cirka 16 prosent.

Generalisering (ytre validitet) i kvantitativ forskning bygger på utvalgets representativitet, altså at utvalget er trukket tilfeldig fra populasjonen og ikke skiller seg systematisk fra den på vesentlige parametere. Tyriliutvalget er ikke trukket på denne måten, og studien gir ikke mulighet for slik statistisk generalisering. Jeg har heller ikke hatt tilgang til bakgrunnsdata om utvalget til å vurdere om det statistisk sett ligner eller avviker fra populasjonen rusmiddelavhengige i behandling i Norge. Det er imidlertid liten grunn til å anta at Tyriliutvalget skiller seg vesentlig fra den øvrige populasjonen av menn og kvinner (17-50) med alvorlige rusmiddelproblemer/rusmiddelavhengighet, på bakgrunn av prioriterings- og inntakskriterier for den aktuelle populasjonen. Beskrivelsen av et utvalg fra Tyrili i hovedsakelig samme tidsrom (Nøkleby & Johansen, 2010) viser på flere områder store likheter med et større utvalg rusmiddelavhengige i behandling (Melberg et al., 2003; Lauritzen, Ravndal & Larsson, 2012).⁴³

⁴¹ På alle enhetene, bortsett fra i fengslene, presenterte jeg spørreundersøkelsen på morgensamling og den ble gjennomført rett i etterkant av samlingen. I de to fengselsenheterne ble alle samlet med spørreundersøkelsen som formål.

⁴² Denne prosenten må leses med et forbehold om at listene for innskrevne pasienter var i overensstemmelse med det reelle antallet pasienter på enhetene.

⁴³ Omfanget av dopingbruk kan være noe høyere i mitt utvalg ettersom andelen menn med kriminalitetserfaring kan være noe høyere enn i populasjonen som helhet. Tidligere studier har vist samvariasjon mellom bruk av dopingmidler og atferdsproblemer/kriminell atferd (Pope, Kanayama & Hudson, 2012; Skårberg, Nyberg & Engström, 2010).

Ytterligere bakgrunnsdata kunne gitt bedre grunnlag for sammenligning med andre type utvalg. Blant annet ville spørsmål om høyde og vekt (BMI) kunne gitt et bedre sammenligningsgrunnlag i forhold til populasjoner med spiseforstyrrelser og vurdering av diagnosegrunnlag. Spørsmål om andre psykiske belastninger (f.eks. angst, depresjon) kunne også gitt verdifulle opplysninger. Flere bakgrunnsdata om informantene (rusmiddelbruk, utdanning/arbeid, familie, kriminalitet, mm.) ville gjort det lettere å overføre (eventuelt ikke overføre) kunnskapen til andre utvalg med rusmiddelavhengige. Videre ville kontroll for andre faktorer som kan samvariere med rusmiddellidelser, som andre psykiske lidelser (symptomlidelser eller personlighetsforstyrrelser) eller kognitive svekkelser, kunne ha svekket andre forklaringsmodeller og dermed styrket studiens validitet.

I studiens oppstartsperiode vurderte jeg at å inkludere for mange bakgrunns- eller andre variabler ville gjøre spørreskjemaet for omfattende, for lite anonymt og muligens for nærgående. Det er knyttet svært strenge etiske regler til forskning på kliniske utvalg som kan legge begrensninger på muligheter til for eksempel å koble spørreundersøkellesdata med register/journaldata. I ettertid tenker jeg at noen flere variabler med fordel kunne vært inkludert i selve spørreskjemaet.

Spørsmålene som ble hentet fra den norske rekruttstudien (Barland & Tangen 2009) ble ansett som nyttige blant annet fordi de kunne gi et viktig sammenligningsgrunnlag, også i fravær av standardiserte tester. I ettertid ser vi imidlertid at dataene fra rekruttstudien ikke gir et helt relevant sammenligningsgrunnlag ettersom utvalget her er kun 18/19-åringer. Bruk av et standardisert skjema ble, som tidligere beskrevet, forkastet, men kunne muligens gitt resultater som det hadde vært lettere å formidle, både forskningsmessig og klinisk. I artikkel II ble spørsmålene som var hentet fra Barlands studie inkludert i publikasjonen under presentasjonen av instrumenter men ikke i appendiks' form. Type dopingmidler kunne vært presentert i en tabell i artikkelen.

Et relativt lavt antall deltakere (lav N) gjør at de statistiske analysene i artikkel II og særlig i artikkel III har sine begrensninger. I begge artiklene benyttes parametriske test (Students t-test) for å sammenligne subskalaenes gjennomsnittsskårer i mitt utvalg med gjennomsnittsskårene i andre utvalg (Clausen et al., 2009; Nevoen et al., 2006). Dette er en enkel statistisk test. Når utvalget er lite ($N < 30$) blir et slikt gjennomsnitt mer usikkert og resultatene blir dermed også mer usikre. Resultatene fra t-testene for disse skalaene må derfor tolkes med forsiktighet. I artikkel III ble

fordelingen i kvinneutvalget (N=29, artikkel III) sjekket med Shapiro-Wilk test som viste at ikke alle subskalaene var normalfordelte, noe som er en av forutsetningene ved den parametriske t-testen. Derfor ble også Hedges' g benyttet, for å gi et estimat på størrelsen av differanseskårene. Funnene ble her styrket, men må bekreftes gjennom ytterligere og større studier.

Det kan innvendes mot avhandlingens kvantitative delstudier (artikkel II og III) at resultatene er tolket uten tilstrekkelig kontroll for konfunderende variabler. Sett i ettertid hadde det, som beskrevet over, vært ønskelig med mer informasjon om utvalget. Dataene viser likevel at det i utvalget finnes atferd, tanker og holdninger som tilsier symptomer på spiseforstyrrelser (målt med symptomindekser på EDI-2) og bruk av dopingmidler (målt med direkte spørsmål om bruk og motivasjon for bruk). Hva denne utbredelsen skyldes, blir diskutert med teorier som synes relevante for å forstå dette, det vil si teorier om rusmiddelavhengighet, om spiseforstyrrelser, om kulturelle føringer, om rusbehandling og om kjønn. Gjennom abduksjon, det vil si egen empiri, annen forskning og ulike teoretiske bidrag, har jeg forsøkt å sannsynliggjøre tolkningene slik de fremstår i avhandlingen. Dette er ikke de eneste mulige tolkningene men slik jeg ser det de beste ut fra foreliggende data og relevant teori.

Observasjon – notater og bruk

Notater fra observasjonsperioden er i denne avhandlingen brukt som bakgrunn for intervjuguide, som data til intervjustudien og som innspill til den avsluttende analysen. Her presenteres derfor kort noen refleksjoner knyttet til observasjonen.

Hammersley og Atkinson (2007, s. 142) påpeker at uten gode feltnotater er et glimrende forskningsopplegg lite verdt; da blir resultatet tåkete, som dårlig film i et supert kamera. Utfordringen er at man må velge – *hva* man skal skrive ned, *hvordan* man skal gjøre det og *når* man skal gjøre det (Hammersley & Atkinson, 2007). Den første uken som deltagende observatør skrev jeg ikke et ord. Feltnotater for denne uken ble skrevet mandagen, på kontoret i Oslo. Jeg bestemte meg for at den neste uken skulle det bli annerledes, og selv om jeg strevde (både mentalt og praktisk) med å få skrevet nok andre uken, gikk det langt lettere enn første. Skrivningen skjedde når jeg var alene, stort sett om kvelden. Notatene fikk en todelt form: med rene observasjonsdata i den ene spalten, og refleksjoner av enten metodisk, teoretisk, analytisk eller annen art i den andre spalten. Det var videre en utfordring å skrive ”tett etnografi” eller ”tette beskrivelser”, det vil si å skrive detaljert og levende (Öhlander, 1999). Ofte opplevde jeg at det var for mye informasjon til at jeg har greid å få med – legge merke til, huske samt skrive ned –

denne type notater. Jeg erfarte hvor viktig det er å få skrevet ned inntrykk raskt; følelsen kan sitte i kroppen lenge, men hva som skjedde, ordene som falt, osv., er fort glemt. I tillegg til samtalesnutter, situasjonsbeskrivelser og generelle inntrykk, hadde jeg seks intervjuer, det vil si (mer eller mindre) planlagte samtaler med pasienter på tomanns hånd. Disse ble ikke tatt opp på bånd, men skrevet ned i notatform.

En slik samtale ble inkludert i intervjumaterialet i artikkel IV. Utdrag fra tre andre samtaler er inkludert i analysen i denne avhandlingen. Observasjonsnotatene for øvrig dannet et viktig grunnlag for både forberedelse til (intervjuene) og forståelse av andre data (intervjuer og spørreundersøkelse). Temaer som kom opp og som senere ble av betydning var: amfetamin som slankemiddel, treningsfokus (og noen som nesten ikke beveger seg), matfokus, kunnskaper om doping, skam over kroppen (begge kjønn), pasienter (to jenter og én gutt) med alvorlig forstyrret spiseatferd og tankemønstre (det er disse tre samtalene som er inkludert i Diskusjonskapittelet), vekttoppgang i behandling, stereotypiske kjønnsoppfatninger (og seksualisert atferd) og solariumsbruk. Det viste seg imidlertid å være vanskelig å gjøre avtaler om mer formelle intervjuer (med intervjuguide og båndopptaker) i ettertid. Selv om jeg fikk telefonnummer til flere som sa seg interesserte, var det bare én av seks som svarte på henvendelse etter utskrivelse fra behandling. (Jeg har grunn til å tro at flere av disse var ute i rus igjen.)

Kvalitative intervjuer – reliabilitet og validitet

Kvalitative intervjuer, eller halvstrukturerte forskningsintervjuer, er intervjuer som “har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene” (Kvale, 2005, s. 21). Intervjuene skulle være relativt åpne, slik at tanker og erfaringer som ikke var forutsett av forskeren kunne utforskes. Slike intervjuer kan ta mange retninger, og intervjueren må være sensitiv slik at også sårbare eller kontroversielle tema kan komme frem (Fog, 2004). Det er et mål at både intervjuprosessen og analysearbeidet blir transparent nok til at leseren kan vurdere troverdigheten (Rubin & Rubin, 2005). I følge Kvale (2005) kan spørsmål om validitet og reliabilitet knyttes til alle stadiene i en kvalitativ intervjuundersøkelse. Jeg vil trekke frem noen aspekter som her synes særlig relevante.

Reliabilitet i kvalitativ forskning dreier seg om pålitelighet/konsistens ved undersøkelsen, ved intervjueren, intervjuet og intervjupersonen selv (Fog, 2004). Dette blir her særlig utfordret på to punkter: intervju spørsmål og koding/kategorisering. Ledende spørsmål og kroppsspråk kan påvirke svarene slik at de ikke blir i samsvar med intervjupersonen selv (Fog, 2004; Smith et al.,

2009), selv om ledende spørsmål av og til er viktig for å få frem svar (Kvale, 2005). Bevissthet rundt tematikken kan begrense utilsiktet ledende spørsmål eller kroppsspråk, men det er vanskelig å sikre at det ikke skjer. Gjennomgang av lydopptak og nøyaktig transkripsjon i ettertid kan øke reliabiliteten når det gjelder koding og tolkning. Reliabilitet ved tolkning av intervjuundersøkelsen er søkt ivaretatt gjennom at to forskere (forfatteren og hovedveileder/medforfatter) har lest de transkriberte intervjuene samt diskutert kodingen og den skriftlige fremstillingen.

De samme to punktene er aktuelle for vurdering av funnenes *validitet* eller gyldighet. I kvalitativ forskning kan spørsmålet om validitet formuleres som: Har jeg undersøkt det jeg tror jeg har undersøkt (Fog, 2004)? Mer konkret berører det for eksempel hvorvidt jeg legger intervjusituasjonen til rette for at intervjupersonen kan svare på spørsmålene mine? Forstår vi spørsmålene og tematikken likt? Dette kan ivaretas ved å sjekke ut underveis i intervjuet, en på-stedet-kontroll (Kvale, 2005). Ved gjennomgang av intervjuene i ettertid oppdaget jeg temaer som jeg ikke har fulgt opp grundig nok og dessverre har måttet la ligge.

Det at jeg (blant annet) er kvinne, voksen, akademiker og ansatt i Tyrili har betydning for hvordan samtalen i et slikt intervju utfolder seg. Betydningen av dette er imidlertid ikke gitt. I en diskusjon om intervjudata skiller Rapley (2006) mellom *interview-data-as-topic* og *interview-data-as-resource*. I det første perspektivet ses historiene som i stor grad skapt eller konstruert mellom intervjuer og intervjuperson. Dette vil være en konstruktivistisk posisjon. I det siste ses historiene i større grad som “noe virkelig” fra livet utenfor intervjuet, en mer realistisk posisjon. IPA (*Interpretative Phenomenological Analysis*) legger til grunn kritisk realisme i sin forståelse av kvalitative data (Da Silva, 2012; Fade, 2004; Reid et al., 2005, Robinson & Smith 2010). I en studie av unge voksnes livskriser, la Robinson og Smith⁴⁴ vekt på betydningen av dette for kvaliteten på dataene:

Taking a critical realist position in the current study meant that at all times enduring data collection and analysis the assumption was made that the narratives of crisis being conveyed were not *just* narratives but also windows onto real events, real people, real lives, and real emotions. When participants are assumed to be reliable witnesses in this manner, they feel trusted and respected, and this increases rapport and thus improves the quality and depth of data (Robinson & Smith, 2010, s. 174).

Slik jeg har vurdert intervjuene i dette prosjektet, er også min posisjon den realistiske.

Semistrukturerte kvalitative intervjuer vil alltid involvere samhandling der temaer konstrueres.

For eksempel vil det at jeg er kvinne og forsker (og ikke mann og pasient, som

⁴⁴ Jonathan A. Smith er en av grunnleggerne av IPA.

intervjupersonene) legge mer til rette for noen type fortellinger – og måten de blir fortalt på – enn andre. Måten vi snakker om sex eller rusbehandling på, kan være typiske eksempler. I tillegg er det nærliggende å anta at behandlingskonteksten kunne prege både språk og tanke hos intervjupersonene. Imidlertid vil intervjuets form og hensikt samt intervjuerens sensitivitet og kyndighet legge til rette for at det skal kunne fortelles historier som har rot i virkeligheten utenfor intervjuet. Det at jeg har lagt vekt på å være nysgjerrig og ikke-dømmende, og har fortalt om intervjuets mål og konfidensialitet, skaper noen rammer som kan gjøre det lettere å være ærlig og åpen. Historiene som fortelles, tanker, følelser, ønsker og planer, vil, etter min mening, i en slik setting *i hovedsak* speile reelle historier, tanker og følelser, slik intervjupersonen opplever dette.

Er tolkningene av intervjuene gyldige – *valide* – slik at konklusjonene er gyldige (logiske) for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt (Fog, 2004)? Er kategoriene gitt, slik de fremstår i analysen? Finner vi bare det vi leter etter? Eller finnes det andre mulige tolkninger, kategorier og relevante teorier? Lesning, tolkning/kategorisering og teoriforklaring preges åpenbart av ens faglige ståsted, og tolkningen gis gyldighet eller validitet av det aktuelle forskningsmiljøet (Kvale, 2005). Andre valideringsfellesskap er intervjupersonen selv og det allmenne publikum (Kvale, 2005). Fog (2004, s. 202) beskriver hvordan “i det øyeblik, man tager opgaven på sig og argumenter for hver enkelt lyder eller dyder, *viser der sig* kriterier, og fortolkningerne deler sig i bedre og dårligere, i sandsynlige og usandsynlige”. Argumentasjonen må overbevise. I kritisk realisme innebærer validering å vurdere om de observerte hendelsene kan forklares ved hjelp av relevant teori om underliggende mekanismer: “Under critical realism, theory testing is showing that the generative mechanism that the theory describes produces the actual events that constitute the research domain to which the theory applies” (Johnston & Smith, 2010, s. 33).

