



LUNDS
UNIVERSITET

Rösterfarande hos kvinnor med anorexia nervosa

Madeleine Andersson

**Logopedutbildningen 2019
Vetenskapligt arbete, 30hp**

Handledare: Viveka Lyberg Åhlander, Per Johnsson

Sammanfattning

Syfte. Studien syftade till att beskriva hur kvinnor med anorexia nervosa (AN) erfar sina röster samt undersöka hur nämnd patientgrupp upplever logopediska röstövningar.

Metod. I studien deltog två kvinnor >18år som uppfyllde minst två diagnoskriterier för AN. Semistrukturerade djupintervjuer hölls, och materialet från dessa transkriberades ortografiskt och analyserades därefter enligt systematisk textkondensering. Röstsession med såväl traditionella röstövningar som fonationsrör genomfördes individuellt. Deltagarnas röster spelades in och analyserades av erfaren röstlogoped. Självsfattning med VHI-T genomfördes.

Resultat. Deltagarna uppvisade tendens till negativt rösterfarande samt visst obehag i samband med röstövningar med huvudfokus på bukandning/magstöd.

Slutsats. I studien ses tydliga indikationer på att det röstmönster som kliniskt observerats hos kvinnor med AN inte uteslutande är ett resultat av låg vikt, dysfunktionellt andningsmönster och/eller kroppsmissnöje, utan även relaterar till andra eventuellt djupgående psykologiska svårigheter. Då nuvarande multidisciplinär behandling av AN inte kan antas ge effekt på nämnda svårigheter, är det av yttersta vikt att logoped inkluderas i behandling av patientgruppen.

Sökord: Anorexia nervosa, rösterfarande, röstövningar, röstlogopedi

Abstract

Aims. To describe how women with anorexia nervosa perceive their voices and, explore how women with AN experience exercises commonly used in voice therapy.

Methods. The study included two women aged >18 years who met at least two of the diagnostic criteria for AN. Semi structured interviews were performed, transcribed and analyzed in accordance with systematic text condensation. A session of vocal therapy including traditional voice exercises as well as straw phonation was performed individually. The participants' voices were recorded and analyzed by an experienced speech language pathologist. For self-assessment, the Voice Handicap Index was used.

Results. A tendency of negative voice experience, as well as some discomfort during voice therapeutical exercises, was observed in the participants.

Conclusion. The findings of this study corroborate clinical observations of voice in females with AN. The current multidisciplinary treatment approach to AN cannot be assumed to improve the identified difficulties, therefore inclusion of speech language pathologists in AN-treatment is considered to be of uttermost importance.

Keywords: Anorexia nervosa, voice experience, voice therapy

Inledning

Det finns de som menar att rösten är själens barometer och personlighetens spegel (Aronson & Bless, 2009; Barbara, 1960; Roy et al., 1997). Människans inre påverkar hennes röst, och forskning tyder på att såväl emotioner som specifika hälsotillstånd, däribland depression och ångest, lämnar unika avtryck på våra röster (Kinzl, Biebl & Rauchegger, 1988a; Pruszewicz, 1992; Sataloff, 1997). Flertalet studier har visat att de patienter som söker vård för funktionella röststörningar mestadels är kvinnor med emotionell sårbarhet genom exempelvis betungande ansvar, interpersonella konflikter, lågt självförtroende och självkänsla, samt svårigheter med emotionsreglering (Baker, Ben-Tovim, Butcher, Esterman & McLaughlin, 2013; Butcher, 1995). Även stark tendens till upptagenhet av fysiska besvär och somatisering ses hos patientgruppen (House & Andrews, 1987; Millar, Deary, Wilson & MacKenzie, 1999; Mirza, Ruiz, Baum & Staab, 2003; White, Deary & Wilson, 1997; Willinger, Volkl-Kernstock & Aschauer, 2005).

Viss forskning samt klinisk erfarenhet indikerar att kvinnor som lider av anorexia nervosa (AN) har svårare än friska kontroller att identifiera, uttrycka och hantera känslor och interpersonella konflikter. Det obehag individen upplever vänds istället inåt, mot jaget. (Forbush & Watson, 2006). Således ses gemensamma drag hos kvinnor med AN och kvinnor som utvecklar funktionella röststörningar (FVD). Kliniker har observerat att kvinnliga patienter med AN ofta talar med röster som är ljusare, svagare och gällare än förväntat för åldern (Per Johnsson, personlig kommunikation 4 juni 2018), vilket bekräftats i enstaka studier, däribland García-Santana, Capilla och Blanco (2016). Nämd patientgrupp överskattar ofta sin kroppsstorlek, i synnerhet magen, vilket ofta resulterar i återhållen bukandning (Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren & Friis, 1999; Clinton & Norring, 2009). Utöver detta ses ofta även spänd käkmuskulatur och svårigheter att gapa (Thörnborg, 1996). Ytterligare indikationer på röstproblematik har hittats i enstaka studier, där även uppfattningen om den egna rösten förefaller påverkad, då deltagarna i hög utsträckning tenderar att betrakta sin röst som avvikande och tillskriva den negativa attribut (García-Santana et al., 2016)

Syfte och frågeställningar

Denna studie syftar till att beskriva hur kvinnor med anorexia nervosa erfar sina röster samt undersöka hur patientgruppen upplever logopediska röstövningar. Följande frågeställningar har formulerats:

- Hur erfar kvinnor med anorexia nervosa sina röster?
- Finns kvalitativa likheter mellan hur kvinnor med anorexia nervosa erfar sina röster och hur deras röster uppfattas av röstlogoped?
- Upplever kvinnor med anorexia nervosa sjukdomsrelaterade svårigheter i logopediska röstövningar?

Bakgrund

Anorexia Nervosa

AN är en allvarlig och potentiellt livshotande sjukdom som karaktäriseras av omfattande viktnedgång till följd av självsvalt. Sjukdomen debuterar vanligtvis i tonåren (16-19år), men tidig debut (8-9 år) är inte ovanligt (Clinton & Norring, 2009). Diagnos ställs med hjälp av DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), i vilken följande diagnoskriterier anges: (A) Otillräckligt energiintag i förhållande till behoven vilket medför en signifikant låg kroppsvikt med beaktande av ålder, kön, tillväxtkurva och kroppslig hälsa, (B) Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett ihållande beteende som motverkar viktökning, trots undervikt, och (C) Störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar ihärdigt allvaret i den låga kroppsvikten. Vidare finns två subtyper som definieras enligt följande: (1) De med enbart självsvalt, som inte haft upprepade episoder med hetsätning eller självrensning under de senaste tre månaderna, och (2) De med hetsätning/självrensning, som haft upprepade episoder med hetsätning eller självrensning under de senaste tre månaderna.

Traditionellt har AN förklarats som en urartad bantning. Studier har visat att tonårsflickor som bantar löper åtta gånger högre risk att utveckla AN jämfört med flickor som inte bantar. Men alla som bantar utvecklar inte ätstörning - således räcker inte den traditionella förklaringen av tillståndet (Clinton & Norring, 2009). Fairburn och Brownell (2001) menar att bantning är en relativt oviktig faktor i utvecklingen av AN, jämfört med riskfaktorer som perfektionism, tvångsmässighet, lydighet och negativ självbild. Olika former av trauman är såväl predisponerande som utlösande faktorer för AN (Clinton & Norring, 2009; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring & Resnick, 2000). Troop och Treasure (1997) fann att drygt hälften av patienter med AN hade upplevt minst en svår livshändelse max 4 år före debuten. Sexuella övergrepp har rapporterats hos 30-65% av kvinnor som lider av AN eller bulimia nervosa (BN), jämfört med 10-30% hos den generella populationen. (Connors & Morse, 1993; Zerbe, 1992). Sexuella övergrepp indikeras kunna ge direkt påverkan på utveckling av AN genom att den drabbade försöker göra sig sexuellt oattraktiv, alternativt försöker dissociera kropp och psyke som en hanteringsstrategi (Lacoste, 2017). Starkt samband har konstaterats mellan trauma under barndomen och utveckling av AN. Detta samband förefaller emellertid indirekt och kanaliserat via ångest och depression (Kent, Waller & Dagnan, 1999).

Ätande är inte enbart ett svar på vår fysiologiska hunger. Man har sett att vårt förhållande till mat påverkas av hur vi förhåller oss till oss själva och hur vi mår, samt vad vi varit med om i livet (1177 Vårdguiden, 2016; Clinton & Norring, 2009). Mat och ätande är även en central del i såväl kultur som social samvaro, exempelvis kan yngre barn ses matvägra som protest eller ilskeuttryck (Clinton & Norring, 2009). Goodsitt (1984) betraktar AN som ett sätt att genom ätmönster försöka tillfredsställa de egna behov som individen upplever att omgivningen misslyckas med, medan Lacoste (2017) och Legrand och Briend (2015) beskriver AN som ett kommunikationsverktyg - ett sätt att bjuda in eller stöta bort andra och/eller ett sätt att få kroppen att manifesteras själens dåliga mående. AN påverkar den drabbades relation till mat, till sig själv och till sin omgivning. Även omvänt samband tycks

gälla; relation till jaget och omgivningen kan påverka utveckling eller vidmakthållande av AN (Legrand & Briend, 2015). Forbush och Watson (2006) fann lägre kvalitet i föräldra-barnrelationen hos ungdomar med AN än hos friska kontroller, och Sharpe et al. (1998) fann att bland 305 flickor i åldrarna 9-12 år fanns högre grad av viktbekymmer hos de flickor som hade en otrygg anknytning. "Prestationsinriktade" och "konfliktförnekande" är ord som ofta används i litteraturen för att beskriva drag hos familjer där minst en medlem lider av AN (Sours, 1980; Yager, 1982). Minuchin, Rosman och Baker (1978) menar att dessa familjer även saknar öppen kommunikation, tenderar att bagatellisera egna behov samt fly konflikter när de trots allt utbryter. AN kan då fungera som ett sätt för barnet att avleda konflikt, och/eller vara ett sätt att "slippa" växa upp; slippa utökat ansvar samt slippa intrapersonell konflikt gällande sin roll i det sociala sammanhanget (Lacoste, 2017). I fall av emotionell misshandel i hemmiljön kan AN syfta till att kontrollera den psykosociala miljön, hävda autonomi och självkontroll. AN kan även vara en strategi för att reglera eller undvika känslor i brist på funktionella strategier för emotionsreglering (Fairburn & Brownell, 2001; Fischer, Stojek & Hartzell, 2010; Katzman, 1997). Det finns studier som visar på svårigheter att identifiera, uttrycka och hantera känslor, svårigheter att hantera interpersonella konflikter, samt lägre mentaliseringsnivå hos patienter med AN än hos friska kontroller. Nämnade svårigheter kan leda till att det obehag individen upplever vänds inåt, mot jaget. (Forbush & Watson, 2006; Rothschild-Yakar, Levy-Shiff, Fridman-Balaban, Gur & Stein, 2010). Även klinisk erfarenhet antyder att kvinnor med AN applicerar negativa känslor om jaget på sina kroppar; uppfattningen om kroppen är ekvivalent med uppfattningen om jaget (Per Johnsson, personlig kommunikation 4 juni 2018; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Pieters, 1998). Oförmåga att på ett meningsfullt sätt klä känslor i ord kallas *alexitymi*, något som setts vara vanligt förekommande hos ätstörningspatienter (Johnsson, Smith & Amné, 2001). Känslor kan då inte processas explicit - hela emotionsupplevelsen antar en implicit karaktär där emotionen upplevs odifferentierat på ett sensorimotoriskt plan (Baker, 2017). Svåra negativa emotioner upplevs då outhärdliga eller otillåtna, vilket medför att kroppen används som uttrycksmedel: istället för att känna/uttrycka negativa känslor upplever en person med AN ett diffust obehag som dövas med svält eller mat. Obehaget återspeglas även i exempelvis fysisk anspänning och återhållen andning, samt i så kallad "*tjockkänsla*" (Björck, 2014; Bullington, 1999; Clinton & Norring, 2009). Begreppet "*tjockkänsla*" åsyftar känsla av att vara tjock och misslyckad, oberoende av individens vikt och kroppsform. Hos patienter med AN är denna upplevelse central och är ofta det som frammanar eller vidmakthåller svälten (Probst et al., 1998; Björck, 2014).

