

Når massemedia slår DSM-V: Lekfolks beslutninger omkring kliniske lidelser

—
Trine Fredriksen & Elise Gurandsrud

Hovedoppgave i psykologi PSY-2901 - Mai 2014

**Når massemedia slår DSM-V:
Lekfolks beslutninger omkring kliniske lidelser**

Trine Fredriksen & Elise Gurandsrud
Hovedveileder: førsteamanuensis Frank Siebler
Biveileder: professor Catharina E. A. Wang

Institutt for psykologi – Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet

Spørsmål vedrørende denne undersøkelsen kan rettes til Trine Fredriksen eller Elise Gurandsrud, ved Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet. E-post: tfr005@post.uit.no eller egu009@post.uit.no

Forord

Vi har gjennom praksis og teori fått kjennskap til ulike kliniske tilstander, og erfaring med å vurdere hva som er normalt og hva som er abnormt fra fagfolks perspektiv. Videre er vi begge interessert i spiseforstyrrelser og fremvekst av nye tilstander innenfor dette spekteret. Litteratur omhandlende forbindelsen mellom utvikling av samfunnet og endringer i diagnosemanualene inspirerte oss til å undersøke hvordan lekfolk vurderer skillet mellom normalitet og abnormalitet. Vår studie omhandler hvordan lekfolk foretar beslutninger omkring nye foreslåtte spiseforstyrrelser som har oppstått i forbindelse med endringer i vår kultur. Etter å ha vært i kontakt med førsteamanuensis Frank Siebler foreslo han hvordan vi kunne undersøke dette empirisk.

I denne undersøkelsen kartla vi hvordan ekspertstøtte påvirket lekfolks vurderinger av mulig problematisk atferd. Problemstillingene og forskningshypotesene ble utformet i fellesskap mellom Frank Siebler og oss. Utforming av materiell til pilotstudien og hovedstudien ble gjort av oss under veiledning. Frank Siebler har bistått med datainnsamling og dataanalyser i samarbeid med oss. Litteratursøk, utforming av oppgaven, samt tolkning av resultatene ble gjort av oss under veiledning. Ettersom store deler av oppgaven er skrevet sammen, har vi bidratt med tekst på alle deler av oppgaven i like stor grad. Vår biveileder, professor Catharina E. A. Wang, har bistått med gjennomlesinger og har kommet med flotte råd angående litteratur og oppbygging av teksten.

Den aktuelle hovedoppgaven har blitt utformet som et ledd i profesjonsutdanningen i psykologi ved UiT Norges arktiske universitet. Vi ønsker å rette en stor takk til vår hovedveileder, Frank Siebler, som har bidratt med fantastisk hjelp og veiledning i arbeidet med oppgaven. Vi ønsker også å takke vår biveileder, Catharina E. A. Wang, som har bidratt med fremragende innspill vedrørende litteratur og den språklige fremstillingen av oppgaven.

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven var å undersøke hvordan lekfolk tar beslutninger omkring hva som oppfattes som sykt og friskt. Undersøkelsen er basert på forskning av Vandereycken (2011), som undersøkte hvordan fagfolk gjorde vurderinger vedrørende fire foreslåtte lidelser i DSM-V innen spiseforstyrrelsesfeltet; ortoreksi, emetofobi, muskeldysmorfi og nattspisesyndrom. I denne undersøkelsen ønsker vi å kartlegge hvordan studenter vurderer de samme tilstandene. Studenter ved UiT Norges arktiske universitet fikk utdelt spørreskjemaer som inneholdt vignetter basert på diagnosekriteriene til de fire foreslåtte lidelsene. Studentene skulle vurdere hvorvidt de syntes atferden i vignettene var problematisk eller ikke. Vi antok at støtte fra eksperter ville føre til at atferden ble vurdert som mer problematisk enn dersom en slik støtte ikke forelå.

Ekspertstøtte ble operasjonalisert på to måter: 1) det ble anvendt enten et spesifikt lidelsesnavn eller en generell term som overskrift ved hver vignett, og 2) deltakerne fikk varierende bakgrunnsinformasjon om hvorvidt lidelsene var foreslått som reelle lidelser eller ikke. Resultatene viste at ekspertstøtte i form av lidelsesnavn ikke førte til betydelige endringer i deltakernes vurderinger, men at ekspertstøtte i form av bakgrunnsinformasjon påvirket deltakernes vurderinger av hvor problematisk atferden var. Det argumenteres for at ekspertuttalelser, som ofte benyttes i media, har stor betydning for hvordan lekfolk tar beslutninger omkring kliniske tilstander.

Nøkkelord: beslutningstaking, lekfolk, spiseforstyrrelser, ortoreksi, muskeldysmorfi, emetofobi, nattspisesyndrom, ekspertheuristikk, media, diagnose, kultur.

På hvilken måte kan vi skille mellom hva som er normalt eller abnormt, friskt eller sykt? Hvilke faktorer påvirker disse skillene, og hvem er det som avgjør hvilke kriterier som skal gjelde? Denne oppgaven tar for seg forskjellene mellom hvordan fagfolk og lekfolk foretar beslutninger omkring kliniske tilstander, og hva som anses å være abnormt i dagens samfunn. Slike beslutninger er stadig dagsaktuelle og fremme i media. Det foreligger mye litteratur på hvordan fagfolk vurderer hva som skal anses som normal variasjon og hva som skal anses som sykkelig (American Psychiatric Association, 2013; Kringlen, 2001; Nolen-Hoeksema, 2011; Verdens helseorganisasjon, 1992). I denne oppgaven ønsker vi å fokusere på hvordan lekfolk foretar beslutninger om psykisk helse gjennom deres vurderinger av mulig problematisk atferd. Vi ønsker å undersøke hvorvidt folks vurderinger kan påvirkes av ekspertstøtte fra fagfolk. Dette er viktig ettersom lekfolks beslutninger omkring egen helse kan påvirke hvorvidt vedkommende oppsøker hjelp hos helsepersonell. Eksempelvis vil foreldre som er bekymret for barnet sitt ofte søke informasjon som bekrefter eller avkrefter denne bekymringen før de bestiller time hos fastlegen. Et annet eksempel kan være lærere uten kompetanse innen psykisk helse som er bekymret for en elev og som kontakter skolens helsesøster med sine bekymringer. Slike eksempler peker på viktigheten av å kartlegge hvilke faktorer som påvirker beslutningstaking hos lekfolk og hva som derfor påvirker hvorvidt fagfolk involveres eller ikke.

For å forstå hvordan begrepene normalitet og abnormalitet defineres vil vi først redegjøre for faktorer som antas å påvirke denne distinksjonen. Videre vil vi relatere disse begrepene til skillet mellom friskt og sykt. Deretter vil vi tydeliggjøre hvordan fagfolk tar avgjørelser omkring psykisk helse og diagnoser i dag. Det vil trekkes tråder mellom hvordan fagfolk har vurdert menneskelig atferd og psykiske vansker gjennom historien og dagens forståelse av kliniske tilstander. Videre vil vi fokusere på hvordan lekfolk tar beslutninger. Her vil vi redegjøre for essensielle faktorer som media og kultur, samt forklare deres påvirkning på lekfolks beslutningstaking. Relatert til vår undersøkelse vil det greies ut om spiseforstyrrelser og hvordan disse vurderes av lekfolk. Avslutningsvis vil den aktuelle empiriske studien presenteres.

Sosial og kulturell bakgrunn ved mentale lidelser og diagnostikk

Normalt og abnormt. Studiet av abnormal psykologi, eller psykopatologi, betegnes som studiet av mennesker som lider av mental, emosjonell og/eller psykisk smerte (Martin, Carlson & Buskist, 2007; Nolen-Hoeksema, 2011). Skillet mellom tilstander som utgjør normale grader av psykisk smerte og tilstander som grenser over til å bli abnormt diskuteres stadig.

Som et ledd i denne diskusjonen har man forsøkt å identifisere faktorer som kan påvirke en slik distinksjon. Det er enighet om at kulturen der en gitt atferd forekommer påvirker hvorvidt atferden vurderes som abnormal eller ikke (Helman, 2007; Kringlen, 2001; Nolen-Hoeksema, 2011). Kultur er et dynamisk begrep som omfavner både eksplisitte og implisitte retningslinjer som individer nedarver som medlemmer av et bestemt samfunn. Slike retningslinjer forteller hvordan verden skal oppfattes og forstås (Helman, 2007). Eksempelvis vil det i vestlige kulturer bli betegnet som et symptom på at noe er galt dersom en person går lange perioder uten å spise, mens dette i andre kulturer kan være relatert til faste og er et vanlig rituale for å søke syndsforlatelse og oppnå renselse. Fenomenet der konteksten rundt påvirker vurderingen av hva som er normalt eller abnormalt betegnes som kulturell relativisme (Nolen-Hoeksema, 2011). Dette innebærer at det ikke finnes noen klare standarder eller regler for hva som er vanlig eller avvikende på tvers av kulturer. Ulike samfunns forståelse av skillet mellom normalt og abnormalt påvirker grunnlaget for hvilket medisinsk system og hvilken type behandling som regnes som akseptabel eller nyttig. Eksempelvis vil noen kulturer tenke at medikamentell behandling for psykopatologi er mest egnet, mens man i andre kulturer heller fremmer folkemedisin eller bruk av selvhjelp (Helman, 2007).

Fagfolk vurderer abnormalitet ut fra en dynamisk sammensetning og sannsynlighetsberegning av fire faktorer; dysfunksjon, stress, avvik og farlighet (Malt, Andreassen, Melle & Årslund, 2012; Nolen-Hoeksema, 2011). Atferd og følelser antas å være dysfunksjonelle når de forstyrrer et individs evne til å fungere i dagliglivet. Dette kan for eksempel være vansker med å holde på en jobb eller danne nære relasjoner. Det tenkes at desto mer dysfunksjonell atferden og følelsene er, desto mer sannsynlig er det at disse ses på som abnormale (Nolen-Hoeksema, 2011). Videre vil atferd og følelser som skaper stress eller ubehag hos individet eller andre rundt personen i større grad bli sett på som abnormal, enn atferd og følelser som ikke fører til slikt ubehag. Avvikende atferd, som eksempelvis kronisk stjeling eller at man hører stemmer i hodet, vil også gjøre at atferden mer sannsynlig vurderes som abnormal enn normal. Til slutt tenkes det at også farlighet spiller inn. Her vil atferd og følelser som kan være potensielt skadelig eller farlig for individet eller personer rundt, eksempelvis suicidale tanker eller aggresjon, ha større sannsynlighet for å bli vurdert som abnormalt (Nolen-Hoeksema, 2011). En sannsynlighetsberegning for hver av disse faktorene vil utgjøre en samlet vurdering på et kontinuum mellom normalt og abnormalt. Dette betyr at det må foretas subjektive vurderinger

for hvert enkelt individ og innad i ulike kulturer (Kringlen, 2001). Vår fortolkning av variasjon som abnormt er derfor det som gjør at noe virkelig blir abnormt og individualisert (Ekeland, 2010).

Skillet mellom hva som er normalt og abnormt trekkes på grunnlag av flere faktorer. Diagnostiske manualer anvender dette perspektivet og vektlegger funksjonsnedsettelse, intensitet og ubehag hos individet som kriterier for abnormalitet (American Psychiatric Association, 2013; Verdens helseorganisasjon, 1992). Men er det slik at abnormal atferd automatisk skal likestilles med patologisk atferd?

Helse og sykdom. Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse som en tilstand av total fysisk, psykisk, sosial og åndelig velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller skade (Verdens helseorganisasjon, 1948). Dette innebærer at helse er multidimensjonalt, og et menneske kan dermed være ved god helse i noen områder av livet, mens de regnes som syke i andre. Helse og sykdom er derfor ikke nødvendigvis gjensidig ekskluderende. Kringlen (2001) hevder at definisjoner av god og dårlig helse også varierer individuelt og mellom ulike kulturer. En slik definisjon omtaler imidlertid ikke skillet mellom normalt og abnormt. Det vil derfor ikke være grunnlag for at abnormal atferd automatisk skal betegnes som sykkelig atferd dersom man tar utgangspunkt i WHO sin definisjon.

Sykdom kan defineres på flere ulike måter. Både innad og mellom kulturer vil det foreligge mange ulike oppfatninger om hva som kan betraktes som en sykdomstilstand. Symptomer vi i dag oppfatter som tegn på en patologisk og unormal tilstand i vårt samfunn, vil i andre kulturer eller tidsepoker kunne inngå i en normalbetegnelse. Videre trekkes det ofte et skille mellom når et individ definerer seg selv som syk (illness) og når fagfolk definerer individet som sykt (disease) (Cassell, 1974). Dette innebærer at det finnes ulike faktorer som påvirker fagfolks og lekfolks vurderinger av helse og sykdom. Disse to tilstandene er begge produkter av en aktuell kultur og kan oppstå samtidig, men også uavhengig av hverandre (Helman, 2007).

I dag anvender de fleste fagfolk en biopsykososial forklaringsmodell for å forsøke og forklare hvorfor noen individer får psykiske lidelser der både arv, miljø og kultur inngår på en dynamisk måte. I tillegg vektlegger man i større grad ulike kulturers oppfattelse, fremvisning og forståelse av symptomer relatert til forskjellige lidelser. Eksempelvis har det blitt utviklet manualer for diagnostiske intervjuer på tvers av kulturer (Bäärnhielm, Rosso & Patty, 2010). Denne forståelsen hos fagfolk har imidlertid ikke alltid vært like klar og vi vil nå redegjøre for

hvordan utviklingen av diagnosebegrepet og klassifiseringen av ulike psykiske lidelser har vært gjennom historien.

Diagnoser av psykiske lidelser hos fagfolk

En diagnose kan defineres som klassifiseringen av sykdom eller lidelse basert på en vurdering av symptomer som ofte oppstår samtidig (Nolen-Hoeksema, 2011). Alle diagnoser oppstår i en sosial kontekst (Haavik, 2012). Eksempelvis er det lite relevant å diagnostisere og behandle langsynte i et samfunn der ingen bedriver nærarbeid eller leser bøker. I vårt samfunn hvor det stilles høye krav til suksess, utseende og sunnhet, vil avvikende atferd fra disse kravene kunne resultere i funksjonssvikt og i ytterste grad en psykiatrisk diagnose (Haavik, 2012). Dette kan på den ene siden utløse flere positive følger; man sikrer riktig behandling og prognose, bidrar til forståelse av egen atferd og identitet hos den aktuelle pasienten, frigir rettigheter og midler, og retter søkelyset mot forebygging og fagutvikling i fremtiden (Ekeland, 2003, 2010). På den annen side vil en diagnose også kunne føre til stigmatisering, redusert livskvalitet og mindre fokus på individet som helhet med ressurser. Det vil også kunne føre til at et individ får begrensede muligheter og i verste tilfelle bidra til en sykeliggjøring av ellers friske individer og fenomener (Ekeland, 2003, 2010).

I innledningen til ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 1992) redegjøres det for hvordan ulike lidelsesgrupper klassifiseres. Det påpekes at enhver lidelse består av noen viktige kliniske grunnkriterier, i tillegg til andre mindre spesifikke trekk. Videre fremkommer det at de fleste lidelser skal fastsettes på bakgrunn av diagnostiske retningslinjer. Disse retningslinjene indikerer det antall og den balanse mellom symptomer som kreves for at diagnosen kan stilles (Verdens helseorganisasjon, 1992). For alle lidelser finnes det en terskel for når diagnoser er sikre eller når de er tentative, men der varighet av symptomer er noe avvikende fra det som spesifiseres, blir det viktig at klinikere anvender klinisk skjønn. Videre står det i innledningen:

Beskrivelsene og retningslinjene har ingen teoretiske implikasjoner, og er ikke ment å være omfattende redegjørelser for dagens kunnskap om lidelsene. De er ganske enkelt en samling symptomer og kommentarer som en stor gruppe rådgivere og konsulenter i flere land mener danner et passende grunnlag for å definere grenseoppgangene mellom kategorier i klassifikasjonen av psykiske lidelser (Verdens helseorganisasjon, 1992, side 2).

Dette innebærer at det er utfordrende å trekke en grense mellom atferd og symptomer som må sies å være en del av det å være menneske, og psykiske symptomer som er så uttalt at det kan kalles en lidelse i diagnostisk forstand. Det jobbes likevel for å få et standardisert system med enighet om diagnoser og diagnosekriterier. Dette fordi et slikt system er nødvendig for å kunne kommunisere mellom ulike fagfolk, samt for å kunne forske på psykiske problemer. Diagnosesystemer med kriterier for hva som skal foreligge av symptomer for å tilfredsstille ulike lidelser tuftes på fagfolks oppfatninger og forklaringer av hvorfor psykiske lidelser oppstår. Vi vil nå redegjøre for hvordan endringen av slike oppfatninger gjennom historien har påvirket utviklingen av dagens systemer.

Utviklingen av forståelsen av psykiske lidelser. Vår forståelse av diagnoser og psykiske lidelser har variert i stor grad gjennom tiden. Skillet mellom normalt eller abnormt har endret seg i takt med endringer i tid, kunnskap og kultur. Både hva vi observerer og hva vi overser i møte med personer som har psykiske problemer er et produkt av slike endringer. Teori, tradisjoner, politikk, økonomi, forskningstrender og subjektive vurderinger formes alle av kulturelle normer. Dette blir derfor relativt fremfor standardisert (Malt et al., 2010; Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Tidligere psykiatri fremviste holdninger og forståelsesmodeller rundt avvikende atferd som vi i dag stiller oss kritisk til, eksempelvis omkring homofili. Men hvordan ser fagfolk på den nåtidige psykiatrien som stadig skal innlemme mer i begrepet abnormal atferd? For å forstå dette bedre kan det være nyttig med et historisk blick på hvordan psykiatrien som fag har utviklet seg.

Helhetlig syn, dualisme og fokus på enkeltstående årsaker. Allerede i antikken (700 f.Kr – 400 e.Kr) forelå det forklaringsmodeller som søkte å belyse skillet mellom sykt og friskt. Hippokrates' lære om de fire ulike kroppsvæskene; blod, slim, gul og svart galle, var rådende. Dette var et helhetlig syn der miljøfaktorer og balanse mellom væskene var sentralt for å forstå psykisk helse. Mental patologi ble derfor et resultat av interaksjoner i et omfattende system som inkluderte arv, miljø, klima, planetenes posisjoner, kosthold og forhold til gudene. Dette perspektivet gjenspeilet seg i en helhetlig behandling der man søkte å hjelpe hele mennesket, og ikke bare det syke organet. Dette ble eksempelvis gjort gjennom endring av kosthold, hvile og endring av det sosiale miljøet (Nolen-Hoeksema, 2011; Skårderud et al., 2010).

Denne helhetlige tankegangen endret seg imidlertid mot slutten av senmiddelalderen på 1200-tallet (Malt et al., 2012). Individet ble nå i større grad holdt ansvarlig for sin egen skjebne

og miljøet rundt fikk mindre oppmerksomhet. I renessansen (1400-1600) ble dette synet ytterligere endret. Fokuset ble rettet mot dualisme mellom kropp og sjel, og behandling av sinnslidende i tukthus og institusjoner adskilt fra deres daglige miljø. I nyere tid har Foucault beskrevet denne perioden i sin bok *Galskapens historie* fra 1961 (Malt et al., 2012). Foucault hevder at det var essensielt med ufornuft og galskap i denne perioden for å skape kontrast og legitimere fornuften. Et slikt fokus på psykiske lidelser som uavhengige enheter adskilt fra individ og kontekst representerte imidlertid en begynnende trend med kategorisering av sykt eller friskt og mindre rom for menneskelig mangfold (Ekeland, 2003).

I opplysningens tidsalder (1700-1800) ble det gjort en rekke vitenskapelige fremskritt og på nytt oppstod et paradigmeskifte relatert til forståelsen av psykisk helse. Nå ble abnormal atferd forstått som arvelige hjernesykdommer og fokuset ble rettet mot én enslig årsak til utviklingen av psykiske lidelser. Klassifikasjon og diagnostikk av psykiske lidelser klart adskilt fra normal atferd ble også for alvor et fokusområde (Nolen-Hoeksema, 2011; Skårderud et al., 2010).

Biologi, psykoanalyse og fremvekst av diagnosemanualer. Tanken om at alle psykiatriske diagnoser skulle sammenfattes i diagnosesystemer, ble for første gang lansert av den tyske psykiateren Emil Kraepelin (1856-1926). Han ønsket å likestille psykiatri med medisin ved å samle og klassifisere de eksisterende mentale lidelsene. Til tross for at Kraepelin mottok lite støtte for denne ideologien i sin samtid, fremstår han i ettertid som en forkjemper for diagnosesystemene og har dannet basis for moderne klassifikasjonssystemer (Nolen-Hoeksema, 2011). Et samtidig ønske om folketelling og kategorisering av pasienter i mentale institusjoner på begynnelsen av 1900-tallet inspirerte videre til opprettelsen av det amerikanske DSM-systemet i 1952 (Ekeland, 2010, 2011). Den første utgaven var beskjeden med kun 60 diagnostiske lidelser hvor det ble skilt mellom organiske og psykiske vansker. I ettertid har også denne utgaven blitt sett på som hovedsakelig psykoanalytisk. Dette tilskrives at majoriteten av APA-komiteén var psykoanalytisk orientert og dermed fulgte i Sigmund Freuds (1856-1939) fotspor (Ekeland, 2010, 2011).

Freuds perspektiv baserte seg på at pasienten er den han eller hun er som følge av et kontinuerlig og dynamisk forhold mellom indre psykiske prosesser og det sosiale miljøet personen inngår i. Psykiske lidelser ble dermed resultatet av følelsesmessige og relasjonelle konflikter helt fra barndommen og frem til den aktuelle livssituasjonen, der alle disse konfliktene

kulminerte i symptomer og funksjonsfall. Psykoanalysen integrerte dermed individ og samfunn, samt kropp og sjel, både i forståelsen og behandlingen av den psykisk syke. Psykiatrien som helhet ble dermed også nå hovedsakelig kjennetegnet ved et større fokus på den syke personen i en sosial og kulturell kontekst, fremfor et rent biologisk fokus på sykdom (Ekeland, 2010, 2011).

Nye teorier og psykofarmaka. Parallelt med utviklingen av psykoanalysen ble behavioristiske teorier utviklet (Kringlen, 2001). Både normal og abnormal atferd ble nå forstått som et resultat mellom stimuli og respons i motsetning til interne og ubevisste prosesser. Behaviorismen representerte studien av hvordan konsekvenser som straff og belønning påvirker atferd. Dette har hatt en enorm innflytelse i psykologien, eksempelvis med effektive behandlingsmetoder som eksponeringsterapi (Malt et al., 2012).

I 1950-årene ble imidlertid psykoanalysen og behaviorismen utfordret av kognitive teorier som forklarte abnormal og sykkelig atferd svært annerledes. Nå var det ikke lenger tilstrekkelig å anse abnormal atferd som resultat av uheldige assosiasjoner mellom stimuli og respons. Det måtte eksistere noe mer i overgangen mellom disse, nemlig tankeprosesser og tolkninger av inntrykk. På 1970-tallet skiftet psykologien som helhetlig fagfelt hovedfokus fra atferdsrespons til et kognitivt perspektiv der man ønsket å kartlegge tankeprosesser som påvirker emosjoner og atferd (Kringlen, 2001; Malt et al., 2012).

Samtidig som dette skiftet forekom på midten av 1900-tallet representerte fremveksten av benzodiazepiner, antipsykotiske og antidepressive legemidler en revolusjon i behandling av alvorlig psykisk syke mennesker. Dette muliggjorde psykososiale behandlinger og rehabilitering på en måte som tidligere var utenkelig (Ekeland, 2010).

Nåværende perspektiv. Psykiatriens epistemologi endret seg videre drastisk på 1980-tallet med revideringen, og nærmest revolusjoneringen, av den eksisterende DSM-II manualen (Ekeland, 2010). Som en konsekvens av at flere biologisk orienterte psykiatere var involvert i revisjonen representerer DSM-III en ny æra for den biologiske psykiatrien. Her ble det fokus på medisiner, kategorisering i form av at man enten hadde eller ikke hadde en psykisk lidelse, samt en somatisk forståelsesmodell (Ekeland, 2003, 2006, 2011). Med den nye versjonen ble det også en eksplosiv vekst av diagnoser, hele 265 stykker. Dette biologiske vendepunktet nådde etter hvert også Europa og ICD-systemet. Ved neste revidering og lanseringen av DSM-IV i 1994 ble ytterligere 75 nye diagnoser inkludert i manualen. Økningen i antall diagnoser fra den første versjonen var på hele 300 prosent (Ekeland, 2010).

I dag fokuseres det på hvordan psykiske lidelser representerer deler av et kontinuum mellom sunn og velfungerende atferd til mer usunn og dysfunksjonell atferd. Kulturen blir også innlemmet som en viktig del av forståelsen av et individs symptomtrykk og funksjonsnedsettelse (Bäärnhielm, 2013). Til tross for denne overgangen fra en kategorisk til en mer dimensjonell diagnostikk har trenden med økende antall diagnoser fremdeles vært tydelig ved den seneste revisjonen og arbeidet med DSM-V som kom ut i 2013 (Ekeland, 2010, 2011; Swaminath, 2008). Det er et paradoks at selv om kontekst nå tillegges mer vekt, skal stadig mer atferd og menneskelig variasjon betegnes som avvikende og sykt. Blant flere nye diagnoser som har blitt foreslått for inklusjon i manualen, foreligger fire nye subgrupper av spiseforstyrrelser. Disse foreslåtte diagnosene har dannet utgangspunktet for vår undersøkelse.

Diagnoser av psykiske lidelser hos lekfolk

Lekfolk har generelt en begrenset forståelse av psykisk helse (Martin et al., 2007). Mangelfull kunnskap om symptombilde og funksjonsfall ved ulike tilstander fører ofte til misforståelser og feildiagnostikk. En studie av Jorm (2000) viste at lekfolk på gruppenivå i liten grad identifiserte psykiske lidelser korrekt. Blant annet ble schizofreni og depresjon forvekslet, og lekfolk fremviste lite kunnskap om årsakssammenhenger eller adekvat behandling ved de ulike lidelsene.

Før vi redegjør for påvirkende faktorer på lekfolks beslutninger om psykiske lidelser vil vi først definere hva spiseforstyrrelser er ut fra et vitenskapelig perspektiv. Dette er også viktig da vår undersøkelse omhandler spiseforstyrrelsesdiagnoser.

Hva er spiseforstyrrelser? Spiseforstyrrelser er en fellesbetegnelse for en gruppe psykiske lidelser som omhandler vansker med å forholde seg til mat, samt vanskelige tanker og følelser om en selv (Skårderud, 2000). Det å være spiseforstyrret innebærer dermed et overdrevent fokus på kropp, vekt og utseende. Spiseforstyrrelsen kan dominere og påvirke hverdagslivet i stor grad og hemme fungering på flere områder. I tillegg til å påvirke arbeid, sosialt liv og fritid, kan tilstanden skape store kroppslige belastninger. Tap av kontroll fører til at mat, eller mangel på dette, brukes som en uhensiktsmessig mestringsstrategi. Resultatet blir ofte forringet livskvalitet (Skårderud, 2000). Det foreligger to godt etablerte undergrupper av spiseforstyrrelser, anorexia nervosa og bulimia nervosa. Anorexia defineres som begrensnings av matinntak som følge av en intens frykt for å legge på seg og kan føre til alvorlig underernæring. Bulimia defineres som overspising med etterfølgende renselse, eksempelvis bruk av avførings-

midler, oppkast eller vandrivende midler. Dette forekommer ofte i kombinasjon med streng faste eller overdreven fysisk aktivitet. Ved begge lidelser er selvfølelse svært knyttet til vekt og utseende. De senere årene har det vært en tendens til å inkludere en tredje type spiseforstyrrelse; overspisingslidelse (binge eating disorder). Her vil personen overspise uten påfølgende renselse, noe som ofte resulterer i overvekt (Skårderud, 2000). I DSM-IV inngår denne lidelsen i en uspesifisert kategori (eating disorders not otherwise specified), og ble inkludert som selvstendig kategori i DSM-V (American Psychiatric Association, 1994, 2013). Lidelsen er ikke inkludert i ICD-systemet (Verdens helseorganisasjon, 1992). Ved alle de tre overnevnte undergruppene av spiseforstyrrelser blir atferden forsøkt skjult og individet ønsker ikke å involvere andre i mestringsstrategiene (Skårderud, 2000). Men hva er det som ligger bak slik atferd og selvskading?

Genes or jeans? Spiseforstyrrelser betegnes ofte som kulturelle lidelser (Skårderud, 2000). Dette betyr at vi formes av kulturen og tiden vi lever i, samtidig som at kulturen utgjøres av alle oss som lever i den. Mange faktorer er påvirkende; andres forventninger om oss, egne krav til en selv, endring av kulturelle faktorer som spisevaner og matens betydning i samfunnet (Middelthon, 2009), og kulturelle skjønnhets- og kroppsidealer. Reklame og media i den vestlige kulturen formidler et stadig større slankepress og tynnhetsfokus (Helman, 2007). Skårderud (2000) hevder at manipulerede bilder av modeller som fronter et ideelt utseende kan tenkes å påvirke en stor del av individer med spiseforstyrrelse. Han forklarer at disse idealene påvirker oss som følge av vår jakt etter noe å likne på og strekke oss etter. Selv om det tenkes at noen individer kan være mer sårbare for å utvikle spiseforstyrrelser som følge av arv, er det likevel tydelig at miljøfaktorer påvirker utviklingen i stor grad, eksempelvis media (Skårderud, 2000).

Media – den fjerde statsmakt. Media blir ofte omtalt som den fjerde statsmakt og dette er ikke ubegrunnet. Relatert til helse, kosthold og trening fremstår media som en enorm informasjons- og påvirkningskilde. Internett representerer særlig en stor kilde til informasjon og brukes også ofte til å gi oss svar på det vi lurer på omkring helse (Charland, 2004; Frich & Fugelli, 2006). Overføringen av informasjon om helse fra nettsider og til mennesker kalles telemedisin (Helman, 2007). Dette blir i økende grad mer vanlig, både på godt og vondt. Internett representerer særlig en enkel og raskt tilgjengelig, men samtidig noe ukritisk kilde til informasjon.

Forsider på aviser og magasiner flommer over av råd og føringer på hva man bør og ikke

bør spise, hvordan man bør trene og hvordan man bør leve for å oppnå det gode liv. Disse anbefalingene endres til stadighet og det kan derfor være vanskelig å vite hvilke råd man bør følge og ikke. Hvordan påvirkes vi egentlig av denne enorme tilgangen på informasjon?

En studie gjennomført av van der Berg, Neumark-Sztainer, Hannan og Haines (2007) med amerikanske skoleelever viser at unge jenter som leser mye om dietter og slanking i blader har en betydelig høyere risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse enn jenter som ikke leser denne typen informasjon. De jentene som leste flest artikler om slanking hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å ta i bruk mindre heldige metoder for å kontrollere vekten. Disse metodene omhandlet eksempelvis fasting, hoppe over måltider og røyking. I tillegg hadde de tre ganger så høy risiko for å bruke mer ekstreme metoder for å kontrollere vekten, eksempelvis oppkast og bruk av avføringsmidler. På den annen side forelå det også en økt forekomst av sunn atferd i forhold til vektnedgang i den gruppen som leste mest (van der Berg et al., 2007). Dette illustrerer dermed medias makt og påvirkningsevne. Det økende fokuset på å spise sunt og riktig er i utgangspunktet en god trend, men det kan også være vanskelig å finne en naturlig balanse.

Eline Hatlestad Kirkebø har i sin masteroppgave fra 2013 tatt for seg rettledningsjournalistikk om kropp og helse i Dagbladet. Kirkebø (2013) stiller spørsmålsteget om hvordan en slik rettledning i en av Norges største aviser henvender seg til leserne og hvilken rolle ekspertene har i denne veiledningen. Helserelaterte artikler i media anvender ofte ekspertuttalelser nærmest uavhengig av tema og innhold. Det står imidlertid ikke nødvendigvis hvilken eller hva slags ekspert det er snakk om, men bruk av en slik kilde vekker i seg selv interessen hos folk flest. Vi kommer tilbake til eksperters påvirkning ved beslutningstaking nedenfor. Anthony Giddens (referert i Kirkebø, 2013) beskriver dette som et ekspertsystem der folk er avhengige av å stole på folk med mer kunnskap enn seg selv på et gitt område. Media, og i denne sammenhengen Dagbladet, kan videre fungere som det Giddens omtaler som en tilgangsport. Etersom media er i kontakt med ekspertene og videreformidler deres kunnskap til lekfolk blir deres informasjon tilgjengelig for folk flest. Kirkebø (2013) påpeker at med internett og den enorme mengden av tilgjengelige kilder vil det være både tidkrevende og vanskelig å skille mellom hva som virker troverdig og ikke. Det vil videre være vanskelig å vite hvilke eksperter som kan stoles på. Hun hevder også at denne eksperttermen nå rommer bredt, og at terskelen for å inngå som en ekspert er lav. Tilsynelatende ”vanlige” mennesker uten relevant utdanning tilknyttet et gitt tema kan omtales som eksperter dersom de har overkommet

utfordringer på det aktuelle området selv. På denne måten fungerer de i etterkant som rollemodeller ovenfor andre med liknende problemer og erfaringene likestilles med faglig ekspertise (Kirkebø, 2013).

I tillegg til at vi blir presentert med slike artikler og informasjon fra aviser som Dagbladet, bidrar vi selv i stor grad med å aktivt søke opp informasjon på internett. I 2003 ble det estimert at ca 70 millioner amerikanere hadde anvendt internett for å søke etter helserelatert informasjon (Helman, 2007). Trolig har denne trenden økt betydelig siden denne undersøkelsen for over 10 år siden. Internett og andre medier utgjør en stor del av vår hverdag og vi former oss både bevisst og ubevisst. Media kan derfor påvirke mye av hva mannen i gata har kunnskap om, mener og tenker (Frich & Fugelli, 2006). Å inneha en kritisk og realistisk holdning i møte med en enorm informasjonsstrøm er krevende og det kan være vanskelig å huske på dette i møtet med all informasjonen vi stadig tar innover oss. Hvordan vi tar beslutninger omkring slik informasjon, blir dermed essensielt for hvordan vi handler på dette videre.

Hvordan tar vi beslutninger? Beslutningstaking omhandler en kognitiv prosess der man velger ut ett alternativ fremfor flere andre. Dette er ofte relatert til en antakelse og/eller handling. Det har blitt forsket mye på hvordan vi prosesserer informasjon og hvilke faktorer som påvirker beslutningstaking (Bohner & Wänke, 2002, Siebler & Nordtug, 2011). Relatert til forskning på overtalelse har to velkjente modeller for informasjonsprosessering oppstått, men disse har senere også blitt anvendt ved beslutningstaking mer generelt. Disse er elaboration likelihood-modellen (ELM), fremsatt i 1986 av Petty og Cacioppo, og heuristic-systematic-modellen (HSM), fremsatt i 1993 av Eagly og Chaiken (Bohner & Wänke, 2002; Siebler & Nordtug, 2011).

Begge disse modellene hevder at individer generelt er motivert til å ta korrekte valg og inneha riktige holdninger. Dette kan oppnås på to ulike måter. For det første kan dette forekomme via logisk og rasjonell beslutningstaking. Dette er en ressurskrevende prosess og innebærer en vurdering av fordeler og ulemper ved hvert alternativ. For det andre kan slike avgjørelser tas ved intuitiv beslutningstaking og bruk av heuristikker. Denne metoden er mindre ressurskrevende, men også mer sårbar for unøyaktigheter. En heuristikk er en samlebetegnelse for ulike erfaringsbaserte teknikker ved beslutningstaking som gir en rask, men dog ikke alltid optimal løsning. Eksempler på dette er ekspertise, likbarhet og sosial konsensus (Bohner & Wänke, 2002). Disse tre heuristikkene kan illustreres med følgende eksempler; ”eksperters uttalelser er valide”, ”jeg er enig med folk jeg liker” og ”majoriteten har oftest rett”. Dette er noe

avisene benytter seg av, slik som Kirkebø (2013) hevder. Avisene formidler uttalelser fra eksperter, både fagutdannede og erfaringsbaserte. De anvender også godt likte personer som kjendiser og idrettshelter der de aller fleste er slanke og atletiske. Videre hevder avisene at de representerer majoriteten eller det som er normalt og som folk flest ønsker. I dette tilfellet vil det omhandle å være slank og spise sunt. Prinsippene ved beslutningstakingsmodellene anvendes dermed aktivt i media ettersom de bruker flere heuristikker for å påvirke folks beslutninger. Eksempelvis vil heuristisk prosessering med likbarhetsheuristikken kunne oppstå ved at bilder i aviser og andre medier av slanke og atletiske kjendiser, som er personer folk flest liker, påvirker personers kroppsbilde. Dette skjer ved at personer assosierer slankhet med noe positivt og attraktivt.

Det hevdes at dersom personer har tilstrekkelig med motivasjon og evne, vil grundig informasjonsprosessering og beslutningstaking forekomme (Bohner & Wänke, 2002). Motivasjon kan være basert på nøyaktighet, forsvar og inntrykk. Det første omhandler et ønske om gyldige valg og holdninger, det neste omhandler et ønske om å beskytte sine eksisterende valg og verdier, og det sistnevnte omhandler ønsket om å imponere eller komme overens med andre (Siebler & Nordtug, 2011). Det antas imidlertid at vi ofte har begrenset med tid og ressurser og at heuristikker dermed vanligvis anvendes ved beslutningstaking. Faktorer som blant annet personlig relevans, distraksjon, og hvorvidt individet foretrekker å tenke grundig omkring et valg eller ikke, vil kunne påvirke hvilken form for beslutningstaking som anvendes (Bohner & Wänke, 2002; Siebler & Nordtug, 2011).

Som tidligere nevnt er ekspertise en ofte benyttet heuristikk som anvendes ved beslutningstaking ved at valg tas på bakgrunn av ekspertuttalelser. Ekspertise har ofte blitt manipulert bevisst i forskning for å påvirke beslutningstakingsprosessen hos individer. Eksempelvis viste Petty, Cacioppo og Goldman (1981) hvordan ulike faktorer ville påvirke studenters beslutningstaking omkring innføring av en omfattende tilleggseksamen. De undersøkte hvorvidt enten sterke eller svake argumenter, hvorvidt kilden for argumentene hadde lav eller høy ekspertise, eller hvorvidt innføringen av eksamen hadde personlig relevans eller ikke, ville påvirke om studentene ønsket en ny eksamen eller ikke. Forskerne fant at under høy personlig relevans ble beslutningene primært påvirket av kvaliteten på argumentene, noe som er avhengig av sentral prosessering. Under lav relevans ble beslutningene påvirket av hvorvidt kilden representerte en ekspert, noe som representerer perifer prosessering. Dette viser at under

visse forhold vil kilde og ekspertise kunne påvirke beslutningstaking, spesielt når det ikke foreligger tilstrekkelig med motivasjon for at individet inngår i mer grundig prosessering (Petty et al., 1981).

Formålet med vår undersøkelse

Det levner liten tvil om at mennesker tar beslutninger om atferd og abnormalitet hyppig. Vi har sett at dette i stor grad påvirkes av den kulturen vi lever i, media og den aktuelle normen om hva som er sykt og frisk i samfunnet. Da det i økende grad blir mer fokus på hva slags type livsstil som er sunt og ikke blir denne debatten stadig dagsaktuell. Nye trender relatert til trening og kosthold endres ustanselig og det kan derfor være utfordrende å skulle ta beslutninger omkring egen helse. Som nevnt ovenfor er det flere faktorer som kan påvirke hvordan vi tar disse valgene, blant annet ekspertuttalelser. Vi ønsket å relatere dette til studenters beslutninger omkring spisemønster og matvaner, inspirert av en studie gjort av Vandereycken (2011).

Vandereycken sin studie. Vår undersøkelse tar utgangspunkt i Vandereycken (2011) sin studie som omhandlet fire foreslåtte diagnoser innenfor spiseforstyrrelser. Disse diagnosene var ortoreksi, nattspisesyndrom, emetofobi og muskeldysmorfi, som beskrives nærmere nedenfor (se Appendix A for fullstendige diagnosekriterier for hver lidelse). Vandereycken undersøkte om disse diagnosene ble vurdert som reelle lidelser av eksperter og om ekspertene mente tilstandene burde inngå i DSM-V. Etersom DSM-V ble utgitt i 2013 ble denne studien gjennomført på et tidspunkt der alle de fire foreslåtte lidelsene var under diskusjon for inklusjon og hvor det fremdeles var usikkert om de ville inngå i manualen eller ei. Eksperter ble her definert som profesjonelle fagutøvere som arbeidet med forskning, forebygging eller behandling av spiseforstyrrelser.

Det ble delt ut spørreskjemaer hvor et sett med diagnosekriterier for hver lidelse ble presentert. Videre skulle deltakerne angi i hvilken grad de hadde kjennskap til lidelsen og om disse ble vurdert å være nye lidelser som ville trenge ytterligere oppmerksomhet fra forskere og klinikere. Det ble undersøkt hvorvidt ekspertene vurderte en gitt lidelse som ”skapt av media og internett”, og følgende ikke var ekte lidelser ut fra ekspertenes perspektiv, eller om en gitt lidelse ”fortjente mer oppmerksomhet fra forskere og klinikere”, og at de dermed var virkelige lidelser ut fra ekspertens perspektiv. Vandereycken fant at fagfolk hadde best kjennskap til ortoreksi og minst kjennskap til nattspisesyndrom. Videre ble muskeldysmorfi i størst grad sett på som et fenomen skapt av media, mens de tre andre lidelsene ble vurdert å være genuine lidelser som

burde få mer oppmerksomhet fra forskning. Av alle lidelsene ble emetofobi vurdert som minst sannsynlig at var skapt av media.

Vandereycken undersøkte også hvor mange referanser som fantes på hver av de ulike lidelsene i vitenskapelige søkemotorer (PubMed og PsychInfo), og i en generell og allmenn søkemotor (Google). Han fant at det kun forelå 160 eller færre referanser på hver lidelse i vitenskapelige søkemotorer, mot over 23 400 referanser i den allmenne søkemotoren. Dette betyr at informasjon om lidelsene på internett allerede var tilgjengelig for lekfolk i stor grad, samtidig som eksperter fortsatt diskuterte hvorvidt disse lidelsene burde inngå som virkelige lidelser i det hele tatt.

Fire nye lidelser? Den amerikanske legen Steven Bratman introduserte i 1997 en ny undergruppe av spiseforstyrrelse kalt ortoreksi. Han hevdet at det eksisterer personer som er sykkelig opptatt av sunn mat og av denne grunn har et begrenset matinntak. Denne fikseringen kan føre til feilernæring og undervekt og deler dermed fellestrekk med den etablerte lidelsen anorexia nervosa. Blant diagnosekriteriene inngår eksempelvis en uvanlig bekymring omkring egen helse, samt et sterkt fokus på å unngå all mat og ingredienser som vurderes å være usunne (Bratman, 1997; Brytek-Matera, 2012; Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2005; Ramacciotti et al., 2010; Vandereycken, 2011). Til tross for at forskning ikke har støttet ortoreksi som egen lidelse i stor grad (Vandereycken, 2011), anvendes begrepet likevel i stadig større grad i media (TV2, 2013; Psychology Today, 2004) og forekommer også blant fagfolk (Senter for spiseforstyrrelser, u.å.).

Nattspisesyndrom ble i 1955 beskrevet av legen Albert Stunkard, og karakteriserer et vedvarende spisemønster hvor man overspiser på kvelds- og nattestid. Det er blitt foreslått flere diagnostiske kriterier relatert til lidelsen, eksempelvis at man gjentatte ganger våkner om natten for å spise mat eller at man inntar minst 25 prosent av den daglige matmengden etter kveldsmat (Allison et al., 2010; Stunkard, 1955; Vandereycken, 2011). Nattspisesyndrom ble i 2013 inkludert i fellesbetegnelsen ”andre spesifikke mat- eller spiseproblemer” i DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). På lik linje med ortoreksi har nattspisesyndrom blitt mer omtalt i media enn av forskningslitteraturen (BBC News, 1999).

Emetofobi betegner en spesifikk fobi der personen er svært redd for å kaste opp eller bli kvalt og derfor unngår visse former for mat. Etersom fobien påvirker en persons matvaner i stor grad tenkes den også å kunne representere en undergruppe av spiseforstyrrelser. Diagnostiske

kriterier er foreslått og inkluderer blant annet en intens, irrasjonell frykt for å kaste opp som videre fører til unngåelse av alle situasjoner der oppkast eller kvalme kan forekomme (Boschen, 2007; van Overveld, de Jong, Peters, van Hout & Bouman, 2008; Vandereycken, 2011).

Forskning har i liten grad viet oppmerksomhet til denne fobien og den inngår ikke som en spesifikk fobi i DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Muskeldysmorfi betegner en foreslått lidelse der individet er overbevist om at ens kropp ikke er slank og muskuløs nok. Lidelsen har blitt beskrevet som en motsatt anorexia nervosa og det hevdes at menn fremviser lidelsen i større grad enn kvinner (Pope, 1997). Kriterier for lidelsen har blitt foreslått å inkludere opptatthet omkring utilstrekkelig kroppsstørrelse og muskulatur hvor man ofte velger bort sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder for å kunne opprettholde treningsregimer og diettplaner. Ved revisjonen av DSM-IV ble muskeldysmorfi foreslått som en egen diagnose, men inngår foreløpig som en variant av body dysmorphic disorder (BDD) (American Psychiatric Association, 1994; Nieuwoudt, Zhou, Coutts & Booker, 2012; Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997; Vandereycken, 2011). Selv om lidelsen ennå ikke er akseptert i fagmiljøet som en egen lidelse betegnes den ofte som dette i media og i allmenn litteratur (Dagens medisin, 2008; Side2, 2008; Bratland-Sanda, 2013).

Hva vi har gjort og våre forskningshypoteser. Den aktuelle undersøkelsen er en replikasjon av Vandereycken (2011) sin studie, men med noen endringer som var aktuelle for å belyse våre forskningshypoteser. Studien har tatt utgangspunkt i de fire foreslåtte spiseforstyrrelsene som nevnt ovenfor, til tross for at nattspisesyndrom ble inkludert i DSM-V i mai 2013. Undersøkelsen har basert seg på studenters vurdering av de foreslåtte lidelsene og ble gjennomført for å kartlegge hvordan lekfolk foretar beslutninger omkring skillet mellom friskt og sykt. Dette til forskjell fra Vandereycken som utforsket fagfolks vurderinger av kredibiliteten ved foreslåtte lidelser. Ettersom det i dag foreligger et stort fokus på mentale lidelser i media og informasjon om dette supplert med ulike ekspertuttalelser er svært tilgjengelig for folk flest ønsket vi å undersøke over hvordan ekspertise kan påvirke vanlige menneskers vurdering av atferd.

I vår undersøkelse anvendte vi kliniske vignetter som inneholdt korte beskrivelser basert på foreslåtte diagnosekriterier for hver lidelse. Undersøkelsen har flere hypoteser som tar utgangspunkt i én overordnet antakelse. Det antas at støtte fra eksperter medfører en vurdering av symptombildet i de kliniske vignettene som mer problematiske, enn dersom en slik støtte ikke

foreligger. Begrepet ekspertstøtte ble operasjonalisert på to ulike måter. Den første operasjonaliseringen tok utgangspunkt i overskriften ved hver vignett. Her ble det anvendt et vitenskapelig lidelsesnavn versus en generell term. Dette ble gjort ettersom et vitenskapelig navn foreslår at vignetten beskriver en etablert, anerkjent lidelse. Vi forventet at en generell term ikke ville gi en slik opplevelse. Videre ble ekspertbegrepet operasjonalisert ved informasjon omkring inklusjon i diagnosemanual. Det ble enten gitt ingen informasjon om inklusjon, det ble gitt informasjon om at inklusjon var foreslått, eller det ble gitt informasjon om at inklusjon var foreslått, men ikke gitt vitenskapelig støtte. Dette ble gjort da foreslått inklusjon antas å representere en høy grad av ekspertstøtte. Vi forventet at informasjon om foreslått inklusjon uten bred støtte fra forskningsmiljøet ville angi liten grad av ekspertstøtte. Kontrollgruppen fikk ingen slik informasjon.

I denne undersøkelsen vil følgende forskningshypoteser belyses; 1) Det forventes at atferden i vignettene vurderes som mer problematisk dersom de har et spesifikt lidelsesnavn, fremfor kun en generell term, 2) Det forventes at atferden i vignettene vurderes som mer problematisk dersom de har blitt foreslått av fagmiljøet for inklusjon i en diagnosemanual, fremfor ingen slik informasjon, og 3) Det forventes at atferden i vignettene vurderes som mindre problematisk dersom atferden har blitt foreslått for inklusjon i diagnosemanual uten å ha mottatt støtte, fremfor kun informasjon om foreslått inklusjon.

Metode

I den empiriske delen av studien ble det først gjennomført en pilotstudie for å identifisere passende materiale for hovedstudien. Deretter ble det gjennomført en hovedstudie for å teste de aktuelle hypotesene.

Pilotstudie

Deltakere

Utvalget bestod av 39 deltakere med et aldersspenn fra 18 til 37 år, med en gjennomsnittsalder på 20.74 år (SD 3.65). Fordelingen av menn og kvinner i utvalget bestod av 6 menn og 33 kvinner, hvorav alle var studenter som studerte psykologi. 32 deltakere hadde norsk som morsmål og 7 av deltakerne hadde ikke norsk som morsmål. Utvalget ble i sin helhet rekruttert i løpet av en forelesning for årsstudiet i psykologi ved UiT Norges arktiske universitet, september 2013.

Materiell

Spørreskjemaet i pilotstudien bestod av 34 setninger fordelt på 4 ulike tenkte lidelser. Formuleringene ble laget på bakgrunn av foreslåtte diagnosekriterier for de fire ulike lidelsene, på lik linje som i Vandereyckens studie (2011). Da hensikten var å finne setninger som skulle kunne være åpne for manipulasjon i hovedstudien, ble de formulert så nøytralt som mulig. I praksis innebar dette at formuleringene skulle tilfredsstillende to kriterier: 1) en ekspert på feltet (eksempelvis en psykolog eller lege) skulle være enig i at atferden ville inngått i en mild, pre-klinisk definisjon av den gitte lidelsen, og 2) lekfolk skulle være åpne for å vurdere atferden som bekymringsverdig eller ikke og det skulle dermed ikke foreligge en klar preferanse noen vei. For å vurdere hvorvidt formuleringene vi hadde laget tilfredsstilte disse kriteriene, ble hver formulering vurdert av deltakerne på en likertskala fra -3 (svært problematisk og varselstegn på mulig psykologisk problem) til 3 (ikke problematisk og kun en harmløs personlig preferanse).