Når det gjelder ekstern validitet eller *generalisering*, vektlegges andre aspekter i kvalitativ forskning enn i kvantitativ. Gobo (2007) påpeker at man må fokusere mindre på representativitet ved utvalget som sådan (at utvalget gjenspeiler populasjonen statistisk på variabler, som kjønn, alder, inntekt, osv.) og mer på representativiteten ved motivasjon, relasjoner, prosesser og strukturer. De sosiale praksisene, for eksempel ved en arbeidsplass, vil kunne ha verdi for forståelse av andre, lignende arbeidsplasser (Gobo, 2007). Begrepene analytisk generalisering (Kvale, 2005) eller teoretisk generalisering (Smith et al., 2009) dekker noe av det samme. En slik form for generalisering innebærer at leseren (eventuelt forskeren) analyserer likheter og forskjeller mellom forskningssituasjonen og en annen situasjon for vurdering av overføringsverdien. Andenæs

(2000) skiller mellom kvalitative forskningsresultater som gir tilstandsbilder (tykke beskrivelser), og de som gir forståelsesmodeller (kombinasjon av teori og empiri):

Å tydeliggjøre hva som er resultatene, deretter argumentere for deres troverdighet, og endelig lage presentasjoner der en tar hensyn til de eksisterende diskurser på feltet, vil øke sjansen for at både tilstandsbilder og forståelsesmodeller treffer mottakerne, og at de kan tas i bruk. At de oppleves som relevante – og kan generaliseres (Andenæs, 2000, s. 317).

I artikkel IV i denne avhandlingen analyseres unge menns kroppspraksiser. Der har vi forsøkt å beskrive intervjupersonenes bakgrunn, situasjon og erfaringer så godt som mulig med hensyn til det studerte fenomenet og med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon. Samtidig er det forståelsesmodellene – hvordan vi kan forstå deres trening og dopingbruk – som er relevante for overføringsverdien her. Målet har vært å synliggjøre motivasjon og funksjon for disse praksisene, for å øke kunnskapen om feltet – utover de ni jeg har intervjuet. En større, kvantitativ studie er nødvendig for å kunne si noe om eventuell utbredelse.

Triangulering og intervjuer

Opprinnelig var planen å koble de ulike datasettene noe mer aktivt, det vil særlig si å intervju pasienter som gjennom spørreundersøkelsen eller observasjonsperioden hadde vist noe som kunne være interessant å utdype. Imidlertid tok arbeidet lenger tid enn planlagt og mange pasienter var utskrevet og dermed vanskelig å få tak på et senere tidspunkt. Utdyping av data på denne måten ble derfor i dette prosjektet på gruppenivå, ikke på individnivå.

Jeg fikk også gjort færre intervjuer med personer som rapporterer alvorlige symptomer på spiseforstyrrelser enn ønskelig. Fire intervjuer (tre av disse er samtaler fra observasjonsperioden) ble for få og for korte til at sammenhengene mellom rusmiddelavhengighet og spiseforstyrrelser i den enkeltes liv kunne utforskes tilstrekkelig. Slike intervjuer kunne ha gitt mer informasjon om rusbruk og spiseproblemer som strategier for følelsesregulering.

Etiske betraktninger

Doktorgradsprosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst D (S-09219d) våren 2009. Alle deltakere i spørreundersøkelse, intervjuer og observasjon har gitt informert samtykke til deltakelse: skriftlig samtykke for observasjon (fra foreldrene for de under 18 år) og spørreundersøkelse, muntlig samtykke for intervju. Jeg anser

det som viktigst at jeg fikk skriftlig samtykke fra pasienter på den enhetene jeg gjorde observasjon på, ettersom disse pasientene i minst grad gav et aktivt samtykke. I de andre datainnsamlingene (spørreundersøkelse og intervjuer) kunne selve bidraget i større grad anses som et samtykke. I likhet med Skatvedt (2009), som også har studert rusmiddelavhengige i behandling, opplevde jeg at det reelle samtykket først og fremst gav seg til kjenne som aktiv deltakelse i undersøkelsen.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) uttrykte en bekymring for at pasienter som ikke samtykket til observasjon, ikke ville ha mulighet for å unndra seg dette. Mitt tilsvarende var at jeg ikke skulle samle inne data (notere) om de det eventuelt måtte gjelde. I praksis utgjorde dette ikke noe problem. Én person leverte ikke inn samtykkeskjemaet med underskrift; jeg var derfor bevisst tilbakeholden overfor vedkommende og skrev ingen kommentarer. Pasientene regulerte ellers selv kontakten med meg som observatør.

En annen bekymring fra REK var faren for at fokus på dette temaet – særlig gjennom spørreskjemaene – kunne utløse nettopp denne problematferden. Dette ble imøtegått med at alle spørreskjemaene ble utstyrt med et nummer og en oppfordring om å ta kontakt dersom man ønsket å snakke med noen om tematikken. Nummeret gav oss mulighet til å finne frem skjemaet som forberedelse til en slik samtale (i tillegg til å kunne kontakte personen for et eventuelt intervju). Ingen pasienter tok imidlertid kontakt med meg i den forbindelse, men mange ønsket å snakke om temaet der og da eller i andre sammenhenger i etterkant. Ivaretagelse av pasienter som deltok i observasjon og intervjuer skjedde mindre strukturert. Ved gjennomføring av observasjon og intervjuer kunne jeg i de fleste tilfellene sjekke med vedkommende selv eller ansatte i ettertid. Samtidig fanges ikke alt opp; ved ett tilfelle hadde jeg en samtale (tilnærmet intervju) med en jente i observasjonsperioden, som til meg dagen etter sa at det gikk helt greit, mens en ansatt kunne fortelle at hun hadde vært svært fortvilet, noe hun bekreftet da jeg snakket med henne om dette senere. Samtidig la de begge vekt på viktigheten av at følelser og tanker om temaet kommer opp, med mulighet til å bli bearbeidet. Jeg deler dette synspunktet.

En forskningsetisk utfordring med prosjektet er knyttet til ønsker og forventninger om å finne det man tror man skal finne, eventuelt finne noe nytt og spektakulært. Viktig korrektiv til dette har vært stadige diskusjoner om empiri, analyse og funn med veiledere, kolleger og andre. For eksempel har veiledere hatt tilgang til anonymiserte intervjudata og spørreskjemadata, og sammen har vi gått gjennom tolkningene slike de fremkommer i denne avhandlingen.

Kapittel 4. Resultater

Artikkel I

Comorbid drug use disorders and eating disorders: A review of prevalence studies.

I artikkel I er målet å oppsummere studier som er gjort av komorbide spiseforstyrrelser og rusmiddellidelser, begge målt i tråd med diagnosekriteriene. Ettersom mange av studiene på dette området har til dels svært ulike målekriterier og måleinstrumenter, ønsket jeg å sammenstille studier der bare lidelser som tilfredsstillt diagnosekriteriene – og kun narkotika – var inkludert. Etter databasesøk og en sorteringsprosess gjenstod 13 artikler. I 11 av de 13 var utgangspunktet deltakere med spiseforstyrrelser og det ble målt rusmiddellidelser. Her lå omfanget av rusmiddellidelser på mellom 8 og 43 prosent i et livstidsperspektiv. I kun to studier var utgangspunktet deltakere med rusmiddellidelser, og spiseforstyrrelser ble målt. Den ene viste et omfang av spiseforstyrrelser på 14 prosent på et samtidig tidspunkt; den andre viste et omfang på 27 prosent i løpet av livet. I begge typene utvalg er utbredelsen av den andre lidelsen langt høyere enn den er for øvrig i befolkningen. Den mest utbredte spiseforstyrrelsen var bulimi og bulimisk form av anoreksi, mens den mest utbredte rusmiddellidelsen var avhengighet av stimulerende midler eller cannabis. Når det gjelder forklaringer knyttet til komorbide spiseforstyrrelser og rusmiddellidelser, finnes det i de inkluderte studiene en viss støtte for at spiseforstyrrelser kan føre til bruk av stimulerende midler for å undertrykke sult. Mer støtte gis imidlertid til hypotesen om en felles bakenforliggende årsak, som impulsivitet, depresjon eller traumatiske erfaringer. Også underliggende problemer med følelsesregulering trekkes frem, kanskje særlig for samvariasjonen rusmiddellidelser og anoreksi.

Artikkel II

Use of doping agents and symptoms of eating disorders among male and female drug addicts in treatment.

Artikkel II måler symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler blant menn og kvinner innlagt i Tyrili (N=109). Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen inneholdt det standardiserte instrumentet *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) og spørsmål om blant annet trening, kosthold, bruk av dopingmidler og mest brukte rusmiddel siste år. 79 mannlige og 30 kvinnelige pasienter deltok. Det var store forskjeller mellom menn og kvinner på nesten alle

subskalaene i EDI-2. På bakgrunn av skåren på subskalaen *Vektføbi* i EDI-2 ble 33 prosent av kvinnene og 8 prosent av mennene identifisert som en gruppe med symptomer på spiseforstyrrelser. Prosentvis utgjør gruppen med spiseforstyrrelsessymptomer like stor andel av de under 20 og de mellom 20 og 30 år, men i antall er den største gruppen mellom 20 og 30 år. Denne gruppen skåret signifikant høyere på subskalaene *Bulimi*, *Kroppsmisnøye*, *Lav selvtillit*, *Mellommenneskelig utrygghet*, *Introspektiv oppmerksomhet*, *Askese* og *Impulsregulering*, i tillegg til *Vektføbi*. Gruppen oppga også signifikant oftere amfetamin som mest brukte rusmiddel siste år, sammenlignet med resten av utvalget. Sammenligning med et utvalg spiseforstyrrelsespasienter fra en svensk studie, viste at vår gruppe hadde tilsvarende høye skårer som denne, med unntak av *Bulimi* der vår gruppe skåret lavere samt *Mellommenneskelig utrygghet* og *Sosial utrygghet* der vår gruppe skåret høyere.

Videre rapporterte 41prosent av mennene og 20 prosent av kvinnene å ha brukt dopingmidler.⁴⁵ I gruppen som hadde brukt dopingmidler hadde 24 prosent brukt siste år. Det er 8 prosent av det totale utvalget. Den samme aldersfordelingen som for gruppen med spiseforstyrrelsessymptomer går igjen her. De viktigste grunnene oppgitt for bruk av dopingmidler var å “få den kroppen jeg ønsker meg”, “få store muskler/bli sterk” og “få bedre selvfølelse”. Gruppen som hadde brukt dopingmidler hadde signifikant oftere drevet regelmessig trening i oppveksten. Som motivasjon for trening, svarte gruppen dopingbrukere “kunne forsvare meg/de jeg er glad i” signifikant oftere enn de som ikke hadde brukt dopingmidler. Gruppen som har brukt dopingmidler siste år, rapporterer også signifikant oftere høyere skårer på EDI-2 skalaene *Lav selvtillit* ($p=0.02$), *Askese* ($p<0.01$), (lav) *Impulsregulering* ($p<0.01$), *Sosial utrygghet* ($p=0.02$), og nesten signifikant på *Introspektiv oppmerksomhet* ($p=0.06$). Studien finner et omfang av symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler blant rusmiddelavhengige i behandling som er forhøyet sammenliknet med tall for befolkningen generelt.

⁴⁵ Ved gjennomgang av dataene undersøkte jeg sammenhengen mellom dopingbruk, type dopingpreparat og motivasjon for bruk (se Intervjuguide, vedlegg 1). Jeg fant to personer (en mann og en kvinne) som svarte positivt på dopingbruk, men som kun har brukt GHB eller “annet” dopingmiddel. GHB er et rusmiddel, men gir også økt produksjon av veksthormoner i kroppen under søvn (van Cauter et al., 1997). Som motivasjon oppgir de: å bli rolig, få selvtillit og tilhøre et miljø – ikke noe om endring av kroppen. Disse vurderte jeg først å fjerne, med begrunnelse om at de måtte ha “svart feil”, at de ikke hadde brukt dopingmidler likevel. Samtidig fant jeg i intervjustudien nettopp denne type motivasjon for bruk av ulike typer dopingmidler. Dopingmidlene ble ikke bare brukt for å endre kroppen, men også for å endre psyken. Jeg fant dermed ingen tilstrekkelig grunn for å ta disse to ut av dopingmaterialet.

Artikkel III

Symptoms of eating disorders among females in drug addiction treatment.

Artikkel III har til hensikt å måle symptomer på spiseforstyrrelser i et utvalg av kvinnelige pasienter i Tyrili. Måleinstrumentet var *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) og sammenligningsgrupper ble hentet fra to nyere nordiske studier. 29 jenter/kvinner utgjorde utvalget⁴⁶. Skårene på nesten alle subskalaene i EDI-2 var signifikant høyere enn to nordiske ikke-kliniske utvalg som var sammenligningsgrunnlag. På grunnlag av skåren på symptomskalaen *Vektfobi* (en kjerneskala) ble en undergruppe av kvinner med klare symptomer på spiseforstyrrelser identifisert. Trettien prosent (9 kvinner)⁴⁷ inngikk i denne undergruppen som skåret tilsvarende med spiseforstyrrelsesutvalgene i de to nordiske sammenligningsstudiene på nesten alle subskalaer. I tillegg til *Vektfobi* skårer denne symptomgruppen særlig høyt på subskalaene *Askese* og *Introspektiv oppmerksomhet*. Lav grad av introspektiv oppmerksomhet kan ses i sammenheng med konstruktet aleksitymi som betyr ingen-ord-for-følelser. Vansker med å identifisere og uttrykke følelser kan kjennetegne både rusmiddelidelser og spiseforstyrrelser. Hele utvalget kvinner i rusbehandling skårer særlig høyt på subskalaene (lav grad av) *Impulsregulering* og på *Mellommennskelig utrygghet* (det å ikke stole på andre mennesker), to skalaer som måler trekk som kjennetegner mange rusmiddelavhengige.

Artikkel IV

Body practices among male drug abusers. Meanings of workout and use of doping agents in a drug treatment setting.

Målet med artikkel IV er en utforskning av mannlige rusmiddelavhengige pasienter i Tyrili sine erfaringer med trening og bruk av dopingmidler. Ni menn i alderen 22 til 35 år ble intervjuet om temaene behandling, rusmiddelbruk, kropp/mat/trening, kroppens betydning, oppvekst/ungdom, vurdering av behandlingen og tanker om fremtiden. Intervjupersonene ble rekruttert på bakgrunn av enten eget eller ansattes initiativ, og alle hadde dermed relevante erfaringer. Analysen av intervjuene tok utgangspunkt i *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA)

⁴⁶ At antallet er 29 i artikkel III og 30 i artikkel II skyldes at i analysen i artikkel III krever en høyere andel av utfylte svar på EDI-2.

⁴⁷ At prosentandelen er lavere i artikkel III sammenlignet med artikkel II (33 vs. 31), skyldes ulik cut-off på skåren *Vektfobi*, henholdsvis 12 og 14 i artikkel II og III. Valget og konsekvensene er begrunnet i artikkelene.

som legger vekt på teoretisk fortolkning av intervjupersonenes spesifikke erfaringer. Nye perspektiver på trening og dopingbruk kom frem. De analytiske kategoriene var “inngangsporter”, “den aktive kroppen”, “den symbolske kroppen” og “den avhengige kroppen”. Fortolket innenfor kjønnsteori kan mennenes erfaringer ses som en kroppsliggjøring av mannlige idealer, knyttet til både rusmiljøet og en voksende vestlig helsekultur. Døgnbehandling som en liminal fase i et overgangsrituale har fokus på forandring, og for mange blir kroppen også et forandringsprosjekt. En trent og kraftig kropp blir et symbol på et rusfritt liv for personen selv, for signifikante andre og for samfunnet for øvrig. For noen har bruk av dopingmidler som anabole steroider, også et ruspotensiale, på linje med stimulerende rusmidler. Patologiske kroppspraksiser som overdreven trening og massiv bruk av dopingmidler kan tolkes som en måte å regulere følelser på, som erstatning for den tidligere rusmiddelavhengigheten. Med begrepsapparat fra mentaliseringsteori kan disse kroppspraksisene forstås som uttrykk for en teleologisk holdning, der fysiske og konkrete handlinger og mål forsøker å løse utfordringer som primært er mentale.

Kapittel 5. Diskusjon

Delstudiene som inngår i denne avhandlingen avdekker en samvariasjon mellom rusmiddelavhengighet og symptomer på spiseforstyrrelser og mellom rusmiddelavhengighet og bruk av dopingmidler. Den vitenskapsteoretiske rammen, kritisk realisme, åpner for å tolke funnene som spor av underliggende mekanismer i flere strata, forstått ut fra aktuell teori om kultur, rusmiljø, behandling, familie og individ. “The task is to find the mechanisms that produce the actual phenomenon and to understand the interplay between them and how they shape the outcome” (Danermark, 2002, s. 59). I dette kapitlet diskuteres de viktigste funnene fra studien – fortrinnsvis publiserte/gjengitt i artiklene, men også noen upubliserte funn⁴⁸ – i lys av relevant teori. Ved hjelp av abduksjon, en vandring mellom empiri og teori, sannsynliggjøres funnene som spor av mekanismer vi ikke direkte kan observere. Kapitlet åpner med en diskusjon av amfetamin og anabole steroider forstått som en type mellomposisjoner eller overganger mellom rus og spise/kroppsproblematikk. Neste underkapittel diskuterer hvordan teoretiske forståelser av aleksitymi og mentalisering, som eksempler på teori om følelsesregulering, kan belyse studiens funn. Dernest drøftes rusbehandlingen som en endringsarena der slanking og kroppsbygging kan knyttes til sunnhetspraksis i vår kultur. Det siste underkapitlet ser på betydninger av kjønn, empirisk og teoretisk.

Amfetamin som slankemiddel og steroider som rusmiddel

I hele utvalget som inngår i spørreundersøkelsen er **amfetamin** det *mest* brukte rusmiddelet siste år før nåværende innleggelse i Tyrili (oppgitt av 37 prosent), tett fulgt av heroin/opiater (36 prosent), og deretter, langt bak, cannabis (12 prosent). På spørsmål om hva som er det *nest mest* brukte rusmiddelet, oppgir 28 prosent piller (i hovedsak beroligende eller angstdempende medikamenter), 26 prosent amfetamin og 22 prosent cannabis (upubliserte data). Amfetamin er m.a.o. det mest utbredte rusmiddelet i dette utvalget. Effekter av amfetamin rapporteres – med utgangspunkt i publisert og upublisert intervju materiale – til å gi energi, kick, høy selvtilitt, fryktløshet, pratsomhet, lattermildhet, men brukes også til å roe ned, bli stille, få konsentrasjon, få kontroll på tankene. Flere snakker også om usikkerheten og “tankekjøret” amfetamin kan gi, spesielt etter litt tid. Injisert amfetamin gir raskere og sterkere effekt.

⁴⁸ Der spørreskjemadataene, intervjuet, observasjonsnotatene eller -samtalen ikke er tidligere publisert i det hele tatt, det vil si ikke en del av materialet som inngår i en publisert artikkel, står dette i parentes bak. Der noe er hentet fra intervjuene som inngår i materialet i artikkel 4, står det bare “intervju” bak, selv om ikke hele intervjuet er publisert.

Amfetamin gjør også at man mister matlysten, ikke kjenner sult eller glemmer å spise, av og til i dagevis. Med sterkt nedsatt matinntak går man raskt ned i vekt. Amfetamin gjør kvinner tynne og fornøyde, og menn tynne og misfornøyde, slik informantene i mitt utvalg beskriver det (publiserte og upubliserte intervjuer, observasjonsnotater). Én kvinne forteller at hun ble innlagt i psykiatrisk døgnbehandling med vurdert anoreksi, men hun hadde bare ruset seg på amfetamin (upublisert intervju). Etter hvert lurte hun seg til å ruse seg igjen, mens hun gladelig lot behandlerne tro at det var anoreksi som var hennes problem.

I tillegg til den store utbredelsen av amfetamin i hele utvalget, oppgir gruppen med symptomer på spiseforstyrrelser signifikant oftere amfetamin som viktigste rusmiddel, sammenlignet med de som ikke rapporterer slike symptomer, odds ratio 3.5 ($p < 0.04$). I intervjuene og i samtaler fra observasjonsperioden kommer det frem mange historier om bruken av amfetamin som slankemiddel, for eksempel: som en god grunn til ikke å slutte å ruse seg (jente 24 år), som en god grunn til å sprekke (gutt 34 år, jente 30 år), som en god grunn til å fortsette f.eks. i helgene ved siden av et ellers nyktert liv etter behandling (jente 22 år). Amfetamin har altså funksjoner som et effektivt slankemiddel for mange (flesteparten), men også som en utilsiktet bieffekt som gir vekttap. Den viktigste grunnen til å bruke amfetamin er rusopplevelsen, energien og selvfølelsesboosten. Samtidig er den slankende sideeffekten av stoffet betydningsfull for mange og bør ikke overses.

I litteratur om bruk av **anabole steroider** nevnes som *mentale* effekter hyppigst aggresjon, humørsvingninger og seksuell opphisselse (Trenton & Currier, 2005), og til en viss grad eufori og økt fokus (Lenehan, 2003). En nyere svensk, kvalitativ studie (Pettersson et al., 2010) finner også økt selvtillit, mindre usikkerhet og økt mot (for eksempel knyttet til kriminalitet) som motivasjon for å bruke anabole steroider, men også bieffekter som irritabilitet og depresjon/selv mordstanker. Den norske kvalitative studien av Barland og kolleger (2010) finner i tillegg en ruslignende følelse blant de rapporterte effektene, slik også mine intervjupersoner kan fortelle om. I min intervjustudie forteller de at anabole steroider, særlig ved injisering, gir en amfetaminlignende effekt mentalt sett: økt selvtillit, klarhet i hodet, en følelse av kontroll og storhet "som andre merker". Som hos enkelte av Barlands intervjupersoner kan anabole steroider for noen overgå amfetamin: det gir de samme effektene, men man blir mindre sliten i hodet. Anabole steroider regnes vanligvis ikke som et psykoaktivt stoff, men særlig den injiserte, konsentrerte mengden ser ut til å kunne ha psykoaktive funksjoner. Tidligere forskning er noe

begrenset og ikke konkluderende (Kanayama et al., 2009; Rohman, 2009).⁴⁹ Den svenske dopingutredningen (Statens folkhälsoinstitut, 2009, s.52) finner at anabole steroider “inte ger samma snabba och markanta rus som heroin, kokain eller amfetamin. Snarare tycks den belönande effekten komma smygande och vara kopplad till psykiskt välmående av en känsla av social dominans, fysisk styrka, oövervinnelighet och osårbarhet.” Flere forskere (Kanayama et al., 2009; Rohman, 2009; Trenton & Currier, 2005) åpner for å vurdere utbredt bruk av anabole steroider som en avhengighet på linje med andre, illegale rusmidler. Viktige forskjeller er likevel blant annet graden av akutt ruseffekt, begrenset fysiologisk toleranseheving og mindre skadelige konsekvenser for arbeid og lignende (Kanayama et al., 2009). Både mine og Barlands intervjupersoner beskriver hvordan kombinasjonen anabole steroider og (andre) rusmidler kan føre til sterke og farlige opplevelser som aggresjon, vold, psykoser (Trenton & Currier, 2005). Den svenske retningslinjen om anabole steroider anfører at en vanlig psykologisk bivirkning er svekket mentaliseringsevne (Dopingjouren, 2012).

Amfetamin som slankemiddel og anabole steroider som rusmiddel minner oss om hvorfor fokus på funksjon er viktig; at like viktig som å se på hva som brukes, er det å se på hvorfor det brukes.⁵⁰

Spørsmål om hvorfor berører underliggende tendenser og mekanismer, og teorier følelsesregulering og symptomsifter kan bidra til å belyse dette.

Følelsesregulering og symptomsifter

Tidligere forskning på tilknytning og følelsesregulering viser at utrygge tilknytningsmønstre og dårlig følelsesregulering er utbredt i utvalg med rusmiddelavhengighet eller spiseforstyrrelser (se teorikapittelet). Rusmiddelbruk og spiseforstyrrelser kan representere ulike måter å regulere følelser på. Studier av utvalg med både rus- og spiseproblemer har funnet felles psykologiske trekk som spenningssøking, belønningssøking, impulsivitet, mellommenneskelig sensitivitet, lav selvtillit og dårlig følelsesregulering (Baker et al., 2007; Calero-Elvira et al., 2009; Carbaugh & Sias, 2010; Gregorowski et al., 2013; Root et al., 2010; Thompson-Brenner et al., 2008). Liten grad av gode tilknytningserfaringer kan som mekanisme føre til både dårlig følelsesregulering og vansker med å skape gode relasjoner til andre mennesker.

⁴⁹ Kanayama et al. (2009) og Rohman (2009) viser til at forskning på dyr finner direkte belønningseffekter (f.eks. økt opptak av endorfiner og dopamin), ikke bare indirekte gjennom økt muskelmasse.

⁵⁰ Egne, tidligere intervjuer har også vist hvordan ekstrem slanking kan gi en ruslignende opplevelse, svimmelhet og eufori.

I denne studien er aspekter ved følelsesregulering rapportert på flere måter. I reviewstudien (artikkel I) beskrives de inkluderte studienes antagelser om sammenhenger. Særlig impulsivitet, depresjon og tidligere traumatiske erfaringer trekkes frem som felles underliggende trekk eller erfaringer, i tillegg til at spiseforstyrrelser kan føre til bruk av stimulerende midler for å undertrykke sult. Få studier kommenterer imidlertid hvorfor dette kan være felles underliggende variabler, hva som ligger under slike forklaringer. Spørreundersøkelsen måler trygghet og kjennskap til egne følelser og relasjoner til andre gjennom særlig de psykologiske subskalaene *Introspektiv oppmerksomhet*, men også *Mellommenneskelig utrygghet*, *Impulsregulering* og til en viss grad *Sosial utrygghet* (se vedlegg 2 og artikkel II og III). Intervjustudien undersøker psykologiske funksjoner ved rusmiddelbruk, dopingbruk og trening (artikkel IV samt upubliserte funn). Studien har ikke målt tilknytning. Jeg kan derfor ikke si noe om informantenes tilknytningsmønstre, kun om det jeg mener er delvise konsekvenser av disse, det vil si følelsesregulering. Som beskrevet i teorikapittelet er konstruert aleksitymi og teorien om mentalisering to aktuelle rammer for å forstå følelsesregulering i sammenheng med rusmiddelavhengighet, spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler. Aleksitymi og mentalisering vil her belyse studiens funn.

Introspektiv oppmerksomhet

Aleksitymi er å ikke ha ord for følelser (Taylor et al., 1997). Subskalaen *Introspektiv oppmerksomhet* i EDI-2 fanger opp to av de fire angitte aspektene ved aleksitymi: de emosjonelle (vansker med å identifisere følelser og å skille mellom følelser og kroppslige fornemmelser/opplevelser samt vansker med å beskrive sine følelser for andre mennesker), men ikke de kognitive/fantasirelaterte (et begrenset fantasiliv og en ytrestyrt kognitiv stil). *Introspektiv oppmerksomhet* slår signifikant ut for gruppen med symptomer på spiseforstyrrelser i denne studien ($p < 0.001$) (artikkel II og III). Gruppen som helhet skårer høyt på *Mellommenneskelig utrygghet* og *Impulsregulering*, to andre subskalaer fra EDI-2 som også måler evner til å utrykke følelser overfor andre mennesker samt kontroll av impulser. I artikkel II, der både menn og kvinner er inkludert, finner jeg signifikante forskjeller også på disse subskalaene, mellom de med symptomer på spiseforstyrrelser og de uten (*Mellommenneskelig utrygghet* $p < 0.01$, *Impulsregulering* $p < 0.1$). Med andre ord viser gruppen rusmiddelavhengige som helhet vansker med noen aspekter som kan kobles til aleksitymi, mens gruppen med symptomer på spiseforstyrrelser viser flere aspekter og i signifikant større grad.

Spence og Courbasson (2012) fant i et utvalg med både spiseforstyrrelser og rusmiddelavhengighet at aleksitymi predikerer problemer med å regulere negative følelser.

Speranza et al. (2004) fant i utvalg med *enten* spiseforstyrrelser eller rusmiddelavhengighet at depressive tendenser hos personer med aleksitymi kan føre til utvikling av ulike spiseforstyrrelser eller rusmiddelavhengighet. Aleksitymi er med andre ord noe begrenset som eneste forklaring. I tillegg kan aleksitymi betraktes som et problematisk begrep fordi det ikke skiller mellom vansker med å sette-ord-på-følelser som et konstant trekk og som et situasjonsbestemt trekk (Skårderud & Fonagy, 2012, s. 378). Teori om mentalisering favner mye av den samme problematikken, men i tillegg inkluderer hvordan emosjonelle, situasjonsbestemte tilstander også kan påvirke disse vanskene med å sette ord på følelser (Skårderud & Fonagy, 2012). Begrepet teleologisk holdning er sentralt her.

Teleologisk holdning

Teleologisk holdning, eller konkretisering (håndtere fysisk det som egentlig er mentale utfordringer) er en ikke-mentaliserende eller før-mentaliserende måte å ta inn psykisk virkelighet på (Bateman, 2007; Fonagy et al., 2004; Skårderud & Fonagy, 2012). En person med overveiende teleologisk holdning vil ikke ha tiltro til mentale tilstander (tanker, følelser, holdninger) hos seg selv eller andre, før disse tilstandene får synlige uttrykk (“jeg tror det ikke før jeg ser det”).

Eksempler som kan tolkes som uttrykk for dette kan vi finne i intervjumaterialet. Å bygge en kropp som skal være et symbol på rusfrihet for både en selv, signifikante andre og samfunnet for øvrig, kan forstås som en teleologisk holdning – en konkretisering av mentale aspekter (artikkel IV). Å lage et svært strengt og kontrollert regime for hva man kan spise og når, kan være et uttrykk for et ønske om å få kontroll over tanker og følelser (gutt 33 år, intervju). Å overspise for så å kaste opp kan erstatte det å tenke over og forholde seg til vanskelige følelser (jente 25 år, upublisert samtale). Å sette seg stadig nye vektmål gir fokus og mestring, i et liv som oppleves kaotisk og komplisert (jente 27 år, upublisert intervju). Dette er ulike uttrykk for en måte å regulere følelser på, ved å omsette de til konkrete handlinger knyttet til kropp, mat og trening.

