



**INSTITUTIONEN FÖR KOST-
OCH IDROTTSVETENSKAP**

Idrott och utseende

Normer, kroppsfixering och dysmorfofobi inom idrotten

**Adrian Ansarian
Josefina Gordon**

Kandidatuppsats 15 hp
Program Sports Coaching
Vt 2023
Handledare: Stefan Grau
Examinator: Dan Fransson



INSTITUTIONEN FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Kandidatuppsats 15 hp

Titel:	Idrott och Utseende
Författare:	Adrian Ansarian, Josefina Gordon
Program:	Sport Coaching
Nivå:	Grundnivå/Avancerad nivå
Handledare:	Stefan Grau
Examinator:	Dan Fransson
Antal sidor:	36 (inklusive bilagor)
Termin/år:	Vt2023
Nyckelord:	Body Dysmorphic Disorder, Body Image Concerns, Idrott, kroppsdysmorfofobi, muskeldysmorfi, utseende störning

Sammanfattning

Dysmorfofobi (BDD) är en psykisk störning hos en individ som upplever ett stort missnöje med sin kroppsform och utseende. Det finns tidigare ingen statistiskt bevisad slutsats om huruvida idrottare är mer eller mindre benägna att lida av BDD (kroppsdysmorforisk störning/Dysmorfofobi). En omfattande översikt av BDD inom idrott saknas, även om det finns studier som undersöker kroppsmissnöje, självbild och liknande ämnen (Varnes, 2022). Forskningen på området har ännu inte helt klart definierat graden av problematik och kopplingen till BDD. Därefter existerar ett behov av mer utforskning och uppdaterad kunskap för att få en bättre förståelse av detta ämne (Varnes, m.fl., 2022). Bland normalbefolkningen i Sverige har det påvisats vara 1-2% som har BDD (Enander, m.fl., 2018). I studien är syftet att undersöka idrottare i en storstad i Västsverige, för att få fram variabler som tyder på hur många idrottare som kan potentiellt ha diagnosen BDD. Denna kvantitativa enkätstudie använde sig av icke sannolikhetsurval, med ett maximerat varierat urval för organisationer inkluderade i Riksidrottsförbundet och ett bekännlighetsurval för individer inom Svenska Body och Fitnessförbundet. Detta resulterade i att 66% av idrottarna (N=16/24) kan potentiellt ha BDD.

Förord

Vi vill ge ett stort tack till Stefan Grau för hans snabba respons, reflektioner och handledning, men absolut det största tacket till de organisationer som svarat och delegerat ut enkäten till aktuella idrottare. Samt tack till Linnea Svanholm, Simon Alm, Jesper Olofsson, Andreas Danielsson och Fabian Persson Tapper som har korrekturläst och lämnat värdefull feedback.

Författarnas bidrag i procent

Utfört arbete:	Adrian	Josefina
Planering av studien	50%	50%
Layout	0%	100%
Litteratursökning	50%	50%
Syfte och frågeställningar	30%	70%
Inledning	50%	50%
Bakgrund	50%	50%
Metod	20%	80%
Datainsamling processen	30%	70%
Resultatanalys	50%	50%
Metoddiskussion	20%	80%
Resultatdiskussion	90%	10%

Innehållsförteckning

Introduktion	5
Bakgrund	6
Vad är BDD?	6
BDD bland kvinnor.....	7
<i>BDD bland män</i>	8
<i>BDD bland idrottare</i>	8
<i>Muskeldysmorf</i>	9
<i>Forskningsläget i Sverige</i>	11
<i>Syfte och frågeställning</i>	11
Metod	11
Design	11
Urval	12
<i>Material</i>	13
<i>Datainsamling</i>	14
<i>Dataanalys</i>	15
Resultat	15
Beskrivning av vårt urval	15
Hur stor är förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare i en storstad i Västsverige?	16
<i>Jämfört med tidigare forskning är idrottare mer benägna att lida av dysmorfofobi än den generella populationen?</i>	16
<i>Vilket av könen har en högre förekomst av BDD?</i>	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion.....	21
Slutsatser och implikationer	23
Bilagor	27
Bilaga 2. Information till deltagarna i enkäten	27
Bilaga 3. Enkät struktur.....	28
Bilaga 4. DSM-IV och DSM-5	30

Introduktion

Vi uppmuntras konstant till fysisk aktivitet i Sverige med motiveringen att det är hälsosamt för kroppen för den generella befolkningen. De sänker blodtrycket, ger mer regelbundna sömnmönster (Folkhälsomyndigheten, 2022) samt så ska deltagandet av idrott som unga ska bidra till värdefulla livsfärdigheter som att lära sig jobba i team, planera och uppnå mål (Varnes, m.fl., 2013). När man dessutom når nivån för tävlingsidrott och sedan elitidrotten kan det bli idrottarens yrke. Där den även på högsta nivån av eliten får representera Sverige, men som allt finns en baksida med idrotten. I en miljö där idrottaren konstant bedöms för sina prestationer, kan grunden till deras prestationer inte undgå att bedömas. Just detta är den idrottsliga kroppen och förväntningarna som finns på dessa inom de olika idrotterna.

Idrottare möter även krav och normer bortom de vi möter i det generella samhället (Cash, 2012). Vilket kan leda till en inre konflikt. Normerna man möter i sin idrott och normerna som man möter i samhället. Där dessa normer kan leda till missnöje med kroppen och en förvrängd kropps image. Kroppsimage beskrivs som en bred term där den täcker vikt-, kropp-, utseende-missnöje, där man repetitivt utvärderar sin kroppsform och utseende. Individens självförtroende i förhållande till kropp (Varnes m.fl., 2013).

Idrottare är i många fall i centrum av uppmärksamhet och bedöms ofta efter utseende och kroppscomposition (Cash, 2012). Inom tidigare forskning har det exempelvis visats på att idrottare kan vara mer mottagliga för kroppsmissnöje i förhållande till de höga krav som ställs på deras kroppar. Ett exempel på de idrottsliga normer som går att återfinna är att basketspelare bör vara långa, friidrottare ska vara smala och ha låg fettprocent, simmare ska vara långa och slanka, gymnaster ska vara korta starka och lätta, styrkelyftare kompakta, så små som möjligt samtidigt som de ska vara starka och behöver ha mycket muskelmassa, kroppsbyggare muskulösa och låg till minimal fettprocent för att framhäva musklernas konturer (Cash, 2012).

Kroppsfixeringen kan leda till en utveckling av dysmorfofobi, vilket kan påverka idrottarens mentala hälsa och prestation. Dysmorfofobi kan också leda till problem som överdriven träning, missbruk av anabola steroider och ätstörningar (Foster, 2015). Även fast det finns en del forskning kring sjuklig kroppsmissnöje (BDD) inom specifika idrotter, så finns det fortfarande många kunskapsluckor inom området. En av de betydande kunskapsluckorna som behöver adresseras är bristen på information om hur det ser ut i Sverige, särskilt inom den svenska idrotten. Det är av stor relevans att ha evidensbaserad kunskap om hur våra idrottare mår i relation till sina kroppar, särskilt med tanke på Sveriges strävan att bli bäst i världen inom idrott (RF, 2019). Genom att fylla dessa kunskapsluckor kan vi få en bättre förståelse för den specifika kontexten och utmaningarna som svenska idrottare möter när det gäller deras kroppsuppfattning och välbefinnande.

Bakgrund

Vad är BDD?

Body Dysmorphic Disorder (BDD) är en psykisk sjukdom som kännetecknas av att en person upplever missnöje med en specifik del av sitt utseende, vilket leder till en fixering vid att kontrollera och dölja detta drag. Denna fixering kan ha en betydande inverkan på personens dagliga liv, och individen kan undvika sociala situationer och lägga mycket tid och energi på att fokusera på sitt utseende (1177.se, 2022; Internetpsykiatri, u.å.). Vanligt förekommande vid BDD är säkerhetsbeteenden, som fungerar som en form av ångestdämpning. Det kan inkludera att bära specifika kläder eller smink, eller att ändra sitt hår för att dölja det drag som man är missnöjd med (Läkartidningen, 2017). BDD delar många likheter med tvångssyndrom (OCD), främst på grund av dess förekomst av säkerhetsbeteenden (1177.se, 2022). Enligt en studie av Buhlmann m.fl. (2010) har personer med hög kognitiv flexibilitet en tendens att ha en mer realistisk kroppsuppfattning och är mindre benägna att lida av kroppsmisnöje. Forskning har också visat att det finns ett samband mellan dysmorfofobi och självfokusering. Individer med högre grad av dysmorfofobi tenderar att vara mer inåtvända och ha en ökad uppmärksamhet på sig själva och sitt utseende. Detta kan leda till ökad ångest och en negativare självbild.

Buhlmann m.fl.(2010) påvisar ytterligare att självrapporterad BDD är ganska vanligt och associerat med betydande sjuklighet. Personer med BDD rapporterade högre frekvens av självmordstankar och självmordsförsök på grund av utseendebesvär jämfört med de som inte uppfyllde kriterierna för BDD. BDD var också associerat med högre grad av somatisering, lägre inkomst, lägre grad av tendens att leva med partner och högre arbetslöshet (Buhlmann, m.fl., 2010). En tysk befolkningsstudie av Rief m.fl. (2006) visade att 35,3% av deltagarna var oroliga för åtminstone en kroppsdel och att det fanns skillnader mellan könen vad gäller vilka kroppsdelar som oroad mest. Studien visade även en prevalens på 1,7% av BDD. En annan studie av Koran m.fl. (2014) undersökte prevalensen av BDD i den vuxna befolkningen i USA och fann en prevalens på 2,4%, vilket är högre än prevalensen av schizofreni och bipolär sjukdom typ I och liknande den för generaliserat ångestsyndrom. Prevalensen av BDD minskade efter 44 års ålder, och en större andel av BDD-responenterna var ogifta. Denna studien visade ingen signifikant skillnad mellan könen. En annan studie genomförd i Sverige av Enander m.fl. (2018) visade att förekomsten av BDD i Sverige ligger mellan 1-2%.