Det ble laget totalt 8 formuleringer relatert til muskeldysmorfí, 9 formuleringer relatert til ortoreksi, 9 formuleringer relatert til emetofobi og 8 formuleringer relatert til nattspisesyndrom. Målet var å identifisere ca 4-5 nøytrale formuleringer per lidelse som kunne vise seg å være anvendelige i vignetter av hypotetiske tilfeller av lidelsene. Formuleringene ble presentert i en blandet rekkefølge for å unngå priming fra de foregående formuleringene, tilhørende den samme lidelsen. Halvparten av spørreskjemaene ble deretter reversert for å fjerne eventuelle rekkefølgeeffekter, eksempelvis økende tretthet.

I begynnelsen av hvert spørreskjema ble deltakerne gitt en instruksjon om at formuleringene skulle vurderes ut fra egne holdninger og meninger rundt innholdet i formuleringene. Deltakerne skulle også fylle ut demografisk informasjon i form av alder, kjønn, morsmål, hvorvidt deltakeren var student eller ikke, og om studentene studerte psykologi eller ikke. Alle spørreskjemaene var anonyme. Se Appendix B for én av de to spørreskjemaversjonene (den andre versjonen brukte de samme formuleringene, men disse ble presentert i eksakt reversert rekkefølge).

Prosedyre

Det ble distribuert 40 spørreskjemaer, hvorav 39 ble levert tilbake. Utfyllingstiden ble estimert til å være ca 5-10 minutter. I forkant av pilotstudien var det avtalt med foreleseren at en forskningsassistent skulle komme og informere om studien, samt dele ut spørreskjemaene i pausen mellom de to forelesningstimene. Alle deltakerne fikk beskjed om at deltakelsen var frivillig og anonym, og at de når som helst kunne velge å trekke seg fra studien. De fikk videre beskjed om at hver deltaker ville få utdelt et flaxlodd etter endt deltakelse. 21 spørreskjemaer ble levert tilbake i løpet av pausen og 18 spørreskjemaer ble levert tilbake etter endt forelesning. Alle spørreskjemaene var fullstendig utfylt.

Resultater

Alle statistiske analyser ble utført i SPSS versjon 21.0. Det ble gjennomført en one-sample t-test for forskjeller fra skalaens nøytrale midtpunkt (0) for å undersøke hvilke setninger som ble vurdert som mest nøytrale av deltakerne. Vi selekterte formuleringer med et gjennomsnitt så nært 0 som mulig og med et lavt standardavvik, da dette representerte formuleringer som i størst grad var åpne for manipulasjon i hovedstudien. Dette var viktig ettersom vi var interessert i å finne formuleringer som ble vurdert nøytrale og dermed kunne påvirkes i begge retninger. Det var også viktig å finne formuleringer der det var stor enighet om at de var nøytrale, noe som vises i lave standardavvik. Se Tabell 1 for det endelige utvalget av formuleringer.

Tabell 1

Gjennomsnitt og standardavvik for det endelige utvalget av formuleringer.

Setninger	\bar{x}	SD
<i>Ortoreksi</i>		
Bruker mer enn 3 timer hver dag på å tenke på sunn mat	0.08	1.90
Oppnår mer glede av tanken på å spise riktig fremfor hva man spiser	0.11	1.90
Er noe rigid og selvkritisk omkring egne spisevaner	0.44	1.82
Føler noe skyld når man spiser usunn mat	0.44	2.02
<i>Emetofobi</i>		
Spiser av og til ikke mat på restaurant fordi man aldri kan vite hvor renslig det er der	0.69	2.14
Unngår ofte å gå tur i skogen fordi man kan tråkke i hundebæsj	0.69	2.60
Spiser heller for lite enn for mye i frykt for å bli kvalm	0.74	2.15
Unngår barn som kan komme til å kaste opp	0.79	2.09
<i>Muskeldysmorfi</i>		
Bekymring over at ens kropp ikke er muskuløs nok	-0.13	1.90
Bruker så mye tid på trening og diett at det noen ganger går ut over jobben	0.18	2.50
Ønske om å unngå situasjoner hvor personen må vise frem kroppen for andre (eksempelvis i svømmehallen)	0.21	2.14
Sosiale eller fritidsrettede aktiviteter velges bort noen ganger for å kunne gå på trening eller følge en diett	0.26	2.02
<i>Nattspisesyndrom</i>		
Tenker ofte mer på mat om kvelden enn resten av dagen	0.56	1.76
Spiser minst 25 % av dagens matmengde etter kveldsmat	0.64	2.02
Står av og til opp om natten selv om det ikke er grunnet dobesøk	0.77	1.91
Står noen ganger opp og spiser om natten fordi man våkner og er sulten	0.79	1.81

Merk: $N = 39$. Svarskala fra -3, ”svært problematisk”, til +3, ”fullstendig uproblematisk”.

Hovedstudie

Utvalg

Utvalget bestod av 86 deltakere med et aldersspenn fra 18 til 42 år, hvor gjennomsnittsalderen var 22.71 år ($SD = 4.84$). Fordelingen av menn og kvinner i utvalget bestod av 29 menn og 57 kvinner, hvorav 85 var studenter og 1 ikke var student. Av de som var studenter, oppga 21 deltakere at de studerte psykologi og 64 deltakere at de ikke studerte

psykologi. 77 deltakere hadde norsk som morsmål, mens 9 deltakerne ikke hadde norsk som morsmål. Deltakerne ble rekruttert i løpet av to forelesninger for examen philosophicum på UiT Norges arktiske universitet, samt et forskningsseminar for masterstudenter i psykologi, i løpet av oktober 2013.

Materiell

Spørreskjemaet i hovedstudien bestod av 4 kliniske vignetter laget med bakgrunn i utvalgte setninger fra pilotstudien. Det ble laget hypotetiske beskrivelser av 4 oppdiktete personer med hver lidelse, basert på de mest nøytrale formuleringene til hver av disse i pilotstudien. Vignettene ble presentert i samme rekkefølge for alle deltakerne, da det ikke ble vurdert å være fare for at tretthetsfaktorer skulle spille inn på grunn av kortere spørreskjema.

Design og variabler

Design. Den aktuelle studien hadde et eksperimentelt design og var en feltstudie. I vår studie fikk vi et 2 x 3 mellomgruppe-design, x 4 innengruppe-design, og totalt 6 forskjellige spørreskjemaer, se Appendix C. Det ble laget 15 spørreskjemaer i hver betingelse, 90 totalt. Av disse ble 86 levert tilbake.

Uavhengige variabler. For å undersøke vår hypotese om hvorvidt tilstedeværelsen av en diagnostisk term var utslagsgivende på hvor problematisk atferden i vignetten ble vurdert, ble overskriften til hver vignett manipulert. Halvparten av deltakerne fikk utdelt spørreskjemaer der alle vignettene hadde lidelsesnavn som overskrift (eksempelvis Ortoreksi), mens den andre halvparten fikk utdelt spørreskjemaer der alle vignettene hadde en generell term som overskrift (eksempelvis Atferdsbeskrivelse I), se Figur 1. Det var forventet at deltakere som fikk utdelt spørreskjema med lidelsesnavn som overskrift i større grad ville vurdere atferden som problematisk.

Ortoreksi

Anne Hansen bruker mer enn 3 timer daglig på å tenke på sunn mat. Tanken om at det hun spiser er ”riktig mat” er mer viktig for henne enn gleden hun får fra å spise det. Anne har blitt strengere med seg selv og mer rigid og selvkritisk omkring egne spisevaner. Hun kan til og med føle noe skyld når hun spiser mat som hun ikke ser på som sunn.

Atferdsbeskrivelse I

Anne Hansen bruker mer enn 3 timer daglig på å tenke på sunn mat. Tanken om at det hun spiser er ”riktig mat” er mer viktig for henne enn gleden hun får fra å spise det. Anne har blitt strengere med seg selv og mer rigid og selvkritisk omkring egne spisevaner. Hun kan til og med føle noe skyld når hun spiser mat som hun ikke ser på som sunn.

Figur 1. Eksempel på manipulasjon av overskriftene til vignettene i spørreskjemaet.

Videre ble det foretatt en manipulasjon relatert til bakgrunnsinformasjon for å se hvorvidt inklusjon i diagnosemanualer (høy ekspertstøtte) spiller inn ved vurdering av hvor problematisk atferden tenkes å være. Det ble laget 3 versjoner; en tredel av deltakerne fikk spørreskjemaer med instruksjon om at alle vignettene representerte lidelser som hadde blitt foreslått til inklusjon i DSM, den andre tredelen av deltakerne fikk instruksjon om at alle vignettene representerte lidelser som hadde blitt foreslått til inklusjon i DSM, men ikke fått bred støtte, og den siste tredelen av deltakerne fikk ingen slik instruksjon (kontrollgruppe), se Figur 2.

Instruksjon nr 1

Når det kommer til personers matvalg og livsstil, vil oppfatninger om hva som er "normalt" ofte være varierende. Der en person ser en ufarlig personlig preferanse, vil en annen person kunne se varselstegn på et mulig psykologisk problem. I denne studien er vi interessert i studenters syn på ulike holdninger, antakelser og atferdsmønstre som er relatert til spising og fritid.

Under finner du korte beskrivelser av fire atferdsmønstre. Alle atferdsmønstrene har blitt foreslått av klinikere for inkludering i manualen om psykologiske lidelser (DSM-V).

For hver av beskrivelsene nedenfor, anta at preferanse eller atferd er selvvalgt og dermed ikke skyldes jobbrelaterte eller medisinske grunner. Angi i hvilken grad du tenker atferden er uproblematisk (en harmløs personlig preferanse) eller problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse). Det finnes ingen rette eller gale svar, vi er kun interessert i dine meninger. Først ber vi deg fylle ut litt informasjon om deg selv.

Instruksjon nr 2

Når det kommer til personers matvalg og livsstil, vil oppfatninger om hva som er "normalt" ofte være varierende. Der en person ser en ufarlig personlig preferanse, vil en annen person kunne se varselstegn på et mulig psykologisk problem. I denne studien er vi interessert i studenters syn på ulike holdninger, antakelser og atferdsmønstre som er relatert til spising og fritid.

Under finner du korte beskrivelser av fire atferdsmønstre. Alle atferdsmønstrene har blitt foreslått av klinikere for inkludering i manualen om psykologiske lidelser (DSM-V). Det vitenskapelige miljøet har imidlertid ikke støttet dette forslaget i stor grad.

For hver av beskrivelsene nedenfor, anta at preferanse eller atferd er selvvalgt og dermed ikke skyldes jobbrelaterte eller medisinske grunner. Angi i hvilken grad du tenker atferden er uproblematisk (en harmløs personlig preferanse) eller problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse). Det finnes ingen rette eller gale svar, vi er kun interessert i dine meninger. Først ber vi deg fylle ut litt informasjon om deg selv.

Instruksjon nr 3

Når det kommer til personers matvalg og livsstil, vil oppfatninger om hva som er "normalt" ofte være varierende. Der en person ser en ufarlig personlig preferanse, vil en annen person kunne se varselstegn på et mulig psykologisk problem. I denne studien er vi interessert i studenters syn på ulike holdninger, antakelser og atferdsbeskrivelser som er relatert til spising og fritid.

Under finner du korte beskrivelser av fire atferdsmønstre.

For hver av beskrivelsene nedenfor, anta at preferanse eller atferd er selvvalgt og dermed ikke skyldes jobbrelaterte eller somatiske grunner. Angi i hvilken grad du tenker atferden er uproblematisk (en harmløs personlig preferanse) eller problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse). Det finnes ingen rette eller gale svar, vi er kun interessert i dine meninger. Først ber vi deg om å fylle ut litt informasjon om deg selv.

Figur 2. Manipulasjon av bakgrunnsinformasjon i begynnelsen av alle spørreskjemaene i hovedstudien.

Slik fikk vi totalt 3 uavhengige variabler; 1) den type lidelse som blir representert (ortoreksi vs emetofobi vs muskeldysmorfi vs nattspisesyndrom), 2) atferdsnavnet i spørreskjemaet (klinisk navn vs nummerert atferdsmønster) og 3) bakgrunnsinformasjonen i instruksjonene (ingen informasjon vs foreslått inklusjon vs foreslått inklusjon, men ikke støttet). Her utgjør den første variabelen en innengruppe-faktor, mens de to neste variablene utgjør mellomgruppe-faktorer.

Avhengige variabler og andre mål. I etterkant av hver vignett ble deltakerne presentert med 4 spørsmål hvor de skulle markere på en likertskala i hvilken grad atferden som ble beskrevet ble oppfattet som uproblematisk eller problematisk. De skulle også angi hvorvidt de ville oppfordret en venn som viste samme atferd å gå til lege eller psykolog, som vist i Figur 3.

Etter min mening, så er denne atferden uproblematisk (en harmløs personlig preferanse)	
helt uenig	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig
Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg ikke sett noen grunn til at hun/han burde snakke med en lege eller psykolog om det.	
helt uenig	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig
Etter min mening, så er denne atferden problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse)	
helt uenig	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig
Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg oppmuntret hun/han til å snakke med en lege eller psykolog om det.	
helt uenig	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Figur 3. Vurderingsspørsmålene som deltakerne ble presentert med i etterkant av alle atferdsbeskrivelsene.

Til slutt i spørreskjemaet ble deltakerne debriefet hvor de fikk informasjon om at vignettene kun var oppdiktet og ikke kunne brukes for å diagnostisere en selv eller andre. Dette skulle de krysse av for at de hadde lest.

De fire spørsmålene som deltakerne ble presentert for relatert til hver kliniske vignett, ble opprinnelig kodet slik at ”uproblematisk” ble indikert av høye verdier (nært +3) for de to første spørsmålene, og indikert av lave verdier (nært -3) for de to neste spørsmålene. Ettersom vi

anvendte samme likertskala, var det nødvendig at halvparten av responsene måtte rekodes i etterkant, slik at høye verdier alltid indikerte ”uproblematisk”, mens lavere verdier alltid indikerte ”problematisk”. Dette ble foretatt i dataanalysen. For alle lidelsene hadde vi gjennomgående tilfredsstillende skalareliabilitet. For alle de 16 spørsmålene: Alfa = .80, for kun spørsmål relatert til ortoreksi: Alfa = .85, for kun spørsmål relatert til emetofobi: Alfa = .69, for kun spørsmål relatert til muskeldysmorfi: Alfa = .77, og for kun spørsmål relatert til nattspisesyndrom: Alfa = .79. Videre ble det laget et gjennomsnittsskåre over disse fire spørsmålene for hver vignett. Resultatet ble fire sumskåre som kunne rangeres fra -3, ”svært problematisk”, til +3, ”fullstendig uproblematisk”. På denne måten ble de 4 svarene per vignett representert via én enkelt skåre for hver lidelse. Vi bruker dermed disse 4 sumskårene som avhengige variabler i videre analyser.

Prosedyre

Utfyllingstiden ble estimert til å være ca 5-10 minutter. Spørreskjemaene ble distribuert i løpet av pausen i forelesningen. Alle spørreskjemaene var fullstendig utfylt. Det ble delt ut et flaxlodd til hver deltaker etter endt deltakelse. I begynnelsen av hvert spørreskjema ble deltakerne gitt en instruksjon om at vignettene skulle vurderes ut fra ens egne holdninger og meninger rundt setningene. Alle deltakerne fikk beskjed om at deltakelsen var frivillig og anonym, og at de når som helst kunne velge å trekke seg fra studien.

Statistisk analyse

Alle statistiske analyser ble foretatt i SPSS versjon 21.0. Deskriptive analyser av variablene ble utført. En mixed-model ANOVA ble foretatt med de 4 nye summerte skårene (avhengige variablene) og de 3 uavhengige variablene (type lidelse, atferdsnavn i spørreskjemaet og bakgrunnsinformasjon i instruksjonene).

Et slikt design ga totalt 5 mulige utfall; 1) ingen manipulasjon har effekt; 2) metode 1 virker (lidelsesnavn vs generell term), men metode 2 (autorisasjon) virker ikke; 3) metode 1 virker ikke, men metode 2 virker; 4) begge metodene virker hver for seg; og 5) metodene virker, men kun kombinert. Utfall 2-4 representerer statistiske hovedeffekter, noe som betegner at minst en av metodene virker, kanskje begge. Utfall 5 er en statistisk interaksjonseffekt, og innebærer for eksempel av ingen av metodene virker alene, men når de kombineres på riktig måte, vil dette danne en effekt. Eksempelvis kan en effekt oppstå når deltakerne tror at atferdsmønstret *både* har et medisinsk navn og har blitt foreslått for inklusjon i DSM, men ikke ellers.