En central del av den kliniska bilden av individer med AN är *störd kroppsuppfattning* samt nedsatt kontakt med kroppen och dess signaler. Den störda kroppsuppfattningen normaliseras inte av normalvikt och är förknippad med dålig prognos (Bullington, 1999; Probst, et al., 1998). Kroppsuppfattning kan delas in i 4 delar: (1) yttre kroppsbild, i huvudsak visuell och taktil uppfattning av kroppens storlek, form och proportion, (2) inre kroppsbild, hur individen upplever och tolkar förnimmelser från kroppens inre, (3) emotionell kroppsbild, affektiv, subjektiv erfarenhet av kroppen som helhet och dess konkretisering av personlighet, och (4) ideal kroppsbild, vilken är en mental konstruktion om hur man skulle vilja se ut.

Behandling av anorexia nervosa. Då AN är en komplex problematik krävs multidisciplinär behandling. Behandlingens grund består av psykoterapi som kan ske antingen i grupp eller individuellt. Behandlingen kan även inkludera farmakologisk behandling, rådgivande samtal med dietist samt *kroppsinriktad behandling* med fysioterapeut (Clinton & Norring, 2009). Som tidigare nämnt är kroppsuppfattningen störd hos individer med AN, och behandling behövs för att normalisera denna (Probs et al., 1998; Per Johnsson, personlig kommunikation den 4 juni 2018). Kroppsinriktad behandling syftar till att minska rädslan för den egna kroppen samt öka den psykiska närvaron i kroppen, och har setts reducera kroppsmisnöje och bidra till normalisering av kroppsuppfattning hos individer med AN. Den nämnda patientgruppen överskattar ofta sin kroppsstorlek, i synnerhet magen, vilket bidrar till psykiskt avståndstagande. Att magen upplevs som tjock resulterar ofta i återhållen bukandning (Bunkan et al., 1999; Clinton & Norring, 2009). I den psykiatriska psykosomatiska sjukgymnastiken kombineras bukandningsträning ibland med ljudövningar, vilka ger kontakt med buken genom upplevelse av såväl ljudvibrationer som diafragmas rörelse (Clinton & Norring, 2009). I en pilotstudie av Thörnberg (1996) indikeras just kroppsinriktad behandling med andningsträning ha stor betydelse för individer med AN. Detta har sedan stärkts av en studie om betydelsen av respirationens förändringsförmåga, således förmågan att anpassa andning efter situation och känslotillstånd. Exempelvis kan genomgående högkostal andning vara ett tecken på ohälsa (Bunkan et al., 1999). Utöver svårigheter med bukandning har individer med AN ofta svårigheter att gäpa samt spänd käkmuskulatur (Thörnberg, 1996). Det finns indikation på att kroppsinriktad behandling förebygger återfall i AN (Garner & Garfinkel, 1997).

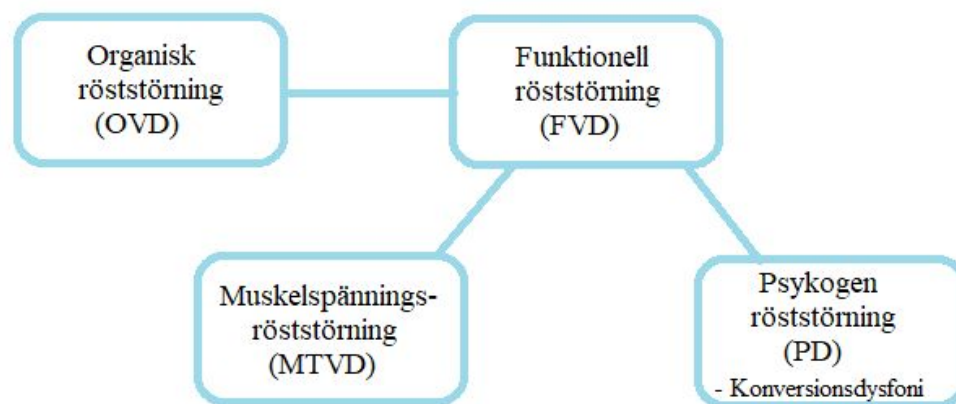
Aspekter av röstfunktionen

Fysiologiska aspekter. Röstbildning inkluderar tre komponenter: andning, fonation och artikulation. Till dessa adderas kroppshållning (vilken har omedelbar inverkan på andningen) samt uttryck (Elliot, 2009). Röstens påverkas av parametrar som muskulatur, nerver, hydrering, vila, endokrint system samt koordination av dessa (Pruszewicz, 1992; Sataloff, 1997). Svält och/eller undernäring har i studier visats ge röstpåverkan, oberoende av tillståndets orsak. Kosztyła-Hojna (2005) fann hypofunktionell dysfoni till följd av stämvecksatrofi hos utmärglade patienter med långt framskriden tumörsjukdom. I en studie av Hamdan, Sibai och Rameh (2007) undersöktes hur kvinnors röster påverkas av temporär fasta. Studiedeltagarna rapporterade primärt ökad ansträngning att fonera och fonasteniska symptom. Artikelförfattarna fann inga signifikanta akustiska förändringar av röstsignalen, med undantag för maximal fonationstid vilken minskade markant. Videostroboskopi visade inga uppenbara förändringar; den upplevda ökade ansträngningen för fonation spekulerades bero på uttorkning samt muskeltrötthet i röstapparaten.

Erfarande av den egna rösten. Erfarande av den egna rösten skiljer sig akustiskt från hur vi uppfattar röster i vår omgivning. Andras röster förefaller låta likadant i verkligheten och på inspelning medan den egna rösten ofta uppfattas förvrängd - långt ifrån det man hör inuti. Röstens lägre deltoner består av långa ljudvågor som sprids i alla riktningar, medan de högre deltonernas korta ljudvågor koncentreras rakt fram från talarens mun. Således når fler

lägre deltoner talarens öron och rösten uppfattas mörkare av talaren själv än av en lyssnare som står framför talaren. Talaren ges även återkoppling via benledning, vilken fungerar bäst vid lägre frekvenser (Sundberg, 2001).

Funktionella röststörningar. De yttre och inre laryngeala musklerna är känsliga för emotionell stress. I vissa fall av ångest, depression, personlighetsstörning eller konversionstillstånd förloras viljestyrd kontroll över fonationen - så kallad *psykogen röststörning* (PD) (Aronson & Bless, 2009). PD utgör tillsammans med muskelspänningsröststörningar (MTVD) de *funktionella röststörningarna* (FVD), således de dysfonier och afonier som inte kan förklaras av organisk patologi (Baker, Ben-Tovim, Butcher, Esterman, & McLaughlin, 2007). Enligt Freeman och Fawcus (2000) besväras de flesta patienter som söker logopedisk hjälp för röstbesvär av just FVD. Majoriteten av FVD patienter är kvinnor, men hur förhållandet kvinnor:män ser ut råder det delade uppfattningar om. *Konversionsdysfoni* beskrivs innebära en symbolisk somatisering av psykologiska symptom; ett uttryck för intrapersonell konflikt eller skrämmande tankar, där somatiseringen resulterar i primära och/eller sekundära omedvetna vinster (Aronson & Bless, 2009; Bishop & Torch, 1979; Greene & Mathieson, 1989; Stemple, Glaze & Klaben, 2000). Aronson och Bless (2009) menar att konversionsdysfoni är nära sammanlänkat med "conflict over speaking out". Här inkluderas konversionsdysfoni i begreppet psykogen röststörning (PD) som i sin tur är en subgrupp till funktionella röststörningar (FVD).



Figur 1. Grupper och subgrupper, röststörningar.

I en studie av Brown och Harris (1978) konstaterades att sannolikheten att ha upplevt minst en svår händelse under det senaste året var lika stor hos kvinnor med FVD som hos kontrollgruppen. Prevalensen av medelsvåra händelser var dock högre i patientgruppen (FVD). Detta resultat har bekräftats i flertalet studier, där kvinnor med FVD visats besväras av interpersonella konflikter med partner och familj, svårigheter att uttrycka negativa känslor, upproriskhet mot auktoritära personer, förlust av stödperson, ansvar i hem och på arbete samt osäkerhet och maktlöshetskänslor i högre utsträckning än övriga (Aronson, Peterson & Litin., 1964; Barton, 1960; Brodnitz, 1969; Butcher, Elias, Raven, Yeatman & Littlejohns, 1987; House & Andrews, 1988; Kinzl, Biebl, & Rauchegger, 1988b). Dock rapporteras kvinnor med FVD i högre utsträckning än övriga uppge att de utsatts för minst en situation inkluderande våld, strypning eller sexuellt övergrepp (Baker et al., 2013; House & Andrews, 1988; Trewin,

2001). House och Andrews (1988) identifierade att nämnda situationer samt flertalet övriga rapporterade medelsvåra händelser hos patientgruppen karaktäriseras av “*conflict over speaking out*” (COSO). Artikelförfattarna beskrev COSO som (1) individen har ett emotionellt ansvar och intresse i att den aktuella relationen skall fortsätta och (2) att “speak out” kan resultera i verkliga och svåra konsekvenser. Således: både att “speak out” och att inte göra det riskerar att på olika sätt förvärra situationen för individen. Konflikten mellan inhibering och aktivering antas leda till “freeze”-reaktion på det laryngeala planet, vilket fungerar som ett passivt undvikande av situationen. Reaktionen kan yttra sig i psykogen afoni, men även i pressad eller återhållen röstkvalitet, psykogen dysfoni (Baker, 2017). Vid multipla COSO-erfarenheter kan individen uppleva så kallad “*powerless in the system*” (PITS) där individen, oavsett vad hen väljer i COSO-situationer, har ringa hopp om att kunna påverka situationen. Detta har rapporterats vara mer vanligt förekommande hos kvinnor med FVD än OVD och kontrollgrupp, vilket indikerar att kvinnorna inte bara upplever förlust av sin fysiologiska röst, utan även förlust av sin “symboliska” röst - upplevelsen av att kunna göra sig hörd och sedd som individ med vilja, tankar och känslor (Baker et al., 2013). Till detta bör läggas att patientgruppen i högre utsträckning än OVD/kontrollgrupp kommer från familjer med sparsamma känslouttryck samt att patientgruppen oftare uppvisar osäker anknytning, här definierad av Bifulco, Brown, Moran, Ball, och Campbell (1998) som rädsla och misstroende för andra, social ångest och oro att bli avvisad (Baker et al., 2013; Izdebski, 2009).

Rösten anses vara nära kopplad till känslotillstånd samt personlighet, men riktigt hur de relaterar till varandra är ännu inte klarlagt (Aronson & Bless, 2009; Baker, 2017, 2008; Barbara, 1960). FVD förklaras uppstå som respons på emotionell stress. Predisponerande faktorer för tillståndet är således svårigheter att hantera känslor och/eller inre konflikt kring känslouttryck. Hög förekomst av oro/ångest ger överaktivitet i både det autonoma och somatiska nervsystemet, vilket ofta resulterar i spänningssymptom (Baker, 2008). Kvinnor med FVD lider ofta av social ångest, lågt självförtroende och fysisk anspänning, samt uppvisar somatiseringstendens (Butcher, 1995; Gerritsma, 1991; Millar et al., 1999; Roy et al., 1997; White et al., 1997), men trots att flera studier identifierat diverse olika personlighetsdrag hos patientgruppen, har psykologiska drag inte kunnats visas differentiera mellan FVD och OVD. Påfrestande händelser samt COSO-situationer är det som bäst differentierar FVD från OVD och kontrollgrupp (Baker et al., 2013). Butcher (1995) anser att de viktigaste intrapersonella konflikterna är de som rör ambivalens över att sätta ord på känslor, då dessa konflikter kanaliseras i muskelspänningar som kan leda till röstproblem. Trots somatiseringstendens finns viss indikation på att patienter med FVD inte förtränger känslor omedvetet, utan tvärtom har god förmåga att identifiera och uppleva negativa emotioner men medvetet väljer att undertrycka såväl emotion som emotionsuttryck (Butcher, 1995; Butcher, Elias & Raven, 1993; Butcher, Elias, Raven, Yeatman & Littlejohns, 1987; Friedl, Friedrich & Egger, 1990). Ambivalensen kring, och den egna begränsningen av, egna känslouttryck har setts gälla såväl positiva som negativa känslor. Negativa känslor ses dock i högre utsträckning vändas inåt, mot jaget (Baker et al., 2013; McHugh-Munier, Scherer, Lehmann & Scherer, 1997; van Mersbergen, Patrick & Glaze, 2008). Baker (2008) påtalar att det inte är känt huruvida upplevd eller undertryckt ångest utgör störst riskfaktor för utveckling

av FVD. Det finns dock även indikation på att patientgruppen i hög utsträckning lider av alexitymi, och således "drabbas" av implicita, odifferentierade känslor som är svåra att identifiera, tänka kring och klä i ord (Baker, 2008; Johnsson et al., 2001; Lane & Schwartz, 1987). Låg affektmedvetenhet försvårar därigenom bearbetning av påfrestande händelser och

COSO-situationer, och identifieras således som en riskfaktor för utveckling av FVD (Baker, 2017, 2008). Aronson & Bless (2009) menar dock att sambandet kan vara ett annat: den som överväldigas av starka, negativa emotioner kan reagera på ett mer instinktivt och primitivt sätt. Kroppen förbereder då för "fight eller flight" genom att fixera övre extremiteter - ett tillstånd som är oförenligt med god röstfunktion och -kvalitet. Den ökade anspänningen i stämbanden leder till förhöjd grundtonsfrekvens, f_0 , vilket speglar det känslomässiga lidandet (Appley & Trumbull, 1986).

Anorexia nervosa och logopedi. Klinisk erfarenhet säger att kvinnor med AN har en ljusare röst än förväntat för åldern (Per Johnsson, personlig kommunikation 4 juni 2018), vilket överensstämmer med kunskap inom såväl psykologi som logopedi: patienter med AN lider generellt av lågt självförtroende (Clinton & Norring, 2009) och ljus röst uppfattas perceptuellt som mer osäker än normal röst (Rodero, 2002). Forskning på sambandet mellan röst och AN är dock i sin linda, och enbart ett fåtal studier står att finna.

Som tidigare nämnts är röstfunktionen komplex och påverkas av det allmänna hälsotillståndet. Hamdan et al. (2007) fann att fasta resulterar i ökad ansträngning vid fonation samt fonasteniska symptom, vilket spekulerades bero på uttorkning och muskeltrötthet i röstapparaten. Liknande förklaring har givits angående röstpåverkan hos patienter med AN, där man menar att röstparametrar kan påverkas av försämrad blodcirkulation, nedsatt allmäntillstånd, minskad muskulär massa och styrka, i synnerhet i andningsmuskulaturen, och således ett sannolikt sänkt subglottiskt tryck. Samtidigt är det sannolikt att patientgruppen har ökad anspänning i röstapparaten till följd av emotionell belastning, psykologisk stress, ångest och hög självkontroll. (Fairburn & Harrison, 2003; Maciejewska et al., 2016; National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2004; Sapienza & Ruddy, 2009). Maciejewska et al. (2016) studerade larynxstatus hos tonårsflickor med AN och fann astenisk, läckande röstkvalitet hos patientgruppen. Artikelförfattarna är dock inte säkra på varför nämnd kvalitet uppstår, och spekulerar kring möjligheten att förändringen beror på ovan nämnda faktorer. I samma studie användes Jacobson et al. (1997) The Voice Handicap Index (VHI) för självskattning av upplevd ansträngning vid tal: samtliga deltagare fick resultat < 60p vilket ej klassificeras som röstproblematik. Anmärkningsvärt är dock att 68% av deltagarna skattade högre problem på den emotionella delen än fysiologiska och funktionella faktorer. Höga resultat på emotionella delen av VHI-T kan indikera att individen upplever att den egna rösten utgör ett kommunikativt problem (Lyberg Åhlander, Rydell & Löfqvist, 2012). Deltagarna i Maciejewska et al. (2016) tenderade även att vara mer negativt inställda till den egna rösten och dess kvalitet än kontrollgruppen var. García-Santana et al. (2016) bekräftade i sin studie den kliniska uppfattningen att kvinnliga patienter med AN har signifikant ljusare röst än en frisk kontrollgrupp. Hos kontrollgruppen identifierades ett negativt linjärt samband mellan röstläge och menstruationsdebut: ju senare debut desto ljusare röstläge. Även samband mellan röstläge och antal år sedan menstruationsdebut sågs. Dock gick inget av dessa samband att

påvisa hos patientgruppen, varför García-Santana et al. (2016) drog slutsatsen att AN förändrar röststabiliseringsprocessen. I studien fann man även att patientgruppen i högre utsträckning än kontrollgruppen använde negativa adjektiv när de ombads beskriva sin röst, t.ex. användes uttryck som "barnslig", "gäll" och "som en katts jamande". 69,6% av deltagarna i patientgruppen klassade sin röst som ljusare än normalt, och 8,7% som mörkare än normalt. Författarna föreslår att röstrehabilitering inkluderas i den multidisciplinära behandling som redan i dagsläget används för AN.

Metod

Val av metod

I nya forskningsområden där det saknas tillräckliga fakta för att konstruera en hypotes lämpar sig den *kvalitativa forskningsmetodiken*. Forskningen syftar då till att undersöka människors tankar och upplevelser snarare än att fastställa universella sanningar (Malterud, 2011). För den aktuella studien valdes semistrukturerade intervjuer och "explorativ" röstsession för att undersöka och beskriva hur kvinnor med AN relaterar till sina röster.

Forskarens roll

Hur data tolkas beror på genom vilka "glasögon" data betraktas. I kvalitativa studier är det således inte möjligt att helt bortse från forskarens egna erfarenheter och uppfattningar (Malterud, 2011). Uppsatsförfattaren studerar logopedi på magisternivå och är således utbildad i att granska, analysera och problematisera med utgångspunkt i olika perspektiv. Författaren har personlig erfarenhet av AN, samt yrkesmässig erfarenhet av personer med psykisk problematik av olika karaktär.

Deltagare och rekrytering

Inklusionskriterier för deltagande i studien var kvinnligt biologiskt kön, uppfyllande av minst två diagnoskriterier för AN enligt DSM-V samt en ålder på ≥ 18 år. Exklusionskriterier var uppfyllande av diagnoskriterier för bulimia nervosa i DSM-V, samt pågående logopedisk röstbehandling.

Deltagare rekryterades med hjälp av ett nätbaserat frågeformulär (se bilaga 1), vars länk delades via Facebook. De som uppfyllde studiens inklusionskriterier kontaktades på av deltagaren önskat sätt. Enkäten genererade 28 svar, varav fem uppgav intresse att delta i studien. Av dessa uppfyllde fyra studiens inklusionskriterier, varav en exkluderades då personen även uppfyllde flera av studiens exklusionskriterier. Med en kunde kontakt inte etableras. Således deltog två kvinnor (deltagare 1, deltagare 2) i studien. Bedömning av diagnoskriterieuppfyllelse gjordes av deltagarna själva genom ja/nej-svar i onlineenkät, "vet ej"-alternativ fanns där det var relevant. Deltagare 1 har mångårig erfarenhet av körsång. Hon har haft AN i 6 år och erhållit psykoterapi för detta. Deltagare 2 har haft symptom liknande AN större delen av livet, men är inte diagnosticerad och har inte fått någon behandling. Ingen av deltagarna hade erfarenhet av röstlogopedisk behandling eller annan träning av talröst.

Procedur

Semistrukturerade intervjuer (intervjuguide, se bilaga 2) genomfördes av uppsatsförfattaren. Med en av deltagarna delades momenten upp på två besök varav det första innefattade intervju, självskattning med VHI-T (Lyberg Åhlander, Rydell, Eriksson & Schalén, 2010) och röstinspelning, och det andra bestod av röstövningar. Med den andra deltagaren genomfördes samtliga moment vid ett och samma tillfälle.

Semistrukturerad intervju. Tidsramen för intervjuerna var 40-60 minuter. Ljudupptagning gjordes vid intervjuerna med hjälp av mini-disc respektive portabel diktafon för senare ortografisk transkribering. Samma semistrukturerade intervjuguide (se bilaga 2) användes vid båda intervjuerna. Pilotintervju genomfördes, men då denna inte resulterade i ändringar av intervjuguiden har intervjun inkluderats i studien.

Transkription. Uppsatsförfattaren transkriberade intervjuerna ordagrant. Ett par kortare stycken hoppades över med anledning av irrelevant innehåll utifrån studiens syfte och frågeställningar. Namn på personer, platser och övriga specifika uppgifter ersattes med generella uttryck. Även tvekljud och omtagningar samt instämmanden från lyssnare inkluderades i originaltranskriptionerna, men exkluderades i resultatpresentation på grund av läsbarhetsskäl. I vissa yttranden har uppsatsförfattaren adderat förtydliganden, dessa finns då inom klammerparentes. I dialog mellan deltagare och uppsatsförfattare betecknas deltagaren med "D" (deltagare) och uppsatsförfattaren med "L" (logopedstudent).

Systematisk textkondensering. Transkriptionerna analyserades enligt systematisk textkondensering baserad på Giorgi (1989, 2009), där data gradvis kondenseras i mindre enheter. Analysmetoden inleds med att helhetsbilden beskrivs utifrån preliminära teman, varefter meningsbärande enheter (koder) identifieras, och grupperas i så kallade kategorier. Kategorierna beskrivs slutligen med sammanfattningar och illustreras med citat (Malterud, 2011). I uppsatsens resultatdel tillämpas APA:s citering för citat över 40 ord, oavsett det aktuella citatets längd, i syfte att öka läsbarheten.

Röstinspelning. Röstinspelning för övergripande analys av röstkvalitet genomfördes med tillgänglig utrustning. Med en deltagare genomfördes inspelning av kort text i studio. Med den andra deltagaren kunde röstinspelning inte genomföras separat, istället valdes ett kort ämnesneutralt klipp av intervjuinspelningen vilken gjordes med portabel diktafon. Röstinspelningarna analyserades av en oberoende, rutinerad röstlogoped. Vid analystillfället användes en röstbedömningsmall som behandlar röstens grundparametrar: kvalitet, läge och styrka.

Röstsession. Röstsession genomfördes av uppsatsförfattaren. Deltagarna gavs kortfattad information om röstbildning och avspänningsövningar genomfördes efter behov. Därefter genomfördes övningar för att hitta och använda magstöd, variera intensitet samt främja resonans. Efter traditionella röstövningar genomfördes en kort övning med fonationsrör. Övningarnas svårighetsgrad anpassades efter deltagaren. Samtal fördes under sessionen för att undersöka deltagarnas upplevelse av övningarna. Tidsramen för sessionen var 25-35 minuter.

Etiska överväganden

Studien har godkänts av etiska kommittén vid avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Lunds universitet.

Första mötet med respektive deltagare inleddes med kortfattad information om studiens syfte, att inspelning skulle göras av intervju men raderas efter avslutad transkription samt att data presenteras pseudonymiserat. Deltagarna informerades muntligen och skriftligen om sina rättigheter gällande avbrytande av deltagande i studien, samt rättigheter att ta del av den färdiga uppsatsen. Därefter fick de skriva under samtyckesblankett (se bilaga 3).

Samtliga deltagare var kvinnor som fyllt 18år och kunde således delta samt avbryta deltagande utan annans godkännande. Att män inte inkluderas i studien beror på att deras hormonella system ser annorlunda ut än kvinnors, samt att man inte kliniskt sett samma sjukdomsbild eller röstbeteende hos män med AN (Per Johnsson, personlig kommunikation den 4 juni 2018).

Deltagarna tilldelades sifferkod för att skydda deltagarnas identitet. Första deltagaren betecknades med "deltagare 1", och så vidare.

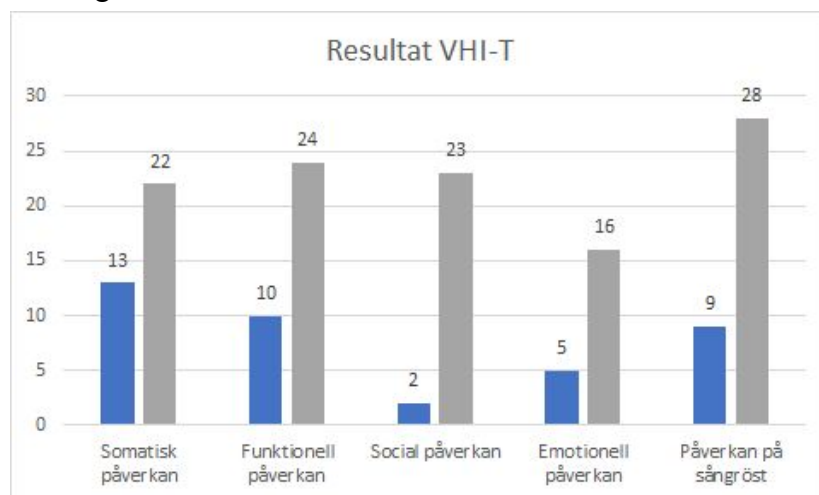
Vid transkribering uteslöts namn, platser samt andra specifika detaljer. Dessa ord ersattes med generella begrepp, exempelvis "anhörig", och omnämnda personer tilldelades pronomen "hen". Ljudfiler från intervju och röstinspelning förvarades på USB-minne och ej tillsammans med kodnyckel. Citat presenteras utan referens till deltagarkod.

Resultat

Nedan presenteras resultat av VHI-T, röstinspelning, systematisk textkondensering samt röstövningar. De två förstnämnda presenteras för respektive deltagare, övriga resultat presenteras gemensamt. Valet av presentationssätt har sin grund i etiska avväganden relaterade till studiens låga deltagarantal.

Självskattning VHI-T

I tabellen redovisas deltagarnas självskattningspoäng i VHI-T. Av etiska skäl redovisas data utan referens till deltagare.



Figur 2. Fördelning av poäng på VHI-T, fem subskalor, för två kvinnor med AN.

Ett sammanlagt resultat över 60 poäng på skalorna “Funktionell påverkan”, “Social påverkan” och “Emotionell påverkan” indikerar röstproblematik (Jacobsson et al., 1997). En av deltagarna överskrider detta gränsvärde, totalt 63 poäng, medan den andra totalt erhåller 17 poäng på de aktuella delarna.

Röstinspelning

Röstinspelningarna analyserades av en erfaren röstlogoped. Vid analystillfället användes en röstbedömningsmall som behandlar röstens grundparametrar: kvalitet, läge och styrka.

Den ena deltagaren var vid inspelningstillfället förkyld vilket hade hörbar påverkan på röstkvaliteten i form av bullerinslag. Röstens karaktäriserades i övrigt av knarr och hårda ansatser. Röstlogopeden bedömde även viss klangfattighet, och noterade viss återhållsamhet i röst användningen. I bedömningen av den andra deltagaren sågs istället att röstens kvalitet kännetecknas av knarr, visst läckage samt klangfattighet. Röstlogopeden bedömde även att rösläget var instabilt och förhöjt, att röstens återhållsamhet samt att deltagaren lät torr i munnen.

Systematisk textkondensering

Med anledning av studiens syfte genomfördes systematisk textkondensering på samtligt transkriberat intervjumaterial. Analysen utmynnade i följande koder: anorexia nervosa, kommunikation och röstupplevelse. Samtliga koder indelades sedan i 3-7 kategorier, (se tabell 1).

Tabell 1. Koder och kategorier utifrån systematisk textkondensering av intervjuerna.

Kod	Kategorier
Anorexia nervosa	Orsaker till ätstört beteende Förhållningssätt till AN Konsekvenser av AN Kroppsuppfattning
Kommunikation	Självuppfattning Att prata om känslor COSO
Rösterfarande	Uppfattning om den egna rösten Relaterade uttryck Samtalskontext Ätstörning och röst Uppfattning om andras röster Andras uppfattning om deltagarnas röster Fysiska upplevelser

Nedan presenteras resultat enligt den indelning som ses i tabellen. I de citat som innefattar dialog mellan uppsatsförfattare och deltagare, används beteckning "L" för "logopedstudent" och "D" för "deltagare". Efter att samtliga koder redovisats presenteras uppsatsförfattarens iakttagelser från intervjusituationerna.

Anorexia nervosa

Orsaker till ätstört beteende. Deltagarna beskrev vardagsstress som en riskfaktor för att försämrats i AN. De uppgav även att emotionellt påfrestande händelser såsom förlust, psykisk misshandel och utmattning spelat in vid sjukdomsdebut och kunnat utlösa bakslag/återfall. Ideal beskrevs spela liten roll i deltagarnas AN.

För mig har det egentligen aldrig i grunden varit kopplat till att vara liten eller smal utan jag har velat vara duktig och jag har velat att allt ska vara som det ska.

Deltagarna berättade att de känner behov av att kontrollera tillvaron, och att kontrollbrist tenderar att ta sig uttryck i ätstörda tankar och beteenden. De berättade även att prestationsångest kan vara kopplat till kontrollbehovet, en känsla av att behöva klara kontrollera situationer. AN uppgavs fungera som en kontrollerad rutin som gör att tillvaron känns hanterbar.

L: Vet du vad det är som du har behövt att kontrollera?

D: [tvekljud]... alla människor runt omkring mig, miljön, mig själv.

Så är det, rutin, snuttefilt. Liksom det enda som alltid har funnits där på något sätt.

Deltagarna gav exempel på ett par konkreta och medvetna kopplingar mellan svält och vad de velat uppnå, exempelvis strävan efter att göra sig oattraktiv för det motsatta könet eller önskan om att undvika livsstilsrelaterade sjukdomar.

L: Vad gäller ångesten då [när du ätit]?

D: Det är ju rädslan för att gå upp i vikt och få diabetes.

Ätande beskrevs som något individen kan välja att avstå, och som något som behöver ge positiva resultat för att det ska kännas värt att göra. Avsaknad av känsla av positiva resultat under försök att lämna AN, beskrevs ha bidragit till återfall.

Förhållningssätt till AN. Under intervjuerna framkom att deltagarna betraktade AN som sitt normaltillstånd snarare än som något temporärt eller avvikande.

Min baseline är på något sätt att jag vaknar ätstörd och sedan klär jag av mig ätstörningen och går hemifrån.

Efter mångårig sjukdom beskrevs det svårt, om inte omöjligt, att minnas en tillvaro utan AN. Likväl fanns en kamp för att acceptera ätstörningens närvaro i och påverkan på tillvaron, samt en kamp för att själv kunna bestämma över sitt liv och inte låta ätstörningen stå i vägen. Sjukvård prioriterades ibland ned till förmån för studier och annat som kändes viktigare för individen.

Konsekvenser av AN. Deltagarna berättade att AN har en omfattande påverkan på livet. AN beskrevs kunna ta över tillvaron och liknades vid ett "projekt" som kunde uppta allt fokus och stänga av känslor.

När det är liksom dåligt hela tiden, då känner man nästan ingenting.

Det restriktiva ätandet uppgavs både ha negativ inverkan på det fysiska måendet och ge omfattande konsekvenser för psykisk hälsa och social tillvaro. En deltagare beskrev att det för henne är omöjligt att skilja på kropp och huvud: kroppens försämrade tillstånd resulterar i dåligt mående och trötthet. Under intervju framkom även att AN medför tendens till isolering och stark motvilja att samtala med andra om det som känns svårt, delvis på grund av en önskan om att få vara ifred med sin ätstörning. Det framkom även att AN ibland resulterat i reducerad förmåga att försvara sig själv mot andra i situationer där det behövs.

Kroppsuppfattning. Båda deltagarna beskrev en väldigt negativ uppfattning om och upplevelse av den egna kroppen. Logiska resonemang kring exempelvis klädstorlekar och andras kommentarer om att de (deltagarna) vägrade för lite kunde inte rå på "tjockkänslan". En deltagare beskrev dock att hon ibland har lättare att förhålla sig till sin kropp om hon fokuserar på kroppens funktion snarare än dess utseende. Båda deltagarna beskrev att det de ser i spegeln skiljer sig markant från vad andra ser.

Jag vet om att jag är inte tjock men jag kan inte se det.

Sammanhang där mat och ätande var i fokus undveks. Även tillställningar där man förväntades klä upp sig undveks på grund av ångestfyllda tankar om att kroppen var för tjock för att se fin ut oavsett klädval.

Kommunikation

Självuppfattning. Deltagarna berättade att de inte trivs i större sociala sammanhang och kan känna sig obekväma kring nya människor. I intervjuerna framkom även uppmärksamhet på andra människors mående och på den interpersonella kommunikationen, med hög medvetenhet om eventuella missförstånd och tendens att "överta" andras känslor. Det egna känslolivet beskrevs präglas av starka emotioner och/eller sårbarhet för stress. En deltagare beskrev att hon på grund av annan problematik har markanta humörsvängningar, känner obehag i vissa sociala situationer samt kan ha svårt att uppmärksamma kroppens signaler. Vidare beskrevs strävan efter att finna förhållningssätt till tillvaron och det egna hälsotillståndet, där prestationsångest uppgavs vara en stöttesten: Att vara sjuk likställdes i vissa yttranden med misslyckande.

Det har jag ju jobbat med jättemycket nu, att släppa den prestationen att vara okej med att typ vara mer eller mindre sjuk kanske resten av livet.

Att prata om känslor. Under intervjuerna framkom ambivalens kring att be om hjälp och svårigheter att släppa människor nära. Svåra känslor beskrevs hållas inom individen, och i den mån negativa känslor delades med andra gjordes det på ett intellektualiserat och distanserat sätt. Sämre mående uppgavs resultera i mer tillbakadraget beteende, vilket kunde yttra sig i antingen stark fasad mot omgivningen eller isolering. Känslorna kunde då ta sig uttryck i exempelvis ätstörning eller utåtagerande beteenden. I vissa yttranden framträdde en vilja att bli sedd och omhändertagen, vilken hämmades av rädsla för att ligga andra till last samt önskan om att lämnas ifred med ätstörningen.

Jag tror att såhär: om man varit sjuk länge och är väldigt trött på det, för jag är ju väldigt trött på det, då vill man bara få en kram och lite hjälp.

Det ovan beskrivna mönstret återfanns till viss del i patientrollen, där fasaden ibland upprätthölls gentemot vårdgivaren. Med en motvilja att släppa in samt ovilja att vara till besvär upplevde en av deltagarna att hon ibland gav en missvisande kontrollerad och behandlingsmotiverad bild. Ibland blev det en utmaning, att se om någon skulle genomskåda fasaden.

Kan jag bli dålig utan att de märker något?

COSO. Igenkänning uppgavs gällande situationer där tvekan funnits mellan att "speak out" och att inte göra det, med en inre konflikt avseende konsekvenserna. Deltagarna gav exempel på enstaka konfliktsituationer där de inte velat såra den andra parten, samt situationer där de följt ätstörningen och tvekat inför att berätta det för någon.

Det skulle jag säga kanske är en av anledningarna till ätstörningen. Det att man inte riktigt pallar konsekvenserna av någotdera, och då är det enklare att hålla käften.

Rösterfarande

Uppfattning om den egna rösten. Båda deltagarna uppgav att de inte tyckte om att höra sina röster, varken på inspelning eller inuti. Rösten beskrevs med negativt laddade adjektiv och som olik jämnårigas röster.

L: Om du skulle beskriva din röst?

D: Ja... för mig låter den lite halvtramsig.

L: Tramsig? På vilket sätt?

D: Det är svårt att förklara det men .. det jag hör här inne så tycker jag den är lite barnslig fortfarande.

Deltagarna hade uppmärksammat att deras mående kan påverka deras röstkvalitet, där de upplever att rösten kan avspegla deras sinnesstämning. Likväl beskrevs att rösten ibland inte känns som att den passar identiteten och att det ibland krävs att rösten anpassas för att upplevas tillhöra den egna personen. Under intervju framkom även att betraktande av rösten som funktionell har bidragit till ett mer avspänt förhållande till röstklängen.

Relaterade uttryck. Båda deltagarna berättade att stress inte bara ger röstpåverkan utan även talpåverkan. Gemensamt beskrevs en tendens att snubbla över orden och/eller att munnen inte hängde med. Nämnade beskrivningar gjordes spontant och i direkt anslutning till yttranden om röst, samt illustrerades med röstpåverkan som de refererade till som “stressad röst”.

Det är nästan så man trillar över sin egen tunga och börjar nästan sluddra för man är så himla stressad.

Speciellt om jag är uppjagad och stressad och såhär så blir det liksom bara en ett helt rövarspråk som kommer ut.

Samtalskontext. Under intervjuerna framkom viss medvetenhet om röstvariationer utifrån kontext. En deltagare beskrev att hon noterat att hon varierar sin röst utifrån hur hon önskar uppfattas, exempelvis beskrevs en ljus och återhållen röst för att följa vissa stereotyper om flickor/kvinnor, samt en mörkare röst för att signalera stabilitet och kompetens. Ingen av deltagarna upplevde att rösten påverkades av hur väl de kände en viss samtalspartner, snarare föreföll påverkan styras av samtalspartners natur, samtalspartners ålder samt antal samtalspartners: att samtala enskilt eller i små grupper uppgavs fungera väl, medan större sammanhang medförde fysisk anspänning och motvilja till att prata. Även samtalspartners insikt i mående och/eller ätstörningsproblematik uppgavs kunna påverka rösten. En deltagare beskrev att hon pratade mer som “sig själv” i samtal med någon som inte visste om problematiken, medan hon blev mer “sjuk” om samtalspartnern visste om hur hon mådde.

Den [rösten] blev nog tunnare när jag var hemma med mina föräldrar, för de visste och det var jobbigt.

AN och röst. Under intervju framkom ett par observationer av relationen mellan AN och röst. En deltagare beskrev hur hon under dagar då hon besväras mer av AN pratar tystare och ljusare ofta utan att märka det själv, och att hon trodde att det relaterade till ätstörningens funktion och natur.

Kanske för att det är det som det jobbiga i en strävar efter att vara, man ska vara såhär liten och hjälplös och sådär.

Vidare beskrevs iakttagelser av hur andra med sjukdomen hade liknande röst användning, och att det är ett sätt att märka om någon "bara är smal" eller sjuk i AN. Att höra någon med nämnd röstpåverkan beskrevs aktivera minnen från den egna sjukdomstiden.

Att de har, precis som jag hade, ett röstläge som är extremt fabricerat. För det är ju lite så "jag är en liten rädd kanin", det är inte så de skulle låta egentligen.

L: Skulle du säga att någon som bara är smal då inte har den röstpåverkan?

D: Ja, för man har ingen anledning att fabric..[fabricera] Alltså, det är ju inte bara att man slutar äta man blir också livrädd för allting då kommer man ju låta som att man är det.

Uppfattning om andras röster. Deltagarna berättade att de oftast inte tänkte på andras röster, men lade märke till om det var en röst som "stack ut" - något som dock beskrevs olika av de båda deltagarna. Den ena deltagaren var mest känslig för gälla röster, medan den andra kunde reagera om hon upplevde att rösten inte riktigt passade talaren.

Andras uppfattning om deltagarnas röster. Anhöriga beskrevs ibland kunna uthöra försämrat mående /"dåliga dagar" i ätstörningen på röstläget innan deltagaren själv uppmärksammat röstförändringen.

Hen sa "nä men jag märker att när du har en dålig dag att du får ett annat röstläge liksom".

Hur andra uppfattar deltagarnas röster förefaller dock vara starkt kopplat till samtalskontext och samtalspartner.

L: Är det något du märker ofta att folk tycker att du pratar för tyst?

D: Ja det har jag alltid hört... I skolan i alla fall

I andra fall uppgavs anhöriga kunna missuppfatta sinnesstämningen och exempelvis tolkat talaren som arg/sur trots att denne snarare beskrivit sig som neutral. Ingen av deltagarna hade fått kommentarer på sin röst av främmande, men en av deltagarna berättade att andra alltid gissar att hon är yngre än hon är.

Fysiska upplevelser. Båda deltagarna beskrev erfarenheter av muskulär trötthet och värk efter att de talat mycket, i synnerhet om de samtidigt känt sig stressade. En av deltagarna beskrev hur hon ibland vid stress spänner sig så mycket att rösten försvinner, och att hon blir trött i halsen efteråt.

Jag vet nog inte riktigt hur jag ska förklara det men det känns som att den [halsen] bara vill gå och sova.

Uppsatsförfattarens iakttagelser. Under intervjuerna samt vid analys av transkriberat material iakttogs ett par intressanta företeelser. Vid några tillfällen noterades tydliga, sannolikt omedvetna, förändringar av röstkvalitet vilka förefaller bero på det aktuella samtalsämnet. Gemensamt för dessa tillfällen var innehåll som relaterade till kontroll/kontrollförlust, önskan om hjälp och/eller svåra livshändelser. Röstläget höjdes då markant och kvaliteten fick en mer återhållen karaktär. Vid ungefär hälften av dessa tillfällen användes pronomen i tredje person, exempelvis “man”, trots att övrigt innehåll tydligt åsyftade den egna personens upplevelser och erfarenheter. Rösten återgick omedelbart till habituell läge och klang när samtalet skiftade fokus, ofta efter enstaka korta yttranden.

Röstövningar

Traditionella röstövningar med syfte att hitta och använda magstöd, variera intensitet samt främja resonans genomfördes med båda deltagarna. Även en kort övning med fonationsrör genomfördes. Ingen av deltagarna uppgav muskulära spänningar eller värk vid besöket, och indikerade inte heller detta vid inledande avspänningsövningar.

Magstöd. En av deltagarna hittade snabbt sitt magstöd och var bekväm med att använda detta, medan den andra deltagaren hade svårt att finna magstöd trots guidning. Hoststöt samt maximalt uthållen fonation aktiverade stöd respektive släpp, vilket kommenterades med obehag. Resonemang kring detta resulterade i slutsats att obehaget delvis kunde bero på ovana, men främst på att rörelser i buken triggade “tjockkänsla” och tankar om magens form och utseende.

Röststyrka. Viss svårighet med att öka röststyrkan i övningssituationen återfanns hos båda deltagarna.

Resonansfrämjande övningar. Inget obehag uttrycktes (verbalt eller icke-verbalt) vid tuggövningar. En deltagare uppvisade dock motvilja att slappna av ansikts- och svalgmuskulaturen, och ingen förbättring av resonans erhöles. Viss dämpning av resonans återfanns även hos den andra deltagaren.

Fonationsrör. Båda deltagarna fick uppmanas slappna av i kinderna, varefter övningen genomfördes väl. Övning med fonationsrör föreföll underlätta normalisering av röstläge samt avspänning hos en av deltagarna. Effekt bibehölls då i enkla övningar under enstaka sekunder mellan rönfonationerna. Deltagaren kommenterade inte spontant förändringen och vid fråga gavs nekande svar; deltagaren uppfattade själv inte förändringen. Efter att hon uppmärksammats på att övningen gav viss effekt minskade dock nämnd effekt avsevärt.

Diskussion

Metoddiskussion

Med anledning av etiska aspekter har metoden anpassats successivt under studiens gång.

Rekrytering av deltagare. Under rekryteringsprocessen erhöles många enkätsvar från personer som inte önskade ingå i studien eller överensstämde med målgruppen. Detta trots instruktioner vid länkdelning samt introduktionstext i enkäten. Det är möjligt att förklaringen

finns i den höga frekvensen enkätstudier i samhället: en del av de svar enkäten genererade kan antas bero på uppfattning om att enkäten var en *enkätstudie* och inte en *rekryteringsenkät*.

Under rekryteringen upptäcktes tekniska problem med enkäten, vilka åtgärdades skyndsamt i samband med upptäckt. Det går dock inte att utesluta att dessa problem bidragit till studiens låga deltagarantal.

Länken till enkäten delades av uppsatsförfattaren på sociala medier, och delades därefter vidare av uppsatsförfattarens kurskamrater samt handledare. Huruvida delningen därefter skedde i fler led är inte känt. Ingen av studiens deltagare är bekant med uppsatsförfattaren, men då de rekryterats via nämnda kanaler föreligger likväl eventuell bias. Det går inte att utesluta att deltagarna valt att delta i studien för att ställa upp för vänner/bekanta.

I enkäten besvarades frågor baserade på diagnoskriterierna för AN samt ett fåtal övriga frågor för att säkerställa uppfyllande av inklusionskriterier samt avsaknad av exklusionskriterier. Således baserades rekryteringen på deltagarnas egen uppfattning om hur väl de uppfyllde nämnda kriterier, något som kan anses kritiskt vid AN med eventuell bristande sjukdomsinsikt. Vid kriterier rörande kroppsstorlek gavs det tredje svarsalternativet "vet ej" i tillägg till "ja/nej" med anledning av eventuell osäkerhet på kroppens storlek eller uppsatsförfattarens definition av undervikt.

Studiens låga deltagarantal antas huvudsakligen vara ett resultat av svårrekryterad patientgrupp samt etiska avväganden avseende rekryteringen.

Förfarande. Studiens originalupplägg innebar datainsamling fördelad på två tillfällen för att undvika alltför långa och krävande besök. Detta var dock inte genomförbart med en av deltagarna, varvid datainsamling förlades till ett och samma tillfälle vilket inverkar på längden för intervjun samt röstsessionen. Röstinspelning i studio kunde enbart genomföras med en av deltagarna. Det är möjligt att de skilda uppläggen påverkat data, exempelvis i form av trötthet under röstövningar. Det är dock viktigt att poängtera att båda deltagarna erbjöds de två möjliga uppläggen och därefter fick välja utifrån personlig preferens.

Intervjufrågor och intervjusituation. Vid semistrukturerade intervjuer antas ett nyfiket, öppet och utforskande förhållningssätt. Malterud (2011) menar att intervjuaren lättare ser helheten om hen inte har anknytning till ämnet, samtidigt som det kan resultera i missförstånd. Förkunskaperna bidrar, på gott och ont, till vilka frågor som ställs och därmed intervjuens riktning och karaktär. Uppsatsförfattaren valde att vara arbetsklädd vid intervjuerna. Detta då intervjuerna skedde på logopedmottagning och vita kläder således är praxis, men även för att tydliggöra den professionella rollen då deltagare och uppsatsförfattare är i samma ålder. Möjligtvis kan klädvalet ha påverkat intervjuerna till att anta en mer formell och vårdrelaterad karaktär.

I intervjuerna återfinns både frågor som direkt adresserar hur deltagarna erfar sina röster, men även frågor om kommentarer från omgivningen, hur deltagarna upplever andras röster o.s.v.. Då upplevelse och uppfattning bygger på interna referensramar inhämtade från omgivningen, ansåg uppsatsförfattaren och hennes handledare det viktigt att studera även dessa perspektiv, för att uppnå en så komplett bild som möjligt. Eventuellt finns möjlighet att identifiera ledtrådar om det subjektiva rösterfarandet i deltagarnas yttranden om andras röster:

De aspekter av andras röster som lyfts fram, skulle kunna vara relaterat till vad deltagaren tänker/känner om sin egen röst.

Systematisk textkondensering. Kategorisering av kodat data är en viktig men svår del av det kvalitativa analysarbetet. Vilken kategorisering som görs kan påverka den slutliga tolkningen av data, och vilka kategorier som identifieras beror givetvis på vem som gör kategoriseringen (Malterud, 2011). Vid en mer tillåtande tidsram hade det varit intressant att kategorisera materialet parallellt med en forskare som är kunnig inom den kvalitativa metodiken och därefter jämföra för att möjliggöra diskussion kring, och eventuellt öppna för djupare förståelse för insamlad data. Malterud (2011) poängterar dock att trovärdigheten i kvalitativa resultat ej påverkas av hur många som analyserat datan.

Reliabilitet och representativitet. Med *reliabilitet* avses tillförlitlighet hos mätning/test, således att samma resultat fås vid upprepade mätningar och oberoende av vem som administrerar testet. Reliabilitet diskuteras främst inom den kvantitativa forskningsmetodiken (Specialpedagogiska institutionen Stockholms Universitet, 2016). Inom den kvalitativa metodiken erkänns forskaren som en del av resultatet: då forskaren och hennes erfarenheter anses påverka resultatet kan inte reliabilitet tillämpas i samma definition som inom den kvantitativa traditionen (Malterud, 2011, 2001). Istället presenterar forskaren sig själv i studiens metoddel för att ge läsaren inblick i vem som genomfört eventuella intervjuer, analyserat data et cetera.

Huruvida samma resultat går att uppnå vid upprepning av studien är dock inte bara beroende av forskaren utan även av studiedeltagarna. Det är således viktigt att ta ställning till i vilken omfattning de rekryterade deltagarna kan anses representativa för den grupp man önskar studera (Malterud, 2011). I föreliggande studie ses endast två deltagare, men tack vare deltagarnas olikheter ses viss representativitet i urvalet. Exempelvis ses olika sjukdomslängd, sjukdomshistoria/-förlopp och olika erfarenhet av terapeutiska insatser. Givetvis är representativiteten ändå begränsad, vilket betonar vikten av försiktighet gällande generalisering av resultat och slutsatser.

Resultatdiskussion

Rösterfarande. En central del av den kliniska bilden vid AN är störd kroppsuppfattning samt nedsatt kontakt med kroppen och dess signaler. En komponent av kroppsuppfattning är den emotionella kroppsbilden, vilken är en affektiv och subjektiv erfarenhet av kroppen och dess konkretisering av personligheten (Clinton & Norring, 2009; Probst et al., 1998). Maciejewska et al. (2016) fann i sin studie att en majoritet av deltagarna skattade högre på "emotionell påverkan" i Jacobsons voice handicap index (VHI), än på de delar som behandlar fysiologiska och funktionella faktorer. I föreliggande studien kan något sådant mönster ej ses. Den ena deltagaren sätter genomgående höga poäng medan den andra genomgående skattar sig lågt. Med anledning av studiens låga deltagarantal kan generella antaganden avseende detta ej göras, det är emellertid värt att notera den stora diskrepansen mellan deltagarnas självskattningar - vilken inte nödvändigtvis överensstämmer med vad uppsatsförfattaren hör vid besöken. Potentiellt illustrerar detta olika sätt att förhålla sig till den egna kroppen; låga skattningspoäng skulle då kunna relatera till nedsatt kontakt med

kroppen/dess signaler, medan höga poäng skulle kunna innebära tendens till somatisering och att se kroppen som en motståndare i kampen för att uppnå det egna idealet (Clinton & Norring, 2009). När deltagarna under intervju får beskriva sina röster/sitt förhållande till rösten framträder en negativ röstuppfattning. Rösten tilldelas adjektiv som "barnslig" och "tramsig", och beskrivs på olika sätt avvika från det deltagarna hört hos jämnåriga. Det är svårt att bedöma huruvida dessa beskrivningar kan anses vara en negativ uppfattning om de röstdrag som röstlogopeden benämner som "klangfattig" och "återhållen" eller ej. I övrigt beskrevs inte rösten på ett sådant sätt att det går att relatera deltagarnas yttranden till röstlogopedens bedömning. En av deltagarna besvärades tidigare av att hon upplevde sin röst som mörkare än sina jämnårigas. Potentiellt är detta en förstärkt reaktion på att den egna rösten alltid, på grund av hur ljudvågor rör sig i luft och benledning, uppfattas mörkare av talaren än lyssnaren. Ett möjligt skäl till sådan förstärkt reaktion skulle kunna vara att talaren inte upplever att den mörka rösten passar henne, eller att den inte stämmer överens med hennes självbild eller idealbild.

COSO. Vid frågor om COSO gav deltagarna exempel på inre konflikter där AN utgör ett förbud för det hjälpsökande jaget att "speak out". Individen hamnar således i konflikt med de egna behoven och tvingas välja mellan behov av hjälp/stöttning och behovet av att själv kontrollera mat och ätande. Även om COSO vanligtvis involverar minst två individer, uppfyller beskriven situation House och Andrews (1988) kriterier för en COSO-situation. Då denna konflikt är frekvent förekommande hos deltagarna finns anledning att misstänka utveckling av PITS, där individen kan uppleva förlust av sin "symboliska" röst (Baker et al., 2013). Som nämnt finns både driv att "speak out" och förbud mot detsamma representerade inom individen snarare än uppdelade mellan individen och annan part. Individen förlorar således inte först och främst sin symboliska röst i förhållande till sin omgivning, utan i förhållande till sig själv.

House och Andrews (1988) beskriver att COSO kan generera psykogen afoni. Afonin fungerar då som ett passivt undvikande, något som mildrar konflikten. Aronson och Bless (2009) benämner istället fenomenet som *konversionsdysfoni*, där somatiseringen medför primära och/eller sekundära omedvetna vinster. Potentiellt ser mönstret något annorlunda ut när båda sidor finns representerade inom individen än när konflikten äger rum mellan olika individer. Den röstkaraktär hos kvinnor med AN som noterats i klinik (Per Johnsson, personlig kommunikation 4 jun 2018) stämmer överens med röstanalys av studiens ena deltagare. Den återhållna, ljusa rösten överensstämmer i sin tur med intervjuuttalanden om att den egna rösten ter sig liten och hjälplös. Möjligtvis är denna röstpåverkan (åtminstone delvis) ett symptom på ovan nämnd COSO/PITS. Röstkaraktären tillåts då återge den rädda, hjälpsökande delen av identiteten, medan individen kan hålla fast vid sin ätstörda identitet genom innehållet i det hon säger. Om så är fallet, medför detta en effekt som motsvarar den psykogena afonin/konversionsdysfonin, nämligen ett passivt undvikande av konflikten och därmed primära och/eller sekundära vinster. Tankegången styrks delvis av litteraturen. Legrand och Briend (2015) beskriver AN som ett sätt att få kroppen att manifesteras den psykiska ohälsan och därigenom bjuda in eller stöta bort omgivningen. I likhet med ovan beskrivna tankar om röstpåverkan kläs alltså det själsliga lidandet i somatiska symptom, vilket

möjliggör att individen får hjälp utan att hon behöver ta ställning i den inre konflikten och aktivt be om det. Somatiseringstendensen samt svårigheterna att hantera COSO kan eventuellt förklaras av alexitymi vilket konstaterats vara mycket vanligt förekommande hos patientgruppen (Johnsson et al., 2001; Lane & Schwartz, 1987). Att just rösten påverkas vid inre konflikt är emellertid inte specifikt för kvinnor med AN; intrapersonell konflikt har konstaterats utgöra en riskfaktor för utveckling av FVD (Butcher, 1995).

Restriktivitet och dissociation. Vid intervju och systematisk textkondensering noteras återkommande och varierande uttryck för restriktivitet, och det framträder en bild av individer som hyser motvilja inför att ta emotionell plats i relationer. Deltagarna beskriver att de drar sig för att be om hjälp, att de inte samtalar om negativa upplevelser/tankar/känslor utan fyller ut social samvaro med annat, et c. Svåra känslor delas således generellt sett inte med omgivningen. Istället ges känslorna utlopp i beteenden, exempelvis: svält, ätande, prestationsfokus och fixering vid vardagsstressorer. Det restriktiva ätbeteende som kännetecknar AN kan potentiellt delvis betraktas som ett symboliskt uttryck för motvilja att ta plats i det sociala rummet.

I intervjusituationen framträdde vissa undvikandemönster när svåra ämnen lyftes. Exempelvis fanns tendens till pronomenskipte, så att upplevelser och känslor uttrycktes i tredje person (företrädesvis användes "man"). Potentiellt representerar detta en så stor motvilja att vara i dessa känslor att jaget behöver separeras från tankarna/känslorna, liknande det fenomen som Lacoste (2017) beskriver där kropp och psyke dissocieras som hanteringsstrategi efter svåra upplevelser. Temporär röstpåverkan noterades samförekomma med nämnda pronomenskipten. Uppsatsförfattaren ansåg inte röstkaraktären vara representativ för förmodad känsla, istället bar den drag av den röstkaraktär som kliniskt associerats med AN. Rösten återgick omedelbart till habituellt tillstånd när samtals fokuset skiftade till mindre emotionellt laddat innehåll. Möjligtvis kan detta tolkas som tecken på ovan diskuterad COSO/PITS-påverkan på röstkvalitet hos patientgruppen.

Beskriven temporär förändring av röstkvalitet i samband med emotionellt laddade samtalsämnen kan dock tolkas på fler sätt. En annan möjlig tolkning är att förändringen relaterar till motviljan att uppta emotionell plats i social interaktion. När samtalsämnet orsakar ökat emotionellt innehåll i yttranden tas mer emotionellt utrymme i anspråk. Potentiellt kompenserar individen omedvetet detta med att ta mindre plats röstmässigt. Spekulativt skulle den restriktiva röst användningen resultera i att balans, avseende anspråk på emotionellt utrymme, upprätthålls inom individen. Den egna gränsen för hur mycket plats som är tillåtet att ta i det sociala rummet kan eventuellt förklara de svårigheter med ökning av röststyrka som noterades vid studiens röstsession. Röstmässiga uttryck för intrapersonell konflikt finner stöd i litteraturen, där FVD beskrivs uppstå som respons på emotionell stress. Intrapersonell konflikt avseende emotionsuttryck utgör således en riskfaktor för FVD (Baker, 2008). Uppsatsförfattaren har emellertid inte kunnat finna stöd för de temporära dysfonier som beskrivits ovan.

Mage och röst. Ett av diagnoskriterierna för AN är störd kroppsuppfattning (American Psychiatric Association, 2013). Utöver direkta uttalanden i intervjuerna återfinns tecken på symptomet vid röstövningar. Patienter med AN har ofta ett negativt förhållande till

sin mage, vilket i tidigare studier visats resultera i återhållen bukandning (Bunkan et al., 1999; Clinton & Norring, 2009). Under den föreliggande studiens röstsession noteras nämnd svårighet hos en av deltagarna. Deltagaren kunde med guidning hitta magstöd men förlorade det snabbt, då övningar som aktiverade magstödet väckte starkt obehag. Deltagaren beskrev själv att rörelser i buken triggade "tjockkänsla" samt tankar om magens form och utseende. Som nämnt i bakgrunden (se s. 5) normaliseras inte kroppsuppfattning hos individer med AN utan behandling (Bullington, 1999; Clinton & Norring, 2009; Probst et al., 1998). I dagsläget ges behandling av fysioterapeut. Buk- respektive kostalandning är dock av yttersta vikt för röstfunktion och röstkvalitet, således medför förändrat andningsmönster också förändrad röstkvalitet.

I diskussion om COSO samt restriktivitet och dissociation (se ovan) med grund i bakgrund och yttranden i resultatdelen, finns tydliga indikationer på att röstmönstret hos kvinnor med AN inte uteslutande är ett resultat av låg vikt, dysfunktionellt andningsmönster och/eller kroppsmisnöje, utan även relaterar till andra eventuellt djupgående psykologiska svårigheter. Dessa aspekter och deras röstmässiga uttryck adresseras inte om enbart fysioterapeutisk behandling ges. Risk finns att de förmodade bakomliggande psykologiska orsakerna till röstpåverkan triggas om rösten förändras som en bieffekt av fysioterapeutisk behandling. Försöker individen då vidmakthålla den habituella rösten utgör detta sannolikt en bromsande faktor för den fysioterapeutiska behandlingen. En deltagare beskriver att hon har lättare att förhålla sig till sin röst när hon fokuserar på dess funktion snarare än dess "utseende", vilket även beskrivs avseende övrig kroppsuppfattning. Vid enbart fysioterapeutisk behandling ges patienten inte verktyg att förhålla sig till sin röst eller den uppkomna röstförändringen.

Fysiologiska aspekter. Även om deltagarna i föreliggande studie ger indikationer på att deras rösterfarande och röst användning är nära relaterade till psykologiska faktorer, skall det inte glömmas att AN i hög utsträckning påverkar det fysiska välbefinnandet och således inverkar negativt på fysiologiska funktioner. Det finns mycket begränsad forskning på hur rösten påverkas av fysiologiska tillstånd som är relevanta för studien. Kosztyła-Hojna (2005) fann hypofunktionell dysfoni till följd av stämvecksatrofi orsakad av långt framskriden tumörsjukdom. Huruvida föreliggande studies deltagare drabbats av anatomiska förändringar i larynx är inte känt, men den röstkvalitet som beskrivits hos en av deltagarna i föreliggande studie kan eventuellt passa in i begreppet "hypofunktionell dysfoni". Det är dock anmärkningsvärt att studiedeltagarnas röster skiljer sig så markant från varandra, trots att båda uppfyller de fysiska kriterierna för AN.

Ett par studier har undersökt om Body Mass Index, *BMI*, relaterar till f_0 . Resultaten är inte samstämmiga. Eventuellt föreligger samband mellan *BMI* och f_0 , där lägre *BMI* relaterar till högre f_0 , hos kvinnor men ej hos män. (Barsties, Verfaillie, Roy & Maryn, 2013; de Souza & dos Santos, 2018; Hamdaman et al., 2012). Dock finns även studier som funnit att variation av f_0 hos vuxna talare, oavsett kön, har mycket svag eller helt saknar korrelation med talarens kroppstorlek (Lass & Brown, 1978; Künzel, 1989; van Dommelen, 1993). Maciejewska et al. (2016) fann i sin studie att flickor 12-19år med AN hade lägre genomsnittlig f_0 än den normalviktiga kontrollgruppen, men högre lägsta f_0 samt lägre högsta f_0 . Här ses således

snarare ett påverkat röstomfång än påverkad grundtonsfrekvens, vilket potentiellt överensstämmer med de svårigheter med röstövningar som påvisats i föreliggande studie.

Maciejewska et al. (2016) noterade även nedsatt maximal fonationstid, och menade att röstpåverkan delvis kunde förklaras av svaghet i röstapparaturen. Liknande fynd avseende maximal fonationstid identifierades i en studie av Hamdan et al. (2007), där man undersökte hur kvinnors röster påverkas av fasta. Maximal fonationstid faller utanför ramen för den aktuella studien, men inget anmärkningsvärt avseende yttrandelängd eller förmåga till uthållen fonation noteras. Uppsatsförfattaren spekulerar dock i möjligheten att nedsatt luftflöde orsakat den återhållna kvalitet som noterats i röstinspelningarna i föreliggande studie. Det är dock inte fastställt att nedsatt luftflöde orsakats av nedsatt kraft i andningsapparaturen: detta skulle även kunna förklaras av återhållen andning och motvilja till bukandning med psykologisk grund. Hamdan et al. (2007) fann dock att rösterfarandet påverkades i högre utsträckning än mätbara akustiska och fysiologiska aspekter. Föreliggande studies ena deltagare erhöll höga poäng på VHI-T, vilket således eventuellt skulle kunna förklaras av fysiologiska orsaker. Vägs deltagarens poäng samman med studiens övriga resultat, förefaller förklaringsmodellen dock mindre sannolik.

Sammanfattningsvis går det inte att utesluta att röstfunktionen hos kvinnor med AN påverkas negativt av det försämrade fysiska tillståndet, men det saknas i dagsläget forskningsstöd för att samtliga röstmässiga svårigheter som identifierats hos deltagarna i föreliggande studie skall kunna tillskrivas fysiologiska faktorer.

Kliniska implikationer och framtida forskning

Föreliggande studie styrker den bild som framträtt i tidigare forskning och klinisk erfarenhet, nämligen de beskrivna svårigheternas komplexitet och omfattning. Studien bidrar med indikation på att logopedier behövs inom psykiatri och elevhälsa, för att tillsammans med andra professioner se helheten hos patienter/elever. Behandling av AN skall inte antas ge effekt på rösterfarande och/eller upplevelse av logopediska röstövningar. Här behövs den logopediska kompetensen med kunskap om hur kommunikation påverkas av självuppfattning, kroppsuppfattning och fysiologi. Sammanfattningsvis behövs samverkan mellan exempelvis psykologer, fysioterapeuter, läkare och logopedier för att uppnå bästa möjliga vård för den vårdsökande.

Uppsatsförfattaren anser det relevant att genomföra liknande studie i större skala, för att uppnå bättre representativitet i deltagarurvalet, och således kunna använda studieresultat för mer generella och säkra slutsatser angående det logopediska vårdbehovet hos patientgruppen. Det vore även relevant att relatera eventuella identifierade röstbesvär till exempelvis ålder vid insjuknande, bakomliggande orsaker till AN hos den specifika individen, antal sjukdomsår och mängd AN-behandling.

Slutsats

Föreliggande studie syftade till att beskriva hur kvinnor med AN erfar sina röster, samt att undersöka hur nämnd patientgrupp upplever logopediska röstövningar.

Utifrån resultatdiskussion angående bl.a. COSO samt restriktivitet och dissociation finns tydliga indikationer på att det röstmönster som kliniskt observerats hos kvinnor med AN inte uteslutande är ett resultat av låg vikt, dysfunktionellt andningsmönster och/eller kroppsmissnöje, utan även relaterar till andra eventuellt djupgående psykologiska svårigheter. Studien har påvisat att deltagarna tenderar att tillskriva sina röster negativa attribut. Hur dessa beskrivningar relaterar till röstlogopedens bedömning går inte att bedöma. Tidigare forskningsfynd avseende patientgruppens motvilja till bukandning och käköppning återfinns delvis i den aktuella studien, där bukandning ses aktivera "tjockkänsla" och tankar om magens form/utseende. Uppsatsförfattaren anser det troligt att den subjektiva röstupplevelsen, i likhet med kroppsuppfattningen, behöver behandlas för att normaliseras. Då nuvarande multidisciplinär behandling av AN inte kan antas ge effekt på nämnda svårigheter, är det av yttersta vikt att logoped inkluderas i behandling av patientgruppen.

Tack

Ett innerligt tack till mina handledare Viveka Lyberg Åhlander och Per Johnsson för kloka synpunkter och spännande diskussioner. Tack även till Suvi Karjalainen som bidrog med tid och kunskap i form av analysering av röstinspelningar. Jag vill även rikta ett varmt tack till studiedeltagarna, som med intresse och engagemang deltog i studien, och bidrog till ny kunskap inom detta utforskade område.

Referenser

- 1177 Vårdguiden. (2016). Depression. Hämtad 2018-07-10 från <https://www.1177.se/Blekinge/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/#section-1>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Aronson, A. E., & Bless, D. M. (2009). *Clinical Voice Disorders. 4th ed.* New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Aronson, A. E., Peterson, H. W., & Litin, E. M. (1964). Voice symptomatology in functional dysphonia and aphonia. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 28, 367–380.
- Appley, M.H., & Trumbull, R. (Red.). (1986). *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives.* New York: Plenum Press.
- Baker, J. (2017). *Psychosocial perspectives on the management of voice disorders: Implications for clients, options and strategies for clinicians.* Oxford: Compton Publishing Ltd.
- Baker, J. (2008). The role of psychogenic and psychosocial factors in the development of functional voice disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(4), 210 – 230.
- Baker, J., Ben-Tovim, B., Butcher, A., Esterman, A., & McLaughlin, K. (2013). Psychosocial risk factors which may differentiate between women with Functional Voice Disorder, Organic Voice Disorder and a Control Group. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(6), 547-563.
- Baker, J., Ben-Tovim, D. I., Butcher, A., Esterman, A., & McLaughlin, K. (2007). Development of a modified diagnostic classification system for voice disorders with inter-rater reliability study. *Logopedics Phoniatrics Vocology* 32, 99–112.
- Barbara, D.A. (1960) *Psychological and psychiatric aspects of speech and hearing.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Barsties, B., Verfaillie, R., Roy, N., & Maryn, Y. (2013). O índice de massa corporal e o volume de gordura influenciam a qualidade vocal, extensão fonatória e aerodinâmica em mulheres?. *CoDAS*, 25(4), 310-318.
- Barton, R. T. (1960). The whispering syndrome of hysteric dysphonia. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, 69, 156–164.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Moran, P., Ball, C., & Campbell, C. (1998). Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*, 28, 39-50.
- Bishop E.R., & Torch E.M. (1979). Dividing "hysteria": a preliminary investigation of conversion disorder and psychologia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 348-56.
- Björck, I. (2014). Ätstörningar och “tjockkänsla”. Hämtad 2018-08-22 från <http://www.vetenskaphalsa.se/atstorningar-och-tjockkansla/>
- Brodnitz, F. S. (1969). Functional aphonia. *Annals of Otolaryngology (St. Louis)* 78, 1244–1253.

- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock Publications.
- Bullington, J. (1999). *The Mysterious Life of the Body: A New Look at Psychosomatics*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Bunkan, B.H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A.E., & Friis, S. (1999). What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of The Comprehensive Body Examination. II. *Nordic Journal of Psychiatry* 53, 361-369.
- Butcher, P. (1995). Psychological process in psychogenic voice disorder *European Journal of Disordered Communication*, 30, 467-474.
- Butcher, P., Elias, A., & Raven, R. (1993). *Psychogenic voice disorders and cognitive behaviour therapy*. San Diego, CA: Singular.
- Butcher, P., Elias, A., Raven, R., Yeatman, J., & Littlejohns, D. (1987). Psychogenic voice disorder unresponsive to speech therapy: Psychological characteristics and cognitive-behaviour therapy. *British Journal of Disorders of Communication*, 22, 81–92.
- Clinton, D., & Norring, C. (Red.). (2009). *Åtstörningar, Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och kultur.
- Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse in the eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 1–11.
- de Souza, L.B.R., & dos Santos, M.M. (2018) Body mass index and acoustic voice parameters: is there a relationship. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 84(4), 410-415.
- Elliot, N. (2009). *Röstboken. Tal-, röst- och sångövningar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fairburn, C.G., & Brownell, K.D. (Red.). (2001). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. 2nd ed.* New York: The Guildford press.
- Fairburn, C.H., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet* 361, 407-416.
- Fischer, S., Stojek, M., & Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorders symptoms. *Eating Behaviors*, 11, 190–192.
- Forbush, K & Watson, D. (2006). Emotional Inhibition and Personality Traits: A Comparison of Women with Anorexia, Bulimia, and Normal Controls. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(2), 115-121.
- Freeman, M., & Fawcus, M. (Red.). (2000). *Voice disorders and their management*. London: Whurr Publishers.
- Friedl, W., Friedrich, G., & Egger, J. (1990). Personality and coping with stress in patients suffering from functional dysphonia. *Folia Phoniatica* 42, 13–20.
- García-Santana, C., Capilla, P., & Blanco, A. (2016). Alteraciones en la voz de las pacientes con anorexia nervosa restrictiva: un estudio piloto. *Clínica y Salud* 27, 73-80.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (Red.). (1997). *Handbook of eating disorders*. New York: Guildford Press.
- Gerritsma, E. J. (1991). An investigation into some personality characteristics of patients with psychogenic aphonia and dysphonia. *Folia Phoniatica* 43, 13–20.

- Goodsitt, A. (1984). Self-psychology and the treatment of anorexia nervosa. In: Garner D.M. & Garfinkel, P.E. (Red.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guildford Press
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press
- Giorgi, A. (1989) *Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi, A. (red.) Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press
- Greene, M.C., & Mathieson L. (1989). *The Voice and Its Disorders. 5th ed.* London: Whurr Publishers.
- Hamdaman, A.L., Tabri, A.B.I.R., Saade, D., Kutkut, R., Sinnons, I., & Nassar, J. (2012). Relationship between acoustic parametres and body mass analysis in young males. *Journal of Voice* 26, 143-7.
- Hamdan, A.L., Sibai, A., & Rameh, C. (2007). Effect of fasting on voice in women. *Journal of Voice* 21(4), 495-501.
- House, A., & Andrews, H. B. (1987). The psychiatric and social characteristics of patients with functional dysphonia. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 483–490.
- House, A., & Andrews, H. B. (1988). Life events and difficulties preceding the onset of functional dysphonia. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 311–319.
- Izdebski, K. (Red.). (2009) *Emotions in the human voice. Vol. 3*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Jacobson, B.H., Johnson, A., Grywalsky, C., Silberleit, A., Jacobson, G., Benninger, M.S., & Newman, C. (1997) The Voice Handicap Index (VHI): development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 66-70
- Johnsson, P., Smith, G. J. W., & Amnér, G. (2001). The troubled self in women with severe eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 343-349.
- Katzman, M.A. (1997). Getting the difference right: It's power not gender that matters. *European Eating Disorders review* 5, 71-74.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting eating disordered attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 159-167.
- Kinzl, J., Biebl, W., & Rauegger, H. (1988a). Functional aphonia psychosomatic aspects of diagnosis and therapy. *Folia Phoniatica et Logopedica*, 40, 131-137.
- Kinzl, J., Biebl, W., & Rauegger, H. (1988b). Functional aphonia: A conversion symptom as defensive mechanism against anxiety. *Psychotherapy and Psychosomatics*: 49, 31–36.
- Kosztyla-Hojna, B. (2005). The evaluation of voice and aerodynamic activity of larynx in patients with vocal cords atrophy. *Polski Merkuriusz Lekarski* 104, 151-155.
- Künzel, H. J. (1989). How well does average fundamental frequency correlate with speaker height and weight? *Phonetica* 46: 117-125.
- Lacoste, M.S. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence - a new treatment approach. *Aggression and violent behaviour* 36, 76-80.

- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 133–143.
- Lass, N. J., & Brown, W. S. (1978) Correlational study of speakers' heights, weights, body surface areas and speaking fundamental frequencies. *Journal of the Acoustical Society of America* *63*: 1218-1220.
- Legrand, D., & Briend, F. (2015). Anorexia and bodily intersubjectivity. *European Psychologist*, *20*(1), 52–61.
- Lyberg Åhlander, V., Rydell, R., Eriksson, J. & Schalén, L. (2010) Throat related symptoms and voice: development of an instrument for self assessment of throat problems. *BMC Ear Nose Throat Disorders* *10*, 5
- Lyberg Åhlander, V., Rydell, R., & Löfqvist, A. (2012). How Do Teachers With Self-Reported Voice Problems Differ From Their Peers With Self-Reported Voice Health?. *Journal of Voice*, *26* (4), 149-161.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur AB
- Malterud, K. (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, *358*, 483-488
- Maciejewska, B., Rajewska-Rager, A., Maciejewska-Szaniec, Z., Michalak, M., Rajewski, A., & Wiskirska-Woznica, B. (2016). The assessment of the impact of anorexia nervosa on the vocal apparatus in adolescent girls – A preliminary report. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* *85*, 141-147.
- McHugh-Munier, C., Scherer, K. R., Lehmann, W., & Scherer, U. (1997). Coping strategies, personality, and voice quality in patients with vocal fold nodules and polyps. *Journal of Voice*, *11*, 452–461.
- Millar, A., Deary, I. J., Wilson, J. A., & MacKenzie, K. (1999). Is an organic/functional distinction psychologically meaningful in patients with dysphonia? *Journal of Psychosomatic Research* *46*, 497–505.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Mirza, N., Ruiz, C., Baum, E. D., & Staab, J. P. (2003). The prevalence of major psychiatric pathologies in patients with voice disorders. *Ear Nose and Throat Journal*, *82*, 808–812.
- National Collaborating Centre for Mental Health, UK. (2004). *Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. Leicester: British Psychological Society and Gaskell.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P.J., Beuhring, T., & Resnick, M.D. (2000). Disordered eating among adolescents: associations with physical/sexual abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders* *28*, 249-258.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle., H. & Pieters, G. (1998). Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*, 451-456.

- Pruszewicz, A. (1992). *Clinical Phoniatriy*. Warsaw: PZWL.
- Rodero, E. (2002). La voz informativa radiogénica. *Revista Mexicana de Comunicación*, 79, 36–41.
- Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 501–507.
- Roy, N., McGrory, J.J., Tasko, S.M., Bless, D.M., Heisey, D., & Ford, C.N. (1997). Psychological correlates of functional dysphonia: an investigation using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Voice* 11(4), 443-451.
- Sataloff, R.T. (1997). *Professional voice*. San Diego, CA: Singular Group.
- Sapienza C., & Ruddy B.H. (2009). *Voice disorders: a textbook*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Sharpe, T.M., Killen, J.D., Bryson, S.W., Shisslak, C.M., Estes, L.S., Gray, N., ... Taylor, C.B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 39-44.
- Sours, J.A. (1980). *Starving to Death in a Sea of Objects. The Anorexia Nervosa Syndrome*. New York: Jason Aronson.
- Specialpedagogiska insitutionen Stockholms Universitet (2016) Trovärdighet/validitet och reliabilitet. Hämtat 2019-04-21
- Stemple, J.C., Glaze, L.E., & Klaben, B.G. (2000). *Clinical Voice Pathology: Theory and Management. 3rd ed.* San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Sundberg, J. (2001) *Röstlära - Fakta om rösten i tal och sång*. Stockholm: Proprius Förlag
- Thörnberg, U. (1996). *Utvärdering av två kroppsundersökningars samstämmighet, samt kroppskännedomsträning för individer med ätstörning, indikerar andningens betydelse*. I: Clinton, D., & Norring, C. (Red.). (2009). *Ätstörningar, Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och kultur.
- Trewin, D. (2001). Information paper: Census of population and housing: Socio-economic indexes for areas, Australia 2001. *Australian Bureau of Statistics*. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Troop, N.A., & Treasure, J.L. (1997). Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to life-events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 373-385.
- Yager, J. (1982). Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 44, 43-60.
- van Dommelen, W. A. (1993). Speaker height and weight identification: Reevaluation of some old data. *Journal of Phonetics*, 21, 337-341.
- van Mersbergen, M., Patrick, C., & Glaze, L. (2008). Functional dysphonia during mental imagery: Testing the trait theory of voice disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 1405-1423.
- White, A., Deary, I. J., & Wilson, J. A. (1997). Psychiatric disturbance and personality traits in dysphonic patients. *European Journal of Disorders of Communication*, 32, 307–314.

- Willinger, U., Volkl-Kernstock, S., & Aschauer, H. N. (2005). Marked depression and anxiety in patients with functional dysphonia. *Psychiatry Research, 134*, 85–91.
- Zerbe, K. J. (1992). Eating disorders in the 1990s: Clinical challenges and treatment implications. *Bulletin of the Menninger Clinic, 56*(2), 167–187.

Bilaga 1.

Röstupplevelse hos individer med ätstörning

Röstens egenskaper och hur den uppfattas av lyssnaren påverkas i hög utsträckning av hur vi mår - hur vi förhåller oss till oss själva beror till stor del på vad vi upplevt. Som ämne för min magisteruppsats i logopedi funderar jag över hur kvinnor med ätstörning förhåller sig till sina röster/att använda rösten i sång/tal/annat i olika sammanhang.

Vill du delta? Medverkan i studien innebär två sessioner med mig på logopedmottagning eller annan föredragen plats i Skåne, Halland eller Göteborgsregionen. Varje session beräknas ta 1-2h och . Vid första tillfället fyller vi i en blankett, samtalar och gör en röstinspelning (talröst). Vid andra tillfället provar vi ett par röstövningar och samtalar om dem.

Din medverkan är frivillig och du kan när som helst avbryta utan att behöva uppge skäl, samt utan att det får konsekvenser för medicinsk/psykologisk behandling eller eventuell medverkan i framtida studier. Dina svar och resultat kodas och sparas inlåst så att ingen obehörig kan ta del av dem. Självklart får Du ett exemplar av den färdiga uppsatsen om Du önskar.

Har du frågor om studien är du varmt välkommen att kontakta mig, Madeleine Andersson, på: 0703-952491

log14man@student.lu.se (sekretess kan ej garanteras via mail)

Handledare:

Viveka Lyberg Åhlander, logoped: viveka.lyberg_ahlander@med.lu.se

Per Johnsson, psykolog: per.johnsson@psy.lu.se

1. Biologiskt kön

Kvinna

Man

2. Ålder

3. Upplever du svårigheter med mat/ätande?

Ja

Nej

Vet ej

Om Ja, ungefär hur länge har det varit så?

4. Har du negativa tankar om din vikt och/eller kroppens utseende?

Ja

Nej

Vet ej

5. Har du en vikt som är lägre än den nedre normalgränsen för din ålder, kön och fysiska hälsa? (Är du underviktig?)

Ja

Nej

Vet ej

6. Har du intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock?

Ja

Nej

Vet ej

7. Upplever du att din självkänsla påverkas av din kroppsbild?

Ja

Nej

Vet ej

8. Verkar din uppfattning om din kropp skilja sig från omgivningens uppfattning?

Ja

Nej

Vet ej

9. Verkar omgivningen oroa sig mer för din fysiska hälsa än vad du gör?

Ja

Nej

Vet ej

10. Använder du laxermedel/diuretika?

Ja

Nej

Om Ja, ungefär hur ofta?

11. Framtvingar du kräkningar?

Ja

Nej

Om Ja, ungefär hur ofta?

12. Händer det att du hetsäter?

Ja
Nej

Om Ja, ungefär hur ofta?

13. Har du haft kontakt med logoped tidigare?

Ja
Nej

Om Ja, varför?

14. Skulle du vilja delta i studien?

Ja
Nej

Om Ja, vänligen skriv kontaktuppgifter (namn, e-postadress/ telefonnummer/ annat samt hur Du önskar bli kontaktad)

Bilaga 2

<p>Den egna rösten</p> <ul style="list-style-type: none">- Hur tänker du kring din röst?- Vad tycker själv? Vad tycker andra? Fått kommentarer?- Är den som jämnårigas?- Skillnad mellan med vem och när du pratar?- Rösttrötthet	<p>Ätstörningen</p> <ul style="list-style-type: none">- När debut? Hände något som utlöste?- Uppfattning om äs funktion idag?- Behandling?- Kroppsuppfattning (hur ser du på din kropp? Hur upplever du din kropp?)
<p>Andras röster</p> <ul style="list-style-type: none">- "Funderar du någon gång på folks röster?"- Andra med ätstörning- Inneliggande, hur pratar folk då?	<p>Personlig tillvaro</p> <ul style="list-style-type: none">- Vardagssituation- Kontrollbehov?- Konflikthantering
<p>När andra gissar ålder</p>	<p>Rösten och ätstörningen</p> <ul style="list-style-type: none">- Skillnad på rösten när ätstörningen är bättre/sämre?- Skillnad på rösten när högre/lägre vikt?- Skillnad på tillbakadragen / inte så pratsam beroende på ätstörningen bättre/sämre?
<p>Talet som kommunikationsmedel</p> <ul style="list-style-type: none">- Hur fungerar det att prata om känslor, och hur var det före eventuell terapi?- Är det lättare eller svårare för dig att sätta ord på känslor i skrift jämfört med tal?- Mobbing- COSO. "Överfall, våldsperson/knivhotad, skrika eller inte skrika", "känner att det finns saker du skulle vilja säga/ta upp men inte vågar prata om/inga möjligheter att protestera", vill du berätta?	<p>Att ta plats</p> <ul style="list-style-type: none">- Pratsam?- Olika sammanhang?- Nya sammanhang?

Bilaga 3

Jag har informerats om studiens grundläggande syfte och att mitt deltagande är frivilligt. Jag samtycker till att delta i studien och är medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva uppge orsak, samt att avbrutet deltagande inte ger konsekvenser för min möjlighet till vård eller medverkan i framtida studier.

Jag har idag, den mottagit ovanstående information och vill delta i projektet.

Ort:

Namnsteckning:

Namnförtydligande: