



Lilia Riggio

Socionomprogrammet med inriktning mot äldre, 210 HP

Institutionen för socialvetenskap

Examensarbete, 15 hp, VT 2012

Grundläggande nivå

Handledare: Anita Cederström

Examinator: Anders Kassman

Män med muskeldysmorfi

- En litteraturstudie

Men with muscledysmorphia

- A review

Sammanfattning

Män har under lång tid inte ansetts kunna lida av ätstörningar eller kroppsuppfattningsstörningar då forskning negligerat dem. Detta har lett till att det råder brist på kunskaper om ätstörningar och kroppsuppfattningsstörningar bland män. En av de vanligaste kroppsuppfattningsstörningar bland män har visat sig vara muskeldysmorfi. Det finns begränsade kunskaper kring det och syftet med denna studie har varit att få en ökad kunskap om och beskriva vad det är samt hur det kan påverka de män som lider av problematiken. Studien är en litteraturstudie med en kvalitativ forskningsansats där både artiklar och böcker använts som underlag. Resultatet visade att muskeldysmorfi är en störning där personen blir besatt kring den egna kroppens muskulatur och som främst drabbar unga män som bodybuildar. Man vet ännu inte huruvida den ska klassas som ätstörning, dysmorfofobi eller tvångssyndrom då forskning saknas och den anses ha samband med alla dessa. Orsaker till utvecklande av muskeldysmorfi anses vara en kombination av samhällets och medias påverkan och genetiska och psykologiska faktorer. För behandling anses i dagsläget kognitiv beteendeterapi vara det mest verksamma. Konsekvenser av muskeldysmorfi kan vara skamkänslor över den egna kroppen och tvångsbeteenden och tvångstankar. Intima - och vänskapsrelationer samt den egna ekonomin och arbetslivet kan påverkas negativt och i en del fall kan muskeldysmorfi det leda till att personer börjar använda anabola steroider eller andra farliga preparat för att kunna öka i muskelmassa.

Nyckelord: Muskeldysmorfi, män, ätstörningar, konsekvenser, hälsa

Keywords: Muscle dysmorphia, men, eating disorders, consequences, health

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	2
BAKGRUND	2
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE	4
<i>Frågeställningar</i>	4
RELEVANS INOM DET SOCIALA ARBETETS FÄLT	4
METOD OCH MATERIAL.....	5
VAL AV FORSKNINGSMETOD	5
FORSKNINGSANSATS	5
DATAINSAMLING, URVAL OCH AVGRÄNSNINGAR.....	5
BEARBETNING OCH ANALYS AV DATA.....	8
RELIABILITET OCH VALIDITET	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	9
RESULTAT	10
KÄNNETECKEN OCH BENÄMNING.....	10
EPIDEMIOLOGI	10
DIAGNOSTISERING	11
ETIOLOGI	13
KONSEKVENSER AV MUSKELDYSMORFI	15
<i>Ångest och skam över den egna kroppen</i>	15
<i>Tvångsmässiga tankar och beteenden</i>	16
<i>Relationer och social samvaro</i>	17
<i>Arbete, karriär och ekonomi</i>	18
<i>Missbruk av anabola steroider och andra skadliga läkemedel</i>	18
BEHANDLING	20
ANALYS AV RESULTAT UTIFRÅN TEORI	22
TEORI.....	22
ANALYS	25
AVSLUTANDE DISKUSSION.....	31
SLUTSATSER	31
METODOLOGISK DISKUSSION	32
ALLMÄN DISKUSSION OCH EGNA REFLEKTIONER	32
REFERENSLISTA	35

Introduktion

Bakgrund

”Ätstörningar tar en allt tydligare plats i det moderna samhället.” (Clinton & Norring, 2012, s.14). Ätstörningar har under lång tid förknippats med välbärgade västerländska tonårsflickor men denna bild håller på att ändras då ätstörningar numera även ses bland pojkar, äldre kvinnor, yngre barn som även kan komma från andra etniska och sociala bakgrunder än de välbärgade västerländska. Allt oftare blir man direkt berörd av dessa problem inom högskolan, grundskolan, arbetsplatsen och allmänheten och man har sett en markant ökning av efterfrågan på vård och mer kunskaper, från både vård och allmänhet (Clinton & Norring, 2012, s. 14).

I dag är det en generell uppfattning att männen utgör 5-10 procent av dem som drabbas av ätstörningar (Clinton, Engström & Norring, 2012, s. 77). Det finns dock de som menar att ätstörningar endast är dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män (Woodside et al. refererad i Clinton, Engström & Norring, 2012, s. 77) och en uppskattning av dessa siffror skulle enligt Clinton et al. (2012) innebära att män med ätstörning utgjorde 30-35 procent av det totala antalet drabbade. Männens negativa kroppsuppfattning verkar skilja sig något från kvinnornas. En studie gjord på tonårspojkar missnöjda med sin kropp visar att en del vill minska i vikt medan andra vill öka i vikt och att fördelning mellan dessa två grupper är nästan jämn (Furnham & Calnan, 1998, s. 59). En annan undersökning gjord på manliga högskolestudenter med ätstörningar visar att de är upptagna med sin kroppsform men inte nödvändigtvis med sin vikt, så som många kvinnor med ätstörningar är (Ousley, Cordero, Diane & White, 2008).

Färre fall av ätstörningar rapporteras bland män än bland kvinnor. Detta har lett till att de flesta studier utesluter män och att det råder brist på kunskaper gällande ätstörningar hos män (Striegel-Moore et al., 2009; Støving, Andries, Brixen, Bilenberg & Hørder, 2011). Att mäns ätstörningar länge negligerats kan kopplas till en allmän attityd som råder i vårt samhälle och vår kultur om att män är immuna mot kroppsuppfattningsproblem (Grieve, Truba & Bowersox, 2009), att ”män får inte ätstörningar” (Egen översättning, Morgan, 2008, s. 8) och att män inte ska ha kroppsliga komplex eller känna sig besvärade med sitt utseende och de ska heller inte känna eller tala om dessa saker (Pope, Phillips & Olivardia, 2000). Dessa föreställningar påverkar och påverkas inte endast av allmänhetens och en del professionellas syn på ätstörningar hos män, utan även de drabbade själva. Föreställningarna och okunskapen gör det enligt Morgan (2008) besvärligt för män med ätstörningar att söka hjälp och gör att de

ofta ”lider i tystnad” (Egen översättning, s. 4). Männen förstår inte alltid själva att de lider av en ätstörning och när de gör det och söker hjälp möts de enligt Morgan (2008) många gånger av ignorans och har svårt för att bli tagna på allvar.

I ett examensarbete om mäns ätstörningar, där bland annat förekomst undersöktes, kom författarna fram till att en av de två vanligaste ätstörningsbeteendena hos män var *muskeldysmorfi* (Granberg & Henning, 2011) som bland annat innebär tvångsmässigt muskelbyggande och tankar om att bli stor. I en enkätstudie om attityder kring ”nyare” former av ätstörningar, så som ortorexi och muskeldysmorfi, baserad på svar från professionella som aktivt arbetar med ätstörningar i någon form, visar det sig att muskeldysmorfi är den ätstörning som observeras minst i den dagliga praktiken och som rent generellt även tas på minst allvar av de professionella (Vandereycken, 2011). Den stereotypa syn på ätstörningar som finns hos de drabbade själva, allmänheten och en del professionella som kommer i kontakt med dessa män gör det svårt för män med ätstörningar i allmänhet att få hjälp i god tid (Morgan, 2008) och som det verkar är det ännu svårare för män som lider av muskeldysmorfi. En genomgång av en del centrala svenska hemsidor på internet relevanta för personer som söker hjälp för eller information kring ätstörningar: Vårdguiden (vardguiden.se); Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS) (atstorning.se), Capio anorexi center (capioanorexicenter.se) och Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ) (scfa.se), visade att begreppet muskeldysmorfi inte gick att finna. Däremot upptäcktes Ätstörningskliniken, en klinik i Finland som enligt verksamheten själv är den största privata kliniken i landet, där muskeldysmorfi tas upp på hemsidan (atstorningskliniken.fi). Det finns även en finsk studie om kronisk anorexi bland män där forskarna drar kopplingar till muskeldysmorfi och menar att muskeldysmorfi hos män kan föreställa en alternativ fenotyp, det vill säga uttrycket eller reaktionen som blir av samverkan mellan arv och miljö av anorexia nervosa (Raevuori, Keski-Rahkonen, Hoek, Sihvola, Rissanen, & Kaprio, 2008). En genomsökning efter artiklar om muskeldysmorfi på svenska på google scholar resulterade i 3 träffar vilket antyder att svensk forskning kring ämnet är ytterst bristfälligt och därför är ämnet viktigt att få mer kunskaper om.

Problemformulering

I dag är det en generell uppfattning att män utgör 5-10 procent av dem som drabbas av ätstörningar (Clinton, Engström & Norring, 2012). Det finns dock de som hävdar att det är betydligt vanligare än det (Woodside et al. refererad i Clinton, Engström & Norring, 2012, s. 77). Proportionerligt sätt är det enligt Morgan (2008) färre män än kvinnor som får

behandling och den manliga delen utgör ibland mindre än 1 procent av de ätstörningspatienter som får hjälp. På grund av att ätstörningsproblematik bland män länge negligerats råder det än i dag en stereotyp syn på ätstörningar hos många drabbade själva, allmänheten och en del professionella som kommer i kontakt med dem (Morgan, 2008). Attityder så som att män är immuna mot kroppsuppfattningsproblem (Grieve et. al., 2009) har många gånger en negativ påverkan på män med ätstörningar och muskeldysmorfi, som gör att dessa sällan söker hjälp (Morgan, 2008; Pope et. al., 2000). Muskeldysmorfi kan även vara svår av utomstående att upptäcka och tas på allvar då det inte ses som ett livshotande tillstånd så som anorexia till exempel (Pope et al., 2000) vilket kan göra det svårt för männen att få hjälp i god tid (Morgan, 2008). Jag anser att det är viktigt att skapa en samlad bild av den kunskap som finns om muskeldysmorfi bland män för att öka kunskaperna om muskeldysmorfi och ätstörningar hos dem. På så sätt kan de uppmärksammas tidigare och få mer hjälp och därmed minskat lidande.

Syfte

Syftet är att få en ökad kunskap om och beskriva vad muskeldysmorfi är samt vilka konsekvenser det kan få för drabbade män.

Frågeställningar

- Hur ser forskningen idag på muskeldysmorfi och vilka konsekvenser kan problematiken få för drabbade män?

Relevans inom det sociala arbetets fält

Eftersom forskning visar att muskeldysmorfi är en av de vanligaste ätstörningarna och kroppsuppfattningsstörningarna hos män är det viktigt att inom det sociala arbetets fält ha kunskap om detta för att kunna identifiera och erbjuda hjälp till de män som lider av- eller befinner sig i riskzonen att utveckla muskeldysmorfi, då de själva sällan talar om eller söker hjälp för det. Kunskap och medvetenhet är även av yttersta relevans för att kunna arbeta förebyggande. Detta kan till exempel vara aktuellt i arbetet som kurator inom öppenvården eller inom skola. Muskeldysmorfi och förstadier till det utvecklas redan i skolåldern då män söker sin identitet och därför har till exempel skolkuratorer bra möjligheter i att erbjuda hjälp till unga män som lider av negativ kroppsuppfattning. Skolkuratorer kan också ha en central roll i att öka medvetenheten bland männen själva, sina medarbetare, föräldrar och andra vuxna som arbetar med unga män, då de befinner sig i ett lämpligt forum för detta och därför har stora möjligheter att arbeta förebyggande med dessa frågor (Stout & Frame, 2004).

Metod och material

Val av forskningsmetod

Som forskningsmetod för denna studie har valts litteraturstudie. Litteraturstudier kan göras på lite olika sätt där denna studie delvis använt sig av en *litteraturöversikt* så som beskriven av Friberg (2006). Friberg (2006) beskriver att en litteraturöversikt ”handlar om att skapa en översikt över kunskapsläget” inom ett visst område (s. 115). Det Friberg (2006) menar med en litteraturöversikt kan förstås som ett mellanting emellan Forsberg & Wengströms (2003) *allmänna litteraturstudie* och *systematiska litteraturstudie* där det i den allmänna litteraturstudien ofta utesluts saker så som syfte, beskrivning av litteratursökning och urvalskriterier. Litteraturöversikten är inte lika omfattande som en systematisk litteraturstudie där högre krav på tillvägagångssätt samt analys i form av metaanalys sätts. Avgränsningar till att litteraturöversikten endast ska utgå från antingen kvalitativa eller kvantitativa artiklar har uteslutits i en litteraturöversikt så som beskriven av Friberg (2006).

Friberg (2006) ser en litteraturöversikt ”som ett strukturerat arbetssätt för att skapa en bild över ett valt område. Översikten baseras på ett systematiskt val av texter (forskningsartiklar, rapporter m.m.) inom ett avgränsat område...vilket resulterar i en beskrivande översikt av området/forskningsproblemet” (a.a., s. 116). En litteraturöversikt görs enligt Friberg (2006) bland annat utifrån motiven att ”skapa en överblick av ett avgränsat område” och ”att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning” (s. 117).

Forskningsansats

Denna studie är deskriptiv då syftet varit att beskriva vad forskning säger om muskeldysmorfi. Studien utgår från en kvalitativ snarare än en kvantitativ forskningsansats där kvalitativ forskningsansats har betoning på att *tolka, skapa mening* och *förstå* (Forsberg och Wengström, 2003). Bryman (2011) menar att kvalitativ och kvantitativ forskning skiljer sig åt gällande den ontologiska ståndpunkten där den i kvalitativ forskning beskrivs som konstruktionistisk vilket innebär att aspekter av verkligheten ses som ett resultat av mellanmänskligt samspel.

Datainsamling, urval och avgränsningar

Friberg (2006) poängterar att ”kvaliten och standarden på de texter som används i ett examensarbete ska vara hög” och därför bör kvalitetskontrollerade informationskällor så som databaser och bibliotekskataloger användas (s. 52). Eftersom det övergripande syftet med studien var att få en ökad kunskap om mäns ätstörningar med fokus på muskeldysmorfi fanns

en ambition att öka denna kunskap genom att främst använda forskning eller likvärdiga källor för att hålla en så hög kvalitet som möjligt igenom hela studien.

Sökningar har provats och kombinerats på en mängd olika sätt i flera olika databaser. Till en början användes informationskällor som var tillgängliga via skolan. Databasen *Academic Search Premier* samt *Libris* användes för de initiala sökningarna för att få en översikt över forskningsläget. För att försäkra mig om att artiklarna från *Academic Search Premier* höll en hög standard valdes avgränsningen *peer reviewed*, vilket innebär att en artikel är vetenskapligt granskad. Initialt gjordes även avgränsningen *full text* med motiveringen att undvika kostnader för materialinsamling då texter som inte finns i full text måste beställas via skolans bibliotek mot en avgift. Materialet söktes och hämtades under april till juli 2012. De söktermer som användes var: *muscle dysmorphia*, *muscle dysmorphia AND eating disorders*, och *bigorexia*. Sökningar gjordes med både begränsningen *subject terms* och frisökning, där sökning med begränsningen *subject terms* innebär att databasen begränsar antalet träffar till texter som handlar om det sökordet hänvisar till. Vid en frisökning ges även träffar där sökordet nämns någonstans i abstracten men där artikeln inte nödvändigtvis handlar om ämnet i fråga. Sökningar på termen *muscle dysmorphia* gav generellt få träffar varpå ingen begränsning i årtal valdes att göras.

Till en början gjordes sökningar på *Academic Search Premier* där söktermerna ”*muscle dysmorphia AND eating disorders in men*” samt ”*muscle dysmorphia AND eating disorders*” användes med olika avgränsningar vilka resulterade i mellan 0 och 19 träffar varpå en bredare sökning med söktermen ”*muscle dysmorphia*” med avgränsningarna *subject terms*, *peer reviewed* och *full text* gjordes som resulterade i 66 träffar. Ingen begränsning på år valdes att göras på grund av de få träffarna. Resultatet av denna sökning granskades närmare genom att titta igenom samtliga titlar och söktermer som använts för att klassificera artikeln. Slutsatsen av detta blev, trots det låga antalet träffar, att det var allt för många artiklar som varken hade fokus på ätstörningar eller män. Istället kunde urskiljas att en stor del av artiklarna hade att göra med medicinsk- och genetisk forskning, genetiska störningar, cellforskning, DNA och kromosomer vilket inte ansågs vara relevant till studien och dess syfte. Det kunde även utläsas att de artiklar som hade med muskeldysmorfi eller ätstörning att göra ur ett mer psykosocialt perspektiv snarare än medicinskt hade termen muskeldysmorfi med i titeln varpå en frisökning med ”*muscle dysmorphia*” avgränsat till titel och full text gjordes. Sökningen resulterade i 23 träffar där i stort sett ingen artikel handlade om medicinsk eller genetisk forskning varpå samtliga abstracts lästes igenom och sedan de artiklar som ansågs relevanta för studien. Läsning av artiklar och deras referenslistor var till stor hjälp för identifiering av

nyckelartiklar och artiklar med särskild relevans för denna studie samt forskningen överlag kring muskeldysmorfi då ett mönster gällande olika artiklar som hade särskild tyngd inom ämnet kunde identifieras. Sökningar på Libris resulterade i en bok. Nya sökningar på nyfunna titlar utifrån referenslistor i olika artiklar gjordes. Eftersom de ej tidigare påträffats i full text på Academic Aearch Premier gjordes sökningar efter artiklarna på databaserna PubMed, CINAHL, PsycINFO, MEDLINE och ERIC där de inte heller gick att få tag på i full text. Efter lite forskning hittades Stockholms Universitets biblioteks digitala tidskriftsdatabas som visade sig vara mycket omfattande och där samtliga artiklar gick att få tag i full text. När denna databas upptäcktes ändrades sökrutinerna till att göra sökningar via Google Scholar istället för att sedan leta upp artikeln i Stockholms Universitets databas. På Google Scholar gick det även att se hur många gånger artiklarna citerats vilket gav en fingervisning av artikelns relevans i ämnet och tyngd inom området. På Google Scholar användes sökorden: muscle dysmorphia; bigorexia; muskeldysmorfi; megarexi; muscle dysmorphia consequences samt, muscle dysmorphia gay men prevalence. Vid samtliga texter har ingen avgränsning gjorts till kvantitativa eller kvalitativa studier utan båda varianter har förekommit i urvalet. Texter som handlade om kvinnor med muskeldysmorfi valdes bort då studien fokuserade på män. Bortfallet var dock i det närmaste obefintlig då de flesta studier om muskeldysmorfi handlar om män.

Tabell 1. Sammanställning av genomförd litteratursökning

Sökväg/ databas	Söktermer	Avgränsningar	Antal träffar	Valda texter
Academic Search Premier	"muscle dysmorphia" AND "eating disorders in men"	Subject terms	0	0
Academic Search Premier	"muscle dysmorphia" AND "eating disorders"	Subject terms, peer reviewed, full text	11	0
Academic Search Premier	"muscle dysmorphia" AND "eating disorders"	peer reviewed, full text	19	0
Academic Search Premier	"muscle dysmorphia"	Subject terms, peer reviewed, full text	66	0
Academic Search Premier	"muscle dysmorphia"	Title, peer reviewed, full text	23	9
Academic Search Premier	"bigorexia"	Title, peer reviewed	6	0
Sökväg/ databas	Söktermer	Avgränsningar	Antal träffar	Valda texter

Libris	”muscle dysmorphia”	-	1	0
Libris	”bigorexia”	-	1	1
Libris	muskeldysmorfi	-	0	-
Libris	megarexi	-	0	-
Google scholar	muscle dysmorphia	-	2700	1
Google scholar	bigorexia	-	301	0
Google scholar	muskeldysmorfi	-	3	0
Goggle scholar	megarexi	-	5	0
Google scholar	muscle dysmorphia consequences	-	1410	1
Google scholar	muscle dysmorphia gay men prevalence	-	362	2
Libris	Fritextsökning utifrån annan vetenskaplig artikels referenslista. Sökord: the adonis complex	-	1	1
Stockholms Universitets biblioteks databas	Fritextsökning utifrån annan vetenskaplig artikels referenslista. Sökord: muscle dysmorphia an underrecognized samt; anorexia nervosa and reverse anorexia	-	2	2
Academic Search Premier	Fritextsökning utifrån annan vetenskaplig artikels referenslista. Sökord: evolving ideals of male body	-	1	1
Google	STAD (Stockholm förebygger alkohol och drogproblem)	-	136 000 000	1

Bearbetning och analys av data

För att analysera data användes element från innehållsanalys. I innehållsanalys går man ofta igenom vissa bestämda faser (Jacobsen, 2007). Några av dessa är att den text/texter man arbetar med delas in i olika teman eller kategorier för att skapa struktur där dessa teman fylls med innehåll och illustreras med hjälp av citat. Teman eller kategorier behövs bland annat för att visa på och tydliggöra liknelser eller skillnader mellan data samt att underlätta själva analysen då man kan förhålla sig till kategorier istället för hela datamassan (a.a.).

Rubrikerna Kännetecken och benämning; Epidemiologi; Etiologi samt Diagnostisering hade mer karaktären av bakgrundsbeskrivning kring vad muskeldymorfi var och där

innehållsanalys inte var nödvändig. Den del som krävde detta var det data som avsåg konsekvenser av muskeldysmorfi vilket kategoriserades in i rubrikerna: Ångest och skam över den egna kroppen; Tvångsmässiga tankar och beteenden; Relationer och social samvaro; Arbete, karriär och ekonomi samt Missbruk av anabola steroider och andra skadliga läkemedel.

Reliabilitet och validitet

Bryman (2011) förklarar begreppen reliabilitet och validitet enligt följande: Reliabilitet handlar om det går att få samma resultat om en undersökning görs om på nytt eller om de påverkas av slumpen, och är något som främst aktualiseras vid kvantitativa undersökningar. Inom kvalitativa undersökningar kan man istället tala om pålitlighet som har att göra med en bedömning av redogörelsen för forskningsprocessens olika faser. Validitet inom kvalitativ forskning handlar om en bedömning av om man identifierat, observerat och mätt det man avsett mäta.

För att öka studiens pålitlighet har en noggrann redogörelse för insamling och urval av litteratur gjorts samt hur det tolkats och bearbetats. I denna studie har en omfattande sökning efter relevant litteratur om muskeldysmorfi gjorts för att på bästa sätt kunna besvara studiens syfte och frågeställningar. Därmed anses att det som avsetts att observeras och mätas har gjorts och att studiens validitet därmed borde vara hög.

Forskningsetiska överväganden

Då studien inte är baserad på intervjuer utan på offentlig litteratur och artiklar anses det inte relevant att tillämpa de forskningsetiska principerna. Däremot har hänsyn tagits till de riktlinjer gällande god forskningsed även kallat forskareetik som vetenskapsrådet (2005) utformat. Detta innebär bland annat att tala sanning och att vara transparent i redovisning av metod, resultat och utgångspunkterna för studien vilket har varit avsikten. Intention till att vara tydlig med referenser och vem som säger vad av de olika författarna samt tydlighet gällande skillnad på mina egna och andra författares tankar har funnits. Studien är i stort sett baserad på engelskspråkig litteratur med en del citat eller stycken som krävt översättning. Dessa översättningar har gjorts med avsikten att vara så nära originaltexterna som möjligt och noggranna språkliga övervägningar har gjorts för att minimera förvanskning men risken för eventuella förvrängningar kvarstår vilket skulle kunna minska tillförlitligheten.

Resultat

Kännetecknen och benämning

Muskeldysmorfi kännetecknas av överdrivet muskelbyggande där personen blir så upptagen med graden av muskelmassa att det blir patologiskt, skapar ångest och ger en mängd olika negativa följder (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997). Muskeldysmorfi kallas av en del även för *bigorexia* på svenska *megarexi*. Tidigare användes benämningen *omvänd anorexi* (Pope, Katz & Hudson, 1993) istället för muskeldysmorfi, då personen likt den som lider av *anorexia nervosa*, har en störd kroppsuppfattning där den egna kroppen uppfattas som mycket svagare och mindre muskulös än vad den egentligen är och där det finns en rädsla för att uppfattas som liten (Olivardia, 2001; Pope et. al., 1993). Till skillnad från anorektikern som är upptagen med vikt och kilon är personer med muskeldysmorfi upptagna med procentantal i kroppsfett (Olivardia, 2001). Pope och hans medarbetare i U.S.A. är ledande inom forskningen kring muskeldysmorfi och är de som myntat benämningarna *omvänd anorexi*, samt muskeldysmorfi som infördes 1997 (Pope et. al., 1997) och är det begrepp som i huvudsak används idag inom forskningsvärlden. Muskeldysmorfi ses av Pope et. al. (2000) som en del av ett större samhällsligt sammanhang där en ökad fokus på mäns kroppar skett och kallas även för en extrem variant av *adonis komplex*. Adonis är förenad med den Grekiska mytologin och representerar en person som var halv man och halv gud och refereras ofta som guden av skönhet (Pope et al., 2000; wikipedia.org). Adonis komplexet refererar enligt Pope et al. (2000) till kroppsuppfattningsproblem hos män i allmänhet som i sin extrema variant inte endast kan leda till muskeldysmorfi utan även till andra patologiska kroppsuppfattningsstörningar så som ätstörningar (Pope et. al., 2000).

Epidemiologi

Muskeldysmorfi kan tydligast ses hos främst manliga tyngdlyftare och bodybuildare (Mosley, 2009; Olivardia, 2001) som är användare av anabola steroider (Pope et. al., 1997; Pope et. al., 1993). Det betyder dock inte att alla bodybuildare drabbas av muskeldysmorfi (Mosley, 2009; Olivardia, 2001; Olivardia, Pope & Hudson, 2000) eller att alla med muskeldysmorfi skulle vara användare av anabola steroider (Olivardia et. al., 2000). Pope et al. (1997) tror att ökningen av muskeldysmorfi har samband med den ökade tillgängligheten av anabola steroider.

Enligt studien gjord av Olivardia et. al., (2000) var medelåldern för utvecklande av muskeldysmorfi 19,4 år. Förekomst av muskeldysmorfi bland män har varit svårt att mäta då man inte vet hur många män som bodybuildar, men i en studie gjord av Pope och Katz

refererad i Pope et. al., (1997) där förekomst av omvänd anorexi studerades bland manliga bodybuildare visade att 10 procent av deltagarna uppfyllde kriterierna för omvänd anorexi, vilket är en siffra en del forskare så som Grieve et. al., (2009) förhållit sig till även under senare år. Grieve et. al., (2009) påpekar att även en betydligt lägre andel som till exempel motsvarande siffror gällande anorexia, mellan 0.5 och 1.0 procent av befolkningen, ger en antydning om att miljoner av män lider av muskeldysmorfi. Även andra tror att det ter sig vara ett stort antal individer i U.S.A. som kan ha muskeldysmorfi (Olivardia 2001; Pope et. al., 1997). Grieve et. al., (2009) menar även att det troligen finns en hel del män som inte uppfyller kriterierna för muskeldysmorfi men som lider av en mildare variant av det, och för vilka en åtgärd skulle kunna leda till en hälsosammare livsstil.

Kanayama och Pope (2011) menar att muskeldysmorfi är kulturellt betingat då vad som anses som vackert och fult skiljer sig mellan olika kulturer. De berättar även att användandet av anabola steroider rent geografiskt och kulturellt visar samma avtryck som muskeldysmorfi och menar att förekomst av anabola steroider är högt i U.S.A., väst europeiska länder, Storbritannien och Brasilien, och framhåller att förekomsten är särskilt hög i de skandinaviska länderna.

Gällande fördelning och förekomst av muskeldysmorfi mellan heterosexuella och homosexuella män är det enligt Pope et. al., (2000) betydligt fler hetero- än homosexuella män som drabbas av muskeldysmorfi. Kaminski, Chapman, Haynes och Own (2004) menar dock att forskning om muskeldysmorfi bland män främst fokuserat på heterosexuella män och tror enligt resultat av deras egen studie att förekomsten bland homosexuella män kan hålla på att öka. Chaney (2008) menar att det är möjligt att homo-, och bisexuella män kan vara mer känsliga och mottagliga för att utveckla muskeldysmorfi än vad heterosexuella män är.

Diagnostisering

Det mest använda diagnostiska systemet för psykiska störningar inom forskning är DSM-systemet, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, som publiceras av American Psychiatric Association. DMS-systemet har ändrats och omvärderats några gånger som ett resultat av ny kunskap och den senaste versionen av DMS-systemet är från 1994 och kallas för DMS-IV.

Muskeldysmorfi tillhör ännu inte någon psykiatrisk kategori inom DMS-IV då det råder oenighet bland forskare kring vilken psykiatrisk kategori den ska tillhöra och är något som diskuterats i många år och diskuteras än idag. Diskussionerna kring kategoriseringen handlar om huruvida den ska klassificeras som *body dysmorphic disorder* (BDD), på svenska

dysmorfofobi, som är en relativt vanlig störning där en överdriven upptagenhet av inbillade eller ytterst små defekter i utseendet äger rum (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010), *ätstörning* eller *obsessive-compulsive disorder* (OC), på svenska tvångssyndrom (Grieve et. al., 2009; Murray, Rieger, Touyz & De la Garza Garcí´a, 2010).

Många diskussioner handlar om huruvida den ska kategoriseras som BDD eller ätstörning. De flesta forskare är överens om att det finns likheter med både ätstörning och BDD men är ändå inte överens om vilken diagnos den har mest likheter med och hur den därmed ska kategoriseras. Pope och hans medarbetare är de som är ledande inom forskningen kring muskeldysmorfi och anser att den har starkare samband med BDD, än med ätstörningar. Enligt dem är den främsta skillnaden att vid en ätstörning kommer den strikta dieten och den onormala kosthållningen i första hand och den tvångsmässiga träningen, speciellt vid anorexi, i andra hand medan det i fallen av muskeldysmorfi förhåller sig tvärtemot, tvångsmässig träning i första hand och diet i andra hand (Pope et. al., 1997). Andra talar om den eller liknar den med ätstörningar och förespråkar att den ska kategoriseras som det (Grieve, 2007; Morgan, 2008; Mosley, 2009, Vandereycken, 2011). Medan andra menar att den bör kategoriseras inom tvångssyndrom spektrumet (Maida Martello & Lee Armstrong, 2005).

Pope och hans medarbetare kategoriserar den idag som en underdiagnos av BDD (Pope et. al., 2000). De har gjort ett utkast av operativa diagnostiska kriterier i stil med DMS-IV som de och andra forskare använder sig av som underlag för att diagnostisera personer med möjlig muskeldysmorfi. Dessa kriterier presenteras nedan.

För att uppfylla kriterierna för muskeldysmorfi måste alla tre kännetecknen från A till C finnas.

- A. Upptagenhet med idén om att ens kropp inte är tillräckligt slimmad och muskulös: Förknippade typiska beteenden innefattar långa stunder av tyngdlyftning och överdriven uppmärksamhet på diet.
- B. Upptagenheten tar sig i uttryck genom minst två av följande fyra kriterier:
 - 1. Individens avstår ofta från viktiga sociala, yrkesmässiga, eller rekreativa aktiviteter på grund av ett tvångsmässigt behov av att upprätthålla hans eller hennes tränings-, och kostschema.
 - 2. Individens undviker situationer där hans eller hennes kropp exponeras för andra, eller uthärdar sådana situationer endast med markant lidande eller stark ångest.
 - 3. Oron över otillräckligheten i kroppsstorlek eller muskulatur orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i sociala kontakter, arbete eller andra viktiga avseenden.
 - 4. Individens fortsätter att träna, hålla sin diet eller använda ergogena (prestationshöjande) ämnen trots kännedom om negativa fysiska eller psykiska konsekvenser.
- C. Det primära fokuset för oron och beteendet är på att vara för liten eller otillräckligt muskulös, till skillnad från rädsla för att vara tjock som i anorexia nervosa, eller en primär upptagenhet endast med andra aspekter av utseendet som i andra former av dysmorfofobi (Egen översättning, Pope et al., 2000, s. 248).

Etiologi

En del forskare anser att upphovet till muskeldysmorfia rent generellt beror på samhällets ökade press på män att vara muskulösa och slimmade, där media har stort inflytande (Grieve, 2007; Grieve et. al., 2009; Pope et al., 2000). Enligt Pope et al. (2000) förmedlar samhället att ”riktiga män” har stora muskler vilket är en föreställning som påverkar män redan från barnsben (s. 12). I en undersökning studerade Pope, Olivardia, Gruber och Borowiecki (1999) leksaker i form av actionhjältar och jämförde en och samma figurs utformning gällande storlek och muskeltydlighet över tid. Resultaten antydde att sådana figurer proportionerligt sätt blivit större och muskulösare över tid och att det fanns ett samband med detta och ändringen av det manliga kroppsidealet och där ett liknande samband kan ses med dockor så som Barbie, som blivit smalare över tid, och det kvinnliga kroppsidealet som följt samma trend. Dock kunde studien inte påvisa vad som påverkar vad, om det var förändringen av människors kroppar som påverkade utformandet av leksakerna eller tvärtom.

Mosley (2009) undrar varför det är viktigt för dagens män att ha muskler, och menar att den förändring som skett och sker i könsrollerna hotar mannens status och gör vissa män osäkra i sin könsidentitet. Han ser denna osäkerhet i könsidentiteten som en eventuell del av förklaringen till utvecklingen av ”bodybuilding, en hypermaskulin och narcissistisk rörelse” (Egen översättning, a.a., s. 196). Han menar att om fler män bodybuildar och tränar med det huvudsakliga motivet att förbättra sitt fysiska utseende kommer även fler män att ligga i riskzonen för att utveckla muskeldysmorfia.

Förutom påverkan från samhället i stort har gymmen i sig en subkultur som kan ha ett negativt inflytande på personer som känner sig osäkra där denna osäkerhet kan förstärkas om de jämför sig med andra (Pope et. al., 1997).

För att män ska påverkas av samhällets press på att vara muskulösa krävs det enligt Grieve, (2007) samt Grieve et. al., (2009) en internalisering av de idealbilder samhället och media förmedlar. Graden av denna internalisering av idealbilden påverkar män i olika grad, och för att utveckla muskeldysmorfia krävs det en sårbarhet som har med andra komponenter att göra. Grieve (2007) menar att förutom internalisering av idealbilder är missnöjdhet med den egna kroppen och en störd kroppsuppfattning de omständigheter som är nödvändiga för utvecklandet av muskeldysmorfia, och saker så som dålig självkänsla, perfektionism och medias påverkan endast av sekundär betydelse.

En del av förklaringen till varför vissa män utvecklar MD anses av Pope et al. (2000) högst troligen vara genetisk som spelar in i utvecklandet av tvångsmässiga symptom. En tredje

förklaring är psykologisk, där de anser att tvångsmässiga beteenden delvis härrör från olika obehagliga erfarenheter under uppväxttiden så som att bli retad i skolan för att vara klen eller dylikt. Detta samband har fått medhåll i en senare studie gjord av Wolke och Sapouna (2008) om relationen mellan mobbning och utvecklande av muskeldysmorfi.

John F. Morgan, en av de främsta klinikerna inom ätstörningar i Storbritannien, menar att det finns en mängd med omständigheter och orsaker som kan påverka till varför vissa män utvecklar ätstörningar/kroppsuppfattningsstörningar. Han talar om tre kategorier av faktorer där en kombination av dessa påverkar utvecklande och bibehållandet av en ätstörning/kroppsuppfattningsstörning; bakgrundsfaktorer som ökar sårbarheten, påskyndande eller utlösande faktorer, och faktorer som har att göra med bevarandet av ätstörning/kroppsuppfattningsstörning. Som bakgrundsfaktorer talar han och andra forskare om bland annat temperament och personlighet och menar att det är vanligt med låg självkänsla, en nedvärderande attityd gentemot sig själv och perfektionism bland de män som drabbas av ätstörningar och muskeldysmorfi (Grieve, 2007; Grieve et. al., 2009; Morgan, 2008). Enligt Morgan (2008) vet man även att ämnen i hjärnan så som halten av serotonin har en inverkan i utvecklandet av ätstörningar. Depressioner i samband med ätstörning/kroppsuppfattningsstörning är mycket vanligt. En del har depression innan ätstörningen utvecklas, där ätstörningen kan vara ett försök till att må bättre medan andra utvecklar det som en konsekvens av ätstörningen. Kämpande med övervikt innan ätstörningens eller muskeldysmorfins utveckling är mer vanligt bland män än bland kvinnor (a.a.). Precis som Pope et al. (2000) är inne på spelar samhället en stor roll, och upprepade trauman och besvärliga familjerelationer kan för vissa finnas med i bilden (Morgan, 2008).

Bland förhållanden som utlöser kroppsuppfattningsstörningar är det mest vanliga bantning samt pubertet enligt Morgan (2008). Bibehållande faktorer kan vara till exempel besvärliga familjeförhållanden där kroppsuppfattningsstörningen kan vara ett sätt att ändra fokus från exempelvis ständigt bråkande föräldrar där dessa istället blir upptagna med ätstörningen. En avgörande omständighet gällande fortgåendet av kroppsuppfattningsstörningen är de störda tankarna som sker som en konsekvens av störningen. Sättet att uppfatta världen, den egna personen och framtiden förändras efter en tid och den drabbade ser dessa ur störningens perspektiv (Morgan, 2008). Exempel på sådana tankar är förstoring av problem, minimering av framgångar och svart-vitt tänkande (Morgan, 2008; Olivardia, 2001; Pope et. al., 2000).

Konsekvenser av muskeldysmorfi

Till skillnad från dem som har ett sunt förhållningssätt till tyngdlyftning, bodybuilding och sportande överlag där aktiviteterna bidrar till förbättrad hälsa och ökat allmänt välbefinnande kan muskeldysmorfi orsaka svår ångest och ge en mängd med andra konsekvenser för drabbade män (Mosley, 2009; Pope et. al., 1997).

I detta avsnitt presenteras data utifrån det material som samlats in som behandlar konsekvenser av muskeldysmorfi. Studier av psykiska och fysiska konsekvenser av muskeldysmorfi är dock fortfarande enligt Chaney (2008) relativt begränsade och denna studie har försökt att ta tillvara det material som finns tillgängligt inom området. En intention till att få tag på texter som presenterar mäns egna upplevelser och utsagor har gjorts vilket inneburit att dessa utsagor hämtats från sekundärdata som innebär att information är nedtecknat ”av någon som inte själv har upplevt händelsen men som har fått den beskriven för sig” (Jacobsen, 2007, s. 119). Data har tolkats utifrån innehållsanalys och kategoriserats i följande teman: Ångest och skam över den egna kroppen; Tvångsmässiga tankar och beteenden; Relationer och social samvaro; Arbete, karriär och ekonomi samt Missbruk av anabola steroider och andra skadliga läkemedel.

Ångest och skam över den egna kroppen

Enligt Pope et. al., (1997 & 2000) kan upptagenheten med tankar om att vara för liten och att inte vara tillräckligt muskulös skapa oro och ångest trots att personen i fråga är betydligt större och muskulösare än genomsnittsmannen. Denna ångest kan finnas oavsett om den drabbade förstår hur stor denne är eller inte. En del förstår detta rent objektivt men känner sig ändå inte lugna med vetskapen om det, medan andra är övertygade om att de är mycket mindre än andra män som är i samma storlek som de själva. Intervjupersonen i Mosleys (2009) studie säger, ”Ibland undrar jag vad meningen med mitt liv är. Jag jobbar så hårt på min kropp men inom mig hatar jag fortfarande mitt utseende. Rent objektivt vet jag att jag är större än de flesta killar på gatan men jag känner mig ändå otillräcklig” (Egen översättning, s. 195). Enligt Pope et. al., (1997 & 2000) kan skammen över den egna kroppen för en del män med MD bli så stor att det blir ett handikapp där de undviker att vistas bland andra människor, särskilt om det innebär att vara mer eller mindre avklädd. För att gömma sina kroppar är det vanligt att de klär sig på ett sätt som döljer kroppen, genom att använda bylsiga kläder, se till att ha långärmat eller ha på sig flera lager med kläder trots stekande hetta. De kan även undvika helt och hållet att vistas på stränder och omklädningsrum för att slippa visa upp sina kroppar (Pope et. al., 1997 & 2000). En man vid namn Bart säger “Jag har haft stunder då jag

inte ens varit villig att gå utomhus där folk skulle kunna se mig, speciellt om det var ett ställe där jag var tvungen att ta av mig tröjan, som på stranden eller vid en pool” (Egen översättning, Pope et al., 2000, s. 84). En annan man vid namn Kevin berättar ”När jag ser dålig ut i spegeln, händer det faktiskt ibland att jag stannar hemma resten av dagen och går inte utomhus, för att jag är rädd att folk ska tycka att jag ser för liten ut”. När han senare frågas om han tar av sig kläderna i omklädningsrummet på gymmet där han tränar svarar han ”Jag kan inte ens komma ihåg senaste gången jag tog av mig kläderna på ett offentligt omklädningsrum” (Egen översättning, Pope et al., 2000, s. 84-85).

Tvångsmässiga tankar och beteenden

Förutom att ha ett tvångsmässigt behov av att behöva träna i stort sett varje dag där en avvikelse från träning under en dag kan skapa enorm ångest för vissa, lider flertalet män med muskeldysmorfia även av andra tvångsliknande beteenden. Det kan innebära att ständigt jämföra sina kroppar med andras, väga sig flera gånger i veckan eller per dag, spegla sig så fort de befinner sig i närheten av en spegel, samt tvångsmässiga ätvanor. Dessa beteenden upplevs enligt Pope et al., (1997) som jobbiga av många av de drabbade själva men de kan ändå ha oerhört svårt för att sluta med dem. Jack berättar om sina ätvanor, ”Jag började bli besatt av min diet. Jag vet att det måste verka konstigt för någon som inte förstår de här grejerna. Jag brukade försöka äta massor av råa ägg, delvis för att de var väldigt billiga och delvis för att jag läste om hur bra de var i bodybuilding” (Morgan, 2009, s. 37-38). En annan man berättar, ” Varje dag har jag som mål att äta tre gram protein för varje kilogram av min kroppsvikt, med intag av en måltid varannan timme ungefär för att hålla mina muskler påfyllda, även om jag inte är hungrig” (Egen översättning, Mosley, 2009, s. 194).

En man kallad Mr. A berättar att all hans vakna tid sedan 19 års ålder (är vid intervjutillfället 27) bestått av tankar om att bli större. Han försöker att tänka på annat men lyckas endast hälften av tiden och han väger sig 2-3 gånger per dag och speglar sig 10-12 gånger per dag för att följa upp sin fysik (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997). Scott berättar om liknande erfarenheter,

Om du kunde se vad jag tänker på under dagen, nittio procent av tiden har det något att göra med antingen min tyngdlyftning, min diet, eller hur jag ser ut. Jag kan inte gå förbi en spegel utan att posera bara för en minut för att kolla in min kropp - så länge jag är säker på att ingen ser. Jag kollar till och med in mig när jag ser min spegelbild på ett skyltfönster eller bilfönster. (Här kommer ett nervöst skratt) Ibland när jag är på restaurang, kan jag till och med studera min spegelbild på baksidan av en sked (Pope et al., 2000, s. 9).

En annan man de intervjuat frågade sin pappa upp till 20 gånger per timma “Pappa, ser jag större ut? Är du säker?” (Pope et al., 1997, s. 551).

Relationer och social samvaro

För att kunna öka maximalt i muskelmassa och ha minimalt med kroppsfett följer de flesta en strikt diet med högt proteinintag och lågt fettintag där avvikelser från dieten kan innebära sådan ångest att den måste kompenseras genom till exempel ett extra pass på gymmet. På grund av detta undviker flertalet att äta med andra vilket kan påverka vänskapsrelationer bland annat (Pope et. al., 1997). I Mosleys studie (2009) beskriver intervjupersonen, ”Bodybuilding är mitt liv, så jag gör uppoffringar på annat håll. Jag tänker alltid på näringsinnehållet i mat och hur det skulle påverka mitt utseende, så jag kan aldrig äta ute på restauranger eller gå på middag hos en vän för det skulle sabba min diet” (Egen översättning, s. 194). I de flestas diet ingår näringstillskott så som proteinpulver och andra prestationshöjande läkemedel både lagliga och olagliga så som anabola steroider. Dessa preparat kostar en hel del pengar och gör att vissa måste sänka sin livsstandard avsevärt vilket även kan påverka deras relationer negativt (Mosley, 2009; Pope et. al., 1997).

Intervjupersonen i Mosleys studie (2009) berättar ”...jag spenderar så mycket pengar på grejer som proteinpulver och fettförbrännande tabletter att jag inte har några pengar kvar för att gå ut och dricka; för att vara ärlig har jag inte så många vänner ändå. Inte tillräckligt med tid till dem” (Egen översättning, s. 195).

Många män med muskeldysmorfi spenderar så många timmar på gymmet att de avstår helt från intima relationer eller förlorar relationer, både intima-, vänskaps- och familjerelationer. Scott berättar om hur relationen till flickvännen påverkades,

...min flickvän gjorde slut med mig på grund av min tyngdlyftning. Det blev lite för mycket för henne... Hon klagade även väldigt mycket för hon sa att jag inte var tillräcklig flexibel. Hon ville gå ut och göra något, och jag skulle säga att jag inte kunde för jag behövde gå till gymmet och träna. Men jag hade varnat henne att jag var så. Jag berättade det när vi började bo ihop: gymmet kommer först, sedan min diet, och därefter hon. Jag antar att hon inte kunde ta att vara på tredje plats längre” (Egen översättning, Pope et al., 2000, s. 9-10).

Även skammen över den egna kroppen och tvångstankarna kring den kan påverka intima relationer (Mosley, 2009; Pope et. al., 1997). En man berättar “Jag gillar inte att klä av mig framför min flickvän och jag njuter inte av sex för jag är för upptagen med att oroa mig över mitt utseende” (Egen översättning, Mosley, 2009, s. 195).

Jack, berättar om hur hans relation till föräldrarna påverkades ”Jag brukade undvika att gå hem för att träffa min mamma och min pappa, delvis för att saker var problematiska där, men även för att det inte fanns ett gym i den här lilla byn” (Egen översättning, Morgan, 2008, s. 38).

Arbete, karriär och ekonomi

Enligt Mosley (2009) samt Pope et. al., (1997) anpassar flertalet män med muskeldysmorfi sitt liv kring sin träning och diet till den grad att det kan påverka deras arbetsliv och karriärer negativt, ibland till den grad att de blir avskedade. Intervjupersonen i Mosleys studie (2009) berättar "Jag kommer ofta för sent till jobbet eller går tidigare för att jag måste träna, och även när jag är där kretsar mina tankar alltid kring min nästa måltid eller gympass. Jag antar att mitt idealjobb skulle vara att vara personlig tränare, då skulle jag ju kunna bo på gymmet" (Egen översättning, s. 195). En man hade fått sparken från sitt arbete på grund av att han kände sig tvungen att ha och använda en blender var nittionde minut för sina proteindrycker vilket störde hans medarbetare. Han fick till slut ultimatumet av sin chef att välja sitt jobb eller blendern och valde det senare (Pope et al., 2000). Jack berättar hur det tvångsmässiga tränandet och diethållningen påverkade hans studier "Vissa dagar hoppade jag över föreläsningar för att få plats med hela rutinen, och vissa dagar gick jag upp sjukt tidigt, som klockan fyra på morgonen, bara för att kunna klara av dieten och träningen på samma gång". Han berättar vidare om när muskeldysmorfin gått ännu längre och han inte klarade av att sköta sina studier "Slutligen hade universitet fått nog, och efter flera varningar kastade de ut mig. Kan du tänka dig, jag brydde mig inte så mycket om att ha blivit utsparkad från universitetet, men jag var *verkligen* oroad över att jag inte visste vart jag skulle kunna träna!" (Egen översättning, Morgan, 2008, s. 38-39).

För att kunna öka muskelmassan, minska kroppsfettet och bli generellt större ingår det ofta i dieten att använda sig av proteinpulver, fettförbrännande tabletter, ibland även anabola steroider samt att äta stora mängder mat. Männerna kan spendera stora summor med pengar på preparaten och den stora mängd mat som förbrukas vilket får följden att mycket annat som kostar får prioriteras bort. (Mosley, 2009; Pope et. al.,1997).

Missbruk av anabola steroider och andra skadliga läkemedel

Som tidigare nämnts använder sig många av de män med muskeldysmorfi av ämnen så som anabola steroider för att kunna öka i muskelmassa (Grieve et. al., 2009; Pope et. al., 1997, Pope et. al., 2000). En undersökning visar att en del män börjar använda anabola steroider som en konsekvens av muskeldysmorfi för att kunna bli ännu större medan andra utvecklar muskeldysmorfi som en konsekvens av användandet av anabola steroider (Pope et. al., 1993). Lockelsen i anabola steroider ligger i att möjligheten till ökning i muskelmassa höjs avsevärt i och med användandet. En man uttrycker sin inställning till denna möjlighet genom att säga

”Varför skulle jag gå tillbaka till att vara Clark Kent när jag kan vara Stålmannen?” (Egen översättning, Pope et. al., 1997, s. 553).

Gällande förekomst av steroidanvändning har det föreslagits att 46 % av manliga tyngdlyftare med muskeldysmorfi är steroidanvändare (Olivardia et. la., 2000) och förekomst av steroid användning bland skolpojkar i U.S.A. föreslås ligga mellan 6,5 och 6,6 % (Pope, Gruber, Olivardia och Phillips, 2000). Svenska undersökningar gjorda på gym runtom i Sverige visar att mellan 4-6 % av alla gymbesökare någon gång använt steroider (Leifman, Rehnman, Sjöblom & Holgersson, 2011).

Ett annat vanligt förekommande ämne för att kunna öka i muskelmassa är efedrin (Cafri, Thompson, Ricciardelli, McCabe, Smolak & Yesalis, 2005; Pope et. al., 2000) som är ett ämne som fungerar som stimulerande för det sympatiska nervsystemet och liknar på många sätt drogen amfetamin. Lockelsen i användandet av detta preparat för personer som vill bli muskulösa, ligger i möjligheten att förbränna fett utan att behöva förlora muskelmassa (Cafri et. al., 2005). Förutom de mer vanligt förekommande läkemedlen anabola steroider (Grieve et. al., 2009; Pope et. al., 1997; Pope et. al., 2000) och efedrin (Cafri et. al., 2005; Pope et. al., 2000) finns det en mängd andra ämnen som används för att öka i muskelmassa. En del finns att få tag i lagligt genom recept medan andra inte är menade att användas av människor överhuvudtaget (Pope et al., 2000).

De olika läkemedlen ger enligt många undersökningar få omedelbara bieffekter men en långvarig användning är förknippad med en mängd allvarliga sidoeffekter som påverkar användaren negativt både fysiskt och psykiskt. Exempel på fysiska bieffekter är förhöjt blodtryck, förhöjt kolesterol, blodpropp, stroke, hjärtattack och ”testicular antrophy” (Grieve et. al., 2009; Mosley, 2009; Pope et. al., 2000) som innebär att testiklarna krymper och gör att testosteron nivån sjunker vilket bland annat kan leda till minskad sexlust och i värsta fall till sterilitet (wisegeek.com). Enligt Pope et. al., (2000) tros det även föreligga en ökad risk för utvecklande av prostatacancer. Trots vetskapen om att användning av anabola steroider kan ge allvarliga fysiska konsekvenser kan det vara svårt för en del att ta dessa varningar på allvar och lockelsen att snabbt öka i muskelmassa ta över. Jack berättar om när han började använda steroider,

Snart insåg jag att alla på det nya gymmet tog steroider. Jag var verkligen livrädd för det. Jag är inte dum och jag läste allt det där som sa att det gjorde att dina kulor krympte och gav dig cancer och bla bla bla. Men killarna som tog det verkade inte ha problem och jag gav det ett försök (Morgan, 2008, s. 38).

Pope et. al., (2000) menar att de fysiska besvären är något som de uppfattat mindre vanliga bland sina informanter och upplever de psykiska konsekvenserna av steroidanvändning som

”de verkliga farorna” (Egen översättning, s. 111). Psykiska komplikationer kan innebära paranoia och psykotiska episoder samt humörsvängningar (Grieve et. al., 2009; Pope et. al., 2000) som kan innebära allt ifrån mild irritation till svår aggressivitet i sin ytterlighet kallad *roid rage* (plötslig vrede). Den svåra aggressiviteten och de plötsliga vredesutbrotten kan leda till allvarliga brottsliga handlingar, i vissa fall även till mord (Pope et. al., 2000). Jack berättar om hur han upplevde att steroiderna påverkade honom psykiskt,

Det började verkligen röra till mitt humör, eller det var i alla fall vad folk sa till mig, även om jag inte trodde på det. Jag kände mig så arg. Jag brukade cykla överallt, och jag kommer ihåg en dag den typiska ”white man van” (en egenföretagare så som rörmokare som kör en vit bil) aggressivt körde om mig, men istället för att bara ge V-tecknet tappade jag helt kontrollen, och slog på baksidan av skåpbilen om och om igen. Han kom ut för att slåss, men jag hade så uppenbart tappat kontrollen att han tog en titt på mig och körde iväg så fort han bara kunde” (Egen översättning, Morgan, 2008, s. 39).

Andra psykiska konsekvenser kan upplevas i samband med avslutande av en steroidkur som kan leda till svår depression och ångest som i sin tur kan resultera i steroid-beroende och i vissa fall även till självmord (Mosley, 2009; Pope et. al., 2000). Mosleys (2009) intervjuperson berättar “...när jag la av min senaste kur blev jag väldigt deprimerad och kände mig till och med självmordsbenägen under några veckor, vilket verkligen oroade mig. Men jag vill inte sluta använda steroider nu för jag har sett resultaten och jag vill inte förlora den där udden” (Egen översättning, s. 194).

Användandet av steroider, men även olika prestationshöjande läkemedel vid höga doser, är skadliga för hälsan men trots medvetenhet om de medicinska komplikationerna av dem kan män med muskeldysmorfi ha svårt för att ändra sina vanor (Pope et. al., 1997). En man berättar om sin syn på steroidanvändning, “Jag vet att steroider är dåligt för en i det långa loppet men helt ärligt är jag inte så besvärad över hur hälsosam jag är om tjugo år; jag vill känna mig bra i mig själv nu” (Mosley, 2009, s. 194).

Behandling

Män med muskeldysmorfi söker sällan hjälp (Grieve et. al., 2009; Morgan, 2008; Olivardia, 2001, Pope et. al., 2000). Muskeldysmorfi ses som en *ego-syntonisk* störning vilket innebär att störningen inte anses av den drabbade själv som ett problem utan mer som en lösning till ett problem och skapar därför i sig sällan någon oro (Grieve et. al., 2009; Morgan, 2008). Om de drabbade söker hjälp gör de ofta det av andra orsaker relaterade till muskeldysmorfi så som depression på grund av den egna störda kroppsbilden (Olivardia, 2001) eller/och med hjälp av närstående (Pope et. al., 2000). Motståndet till att söka hjälp kan vara förenat med skam över den egna kroppen och skam över att lida av muskeldysmorfi (Olivardia, 2001). Att söka hjälp och att engagera sig i behandling innebär även enligt Olivardia (2001) ett problem för den

drabbade då det skulle innebära mindre tid på gymmet och upphörandet av steroid användning med konsekvensen av betydlig minskning i muskelmassa. Grieve (2007) menar att muskeldysmorfi kan vara svår för utomstående att upptäcka och diagnostisera då en bild om muskeldysmorfi kopplat till personer med större muskelmassa än genomsnittet och till tyngdlyftning dominerar. Han menar att det finns en möjlighet till att även personer med liten muskelmassa kan utveckla muskeldysmorfi.

När personer med muskeldysmorfi engagerar sig i behandling är det extra viktigt att behandlaren etablerar ett förtroende och visar empati (Grieve et. al., 2009; Olivardia, 2001). Pope et. al., (2000) menar även att det är av vikt att behandlaren har erfarenhet av att behandla män med kroppsuppfattningsstörningar. Det finns inte ännu någon specifik och erkänd metod för behandling av muskeldysmorfi. Istället rekommenderas att låna etablerade metoder som används för de närliggande diagnoserna ätstörning, BDD och OC (Grieve et. al., 2009; Olivardia, 2001). Flera metoder kan vara verksamma och nödvändiga att använda sig av. KBT, kognitiv beteende terapi, framstår av många forskare som det mest verksamma att använda för att komma i bukt med de tvångsmässiga beteendena så som det tvångsmässiga tränandet och speglandet och andra kognitiva störningarna så som den egna kroppsuppfattningen (Grieve et. al., 2009; Olivardia, 2001; Pope et. al., 2000). Annat som KBT anses kunna hjälpa mot är ”allt eller inget tänkande”, avslutande av steroid användning, mindre spenderad tid på gymmet, brytandet av social isoleringen och möjlighet att till exempel våga ta av sig tröjan offentligt (Olivardia, 2001). Antidepressiva läkemedel kan enligt Pope et. al., (2000) också vara till hjälp i många fall oavsett om depression finns med i bilden eller inte, då de anser att dessa hjälper mot till exempel tvångsbeteenden. Andra metoder som kan komma till användning enligt Olivardia (2001) är utbildning i ett ifrågasättande av det kroppsideal som media presenterar samt det som klienten själv har, näringslära, faror med steroidanvändning och för vissa kan diskussioner kring könsroller och sexuell identitet samt psykoterapi vara till hjälp.

Analys av resultat utifrån teori

För att analysera resultatet har genusteori använts. Den teori som valts är utformad av Will H. Courtenay (2000) och handlar om hur konstruktionen av maskulinitet påverkar mäns välmående och hälsa. Då resultatet till studien visat att hälsan påverkas negativt för de män som drabbas av MD har denna teori ansetts passande för att kunna få en fördjupad förståelse av de män som drabbas av MD. Ett val har gjorts till att gå in i vissa detaljer i teorin vilket lett till att teorin inte presenteras i sin helhet utan att de delar och teman som tolkats som relevanta för analysen plockats ut. Nedan kommer teorin att presenteras närmare för att åtföljas av en analys utifrån denna.

Teori

Teorin tar sin utgångspunkt i att genus är socialt konstruerat och att män och kvinnor inte tänker och beter sig på ett visst sätt på grund av saker så som psykologiska karaktärsdrag, utan gör det på grund av idéer om vad som är feminint och maskulint som de tar upp från sin kultur. Genus ses som något dynamiskt som skapas och återskapas aktivt i sociala handlingar människor emellan (Courtenay, 2000).

Enligt teorin är de hälsorelaterade övertygelserna och beteendena som män och kvinnor sysselsätter sig i ett sätt att demonstrera maskuliniteter och feminiteter där dessa hälsobeteenden används i den dagliga interaktionen för att strukturera genus och makt. Dessa övertygelser och beteenden för att definiera sig själv som man eller kvinna skiljer sig åt mellan könen och har en påverkan på individens hälsa och livslängd. Courteney (2000) menar att män är mer benägna att anamma övertygelser och beteenden som ökar deras risk för att drabbas av skador, sjukdom och död samt är mindre benägna att ägna tid åt beteenden som är relaterade till hälsa och livslängd och gör kopplingar till amerikansk statistik som bland annat talar om att män har lägre medellivslängd än kvinnor och att de toppar statistiken över de ledande dödsorsakerna. Enligt honom har mäns hälsobeteende länge tagits för given och mäns kortare livslängd setts som något oundvikligt och naturligt. Hans teori är att utifrån ett socialkonstruktionistiskt och feministiskt perspektiv sträva efter att förklara skillnader i mäns och kvinnors hälsobeteenden, samt hur olika typer av maskuliniteter skapas av män, och hur dessa bidrar till särskiljande hälsorisker bland dem.

För att kunna förstå mäns osunda hälsobeteenden sett ur ett större perspektiv anser Courtney (2000) att det är nödvändigt att diskutera makt och social ojämlikhet. Han använder sig av Connells teori om *hegemonisk maskulinitet* med vilket menas ett maskulinitetsideal under en given tid och plats. I dagens U.S.A. personifieras denna hegemoniska maskulinitet

enligt Courteney (2000) av en heterosexuell man med europeisk amerikanskt ursprung från överklassen med hög utbildning. Denna ideal skapar en slags hierarki som underordnar feminiteter och andra former av maskuliniteter beroende på hur nära idealet män anses befinna sig och är något som formar mäns sociala relationer till kvinnor och andra män. Enligt Courteney (2000) finns och skapas genus och dessa maktrelationer, bland annat, genom hälsobeteenden. Idéer om hälsa och hälsobeteenden används som demonstrationer av genus och genom dessa beteenden görs underordningen av kvinnor och andra maskuliniteter möjlig. Han menar även att det är i strävan efter makt och förmåner som män ofta skadar sig själva. De sociala praktiker som underminerar mäns hälsa är ofta de verktyg män använder sig av eller kan använda sig av och behöver använda sig av för att demonstrera hegemonisk maskulinitet. Exempel på sådana demonstrationer är att undertrycka sina behov, kontrollera sin fysik och sina känslor, förneka sårbarhet eller svaghet, avvisa behov av hjälp samt ha ett robust och starkt yttre. Vidare menar han att genom att visa upp hegemoniska ideal genom hälsobeteenden förstärker män idéer som finns i vår kultur om att män är starkare och mindre sårbara än kvinnor, att mäns kroppar är överordnade kvinnors kroppar, att bry sig om sin hälsa och fråga efter hjälp är feminint och att de män för vilka hälsa och säkerhet är oväsentlig är de mäktigaste av alla män. De skapar även maskuliniteter genom att anta risker och ett riskfyllt beteende som de gärna stoltserar med och kan innebära allt ifrån ett riskfyllt bilkörande till en vägran att använda solskydd. På så sätt definieras maskulinitet *emot* hälsosamma beteenden.

Maskuliniteter skapas inte av män endast i förhållande till andra män och genom ett bejakande av den hegemoniska maskuliniteten utan även genom att ta avstånd från feminina ideal. Ett förkastande av det som anses feminint är nödvändigt för att demonstrera den hegemoniska maskuliniteten. Courteney (2000) menar att hälsosamma beteenden eller övertygelser och nyttjande av hälsovård är socialt konstruerade som feminina ideal. Ett bejakande av dessa beteenden kan vara ett potentiellt hot mot maskulinitetsidealet och därför måste män motsätta sig dessa beteenden i olika grader. Mäns förnekelse och bortseende av risk, fysiska besvär och behov av hälsovård är alla sätt att demonstrera skillnaden från kvinnor och tjänar som bevis på både mäns överordning av kvinnor och för deras plats bland de "riktiga" männen. Att ta till sig hälsosamma "feminina" beteenden och att brista i att engagera sig i de ohälsosamma "maskulina" beteendena kan ge en lägre ställning i den hegemoniska maskulinitetens hierarki.

Courteney (2000) menar att demonstrationer av maskulinitet kan ta sig olika uttryck bland olika män då dessa påverkas av faktorer så som etnicitet, ålder, klass och sexualitet. Han

menar även att ett undvikande av hälsovården kan vara ett agerande som påverkas av klass där agerandet låter en del män bevara sin status och undvika att hamna i underläge i den maskulina hierarkin i förhållande till de professionellt verksamma där, medan det för andra män kan vara ett agerande för att bevara sin maktposition.

Män utövar inte endast makt över kvinnor utan även över varandra och eftersom genus skapas i sociala handlingar konstrueras maskuliniteter inte endast i relation till feminiteter utan även i relationer män emellan (Courteney, 2000). Dominanta maskuliniteter underordnar marginaliserade och lägre status maskuliniteter så som homosexuella och män från underklassen där hälsorisker har samband med var i denna hierarki en man befinner sig.

Enligt Courteney (2000) är det relativt få män i U.S.A. som i själva verket konstruerar det hegemonisk maskulina idealet men är ändå något som närvarar överallt och har ett stort inflytande på det nordamerikanska livet. Han menar att de flesta män därför demonstrerar alternativa maskuliniteter i relation till hegemonisk maskulinitet där en del konspirerar med eller strävar efter eller, försöker att motsätta sig, förminska eller på annat sätt undergräva hegemonisk maskulinitet. För de män som marginaliseras på grund av att de är missgynnade av faktorer så som ekonomisk status, etnicitet, sexuell läggning och utbildningsnivå förstärks vikten av att utmana hegemonisk maskulinitet och konstruera och agera ut alternativa maskuliniteter för att kompensera deras underordnade status. Courteney (2000) citerar Pyke som menar att män ”med deras maskulina identitet och självkänsla underminerad av deras underordnade ordnings tagande position i relation till högre-status män” använder sig av andra resurser för att ”rekonstruera deras position som ett förkroppsligande av *riktig* maskulinitet” (Egen översättning, s. 1391). Som ett resultat av detta blir en del alternativa maskuliniteter mer extrema som Courteney (2000) kallar ”hypermaskulina”, ett uttryck lånat av Meinecke. Detta ska dock inte förväxlas med hegemonisk maskulinitet, snarare är den hävda makten så central för hegemonisk maskulinitet, ständigt förnekad de män som är marginaliserade. Han menar att dessa ”hypermaskulina” maskuliniteter ofta är farliga, till exempel våldsamma eller självdestruktiva.

Vidare menar Courteney (2000) att genom att män antar de stereotypiska hälsobeteendena så som att undertrycka sina behov och förneka sårbarhet eller svaghet, ökar de sina chanser till att belönas på olika sätt förknippade med det hegemoniska idealet så som makt, social acceptans och minskad ångest gällande den egna maskuliniteten.

Courteney (2000) menar att hälso- och sjukvårdssystemet spelar en särskilt stor roll på strukturell nivå i skapandet av genus och hälsa. Han menar att kvinnor uppmuntras tidigt till att precisera deras problem och söka hjälp för dem och till att vara konsumenter av hälso- och

sjukvård varpå konsumering av det anses som feminint. Män istället är de som styr, forskar och erbjuder hjälp varpå detta förknippas med makt och maskulinitet. Läkare som oftast är män, har makt över de män som inte är läkare och över kvinnor precis som de har makt över de professionella inom hälso- och sjukvården som står i en lägre maktposition än de själva så som sjuksköterskor. På så sätt konstruerar hälso- och sjukvården en skillnad mellan mäns och kvinnors hälsobeteenden och förhandlar mellan olika typer av maskulinitet. Skillnaden i vilka som styr och konsumerar hälso- och sjukvård resulterar i att män anses friskare än kvinnor och att männens hälsa och hälsobeteenden ses som normsättande. Vidare kan män erkänna sig som ”det starkare könet” genom att avfärda deras hälsobehov och ta fysiska risker (s.1396).

Analys

Män med MD har en störd kroppsuppfattning vilket påverkar deras välmående då de blir upphängda på hur deras kropp ser ut, att den inte är tillräckligt stor och muskulös. Detta medför att många av dessa män skäms för sina kroppar och gömmer sig i bylsiga kläder och långärmat, en man berättade att han till och med valde att stanna hemma för att slippa visa sig bland folk om han såg dålig ut i spegeln. Dessa män är mycket utseendefixerade, till den grad att det blir patologiskt och ohälsosamt. Min tolkning är att män med MD och även de män som ligger i riskzonen för att utveckla det inte tränar för hälsans skull utan för utseendets skull. Courteney (2000) menar att hälsobeteenden är ett sätt att demonstrera genus och att det inte går att bortse från en maktaspekt där hälsobeteenden skapar maktrelationer. Utifrån hans resonemang kan det tolkas som att träna endast för utseendets skull trots negativa följder är en demonstration av maskulinitet då att bry sig om sin hälsa enligt (Courteney) är ett feminint ideal och något som ska förkastas för att demonstrera maskulinitet. På detta sätt skapas även en maktrelation gentemot kvinnor där dessa får en underordnad position.

Courteney (2000) menar vidare att de sociala praktiker som underminerar mäns hälsa ofta är de verktyg män använder sig av för att demonstrera hegemonisk maskulinitet. Exempel på sådana demonstrationer är att undertrycka sina behov, kontrollera sin fysik och sina känslor, förneka sårbarhet eller svaghet, avvisa behov av hjälp samt ha ett robust och starkt yttre. Dessa demonstrationer av hegemonisk maskulinitet kan tydligt ses bland män med MD. De flesta män med MD är stora och muskulösa vilket är en demonstration av idealet att ha ett *robust och starkt yttre*. Sådana kroppar som män med MD visar upp, där även ett lågt procentantal i kroppsfett ingår, kan i sig tolkas som en demonstration av många av de andra hälsobeteenden som män använder sig av för att demonstrera hegemonisk maskulinitet. Att bygga upp en sådan kropp kräver en enorm disciplin som inte endast innefattar träning utan

även att hålla en mycket strikt diet. Dessa kan tolkas som demonstrationer av dels *fysisk kontroll* över den egna kroppen och ett *undertryckande av de egna behoven* då den strikta dieten inte ger utrymme för att äta något utöver den och kan även innebära ett tvång till att äta vid utebliven hunger för att hålla musklerna påfyllda så som en man berättat. Upprätthållandet av dieten kan även innebära ett undertryckande av de egna behoven gällande till exempel social samvaro där många män med MD avstår tillfällen så som middagar ute eller hos vänner på grund av det. Att inte hålla sig till den disciplin och det undertryckande av behov som krävs för att nå denna för dessa män idealkropp kan upplevas som *svaghet* av männen själva och av de andra männen på gymmet vilket är något som ska förnekas för att demonstrera hegemonisk maskulinitet. Dessa demonstrationer av hälsobeteenden skulle kunna tolkas som en strävan efter makt och erkännande kanske framförallt inom de gym och den kultur som omfamnar många män med MD.

Ett annat exempel på demonstration av hegemonisk maskulinitet som Courteney (2000) tar upp är *avvisande av behov av hjälp*. Detta och att nyttja hälsovården anses feminint och ett bejakande av dessa behov och beteenden kan enligt Courteney (2000) vara ett potentiellt hot mot den egna maskuliniteten. Män med MD söker sällan hjälp (Grieve et. al., 2009; Morgan, 2008; Olivardia, 2001, Pope et. al., 2000). En stor del av dessa mäns liv kretsar kring gymmet och träningen och blir på ett sätt en livsstil. Kulturen kring bodybuilding har kallats av Mosley (2009) för en hypermaskulin rörelse och kan tolkas ha ett stort inflytande på män med MD till att leva upp till maskulinitetsidealen och därför göra det särskilt svårt för dem att söka hjälp. Pressen till att leva upp till maskulinitetsidealen kan göra det extra svårt för dessa män att erkänna för sig själva att de inte mår bra, att bry sig om sin hälsa och att de behöver hjälp, då det kan innebära ett erkännande av sidor som anses feminina och svaga som dessa män annars starkt strävar emot. Att söka hjälp skulle även kunna upplevas som ett svek mot dessa ideal samtidigt som behandling skulle innebära mindre tid på gymmet så som Mosley (2009) konstaterat. Detta tänker jag har inte endast en inverkan på träningen i sig utan kan även innebära att ta avstånd från hela den gym- och träningskontext som dessa män identifierar sig med vilket även skulle kunna innebära en form av identitetskris för en del av dessa män.

Courteney (2000) menar att det även finns andra faktorer som kan finnas till grund för en del mäns undvikande av hälsovården. Han menar att hälso- och sjukvårdssystemet spelar en särskilt stor del i skapandet av genus på strukturell nivå då han menar att kvinnor fostras till att vara konsumenter av det medan männen är de som styr och erbjuder hjälp som då förknippas med makt och maskulinitet. Han menar att flertalet av läkarna är män och att dessa har makt över bland annat andra män som inte är läkare, och över kvinnor. Vidare skriver

Courteney (2000) att undvikandet av hälsovården kan vara ett beteende som påverkas av klass där detta antingen kan vara ett sätt att bevara sin status och undvika att hamna i underläge i den maskulina hierarkin i förhållande till de professionella medan det för andra män kan handla om ett bevarande av sin maktposition. Om man utgår ifrån att män med MD har stora ambitioner och förväntningar på sig både från sig själva och från bodybuildingkulturen att leva upp till den hegemoniska maskuliniteten kan det tänkas att dessa omständigheter försvårar det ytterligare för dessa män att söka hjälp. Det krävs då att de ska kämpa emot många av de föreställningar om hälsobeteenden som de har så som att sökande av hjälp är feminint. Dessutom kan det innebära en utmaning i deras status och maktposition gentemot andra män. Det är dock mer jämlikt i dag i Sverige gällande könsfördelningen av läkare men det kan tänkas ha en påverkan även om läkaren är en kvinna, då införlivandet av hegemonisk maskulinitet innebär bland annat en underordning av kvinnor.

Courteney (2000) menar att män utövar makt över varandra vilket bidrar till konstrueringen av maskuliniteter där dominant maskulinitet underordnar marginaliserade och lägre status maskuliniteter. Han menar även att det är relativt få män som i själva verket konstruerar det hegemoniska maskulina idealet och att de flesta män därför demonstrerar alternativa maskuliniteter. En del män som är marginaliserade på grund av olika omständigheter kan konstruera och agera ut alternativa maskuliniteter för att kompensera den underordnade statusen. Courteney (2000) hänvisar till Pyke som menar att män med försvagad självkänsla och maskulin identitet på grund av mindre makt i relation till andra män med högre status skapar sin bild av "verklig" maskulinitet med hjälp av andra medel. Som ett resultat av detta blir en del maskuliniteter "hypermaskulina" som enligt Courteney (2000) ofta är farliga eller självdestruktiva.

I den forskning som använts till denna studie framkommer det inte huruvida män med MD skulle ha en tendens att komma från en viss klass eller vara marginaliserade på ett visst sätt. Däremot menar många forskare att faktorer så som låg självkänsla och en nedvärderande attityd gentemot sig själv är vanligt förekommande för utvecklandet av MD (Grieve, 2007; Grieve, Truba & Bowersox, 2009; Morgan, 2008) vilket kan tolkas som ett sätt att marginalisera sig själv som kan påverka männen till en upplevelse av att ha lägre status gentemot andra män. Den låga självkänslan kan även vara en konsekvens av en marginalisering på grund av missgynnande omständigheter och den kan påverka den egna maskulina identiteten negativt så som beskriven av Pyke.

Forskning visar att det finns samband mellan att bli retad för den egna kroppen samt att bli mobbad under uppväxttiden och utvecklande av MD (Pope et. al., 2000; Wolke & Sapouna).

Att bli mobbad eller retad kan i sig tolkas som ett maktspel mellan män där den mobbade kan uppleva sig maktlös i förhållande till mobbaren/mobbarna där denna erfarenhet och känsla av brist på makt i sin tur kan påverka den egna maskulinitetsbilden negativt. Erfarenheter som denna och den låga självkänslan, som en del män med MD kan ha, kan försvaga den egna maskulina identiteten och leda till ett behov av utvecklandet av en alternativ maskulinitet av den mer extrema varianten, den hypermaskulina maskuliniteten, så som beskriven av Courteney (2000) som även är ett begrepp vi sett Mosley (2009) använda tidigare, för att kompensera den underordnade- eller känslan av underordnad status gentemot andra män. Courteney (2000) menar vidare att dessa hypermaskulina maskuliniteter ofta är farliga eller självdestruktiva. Mosley (2009) har antytt att bodybuilding är en hypermaskulin rörelsen som kan ha ett negativt inflytande på personer som är osäkra. I koppling till detta och de tolkningar kring självkänsla beskrivna ovan kan det tänkas att osäkra personer i kombination med den gymkultur som dessa män vistas i en stor del av sin fritid löper särskilt stor risk för att utveckla MD och en hypermaskulin maskulinitet som blir destruktiv. Min tolkning är att MD är självdestruktivt och kan i extrema fall bli mycket självdestruktivt, även om det kanske sällan är avsiktligt eller medvetet. Det som kanske till en början ska vara kul och bra tar överhanden för de män som drabbas av MD.

MD ger enligt min tolkning enorma konsekvenser för de män som drabbas av det vilka överväger de positiva aspekterna och på så sätt blir självdestruktiva. MD påverkar männens liv på flera sätt. Deras självbild, relationer, karriär, ekonomi och beteende påverkas negativt som i sin tur har en negativ effekt på deras allmänna välbefinnande och psykiska hälsa. Min tolkning är dock, utifrån de uttalanden från män med MD som använts i denna studie, att de inte reflekterat över deras beteende eller de konsekvenser som följer eller att de bagatelliserar eller förnekar dem vilket i sig kan tolkas som demonstrationer av hegemonisk maskulinitet, så som att förneka sårbarhet.

Forskning säger också att MD ses som en ego-syntonisk störning (Grieve et. al, 2009; Morgan, 2008 & Mosley, 2009) vilket innebär att den inte ses av den drabbade själv som ett problem utan mer som en lösning till ett problem. Utifrån Courteneys (2000) teori kan MD ses som en lösning till ett problem av bland annat en känsla av underordning gentemot andra män och en försvagad maskulinitet som kan bero på olika omständigheter. Courteney (2000) poängterar dock att även om män påverkas av de normer som finns i ett samhälle kring maskulinitet är de inte offer för dessa utan även aktiva i dess skapande, upprätthållande och reproducerande. Genom att anta de olika demonstrationer av hegemonisk maskulinitet i sina hälsobeteenden, som dessa män kan tolkas göra, ökar de även sina chanser till att belönas på

olika sätt förknippade med de hegemoniska idealen så som att bli socialt accepterade, få mer makt och minskad ångest gällande den egna maskuliniteten. I fall av MD kan det handla om att få status, social acceptans och makt bland de andra männen på gymmet genom att till exempel tillhöra en av de större eller starkare killarna eller en av de med minst kroppsfett, även om de själva inte alltid tycker eller inser det.

Belöningen av minskad ångest gällande den egna maskuliniteten går att koppla till den tidigare diskussionen kring låg självkänsla där en möjlig tolkning är att bodybuildandet till en början ger ett ökat självförtroende i den egna maskuliniteten men att denna belöning uteblir eller har en minskad verkan när den når till ett stadium av utveckling av MD. När män fått MD har de en besatthet kring sitt utseende, träning och diet. Med utgångspunkt i att de får någon slags belöning utav sina aktiviteter skulle MD kunna tolkas som ett slags beroende ett beroende av belöning som inte längre är lika starkt och där beteendet utvecklas till ett tvångsmässigt beteende som gör det svårt för de att sluta med sina beteenden trots att det blir destruktivt för de och påverkar deras liv och hälsa negativt.

Ett annat mycket ohälsosamt beteende som en del män med MD kan börja med är användandet av anabola steroider eller andra farliga preparat (Grieve, Truba & Bowersox, 2009; Pope, Gruber, Olivardia, & Phillips, 1997, Pope, Phillips & Olivardia 2000) som är en destruktiv handling som kan ses som en konsekvens av den hypermaskulina maskuliniteten. Anabola steroider kan ge allvarliga psykiska och fysiska konsekvenser för de män som använder det. I vissa fall kan de leda till att män till och med blir farliga för sig själva då det händer att män med MD tar livet av sig i samband med avslutande av en steroidkur (Mosley, 2009; Pope et. al., 2000). Användandet av anabola steroider kan även resultera i att de blir farliga för sin närmaste omgivning och allmänheten och kan leda till allvarliga brottsliga handlingar, i vissa fall även till mord (Pope et. al., 2000).

Courteney (2000) menar även att män skapar och demonstrerar maskuliniteter genom att ta risker gällande den egna hälsan där ett maskulint hälsoideal bland annat förknippas med förnekelse och bortseende av risker och fysiska besvär. Att börja använda anabola steroider eller laborera med andra skadliga ämnen, som också förekommer, kan ses som ett ganska extremt risktagande eller bortseende av risker då det kan skada både den egna kroppen, mentala hälsan och omgivningen. Courteney (2000) menar vidare att dessa beteenden av risktagande bland annat tjänar som ett sätt att demonstrera deras plats bland de "riktiga" männen och att en brist i engagemang i dessa ohälsosamma maskulina beteenden kan ge en lägre ställning i den hegemoniska maskulinitetens hierarki. En möjlig tolkning i förhållande till detta skulle kunna vara att om en man inte tar denna risk, i detta fall att börja använda

substanser så som anabola steroider, finns istället risken att inte anses tillhöra de ”riktiga” männen med konsekvensen att hamna i lägre rang i förhållande till de andra männen på gymmet. Detta kan vara särskilt svårt att stå emot ifall mannen ifråga är osäker och dessutom ganska ung då medelåldern för utvecklandet av MD är ca 19.

Avslutande diskussion

I detta avsnitt kommer först slutsatser att redovisas för att åtföljas av en metoddiskussion och en allmän diskussion med mina egna reflektioner.

Slutsatser

Syftet med denna studie har varit att få en ökad kunskap om och beskriva vad muskeldysmorfi är samt vilka konsekvenser det kan få för drabbade män.

De övergripande frågeställningarna som denna studie försökt att besvara och beskriva är:

Hur ser forskningen idag på muskeldysmorfi?

Vilka konsekvenser kan problematiken få för drabbade män?

Hur ser forskningen idag på muskeldysmorfi?

De slutsatser jag drar utifrån den forskning som varit underlag för denna studie är att MD ses som en kroppsuppfattningsstörning där personen blir besatt kring den egna kroppens muskulatur som främst drabbar unga män som bodybuildare. MD är idag en egen diagnos men det råder oenighet i forskarvärlden kring huruvida det är en ätstörning, dysmorfofobi eller tvångssyndrom varpå den ännu inte kategoriserats enligt DMS-systemet. Orsaker till utvecklande av MD ses som en kombination av samhällets påverkan, där media har ett stort inflytande, och genetiska och psykologiska faktorer. Gällande behandling av MD finns det inte idag någon erkänd metod för det utan flera metoder används men kognitiv beteendeterapi anses av många som det mest verksamma.

Vilka konsekvenser kan problematiken få för drabbade män?

MD kan ge en mängd konsekvenser som först och främst påverkar det allmänna välbefinnandet och den psykiska hälsan. Drabbade män kan få enorma skamkänslor för sina kroppar vilket påverkar deras välmående och sociala samvaro. De har tvångsmässiga tankar och beteenden som de själva anser jobbiga men som de har lite kontroll över och har mycket svårt för att sluta upp med. Deras kärleksrelationer och vänskapsrelationer kan drabbas hårt av bland annat de långa timmarna på gymmet och fixering vid diet och det kan påverka ekonomi och arbetslivet negativt. Vissa män kan börja använda anabola steroider eller andra farliga preparat som en konsekvens av utvecklad MD som i sig kan ge allvarliga följder för både den egna mentala och fysiska hälsan. I en del fall kan personer som använder sig av anabola

steroider bli mycket aggressiva som kan leda till allvarliga brottsliga handlingar som kan få följder för andra individer och för samhället.

Metodologisk diskussion

Det har funnits en ambition att försöka använda så många olika författare och källor som möjligt för att få en så objektiv och nyanserad bild som möjligt om forskning kring muskeldysmorfi, även om en totalt objektiv bild inte är möjlig att skapa i och med att forskarens värderingar, referensramar och kunskaper påverkar studien och dess resultat (Forsberg & Wengström, 2003). Dock har det ibland upplevts svårt då det finns en grupp med forskare som dominerar fältet och som även många ”nyare” forskare hänvisar till. När det gäller mäns egna upplevelser kring hur muskeldysmorfi påverkar deras liv har det funnits relativt lite material att välja ifrån gällande böcker och vetenskapliga artiklar. Andra former av källor så som till exempel det internetbaserade forumet flashback har också funnits i åtanke men valts bort på grund av tidsbrist samt med tanke på att denna studie fokuserar på män och svårigheten att med säkerhet veta könet bland personerna bakom inläggen då många använder sig av namn som inte går att koppla till ett visst kön.

När det gäller val av teori fanns det en tanke från början att använda genusteori då genus redan fanns med i valet av ämne samt i min problemformulering. Studien har dock varit av induktiv karaktär varpå valet av en specifik genusteori inte gjordes förrän efter att resultatet var sammanställt. Detta har påverkat analysen av resultatet på så sätt att all presenterad material i resultatavsnittet inte gått att analysera med hjälp av den valda teorin. Det avsnittet jag tänker på är den som handlar om diagnostisering. Det är möjligt att någon annan person kunnat analysera även det med hjälp av teorin men för mig personligen har inga spontana kopplingar mellan konstrueringar av maskulinitet och diagnostisering dykt upp. Val av flera teorier kunde möjligen ha kunnat fylla ut denna lucka samt ge en bredare bild av MD men valet av endast en teori gjordes med tanken om att få en djupare förståelse och analys av resultatet utifrån den teori som används för att kunna knyta ihop mitt resultatavsnitt då denna har handlat om att få en bred beskrivning av hur forskning ser på MD.

Allmän diskussion och egna reflektioner

Innan jag började med denna studie läste jag om ätstörningar bland män som sedan blev inkörsporren till det denna studie handlar om, muskeldysmorfi. Begreppet var för mig då alldeles nytt och vid en första anblick på en del artiklar tyckte jag att diagnosen verkade lite löjeväckande och kunde inte riktigt ta det på allvar då jag förstod att det handlade om en diagnos som främst drabbar bodybuildare kring vilka jag hade mycket okunskap och

fördomar. Denna studie har inte specifikt handlat om bodybuilding så jag är inte helt insatt i den kulturen, men idag har jag en helt annan kunskap och förståelse för en del av de män som bodybuildar, de som drabbas av muskeldysmorfi. Mina egna fördomar och läsningen av Vandereyckens (2011) artikel där det bland annat framkom att till och med en del professionella som arbetar med ätstörningar hade brist på kunskaper om det och inte tog det på allvar gjorde mig nyfiken på att studera vidare i ämnet. Idag har jag betydligt mer kunskaper om MD och är lite förvånad över att det knappt verkar finnas någon som helst svensk forskning i ämnet. Detta trots att Sverige enligt min tolkning är ett ganska utseendefixerat land där människor rent generellt är väldigt vältränade i jämförelse med många andra länder.

Det är även lite förvånande att det inte finns mer svensk forskning kring det då det finns internationella studier som visar att det finns ett geografiskt samband mellan MD och användning av anabola steroider och att användning av anabola steroider är särskilt hög i de skandinaviska länderna (Kayama & Pope, 2011) samt svensk forskning som visar att mellan 4-6 procent av alla svenska gymbesökare någon gång använt sig av steroider (Leifman, Rehnman, Sjöblom & Holgersson, 2011). Jag tror att det finns en stor risk att det finns en hel del män och säkert även kvinnor i Sverige som har MD.

Svenska folket är enligt min tolkning även ganska hälsomedvetna och måna om sin hälsa rent generellt både vad gäller kost och träning. Samhället propagerar att frukosten är den viktigaste måltiden på dagen medan man i andra länder slänger i sig en kaffe och en bakelse. Vi har program så som Anna Skippers "du är vad du äter" bland mycket annan information som vi bombarderas med om hur vi ska äta och träna för att vara och se mer hälsosamma ut. När det handlar om hälsa och utseende kan det vara en hårfin linje för en del, som är särskilt sårbara, mellan att vara och se hälsosam ut till att övergå till en sjuklig besatthet kring det egna utseendet och kroppen. Min tolkning är att män med muskeldysmorfi inte är ute efter att vara hälsosamma utan har snarare som mål att se vältränade och snygga ut. Huruvida så muskulösa män som de som har MD ser hälsosam ut kan vara en tolkningsfråga men min tolkning är ändå att det är det som gör att det för en del blir svårt att ta MD på allvar. Män med MD har inte det ohälsosamma utseendet som många kopplar med kroppsliga sjukdomar som förknippas med utseendet så som till exempel sjukdomen obesitas även kallat fetma eller ätstörningen anorexia nervosa. Sen är det också så att alla män som bodybuildar inte har eller drabbas av MD. Hur ska man då kunna se skillnaden dem emellan? Enligt min tolkning är det inte möjligt, utan diagnostisering sker utifrån kriterier om hur personen beter sig och hur denne påverkas mentalt. Eftersom det inte med all säkerhet går att se MD utifrån krävs det att

personer som arbetar inom sjukvård och skola, så som kuratorer och idrottslärare till exempel, har mer kunskaper kring ämnet och kring mäns kroppsuppfattningsstörningar som nämnts tidigare i uppsatsen. Det är viktigt att förebygga MD för att minska lidandet för de drabbade och för att förebygga steroid användning som kan ge oerhört allvarliga konsekvenser för både individen och samhället.

Frågor som jag ställer mig är, hur många brott som sker av steroidanvändande män med MD? Och hur ska man kunna hjälpa dessa män? Vart vänder man sig om man har MD? Som det ser ut idag vet man inte ens hur den kategoriseras vilket skulle kanske kunna hjälpa. Att det står information om det på till exempel vårdguiden och hemsidor och kliniker som berör ätstörningar borde vara en självklarhet. Jag tänker att som drabbad är det lättast att ta kontakt med ett ställe eller forum där människor är kunniga och har specialistkunskaper inom området. Det kanske skulle kunna hjälpa att ha någon slags mansmottagning eller klinik för män med ätstörningar och kroppsuppfattningsstörningar då det kan vara så att en del män med ätstörningar och kroppsuppfattningsstörningar känner att det är genant att vara en av väldigt få män bland alla kvinnor då dessa störningar fortfarande kan ses som en kvinnlig störning.

Andra frågor som dykt upp och som det skulle behövas mer forskning kring är kring etnicitet, klass och utbildning bland män med MD. Men först och främst behövs det kanske undersökningar om hur många personer i Sverige som skulle kunna tänkas vara drabbade av MD?

Referenslista

- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bjornsson, A.S, Didie, E.R., & Phillips, K.A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12, (2), 221-232.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Cafri, G., Thompson, J.K., Ricciardelli, L., Mc Cabe, M., Smolak, L. & Charles Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, (2), 215-239.
- Chaney, M.P. (2008). Muscle Dysmorphia, Self-esteem, and loneliness among gay and bisexual men. *International Journal of Men's Health*, 7, (2), 157-170.
- Clinton, D., Engström, I. & Norring, C. (2012). Uppkomst och utveckling av ätstörningar: ett multifaktoriellt synsätt. I Clinton, D och Norring, C. (red.). *Ätstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Clinton, D. & Norring, C. (2012). Historik, klinisk bild, förekomst och uppkomst. I Clinton, D och Norring, C. (red.). *Ätstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Courteney, W.I. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, (10), 1385- 1401.
- Engström, I. (2012). Ätstörningarnas förekomst. I Clinton, D och Norring, C. (red.). *Ätstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Furnham, A. & Calnan, A. (1998). Eating Disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6, (1), 58-72.
- Granberg, B. & Henning, S. (2011). *Förekomst samt riskfaktorer för utvecklandet av ätstörningar hos män - en litteraturstudie*. (Examensarbete från Sjuksköterskeprogrammet). Högskolan i Gävle, Akademin för hälsa och arbetsliv.
- Grieve, F.G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, (1), 63-80.
- Grieve, F.G., Truba, N. & Bowersox, S. (2009). Etiology, assessment, and treatment of muscle dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, (4), 306-314.
- Herz, M. & Johansson, T. (2011). *Maskuliniteter: Kritik, tendenser, trender*. Malmö: Liber.
- Jacobsen, D. I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring: Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Kaminskia, P.L., Chapman, B.P., Haynes, S.D & Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviours*, 6, (3), 179-187.
- Kanayama, G. & Pope, H.G. Jr. (2011). Gods, men and, muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 19, (2), 95-98.
- Leifman, H., Rehnman, C., Sjöblom, E. & Holgersson, S. (2011). Anabolic androgenic steroids—use and correlates among gym users - An assessment study using questionnaires and observations at gyms in the Stockholm region. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 2656-2674.
- Maida, D.M. & Armstrong, S.L. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4, (1), 73-91.
- Morgan, J.F. (2008). *The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise and bigorexia*. East Sussex: Routledge

- Mosley, P.H. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17, (3), 191-198.
- Murray, S.B., Rieger, E., Touyz, S.W. & De la Garza Garcí a, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43, (6), 483-491.
- Norring, C. & Clinton, D. (2012). Diagnostik och bedömning. I Clinton, D och Norring, C. (red.). *Ätstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, (5), 254-259.
- Olivardia, R., Pope, H.G. & Hudson, J.I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, 157, (8), 1291-1296.
- Ousley, L., Cordero, E, D. & White, S. (2008). Eating disorders and body image of undergraduate men. *Journal of American College Health*. 56, (6), 617-622.
- Pope, H.G. Jr., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, (6), 548-557.
- Pope, H.G. Jr., Katz, D.L. & Hudson, J.I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, (6), 406-409.
- Pope, H.G. Jr, Olivardia, R., Gruber, A. & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26, (1), 65-72.
- 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.
- Raeuuri, A., Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Sihvola, E., Rissanen, A. & Kaprio, J. (2008). Lifetime anorexia nervosa in young men in the community: Five cases and their co-twins. *International Journal of Eating Disorders*, 41, (5), 458-463
- Stout, E.J. & Frame, M.W. (2004). Body image disorder in adolescent males: Strategies for school counselors. *Professional school counseling*, 8, (2), 176-181.
- Striegel-Moore, R.H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G.T., May, A. & Kraemer, H.C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42, (5), 471-474.
- Støving, R.K., Andries, A., Brixen, K., Bilenberg, N., Hørder, K. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: A retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, 186 (2/3), 362-366.
- Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*, 19, (2), 145-155.
- Vetenskapsrådet. (2005). Författare: Gustafsson, B., Hermerén, G. & Petersson, B. *Vad är god forskningsed?: Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wolke, D. & Sapouna, M. (2008). Big men feeling small: Childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. *Psychology of Sport & Exercise*, 9, (5), 595-604.

Internetkällor

- Capio anorexi center. (2012). Hämtad 17 maj, 2012 från <http://www.capioanorexicenter.com/Om-atstorningar/>
- Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS). (2012). Hämtad 17 maj, 2012 från <http://www.atstorning.se/KATS/atstorning.aspx>. Faktablad: Vilka andra ätstörningar finns

Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ). (2012). Hämtad 17 maj, 2012 från http://www.scfa.se/eating_disorders/other/index.html

Vårdguiden. (2012). Hämtad 17 maj, 2012 från <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Atstorningar-hos-vuxna/>

Wikipedia. (2012). Hämtad 17 juli, 2012 från <http://en.wikipedia.org/wiki/Adonis>

WisegEEK. (2012). Hämtad 31 maj, 2012 från http://www.wisegEEK.com/what-is_testicularatrophy.htm

Ätstörningskliniken. (2012). Hämtad 17 maj, 2012 från http://www.atstorningskliniken.fi/sv/atstorningar_andra.html