Resultater

Multivariat ANOVA

Det ble foretatt en mixed-model ANOVA med de fire nye gjennomsnittskårene for de fire lidelsene som avhengige variabler og de tre uavhengige variablene; 1) type lidelse som blir representert (ortoreksi vs emetofobi vs muskeldysmorfi vs nattspisesyndrom), 2) lidelsesnavn i spørreskjemaet (hvorvidt deltakerne fikk et klinisk navn på atferden eller en nummerert, generell benevnelse), og 3) bakgrunnsinformasjon i instruksjonene (kontrollgruppen vs foreslått inklusjon vs foreslått inklusjon uten støtte). Type lidelse er en innengruppefaktor, mens lidelsesnavn og bakgrunnsinformasjon er begge mellomgruppefaktorer.

Mellomgruppeeffekter

Variabelen "lidelsesnavn" representerer effekt av manipulasjonen av klinisk lidelsesnavn vs. en generell atferdsbeskrivelse for de fire lidelsene. Resultatene fra analysen viste at det ikke forelå noen effekt av denne manipulasjonen: $F = .001, p = .986$.

Variabelen "bakgrunnsinformasjon" representerer effekt av manipulasjonen av hvorvidt deltakerne fikk vite at de aktuelle lidelsene var foreslått for inklusjon i DSM-V, om lidelsene var foreslått for inklusjon, men ikke fått støtte for dette, eller om de ikke fikk noe informasjon om dette. Her ser vi en signifikant effekt: $F(2, 79) = 3.169, p = .047$.

Variabelen "interaksjonseffekt" viser effekten av interaksjonen mellom lidelsesnavn og bakgrunnsinformasjon, da denne tester hvorvidt de to variablene ovenfor har en annen effekt i ulike kombinasjoner. Vi fant ingen signifikant effekt: $F = .972, p = .383$. Se Tabell 2 for fullstendige resultater.

Tabell 2

Test av mellomgruppeeffekter.

Variabel	df	Mean square	F	p
Lidelsesnavn	1	.001	.001	.986
Bakgrunnsinformasjon	2	8.704	3.169	.047
Interaksjonseffekt	2	2.670	.972	.383
Error	79	2.747		

Merk: $N = 86$.

For å kartlegge hvorvidt denne effekten av bakgrunnsinformasjon ikke var forårsaket av at effekten går den motsatte retningen av det som ble predikert, måtte vi se nærmere på gjennomsnittene av vurderingene over alle lidelsene. Kontrollgruppen fikk ingen informasjon, og deres vurdering brukes dermed som baseline. I kontrollgruppen vurderer deltakerne atferdsmønstrene som mildt problematiske, med en gjennomsnittsvurdering på $-.877$. Sammenliknet med baseline, gitt informasjonen om at vignettene representerer lidelser som har blitt foreslått for inklusjon i DSM-V, viser det seg at deltakerne angir samme atferd som mer problematisk og vurderingene senkes til et gjennomsnitt på -1.340 . Når deltakerne imidlertid får mer informasjon om at vignettene representerer lidelser som er foreslått for inklusjon, men ikke støttet i forskningsmiljøet, blir vurderingene blir høyere, vist med et gjennomsnitt på $-.848$. Se Tabell 3 for fullstendige resultater.

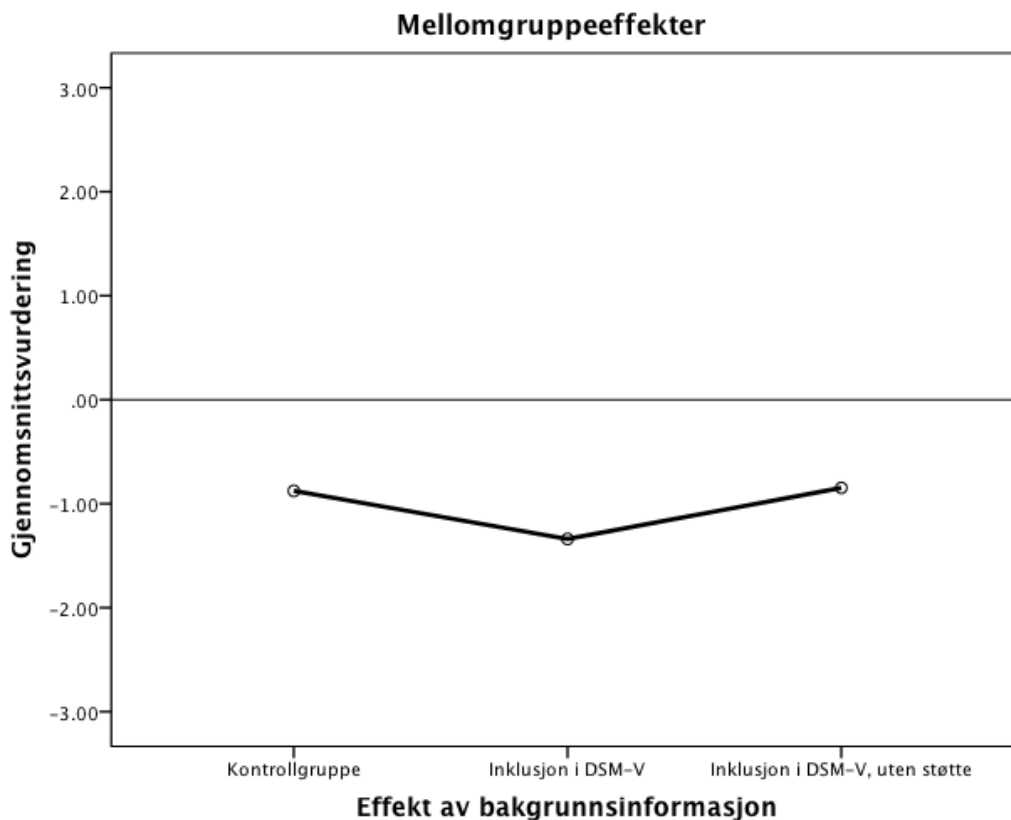
Tabell 3

Gjennomsnitt og standardfeil for lidelsene i de tre ulike eksperimentelle gruppene.

Eksperimentell betingelse (bakgrunnsinformasjon)	<i>M</i>	<i>SE</i>
Kontrollgruppe	$-.877$	$.154$
DSM-V	-1.340	$.154$
DSM-V, uten støtte	$-.848$	$.160$

Merk: Svarskala fra -3 , ”svært problematisk”, til $+3$, ”fullstendig uproblematisk”.

Dette mønsteret av gjennomsnitt er nøyaktig det som ble predikert og det er signifikant. Figur 4 viser en grafisk fremstilling av effekten av bakgrunnsinformasjon for deltakernes vurdering av alvorlighetsgrad.



Figur 4. Grafisk fremstilling av deltakernes vurdering av hvor problematisk de fire atferdsmønstrene ble evaluert som, som følge av endret bakgrunnsinformasjon. Svarskala fra -3, ”svært problematisk”, til +3, ”fullstendig uproblematisk”.

I tillegg til mønstrene på tvers av alle de tre betingelsene samtidig kan man også sammenlikne betingelsene parvis. På denne måten kan vi se hvordan de tre ulike eksperimentelle gruppene responderte sammenliknet med hverandre ut i fra hvilken bakgrunnsinformasjon de mottok og om dette var signifikant forskjellig. Resultatene av de parvise sammenlikningene er vist i Tabell 4.

Tabell 4

Parvise sammenlikninger på tvers av de eksperimentelle betingelsene.

Eksperimentell betingelse I	Eksperimentell betingelse II	Forskjell i gjennomsnitt	SE	<i>p</i>
Kontrollgruppe	DSM-V	.463*	.218	.037
	DSM-V, uten støtte	-.029	.222	.896
DSM-V	Kontrollgruppe	-.463*	.218	.037
	DSM-V, uten støtte	-.492*	.222	.029
DSM-V, uten støtte	Kontrollgruppe	.029	.222	.896
	DSM-V	.492*	.222	.029

Merk: $p < 0.05$ *.

Tabell 4 viser altså at lidelsene får en signifikant mer problematisk vurdering i betingelsen der deltakerne har fått informasjon om forslag om inklusjon i DSM-V enn i betingelsen der deltakerne får beskjed om at dette forslaget ikke har fått bred støtte i forskningsmiljøet ($p = .029$). Videre ser vi at lidelsene får en signifikant mer problematisk vurdering i betingelsen der deltakerne har fått informasjon om forslag om inklusjon i DSM-V, enn i kontrollgruppen ($p = .037$). Det foreligger ingen signifikant forskjell i vurderingen av lidelsene mellom kontrollgruppen og gruppen der deltakerne fikk informasjon om inklusjon i DSM-V, men uten faglig støtte ($p = .896$).

Innengruppeeffekter

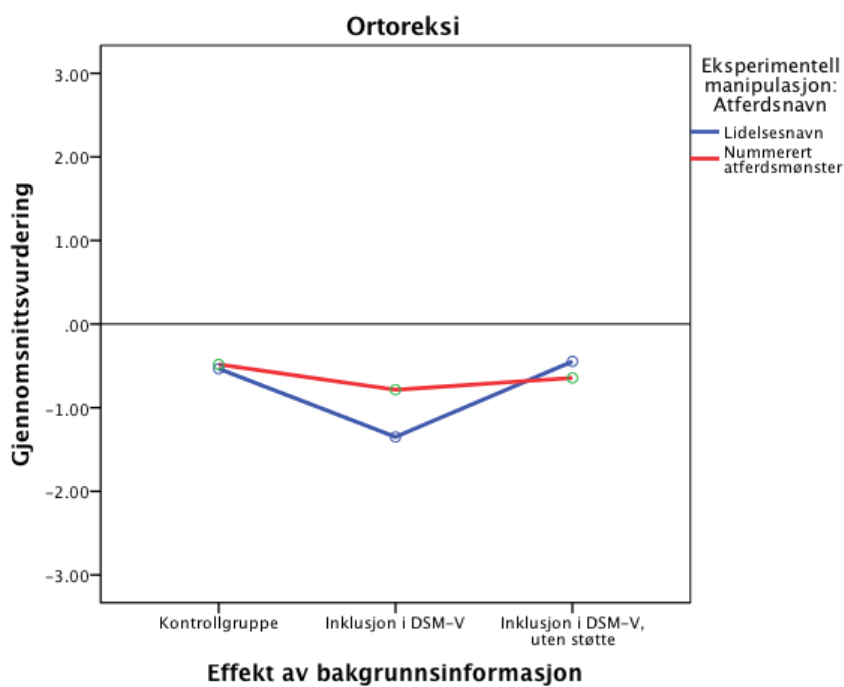
Analyser av innengruppeeffekter viser at hovedeffekten at de fire ulike atferdsmønstrene er signifikant, $F(3, 237) = 10.49$, $p = .001$. Dette forteller oss at de fire lidelsene har ulike gjennomsnitt uavhengig av de eksperimentelle manipulasjonene. Det innebærer at de fire lidelsene vurderes som alvorlige i ulik grad, der en eller flere av dem vurderes som verre enn de andre. Videre ser vi at interaksjonseffekten mellom lidelse og lidelsesnavn ikke er signifikant, det vil si at å legge til et lidelsesnavn eller en generell benevnelse ikke resulterte i forskjellige effekter for de ulike lidelsene. Resultatene viser også at bakgrunnsinformasjonens effekt var identisk for hver av lidelsene når vi så på disse hver for seg. Det ble imidlertid funnet en uforventet, men signifikant effekt av interaksjonen mellom atferdsmønster, lidelsesnavn og bakgrunnsinformasjon, $F(6, 237) = 2.85$, $p = .011$. Vi vil illustrere denne uforventede interaksjonen mellom de tre faktorene. Se Tabell 5 for fullstendige resultater.

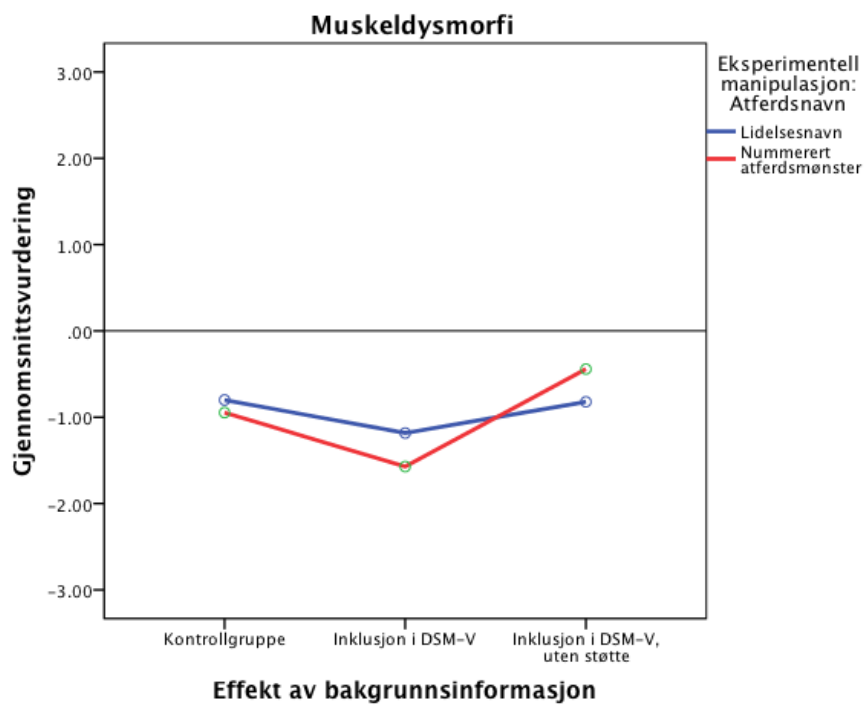
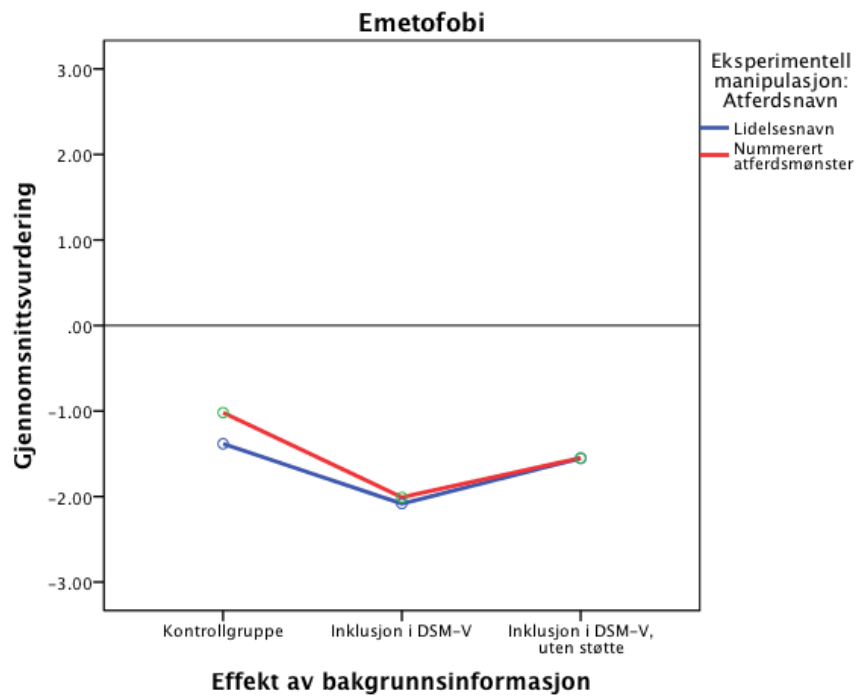
Tabell 5

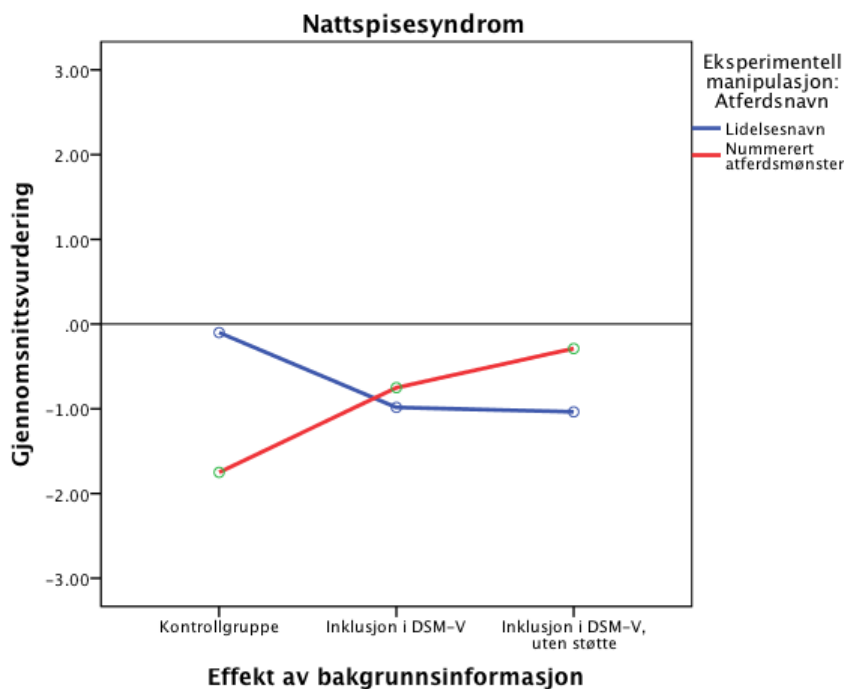
Test av innengruppeeffekter (sphericity assumed).