Kroppen får en påtakelig stor plass i dette bildet, i livet. Kroppen blir markøren som skal føre til de ønskede endringene (som å la være å ruse seg, la være å begå lovbrudd, vinne de signifikante andres tillit igjen, få innpass på bolig- og arbeidsmarked) og vise at de er oppnådd. Å gi kroppen et så krevende oppdrag, kan avstedkomme nye problemer. I tillegg kan det innebære at den underliggende problematikken kun skifter ham. God mentalisering vil innebære å ha kontakt med egne følelser, tenke over dem og reflektere rundt andre måter å håndtere dem på. Det er som nevnt i metodekapittelet, en begrensning ved materialet at jeg ikke har flere dybdeintervjuer, særlig med jenter med klare symptomer på spiseforstyrrelser, der de doble symptomenes

sammenheng med følelsesregulering kunne kommet tydeligere frem. Kartlegging av tilknytning kunne videre ha tilført informasjon om tilknytningsmønstre i denne populasjonen.

Rusbehandling som endringsarena

Liminal fase

Som beskrevet i teorikapittelet, kan rusbehandling – særlig den døgnbaserte – forstås som en del av et overgangsrituale. Det er en midt-i-mellomperiode, etter bruddet med ruslivet og før reintegreringen i samfunnet. Mange forventninger rettes mot denne perioden. Selv om døgnbehandling de siste årene innebærer kortere tid innlagt og mer interaksjon med omverden under innleggelsen enn tidligere, så medfører behandlingen likevel et brudd, en overgangsfase mellom to kulturer, en liminal periode. Perioden representerer et vindu for endring, eksemplifisert ved de unge mennene og trenings/dopingsfokuset (artikkel IV). Et annet eksempel er en ung kvinne som ønsker å endre kroppen sin ved å operere inn silikon for å forstørre brystene nå som hun skal leve et nyktert liv (upublisert intervju). Denne kvinnen syntes kroppen var altfor tynn og rett. Hun ønsket “å bli kvinne”; en av de unge guttene brukte ordene “å bli mann”. For disse pasientene innebærer den liminale fasen en endring av kroppen som skal gjøre dem voksne. Sett som en overgang fra en kultur til en annen, åpnes det for å se kroppsendringen ikke bare som et skjønnhetsprosjekt, men også som et prosjekt der kaoset i en endringsfase “tas ut” på kroppen. Menneskelige spenninger og stress som følge av kulturelle forandringer bringes tilbake til kroppen og dens symbolske uttrykk (Mead, 1947 i Nasser, 1988; Miller & Pumariega, 2001). Den store livsendringen blir kroppsliggjort.

Den liminale fasen – som jeg her forstår døgnbasert rusbehandling som – har altså egne mekanismer som virker på deltakerne og samvirker med andre mekanismer. Dette kan være mekanismer knyttet til blant annet aktivitetsbehov, endringsfokus og påvirkning fra medpasienter.

Spise/kroppsproblematikk kan utløses som en mekanisme når en person blir rusfri i behandling. Behandlingen og rusfriheten har i seg selv egenskaper som bidrar til å utløse denne mekanismen: følelser som er dårlig regulert men dempet eller fjernet av rusbruken, dukker nå opp igjen; personen forholder seg mer og tettere til andre mennesker enn på lenge; personen blir mer oppmerksom sin egen kropp når det gjelder både utseende og helse; og han eller hun blir mer oppmerksom på samfunnets idealer for mann- og kvinnekropper. Disse er mekanismer i andre strata som bidrar til å utløse spise/kroppsproblematikk som for eksempel bruk av dopingmidler.

Sunnhetspraksis

Breidablikk (2011) finner en sammenheng blant norsk ungdom mellom kroppsbildet (*body image*) og opplevelse av egen helse. Opplevelse eller vurdering av egen helse har i tidligere studier vist betydning for senere sykdom og forbruk av helsetjenester. Studien kan ikke si om det er dårlig selvopplevd helse som fører til kroppsmisnøye, om det er omvendt, eller om det er en vekselvirkning. Uansett kan “moderne idealer for utseende som eksponeres særlig via dagens mediebilde tenkes å være medvirkende til en negativ oppfatning av egen helse” (Breidablikk, 2011, s. 24).

Fokuset på endring av kroppen gjenspeiler også sunnhetspraksisen i vår kultur, med stor oppmerksomhet rettet mot kosthold og fysisk aktivitet. Økt interesse for og ressurser avsatt til helse kombineres med økt interesse for og ressurser brukt på utseende. I en vestlig fitness-kultur (Dworkin & Wachs, 2009) “får bruk av doping en helt ny og annerledes rasjonalitet” (Barland & Tangen 2009, s. 14). Denne doktorgradsstudien viser at dopingmidler som anabole steroider er vel så knyttet til en sunnhetspraksis som til kriminalitet og fengsel. Dopingmidler brukes for å skape seg en sunn, “ikke-narkoman” kropp, som utstråler styrke, helse, disiplin, maskulinitet og normalitet, en slags kroppsliggjort nykterhet. Med henvisning til Bourdieu anvender Bridges (2009) begrepet kroppskapital (*bodily capital*) som kroppsliggjort kulturell kapital. Kroppen viser hvem du er, hva du står for og hva du kan. I den kvalitative studien av Barland et al. (2010, s. 8) finner de hvordan menn med svært ulik bakgrunn har likelydende motiver for å bruke doping:

Vi har unge menn som bruker mye av dagen på å lese lekser fordi de vil studere medisin i Norge og har en tydelig framtidorientering på dette, samtidig som vi har informanter uten fast arbeid med et tidligere og latent rusproblem som venter på å få plass for soning. På mange måter er dette informanter som sitter veldig langt fra hverandre i livssituasjon. En ting har de felles, og det er en seriøs forventning om at doping skal kunne forme kroppen på en måte som også skal gi muligheter til ”å forme livet”. Alt i alt peker dette i retning av identitetsskapende prosesser, dvs. doping inngår i et livsprosjekt.

Å “forme livet” gjennom å forme kroppen er også viktig for flere av mine intervjupersoner. Lasse, 25 år, forteller at det er viktig at han “ser bra ut” for lillesøsteren, som har fått gjennomgå mye på grunn av ham (intervju). Ved å trene kroppen, bli kvitt “amfetamin-looken”, kan Lasse stå fram som den storebroren han ønsker å være.

Behovet for kompetanse trekkes frem av flere av intervjupersonene (artikkel IV og upubliserte intervjuer). Flere av intervjupersonene som refereres i artikkel IV understreker viktigheten av –

og deres behov for – kompetanse når gjelder trening, ernæring eller bruk av dopingmidler. Det finnes mye informasjon (f.eks. på nettet), og mange har lest mye før de lager sin egen plan, enten for styrkeøvelser, proteininntak eller for en funksjonell sammensetting av dopingkurer (*stacks*). Den kompetente dopingbruker opplever selv å *bruke*, ikke *misbruke* dopingmidler. Mange års erfaring med rusmiddelbruk har også gitt dem kompetanse om virkninger og bivirkninger, tilgang, pris og kvalitet på ulike stoffer. Kompetansen om rusmidler og dopingmidler er imidlertid fra samfunnets ståsted en lite hensiktsmessig kompetanse som ofte medfører dysfunksjonell atferd (Nygren, 2008; Skårderud, 2008). En av intervjupersonene sier også at “han skulle ønske at han ikke visste alt det han vet” om doping. I hans verden er kunnskap viktig, men samtidig opplever han seg låst i situasjon og vet ikke hvordan han skal komme seg videre. Han vet hva som skal til for å “få den gode følelsen”, følelsen av å være på topp, mestre, ha det bra. Det er kombinasjonen av kroppsbygging og dopingbruk.

Sunnhetspraksiser som sunt kosthold og fysisk aktivitet er bra for både fysisk og mental helse. Samtidig kan de fylle en funksjon som kompleksitetsreducerende kroppspraksiser når rusen slipper taket (Skårderud, 2008). En av intervjupersonene (artikkel IV) forteller om hvordan et strengt ernærings- og treningsregime holdt ham fast i rusfriheten den første tiden i behandling. “Det er jo bedre det, enn at jeg ruser meg!” sier flere, og utfordringen i behandling er utvikling av andre kompetanser, andre måter å håndtere følelser på når man slutter å ruse seg. Samfunnsmessige, strukturelle mekanismer virker inn på behandlingsverdenen og menneskene som befinner seg i den. Det kan for eksempel være fokus på helse og sunnhet samt forventinger til mannlige og kvinnelige idealkropper. Som mekanismer får de noe til å skje, de påvirker våre holdninger og vår atferd. Strukturelle mekanismer kan også være negative vurderinger av rusmiddelavhengige – som mange pasienter har kroppsliggjort i form av skam, unndragelse fra samfunnet eller fiendtlighet. For å bedre forstå kjønnsforskjellene knyttet til utbredelse av symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler, må også kjønn diskuteres nærmere.

Kvinnelige og mannlige kropper

Kjønn som variabel

I materialet i dette doktorgradsprosjektet finner jeg ganske store kjønnsforskjeller på en del variabler. Det er nesten fire ganger så mange kvinner som menn med symptomer på spiseforstyrrelser (slik de her er målt med EDI-2) og minst dobbelt så mange menn som kvinner som har brukt dopingmidler (artikkel II). Det må utvises forbehold med hensyn til resultatene,

særlig kvinneutvalget er lite, men funnene er likevel i tråd med tidligere forskning både på spiseforstyrrelser og dopingbruk. De fleste går opp i vekt i behandling; mennene er stort sett fornøyde med det, kvinnene i mindre grad (upublisert materiale fra intervjuene). Drøyt halvparten av alle mennene (59 prosent) svarte i spørreundersøkelsen at de ikke skammet seg over kroppen sin, mens bare en tiendedel (11 prosent) av kvinnene svarte det samme (upublisert materiale fra spørreundersøkelsen). Dette er ikke i samsvar med Dworkin og Wachs' funn fra 2009 om at menn nå er nesten like misfornøyde med kroppen sin som kvinner. Kroppsidealet for begge kjønn er slank og muskuløs, men mannen skal like fullt være større og sterkere enn kvinnen (upubliserte data fra intervjuene). En slik holdning gjenspeiles trolig i befolkningen generelt; det påfallende er snarere betydningen av disse idealene.

Kjønn som forståelse

Hvordan tolker jeg så disse kjønnsforskjellene? Mitt utgangspunkt er en fenomenologisk forståelse, der kroppens materialitet har betydning for vår væren i verden (som beskrevet i teorikapittelet). Kroppen ses som både objekt og subjekt (agent) på samme tid (Connell, 2005; Merleau-Ponty, 2002). Kroppen former praksis og praksis former kroppen (Connell, 2005). For Beauvoir (2011; Moi, 2005) er kroppen et utgangspunkt som kulturen tolker (fri i utgangspunktet, lukket i datidens praksis). Det er dermed ikke kun "talen om kroppen" som former kroppen og opplevelsen av den, og den er heller ikke gitt av kroppen i seg selv; det er et refleksivt samspill.

Mannlige og kvinnelige kropper har i gjennomsnitt visse biologiske ulikheter i tillegg til forplantningsfunksjonene (bl.a. muskelandel og fettandel). I et historisk og kulturelt perspektiv er det likevel lett å se store variasjoner knyttet til kjønnede kropper og forventninger til disse (Banner, 2006; Nordberg, 2010). Forventninger og praksis kroppsliggjøres, kulturen blir en del av kroppen (Bourdieu, 1995; Connell, 2005; Merleau-Ponty, 2002; Orbach, 2009). De store forskjellene mellom kvinner og menn i denne studien når gjelder forholdet til og opplevelsen av kroppen, bør forstås som både knyttet til deres faktiske biologiske kropper og til en kultur som hyller kontrastene (Dworkin & Wachs, 2009; Orbach, 2009). Kulturen i mange rusmiljøer har tradisjonelt bidratt til å holde jenter og kvinner i en marginalisert posisjon (som avhengig kjæreste, prostituert, voldsutsatt, enslig forsørger) (Kristiansen, 2000; Leissner & Hedin, 2002). Nyere nordisk forskning viser imidlertid at mannlige rusmiddelavhengige er mest marginaliserte når det gjelder boligsituasjon, inntekt, familiesituasjon og venner (Storbjörk, 2011). Informantene i min studie beskriver også rusmiddelavhengige kvinner langt på vei som sterke og uavhengige: alene, kriminell, outsider, tøff på samme premisser som gutta (upublisert intervjumateriale). Den

vestlige kulturen mer generelt inneholder også en dobbelthet: et sterkt likestillingsfokus, men samtidig tydelige forventninger til utseende som forskjellig for menn og kvinner (Dworkin & Wachs, 2009; Orbach, 2009).

Anne, 23 år, blir trist når hun forteller at moren synes hun “ser sunn ut” når hun kommer hjem på besøk (upublisert observasjonssamtale). “De sier det fordi de synes det er bra at jeg er i behandling, men jeg vil heller at de skal være ærlige og si at jeg burde passe litt på hva jeg spiser, holde deg unna kaker, og sånn. Jeg skulle ønske de sa det...”, forteller hun mens tårene triller. Anne har alltid hatt stort fokus på hvordan kroppen hennes ser ut, som barn, tenåring, mens hun ruset seg, og nå. Når hun er tynn, så er hun “mer feminin”, sier hun. Tynnhet er identitet og feminitet. For henne og flere med henne, er skammen over kroppen – slik den ser ut etter noen måneder i behandling – så sterk at den truer med å velte hele behandlingsprosjektet.

For Tom, 22 år (intervju) er det ikke særlig maskulint å være opptatt av kroppen på samme måte som jenter, men det er nettopp en maskulin kropp han ønsker seg, når han nå bygger kropp ved hjelp av hyppig styrketrening og bruk av dopingmidler. For første gang i livet har Tom en tro på at det skal gå bra med ham, og den kroppen som være med ham på denne veien skal “legge grunnlaget for et nyktert liv”. Den maskuline kroppen er muskuløs, markert, ikke for stor – en “surfekropp”.

Kroppen viser seg her som *kjønn* subjekt og objekt. Kroppen er subjekt, den man *er* i verden med, som menneske, mann og kvinne, den man ruser seg med og den man blir nykter med. Den erfarer man for eksempel sin opplevelse av feminitet – og verdi som kvinne – med, som når Anne viser hvordan buksene som hang og slang når hun ruset seg, nå knapt er til å få på og gjør henne så inderlig trist. Den subjektive kroppen er også Toms opplevelse av å bli voksen, kjenne seg sterk og trygg og hel. Men kroppen er også objekt, et instrument som brukes for å oppnå noe, et symbol for en selv og andre i et kulturelt fellesskap. Den uttrykker tilhørighet til en kultur eller markerer avstand til en annen kultur. Det er glidende overganger mellom kroppen som subjekt og objekt; kroppen som situasjon har både indre og ytre referanser. Kjønn kan dermed forstås som mekanismer som befinner seg både i biologisk-fysiologiske og sosiokulturelle strata. Opplevelsen av kjønn påvirkes av – og påvirker kropp, psykologi, behandling og samfunn.

Kapittel 6. Konklusjon

Denne studien antyder en relativt stor utbredelse av symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler blant rusmiddelavhengige kvinner og menn i behandling. Dette kan ha konsekvenser både for behandling og videre forskning.

Mulige konsekvenser for behandling

I spørreundersøkelsen i denne doktorgradsstudien var det 56 prosent (61 personer) av alle deltakerne som svarte at det er *viktig* eller *litt viktig* at de får hjelp med plagene som spørreundersøkelsen omhandler (upubliserte data).⁵¹ Andelen blant kvinner og blant menn som ønsker hjelp var henholdsvis 60 og 54 prosent. Av de som ønsker hjelp, rapporterte 15 prosent at de får det, 39 prosent at de får delvis hjelp, mens 46 prosent rapporterte at de ikke får hjelp. Blant kvinner som ønsker hjelp var fordelingen henholdsvis 17, 33 og 50 prosent; blant menn 14, 42 og 44 prosent. Hva bør denne hjelpen bestå av? Denne studien har ikke vært rettet mot behandling, men i dette kapittelet vil jeg likevel gi noen anbefalinger, basert på mine foreløpige funn og på annen, nyere forskning (Gregorowski et al., 2013). I dette underkapittelet skiller jeg mellom I) bevisst praksis for alle pasienter i rusbehandling; II) interesse og kartlegging for å identifisere faktiske problemer hos pasientene; og III) integrert behandling for de med klare og store problemer med hensyn til kropp/mat/trening i tillegg til rusmiddellidelsen.

I en kvalitativ studie av pasienter med anoreksi understreker Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud og Holte (2006) behovet for å inkludere pasientenes selvforståelse i behandlingen. En lederartikkel fra *British Medical Journal* (Godlee, 2012) påpeker hvordan pasientens ønsker bør inkluderes i behandling. I all nyere rusbehandling legges sterkere vekt på pasientens deltakelse (f.eks. Stortingsmelding 30: 2011-2012). Det følgende har også dette som utgangspunkt.

Bevisst praksis

Mange mennesker i vår kultur kan ha et strevsomt forhold til kroppen sin uten at det dreier seg om spiseforstyrrelser. For gruppen rusmiddelavhengige kan et strevsomt forhold til kroppen imidlertid få særlig destruktive konsekvenser dersom det virker forsterkende på rusatferden. Et eksempel er bruk av amfetamin for å forhindre vektoppgang. Uavhengig av faktisk andel med spiseforstyrrelser og annen spise/kroppsproblematikk som overdreven trening og utstrakt bruk

⁵¹ 36 prosent syntes det var *ikke viktig* med hjelp, mens 8 prosent ikke hadde besvart dette spørsmålet (N=109)

av dopingmidler, så bør tiltak for rusmiddelavhengige (særlig døgnbehandling) ha en bevisst praksis på dette området. Dette innebærer å tenke gjennom rutiner og praksis knyttet til mat/måltider og ulike former for fysisk aktivitet; å søke en balanse mellom “mat for kos” og dietter, en balanse mellom overdreven trening og passiv livsstil. Behandlingstiltaket må tas stilling hvilke funksjoner de ulike elementene i behandling skal fylle. Refleksjoner rundt kulturelle idealer er nyttig, og utfordring av kjønnsstereotyper likeså.

Å engasjere seg i fysiske aktiviteter som stimulerer til selvforfølgende deltakelse, som har lite fokus på utseende og selvpresentasjon, kan bidra til at gode forhold til kroppen utvikles.

Duesund og Skårderud (2003) fant i en kvalitativ studie av pasienter med alvorlig anoreksi at tilpasset fysisk aktivitet (*Adapted Physical Activity*), særlig ridning, kunne gi erfaringer der kroppen ble glemt og gjenoppdaget på samme tid. Denne typen fysisk aktivitet kan gi muligheter for å oppleve kroppen mindre som objekt og mer som subjekt, fra innsiden, som en kropp som man har flyttet inn i igjen (Duesund & Skårderud, 2003). Kroppen erfart som en forlengelse av ens indre, av sinnet.

Interesse og kartlegging

Gitt omfanget av spiseforstyrrelsessymptomer og dopingbruk funnet i denne og andre studier, er min anbefaling at man rutinemessig spør etter dette som en del av den generelle kartleggingsprosessen pasienter skal gjennomgå ved inntak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette bør også vurderes ved kartlegging i kommunal rusbehandling (førstelinjetjenesten).

Videre bør behandlere av rusmiddelavhengige (eller personer med lettere rusmiddelproblemer) være nysgjerrige og oppmerksomme på problemstillinger knyttet til mat/kropp/trening. Hva er det pasienten holder på med? Hva kan dette bety? Hva slags funksjoner kan denne atferden ha? Endring av utseende eller atferd kan være særlige signaler som kan tas fatt i. Å snakke med pasienten, å spørre åpent og ikke-dømmende er viktig for å kunne ha en dialog og få til en endring. Som vist i artikkel IV i denne studien samt andre studier, kan bruk av anabole steroider ha ulike funksjoner. Det er derfor lurt at behandleren er åpen og spørrende og venter litt med konsekvenser og regler. Kompetansehevede tiltak for behandlerne kan være nyttig i denne sammenheng.

Samtidig vet vi at en stor andel av pasienter i rusbehandling sliter med disse problemene. Ulike kartleggingsinstrumenter kan være nyttige for både å screene en pasientgruppe (hvor omfattende er dette i vårt tiltak?) og å kartlegge alvorlighet og omfang hos den enkelte pasient – i tillegg til samtaler. Dreier det seg om en mer midlertidig forvirring og fortvilelse f.eks. på grunn av vekttoppgang, eventuelt -nedgang, i behandling, eller er det en utviklet lidelse, en spiseforstyrrelse som trenger særlig oppmerksomhet? Ser vi et symptomskifte uten at de grunnleggende problemene er tatt tak i? Kartlegging med gode instrumenter⁵² i kombinasjon med samtaler kan bidra til et klarere bilde.

Det er ofte forbundet mye skam med spiseforstyrrelser, omfattende dopingbruk og annen nedvurdering av kroppen. Det gjør det ikke umulig å snakke om, men det fordrer sensitivitet og villighet til å gå inn i det på skikkelige vis. Min erfaring fra dette prosjektet er at mange ønsker å snakke om tematikk knyttet til kroppen, bare situasjonen oppleves trygg nok. Flere har ikke snakket ordentlig med behandlerne om sine problemer, tross måneder i behandling. Til det har skammen vært for stor til å ta det opp selv – og ingen har spurt. Selv om mye av den underliggende problematikken kan ligne den for rusmiddelavhengigheten, bør likevel spise/kroppsproblematikken gis selvstendig fokus. Hvis den forblir “usnakket”, er det større sjanse for at problemene vedvarer eller dukker opp igjen senere.

Integrert behandling og kunnskap

Samtidig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser, som for eksempel spiseforstyrrelser, anbefales primært behandlet samtidig og integrert (Conason & Sher, 2006; Courbasson, Nishikawa & Shapira, 2011; Gregorowski et al., 2013; Mueser et al., 2003; ROP-retningslinjen, 2012; Sysko & Hildebrandt, 2009). Integrert behandling er bedre individuelt tilpasset, mer sensitivt for eventuell symptomsvitsj og mer ivaretagende – i tillegg til at det er ressursbesparende. Det er lite som tyder på at etterfølgende behandling er tilrådelig, selv om dette langt på vei er praksis i Norge fremdeles.

Den norske retningslinjen for personer med sammensatte rus- og psykiatriproblemer (ROP-retningslinjen, 2012) anbefaler å bruke den offisielle retningslinjen for behandling av

⁵² Mulige kartleggingsinstrumenter for symptomer på spiseforstyrrelser kan være EDI-2 som presentert i denne studien, den nyere versjonen, EDI-3 (Clausen, Rosenvinge, Friberg & Rokkedal, 2011), EDS-5 (Rosenvinge et al., 2001), EAT 26/EAT 12 (Garner & Garfinkel, 1979; Lavik, Clausen & Pedersen, 1991) og EDE-Q (Reas & Rø, 2008). Instrumenter for å kartlegge spise/kroppsproblematikk som er vanligere blant menn kan være The Adonis Complex Questionnaire (Pope et al., 2000), The Muscle Dysmorphia Questionnaire (Morgan, 2008) og Exercise Dependence Questionnaire (Hausenblas & Downs, 2002).

spiseforstyrrelser (Statens helsetilsyn, 2000)⁵³ ved sammenfallende rusmiddelproblemer og spiseforstyrrelser. Retningslinjen for spiseforstyrrelser sier imidlertid minimalt om rusmiddelbruk og dermed lite om integrert behandling. På dopingområdet foreligger det fremdeles lite behandlingsanbefalinger i Norge, selv om økende oppmerksomhet (Stortingsmelding 30: 2011-2012; Bilgrei, 2013; Pallesen et al., 2014) trolig vil føre til endring i dette. Den nye nasjonale kompetansetjenesten for TSB har også bruk av anabole androgene steroider som ett av tre særskilte fokusområder. Den svenske dopingretningslinjen beskriver anbefalinger for utredning, diagnostikk, psykiatrisk/avhengighetsbehandling, farmakologisk behandling, psykososial tilnærming samt oppfølging (Dopingjouren, 2012).

Funn fra denne doktorgradsstudien antyder at personer med samtidig rusmiddelavhengighet og spise/kroppspromblematikk kan ha særlige vansker med å identifisere og uttrykke følelser. Samtidig og integrert behandling bør derfor legge vekt på tilnærminger som arbeider direkte med regulering av følelser. To aktuelle eksempler på slike behandlingstilnærminger er dialektisk atferdsterapi (DBT) og mentaliseringsbasert terapi (MBT). DBT er opprinnelig videreutviklet fra kognitiv atferdsterapi spesielt tilpasset for personer med borderline personlighetsforstyrrelse, og senere også spiseforstyrrelser og selvskade (Linehan, 1993). Courbasson, Nishikawa og Dixon (2012) fant positive resultater ved bruk av dialektisk atferdsterapi i en gruppe med kombinert rusmiddelavhengighet og spiseforstyrrelser (individuell og gruppeterapi over ett år).

Behandlingsmetoden legger vekt på å møte de manglende ferdighetene i å regulere følelser.⁵⁴

Mentaliseringsbasert terapi er også opprinnelig utviklet for en gruppe personer med borderline personlighetsforstyrrelse og har status som evidensbasert praksis (Bateman & Fonagy, 2012a). MBT er senere blitt videreutviklet for blant annet rus og spiseforstyrrelser, og det forskes på effekter. Det grunnleggende premiss i denne tradisjonen er at å fremme mentalisering i seg selv vil kunne redusere symptomer knyttet til dårlig følelsesregulering. Anvendt overfor rus og spiseforstyrrelser, skjer slikt arbeid parallelt med klassisk symptomreduserende arbeid; som å redusere misbruk av rusmidler og normalisere ernæring (Arefjord & Karterud, 2011; Philips, Kahn & Bateman, 2012; Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

⁵³ Ny retningslinje fra Helsedirektoratet er annonsert i 2014 (www.helsedirektoratet.no).

⁵⁴ I en mindre studie og et kortere behandlingsprogram finner de også positive effekter av en lignende terapi, men med mer vekt på *mindfulness*, oppmerksomt nærvær (Courbasson, Nishikawa & Shapira, 2011).

Bidrag til forskningsfeltet

Dette doktorgradsprosjektet har for første gang satt søkelys på omfang og type når det gjelder symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler i en norsk rusbehandlingspopulasjon. Studien er relativt liten og eksplorerende, men også internasjonale prevalensstudier og systematiske oversikter tyder på at temaet er relevant for mange menn og kvinner i behandling for rusmiddelavhengighet. Menn er løftet frem i en sammenheng der ofte bare kvinner studeres.

Prosjektet er originalt i den forstand at det søker å belyse denne problematikken fra flere vinkler. Kvantitative og kvalitative data er satt sammen, og analysen tar utgangspunkt i både kulturteori, kjønnsteori, psykologisk teori og teori om overgangssituasjoner. Slike sammensatte forskningsperspektiver er i tråd med Verdens helseorganisasjons (WHO, 2008) forståelse av rusmiddelavhengighet som en lidelse med biologiske, psykologiske og sosiale aspekter.

Videre forskning

Videre forskning bør innebære større studier på dette området, både kvantitativt og kvalitativt. Området doping i kombinasjon med rusmiddelproblemer bør undersøkes nærmere, for å fange opp bruk og funksjoner. Mange kvantitative studier finnes etterhvert internasjonalt på rus og spiseforstyrrelser, men flere kvalitative vil bidra til økt forståelse av sammenhenger. Teoretisk utvikling vil også være betydningsfullt for å forstå mulige sammenhenger og behandlingstilnæringer. Videre bør det gjøres kliniske studier av integrert behandling og hvordan symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler endres – også spontant. Endelig vil det være interessant med utgangspunkt i denne studien å måle tilknytning i en tilsvarende populasjon for å kunne videreføre forskningen på dette området.

Referanser

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008) *Tolkning och reflection. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. 2. opplag. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association (1997). *Diagnostiske kriterier fra DSM-IV*. Oslo: Pilgrim Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition, DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition, DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Amundsen, E.J. (red.) (2010). *Hva er misbruk og avhengighet. Betegnelser, begreper og omfang*. SIRUS-rapport 4/2010. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Andenæs, A. (2000). Generalisering. Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind (red.) *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (s. 287–320). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arefjord, N. & Karterud, S. (2011). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K. Lossius (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 193–220). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bagby, R.M., Parker, J.D. & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.
- Baker, J.H. & Mazzero, S.E. & Kendler, K.S. (2007). Association between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: Common genetic and environmental influences. *International Journal of Eating Disorders*, 40: 673–678.
- Banner, L.W. (2006) *American beauty: A social history...through two centuries of the American idea, ideal, and image of the beautiful woman*. Los Angeles, CA: Figueroa Press.
- Barland, B. (1997). *Gymmet; en studie av trening, mat og dop*. Doktoravhandling, Norges Idrettshøgskole, Oslo.
- Barland, B. & Tangen, J.O. (2009). *Kroppspresentasjon og andre prestasjoner: en omfangsundersøkelse om bruk av doping*. Oslo: Politihøgskolen.
- Barland, B., Tangen, J.O. & Johannesen, C.A. (2010). *Doping. Muskler, mestring og mening. En kvalitativ studie av unge menns bruk av muskelbyggende medikamenter*. PHS Forskning 2010:6. Oslo: Politihøgskolen.
- Barone, L., & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development*, 11(4), 405–417.
- Bateman, A. (2007). *Mentalisation based therapy for borderline personality disorder: Turning*

theory into practice. <http://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/unit-staff/seattleweb.pdf>

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (Eds.) (2012a). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2012b). Individual techniques of the basic model. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.) (2012a) *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington/London: American Psychiatric Publishing. *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 67–80). Washington/London: American Psychiatric Publishing.

Beauvoir, S. de (1949/2011). *The second sex*. New York: Vintage Books.

Benton, T. & Craib, I. (2011). *Philosophy of Social Science: The Philosophical Foundations of Social Thought* (2nd ed.). Basingstoke: Palgrave.

Bertilsson, M. (2004). The elementary forms of pragmatism. On different types of abduction. *European Journal of Social Theory*, 7(3), 371–389.

Bhaskar, R. (1989). *Reclaiming reality. A critical introduction to contemporary philosophy*. London: Routledge.

Bhaskar, R. (2007). Theorising ontology. In C. Lawson (Ed.) *Contribution to social ontology*. London: Routledge.

Bhaskar, R. & Danermark, B. (2006). Metatheory, interdisciplinarity and disability research: A critical realist perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8(4), 278–297.

Bilgrei, O.R. (2013). *Symboliske kropper – en kvalitativ studie av menn som bruker anabole steroider*. SIRUS-rapport 8/2013. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Björk, T., Clinton, D. & Norring, C. (2008). The impact of using different outcome measures on remission rates in a three-year follow-up of eating disorders. Manuscript, in T. Björk: *Measuring eating disorder outcome – Definitions, dropout and patients' perspectives*. Doctoral dissertation, Örebro University, Sweden.

Blinder, B.J. & Cumella, E.J. & Sanathara, V.A. (2006). Psychiatric comorbidity of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454–462.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss. Vol I: Attachment*. London: Hogarth Press.

Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag.

Breidablikk, H.J. (2011). *Selvopplevd helse hos barn og unge. En undersøkelse av samvarierende og predikerende faktorerens betydning for selvopplevd helse*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen, Bergen.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–75.

Brewerton, T. D. & Costin, C. (2011). Long-term outcome of residential treatment for Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 19(2), 132–144.

- Bridges, T.S. (2009). Gender capital and male body builders. *Body & Society*, 15(1), 83–107.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1988) *Conversations with anorexics. A compassionate and hopeful journey through the therapeutic process*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Bulik, C.M., Klump, K.L., Thornton, L., Kaplan, A.S., Devlin, B., Fichter, M.M., ... Kaye, W.H (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 1000–1006.
- Calero-Elvira, A., Krug, I., Davis, K., Lopez, C., Fernandez-Aranda, F. & Treasure, J. (2009). Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(4), 243–259.
- Carbaugh, R.J. & Sias, S.M. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and substance abuse: Etiologies, treatment issues, and treatment approaches. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(2), 125–138.
- CASA (2003). *Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders*. CASA Report. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, Columbia University, New York.
- Caspers, K.M., Cadoret, R.J., Langbehn, D., Yucuis, R. & Troutman, B. (2005). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 30(5), 1007–1011.
- Cheetham, A., Allen, N.B., Yücel, M. & Lubman, D.I (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*, 30, 621–634.
- Clausen, L., Rokkedal, K. & Rosenvinge, J. H. (2009). Validating the Eating Disorder Inventory (EDI-2) in two Danish samples: A comparison between female eating disorder patients and females from the general population. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 462–467.
- Clausen, L., Rosenvinge, J.H., Friberg, O. & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1): 101–110. doi: 10.1007/s10862-010-9207-4
- Cohen, L.R., Greenfield, S.F, Gordon, S., Killeen, T, Jiang, H., Zhang, Y. & Hien, D. (2010). Survey of eating disorder symptoms among women in treatment for substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 19(3), 245–251.
- Conason, A. & Sher, L. (2006). Alcohol use in adolescents with eating disorders. *International Journal of Adolescent Medical Health*, 18(1), 31–36.
- Connell, R.W. (2000). *The men and the boys*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, R.W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). Cambridge: Polity Press.

- Courbasson, C.M. & Mclaughlin, P.M. & Letchumanan, M. & Wong, B.I. (2010). Substance use disorders in adolescents with eating disorders. *Minerva Psichiatrica*, 51(3), 177–189.
- Courbasson, C.M., Nishikawa, Y. & Shapira, L.B. (2011). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17–33.
- Courbasson, C.M., Nishikawa, Y. & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 434–449.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design – Choosing Among Five Approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Da Silva, J. (2012). *Men's perceptions and lived experiences of romantic relationships: A qualitative approach using interpretative phenomenological analysis*. Doctoral dissertation, Counselling Psychology, University of East London, London.
- Danermark, B. (2002). Interdisciplinary research and critical realism: The example of disability research. *Journal of Critical Realism, Alethia*, 5(1), 65–64.
- Danermark, B., Ekström, M., Jaksobsen, L. & Karlsson, J.C. (2003). *Att förklara sambället*. Malmö: Studentlitteratur.
- Dawe, S. & Loxton, N.J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Bio-behavioral Reviews*, 28(3), 343–351.
- Denham, B.E. (2009). Association between narcotic use and anabolic-androgenic steroid use among American adolescents. *Substance Use & Misuse*, 44(14), 2043–2061.
- Denzin, N.K. (1978). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Dohm, F.A., Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Hook, J. & Fairburn C.G. (2002). Self-harm and substance use in a community sample of Black and White women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 389–400.
- Dodge, T. & Hoagland, M. F. (2011). The use of anabolic-androgenic steroids and polypharmacy: A review of the literature. *Drug & Alcohol Dependence*, 114(2-3), 100–109.
- Dopingjouren (2012) *Missbruk av Anabola Androgena Steroider (AAS) och andra hormonläkemedel*. Nationellt vårdprogram. <http://www.dopingjouren.se/sv/om-dopning/vard-och-behandling/nationellt-varldprogram/>
- Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body. Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 53–72.
- Dworkin, S. L. & Wachs, F. L. (2009). *Body panic. Gender, health, and the selling of fitness*. New York: New York University Press.
- Ehn, B. & Löfgren, O. (2001). *Kulturanalyser*. Malmö: Gleerups.

- Encyclopædia Britannica (2010). Online encyclopedia, 29.03.2010. <http://www.britannica.com/>
- Espeset, E.M. Stornes (2011). *Body image disturbance and emotional regulation in anorexia nervosa*. Doktoravhandling, Institutt for psykologi, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: A practical guide. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 647–653.
- Felitti, V.J. & Anda, R.F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for health care. In R.A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Eds.) *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (pp.77–87). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fenton, M.C., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Skodol, A., Krueger, B., Grant, B.F., & Hasin, D.S. (2012). Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*, 107(3), 599–609. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x
- Fernández-Serrano, M.J., Péres-García, M. & Verdejo-García, A.(2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377–406.
- Flick, U. (2007). *Managing quality in qualitative research*. London: Sage Publications.
- Flores, P.J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham, USA: Jason Aronson.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk forlag.
- Fonagy, P., Bateman, A. & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.) *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3–42). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac Books.
- Francis, R.C. (2011). *Epigenetics. The ultimate mystery of inheritance*. New York, NY: W.W. Norton.
- Garner, D. (1991). *EDI-2. Eating Disorder Inventory-2. Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979) The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34.
- Gjersing, L., Caplehorn, J.R.M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1). doi:10.1186/1471-2288-10-13

- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Hawthorne, NY: Aldine.
- Gobo, G. (2007) Sampling, representativeness and generalizability. In C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium & D. Silverman (Eds.). *Qualitative research practice* (Concise paperback ed.) (pp. 405–426). London: SAGE Publications.
- Godlee, F. (2012). Diagnosing the patient's preference. Editorial. *British Medical Journal*, BMJ 2012;345:e7745. <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7745>
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., & Kaplan, K. (2004a) Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807–816. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., Pickering, R.P. (2004b) Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361–368. doi:10.1001/archpsyc.61.4.361.
- Gregorowski, C., Seedat, S. & Jordaan G.P. (2013) A clinical approach to the assignment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 13: 289. doi:10.1186/1471-244X-13-289
- Grogan, S. (2008). *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2nd ed.). London: Routledge.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hakansson, A., Mickelsson, K., Wallin, C. & Berglund, M. (2012). Anabolic androgenic steroids in the general population: User characteristics and associations with substance use. *European Addiction Research*, 18(2), 83–90.
- Halmi, K.A. (2010) Psychological comorbidity of eating disorders. In W.S. Agras (Ed.) *The Oxford handbook of eating disorders* (pp.180–205). Oxford: Oxford University Press.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography. Principles in practice* (3rd ed.). London: Routledge.
- Harrop, E.N. & Marlatt, G.A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, 35(5), 392–398.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hausenblas, H.A. & Downs, D.S. (2002) *Exercise Dependence Scale-21 Manual*. <http://www.personal.psu.edu/dsd11/EDS/EDS21Manual.pdf>

- Hay, P., Mond, J., Buttner, P. & Darby, A. (2008). Eating disorder behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLOS ONE*, 3(2), 1–5.
- Herbert, B.M, Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: Is interoceptive awareness related to emotional awareness? *Journal of Personality*, 79(5), 1149–1175.
- Hester, R., Lubman, D.I. & Yücel, M. (2010). The role of executive control in human drug addiction. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 3, 301–318.
- Hildebrandt, T., Alfano, L. & Langenbucher, J.W. (2010). Body image disturbance in 1000 male appearance and performance enhancing drug users. *Journal of Psychiatric Research*, 44(13), 841–846.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. & Warren, M.P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse – review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1–34.
- Hustvedt, S. (2003) *What I loved*. London: Sceptre.
- Illing V., Tasca, G.A., Balfour, L. & Bissada, H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 653–659.
- Ip, E.J., Barnett, M., Tenerowicz, M. & Perry, P. (2011). The anabolic 500 survey: Characteristics of male users versus nonusers of anabolic-androgenic steroids for strength training. *Pharmacotherapy*, 31(8), 757–766.
- Jenkins, R. (2002). *Pierre Bourdieu*. Revised edition. London: Routledge.
- Johansson, T. (1997) *Den skulpterade kroppen. Gymkultur, friskvård och estetik*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Johnston, R.B. & Smith, S.P (2010). How critical realism clarifies validity issues in theory-testing research: analysis and case. In D.N. Hart & S.D. Gregor (Eds.) *Information systems foundations: The role of design science*. Retrieved from <http://epress.anu.edu.au/apps/bookworm/view/Information+Systems+Foundations%3A+The+Role+of+Design+Science/5131/upfront.xhtml>
- Kanayama, G., Brower, K.J., Wood, R.I., Hudson, J.I. & Pope jr., H.J. (2009). Anabolic-androgenic steroid dependence: An emerging disorder. *Addiction*, 104(12), 1966–1978.
- Keel, P.K. (2010). Epidemiology and course of eating disorders. In W.S. Agras (Ed.) *The Oxford handbook of eating disorders* (pp.25–32). Oxford: Oxford University Press.
- Kjelsås, E., Augestad, L.B. & Flanders, D. (2003). Screening of males with eating disorders. *Eating & Weight Disorders*, 8(4), 304–310.
- Krahn, D. (1993). The relationship of eating disorders and substance abuse. In E.S.L. Gomberg & T.D. Nirenberg (Eds.) *Women and substance abuse* (pp.286-313). Stamford, CT: Ablex Publishing.

- Kristiansen, A. (2000). *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare*. Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H.K. (1999). *Deltagande observation. Introduktion til en forskningsmetodik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (2005). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lacey, J.H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa: A catchment area study. *British Journal of Psychiatry*, 163(2), 190–194.
- Landheim, A.S. (2007). *Psykiske lidelser hos pasienter i russektoren: Forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket. En tverrsnittstudie og en prospektiv studie i to fylker*. Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Landheim, A.S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2003) Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*, 9, 8–17
- Lanius, R.A., Vermetten E. & Pain C. (Eds.) (2010) *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lauritzen, G., Ravndal, E. & Larsson, J. (2012). Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. SIRUS-rapport 6/2012. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Lavik, N.J., Clausen, S.E. & Pedersen, W. (1991) Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(4), 387–390.
- Leissner, T. & Hedin, U.C. (red.) (2002). *Könsperspektiv på missbruk. Antologi*. Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Lenihan, P. (2003). *Anabolic steroids and other performance-enhancing drugs*. London: Taylor & Francis.
- Levine, M.P. & Smolak, L. (2010). Cultural influences on body image and the eating disorders. In W. S. Agras (Ed.) *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp. 223–246). Oxford: Oxford University Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Likert, R.A. (1932). Technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1–55.
- Lundqvist, T. (2010). Imaging cognitive deficits in drug abuse. *Current topics in behavioral neurosciences*, 3, 247–275.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.) *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43–65). Washington: American Psychiatric Publishing.

- Mack, K. & Grøholt, B. (2003). Dysmorfofobi – nytt lys på gammel sykdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(6), 779–781.
- Marcoulatos, I. (2001). Merleau-Ponty and Bourdieu on embodied significance. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 31(1), 1–27.
- McLellan, T.A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The 5th edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199–213
- Melberg, H.O., Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. SIRUS-rapport 4/2003. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Merleau-Ponty, M. (1945/2002). *Phenomenology of perception*. New York: Routledge Classics.
- Miljkovitch, R. & Pierrehumbert, B. & Karmaniola, A. & Bader, M. & Halfon, O. (2005). Assessing attachment cognitions and their associations with depression in youth with eating or drug misuse disorders. *Substance Use and Misuse*, 40(5), 605–623
- Miller, M.N. & Pumariega, A.J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64(2), 93–100.
- Milos G., Spindler A., Schnyder U., & Fairburn C.G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187(6), 573–578.
- Moi, T. (2005). *Sex, gender and the body*. New York: Oxford University Press.
- Morgan, J.F. (2008) *The invisible man. A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise and bigorexia*. London: Routledge.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders – a guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.
- Nasser, M. (1988). Eating disorders: The cultural dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(3), 184–187.
- Nevonen, L., Clinton, D. & Norring, C. (2006). Validating the EDI-2 in three Swedish female samples: Eating disorder patients, psychiatric outpatients and normal controls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 44–50.
- Nielsen, H.B. & Rudberg, M. (2006). *Moderne jenter. Tre generasjoner på vei*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordberg, M. (2010) Stilige män, maskulina män, feminine män och metromän – Den historiskt föränderliga kroppen. *Fortid*, 7(1), 46–55.
- Nordbø, R.H.S., Espeset, E.M.S., Gulliksen, K.S., Skårderud, F. & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556–564.

- Nygren, P. (2008). En teori om barns og unges handlingskompetanse. I P. Nygren & H. Thuen (red) *Barn og unges kompetanseutvikling* (s. 38–54). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nøkleby, H. (2010). *Ungdom, rus og spiseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. Publisert på forebygging.no: <http://www.forebygging.no/en/Teori/Spesifikke-vansker-og-problemomrader/Spiseforstyrrelser--spiseproblemer/Ungdom-rus-og-spiseproblemer---en-kunnskapsoppsummering/>
- Nøkleby, H. (2011) Triangulation with diverse intentions. *KAPET. Karlstads universitets Pedagogiska Tidskrift*, 7(1), 140–156.
- Nøkleby, H. & Johansen, T.H. (2010). *Elevergruppen i Tyrili i 2010 – en statistisk beskrivelse*. Intern publikasjon. Oslo: Tyrili Forskning og Utvikling.
- Nøkleby, H. & Lauritzen, G. (2006). *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser – sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. SIRUS-rapport 3/2006. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- O'Brian, K.M. & Vincent, N.K. (2003). Psychiatric co-morbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and casual relationships. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 57–74.
- Olsen, W.K. (2004). *Triangulation in social Research: Qualitative and quantitative methods can really be mixed*. <http://ccsr.ac.uk/staff/Triangulation.pdf>
- Orbach, S. (2009). *Bodies*. New York: Picador.
- Ousley, L., Cordero, E.D., & White, S. (2008). Eating disorders and body image of undergraduate men. *Journal of American College Health*, 56(6), 617–621.
- Pallesen, S., Schou Andreassen, C., Jensen, S.M., Jøsendal, O., Wadsworth, S. & Pettersen, H.S. (2014) Anabole-androgene steroider – en oversikt. *Tidskrift for norske psykologforening*, 51, 22–28.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Sanci, L. & Sawyer, S. (2008). Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 294–299.
- Peat, C., Mitchell, J.E., Hoek, H.W. & Wonderlich, S.A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 590–594.
- Petersson, A., Bengtsson, J., Voltaire-Carlsson, A. & Thiblin, I. (2010). Substance abusers' motives for using anabolic androgenic steroids. *Drug & Alcohol Dependence*, 111(1/2), 170–172.
- Pisetsky, E.M., Chao, Y.M., Dierker, L.C., May, A.M. & Striegel-Moore, R.H. (2008). Disordered eating and substance use in high-school students: Results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 464–470.
- Philips, B., Kahn, U. & Bateman, A.W. (2012). Drug addiction. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.) *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 445–461). Washington: American Psychiatric Publishing.

- Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.M., Didie, E.R., Fallon, B.A. Feusner, J. & Stein, D.J. (2010). Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V. Review. *Depression and Anxiety*, 27(6), 573–591.
- Pope, H.G. Jr, Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548–57.
- Pope, H. G., Kanayama, G. & Hudson, J. I. (2012). Risk factors for illicit anabolic-androgenic steroid use in male weightlifters: a cross-sectional cohort study. *Biological Psychiatry*, 71(3), 254–261.
- Pope, H.G, Phillips, K.A. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.
- 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.
- Rapley, T. (2007). Interviews. In C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium & D. Silverman (Eds.). *Qualitative research practice* (Concise paperback ed.) (pp. 15–33). London: SAGE Publications.
- Richards, L. (2005). *Handling qualitative data. A practical guide*. London: SAGE.
- Ringer, F. & Crittenden, P.M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119–130.
- Reas, D.L. & Rø, Ø. (2008). *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)*. Oversatt fra engelsk original (K. Bohn & C. Fairburn 2008). http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/RASP/RASP;%20EDE-Q_NORSK.pdf
- Reid, K., Flowers, P. & Larkin, M. (2005). Exploring lived experience. *The Psychologist*, 18(1), 20–23.
- Robinson, O.C. & Smith, J.A. (2010). Investigating the form and dynamics of crisis episodes in early adulthood: The application of a composite qualitative method. *Qualitative Research in Psychology*, 7(2), 170–191.
- Rohman, L. (2009). The relationship between anabolic androgenic steroids and muscle dysmorphia: A review. *Eating Disorders*, 17, 187–199.
- ROP-retningslinjen (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Rosenvinge, J. (1998). *Eating Disorder Inventory-2*. Adapted and reproduced with permission from EDI-2 by Garner (1984, 1991). Oversatt til norsk ved psykolog Jan Rosenvinge. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/RASP/RASP;%2015,%20EDI-2.pdf>

- Rosenvinge, J.H., Perry, J.A., Bjørgum, L., Bergersen, T.D., Silvera, D.H. & Holte, A. (2001). A new instrument measuring disturbed eating patterns in community populations: Development and initial validation of a five-item scale (EDS-5). *European Eating Disorders Review*, 9(2), 123–132.
- Root, T.L., Pisetsky, E.M., Thornton, L., Lichtenstein, P., Pedersen, N.L. & Bulik, C.M. (2010). Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance abuse in Swedish females. *Psychological Medicine*, 40(1), 105–115.
- Rubin, H.J. & Rubin, I.S. (2005). *Qualitative interviewing. The art of bearing data* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Sandøy, T.A. (2013). *Anabole steroider i Norge – En oversikt fra befolkningsundersøkelser*. SIRUS-rapport 4/2013. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K. & Sack, P.M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11(3), 307–330.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.M., Gemeinhardt, B., Künstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207–228.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: Neurobiology of emotional development*. New Jersey, US: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Seale, C. (1999). *The Quality of Qualitative Research. Introducing Qualitative Methods*. Los Angeles: Sage Publications.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction* (2nd ed.). London: SAGE.
- Skatvedt, A. (2009). *Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring*. Doktoravhandling, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Skårberg, K., Nyberg, F. & Engström, I. (2010). Is there an association between the use of anabolic-androgenic steroids and criminality? *European Addiction Research*, 16(4), 213–219.
- Skårderud, F. (2007) *Psychiatry in the flesh. Embodiment of troubled lives. Studies of anorexia and eating disorders*. Doctoral dissertation, Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Skårderud, F. (2008). Kropp, kompleksitet og kompetanse. I P. Nygren & H. Thuen (red) *Barn og unges kompetanseutvikling* (s. 211–219). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F. (2010). Gutten som ikke ville etc. Å sette familien i halsen. Den norske multikunstneren Arild Nyquist (1937–2004) om utrygg tilknytning, anoreksi og rus. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(10), 916–929.
- Skårderud, F. & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.) *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp.347–383). Washington: American Psychiatric Publishing.

- Skårderud, F. & Sommerfeldt B. (2013). *Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal.
- Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research*. London: Sage.
- Spence, S. & Courbasson, C. (2011). The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *Eating Behaviors, 13*(4), 382–385.
- Speranza, M., Corcos, M., Stéphan, P., Loas, G., Pérez-Díaz, F., Lang, F., Venisse, J.L., Bizouard, P., Flament, M., Halfon, O. & Jeammet, P. (2004). Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use & Misuse, 39*(4), 551–579.
- Statens folkehälsöinstitut (2009). *Döpnngen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder*. R 2009:15. Östersund: Statens folkehälsöinstitut.
- Statens helsetilsyn (2000). *Alvorlige spiseförstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserie 7-2000.
- Stice, E., Burton, E.M. & Shaw, H. (2004). Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: Unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 62–71.
- Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 28*(3), 185–209.
- Stortingsmelding 30: 2011-2012 (2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Striegel-Moore, R.H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G.T., May, A. & Kraemer, H.C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 42*(5), 471–474.
- Strober M., Freeman, R., Bower, S. & Rigali, J. (1996). Binge eating in anorexia nervosa predicts later onset of substance use disorder: A ten-year prospective, longitudinal follow-up of 95 adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 25*(4), 519–532.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sysko, R. & Hildebrandt, T. (2009). Cognitive-behavioural therapy for individuals with bulimia nervosa and a co-occurring substance use disorder. *European Eating Disorders Review, 17*(2), 89–100.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2010). *SAGE Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Thiel, A. & Paul, T. (2006). Test-retest reliability of the Eating Disorder Inventory-2. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 567–569.
- Thompson-Brenner, H.K., Eddy, T., Franko, D.L., Dorer, D., Vashchenko, M. & Herzog, D.B. (2008). Personality pathology and substance abuse in eating disorders: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 203–208.
- Thorberg, F.A. & Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addiction Research and Theory*, 18(4), 464–478.
- Tjersland, O.A., Jansen, U. & Engen, G. (1998). *Våge å leve. En bok om alternative veier i behandling basert på erfaringene fra Tyrili*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Trenton, A.J. & Currier, G.W. (2005). Behavioural manifestations of anabolic steroid use. Review article. *CNS Drugs*, 19(7), 571–595.
- Turner, V. (1967). *The forest of symbols*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Turner, V. (1969). *The ritual process: Structure and anti-structure*. Chicago: Aldine Pub.
- tyrili.no (2012). Målgrupper. <http://www.tyrili.no/?aid=9075462>. 20.11.2012
- Tyrilistiftelsen (2011). *Beskrivelse av virksomheten og tjenestetilbudet innen TSB*. Tilbud til Helse Sør-Øst november 2011. Oslo: Tyrilistiftelsen.
- van Cauter, E., Plat, L., Scharf, M.B., Leproult, R., Cespedes, S., L'Hermite-Balériaux, M. & Copinschi, G. (1997). Simultaneous stimulation of slow-wave sleep and growth hormone secretion by gamma-hydroxybutyrate in normal young men. *Journal of Clinical Investigation*, 100(3), 745–53.
- van Gennep, A. (1960). *The rites of passage*. Chicago: University of Chicago.
- van Strien, T. & Ouwens, M. (2003). Validation of the Dutch EDI-2 in one clinical and two non-clinical populations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 66–84.
- Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsboken*. Arneberg Forlag.
- Wiseman, C.V., Sunday, S.R., Halligan, P., Korn, S., Brown, C. & Halmi, K.A. (1999). Substance dependence and eating disorders: Impact of sequence on comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 40(5), 332–336.
- World Health Organization (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. Discussion paper, World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

Zachrisson, H.D. & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97–106.

Zachrisson, H., Vedul-Kjelsås, E., Götestam, K.G. & Mykletun, A. (2008). Time trends in obesity and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 673–680.

Ziehe, T., Fornäs, J. & Retzlaff, J. (1989). *Kulturanalyser: Ungdom, utbildning, modernitet*. Stockholm: Stockholm Symposium.

Öhlander, M. (1999). Deltagande observation. I L. Kaijser & M. Öhlander (red.) *Etnologisk fältarbete* (s. 73–88). Lund: Studentlitteratur.

Øia, T. (2013) *Ungdom, rus og marginalisering*. Oslo: Cappelen Damm.

Aamodt, H.L. (2013). Med rus – uten ord? En norsk studie av aleksitymi blant rusavhengige i behandling. Masteroppgave, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo, Oslo.
https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/1729/2/Aamodt_HanneLorimer.pdf

Oversikt over artiklene

Artikkel I

Nøkleby, H. (2012) Comorbid drug use disorders and eating disorders: A review of prevalence studies

Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 29(3), 303-314.

DOI: [10.2478/v10199-012-0024-9](https://doi.org/10.2478/v10199-012-0024-9)

(<http://dx.doi.org/10.2478/v10199-012-0024-9>)

Artikkel II

Nøkleby, H. (2013) Use of doping agents and symptoms of eating disorders among male and female drug addicts in treatment.

Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 30(4), 331-346.

DOI: [10.2478/nsad-2013-0025](https://doi.org/10.2478/nsad-2013-0025)

(<http://dx.doi.org/10.2478/nsad-2013-0025>)

Artikkel III

Nøkleby, H., Pedersen, G. & Skårderud, F. (2014)

Symptoms of eating disorders among females in drug addiction treatment.

Journal of Social Work Practice in the Addictions, in press.

DOI: 10.1080/1533256X.2014.933728

Artikkel IV

Nøkleby, H. & Skårderud, F. (2013) Body practices among male drug abusers. Meanings of workout and use of doping agents in a drug treatment setting. International Journal of Mental Health and Addiction, 11(4), 490-502.

DOI: 10.1007/s11469-013-9434-5

		<i>Alltid</i>	<i>Vanligvis</i>	<i>Ofte</i>	<i>Iblant</i>	<i>Sjelden</i>	<i>Aldri</i>
090.	Å lide gjør deg til et bedre menneske.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
091.	Jeg vet at andre mennesker elsker meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
092.	Jeg føler at jeg må såre meg selv eller andre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
093.	Jeg føler jeg vet hvem jeg virkelig er.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94) Har du drevet regelmessig trening og/eller idrett i oppveksten? Ja Nei

95) Hvilke av følgende forhold mener du motiverer deg til fysisk aktivitet – generelt?
(sett kryss, flere svar mulig)

- Komme i form
- Prestere best mulig i konkurranser
- Få en finere kropp
- Være sammen med venner
- Leve mest mulig sunt
- Få vekk uro og rastløshet
- Gå ned noen kilo
- Bli en del av et fellesskap
- Ha noe å gjøre
- Få større muskler
- Føle meg vel
- For å sette meg i respekt
- For å kunne føle meg trygg
- For å kunne forsvare meg/de jeg er glad i
- Annet
- Ikke noe av dette

96) Hvordan passer følgende påstander med ditt forhold til kosthold og kosttilskudd – for tiden? Ett svar i hver linje.

	Passer ikke i det hele tatt	Passer litt	Passer delvis	Passer helt	Vet ikke
Jeg spiser kun sunn og naturlig mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg veier maten og sjekker fettinntaket før jeg spiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg bruker doping for å kunne forsvare meg selv fysisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker doping for å føle meg tryggere sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker doping fordi det gir meg status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker doping fordi det gir meg tilhørighet i et miljø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker doping for å få respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker doping for å få bedre selvfølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker doping for å føle meg rolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100) Hvordan passer følgende beskrivelser med din oppfatning av din egen kropp?

Ett svar i hver linje.

	Passer ikke i det hele tatt	Passer litt	Passer delvis	Passer helt	Vet ikke
Jeg er for tynn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er for tjukk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har for lite muskler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er for lav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er for høy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har for tynne armer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har for tjukke ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har for stor rumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har for slappe magemuskler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har for smale skuldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har for tynne ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101) Hvis du skammer deg over kroppen din, hva gjør du da?

Flere svar er mulig.

- Jeg skammer meg ikke over kroppen min
- Kler på meg mest mulig klær
- Prøver å trene for å bli kvitt noen kilo og stramme opp figuren
- Prøver å trene for å få større muskler
- Unngår steder hvor kroppen må vises frem
- Unngår helst å dusje etter trening eller gym
- Sminker meg og kler meg attraktivt

- Velger klær som skjuler det jeg er misfornøyd med
- Skader kroppen min
- Lar være å se meg i speilet
- Jeg forsøker å hevde meg på andre områder
- Ikke noe spesielt
- Vet ikke

102) Hvor viktig er det for deg å få hjelp nå med evt. plager du har krysset av i skjemaet?

- Ikke viktig Litt viktig Viktig

103) Hvis du ønsker hjelp for disse plagene, opplever at du får det?

- Ja Nei Delvis

104) Siste 12 mnd før inntak i Tyrili, hva var ditt *mest* brukte rusmiddel/medikament?

.....

105) Siste 12 mnd før inntak i Tyrili, hva var ditt *nest mest* brukte rusmiddel/medikament?

.....

Hvor ofte brukte du dette, ca? (sett ett kryss)

- Brukte det noen ganger, men ikke oftere enn 2-3 ganger per måned
- Brukte det 1-3 ganger per uke
- Brukte det daglig eller neste daglig

Kommentarer:

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 2. Subskalaer i EDI-2

Svaralternativer: Alltid Vanligvis Ofte Iblant Sjelden Aldri

Det mest patologiske (symptomatiske) svaret får verdien 3, nest mest patologiske svaret får verdien 2 og neste får verdien 1, og de tre minst patologiske svar får verdien 0

I STORE bokstaver etter hver påstand: det minst patologiske svaret.

NB: Nummereringen er den originale; pluss på to for å få det nummeret som er brukt i spørreskjemaet.

Vektfofi (*Drive for Thinness*) (maksimal verdi 21)

1. Jeg spiser søtsaker og karbohydrater uten å bli engstelig ALLTID
7. Jeg tenker på slanking ALDRI
11. Jeg får dårlig samvittighet når jeg har spist for mye ALDRI
16. Jeg er livredd for å legge på meg ALDRI
25. Jeg overvurderer vektens betydning ALDRI
32. Jeg er svært opptatt av å bli tynnere ALDRI
49. Hvis jeg går opp noen hundre gram i vekt, er jeg redd for at jeg vil fortsette å gå opp ALDRI

Bulimi (*Bulimia*) (maksimal verdi 21)

4. Jeg spiser når jeg blir opprørt ALDRI
5. Jeg stapper i meg mat ALDRI
28. Jeg har hatt spiseorgier og følt at jeg ikke kunne slutte ALDRI
38. Jeg tenker på det å overspise ALDRI
46. Sammen med andre spiser jeg moderat, og stapper i meg når jeg er alene ALDRI
53. Jeg kan få det for meg at jeg skal kaste opp for å gå ned i vekt ALDRI
61. Jeg spiser eller drikker i hemmelighet ALDRI

Misnøye med kropp (*Body Dissatisfaction*) (maksimal verdi 2)

2. Jeg mener at maven min er for stor ALDRI
9. Jeg synes at lårene mine er for tykke ALDRI
12. Jeg mener at maven er passe stor ALLTID
19. Jeg er fornøyd med figuren min ALLTID
31. Jeg liker fasongen på rumpen min ALLTID
45. Jeg mener at hoftene mine er for brede ALDRI
55. Jeg føler at lårene mine er passe store ALLTID
59. Jeg mener at rumpen min er for stor ALDRI
62. Jeg mener at hoftene mine er akkurat passe store ALLTID

Lav selvfølelse (*Ineffectiveness*) (maksimal verdi 30)

- 10. Jeg kjenner meg udugelig som mennesket ALDRI
- 18. Jeg føler meg alene i verden ALDRI
- 20. Jeg har stort sett styring over livet mitt ALLTID
- 24. Jeg ønsker at jeg var en annen ALDRI
- 27. Jeg føler meg utilstrekkelig ALDRI
- 37. Jeg føler meg trygg på meg selv ALLTID
- 41. Jeg har lave tanker om meg selv ALDRI
- 42. Jeg føler at jeg kan nå mine mål ALLTID
- 50. Jeg føler meg som et verdifullt menneske ALLTID
- 56. Følelsesmessig er jeg helt tom innvendig ALDRI

Perfeksjonisme (*Perfectionism*) (maksimal verdi 18)

- 13. Bare topp-prestasjoner er godt nok i min familie ALDRI
- 29. Som barn anstrengte jeg meg mye for ikke å skuffe mine foreldre og lærere ALDRI
- 36. Jeg avskyr ikke å være best ALDRI
- 43. Foreldrene mine har krevd topp-prestasjoner av meg ALDRI
- 52. Jeg føler at jeg må gjøre saker og ting perfekt, ellers for det være ALDRI
- 63. Jeg setter svært høye mål ALDRI

Mellommenneskelige utrygghet (*Interpersonal Distrust*) (maksimal verdi 21)

- 15. Jeg er åpen når det gjelder følelsene mine ALLTID
- 17. Jeg stoler på andre ALLTID
- 23. Jeg har lett for å snakke med andre ALLTID
- 30. Jeg har nære venner ALLTID
- 34. Jeg har vansker med å uttrykke følelsene mine overfor andre ALDRI
- 54. Jeg har behov for å holde folk på en viss avstand, og føler meg uvel hvis noen vil komme inn innpå meg ALDRI
- 57. Jeg kan snakke om mine personlige tanker og følelser ALLTID

Introspektiv oppmerksomhet (*Interoceptive Awareness*) (maksimal verdi 30)

- 8. Jeg er redd når følelsene mine blir for sterke ALDRI
- 21. Jeg blir forvirret og usikker på hva jeg føler ALDRI
- 26. Jeg vet hva jeg føler ALLTID
- 33. Jeg vet ikke hva som foregår inni meg ALDRI
- 40. Jeg kan bli forvirret på om jeg er sulten eller ikke ALDRI
- 44. Jeg er bekymret for å miste kontrollen over følelsene mine ALDRI
- 47. Jeg kjenner meg oppblåst etter et vanlig måltid ALDRI
- 51. Når jeg er opprørt vet jeg ikke om jeg er trist, redd eller sint ALDRI
- 60. Jeg har følelser som jeg ikke helt kan gjenkjenne ALDRI
- 64. Når jeg er opprørt er jeg redd for at jeg skal begynne å spise ALDRI

Redsel for voksenlivet (*Maturity Fears*) (maksimal verdi 24)

- 3. Jeg ønsker jeg kunne vende tilbake til barndommens trygghet ALDRI
- 6. Jeg ønsker at jeg var yngre ALDRI
- 14. Barndommen er den lykkeligste tiden i livet ALDRI
- 22. Jeg vil heller være voksen enn barn ALLTID
- 35. Det kreves for mye av voksne ALDRI
- 39. Jeg er glad for at jeg ikke er barn lenger ALLTID
- 48. Jeg føler folk er mest lykkelig når de er barn ALDRI
- 58. Den beste tiden er når du blir voksen ALLTID

Askese (*Asceticism*) (maksimal verdi 24)

- 66. Jeg skammer meg over mine menneskelige svakheter ALDRI
- 68. Jeg vil gjerne ha full kontroll over mine legemlige drifter ALDRI
- 71. Jeg anstrenger meg mye for å oppleve nytelse ALLTID
- 75. Selvfornektelse får meg til å føle meg sterkere åndelig ALDRI
- 78. Å spise for fornøyselsens skyld er tegn på moralsk svakhet ALDRI
- 82. Avslapning er simpelthen bortkastet tid ALDRI
- 86. Jeg er flau over mine legemlige drifter ALDRI
- 88. Å lide gjør deg til et bedre menneske ALDRI

Impulsregulering (*Impulse Regulation*) (maksimal verdi 33)

- 65. Mennesker som jeg liker godt skuffer meg alltid ALDRI
- 67. Andre mennesker vil si at jeg er følelsesmessig ustabil ALDRI
- 70. Jeg sier ting impulsivt, som jeg etterpå angrer at jeg har sagt ALDRI
- 72. Jeg må være forsiktig med min tendens til å misbruke stoffer ALDRI
- 74. Jeg føler meg fanget i faste forhold ALDRI
- 77. Jeg får ikke merkelige tanker ut av hodet mitt ALDRI
- 79. Jeg kan ha sinne eller raseriutbrudd ALDRI
- 81. Jeg må være på vakt over min tendens til å misbruke alkohol ALDRI
- 83. Andre vil si at jeg lett blir irritert ALDRI
- 85. Jeg opplever markante humørsvingninger ALDRI
- 90. Jeg føler at jeg må såre meg selv eller andre ALDRI

Sosial utrygghet (*Social Insecurity*) (maksimal verdi 24)

- 69. Jeg føler meg avslappet i de fleste situasjoner ALLTID
- 73. Jeg er utadvent i forhold til de fleste mennesker ALLTID
- 76. Folk forstår alvoret i problemene mine. ALLTID
- 80. Jeg mener folk gir meg den anerkjennelse jeg fortjener ALLTID
- 84. Det føles som om jeg alltid kommer til kort ALDRI
- 87. Jeg vil heller tilbringe tid alene enn med andre mennesker ALDRI
- 89. Jeg vet at andre mennesker elsker meg ALLTID
- 91. Jeg føler jeg vet hvem jeg virkelig er ALLTID

Vedlegg 3. Intervjuguide

Tema	Innhold	Bakgrunn/holdning
Introduksjon	<ul style="list-style-type: none"> - presentere meg selv - si litt om prosjektet (tema: rus og kropp/mat) - ønsker å bruke deg som medforsker (tidligere deltatt i survey/observasjon?) - si noe om intervjuet (innhold, rammer, tid, konfidensialitet, bruk) - skrive under på samtykkeerklæring 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>utgangspunkt i forrige datainnsamling</i> - <i>takk for at du stiller opp</i> - <i>ønsker å høre akkurat dine meninger og erfaringer</i>
Åpning	<ul style="list-style-type: none"> - hva tenker du om spørreskjemaet/observasjonen - hva tenker du nå om dette temaet/intervjuet - 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>om selve metoden, om resultatene...</i> - <i>følelser & tanker for intervjusituasjonen</i>
Behandling	<ul style="list-style-type: none"> - hvor lenge har du vært på Tyrili - hvordan opplever du behandlingen i Tyrili/på enheten - hva har du trivdes best med - <i>hvor</i> har du trivdes best (tegning) - kan du fortelle om en vanlig dag for deg på enheten - hva har vært viktig for deg i behandling - hva tenker du om blanding eller ikke av kjønn 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>et felles utgangspunkt for samtalen – og bakgrunn for fortsettelsen</i>
Rusmidler	<ul style="list-style-type: none"> - hvordan var det når du begynte å ruse deg <ul style="list-style-type: none"> o hva begynte du med o hvordan opplevde du det o hvordan fortsatte du o hvem ruset du deg sammen med o hva gjorde rusen for deg/hva var bra med å ruse seg - hva kan/kunne utløse sug etter rus - hvordan har du det når du er rusa - er det forskjell på hvordan jenter og gutter ruser seg – og hva er likt - hvordan har du merket man de ulike rusmidlene på kroppen, hva skjer med kroppen din 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>hva er meningen med rus for intervjupersonen (ta utgangspunkt i nåtid, selv om den kan ligge litt tilbake..)</i> - <i>hvordan berører rus kroppen</i> - <i>ganske mange bruker dette rusmiddelet, hva tenker du...</i> - <i>hvordan var "ditt rusmiljø"...</i>
Kropp/mat /trening	<ul style="list-style-type: none"> - hvordan kan (ulike) rusmidler virke inn på kroppen, på utseende og funksjoner - hva kan feks amfetamin gjøre med kroppen - eller anabole steroider - hvordan blir kroppen annerledes når man 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>vi skal snakke litt om forholdet mellom rus og kropp</i> - <i>hvordan rusen påvirker kroppen</i> - <i>få tak iPs opplevelse av kulturen på enheten – men også eget møte med behandling</i>

	<p>slutter med rus (kommer i behandling)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ gikk du opp/ned i vekt ○ hvordan du opplevde behandlingens forhold til kropp/mat, de andre elevene, lederne, det å være nykter, tanker om kropp/mat, fokus/regler i forhold til trening ○ hva tenker du om kroppen din nå <p>- er trening/kosthold viktig for mange i behandling, slik du ser det</p>	
Kroppens betydning	<ul style="list-style-type: none"> - når du ruser deg, hva er viktig for deg da, når det gjelder kroppen din - hva er viktig når du <i>ikke</i> ruser deg – når det gjelder kroppen din - når er kroppen er problem, noe du tenker mye på - når tenker du ikke på kroppen din - er det noen ganger du har lyst til <i>ikke</i> å ha en kropp - hvorfor er kroppen så viktig - hvordan er idealkroppen - tenker menn og kvinner forskjellig om dette - hva er å ha et godt forhold til kroppen sin - hva tenker du om din egen kropp - når får du behov for å gjøre noe med den (trene, spise, ikke-spise, endre) - hva blir bedre når du får gjort dette (hvordan har du det da) - hva med andre kroppsændrende praksiser (solarium, tatoeringer, klær...) - kan du fortelle om en vanlig dag i forhold til mat (trening) – slik livet er nå - hvorfor tror du noen begynner med rus og noen med spiseforstyrrelser - tenker du at det er noen sammenhenger mellom at man ruser seg og forholdet man har til kroppen sin - er det noen sammenheng for deg 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>hvor mye har du tenkt på dette (har det kommet i veien for andre ting/tanker/følelser)</i> - <i>hva ville du miste hvis du sluttet</i> - <i>hva har dette betydd for ditt forhold til menn/kvinner, kjærlighet, sex</i> - <i>sies noen ting gjennom kroppen som kunne vært sagt på andre måter?</i>
Oppvekst/ ungdomstid	<ul style="list-style-type: none"> - familie (fortell litt om familien din: hvem, hvordan, sosioøkonomisk situasjon) - sosialt (venner, omgangskrets) - individuelt (hvordan var du, hva var du opptatt av, skolen, interesser, idrett...) - forhold til rus i familien (og omgangskrets/i nærheten) - forhold til mat/kropp i familien (og 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>jeg har lyst til å spørre litt om ungdomstiden din...om hvem du var da...</i> - <i>se seg selv i forhold til andre, både innen familien og i et større perspektiv...</i> - <i>utvikling av problemer</i>

	omgangskrets/i nærheten) - hva ønsket du, hva drømte du om (generelt)	
Vurdering av behandlingen	- hva tenker du om behandlingen du har fått i Tyrili for ditt rusproblem (beskriv og vurder) - hva har det gjort det med ditt forhold til rus (hvordan du tenkte, sprekker, savn, gleder) - hva tenker du om hjelpen du fikk for ditt evt problem med kropp/mat/tanker (beskriv og vurder) - hva kunne utløse sug etter rus og mat/ikke-mat/trening - hvem kunne du snakke med om hva i behandlingen	- <i>konkrete beskrivelser</i> - <i>IPs egne synspunkter</i>
Fremover	- hva er viktigst for deg akkurat nå i ditt liv - hva tenker du om tiden fremover - hva drømmer du om - hva tenker du i forhold til rus - hva tenker du i forhold til kropp/mat - hva er dine utfordringer	- <i>drømmer og konkrete planer</i> - <i>hva er man 'redd for'</i>
Avslutning	(slå av båndopptakeren) - hvordan var det å snakke om dette nå - noe annet du har lyst til å legge til - mulighet for å kontakte meg senere	- <i>lufte ut, slappe av, snakke off- record</i>

Avhandling levert for graden Philosophiae Doctor under PhD-programmet Barns og unges kompetanse-utvikling 2014:

Symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler blant kvinner og menn i behandling for rusmiddelavhengighet

Denne doktoravhandlingen handler om symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler blant kvinner og menn i behandling for rusavhengighet. En slik studie er ikke tidligere gjennomført i Norge.

Hvor utbredt er spise/kroppsproblematikk blant menn og kvinner i behandling for rusmiddelavhengighet? Dette er det overordnede forskningsspørsmålet. Materialet er hentet fra spørreundersøkelse, observasjon og kvalitative intervjuer med et utvalg kvinner og menn innlagt i en behandlingsinstitusjon for rusmiddelavhengighet (Tyrili), samt tidligere prevalensstudier. Utgangspunktet er en kroppsfenomenologisk forståelse. Teoretiske innfallsvinkler er sosiologisk teori om kjønn, antropologisk teori om overgangsritualer, samt psykologisk teori om følelsesregulering.

Artikkel I oppsummerer tidligere internasjonale studier som er gjort av samvarierende spiseforstyrrelser og narkotikamisbruk/avhengighet (1990-2011). Dette er den første reviewstudien som kun inkluderer utvalg der det måles spiseforstyrrelser og narkotikalidelser i tråd med diagnosekriterier.

Artikkel II viser resultater fra en spørreundersøkelse som ble foretatt blant 109 pasienter innlagt i Tyrili i 2009-2010, med vekt på utbredelse av symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler.

Artikkel III bruker data fra den samme spørreundersøkelsen, men undersøker mer detaljert symptomer på spiseforstyrrelser blant de kvinnelige pasientene. Utvalget sammenlignes med utvalg fra to nordiske studier av pasienter som er i behandling for spiseforstyrrelser.

Artikkel IV er en kvalitativ studie av ni mannlige pasienter innlagt Tyrili i perioden 2010 til 2011. Informantene intervjues om blant annet kropp, styrketrening og bruk av dopingmidler, og analysen fokuserer på atferdens ulike meninger og funksjoner.

Avhandlingen peker på mulige implikasjoner for behandling og videre forskning.



Heid Nøkleby er født i 1968 og arbeider som forsker i Tyrilistiftelsen.



**Høgskolen
i Lillehammer**

Lillehammer University College • hil.no

ISSN 1893-8337
ISBN 978-82-7184-357-1