Enligt en studie genomförd av Schneider m.fl.. (2017) är förekomsten av sannolik kroppsfixering störning bland ungdomar 1,7%, vilket ökar hos äldre ungdomar. Deltagare med sannolik kroppsfixering störning rapporterade betydligt högre nivåer av psykopatologi, nedsatt livskvalitet och användning av psykiatrisk vård jämfört med deltagare utan kroppsfixering störning. Författarna framhäver vikten av ytterligare forskning för att bättre förstå kroppsfixering störning bland ungdomar och förbättra diagnostik och behandling.

Forskning har visat att könen väljer olika sätt att kamouflera sig, vilket i hög grad är kopplat till vad som anses socialt accepterat (Philips m.fl., 2006). Kvinnor har en högre tendens att sminka sig, vilket betraktas som normen och socialt accepterat. I en studie av Philips m.fl. (2006) visade det sig att både kvinnor och män som uppfyllde BDD DSM-5 (Se bilaga 4)

kriterierna upplevde en betydande påverkan på deras sociala liv och livskvalitet. Därutöver fanns ingen skillnad i hur rationella de var i sin uppfattning av sitt utseende, och det var lika vanligt för både män och kvinnor att genomgå kirurgiska ingrepp för att ändra det de upplevde som bristfälligt. Det betonades av både Philips m.fl. (2006) och Alghamdi m.fl. (2022) att detta inte är något botemedel för BDD.

En annan studie av Phillips m.fl. (2005) visade att män och kvinnor hade liknande allvarlighetsgrader av BDD, men att det fanns skillnader i hur sjukdomen uttrycktes. BDD innefattar individens uppfattning av sin egen kropp och det engelska begreppet Body Image Concerns (BIC), beskrivs som en betydande del av sjukdomen (Varnes m.fl., 2013). En studie av Grabe, Hyde och Ward (2008) visade att amerikanska collegekvinnor med negativ BIC påverkades av sina matvanor, användning av olika substanser, depression och minskat självförtroende. Detta är liknande resultat som Philips m.fl. (2006) kom fram till.

BDD bland kvinnor

Förekomsten av BDD bland kvinnor har visats i en svensk studie ligga på 2,1% (Brohede, m.fl., 2015), i två andra studier, en från Tyskland och en från USA visar på 1,9% (Reif, m.fl., 2006) och 2,5% (Koran, m.fl., 2014). Det finns en studie som har återfunnits med ett avvikande resultat från svenska, tyska och amerikanska och det är en studie från Saudiarabien där resultatet landade på 8,8% (Alghamdi, m.fl., 2022) för kvinnor. I den studien diskuterar de kvinnans sociala värde och hur skönheten är starkt kopplat till social kompetens och möjligheten till giftermål (Alghamdi, m.fl., 2022), men andra diskussioner som går att återfinna i andra studier är också hur BDD avspeglar sig bland kvinnor är starkt kopplat till de sociala normer och den media som finns i självaste samhället (Philips, m.fl., 2006). I samband med sociala mediars växande påverkan och ett faktum när det ingår i människans vardag, är sexualiseringen av kvinnor. Där sexualiseringen av kroppen syftar på att man objektifierar kroppens utseende och distanserar dem från självaste individen (Varnes, m.fl., 2013)

För kvinnor med diagnosen BDD ligger ett större fokus på hur huden och håret ser ut (Philips m.fl., 2006). Är det tillräckligt med hår på huvudet och är det för mycket hår på benen eller ovanför överläppen är de tankar som oroar kvinnorna. Det är även ett fokus på rumpa och bröstens form och storlek. Hur lår, mage och höfter ser ut. Många kvinnor är rädda för att vara för tjocka, snarare än för smala (Philips, m.fl., 2006).

Att vara samsjuk i depression (Grant, m.fl., 2006) eller att ha en ätstörning (Philips, m.fl., 2006) var dubbelt så vanligt bland kvinnorna än hos män. De såg även att det var mycket vanligare bland kvinnor att kontrollera kosten framför att kontrollera träningsintensiteten (Philips, m.fl., 2006). Vad de även upptäckte i en jämförande studie mellan män och kvinnor med diagnosen BDD, var att kvinnorna hade fler och mer repetitiva säkerhetsbeteenden än männen. Där dessa säkerhetsbeteenden kunde vara att man ser sig oftare i spegeln, överdrivet eftertänksam med valet av kläder och att man använder kläder som ett sätt att kamouflera den inbillade fulheten. Styling av håret är en ritual och ska utföras så det täcker upp det missnöje, detsamma gäller hur man väljer att sminka sig (Philips, m.fl., 2006). Något som kunde bidra till förvärring av sinnessillstånd var om kvinnan upplevde att någon annan kunde upptäcka eller se den kroppsdel som kvinnan fann missnöje i. Det rapporterades också att kvinnor

börjar visa symptom på BDD, mycket tidigare i åldern än vad män, men det tyder inte på att de är yngre när diagnosen faktiskt fastställs (Philips, m.fl., 2006).

BDD bland män

Enligt en studie av Koran med flera (2014) upptäcktes en förekomst av BDD hos män på 2,2 procent. Bland män är syndromet oftast kopplat till hud, hår, näsa och genitalier. BDD är sällan diagnostiserad bland det manliga könet och innefattar skam och pinsamhet hos män och pojkar som ofta är ofrivilliga till att prata och berätta om sina symptom (Phillips, 2001). Män brukar framförallt vara mer fixerade vid sina könsorgan och muskelmassa. Det beror på att de delar av kroppen som blir relevanta för personer med dysmorfofobi är de som återspeglar estetiska ideal för deras kön. Vilket för män kan inkludera större och mer väldefinierade muskler och större könsorgan enligt den manliga estetiska perfektion som främjas av massmedia (Fabris m.fl., 2020).

(Fabris m.fl., 2020) diskuterar hur män kan känna missnöje med sin fysiska framtoning och vilja ha större och mer definierade muskler, vilket kan leda till en form av BDD som kallas kroppsdysmorf (MD). Muskeldysmorf, en form av BDD som innebär ett komplex vid att kroppen är för liten och inte tillräckligt muskulös drabbar, även nästan bara män. Män med MD upplever vanligtvis missnöje med sina muskler, även om de redan har en väldefinierad muskulatur. Denna oro kan leda till skadliga beteenden såsom otillräcklig kosthållning, användning av anabola steroider och överdriven fysisk träning. Även om MD erkänns som en subtyp av BDD, har få studier undersökt sambandet mellan de två sjukdomarna. Studier visar att män med MD rapporterar större psykopatologi, högre missbruk av steroider och substanser, ökade självmordsförsök och sämre total livskvalitet jämfört med de med BDD men utan MD (Fabris m.fl., 2020). Studier framvisar även att män med muskeldysmorf har tendensen att bygga muskler för att skydda sig mot tidigare erfarenheter av diskriminering. Muskeltillväxt anses vara ett sätt att öka sannolikheten för framgång med sexuella partners och att försvara sig mot diskriminering, vilket ökar deras känsla av acceptans inom samhället (Fabris m.fl., 2020).

Termen ”penis dysmorphic disorder” används för att förklara en överdriven ångest hos män angående storleken på deras normalstora penis. En majoritet av män som klagar på att ha en liten penis har faktiskt normalstora penis (Veale m.fl., 2015). Då vissa män upplever ångest och missnöje med storleken på sin penis kan det leda till en form av BDD. På grund av preferensen skapades termen PDD vilket är en subgrupp av BDD. PDD kan ha en negativ påverkan på de drabbades relationer samt deras sexuella funktion. (Fabris m.fl., 2020)..

BDD bland idrottare

Utöver de sociala normer och förväntningar idrottarna möter i sin vardag, befinner sig idrottarna i ännu en miljö som ställer ytterligare krav på deras kroppar. Bara att här går de även hand i hand med möjligheterna för att lyckas med en potentiell karriär. Kroppen är det centrala i allt de gör. Där kropparna måste kunna prestera och med tankar och ideal om kroppen i både den idrottsliga *världen* och det västsvenska samhället resulterar det i ytterligare psykisk press (Cash, 2012). Det finns en hets som riktar in sig på det fysiska hos idrottarna. Där ska väga mer eller mindre än vad de redan gör för att uppnå de fysiska

idrottsliga ramarna som i sin tur blir normen. Ibland kan dessa idrottsliga förväntningar och normer hamna i en total krasch med de som kommer från samhället (Cash, 2012; Varnes, m.fl., 2013). Supportrar, lagmedlemmar, domare och tränare kan agera som bidragande faktor till dessa tydliga ramar. (Cash, m.fl., 2012). Där Philips m.fl. (2006) ger exempel på hur de olika sociala könen förväntas förhålla sig till dessa ramar.

Exempel på detta är manliga idrottare som är aktiva i uthållighetsidrott. Uthållighetsidrott ger inte förutsättningarna för att bygga stora muskler. I uthållighetsidrott som simning och löpning är det fördelaktigt med lite kroppsfett (Varnes, m.fl., 2013). Att vara spinkig och slank är något som går emot den växande sociala standarden som presenteras i samhället (Philips m.fl., 2006; Cafri, m.fl., 2008). Det visades i samma studie från Varnes m.fl. (2013) att en lägre andel *Body Image Concerns (BIC)* återfanns bland idrottare i uthållighetsidrott, där BIC inte tyder på sjuklig BDD, utan mer en kroppslig oro.

Ett annat exempel på när samhällets normer kolliderar med de idrottsliga är när kvinnor deltar i muskelbyggande/styrke- idrotter som ger förutsättningarna att lägga på sig mycket massa, något som går emot det Philips m.fl. (2006) har diskuterat är normen för kvinnor. Kvinnor ska vara slanka, små och smala med liten muskeldefinition (Philips, m.fl., 2006). Det finns evidens som tyder på att man väljer idrotter som ligger i linje med ens egen internalisering av hur man *bör* se ut på grund av sexualiseringen i västerländsk media och de normer som median trycker på (Varnes, m.fl., 2013).

Cash m.fl. (2012) rapporterar också hur idrottare som inte befinner sig inom dessa ramar och förväntningar, försöker modifiera sina kroppar för att uppnå den förväntade standarden för deras idrott. Detta kan vara med hjälp av en kontrollerad kosthållning, anabola steroider eller ökad och överdriven träningsmängd (Cash, m.fl., 2012; Varnes, m.fl., 2013). Något som kan komma att påverka deras prestation och därmed påverka deras framtid, men också hälsan. Dessa är särskilt prominenta bland idrotter som kräver mycket muskelmassa eller kraftig ökning av muskelmassan som styrkelyft och kroppsbyggnad. När det pratas om en besatthet av musklerna så skapas det en underkategori av BDD- Muskel Dysmorfofobi, *Muscle dysmorphia* (MD). Något som är vanligare även bland styrkeidrottare och kroppsbyggare (Varnes, m.fl., 2013).

Det diskuteras även om nivån man idrottar har en betydande påverkan. Exempel på användningen av anabola steroider var vanligare bland kroppsbyggare som tävlade gentemot de som gör det på *fritids nivå* (Cash, m.fl., 2012). Eller att ju högre i upp i divisionen man tränade och tävlade på, desto högre korrelation mellan nivån på tävlandet och att vara orolig för sin kropp och dess utseende (BIC) (Varnes, m.fl., 2013). Vad som även presenterades i Varnes m.fl. (2013) review artikel, var att kvinnliga idrottare som idrottade hade en mer positiv självbild, än en kvinna som inte idrottade. Dessvärre har ingen variabel som tyder på BDD bland idrottare. Utan i större grad diskuterades det om generell kroppsuppfattning bland idrottare och om den är sjuklig eller ej framgår inte (Varnes, m.fl., 2013).

Muskeldysmorfi

Muskeldysmorfi (MD) är en typ av dysmorfofobi som specifikt riktar sig mot kroppens muskulatur. Medan dysmorfofobi kan rikta sig mot någon del av kroppen eller hela kroppens

form, riktar sig muskeldysmorfi specifikt mot musklerna (Cash, m.fl., 2012); Fabris m.fl., 2020). Något som har påvisats vara en vanligare kategori bland idrottare och som tidigare nämnt i styrkesporter eller kroppsbyggning (Cash, m.fl., 2012)

Murray m.fl., (2012) Genomförde en studie med syfte att undersöka likheter och skillnader i den kliniska profilen och den symtomatiska svårighetsgraden av muskeldysmorfi och anorexia nervosa i en manlig population. I studien fokuserade man särskilt på att undersöka förekomsten och svårighetsgraden av ätstörningar, symtom på muskeldysmorfi, tvångsmässig träning och användning av prestationshöjande substanser för att förbättra utseendet. Resultaten visade att både muskeldysmorfigruppen och anorexia nervosa-gruppen konsekvent uppvisade betydligt högre grad av patologi jämfört med kontrollgruppen som tränade på gym. Dessutom visade muskeldysmorfigruppen och anorexia nervosa-gruppen liknande nivåer av ätstörningspatologi, muskeldysmorfa symtom och tvångsmässig träning. Dessa likheter mellan anorexia nervosa och muskeldysmorfi stämmer överens med tidigare forskning som antyder att muskeldysmorfi kan klassificeras som en liknande typ av ätstörning (Murray m.fl., 2012).

Fortsättningsvis genomförde Cafri m.fl., (2008) en studie för att undersöka karaktärsdrag hos män med muskeldysmorfi. Resultaten visade att det inte fanns några signifikanta skillnader i ätstörningspatologi mellan män med muskeldysmorfi och män med anorexia nervosa. Det är viktigt att notera att studien inte påstår att sjukdomsutvecklingen är identisk i båda grupperna. Det är noterbart att personer i muskeldysmorfigruppen rapporterade betydligt högre nivåer av dietrestriktion jämfört med personer i anorexia nervosa-gruppen. Detta resultat är viktigt eftersom det tidigare har ansetts att muskeldysmorfi tillhör en kategori som liknar en somatoform störning snarare än en ätstörning, delvis på grund av dess förmodade koppling till ätstörningar (Cafri, m.fl., 2008).

Detta fynd är det första vetenskapligt grundade beviset som visar att ätstörningsbeteenden och attityder inom muskeldysmorfi är lika, om inte mer allvarliga än de som ses vid anorexia nervosa (Cafri, m.fl., 2008). Bland de ätstörande beteendena i muskeldysmorfi finns exempelvis reglering av matintag, såsom att äta var tredje timme oavsett hunger, strävan efter att konsumera fem gram protein per kilogram kroppsvikt och noga överväga den makronutritionella sammansättningen i all mat. Studien visade att personer med muskeldysmorfi skilde sig från vanliga styrketränande personer genom symtom och förekomst av andra psykiska tillstånd. I jämförelse med kontrollgruppen hade personer med muskeldysmorfi mer frekventa tankar om sin muskulatur, missnöjdhet med sitt utseende, kontrollbehov av sitt utseende samt ett beroende av att öka muskelstorlek genom besatthet av hypertrofiträning. Resultaten ger stöd för att muskeldysmorfi kan särskiljas från vanlig styrketräning genom att vara mer patologisk och utgöra en klinisk sjukdom. Denna studie är mer säker än tidigare liknande studier tack vare förbättrade urvalsprocedurer (Cafri, m.fl., 2008). Studien visade att personer med en historia av muskeldysmorfi hade en högre förekomst av stämnings- och ångestsjukdomar jämfört med kontrollgruppen. Dessa resultat stämmer överens med tidigare forskning. Dessutom antydde resultaten från studien att personer med muskeldysmorfi hade en ökad förekomst av steroidanvändning (Cafri m.fl., 2008).

Forskningsläget i Sverige

Bakgrundsinformationen om dysmorfofobi bland idrottare i Sverige är relativt begränsad och det finns ett behov av att fylla ut de kunskapsluckor som finns på området. Forskning har gjorts tidigare på BDD i allmänhet, men även där är forskningen i Sverige begränsad. Den data som finns är tvillingstudien från Enander m.fl. (2018) och studien på svenska kvinnor från Brohede m.fl. (2015). I allmänhet, har det inte utforskats i stor utsträckning bland idrottare, särskilt inom den svenska kontexten där det saknas data helt och hållet. Detta gör det viktigt att genomföra en undersökning för att bidra till kunskapen på området och förstå hur dysmorfofobi kan påverka idrottare i Sverige. Genom att undersöka förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare och särskilt inom kroppsbyggning och fitness, kommer vår studie att fylla ett kunskapsgap och ge en mer detaljerad förståelse för fenomenet inom den svenska idrottsmiljön. Genom att samtidigt inkludera kroppsbyggare i vår studie utöver organisationer från riksidrottsförbundet kommer vi att kunna undersöka de specifika utmaningar och konsekvenser som kan vara unika för denna population.

Syfte och frågeställning

Syftet är att få fram material kring BDD för hur det ser ut bland idrottare i en storstad i Västsverige. Där målet slutgiltigt blir att få fram en kartläggning om förekomsten av BDD hos idrottare och jämföra den mot tidigare studier.

1. Hur stor är förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare i en storstad i Västsverige?
2. Är idrottare mer benägna att lida av dysmorfofobi än den generella populationen?
3. Vilket av könen har en högre förekomst av BDD?

Våra hypoteser till frågeställningarna lyder enligt följande:

1. Förekomsten av BDD bland idrottare i en storstad är högre än det som påvisats i tidigare studier.
2. Idrottare är statistiskt mer potentiellt benägna.
3. Kvinnliga idrottare har en större risk för att utveckla BDD.

Metod

Design

Studien är en kvantitativ studiedesign som studerar och kartlägger ett fenomen vid ett singulärt tillfälle genom en enkätundersökning. Något som Kristensson (2014) beskriver som en tvärsnittsdesign som är deskriptiv. Enkäten, som är det empiriska materialet, är studiens

huvudsakliga data som har samlats in för första gången (Jacobsen, 2017). Data som efterfrågats i enkäten ligger i enlighet med denna specifika studiens syfte och för att minimera osäkerhet eller otydliga svar har vi använt oss av slutna dikotoma frågor med ja/nej (bilaga 2) som alternativ (Kristensson, 2014). Detta har resulterat i nominaldata.

Genom att även inte nämna vilka föreningar och organisationer som har rekryterats undviker man att individuella personer kan identifieras i studien. Något som säkerställer deras anonymitet (Kristensson, 2014) och har genomförts med beaktning från Vetenskapsrådets (2017) rekommendationer i *God forskningsed*, om att värna om respondenten. Det har även tagits i beaktning att studien inte ska skapa större skada än vad studien ger nytta, som beskrivs nyttoprincipen (Kristensson, 2014; Vetenskapsrådet, 2017). Åtgärder som att informera att hjälp finns, vart de kan söka efter hjälp (se bilaga 2) och att det genomförs en kvantitativ enkätundersökning har genomförts med eftertänksamhet och för att undvika att individen tar till skada. Att göra studien kvantitativ har en grund i att individen undviker att blottas och utsättas för att behöva berätta sina upplevelser för andra som inte är utbildade psykologer eller läkare.

För att uppnå hög kvalitet ligger det i högsta prioritet att uppnå transparens genom att redovisa de metoder, reflektioner och komplikationer som uppstått för läsaren. För anser läsaren att det som är skrivet är förståeligt, visar en representativ bild av verkligheten och sant, kan man mena att studien uppnår hög kvalite (Yin, 2013; Kristensson, 2014; Jacobsen, 2017)

Urval

I och med att vi inkluderar kroppsbyggning i denna studien och de inte är inkluderade i Riksidrottsförbundet (RF) har två separata urvalsprocesser behövts beskrivas.

Urvalsprocessen för organisationer i RF

Urvalet har gått till genom ett avsiktligt urval med ett maximerat varierat urval, som är en typ av icke-sannolikhetsurval (Kristensson, 2014). Organisationer har kunnat hittas via RF hemsida. Genom att gå in på "Hitta inom idrottsrörelsen" på hemsidan för RF och sedan se anslutna föreningar i olika idrotter som befinner sig i en storstad i Västsverige. En förening i varje idrott har i första hand ingått i urvalet. Föreningen ska ha en egen webbplats kopplad till RF med kontaktuppgifter. I första hand ett damlag och ett herrlag för lagidrotterna, de individuella idrotterna ska det finnas träningsgrupper blandat eller separerat för att vara lämplig för urvalet, 28 föreningar passade in på kriterierna. Detta inkluderar de föreningar som är dubletter av idrotter på grund av externt bortfall.

I de fallen där svars responsen har varit <10 hos en förening som har godkänt medverkan, så har inbjudan till enkäten skickats ut till 2 föreningar inom samma idrott. Detta för att försöka säkerställa ett mer maximalt varierat urval (Kristensson, 2014). Vilket vi har kunnat se genom vilka idrotter som har svarat på enkäten. Ex. på dessa idrotter är styrkelyft, ishockey, fotboll, basket och fotboll, simning, konståkning. Av de 28 föreningarna som var lämpliga såg fördelningen ut såhär; organisationer som tackade; 14,2% (N=4) ja, 17,8% (N=5) nej, 75%

(N= 21) tackade ja, men fyllde sedan inte i enkäten eller uteblivet svar per mail om att vilja delta.

Urvalsprocessen för privatpersoner i SBFF

Kroppsbyggnad är en idrott som inte är godkänd av Riksidrottsförbundet (RF), vilket innebär att vi behövde använda en annan urvalsprocess för att rekrytera deltagare. I enlighet med våra krav och urvalsmetoder valde vi att använda bekvämlighetsurval i vår studie, vilket är en typ av icke-sannolikhetsurval (Kristensson, 2014). Vi kontaktade privatpersoner som ansågs vara lämpliga och intresserade av att delta i studien. I vårt bekvämlighetsurval inkluderade vi totalt 14 personer som var medlemmar i Svenska Bodybuilding & Fitnessförbundet (SBFF). Urvalet fördelades jämnt med 7 kvinnor och 7 män. Bortfall landade på 71,4% (N=10), vilket innebär att dessa personer antingen valde att inte svara på vår förfrågan eller att de inte deltog i studien av olika skäl. Det är viktigt att notera att trots bortfallet behöver vi en slutlig grupp om 14 personer i vårt bekvämlighetsurval. Dessa deltagare var aktiva inom kroppsbyggnad och är medlemmar i SBFF, vilket säkerställer deras engagemang inom området. Genom att begränsa urvalet till medlemmar i SBFF kunde vi säkerställa att deltagarna hade en aktiv koppling till kroppsbyggnad och fitness.

För att delta i studien behövde man inte uppfylla DSM-IV eller DSM-5 innan deltagande i studien, eller tidigare visat tecken på att ha BDD eller BIC. Detta gäller för både organisationer och privatpersoner som är medlemmar i RF eller SBFF. Krav är att vara fysiskt aktiv i Västsverige, att vara över 15 år då dessa individer anses vara vuxna nog att ta egna beslut om att ingå i undersökningar (Kristensson, 2014). Alla nivåer av idrottande inkluderades i studien. Dessa var; *idrottare på fritiden, regional nivå eller elit*, för vidare info se bilaga. 2.

Material

Materialet för vår studie är självrapporterad data i enkät konstruerad via Googles verktyg Google formulär, se bilaga 2 för exakt struktur. Frågorna i enkäten baserades rakt av på 1177s lista på 5 punkter som visar tecken på BDD. Listan i sin tur grundar sig på Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) och DSM-IV samt den uppdaterade versionen DSM-5, se bilaga 4 för mer info .

5 Kriterier för att misstänka BDD hämtad från Sveriges nationella sjukvårdsupplysning 1177 (2022):

- Du tänker minst en timme om dagen på en eller flera saker som du tycker är fel med ditt utseende.
- Du känner dig nedstämd, deprimerad eller har ångest över ditt utseende.
- Du försöker dölja det du tycker är fult eller fel, till exempel med smink eller kläder.
- Du har gjort kosmetiska ingrepp för att rätta till det som du tycker är fult eller fel, men är fortfarande inte nöjd med ditt utseende.

- Du undviker att se dig i spegeln, eller ser dig i spegeln väldigt ofta för att känna dig lugnare.

Stämmer en eller flera av dessa symtomen in på individen finns det stor chans att personen har BDD (1177, 2022). Dessa riktlinjer används även i denna studien för att avgöra om någon potentiellt har BDD (För mer information om 1177, se avsnitt 6. Metoddiskussionen).

Det adderades 4 frågor som komplement till 1177. En av dessa handlar om individen undviker sociala tillställningar eller relationer (se bilaga 3). Något som har adderats med underlag från Fabris m.fl (2020) där han nämner i sin studie att personer med BDD kan ha svårt med relationer. Detta är något som 1177 även diskuterar i sin sjukdomsupplysning om BDD. Det adderades sedan tre stycken idrottsspecifika frågor. Två berörande korrigering av träningsintensitet och 1 om upplevelsen av att inte fysiskt passa in i sin kropp i relation till idrotten man är aktiv inom (se bilaga 3 för hela enkäten). Detta i enlighet med (MD) och Cashs (2012) beskrivning om idrottare som kontrollerar träningsintensitet och kämpar att balansera sociala normer mot idrottsliga normer. Detta medför för att man kan potentiellt se om det finns en starkare intern koppling mellan idrott och BDD, vilket skapa reflektioner för framtida forskning (Fabris m.fl., 2020).

Vid dataanalysen används Google formulär som sammanställer resultaten i diagram, vilket är en tjänst som finns i programmet. Samma gäller för att få se enskilda svar så kan Google formulär skapa ett Google kalkylark och föra över datan dit.

Datainsamling

Alla frågor är markerade som obligatoriska för att minimera internt bortfall (Kristensson, 2014), vill de avsluta enkäten kan de när som helst göra detta i enlighet *God forskningssed* (Vetenskapsrådet, 2017) och autonomiprincipen (Kristensson, 2014). Dock missades det att markera detta på en av frågorna och skapade ett internt bortfall på 6,6% (N=1).

Enkäten testades av 5 personer aktiva inom idrotten som fanns i vårt närområde, inga personer som är med i de tidigare organisationerna. Ingen negativ eller konstruktiv respons tillkom och vi beslutade då att enkäten godkänns att användas *på riktigt*.

Datainsamlings processen för organisationer i RF

Efter att ha genomfört ett urval och använt oss av material som har varit lämpliga för att besvara frågeställningen fick N=28 organisationer inbjudan till att delta i studien. Alla organisationer i urvalet fick en inbjudan per mail separat, där det som ändrades var det inledande ordet och ett ord i första stycket som var anpassat efter föreningen som kommuniceras med, för mer information se bilaga 1.

I nästa steg av datainsamling processen behövde föreningarnas verksamhetschef, chefstränare eller gruppansvariga svara skriftligt per mail om de var intresserade. Svarade de ja, så vidarebefordras enkäten för vidare granskning. När de svarade ja eller nej eller inte ett svar

alls på detta, så skapar de en möjlighet att beräkna bortfall (Kristensson, 2014). Något som är viktigt att ha en översikt över för att uppskatta kvalitén i studien (Kristensson, 2014). Efter detta beslutade föreningarna själva vilka inom organisationen de vill ska få tillgång till enkäten. Dessa individer väljer sedan fritt om de vill medverka eller inte, vilket är en del av personernas rättigheter (Kristensson, 2014).

För att godkänna medverkan och att vi kan använda deras resultat görs genom att påbörja och slutföra enkäten. Verksamhetsansvariga, chefstränare och ansvariga tränare för de specifika grupper på organisationerna, har fått besluta huruvida deras idrottare ska få medverka på denna enkäten eller inte. Alla föreningar som inte har återkopplat eller har återkopplat, men sedan inte svarat på enkäten har även fått ett påminnelsemail. I de fallen där svarsresponsen har varit <10 hos en förening som har godkänt medverkan och sedan medverkat med lågt antal deltagare, så har inbjudan till enkäten skickats ut till 2 föreningar inom samma idrott.

Datainsamlings processen för SBFF

Deltagarna kontaktades genom direktmeddelanden på sociala medier. Om de svarade ja skickades ett mail privat till dessa individer via e-post och informerades om studiens syfte, krav och förväntningar. I vår datainsamling kontaktade vi sammanlagt 14 personer, varav 7 var kvinnor och 7 var män. Trots att vi kontaktade 14 potentiella deltagare, fick vi endast in 4 svar, bortfall 71,4% (N=10). Av dessa svar kom två från kvinnliga deltagare och två från manliga deltagare. Trots att svarsfrekvensen var relativt låg, gav de insamlade svaren oss värdefull information och perspektiv kring vårt forskningsämne.

Dataanalys

Genom att använda oss av Googles verktyg kalkylark har enskilda beräkningar kunnat göras utifrån den insamlade datan. 1177s kriterier för BDD bedömer att man endast behöver uppnå 1 av 5 för att potentiellt ha diagnosen BDD. Utifrån detta har man sedan kunnat gruppera respondenterna efter vilka som har svarat ja på någon av dessa 5 kriterier och vilka som har svarat nej på alla dessa 5 kriterier. Därifrån kunde vi sedan se hur fördelningen procentuellt såg ut genom beräkningen som Google kalkylark genomförde. Vilket vi kontrollräknade genom att beräkna procentuella andelar. Google kalkylark kunde även sammanställa diagram, genom att markera de relevanta cellerna och klicka "Infoga" och sedan "Diagram".

Resultat

Beskrivning av vårt urval

Totalt 24 deltagare svarade på vår datainsamling. Av dessa var 58,3% (n = 14) kvinnliga och 41,7% (n = 10) manliga. När det gäller idrottslig aktivitet observerade vi att 70,8% (n = 17) av deltagarna var engagerade inom individuell idrott, medan 29,2% (n = 7) representerade lagidrott. Nivån på utövandet ut såhär: 16% (N=4) *Idrottare på fritiden*, 45,8% (N=11) *Regional nivå, medverkar på DM, serietävlingar*, 37,5% (N=9) *Elit, medverkar på SM, NM, EM, VM*.

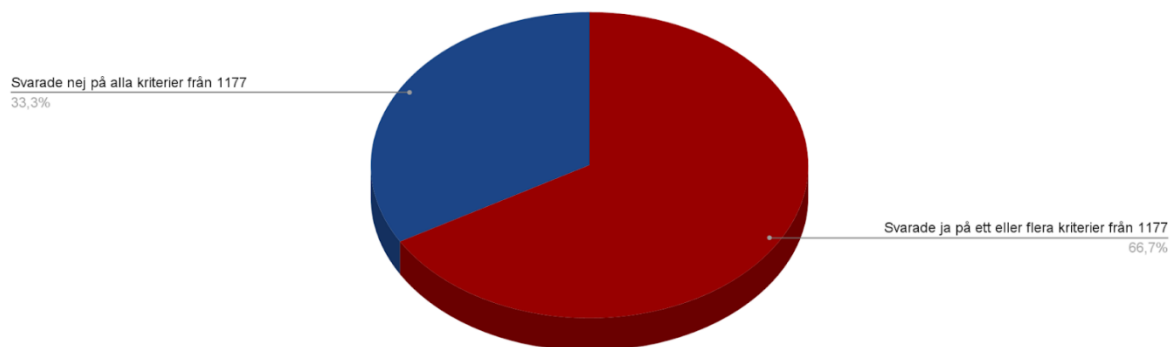
Åldersgrupper fördelade sig deltagarna på olika åldrar, mellan 15-37 år. Typvärdet för åldern i vår datainsamling var 22, vilket innebär att 22 förekom flest gånger (n = 7) och därmed

representerade det vanligaste svaret. Medelvärde är 23,5 år. (Q1=19 år, Q2=22 år, Q3= 26 år, Q4= 37 år). Vid analys av åldersfördelningen noterade vi att majoriteten av deltagarna (n = 12) tillhörde åldersspannet 20 till 23 år, vilket utgjorde den största gruppen. Genom att redovisa dessa detaljer ger vi en mer omfattande beskrivning av åldersfördelningen i vår studie och ger en tydligare bild av deltagarnas sammansättning.

Hur stor är förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare i en storstad i Västsverige?

Av de 24 personerna som deltog i studien hade 16 av dessa svarat ja på någon av 1177s kriterier för BDD. Detta visar att 66,7% av respondenterna visar tecken på BDD.

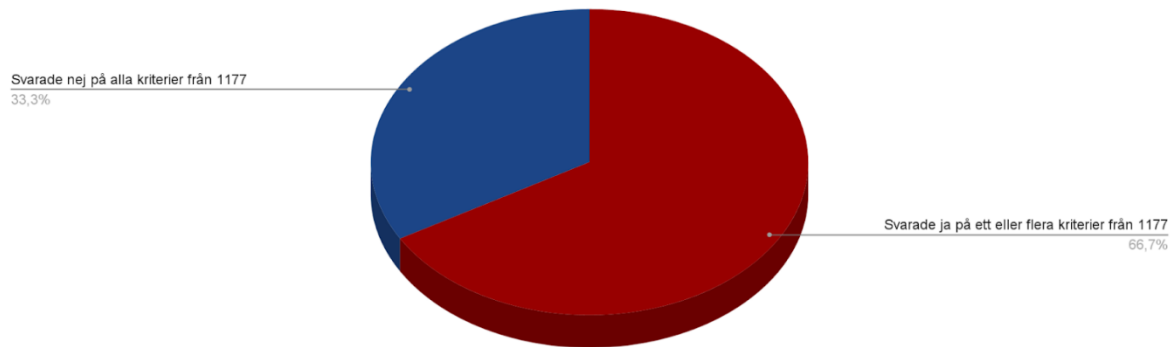
Antal: 24



Jämfört med tidigare forskning är idrottare mer benägna att lida av dysmorfofobi än den generella populationen?

Resultatet av denna studie indikerar att idrottare har en högre förekomst av dysmorfofobi jämfört med den generella populationen, enligt den data som har presenterats i bakgrunden. Med en förekomst på 66% av respondenterna som visade tecken på dysmorfofobi enligt de fastställda kriterierna, tyder det på att idrottare är mer benägna att uppleva denna kroppsbildsstörning.

Antal: 24

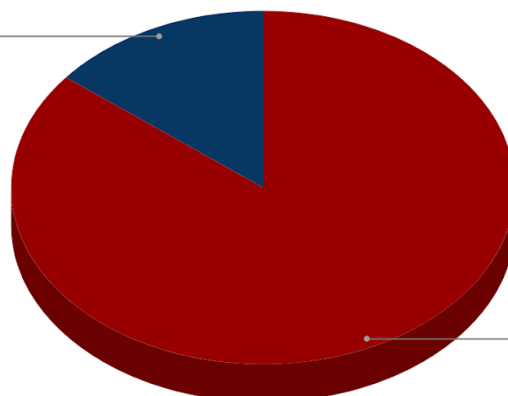


Vilket av könen har en högre förekomst av BDD?

Enligt resultaten från studien observerades en högre förekomst av dysmorfofobi (BDD) bland kvinnliga idrottare jämfört med manliga idrottare. Av de 24 deltagarna var 58.3% kvinnor och 41.7% män. Bland de 14 kvinnliga deltagarna uppvisade en betydande majoritet, 85.7% (N=12/14), tecken på kroppsdysmorforisk störning enligt de fastställda kriterierna för BDD från 1177. Dessa resultat antyder en könsspecifik variation i förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare, där kvinnliga idrottare i vår studie hade en högre förekomst av BDD.

Antal Kvinnor: 14

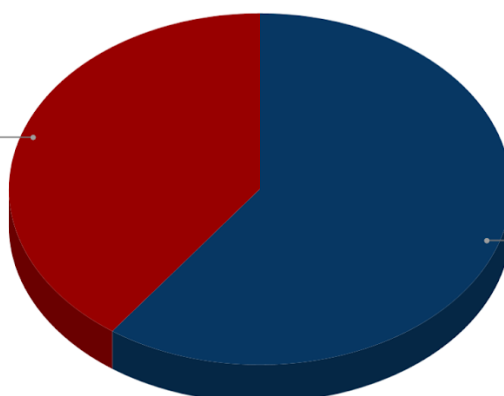
Svarade nej på alla kriterier från 1177
14,3%



Svarade ja på ett eller flera kriterier från 1177
85,7%

Antal Män: 10

Svarade ja på ett eller flera kriterier från 1177
40,0%



Svarade nej på alla kriterier från 1177
60,0%

Diskussion

Metoddiskussion

Genom att använda ett icke-sannolikhetsurval, närmare bestämt ett bekvämlighetsurval och ett maximerat varierat urval, ökar risken för att inte uppnå ett representativt urval. Trots detta har vi vidtagit åtgärder för att minska möjligheten till snedvridna resultat. Ett av dessa åtgärder var att försöka rekrytera deltagare från olika föreningar och områden i storstaden i Västsverige. Vi strävade också efter att uppnå en jämn könsfördelning genom att tydligt efterfråga detta i vår inbjudan till formuläret (Kristensson, 2014). Genom att kombinera

bekvämlighetsurvalet med ett maximerat varierat urval kunde vi effektivisera tidsåtgången, vilket var en prioritet då vi hade en begränsad tidsram på endast 3,5 veckor för att slutföra datainsamlingen. En tidsgräns som även är rekommenderad av Kristensson (2014). Det hade varit möjligt att genomföra en mer optimal urvalsmetod, såsom slumpmässigt urval enligt listan från RF-sisu, men inom den givna tidsramen var bekvämlighetsurvalet och maximerat varierat urval det bästa alternativet för att färdigställa arbetet.

En önskan till att uppnå ett ännu större urval än N=24 personer hade varit optimalt, men har påverkats av bland annat tillgängligheten hos organisationen. Ett lag inom lagidrott som hörde av sig till oss fick i efterhand svårt att delta i slutet i med en stor cup som skulle ta plats inom de närmsta dagarna, vilket har i sin tur påverkat spelarnas möjlighet till att spendera tid med enkät.

Vi strävade efter att få ett så stort urval som möjligt för att uppnå representativitet i vår studie. Tyvärr var tillgängligheten hos olika föreningar varierande beroende på vilken tidpunkt de befann sig i säsongen och personalens arbetsbelastning på kansliet. Vi kommunicerade med verksamhetschefer och ansvariga på organisationerna och gav dem möjlighet att besluta om deras deltagande i studien. Detta beslut grundades på att BDD är en psykisk sjukdom och ett känsligt ämne att diskutera. Tränare och ansvariga på organisationerna hade en bra överblick över sina aktiva medlemmar och kunde fatta beslut om studien var lämplig att genomföra inom deras organisation. Genom att involvera dem i beslutsprocessen kunde vi ta hänsyn till deras perspektiv och skapa en mer samarbetsvillig och etiskt genomförbar studie.

Vi samlade in mailadresser för att kunna hantera svarsdata och ge deltagarna möjlighet att begära borttagning av sina svar. Syftet med att samla in mailadresser förklarades tydligt i början av enkäten, där vi även informerade deltagarna om deras rättigheter (se bilaga 2). Detta tillvägagångssätt medförde dock vissa etiska utmaningar, särskilt eftersom vissa mailadresser innehöll deltagarnas fullständiga namn och därmed kunde påverka deras anonymitet gentemot oss som genomförde studien. Vi var medvetna om att användning av ett kodningssystem skulle kunna vara en lösning, men tyvärr var det inte tillgängligt för oss. Detta faktum kan också ha påverkat vår förmåga att få svar från vissa deltagare. För att förbättra studien i framtiden skulle det vara fördelaktigt att införa en obligatorisk fråga där vi säkerställer deltagarnas samtycke och bekräftelse av att de har läst all information innan de påbörjar studien, även om deras rättigheter redan förklarades i början (se bilaga 2). Genom att implementera sådana åtgärder kan vi ytterligare stärka deltagarnas integritet och förtroende.

I vissa tidigare studier inkluderas deltagare som redan har fått diagnosen BDD, medan vår studie använder sig av en lista med punkter från 1177 som kan indikera förekomst av BDD. Även om denna lista troligtvis är baserad på kriterierna i DSM-IV och DSM-5, har vi inte hittat någon specifik referens hos 1177 som bekräftar detta. 1177 är en nationell svensk sjukvårdsupplysning som samarbetar med Sveriges regioner och tillhandahåller information och rådgivning om sjukdomar och behandlingar. Deras webbplats, 1177.se, och telefonnummer 1177 ger pålitlig information som skrivs av legitimerad sjukvårdspersonal. Därför är 1177 en pålitlig källa för svensk information om sjukdomstillstånd, inklusive BDD. I deras avsnitt om BDD förklarar de även vilka rättigheter patienten har under sin behandling.

Genom att använda 1177 som referens kunde vi tillhandahålla relevant och pålitlig information om BDD för vår studie.

I tidigare svenska studier, som Brohede m.fl., (2015) och Enander m.fl., (2018), användes korrelationsanalyser och inkluderade ett betydligt större urval på upp till 2000 personer. Dessa studier har bidragit till kunskapen om BDD i den svenska kontexten. Å andra sidan har Varnes m.fl., (2013) genomfört en litteraturstudie som fokuserar på Body Image Concern (BIC) och inte specifikt på BDD. Deras studie ger insikter om BIC, men det är viktigt att skilja detta från BDD.

I diskussionen tar vi upp aspekten av kön eftersom manligt och kvinnligt ofta fungerar som normer i samhället. Inom idrotten finns det dock få platser där det finns en öppen kategori för könstillhörighet. Därför har vi i vårt formulär endast gett möjlighet att välja mellan man, kvinna eller att inte uppge kön, vilket är i enlighet med användningen av dikotoma frågor. Dikotoma frågor är fördelaktiga när svaren inte kräver ytterligare fördjupning (Kristensson, 2014). Det hade också varit möjligt att inkludera frågor om kostreglering i samband med upplevelsen av missnöje, med tanke på den befintliga forskningen som visar att kvinnor oftare reglerar sin kost i samband med Body Image Concern (BIC) och Body Dysmorphic Disorder (BDD) jämfört med reglering av träning. Dock valde vi att inte inkludera dessa frågor i denna studie, eftersom vi främst var intresserade av idrott som träningsaktivitet. Genom att göra dessa val i vårt formulär kan vi fokusera på de specifika frågeställningar och intressen som är relevanta för idrottare, samtidigt som vi tar hänsyn till de begränsningar och ramar som finns inom idrottssammanhang.

I vår insamling av data fick vi totalt 24 svar från deltagare. Av dessa var 58,3% (N= 14) kvinnliga och 41,7% (N=10) manliga, vilket visar en relativt jämn representation mellan könen.

Metoden för SBFF skiljer sig från de andra deltagarna eftersom SBFF inte är med i RF. Trots en relativt låg svarsfrekvens har de insamlade svaren gett oss värdefull information och perspektiv. Begränsad svarsfrekvens kan dock påverka generaliserbarheten och vår förmåga att dra allmänna slutsatser. Inkluderingen av kroppsbyggare i urvalet var baserad på deras intresse för fysiskt utseende och kroppsbyggare strävar efter idealiserade kroppsåtgång och symmetri, vilket kan öka risken för kroppsdysmorfofobi. Genom att inkludera kroppsbyggare i studien fick vi en djupare förståelse för kroppsdysmorfofobi inom denna kontext och dess samband med träning och kroppsbyggare. Det är viktigt att notera att resultaten inte kan generaliseras till hela populationen med kroppsdysmorfofobi. För att inkludera kroppsbyggare använde vi sociala medier och kontaktade medlemmar från Svenska Bodybuilding & Fitnessförbundet (SBFF) som är godkänt av International Federation of Bodybuilders (IFBB). Deltagarna informerades om studiens syfte, krav och förväntningar via direktmeddelanden eller e-post.

Resultatdiskussion

Hur stor är förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare i en storstad i Västsverige?

Av de 24 personerna som deltog i studien visade 16 personer, motsvarande 66% av respondenterna, tecken på kroppsdysmorforisk störning (BDD) enligt de fastställda kriterierna för BDD enligt 1177. Dessa resultat ger en uppskattning av förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare i en storstad i Västsverige. Det är viktigt att vara medveten om att detta resultat endast återspeglar den specifika populationen av idrottare som deltog i studien och kan inte generaliseras till hela idrottspopulationen i storstäder eller andra geografiska områden. Vidare forskning och studier med större och mer representativa urval är nödvändiga för att få en mer omfattande bild av förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare i denna specifika kontext.

Vi har valt att använda 1177s kriterier i vår enkätstudie eftersom vi undersökte idrottare i en svensk kontext. Eftersom 1177 är en omfattande informations- och tjänstesamling inom hälsa och vård i Sverige, betraktade vi deras information och råd som värdefulla för vår studie. Vi inkluderade fem symtom från 1177s beskrivning av dysmorfofobi i vår enkät och definierade att deltagare skulle känna igen sig i minst ett av dessa symtom för att klassificeras som dysmorfofoba. Det är tydligt att våra studieresultat visar en betydligt högre förekomst av kroppsdysmorfofobi jämfört med tidigare studier. Men man måste ta i beaktning att tidigare studier inte specifikt har undersökt idrottare inom olika sporter, vilket gör att våra resultat inte kan jämföras direkt med tidigare studier på den generella populationen. För att undersöka dysmorfofobi har tidigare studier använt olika mätinstrument, inklusive Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) och Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ). DSM är en vanlig referenspunkt för att diagnostisera olika psykiska störningar, inklusive dysmorfofobi. Det innehåller specifika diagnostiska kriterier för BDD, såsom upplevd defekt i utseendet och signifikant psykiskt lidande. BDDQ å andra sidan är ett självskattningsformulär som används för att screena förekomsten av BDD genom att utvärdera kroppsbildsrelaterade bekymmer och symtom. Dessa mätinstrument ger en mer djupgående utvärdering och kan bidra till en bättre förståelse av om en individ faktiskt har BDD. Skillnaden i resultaten mellan våra studier och tidigare studier kan bero på användningen av olika mätinstrument samt den mer omfattande ansatsen vi har haft genom att inkludera idrottare inom olika sporter. Det är viktigt att komma ihåg att forskningsstudier kan variera i sina kriterier och mätinstrument beroende på sina specifika forskningsfrågor och syften. Vårt val av kriterier och mätinstrument i kombination med vår målgrupp av idrottare kan ha bidragit till de högre resultaten vi har observerat. Fortsättningsvis observerades en överrepresentation av individuella idrottare i vår studie, vilket kan påverka resultatens generaliserbarhet och ge en snedvriden bild av idrottare i en mer allmän kontext.

Individuell idrott och lagidrott kan ha olika påverkan på människors kroppsuppfattning och självbild. Idrottare som deltar i individuella idrotter kan vara mer fokuserade på sin egen kropp och prestation, medan idrottare i lagidrotter kan ha en större betoning på samarbete och lagets framgång. Denna överrepresentation av individuella idrottare i vår studie innebär att våra resultat kan vara snedvridna och inte ge en helt representativ bild av idrottare i en generell kontext. Det är möjligt att idrottare i lagidrotter kan ha andra faktorer som påverkar

deras kroppsuppfattning och eventuellt förekomst av kroppsdysmorfofobi. Därför bör våra resultat tolkas med försiktighet och inte generaliseras till hela idrotts befolkningen. För att få en mer representativ bild av idrottare från olika idrotts kontexter och för att få en bättre förståelse för eventuella skillnader och likheter mellan individuell idrott och lagidrott i samband med kroppsuppfattning och kroppsdysmorfofobi, skulle det vara värdefullt att inkludera ett större urval av idrottare från olika typer av idrottsgrenar i framtida studier. Det skulle ge en mer nyanserad bild och möjliggöra en mer omfattande analys av dessa fenomen inom idrotten.

Jämfört med tidigare forskning är idrottare mer benägna att lida av dysmorfofobi än den generella populationen?

Baserat på den tillgängliga informationen indikerar resultaten från vår studie att idrottare i vår undersökning är mer benägna att lida av dysmorfofobi jämfört med den generella populationen. Av de totalt 24 idrottarna i studien visade 66,7% (N=16/24) tecken på kroppsdysmorforisk störning (BDD) enligt 1177s kriterier. Detta tyder på att en betydande andel idrottare i vår studie upplever negativa kroppsuppfattningar och oro över sitt utseende. För att sätta våra resultat i perspektiv kan vi jämföra dem med tidigare forskning. En tysk befolkningsstudie visade att 35,3% av deltagarna var oroliga för åtminstone en kroppsdel, vilket indikerar att kroppsuppfattningen och bekymret för utseendet är relativt vanligt förekommande i den generella populationen. Däremot rapporterade studier av Buhlmann m.fl., (2010) och Koran m.fl., (2014) en BDD-prevalens på 1,7% respektive 2,4% bland den vuxna befolkningen i USA. En annan studie genomförd i Sverige av Enander m.fl., (2018) visade att förekomsten av BDD i Sverige ligger mellan 1-2%. Den högre förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare i vår studie kan ha flera förklaringar. Idrottsmiljön kan innebära ökade krav på kroppslig prestation och estetik, vilket kan öka risken för att utveckla negativa kroppsuppfattningar och känslor av otillräcklighet. Dessutom kan idrottare vara mer medvetna om sina kroppar och uppmärksamma detaljer som kan ge upphov till missnöje och oro. Det är viktigt att notera att resultaten från vår studie endast gäller för de deltagare vi undersökte och inte kan generaliseras till hela populationen med liknande egenskaper eller till andra sammanhang. Det krävs ytterligare forskning och studier för att bekräfta och fördjupa förståelsen av förekomsten av dysmorfofobi bland idrottare och för att undersöka de underliggande faktorerna som kan bidra till detta fenomen. Det är även viktigt att notera att eftersom vi inte är sjukvårdspersonal eller psykologer, är det inte vår roll att diagnostisera eller fastställa om en individ har BDD eller inte. Vår studie kan endast indikera att deltagarna potentiellt har BDD baserat på de identifierade symtomen.

Hur skiljer sig förekomsten av dysmorfofobi mellan manliga och kvinnliga idrottare?

Resultatet av vår studie ger värdefull insikt i förekomsten av dysmorfofobi och dess könsspecifika variationer bland idrottare. Totalt deltog 24 personer i studien, varav 58.3% var kvinnor och 41.7% var män. Denna fördelning möjliggjorde en jämförelse av dysmorfofobins förekomst mellan de båda könen. Bland de fjorton kvinnliga deltagarna uppmärksammade vi att en betydande majoritet, 85.7% (tolv av fjorton), uppvisade tecken på kroppsdysmorforisk störning enligt de fastställda kriterierna för BDD enligt 1177. Detta indikerar en hög förekomst av dysmorfofobi bland kvinnliga idrottare i vår studie. Dessa fynd kan relateras till de höga samhällseliga förväntningar och normer som ofta påverkar kvinnors kroppsuppfattning

inom idrott och fitness. Å andra sidan observerade vi att endast 40% (fyra av tio) av de manliga deltagarna i studien visade tecken på kroppsdysmorforisk störning enligt samma kriterier. Detta tyder på en betydligt lägre förekomst av dysmorfofobi bland manliga idrottare jämfört med deras kvinnliga motparter. Den könsskillnad som framkommer i vår studie kan ha kopplingar till olika sociokulturella faktorer, såsom idealiserade kroppsbilder och prestationskrav som kan vara mer framträdande inom vissa idrottsgrenar eller inom den kvinnliga idrottskulturen. Dessa resultat betonar vikten av att beakta könsspecifika faktorer vid utvärdering och behandling av dysmorfofobi inom idrottssammanhang. Det är nödvändigt att skapa medvetenhet om de unika utmaningar och påverkansfaktorer som kan vara relevanta för både kvinnliga och manliga idrottare när det gäller deras kroppsuppfattning och självbild. Genom att identifiera och adressera dessa könsspecifika faktorer kan vi arbeta mot att främja en hälsosam kroppssattityd och minska risken för dysmorfofobi inom idrotten.

Slutsatser och implikationer

Resultaten av denna studie om kroppsdysmorfofobi bland idrottare har medfört flera viktiga implikationer. I första hand indikerar det att kroppsbild relaterade problem, såsom dysmorfofobi, är relativt vanliga bland idrottare och bör uppmärksammas av individer som är professionella inom idrott. Genom att vara medvetna om och identifiera dessa problem kan lämpliga åtgärder tas för att erbjuda stöd till idrottare som lider av dysmorfofobi.

En annan viktig aspekt som bör tas i beaktning är behovet av utbildning och medvetenhet inom idrottsvärlden. Det är viktigt att öka kunskapen om dysmorfofobi och dess negativa konsekvenser bland tränare, idrottsledare och andra som är involverade i idrottarnas miljö. Tränarna behöver lägga en större betoning på att acceptera kroppen i sitt nuvarande tillstånd, att hälsa går före prestationer och prestationer kommer när kroppen i första hand mår bra. Genom att integrera utbildningsprogram och resurser som riktar sig mot att främja en hälsosam kroppsuppfattning och motverka dysmorfofobi kan idrottsvärlden bidra till en mer positiv och stödjande miljö för idrottare. Allt för att kunna nå svenska strategiska mål om att bli bäst på idrott.

En större kvantitativ studie på en bredare och mer representativ skala skulle kunna ge oss mer stabila resultat och möjlighet att generalisera resultaten till en större population av idrottare. Genom att inkludera ett större antal deltagare och täcka olika idrottsgrenar skulle vi få en mer omfattande bild av förekomsten av kroppsdysmorfofobi och dess samband med olika faktorer inom idrotten. Detta skulle bidra till att förbättra vår förståelse för förekomsten av kroppsdysmorfofobi och möjliga riskfaktorer inom idrottssammanhang. För att komplettera de kvantitativa resultaten skulle en kvalitativ studie kunna undersöka hur tränare och tränarkollegor/kamrater kan påverka förekomsten av kroppsdysmorfofobi inom idrotten.

Genom att kvalitativt intervjua idrottare, tränare och andra inom idrottsmiljön skulle vi kunna få en djupare förståelse för de sociala och psykologiska faktorer som kan bidra till utvecklingen och upprätthållandet av kroppens dysmorfofobi. Det skulle också ge insikt i hur tränare och tränarkollegor kan spela en roll i att främja en positiv kroppsuppfattning och minska risken för kroppsdysmorfofobi bland idrottare. Det är dessutom relevant för tränaren att förstå när missnöjet med utseendet börjar bli ohälsosamt och när idrottarna ska söka

professionell hjälp. Genom att kombinera både kvantitativa och kvalitativa metoder skulle vi kunna få en mer heltäckande bild av kroppens dysmorfofobi inom idrotten och bättre kunna informera förebyggande åtgärder och stödåtgärder för idrottare. Dessa forskningsinsatser skulle kunna bidra till att minska risken för kroppens dysmorfofobi och främja en hälsosam kroppsbild inom idrottsmiljön.

Det kan fortsättningsvis vara värdefullt att utforska de sociokulturella och psykologiska faktorer som påverkar idrottarnas kroppsuppfattning och självbild, inklusive press från medierna, sociala jämförelser och idrottens ideal och normer. Sedan kan ytterligare forskning kan också inriktas på att utvärdera effektiviteten av olika interventioner och behandlingsmetoder för att minska dysmorfofobi bland idrottare. Det kan vara fördelaktigt att undersöka hur olika typer av terapi, kognitiv beteendeterapi, gruppstöd eller andra interventionsstrategier kan användas för att hjälpa idrottare att utveckla en mer hälsosam och realistisk kroppsuppfattning. Slutligen kan framtida studier också utforska hur man kan främja en positiv och stödjande prestationskultur inom idrottsvärlden. För att därefter skapa en miljö som främjar hälsa bland idrottare.

Källhänvisning

A. Fabris , C. Longobardi , L. Badenes-Ribera & M. Settanni (2020): Prevalence and Co-Occurrence of Different Types of Body Dysmorphic Disorder among Men Having Sex with Men, *Journal of Homosexuality*, DOI: 10.1080/00918369.2020.1813512

Alghamdi, W. A., Subki, A. H., Khatib, H. A., Butt, N. S., Alghamdi, R. A., Alsallum, M. S., Alharbi, A. A., Almatrafi, M. N., Alobisi, A. A., Al-Zaben, F., & Koenig, H. G. (2022). Body Dysmorphic Disorder Symptoms: Prevalence and Risk Factors in an Arab Middle Eastern Population. *International journal of general medicine*, 15, 2905–2912.
<https://doi.org/10.2147/IJGM.S329942>

Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: a population-based study. *Compr Psychiatry*. 2015 Apr;58:108-15. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.12.014. Epub 2014 Dec 30. PMID: 25617963.

Cash, T. (2012). *Encyclopedia of body image and human appearance*.

Enander, J., Ivanov, V., Mataix-Cols, D., Kuja-Halkola, R., Ljótsson, B., Lundström, S., . . . Rück, C. (2018). Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults: A population-based nationwide twin study. *Psychological Medicine*, 48(16), 2740-2747. doi:10.1017/S0033291718000375

Foster, A. C., Shorter, G. W., & Griffiths, M. D. (2015). Muscle dysmorphia: could it be classified as an addiction to body image? *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4), 1-5.

Grant, B. F., & Weissman, M. M. (2007). Gender and the prevalence of psychiatric disorders. In W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 31–45). American Psychiatric Publishing, Inc.

Jacobsen, D. I. (2017). *Hur genomför man undersökningar?* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2014). The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in the United States Adult Population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316-322.
<https://doi.org/10.1017/S1092852900016436>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

Phillips, K., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 77-87.

Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry research*, 178(1), 171-175.

Phillips, K., & Castle, D. (2001). Body Dysmorphic Disorder In Men: Psychiatric Treatments Are Usually Effective. *BMJ (Online)*, 323(7320), 1015-1016.

Folkhälsomyndigheten. (2022, mars). *Rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande* — Folkhälsomyndigheten. Retrieved May 18, 2023, from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>

Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877-885. doi:10.1017/S0033291706007264

Riksidrottsförbundet, (2019). *Strategi 2025, Svensk idrott-världens bästa*. Hämtat 2022-23-12 <https://www.rf.se/globalassets/riksidrottsforbundet/nya-dokument/nya-dokumentbanken/ovrigt/svensk-idrott--varldens-basta.pdf>

Schneider, S. C., Turner, C. M., Mond, J., & Hudson, J. L. (2017). Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(6), 595-603. doi: 10.1177/0004867416665483

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 23, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Rockville (MD). DSM-IV to DSM-5 Body Dysmorphic Disorder Comparison: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t19/>

Veale, D., Miles, S., Read, J., Troglia, A., Carmona, L., Fiorito, C., Wells, H., Wylie, K., & Muir, G. (2015). Penile Dysmorphic Disorder: Development of a Screening Scale. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2311-2321. doi: 10.1007/s10508-015-0484-6

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsred. Vetenskapsrådet*. Retrieved May 18, 2023, from https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningsred_VR_2017.pdf

Varnes, J., Stollefson, M., Janelle, C., Dorman, S., Dodd, V., & Miller, M. (2013). A systematic review of studies comparing body image concerns among female college athletes and non-athletes, 1997–2012. *Body Image*, 10(4), 421-432

Yin, R. K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Bilagor

Bilaga 1. Information och inbjudan till föreningsansvariga

Hej "organisation",

Vi är två studenter från Göteborgs Universitet vid institutionen för kost och idrottsvetenskap. Vi skriver till er med anledning att vi har ett intresse av att ha med grupp aktiva inom "organisationens idrott", för en studie som undersöker dysmorfofobi bland idrottare. Resultatet kommer att presenteras tillsammans med andra idrotter som styrkelyft, simning, fotboll, kroppsbyggnad, innebandy och många fler.

Dysmorfofobi har att göra med ett ohälsosamt eller överdrivet fokus på sitt utseende som i sin tur leder till psykisk ohälsa. Enkäten genomförs digitalt via google forms och resultatet kommer att användas som en del i vår kandidatuppsats. Vi ser även gärna att deltagarna är över 15 år. Nivån de tävlar eller tränar på är oberoende och vi välkomnar svar från både breddverksamhet och tävlingsverksamhet.

Är detta något ni hade velat gå vidare med och skicka ut inom er förening? Om så är fallet så skickar vi gärna enkäten i ett kommande mail och för även en vidare dialog.

Med vänliga hälsningar,

Josefina Gordon, student på Sport coachingprogrammet
Göteborgs universitet, Institutionen för Kost och Idrottsvetenskap
Josefina.aspero.gordon@gmail.com

Adrian Ansarian, student på Sport coachingprogrammet
Göteborgs universitet, Institutionen för Kost och Idrottsvetenskap
Ansarianadrian@gmail.com

Bilaga 2. Information till deltagarna i enkäten

Viktigt: För att delta i studien behöver du vara 15 år och vara aktiv inom idrott, alla nivåer inom idrotten är välkomna!

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt så att inga obehöriga kan ta del av dem. Behöriga till resultaten är vi som genomför studien, samt våra handledare. Enkäten kommer att förstöras efter att vår uppsats är godkänd. Resultatet kommer att presenteras i en kandidatuppsats vid Göteborgs universitet som du har möjlighet att ta del av. Hör av er till oss så skickar vi information om datum, tid och plats. Preliminärt datum är 2 juni 2023.

Redovisningen av resultatet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras.

Vi samlar in era e-postadresser med syfte att ni ska kunna begära era svar, samt för att kunna ta bort era resultat vid ångran om medverkan.

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta behöver du inte uppge varför. Genom att skicka in din enkät ger du samtycke till att delta i studien.

Förklaring av dysmorfofobi:

Dysmorfofobi syftar på ett överdrivet och ohälsosamt fokus på sitt utseende som leder till psykisk ohälsa (1177, 2022).

Misstänker du att du har dysmorfofobi, tveka inte och få hjälp genom att söka till närmsta vårdcentral.

Syfte med studien:

Syftet är att få fram material kring BDD för hur det ser ut bland idrottare i en storstad i Västsverige. Där målet slutgiltigt blir att få fram en kartläggning om förekomsten av BDD hos idrottare och jämföra den mot tidigare studier.

Har du frågor om studien är du välkommen att höra av dig till någon av oss!

Ansvarig för uppsatsen är:

**Adrian Ansarian, student på idrottsvetenskapprogrammet
Ansarianadrian@gmail.com
Göteborgs universitet, Institutionen för Kost och Idrottsvetenskap**

**Josefina Gordon, student på idrottsvetenskapprogrammet
Göteborgs universitet, Institutionen för Kost och Idrottsvetenskap
Josefina.aspero.gordon@gmail.com**

Bilaga 3. Enkät struktur

Ditt biologiska kön är?*

- Kvinna
- Man
- Vill inte uppge

Din ålder? (Fyll i den ålder du fyller)*

.....

Du är aktiv inom..? *Lagidrott ex: fotboll, innebandy, ishockey. Individuell idrott ex: styrkelyft, simning, kroppsbyggning**

- Lagidrott
- Individuell idrott

Vad för idrott?*

.....fritext...

Vilken nivå utövar du din idrott på?*

- Elit, medverkar på SM, NM, EM, VM
- Regional nivå, medverkar på DM, serietävlingar
- Idrott på fritiden

Du tänker minst en timme om dagen på en eller flera saker som du tycker är fel med ditt utseende.*

- Ja
- Nej

Du försöker dölja det du tycker är fult eller fel, till exempel med smink, hår eller kläder.*

- Ja
- Nej

Du har gjort kosmetiska ingrepp för att rätta till det som du tycker är fult eller fel, men är fortfarande inte nöjd med ditt utseende.*

- Ja
- Nej

Du känner dig nedstämd, deprimerad eller har ångest över ditt utseende.*

- Ja
- Nej

Du undviker att se dig i spegeln, eller ser dig i spegeln väldigt ofta för att känna dig lugnare.*

- Ja

- Nej

Du har undvikit sociala situationer, tillställningar, relationer på grund av missnöje med ditt utseende*

- Ja
- Nej

Du *ökar* träningsmängden eller träningsintensiteten när du upplever att du känner dig ful/missnöjd*

- Ja
- Nej

Du *minskar* träningsmängden eller träningsintensiteten när du upplever att du känner dig ful/missnöjd*

- Ja
- Nej

Du upplever att din kropp inte passar in i den idrotten du utövar*

- Ja
- Nej

Bilaga 4. DSM-IV och DSM-5

DSM-IV to DSM-5 Body Dysmorphic Disorder Comparison

DSM-IV	DSM-5
Disorder Class: Somatoform Disorders	Disorder Class: Obsessive-Compulsive and Related Disorders
A. Preoccupation with an imagined defect in appearance. If a slight physical anomaly is present, the person's concern is markedly excessive.	A. Preoccupation with one or more perceived defects or flaws in physical appearance that are not observable or appear slight to others.
	B. At some point during the course of the disorder, the individual has performed repetitive behaviors (e.g., mirror checking, excessive grooming, skin picking, reassurance seeking) or mental acts (e.g., comparing his or her appearance with that of others) in response to the appearance concerns.
B. The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.	C. The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other areas of functioning.
C. The preoccupation is not better accounted for by another mental disorder (e.g., dissatisfaction with body shape and size in anorexia nervosa).	D. The appearance preoccupation is not better explained by concerns with body fat or weight in an individual whose symptoms meet diagnostic criteria for an eating disorder.

--

Specify if:

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

Specify if:

- Indicate degree of insight regarding body dysmorphic disorder beliefs (e.g., “I look ugly” or “I look deformed”).
 - With good or fair insight: The individual recognizes that the body dysmorphic disorder beliefs are definitely or probably not true or that they may or may not be true.
 - With poor insight: The individual thinks that the body dysmorphic beliefs are probably true.
 - With absent insight/delusional beliefs: The individual is completely convinced that the body dysmorphic beliefs are true.