Variabel	df	Mean square	F	p
Lidelse	3	13.505	10.493	.001
Lidelse * Lidelsesnavn	3	.663	.515	.672
Lidelse * Bakgrunnsinfo	6	1.314	1.021	.412
Lidelse * Lidelsesnavn *	6	3.671	2.853	.011
Bakgrunnsinfo				
Error	237	1.287		

For å kunne tolke de overnevnte resultatene, spesifikt den uforventede interaksjonen mellom de tre faktorene, ser vi på gjennomsnittene til hver lidelse. Se Figur 5 for vurderingene av lidelsene hver for seg.







Figur 5. De tre eksperimentelle gruppenes vurderinger av hver enkelt lidelse. Svarskala fra -3, ”svært problematisk”, til +3, ”fullstendig uproblematisk”.

Hver av de tre første lidelsene har kurver som likner hovedeffekten i Figur 4. Den fjerde lidelsen, nattspisesyndrom, skiller seg imidlertid ut fra de tre andre lidelsene. Vi ser at når nattspisesyndrom har en generell benevnelse som overskrift fremfor lidelsesnavn vurderes den som mest alvorlig av kontrollgruppen og ikke av de to andre gruppene. Dette er til forskjell fra de andre lidelsene. For å undersøke hvordan vurderingene av nattspisesyndrom påvirket resultatene generelt, ble det foretatt en ny variansanalyse uten denne fjerde lidelsen.

Multivariat ANOVA med kun tre lidelser

Vi gjennomførte en ny variansanalyse uten nattspisesyndrom som følge av de foregående resultatene. Resultatene er omtrent slik som før, men blir sterkere i den forstand at manipulasjon omkring lidelsesnavn eller generell term fortsatt ikke er signifikant, bakgrunnsinformasjon er noe mer signifikant enn tidligere og det finnes fremdeles ingen signifikant interaksjon mellom disse variablene. Se Tabell 6 for fullstendige resultater.

Tabell 6

Test av mellomgruppeteffekter uten nattspisesyndrom.

Variabel	df	Mean square	F	p
Lidelsesnavn	1	.393	.160	.690
Bakgrunnsinformasjon	2	10.808	4.397	.015
Interaksjonseffekt	2	.004	.002	.998
Error	79	2.458		

Merk: $N = 86$.

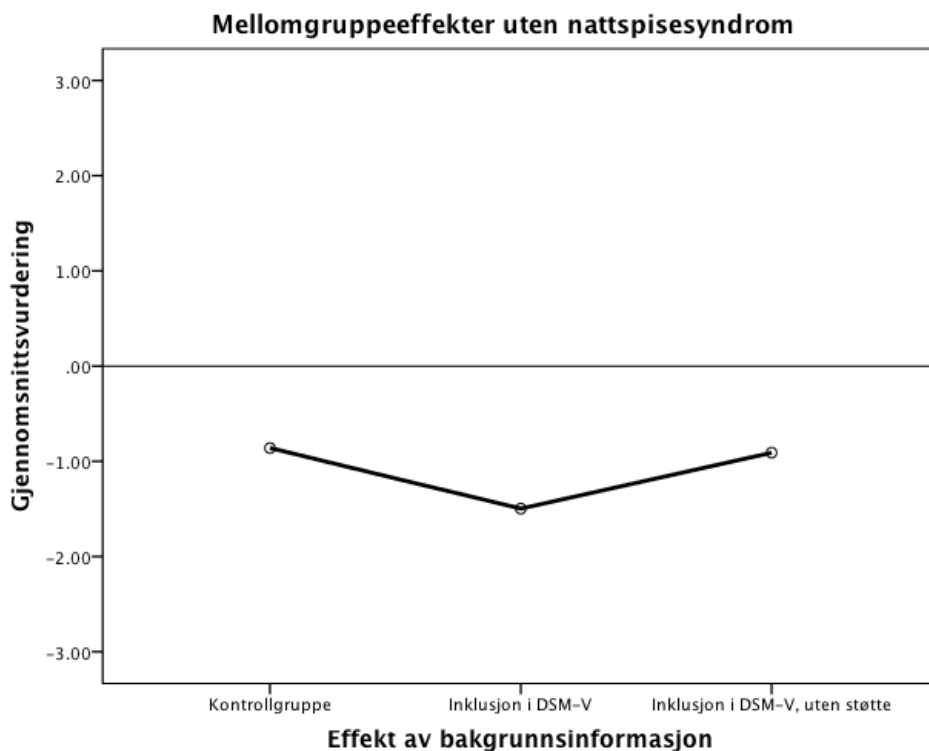
Resultatene fra ny analyse av innengruppeteffekter viser også at lidelsene fremdeles vurderes som mer eller mindre alvorlig i forhold til hverandre uavhengig av eksperimentelle manipulasjoner. Denne effekten var ikke relevant for våre hypoteser. Analysene viste igjen at interaksjonene mellom flere faktorer ikke var signifikant, se Tabell 7.

Tabell 7

Test av innengruppeteffekter uten nattspisesyndrom (sphericity assumed).

Variabel	df	Mean square	F	p
Lidelse	2	17.920	14.617	.001
Lidelse * Lidelsesnavn	2	.271	.221	.802
Lidelse * Bakgrunnsinfo	4	.655	.534	.711
Lidelse * Lidelsesnavn *	4	1.193	.973	.424
Bakgrunnsinfo				
Error	158	1.226		

Interaksjonen mellom lidelse, lidelsesnavn og bakgrunnsinformasjon som vi så i analysen av alle de fire lidelsene, finnes ikke lenger. Dette bekrefter antakelsen om at nattspisesyndrom, dog uforventet, får ulike responser fra deltakerne enn de tre andre lidelsene, men at de tre andre lidelsene får alle like responser fra deltakerne. Figur 6 viser den signifikante hovedeffekten av manipulasjonen av bakgrunnsinformasjon når vi kun ser på de tre lidelsene utenom nattspisesyndrom, og de nye gjennomsnittene er vist i Tabell 8.



Figur 6. Effekt av bakgrunnsinformasjon for alle gruppene, uten nattspisesyndrom. Svarskala fra -3, ”svært problematisk”, til +3, ”fullstendig uproblematisk”.

Tabell 8 viser oss at deltakerne i kontrollgruppen vurderer de tre lidelsene som mildt problematisk, $M = -0.861$, og dette blir da baseline. Sammenliknet med baseline viser resultatene at deltakerne som fikk beskjed om at lidelsene hadde blitt foreslått for inklusjon i DSM-V, vurderer lidelsene som mer problematiske, $M = -1.497$. Deltakerne som ble fortalt at lidelsene var blitt foreslått, men ikke støttet av forskningsmiljøet, vurderer lidelsene som mildt problematiske, $M = -0.909$.

Tabell 8

Gjennomsnitt og standardfeil for lidelsene uten nattspisesyndrom.

Eksperimentell betingelse (bakgrunnsinformasjon)	<i>M</i>	<i>SE</i>
Kontrollgruppe	-0.861	.168
DSM-V	-1.497	.168
DSM-V, uten støtte	-0.909	.174

Merk: Svarskala fra -3, ”svært problematisk”, til +3, ”fullstendig uproblematisk”.

Tabell 9 viser nye resultater fra parvise sammenlikninger uten nattspisesyndrom. Resultatene viser at det fortsatt er signifikant forskjell mellom kontrollgruppen og gruppen som fikk beskjed om at lidelsene var foreslått for inklusjon i DSM-V, $p = .009$. Videre viser tabellen at gruppen som fikk beskjed om at lidelsene var foreslått for inklusjon i DSM-V, men at dette ikke hadde mottatt støtte i forskningsmiljøet, vurderte atferden som mindre problematisk enn gruppen som kun hadde fått beskjed om inklusjonsforslag, $p = .018$, og de vurderer likt som kontrollgruppen. Vi ser også her at det ikke foreligger noen signifikant forskjell mellom kontrollgruppens vurdering, og vurderingen hos gruppen som fikk beskjed om at lidelsene var foreslått for inklusjon, men at dette ikke hadde mottatt støtte, $p = .841$.

Tabell 9

Parvise sammenlikninger på tvers av de eksperimentelle betingelsene uten nattspisesyndrom.

Eksperimentell betingelse I	Eksperimentell betingelse II	Forskjell i gjennomsnitt	Standardfeil	<i>p</i>
Kontrollgruppe	DSM-V	.637*	.238	.009
	DSM-V, uten støtte	.049	.242	.841
DSM-V	Kontrollgruppe	-.637*	.238	.009
	DSM-V, uten støtte	-.588*	.242	.018
DSM-V, uten støtte	Kontrollgruppe	-.049	.242	.841
	DSM-V	.588*	.242	.018

Merk: * $p < 0.05$.

Oppsummering

Resultatene viste at anvendelse av en medisinsk benevnelse, fremfor en nøytral benevnelse (eksempelvis ortoreksi i stedet for atferdsbeskrivelse), ikke hadde noen effekt på deltakernes vurdering av alvorlighetsgrad. Videre viste resultatene at informasjon omkring inklusjon i diagnosemanualen DSM-V hadde en målbar effekt. Dette fremkommer ved at deltakerne som hadde fått informasjon om at lidelsene hadde blitt foreslått for inklusjon i manualen vurderte lidelsene som mer problematiske enn kontrollgruppen gjorde. Disse vurderingene ble imidlertid redusert dersom deltakerne fikk ytterligere informasjon om at lidelsene var foreslått for inklusjon, men ikke støttet av forskningsmiljøet. Det ble dermed ikke etablert støtte for vår forskningshypotese relatert til lidelsesnavn, men vi fikk signifikante resultater på vår forskningshypotese omkring bakgrunnsinformasjon.

Generell diskusjon

For å undersøke diagnostisk beslutningstaking hos lekfolk ble det gjennomført et felteksperiment med studenter. Deltakerne ble presentert med fire ulike vignetter basert på lanserte diagnosekriterier ved foreslåtte spiseforstyrrelser. Vi ønsket å undersøke hvorvidt studentenes vurdering av atferden i vignettene ble påvirket av opplevd ekspertstøtte, jamfør prinsippene til modeller ved beslutningstaking. Dette ble gjennomført ved å manipulere overskriften til hver vignett, samt manipulering av bakgrunnsinformasjon relatert til foreslått inklusjon i diagnosemanual. Vi forventet at studentenes vurdering av atferden i vignettene ville være mest alvorlig dersom det forelå ekspertstøtte i favør av lidelsenes reelle eksistens. Videre forventet vi at atferden ville bli vurdert som minst alvorlig dersom det forelå ekspertstøtte som avskrev lidelsene som reelle. Vi vil nå redegjøre for våre funn og mulige forklaringer på disse.

Svar på forskningshypotesene

Vår første hypotese forventet at atferden i vignettene ville bli vurdert som mer problematisk dersom overskriften var et spesifikt lidelsesnavn fremfor en generell term. Vi fant at det ikke forelå noen signifikant effekt mellom deltakernes vurdering av hvor problematisk atferden var uavhengig av om vignettene hadde et spesifikt lidelsesnavn eller om de hadde en nøytral benevnelse. Forskningshypotesen ble dermed ikke støttet.

Vår andre hypotese forventet at atferden i de kliniske vignettene ville bli vurdert som mer problematisk dersom tilstandene hadde blitt foreslått for inklusjon av fagfolk i en diagnosemanual fremfor ingen slik informasjon. Resultatene viste at bakgrunnsinformasjon relatert til inklusjon påvirket deltakernes vurdering. Atferden i vignettene ble vurdert som mer problematisk av deltakerne som fikk informasjon om inklusjon enn av kontrollgruppen. Forskningshypotesen ble dermed støttet.

Den tredje forskningshypotesen forventet at atferden i vignettene ville bli vurdert som mindre problematiske dersom tilstandene hadde blitt foreslått for inklusjon i diagnosemanualen uten å ha mottatt støtte, fremfor kun informasjon om inklusjon. Resultatene våre viste at når deltakerne fikk slik informasjon vurderte de atferden omtrent like problematisk som kontrollgruppen. Deltakerne vurderte også atferden som mindre alvorlig enn gruppen som kun ble fortalt at atferden hadde blitt foreslått for inklusjon. Forskningshypotesen ble dermed støttet.

Våre funn viser at ekspertstøtte operasjonalisert gjennom overskrift med et vitenskapelig navn fremfor en generell term ikke utgjør noen forskjell på deltakernes vurdering av mulig

problematisk atferd. Dette kan være et resultat av flere faktorer. For det første kan det tenkes at deltakerne ikke la merke til overskriftene hos vignettene i den grad det var forventet.

Overskriftene ble bevisst uthevet med fet skrift slik at deltakerne skulle legge merke til disse, men det kan være at denne uthevingen ikke var tilstrekkelig. I fremtidige studier vil det derfor kunne være aktuelt å markere denne manipulasjonen tydeligere.

Videre ble det antatt at deltakerne ville bli påvirket av denne ekspertstøtten for å unngå og anvende sentral prosessering av informasjonen i beslutningen om alvorlighetsgrad. Det kan imidlertid være at en slik ekspertstøtte ikke hadde forventet effekt da deltakerne i studien faktisk anvendte sentral prosessering fremfor å bruke heuristikker som rettlede i beslutningstakingsprosessen. Vignettene som ble benyttet i studien var enkle å forstå, virkelighetsnære, interessante og oppmerksomhetsvekkende. Dette muliggjorde både tilstrekkelig med motivasjon og evne for systematisk prosessering. Dette kan ha resultert i at deltakerne leste vignettene grundig og at deres vurderinger av hvor problematisk atferden var ble påvirket av dette. På denne måten ble ekspertstøtten gitt i overskriften unødvendig ettersom deres vurderinger ble gjort på bakgrunn av innholdet i vignettene.

En annen forklaring på resultatene kan være at deltakerne allerede i instruksjonen ble påvirket av en heuristikk i beslutningstakingsprosessen, nemlig ekspertstøtten operasjonalisert gjennom bakgrunnsinformasjon. Deltakerne fikk allerede i instruksjonen informasjon om hvorvidt atferden hadde blitt foreslått for inklusjon i DSM-V eller om atferden hadde blitt foreslått for inklusjon i DSM-V, men ikke støttet og akseptert. Ettersom deltakerne allerede hadde mottatt denne informasjonen om ekspertstøtte eller mangel på dette kan behovet for ytterligere informasjon om ekspertstøtte i form av et vitenskapelig lidelsesnavn ha vært unødvendig. Som følge av dette påvirket derfor ikke overskriftene deltakernes vurderinger av alvorlighetsgrad.

Våre funn viser at signalisering av ekspertstøtte gjennom fagfolks vurdering av en foreslått lidelse som reell og verdig inklusjon i en diagnosemanual utgjør en signifikant forskjell på deltakernes vurderinger av atferden som problematisk. Deltakerne vurderte atferden i vignettene som mest alvorlig når det var gitt ekspertstøtte for at den beskrevne atferden representerte reelle, kliniske lidelser som bør anerkjennes i diagnosemanualen. En forklaring på dette kan være at deltakerne anvender ekspertheuristikken med antakelsen om at "eksperters uttalelser er valide" som rettlede hjelpemiddel i slike vurderinger.

En annen mulig forklaring kan være at deltakerne også her inngikk i mer grundig, sentral prosessering fremfor perifer prosessering kun avhengig av heuristikker. Det kan være at deltakerne ble motivert til slik informasjonsprosessering ut fra ønsket om å gjøre grundige og nøyaktige vurderinger omkring et interessant, lettfattat og spennende tema (Siebler & Nordtug, 2011). Vurderingene om alvorlighetsgrad av atferden i vignettene kan derfor ha fremkommet som resultat av deltakernes egne, individuelle vurderinger og ikke kun som et resultat av heuristisk påvirkning. Heuristic-systematic-modellen hevder også at både heuristisk og systematisk prosessering kan forekomme samtidig, og danne interagerende og additive effekter (Bohner & Wänke, 2002). Deltakernes egne grundige vurderinger kan dermed ha dannet en additiv effekt sammen med operasjonaliseringen av ekspertheuristikken.

Våre funn viser også at å gi bakgrunnsinformasjon der tilstandene har blitt foreslått inkludert i DSM-V uten at dette har mottatt støtte påvirker deltakernes vurderinger av atferden. Sammenliknet med kontrollgruppen som ikke fikk noen informasjon om mulig inklusjon i diagnosemanualen, fant vi som forventet en signifikant effekt av å gi informasjon om at atferden var foreslått for inklusjon. Deltakerne vurderte her atferden som mer problematisk. Når deltakerne derimot fikk informasjon om at lidelsene var foreslått for inklusjon, men ikke støttet av forskningsmiljøet var det antatt at denne ekstra informasjonen ville oppheve effekten av informasjon om inklusjon. Det ble antatt at informasjon om manglende støtte for inklusjon ville føre til resultater tilnærmet kontrollgruppens vurderinger, noe det ble funnet støtte for.

En forklaring på dette kan være, som nevnt ovenfor, at deltakerne faktisk anvendte ekspertheuristikken og baserte sine vurderinger på at det aktuelle forskningsmiljøet som helhet ikke hadde støttet inklusjonen av disse foreslåtte lidelsene i tilstrekkelig grad. Dette til tross for at noen eksperter hadde fremmet en slik inklusjon. Vurderingen av alvorlighetsgrad blir da redusert til kontrollgruppens vurderinger ettersom effekten av den første informasjonens troverdighet svekkes i lys av den påfølgende, motstridende informasjonen.

Funnene kan også forklares i tråd med heuristikken relatert til sosial konsensus og tanken om at ”majoriteten har som oftest rett”. Deltakerne påvirkes av informasjonen om at det er flere eksperter fra forskningsmiljøet som taler imot en inklusjon av lidelsene i DSM-V enn antall eksperter som taler for inklusjonen. Slik blir også deltakernes vurderinger føyet i samme retning som flertallet for å ikke skille seg ut og dette kan ha blitt forsterket ettersom flertallet også representeres av eksperter innenfor det aktuelle feltet.

På lik linje som ved de to foregående hypotesene kan det være at deltakernes vurderinger oppstod fra dypere og grundigere prosessering enn kun anvendelse av heuristikker. Deltakernes vurderinger omkring alvorlighet kan ha vært basert på deres egne standarder av hva som kvalifiserer for at en gitt atferd er problematisk eller ikke, for deretter å ha blitt forsterket av ekspertheuristikken. Dette kan dermed ha dannet en additiv effekt, jamfør heuristic-systematic modellen (Bohner & Wänke, 2002). Dette kan forklare hvorfor deltakernes vurderinger av atferden som mer problematisk forekom i betingelsene med ekspertstøtte, enn ved de samme vignettene uten slik ekspertstøtte.

En annen forklaring på resultatene kan tilskrives heuristic-systematic modellens hypotese om feilaktig prosessering (biased processing hypothesis), som omtalt av Bohner og Wänke (2002). I følge denne hypotesen kan deltakerne ha foretatt en rask vurdering på bakgrunn av hvorvidt en tilstand hadde fått ekspertstøtte eller ikke. Dette kan ha skapt en tidlig forskjell i vurderingene, og derav ført til at den senere, grundigere prosesseringen ikke var nøytral eller balansert. Den grundigere prosesseringen ble dermed feilaktig (biased) ettersom deltakerne allerede hadde foretatt en vurdering i forkant av prosesseringen. Deretter kan den grundigere prosesseringen ha forsterket den tidlige vurderingen igjen og slik gjort forskjellen større.

I den aktuelle studien har vi demonstrert to ting; 1) hvordan man kan produsere en effekt av ekspertstøtte ved å informere om at eksperter har foreslått støtte for noe, og 2) hvordan man kan fjerne denne effekten ved å informere om at andre eksperter ikke gir slik støtte. Dette kan tenkes å ha implikasjoner i det daglige liv relatert til anvendelse av ekspertterminologien i media.

Uforventede resultater omkring nattspisesyndrom

Våre resultater viste noe uforventet at nattspisesyndrom ble vurdert betydelig forskjellig fra de tre andre foreslåtte lidelsene. Når nattspisesyndrom hadde en generell benevnelse som overskrift fremfor lidelsesnavn ble den vurdert som mest alvorlig av kontrollgruppen fremfor de to andre eksperimentgruppene. Her forelå det en stor forskjell relatert til overskrift som ikke var tilfellet for de andre tre vignettene. Videre ble lidelsen vurdert som mer alvorlig hos gruppen som hadde fått informasjon om inklusjon uten støtte når vignetten hadde et spesifikt navn som overskrift fremfor generell term.

Vi har ingen forklaring på dette uforventede resultatet. Imidlertid ser vi at vignetten om nattspisesyndrom var forskjellig fra de andre tre vignettene på to områder. For det første er det vitenskapelige navnet "nattspisesyndrom" mer hverdagslig og forståelig enn de andre tre

navnene. Navnet er mer selvforklarende i tillegg til at det inneholder ordet ”syndrom”. For det andre ble vignetten alltid presentert sist i spørreskjemaet. Det ble i forkant av studien ikke vurdert som nødvendig å reversere halvparten av spørreskjemaene som følge av deres korte omfang. Selv om ingen av disse to forskjellene i seg selv gir en god forklaring på resultatene foreslår vi fremdeles at fremtidig forskning kan gjøre endringer relatert til disse. Vi foreslår at videre forskning på området enten anvender et mer komplisert navn for nattspisesyndrom eller en annen lidelse som allerede har et mer komplisert navn for å motvirke en eventuell effekt av dette. Videre foreslår vi at fremtidig forskning bør variere rekkefølgen på vignettene for å avskrive eventuelle tretthetsfaktorer.

Ekspert påvirker lekfolks beslutninger

Undersøkelsen vår illustrerer dermed hvordan lekfolks beslutninger omkring psykiske lidelser kan påvirkes gjennom utsagn fra eksperter. Begrepet ekspertise er vidt og rommer ikke bare sakkyndige personer med faglig kunnskap på et område, men brukes også i økende grad relatert til erfaringsbasert kunnskap (Kirkebø, 2013). Slik kan stadig flere innta en ekspertrolle. Samtidig anvendes også begrepet oftere og mer ukritisk enn tidligere. Ettersom mennesker drives av et ønske om være konforme av natur og motiveres av å ha like holdninger og tanker som fagfolk og personer rundt oss blir ordet ekspert et sterkt virkemiddel. Kirkebø (2013) hevder at bare bruken av ordet ”ekspert” i seg selv er tilstrekkelig for å fenge de fleste av oss uansett hva dette er relatert til. Beslutninger omkring psykisk helse påvirkes av heuristikker som ”eksperters meninger er oftest rett og jevnlig fremvist i media” og fra normene i den gitte kulturen.

Den aktuelle studien illustrerer ekspertenes innflytelse på beslutninger lekfolk gjør omkring psykiske lidelser i hverdagen. Manipulasjoner av kilde og hva denne kilden uttrykker påvirket hva deltakerne vurderte. Dette kan forklares ut fra teorier om beslutningstaking som hevder at personer inngår heuristisk eller perifer informasjonsprosessering dersom de ikke har tilstrekkelig med tid og ressurser til å gå grundigere til verks. Både motivasjon til å anvende kognisjon omkring et gitt tema og evne til å faktisk kunne anvende dette kreves for sentral prosessering (Bohner & Wänke, 2002). Mennesker i dagens samfunn bruker mye tid på medier som internett, eksempelvis med å lese nettaviser og magasiner, hvor det stadig oppdateres med ny informasjon innen et gitt tema. Det gjør det krevende å skulle anvende ressurser til kritisk tenkning omkring all denne informasjonen og vi tar derfor mentale snarveier ved bruk av heuristikker for å navigere i informasjonsstrømmen på en effektiv måte.

Forskning har vist hvordan man kan påvirke beslutningstaking og holdninger bevisst, blant annet ved manipulasjon av ulike faktorer som påvirker informasjonprosessering (Petty, Cacioppo & Goldman, 1981; Siebler & Nordtug, 2011). Like effekter kan imidlertid også oppstå tilfeldig og utilsiktet, eksempelvis når individer leser informasjon via medier som innehar sterke kontekstuelle virkemidler. Eksempler på dette kan være kjendiser eller andre personer med autoritet som har uttalt seg om noe, faktorer som vekker negative emosjoner, eller informasjon som påvirker individet personlig.

Media påvirker lekfolks beslutninger

Det er et stort fokus på psykisk helse i media og informasjon om dette er i dag svært tilgjengelig for folk flest (Frich & Fugelli, 2006). Populærvitenskapelig informasjon finnes på internett og er således raskt å få tak i via søkemotorer og noen få søkeord (Vandereycken, 2011). Likevel kan sider som dukker opp være svært forenklet, ukritisk og støttet av eksperter med uklart faglig bakgrunn og ekspertise. Kvalitetssikringen blir dermed uklart. Eksempelvis kan man forestille seg hvordan lekfolk på enkelt vis kan gå inn på en generell søkemotor på internett og skrive inn noen vage symptomer som de har oppdaget hos seg selv eller andre. Dette resulterer videre i nettsider eller populærvitenskapelige artikler som kan bekrefte disse symptomene som del av en reell, klinisk tilstand. Tilstandene har gjerne et vitenskapelig navn til tross for at disse ikke nødvendigvis er allment akseptert i fagmiljøet. Tilstanden er også gjerne understøttet med mange ulike artikler om lidelsen, samt spørreskjemaer og kartleggingsverktøy for å screene en selv for symptomer relatert til lidelsen. Det nevnes ikke nødvendigvis at diagnosemanualene ennå ikke har godkjent tilstanden som en egen lidelse.

Seriøs og vitenskapelig forskning er vanskeligere å få tilgang til. Eksempelvis er ikke artikler fra tidsskrifter er tilgjengelig uten betaling for lekfolk eller det kreves at man oppsøker et universitetsbibliotek for å gjøre litteratursøk. Faglig informasjon kan også være vanskeligere å forstå. Dette skyldes at lekfolk strengt tatt ikke har den formelle utdannelsen som kreves for å lese, forstå og korrekt evaluere en tekst som skrives for fagfolk i klinisk psykologi, eksempelvis diagnosemanualer eller vitenskapelige artikler (Martin, Carlson & Buskist, 2007). I tillegg til manglende mulighet til å finne korrekt vitenskapelig informasjon vil lekfolk i mindre grad enn fagfolk motiveres for grundig evaluering av informasjonen. Resultatet av dette blir at lekfolk har større tilgang på populærvitenskapelig informasjon enn faglig informasjon, og mindre mulighet til å vurdere informasjonen kritisk. Da kan konsekvenser som økt selvdiagnostisering på usikkert

og ofte feilaktig grunnlag oppstå. Svært mange får informasjon om psykisk helse fra nære venner eller familie som selv har hatt psykiske vansker, eller fra media (Martin et al., 2007).

Kulturendringer påvirker lekfolks beslutninger

Endringer i hva som oppfattes som normalt eller abnormt i en gitt kultur påvirkes av endringer av kulturens normer (Helman, 2007; Nolen-Hoeksema, 2011). Dette har, som illustrert tidligere, endret seg betraktelig gjennom historien. Et eksempel på en endring som har påvirket vurderinger omkring atferd er matens betydning i vårt samfunn. Spesielt de siste tiårene har det forekommet store forandringer i disse normene og ulike holdninger om hva som er riktig og uriktig spiseatferd har blitt mer fremtredende. Middelthun (2009) hevder blant annet at mat i dag innehar flere funksjoner enn det rent overlevelsesmessige. Eksempelvis brukes mat som et kommunikasjonssystem og viser blant annet om en person er opptatt av matglede og livsnyttelse eller om man er opptatt av god helse.

De senere årene har det også blitt et stadig økende fokus på mat som bærer av næringsstoffer, vitaminer og mineraler (Middelthun, 2009). Såkalt funksjonell mat er mat som er modifisert ved at noe er lagt til eller fjernet i helsens, vitenskapens og matvareindustriens navn. Hensikten med dette er å imøtekomme kroppens behov og våre krav til god helse. I media og mye av helseopplysningen blir det også stadig mer fokus på at bestemte matvarer eller ingredienser er kausalt forbundet med helse eller sykdom (Middelthun, 2009). Eksempelvis oppfordres man til å spise blåbær da dette inneholder høye mengder med antioksidanter som skal hemme aldringsprosessen i kroppen, og at man skal drikke et glass rødvin daglig for å forebygge mot kreft. Dette viser en generell tendens der maten ikke lenger kun holder oss i live, men også påvirker helse og livet ellers.

Mat og spising kan også ses på som en sosial prosess (Skårderud, 2000). Mat anvendes som et middel for å skape sosiale sammenkomster, blant annet at man inviterer på middagsbesøk, serverer noe ved uventet besøk og oftere møtes ute til lunsj eller kaffe. De siste tiårene har kulturen også endret seg fra fokus på familiens fellesmåltider til fokus på individuell spising. Eksempler på slik spising er spesialkost, egne dietter eller snacking. Skårderud (2000) hevder at fellesmåltidet som et sosialt fenomen trues av private relasjoner mellom individet og maten. Istedenfor regulerte måltider er det nå vanlig med flere mindre måltider om dagen og normene for regelmessige måltider er blitt mer grenseløse. Det er ikke lenger uvanlig å spise til alle døgnets

tider ettersom matmønsteret har endret seg og tilpasses en travlere hverdag (Skårderud, 2000). Dette fører videre til at inntaket av næringsstoffer dermed blir mer varierende og uoversiktlig.

Som en konsekvens av at vår kulturs syn på mat og spising har endret seg i betydelig grad har individet blitt mer sårbart for uriktige antakelser omkring spiseatferd. Eksempelvis kan noen spise riktig og balansert, men som en følge av oppslag i media og informasjon på internett kan de likevel anta at de ikke får i seg nok av viktige næringsstoffer, vitaminer og mineraler. Andre kan derimot spise mindre riktig, ensidig og ubalansert, men ettersom de spiser alene som følge av endrede normer i kulturen har de lite sammenlikningsgrunnlag eller de opplever det ikke som problematisk. Videre kan man være klar over at man spiser annerledes enn andre rundt seg, men man er overbevist om at ens måte å spise på er korrekt som følge av innflytelse fra media. Individet blir til stadighet bombardert av varierende informasjon omkring mat og spising og må skille mellom hva som er riktig og hva som er feil. Rask og enkel tilgang på populærvitenskapelig informasjon omkring korrekt og feilaktig spiseatferd via aviser, magasiner, sosiale medier og internett kan dermed skape og opprettholde slike feilaktige holdninger til mat og spiseatferd. Dette kan deretter føre til at individet blir mer tilbøyelig til å skape nye holdninger omkring ens egen og andres relasjon til mat og spising. Fokuset blir i stadig større grad rettet mot skillet mellom hva som er riktig og uriktig, normalt og abnormalt, og i ytterste grad friskt og sykt.

Konklusjon

Diskusjonen om hvor skillet går mellom normalt og abnormalt, friskt og sykt, kan som nevnt spores tilbake til antikkens dager. Likevel er temaet stadig dagsaktuelt og kan ha store implikasjoner for de som kategoriseres som abnormale eller syke. Tidligere var dette en debatt fagfolk deltok i og lekfolk hadde begrenset innsyn i dette. Med dagens informasjonsstrøm, bruk av ekspertterminologien og påvirkning gjennom medier og kultur har derimot lekfolk fått økt tilgang til vitenskapelig kunnskap relatert til sykdom og diagnoser. Veien er kort til en diagnose for de som skiller seg ut eller de som trenger hjelp for noe som tidligere ikke ble ansett for å være problematisk da fremveksten av nye diagnoser øker med hver revidering av diagnosemanualene. En økende kjennskap til slik informasjon, spesielt gjennom medier som aviser og internett gjør risikoen for selvdagnostisering på feilaktig grunnlag og i ytterste grad sykeliggjøring av en selv og samfunnet rundt aktuell. Lekfolks forestillinger om psykisk helse er derfor viktig ettersom disse påvirker hvorvidt fagfolk oppsøkes og involveres.

Det er viktig at fremtidig forskning belyser dette temaet grundigere, med fokus på hva som kan gjøres for å forhindre denne utviklingen ytterligere. Fokus på folkeopplysning om psykisk helse og kritisk tenkning hos lekfolk, samt bevisstgjøring omkring hvilke faktorer som påvirker ens egne beslutninger omkring friskt og sykt, tenkes å være essensielt.

Referanser

- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P., (...), & Stunkard, A. J. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 241–247.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bäärnhielm, S. (2013). DSM-5 lägger fokus på kultur och kontext, Intervjuverktyg anpassar psykiatrin till det mångkulturella samhället. *Läkartidningen*, 43, 1916-1917.
- Bäärnhielm, S., Rosso, M. S., & Patti, L. (2010). *Kultur, kontekst og psykopatologi, Manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra DSM-IV*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- BBC News. (1999, 20. april). *Night bingeing recognized as a disorder*. Hentet 17.01.14, fra <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/324054.stm>
- Bohner, G., & Wänke, M. (2002). *Attitudes and attitude change*. Hove: Psychology Press.
- Boschen, M. J. (2007). Reconceptualizing emetophobia: A cognitive-behavioral formulation and research agenda. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 407–419.
- Bratland-Sanda, S. (2013). *Spiseforstyrrelser i treningssenterbransjen – en veileder fra ROS og Virke Trening*. Hentet 10.01.14, fra <http://www.virke.no/bransjer/Documents/Spiseforstyrrelser%20i%20treningssenterbransjen%20%20En%20veileder%20fra%20ROS%20og%20Virke%20Trening.pdf>
- Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, 8, 42–50.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55-60.
- Cassell, E. J. (1976). Illness and disease. *Hastings Center Report*, 6, 27-37.
- Charland, L. C. (2004). A madness for identity: Psychiatric labels, consumer autonomy, and the perils of the internet. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 11, 335-349.
- Dagens Medisin (2008). *Gutter med farlig kroppsideal*. Hentet 17.01.14, fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/gutter-med-farlig-kroppsideal/>
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia

- nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10, 28–32.
- Ekeland, T.-J. (2003). Ein diagnose av psykiatridiagnoser. *Impuls*, 1, 56-64.
- Ekeland, T.-J. (2006). Biologi som ideologi. *Vardøger*, 30, 65-85.
- Ekeland, T.-J. (2010). Medikalisering – epistemologiske forutsetninger, i A. Kolstad & A. Kogstad (red) *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser*. Haugesund: Alpha Forlag.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Erfaringskompetanse.no 2011:1.
- Frich, J. C., & Fugelli, P. (2006). Forestillinger om sykdom – forventninger til helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1, 45-48.
- Haavik, J. (2012). Hva er en diagnose? *Innsikt*, 3.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness*, 5.edt. London: Hodder Arnold.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kirkebø, E. (2013). *Ekspertalarm - Dette må du vite om helsefellene*. Masteroppgave ved universitetet i Bergen. Hentet fra BORA.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I., & Årslund, D. (2012). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martin, G. N., Carlson, N. R., & Buskist, W. (2007). *Psychology, third edition*. London: Pearson education limited.
- Middelthon, A.-L. (2009). Når mat blir medisin – om mat og grenseoverskridelse. *Michael*, 6, 437-444.
- Nieuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2012) Muscle dysmorphia: current research and potential classification as a disorder. *Psychology of Sport and Exercise*, vol. 13, 569-577.
- Nolen-Hoeksema, S. (2011). *Abnormal psychology*, 5. edt. New York: McGraw-Hill.
- Petty, R. E., Cacioppo, J. T., & Goldman, R. (1981). Personal involvement as a determinant of argument-based persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 847-855.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia:

- An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548–557.
- Psychology Today. (2004, 1. september). *Orthorexia: Too healthy?* Hentet 17.01.14, fra <http://www.psychologytoday.com/articles/200412/orthorexia-too-healthy>
- Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16, 127-130.
- Senter for spiseforstyrrelser. (u.å.). *Spiseforstyrrelser*. Hentet 17.01.14, fra <http://www.senterforspiseforstyrrelser.no/default.aspx?id=5>
- Side2. (2008, 11. november). *Den nye spiseforstyrrelsen*. Hentet 17.01.14, fra <http://www.side2.no/helse/article2383123.ece>
- Siebler, F., & Nordtug, H. (2011). Holdningsendring, i Svartdal, F. (red) *Psykologi i praksis*, 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk – svak, håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stunkard, A. J., Grace, W. J., & Wolff, H.G. (1955). The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *The American Journal of Medicine*, 19, 78-86.
- Swaminath, G. (2008). Internet addiction disorder: Fact or fad? Nosing into nosology. *Indian Journal of Psychiatry*, 50, 158-160.
- TV2. (2013, 1. februar). *Ødela kroppen med for sunt kosthold*. Hentet 17.01.14, fra <http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/oedela-kroppen-med-for-sunt-kosthold-3976195.html#.UtlCZaUhbZs>
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- van der Berg, P., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Haines, J. (2007). Is dieting advice from magazines helpful or harmful? Five-year associations with weight-control behaviors and psychological outcomes in adolescents. *Pediatrics*, 119, 30-37.
- van Overveld, M., de Jong, P. J., Peters, M. L., van Hout, W., & Bouman, T. K. (2008). An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 524–531.

Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 19, 145-155.

Verdens helseorganisasjon. (1948). *Definisjon av helse*. Hentet 20.01.14, fra <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

Verdens helseorganisasjon. (1992). ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Appendix A

Foreslåtte diagnosekriterier for ortoreksi, nattspisesyndrom, emetofobi og muskeldysmorfi

Ortoreksi (Bratman, 1997; Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2005; Ramacciotti et al., 2010; Vandereycken, 2011; Brytek-Matera, 2012)

1. Har en sterk opptatthet av ”å spise sunt” som manifesterer seg i unngåelsen av all mat eller ingredienser som vurderes å være usunne, eksempelvis mat som inneholder tilsetningsstoffer.
2. En uvanlig bekymring omkring egen helse.
3. Signifikant distress eller svekkelse i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder.
4. Som følge av selektiv spising kan feilernæring og vekttap forekomme.
5. Symptomene skyldes ikke andre mentale lidelser (hypokondri eller anoreksia nervosa).

Nattspisesyndrom (Allison et al., 2010; Stunkard, Grace & Wolff, 1955; Vandereycken, 2011)

1. Alle tre kriterier må være til stede; a) manglende appetitt ved frokosttid og ingen matinntak, b) overspising på kveldstid der minst 50 % av dagens totale kaloriinntak forekommer etter kveldsmat, og c) søvnforstyrrelser (insomnia, vansker med å sovne eller hyppige oppvåkninger).
2. Symptomene ovenfor må ha vært til stede i en tidsperiode på minst 3 måneder.
3. Symptomene kan ikke forklares med anoreksia nervosa, bulimia nervosa eller overspisingslidelse (binge eating disorder).

Emetofobi (Boschen, 2007; van Overveld, de Jong, Peters, van Hout, W & Bouman, 2008; Vandereycken, 2011)

1. En intens, irrasjonell frykt for å kaste opp som manifesterer seg i minst ett av de følgende punkter; a) frykt for å kaste opp offentlig, b) en frykt for å se eller lukte oppkast, c) en frykt for å bevitne at andre kaster opp, d) en frykt for å bli kvalm.
2. Unngåelse av ulike situasjoner relatert til den overnevnte frykten.
3. Signifikant stress eller hemming i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder.

4. Frykten skyldes ikke andre mentale lidelser som forvirring eller angstlidelser (eksempelvis panikkelidelse eller sosial fobi).

Muskeldysmorfi (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997; Vandereycken, 2011; Nieuwoudt, Zhou, Coutts & Booker, 2012)

1. Opptatthet av tanken på at ens kropp ikke er tilstrekkelig slank og muskuløs.
Karakteristisk assosiert atferd inkluderer timesvis med vektløfting og overdrevent fokus på diett.
2. Opptattheten er manifestert ved minst to av de følgende fire kriteriene; a) Individet vil ofte velge bort sosiale, yrkesmessige eller fritidsaktiviteter på grunn av et sterkt behov for å opprettholde hans/hennes treningsregime og diettplan; b) Individet vil unngå situasjoner der hans/hennes kropp er eksponert for andre, eller utholder slike situasjoner kun med markert stress eller intens angst; c) Opptattheten omkring utilstrekkelig kroppsstørrelse eller muskulatur fører til klinisk signifikant stress eller svekkelse i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder; d) Individet fortsetter å trene, gå på diett eller anvende ergogene (ytelsesfremmende) stoffer til tross for kunnskap om negative fysiske eller psykologiske konsekvenser av dette.
3. Det primære fokuset er en opptatthet og atferd rettet mot å være for liten eller utilstrekkelig muskuløs, til motsetning fra en frykt for å være for stor eller fet som ved anoreksia nervosa, eller en primær opptatthet rettet mot andre aspekter ved fremtoningen som ved kroppsdysmorfisk lidelse (BDD).

Appendix B

Spørreskjema anvendt i pilotstudien

Halvparten av spørreskjemaene som ble anvendt i pilotstudien var reversert i eksakt samme rekkefølge. I Appendix B illustreres kun spørreskjemaet som ikke var reversert.

Når det kommer til personers matvalg og livsstil, vil oppfatninger om hva som er "normalt" ofte være varierende. Der en person ser en ufarlig personlig preferanse, vil en annen person kunne se varselstegn på et mulig psykologisk problem. I denne studien er vi interessert i studenters syn på ulike holdninger, antakelser og atferdsmønstre som er relatert til spising og fritid. For hver setning, anta at preferanse eller atferd er selvvalgt og dermed ikke skyldes jobberelaterte eller medisinske grunner. Det finnes ingen rette eller gale svar, vi er kun interessert i dine meninger. For hver av setningene nedenfor, angi i hvilken grad du tenker atferden er uproblematisk (en harmløs personlig preferanse) eller problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse). Først må du fylle ut litt informasjon om deg selv.

Hvor gammel er du? _____ år

Kjønn kvinne mann

Er norsk morsmålet ditt? nei ja

Er du student? nei ja

Hvis du er student: Er du psykologistudent? nei ja

1) Bekymring over av at ens kropp ikke er muskuløs nok

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

2) Bruker mer enn 3 timer hver dag på å tenke på sunn mat

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

3) Unngår fornøylesparker av frykt for å se andre kaste opp

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

4) Hopper av og til over frokosten

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

5) Bruker en del timer på treningsstudio og følger dietter for å bli slank og muskuløs nok

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

6) Planlegger dagens meny mer enn 24 timer i forkant

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

7) Går ikke på offentlig toalett fordi man kan bli kvalm av lukten

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

8) Står noen ganger opp og spiser om natta fordi man våkner og er sulten

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

9) Sosiale eller fritidsrettede aktiviteter velges bort noen ganger for å kunne gå på trening eller følge en diett

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

10) Oppnår mer glede av tanken på å spise "riktig" fremfor hva man spiser

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

11) Spiser av og til ikke mat på restaurant fordi man aldri kan vite hvor renslig det er der

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

12) Tenker ofte mer på mat om kvelden enn resten av dagen

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

13) Ønske om å unngå situasjoner der personen må vise frem kroppen for andre (eksempelvis i svømmehallen)

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

14) Er noe rigid og selvkritisk omkring egne spisevaner

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

15) Unngår barn som kan komme til å kaste opp

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

16) Hvis man våkner om natten, så får man ikke sove igjen før man har spist

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

17) Kler noen ganger på seg mer klær enn nødvendig for å slippe og vise frem kroppen for andre

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

18) Baserer en del av egen selvfølelse på å spise sunn mat, og ser noe ned på andre som ikke gjør dette

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

19) Velger av og til andre fremkomstmidler enn båt fordi man kan bli sjøsyk

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

20) Kjenner seg ofte mer sulten sent på kvelden enn f-eks rundt lunsjtider

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

21) Trener og går på diett til tross for kunnskap om eventuelle negative konsekvenser av dette

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

22) Unngår å spise mat som man tidligere likte for å spise "riktig" mat

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

23) Spiser heller for lite enn for mye mat av frykt for å kunne bli kvalm

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

24) Står av og til opp om natten selv om det ikke er grunnet dobesøk

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

25) Bruker så mye tid på trening og diett at det noen ganger går utover jobben

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

26) Spiser heller egen mat hjemme fremfor å spise ute, fordi man ikke vet hvilke ingredienser som er brukt

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

27) Drikker sjeldent alkohol i frykt for å kunne bli dårlig

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

28) Blir ofte i dårligere humør på kveldstid enn ellers på dagen

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

29) Bruker noen ganger ytelsesfremmende midler til tross for kunnskap om eventuelle negative konsekvenser av dette

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

30) Føler noe skyld når man spiser usunn mat

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

31) Unngår ofte å gå tur i skogen fordi man kan tråkke i hundebæsj

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

32) Spiser minst 25 % av dagens matmengde etter kveldsmaten

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

33) Får en følelse av selvkontroll når man spiser "riktig"

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

34) Sjekker som regel datostempling på mat kjøpt i butikk av frykt for å bli uvel av å spise dårlig mat.

svært problematisk -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 fullstendig uproblematisk

Tusen takk!

Appendix C

Spørreskjema som ble anvendt i hovedstudien, versjon 1

Konstruksjonen av spørreskjemaene som ble anvendt i hovedstudien er beskrevet i detalj på side 26-28 i hovedoppgaven. Av denne grunn er kun én variant av spørreskjemaene som ble anvendt i hovedstudien illustrert i Appendix C.

Når det kommer til personers matvalg og livsstil, vil oppfatninger om hva som er "normalt" ofte være varierende. Der en person ser en ufarlig personlig preferanse, vil en annen person kunne se varselstegn på et mulig psykologisk problem. I denne studien er vi interessert i studenters syn på ulike holdninger, antakelser og atferdsbeskrivelser som er relatert til spising og fritid.

Under finner du korte beskrivelser av fire atferdsmønstre.

For hver av beskrivelsene nedenfor, anta at preferanse eller atferd er selvvalgt og dermed ikke skyldes jobbrelaterte eller somatiske grunner. Angi i hvilken grad du tenker atferden er uproblematisk (en harmløs personlig preferanse) eller problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse). Det finnes ingen rette eller gale svar, vi er kun interessert i dine meninger. Først ber vi deg om å fylle ut litt informasjon om deg selv.

Hvor gammel er du? _____ år

Kjønn kvinne mann

Er norsk morsmålet ditt? nei ja

Er du student? nei ja

Hvis du er student: Er du psykologistudent? nei ja

Ortoreksi

Anne Hansen bruker mer enn 3 timer daglig på å tenke på sunn mat. Tanken om at det hun spiser er "riktig mat" er mer viktig for henne enn gleden hun får fra å spise det. Anne har blitt strengere med seg selv og mer rigid og selvkritisk omkring egne spisevaner. Hun kan til og med føle noe skyld når hun spiser mat som hun ikke ser på som sunn.

Etter min mening, så er denne atferden uproblematisk (en harmløs personlig preferanse)

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg ikke sett noen grunn til at hun/han burde snakke med en lege eller psykolog om det.

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Etter min mening, så er denne atferden problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse)

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg oppmuntret hun/han til å snakke med en lege eller psykolog om det.

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Emetofobi

Kjetil Karlsen spiser sjelden på restaurant, fordi han aldri kan vite helt hvor renslig det er der. Han unngår ofte å gå tur i skogen som følge av tanken på å tråkke i hundebæsj. I tillegg unngår han å være rundt barn som kan komme til å kaste opp. Kjetil har også redusert hvor mye han spiser, og velger heller å spise for lite enn for mye mat av frykt for å kunne bli kvalm.

Etter min mening, så er denne atferden uproblematisk (en harmløs personlig preferanse)

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg ikke sett noen grunn til at hun/han burde snakke med en lege eller psykolog om det.

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Etter min mening, så er denne atferden problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse)

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg oppmuntret hun/han til å snakke med en lege eller psykolog om det.

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Muskeldysmorfi

Stian Nilsen bekymrer seg over at kroppen hans ikke er så muskuløs som han skulle ønske. Han bruker mye tid på trening og å følge en diett, og noen ganger velger han bort å delta på sosiale eller fritidsrettede aktiviteter for å overholde dette. Treningen og kostholdet har også tatt så mye tid at det noen ganger går utover jobben. Når Stian må vise frem kroppen sin for andre, eksempelvis i svømmehallen, gjør han dette med stort ubehag og dersom han har mulighet, velger han gjerne å unngå dette.

Etter min mening, så er denne atferden uproblematisk (en harmløs personlig preferanse)

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg ikke sett noen grunn til at hun/han burde snakke med en lege eller psykolog om det.

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Etter min mening, så er denne atferden problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse)

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg oppmuntret hun/han til å snakke med en lege eller psykolog om det.

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Nattspisesyndrom (Night eating syndrome)

Henriette Vik tenker som oftest mer på mat om kvelden, enn det hun gjør resten av dagen. Hun spiser også minst 25 % av dagens totale matmengde etter kveldsmaten. Henriette står noen ganger opp om natta selv om det ikke skyldes dobesøk. Som oftest våkner hun fordi hun er sulten, og da står hun helst opp og spiser før hun legger seg igjen.

Etter min mening, så er denne atferden uproblematisk (en harmløs personlig preferanse)

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg ikke sett noen grunn til at hun/han burde snakke med en lege eller psykolog om det.

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Etter min mening, så er denne atferden problematisk (et varselstegn på en mulig psykologisk lidelse)

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

Hvis en nær venn viste tilsvarende atferd, så ville jeg oppmuntret hun/han til å snakke med en lege eller psykolog om det.

helt uenig -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 helt enig

De fire atferdsmønstrene vist ovenfor ble bare laget for å måle meninger i den generelle befolkningen. De er ikke brukbare for å diagnostisere deg selv eller andre.

Jeg har lest disse setningene nei ja