

**Ingveig Innerdal**

## **Anabole steroider blant kvinner.**

En kvalitativ undersøkelse av rekruttering, motiv og bivirkninger ved bruk av anabole steroider.

**Masteroppgave i idrettsvitenskap**

Seksjon for idrettsmedisinske fag  
Norges idrettshøgskole, 2015



# Forord

Å skrive masteroppgaven har vært en krevende prosess, men aller mest givende. Jeg har lært mye faglig, om meg selv og om andre. Det er et puslespill som har falt på plass, etter lang tid med arbeid.

Jeg vil rette en stor takk til informantene som har stilt seg positive til å delta i denne studien. Jeg er dypt takknemlig for å få tatt del i fortellingene deres, uten dem hadde det ikke blitt noen oppgave.

Takk til Lene, som fant tid til å gi gode råd, veiledning og tilbakemeldinger. Takk Astrid, for jeg har fått deltatt i et samarbeid med deg. Takk for at du har hatt troa på meg og tatt deg tid til å hjelpe. Du har vært en inspirasjonskilde med en stor kunnskapsbase, som har bidratt med å gjøre året svært givende og lærerikt.

Stor takk til familie og venner som har vært en god støtte under skriveprosessen. Mamma og pappa som har vært en konstant støttende kilde gjennom syv år utdanning, både innen korrektur og oppmuntrende ord.

Takk til min kjære samboer, Mads Ulrik. Du har vært en god støtte og gitt en enorm glede, humor og kjærighet i hverdagen.

Takk for at dere har deltatt på reisen!

Ingveig Helen Sandal Innerdal

Oslo, mai 2015.

# Sammendrag

Studiens hensikt er å undersøke bruk av anabole androgene steroider (AAS) blant kvinner i et uorganisert idrettsmiljø. Oppgaven baserer seg på en kvalitativ forskningsmetode med dybdeintervju av åtte kvinner som har erfaring med bruk av AAS. Det er benyttet en fenomenologisk tilnærming i studien, med vekt på å få innsikt i kvinnenes subjektive opplevelser og erfaringer med AAS.

Ut fra resultatene som fremkommer i oppgaven virker det sannsynlig at AAS blir benyttet av «vanlige» kvinner som er i en subkultur med sterkt fokus på kropp og trening. Formålet med AAS-bruken er både relatert til prestasjon og utseende, deriblant å øke muskelstyrke, øke muskelmassen og redusere fettprosenten. En gjengående faktor blant kvinnene er deltakelse i fitnesskonkurranse og at AAS-bruken er skjult for andre. Funnene i studien kan relateres til et kroppsprosjekt som skaper en ønsket identitet for kvinnene. De fortsetter å bruke AAS fordi det svarer til forventningene, og fordi de vil fortsette fremgangen på prestasjon og utseende. Kvinnene vil bli sterkere, få mere muskler og lavere fettprosent, som parallelt påvirker selvtilliten og selvfølelsen. De må også opprettholde den identiteten de har skapt. Resultatene viser at dette er viktig for kvinnene, da de dedikerer hverdagen til kroppsprosjektet, samt fortsetter med AAS-bruk til tross opplevde bivirkninger. Kroppsprosjektet blir etter hvert en tvangslidelse og skaper en avhengighet av AAS, og en utvikling av megareksi. Et vanlig forekommende er at dosene økes og kurene blir lengre, flere preparat kombineres og de ser ingen mening med å slutte med AAS-bruken. Et kontrollert og moderat bruk av AAS oppleves som lovlig, og de anser seg derfor ikke som kriminelle. Det antydes at redselen for å bli avslørt som jukser er større enn selve lovbruddet. Etter kvinnenes erfaring bør forebyggende tiltak fokusere på mer informasjon til befolkningen, samt redusere kroppspresset i dagens samfunn.

**Nøkkelord:** AAS, dybdeintervju, kvinner, identitet, risiko

*«Det året jeg gikk på steroider, jeg har liksom aldri hatt det så bra».*

*«Du må tenke deg mye om, for hvis du tar det valget så er ikke det noe vei tilbake».*

*«Er ikke langt fra å ta sprøyte med steroider til å være sprøytenarkoman».*

*«Jeg har hatt to kjærester som har dødd av bruk av AAS. Han ene døde når han var 25 år og han andre døde når han var 37 år».*

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Sammendrag .....	4
Vedleggsoversikt: .....	7
Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	9
1.1.1 Problemstillinger .....	10
1.2 Oppgavens oppbygging og struktur .....	10
1.3 Anabole androgene steroider .....	12
1.3.1 Lovgivning.....	12
1.3.2 Bivirkninger ved bruk av AAS .....	13
Aggresjon og rusmisbruk.....	16
Avhengighet .....	16
Megareksi .....	17
2.0 Teori .....	18
2.1 Forklaringer på dopingbruk.....	18
2.1.1 Prestasjonsforklaring.....	18
2.1.2 Samfunnsforklaring .....	19
2.2 Fitness og megareksi .....	21
2.3 Tidligere forskning.....	22
2.3.1 Hvorfor oppstår AAS-bruk? .....	23
2.4 Modernitetsteori - Anthony Giddens.....	25
2.4.1 Individualisering .....	25
2.4.2 Refleksivitet .....	25
2.4.3 Ekspertsystem .....	26
2.4.4 Risiko .....	27
2.5 Fenomenologi.....	28
2.5.1 Kroppsskjema og kroppsbilde .....	29
2.5.2 Selvoppfatning og selvrefleksjon .....	31
3. Metode.....	32
3.1 Kvalitativ metode .....	32
3.1.1 Det kvalitative intervjuet.....	33
3.1.2 Utvalg .....	33
3.2 Datainnsamling.....	35

3.2.1 intervjuguide .....	35
3.2.2 Gjennomføring .....	36
3.3 Databehandling og analyse .....	37
3.3.1 Transkripsjon .....	37
3.3.2 Dataanalyse .....	38
4.0 Resultat og diskusjon .....	41
4.1 Hva kjennetegner kvinner som tar i bruk AAS?.....	41
4.1.1 Introduksjon til AAS.....	42
4.1.2 Motiv til AAS-bruk .....	44
4.1.3 Kunnskap om AAS.....	47
4.2 Hvorfor fortsetter kvinnene å bruke AAS?.....	49
4.3 Hvilke bivirkninger opplever kvinnene ved AAS-bruken? .....	54
4.3.1 Avhengighet .....	55
4.3.2 Andre rusmidler .....	58
4.3.3 Bivirkninger .....	59
4.4 Hvordan stiller kvinnene seg til kriminalisering og forebygging av AAS? .....	66
4.4.1 Kriminalisering.....	66
4.4.2 Skjult holdning for AAS-bruk .....	69
4.4.3 Forebygging .....	71
4.5 Metodisk diskusjon .....	73
4.5.1 Validitet og reliabilitet.....	74
4.5.2 Refleksivitet .....	75
4.5.3 Generalisering .....	76
4.5.4 Systematiske feil.....	77
4.5.5 Etske aspekter .....	77
5.0 Avslutning.....	80
Referanseliste.....	83

### **Vedleggsoversikt:**

Nr. 1: Informasjonsskriv med informert samtykkeskjema

Nr. 2: Intervjuguide

Nr. 3: Godkjenning av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

# Innledning

I dagens samfunn er kroppsfokuset mer markant enn tidligere, og det oppstår jevnlig en fremstilling for hva som er samfunnets idealkropp. Ofte blir idealkroppen fremstilt som muskuløs, veltrent og slank både for menn og kvinner. Kroppen har blitt et symbol på identitet og selvet, som den enkelte er ansvarlig for. Man er ikke det man er, men hva man gjør av seg selv (Giddens, 1991). Det enkelte individ må i større grad ta ansvar for seg og sine handlinger, med et økt fokus på å dyrke sin egen identitet (Giddens, 1994a). Det ytre har i større grad blitt en betydningsfull faktor for å lykkes i samfunnet, noe som har ført til at flere jakter på den «perfekte kropp». Kroppen er blitt en gjenstand for bearbeiding, ofte gjennom sosiale medier, reklamer og ukeblader. For eksempel har det populære ordtaket «strong is the new skinny» erobret sosiale medier de siste årene, og det kan antas at dette sammen med annen medieomtale av kroppen, har bidratt til et økende kroppsfokus og et større kontrollbehov av kroppen. De uopnåelige kravene til dagens kropp, fører til at det ofte må tys til ulike strategier for å få det gjennomført. Dette kan være i form av operasjoner, dietter, slankemiddel, overtrening eller andre hjelpemidler. Anabole androgene steroider (AAS) kan for mange bli ansett som et viktig verktøy i prosessen med å oppnå denne «idealkroppen», som blant annet innebærer definerte muskler og lav fettprosent.

AAS ble allerede i 1999 betraktet som et samfunnsproblem i følge Statens forvaltningstjeneste (1999). Det var ikke lenger bare i idretten det ble benyttet prestasjonsforbedrende midler, men også i udefinerte miljø i det norske samfunnet. Vinteren 2012 ble det under en politirazzia, *Operasjon Gilde*, beslaglagt nærmere 400.000 Anavar-piller. I følge Heierdal i *Antidoping Norge* blir dette stoffet stort sett brukt av kvinner og er kjent som et «jentebol», da det er for mildt for menn (Storvik, 2014). Statsadvokat Unni Sandøy mener at AAS er et samfunnsproblem, som også kan sees på størrelsen og omfanget av *Operasjon Gilde* (Elgåen, 2014). Dette viser at det er et stort marked for AAS blant kvinner. I tillegg til en økt mediedekning av AAS de siste årene, er det også observert en sterk økning i antall samtaler på ulike dopingforum (Mounteney & Flesland, 2006). Media sin fremstilling av kroppen og AAS blir ansett som en av hovedfaktorene for den økte oppmerksomheten AAS har fått den siste tiden (*Antidoping Norge*, 2014; Duesund, 2011). Det er også påvist en økt forekomst av steroidebruk i Norge (Pallesen, 2008; Meland & Hoff, 2013), der forekomsten øker



blant «vanlige» folk, og ikke personer i risikomiljøet (Mounteney & Flesland, 2006). Det er også tilfelle i denne studien, der informantene ikke skiller seg nevneverdig fra andre kvinner i samfunnet. De går fra å ha en antidopingholdning til å se flere positive effekter ved AAS-bruken, og søker selv etter AAS gjennom kjæresten. Ønsket står i samsvar med «idealkroppen», hvor de vil bygge mere og større muskler, samtidig som de vil forbrenne mest mulig fett. Ved bruk av AAS oppnår de dette, og de fortsetter å speile seg i glansen av den økte selvtilliten basert på den vellykka formingen av kroppen. De er i ferd med å skape en identitet som må vedlikeholdes, og som symboliserer suksess i dagens samfunn. Kroppen blir et objekt som må beherskes og kontrolleres (Duesund, 1995). Dette er så viktig for kvinnene at bivirkningene blir skyggelagt av suksessen. Tross at de opplever stemmeforandring, økt aggressivitet og irritabilitet, utvikler kvinnene en slags avhengighet av AAS og megareksi. AAS-bruken blir en mer psykisk avhengighet av rutiner og kontroll, som også kan undertrykke en følelse av tap som kvinnene har. Det gir dem stabilitet og ro i livet, som også fører til at trening, mat og AAS blir en livsstil som styrer hverdagen deres. Kvinnene vedkjenner derimot risikoen ved bruken ved at de fraråder andre til å ta i bruk AAS, og de innser at bruken ofte utvikler seg til å inkludere flere helserisikofaktorer. En utvikling av blant annet megareksi, avhengighet, varige bivirkninger, aggressiv adferd, samt dødsfall.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Gjennom hele min oppvekst har det regjert en interesse for trening og helse, og etter syv år utdannelse innen dette feltet, en bacheloroppgave om anabole steroider blant menn, samt noen år arbeid på treningscenter, har bevisstheten på AAS vært økende.

Opplevelsen av den økte oppmerksomheten og fokuset på kropp og perfeksjon er sentralt i min hverdag. Jeg omgår de som streber etter idealkroppen, det uoppnåelige målet, hver dag. Denne oppgaven ønsker å belyse dette samfunnsproblemet ved å få forklaringer på hvorfor og hvordan det oppstår. Oppgaven handler om bruk av AAS utenfor den organiserte idretten blant kvinner i Norge. Fokuset vil være å søke etter hva er det som ligger til grunn for at kvinner starter med AAS, hvorfor de fortsetter med bruken, og effekter og bivirkninger som oppstår som konsekvens av AAS-bruk. Det er også interessant å se på deres meninger om kriminalisering og forebygging av AAS. Under utformingen av oppgaven har vi kommet frem til fire problemstillinger. Valget falt på fire problemstillinger for å belyse helheten i AAS-bruken til kvinnene, og på

grunn av interessant datamateriale som er viktig å meddele i et elles lite kartlagt tema.

### **1.1.1 Problemstillinger**

Anabole androgene steroider blant kvinner.

- 1) *Hva kjennetegner kvinner som tar i bruk AAS?*
- 2) *Hvorfor fortsetter kvinnene med AAS-bruk?*
- 3) *Hvilke bivirkninger opplever kvinnene ved AAS-bruken?*
- 4) *Hvordan stiller kvinnene seg til kriminalisering og forebygging av AAS?*

Disse fire nøkkelspørsmålene vil bidra til å svare på formålet med oppgaven, og kanskje skape en forståelse for hvorfor kvinner tar i bruk AAS i et uorganisert idrettsmiljø.

Hovedfokuset i spørsmål nummer en, er hva som kjennetegner kvinnene som tar i bruk AAS, hvem de er, hvorfor de startet og hvordan de blir introdusert til AAS, samt hvilken kunnskap de har på feltet. Neste problemstilling fokuserer på hva som ligger til grunn for at de fortsetter med AAS. Problemstilling nummer tre tar for seg bivirkninger kvinnene opplever av det prestasjonsfremmende middelet. Avslutningsvis, i den siste problemstillingen, ligger fokus på kvinnenes syn på kriminalisering og forebygging av AAS.

Oppgaven velger å omtale informantene for *brukere* og ikke *misbrukere* av AAS, fordi det ikke ønskes å stigmatisere eller belaste de negativt. I følge Shultz (1998) er *misbrukere* et belastet begrep som også er assosiert med en stigmatisert gruppe, eller når personen inntar et ulovlig stoff (Shultz, 1998). Ut fra denne formuleringen vil alle informantene være misbrukere av AAS.

## **1.2 Oppgavens oppbygging og struktur**

Oppgaven består av fem kapitler. I innledningen ble tema og bakgrunn for oppgaven presentert, etterfulgt av fire skisserte problemstillinger som oppgaven vil forsøke å besvare. Videre i kapittelet blir det en fremstilling av AAS, deriblant lovgivning og bivirkninger. Sammenheng mellom aggresjon og AAS, medikamentets avhengighetsskapende effekt og megareksi blir også belyst.

Kapittel to tar for seg teori og tidligere forskning som vi anser som aktuell og relevant

for å besvare problemstillingene. Først blir det en gjennomgang av forklaringer på dopingbruk, hvor prestasjonskultur og samfunns- og kroppskultur er vektlagt. For å få et videre innblikk i kroppskulturen, blir det fremlagt en liten tese om fitness og megareksi. Dette blir etterfulgt av en oversikt over tidligere forskning på AAS, med fokus på hvor og hvorfor AAS-bruken oppstår. Modernitetsteoretikeren Anthony Giddens fremlegges med teori om individualisering, refleksivitet, ekspertsystem og risiko. Deretter trekkes inn den franske filosofen og psykologen Maurice Merleau-Ponty (1908- 1961) sin kroppsfenomenologi, hvor kroppen står i sentrum for erfaring og erkjennelse. Boken *Kropp, kunnskap og selvopfatning* av Liv Duesund (1995) benyttes for å forstå Merleau-Ponty sin filosofi, som har bidratt med mye innsikt i temaet.

I kapittel tre presenteres den valgte metoden. Oppgaven baserer seg på en kvalitativ metode, der ønsket er å gå i dybden på informantenes opplevelser og erfaringer med AAS. Ved bruk av en intervjuguide som hovedredskap, baserer datainnsamlingen seg på dybdeintervju av åtte kvinner som har erfaring med bruk av AAS. Deretter blir det en gjennomgang av databehandlingen, hvor transkripsjon står i fokus. Dette blir etterfulgt av dataanalysen som tar for seg Malterud (2003) sin modifiserte STC for å få en dypere forståelse i kvinnens opplevelser.

I kapittel fire presenteres og diskuteres studiens funn. Resultatene blir fortløpende drøftet og er organisert i fire underkapittel strukturert etter de nevnte problemstillingene. Teori og tidligere forskning vil bli drøftet opp mot studiens funn. Dette blir etterfulgt av en metodisk diskusjon, med framstilling av vurderingskriterier som er relevante for oppgavens metodebruk. Deriblant reliabilitet og validitet og etiske aspekter ved studien. Avslutningsvis vil en etisk refleksjon av studiens metode bli fremstilt.

I kapittel fem oppsummeres studiens funn i lys av problemstillingene, samt en fremstilling for hva fremtidig forskning bør sette lys på.

### **1.3 Anabole androgene steroider**

Anabole androgene steroider (AAS) er et samlebegrep for anabole og androgene steroider, som er kjemiske derivater av det mannlige kjønnshormonet testosteron. AAS har hovedsakelig to effekter, en anabol- og en androgen effekt. Den anabole (vevsoppbyggende) effekten gir en kraftig stimulering av muskelvekst, både muskelmasse og styrke, mens den androgene (mannliggjørende) effekten beskriver de mannlige kjønnskaraktistika. Den viktigste og mest velkjente androgenet er testosteron. Dette er et med androgen og anabol effekt, og utvikler mannens kjønnskarakter, som blant annet innebærer aggressivitet og økt kjønnsdrift. AAS kombinert med (intensiv) styrketrening øker muskeltilveksten mer og raskere enn det som kan oppnås av naturlige midler (Moberg & Hermansson, 2006; Kouri, Pope, Katz & Oliva, 1995). AAS blir derfor ofte brukt som et rasjonelt hjelpemiddel og blir sett på som et prestasjonsforbedrende middel (Wichstrøm & Pedersen, 2001; Pallesen, 2008). AAS inntas ofte via intramuskulære injeksjoner (sprøyter) eller i tablettform, og bruken forekommer som regel i sykluser hvor brukeren utfører kurer med av- og på-perioder. Den vanligste kurlengden varer i gjennomsnitt seks til tolv uker, med tilsvarende pauser mellom kurene. Med en pyramide-dosering blir det startet med en relativt lav dose, og med en gradvis opptrapping. Etter noen uker på den høyeste doseringen, blir det så en gradvis nedtrapping. Aas kan også brukes kontinuerlig, hvor doseringen er litt lavere enn ved pyramide-dosering. Kontinuerlig bruk er vanligst blant de som har brukt aas i lengre tid. Det å kombinere både injeksjoner og tabletter, og ulike preparater om hverandre blir omtalt som «stacking» (Haug, 2013). AAS består av flere spesielle typer, deriblant *bol*, *d-bol*, *russere*, *thai-russere*, *russerdop* og *hvite russere*.

#### **1.3.1 Lovgivning**

I 2012 ble dopingproblematikken for første gang tatt inn i stortingsmeldingen som en del av rusmiddelpolitikken. *Meld. St.30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*, ble lagt frem i juni 2012. Regjeringen ønsker å mobilisere doping som samfunnsproblem ved å integrere doping i rusmiddelpolitikken, kriminaliserer erverv, besittelse og bruk av doping og prioritere forskning og kompetanse om doping (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). På bakgrunn av en ny kunnskapsoppsummering på feltet (Pallesen, 2008) legges det til grunn en sammenheng mellom bruk av AAS og økt aggresjon. Skadene dopingmidler påfører den enkelte, rammer også samfunnet og påførende ytterligere, og det er ofte disse som blir utsatt for økt aggressivitet.

Dopingbruk er også med på å finansiere organisert kriminalitet i form av produksjon, distribusjon og salg av AAS, og er ofte kriminelle nettverk som står bak omsetningen av narkotika. På bakgrunn av skadefølgene som oppstår for tredjepart og samfunnet kan kriminalisering forsvares (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). På grunnlag av dette ble det iverksatt forbud mot AAS og 1. juli 2013 kom følgende lov:

*Det følger av straffeloven § 162b at den som ulovlig tilvirker, innfører, utfører, oppbevarer, sender eller overdrar stoff som etter regler fastsatt av Kongen er ansett som dopingmiddel, straffes for dopingforbrytelse med bøter eller med fengsel inntil 2 år. Etter legemiddeloven § 24a er det forbudt uten lovlig adkomst å erverve, besitte eller bruke stoff som etter forskrift med hjemmel i straffeloven § 162 b første ledd er regnet som dopingmidler. Forbudet gjelder også for preparater som inneholder slike stoffer.*

Denne loven skal bidra til å unngå skadefølger på samfunnet, tredjepersoner og brukeren selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

### **1.3.2 Bivirkninger ved bruk av AAS**

Grunnen til at AAS kan medføre bivirkninger og være ekstremt farlig, er fordi dosene ofte er 10-100 ganger større enn medisinsk bruk (Aars, 2011). Dette utsetter steroidebrukerne for en rekke helsemessige bekymringer (Pope, Phillips, & Olivardia, 2000), og det kan fremkomme fysiske, psykiske og medisinske bivirkninger av AAS-bruk.

#### ***Fysiske bivirkninger***

Bruk av AAS kan føre til at østrogen omdannes til dihydrotestosteron (DHT), et androent kjønnshormon hos kvinner og at de dermed utvikler mer mannlige trekk (Aars, 2011; Gruber & Pope, 2000; Strauss, Ligett & Lanese, 1985; Sandalow, 2005). Dette fører blant annet til at kvinner kan få brystreduksjon, muskel- og seneskader, strekkmerker, lengdeveksten stopper, kviser og øvrig maskulinisering. Det er også vanlig med hirsutisme, med økt behåring i ansiktet, lår, overarmer, midtlinjen på bryst, mage og rygg (Bulun & Adashi, 2008; Sandalow, 2005; Strauss et. al 1985; Gruber & Pope, 2000). Kvinner får en dypere og mer maskulin røst ved bruk av aas, og risikoen

for larynksforandringer øker dess større doser AAS som brukes (Sandalow, 2005; Bahrke & Yesalis, 2004; Strauss et. al, 1985; Gruber & Pope, 2000). Forstørret klitoris er også vanlig, der risikoen er størst i forbindelse med langvarige bruk av store doser med AAS. Dette omtregnes som en irreversibel tilstand som kun kan korrigeres ved kirurgisk inngrep (Bahrke & Yesalis, 2004; Strauss et. al, 1985; Gruber & Pope, 2000).

### ***Medisinske bivirkninger***

Bruk av AAS kan føre til en rekke medisinske bivirkninger, deriblant økt testosteronproduksjon og seksuell funksjon (Simon, Braunstein, Nachtigall, Utian, Katz, Miller et. al, 2005). Ved inntak av AAS kan hypofysen undertrykkes og kan gi menstruasjonsforstyrrelser, amenore og infertilitet (Reinås, 2009; Sandalow, 2005). Studier viser også nedgang i kjønnsormonbindende globulin (Bjorntorp 1996; Malarkey, Strauss, Leizman, Liggett & Demers, 1991), reduksjon i skjoldbruskbindende proteiner blant kvinnelige steroidebrukere, og en nedgang i HDL-kolesterol blant vektløftere som brukte AAS (Malarkey et. al, 1991; Parssinen, Kujala, Vartiainen, Sarna & Seppala, 2000). Det er også påvist økt risiko for å utvikle høyt blodtrykk, slag, hjerteinfarkt, diabetes type-2, glukoseintoleranse og hjerte- og karsykdommer (Bjorntorp, 1996; Gruber & Pope, 2000; Parssinen et. al, 2000; Sandalow, 2005). Noen AAS-preparater har vist seg å ha negativ effekt på leverfunksjon (Parssinen et. al, 2000; Gruber & Pope, 2000; Sandalow, 2005), og økt risiko for nyresvikt (Pope et. al, 2000). Leveren kan også ta skade av store mengder tabletter, og bruk av urene sprøyter samt feilplassering av injeksjonssted innebærer risiko for infeksjon (Bergengen, 2011). Grogan, Shepherd, Evans, Wright og Hunter (2006) sin studie om kvinner i kroppsbyggermiljøet fant derimot ingen signifikant øking av alvorlige bivirkninger som høyt blodtrykk, lever- og nyreskade.

### ***Psykiske bivirkninger***

Mye testosteron i kroppen kan skape en følelse med større selvtillit, mye energi og godt humør, samt en opplevelse av ro og stabilitet. I følge Barland (1997) kan denne responsen gi en følelse av å rettferdiggjøre det de driver med. Ved å avslutte en dopingkur vil det derimot merkes at de klarer ikke å opprettholde den muskelmassen de har som er bygd under kur, og brukerne kan derfor få en drastisk vektreduksjon og psykisk reaksjon. Haug (2013) viser til tre faser steroidebrukerens psykiske tilstand

beveger seg gjennom i løpet av en syklus. I starten av en steroidekur eller ved økt dosering, oppstår en følelse av oppstemthet, økt seksuallyst, redusert tretthet, økt selvtillit med en følelse av å være uovervinnelig og usårlig. På toppen av kuren endrer ofte den psykiske tilstanden seg. Brukerne blir kranglete, mistenksomme, opplever store humørsvingninger og redusert impuls kontroll som kan føre til aggressivitet og voldsbruk. I fase tre, når kuren trappes ned og i pausen mellom kurene, opplever mange søvnløshet, tiltaksløshet, depresjon, konsentrasjonsvansker og redusert seksuallyst. Det kan derfor være et intenst ønske om å gjenoppleve de positive følelsene som er under kuren, noe som gjør det vanskelig å slutte med AAS.

Andre psykiske bivirkninger som kan oppstå ved bruk av AAS er aggressiv atferd, stress, sjalusi, ulike typer angst, utålmodighet, uro, humørsvingninger, paranoia, dårlig hukommelse og kroppsbildeforstyrrelser (Pallesen, 2008; Mounteney & Flesland, 2006). Steroidebruk blir også sett i sammenheng med irritabilitet, brå svingninger mellom depressive og maniske tilstander, psykoser, personlighetsendringer, fiendtlighet, panikkangst og depresjoner (Mounteney & Flesland, 2006; Kanayama, Hudson & Pope, 2008; Kanayama, Brower, Wood, Hudson & Pope, 2009; Pope & Katz, 1988; Kanayama, Hudson, Pope, 2010; Malone, Dimeff, Lombardo & Sample, 1995; Ip, Barnett, Tenerowicz, Kim & Wei, 2010). Dette kan i verste fall føre til selvmord (Thiblin, Runeson & Rajs, 1999; Petersson, Bengtsson, Voltaire-Carlsson & Thiblin, 2010). Gruber og Pope (2000) sin studie viser at over halvparten av deres kvinnelige deltagere rapporterte hypomaniske symptomer under steroidebruket, og flere hadde depressive symptomer. 76 % av deltagerne hadde minst en negativ medisinsk bivirkning forbundet med steroidebruk, og det ble også rapportert om misnøye og opptatthet av egen fysikk, også kalt megareksi. De rapporterer om spiseforstyrrelser blant de kvinnelige AAS-brukere, utradisjonelle kjønnsroller og opptatthet, og misnøye med egen fysikk (Gruber & Pope, 2000). Elliot, Cheong, Moe og Goldberg (2007) belyser at jenter som bruker AAS for å endre kroppsform viser seg å være mer depressive og har lavere selvfølelse.

Både virkning og bivirkning av hormonbruken er naturligvis individuelt, og mange AAS-brukere benytter i tillegg andre medikamenter for å motvirke bivirkningene. Dette kan være antidepressiva, beroligende piller og sovemedisin. Disse medikamentene i tillegg til AAS-preparatene kan påvirke det sosiale. Studier viser at steroidebruk kan

føre til sosial isolasjon, asosial adferd, sosial angst, prestasjons- og kroppsfixering, tapt interesse for omgivelsene og tap av venner (Reinås, 2009; Mounteney & Flesland, 2006). Livsstilen med mat, trening, kropp og dop blir en besettelse som dominerer hverdagen og livet til steroidebrukeren (Haug, 2013).

### **Aggresjon og rusmisbruk**

AAS viser en sammenheng med risikofylt atferd, kriminalitet, misbrukproblematikk og en økt voldsbruk (Haug, Mørland & Olaisen, 2004). Flere studier viser også til en sammenheng mellom steroidebruk og adferdsproblemer, og at en del brukere blir mer aggressive under påvirkning av AAS (Strauss et. al, 1985; Pallesen, 2008; Mounteney & Flesland, 2006; Wichstrøm & Pedersen, 2001). Det er vist at AAS-bruk også henger sammen med annen rusbruk (Ip et. al, 2010), og mange utvikler også et komorbid misbruk av andre illegale rusmidler (Pallesen, Jøsendal, Johnsen, Larsen & Molde, 2006; Moberg & Hermansson, 2006; Wichstrøm & Pedersen; 2001). Hall, Hall og Chapman (2005) uttaler at steroidebruk kan være inngang til annen rusbruk. Ungdom som bruker AAS har høyere sannsynlighet for å ta i bruk alkohol, tobakk og stoffer som marihuana, kokain, slankepiller, amfetamin og smertestillende tabletter, enn de som ikke bruker (Haug et. al, 2004).

### **Avhengighet**

Forskning har konkludert med at AAS har potensial til å være vanedannende, og kan gi en slags psykologisk avhengighet (Gruber & Pope, 2000; Bergengen, 2013; Brower, Eliopoulos, Blow, Catlin & Beresford, 1990; Kashkin & Kleber, 1989; Brower, 2000; Kanayama et. al, 2009; Midgley, Heather & Davies, 1999). Når en dopingkur er ferdig og kroppsvolumet heller minsker enn øker, kan dette gå ut over selvtilliten. I tillegg kan det oppstå fysiologiske reaksjoner som hodepine, muskelkramper, opplevelser av ubehag, nedstemthet og trøtthet når de stopper med AAS-bruken (Evans, 2004). Lysten til å begynne på en ny kur kan dermed raskt melde seg og kan gi en slags psykologisk avhengighet (Bergengen, 2013). I følge Becker (Becker & Murphy, 1988) er kvinnene nødt til å øke mengden som inntas for å oppnå samme effekt som tidligere, fordi jevn bruk over tid vil øke deres toleransenivå.



## **Megareksi**

Megareksi er et uttrykk for en kroppsbildeforstyrrelse, og ikke noen sykdom eller diagnose. Det oppstår en feiloppfattelse av kropp, ofte med et ønske om å stadig bli større, og en følelse av å være mindre enn det som er tilfelle (Skårderud & Vinsrygg, 2003). Innselset (2000) sin studie viser til at det som kjennetegner personer med megareksi er hard trening og ekstreme dietter ofte kombinert med dopingbruk for å oppnå sitt mål om en «perfekte kropp». Alle som ble klassifisert som megarektikere hadde brukt dop, og kroppsbygging er streben etter den totale kontroll på livet (Innselset, 2000). Bruk av AAS blir også sett som en nøye planlagt og en instrumentell handling for å skape og gjenskape den «perfekte» muskulære kropp innenfor avgrensede sosiale miljø (Monaghan, 2001). I følge studien til Gruber og Pope (2000) er det sammenheng mellom AAS og megareksi. Også Strauss et. al (1985) belyser at mange kvinner tolererer bivirkningene som oppstår og fortsetter å bruke AAS. Pope et. al (2000) uttaler at det er en stadig økning av personer som er i fare for megareksi i samhandling med subkultur innen vektløfting og kroppsbygging, og gjennom denne subkulturen vil de uunngåelig lære at AAS kan gi resultater som ikke andre medikamenter kan.

## 2.0 Teori

Kapittelet vil presentere teoretisk bakgrunn og relevant forskning som ligger til grunn for studien. Først kommer en tese om forklaringer på dopingbruk, etterfulgt av en redegjøring av fitness og megareksi, samt tidligere forskning. Videre fremstilles modernitetsteori av Anthony Giddens og fenomenologi med Merleau-Ponty i fokus.

### 2.1 Forklaringer på dopingbruk

Det er en rekke forklaringer på hva som ligger til grunn for AAS-bruk. I følge Kulturdepartementet (1996) er det to årsaksforklaringer som skiller seg ut. Den ene er relatert til idrettens prestasjonskultur og den andre er mer knyttet til "samfunnets" kroppskultur. Duesund (1995) benytter Eichberg (1988) sin analytiske kroppskulturmodell, som forklarer kroppskultur som et overordnende begrep som uttrykker en kulturs verdier og normer på kroppens område. Det blir beskrevet tre dimensjoner i kroppskulturmodellen: prestasjonsmodellen, sunnhetsmodellen og kroppserfaringsmodellen. De tre dimensjonene har abstrakte grenser som i virkeligheten flyter over i hverandre (Duesund, 1995), og kan bli ansett som en relevant modell for forklaring av AAS-bruk. De to første dimensjonene vil bli prioritert i denne oppgaven, da de i større grad står i samsvar med eksisterende forklaringer på dopingbruk.

#### 2.1.1 Prestasjonsforklaring

Den mest tradisjonelle forklaringen for dopingbruk er prestasjonskulturen, hvor motivet er å oppnå bedre resultater. I tillegg er seier, prestasjonsforbedring og rekorder sentrale i denne forklaringen. Utviklingen av internasjonal toppidrett som underholdningsindustri er ofte en stor bidragsyter til å bruke ulovlige dopingmidler (Kulturdepartementet, 1996). Eksterne verdier som høy status, store og verdifulle premier og inntekter har i stor grad tatt over tronen for interne, rene og sunne verdier som hovedattraksjon til vinneren. I følge Wichstrøm og Pedersen (2001) er det et prestasjonsmotiv innen idrettsmiljøene, hvor stadig nye rekorder gjør at konkurransen blir hardere blant utøverne. Dette medfører at flere benytter hjelpemidler som AAS. Duesund (1995) beskriver prestasjonskultur som en forklaring på dopingbruk. Her er måling og bedring av prestasjon via bestemte treningsmengder sentralt, hvor kvantitative størrelser som tidsenheter, mål og poeng er avgjørende. Det utropes også bare en vinner. Med den grunn blir doping blir brukt som hjelpemiddel når prestasjonen ikke er tilstrekkelig.

Prestasjonsmodellen viser til *jeg presterer, altså er jeg*. Dette er dynamisk, og kan relateres til samfunnet og de sosiale omgivelsene, samt til selve personen og betydningen for personens selvfølelse. Det kan også kobles til en respons på omverdenens utfordringer.

### **2.1.2 Samfunnsforklaring**

Den andre forklaringen belyser hignet etter å oppnå samfunnets «idealkropp» hvor doping blir et redskap til å nå dette kroppslige uteseende. Kroppskultur er et uttrykk for samfunnets bruk og forståelse av kroppen for kulturelle og samfunnsmessige fenomen (Kulturdepartementet, 1996). I den vestlige del av verden har kroppen blitt en bærer for kulturell- og sosial tilknytning. Det kan hevdes at utseende har fått like stor betydning for individets livssituasjon som faktorer som sosial klasse, kjønn eller rase i dagens samfunn. En veltrent og slank kropp symboliserer verdier som holdes høyt i samfunnet og suksess, og en tykk kropp kan gi uttrykk for det motsatte. Hver enkelt tar ansvar, kontroll, makt og viljestyrke over egen kropp (De Wachter, 1985). Dette kan også gjenspeiles i det store markedet med slanke- og treningsprodukter. En kvinne som i dag er fornøyd med sin egen kropp og utseende, er omtrent mer unormalt enn normalt (Wolf, 1990). Også Wichstrøm og Pedersen (2001) belyser at et økt fokus på kroppsfiksering og utseende i dagens samfunn har medvirket til et estetisk motiv blant steroidebrukerne.

Kroppen har blitt en identitetsbærer, hvor man ser hvem man er og ikke er gjennom kroppen. Kroppsidentiteten har vært sentrale forklaringer på hvordan mennesker former identiteten via kroppen. Denne kroppskulturen eller fitnesskulturen er en vanlig forklaring på hvorfor kropp har blitt så viktig i dagens samfunn, og medfølgende dopingbruk (Kulturdepartementet, 1996). I følge Antidoping Norge (2014) er ikke kroppsidealet det samme som på tidlig 80-90-tallet. Det er ikke lenger størrelsen som gjelder, men utseende som er det viktigste motivet i forhold til dopingbruk. Dagens samfunnskropp skal gjerne være muskuløs, ha definerte muskler samt lav fettprosent.

Duesund (1995) benytter sunnhetsmodellen for å uttrykke en kulturs normer og verdier på kroppens område, som står i kontrast til prestasjonsmodellen. Fokuset er på bevegelsens funksjon for sunnhet i bred betydning og for sosial integrasjon, hvor målet

ligger *utenfor* aktiviteten selv. En sentral faktor er å forebygge sykdom. Dette er psykiske og fysiske faktorer, deriblant stress som spiller en betydelig rolle i disse endringene. Siden behandlingen av de moderne livsstilssykdommer er lite effektive, har sunnhetspedagogikk en viktig rolle i forebyggingen av dette. Dermed blir det viktig med utvikling av kroppsbevissthet og atferd som er en forutsetning for en sunn livsstil. Sosiale medier, ukeblader, kjendiser og reklame har bidratt med å skape «kroppsidealet i samfunnet», hvor det gir prestisje å leve opp til slike idealer. Det å bære en sporty kropp er for eksempel et foretrukket ideal, og den moderne kroppen gjøres til varemerke blant omgivelsene (Duesund, 1995). I kontrast til et prestasjonsmotiv i prestasjonsmodellen, innebærer sunnhetsmodellen et mål om mestring. Det finnes likevel mål på både individuelt og sosialt nivå. Ved at aktivitetsmålet ligger utenfor aktiviteten selv, er det nødvendig med en grundig planlegging av utføringen, som begrenser rom for spontanitet og åpning for det uventet. Det er også flytende overganger mellom ønsket mål og middel når individet er under fysisk aktiv eller planlegging av aktiviteter. Med andre ord kan det planlagte middelet faktisk bli et mål. I følge Duesund (1995) kan det tenkes at det økte fokuset på kropp i samfunnet kan gi et uheldig kroppsideal som kan føre til økt helserisiko gjennom slanking, uheldig trening og dopingbruk. Det må ofres mye for å oppnå dette uoppnåelige naturlige idealet i dagens samfunn, perfektionistsamfunnet.

I kroppserfaringsmodellen er selve kroppsopplevelsen målet for aktiviteten. Fokuset er på bevegelsens glede og trivsel, hvor individets følelse og opplevelse av aktiviteten står sentralt. Individet sanser sin egen kropp, og skaffer både erfaringer og uttrykker seg gjennom kroppen (Duesund, 1995). I lys av kroppserfaringsmodellen blir kroppen noe som man er, i motsetning til prestasjons- og sunnhetsmodellen som ser kroppen som en gjenstand eller et redskap, og som noe man *har*. Med dette trues den spontane utføringen av aktivitetens organisering, hvor alt veies og måles, og blir nøye planlagt og tidsbestemt. Prestasjonsmodellen kan være et symbol på å ta i bruk hjelpemidler for å prestere best mulig, hvor brukeren har mistet sin sunnhet. Sunnhetsmodellen belyser «sunnhet» hvor trening ikke gir noe mer trivsel og glede for individet. Sunnhet, i den betydningen sunnhetsutviklingen og sykdomsforebyggelse, er et viktig aspekt ved daglig utførelsen av fysisk aktivitet. Når sunnhet innsnevres til en oppfatning om den «rene» kroppen, kan det i verste fall bety et totalt sunnhetshysteri som kan resultere i et ønske om full kontroll på alle områder. Samtidig oppstår det en liten forståelse både for

et liv i den «urene» og sammensatte verden, og i betydning livskvalitet (Duesund, 1995).

## 2.2 Fitness og megareksi

Fitness handler om kropp og en livsstil knyttet til denne. Kroppen uttrykker seg gjennom symboler som representerer kollektive forståelser av helse, skjønnhet, vilje, disiplin, frihet og ungdommelighet (Barland & Tangen, 2009). Maguire (2001) viser til spenningen i samfunnet mellom inklusjon og eksklusjon, og hvordan muskler blir foretrukket og fett blir sett som avvik i samfunnet. Den muskulære kroppen har også blitt et kvinnelig ideal. Hun konstaterer at fitnessindustrien er en del av et større livsstilsprosjekt av middelklassen, og fitness har mindre å gjøre med kroppsbygging enn med identitetsbygging. Sistnevnte er et mål for fitnessstrening. Kroppen er *mediet*, redskapen som utfører og uttrykker den stabile selvdannelsen (Maguire, 2001). Også Reischer & Koo (2004) belyser en sammenheng mellom kvinnenens kropp og hennes posisjonsendring i samfunnet. Det sterke og mer muskuløse kvinneidealet som har blitt tydeligere de siste årene, fremstiller autonomi, selvstendighet, styrke, uavhengighet, egenvilje, makt og kontroll. Dette sterke kroppsidealet uttrykker at hun ikke lenger er underordnet av mannen, og kvinnen adopterer de typiske maskuline karakterer som styrke og autonomi. Kroppen er sådan et konkret og grunnleggende symbol for å belyse egen posisjon i samfunnet med sosiale meninger og verdi. Kroppen og dens presentasjon overskygger bekymringene for helsen innen fitnessstrening (Maguire, 2001).

Treningssenter er et symbol på hvordan individualisering og søket etter selvidentitet aktualiseres i dagens samfunn. Treningen representerer bygging av personlighet og produksjon av individets kroppslige selvbylde (Eichberg, 2008). Eichberg (2010) beskriver hvordan fitness er formet etter bestemte grupper sine holdninger og levemåter, men samtidig er det noe alle blir møtt med gjentatte ganger helt fra barndommen av. Samfunnsborgeren lever under et sterkt press som blant annet bruker fitnessstrening for å passe inn i velferdssamfunnet, med god hjelp fra massemedia og sosiale medier. Fitness er et redskap til å forme det *selvet* som samfunnet krever, der selvpresentasjonen uttrykkes blant andre. Ved at det nordiske velferdssamfunn er preget av å være et konkurransesamfunn med store krav, er det å fremstå som sunn og ta seg godt ut en

betydningsfull faktor for å lykkes. Dette er krav fra både stat og arbeidsliv, der det er opp til hver enkelt å ta ansvar for egen helse (Eichberg, 2008). Dette har blant annet ført til at samfunnet skaper nye former for stress og sykdommer, hvor kroppen fungerer som et symbol i samfunnet, og uttrykker hvilke verdier som blir verdsatt (Lesjø, 2008). I den vestlige verdsdelen verdsettes verdier som tynnhet som et bevis på kontroll over egen kropp og matinntak. I samfunn der mat er mangelvare, er en fyldig kropp et symbol på velstand og «luksus».

I et konkurransepreget velferdssamfunn oppstår det ofte et stekt press om en selvrepresentativ kropp. Dette kan føre til at individets oppfattelse av seg selv kan påvirke hverdagens aktiviteter i negativ retning. Det kan fremkomme et varig og urealistisk bilde av seg selv som liten og/eller for svak, til tross for at individet i realiteten er kraftig og muskuløs. Disse forklaringene kan i følge Innselset (2000) forstås som megareksi. For megarektikeren blir trening en livsstil, som innebærer en predikerbar og systematisk plan som stiller store krav til disiplin. De benytter ekstreme dietter, og trener tross hindringer, sykdom eller andre grunner til å avstå.

Megarektikerne har også et dopingsregime på samme vis som disiplinen til trening. Med like systematiske og metodiske regimer i hverdagen, er inntak av dopingpreparater et krav til systematikk og predikerbar rasjonalitet (Innselset, 2000). Higen etter total kontroll på livet er en sentral faktor innen kroppsbygging og megareksi. Alt skal kalkuleres, og settes i predikerbare og disiplinerte prosesser. Hard trening og ekstreme dietter blir ofte kombinert med dopingbruk for å skaffe seg den «perfekte kropp». Det er disse fremgangsmåtene som utgjør selve livet og streben etter den etterlengtede kroppen, som symboliserer kontroll. Å uttrykke at du har kontroll på kroppen, viser at du har kontroll i dagens samfunn. Og det å ha kontroll på kosthold og trening reflekterer hardt arbeid og ambisjoner.

### **2.3 Tidligere forskning**

På grunn av etiske grunner er det gjort lite forskning på AAS og steroidebrukere i Norge, og det er et sosialt og kulturelt miljø som er lite klarlagt. Dosene som brukes under kurene er såpass store at det vil være uetisk å utføre eksperimenter som kan frembringe den nødvendige vitenskapelige dokumentasjonen for sammenhengen mellom bruk av AAS og vold (Bergengen, 2011). Siden det er lite vitenskap og fakta på

dette feltet, er det ofte media som danner et stereotypisk bilde av hvordan en person som bruker AAS er og ser ut, som oftest i negativ omtale og karakteristikk.

Steroidebrukerne beskrives ofte som en homogen gruppe med store muskler, aggressivitet, kriminalitet og voldelige kjennetegn (Bilgrei & Sandøy, 2014). I 2008 kartla Barland og Tangen (2009) dopingbruken blant personer i sesjonsregisteret i Norge. Av 838 inkluderte kvinner oppga 1 % å ha brukt doping tidligere, mens 0,5 % benyttet doping på undersøkelsestidspunktet. Under 2 % av kvinnene hadde blitt tilbudt AAS, sammenlignet med 10-15 % av gutter. Pallesen (2008) konkluderer med at andelen ungdom og unge voksne som bruker AAS har økt betraktelig i løpet av de siste tiårene. Salasuo og Piispa (2012) mener derimot at dopingfenomenet ikke nødvendigvis er økende, men omgitt av et økende fokus.

Et større fokus på kropp og en økende fitnessstrend er en av teoriene bak den økte oppmerksomheten av AAS i uorganisert idrett. Antidoping Norge (2014) uttaler at det har vært en økning av dopingmidler i ungdomsmiljøene de siste årene, samtidig har helsepersonell, politi og pårørende opplevd en økende bekymring knyttet til dopingmisbruk. Steroidebruk er ikke lenger avgrenset til subkulturer på enkelte treningssenter, men eksisterer på de aller fleste sentre og er etablert i flere av sosiale miljøer (Antidoping Norge, 2014). Det er heller ikke noe entydig bilde av motivet som identifiserer dopingbruken (Barland & Tangen, 2009). I følge Bergengen (2011) kan steroidebruk dukke opp som en del av lokale subkulturer som har et særlig sterkt fokus på kropp og trening. Gruber og Pope (2000) påpeker også at mange av kvinnene som bruker AAS tilhører et kroppsbyggermiljø, og er mer muskuløse enn andre kvinner. Subkulturbegrepet brukes gjerne på grupper av mennesker som omfavner og dyrker noe alternativt, hvor de kan forme sine egne verdier og normer for hva som er sosialt god tatt og ikke (Sandberg & Pedersen, 2010).

### **2.3.1 Hvorfor oppstår AAS-bruk?**

Det dominerer en forestilling om et økende bruk av AAS ved begge kjønn som blir forklart med samfunnskapte forventninger til kropp og utseende, hvor bruken skyldes kropps fiksering og kroppsforventninger (Bilgrei & Sandøy, 2014; Moberg & Hermansson, 2006). I følge Bergengen (2011) viser flere studier at den riktige, trente og muskuløse kroppen i seg selv betyr sunnhet og dermed signaliserer at individet har det

bra, er vellykket og lever et riktig liv. AAS-bruken blir et resultat av en rasjonell og sosial meningsdannelse, med et motiv til en indre mening (Skårderud, 1991; Barland, 1997; Monaghan, 2001).

AAS blir sett som et prestasjonsforbedrende middel ved at det øker muskelstyrke og aggresjon. Norheim (2008) uttaler at AAS kan øke muskelstyrken med 5 % til 20 %, og restitusjonstiden forkortes betraktelig under en kur. I følge Reim og Hursey (1995) oppstår eufori under steroidebruk der hurtig fremgang og forbedret fysikk øker følelsen av velvære, og videre virke forsterkende på atferden. Derfor blir også medikamentet brukt for å forbedre fysiske evner og utseende, da det øker muskelstørrelse og reduserer kroppsfettet. Blant flere tenåringer blir AAS brukt på grunn av det sosiale presset for å øke muskularitet, depresjon og kroppsmisnøye (Franke & Berendonk, 1997). Studier uttrykker at majoriteten av jentene som bruker AAS ikke er knyttet til idrett, men bruker det som en del av et vekttap, for å redusere kroppsfettet, eller utvikle muskler (Sandalow, 2005; Elliot et. al, 2007). Naumov (2004) viser også til en trend der tenåringer bruker mer og mer AAS for raske løsninger for fettforbrenning.

I Innselset (2000) sin studie var årsaken til dopingbruk ønsket om å oppnå resultater raskere, få større muskelmasse, en mer attraktiv kropp og et bedre selvbilde.

Kombinasjonseffekten mellom bedre utseende, økt aggresjon og selvtillit gjorde at AAS ble brukt som hjelpemiddel. Det ble opplevd en sterkere forventning til idealkroppen blant de som rapporterte bruk av doping. Barland og Tangen (2009) sin undersøkelse med tema *Kroppspresentasjon og andre prestasjoner* belyser at identitet er noe som kontinuerlig må omformes og ta stilling til. Det enkelte individet blir omsvermet av mangfoldige tilbud som skaper forventninger og drømmer som nesten er uoppnåelige, deriblant doping som har blitt en del av dagens kroppskultur. Denne moderne samfunnsgruppen symboliserer samfunnsverdier og normer den enkelte velger. Barland og Tangen (2009) bekrefter at en vellykket kropp vil være betydningsfull i forhold til å få oppmerksomhet og være attraktiv for andre, det å føle seg vel, trygg og balansert. Og for noen vil doping være et hjelpemiddel i denne prosessen. Grogan et. al (2006) sin studie om kvinner i kroppsbyggermiljøet uttrykte at mange mente at moderat bruk av AAS var trygt. Informasjon fra helsearbeidere var derimot ikke til å stole på, fordi det ikke var basert på personlige brukserfaringer.



## **2.4 Modernitetsteori - Anthony Giddens**

Anthony Giddens forklarer hvordan vi ser og tolker dagen samfunn, der mangel på felles identitetsmarkører og faste rammer i etableringen av en identitet står sentralt. Giddens (1994a) mener det er to grunntrekk som kjennetegner det sosiale samfunnet; refleksivitet og ekspertsystem. Dette har også medført til en åpning av muligheter og skapt nye former for fare og risiko (Giddens, 1994b).

### **2.4.1 Individualisering**

I den vestlige delen av verden kan ikke sosiale klasser, arbeid, kjønnsroller, utdanning og familier knyttes til noe handling. Kollektive størrelser kan ikke fortelle hvem de er eller skal gjøre med livet, de må realisere sitt eget liv (Giddens, 1994a). Individet må sette seg selv i sentrum i alle livets sammenhenger, hvor det selv er ansvarlig for å skape og opprettholde sin selvidentitet. Omdannelsen av identitet og kropp inngår også i endringen av individets sin livssituasjon og biografiske mønstre. Nye former for risiko, individualisering og refleksivitet følger dette nye moderne samfunnet (Giddens, 1994a). Individet tvinges til å leve et refleksivt liv, å speile seg i de tilbakemeldingene det får. Denne spesielle formen for refleksjon trenger helt inn i individene og gjør selvet til et refleksivt prosjekt som individet selv er ansvarlig for, som regelmessig må konstrueres og rekonstrueres livet ut (Giddens, 1991). Identiteten signaliserer en type tilknytting til et fellesskap, og formidler samtidig en bekreftelse av identiteten til det spesifikke fellesskapet. Denne individualiseringen påvirker også omgivelsene, til eksempel endringer i holdninger og struktur innenfor familie (Beck, 1992).

### **2.4.2 Refleksivitet**

Refleksjon er et av de to grunntrekkene som kjennetegner det sosiale samfunnet (Giddens, 1994a). De fleste sosiale former og handlinger blir stadig utsatt for tvil og endring. Giddens understreker at denne type refleksivitet ikke bare retter seg mot omgivelsen og de spesifikke andre, men også mot seg selv. Individet blir selvrefleksiv, ved at det er nødt til å ha en refleksiv bevissthet rundt seg selv. Individet må på helt nye måter reflektere over seg selv, sine handlinger og sitt livsprosjekt, de får en selvidentitet (Giddens, 1994a). Kroppen blir også sett i tilknytting med den refleksive danningen av identitet, hvor selvet representerer et refleksivt prosjekt som individet er ansvarlig for. Man er ikke det man er, men hva man gjør av seg selv (Giddens, 1991).

I det moderne samfunnet må individet ta ulike handlingsalternativer eller kunnskapsbaserte valg. Dette kan for eksempel være sammenhenger mellom næringsmidler og helse. I den post-tradisjonelle konteksten har ikke individet andre valg enn selv velge hvordan det skal være og hvordan det skal oppføre seg, «hvem er jeg og hva vil jeg?» (Giddens, 1994b). Dette er beslutninger som påvirker flere områder i hverdagen, fra små detaljer til alt som er bestemt av rutiner og tradisjoner (Giddens, 1991). Det blir også et valg å være avhengig, der mange av de hverdagslige aktivitetene har blitt obligatoriske valg. Dette kan være bestemte handlingsmønstre som utføres i løpet av hverdagen, som blir til vaner. For eksempel hvilken tid man må stå opp for å rekke jobb, eller hvilket transportmiddel som blir valgt til reisen. En følge av dette er at individet tvinges til å ha et bevisst og aktivt forhold til kunnskap, da det tilrettelegger omtrent alle former for sosialt liv. Sosiale handlinger i alle kulturer blir derfor rutinemessig endret når det oppdages ny viten og informasjon som vil gi de fortjeneste (Giddens, 1994a).

### **2.4.3 Ekspertsystem**

Det andre grunntrekket blir forklart som et ekspertsystem, hvor danningen og kunnskapen om flere abstrakte kunnskapssystem blir utviklet. Ekspertsystemet er et system av teknisk eller faglig ekspertise som organiserer store deler av de materielle og sosiale omgivelsene vi lever i dag. Dette blir vektlagt i Giddens (1994a) sitt syn på det moderne samfunnet og identitetsdannelsen. Han beskriver hvordan samfunnsborgeren etablerer tillit til et slikt system, og hvordan det rangeres høyere enn viten som oppstår av personlig erfaring. Dette kan til eksempel være familieterapi, kurs i personlighetsutvikling og moderne kommunikasjon med tele- og datanettverk. Vitenskapen etablerer nye områder under sine kunnskapsfelt. Dette skaper nye situasjoner, utfordringer og problemer, som videre produserer nye former for risiko som danner mennesket sitt livssyn og virkelighetsoppfatning. En liten svikt kan dermed gi store og alvorlige konsekvenser for den enkelte, for eksempel en utvikling som ikke er kontrollert eller planlagt (Giddens, 1994a). Ekspertsystem og symbolske tegn som forutsetter tillit i risikomiljø kan i ulike grader av sikkerhet bli oppnådd, der det beskyttes mot farer (Giddens, 1991). Det forutsetter også tillit til det abstrakte systemet, hvor det ikke oppstår direkte kontakt med individet, som de på et vis er ansvarlig for. Dette kan

for eksempel være internett og sosiale medier, som mange etablerer tillit til. I hverdagens fortløpende aktiviteter er det inkorporert tillit til det abstrakte systemet, og den blir støttet av konteksten i selve hverdagen (Giddens, 1994a).

Tillit og ontologisk sikkerhet kan relateres til den tilliten som de fleste menneskene har til deres selvidentitet, eller sosiale og materielle miljø. Den sikkerheten som de fleste menneskene føler i sammenheng med spørsmål og bekymringer til seg selv, er ofte basert på tidligere erfaringer. Tillit til andre blir utviklet sammen med etableringen av en indre følelse av troverdighet, som etterfølgende danner grunnlaget for en stabil selvidentitet. Ontologisk sikkerhet og rutine er tett knyttet gjennom vanenes vedvarende følelse på psykologisk sikkerhet. Når slike rutiner blir brutt, vil usikkerheten og angsten komme frem, og selv solide grunnsyn av individets personlighet kan bli skrellet av og endret. Å være avhengig av rutine er alltid ambivalent, da det kan hemme følelse av tap. Rutine er psykisk avslappende, men på et betydelig punkt er det ikke noe man kan holde seg avslappet til. Etableringen av tillit er selve betegnelsen for en godkjennelse av personens tydelige identitet. Hvis den grunnleggende tilliten ikke kan utvikles, eller ikke består av sin iboende tvil, vil resultatet være en varig eksistensiell angst. En affære med dette ekspertsystemet innebærer skepsis, forvirring og frykt, altså en risiko (Giddens, 1994a).

#### **2.4.4 Risiko**

Giddens (1994a) beskriver risikobegrepet med utforutsatte hendelser som kan sees som en konsekvens av våre egne aktiviteter eller avgjørelser. Risikoprofilen involverer blant annet bevisstheten om risiko som en risiko, den utbredte bevisstheten om risiko og bevissthet om ekspertisens avgrensinger. Den første kan sees som at de vitenskapelige hullene i fellesskap med risiko ikke kan endres til sikkerhet av religiøs eller overnaturlig viten. Den andre refererer til at mange av de farene som vi står over for kollektivt er kjent av mange mennesker, mens med den sistnevnte mener Giddens (1994a) at ingen ekspertsystemer kan ha fullstendig innsikt i forhold til konsekvensene av ekspertprinsippene sitt bruk.

Det kan også oppstå risiko av daglige eksperimenter, som gir et etterlengtet resultat og reflekterer endringen av tradisjonsroller. Eksperimentene involverer noen veldig

grunnleggende problem som har med selvet og identitet å gjøre, men de involverer også flere endringer og tilpasninger i hverdagen. Dette kan for eksempel dreie seg om faktoren avhengighet, som er noe vi føler må skjule eller lyve om (Giddens, 1994b). Avhengighet er som en repetisjon som har mistet kontakten mellom virkelighet og tradisjon; det opprinnelige er skjult til individet sin bekymring, selv om det må lyves til andre også. Avhengigheten gjør oss ute av kontakt med oss selv, deriblant følelser, moral og bevissthet om vår egen livsprosess. Lysten på mat eller kjemikalier kan være mer et psykisk fenomen enn et fysisk. Denne repetisjonen kan sees som en måte å oppføre seg på i den verden vi kjenner og kan, og er et middel for å unngå eksponering for fremmede verdier eller måter å leve (Giddens, 1994b).

Samlet blir disse grunntrekkene i stand til å forklare hvorfor det å leve i det moderne samfunnet er som å leve med håp og tro, men så lenge modernitetens institusjoner består, vil vi aldri ha fullstendig kontroll over retning eller tid. Vi vil derfor aldri føle oss helt sikre, fordi vi vil møte risiko og konsekvenser av våre valg (Giddens, 1994a).

## **2.5 Fenomenologi**

Et fenomenologisk utgangspunkt er læren om fenomenene. Det har fokus på ulike typer erfaringer, fra oppfattelse, tanker, hukommelse, følelser, vilje til kroppslig bevissthet, sosial- og språklig aktivitet. Edmund Husserl forklarte dette med begrepet *intensjonalitet*, erfaring til ting som eksisterer i verden. Ved hjelp av fenomenologiske tilnærminger kan det søkes etter dypere mening i enkeltpersoners erfaringer (Engelsrud, 2006). I flere hundre år har det eksistert et ledende dualistisk syn på kroppen, hvor kroppen og sjelen har vært skilt. Kroppen var ekskludert fra det som hadde med refleksjon å gjøre, og kom i forkant av et reflekterende subjekt (Engelsrud, 2006). Denne dualistiske tankegangen fikk kritikk av filosofen Edmund Husserl ved forrige århundreskiftet, og senere ble kritikken videreutviklet av Heidegger og Maurice Merleau-Ponty. Sistnevnte er en av de fremste representanter innen fenomenologien om kroppen og vil derfor bli prioritert i denne oppgaven.

Merleau-Ponty er en fransk filosof og psykolog som har vært aktiv på å etablere et alternativ til den tradisjonelle dualismen. Han setter kroppen i sentrum for å forstå menneskets fundamentale grunnvilkår. Merleau-Ponty mener at kroppens forbindelse til

verden er eksistensielt, og at kroppen kan sammenlignes med et kunstverk som formidler sitt budskap gjennom kroppslige språk. Kroppen ytrer og oppfatter seg som en helhet, og ved å være i stand til sansing og persepsjon kan mennesket være reflekterende, med språk og identitet (Duesund, 1995). Persepsjon er inngangen til verden. Det er noe vi er, ikke noe vi har (Duesund & Skårderud, 2003). Vi erfarer verden via kroppen, og den blir en kjerne for hendelser i livet, som også identiteten blir konstruert gjennom (Duesund, 1995). Kroppen blir sett som et levende subjekt i eksistensiell betydning, hvor Merleau-Ponty fremhever kroppen som sentrum for erfaring. Derfor gir det mening at alle forandringene av kroppen fører til en forandring av opplevelsen vi har av verden, for eksempel graviditet, kroppsending, aldring, sykdom og skade. Det blir en kropp som stelles, ikke en kropp som brukes (Duesund, 1995).

I lys av et fenomenologisk syn er kroppen meningsbærende. Den blir gitt mening som et sosialt vesen som er i samhandling med sine omgivelser, og påvirkes av disse. Merleau-Ponty beskriver verdenskroppen som det som er likt for oss alle. Alle mennesker er et produkt av en kropp som består av de samme organer, og som lever sammen med andre kropper (Engelsrud, 2006). Engelsrud forklarer; «alle mennesker lever i en felles verden, men alle gjør det på sin egen måte og har sin egen unike erfaring» (2006, s 33). Verden vil noe via kroppen til den enkelte, og den må ta i mot den meningen som kroppen blir berørt av. Dette kan bare beskrives av individet, og gjennom intensjonaliteten er mennesket kun knyttet til en opplevd verden (Thøgersen, 2004). På bakgrunn av evnen til å velge perspektiv forstår Merleau-Ponty intensjonalitet som at kroppen alltid vil vite mer enn bevisstheten, i og med at evnen til å velge perspektiv ikke er tankestyrt.

### **2.5.1 Kroppsskjema og kroppsbilde**

Merleau-Ponty (Duesund, 1995) benytter begrepet kroppsskjema om at kroppsbildet representerer en reflektert viten om kroppen. Det utviklede kroppsbildet innebærer en ubetydelig liten kroppssoppmerksomhet, som inngår i de vanemessige handlingene snarere enn i bevisste valg. Individet danner seg en forståelse av seg selv via erfaringer og opplevelser, samt hva som skiller mennesker fra hverandre. Kroppsskjemaet viser individets kroppslige evne til interaksjon med verden, som er meningsskapende og

påvirker individet og konteksten rundt (Duesund, 1995).

Merleau-Ponty kritiserer det dualistiske synet, og presenterer et nytt begrep: *den fenomenale kroppen*, som betyr at kroppen opplever, handler og søker mening (Thøgersen, 2004). I motsetning til Descartes sine syn på den mekaniske kroppen som svarer til omgivelsene sine påvirkninger, beskriver Merleau-Ponty at kroppen er i en aktiv samhandling og stadig dialog med verden (Duesund & Skårderud, 2003). Den erfarer og blir erfart. Ved at den levde kroppen er en fenomenal psykofysisk enhet, å *være en kropp* (Duesund, 1995; Duesund & Skårderud, 2003), er den i stand til å kommunisere med verden og den evner å formidle. I følge Merleau-Ponty er dette *egenkroppen*, hvor individet er interaktivt og i dialog med verden; *væren-til-verden* (Duesund & Skårderud, 2003). Det nære båndet mellom kroppen og verden inngår i et omløp som skaper og utvikler hverandre. Dette er alltid parallelt, der det ikke kan oppleves et skille mellom det objektive fra det subjektive (Duesund, 1995). Duesund og Skårderud (2003) mener derimot at det kan oppstå en ubalanse i denne sirkulariteten. Hvis kroppen blir som et produkt for individet, kan det oppfattes som kroppens objektivitet går ut over den subjektive opplevelsen. Den objektive opplevelsen blir da så intens at sirkulariteten begrenses, og den objektive kroppen hemmer individet i den sosiale omverden (Duesund & Skårderud, 2003). Et eksempel er kroppshysteriet i dagens samfunn, der kroppen blir sett som et objekt. Ønsket om kontroll av kroppen er sentralt i dagens kroppskultur, deriblant store krav til selvdisciplin og kontroll ved treningen (Duesund, 1995). En følge av dette er at individet kan bli ekstremt fokusert og selvopptatt på utseendes feil og mangler. Den dys-fremtredende kroppen fremkommer dermed i en estetisk sammenheng. Dette er når kroppen kan oppleves som problematisk, dysharmonisk og er i veien for individet. Kroppen føles som noe fremmed og individet avleder seg sterkt fra kroppen. Kroppen oppleves som et objekt og den fenomenale kroppen forsvinner (Leder, 1990).

Merleau-Ponty belyser kroppens tilegnede vaner som en del av egenkroppen, hvor erfaringer setter seg i kroppen som kroppsskjemaer, som være- og handlemåter. Å tilegne seg nye vaner innebærer en omdannelse og fornyelse av kroppsskjemaet (Duesund, 1995). Det blir en gjensidig utveksling mellom subjekt og objekt (Duesund, 1995), hvor det oppstår en taus kunnskap via kroppen og ikke gjennom språket. Det er en dialog med verden som kroppen deltar uoppfordret i. Denne handlingen forblir i

kroppen og blir en del av individet, og resulterer i et handlingsmønster som automatisk blir en vane og utvikler en tendens til å repetere. De iboende vanene som oppstår blir tatt for gitt, og forsvinner dermed fra bevisstheten (Duesund, 1995; Leder, 1990).

### **2.5.2 Selvoppfatning og selvrefleksjon**

I motsetning til Descartes sitt dualistiske syn om *å ha sin kropp*, viser det holistiske synet til *å være sin kropp*. Denne fenomenale kroppen er slik den viser seg for hver enkelt, eller oppleves for seg selv eller andre. Kroppen er på den måten erfarende, reflekterende, meningssøkende, handlende, sosial og kontekstuell (Duesund, 1995). Selvoppfatningen er alltid subjektiv, og «det fenomenale jeg» belyser at den subjektive fremstillingen av seg selv er den sanneste inngang til selvoppfatning. I følge Nideffer (1976) er selvoppfatning betydningsfullt fordi alle har et sterkt behov til å ha positiv selvfølelse (Duesund, 1995). Vi både ser og blir sett, vi hører og blir hørt. Det er et gjensidig forhold hvor den fenomenale kroppen har en selvreflekterende evne, vi kan være objekter for oss selv, samtidig som vi kan reflektere over oss selv. Vi erfarer verden før vi reflekterer over den, altså en *før-refleksiv* livsverden. Det er den faktiske og erfarne virkeligheten som vi til daglig lever våre liv i, og som vi tar som en selvfølge i alle våre aktiviteter (Duesund, 1995). Vår kroppslige tilværelse preger den verden vi lever i, samtidig som kroppen er et objekt i omverden. Kroppens subjektive oppfatning av dette er grunnleggende for å kunne eksistere som person med selvbevissthet. Dette er fordi kroppen alltid er en sosial kropp (Duesund, 1995). Ferdigheter, vaner og uttrykksmåter sier noe om hvem vi er og om den verden vi lever i. Om denne meningssøkende enheten forsvinner, kan det rundt oss oppleves som fremmed og meningsløst, og vi kan virke ukjente for oss selv.

## 3. Metode

For å belyse og besvare problemstillingene på best mulig måte er valg av metode svært avgjørende. I denne sammenheng blir en kvalitativ forskningsmetode og en fenomenologisk tilnærming mest hensiktsmessig å bruke. Gjennom et kvalitativt intervju får forskeren innsikt i kvinnes livsverden og en slags forståelse og oppfatning om deres valg (Thagaard, 2013). Forsker er i kontakt med personer som har erfaringer med bruk av AAS, hvor informantens subjektive livsverden blir tolket av forsker. Fenomenologien bygger på en oppfatning om at den virkelige verden forstås ut i fra hvordan hvert enkelt menneske oppfatter den (Kvale & Brinkmann, 2009). Den tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og søker en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2013). Virkeligheten blir konstruert og opplevd ulikt av hver enkelt og det vil derfor eksistere flere oppfatninger om et fenomen. Ved at forskeren beskriver de trekkene som er felles ved informantene, vil de felles erfaringene danne et grunnlag for at vi kan utvikle en generell forståelse av det fenomenet vi studerer (Thagaard, 2013).

For å komme nærmere inn på de innsamlende dataene om informantens erfaringer om steroidebruk blir det tatt utgangspunkt i analysemetoden *systematisk tekstkondensering* (STC). Denne metoden er inspirert av professor i fenomenologisk psykologi Amedo Giorgis (1985) modell for fenomenologisk analyse, og videre modifisert av Malterud (2003). Valget falt på metoden fordi ønsket er på å intervju flere informanter fortløpende, og for utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2003). Den fenomenologiske analysemodellen bygger også på Merleau-Ponty sin filosofi, og blir sett som et nyttig redskap i oppgaven. Modellen er hensiktsmessig å bruke når kunnskap skal utvikles fra et aktørperspektiv og undersøker rasjonelle fenomener. Den tar utgangspunkt i å beskrive og avdekke fenomener, i motsetning til å forklare og forutsi.

### 3.1 Kvalitativ metode

I boken *Systematikk og innlevelse* viser Thagaard (2013) hvordan forholdet mellom systematikk og innlevelse refererer til to sentrale punkt ved kvalitativ forskning. En systematisk tilnærming innebærer at forskeren har et reflektert forhold til viktige beslutninger i løpet av forskningsprosessen. Det å reflektere over hvilke avgjørelser som kan være strategiske for å oppnå en helhetlig forståelse av de sosiale fenomenene vi



studerer. En systematisk tilnærming kan bidra til å gjøre grunnlaget for hvordan kunnskap utvikles eksplisitt. Innlevelse er viktig for å oppnå forståelse av de fenomenene vi studerer og for å utvikle teoretiske perspektiver. Karakteristisk for kvalitativ forskning er å ha fokus på mening og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Kvalitativ forskning er også egnet til å belyse samfunnsmessige problem ved å utvikle en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2013). Kvalitativt intervju vil på den måten være hensiktsmessig for å få samlet inn utdypende informasjon fra informantene. Dette vil gi et godt grunnlag for å kunne belyse problemstillingene og temaet på en faglig interessant måte.

### **3.1.1 Det kvalitative intervjuet**

Den beste måten for å finne ut hvordan personer opplever noe er å ha en samtale med dem. Studien benytter derfor kvalitativ forskningsintervju. Formålet med intervju er i følge Thagaard (2013) å få en fyldig og dyptgående informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon, og hvilke synspunkter og perspektiver de har på tema er som blir tatt opp i intervjusituasjonen. Både personens erfaringer, tanker og følelser kommer frem i intervjusamtalen, og gjenspeiler hendelser i deres liv som videre vil prege forståelsen de har av sine opplevelser. Problemstillingene belyser spørsmål om opplevelser og følelser angående kvinnes bruk av steroidmiddelet, og vil som Thagaard (2013) beskriver være utmerket for en kvalitativ forskningsmetode.

### **3.1.2 Utvalg**

Kvalitative studier baserer seg på strategisk utvalg, i den forstand at utvalget velges ut fra de egenskapene som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2013). Studien må også nytte et tilgjengelighetsutvalg, i den grunn at det kan være vanskelig å finne kvinner som er villige til å stille opp som informanter. Fremgangsmåten for å velge ut informantene er derfor basert på at de er strategisk samt tilgjengelige for forskeren. Studien har oppsøkt kvinner i risikomiljøer, til eksempel der det er mistanke om utbredt bruk av doping blant kvinner, deriblant fitness- og kroppsbyggermiljøet. Det eneste inklusjonskriteriet for utvalget er kvinner i alderen 18-60 år som selv har opplevd erfaring med bruk av AAS. Studien har intervjuet åtte kvinner som har erfaring med minst en kur med AAS, og et ønske om å inkludere kvinner med ulik alder, geografi, miljø og brukererfaring av AAS. Det ble rekruttert åtte informanter på grunn av søknaden om 6-8 informanter var godkjent og registrert av REK, samt på grunn av

tidsmangel til flere informanter. To av informantene er tidligere steroidebrukere og de resterende er nåværende AAS-brukere. Rekrutteringen er gjort via annonsering, kontakter og sosiale nettverk. Det ble blant annet satt inn rekrutteringsannonse om studien på internettsider der kroppsbygging diskuteres og der det åpnes for spørsmål og diskusjon av doping. Dette er internettsider som [steroider.net](http://steroider.net), [treningsforum.no](http://treningsforum.no), [hushboard.com](http://hushboard.com) og [fitnessprat.no](http://fitnessprat.no). Det ble også opprettet en Facebookside som la grunnlaget for mange bekjenskaper, markedsføring og informasjon om studien. Seks av informantene tok kontakt gjennom internettannonsene, og to av informantene var tipset om studien av kjæresten.

I følge Kvale & Brinkmann (2009) må det intervjues så mange personer som er nødvendig for å finne ut det studien vil vite. Det kan være en utfordring å få tak i informanter innenfor et slikt tema, fordi mange ser på det som et tabulagt og privat område, som ikke er så lett å dele med andre. Da kan løsningen være å gå mer i dybden på hver enkelt informant. Å få en godt skildret refleksjon av hver enkelt sitt syn på steroidebruken vil gi studien verdifull informasjon som vil bidra til en god besvarelse av problemstillingene. Studiens omfang og tidsramme avgjør hvor mange informanter det er tjenlig å ha, og antall informanter bør ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre omfattende analyser (Postholm, 2010). Derfor vil både tid og ressurser være begrensende faktorer for størrelsen i utvalget (Thagaard, 2013).

Felles for informantene i studien er at de er kvinner som har brukt eller bruker AAS. Det er derimot stor variasjon med tanke på graden av steroidefaring og alder på kvinnene. Noen kvinner har 20 år lang erfaring med bruk av AAS, mens andre har noen få måneder erfaring med steroidebruk. Alderen varierer fra 19 år til 39 år. Det er også forskjellige motiv for AAS-bruket og de tilhører ulike miljø i Norge. Det er ulike begrunnelsen for hvorfor de søkte seg til intervju, noen ble anbefalt av kjæreste eller var nysgjerrig på hva studien innebar. Flere av informantene vil bidra til forskning på et elles kunnskapsfattig felt, da de mener at det er svært viktig å få mer forskning på dette feltet. Det er ikke noe spesielt som kjennetegner de som velger å la seg intervju, bortsett fra de har stor interesse for trening og kosthold. Første og eneste møtet med informantene var under intervjusituasjonen, likevel ble det opplevd god kjemi med informantene under intervjusamtalen. Hver enkelt ga innsyn i deres liv og perspektiv, og vi fikk dermed et inntrykk av hvorfor de tar i bruk AAS. Kvinnene fikk informasjon

om studien på forhånd (vedlegg nr. 1), slik de visste hva de kom til under intervjusituasjonen. De fikk ikke mulighet til å se på spørsmålene før intervjuet. På intervjudagen ble det innledningsvis utført en briefing før intervjuet startet. Intervjuobjektene ble definert intervjusituasjonen, informert om formålet med intervjuet og om etiske retter (Vedlegg nr. 1). Det ble spurt om samtykke til båndopptaker og gitt rom for eventuelle spørsmål fra deres side.

## **3.2 Datainnsamling**

Dette kapittelet presenterer prosessen med datainnsamling. Først vil intervjuguiden bli gjort rede for, etterfulgt av en gjennomgang av den kvalitative intervjusituasjonen.

### **3.2.1 intervjuguide**

En intervjuguide skal fungere veiledende gjennom intervjuet, og den skal forklare formålet med intervjuet samt hvilke emner som skal bli gjennomgått i intervjusamtalen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det blir da viktig at spørsmålene får frem den enkeltes fortelling om seg selv og sitt syn på sine handlinger. Intervjuguiden har fulgt et ferdig oppsett med standard spørsmålsformuleringer i en fast rekkefølge som er laget på forhånd (Vedlegg nr.2). I følge Fog (2004) har intervjuguiden ofte stor betydning for kontakten mellom intervjuer og informant. Videre viser hun til at guiden vil være et støttebidrag til en usikker situasjon, der den vil opprettholde kontakten mellom de to partene. Dersom intervjuer blir ukonsentrert eller stresset kan oppmerksomheten og kontakten til informanten forsvinne. Dette kan resultere i usikkerhet og nervøsitet blant informantene, og redusert informasjonsutlevering.

Fremgangsmåten i intervjuene karakteriseres som en semistrukturert guide, hvor temaene er fastsatt, men rekkefølgen på spørsmålene kan styres underveis av intervjueren. Et eksempel på det kan være å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet. Fleksibiliteten øker og det gjør det enklere å tilføye eller sløyfe enkelte spørsmål, alt etter hvordan samtalen utvikler seg. Intervjuguiden inneholder noen hovedtema med flere underspørsmål. Underspørsmålene ble benyttet som sjekkpunkter på hva studien vil ha svar på, og for oppfølging av det informanten sa. Et eksempel på det er at temaet angående bivirkninger er delt i psykiske, fysiske, medisinske, sosiale faktorer. Intervjuet startet også med enkle spørsmål til «oppvarming», med hensyn til at

det er et personlig og sensitiv tema. Dette fungerte som en fin åpning på samtalen, hvor de i tillegg fikk venne seg til og bli avslappet i intervjusituasjonen. Spørsmålene i oppvarmingsdelen inkluderte personlige opplysninger som alder, utdanning og treningsvaner. Dette svarer til Kvale og Brinkman (2009) sine uttalelser om at de første minuttene av et intervju er veldig avgjørende, fordi informanten vil danne seg et bilde av intervjueren i løpet av denne tiden. Derfor er det viktig at informanten blir trygg på intervjueren, for videre få en fin og naturlig samtale resten av intervjuprosessen. Videre baserte hoveddelen i intervjuet seg på mer dypere, reflekterte og personlige spørsmål angående deres erfaringer, opplevelser og meninger rundt AAS. Avslutningsvis ble de fulgt opp med en debriefing, med mulighet for å tilføye utfyllende informasjon. Det er ikke uvanlig å ha en viss spenning i kroppen etter et slikt intervju, hvor de har utlevert sensitive og emosjonelle opplysninger om seg selv. Intervjuer oppsummerte deretter noen av de viktigste punktene som kom frem i løpet av intervjusamtalen. Informanten hadde da mulighet til å kommentere de spesifikke punktene (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **3.2.2 Gjennomføring**

Alle intervjuene ble foregått på prosjektveileders kontor på Ullevål sykehus. Dette førte til at intervjuene foregikk under stille, lukka og private omsetninger. Intervjusituasjonen ble opplevd som positivt og lærerikt, både for intervjuer og informant. Intervjuene og arbeidet som medfølgte var en læreprosess. Intervjuene hadde en varighet mellom 35 til 75 minutter. Det ble benyttet båndopptaker som teknisk hjelpemiddel, dette for å øke intervju kvaliteten samt redusere stressnivå, og med tanke på senere bearbeiding av intervjuet. All fokus og konsentrasjon ble dermed på selve intervjusamtalen og informanten. Bruk av båndopptaker gir anledning for en sosial interaksjon mellom intervjuer og informant, og bidrar til å øke den personlige kontakten mellom dem (Thagaard, 2013). Det kan også observeres og fortolkes stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsspråk i tillegg til det som blir tatt opp på opptaker, samt reflektere over rollen som intervjuer. Bruk av opptaker gir mulighet for å benytte seg av ordrette sitat fra intervjuet i etterkant. Den kan derimot være en ulempe ved at informantene reagerer på den. Samtalen kan da bli kunstig og informantene kan redusere informasjonsutleveringen. I følge Thagaard (2013) er opptak av intervju å foretrekke når informantene gir tillatelse til det. Videre uttrykker hun at de viser lite interesse for at

opptak foregår når de først har gitt tillatelse til at opptakeren settes på. Alle informantene i studien godkjente bruk av båndopptaker og det var ingen reaksjoner eller distraksjoner underveis i samtalen. Det ble mer flyt under intervjuet, hvor all fokus var på samtalen mellom intervjuer og informant. Det ble også skrevet notater underveis i intervjusamtalen, samt inntrykk og reaksjoner rett etter samtalen var ferdig. Deretter ble prosessen med databehandling og analyse satt i gang.

### **3.3 Databehandling og analyse**

For å gjennomføre arbeidet av intervjuene på en systematisk måte var det nødvendig å omsette intervjuene til tekst. Dette kapittelet presenterer prosessen med transkripsjon, analyser og utvikling av koder av datamaterialet.

#### **3.3.1 Transkripsjon**

Transkribering er omforming av muntlig språk til symboler på et ark uten at mening går tapt underveis. Den innsamlende informasjonen blir mer oversiktlig og lettere å analysere (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennomføringen av transkribering gikk raskt, og foregikk rett etter hvert enkelt intervju. Fokuset var på å holde manus som tett som mulig til det som ble sagt i intervjuet, dette er for å sikre informantenes personlige opplevelser, erfaringer og uttrykk. Samtidig ble det tatt hensyn til de visuelle ledetrådene og stemningsnotater i intervjuet. Informasjon var fremdeles friskt i minnet, som også bidro til et helhetlig bilde av forståelsen av hver enkel informant (Tjora, 2010). Det var blant annet tre intervju tre dager etter hverandre, da var båndopptakeren til god nytte. Alle de åtte intervjusamtalene var interessante og unike, noe som bidro til høy motivasjon for videre arbeid med intervjuene, analysen og skriveprosessen. Det ble totalt 104 transkriberte sider, med en variasjon på 8 til 16 datasider per intervju. Et påfallende mønster var at jo mer brukererfaring med AAS, desto lengre og mer informativt intervju. Tolkingsprosessen startet allerede under transkriberingen, med fokus på hvordan materialet kunne kategoriseres og analyseres videre. I likhet med Giorgi er helheten og ordene sammen grunnlaget for meningen som søkes etter. Derfor ble intervjuene lyttet til både før og etter transkriberingen, for å få en best mulig sammenheng og betydning av ordene i teksten (Malterud, 2003).

Etter hvert intervju ble det mange refleksjoner og noen endringer, hvor jakten på

forbedring var i fokus. Blant annet ble det oppmerksomhet på om det var en tendens til å avbryte informanten før hun hadde pratet ferdig. Det oppstod dermed refleksjoner om det oppstod vanskelighet for å tåle pauser i samtalene eller om det var et sterkt engasjement i det som ble fortalt. Båndopptakeren vart derfor et godt redskap i ettertid. Det skapte en positiv erfaring å lytte til hvert enkelt intervju i etterkant, før det ble satt i gang et nytt intervju. Etter hvert ble det lært seg å ta lengre pauser i tilfelle de ville tilføye noe mer, samt stille flere oppfølgingsspørsmål under samtalen. For å gjøre datainnsamlingen bedre ble det også fokusert på å unngå ja- og nei-spørsmål, og bruke flere spørreord i oppfølgingsspørsmålene, eksempelvis; *Hvorfor det? Hva da? Hvordan?* Dette reduserte sjansen for misforståelse mellom intervjuer og informant. Intervjuer ble også mer aktiv i å stille flere spørsmål angående AAS og miljøet rundt, samt fikk en naturlig samtale som også inkluderte spørsmål utenfor intervjuguiden. Følelsen av å være selvsikker og komfortabel i intervjurollen økte altså etter hver intervjusamtale.

Fortolkningsprosessen fortsatte videre når all datamaterialet var samlet inn. Det er her primæranalyseringen foregår. I følge Malterud (2003) er hensikten med analysen å bygge en bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. Siden oppmerksomheten blir rettet mot den informasjonen teksten gir om temaer, og ikke mot den enkelte informant, blir det benyttet en temasentrert analyse. Disse temaene er på bakgrunn av problemstillingene og hva forskeren studerer (Thagaard, 2013).

### **3.3.2 Dataanalyse**

Hvordan kan intervjuene bidra med å utvide kunnskapen om fenomenene som blir undersøkt? Postholm (2010) beskriver datainnsamlingen og dataanalysen som to gjentatte og dynamiske prosesser. Den deskriptive analysen strukturerer datamaterialet slik det blir forståelig og oversiktlig, mens den teoretiske analysen tar i bruk teori for å analysere deler av materialet (Postholm, 2010). Det kan likevel skilles mellom analyser som foregår underveis i forskningsarbeidet og det som blir gjort med det innsamlede materialet. Giorgi anbefaler fire trinn i analyseprosessen i STC. Det første trinnet er å danne seg et helhetsinntrykk av teksten, etterfulgt av å finne meningsenheter. Videre blir fokuset på å trekke ut innholdet i meningsenhetene og lage subgrupper, og

avslutningsvis skape en sammenfatning av betydningen i alle de forgående trinnene (Malterud, 2003).

Analyseprosessen starter med å transkribere ordrett fra båndopptakeren og deretter lese gjennom transkripsjonen for å få et helhetsinntrykk av det innsamlende datamaterialet. Etter noen gjennomganger av materialet ble det lagt merke til noen sentrale tema. I følge Malterud (2003) er dette for et første intuitivt inntrykk, der formingen av foreløpige temaer som ble observert i teksten begynner. Hun mener det er fire til åtte temaer som vekker oppmerksomhet, og i denne oppgaven ble hvert meningsbærende uttrykk merket med farge, forskjellig farge til hver informant. I trinn to ble det utført en mer systematisk gjennomgang av materialet, hvor fokuset var på å velge ut de delene av teksten som fremstiller de innledende temaene. Meningsenhetene som var relevante for problemstillingene ble gruppert under de fastsatte temaene og ble omformet til koder. Enhetene som var like ble videre gruppert sammen og dannet kategorier. Dette ga rom for mye refleksjon angående de dominerende temaene i materialet, som videre resulterte i en bestemmelse for hvilke tema som skulle fokuseres videre på. Etter hvert som meningsenhetene ble behandlet, var det nye koder som kom til eller som ble formet sammen med andre. Datamateriale som ikke er sett som relevant i forhold til problemstillingene ble i denne fasen ekskludert. Trinn tre fokuserte på å lete etter flere nyanser i datamaterialet ved å studere de meningsenhetene som var funnet tilhørende dette tema. Dette ble sortert i undertema. Videre ble hvert undertema sammenfattet, og sitater fra transkripsjonen som underbygget innholdet i teksten ble nedskrevet. Fasen er en systematisk kondensering, hvor kondensatene (kunstig sitering) blir omformet, og kodene får mening. Fokuset var på å uttrykke innholdet så direkte som mulig, uten å tolke det. For å sikre validiteten i prosessen ble det viktig å kontinuerlig gå tilbake til transkripsjonen for å forsikre om at teksten ble rett gjengitt og ikke tillagt noe av egne meninger. Siste trinnet i analysen består i å rekontekstualisere, som er en forkortning av kunnskapen og betydningen av de forgående trinnene i analysen. Ved å knytte teoretisk relevante begreper til kategorier i materialet, vil føre til en fremheving av meningen i teksten (Thagaard, 2013). Kondensatene fra de ulike temaene og sitater fra den transkriberte teksten er utgangspunktet for en analytisk tekst som blir resultatpresentasjonen av studien.

Disse fire trinnene i analysemetoden STC bidrar til et nærmere steg i prosessen på å

finne svar på hvorfor kvinner tar i bruk AAS. Analyseprosessen danner utgangspunktet for resultatene slik de står beskrevet i neste kapittel. Det er viktig å poengtere at analyseprosessen er en sirkulær prosess og ikke lineær. Det er stadig bevegelse innom de forskjellige områdene av datamaterialet for å få en sammenhengende forståelse av materialets omfang. Som Malterud (2003) påpeker, vil ofte metoden omformes underveis ved at veien blir til mens vi går.



## 4.0 Resultat og diskusjon

Funnene blir sett opp mot tidligere forskning og ulike teoretiske forankringer for å få en potensiell mening i informantenes handlinger. Sitatene fremstilles ordrette fra intervjusamtalen for å få et bilde og forståelse så realistisk som mulig. Som forsker og intervjuer er målet å få en forståelse over informantenes tanker og følelser om AAS-bruk.

### 4.1 Hva kjennetegner kvinner som tar i bruk AAS?

Studien har intervjuet åtte kvinner som har erfaring med bruk av AAS, der hver kvinne har en unik historie, opplevelse og erfaring med bruken. Informantene består av fire kvinner både tidlig og sent i 30-årene og fire kvinner i tidlig 20-årene, den eldste informanten er 39 år og yngste er 19 år. Syv av kvinnene har samboer og to av dem har barn. To informanter studerer idrett, en studerer økonomi og administrasjon, en er farmasistudent og en studerer vernepleie. En informant jobber i klesbutikk, en er dørvakt og en er psykiatrisk sykepleier, og flere av informantene er i tillegg utdannet personlig trener.

Bortsett fra trening bruker de fritiden sin til å være sammen med kjæresten og barna sine, bruke tid med hunden samt blogge. Flertallet av kvinnene trener på kommersielle gym som Sats Elixia, og trener enten sammen med kjæresten eller alene. Det er styrketrening som er hovedprioritert, og utelukkende utseende som står i fokus blant kvinnene. Informantene trener fem til seks styrkeøkter i uken, hvor de har fokus på å trene for å bli sterkere og mer muskuløs. Kroppsmasseindeksen til informantene varierer fra 20,7 til 26,4, som karakteriserer de som normal- til overvektig (Helsedirektoratet, 2009). Å stille i konkurranse i Womens Physique, Body Fitness eller Bikini Fitness er treningsmålet for fem av informantene, hvor et av hovedmålene er at kroppen skal se muskuløs ut, symmetrisk, samt svært liten fettprosent, ofte under 10 %. Etter intervjuers synspunkt ser studiens informanter helt normale ut utad og flere av dem kan ikke karakteriseres som den «medieskapte» steroidebrukeren. Kvinnene har en veltrent og slank kropp, et utseende som ikke skiller dem fra andre trente kvinner. Dette står i samsvar med Barland og Tangen (2009) som påpeker at det er vanskelig å finne et entydig bilde og karakteristikker av motiv eller miljø som identifiserer dopingbruken. Så hva er det som ligger til grunn for at kvinnene begynner med AAS?

#### 4.1.1 Introduksjon til AAS

Introduksjonen til AAS er forskjellig, men noe som går igjen er rekruttering via kjæreste. Kvinnene ble sammen med en mann som brukte AAS og ble deretter påvirket til å bruke preparatet. En annen faktor som kjennetegner informantene når de startet med AAS er at de er interessert i trening og trener på treningssenter. Treningen er en del av livsstilen til kvinnene og de vil noe mere med treningen, enten i form av prestasjon eller utseende. Seks av kvinnene nevner at det tok ca. en måned fra de ble introdusert for AAS til de bestemte seg for å kjøre sin første kur. En informant ventet derimot i tre år før hun begynte, mens en annen begynte relativt med en gang. Hun forklarte det på denne måten:

*Tror vi begynte å prate om det, åja, det vil jeg prøve og så prøvde jeg det. Men det var jo bare tull da. Det var ikke noe systematisk ordentlig. Det var bare sånn: oi, den der er bra å bruke, ok, da prøver vi den, sett en sprøyte på meg. Lurer på om det var en ekskjæreste.*

Sitatet viser at informanten er relativt uvitende om preparatet og tar det hele lite seriøst. Det er lite gjennomtenkt og en spontan avgjørelse, men hun har en formening om at det er noe som er *bra å bruke*. En annen informant viser andre holdninger, der hun ble introdusert for AAS via en kjæreste da hun var 16 år. Etter 2,5 år med søkning og mye informasjonslesing følte hun seg klar for preparatet, og et halvt år senere kjøpte hun AAS og tok sin første kur. I motsetning til de andre informantene, begynte denne kvinnen med AAS før sin (nye) kjæreste og med mye informasjon før hun startet med AAS. Tilfellene ovenfor viser to helt forskjellige rekrutteringer til steroidebruk. Noe som går igjen i fortellingene til kvinnene er at de i utgangspunktet har vært negative til bruk av AAS. Etter de blir introdusert for og blir en del av subkulturen der trening og kosthold er sentralt, endrer tankegangen seg. De vil ha fortgang på kroppsprosjektet og AAS blir et nødvendig hjelpemiddel for å oppnå ønsket; bli sterkere, få mer muskler og lavere fettprosent. I likhet med Gruber og Pope (2000) tilhører informantene et kroppsbyggermiljø og flere av dem er mer muskuløse enn andre kvinner. Bergengen (2011) viser også til at steroidebruk kan dukke opp som en del av lokale subkulturer som har et særlig sterkt fokus på kropp og trening. Med en rådende kroppsfokusering og en kropp som har blitt et formål for dyrkelse, kan dette relateres til den fenomenologiske tankegangen. Kroppen inngår i kulturen og kulturen inngår i kroppen

(Duesund, 1995). Disse miljøene kan bli så ekstreme at det forårsaker skader, til eksempel ble en informant syk av å tilbringe tid på spesifikke gym og fitnessmiljøet på grunn av så mye kroppsfokus. Det påvirket henne psykisk, hvor fokus på kropp og perfektion ble uoppnåelig stort, som resulterte i ekstremt dårlig selvtillit og selvfølelse. Kvinnene med minst AAS-erfaring påpekte at det er et veldig skjult miljø blant kvinnelige brukere, mens det derimot er et åpent og stort miljø blant mennene. Den mest erfarne brukeren, med 20 års brukererfaring, forteller at de som har brukt AAS føler at de må fortsette, da det ikke er vits å trene uten. Videre forteller hun at flere av hennes venninner brukte det, og dermed ble det mye påvirkning av hverandre. Mange brukte AAS også uten å trene, de tok det for å slanke seg. Dette viser blant annet at preparatet ble brukt utelukkende som et middel for å endre kroppssammensetning, presentasjonen. En annen informant forklarer dette:

*Nei altså, jeg er ikke i noe miljø. Men det er på en måte meg de ringer til viss de skal ha tak i da, vertfall i min vennekrets. Alle vennene mine bruker det, men moderat da. Det er sånne som du ikke ser det på. Som sykepleier, leger og sånn forskjellig. Gutter bruker for eksempel en veldig lav dose med testosteron da, bare sann for psykens del, og for å få den lille boosten på trening, og vekst. Også mange jenter, men de ødelegger jo seg. De vil ha alt mulig. Det er stort sett guttene som handler for dem. Så du bare vet at det er til dama deres liksom. Jeg driver ikke med salg og sånn jeg altså. Men jeg bare kjenner veldig mye folk liksom. Det er kjempeallment. Det er finanstopper liksom.*

Informanten mener det er vanlig å bruke AAS og veksthormon blant den generelle befolkningen, men det foregår skjult og det er et ukjent og tabulagt tema i samfunnet. Dette er i samsvar med Antidoping Norge (2014) sine uttalelser om at bruk av AAS ikke lenger er forbeholdt subkulturer på enkelte treningssenter, men eksisterer på de aller fleste sentre og er etablert i et mangfold av sosiale miljøer og kretser. AAS har i allmennheten fått et dårlig rykte, ikke minst på grunn av mediens omtale. Dette har ført til en utbredt bevissthet om risiko av AAS i samfunnet (Giddens, 1994a). Informantene påpeker at de alle har hørt historiene om *bolerne* og at de var hissige og voldelige, men har innsett at det ikke er sånn i realiteten. En annen informant sa følgende: «*Alle vet jo at det ikke går an å bli sånn og sånn uten å bruke det*». Dette gjenspeiler også befolkningens bevissthet om AAS, og dens potensielle risiko. I følge informantene er bruk av AAS blant kvinner veldig skjult selv om de påstår at de kan se hvem som

bruker det. Informantene omtaler de andre brukerne som *de*, og videre forklarer flere at mange kvinnelige brukere ødelegger seg ved å ta AAS og fremstiller de som kunnskapsløse. De bruker en forklaringsmåte der de nøytraliserer sin egen risiko med steroidebruk, og viser hvordan de tar avstand fra personer som ikke gjør det «riktig». Dette omhandler ofte dosering, type AAS og kombinerings av ulike AAS. Kvinnenes forklaringer kan fortolkes som et forsøk på å fremstille seg selv som en ekte bruker av AAS.

#### **4.1.2 Motiv til AAS-bruk**

AAS blir sett på som et prestasjonsforbedrende middel (Wichstrøm & Pedersen, 2001), og blir derfor brukt som et rasjonelt hjelpemiddel for å få stor muskelvekst på kort tid, spesielt som en respons på styrketrening. Kvinnene har ofte opparbeidet forventninger om hvilke virkninger AAS vil gi, og noen vet at det også kan forekomme negative bivirkninger av bruken. Hva er det da som motiverer den enkelte til å bruke AAS tross de negative bivirkningene?

En informant fortalte at hun begynte med styrketrening på grunn av en forelskelse. Hun hadde aldri løftet en vekt før og etter et halvt år med styrketrening startet hun med AAS: «*Forelskelsen gjør det meste med deg, he-he*». Fem av informantene begynte med AAS, ved at de oppsøkte det selv for å få fortere fremgang på treningen. Felles blant kvinnene var at de ville ned i fettprosent, bli sterkere og få større muskler. Dette var gjerne relatert til å stille i fitnesskonkurranser, ved å beholde muskelmassen under diett. Tre informanter begynte med AAS for å se bra og *fit* ut. De hadde ingen planer om å stille i fitnesskonkurranser den tiden, men ville bare prøve AAS fordi de var nysgjerrige. Av bemerkelse er disse tre informantene de med lengst erfaring med AAS, med en debut for 10-20 år siden. Selv om målet med AAS-bruken ikke var relatert til deltakelse i fitnesskonkurranser, var det samme motiv som låg til grunn som med fitnesskvinnene: mer muskler og en lav fettprosent. Stikkord som harde muskler og mer synlige muskelfiber ble omtalt blant kvinnene, og de slapp å jobbe så hardt for å gå ned i fettprosent. Disse kvinnene hadde et presentasjonsorientert motiv med steroidebruken, og kan sees i likhet med sunnhetsmodellen til Duesund (1995). Kroppen er en gjenstand og noe de *har*, som skal stelles og pyntes på.

Informantene representerer sunnheitsmodellen hvor målet ligger *utenfor* aktiviteten selv (Duesund, 1995). De har et mål relatert utseende ved treningen, og bruker AAS for å få raskere resultater på kroppen de ønsker. Innselset (2000) viser til lignende resultat der årsaken til steroidebruk er ønsket om å oppnå raskere resultater, større muskelmasse, en mer attraktiv kropp og et bedre selvbilde. Og det kan antas at AAS-bruket øker den fysiske selvoppfatningen under en kur, som videre kan smitte over på informanten sitt selvbilde (Innselset, 2000; Haug, 2013). Informantenes motiv for steroidebruk samsvarer også med Barland og Tangen (2009) sitt syn på hvorfor vi ser økt bruk av AAS utenfor den organiserte idretten. Det er den økte oppmerksomheten på en internasjonal kropps- og fitnesskultur, som innebærer en rasjonell handling og et formål med AAS-bruken. Medias og samfunnets skapte idealkropp gjenspeiler en foretrukken sunn livsstil og sunne livsvilkår. Å være tynn med definerte muskler og lav fettprosent gir prestisje i samfunnet og er et positivt varemerke (Duesund, 1995; Barland & Tangen, 2009). Dette kan også sees i lys av Merleau-Ponty sin forklaring om at informantene møter verden gjennom oppfattelsen. Med et stort kroppsfokus i samfunnet og særlig i treningsmiljøet, vil det påvirke kvinnenens oppfatning av kropp på et eller annet vis. En informant forklarte motivasjonsfaktoren for steroidebruk på denne måten:

*Det var vel det at jeg ville skape meg om til noe annet, ville skape meg om til den der terminatorkvinnen, som har fullstendig kontroll. Jeg ville bare ha muskulatur og blodårer. Og kroppsfettet på den tiden var min største fiende. Så det var jo å prøve å flykte fra fett.*

Sitatet viser at kvinnen vil skape seg til noe annet, skape en identitet. Denne identiteten skal ha fullstendig kontroll. I likhet med Eichberg (2008) er det flere av informantene som har prøvd å finne seg selv, sin identitet og tilknytning i flere år uten å lykkes. De har oppdaget at de kan lykkes med fitness, kroppsprosjektet, om de bare er disiplinert nok. Ved å bruke AAS kan de nå resultater på raskere tid, samt mestringsglede og økt selvoppfatning, og for mange er dette veien til å finne en identitet. I et velferdssamfunn som Norge er en slank kropp et bevis på kontroll over egen kropp og matinntak, og et symbol på suksess (Lesjø, 2008). Det vises også til spenningen i samfunnet mellom inklusjon av muskler og eksklusjon av fett. En muskuløs kropp har blitt et kvinnelig ideal (Maguire, 2001). Dette kan sees i samsvar med undersøkelsen til Innselset (2000) som viser at kroppsbygging er streben etter den perfekte kroppen og den totale kontroll

på livet, der alt i livet skal kalkuleres, og settes i predikerbare og disiplinerte prosesser. Å vise at hun har kontroll på kroppen symboliserer at hun har kontroll i dagens samfunn, og kontroll på ernæring og aktivitet reflekterer hardt arbeid og ambisjoner. Det kan forstås som at et steroidebruk forutsetter å prestere, det å beherske seg selv innen preparater, mat og trening (Duesund, 1995; Skårderud, 2007). Informantens sitat viser også at kroppen signaliserer at hun har lyst til å bli oppfattet som en terminator Kvinne med fullstendig kontroll. Hun uttrykker også selvstendighet, styrke, makt og egenvilje som reflekterer hvem hun er og om den verden hun lever i (Duesund, 1995; Reischer & Koo, 2004). Hun blir tvunget til å leve et refleksivt liv og speile seg i de tilbakemeldingene hun får fra andre. Denne type refleksjon trenger helt inn i kvinnen og gjør selvet til et refleksivt prosjekt som hun selv er ansvarlig for, som kontinuerlig må konstrueres og rekonstrueres livet ut (Giddens, 1991). Med fokus på en økt kontroll over kroppen i det moderne samfunnet, har resultert i en økt interesse og fokus på dette (Shilling, 1993). En konsekvens er at det oppstår mer usikkerhet rundt hva kroppen er. Flere av informantene søker kontroll og disiplin i dette usikre samfunnet, og omstiller livsstilen til å delta i den populære trenden med fitness og kroppsbygging. Informanten som har nådd lengst i fitnesskonkurranser fortalte hvorfor hun begynte med AAS:

*Når du vet at du har ett år igjen som junior før du blir senior (i fitnesskonkurransen), og du vil til VM. Så gjør du liksom det som må til for å komme dit. Det får bare bære eller briste liksom. Det går liksom litt fortere, det er liksom ikke til å skyve under en stol.*

Kroppen må bearbeides for å bli mest mulig klar for konkurranse, der informanten selv er ansvarlig for å få dette til. For å tilfredsstille kravene tar hun i bruk AAS for å oppnå de kroppslige målene på kort tid (Giddens, 1991). Dette kan også sees igjen i rapporten til Barland et.al (2010) der kroppen blir et viktig redskap som presenterer seg selv i forhold til omgivelsene. Bruken av AAS er ofte nøye planlagt og er en instrumentell handling for å skape og gjenskape den «perfekte» muskulære kropp innenfor avgrensede sosiale miljø (Skårderud 1991; Barland 1997; Monaghan, 2001). Treningsmiljøet er et fellesskap og en trygg arena for informantene der det oppstår felles normer og verdier, og hvor bruk av AAS ikke anses å være noen kriminell handling. Dette står i strid med straffeloven § 162b hvor det er ulovlig å bruke AAS uten medisinske grunner, også i fitnesskonkurranser. Informanten forteller videre at med

god dialog med legen, regner de frem til hvor lang tid i forveien av en konkurranse dopingkuren må avsluttes før preparatet er ute av kroppen. Ved at informanten slutter med steroidekuren 6-8 uker før konkurranse vil dopingprøven være negativ, og videre påpeker hun at dette må til for å hevde seg i toppen fordi de fleste konkurrenter gjør det samme. Steroidene bidrar til å justere, definere og forme kvinnenens kropp, og på den måten blir det subjektive overgått av den kroppslige presentasjonen (Skårderud, 2010). Dette resulterer i at det blir en konkurranse om å bruke den beste preparatkombinasjonen istedenfor en konkurranse basert på naturlig, ærlig og etisk prestasjon og arbeid. Innad i miljøet er bruk av AAS godtatt, selv om regelverket sier det ikke er lov. Dette skaper en form for dilemma for kvinnene, der steroidebruken vil omtegnes som juks og uetisk oppførsel for de fleste samfunnsborgere. Kvinnene benytter seg av AAS for å forbedre kroppen samt endre sin fremtid i tråd med sosiale normer (Shilling, 2008).

Funnene samsvarer med studier som ser på motivasjonen for å begynne med AAS utenfor den organiserte idretten. Kvinnene bruker AAS på grunn av utseende, hvor det symboliserer i hvilken grad de oppnår målet med den «perfekte kropp. Noen mener at dette er et resultat av samfunnsskapte forventninger til kropp og utseende (Barland et al, 2010; Barland & Tangen, 2009; Moberg & Hermansson, 2006). Bruken av AAS blir også sett som et resultat av sosialt skapte forventninger, der et økende kroppspress i dagens samfunn kan medføre at flere begynner å bruke AAS (Skårderud, 1991; Barland, 1997; Monaghan, 2001). Informantene er i en kultur der trening og kropp er sentralt, og det er de selv som oppsøker AAS. Holdningene deres for AAS endrer seg etter de inntar kulturen der det er utbredt å bruke preparatene, og ikke med samfunnsskapte forventninger til kropp og utseende (Bilgri, 2013). Kroppsprosjekt ble heller omtalt som noe fremmed, stigmatiserende, uforstående og kriminelt i samfunnet. Dette resulterte i et skjult steroidebruk blant kvinnene.

#### **4.1.3 Kunnskap om AAS**

På grunn av lite forskning på AAS og AAS-brukere i Norge, er det et sosialt og kulturelt miljø som er lite klarlagt. Hvordan påvirker dette kunnskapen til den enkelte og miljøet rundt? Og hvor får de kunnskapen fra?

Det var bare en av informantene som hadde lest seg opp på forhand, samt en annen hadde fått beskjed om å lese konstruktiv kritikk på internett før hun begynte med AAS. De andre visste veldig lite om AAS. En informant påpekte at hun hadde ikke startet med AAS hvis det ikke hadde vært for kjæresten, på grunn av uvitenhet angående middelet. Ettersom det eksisterer lite informasjon om denne gruppen, er det vanskelig å øke kunnskapsbasen på feltet og kvinnene kan ikke basere seg på vitenskap. De som begynte med AAS for ti-tyve år siden benyttet en bok som ble omtalt som bibelen innen feltet; *Anabolic Reference Guide* av Nathaniel Phillips (1991). I nyere tid er internett den viktigste og mest sentrale informasjonsbæreren og er en stor bidragsyter til utbredelsen av AAS, deriblant en sterk økning i samtalefrekvens på diverse internettforum. Internett gir mulighet til å lese om AAS og ulike dopingmidler, forhøre seg og stille spørsmål på diskusjonsforum, og ikke minst foregår kjøp og salg av AAS over nettsteder. Internett foregår anonymt og terskelen blir lavere for å prøve ut. En informant forklarte det slik:

*Jeg leste det på forskjellige forskningssider, prøvde å finne forumsider om jenter som kanskje hadde brukt det før, er ikke så lett å finne. Så jeg tok bare å samlet opp alt jeg fant og leste gjennom, og kom til en konklusjon. Litt sånn forskning på menn, det er vell litt enklere å finne. Og så prøvde jeg å implementere det litt sånn til meg.*

Sitatet viser et søk etter kunnskap som ble gjort via internett og ulike diskusjonsforum. Søket skaper en risiko for troverdigheten til informasjonen som blir innhentet, da det ofte er ufaglærte personer som deler informasjon i disse typer medier. Dette kan sees i lys av Giddens (1994a) sitt ene grunntrekk som kjennetegner det sosiale samfunnet, ekspertsystemet. Kvinnen etablerer tillit til et slikt system og de skaper trygghet i kunnskap og informasjon fra anonyme brukere på diskusjonsforum og sosiale medier. Denne etablerte tilliten til det abstrakte system er innarbeidet i kvinnenens hverdag (Giddens, 1994a), hvor kunnskap om trening, kosthold, restitusjon og AAS er viktig for å gjennomføre kvinnenens kroppsprosjekt. Informasjonen kvinnene skaffer seg på internett kan skape utfordringer og problemer, og skape nye former for risiko som former kvinnens virkelighetsoppfatning av AAS. Kvinnene benytter ukjente personers kurer, kombinerer ulike steroidpreparat og øker doseringen uten noe spesifikk kunnskap om AAS. Mange av informantene vet ikke hvor mye eller hva de tar, og flere stoler blindt på kjæresten som setter opp kurene. En liten svikt på dette feltet kan gi store og



alvorlige konsekvenser for kvinnen, eksempelvis alvorlige fysiske og psykiske bivirkninger (Giddens, 1994a).

En bevissthet om at AAS kan skape risiko er også reflektert blant informantene. Et par informanter la nemlig vekt på at det er viktig med regler på steroidebruken, deriblant pauser underveis, hvor sentrale argument er å få igjen menstruasjon og for psykens del. Det tvinger informantene til å ha et bevisst forhold til kunnskap på dette feltet, fordi AAS-bruk innebærer en viss risiko (Giddens, 1994a). Kvinnene viser at de har opparbeidet seg kunnskap og forståelse til å begrense steroidebruken, da de vet at det foreligger en eventuell risiko ved deres bruk. Det er derimot fåtallet av informantene som bruker tid på organisering og administrering av AAS, da det meste går gjennom kjæresten. En kvinne skiller seg ut, hun bruker mellom 20 og 25 timer i uken på å lese og skaffe informasjon om preparater og andre personer sine erfaringer om bruk av AAS. Hun har også kurlogg på Hushboard som er et internasjonalt dopingforum og dopingbørs, for å dele erfaringer med andre interesserte jenter. Selv om de fleste informantene stoler blindt på kjæresten, viser risikoprofilen til Giddens (1994a) at ingen ekspertsystemer har fullstendig kontroll på konsekvensene AAS kan medføre. Det er nok en grunn til at det er forbudt med AAS i Norge, da alvorlige bivirkninger kan forekomme tross kunnskapsnivå. Dette er til eksempel økt aggressivitet som påvirker samfunnet, pårørende og seg selv (Pallesen, 2008).

#### **4.2 Hvorfor fortsetter kvinnene å bruke AAS?**

I følge Giddens (1991) blir kropp sett i sammenheng med den refleksive danningen av identitet mer avhengig av hva vi viser til andre via kroppen. Har kroppen blitt mer et presentasjonsmiddel enn prestasjon? Må den hele tiden arbeides med for å være presentabel? Hvorfor fortsetter kvinnene med AAS?

Informantene påpeker at de ser og merker resultater fortløpende ved bruk av AAS. Det gir mersmak med synlige blodårer, muskler, hard muskulatur og økt muskelstyrke. Restitusjonstiden forkortes betydelig og de yter bedre på trening. Steroidemidlene fungerte som forventet, og de ga raske og tydelige resultater. En informant fortalte at hun er utålmodig og lat, så steroidene gjør henne klar for fitnesskonkurranse på kortere tid og med mindre arbeid. Hun brukte fire måneder på å få større muskler og lavere

fettprosent istedenfor flere års arbeid. En annen informant benytter veksthormoner for å se yngre ut, med påstått restitusjonseffekt av hår, hud, rynker og produksjon av kollagen. Tidligere kombinerte hun veksthormoner med AAS, dette for å få en ekstra effekt av steroidebene på fettforbrenningen. Kvinnes forklaringer på hvorfor de bruker AAS står i samsvar med forklaringene til Norheim (2008). Han belyser at bruk av AAS viser en potensiell økning av muskelstyrken med 5 % til 20 %, og restitusjonstiden forkortes betraktelig under en kur. I følge Reim og Hursey (1995) oppstår det eufori under steroidebruk der hurtig fremgang og forbedret fysikk øker følelsen av velvære, og videre virke forsterkende på atferden. Naumov (2004) og Elliot et. al (2007) viser også til en trend der tenåringer i økende grad tyr til AAS for raske løsninger for fettforbrenning og som slankemiddel. Informantene er fornøyd med fortgangen i kroppsprosjektet og gir mersmak av AAS og sin egen kropp. Speiler de seg i de positive virkningene middelet gir?

Informantene oppgir at de får flere kommentarer og komplementer når de er på kur. «*Du ser bedre ut vet du, du gjør det*». En sentral faktor mange oppgir er at disse kommentarene kan ha en sammenheng med at de er på diett samtidig som de tar AAS. De ser mer *rippet* ut og har en såkalt konkurranseform; mye og definerte muskler og samtidig svært lav fettprosent. En informant legger også til at det stadig vil være små forbedringer i små muskler som kommer frem, og at hun viser seg selv mer på gymmet i form av mindre klær. Dette kan sees opp mot selvtilliten kvinnene får når de er på en kur, der de føler seg bedre både fysisk og psykisk. Det ytre gjenspeiler det indre og motsatt. Som Duesund (1995) forklarer, er den subjektive fremstillingen av seg selv er den sanneste inngang til selvoppfatning.

Når kvinnene får kommentarer på utseende, vil det reflektere på kvinnens selvtillit og selvbevissthet, og kan skape en avhengighet av å bygge selvfølelsen på kroppslige uttrykk (Skårderud & Vinsrygg, 2003). I følge Duesund (1995) vil enhver forandring av kroppen føre til en forandring av kvinnes opplevelse av verden, ved at kroppen og utseende er inngangen til verden. Dette medfører også at kvinnene tilegner seg nye oppfatninger og vaner som fornyer kroppsskjemaet. Kroppens økende sentralitet i samfunnets forbrukerkultur fører til at kvinnes kroppsprosjekt formes i samarbeid med omgivelsene og gjenspeiler kvinnes fysiske kapital (Shilling, 1993). Ut fra forklaringene til kvinnene kan det antas at fokuset har beveget seg fra det å ha en kropp

til det å være en kropp. Kroppen går fra å prestere til å presentere, der bestemt mengde trening står sentralt for måling av presentasjon, gjerne gjennom definerte muskler og fettprosent. Dette kan sees i lys av Merleau-Pontys beskrivelse av den dys-fremtredende kroppen, hvor informantene står i fare for å miste den fenomenale kroppen (Leder, 1990). Det blir mer fokus på å se kroppen via kvantitative målevariablers og speile seg i speilbildet, enn det de opplever gjennom å leve og føle sin egen kropp (Duesund & Skårderud, 2003). Og i likhet med sunnhetsmodellen blir kroppen et objekt og varemerke til omgivelsene, med kroppsforming på millimetermål. Et par kvinner fokuserte også på prestasjonsdelen av steroidebruken: «*Jeg trives veldig godt på trening når jeg er på kur. Og det og gjør jo at du blir jo glad på en måte da, at ting fungerer*». Og en annen forklarte det på denne måten:

*Jeg føler egentlig at jeg har hatt veldig god kontroll på psyken hele veien. Og så blir jo man opptatt med styrken da, det er gøy å være sterk. Så jeg føler jeg har vært heldig sånn sett, at hodet mitt har vært med hele veien.*

Sitatene over viser at informantene beskriver det å være en kropp – det å være sterk og lykkes på trening. At informanten opplever trivsel på trening som videre fører til en glede, står i stil med kroppserfaringsmodellen, der selve treningsopplevelsen står i fokus. Det foregår eksperimentering med AAS for å endre kroppen, og det blir et redskap de bruker gjennom et livslangt identitetsprosjekt. Fem av informantene hadde ingen direkte estetiske motiv bak steroidebruken, men å få raskere fremgang på treningen. De er mer rettet mot en prestasjonsorientert grunnfaktor. Omtrent alle kvinnene blir mer presentasjonsrettet etter at de begynner med AAS, da de blir avhengig av å ha stor muskelmasse og generelt den kroppen de har opparbeidet. I følge Wichstrøm og Pedersen (2001) er de resterende to hovedmotivene til steroidebruk nemlig disse, prestasjonsforbedring innen trening og et økt estetisk og presentasjonsfokus blant steroidebrukerne. Det at kvinnene blir så presentasjonsrettet etter de starter med AAS har ført til at noen av dem har blitt så opphengt i sine muskler og blitt redd for å stoppe en syklus fordi de har vært redd for å miste muskelmasse, særlig i konkurranseperioden. Andre informanter har vært redd for å miste sin identitet og synet andre personer har på dem. AAS ga en ro og avslappende følelse som tilfredstilte informantenes behov, og skapte en avhengighet av AAS for å fungere i hverdagen. I følge Barland (1997) er ro og stabilitet faktorer som kan oppstå av

steroidbruken blant brukerne. Avhengighet av AAS kan også være mer et psykisk fenomen enn fysisk, hvor kvinnene er avhengig av rutine, og at steroidbruken undertrykker følelsen av tap som informantene har (Giddens, 1994b). En informant forklarte sin vanskelige og utfordrende livssituasjon, og hadde et ønske om å skape noe ekstremt. Hun skapte en tilknytting til AAS som ga henne kontroll og dermed en avslappende følelse som tilfredstilte hennes behov i hverdagen (Giddens, 1994a). Etter hvert blir dette en kropp og identitet som vises utad, som beskrives videre av en annen informant:

*Det har jeg ikke helt tenkt på. Det er jo klart det at når man har blitt vant med det, og blir kjent med andre. Folk forventer jo at det er sånn. Fikk på en måte en identitet jeg måtte opprettholde.*

Sitatet viser at det har blitt skapt forventninger til hvordan informantene skal være, en identitet som må vedlikeholdes og stadig bygges på. Hun påvirker og blir påvirket med kroppen, hvor den symboliserer vilje, disiplin og kontroll. Det reflekterer hvordan hun har lyst til å bli oppfattet- noe hun vil fremvise og er stolt av. Dette samsvarer med Bergengen (2011) sine forklaringer på hvordan den riktige, trente og muskuløse kroppen i seg selv betyr sunnhet og dermed signaliserer at hun har det bra, er vellykket og lever et riktig liv utad. Samtidig belyser de at de ikke vil vise kroppen sin for andre, i redsel for å bli tatt som juksemerker. I følge Maguire (2008) gjenspeiler dette livsstilsprosjektet mer en identitetsbygging enn kroppsbygging. Kroppen og dens fremstilling og fremtoning er så viktig at bekymringen for helsen innen fitness trening blir skyggelagt (Maguire, 2008).

En informant fortsatte med AAS til tross for at hun endte opp på legevakten etter første steroidsprøyte. Hun visste ikke hva hun ville med livet, og hverdagen bestod av trening, riktig kosthold og bruk av AAS. Hun uttalte: «*Det var jo dette ønsket om denne perfekte kroppen. Det var liksom det verdenen min bestod av, trening*». Sitatet viser at informantene har dedikert hverdagen til et livsprosjekt som går ut på å forme kroppen på en spesifikk måte. Dette er gjentakende blant kvinnene, der AAS ble et redskap på å transformere og skape noe med kroppen. Kroppens utseende er så viktig at de bruker utallige timer på treningssenteret. De føler seg hjemme der og de finner en trygghet og forståelse, samt har fått en ny omgangskrets blant gymkollegene. Treningen blir

prioritert fremfor andre aktiviteter og de jobber målrettet for å skape det perfekte kroppsobjektet og synlige identiteten. Dette viser at kroppsprosjektet er viktig og meningsfylt for kvinnene. En slik type prioritering reflekterer behovet for kontroll for å arbeide på kroppsprosjektet, men hvor bra har de det egentlig når trening og mat styrer hverdagen deres? Sosialt liv og venner blir erstattet med gymmen og gymkollegene, og de beveger seg ikke utenfor de strukturerte diett- og treningsplanene. Informantenes kropp vil alltid oppleve og den vil alltid være mere enn kun et objekt i lys av et kroppsfenomenologisk perspektiv. Ved at AAS-bruken har blitt så meningsfullt for kvinnene, vil preparatbruken gi en gjensidig påvirkning på samfunnet. Handlingsvalgene de tar representerer også hvem de har lyst å være. Avgjørelsen på å skape den ønska identiteten påvirker de fleste nivåene i hverdagen og blir etter hvert inkorporert som rutine og deretter avhengighet (Giddens, 1991). Treningen mister sitt tilfeldige og spontane preg og de trener ikke lenger for det sunne kroppsobjektet. Kroppen blir et objekt og noe som kvinnen pleier (Duesund, 1995), der den blir transformert ved et bygge- og skapelsesprosjekt.

Kvinnernes kropp blir sett som et prosjekt som må jobbes med kontinuerlig og gjennomføres som en del av hennes selvidentitet. Dette har ført til at et ønske om kontroll av kroppen står sentralt i kvinnernes kroppskultur (Duesund, 1995). Etter hvert har det utviklet seg til en avhengighet der kvinnernes livsprosjekt styres mot en tvangslidelse, megareksi. Å se musklene blir mer synlige og definerte, å skape mer muskelformer, og se muskulaturen blir sterkere og hardere er hyppig omtalt blant målene til kvinnene. De speiler seg i de positive virkningene av preparatet, og blir besatt av trening og kropp. Jo mer, desto bedre. Kroppen blir et livsprosjekt, et prosjekt om å presentere seg selv best mulig. I følge informantene gjenspeiler presentasjonen seg via kroppen og denne prosessen kan sees gjennom avhengigheten, en avhengighet om å se bra ut. De fleste kvinnene oppgir at dette påvirker helsen deres, da de trosser utestenging av menstruasjon, trener selv om de er syke og selv om de opplever negative bivirkninger. Informantenes livsstil er ikke lenger en sunnhetsutvikling og sykdomsforebyggelse, men begrepet sunnhet har derimot blitt innsnevret til en forestilling om den *rene* kroppen, med et fullstendig sunnhetsysteri. Dette igjen resulterer i et ønske om full kontroll over matinntak, trening og kropp (Duesund, 1995). En informant fortalte dette: «*Ehm, jeg var jo opptatt av kontinuerlig vekst, og at jeg kunne ikke få nok*». Sitatet viser at hun ikke får nok av AAS. Dette er en gjenganger

blant de fleste informantene, der de ikke får nok og stadig må øke dosene eller endre på preparatkombinasjonene. De sier seg enig i at de får best effekt første gang de prøver AAS, og derfor må bytte eller øke dosene. Dette mønsteret der kvinnene er nødt til å øke mengden som inntas for å oppnå samme effekt som tidligere er i overenskommelse med utvikling av toleranse for et medikament (Becker & Murphy, 1988; Koob & Le Moal, 1997).

Ved at kvinnene gjør en selvrefleksiv handling og ser forskjell på før og etter, reflekterer de over hva de er og hva de vil (Giddens, 1994a). AAS blir dermed brukt som et redskap for å ha kontroll på kroppsprosjektet og en sikkerhet til seg selv og omgivelsene (Giddens, 1994a). Det vil si at informantene reflekterer over skildringene som de disponerer ved AAS-bruken. Kroppsfenomenologien gir på den måten et spesielt bilde av de kvinnelige steroidebrukerne når de beskriver forholdet som de har til omverden. Personlige opplevelser og erfaringer for informantene representerer noe unikt for hver enkelt av dem, de er *væren-til-verden* (Duesund, 1995). Noen informanter bruker AAS for den avhengighetsrusen de får ved å stikke seg, eller restitusjonseffekten middelet har på det estetiske innen hud og negler. Majoriteten benytter derimot AAS for å få raskere fremgang på trening og dermed et raskere resultat på det estetiske kroppsprosjektet. Når de er på en steroidekur stiger også selvtilliten og selvfølelsen til topps, som beskrives som den første fasen i Haug (2013) sin forklaring på kvinnenes psykiske tilstand gjennom en AAS-kur. Barland (1997) viser også tilsvarende resultat med større selvtillit, mer energi og bedre treningsøkter samt økt positivt overskudd er blant virkningsfaktorene på en AAS-kur. Dette er nødvendig for å lykkes med kvinnenes prosjekt, og er selve betegnelsen for en godkjennelse av personens tydelige identitet (Giddens, 1994a).

### **4.3 Hvilke bivirkninger opplever kvinnene ved AAS-bruken?**

Risikotakning har blitt beskrevet som en viktig del av det moderne samfunnet (Giddens, 1994a). Dette finner vi igjen hos informantene sin repetisjon av steroidebruk som blir sett på noe som gir trygghet og kontroll, der de vet hvordan de skal leve og oppføre seg i et ellers utrygt samfunn (Giddens, 1994b). Informantene har i svært liten grad mulighet til å påvirke samfunnet for å skape en trygg tilværelse, og finner derfor tryggheten i seg

selv gjennom kropp og livsstil. Med dette kan de nå individuelle mål og skape en trygghet, og med det en følelse av å lykkes. Å ha kontroll på kroppen viser en form for struktur og en slags suksess i følge rapporten til Barland et. al (2010). AAS ble for de fleste informantene en sjanse til å tilfredsstille kroppsidealet i samfunnet og opprettholde muskelstyrken samt redusere fettprosenten. Det ble en rutine der de kontinuerlig kjørte en AAS-kur tross de bivirkningene som oppstod av AAS-bruken og avhengighet ble dermed en potensiell bivirkning av AAS. I likhet med Gruber og Pope (2000) rapporterte informantene at både fysiske og psykiske bivirkninger forekommer hyppig ved bruk av AAS, deriblant hyponame og depressive symptomer, kroppsbildeforstyrrelser, spiseforstyrrelser, utradisjonelle kjønnsroller, opptatthet, og misnøye med egen fysikk. Følgende blir preparatets avhengighetsskapende virkning omtalt, og deretter en presentasjon av informantenes opplevelse av preparatets bivirkninger.

#### **4.3.1 Avhengighet**

Avhengighet er som en repetisjon som har mistet kontakten mellom virkelighet og tradisjon (Giddens, 1994b). En informant forteller at hun hele tiden har ligget innenfor det som er anbefalt for kvinner og aldri tøyd strikken så langt at hun har havnet utenfor anbefalingene. Hun er i komfortsonen og har ingen bekymringer for risiko. Hva er egentlig anbefalingene for kvinner? Informantene henter informasjon fra internett, der «fasiten» er laget av uprofesjonelle og anonyme skribenter. Mange har ingen klar målsetning annet enn mer muskler og mer synlige blodårer. I følge flere informanter blir strikken tøyd etter hvert og de begynner å utforske selv. De blir nysgjerrige og vil se effekten og forlenger syklusene utover det som er planlagt. Pausene blir kortere underveis og de blir avhengig av å ta noe hele tiden:

*Det vart bare mindre og mindre. Jeg begynte med et par måneder, endte opp med ingen pauser. Man har alltid noe. Kanskje tatt noen tabletter imellom, så man er aldri helt av. Det er jo sånn det er, man blir jo helt avhengig av det. En måned er kanskje det lengste med pause jeg har hatt i løpet av de 20 årene.*

Sitatet viser at kvinnen har vært avhengig av AAS i 20 år. Det daglige eksperimentet med steroidebruk førte til en risiko der målet var et etterlengtet resultat med selvet og informantens identitet, samt flere endringer og tilpasninger i hverdagen til kvinnen. I

likhet med Giddens (1994b) har avhengigheten og lysten til å bruke AAS blitt et mer psykisk fenomen en fysisk. Denne repetisjonen har vært en måte å oppføre seg på i den verden hun kjenner og kan i disse 20 årene med AAS, og har blitt et middel for å unngå eksponering for fremmede måter å leve på. De fleste informantene fikk hjelp med oppsetting av steroidekurer, og det var overraskende hvor mange som ga all lit til andre uten at de selv visste hva de puttet i kroppen. En informant opplyste at det ofte oppstod tilfeller der coacher setter opp livsfarlige og store doser til fitnessutøvere. I denne studien er det informantenes nåværende kjæresten som hjelper med oppsetting av kurer. En informant uttrykte: «Så man hører jo om andre jenter og liksom, at 'ååå hun har brukt det'. For det er jo ikke akkurat noe man snakker med andre om». En annen informant sa:

*Jeg kan eventuelt kombinere preparater. For eksempel 10 mg Winstrol og en halv Primobolan. Vet ikke hva den halve er eller betyr, om det er milligram eller hva. Jeg vet ikke hvor mye, jeg vet bare at det var en halv en. Nå høres jeg sikkert kjempenaiv ut, men jeg stoler på han (kjæresten).*

Sitatet over gikk igjen blant flere informanter, der de ikke visste målverdiene på hva de tok og mange visste heller ikke navnet til preparatet de brukte. I følge en informant er det vanlig å ta 2 units veksthormoner daglig, en dag tok hun derimot 14 units på en gang bare for å prøve. Dette kan anses som en veldig stor bevisst risikotaking. Flere av informantene innrømmet at de ikke hadde noe fast syklus og at de var avhengig av å bruke preparater hele tiden. De endret og kombinerte ulike preparater hyppig og kunne ofte gå et år uten pause. En informant forklarte det på denne måten:

*Det blir jo til slutt en evighetskur. Det blir jo det. Jeg er jo som sagt 39 år, så det er nesten 20 år med bruk vet du. Fire steroidekurer i året, i 20 år. Du skal jo hvertfall ta to måneder med pause, men etter hvert så greier ikke du å ha disse pausene. Så utvider du. Så fikk jeg maset meg til etter hvert, etter ett par år fikk jeg ta to Winstrol i uken, så da var jeg jo i himmelen liksom.*

Informantene uttalte også at de kunne starte tidligere på en syklus utover det som var planlagt. En hadde eksempelvis blitt så inspirert etter en fitnesskonkurrans nå i høst så hun begynte dagen etter konkurransen, en halv måned tidligere enn planlagt.



Gjennomsnittet for en kur varierte mellom kvinnene, men alle har gått på steroidsykluser som har vart opptil seks måneder av gangen eller lengre, unntatt de to ferskeste brukerne. En syklus med AAS varer fra noen uker til flere tiår blant informantene, og enkelte av dem går konstant på preparater hele tiden. Et par informanter fortalte at de måtte bare innse at pauser var en del av spillet, de kan ikke bli paranoide. Det skjer, slik er det bare. En informant forklarte: «*Nei. Jeg har lært meg å forstå på at det er en forskjell på og av, så jeg har forberedt hodet mitt på det, så da går det liksom greit*». En annen informant var også oppmerksom på dette:

*Du må tenke deg mye om, for hvis du tar det valget (å starte med AAS) så er ikke det noe vei tilbake. Du blir så avhengig av den fremgangen liksom, og for meg så har det vært en omstilling med å gå tilbake til å trene rent for kroppen sin skyld. Det er en omstillingsfase, så absolutt. Ting går ikke like fort.*

Dette samsvarer med resten av informantenes fortellinger om at de tar større doser, endrer preparater eller kombinerer flere preparater sammen med en gang følelsen av stagnering på trening og kropp oppstår. Jo større de er, desto mer må til for at det skal gi samme effekt. En annen informant forklarte at det var en psykisk greie, en utvikling av megareksi. Flere studier sier seg enig med dette, da det er påvist at bruk av AAS kan gi en slags psykologisk avhengighet (Gruber & Pope, 2000; Bergengen, 2013; Brower et. al 1990; Kashkin & Kleber, 1989; Brower, 2000; Kanayama et. al, 2009; Midgley, Heather & Davies, 1999). Når en dopingkur er ferdig kan det merkes at kroppen ikke blir større, og selvtilliten og selvfølelsen kan bli deretter. I tillegg kan det oppstå fysiologiske reaksjoner som hodepine og muskelkramper, opplevelser av ubehag, nedstemthet og trøtthet når de stopper med preparatbruken (Evans, 2004). Dette mønsteret ser vi beskrevet hos en av informantene som har en liten pause fra AAS, der savnet etter hard muskulatur, øke i styrke og se tøffere ut, er så stort at inntaket av steroidebruken starter opp igjen etter en langt kortere av-periode enn planlagt. Det kan også være en mulighet at noen av informantene begynte med AAS etter en utviklet megareksi, hva med de som startet med et prestasjonsorientert motiv for AAS-bruken. Hva kom først, megareksi eller dopingbruk?

En informant er derimot skråsikker på å ikke bruke mer AAS i fremtiden. Etter ett år med hardkjør og inntak av store mengder med ulike preparater, bestemte hun seg for å

slutte. *«Plutselig en dag så ga det meg ingenting mer å løfte de vektene. Jeg må begynne å gjøre noe med livet mitt. Og da var plutselig steroider også helt meningsløst»*. Sitatet viser at hun endret syn og holdning til steroidebruken og det ble derfor meningsløst for informanten. I følge Duesund (1995) blir tingene rundt oppfattet som meningsløse og fremmed når den meningssøkende enheten opphører. Informanten brøt den daglige rutinen med steroidebruk, noe som resulterte i en utfordrende og vanskelig hverdag. Det ble en hverdag som hun hverken hadde kontroll på eller klarte å takle, og resulterte i alvorlige psykiske lidelser og innleggelse på psykiatrisk sykehus over lang tid. Også flere informanter opplevde negative reaksjoner ved steroideslutt, deriblant opplevelsen av avhengigheten:

*Du blir litt sånn avhengig av å stikke deg og sånn til slutt. Jeg pratet mye med kompiser om det, og de er sånn: «at når jeg går av, så er det nesten slik at jeg setter saltvann, bare for å få den feelingen». Jeg gjør ikke det da.*

#### **4.3.2 Andre rusmidler**

Flere av kvinnene innrømmer at AAS fort kan bli inngangsporten til andre rusmidler og noen har prøvd narkotiske midler etter de startet med AAS. De har flere bekjente som har blitt alvorlig syke og til og med dødd av preparatet, tross dette fortsetter de å bruke AAS. En informant fortalte dette:

*Mange som har forsvunnet i sånne miljø. Mange har blitt syke og mange har dødd av andre ting. Så det er risikomiljøer. Mange har gått i løpet av den tiden jeg har vært på, på grunn av narkotika og sånne ting. For jenter også, det er ikke langt fra å ta sprøyte med steroider til å være sprøytenarkoman. Og det har jeg sett på så mange, at det er veldig sant. Er ikke mange jeg kjenner som ikke har prøvd narkotika. At de har gått over til det på grunn av stikk og sånn, at når de først har blitt stukket i huden, som er et steg å ta, når man først har tatt det så er ikke det vanskelig å gjøre noe annet heller.*

Sitatene viser samsvar med forskning som har konkludert med at AAS har potensial til å være vanedannende og at misbruk av AAS ofte er funnet i sammenheng med annen rus (Ip et. al, 2010). Mange utvikler et komorbid misbruk av andre illegale rusmidler (Pallesen et. al, 2006; Moberg & Hermansson, 2006; Wichstrøm & Pedersen, 2001). Et par informanter opplyste at de brukte narkotiske stoffer på fest og viser i likhet med

Hall et. al (2005) at steroidebruk kan være inngang til annen rusbruk. Ungdom som bruker AAS har høyere sannsynlighet for å ta i bruk alkohol, tobakk og stoffer som marihuana, kokain, slankepiller, amfetamin og smertestillende tabletter, enn de som ikke bruker (Haug et. al, 2004).

#### **4.3.3 Bivirkninger**

Følgende presenteres fysiske bivirkninger, etterfulgt av psykiske, sosiale og medisinske bivirkninger.

##### ***Fysiske bivirkninger***

Informantene opplever negative sider ved bruken og noen bivirkninger går igjen hos dem. Økt hårvekst i ansikt og kropp, særlig lår, samt uren hud og kviser er et hyppig problem for kvinnene. Flere får også mørk og hes stemme etter kort tid bruk av AAS, og en av informantene sluttet på et steroidpreparat etter fem uker på grunn av stemmeforandring: «*Det er sånn andre folk kan høre, syns det er litt ekkelt å snakke som en mann*». Mange av kvinnene oppgir også at seksuell funksjon går ned når de ikke bruker AAS. Dette kan muligens forklares ved at seksuell funksjon stiger ved bruk av AAS og økt testosteronproduksjon (Simon et. al, 2005). Informantene med lengst erfaring forteller at forstørret klitoris er en vanlig bivirkning, hvor disse fysiske bivirkningene går tilbake litt etter hvert, men aldri helt tilbake. Kvinnen som sluttet med AAS for ti år siden har fortsatt varige mén av steroidebruken:

*Har jo fremdeles større klitoris enn det jeg hadde, men den har også gått veldig tilbake enn det jeg hadde. Syns faktisk at stemmen min for hvert år begynner faktisk å bli lysere. Stemmen min er vell i følge mange innen normalen, men jeg er nok litt mørkere enn det jeg ville vært i utgangspunktet.*

Steroidebruk kan medføre at østrogen omdannes til dihydrotestosteron (DHT), et androgener kjønns hormon hos kvinner og at de dermed utvikler mer mannlige trekk (Aars, 2011; Gruber & Pope, 2000). Informantene påpeker at de har fått forstørret klitoris, dypere stemme, kviser, økt hårvekst spesielt i ansikt og innside lår, samt hårtap på hodet. Disse fysiske bivirkningene er ikke alltid reversible og kan ofte bringe med seg psykiske utfordringer som eksempelvis svekket selvtillit og selvfølelse (Haug, 2013; Meland & Hoff, 2013). Mange av informantene går på medisiner mot dette også.

### ***Psykiske bivirkninger***

Psykiske bivirkninger kan ofte være verre enn de fysiske, da medisiner ofte kan kurere det meste. Kvinnene får kommentarer fra kjæresten på at de er mer sure, kranglete, aggressive, irriterte og kortere lunte under en AAS-kur. En informant kjører steroidekur samtidig med kjæresten, da er humøret gjensidig for de og de kan skylde på preparatbruken. En annen informant sier: «*Under steroidebruk ble tap av sperrer, sinne, egoisme, ikke empati, bare opptatt av seg selv og veldig narsissistisk*».

Flere studier viser til psykologiske bivirkninger som samsvarer med det informantene oppgir under intervju samtalen (Mounteney & Flesland, 2006; Kanayama et. al, 2008; Kanayama et. al, 2010; Pope & Katz, 1988). Dette er blant annet økt aggressiv atferd, stress, irritabilitet, sjalusi, ulike typer angst og asosial adferd. Noen av kvinnene oppgir også at det forekommer psykoser, depresjoner og personlighetsendringer, samt svingninger mellom depressive og maniske tilstander. Disse bivirkningene er også sentrale bidragsfaktorer til at bruk av AAS kan medføre konsekvenser som risikofylt atferd, kriminalitet, misbrukproblematikk og en økt voldsbruk (Haug et. al, 2004). Informantenes bivirkninger gjenspeiler fase to i Haug (2013) sin forklaring på kvinnenens psykiske tilstand gjennom en AAS-kur. En informant forklarer hvordan hun la merke til dette:

*Jeg gjorde meg skyldig fysisk og psykisk vold. Problemet med de steroidene er at du mister sperrer, du mister så til de grader sperrer. At alle har vi jo onde ting tror jeg i oss da, men har etikk som gjør at vi ikke gjør. Men da du mister det, og det primitive i deg kommer frem. Tror jeg smalt til han jeg var sammen med daglig, de to månedene vi var sammen under det verste forbruket mitt. Du får bare mindre og mindre respekt for regler og normer og lover, for du kommer i en slik steroidverden.*

Dette viser samsvar med studier som viser til en sammenheng mellom doping og adferdsproblemer, og at en del brukere blir mer aggressive under påvirkning av AAS (Pallesen, 2008; Wichstrøm & Pedersen, 2001). Informantene fortsetter med AAS selv om de får bivirkninger under en dopingkur og handlingsvalget viser at de setter seg selv i sentrum. Dette oppstår også blant informantene som har barn. I følge Brower (2000) og Kanayama et. al (2009) er dette en tydelig indikasjon på at preparatet er

avhengighetsskapende. Informantenes valg involverer også en risiko for andre rundt informanten (Beck, 1992), og miljøet rundt bør derfor ha kunnskap om preparatene, både virkninger og bivirkninger. Dette kan støttes i risikoprofilen til Giddens (1994a) hvor omgivelsen til informanten bør være kjent med den utbredte kunnskapen om risiko.

Andre psykiske bivirkninger som er støttet av litteratur er utålmodighet, uro, humørsvingninger og kroppsbildeforstyrrelser (Haug, 2013; Pope & Katz, 1988; Meland & Hoff, 2013; Brower, Blow, Young & Hill, 1991). Sistnevnte kan sees i følgende sitat:

*Det som er problemet er at man vil bare mer og mer og mer. Slik som de fitnessdamene vil tenke at nå vil jeg videre. Nå vil jeg ta steroider for at jeg vil faktisk se de store brystmusklene, bicepsen, lårmusklene. Til slutt vet du ikke hva en pen kropp er. Du mister det. Så kanskje menn gjør dette mer for å få et attraktivt utseende. Mens vi vil gjøre noe annet, vi vil ha mere, kanskje ekstremt. Samtidig som vi kanskje ikke er høye nok til å være catwalkmodell. Og tenker at vi kan finne et alternativt utseende da, som vi kan hevde oss på da, i en eller annen retning.*

Sitatet kan relateres til Giddens (1994a) selvidentitetsteorier hvor han insisterer på at selvet i det moderne samfunn er noe kvinnen selv velger. Hun kan se bort fra tradisjonelle vaner som har rådet i samfunnet tidligere og som har påvirket disse valgene kvinnen må ta (Giddens, 1994a). Informanten setter seg selv i sentrum for å danne sin egen identitet, sitt eget liv og sin egen historie. Kroppen representerer hennes refleksive prosjekt som hun er ansvarlig for, og hun finner et alternativt utseende som hun kan mestre å skape en identitet i samfunnet. I lys av dette finner jeg at kvinnene som ble intervjuet ønsker å være individuelle og særegne, da denne identiteten og kroppsprosjektet gjør dem sterk både fysisk og mentalt. Kommende sitat viser dette:

*Jeg husker de kroppsbyggerne sa til meg at det er ikke akkurat noe skjønnhetsmiddel, he-he. Du blir blind. Jeg husket da stemmen min sprakk, og jeg hadde tatt testosteron og jeg stod i speilet. Altså, jeg hadde ingen nedtur, egentlig burde jeg fått en kjempenedtur. Men det gjør så mye med psyken din, du blir så sterk. Jeg mener- har du slitt med skam over kropp, at du ikke er bra nok, og ditt og datt. Det året jeg gikk på*

*steroider, jeg har liksom aldri hatt det så bra. Det er som er rart. Som djevelen-herregud hva er det du gjør mot seg selv, mens du er fornøyd.*

Sitatet er i samsvar med Barland (1997) sine forklaringer på de positive virkningene ved bruk av AAS. Når informantene har mye testosteron i kroppen vil de i større grad føle seg kjempebra med større selvtillit, økt positiv aggresjon, mye energi og godt humør, samt en opplevelse av ro og stabilitet. De opplever bedre selvfølelse både på trening og i hverdagen, og det gir en følelse av å rettferdiggjøre det de driver med (Barland, 1997). Kvinnenes psykiske tilstand viser til Haug (2013) sin første fase gjennom en AAS-kur. De positive reaksjonene er nødvendig for å lykkes med livsprosjektet og er selve symbolet for en godkjenning av informantens identitet (Giddens, 1994a). I følge en informant har AAS gitt en mer positiv enn negativ innvirkning på psyken hennes, da hun har mer antydning til depresjon før hun begynte med AAS. Videre forklarer hun at det sannsynligvis har noe med regulering av kroppsform, *med* versus *uten* bruk av AAS. Hun påpeker at det ikke lenger er selvbildet det står på, fordi hun vet at hun kan få akkurat den kroppen hun vil når hun vil ha den. Flesteparten av informantene oppga også at de har fått større selvtillit etter de startet med AAS, da de føler seg bedre generelt. Dette kan sees i likhet med Duesund (1995) som beskriver hvordan en kroppsforandring fører til en forandring av informantenes opplevelse. Det er en kropp de pleier med trening, mat og AAS, som blir et ledd i oppbyggingen av en identitet som kan leses av andre. Treningen blir systematisk og i organiserte former med et ønske om kontroll av den ønska kroppen. En informant påpekte at hun har blitt mildere i humøret etter hun startet med AAS, spesielt ovenfor foreldrene hennes. Det er samvittigheten som dominerer tross de ikke vet om bruken hennes, og har resultert i et bedre forhold de i mellom. En samvittighet for juks, kriminalitet og uærlighet som gjenspeiler redsel og at hun hemmeligholder det hun driver med (Barland, 1996; Pope, et. al, 2000).

I etterkant av steroidekurer er det derimot andre bivirkninger som rapporteres blant informantene; depresjon og stor psykisk nedtur. Dette oppstår når kvinnene bryter rutinene med steroidebruken og prøver en hverdag uten preparatet. *«Etter (steroidekur) var det jo depresjoner, sånn som mamma opplevde litt sånn merkelig adferd, sånn som man kan få når man er grensepsykotisk. Du blir litt sånn nedtrykt, og du er ikke deg selv. Rett og slett ufunksjonell»*. De fysiske og psykiske oppturene de får po en kur, etterfølges av psykiske nedturen når de er av kur. Dette er gjerne en følge av den

hormonelle ubalansen som oppstår i kroppen og mange av informantene oppgir depresjon etter en kur med AAS. Bivirkningene samsvarer med den tredje fasen i Haug (2013) sin forklaring på kvinnenes psykiske tilstand gjennom en AAS-kur, og blant annet ble uttrykket *post competition blues* nevnt relatert til en depressiv periode etter fitnesskonkurranse. Elliot et. al (2007) viser til lignende resultat der jenter som bruker AAS for å endre kroppsform viser seg å være mer depressiv og har lavere selvfølelse. En informant fortalte at hun får dårlig selvbilde de første ukene etter steroideslutt og forklares av at mange jenter har mer psykisk nedtur fordi de ikke har egenproduksjon av testosteron. Videre ble det fortalt at hun ikke lenger har noen mål og har dermed ikke noe mening med livet og treningen. Flere av informantene forteller at selvtilliten og humøret svekkes når de avslutter en steroidekur. Når deres daglige rutine blir brutt kommer usikkerheten og angsten inn, og deretter oppstår undertrykkelse av tap og kvinnene er ikke avslappet i forhold til de nye daglige rutinene (Giddens, 1994a). En informant fortalte følgende: «*Altså, jeg har aldri hatt en lege som har sagt at 'du har blitt bipolar på grunn av det' men jeg antar at det er vertfall en veldig sterk medvirkning til utløsning av den sykdommen*». Informanten mener at AAS har en stor effekt på diagnosen bipolar lidelse type 2, og hun ble innlagt på psykiatrisk sykehus over lengre tidsperiode etter hun sluttet med AAS, og går fortsatt på mye medisiner etter ti rene år uten AAS. Dette kan sees i likhet med en studie av Gruber og Pope (2000) der halvparten av de kvinnelige deltagerne rapporterte hyponamiske symptom under steroidebruk. Det kan også oppstå psykoser og alvorlige depresjoner, som videre kan føre til selvmordstanker (Malone et. al, 1995; Thiblin et. al, 1999; Petersson et. al, 2010).

### ***Sosiale bivirkninger***

De fleste informantene unngår sosiale aktiviteter for det setter de så mye tilbake, eksempelvis fest, vennekvelder og spise på restaurant. De kvier seg til å være sammen med folk fordi de får så mange kommentarer på mat. For de fleste informantene er gymmet den sosiale og trygge arenaen i livet, hvor de blir forstått og har felles holdninger og verdier. Det går veldig mye tid til å trene og spise riktig, og blir derfor førsteprioritert i kvinnenes hverdag. Dette viser likhet med studier som gjenspeiler de sosiale problemene som oppstår ved bruk av AAS, der tap av venner og mat er en stor stressfaktor (Mounteney & Flesland, 2006). Trening og AAS blir en besettelse som dominerer hverdagen og livet til steroidebrukeren (Haug, 2013). Videre kan dette

medføre nedprioritering av venner og familie, etterfulgt av sosial isolasjon og sosiofobi, samt en utløsning av megareksi (Innselset, 2000). En informant fortalte hvordan AAS påvirker det sosiale:

*Jeg går ut på byen, men lar vær å drikke. Og hvis vi skal ut å spise et sted de ikke har mat jeg kan spise, så har jeg med meg mat. Jeg unngår ikke sosiale aktiviteter. For da har du til slutt ingen venner, og da har du ikke noe sosialt liv og da blir du deprimert. Du er nødt til å være menneskelig. Og hvis du skal leve sånn nazi-liv når du ikke er på konkurransediett, så blir du skada. For jeg har vært sånn. For til slutt er det ingen som inviterer deg med ut for du ikke kan, «jeg kan ikke, skal trene». Og det er det ikke verdt.*

*Da kommer du til å sitte der som 40-åring «å fy faen, så mye tid jeg har sløst bort på trening og unngått å ha det gøy på grunn av utseende ditt liksom». Det er det å tilpasse.*

*Nettopp det å finne en god balanse med alt, at det ikke blir manisk. For det blir jo veldig fort manisk. For man blir jo avhengig av det liksom, man blir jo avhengig av trening. Alle som trener mye er avhengig av trening. Man blir liksom stresset hvis ikke man trener liksom. Det er liksom det at man må ha et avslappet og balansert forhold til det for at det skal fungere i lengden.*

Sitatet viser at sunnhetshysteriet tar overhånd, og ønsket om fullstendig kontroll på flere arena blir viktig for informanten (Duesund, 1995). Bruken med AAS blir beskrevet som sammensatt og inngår i de hverdagslige rutiner. Det er viktig med nøye planlegging av trening og kosthold, samt andre små faktorer som må stemme for å få riktig uttelling av steroidebruken. Hvis ikke er det bortkastet penger. Dette kan igjen sees i samsvar med megareksi der alt må kalkuleres og nøye planlegges, og det er lite rom for improvisasjon (Innselset, 2000). Som den ene informanten sier, det er nesten bare trening og måltid som står i hodet hennes i løpet av dagen: «Du tenkte vertfall på det 24 timer i døgnet». En annen påpekte at det var viktig å holde fokus på at det ikke skulle styre livet. Informantenes beskrivelser av bruken gjenspeiler sterk disiplin og selvkontroll i hverdagen, og er motstridende til det portrettet mange har på den stereotypiske steroidebrukeren; marginalt og lite gjennomtenkt. I følge Innselset (2000) er det kosthold og trening som gir mening i livet til kroppsbyggeren, og likeens med de ulike dopingsregimene. Like systematiske og metodiske regimer dominerer hverdagen, og innsetting av AAS blir for informantene ekstremt målrettede og systematisk (Cohen, Collins, Darkes, & Gwartney, 2007). Også Gruber og Pope (2000) viser at



steroidebruket blant kvinner er en følge av megareksi, som inkluderes med et strengt trening- og kostholdsregime og videre svekker prioriteringer innen det sosiale, jobb og studier. Ved at informantene forplikter seg i en bestemt levemåte med strengt regime, representerer de i følge Giddens (1991) et radikalt livsstilsvalg. Og i lys av Merleau-Ponty sin tankegang bidrar et trenings- og kostholdsregime styrt av ekstrem disiplin og selvkontroll til å lukke kroppen (Duesund, 1995). På den måten kan det symbolisere en dualisme hvor informantene ønsker å kontrollere kroppen og underkaste den uoppnåelige mål.

Bruk av AAS har også påvirket informantene i forhold til jobb og utdanning, deriblant en som studerer farmasi for å lære mer om preparatbruk. To informanter studerer idrett, fire er utdannet innen helsefag, og flere av informantene er i tillegg utdannet personlig trener. En informant forteller også at steroidebruken ga henne et bedre sosialt nettverk. Hun følte seg hjemme på gymmet og blant gymkollegene, fikk bedre selvtillit og turte dermed å være mer sammen med folk. Undersøkelsen til Barland og Tangen (2009) bekrefter at en vellykket kropp vil bety noe i forhold til å få oppmerksomhet fra andre, det å føle seg komfortabel og trygg. Duesund (1995) viser også til at emosjonelle, kognitive og sanselige erfaringer påvirker den mentale forestilling om kroppen. I denne prosessen er AAS et sentralt hjelpemiddel for å få den ønskende kroppen og selvtilliten som medfølger. Beck (1992) forklarer dette med at kvinnens identitet symboliserer en tilknytting til et fellesskap samtidig som hun formidler en identitet som viser anerkjennning til gymmiljøet. Kvinnenes veltrente kropp representerer en tilhørighet til subkulturen. Samtidig viser de det motsatte og symboliserer tilhørighet til de rådende verdiene i dagens samfunn.

### ***Medisinske bivirkninger***

Kvinnene tar større doser AAS enn medisinsk bruk, og dette skaper naturligvis reaksjoner på kroppen da de ikke er laget for så store doser med testosteron (Aars, 2011). En informant fortalte at hun hadde hatt høy puls, men at det muligens var på grunn av et fettforbrennende middel (Klenbutrol) hun kombinerte med AAS. De fleste informantene har også hatt fravær av menstruasjon og østrogenmangel, mens en informant har ganske høye verdier av sexual high hormon-glubolin samt veldig lavt stoffskifte. Kvinnene ble fortalt av legen at disse unormale verdiene var på grunn av steroidebruken. Flere av de rapporterte bivirkningene er kjente bivirkninger ved

steroidebruk (Reinås, 2009; Gruber & Pope, 2000; Pope & Brower, 2005; Sandalow, 2005), og skylder på at steroidebruk medfører undertrykkelse av hypofysen og det kan føre til menstruasjonsforstyrrelser og infertilitet. I likhet med studien til Grogan et. al (2006) har de fleste informantene en fastlege med manglende kunnskap om AAS og er negativ til bruken deres. Alle informantene har vært hos legen og målt verdier i etterkant av en AAS-kur for å sjekke at alt er bra, og en informant har investert i blodtrykksapparat for å ha litt kontroll på helsen ved AAS-bruk. Som den ene informanten sa: «*Helsen går først, så absolutt*». Dette gjenspeiler at kvinnene reflekter rundt og er bevisste om en potensiell risiko av AAS-bruken, da de sjekker helsen i frykt for at noe skal skje med kroppen. Det oppstår altså en indre følelse av risikotaking blant kvinnene. En informant forteller dette: «*Jeg har hatt to kjæresten som har dødd av bruk av AAS. Han ene døde når han var 25 år og han andre døde når han var 37 år*». Videre forteller hun at det ikke har påvirket hennes egen bruk fordi det blir noe helt annet med kvinner, da de mannlige AAS-dosene er mye større enn hennes. Samtidig ser hun risikoen og fraråder hennes nye kjæreste fra å bruke AAS. Selv fortsetter hun å bruke AAS uten bekymringer.

#### **4.4 Hvordan stiller kvinnene seg til kriminalisering og forebygging av AAS?**

I 2013 ble det forbudt å bruke, besitte og erverve dopingmidler som AAS (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Mange av informantene er avhengig av AAS og syns derfor at det er negativt at middelet har blitt ulovlig. Kvinnene uttrykker tydelig at det er hver enkelt person sitt valg om hva de vil gjøre med kroppen sin. Hvorfor vil informantene at AAS skal være lovlig i Norge når mange av dem har opplevd de mørke sidene ved bruken og viten om en eventuell økt risiko? Vil de utsette andre for den samme risikoen?

##### **4.4.1 Kriminalisering**

Informantene er enstemmig om at steroidebruken bare går utover seg selv og at politiet bør prioritere andre saker i samfunnet. Bare en informant synes det er positivt med kriminalisering av AAS fordi flere yngre gutter vil begynne med AAS hvis det er lett tilgjengelig i samfunnet. Flere mente at preparatet ikke kommer til å forsvinne, men at det skaper flere skyggesider når det er ulovlig i samfunnet. Det ble også påpekt at et kontrollert steroidebruk er fullt akseptabelt, da de er alene om bruken, og at det er noe

som stort sett skader kun en selv. I lys av dette kan det anses at det vil påvirke kvinnens identitet og den personen hun er, og følgende påvirke de rundt henne. Ergo, det er ikke noe som bare skader informanten selv, men også signifikante andre. En informant forklarer det på denne måten:

*Blandet følelser egentlig. Det er jo positivt, sånn egentlig. For jeg vet jo at det er veldig mange som misbruker det, og kommer ut på kjøret. Sånn som for meg da, jeg ser ikke meg som en kriminell. Så jeg hadde følt meg veldig sånn merkelig hvis jeg på en måte hadde blitt tatt for det, fått en bot eller straff. For det føles ikke sånn ut. Føles ikke ut som jeg gjør noe gale i forhold til loven. Jeg ser meg selv som en bruker og ikke misbruker.*

Omtrent alle informantene stiller seg kritisk til kriminalisering av AAS. Norsk lovgivning anser at å tilvirke, innføre, bruke, oppbevare, sende eller overdra stoff som karakteriseres som dopingmidler er en kriminell handling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Også Schultz (1998) kategoriserer informantene som misbrukere av AAS, da de inntar et ulovlig stoff samt den høye doseringen av preparatet. Selv om informantene har begått et lovbrudd, ser de ikke seg selv som kriminelle. Hauge (1990) forklarer at holdninger til steroidebruk har større betydning enn selve lovbruddet. Informantene mener at de er i et miljø der AAS er sosialt akseptert, samtidig som de opplyser at de ikke tilhører noe miljø knyttet til AAS, da bruken foregår skjult. Det faller heller ikke i smak at flere treningssenter har innført dopingtesting for å bekjempe doping, og flere av informantene mener at det er bare trusler fordi det er altfor dyrt. I følge de fleste kvinnene utgjør de ikke noe risiko for hverken for seg eller andre, og på grunnlag av dette mener de at det er liten sjanse for at de blir mistenkt for steroidebruk, da de ikke gjør så mye ut av seg. En kvinne uttalte følgende: «Jeg er ikke den mest brølete personen, da skulle det vært veldig sånn lottotrekning om jeg hadde blitt valgt ut tror jeg». En annen kvinne sa det slik:

*Altså, det er jo ikke noe man ønsker å bli tatt for, absolutt ikke. Men så tenker jeg litt sann at dette er noe jeg gjør selv, det går ikke utover noen andre. Hverken anbefaler eller selger, er liksom bare jeg og kjæresten som vet om det, det går ikke utover noen andre. Jeg gjør jobben min, jeg trives veldig godt på trening når jeg er på kur. Og det og gjør jo at du blir jo glad på en måte da, at ting fungerer.*

En annen informant forklarte det på denne måten:

*Mener det er unødvendig. Uansett om jeg hadde vært ren eller ikke, så hadde jeg nektet å la meg teste fordi mener jeg det er krenking av mitt privatliv. Hva jeg putter i kroppen min har ikke en ukjent utestående noe med å gjøre.*

Det å bruke AAS er et valg hver enkelt tar og nå som det er en ulovlig handling vil det bidra til å frata brukeren dette valget. Informantene velger å bruke AAS tross lovgivningen og formidler meningen sin gjennom kroppen (Duesund & Skårderud, 2003). Det siste sitatet viser også at informanten oppfatter dopingtestingen som en krenkelse for hennes privatliv. En krenkelse for hennes identitet og kroppsprosjekt. Flere av informantene oppgir at de tilhører et miljø der bruk av AAS er vanlig og tillatt, og som skaper et fellesskap. Merleau-Ponty beskriver dette miljøet som skaper nærvær for informanten, som der de finner seg selv i samfunnet (Thøgersen, 2004). Bruk av AAS kan oppfattes som et kulturelt objekt som kan bidra med å skape mening i felles holdninger, handlinger og mål. Selv om informantene har familie, venner og et samfunn som står i mot deres handling, trosser de dette og velger *bolemiljøet* fremfor de andre. De velger å følge sitt eget perspektiv, *miljøet*. For stor avstand mellom de andre sin mening og informantenes mening kan føre til uoverstemmelse og skape konflikt (Thøgersen, 2004). Informantenes utsagn kan også sees igjen i Giddens (1994a) sin forståelse om hvordan finne seg selv tross hvilken rolle samfunnet mener et individ skal oppføre seg. Følgende sitat viser flere risikosider ved steroidebruken:

*Så både det at jeg tror det er i et risikomiljø generelt, de som bruker, det er det. Og at bruken gjerne kan gå inn i andre narkotiske midler og sånn. Jeg har gått mer mot antidoping. Før tenkte du jo at det ikke var noe farlig. Jeg tenkte jo det, at det vertfall aldri ville skje noe med de rundt deg, og så plutselig.*

Sitatet viser hvorfor det har blitt iverksatt forbud mot AAS i Norge, der hovedformålet er å unngå skadefølger på samfunnet og tredjepersoner, samt unngå skade på brukeren selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det er et risikomiljø som må bekjempes og forebygges mot. Siden flere av kvinnene som bruker AAS er kunnskapsfattige og hemmeligholder bruken, er det viktig med riktig informasjonsopplysning i samfunnet.

#### 4.4.2 Skjult holdning for AAS-bruk

Noe som går igjen hyppig blant informantene er at steroidebruken holdes skjult for andre, der bare kjæresten vet om bruken. En informant svarte dette når hun ble spurt om det var noen andre som visste om bruken hennes: «*Njaaa, eller altså (nølende), litt, men det er nok pyntet på*». Flesteparten av kvinnene holder bruken skjult fordi de er skamfulle, flau og det føles som et tabu å bruke AAS. Det er ikke alle de kan si det til og nekter til de som vil dømmes dem for det. Det er derimot en informant som skiller seg ut blant resten av kvinnene: «*Klart alle visste det. Det ble synlig. Du kan liksom ikke skjule en mørk stemme*».

Samtidig som de holder det skjult for andre vet de om flere kvinner som bruker AAS, også da i «skjul». De hører rykter og kan se det på andre kvinner at de bruker AAS. Som den ene informantene forklarte: «*Alle vet at alle bruker, men ingen innrømmer det*», eller som en annen påpekte: «*Det er ikke uten videre at kvisene popper ut på ryggen*». En annen informant forklarte det på denne måten:

*Jeg prøver kanskje å gjemme det (utseende) litt. Jeg går ikke med singlet og sånn på trening. Når jeg er på kur prøver jeg å ikke vise meg frem og sånn, holde det mest mulig skjult. Det er egentlig både på og av kur.*

Sitatet viser at hun er redd for å bli stemplet og har en skjult holdning bak steroidebruket. Dette støttes også av de andre informantene, der de holder bruken skjult for andre fordi de ikke vil at andre skal vite om deres steroidebruk. Sitatet ovenfor viser en holdning om å skjule en kropp som jukser seg til resultatet, gjerne relatert til en deltagelse i en fitnesskonkurranse. Holdninger til steroidebruk har større betydning enn selve lovbruddet, og det å bli stemplet som en jukser blir ansett som mer alvorlig enn å bli stemplet som en lovbrøttere (Duesund, 1995; Hauge, 1990). Den skjulte AAS-bruken blant informantene reflekterer at det gir en verdifull mening og det skaper betydning for dem (Thøgersen, 2004). Det gjenspeiler også frykten for å avsløre juksen med steroidebruk, og kan forstås som at de vurderer seg selv som både en bruker og en ikke-bruker avhengig av omstendighetene. Dette kan derimot påvirke forholdet til relasjonene rundt informantene, hvor steroidebruken påvirker deres sosiale verden. Det ligger en grunnleggende bekymring for å bli avslørt som jukser med AAS, da selvfølelsen til informantene er knyttet til hvordan de blir oppfattet av andre (Duesund,

1995). En informant uttalte: «*Fitness og alt man forbinder med AAS. Det de ikke vet, har de ikke godt av å vite*». En annen informant forteller dette:

*På det ene treningssenteret jeg pleier å trene, så er det flere som driver med det. Men det er liksom ikke sånn du går og snakker med alle om. Du kan nesten se hvem som bruker det, men du går ikke akkurat rundt å spør. Jeg har en venninne som bruker det. Vi vet ikke helt hva hun tar, men vi vet at hun gjør det.*

En bemerkelse i sistnevnte sitat er at informanten uttaler *vi* i stedet for *jeg*. Hele prosessen med steroidebruket til informanten er i samhandling med kjæresten og *hun* har blitt til *vi*. De fleste informantene kjøper via kjæresten da de vil holde steroidebruken hemmelig, og uttaler at det ellers er ingen problemer å få tak i AAS, en telefonsamtale unna eller via en på gymmen. En informant forteller: «*Jeg kjøper jo ikke selv, for jeg vil jo ikke at noen egentlig skal vite at jeg gjør det, så det går jo via kjæresten*». Og en annen forteller om lignende opplevelse:

*Jeg har ikke sagt til noen at jeg har begynt på sprøyter. Jeg synes det er litt... De på Elixia er veldig inn i skapet tror jeg, det er veldig skjult. Men du ser det. Jeg har lært meg veldig lett å se det. Men det er ingen som er åpen om det der.*

Sitatene over viser at kvinnene lyver om bruken og prøver å holde det skjult for andre. I følge Giddens (1994b) er avhengighet noe som vi føler må lyve om, og kvinnenes steroidebruk har blitt en repetisjon som har mistet kontakt og kontroll. Kvinnenes avhengighet til AAS fører til en avsluttet kontakt med seg selv, eksempelvis følelser og bevissthet om deres egen livsprosess. Også i likhet med Merleau-Ponty blir livsstilen med AAS-bruk, trening og kosthold en vane som styrer hverdagen til informantene. (Duesund, 1995; Leder, 1990). En kvinne skilte seg derimot ut blant resten av informantene:

*Ja. Jeg er ikke uærlig om det, så viss folk spør så sier jeg ja. I forhold til konkurranse også. De fleste vet hva jeg kjører og hvor mye jeg kjører liksom. For det første så dopingtester de ikke i Norge og for det andre så hvis jeg vet at det er konkurranse og det er testing så sørger jeg for at jeg tester rent. Det er liksom det med denne sporten at det er veldig mye (AAS), at alle vet det men ingen snakker om det.*

Kvinnen forteller at det er vanlig med AAS i fitnesskonkurranser, men at ingen blir testet. Dette resulterer i at informantene kan benytte AAS og holde det skjult uten at det oppstår hindringer for deltakelsen. Kravene blir større og mer uopnåelig for hver gang som medfører at informantene må benytte hjelpemidler for å hevde seg i toppen. Dette kan sees i likhet med Wichstrøm og Pedersen (2001) sine uttalelser på om motivbruk for AAS, da det blir brukt som et hjelpemiddel for å hevde seg i konkurranser. AAS blir dermed et sentralt redskap i informantenes reise med kroppsprosjektet.

#### **4.4.3 Forebygging**

Hvordan bekjempe og forebygge AAS i et kroppsfokusert samfunn? En rekke forebyggende tiltak pågår i Norge, deriblant *Dopingtelefonen*, *Rent senter*, *Rent idrettslag*, *Ren skole* og *Ærlig Talt* i regi av Antidoping Norge. Disse forebyggende og lærerike aktivitetene er for å øke kunnskap og synliggjøre viktigheten av AAS blant befolkningen. Aktivitetene innebærer blant annet undervisningsopplegg i skolen, foredrag i samfunnet og i idrettslagene, kampanjer på treningssenter, samt anonym og gratis telefontjeneste for alle som har spørsmål om doping. Hva mener informantene er det beste forebyggende tiltaket for å bekjempe AAS i samfunnet?

De fleste informantene nevner mer informasjon og opplysning til allmenheten, særlig til unge gutter der erfarne steroidebrukere opplyser. En informant mener det beste forebyggende tiltaket er å informere om hvordan klare å oppnå omtrent tilsvarende utseende uten å bruke noe som helst, da det er fullt mulig, men tar lengre tid. En annen informant beskylder media for å fremstille saker på vulgær og feil måte:

*De ser så bra ut på bilder, men viser seg å være så menneskelig i virkeligheten. Det er hvordan bilder blir markedsført med fokus på seksualitet ovenfor jentene og store muskler til guttene. Media gir urealistiske illusjoner om hvordan man skal se ut helt fra barndommen, med Barbie og Batman som eksempler.*

Sitatet viser hvordan kroppspresset i dagens samfunn har ført til et urealistisk krav om hvordan de skal se ut, deriblant manipulering av bilder og leketøy som gjenspeiler idealkroppen. Informantene strekker seg langt for å oppnå kravet til utseende og den riktige kroppen. Et par andre informanter nevner at det vil forebygge mye bruk av AAS

hvis det foregår dopingtesting på fitnesskonkurranser. En annen uttrykte dette:

*Klart det har vært en del skremselspropaganda rundt omkring og på nettet og sånt. Det går spesielt for yngre gutter. Det er jo skummelt da, for de forandrer veldig adferd, de blir supermann. Det blir klart at den nedturen når de går av blir kjempestor, og da er det lett å bli litt depressiv, så det er jo kjempeskummelt. Ellers er det de som overdriver og bruker altfor mye, slik det går utover helsen. Men jeg vet ikke hvordan man skal få stoppet det. For jeg er i den meningen at hvis man bruker det riktig og er forsiktig, så er ikke det så skummelt.*

En informant er også negativ til bruk blant ungdom, men innrømmer at hun selger samt gir informasjon om AAS til flere unge personer. Hun mener at det er bedre å hjelpe med å skaffe AAS til en 16-åring enn at de kjøper det med en mindreårig venn eller en ukjent person. Da vet hun at 16-åringen får ordentlige produkt av en som vet hva hun driver med. Dette kan sees i likhet med Giddens (1994a) ekspertsystem, der det er brukerne selv om er ekspertene på feltet. Miljøene som organiserer doping har høy kunnskap om faktorer rundt steroidebruken, og hvilke preparater som er bra å kombinere (Barland, 1997; Monaghan, 2001). Dette er sentralt for å holde miljøene sammen og definere grenser for hvem som er med eller ikke med. En annen informant viser til lignende holdning som overnevnte:

*De vet jo veldig lite om det. De bare gjør det. Da syns jeg det er greit at jeg forteller hvordan de skal gjøre det, at det er bedre. Enn at de gjør det feil eller tar for mye. Prøve å velge det beste man kan da. Har også skaffet til folk, det er veldig mye penger i det. Folk har jo fått oljer fra gressklipper og sånn, har vært totaktsolje, helt svart, så måtte nesten amputere armen. Det er mye rart.*

På spørsmål om hva som må til for at ungdom holder seg unna AAS er utelukkende alle svarene kunnskap og anbefaling om å vente med å starte. Ungdom må vite at det viktigste er å opparbeide seg en grunnleggende kvalitetsmuskulatur, særlig når de har så bra testosteronproduksjon i kroppen. Hvis de starter med AAS uten denne kvalitetsmuskulaturen vil muskulaturen forsvinne med en gang de slutter å bruke AAS. Informantene fraråder ungdom og andre å bruke AAS også på grunn av bivirkningene og den potensielle avhengigheten. De som absolutt skal ta i bruk AAS bør få nok



kunnskap og informasjon fra erfarne personer, og vente lengst mulig. En informant fortalte at hun var imot at ungdom bruker AAS, og avsluttet med: «*Ok, jeg har gjort det selv, men det er det jeg ville ha sagt*». Sitatet bekrefter at informanten vet at det ikke er bra å bruke AAS, men gjør det likevel. Informantene er utelukkende enig i at det er helt greit å bruke AAS under kontrollerte og moderate former. Det er et valg som man selv tar, etter nøye overveielse og kunnskap om hva man driver med. Tar man for mye er ikke det greit det heller, slik som andre rusmidler. Dette viser likhet med studien til Grogan et. al (2006) som viste at kvinnene som brukte AAS mente at de er brukere og ikke misbrukere, hvor et kontrollert og moderat bruk var en trygg handling. For noen har steroidebruken vært en naturlig del av hverdagsrutinene i 20 år, mens for andre er dette begynnelsen på den evige reisen mot den «perfekte kropp». Vil jaget på den perfekte kropp fortsette selv om den er «oppnådd»? Vil de noen gang være fornøyd med kroppsprosjektet?

#### **4.5 Metodisk diskusjon**

Det stilles strenge krav for å sørge for at forskningen holder en høy vitenskapelig standard ved kvalitative metoder. I følge Malterud (2003) kan kvalitative metoder bygge på en forståelse av forskning som kan bidra til utvikling av ny kunnskap som videre kan overføres utover studiesituasjon. Hun viser til tre kvalitetskrav som er viktige å stille i en kvalitativ forskningsprosess; relevans, validitet og refleksivitet. I følge Thagaard (2013) er også kravet om reliabilitet gjeldende for kvalitativ forskning, da viktigheten av en kritisk vurdering av troverdighet og om studiet er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. En annen vurderingsfaktor er generalisering som dreier seg om forskningsresultatene kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studiens problemstillinger kan begrunnes og være *relevante* for feltet, og i tillegg har de lagt grunnlaget for at intervju ble valgt som datainnsamlingsstrategi i første omgang. Bruk av AAS blant kvinner er et lite forsket området, og de valgte problemstillingene og innsamlingsmetoden har gitt en forståelse om steroidebruk blant kvinner. Relevans styrkes gjennom detaljert rapportering og ulike utvalgsstrategier (Malterud, 2003). Oppgaven må vurdere forskningens kvalitet på grunnlag av troverdighet. Thagaard (2013) hevder at *validitet* og *reliabilitet* er sentrale begrep i denne vurderingen.

#### 4.5.1 Validitet og reliabilitet

*Validitet* eller gyldighet er et begrep som brukes i psykologien om vi med en test måler det vi faktisk skal måle (Tjora, 2010). Thagaard (2013) presiserer begrepet ved å stille spørsmål om de tolkninger som blir kommet frem til, er gyldige i forhold til den virkeligheten som har blitt studert. Ekstern validitet stiller spørsmål om resultatene gjelder for andre personer, i andre situasjoner eller andre tidspunkt? Det referer altså til overførbarheten, mens intern validitet handler om hvorvidt det som blir undersøkt har til hensikt å bli undersøkt (Malterud, 2003). I denne oppgaven er den interne validiteten hvorvidt intervjuguiden og spørsmålene representerer de svarene studien trenger for å få svar på problemstillingene. Informantene har subjektive følelser og egne definisjoner på begrep og forståelser, og kan derfor oppfatte spørsmålene på ulike måter. Det ble derfor stilt spørsmål som var korte og konkrete for å unngå at spørsmålene ble misforstått. Eksempel på dette er: *Hvordan får du tak i anabole AAS? Hva synes du om dopingtesting på helsestudio?* Det ble også fokusert på å unngå å bruke ledende spørsmål. I følge Kvale og Brinkmann (2009) kan det være umulig å unngå ledende spørsmål i intervju. Dette er fordi fokuset er å lede informanten mot bestemte områder i dens livsverden, og derimot unngå at fokuset blir rettet mot bestemte meninger om disse temaene. Et eksempel på det er at flere av informantene ikke oppga bivirkninger første gang, men når de ble spurt eksplisitt om hver enkelt bivirkning var det en derimot en positiv respons fra flere av dem. Forskeren fikk en god opplevelse og følelse under alle intervjuene, en følelse av forståelse samt en innsikt i informantenes verden. Alle spørsmålene ble forstått på lik måte og informantene hadde relativ lik forståelse av AAS-bruken.

Det er viktig at forskeren beskriver hvordan erfaringer fra studien og relasjoner til informantene gir grunnlag for de konklusjonene som fremkommer (Thagaard, 2013). Representerer våre tolkninger den virkeligheten vi har studert er tolkningen gyldig og valid. I følge Thagaard (2013) kan dette styrkes ved å være kritisk gjennom analyseprosessen. Det ble derfor gjennom hele forskningsprosessen lagt til grunn for refleksjon og begrunnelse for alt som ble besluttet, som også bidrar med å øke den eksterne validiteten i oppgaven. For i større grad sikre studien sin validitet ble det også gjennomført prøveintervju for å teste ut spørsmålene, tidsbruk, båndopptaker og

stemmebruk ved intervjuet. Kvale og Brinkmann (2009) belyser viktigheten med å være godt forberedt for at intervjuet og resultatet skal bli bra. Prøveintervjuet ga også mulighet til å oppdage eventuelle mangler ved intervjuguide, og foreta endringer i intervjuguide. Prøveintervjuet ble utført på en venn, og resulterte i noen små strukturelle endringer på rekkefølgen i intervjuguiden.

*Reliabilitet* sier noe om forskningens pålitelighet. Begrepet refererer i utgangspunktet til spørsmålet om en annen forsker som benytter seg av samme metode vil komme frem til tilsvarende resultat. Det innebærer en detaljert beskrivelse og refleksjon av forskningsstrategi og analysemetoder, slik forskningsprosessen kan vurderes trinn for trinn (Thagaard, 2013; Postholm, 2010). Denne studien har prøvd å oppnådd intern reliabilitet ved at forskeren reflekterer over sin førforståelse, fokus på å stille oppfølgingsspørsmål under intervjuet, og i minst mulig grad spørsmål som var ledende for informanten. For at intervjuet skulle bli så reliabelt som mulig ble det brukt båndopptaker på alle intervjuene. Transkriberingen skjedde kort tid etter hvert intervju mens det var i frisk minne. Dette bidro til at alt som ble sagt på bånd ble ivaretatt og at transkriberingen foregikk så ordrett som mulig til tekst. Reliabiliteten styrkes også ved at det foregikk diskusjon og kritisk evaluering av fremgangsmåtene i studien.

#### **4.5.2 Refleksivitet**

For å gjøre oppgaven refleksiv må det gjøres en tolkning av egen tolkning og hva som påvirker den, dette for å øke troverdigheten til oppgaven. I følge Tjora (2010) kan empiriske data i seg selv ikke være en enkel speiling av virkeligheten. Eksempelvis, motiv og konsekvenser av den enkelte informant sitt AAS-bruk sett i et sosialt system. Bruk av AAS blir ofte knyttet til individuelle avvik (Barland et. al 2010). Kunnskapen som var opparbeidet på forhand gjenspeilet seg derimot gjennom hele intervjuet, hvor det oppstod en forståelse av det informantene snakket om. *Refleksivitet* kan videre uttrykkes som en kompetanse om at forskeren må klare å reflektere over sin egen rolle i samhandling med informantene, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene, og den erfaringen og kunnskapen som forskeren medbringer i studiet (Malterud, 2003). Dette kan påvirke resultatene av studien, og kan ha innvirkning allerede fra første steg i forskningsprosessen. Eksempelvis ble utforming av problemstillingene og hvilke spørsmål som skal inkluderes i intervjuguiden, hvilke informanter som skal være med i

studien, samt kommunikasjon og vinkling gjennom intervjusamtalen ble påvirket av forskeren. Videre påvirket intervjueren sitt subjektive syn og mening hvordan svarene ble tolket, hvilke teoretiske perspektiv som settes i lys, samt tolking av resultat- og analysedel. Forskeren må av den grunn alltid reflektere over de overnevnte faktorene, samt gjøre det tilgjengelig for leseren (Malterud, 2003).

#### **4.5.3 Generalisering**

Generalisering er om undersøkelsen har gyldighet utover de tilfeller som har blitt utforsket (Tjora, 2010). Denne oppgaven ønsker å skape en forståelse av steroidebruken blant kvinner. Hva er det som gjør at de velger å bruke AAS tross de konsekvenser og bivirkninger det kan medføre. Mange mener det er et tabulagt tema, da det ofte er skjult og hemmelig prosjekt blant mange steroidebrukere. Det berører også et personlig område som omhandler privat og ofte følsom informasjon. I følge Barland og Tangen (2009) er det vanskelig å finne en entydig karakteristikkk av motiv og miljø som identifiserer dopingbruken. Studien måtte derfor komme i kontakt med kvinner som det antydes har erfaringer med AAS, for eksempel nettforum som omhandler trening og fitness. Overførbarheten kan sees som den forståelsen forskeren utvikler kan også være relevant i andre situasjoner (Thagaard, 2013). Et eksempel er om kvinner som har kjennskap til AAS vil kjenne seg igjen i tolkningen som blir fremstilt.

Ved bruk av kvalitativ metode går studien mer i dybden enn i kvantitativ metode. En begrensning med kvalitativ metode er derfor at det inkluderer færre informanter på grunn av tid og arbeidsmengde. Det kan derfor være en restriktiv faktor med lite datamateriale blant informantene. I løpet av datainnsamlingsperioden fikk vi etter hvert relativ god respons på annonseringen, og ble satt en maksimumsgrense på åtte informanter på grunn av arbeidsmengde. En annen utfordring med tilgjengelighetsutvalg er at det er en tendens til at slike utvalg vil representere personer som er fortrolig med forskning, eller som ikke har noe imot at deres livssituasjon blir studert. Her må det vurderes hvilken betydning denne type skjevheter kan ha for studien. De som deltar kan også i større grad føle at de mestrer sin livssituasjon enn det som er vanlig. Studien kan da miste verdifull informasjon om personer som ikke er villig til å delta, da de kan representere mer problematiske sider ved AAS-bruken som studeres. Det blir derfor viktig å diskutere utvalgets sammensetning i relasjon til de konklusjonene studien kommer frem til

(Thagaard, 2013). De åtte informantene i studien representerer derimot et vidt spekter av informanter, der både alder, miljø, brukererfaring og syn varierer mellom dem. Dette bidrar i større grad til at studien kan beskrive informantenes kollektive trekk, som vil danne et grunnlag for at det kan utvikles en generell forståelse av AAS blant kvinner (Thagaard, 2013). Ved at forskeren kommer utenfra og ikke har de samme perspektivene som informantene og det spesifikke miljøet, kan det oppleves som fremmedgjørende for informantene (Thagaard, 2013). Det ble derimot følt en god kjemi og en bra datainnsamling av materialet.

#### **4.5.4 Systematiske feil**

I følge Dalen (2004) er det tre sentrale skjevheter som lett kan oppstå ved kvalitativ databearbeiding. Den første er *den holistiske feilantakelsen* der forskeren er så godt kjent med feltet at avvik fra egen oppfatning ikke blir registrert. *Eliteskjevhet* viser til noen intervjuobjekts meninger blir tillagt uforholdsmessig stor vekt. Når forskeren er så kjent med feltet at det blir vanskelig å trekke ut særpreg, blir det beskrevet som *going native*. For å styrke undersøkelsens troverdighet har det vært en forsker samt to veiledere tilknyttet til studien. Det har også blitt inkludert informanter med ulik bakgrunn, kvinner med ulik alder, brukererfaring og fra ulike miljø. De ga et bredt spekter av meninger og tanker angående bruk av AAS, og grunnlegger mye bra datamateriale for å svare på oppgavens problemstillinger. Dette har bidratt med å styrke dataene sin overførbarhet.

#### **4.5.5 Ethiske aspekter**

Når det oppstår direkte kontakt mellom forsker og informant er det viktig å respektere menneskeverdet. Det er visse etiske aspekt som må ta hensyn til og ansvar for når forskningen er tilknyttet mennesker (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette kan være personopplysninger og informasjon som kan knyttes direkte eller indirekte til enkeltpersoner. Studien blir da meldepliktig, og prosjektet har blitt godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Den godkjente søknaden ligger som vedlegg (Vedlegg nr.3).

Studien har tatt hensyn til at det er et personlig og sensitiv tema for informantene, og at det kan være en utfordring å utlevere informasjon. Det må derfor tas i betraktning at

noen kan holde tilbake noe informasjon som de ikke ville meddele. Et viktig aspekt var å opprette tillit hos kvinnene, samt vise forståelse for deres handling, verdier og holdninger. I følge Kvale & Brinkmann (2009) er intervju et etisk moralsk foretakende. Det er derfor viktig å ta hensyn til hvilke spørsmål som var etisk forsvarlig å spørre informantene om, og samtidig vurdere undervegs i intervjuet hvordan det gikk (Tjora, 2010). Fog (2004) fremviser at god kontakt kan virke førende, slik at informanten ledes til å være mer åpen enn hun vil. Hun beskriver den trojanske hest som bringer forskeren inn bak informanten sine grenser. Det etiske spørsmålet er hvordan forskeren bruker sitt ansvar for å sette grenser for hva studien kan utsette informanten for. Her er det viktig å tenke på at informanten ikke skal ta skade av å delta i studien.

Det er også essensielt å reflektere om eventuelle etiske dilemma som kunne bli aktualisert gjennom studien, hvilke konsekvenser forskningen kan ha for informantene, samt hvordan håndtere det. Eksempelvis oppbevaring av personlig informasjon, bruk av båndopptaker og at opptaksband blir slettet med en gang transkriberingen er ferdig. I studien er alle personopplysninger, spesifikke hendelser og opplevelser så langt det lar seg gjøre anonymisert for å unngå eventuelle negative konsekvenser for informantene (Tjora, 2010). Informantene ble informert om at de var anonyme på grunn av sensitiv informasjon og etiske rettigheter, og all rapportering er konfidensiell. Videre ble de informert at de hadde til en hver tid rett til å bryte sin deltakelse, uten at det forårsaket noen negative konsekvenser. Dette for å forhindre påvirkning og tvang (Kvale & Brinkmann, 2009). Studien anonymiserte i tillegg opplysninger som gjør at informantene kan gjenkjennes, eksempelvis meritter, tilknytting til fitnesssteam, dialekt, alder, bosted og yrke (Holme & Solvang, 1996). Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra alle informantene.

Det kan også oppstå etiske dilemma knyttet til temasentrerte analyser. Oppmerksomheten blir rettet mot den informasjonen teksten gir om temaer, og ikke mot den enkelte informant (Thagaard, 2013). Ved å atskille deler av det opprinnelige materialet fra den sammenheng det ble presentert i av informanten, kan det fremstå som fremmed og ukjent for dem og det gir ikke et helskaplig perspektiv av informantene. Temasentrert tilnærming blir dermed en fordel angående anonymitet. Ved at informantenes fortelling ikke blir fortalt i helhet, er det vanskelig å bli gjenkjent av andre. Det er da viktig at forsker unngår sitater som er preget av gjenkjennelige uttrykk

som kan bidra til identifisering av informantene (Thagaard, 2013). En sentral faktor ved temasentrert analyse er at informantene kan gjenkjenne seg i en fortolkning av opplevelsene rundt AAS-bruk blant kvinner, som blir beskrevet i resultat- og diskusjonsdelen.

## 5.0 Avslutning

I denne oppgaven er AAS-bruk blant kvinner i samfunnet belyst gjennom intervju med åtte kvinner som alle har erfaring med bruk av AAS. Gjennom kvinnenes historier så får vi i et innblikk i hvem de er, hvorfor og hvordan de har blitt AAS-brukere, erfaringer som gjør at de fortsetter med AAS og bivirkninger ved bruk. Er dominerende kroppspress i dagens samfunn har ført med seg økt kontrollbehov og uoppnåelige krav til hvordan man skal fremstå. Kroppen har en symbolsk verdi, der en tynn vel trent kropp representerer sunnhet, kontroll og suksess (Lesjø, 2008). Kvinnene starter et kroppsprosjekt med ønske om å oppnå idealkroppen, som skal representere kvinnenes identitet og en tilhørighet i treningsmiljøet. Ut av de fire problemstillingene som oppgaven baserer seg på, blir kvinnenes opplevelser belyst for å få en forståelse om AAS-bruk blant kvinner i samfunnet.

Den første problemstillingen handler om hva som kjennetegner kvinnene som bruker AAS. Funnene i studien viser at informantene ikke skiller seg så mye fra andre kvinner som har lidenskap for trening og kropp. De fleste informantene har eller tar høyere utdanning, har fulltidsjobb og er i tillegg utdannet personlig trener, samt har familie og kjæreste. De debuterer med AAS-bruk rundt 20 års alder, og det vanlige er at de introduseres til AAS via kjæresten som også bruker dette. Et gjennomgående kjennetegn blant informantene er uvitenhet om preparatene, og at det ofte er kjæresten som styrer i kulissene og ordner alt det praktiske knyttet til AAS-bruken. Informantene var ofte negative til AAS-bruk før de selv begynte, men endrer seg til å ha en mildere antidopingholdning i etterkant. Med styrketrening i fokus, har de et mål om gode plasseringer i fitnesskonkurranser, der bruk av AAS er en naturlig forberedelse til konkurransen som skal bidra med å øke muskelmassen og redusere fettprosenten. Kjennetegnene til kvinnene kan sees i lys av Giddens (1994a) sin forklaring av individualisering, der de setter seg selv i sentrum for å oppnå den ønskede identiteten. AAS blir et viktig redskap i dette kroppsprosjektet, som symboliserer disiplin, makt, kontroll og suksess.

Den andre problemstillingen omhandler hva som ligger til grunn for at kvinnene fortsetter med AAS-bruken. Resultatene viser at kvinnene fortsetter med AAS på grunn av de gode resultatene AAS-bruken gir. En kontinuerlig vekst av muskler, lavere



fettprosent og synlige blodårer gir mersmak, og de vil ha mere av dette. Samtidig utvikler de et positivt selvbilde, og de speiler seg i de positive virkningene og komplementene de får. Det beveger seg mot et sunnhetshysteri med ønske om full kontroll over matinntak, trening og kropp. AAS blir et viktig hjelpemiddel for å opprettholde denne kontrollen, «fullføre» kroppsprosjektet, og som en sikkerhet til seg selv (Giddens, 1994a). Kroppen blir et objekt og noe som kvinnen pleier (Duesund, 1995), som blir transformert ved kroppsprosjektet. De positive virkningene som oppleves er nødvendig for å lykkes med kvinnenens prosjekt, og er selve symbolet for kvinnenens identitet (Giddens, 1994a).

Den tredje problemstillingen belyser hvilke bivirkninger kvinnene opplever av AAS-bruken. Kvinnene beskriver at AAS-bruken skaper en slags avhengighet og utvikling av megareksi. Kroppsprosjektet har førsteprioritet i kvinnenens hverdag, og haget etter kontinuerlig muskelvekst dominerer tankegangen. Ved bruk av AAS opplever informantene økt behåring i ansiktet, mørkere stemme, forstørret klitoris og menstruasjonen uteblir. Informantene opplever i tillegg hyppige humørsvingninger, de blir lettere irritert og har en kortere lunte enn tidligere. Flere har også opplevd depresjoner etter de begynte med AAS. Dette fører til at de unngår sosiale aktiviteter, og etter hvert mister venner. Dette kan belyse en dualisme, med et ønske om å kontrollere kroppen samtidig som den underkastes eksterne og uopnåelige mål. Felles blant kvinnene er at de rapporterte bivirkningene blir neglisjert i forhold til de positive virkningene AAS gir, og som skaper en avhengighet for informantene. De speiler seg i de refleksive virkninger av preparatet, som i større grad gir en psykisk effekt enn fysisk.

Den siste problemstillingen baserer seg på hvordan kvinner stiller seg til kriminalisering og forebygging av AAS. Funnene viser at informantene holder AAS-bruken skjult for andre, og i flere tilfeller er det kun kjæresten som vet om bruken. Informantene oppgir likevel at de vet om mange andre kvinner som bruker AAS, men ingen står åpent frem om bruken. Informantene har en formening om at bruken ikke er synlig på dem, og av den grunn kommer de aldri til å bli tatt ut til dopingtesting. Et kontrollert og moderat bruk av AAS oppfattes som lovlig, og de anser seg derfor ikke som kriminelle. En redsel for å bli avslørt som jukser er derfor mer alvorlig enn selve lovbruddet i seg. Den skjulte bruken reflekterer at det gir en verdifull mening for dem, der selvfølelsen knyttes

til hvordan de blir oppfattet av andre (Duesund, 1995). I følge informantene vil innføring av dopingtesting i fitnesskonkurranser være et sentralt forebyggende tiltak. Det bør også fokuseres på å informere befolkningen om konsekvenser av AAS, samt tiltak for å redusere kroppspresset i dagens samfunn.

Resultatene fra studien, tyder på at et uoppnåelig kroppsideal er rådende, spesielt i miljøer med særlig interesse for trening. AAS blir i slike miljøer et viktig redskap for å oppnå kvinnes kroppsprosjekt, en etablering av en ønsket identitet som er i overensstemmelse med samfunnets krav. Det er så viktig å ha en presentabel kropp som står i samsvar med samfunnets uoppnåelige idealkropp, at de positive effektene overgår alvorlige bivirkninger. Med en kropp som blir ansett som noe som skal pyntes på, oppfattes AAS-bruken som et kulturelt objekt som skaper mening i felles mål og handlinger (Thøgersen, 2004). Sånn sett symboliseres en dualisme hvor det ønskes full kontroll av kroppen samtidig som den blir underkastet uoppnåelige mål.

Forbudet med AAS vil nok ikke fjerne samfunnsproblemet med bruken, men forhåpentligvis gi et klart signal til de som vurderer å bruke det, og de som allerede benytter seg av AAS. Fremtidig forskning bør ha fokus på at AAS forekommer i udefinerte miljøer, med ulike aktører og motiv. For eksempel hva ligger til grunn for at 12-åringene vil begynne med AAS? Finner vi de samme kjennetegn blant alle AAS-brukerne i de ulike miljøene? Hva er det vi vet og hva er det vi ikke vet? Med et samfunn som stadig blir mer kroppsfokusert, blir også den «perfekte kropp» mer uoppnåelig. I den sammenheng kan det oppstå en lavere terskel for å benytte hjelpemidler, og det blir derfor viktig å undersøke den «vanlige» samfunnsborgeren. Uavhengig av sosioøkonomiske faktorer og miljø, blir alle individ berørt av kroppsfokusert som råder samfunnet på et eller annet vis, om de vil eller ei. Ved at flest mulig har kunnskap og kompetanse til å fange opp signal på et mulig bruk, kan det gi en eventuell forebygging, behandling eller oppfølging på beste måte.

# Referanseliste

Aars, H. (2011). *Menns seksualitet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk

Antidoping Norge (2014). *Håndbok for helsepersonell*. Hentet 28.11.14 fra <http://www.antidoping.no/sitefiles/1/dokumenter/brosjyrer/handbokforhelsepersonell.pdf>

Bahrke, M.S. & Yesalis, C.E. (2004). Abuse of anabolic androgenic steroids and related substances in sport and exercise. *Current opinion in pharmacology* 2004; 6: 614 -620.

Barland, B. (1997). *Gymmet – en studie av trening, mat og doping*. Oslo: Dr. Scient avhandling, Norges Idrettshøgskole (NIH).

Barland, B. & Tangen, J.O. (2009). *Kroppspresentasjon og andre prestasjoner – en omfangsundersøkelse om bruk av doping*. Politihøgskolen, Oslo.

Barland, B., Tangen, J.O. & Johannessen, C.A. (2010). *Doping, muskler, mestring og mening. En kvalitativ studie av unge menns bruk av muskelbyggende medikamenter*. Oslo: Politihøgskolen forskningsrapport 2010:6

Beck, U. (1992). *Risk society: Towards anew modernity*. London. Sage

Becker, G. & Murphy, K.M. (1988). A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*, 96, 675–700

Bergengen, B. (2011). *Om bruk av anabole androgene steroider utenfor organisert idrett*. hentet 23.2.2015 fra [http://www.forebygging.no/dcGlobal/rusfag1\\_2011\\_artikkelsamling.pdf](http://www.forebygging.no/dcGlobal/rusfag1_2011_artikkelsamling.pdf)

Bergengen, B. (2013). *Russisk rulett. Et nyhetsbrev om bruk av anabole steroider og andre prestasjonsfremmende preparater utenfor den organiserte idretten*. Hentet

8.3.2015 fra

<http://www.forebygging.no/Global/Russisk%20Rulett,%20februar%202013.pdf>

Bilgrei, O.R. Sandøy, T. A. (2014). *Blåses doping ut ur proposjoner?* Statens institutt for rusmiddelforskning SIRISUS. Hentet 19.02.2015 fra

<http://www.nordicwelfare.org/popNAD/Articles/Blases-doping-ut-ur-proporsjoner/>

Bjorntorp, P. (1996). The android woman – A risky condition. *Journal Intern Med.* 239, 105-110

Brower, K.J., Eliopoulos, G.A., Blow, F.C., Catlin, D.H. & Beresford, T.P. (1990). Evidence for physical and psychological dependence on anabolic androgenic steroids in eight weight lifters. *Am J Psychiatry.* 147 (4), 510-2.

Brower, K.J., Blow, F.C., Young, J.P. & Hill E.M. (1991). Symptoms and correlates of anabolic-androgenic steroid dependence. *British Journal of Addiction.* 86, 759-768.

Brower, K.J. (2000). Anabolic steroids: Potential for physical and psychological dependence. I: Yesalis, C. E., editor. *Anabolic steroids in sport and exercise.* 2nd ed. Champaign, Il: Human Kinetics Publishers, Inc. 279-304.

Bulun, S.E. & Adashi, E.Y. (2008). The physiology and pathology of the female reproductive axis. I: Kronenberg, H.M., Melmed, S., Polonsky, K.S. & Larsen, P.R. *Textbook of endocrinology.* 11th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier. 1167-1180.

Cohen, J., Collins, R., Darkes, D. & Gwartney, D. (2007). A league of their own: demographics, motivations and patterns of use of 1,955 male adult non-medical anabolic steroid users in the United States. *Journal of the International Society of Sports Nutrition.* 4:12 doi:10.1186/1550-2783-4-12

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming.* Oslo: Universitetsforlaget, Norway.

De Wachter, F. (1985): The Symbolism of the Healthy Body: A Philosophical Analysis of the Sport Imagery of Health. *Journal of The Philosophy of Sport*. 11, 56-62.

Duesund, L. (1995). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo: Universitetsforlaget, Norway

Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). *Use the Body and Forget the Body. Treating Anorexia Nervosa with Adapted Physical Activity*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 8, 53- 73.

Eichberg, H. (2008) *Fit for Consumption – About the social production of the individual*. University of Southern Denmark. Hentet 28.1.15 fra <http://idrottsforum.org/articles/eichberg/eichberg081001.pdf>

Eichberg, H. (2010) *Bodily Democracy*. Towards a Philosophy of Sport for All. Routledge. New York: Taylor & Francis.

Elgåen, J. (2014). *Viktig å vise hvor farlig doping er*. Hentet 23.01.15 fra [http://www.nrk.no/trondelag/\\_-viktig-a-vise-hvor-farlig-doping-1.11701657](http://www.nrk.no/trondelag/_-viktig-a-vise-hvor-farlig-doping-1.11701657)

Elliot, D.L., Cheong, J., Moe, E.L. & Goldberg, L. (2007). Cross-sectional Study of Female Students Reporting Anabolic Steroid Use. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 161(6):572-577. doi:10.1001/archpedi.161.6.572.

Engelsrud, G. (2006) *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.

Evans, N.A. (2004). Current concepts in anabolic-androgenic steroids. *American Journal of Sports Medicine*. 32 (2), 534-42.

Fog, J. (2004) *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. (2. rev. udg.) København: Akademisk forlag

Franke, W.W. & Berendonk, B. (1997). *Hormonal doping and androgenization of athletes: a secret program of the German Democratic Republic government*. *Clin Chem* 43, 1262–79

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1994a). *Modernitetens konsekvenser* (oversatt av S. Schultz Jørgensen). København: Hans Reitzels forlag. (Originalutgaven utgitt i 1990)

Giddens, A. (1994b). *Beyond Left and Right — the Future of Radical Politics*. Cambridge: Polity Press.

Grogan, S., Shepherd, S., Evans, R., Wright, S. & Hunter, G. (2006). Experiences of anabolic steroid use: in-depth interviews with men and women body builders. *Journal of Health Psychology*. 11 (6), 845-56.

Gruber, A. & Pope Jr. H.G. (2000). *Psychiatric and Medical effects of Anabolic-androgenic Steroid Use in Women*. *Psychother Psychosom* 69, 19-26

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Endringer i legemiddeloven (utvidet forbud mot dopingmidler m.m.)*. Hentet 21.9.2014 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/prop-107-1-20122013/id719219/?docId=PRP201220130107000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=2>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*. Hentet 22.5.14 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/?docId=STM201120120030000DDDEPIS&ch=1&q=>

Hall, R.C.W., Hall, R.C.W. & Chapman, M.J. (2005). Psychiatric complications of anabolic steroid use. *Psychosomatics*, 46, 285

Haug, E. (2013). *Bivirkninger av anabole androgene steroider*. Hentet 9.3.2015 fra [http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2013Utposten/UP2\\_13/20\\_22\\_anabole%20steroider\\_oppsl\\_Utp\\_2\\_2013.pdf](http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2013Utposten/UP2_13/20_22_anabole%20steroider_oppsl_Utp_2_2013.pdf)

Haug, E., Mørland, J. & Olaisen, B. (2004). *Anabole androgene steroider (AAS) og vold*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport 4).

Hauge, R. (1990). *Kriminalitetens årsaker. Utsnitt av kriminologiens historie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. Helsedirektoratet, Oslo. Hentet 22.1.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/715/Fysisk-aktivitet-blant-voksne-og-eldre-resultater-fra-en-kartlegging-i-2008-og-2009-IS-1754.pdf>

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*, 3.utgave. Otta: TANO A/S

Innselset, E. (2000). *Menn, kroppsoppfattelse og fysisk trening*. Hovedfagsoppgave. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Idrettsvitenskapelig institutt. NTNU. Hentet 27.11.14 fra <http://www.trening.no/helse/megareksi/>

Ip, E.J., Barnett, M.J., Tenerowicz, M.J., Kim, J.A., Wei, H. & Perry, P.J. (2010). Women and anabolic steroids: an analysis of a dozen users. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 20 (6), 475-81. doi: 10.1097/JSM.0b013e3181fb5370.

Kanayama, G., Hudson, J.I., & Pope Jr, H.G. (2008). Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: a looming public health concern? *Drug Alcohol Depend.* 98, 1–12.

Kanayama, G., Brower, K.J., Wood, R.I., Hudson, J.I. & Pope Jr, H.G. (2009). Issues for DSMV: clarifying the diagnostic criteria for anabolic-androgenic steroid dependence. *American Journal of Psychiatry*. 166, 642–645.

Kanayama, G., Hudson, J.I. & Pope Jr., H.G. (2010). Illicit anabolic-androgenic steroid use. *Hormonal Behaviour*. 58 (1), 111-21. Published in final edited form as: *Hormonal Behaviour*. 58 (1), 111–121.

Kashkin, K.B. & Kleber, H.D. (1989). Hooked on hormones? An anabolic steroid addiction hypothesis. *The Journal of the American Medical Association*. 262 (22), 3166-70.

Koob, G.F. & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science* 278 (5335), 52-8.

Kouri, E.M., Pope Jr, H.G., Katz, D.L. & Oliva, P. (1995). Fat-free mass index in users and nonusers of anabolic-androgenic steroids. *Clinical Journal Sport Medicine*. 5 (4), 223–228.

Kulturdepartementet (1996). *Handlingsplan for anti-dopingarbeid i Norge*. Hentet 23.3.2014 fra [https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/handlingsplan\\_for\\_anti-dopingarbeid/id231662/](https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/handlingsplan_for_anti-dopingarbeid/id231662/)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press

Legemiddeloven § 24a. Hentet 23.1.2015 fra <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/158785>

Lesjø, J.H. (2008). *Idrettssosiologi. Sportens ekspansjon i det moderne samfunn*. Oslo: Abstrakt forlag

Maguire, J.S. (2001). Fit and Flexible: The Fitness Industry, Personal Trainers and Emotional Service Labor. I: *Sociology of Sport Journal*. 18, 379-402, Human Kinetics Publishers, Inc. Hentet 12.1.2015 fra



<http://www.humankinetics.com/acucustom/sitename/Documents/DocumentItem/1755.pdf>

Maguire, J.S. (2008). *Fit for consumption. Sociology and the business of fitness*. Routledge, London and New York

Malarkey, W.B, Strauss, R.H, Leizman, D.J, Liggett, M. & Demers. L.M, (1991). Endocrine effects in female weight lifters who self-administer testosterone and anabolic steroids. *American Journal Obstetrics & Gynecology*. 165, 1385-1390

Malone Jr, D.A., Dimeff, R.J., Lombardo, J.A. & Sample, R.H. (1995). Psychiatric effects and psychoactive substance use in anabolic-androgenic steroid users. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 5 (1), 25–31

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

Meland, S. & Hoff, T. (2013). *Gutter som bruker androgene anabole steroider – hvem er de og hva trenger de?* Uteseksjonen Stavanger kommune. Hentet 13.3.2015 fra [http://www.forebygging.no/Global/rusfag\\_1\\_2013.pdf](http://www.forebygging.no/Global/rusfag_1_2013.pdf)

Midgley, S.J., Heather, N. & Davies, J.B. (1997). Dependence-producing potential of anabolic-androgenic steroids. *Addiction Research*. 7 (6), 539-50.

Moberg, T. & Hermansson, G. (2006). *Mandom, mod och morske man. Anabola androgena steroider – medicinsk, rettsligt och socialt*. Gøteborg: Mediahuset.

Mounteney, J. & Flesland, L. (2006). *Føre Var. Rustrender i Bergen*, Vår til høst 2006 NR. 2 – 2006. Hentet 10.3.2015 fra [http://www.bergensklinikkene.no/sitefiles/13/bk\\_arkiv/FV2-2006-hovedrapport.pdf](http://www.bergensklinikkene.no/sitefiles/13/bk_arkiv/FV2-2006-hovedrapport.pdf)

Naumov, V.N. (2004). *Help teenagers say 'no' to steroids*. Hentet 4.2.2015 fra <http://www.chiroeco.com/article/2004/issue8/8perspec.php>

Norheim, L. (2008). *Anabole androgene steroider. Bruk blant elever på videregående skoler i Oslo*. Fordypningsarbeid, Hormonlaboratoriet, Aker Universitetssykehus HF. Oslo

Pallesen, S., Jøsendal, O. Johnsen, B., Larsen, S. & Molde, H. (2006). Anabolic Steroid use in high school students. *Substance use & misuse*, 41, 1705-1717.

Pallesen, S. (2008). Anabole-androgene steroider (AAS). *En oversikt med vekt på utbredelse og forebygging*. Hentet 9.2.2015 fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2011-2008/Anabole-androgene-steroider-AAS/>

Parssinen, M., Kujala, U., Vartiainen, E., Sarna, S. & Seppala, T. (2000). Increased premature mortality of competitive powerlifters suspected to have used anabolic agents. *Int Journal of Sports Medicine* 21, 225–7.

Petersson, A., Bengtsson, J., Voltaire-Carlsson, A. & Thiblin, I. (2010). Substance abusers' motives for using anabolic androgenic steroids. *Drug and Alcohol Dependence*. 1;111 (1-2), 170-2.

Phillips, N. (1991). *Anabolic Reference Guide*. Mile High Publishing

Pope, H.G.Jr., & Katz, D.L. (1988). Affective and psychotic symptoms associated with anabolic steroid use. *American Journal of Psychiatry*. 145, 487–490.

Pope, H.G.Jr., Phillips, K.A. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. New York: The Free Press.

Pope, H.G. Jr., Brower, K.J. (2005). Anabolic-Androgenic Steroid Abuse. I: Sadock, B., Sadock, V., editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 1318–1328.. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins

Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Reim, K.E. & Hursey, K.G. (1995). Using anabolicandrogenic steroids to enhance physique and performance: effects on moods and behavior. *Clinical Psychology Review*, 15, 235–256.

Reinås, K.T. (2009). *Det medisinske bildet- dopingens kortsiktige og langsiktige fysiske og psykiske virkninger*. Hentet 5.1.2015 fra <http://www.fmr.no/det-medisinske-bildet-dopingens-kortsiktige-og-.1,siktige-fysiske-og-psykiske-virkninger.4548400-122848.html>

Salasuo, M. & Piispa, M. (2012). *Perspectives to doping substance use outside elite sports in Finland* (Internet publications 52). Helsinki: Finnish youth research network & Finnish youth research society. Hentet 20.05.2014 fra: [http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/doping\\_en.pdf](http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/doping_en.pdf)

Sandalow, M. (2005). *Many teenage girls abuse steroids, lawmakers told: experts say it's mainly for cosmetic reasons*. San Francisco Chronicle.

Sandberg, S. & Pedersen, W. (2010). *Cannabiskultur*, Oslo: Universitetsforlaget

Sandøy, T.A. (2013). *Anabole steroider i Norge – En oversikt fra befolkningsundersøkelser*. SIRIUS-rapport 4/2013. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning 2013

Schultz, J-H. (1998). *Stoffmisbrukere i grunnskolen. Om hvem de er og hvordan de kan hjelpes*. Oslo: Schultz, J-H. & Aschehoug, T.

Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. London, Sage.

Simon, J., Braunstein, G., Nachtigall, L., Utian, W., Katz, M., Miller, S. & Davis, S. (2005). Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Clinical Endocrinology Metab* 90, 5226–5233

- Skårderud, F. & Vinsrygg, G. (2003). *Megareksi - sykkelig kroppsbygging*. SinnetsHelse.no. Hentet 18. 12. 2014 fra [www.sinnetshelse.no/artikler/megareksi.htm](http://www.sinnetshelse.no/artikler/megareksi.htm)
- Skårderud, F. (2007). *Uro*. Oslo: Aschehoug & Co
- Skårderud, F. (2010). *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Statens forvaltningstjeneste (1999). *Handlingsplan for anti-dopingarbeid*. Hentet 24.05.14 fra [http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-Ikd/Veiledninger-og-brosjyrer/1996/handlingsplan\\_for\\_anti-dopingarbeid.html?id=231662](http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-Ikd/Veiledninger-og-brosjyrer/1996/handlingsplan_for_anti-dopingarbeid.html?id=231662)
- Storvik, A.G. (2014). *Jente-dopere bekymrer*. Hentet 23.1.15 fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/jente-dopere-bekymrer/>
- Straffeloven § 162b. Hentet 23.1.2015 fra [http://lovdata.no/lov/1902-05-22-10/§162b\\_](http://lovdata.no/lov/1902-05-22-10/§162b_)
- Strauss, R. H., Ligett, J. E. & Lanese, R. R. (1985). Anabolic steroid use and perceived effects in 10 weight trained women. *Journal of the American Medical Association*. 253, 287, 1-2873.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Thiblin, I., Runeson, B. & Rajs, J. (1999). Anabolic androgenic steroids and suicide. *Annals of Clinical Psychiatry*. 11, 223–231
- Thøgersen, U. (2004). *Krop og fænomenologi*. Academika
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wichstrøm, L. & Pedersen, W. (2001). Use of Anabolic-Androgenic Steroids in Adolescence: Winning, Looking Good or Being Bad? *Journal of Studies on Alcohol*. 62 (5), 13.

Wolf, N. (1990). *The Beauty Myth*. London: Vintage Books.

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

#### Bakgrunn og hensikt

Dette prosjektet er en del av en masteroppgave i idrettsmedisinske fag ved Norges idrettshøgskole, høst 2014/vår 2015. Oppgaven dreier seg om anabole steroider blant kvinner på grunn av en økende forekomst og popularitet den siste tiden. Fitness blir stadig mer populært blant kvinner, noe som gjør Antidoping Norge bekymret for at også kvinner doper seg til bedre kropp. Prosjektet vil fokusere på dopingbrukernes rekrutteringsfaktor- hvorfor og hvordan de begynte med anabole steroider, hvilken kunnskap og kompetanse de har, samt motivasjonen for å anvende disse dopingmidlene. I den anledning ønsker jeg din forståelse av dette fenomenet.

*Hva ligger til grunn for at kvinner tar i bruk anabole steroider?*

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en intervjuundersøkelse om bruk av anabole steroider. Studien innebærer et dybdeintervju om motiv, rekruttering, bivirkninger, kunnskap og erfaringer angående ditt bruk av anabole steroider.

#### Hva innebærer studien?

I denne studien inkluderes kvinner som har brukt eller bruker anabole steroider. Du vil bli intervjuet alene og kan svare så utdypende du vil. Intervjuer er en masterstudent fra Norges idrettshøgskole som har taushetsplikt. Intervjuet vil ta maksimalt 2 timer og skal ikke skape ubehag for deltageren. Intervjuene vil bli utført på avtalt tid og sted mellom deg og intervjuer.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som gis i intervjuet skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Intervjuene er konfidensielle, og alle personopplysninger vil anonymiseres. Intervjuet blir tatt opp med en digital opptaker, lydopptaket blir slettet og opplysningene anonymiseres når oppgaven er ferdig, innen september 2015. Det vil ikke være mulig å identifisere deltagerne i studien. Samtykkeerklæringen oppbevares separat og kan ikke koples til intervjuet. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang

til intervjuene og samtykkeerklæringene.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta i studien, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du har til en hver tid rett til å avbryte din deltakelse, uten å måtte oppgi årsak til dette. Alle innsamlende data om deg vil bli anonymisert om du trekker deg. Det vil ikke være mulige å identifisere deg i resultatene i studien.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Ingveig Innerdal på telefon 984 88 216 eller sende en e-post til [ihinnerdal@student.nih.no](mailto:ihinnerdal@student.nih.no). Du kan også kontakte veileder Lene A. H. Haakstad på mail [lahhaakstad@nih.no](mailto:lahhaakstad@nih.no), eller biveileder Astrid Bjørnebekk på mail [astrid.bjornebekk@psykologi.uio.no](mailto:astrid.bjornebekk@psykologi.uio.no).

Med vennlig hilsen,  
Ingveig Innerdal, Lene A. H. Haakstad og Astrid Bjørnebekk.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjonen om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

## Intervjuguide anabole steroider

- 1) Løs prat
- 2) Informasjon
  - a) Informere om samtalen og masteroppgaven (bakgrunn og formål)
  - b) Forklare hva intervjuet skal brukes til og forklare taushetsplikt og anonymitet
  - c) Spør om noe er uklart eller om informanten har noen spørsmål
  - d) Informer om eventuelle opptak og sørg for samtykke til opptak
  - e) Start opptak

### Bakgrunnsinformasjon

1. Kan du fortelle litt om deg selv? (Utdanning, jobb osv)
2. Kan du fortelle om treningen din? Har du noen treningsrutiner?
  - a) Trener du sammen med noen? Treningsmiljø, kommersielt gym?
  - b) Betydning av trening og mat i hverdagen.
  - c) Har du drevet med noe trening/idrett tidligere?
  - d) Har du noen andre hobbyer/fritidssysler?

### Den første dopingkuren

1. Hvor lang tid tok det fra du ble introdusert for anabole steroider til du bestemte deg for å kjøre din første kur?
2. Hvor gammel var du da?
3. Hvordan ble det introdusert til deg? Hadde du noen kjennskap/kunnskap til det fra før?
4. Hva fikk deg til å prøve/starte med AAS? Hva var målet?
5. I hvilken relasjon skjedde det? Hvem introduserte AAS til deg? Hvilken informasjon fikk du ved introduksjonen?
6. Hva var det første du prøvde?

### Fortsettelsen- de senere dopingkurene - motiv

1. Hva var motivet for å fortsette med AAS-bruk/kur?
2. Evt vurderer å slutte?
3. Hvordan får/fikk du tak i anabole steroider?
4. Hvordan er/var hverdagen din påvirket av ditt bruk?
5. Er det noe miljø for anabole steroider der du bor? Er det noen av dine kompiser eller venninner som bruker/brukte anabole steroider?



6. Er det noen andre som vet/visste om ditt AAS-bruk? Hvordan fikk de vite det og hvilke reaksjoner fikk du?

### **Kroppslige reaksjoner**

1. Merket du etter hvert noen fysiske/psykiske/sosiale endringer på kroppen din?
2. Har du hatt/fått noen «varige» fysiske/psykiske/sosiale bivirkninger av bruken?
3. Har du opplevd noen humørsvingninger eller vært mer irritabel eller aggressiv enn du pleier?
4. Merket familie/venner/kolleger/treningspartnere noen forskjell på deg før/under/etter en dopingkur?
5. Får du flere kommentarer/komplimenter på utseende under en kur enn når du ikke kjører kur?
6. Er det noen som har prøvd å overtale deg til å ikke bruke det?

### **Dosering og kur**

1. Hvilke preparater/preparatregimer har du brukt? Hvorfor akkurat denne sammensetningen/kombinasjonen?
2. Hvordan er/var doseringen? Øker dosene fra kur til kur?
3. Hvor lenge varte en kur for deg og hvor mange kurer har du kjørt?
4. Har du noen sesongbetont bruk? Hvilket preparat og på hvilken tid av året?
5. Setter du opp kurene selv?
6. Bruker/brukte du noe kosttilskudd sammen med anabole steroider?
7. Bruker/brukte du noe for å begrense bivirkninger?
8. Tar du blodprøver, måler blodtrykk, og snakker med legen din om at du bruker anabole steroider?

### **Kriminalisering av anabole steroider**

1. Hva er dine tanker om kriminalisering av anabole steroider?
2. Hva synes du om dopingtesting på helsestudio?
3. Hva tror du er det beste forebyggende tiltaket? Hva tror du må gjøres for at barn og ungdom skal holde seg unna anabole steroider?
4. Hva tenker du om Antidoping Norge og deres metoder og kampanjer?

### **Erfaringer og ettertanker**

1. Hva tenker du om kroppspresstet i dag?
2. Hvis du skulle gi råd til ungdom som lurer på om de skal begynne med anabole steroider, hva ville du sagt?
3. Hva synes du om anabole steroider nå som du vet hvordan det funker?

4. Har du endret mening/tanker om AAS før/under/etter bruk?
5. Kommer du til å kjøre flere kurer?

### **Tilbakeblikk og oppsummering**

1. Oppsummere funn
2. Har jeg forstått deg riktig?
3. Er det noe du ønsker å legge til/burde blitt spurt om?
4. Takke for samtalen!

## Vedlegg: 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 4404 Nydalen  
N-0407 Oslo  
Norge  
Tel: +47 22 38 21 17  
Fax: +47 22 38 50 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr: 985 321 884

Lene A.H. Haakstad  
Seksjon for idrettsmedisinske fag Norges idrettshøgskole  
Postboks 4014 Ullevål Stadion  
0806 OSLO

Vår dato: 17.09.2014

Vår ref: 39668/3/LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39668</i>	<i>Bruk av anabole steroider blant kvinner</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges idrettshøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Lene A.H. Haakstad</i>
<i>Student</i>	<i>Ingveig Innerdal</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingveig Innerdal [ingvei\\_innerdal@hotmail.com](mailto:ingvei_innerdal@hotmail.com)

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Arkivingsdato: 20140917

NSD: Universitet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0416 Oslo. Tel: +47 22 38 21 17. [nsd@nsd.uib.no](mailto:nsd@nsd.uib.no)  
NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 4001 Torshovm. Tel: +47 73 31 01 02. [kvm.san@svt.ntnu.no](mailto:kvm.san@svt.ntnu.no)  
NSD: NSU, Universitet i Tromsø, 9001 Tromsø. Tel: +47 77 31 43 26. [nsd@svt.uib.no](mailto:nsd@svt.uib.no)

