

MONSTRET I MIN SPEGEL

Upplevelser av lidande hos personer med body dysmorphic disorder

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 19.01.21
Kurs: K50
Författare: Hanna Johansson
Författare: Anna Kennerland

Handledare: Marie Tyrrell
Examinator: Karin Bergkvist

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Body dysmorphic disorder [BDD] är en psykiatrisk sjukdom med en prevalens på omkring två procent. Personer med BDD har en negativ kroppsuppfattning och är överdrivet upptagna av något i sitt utseende som upplevs som deformerat eller fult. Diagnos BDD ställs utifrån diagnosmanualen DSM-V och enligt kriterierna skall den negativa kroppsuppfattningen framkalla kliniskt signifikant lidande eller funktionsnedsättning i det dagliga livet. Studier visar att kunskaperna om sjukdomen är bristfälliga och att personer med BDD ofta inte vet vart de ska vända sig för att få hjälp.

Syfte

Att beskriva upplevelser av lidande hos personer som lever med body dysmorphic disorder.

Metod

För att besvara studiens syfte tillämpades en allmän litteraturoversikt. 15 vetenskapliga artiklar med relevans för valt ämne selekterades ut efter systematisk sökning, granskning och analysering av artiklar i databaserna CINAHL, PsycINFO och PubMed.

Resultat

Resultatet presenteras under rubrikerna Självbilden, skammen & copingstrategier, upplevelser av fångenskap och kampen för att få hjälp

Slutsats

Personer med BDD upplevde ett känslomässigt sjukdomslidande kopplat till negativ kroppsuppfattning, skam och avsky för det egna utseendet. Tvångsmässiga och utseende-relaterade beteenden kunde skapa ytterligare lidande då de tog upp stora delar av vardagen och orsakade hinder till ett fungerande liv. Till följd av detta hade personerna ofta depressiva symtom och upplevde ett livslidande över sin situation. Livet beskrevs som en konstant kamp med suicidtankar och känslor av hopplöshet. Då personerna kände att de inte blev tagna på allvar och inte fick anpassad vård uppstod även ett vårdlidande.

Nyckelord: Body dysmorphic disorder, Lidande, Sjuksköterskans professionella ansvar, Upplevelser.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Body dysmorphic disorder.....	1
Diagnostiska kriterier.....	2
Etiologi, riskfaktorer och behandlingsmetoder.....	2
Bristande kompetens om ett ökande problem.....	3
Kropp, kroppsbild & kroppsideal	3
Sjuksköterskans professionella ansvar.....	4
Katie Erikssons teori om lidande som teoretisk referensram.....	4
Problemformulering.....	5
SYFTE	6
METOD	6
Val av Metod.....	6
Urval	6
Datainsamling	7
Databearbetning	8
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Självbilden, skammen och copingstrategier.....	10
Upplevelser av fångenskap	11
Kampen för att få hjälp	12
DISKUSSION	13
Resultatdiskussion	13
Metoddiskussion	15
Slutsats	17
REFERENSER	18

BILAGA A-B

INLEDNING

Body dysmorphic disorder [BDD] är en psykiatrisk sjukdom som karaktäriseras av en överdriven upptagenhet kring en eller flera defekter i utseendet. Defekterna är ofta minimala eller omöjliga att se för andra i personens omgivning. Sjukdomen orsakar ett signifikant lidande och är associerad med repetitiva tvångsmässiga beteenden, nedsatt psykosocial funktionsförmåga och hög suicidrisk.

Ett personligt intresse väcktes för BDD i samband med den verksamhetsförlagda utbildningen då möten med personer som fått diagnosen för första gången gav en inblick i hur det var att leva med sjukdomen. De berättade då om de motstånd de mötts av när de sökt hjälp för sina problem och att de hade fått kämpa för att få rätt behandling. De berättade även om hur de länge upplevt att de inte blev tagna på allvar eftersom nästan ingen de mötte inom vården hade hört talas om BDD.

I sjuksköterskans ansvarsområden ingår att vara uppdaterad om olika sjukdomstillstånd och att eftersöka och implementera ny forskning i omvårdnadsarbetet. Detta för att kunna bemöta patienters behov genom att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande.

Folksjukdomar är benämningen på sjukdomar som drabbar över en procent av befolkningen. Prevalensen för BDD beräknas ligga omkring två procent och kan därför likställas med en folksjukdom. Trots att det är en relativt vanlig sjukdom finns bristande kunskap om BDD inom hälso-och sjukvården. Målet med denna studie var därför att få en ökad kunskap om BDD och om personers upplevelser av att leva med sjukdomen. Förhoppningen är att resultatet kan bidra till en ökad förståelse för personer som lever med BDD och för deras lidande i samband med sjukdomen. På så sätt kan förutsättningarna öka för sjuksköterskor och annan vårdpersonal till att kunna vara ett bättre stöd till patienter med BDD ute i vården.

BAKGRUND

Body dysmorphic disorder

Body dysmorphic disorder är en psykiatrisk sjukdom som uppmärksammades redan i slutet av 1800-talet av den italienska psykologen Enrico Morselli. Han kom då att använda termen dysmorfofobi för att beskriva personer med en egen uppfattad föreställning om ett missbildat utseende (Veale & Matsunaga, 2014). Först omkring hundra år senare uppkom namnet body dysmorphic disorder och tillståndet inkluderades att tillhöra diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM] (American Psychiatric Association, 2013). På svenska kallas sjukdomen ofta fortfarande för dysmorfofobi men på senare år har den nyare engelska benämningen BDD blivit allt vanligare även i Sverige.

En person med BDD besväras av en negativ kroppsuppfattning och är överdrivet upptagen av någonting i sitt utseende som han eller hon upplever som kraftigt deformerat eller fult. Den upplevda defekten kan vara inbillad eller minimal och det kan röra sig om vilken kroppsdel som helst (Phillips & Hollander, 2008). Även om andra i omgivningen oftast inte kan se någonting annorlunda så är personen övertygad om att någonting är fel (Mufaddel., Osman., Almugaddam & Jafferany, 2013). BDD är förknippat med hög suicidrisk (Angelakis, Gooding & Panagioti, 2016; Mufaddel et al., 2013) och repetitiva

tvångsmässiga beteenden som ofta är mycket tidskrävande och orsakar psykosociala funktionsnedsättningar (Mufaddel, 2013; Phillips & Hollander, 2008). Oftast debuterar BDD under de tidiga tonåren men förekommer även redan i barndomen. Det är en allvarlig sjukdom som inte handlar om ett vanligt missnöje över utseendet (Phillips, 2006).

Diagnostiska kriterier

Diagnosen BDD ställs enligt diagnostiska kriterier från femte upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM], publicerad av American Psychiatric Association [APA] år 2013. I denna upplaga går BDD under benämningen tvångsrelaterade syndrom. För att uppfylla diagnosen finns fyra kriterier:

1. Den som har BDD är fixerad vid en eller flera defekter i sitt utseende som inte existerar eller som uppfattas som obetydliga för andra människor. De upplevda defekterna tar upp minst en timmes tid om dagen för personen (APA, 2013).
2. Som följd av sin fixering vid utseendet har personen vid något tillfälle under förloppet även ägnat sig åt tvångsmässiga, repetitiva beteenden så kallade utseende-relaterade beteenden. Det kan handla om beteenden som kan observeras av andra som till exempel hudplockning och upprepade klädbyten eller att spendera överdrivet mycket tid och uppmärksamhet åt att kontrollera, kamouflera och sköta sitt utseende framför spegeln. Det kan också handla om att personen ständigt ställer frågor till andra om sitt utseende för att få lugnande bekräftelse eller om mentala tvångshandlingar som att ständigt jämföra sitt utseende med andra (APA, 2013).
3. Det tredje kriteriet är att de upplevda defekterna skall framkalla kliniskt signifikant lidande för personen eller orsaka ett socialt hinder som kan leda till försämrad funktion inom viktiga områden i det dagliga livet som till exempel sysselsättningen (APA, 2013).
4. Det sista kriteriet handlar om att ätstörningar måste uteslutas innan diagnosen BDD kan ställas. Förekommande problem ska ej enbart vara relaterade till kroppsvikt och upplevelsen av att vara för fet (APA, 2013).

Etiologi, riskfaktorer och behandlingsmetoder

I jämförelse med andra liknande sjukdomsdiagnoser som exempelvis Anorexia Nervosa [AN] är BDD inte alls lika studerat. En enkel sökning på "Anorexia Nervosa" i databasen Public Medline [PubMed] ger 15594 träffar medan "Body Dysmorphic Disorder" endast ger 1615 träffar. Detta visar tydligt den stora skillnaden i forskningsläget mellan de båda sjukdomarna. Det finns fortfarande lite kunskap om orsakerna till varför BDD utvecklas hos vissa människor. Enligt en svensk klassisk tvillingstudie av Enander et al. (2018) finns en ärftlig komponent med i bilden som beräknas ligga mellan 37 – 49 procent. Studien visade även att förekomsten av BDD är något vanligare hos kvinnor än hos män och att kvinnor i genomsnitt utvecklar sjukdomen i en yngre ålder. Det finns även studier som visar ett samband mellan sjukdomen och olika triggande händelser som till exempel mobbning under tonåren (Weingarden, Curley, Renshaw & Wilhelm, 2017).

Behandling med kognitiv beteendeterapi [KBT] och antidepressiva läkemedel i form av selective serotonin reuptake inhibitors [SSRI] kan ofta reducera symtomen med god effekt men utan behandling förblir sjukdomen kronisk (Krebs, Fernández de la Cruz & Mataix-Cols, 2017b; Mufaddel et al., 2013; Phillipou, Rossell, Wilding & Castle, 2016). Ett

problem som hindrar många att söka hjälp är dock att de saknar sjukdomsinsikt (Mufaddel et al., 2013; Philips et al., 2010; Veale, Gledhill, Christodoulou & Hodsoll, 2016). Istället är det vanligt att personer med BDD vänder sig till exempelvis plastikkirurger eller dermatologer i hopp om att kunna förändra sitt utseende eftersom de är fullständigt övertygade om att det är där problemet sitter. Studier visar dock att detta sällan hjälper och istället finns risk att symtomen förvärras (Bowyer, Krebs, Mataix-Cols, Veale & Monzani, 2016; Mufaddel et al., 2013).

Bristande kompetens om ett ökande problem

Gränsen för att en sjukdom skall kunna klassificeras som folksjukdom, är en prevalens på minst en procent (Pellmer, Wramner & Wramner, 2017). Internationella studier har visat att BDD drabbar omkring två procent av befolkningen (Mufaddel et al., 2013; Veale et al., 2016). Svenska forskare har nyligen visat att detta även stämmer överens med prevalensen för BDD i Sverige (Brohede., Wingren, Wijma & Wijma, 2015; Enander et al., 2018). Dessutom menar Gieler et al., 2016 att sjukdomen ökar i samhället. BDD beräknas vara vanligare än AN (Bulik et al., 2006) men trots detta är sjukdomen relativt okänd inom sjukvården (Fang & Wilhelm, 2015; National Collaborating Center for Mental Health [NCCMH], 2006).

Idag finns det få specialistmottagningar som inriktar sig på BDD och många har därför ofta svårt att veta vart de skall vända sig för att få rätt hjälp (NCCMH, 2006). Diagnosen kan vara svår att ställa och missas lätt, då personer med BDD ofta väljer att inte tala om sina symtom. Det är vanligt att personer med BDD, på grund av sin sjukdom upplever andra psykiatriska besvär. Därför förekommer ofta istället diagnostiseringar med exempelvis depression, social fobi och tvångssyndrom då symtomen kan överlappa varandra (Mufaddel et al., 2013; Veale et al., 2016). Forskare menar dock att det först och främst är viktigt att identifiera BDD som grundorsak till de psykiska besvären eftersom sjukdomen är ett kroniskt tillstånd (Phillips, 2006). Studier visar att 30 procent av de som lever med BDD någon gång har försökt begå självmord och att cirka 80 procent någon gång haft suicidtankar (Mufaddel et al., 2013; Phillips, 2007). Personer med odiagnostiserad BDD beräknas finnas inom många delar utav vården som till exempel inom barn-och vuxenpsykiatri, primärvården, den kosmetiska och dermatologiska vården. Detta på grund av den höga samsjukligheten med andra psykiatriska sjukdomar samt på grund av liten sjukdomsinsikt då de istället söker kosmetisk behandling för sina bekymmer (Mufaddel et al., 2013; Veale et al., 2016).

Kropp, kroppsbild & kroppsideal

Kroppen är människans fysiska form och oftast det första som uppfattas i möten med andra. Kroppens utseende utgör därför ofta en väsentlig roll i hur en person ser på sig själv och hur personen värderar sig som människa (Wiklund Gustin, & Bergbom, 2012). Den franska filosofen Maurice Merleau-Ponty menade att en person genom den egna kroppen ges tillträde till världen och att medvetenheten kring den egna kroppen skapas utifrån den subjektiva upplevelsen av världen (Bengtsson, 2005).

Begreppet *kropps bild* används för att beskriva synen på och upplevelsen av den egna kroppen och den kan vara positiv eller negativ. Denna uppfattning kan ha realistiska eller orealistiska grunder och den kan vara ett resultat av egna upplevelser eller upplevda reaktioner och attityder från omgivningen (Walters-Brown & Hall, 2012). Phillips & Hollander (2008) beskriver att en negativ kropps bild är utmärkande för personer med BDD.

Kroppsideal skapas och förs fram dagligen i samhället och utifrån dessa ideal skapas värderingar, målsättningar och uppfattningar gällande den egna kroppen (Walters-Brown & Hall, 2012). Nationalencyklopedin (u.å) definierar ordet ideal som någonting åtråvärt och förebildligt men många gånger också ouppnåeligt.

Sjuksköterskans professionella ansvar

Enligt International Council of Nurses [ICN] etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Kodens riktlinjer för etiskt handlande är framtagna för sjuksköterskor att använda som ett komplement till övriga kompetensbeskrivningar (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017).

Sjuksköterskans huvudsakliga kompetensområde är omvårdnad och det yttersta omvårdnadsansvaret vilar på sjuksköterskan, vilket betyder att sjuksköterskan ska leda och ansvara för omvårdnaden av patienten. Till detta hör bland annat att uppmärksamma och identifiera patientens behov av omvårdnad (SSF, 2017). Dahlborg-Lyckhage (2014) beskriver flera etiska grundbegrepp som hon menar att en sjuksköterska bör ha förståelse för och kunskap om och ett av dessa begrepp är just ansvar. Begreppet beskrivs ha två aspekter då sjuksköterskans ansvar delvis är juridiskt då hen har ett ansvar och en skyldighet att följa de lagar och regler som råder inom hälso- och sjukvården. Utöver det juridiska ansvaret beskrivs det etiska även kallat det moraliska ansvaret vilket innebär att värna om patientens rättigheter och att ha en subjektiv syn på patienten, dennes upplevelse och behov (Dahlborg-Lyckhage, 2014).

Sjuksköterskan ansvarar även över att omvårdnaden utvecklas utifrån de behov som patienten har, detta genom att regelbundet hålla sig uppdaterad om ny forskning inom yrkesområdet samt bidra till att implementera nya arbetssätt och kunskaper i omvårdnadsarbetet (SSF, 2017). Medvetenheten om BDD anses generellt vara låg bland hälso- och sjukvårdspersonal (Fang & Wilhelm, 2015; NCCMH, 2006). Samtidigt som statistiken pekar på hög suicidrisk hos patienter med BDD (Mufaddel et al., 2013; Phillips, 2007). Picardi, Lega & Tarolla (2013) menar att endast ett fåtal suicidala personer själva söker psykiatrisk vård. Vilket gör att personal i den allmänna sjukvården har en betydande roll i att fånga upp patienter med BDD.

Katie Erikssons teori om lidande som teoretisk referensram

Enligt Eriksson (1994), är lidandet en del av livet som människan inte kan undvika. Det kan beskrivas som någonting som påverkar människan på ett sätt som är negativt och ont. Lidande kan till exempel uppstå till följd av sjukdom. Men det sjuka eller onda är inga synonymer till lidandet. Lidandet kan istället ses som själva kampen mellan det onda och goda, mellan det sjuka och friska. Enligt DSM-V är ett kriterium för att kunna ställa diagnosen BDD att sjukdomen framkallar ett kliniskt signifikant lidande hos personen eller att sjukdomen orsakar funktionshinder som kan försämra personens förmåga inom viktiga områden i det dagliga livet (APA, 2013). Ett av sjuksköterskans ansvarsområden är att lindra lidande och att ge individuell vård utifrån patientens behov (SSF, 2017). Vården kan på olika sätt även orsaka lidande. Eriksson (1994) menar att det finns tre olika former av lidande inom vården och hon delar in dem i *sjukdomslidande*, *livslidande* och *vårdlidande*. De tre olika typerna av lidande kan ofta vara svåra att skilja åt eftersom de går in i varandra.

Sjukdomslidande

Sjukdomslidande är upplevelser av lidande vid sjukdom och behandling. Fysisk smärta orsakar ofta ett sådant lidande. Sjukdom kan även orsaka ett känslomässigt lidande som kan uppstå då människan upplever känslor av skuld, skam och förnedring i samband med sjukdom eller behandling. Både skam och förnedring kan kopplas till en människas känsla av att vara sämre än det hon hade velat eller hoppats på eller att känna sig otillräcklig och oförmögen att uppnå sina egna ideal. Skam uppstår inifrån oss själva medans förnedring oftast uppkommer i förhållande till andra människor. Det kan var förnedrande för den som är sjuk att tvingas köa och leta efter information för att få hjälp eller att behöva övertyga någon om sin rätt till vård (Eriksson, 1994).

Livslidande

Livslidande är upplevelser av lidande relaterat till en människas egna, unika livssituation. (Eriksson, 1994). Känslor av hopplöshet och att inte orka leva vidare är förenat med livslidandet. Personer med BDD har ökade risker för självmordstankar och samsjuklighet med depression (Mufaddel, 2013).

Vårdlidande

Vårdlidande är upplevelser av lidande relaterat till vårdsituationen och kan enligt Eriksson (1994) delas in i fyra kategorier: *kränkningar av värdighet, fördömelse och straff, maktutövning* och *utebliven vård*. De olika formerna är sammanflätade och överlappar varandra. *Kränkning av värdighet* är den vanligaste formen av vårdlidande och utgör en grund i alla former av vårdlidandet. Att inte bli tagen på allvar eller sedd i vården är en kränkning av människans värdighet. Alla har olika behov av vård och att ge individuell vård är att bekräfta någons värdighet (Eriksson, 1994). *Fördömelse och straff* grundar sig i när vårdpersonal tycker sig kunna bedöma vad som är rätt och fel när det kommer till personer de vårdar eftersom de har en sådan stark tilltro till sig själva som auktoritet och sitt fakta-kunnande. Om någon betar sig obegripligt eller opassande kan vårdtagaren bli straffad som en följd av fördömsen. Straffet kan exempelvis innebära att vårdaren ignorerar personen. Det kan ske medvetet eller omedvetet (Eriksson, 1994). *Maktutövning* kan ske indirekt eller direkt. Indirekt maktutövning kan handla om negativa attityder och direkt maktutövning kan vara att tvinga någon till en vårdhandling. Ett sätt att utöva makt är att inte ta en människa på allvar. Det lämnar efter en känsla av maktlöshet eftersom personen fråntas sin rätt till vård. Ofta uppstår maktutövning då vårdaren har svårt att följa med i någons tankebanor och istället vill hålla fast vid gamla rutiner (Eriksson, 1994). *Utebliven vård* kan bero på att vårdaren inte har förmåga att se vad människor behöver eller att de exempelvis har bristande kunskap om hur olika sjukdomstillstånd kan uttrycka sig. Detta kan kopplas till den bristande kunskapen om BDD inom hälso- och sjukvården som leder till utebliven vård (NCCMH, 2006). Utebliven vård förekommer i många olika grader och kan vara allt från små incidenter av slarv till direkt vanvård. Oavsett grad av utebliven vård innebär det alltid ett maktutövande och en kränkning av en människans värdighet (Eriksson, 1994).

Problemformulering

Body dysmorphic disorder är en psykiatrisk sjukdom som associeras med tvångsmässiga beteenden och psykosociala funktionsnedsättningar. Sjukdomen skapar ett signifikant lidande för många personer i samhället och suicidrisken beräknas vara hög bland de som är drabbade. Prevalensen ligger omkring två procent och sjukdomen kan därför likställas med en folksjukdom. För varje år ökar sjukdomen i befolkningen men trots detta påvisas bristande kunskap om BDD inom hälso- och sjukvården. Detta kan resultera i att vården

för personer med BDD blir bristfällig eller uteblir och utan behandling förblir sjukdomen kronisk.

Ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att lindra lidande. Det ingår även i sjuksköterskans professionella ansvar att utforma omvårdnaden utefter patientens behov, att bedriva en evidensbaserad vård samt att regelbundet uppdatera sig och att följa den vetenskapliga kunskapsutvecklingen inom sitt yrkesområde. Som sjuksköterska är det därför viktigt att få en ökad förståelse för personer som lever med BDD. På så sätt ökar också förutsättningarna till att minska lidandet samt att kunna möta dessa personers individuella behov ute i den allmänna sjukvården. Målet med denna studie är därför att skapa en ökad förståelse för upplevelser av lidande hos personer som lever med BDD.

SYFTE

Syftet var att beskriva upplevelser av lidande hos personer som lever med body dysmorphic disorder.

METOD

Val av Metod

För att söka svar på studiens syfte tillämpades en allmän litteraturoversikt, vilket innebär att skapa en sammanställning och översikt av det nuvarande forskningsläget inom valt ämnesområde (Rosén, 2017). Detta genomfördes genom systematisk sökning i olika databaser av relevant och aktuell forskning inom ämnesområdet och sedan vidare analysering, urval och presentation av funnet material (Forsberg & Wengström, 2016). I enlighet med Polit & Beck (2017) har kvalitativa studier främst valts att användas eftersom målet var att granska studier som handlar om personers upplevelser av att leva med BDD. För att få ett bredare perspektiv valdes även att granska de kvantitativa studier som påvisades besvara studiens syfte. Att skapa en litteraturoversikt ansågs lämpligt då nuvarande brister i kunskap och tankesätt kan påvisas och resultatet ger en relevant och evidensbaserad kunskapsöversikt som bidrar till möjlighet för utveckling (Polit & Beck, 2017).

Urval

I denna litteraturstudie behandlas 15 vetenskapliga artiklar som söktes fram i databaserna PubMed, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] och PsycINFO. Valet av artiklar baserades på studiens syfte som var att beskriva upplevelser av lidande hos personer som lever med BDD. Valda artiklar har både kvalitativ och kvantitativ design då syftet var skapa en bredare förståelse för den subjektiva upplevelsen kring lidande hos personer med BDD. Med anledning av begränsat urval har inga artiklar valts att exkluderas utifrån urvalsgruppernas utformning, exempelvis gällande studiedeltagares ålder, kön och nationalitet. Det gjordes heller inga begränsningar utifrån om artiklarna fanns tillgängliga i gratis fulltext.

För att basera studien på den senaste forskningen har endast artiklar som publicerats under de tio senaste åren, 2008-2018 valts att inkluderas. Artiklarna har även kontrollerats att vara primärkällor och ska ha granskats av experter inom samma kunskapsområde, så kallat "Peer-Review", då detta visar på en högre vetenskaplig kvalitet (Polit & Beck, 2017). I

databaser där det inte fanns möjlighet att begränsa sökningarna efter Peer-review gjordes kompletterande sökningar manuellt för att ta reda på information om detta. Med anledning av språkbegränsningar valdes endast artiklar publicerade på engelska att inkluderas. Vidare har i enlighet med Forsberg & Wengström (2016) de artiklar som inkluderats kontrollerats att vara godkända av etiska kommittéer alternativt att etiska överväganden kan påvisas.

Datainsamling

Artikelsökningar utfördes med hjälp av sökord i databaserna: CINAHL, som innehåller artiklar inom ämnet vårdvetenskap, PubMed som innehåller artiklar inom den medicinska vetenskapen och PsycINFO som innehåller artiklar inom ämnet psykologi och beteendevetenskap (Kristensson, 2014). Studiens syfte och ämne avgjorde valet av databaser (Rosén, 2017). Inför utförd databassökning bokades och genomfördes ett informativt och vägledande möte i databassökning och sökstrategi med personal från Sophiahemmets Högskolas bibliotek. Sökord passande studiens syfte identifierades och tillämpades, för att generera relevanta träffar inom valt ämnesområde (Forsberg & Wengström, 2016).

Valda sökord användes i fritextsökningar och anpassades till vedertagna ämnesord: CINAHL Headings (MH) och Medical Subject Headings ((MeSH)-termer) för att specificera sökningarna. I två av sökningarna användes även underrubriker i form av aspektord, så kallad Subheading för att söka fram artiklar innehållande en specifik aspekt av ämnet, de Subheadings som användes var; psychosocial factors (/PF) och psykologi. För att kombinera och avgränsa flera olika sökord användes även booleska sökoperatörer i form av "AND" och "OR". Artikelsökningarna valdes även att avgränsas gällande språk, tidsperiod, typ av studie samt om, de fanns tillgängliga i fulltext. Sökstrategierna varierade i de olika databaserna med anledning av databasernas olika uppbyggnad (Kristensson, 2014). Utförda sökningar redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Presentation av artikelsökning och sökresultat

Databas Datum	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 2018-11-14	EN Full text 2008-2018	"Body Dysmorphic Disorders/psychology" [Mesh]	477	40	8	4
CINAHL 2018-11-14	EN Peer Reviewed Research article 2008-2018	MH "Body Dysmorphic Disorder/PF"	84	17	4	1
CINAHL 2018-11-17	EN Peer Reviewed Research article 2008-2018	MH body dysmorphic disorder OR body image disorder AND MH emotions OR experience OR quality of life	57	20	9	4
PsycINFO 2018-11-17	EN Full text Peer Reviewed 2008-2018	Body Dysmorphic Disorder	297	32	4	2
Manuella sökningar					4	4
TOTALT			915	109	29	15

Manuella sökningar

Manuella sökningar från funna artiklars referenslistor, så kallad snowballing har även utförts för att komplettera datainsamlingen i enlighet med Kristensson (2014). Utifrån dessa sökningar hittades ytterligare fyra stycken artiklar som valdes att inkluderas i resultatet.

Databearbetning

I linje med Kristensson (2014) utfördes bearbetning och granskning av insamlad data stegvis, detta för att systematiskt hitta de artiklar som ansågs besvara studiens syfte och som visade på kvalitet och tillförlitlighet. Inledande artikelsökning och granskning utfördes parallellt av studiens författare. Av de artiklar sökningarna gav valdes först de artiklar ut som enligt titel och nyckelord visade på att vara av relevans för studien. Ur dessa valda artiklar lästes sedan abstraktet för att vidare se vilka artiklar som även av innehåll visade på att vara av relevans. De artiklar som även utifrån abstraktet ansågs svara på syftet lästes i sin helhet av båda författarna. Artiklarna diskuterades sedan och bedömdes utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för kvalitetsgranskning av artiklar (Bilaga A) modifierat utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). De artiklar som bedömdes mest relevanta utifrån studiens syfte och som påvisades vara av hög alternativt medelhög kvalitet, vilket enligt Kristensson, (2014) bidrar till säkerställande av vetenskaplig tillförlitlighet, valdes att inkluderas. Inkluderade artiklar redovisas i matris för inkluderade artiklar (Bilaga B) och är markerade med en asterisk i referenslistan.

Dataanalys

Dataanalysen utfördes utifrån metoden integrerad analys, som enligt Kristensson (2014) är en metod som med fördel kan användas vid skapandet av en litteraturöversikt och som bidrar till ett tydligt upplägg av resultatredovisningen. Analysprocessen enligt denna metod genomförs stegvis och målet är att urskilja de delar i artiklarna som är användbara för aktuell frågeställning och indela dessa under olika kategorier och underkategorier (Kristensson, 2014). De 15 artiklar som valdes att inkluderas i studien skrevs ut i sin helhet för att underlätta bearbetning av texten. Artiklarna lästes först enskilt och sedan gemensamt för att skapa en tydlig bild av innehåll.

Valda artiklar analyserades utifrån kategorierna: syfte, metod, resultat och kvalitet och sammanställdes i matris för inkluderade artiklar (Bilaga B). Matrisen gav en överskådlig blick över bearbetad data och utgjorde grund för fortsatt analys. Resultatdelen i artiklarna granskades sedan noggrant för att identifiera och plocka ut de resultat som på olika sätt svarade på syftet: upplevelsen av lidande hos personer med BDD. Viktiga delar identifierades och markerades med hjälp av markeringspennor. En sammanställning av identifierat material inleddes genom att finna och urskilja skillnader och likheter, dessa skillnader och likheter användes sedan som underlag för att skapa lämpliga kategorier och utifrån dessa forma rubriker för kommande resultat. De resultat som ansågs användbara delades på detta vis upp i tre olika kategorier och tre rubriker identifierades: *Självbilden, skammen & copingstrategier, Upplevelser av fångenskap & Kampen för att få hjälp.*

Forskningsetiska överväganden

All forskning kräver etiska ställningstaganden och överväganden även så en litteraturstudie där redan färdig forskning ska granskas vad gäller etisk tillämpning och försvarbarhet (Kristensson, 2014). Ett etiskt förhållningssätt har i denna litteraturstudie tillämpats genom hela arbetsprocessen, både i sökandet och i sammanställandet av materialet. I enlighet med Forsberg & Wengström (2016) har inkluderade artiklar kontrollerats avseende etisk tillämpning och granskning. Vid arbetsprocessens start granskades Helsingforsdeklarationen som utvecklats med syfte att värna om de mänskliga rättigheterna vid medicinsk forskning (MWA, 2013). Deklarationens forskningsetiska principer gällande hur forskning på och involverande av människor skall bedrivas och hanteras, har legat till grund vid granskning av inkluderade artiklar. Detta innebar att samtliga artiklar har granskats gällande att personerna inkluderade i studierna ej utsatts för någon som helst skada eller risk för att utsättas för skada och att personerna fått tillräcklig information och samtyckt till deltagande i gällande studie (MWA, 2013).

I enlighet med Kristensson (2014) har så även inkluderade studier granskats gällande tillämpning av de fyra forskningsetiska principerna: autonomiprincipen, inte-skada-principen, nyttoprincipen, och rättvisepincipen. Samt har endast de vetenskapliga artiklar som blivit granskade och bedömda av sakkunniga inom samma ämnesområde som artikelförfattaren (peer-reviewed) använts. I sammanställningen av artiklarna har ett objektivt förhållningssätt eftersträvat, där inga egna åsikter eller värderingar avsiktligt lagts till innehållet. Inte heller har avsikt funnits att plagiera eller förvränga innehållet i de texter som granskats och engelsk-svenskt lexikon har använts för att undvika missuppfattningar och felöversättningar (Kjellström, 2017). Arbetet har i sin helhet genomgått plagiatkontroll via Urkund vid Sophiahemmets Högskola.

RESULTAT

Resultatet kommer att redovisas under följande rubriker: *Självbilden, skammen & copingstrategier, Upplevelser av fångenskap & Kampen för att få hjälp.*

Självbilden, skammen och copingstrategier

Upplevelser av låg självkänsla var vanligt hos personerna med BDD (Brohede, Wijma, Wijma, & Blomberg, 2016; Cerea, Bottesi, Grisham, & Ghisi, 2018; Labuschagne, Castle, Dunai, Kyrios & Rossell, 2010; Silver & Farrants, 2016). De upplevde ökade nivåer av skam (Marques, Weingarden, Leblanc & Wilhelm, 2010; Weingarden, Renshaw, Wilhelm, Tangney & DiMauro, 2016; Weingarden, Shaw, Phillips & Wilhelm, 2018), självhat och avsky för sitt utseende (Brohede et al., 2016; Silver & Farrants, 2016). Personer beskrev upplevelser av det egna utseendet som kraftigt deformerat och omänskligt och andra beskrev sig som onormala och upplevde det som att de måste kämpa för att passa in i normen (Brohede et al., 2016).

De upplevde olika defekter i utseendet som oftast var fokuserade till ansiktet där vanliga områden var hår, näsa och tänder (Cerea et al., 2018). I studien av Feusner, Bystritsky, Helleman & Bookheimer (2010) hade alla deltagarna en upptagenhet av någon defekt i ansiktet och cirka hälften hade dessutom ett fokus någonstans på den övriga kroppen. En del hade en önskan om symmetri och regelbundenhet i ansiktsformerna (Silver, Reavey & Fineberg, 2010). En del uttryckte en vilja om att bara se normala ut medan andra uttryckte en önskan om att bli vackra. Det enda sättet att uppleva lycka eller att kunna leva ett normalt liv var om de uppnådde sitt utseendeideal (Brohede et al., 2016; Silver & Reavey, 2010; Silver et al., 2010). Studier visade att människor med BDD hade en förvrängd uppfattning av sitt eget utseende (Brohede et al., 2016; Labuschagne et al., 2010; Toh, Castle & Rossel, 2017). I studien av Toh et al. (2017) påvisades en svårighet i att känna igen sitt eget ansikte då de fick se bilder av sig själva. I en annan studie av Labuschagne et al. (2010) hade människorna med BDD tre gånger så mycket vanföreställningar om sitt utseende än kontrollgruppen.

Personerna upplevde ökade känslor av hot från andra människor (Silver et al., 2010) och att andra dömde dem på grund av hur de såg ut (Brohede et al., 2016; Oakes, Collison & Milne, 2017; Silver & Reavey, 2010). En del personer hade återkommande tankar om tidigare negativa kommentarer. Veale et al. (2015) har exempelvis hittat beskrivningar om upplevelser av en för liten penis trots att undersökningar pekade på en genomsnittlig storlek. I tankarna dök ett minne ständigt upp där tidigare partner påpekat att penisen var liten. Många hade en rädsla för att bli dömda för sitt utseende och de var extremt känsliga för andras kommentarer (Brohede et al., 2016; Silver et al., 2010; Veale et al., 2015). Ett vanligt förekommande tema i både studien av Silver & Reavey (2010) och Silver et al. (2010) var upplevelsen av bilden av sitt yngre jag som det perfekta idealet. Personerna jämförde ständigt bilden av sitt nutida och den yngre versionen av sig själva. De kände sorg över förändringarna i utseendet som de relaterade till upplevelser av åldrande, sjukdom, förfall och död snarare än upplevelser av fulhet och defekter i utseendet (Silver & Reavey, 2010).

Beteenden relaterade till utseendet beskrevs vara skapade och utformade för att skydda och ge kontroll (Brohede et al., 2016; Oakes et al., 2017; Silver & Farrants, 2016; Silver & Reavey, 2010). Att titta sig i spegeln i långa perioder eller att undvika speglar helt var ett vanligt förekommande beteende (Brohede et al., 2016; Oakes et al., 2016; Silver &

Farrants, 2016; Silver & Reavey, 2010). Andra uppgav beteenden som kamouflering av utseendet, jämförande med andras utseende, att undersöka olika kosmetiska ingrepp och att ständigt ta och känna på den upplevda defekten. De fanns också de som ägnade sig åt hudplockning, överdriven solning, hårborttagning samt att stå i speciella positioner som gjorde att defekten inte märktes. En del hade upp till 15 separata beteenden som de oftast ägnade sig åt varje dag och dessa tog flera timmar att utföra (Oakes et al., 2016). Personerna förklarade att deras repetitiva spegeltittande drevs av hopp om att bilden de hade av sig själva inte skulle stämma när de tittade i spegeln. I motsats till detta berodde undvikandet av speglar och foton av sig själva på att de inte ville få bekräftelse på hur fula de var när de såg bilden av sig själva (Silver & Farrants, 2016). En del upplevde att det fanns en trygghet och en tröst i att kontrollera utseendet. Då personerna med BDD fick möjlighet att täcka de upplevda defekterna med till exempel kläder och smink, infann sig en lugnande och ångestdämpande upplevelse eftersom de då förkroppsligade ett, i deras syn, normalt utseende (Oakes et al., 2016). De upplevde höga krav på sig själva och drevs av plikten att se bra ut (Brohede et al., 2016; Cerea et al., 2018; Silver & Reavey, 2010). En del upplevde beteendena som någonting som inte gick att kontrollera (Oakes et al., 2016; Silver & Farrants, 2016). Andra beskrev det som att deras utseenderelaterade beteenden hade blivit en del av vilka de var som människor och att de kändes som en självklar del av vardagsrutinerna (Brohede et al., 2016) att beteendena skedde per automatik och kändes som en naturlig sak att ägna sig åt (Oakes et al., 2016). Beteendena fungerade som copingstrategier, de utgjorde en trygghet och fungerade som ett skydd mot det upplevda hotet från andra människors dömande tankar. Många upplevde dessutom en ambivalens inför att sluta med sina beteenden (Brohede et al., 2016; Oakes et al., 2017; Silver & Reavey, 2010). Det fanns en rädsla om vad som i så fall skulle hända och de ville därför fortsätta samtidigt som de också upplevde att det hindrade dem från att leva ett normalt liv (Oakes et al., 2016).

Sjukdomen beskrevs som ett fångenskap och som en känsla av att konstant bära på en tung vikt (Brohede et al., 2016; Oakes et al., 2016; Silver & Farrants, 2016). Beskrivningar framkom exempelvis om förekommande känslor av att vara onormal och att ständigt behöva kämpa för att passa in i normen. BDD kunde även ses som sin egen värsta fiende och som ett svart obarmhärtigt håll (Brohede et al., 2016).

Upplevelser av fångenskap

I flera studier beskriver personer med BDD att sjukdomen orsakat en psykosocial nedsatt förmåga och funktion (Brohede et al., 2016; Didie, Menard, Stern & Phillips, 2008; Krebs et al., 2017a; Silver & Farrants, 2016; Veale et al., 2015; Weingarden et al., 2016). Brohede et al. (2016) och Silver & Farrants (2016) återger beskrivningar om en diagnos som tagit över livet och blivit till en konstant kamp som skapat ofrivillig ensamhet och socialt utanförskap. Ungdomar beskrev bristfällig närvaro och de uteblev ibland helt från skola (Brohede et al., 2016; Krebs et al., 2017a) och vuxna levde ofta i arbetslöshet eller hade nedsatt arbetsförmåga relaterat till sin BDD (Brohede et al., 2016; Didie et al., 2008). Enligt en studie av Didie et al (2008) hade mer än 92 procent av 141 deltagare uppgivit att diagnosen haft en negativ inverkan på studie- och/eller arbetslivet. En orsak till detta beskrevs vara den isolerande och paralyserande effekt som diagnosen ofta medfört (Brohede, 2016; Silver et al., 2010; Veale et al., 2015; Weingarden et al., 2016). Tvångsmässiga och tidskrävande utseenderelaterade beteenden samt oro och ångest över att behöva visa sig inför andra beskrevs skapa svårigheter i att kunna lämna hemmet. Vilket i sin tur bidrog till en oförmåga att passa tider och att genomföra planerade aktiviteter (Brohede et al., 2016; Silver & Farrants, 2016).

Föreställningen om att vara tillsammans med andra människor beskrevs som ångestframkallande då synen på sig själv tolkades som oattraktiv, motbjudande och ovärdig andra människor (Brohede et al., 2016; Silver & Farrants, 2016; Veale et al., 2015). En rädsla för att prata om sina problem, att inte bli förstådd och att bli övergiven uppgavs vara bidragande faktorer till att de undvek att komma andra människor nära (Brohede et al., 2016; Silver et al., 2010). Intimitet beskrevs som särskilt svårt då detta medförde rädsla, skam och ångest över att behöva visa sig naken inför en partner (Brohede et al., 2016; Silver & Farrants, 2016; Veale et al., 2015). I en studie av Veale et al. (2015) beskrevs exempelvis återkommande provocerande tankar om att inte utseendemässigt eller kroppsligt vara i nivå med sin partners tidigare partners. Ångesten kopplat till sociala situationer resulterade ofta i begränsat antal vänskaps och kärleksrelationer (Brohede et al., 2016; Silver et al., 2010).

Tillämpandet av olika former av copingstrategier beskrevs som vanligt förekommande vid BDD (Brohede et al., 2016; Silver & Farrants 2016; Veale et al., 2015). För att undvika ångestprovokation, tillämpades så kallat undvikande beteenden, exempelvis när det kom till sociala situationer, intima samtal och risk för mer eller mindre exponering av egen kropp, både inför sig själv men framförallt inför andra (Brohede et al., 2016; Silver & Farrants 2016; Veale et al., 2015).

Psykisk ohälsa påvisades vara starkt förknippat med BDD (Brohede et al., 2016; Cerea et al, 2010; Labuschagne et al., 2010; Silver & Farrants, 2016; Veale et al., 2015; Weingarden et al., 2016). Ökade nivåer av ångest och samsjuklighet med depression konstateras vanligen förekommande hos människor som lever med BDD (Brohede et al., 2016; Cerea et al, 2010; Labuschagne et al., 2010; Veale et al., 2015; Weingarden et al., 2016). Matheny et al. (2017) identifierade även en nedsatt toleransförmåga att hantera starka känslor som rädsla, ilska och oro. Utlösande faktor för känslor som skam och ångest påvisades vara avsky för det egna utseendet vilket sågs generera i självhat och psykisk smärta (Brohede et al., 2016; Silver & Reavey, 2010). Att se bra ut sågs som en nödvändighet för att lyckas i livet och av en del sågs det som ett moraliskt fel att inte göra det (Silver & Farrants, 2016). En del såg fulheten som en del av deras identitet och att detta var det som definierade dem som människor. De upplevde att fulheten gjorde dem till sämre personer som inte hade samma rättigheter i livet som andra (Brohede et al., 2016).

Brohede et al. (2016) och Weingarden et al. (2018) beskrev i sina studier hur personerna upplevde känslor av meningslöshet och hopplöshet och hur det hade ett samband med självskadebeteende, självmordstankar och försök till att avsluta sitt liv (Brohede et al., 2016; Krebs et al., 2017a; Silver & Farrants, 2016; Weingarden et al., 2016; Weingarden et al., 2018). Sjukdomen beskrevs av flera som ett fångenskap och som en känsla av att konstant bära på en tung vikt (Brohede et al., 2016; Oakes et al., 2016; Silver & Farrants, 2016). En del stod inte ut med situationen och beskrev det som att livet inte längre var värt att leva. De upplevde att det inte fanns någon annanstans att ta vägen än att ta sitt eget liv (Brohede et al., 2016).

Kampen för att få hjälp

Personerna med BDD beskrev hur de upplevt olika typer av hinder till att få vård för sin sjukdom (Brohede et al., 2016; Marques et al., 2016; Veale et al., 2015). Skam över sitt utseende, sin situation och över att prata om sina problem beskrevs vara orsaker till att avstå från att söka hjälp (Brohede et al., 2016; Marques et al., 2016; Veale et al., 2015). En

del beskrev en rädsla över att bli stämplade som fåfänga om de berättade om sina problem (Brohede et al., 2016). En annan orsak till att många inte hade vänt sig till sjukvården var att de saknade sjukdomsinsikt och var därför skeptiska mot behandling som KBT och SSRI eftersom de upplevde att problemet satt i utseendet (Brohede et al., 2016; Marques et al., 2016; Veale et al., 2015). En del personer hade istället försökt ta hand om sina problem på annat sätt, genom att exempelvis eftersöka och besöka hudkliniker och plastikkirurgi i hopp om att förändra sitt utseende (Brohede et al., 2016; Marques et al., 2016; Veale et al., 2015). Resultaten efter ingreppen upplevdes sällan som tillfredställande då en negativ uppfattning av utseendet kvarstod (Brohede et al. 2016).

Personer som sökt sig till sjukvården för att få hjälp hade upplevt att de inte blev tagna på allvar när de berättade om sin situation samt att vårdgivaren inte hade någon förståelse eller kunskap om deras sjukdomstillstånd (Brohede et al., 2016). Flera hade svårt att veta vart de skulle vända sig och att den vård som erbjudits upplevdes som missanpassad, otillräcklig och opålitlig (Brohede et al., 2016; Marques et al., 2016). Vissa uppgav att de kände sig besvikna på sjukvårdssystemet. De upplevde att de hade fått vänta länge för att få hjälp och att hjälpen inte hade erbjudits i tid. Detta hade lett till ökade tankar om suicid samt till suicidförsök hos personerna (Brohede et al., 2016). Det fanns även dem som träffat psykologer och psykologstudenter som känt till diagnosen BDD och de hade då upplevt att de blev tagna på allvar av den psykiatriska sjukvården. Att få bekräftelsen genom diagnosen upplevdes som en lättnad. De beskrev att de kände igen sig i symtomen och att detta minskade deras känslor av skam. I samband med diagnostisering kunde vissa uppleva en känsla av tröst eftersom problemen då kunde behandlas (Brohede et al., 2016).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Huvudfynd från resultatet visade att personerna med BDD upplevde psykiska begränsningar i vardagen och en nedsatt livskvalitet. Enligt Erikssons (1994) teori kan sjukdomslidandet uttrycka sig både som ett fysisk och ett emotionellt lidande. Ur resultatet framkom att det var främst ett emotionellt eller psykiskt sjukdomslidande som var typiskt hos personerna med BDD. De hade ofta dålig självbild och en låg självkänsla. Många upplevde självhat, avsky och skam för sitt eget utseende och rädsla över att andra skulle tänka negativa tankar om dem om de såg deras upplevda defekter. Eriksson (1994) menar att sjukdomslidande kan uppstå ur skammen då en person känner sig otillräcklig eller sämre än det hon hade hoppats på och är oförmögen att uppfylla sina egna ideal. Detta kan kopplas till skammen som personerna med BDD kände över att inte kunna uppnå sitt utseendeideal. En del uttryckte en önskan om att vilja se normala ut medans andra ville vara vackra eller få tillbaka utseendet de hade när de var unga. De fanns en övergripande uppfattning bland dem som levde med BDD om att det enda sättet för dem att bli lyckliga var om de uppnådde sitt idealutseende eller kunde korrigera sina upplevda defekter.

Personerna med BDD kände ett ökat hot från andra människor eftersom de upplevde att de blev dömda på grund av hur de såg ut. Tanken på att hamna i en situation där andra skulle upptäcka hur fula de egentligen var framkallade starka känslor av rädsla och ångest vilket resulterade i att de ägnade mycket tid och energi åt att försöka undvika att något sådant skulle kunna ske. Detta innebar en rad olika beteenden som till exempel överdrivet spegeltittande och att kontrollera eller kamouflera sitt utseende på olika sätt. Det kunde exempelvis också innebära att de helt och hållet undvek olika aktiviteter med andra människor eller att de planerade och sökte efter olika lösningar för att ändra sitt utseende

med hjälp av kirurgi. Många beskrev repetitiva beteenden som var mycket tids-och energikrävande och som mer eller mindre hade kommit att ta över deras liv. En del kände sig fångslade i sina beteenden och upplevde det som omöjliga att kontrollera eller att sluta med. Utseenderelaterade beteenden är symtom vid BDD och ett kriterium för att kunna ställa diagnosen (APA, 2013). Personerna återgav komplexa beskrivningar om hur de upplevde dessa beteenden eftersom de både kunde uppleva dem som negativa och positiva på samma gång. De kände trygghet i att fortsätta med dem eftersom de fungerade som ett skydd men samtidigt kunde dessa beteenden ge upphov till ytterligare lidande då de hindrade personerna från att leva ett normalt liv. Det kan därför tolkas som att beteendena gjorde att de satt fast i en ond cirkel och blev en del utav själva sjukdomslidandet.

Sjukdomen hade stor inverkan på hela deras livssituation och kroppsbilden sågs som ett hinder till att kunna leva ett liv i frihet. Detta resulterade i att många blev deprimerade. En del såg livet som hopplöst och meningslöst och att det inte fanns någon annan utväg än att ta sitt eget liv. Både självskadebeteenden, självmordstankar och försök till självmord var vanligt vilket bekräftar det som Phillips (2007) redogör för i sin studie. Personernas beskrivningar av hopplöshet och att vilja ge upp då livet inte längre var värt att leva kan kopplas till upplevelser som Eriksson (1994) beskriver som ett livslidande.

För många innebar sjukdomen en psykosocial funktionsnedsättning. Detta överensstämmer med liknande fynd från tidigare studier av Mufaddel et al. (2013). Det var vanligt att stanna hemma från skola och flera var sjukskrivna på grund av sin BDD. Många upplevde svårigheter att ha nära relationer och att vara intim med en partner eftersom de skämdes så mycket över sitt utseende. Sjukdomen gjorde att de blev isolerade. Ju svårare symtom de hade desto mer blev de utestängda från världen runt omkring. Ensamhet och hopplöshet var därför vanliga känslor hos de som levde med sjukdomen. Ensamhet kunde också uppstå då de inte kände sig förstådda av andra människor.

Det framkom i resultatet att det fanns flera hinder till varför människorna inte erhållit adekvat behandling för sin sjukdom. En anledning var att många saknade sjukdomsinsikt. De upplevde att problemet satt i utseendet och tyckte därför att de negativa tankarna kring de upplevda defekterna var rimliga. Därför var det vanligt att istället söka kosmetisk behandling i hopp om att de skulle lösa problemen vilket också förklaras i tidigare studier (Mufaddel et al., 2013; Veale et al., 2016). Andra undvek att söka hjälp på grund av rädsla över att visa sig för andra människor och för att de skämdes över att behöva berätta om sina problem då de kände sig rädda för att bli stämplade som fåfänga. Det fanns även de som hade försökt söka vård men de upplevde att de inte blev tagna på allvar av någon inom sjukvården. Att inte ge den vård en person behöver är alltid ett maktutövande och en kränkning av människans värdighet som resulterar i ett vårdlidande (Eriksson, 1994). Här uppstår ett vårdlidande på grund av utebliven vård eftersom sjukvården har dålig kunskap om BDD och är oförmögen att se vad personerna behöver. Då de tillslut fick behandling och mötte någon som tog dem på allvar, kunde skammen och lidandet minskas och risken för suicid likaså. Detta visar ett viktigt samband mellan minskat lidande hos personerna med BDD och vårdpersonalens förmåga att eftersöka, implementera och tillämpa nya kunskaper inom yrkesområdet, vilket är grundläggande ansvarsområden hos sjuksköterskan (SSF, 2017). Personer med odiagnostiserad BDD beräknas finnas inom många olika delar av vården (Mufaddel et al., 2013; Veale et al., 2016). På dessa platser arbetar yrkesverksamma sjuksköterskor som har ett ansvar att arbeta sjukdomsförebyggande och evidensbaserat (SSF, 2017). Det finns begränsat med forskning kring omvårdnaden av personer med BDD och det skulle behövas mer forskning inom

detta område men sjuksköterskan kan på flera olika sätt bidra till ett minskat lidande och att vården förbättras för dessa människor. Sjuksköterskan är ofta den som arbetar patientnära och har då en unik möjlighet att skapa en närmre relation med patienten samt att upptäcka eventuella tecken på BDD. Eftersom många med BDD skäms för att berätta om sina problem kan därför en förtroendefull relation samt en icke dömande attityd underlätta för att de skall vilja öppna upp sig. Sjuksköterskan kan till exempel vara uppmärksam på om patienten uppvisar en stark oro och ångest kopplat till delar av utseendet och ställa följdfrågor som har att göra med hur mycket tid dessa bekymmer tar upp av deras tankar i vardagen och i vilken utsträckning de påverkar deras psykiska mående och livskvalitet. I de fall då starka misstankar finns om att det kan röra sig om BDD kan sjuksköterskan berätta för patienten om att det dem beskriver liknar symtomen vid BDD och berätta att det är ett behandlingsbart tillstånd som är vanligt förekommande i befolkningen. Sjuksköterskan kan även hjälpa till genom att patienten får kontakt med en läkare som har möjlighet att skriva en remiss till specialistpsykiatri för diagnostik och behandling. På detta sätt kan sjuksköterskan spela en avgörande roll i ledet mot att BDD upptäcks samt hjälpa till att förhindra ett allvarligare sjukdomsförlopp hos dessa människor. Eriksson (1994) beskriver olika sätt att minska lidande där lyssna, visa empati och bekräfta människors känslor är viktiga delar. Genom att ha rätt kunskap, lyssna till och bekräfta upplevelser av lidande samt att visa förståelse och omtanke för personer med BDD kan sjuksköterskan även bidra till att dessa personer möts med värdighet i vården och på så sätt också minska riskerna för vårdlidande.

Metoddiskussion

Målet med studien var att skapa en sammanställd kunskapsöversikt av befintlig forskning inom valt ämnesområde. För att åstadkomma detta valdes i enlighet med Polit & Beck (2017) metoden allmän litteraturöversikt. Med anledning av tidsbegränsningar för utförande av studien tillämpades just en allmän litteraturöversikt. Enligt Kristensson (2014) kan denna metod bidra till kunskaper av stort värde. Den är till skillnad från den systematiska litteraturöversikten begränsad till att granska och analysera endast en viss del av befintlig forskning inom valt ämnesområde. En förförståelse inför studien var att det fanns bristande kunskaper inom valt forskningsområde. Enligt Polit & Beck (2017) kan vald metod påvisa eventuella kunskapsluckor och generera i mer lättillgängliga och användbara kunskaper.

I enlighet med Polit & Beck (2017) hade en kvalitativ metod med fördel kunnat användas då syftet var att belysa upplevelsen av ett fenomen. Men då gällande regler på grundprogrammet för sjuksköterskor motsätter genomförande av patientintervjuer var detta inte genomförbart. Vidare finns som nämnts få specialistmottagningar inriktade på BDD, vilket antagligen bidragit till svårighet i att hitta möjliga personer att intervjua. En tredje faktor som hade varit av betydelse för beslut om att använda en kvalitativ metod var tidsramen för studien som ansågs för snäv för att genomföra en intervjustudie i den omfattning som hade varit nödvändig för ett tillämpbart resultat. Kristensson (2014) beskriver hur tillförlitligheten av en studie ökas genom ett varierat urval. En kvalitativ metod hade istället insamlat data från färre antal deltagare vilket hade givit ett mindre perspektiv till resultatet.

En litteraturöversikt tillåter inkludering av både kvalitativa och kvantitativa artiklar och kombinationen av de båda menas öka studiens värde (Forsberg & Wengström, 2016). Då syftet var att beskriva och skapa förståelse för personers upplevelser så var det främst kvalitativa artiklar som eftersöktes, då kvalitativa studier syftar till att beskriva subjektiva

upplevelser kring ett fenomen (Polit & Beck 2017). Dock identifierades brist på tidigare forskning med kvalitativ ansats som var relevant för studiens syfte under datainsamlingen. I resultatet inkluderades fem kvalitativa artiklar, sju kvantitativa och tre med mixad metod. Ett större antal inkluderade kvalitativa artiklar hade kunnat ge en djupare förståelse för hur det är att leva med BDD och upplevelser av lidande i samband med sjukdomen. Forsberg & Wengström (2016) menar dock att kvantitativa studier oftast innefattar en större och mer varierad urvalsgrupp och på så vis även genererar i ett mer generaliserbart underlag. Dock kan de resultat som kvalitativa enkätstudier ger anses otillräckliga då förutbestämda svarsalternativ ej lämnar plats åt den subjektiva upplevelsen. Även om fler inkluderade artiklar med kvalitativ ansats som nämnts varit önskvärt, så anses den mixade ansatsen ha varit till fördel då kombinationen av kvalitativa och kvantitativa studier ansågs bidra till ett mer överförbart resultat.

Artikelsökningar utfördes i databaserna CINAHL, PsycINFO och PubMed. Utöver sökning i databaser granskades funna artiklars referenslistor och utifrån dessa har manuella sökningar genererat i fler inkluderade artiklar av relevans för studien. Detta skapade ett stort sökfält vilket gav ett bredare urval och ökade möjligheten till att finna artiklar av relevans vilket stärker studiens trovärdighet (Kristensson, 2014). För att optimera möjlighet till att finna artiklar relevanta för studiens syfte bokades och genomfördes ett vägledande möte i databassökning och sökstrategi med personal från Sophiahemmets Högskolas bibliotek. Vilket kan ha genererat i en mer riktad sökstrategi och att mer relevanta artiklar inkluderats i studien.

För att uppnå ett tillförlitligt och tillämpbart resultat krävs att tillräckligt antal inkluderade artiklar är av god kvalitet (Forsberg och Wengström, 2016). För att basera studien på artiklar av god kvalitet valdes därav urvalet att begränsas. För att få tillgång till den senaste forskningen gjordes begränsning i linje med Forsberg och Wengström (2016) till att endast inkludera artiklar publicerade under de senaste tio åren. Vidare har studiens kvalitet stärkts genom att inkluderade artiklar granskats till att vara primärkällor, att ha genomgått peer-review och att vara etiskt försvarbara (Polit & Beck, 2017). De artiklar som valdes att inkluderas granskades och bedömdes även utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (Berg, Dencker och Skärsäter, 1999; Willman, Stoltz och Bahtsevani, 2011) (Bilaga A). Av de femton artiklar som inkluderades bedömdes tolv stycken vara av hög kvalitet och tre stycken vara av medelhög kvalitet vilket totalt sett även ökar kvalitén på studien. Kvalitetsgranskningen har i linje med Rosén (2017) utförts gemensamt av båda författarna vilket menas medföra en ökad tillförlitlighet till resultatet. Det faktum att författarna till denna studie ej tidigare kvalitetsgranskat vetenskapliga artiklar kan dock ha bidragit till att bedömningen av artiklarnas kvalitet är utförd med viss osäkerhet. Vidare kan bedömningen vara otillförlitlig då utformningen av bedömningsmallen upplevdes lämna utrymme för subjektiva bedömningar. Detta kan ha påverkat resultatets tillförlitlighet.

Med anledning av språkbegränsningar har endast artiklar skrivna på engelska valts att inkluderas i studien men då engelska ej är författarnas modersmål finns risk för att feltolkningar kan ha förekommit i analysprocessen. För att minska risk för detta har artiklarna lästs och tolkats av båda författarna både enskilt och gemensamt och efterföljts av diskussioner kring innehåll vilket enligt Rosén (2017) ytterligare stärker studiens trovärdighet. Ingen avsikt har funnits till att plagiera eller förvränga innehållet i de texter som analyserats och för att undvika detta har plagieringskontroll av texten utförts och engelsk-svenskt lexikon använts vid översättning och tolkning (Kjellström, 2017).

Vi har stött på en hel del hinder och frågor under tiden vi arbetat med studien och har under fem schemalagda handledningstillfällen haft stöd och hjälp av handledare och kurskamrater i form av återkoppling och diskussion så även av examinator som efter mittbedömning lämnat konstruktiv återkoppling. Valet av metod anses ha besvarat denna studies syfte då de inkluderade artiklarna beskriver personers upplevelse av att leva med BDD och deras upplevelser av lidande.

Slutsats

Negativ kroppsuppfattning, skam och avsky för det egna utseendet orsakade sjukdomslidande hos personer med BDD. De ägnade sig åt olika typer av utseenderelaterade beteenden som kunde vara mycket tids och energikrävande och skapa ytterligare lidande då de upplevdes som omöjliga att kontrollera och som ett hinder i det vardagliga livet. Sjukdomen skapade även ett livslidande eftersom många levde med förhöjda nivåer av ångest och hade blivit deprimerade på grund av sin situation. Livet beskrevs som en konstant kamp där sjukdomen hade tagit över och fått en negativ inverkan på viktiga psykosociala funktionsområden som sysselsättning och relationer till andra människor. Många upplevde livet som meningslöst eftersom de inte kunde uppnå sitt utseendeideal vilket kunde resultera i tankar om att ta sitt eget liv. Personer med BDD upplevde även ett vårdlidande på grund av utebliven vård och brister i vården då de kände att de inte blev tagna på allvar eller fick de stöd de behövde av hälso-och sjukvården.

Fortsatta studier

Resultatet i denna studie påvisar en bristande kunskap om BDD som sjukdom och brister i samhällets stöd för personer som lever med BDD. I artikelsökningen identifierades även begränsningar i nuvarande forskningsmaterial kring ämnet BDD. För att personer som lider av BDD ska kunna få rätt och anpassad vård krävs att sjukdomen upptäcks och uppmärksammas. Därför är det viktigt att fortsatta studier fokuserar på att utarbeta riktlinjer för att på ett effektivt sätt kunna identifiera BDD inom hälso-och sjukvården. Det behövs även fortsatta studier om effektiva strategier som syftar till att öka medvetenheten och kunskapen om BDD hos hälso-och sjukvårdspersonal så att fler personer kan få rätt behandling. Tillgängligheten av kvalitativa studier kring BDD var något som särskilt upplevdes bristande inför denna studie. Inför kommande yrke önskas mer forskning kring upplevelser av att leva med BDD och om hur patienter med BDD önskas bli bemötta och stöttade. Det skulle även behövas mer forskning kring omvårdnaden av personer med BDD från en sjuksköterskas perspektiv. Detta för att synliggöra och beskriva en sjukdom som få känner till och för att skapa underlag för sjuksköterskans omvårdnadsarbete kring patienter med BDD.

Klinisk tillämpbarhet

Studiens resultat anses vara klinisk tillämpbart då det syftar till att lyfta och beskriva upplevelser av att leva med BDD. Vårdpersonal som sannolikt kommer möta dessa patienter har en viktig roll i att känna till, uppmärksamma och bedöma de negativa konsekvenser som sjukdomen ofta medför. Kunskaper om BDD i hälso- och sjukvården beskrivs vara bristande. Dessa kunskaper kan sägas vara livsavgörande med tanke på den ökade suicidrisk som sjukdomen visats medföra. Genom att öka medvetenheten och kunskapen om BDD förbättras möjlighet till en adekvat och tidig vård för patienter med BDD. Möjlighet till att lindra lidande hos patienter med BDD förbättras också genom en ökad förståelse för deras upplevelser av sjukdomen och för deras lidande.

REFERENSER

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 55–66. doi:10.1016/j.cpr.2016.08.002

Bengtsson, J. (2005). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I J. Bengtsson (Red.), *Med livsvärlden som grund* (2:a uppl.) s. 9–58. Lund: Studentlitteratur.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Bowyer, L., Krebs, G., Mataix-Cols, D., Veale, D., & Monzani, B. (2016). A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 19, 1–8. doi:10.1016/j.bodyim.2016.07.001

*Brohede, S., Wijma, B., Wijma, K., & Blomberg, K. (2016). ‘I will be at death’s door and realize that I’ve wasted maybe half of my life on one body part’: The experience of living with body dysmorphic disorder. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 20(3), 191-198. doi:10.1080/13651501.2016.1197273

Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B., & Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: A population-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 108–115. doi:10.1016/j.comppsy.2014.12.014

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305–312. doi:10.1001/archpsyc.63.3.305

*Cerea, S., Bottesi, G., Grisham, J. R., & Ghisi, M. (2018). Body dysmorphic disorder and its associated psychological and psychopathological features in an Italian community sample. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(3), 206–214. doi:10.1080/13651501.2017.1393545

Dahlborg-Lyckhage, E. (2014). *Att bli sjuksköterska- en introduktion till yrke och ämne*. Lund: Studentlitteratur.

*Didie, E. R., Menard, K., Stern, A. P, Phillips, K. A. (2008). Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 561-569. doi:10.1016/j.comppsy.2008.04.003

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

- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Fang, A., & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 187–212. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112849
- Feusner, J. D., Bystritsky, A., Helleman, G., & Bookheimer, S. (2010). Impaired identity recognition of faces with emotional expressions in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 179(3), 318–323. doi:10.1016/j.psychres.2009.01.016
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gieler, T., Schmutzer, G., Braehler, E., Schut, C., Peters, E., & Kupfer, J. (2016). Shadows of Beauty – Prevalence of Body Dysmorphic Concerns in Germany is Increasing: Data from Two Representative Samples from 2002 and 2013. *Acta Derm Venerol*, 96(217), 83-90. doi:10.234/00015555-2375
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 57-80). Lund: Studentlitteratur.
- *Krebs, G., de la Cruz, L. F., Monzani, B., Bowyer, L., Anson, M., Cadman, I.,... Mataix-Cols, D. (2017a). Long-Term Outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*, 48(4), 462–473. doi:10.1016/j.beth.2017.01.001
- Krebs, G., Fernández de la Cruz, L., & Mataix-Cols, D. (2017b). Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evidence Based Mental Health*, 20(3), 71–75. doi:10.1136/eb-2017-102702
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.
- *Labuschagne, I., Castle, D. J., Dunai, J., Kyrios, M., & Rossell, S. L. (2010). An examination of delusional thinking and cognitive styles in body dysmorphic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 706–712. doi:10.3109/00048671003671007
- *Marques, L., Weingarden, HM., Leblanc, NJ., & Wilhelm, S. (2010). Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(3), 286-293. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.10.002
- *Matheny, N. L., Summers, B. J., Macatee, R. J., Harvey, A. M., Okey, S. A., & Cogle, J. R. (2017). A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 23, 50–60. doi:10.1016/j.bodyim.2017.07.005
- Mufaddel, A., Osman, OT., Almagaddam, F., & Jafferany, M. (2013). A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 15, 4. doi:10.4088/PCC.12r01464

National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH]. (2006). National Institute for Health and Clinical Excellence Clinical Guidance. *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder* [Elektronisk resurs]. Leicester (UK): British Psychological Society.

Nationalencyklopedin. (u.å.). *Ideal*. Hämtad 4 maj, 2018, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/ideal>

*Oakes, A., Collison, J., & Milne, H. J. (2017). Repetitive, Safe, and Automatic: The Experience of Appearance-Related Behaviours in Body Dysmorphic Disorder. *Australian Psychologist*, 52(6), 433–441. doi:10.1111/ap.12247

Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap (4. rev.uppl.)*(ss.99). Stockholm: Liber.

Phillipou, A, Rossell, S. L., Wilding, H. E., & Castle, D. J. (2016). Randomised controlled trials of psychological & pharmacological treatments for body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 245, 179-185. doi:10.1016/j.psychres.2016.05.062

Phillips, K. A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry*, 14(12), 58–66. Hämtad från <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2008-18300-010&site=ehost-live>

Phillips, K. A. (2006). The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Primary Psychiatry*. 13(7), 51-59. Hämtad från <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106139251&site=ehost-live>

Phillips, K. A., & Hollander, E (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image*, 5, 13-27. Hämtad från <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105656267&site=ehost-live>

Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A.,... Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27, 528-555. doi:10.1002/da.20705

Picardi, A., Lega, I., & Tarolla, E. (2013). Suicide risk in skin disorders. *Clinics in Dermatology*, 31(1), 47-56. doi:10.1016/j.clindermatol.2011.11.006

Polit, F. D., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 375-389). Lund: Studentlitteratur.

*Silver, J., & Farrants, J. (2016). 'I Once Stared at Myself in the Mirror for Eleven Hours.' Exploring mirror gazing in participants with body dysmorphic disorder. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2647–2657. doi:10.1177/1359105315581516

*Silver, J., & Reavey, P. (2010). "He's a good-looking chap aint he?": Narrative and visualisations of self in body dysmorphic disorder. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1641–1647. doi:10.1016/j.socscimed.2009.11.042

*Silver, J., Reavey, P., & Fineberg, N. A. (2010). How do people with body dysmorphic disorder view themselves? A thematic analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(3), 190–197. doi:10.3109/13651501003735492

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

*Toh, W. L., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2017). How individuals with body dysmorphic disorder (BDD) process their own face: A quantitative and qualitative investigation based on an eye-tracking paradigm. *Cognitive Neuropsychiatry*, 22(3), 213–232. doi:10.1080/13546805.2017.1300090

Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168–186. doi:10.1016/j.bodyim.2016.07.003

Veale, D., & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: Proposals for ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 14–20. doi:10.1590/1516-4446-2013-1238

*Veale, D., Miles, S., Read, J., Troglia, A., Carmona, L., Fiorito, C.,... Muir, G. (2015). Phenomenology of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared to men anxious about their penis size and to men without concerns: A cohort study. *Body Image*, 13, 53–61. doi:10.1016/j.bodyim.2014.09.008

Walters-Brown, B., & M. Hall, J. (2012). Women's Body Image: Implications for Mental Health Nursing Interventions. *Issues In Mental Health Nursing*, 33(8), 553-559. doi:10.3109/01612840.2012.663459

Weingarden, H., Curley, E. E., Renshaw, K.D., & Wilhelm, S. (2017). Patient-identified events implicated in the development of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 21, 19-25. doi:10.1016/j.bodyim.2017.02.003

*Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & DiMauro, J. (2016). Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(11), 832–839. doi:10.1097/NMD.0000000000000498

*Weingarden, H., Shaw, M. A., Phillips, A., & Wilhelm, S. (2018). Shame and Defectiveness Beliefs in Treatment Seeking Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(6), 417-422.
doi:10.1097/NMD.0000000000000808

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (Red). (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss.130-136). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 10 januari, 2019, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Tabell 2. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvalitén värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, Urval, Datainsamling, Analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Brohede, S., Wijma, B., Wijma, K., & Blomberg, K. 2016. Sverige.	'I will be at death's door and realize that I've wasted maybe half of my life on one body part': the experience of living with body dysmorphic disorder	Utforska upplevelser hos patienter med BDD.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Personer med BDD diagnos. <u>Datainsamling:</u> Djupintervjuer <u>Analys:</u> Induktiv innehållsanalys	15 (-)	Erfarenheten av att leva med BDD undersöktes på följande områden: välbefinnande, sysselsättning, socialt liv, relationer, kommunikation av problem och erfarenheter av sjukvård Beskrivningar om upplevelse av: -instängdhet, begränsningar i livet. -social fobi & brist på socialt liv, -att vara onormal och ful, självhat & att vara självkritisk. -att vara fast i tankar, beteenden och tidskrävande rutiner -att förlora livslusten & vilja ta sitt liv, -att ha egna orimligt uppsatta prestationskrav och förväntningar på sig själv, -att konstant oroa sig för vad andra tycker och tänker.	K I
Cerea, S., Botteschi, G., Grisham, J.R., & Ghisi, M. 2018. Italien.	Body dysmorphic disorder and its associated psychological and psychopathological features in an Italian community sample	Att utforska prevalensen och fenomenologin bakom BDD och dess associerade psykologiska och psykopatologiska egenskaper som självförtroende, perfektionistiska drag, social ångest, depressivitet, och tvångssymtom i ett stickprov ur befolkningen i Italien.	<u>Design:</u> Kvantitativ design <u>Urval:</u> Steg 1: ett stickprov ur befolkningen, personer över 18 år. Steg 2: Uppfylla kriterier för diagnos BDD. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Analys:</u> Deskriptiv analys	615 (-)	De som mötte kriterierna för BDD (Tio stycken) oroade sig mest över områden på kroppen som hår, näsa och tänder. De hade sämre självförtroende, mer social ångest och generell ångest. De hade även mer depressiva symtom och tvångssymtom än individer utan BDD.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, Urval, Datainsamling, Analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Didie, E.R., Menard, W., Stern, A.P., Phillips, K.A. 2008. USA.	Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder.	Att undersöka funktion och funktionshinder av sysselsättning hos vuxna med BDD	<u>Design:</u> Kvantitativ design <u>Urval:</u> Personer 21 år och äldre som mötte kriterierna för BDD <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Analys:</u> Statistisk analys	141 (-)	Färre än hälften av deltagarna arbetade heltid och 22.7% mottog aktivitetsersättning. 39% av individerna uppgav att de inte varit sysselsatta de senaste månaderna på grund av psykisk ohälsa. 79.7% sysselsatta uppgav funktionshinder i arbetet på grund av psykisk ohälsa. De med BDD som inte var sysselsatta visade svårare symtom och mer kronisk BDD än de individer som hade BDD men varit sysselsatta under de senaste månaderna. De visade högre utsträckning vara män, vara mindre utbildade, visade högre suicidrisk, högre samsjuklighet med vissa andra sjukdomar, sämre social funktion samt sämre livskvalité än de med BDD som varit sysselsatta de senaste månaderna.	P I
Krebs, G., de la Cruz, L. F., Monzani, B., Bowyer, L., Anson, M., Cadman, J., Heyman, I., Turner, C., Veale, D., & Mataix- Cols, D. 2017. England.	Long-Term Outcomes of Cognitive- Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder'	Undersöka om behandlingseffekter bibehölls över tid hos en grupp ungdomar med BDD diagnos som i tidigare studie genomgått en serie av KBT behandling.	<u>Design:</u> Mixad metod, Prospektiv kohortstudie <u>Urval:</u> Ungdomar 12-18år diagnostiserade med BDD som tidigare deltagit i förstudie. <u>Datainsamling:</u> Uppföljande semistrukturerade kliniska intervjuer & frågeformulär - 2, 6, and 12 månader efter avslutad KBT-behandling <u>Analys:</u> Mixad analys för upprepade mätningar med maximum likelihood-metoden.	23 (1)	Majoriteten av ungdomarna gick inte till skolan eller hade bristfällig närvaro i skolan relaterat till sin BDD 12 hade pågående eller tidigare självskaðebeteende. 4 hade nyligen begått suicidförsök. 2 försökte begå suicid under studiens gång. 30 uppfyllde kriterier för minst ytterligare en psykisk sjukdom. 6 av de 22 som fullföljde studien hade önskan om att genomgå skönhetsbehandlingar.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, Urval, Datainsamling, Analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Labuschagne, I., Castle, D.J., Dunai, J., Kyrios, M., & Rossell, S.L. 2010. Australien & Nya Zealand.	An examination of delusional thinking and cognitive styles in body dysmorphic disorder	Att undersöka föreställningar som är karaktäristiska för BDD, speciellt vanföreställningar och dess relation till andra kognitiva stilar.	<u>Design:</u> Kvantitativ design <u>Urval:</u> En grupp på 14 personer diagnostiserade med BDD respektive en kontrollgrupp på 14 personer i åldrarna 18 - 55 med ett IQ över 70. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Analys:</u> Statistisk analys (ANOVA)	28 BDD=14 Kontroll=14 (-)	Patienterna med BDD hade tre gånger så mycket vanföreställningar som kontrollgruppen. BDD-gruppen visade större benägenhet att fantisera, sämre självförtroende, var mer själv-ambivalenta samt var deprimerade och hade ångest i högre utsträckning än kontrollgruppen.	P I
Marques, L., Weingarden, HM., Leblanc, NJ., & Wilhelm, S. 2010. USA.	Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms	Att undersöka nivåer och mönster för behandlingsutnyttjande såväl som hinder för behandling för personer med BDD. Och att undersöka om det fanns etniska skillnader i ev. hinder till behandling,	<u>Design:</u> Kvantitativ design <u>Urval:</u> Personer, över 18 år och engelskspråkiga som mötte kriterier för diagnos BDD. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Analys:</u> Statistisk analys (SPSS) -	401 (-)	Personer med BDD symtom sökte vanligare hjälp från andra instanser än sjukvården (plastikkirurgi) Dessutom visades en undersökning av behandlingsbarriärer märkbara hinder relaterat till de tre undersökta områdena: logistisk, ekonomi stigma, skam, diskriminering och misstro till behandling.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, Urval, Datainsamling, Analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Matheny, N., Summers, B.J., Macatee, R.J., Harvey, A.M., Okey, S.A., Cogle, J.R. 2017 USA	A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder	Att undersöka sambandet mellan distress tolerance (DT) och BDD med hjälp av en multi-metod analys	<u>Design:</u> Kvantitativ design <u>Urval:</u> Studenter i åldrarna 18- 65 <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär, mood induction tasks. <u>Analys:</u> Multimetod analys	283 (-91)	Ett unikt samband påvisades mellan svårare BDD-symtom och lägre själv rapporterad tolerans av ilska och ”sadness mood induction tasks	P II
Oakes, A., Collison, J., & Milne-H. J. 2017. Australien.	Repetitive, Safe, and Automatic: The Experience of Appearance- Related Behaviours in Body Dysmorphic Disorder	Studien undersökte hur individer med BDD upplever repetitiva beteenden i respons till oron över utseendet	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Kvinnor i åldrarna 27-46, diagnostiserade med BDD. <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Induktiv semantisk analys.	8 (-2)	I studien kunde tre teman identifieras. ”Rutin och repetitivitet”, ”trygghet genom kontroll” och ”naturligt och automatiskt”. Fynden porträtterar komplexa upplevelser av besvärande aktiviteter som kunde vara svåra att kontrollera eller motstå men som samtidigt också kunde leda till en känsla av lättnad och trygghet i stunden eftersom det då förkroppsligade det individen uppfattar som ”normalt”.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, Urval, Datainsamling, Analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Silver, J., & Farrants, J. 2016. England.	'I Once Stared at Myself in the Mirror for Eleven Hours.' Exploring mirror gazing in participants with body dysmorphic disorder	Skapa ökad förståelse kring personer med Body dysmorphic disorders förhållande till att se sig själv i spegeln.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Personer i sena tonåren - 35år som upplevt BDD symtom under de senaste 4 - 25 åren. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer och insamling & genomgång av deltagarnas fotografier & anteckningar. <u>Analys:</u> Fenomenologisk analys med tolkande inriktning samt visuell metod i form av fotoelicitering. (fotoelicitering =en teknik där fotografier används i forskningsintervjuer)	10 (-)	Beskrivningar relaterade till att se den egna spegelbilden: -okontrollerbara, tvångsmässiga tidskrävande beteenden. -känsla av ständig otillfredsställelse, avsky, nedstämdhet, psykisk smärta, & hopplöshet. -oförmåga att lita på andras uppskattning av det egna utseendet. -känsla av värdelöshet & uppfattning om mindre värde än andra människor. -ovilja att behöva se sig själv. -panikattacker som resulterar i våldsamma handlingar och vilja att skada sig själv. -isolering och paralysering relaterat till behovet och resultatet av att se sig själv i spegeln. -en oförmåga att planera vardagen, boka tider och att ha kärleksrelationer, vilket leder till ensamhet och brist på socialt liv. -upplevelse av att ej ha ett tillfredsställande liv.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
 I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, Urval, Datainsamling, Analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Silver, J., Reavey, P. 2010. England.	He's a good-looking chap aint he?": Narrative and visualisations of self in body dysmorphic disorder	Att utforska narrativa beskrivningar av jaget över olika tidsperioder	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Personer i åldrarna 20-39, diagnostiserade med BDD. <u>Datainsamling:</u> Strukturerade intervjuer och visuell data i form av fotografier, teckningar. <u>Analys:</u> Michelle Crossleys narrativa analys	11 (-)	Personerna med BDD hade en överdriven attraktiv bild av den yngre versionen av sig själva. Istället för att tro att förändringen av deras nuvarande utseende skulle befria dem från BDD, uppgav deltagarna att en återgång till sitt tidigare yngre och rena jag som saknade fläckar, brister och känslomässigt ansvar skulle ge tröst. Dessa resultat tyder på att svårigheterna i samband med utseendet har mindre att göra med skönhet i sig, utan är mer sannolikt förknippade med upplevelser av förlust, åldrande, förfall och död.	K I
Silver, J., Reavey, P., & Finnberg, N.A. 2010. England.	How do people with body dysmorphic disorder view themselves? A thematic analysis	Att undersöka erfarenheter hos personer med BDD samt att undersöka deras självbild på ett kvalitativt sätt	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Personer i åldrarna 20-39. Diagnostiserade med BDD. <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer. Samt visuell data i form av foto och självporträtt. <u>Analys:</u> Tematisk analys	11 (-)	Det vanligaste temat som identifierades var förhöjda upplevelser av hot vilket resulterade i dysfunktionella relationer med andra människor. Andra teman var önskan om symmetri och regelbundna proportioner, en idealbild av sitt barndoms-jag, plikten att se bra ut samt ett tema om fokus på specifika defekter i utseendet snarare än en generell upplevelse av "fulhet".	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, Urval, Datainsamling, Analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Toh, W.L., Castle, D.J., & Rossell, L. 2017. Australien.	How individuals with body dysmorphic disorder (BDD) process their own face: a quantitative and qualitative investigation based on an eye-tracking paradigm	Att undersöka hur individer med BDD uppfattar sitt eget ansikte	<u>Design:</u> Mixad metod <u>Urval:</u> Totalt 61 patienter som matchade varandra vad gällde ålder, kön och IQ, 21 av dessa med BDD, 19 med OCD och 21 utan diagnos <u>Datainsamling:</u> "visual scanpaths" spelades in med SR Research Eyelink II system efter stimuli från fotografier <u>Analys:</u> Individuell kvalitativ	61 BDD=21 OCD=19 Kontroll=21 (-)	Individerna med BDD visade ett signifikant lägre igenkännande av sitt eget ansikte än individerna i den friska kontrollgruppen. Individerna med BDD som hade en specifik upptagenhet av ansiktet visade även restriktiva och extensiva granskande beteendemönster. De individer som hade en svår form av BDD uppvisade även fler markanta "scanpath deficits".	CCT/K I
Veale, D., Miles, S., Read, J., Troglia, A., Carmona, L., Fiorito, C., Wells, H., Wylie, K., & Muir, G. 2015. England.	Phenomenology of Men with Body Dysmorphic Disorder Concerning Penis Size Compared to Men Anxious About Their Penis Size and to Men without Concerns Controls: A Cohort Study.	Att undersöka hur män med BDD och en negativ upptagenhet av storlek eller form av sin penis skiljer sig från män med small penis anxiety (SPA) och män utan ångest/missnöje r/t sin penis då det kommer till fenomenologi och karaktär.	<u>Design:</u> Mixad metod, Kohortstudie <u>Urval:</u> BDD grupp= uppfylla diagnoskriterier för BDD, SPA grupp= uppfylla kriterier för [SPA]small penis anxiety (ångest/missnöje r/t sin penis) Kontrollgrupp= ej uppfylla kriterier som påvisar missnöje/ångest relaterat till sin penis. Inklusionskriterier var för samtliga att ha en penisstorlek inom normalmått <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär - intervju & kroppsundersökning (screena för penisavvikelse) <u>Analys:</u> Statistisk data analys	90 BDD=26 SPA=31 Kontroll=33 (-)	BDD gruppen påvisades ha tydlig förekomst av bekymmer relaterat till sin penis gällande förekomst av höga idealmått, undvikande beteende, trygghetssökande samt psykisk ohälsa. En större andel från BDD gruppen påvisades ha samtidiga andra negativa kroppsfixeringar. Situationer som vid BDD vanligen undviks eller som bidrar till ångest: samtal om sex, offentliga urinoarer, vara naken i sexuella relationer (särskilt utan erektion).	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, Urval, Datainsamling, Analys)	Deltagar e (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & DiMauro, J. 2016. USA.	Long-Term Outcomes of Cognitive- Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder'	Undersöka om behandlings effekter bibehölls över tid hos en grupp ungdomar med BDD diagnos som i tidigare studie genomgått en serie av KBT behandling.	<u>Design:</u> Kvantitativ design <u>Urval:</u> Personer över 18 år. BDD-grupp= diagnoskriterier för BDD OCD grupp= diagnoskriterier för OCD Kontrollgrupp= Ej uppfylla diagnoskriterier för BDD eller OCD <u>Datainsamling:</u> Skattningsformulär. <u>Analys:</u> Deduktiv statistisk analys	361 BDD =114 OCD =114 Kontroll =133 (-)	Känsla av ångest & skam påvisades tydligt vara vanligt förekommande vid BDD. Depression relaterat till(r/t) upplevelse av ångest och skam var vid BDD vanligare förekommande än hos de andra grupperna Väldigt höga siffror ses i jämförelse med kontrollgrupp gällande: upplevelse av ångest & skam r/t suicidrisk, upplevd ångest r/t isolering & upplevelse av skam r/t funktionsnedsättning.	P II
Weingarden, H., Shaw, M. A., Phillips, A., & Wilhelm, S. 2018. USA.	Shame and Defectiveness Beliefs in Treatment Seeking Patients With Body Dysmorphic Disorder	Att undersöka om nivåerna av skam är förhöjda hos patienter med BDD jämfört med frisk kontrollgrupp och med andra psykiatriska diagnosgrupper. Att undersöka relationen mellan BDD och förekomst av: känsla av skam, depression självordstankar, känsla av hopplöshet. Att undersöka om känsla av skam förändras med behandling hos personer med BDD.	<u>Design:</u> Kvantitativ design <u>Urval:</u> Personer över 18 år som uppfyller kriterier för BDD <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Analys:</u> Statistisk analys (SPSS)	83 (17)	Känsla av skam förekom i betydligt högre utsträckning hos personer med BDD än i tidigare rapporterade kontroller och psykiatriska tester. Skam var signifikant, relaterat med större suicidala tankar och känsla av hopplöshet. Känsla av skam minskade avsevärt med medicinsk behandling (SSRI) liksom förekomst av självordstankar, känsla av hopplöshet och förekomst av depression.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet