



Helsevitenskaplige fakultet

Kjønns betydning for gutter med spiseforstyrrelser

En litteraturstudie om sykdomsforløp og behandling av anorektiske gutter i spesialisthelsetjenesten

Kandidatnummer: 20

Ida Marie Tranum

Masteroppgave i barnesykepleie SYP-3902 mai 2020

Totalt antall ord: 14102

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Valg av tema	2
1.3	Studiens hensikt og forskningsspørsmål.....	3
1.3.1	Avklaringer og avgrensninger.....	3
1.3.2	Oppgavens oppbygging og struktur	4
2	TEORETISK RAMMEVERK	5
2.1	Anorexia nervosas historie.....	5
2.2	Kjønn og spiseforstyrrelser	6
2.3	Barn og unge med anoreksi	7
2.4	Diagnostisering	8
2.5	Behandling av anoreksi	9
2.6	Når er man frisk etter anoreksi?.....	10
3	METODE	11
3.1	Forskningsmetode og design.....	11
3.2	Innhenting av data	12
3.2.1	Litteratursøk og valg av database.....	12
3.2.2	Søkeord.....	12
3.2.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.2.4	Valg av inkluderte artikler	15
3.3	Forskningsetiske hensyn	16
3.4	Forforståelse.....	16
4	ANALYSE	18
4.1	Kvalitetsvurdering.....	18
4.2	Analyse av innhentet data	20
5	RESULTATER.....	22

5.1	Presentasjon av de inkluderte studiene.....	22
5.1	Hovedtema	26
5.1.1	Kjønnsforskjeller i perioden før behandling.....	27
5.1.2	Kliniske, psykiske og diagnostiske kjønnsforskjeller ved innleggelse	28
5.1.3	Gutters effekt av behandling sammenliknet med jenters	29
5.1.4	Kjønnsbegrunnede behov for tilpasninger for gutter i anoreksibehandling	30
6	DISKUSJON	33
6.1	Kjønnsforskjeller i perioden før behandling.....	33
6.2	Kliniske, psykiske og diagnostiske kjønnsforskjeller ved innleggelse	35
6.3	Gutters effekt av behandling sammenliknet med jenters.....	37
6.4	Kjønnsbegrunnede behov for tilpasninger i for anorektiske gutter i behandling.....	40
6.5	Studiens styrker og begrensninger	41
6.5.1	Implikasjoner for praksis.....	41
6.5.2	Videre forskning.....	42
7	Konklusjon	43
	Referanseliste	i
	Vedlegg 1	iv

Tabelliste

Tabell 1: PICO skjema med søkeordene som ble brukt for å systematisere søkeprosessen og finne relevante studier i litteraturen.....	13
Tabell 2 Kvalitetsvurdering av de inkluderte studienes kvaliteter, styrker og svakheter.....	18
Tabell 3: Artikkel 1	22
Tabell 4: Artikkel 2	23
Tabell 5: Artikkel 3	23
Tabell 6 Artikkel 4	24
Tabell 7: Artikkel 5	24
Tabell 8: Artikkel 6	25

Tabell 9: Artikkel 7	25
Tabell 10: Oversikt over studienes inndeling av funn i hovedtema. Funnene som presenteres er de som kan ha betydning for anorektiske gutters behandling	26

Figurliste

Figur 1 Flytskjema for screening, antall leste sammendrag, ekskludering og inkludering av artikler i søkeprosessen	15
--	----

Forord

*Dette er en ode
til de gutta
og de jentene som måtte gi tapt
i kampen mot mørket
for de var fine folk
de der helt fremst i frontlinjen
så ble det for mørkt der
og det er for dem vi skal slåss
med lysbrytere festet på knokene
for vi kan ikke ha det sånn
at svarte natta bare skal valse rundt
Og ta for seg*

Trygve Skaugs dikt forklarer godt bakgrunnen for at denne masteren ble skrevet. Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg ny innsikt i spiseforstyrrelsens og psykiatriens verden. Jeg kunne ikke klart det alene. Jeg ønsker derfor å rette en stor takk til Petter Næsje ved Regionalt Senter for Spiseforstyrrelser ved Universitetssykehuset Nord Norge, for å ha tro på meg og oppgaven fra dag én, og for kontinuerlige oppmuntrende ord, engasjement og konstruktive tilbakemeldinger. Takk til veileder Jorunn Tunby på barnesykepleierutdanningen ved Norges arktiske universitet UiT, for veiledning og tilgjengelighet.

Det siste halve året har krevd tålmodighet, behjelpelighet og motivasjon fra familie, venner og gode naboer. Jeg er takknemlig overfor alle dere som har hjulpet meg å ro denne oppgaven i havn, både med middager, gjennomlesing, hvetebakst og tilbakemeldinger. Til slutt ønsker jeg å takke min største motivator i livet, Ingeborg, og min co-pilot Karstein, for å hele tiden minne meg på hva som er viktigst: rosa kake med masse pynt på.

Ida Marie

Tromsø, mai 2020.

Sammendrag

Tittel: Kjønnets betydning for gutter med spiseforstyrrelser. En litteraturstudie om sykdomsforløp og behandling av anorektiske gutter i spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn: Spiseforstyrrelser har forstyrrende effekt på utvikling under viktige ungdomsår, og tidlig diagnostisering og behandling er viktig for å forhindre alvorlige medisinske komplikasjoner. Anoreksi er den dødeligste sykdommen innen psykiatrien, også for ungdom, og mørketallet for gutter med lidelsen er ansett som stort. Tidligere forskning viser at gutter med spiseforstyrrelser er underdiagnostiserte, underbehandlet og misforståtte av mange behandlere. De som arbeider med ungdom med spiseforstyrrelser blir utfordret i arbeidet med gutter med anoreksi, fordi ressursene for behandlingen i stor grad er rettet mot jenter.

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hvilke kjønnsforskjeller som sees ved sykdomsforløp og behandling av anoreksi, og om det finnes litteratur som tilsier at anorektiske gutter bør få tilpasset sin behandling i spesialisthelsetjenesten.

Metode: I denne studien er det benyttet litteraturstudie med systematisk tilnærming. Strukturerte litteratursøk i databasen PubMed resulterte sju artikler fra både kvantitative og kvalitative studier. Gjennom en tematisk analyse dannet meningsbærende enheter fra de ulike artiklene, grunnlaget for denne studiens resultater.

Resultat: Gutter med spiseforstyrrelser skjuler symptomene lenge før de søker hjelp, og har høye forventninger når de først kommer til behandling. Sammenliknet med jenter, er gutter oftere overvektige før de utvikler sykdommen, og har mindre vekttap ved innleggelse. Funnene fra denne litteraturstudien viser hyppigere forekomst av psykiatriske tilleggsdiagnoser hos gutter, og at de oftere blir diagnostisert med atypisk anoreksi. En mekanisk tilnærming til egen sykdom, tap av maskulinitet og behandlingslokaler som er tilpasset det motsatte kjønn, er noe av det som kan betyde betydning for gutters opplevelse av behandling.

Konklusjon: Det er kjønnsforskjeller både i perioden før og under innleggelse, ved diagnostisering og til dels ved effekt av behandling av anoreksi. Funn tyder på at individuelle tilpasningene kan gjøres innenfor rammene for behandlingsmodeller som tradisjonelt sett brukes til jenter, men at kjønns spesifikke retningslinjer for pasientgruppen kan tenkes å forbedre effekten behandling av gutter med anoreksi.

Nøkkelord: anorexia nervosa, gutter med spiseforstyrrelser, anorektiske gutter, kjønnsforskjeller

Summary

Title: The importance of gender in anorectic boys: A literature study on the treatment of boys with anorexia in the Specialist Health Care Service

Background: Eating disorders have a disruptive effect on development during adolescence, and early diagnostics and treatment are crucial to prevent serious medical complications. Anorexia is the deadliest psychiatric disorder and the unrecorded number of males suffering from the illness is thought to be high. Previous studies showed that men with eating disorders are underdiagnosed, undertreated and misunderstood by many caretakers. Personnel working with anorectic adolescent men face challenges as the treatment resources are aimed at women.

Aim of the study: To investigate which gender differences are observed during the course and treatment of anorexia, and to see if there is literature indicating that anorectic boys should have their treatment customized in the Specialist Health Care Service.

Method: A literature search with a systematic approach was used in this study. Structured literature searches in the PubMed database resulted in seven articles from both quantitative and qualitative studies. By using thematic analysis, meaningful entities were extracted from the articles, forming the foundation of the results presented in this study.

Results: Men with eating disorders hide their symptoms for a long time before seeking help and have high expectations when starting the treatment. Compared to women, men are more often overweight before developing the disorder and have less weight loss at admission. The findings from this study show that men have a higher frequency of additional psychiatric diagnoses and are more often diagnosed with atypical anorexia. A mechanical approach to own illness, loss of masculinity and treatment facilities customized for women, are some factors that may be of importance for the men's' experience of the treatment.

Conclusion: Gender is of importance in the period before and during admission and diagnosis of anorexia. The gender of the patient may also have an impact on the effect of treatment. Treatment should be customized to men to minimize the perception of a being atypical and feeling of lost masculinity.

Key words: anorexia nervosa, boys with eating disorders, anorectic boys, gender differences

1 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Med sine multisystemiske og medisinske komorbiditeter, kroniske tendenser og høye grad av tilbakefall og dødelighet, representerer spiseforstyrrelsene noen av de farligste psykiatriske lidelsene vi har (1). Psykiater og professor Finn Skårderud forklarer noen av utfordringene med sykdommen slik:

Noen vil mene at det er få fenomener som utfordrer oss klinikere like mye som alvorlige spiseforstyrrelser, og da især anoreksi. Følgende er langt fra hele bildet, men slik kan det også se ut: det er et stort frafall fra behandling, pasienter har ofte en vakkende motivasjon til å bli friske, dette er psykiatriens mest dødeligste lidelse, tilstandene kan vare i tiår, drømmer blir knust, liv og familieliv blir ødelagt, og behandlingsresultatene er ikke gode nok (2, s.7).

Helsemyndighetene (3) definerer spiseforstyrrelser som en gruppe psykiske lidelser med symptomer som omhandler forholdet til mat, kropp og vekt. Spiseforstyrrelser har en forstyrrende effekt på utvikling under viktige ungdomsårene, og kostnadene er store både i form av personlig lidelse og helseøkonomiske konsekvenser (4). I tillegg er spiseforstyrrelser blant de psykiatriske sykdommene som er mest påvirket av biologisk bestemte forskjeller mellom menn og kvinner, altså kjønnsdisformisme (1). Likevel opplyser Folkehelseinstituttet (FHI) at selv om forekomsten av anoreksi er ti ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn, er det sannsynligvis mange menn som lider av udiagnostiserte spiseforstyrrelser (5).

Anorexia nervosa, ofte kalt anoreksi, kjennetegnes av alvorlig undervekt og begrensninger av hva og hvor mye man spiser. På tross av dette opplever personer med anoreksi ofte en intens frykt for å legge på seg, og kan benekte både undervekten og de medisinske konsekvensene som medfølger (5). Anorektikeren har, ifølge Skårderud, fått et rykte som en vanskelig pasient som kan utløse både iver og vegring hos behandlere (6), og klinikere som behandler spiseforstyrrelser blir sannsynligvis ytterligere utfordret når det er snakk om gutter, blant annet fordi ressursene for behandling er rettet mot jenter (7).

Barnesykepleierforbundet i Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet funksjonsbeskrivelser for barnesykepleiere (8). I disse beskrivelsene står det blant annet at barnesykepleierne, ut fra barnets individuelle ressurser, skal iverksette tiltak for å opprette eller opprettholde tilnærmet normal funksjon. Videre står det beskrevet at barnesykepleierne skal bidra til at barnet og

familien lærer seg håndteringsmekanismer, for å mestre sykdom og eventuell funksjonssvikt. Det overordnede målet for behandlingen er at barnet eller ungdommen skal bli helbredet eller oppnå best mulig funksjonsnivå (8).

1.2 Valg av tema

Studiens tema er et resultat av faglig nysgjerrighet. Anoreksiens fremtreden og sykdomsforløp interesserte meg under min praksis ved et regionalt senter for spiseforstyrrelser, og jeg ble særlig nysgjerrig på de få guttene som ble innlagt. Senteret har i snitt hatt mindre enn én gutt inne til behandling hvert år, de ti siste årene.

Jeg undret meg over om stereotypier fortsatt finnes innenfor spiseforstyrrelser, og om disse kan forhindre guttenes tilgang på evidensbasert behandling. Dette var på bakgrunn av studier som viser at gutter og menn med spiseforstyrrelser er underdiagnostiserte, underbehandlede og misforståtte av mange behandlere (7). At hvilket kjønn vi er født som legger enkelte føringer for livet vårt, skaper høyt personlig engasjement. For meg handler kjønnsforskjellene i denne sammenhengen om mellommenneskelig urettferdighet. Et enkelt søk i databasen PubMed i april 2020 viser kjønnsforskjellene innen tidligere forskning på anoreksi: *anorexia nervosa* AND *girls* gir 3370 antall treff. Bytter du ut *girls* med *boys*, reduseres treffene til 439. Hvor er guttenes plass? Mange kvinner, inkludert meg selv, roper høyt om likestilling for kvinner på alle arenaer, men hvem roper for disse guttene? Etter hvert som jeg undersøkte, innså jeg at det er mange som roper. Forskerinteressen for temaet har økt de siste årene, og trenden med en behandling som retter seg mot jenter, er i endring. Det er likevel fortsatt et behov for forskning på gutter og deres kjønns spesifikke utfordringer, slik at de kan forstås bedre og deretter behandles med større grad av suksess (7).

Oppgaven omhandler for det første en komplisert psykiatrisk lidelse. I tillegg er de det gjelder i en ung og sårbar fase av livet, og befinner seg i en minoritetsgruppe som er utsatt for stigma og fordommer (7;9).

1.3 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Oppgavens overordnede tema er kjønns betydning for gutter med spiseforstyrrelser.

Hensikten med studien er å undersøke hvorvidt det finnes kjønnsforskjeller i anoreksiens sykdomsforløp og behandling, og om disse forskjellene tilsier at gutter bør få tilpasset sin behandling i spesialisthelsetjenesten.

Studiens hensikt leder til følgende forskningsspørsmål:

- *Hvilke kliniske kjønnsforskjeller kan, i forskningslitteratur, sees ved sykdomsforløp og behandling av anoreksi?*
- *Hva sier forskningslitteraturen om anorektiske gutters behov for tilpasset behandling?*

1.3.1 Avklaringer og avgrensninger

Oppgaven er skrevet for alle med interesse for temaet, men fordi dette er en masteroppgave i barnesykepleie, brukes begreper som anses som kjente innenfor feltet. Det er likevel noen begreper som må avklares. Som tittelen presiserer, forstås *behandling* i denne studien som behandling guttene får innen spesialisthelsetjenesten. Med dette menes behandlingsopphold som tar sikte på å hjelpe guttene å bli frisk fra sykdommen, ikke stabiliseringsopphold på somatisk avdeling. Med *tilpasset behandling* menes det i denne oppgaven eventuelle justeringer og tilretteleggelser som gjøres for å optimalisere behandlingen for gutter. Begrepet *stigma* brukes her i overført betydning som mindreverdighetsstempel, og *stigmatisering* beskriver en sosiologisk prosess hvor individer plasseres i en bestemt kategori med diskrediterende kjennetegn og egenskaper. Jeg finner bruken av norske ord hensiktsmessig, slik at kroppsmasse-indeks (KMI) erstatter Body mass-index (BMI). Videre i oppgaven er det gjennomgående valgt å omtale anorexia nervosa som «anoreksi», med unntak av når det vises til diagnostiske kriterier og definisjonen av disse. Det artiklene omtaler som «outpatient» og «inpatient treatment», forstås i denne oppgaven som poliklinisk behandling og døgnbehandling. De inkluderte studiene bruker et annet diagnosesystem enn den norske spesialisthelsetjenesten, men på grunn av oppgavens hensikt avklares diagnosekriteriene etter diagnoseverktøyet som brukes i Norge.

To av studiens inkluderte artikler omhandler barn og unge, med en gjennomsnittsalder på 14-15 år. De andre studiene er utført på voksne, og tas med på bakgrunn av begrenset forskning

på ungdom. Dette omtales nærmere i analysekapittelet. Gjennomgående i oppgaven betegnes ungdommene som gutter og de voksne som menn.

Somatiske komplikasjoner er tatt med i den grad de er nevnt i artiklene, men det er ikke søkt etter spesifikke komplikasjoner. Ulike terapeutiske behandlingsprinsipper og foreldrenes rolle i behandlingen diskuteres ikke. Spiseforstyrrelsesdiagnosene Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) og Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED) er diagnosekategorier som på grunn av mangel på relevans kun nevnes kort i denne studien. Funn resulterte i at diagnostiseringsprosessen tas med som et eget tema for diskusjon, på tross av at det ikke ligger direkte i forskningsspørsmålenes omfang.

Studien fokuserer ikke utelukkende på barnesykepleiers rolle i behandlingen, da behandling av psykiatriske lidelser er sammensatt og i høy grad bygger på samarbeid på tvers av yrkesgrupper.

1.3.2 Oppgavens oppbygging og struktur

I kapittel 2 bygges studiens teoretiske rammeverk, hvor teoretiske sammenhenger mellom kjønn, diagnostisering og behandling vil stå sentralt. Kapittel 3 er oppgavens metodekapittel, hvor jeg redegjør for studiens metode og bruken av denne. Analyseringen av innhentet data utdypes i kapittel 4. Kapittel 5 er dedikert til presentasjon av resultater. For å besvare forskningsspørsmålene, drøftes de mest relevante resultatene opp mot oppgavens teoretiske rammeverk i oppgavens diskusjonsdel.

2 TEORETISK RAMMEVERK

Dette kapittelet tar for seg tidligere forskning og den teoretiske tilnærmingen som ligger til grunn for oppgaven. For å forstå anoreksi hos gutter, må vi først se på sykdommen i sin helhet. Innledningsvis presenteres sykdommens historie og hvordan den har påvirket dagens diagnostikk. Videre belyses kjønnsforskjeller ved anoreksi og spiseforstyrrelser generelt, og hva som er spesielt med unge gutter som lider av anoreksi. Avslutningsvis presenteres Aron Antonovskys teori om en salutogen tilnærming til helse, da denne belyser en teoretisk tilnærming til behandlingen av gutter i oppgavens diskusjonsdel.

2.1 Anorexia nervosas historie

Dersom vi går 470 år bak i tid, sees det flere likheter med det de da kalte *klorose*, og det som diagnostiseres som *anorexia nervosa* i dag. *Klorose* ble omtalt som en «disease of virgins» eller «febris amatoria», hvor årsaken etter sigende var uberørt kjærlighet. Den rammet i hovedsak ugifte jomfruer, dog i enkelte tilfeller også gifte, barnløse kvinner. Symptomene var blekhet, blodfattighet og amenoré (opphørt menstruasjon) (10). Johannes Lange var den første som publiserte noe vitenskapelig om *klorose*. Han skrev i 1554 at den stansede menstruasjonen førte til at det dårlige blodet som kvinnen ikke fikk kvittet seg med, ble absorbert og vandret til hjernen. Dette gjorde henne «foolish and delirious», og kuren var å bli gravid (10). Det kan jo diskuteres hvor vidt det er lettere sagt enn gjort å bli gravid uten tilstedeværelse av menstruasjon, men til det er masteroppgaven for kort.

Det skulle ta 150 år før noen foreslo at *klorose* også kunne ramme menn, men det var svært sjeldent og rammet kun de menn som var både unge og delikate (10). Sammensettingen av symptomene for *anorexia nervosa* ble beskrevet for første gang i 1694 av Richard Morton, hvor han kartla sykdomsforløpet hos både ei jente og en gutt. Sir William Gull beskrev og navnga *anorexia nervosa* i 1874, og sykdommen ble på denne tiden også omtalt som *anorexia hysterica*. *Hysterica* ble byttet ut med *nervosa*, da Gull både observerte og erkjente at lidelsen også kunne opptre hos menn, og det på den tiden verserte en tro om at menn ikke kunne bli hysteriske (1). Ordet *an-orexia* stammer fra gresk og kan på norsk oversettes til uten appetitt. *Nervosa* representerer at *anorexia* sammen med *bulimi* utgjør de såkalte nervøse spiseforstyrrelsene (6). Primærsymptomene var på Gulls tid ekstremt vekttap uten bakenforliggende organisk sykdom, lav puls og lav respirasjonsfrekvens som følge av sult og amenoré. Irritabilitet og et høyt energi- og aktivitetsnivå på tross av underernæring ble også notert som noen av sykdommens komplikasjoner (11).

Skildringer av anoreksi hos menn finnes også i eldre litterære verk. I novellen «En sultekunstner» utgitt i 1935, fører Franz Kafka oss gjennom en mannlig sultekunstners liv. Mannen settes i bur for å sultes foran et stadig økende publikum, og det blir etter hvert tydelig at det som startet som en publikumsattraksjon glir over til å bli en dødelig lidelse:

Selv var han derfor den eneste fullkomne tilskuer til sin sultekunst. Men han var av en helt annen grunn aldri tilfreds. Kanskje var det slett ikke av sult at han var så mager at mange til sin beklagelse måtte holde seg borte fra forestillingen fordi de ikke holdt ut synet av ham. Kanskje var han så mager fordi han var utilfreds med seg selv. Han alene visste jo det som ikke engang de innvidde var klar over, nemlig hvor lett det var å sulte. Det var den letteste sak av verden (12, s. 186).

Frans Kafka ble etter sin død diagnostisert med anorexia nervosa (6). Den innflytelsesrike engelske poeten George Gordon Lord Byron (1788-1824) skal på grunn av en skrekk for fett, ha sultet sin kropp for å holde hodet klart og levde i perioder kun på sodavann og kjeks. I tillegg til de verdenskjente diktene «Don Juan» og «Childe Harold's Pilgrimage», skrev han rapporter om sin egen kropp og matinntak: «Mitt skjelett kunne nok tåle litt fett. Men djevelen kommer alltid sammen med det, inntil jeg sulter ham ut» (13, s.187).

Gutter og menn med spiseforstyrrelser har altså vært å finne i både vitenskapelige og skjønnlitterære verk like lenge som jentene, men av ulike og delvis uvisse grunner har de ikke fått samme oppmerksomhet og forskerinteresse. En amerikansk studie konkluderte med at nyhetsmedier i USA ofte presenterer spiseforstyrrelsene som et resultat av personlige eller sosiale problemer blant unge, hvite jenter, og ikke som de komplekse mentale sykdommene de er (14). Slik ensidig og lettbeint fremstilling i nyhetsbildet kan føre til en opprettholdelse av stigmatisering og bidra til å forhindre diagnostisering og behandling (14;15).

En studie fra 2008 konkluderte med at gutter som led av problemer med eget kroppsbilde og spiseforstyrrelser hadde et enormt stigma å overkomme, og at stereotypiene som ble fremstilt i medier verden over hadde resultert i neglisjering av denne gruppen både når det gjaldt diagnostisering og behandling (7).

2.2 Kjønn og spiseforstyrrelser

Studier rapporterer en økning i antallet menn med spiseforstyrrelser de to siste tiårene (7;16;17). For 20 år siden ble forholdet mellom menn og kvinner med spiseforstyrrelser angitt til å være 1:15, mens det i 2005 var estimert til 1:8 (16). En nyere studie hevder at opptil 1/5

som rammes av spiseforstyrrelser i Storbritannia er menn, og amerikansk forskning høyner med at menn kan stå for så mange som 1/4 av tilfellene (18). Prevalensvariasjonene på utbredelsen av spiseforstyrrelse hos gutter og menn kan skyldes en kombinasjon av liten mengde forskning og underdiagnostikk (1). I tillegg kan tallene for forekomst av anoreksi variere på grunn av bruken av ulike diagnose-system (3). Dette diskuteres i eget delkapittel senere.

Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis) innhenter informasjon fra 11 behandlingssenheter for pasienter med spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. Deres årsrapport for 2018 viser at gutter og menn utgjorde 5,4% av de totalt 228 pasientene som ble behandlet ved de ulike behandlingssenheterne dette året. Riksät (4) er Sveriges tilsvarende kvalitetsregister, og viser til likende tall i deres rapport for perioden 2016-2018. Her representerte gutter og menn 5,0 % av den totale gruppen pasienter. Registeret påpeker selv i rapporten at denne prosentandelen gutter er noe lavere enn hva man skulle forventet basert på epidemiologiske studier (4).

2.3 Barn og unge med anoreksi

Finn Skårderud (6) definerer det å være ung som *å skulle bli noen*, og at unge mennesker må skape seg selv. Han poengterer også at det å bli voksen ikke er medfødt, og at det ikke er en selvfølge at man blir det. Intellettet følger måtelig etter en kropp som nok vokser til av seg selv, men den følelsesmessige utviklingen kommer ikke like selvsagt (6).

Vitenskapelige studier på forekomst av de ulike spiseforstyrrelsene hos personer under 20 år, er vanskelige å finne (19), noe jeg fikk erfare i arbeidet med denne oppgaven. Tall på debutalderen varierer i ulike studier, så her velger jeg å referere til registrene. I Norge var 29,4% av de som startet i behandling i 2018, i aldersgruppen 10-20 år (20). Igjen er tallene like med vårt naboland, hvor de under 18 år sto for 26,6% av det totale antallet (4).

Forskere har undret seg over likhetene som finnes mellom de yngre og de eldre som lider av anoreksi. Sykdommens bakgrunn, adferd, symptomer, somatikk og psykologi er slående lik på tvers av alder, men det er imidlertid noen forskjeller som bør trekkes frem. Barn i den prepubertale fasen har en annen fettfordeling enn de som er i puberteten. Denne fettfordelingen fører til at avmagringen raskere kan bli alvorlig for barn i prepubertal fase (6). Pubertetsstart defineres ut fra ytre tegn som pubesbehåring og genitaliautvikling, og for gutter sies en tidlig pubertet å starte i niårsalderen. Prepubertale barn med anoreksi kan vise

manglende evne til å nå forventet vektøkning i vekstperioden (3). Pubertetens biologiske kjønnsprosess starter barnas psykologiske prosesser og en søken etter identitet, noe som for mange kan føre til endringer i oppfatningen av seg selv (6). Samtidig viser undersøkelser at prognosen er bedre dersom sykdommens debut er i barne- og ungdomsårene (6), men dette fordrer at symptomene blir fanget opp og at behandlingen starter raskt. Ifølge Helsebibliotekets pediatriveileder, er følgende eksempler på somatiske komplikasjoner hos barn med anoreksi: hypoglykemi, elektrolyttforstyrrelser, syre-baseforstyrrelser, bradykardi, hjertesvikt, rytmeforstyrrelser, vekststagnasjon, forsinket pubertetsutvikling, amenoré, osteoporose, nedsatt tarmmotilitet, leukopeni, redusert immunforsvar og nyresvikt (21). Et alvorlig somatisk forfall vil gjøre at sykdommen eskalerer raskere hos barn enn hos voksne (6), og nyere forskning viser at blant ungdommer er det anoreksi som har den høyeste dødelighetsraten av alle psykiatriske lidelsene (9).

2.4 Diagnostisering

Tidlig diagnostisering av spiseforstyrrelser kan forhindre utviklingen av langvarig og potensielt livstruende psykiatrisk morbiditet (9). Det finnes to internasjonale diagnostiseringssystemer, WHO's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Diagnostiseringsverktøyet ICD ble oppdatert ved utgangen av 2018 (22). Den nye versjonen, ICD-11, innebærer noen spiseforstyrrelses-diagnostiske omformuleringer. En vesentlig endring når det gjelder spiseforstyrrelser hos gutter og menn, er at kriteriet for amenoré fjernes (22).

Det er fortsatt utgaven fra 1993, ICD-10, som brukes i Norge. Det tar lang tid å innføre nye diagnosesystemer, og den nye versjonen blir trolig ikke aktuell å følge her til lands før om flere år (22). Ifølge Helsedirektoratet (3) skal følgende ligge til grunn før en sikker anorexia nervosa diagnose kan stilles: kroppsvekten ligger på minst 15 % under forventet vekt, og holdes der enten ved vekttap eller ved manglende vektøkning. Vekttapet er selvframkalt ved at «fetende mat» unngås. Fremkalt brekninger, bruk av avføringsmidler, apettittdempende midler, diuretika og/eller overtrening kan også foreligge. Individet har en vedvarende frykt for å bli overvektig med bakgrunn i en forstyrret oppfatning av egen kropp, og pålegger seg selv en lav vektgrense. En omfattende endokrin sykdom som følge av vekttap gir amenoré hos jentene, og tap av seksuell interesse og potens hos guttene. Det kan også sees økte mengder

av veksthormoner og kortisol, metabolismeforandringer av tyreoidhormonet og unormal insulinsekresjon (3). Dersom sykdomsutbruddet skjer prepubertalt, vil pubertetsutviklingen forsinkes i form av vekststans av brystene og amenoré hos jentene, og underutvikling av guttenes genitalier. Ved helbredelse blir puberteten ofte fullført normalt (3).

ICD-10 opererer ikke med differensiering av alvorlighetsgrad for spiseforstyrrelser. Med bakgrunn i en viss sammenheng mellom behandlingsnivå, sykdomskomplikasjoner og alvorlighetsgrad, kan DSM brukes som veileder for slik gradering. For anorexia nervosa vil et raskt vekttap over kort tid indikere at tilstanden er alvorlig, og jo lavere kroppsmasseindeks (KMI) jo høyere alvorlighetsgrad (3). Et raskt vekttap over kort tid hos voksne defineres av Helsedirektoratet (3) som et vekttap på 30% i løpet av tre måneder. Det er ikke oppført liknende definisjon for gradering hos ungdom.

Atypisk anoreksi er en diagnose som gis til personer som ikke oppfyller ett eller flere av de mest sentrale kjennetegnene for anoreksi. Dette vil gjelde dersom personen har et anoreksitypisk klinisk bilde, men mangler ett eller flere diagnosekriterier (3). Det samlede kliniske bildet av pasienten gir altså ikke grunnlag for å stille diagnosen anoreksi (6). Ved anoreksi og atypisk anoreksi, kan personen holde vekten nede på flere måter, men dette deles grovt inn i to typer: restriktiv og bulimisk anoreksi. Ved restriktiv anoreksi begrenser personen matinntaket, mens bulimisk type innebærer regelmessig overspising, for så å kvitte seg med maten enten gjennom å kaste opp, ta avføringspiller eller trene mye. Man kan ha begge typene på ulike tidspunkt av sykdommen (23).

2.5 Behandling av anoreksi

Personer med spiseforstyrrelser har behov for psykiatrisk behandling, og behandlingsformen må være en kombinasjon av klare atferdstiltak som skal redusere symptomene, og en psykoterapeutisk arbeidsform som retter seg mot personens underliggende og vedlikeholdende faktorer (3).

En forutsetning for utredning og behandling av spiseforstyrrelser er ifølge Helsedirektoratet (2017) tilstedeværelse av tilstrekkelig kompetanse, rammer og ressurser til å gjennomføre behandlingen. Kompetanse sees på som en kombinasjon av klinisk erfaring og teoretisk kunnskap. Både i poliklinikker og døgnenheter som skal behandle pasienter med spiseforstyrrelser, må behandlingstilbudet sikre en slik kompetanse. På døgnenheter er det

særlig viktig at det miljøterapeutiske miljøet og de fysiske rammene er tilpasset pasientgruppens alder og at det er grunnlag for å kunne ivareta individuelle behov (3).

Behandlere jeg har snakket med som jobber med spiseforstyrrelser, uttaler at det ikke finnes et tydelig skille mellom syk og frisk ved anoreksi, og at kroppen ofte blir frisk før hodet gjør det. Ifølge Skårderud er det viktig å ha en realistisk holdning til at behandlingen ofte er av flere års varighet, og at behandlerens utfordring ligger i å fortsette behandlingen passe lenge og lenge nok (6).

2.6 Når er man frisk etter anoreksi?

Som alternativ til å karakterisere mennesker som friske eller syke, hvor det å være frisk defineres ved et fravær av sykdom, lanserte Aron Antonovsky i 1979 en teori som forklarer helse som et kontinuum. Et kontinuum forstås som noe vedvarende og fortløpende, i den forstand at samtidig som at vi alle er døende, er vi i en eller annen grad friske, siden det er liv i oss. Salutogenesen handler om å lokalisere hvor på dette kontinuumet vi befinner oss. Antonovsky's salutogene tilnærming vektlegger faktorer som skaper en høyere grad av helse og vektlegger personens historie og mestringsevne fremfor fokus på diagnosen (24).

Betydningen av denne tilnærmingen i behandling er dokumentert innen forskning av blant annet psykiske helseproblemer. Målet med en slik tilnærming er ikke bare å behandle symptomer, men også å gjøre folk i stand til å leve best mulig med utfordringene sine (24). Helsefremming ved forebygging og behandling står med andre ord sentralt i denne modellen. I motsetning til patologiens forsøk på å forklare hvorfor folk blir syke, har den salutogene tilnærmingen et mål om å svare på hva som skaper god helse for den enkelte (25). Drøftingsdelen tar for seg denne teorien opp mot deler av studiens funn.

3 METODE

I dette kapittelet redegjøres det for metodevalg og valg av rammeverk for innsamling av data. Prosessen rundt analysing av data omtales for oversiktens skyld, i et eget kapittel.

3.1 Forskningsmetode og design

Formålet med denne studien er å undersøke betydningen kjønn har for behandling av gutter med anoreksi i spesialisthelsetjenesten. Metoden som er valgt skal besvare studiens forskningsspørsmål, og bidra til å komme frem til ny kunnskap (26). Studiens første forskningsspørsmål omhandler hvorvidt det finnes kjønnsforskjeller ved sykdomsforløp og behandling av anoreksi. Det andre stiller spørsmål om anorektiske gutters behov for tilpasset behandling. Oppgavens formål skildrer en vurdering av dagens utøvede praksis.

Praksisforbedring krever ifølge Helen Aveyard (27) at informasjonen den nye praksisen belager seg på, er forankret i vitenskapelig forskning. Vitenskapelig forskning er det som gir grunnlag for evidensbasert praksis, som viser til en fordelaktig innføring av forskningskunnskap i utførelsen av praksisen (27).

Forskningsspørsmålene i denne studien er av slik art at jeg finner litteraturstudie som hensiktsmessig metode for å besvare disse, da de fordrer en innhenting av både kvantitative og kvalitative data. En litteraturstudie bidrar til å gi en oversikt over forskning som er gjort på et spesifikt område, og vil kunne belyse temaet fra ulike sider (27). Kliniske variabler kan belyses kvantitativt, og behovet for tilpasninger kan innhentes ved opplevelser og erfaringer fra kvalitativ data (27). Fordi både kvalitativ og kvantitativ forskning utføres innenfor fastsatte paradigmer for de gitte metodene, kan data og tekster gi nye resultater, dersom de fortolkes eller analyseres innen et annet paradigme (26).

Metodedesignet jeg bruker, er gjennomgående forankret i Helen Aveyards (27) guide for gjennomføring av litteraturstudier, og refererer til hennes beskrivelse av litteraturstudier med systematisk tilnærming. Designet har et mindre omfang enn en systematisk litteraturstudie, men defineres likevel som en *litteraturgjennomgang av god kvalitet*. Dette betyr at litteraturgjennomgangen skal møte kravene for systematiske litteraturstudie. De generelle retningslinjene og prinsippene for gjennomføring av systematisk litteraturstudie med kritisk analyse, er også gjeldene for denne oppgavens design (27).

3.2 Innhenting av data

Videre i kapittelet tydeliggjøres litteraturstudiets faser: valg av søkeord og databaser, inklusjons- og eksklusjonskriterier og kvalitetsvurdering av inkluderte artikler. Avslutningsvis løftes forskningsetiske hensyn og min egen forforståelse.

3.2.1 Litteratursøk og valg av database

For å finne relevant data til å belyse mine forskningsspørsmål, måtte det først avklares hvilken kvalitet og vitenskapelig forankring det skulle være på forskningen som legges til grunn for besvarelsen (27). Til denne studien var jeg utelukkende ute etter empirisk forskning i form av fagfelleverderte, vitenskapelige artikler.

Nyere forskningsresultater og tidsaktuelle faglige diskusjoner innen medisin- og helsefag, publiseres som regel tidsskrifter (28). Mine søk skulle derfor gjøres i artikkeldatabaser som refererer til tidsskrifter innen helse- og medisin. Litteratursøkene som ga meg de inkluderte artiklene, ble utført i databasen PubMed. Denne databasen består hovedsakelig av vitenskapelige artikler fra ulike tidsskrifter, og inneholder referanser fra både Medline og Oldmedline. Medline er ansett som en av de viktigste artikkeldatabasene innen medisin og sykepleie (28). Siden PubMed i noen tilfeller vil gi bredere funn med hensyn til både tidsrom og emneområde enn Medline, valgte jeg denne databasen. Det ble også utført søk i UpToDate, PsycINFO, Cinahl og Swemed+ med samme søkeord og kombinasjoner av disse, uten at det ga noen relevante funn på tidspunktet søkene ble gjennomført.

3.2.2 Søkeord

Søkeprosessen startet med uformelle testsøk i databasen PubMed. Søkeordet *Anorexia nervosa* ga 16315 treff. Som nevnt innledningsvis fikk jeg kun 439 treff ved å kombinere dette med *boys*, noe som ga meg en indikasjon på at det finnes lite forskning på gutter med anoreksi. En del av min systematiske søkestrategi var å strukturere søkeord basert på forskningsspørsmålene, inn i et PICO-skjema (tabell 1). Bruken av PICO-verktøyet klargjorde mine forskningsspørsmål for litteratursøk.

Tabell 1: PICO skjema med søkeordene som ble brukt for å systematisere søkeprosessen og finne relevante studier i litteraturen

Population Pasient	Intervention Intervensjon	Comparison Sammenlikning	Outcome Endepunkter
<i>Boys</i> <i>Male child</i> <i>Young male</i> <i>Young men</i> <i>Adolescent</i> <i>Men</i>	<i>Anorexia nervosa</i>	<i>Gender</i> <i>Gender differences</i> <i>Sex differences</i>	<i>Treatment</i> <i>Treatment adaptations</i> <i>Clinical characteristics</i>

Det viste seg at *gender differences* og *sex differences* ble avgjørende søkeord, ikke bare for å finne litteratur om kjønnsforskjeller, men for å få tak i studier som omhandler det som utpreger seg hos gutter. Jeg brukte tre filtre i databasen, for å ekskludere studier allerede når søkene ble utført: *Published last 10 years*, *Humans* og *Full text*. Ved å kombinere flere søkeord med de boolske operatørene AND og OR kunne jeg utvide eller innskrenke antall funn. Fordi dette er et relativt nytt forskningsfelt, ble de beste søkene gjort ved å bruke få og enkle søkeord. Søkene er dokumentert for etterprøving i Vedlegg 1. Kontrollsøk utført 05.05.2020, viste totalt fire flere funn på de to søkene, på artikler som ble publisert i februar/mars i år.

At jeg hadde løpende kontakt med en fagperson som er både ivrig og engasjert i temaet var også utslagsgivende for mine funn, da han ved flere anledninger bidro med ny og relevant vitenskapelig forskning.

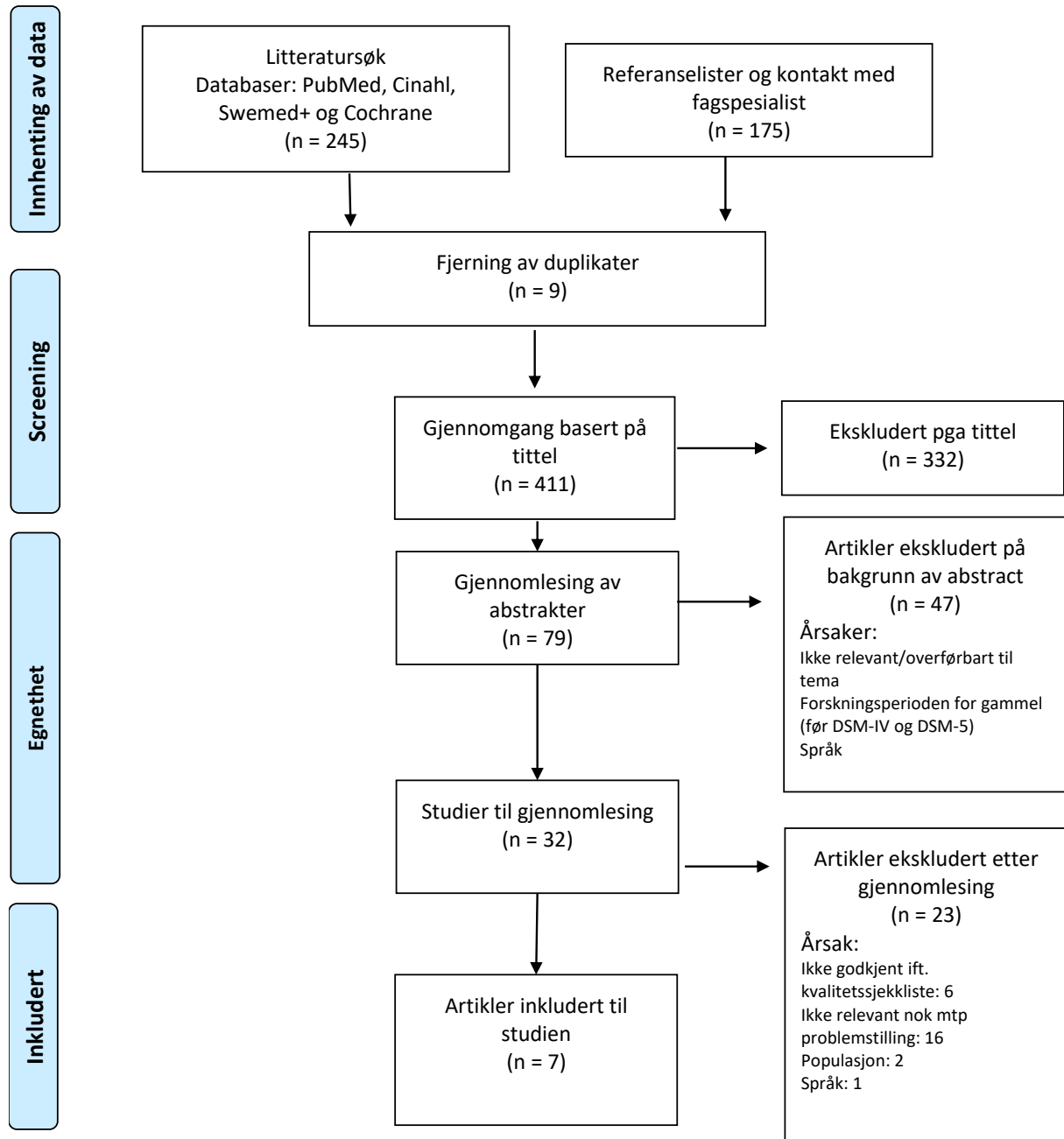
3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg ønsket å finne nyere forskning, så artiklene måtte være publisert etter 2010. De måtte også være skrevet på engelsk eller skandinavisk, og ligge i tidsskrifter som jeg har tilgang til via UiT. Reviews var av spesiell interesse, da disse kunne belyst denne studiens tema på en vid og oversiktlig måte. Flere kriterier tilkom underveis i arbeidet, blant annet at studiene artiklene refererte til måtte være utført etter de to nyeste versjonene av diagnosesystemet DSM, DSM-IV eller DSM-5. Ingen relevante studier benyttet ICD-systemet. På bakgrunn av manglende forskning på gutter og ungdom, ble studier på voksne menn hvor deler av funnene kan ha betydning for behandlingen som rettes mot gutter, inkludert. Dette er også grunnen til

at noen av de inkluderte studiene utforsker spiseforstyrrelser generelt, og noen kun tar for seg anoreksi.

Eksklusjonskriteriene var ikke så mange i starten, for å ikke utelukke artikler som kunne tilføre denne studien uante synspunkt eller relevant informasjon. Kriteriene ble likevel flere etter hvert som jeg leste sammendrag. Artikler som ikke møtte kriterier for godkjente vitenskapelige studier gjennom kvalitetssjekklistene, ble ekskludert. Dersom studiene kun omhandlet jenter, sammenlikning av ulike spiseforstyrrelser eller prevalens av komorbiditet i form av enkelte somatiske lidelser, ble de ekskludert.

3.2.4 Valg av inkluderte artikler



Figur 1 Flytskjema for screening, antall leste sammendrag, ekskludering og inkludering av artikler i søkeprosessen

Artiklene jeg innhentet utenom litteratursøkene, ble vurdert på samme måte som de jeg fant i databasene. Denne delen av prosessen ga meg en gylden mulighet til å kvalitetsvurdere andre studier som ikke omhandlet tema direkte. Noen av disse viste seg senere å være relevante for å belyse temaer i denne oppgavens diskusjonsdel.

Søkeprosessen resulterte i sju inkluderte studier: tre tverrsnittstudier, en kohortstudie og tre kvalitative studier. Seks av artiklene er resultater fra to søk i PubMed, utført i januar 2020. Den siste har jeg fått fra fagekspert.

Grunnet få treff i søkeprosessen, er det kun to av de kvantitative studiene som omhandler barn og unge under 18 år. De øvrige studiene er inkludert da jeg anser innholdet i disse som overførbart til ungdom.

3.3 Forskningsetiske hensyn

Denne studien krever ingen spesiell godkjenning.

Fordi jeg håndterer sekundærdata, fordrer dette at jeg kvalitetssjekker om studiene er utført på en etisk forsvarlig måte. Dette er en del av kvalitetsvurderingen som beskrives i tabell 3 i oppgavens analysedel.

Utførelsen av den enkelte studies forskningsmetode skal være tydelig beskrevet og berettiget i en egen forskningsprotokoll, hvor etiske prinsipper og etterfølgelsen av disse skal adresseres (29). Forskningsprotokollene for de inkluderte studiene er godkjent av forskningsetiske komiteer innen gjeldene forskningsfelt, og eventuelle økonomiske stønader og interessekonflikter er gjort transparente og godkjente.

Alle de inkluderte studiene er fagfellevurderte og godkjent til publisering i PubMed.

3.4 Forforståelse

Før jeg bestemte meg for tema og hensikt for oppgaven, hadde jeg ut fra tidligere forskning dannet meg et bilde av gutter med spiseforstyrrelser som underbehandlete og misforståtte. På bakgrunn av medias fremstilling og min begrensede kunnskap om tema, mistenkte jeg at gutter med anoreksi skjulte sykdommen i lang tid, og at de derfor var tynnere og sykere enn jenter når de kom til behandling. Jeg antok at gutter ville føle seg malplasserte i behandlingssettingen, og at dette kunne gi dårligere effekt av behandlingen. Basert på egen erfaring fra praksis, antok jeg likevel at behandlingen ble tilrettelagt for å sikre guttenes rett på lik behandling, og at behandlingen dermed ville gagne begge kjønn tilnærmet likt. Likevel slo det meg at behandlingen antageligvis *opplevdes* annerledes for guttene enn jentene, da jeg ble oppmerksom på hvor sjeldent det var med innleggelser for gutter.

Gadamer's hermeneutiske filosofi baseres på refleksjonen rundt ens egen evne til å forstå, og at en er bevisst hvilken kunnskap denne forståelsen er basert på. Han vektla betydningen av at alle innehar en historisk bevissthet, og anså dette som en positiv betingelse for kunnskap og forståelse. Vi er alle en del av historien, noe som gjør det umulig å trå ut av den for å se på fortiden helt objektivt. Man kan ikke fjerne sin egen forforståelse, og det er nettopp forforståelsen i seg selv som gjør oss i stand til å forstå (30). Underveis i dette arbeidet har jeg vært bevisst på min egen forforståelse, og forsøkt å la denne være usann til den ble bekreftet eller avkreftet. Et eksempel på dette er at jeg inkluderer funn som motsier mine forforståelser. Studien er preget av et ønske om å være åpen for at min forforståelse ikke stemmer.

4 ANALYSE

Studiens dataanalyse er utført i henhold til Aveyards (27) føringer for tematiske analyse. Det første steget i analysen var å vurdere artiklenes kvalitet. Kunnskap om studienes styrker og svakheter ga meg mulighet til å vektlegge studienes funn annerledes, ut fra de enkelte studienes grad av kvalitet.

4.1 Kvalitetsvurdering

En undersøkelse av de inkluderte studienes grad av troverdighet krever kritiske vurderinger. Slik kritisk vurdering av litteraturen er ikke en nøyaktig vitenskap, og til en viss grad er man avhengig av egen dømmekraft (27). Det er likevel viktige verktøy som kan hjelpe en mastergradsnovise som meg i denne vurderingen. Som en del av kvalitetssikringen i ekskluderingsprosessen ble tidsskriftene som hadde publisert artiklene, sjekket i Norsk Senter for forskningsdata (NSD), hvor alle er vurdert som nivå 1 eller 2. De sju studiene ble deretter kvalitetsvurdert etter metodespesifikke sjekklister fra Håndbok for Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (31). Oversikt over den utførte kvalitetsvurderingen vises i tabell 2. Alle de inkluderte studiene oppfyller metodiske krav. Kvalitetsnivåene lav, middels og høy er satt ut fra hvor mange kriterier som blir møtt i sjekklister. I de tre studiene av middels kvalitet, anses ikke svakhetene til å være av så stor betydning at dette ville endret studienes konklusjoner. Artikkel 1-4 er kvantitative studier, og 5, 6 og 7 er kvalitative. Utover dette er artiklene nummerert tilfeldig.

Tabell 2 Kvalitetsvurdering av de inkluderte studienes kvaliteter, styrker og svakheter

Artikkelnr.	Kvalitet	Styrker	Svakheter
1 Welch, Ghaderi & Swenne, 2015	7/7 kriterier møtt i sjekklister for tverrsnittstudier Studien er av høy kvalitet	Adekvat datamengde og statistisk tyngde til å gi meningsfull statistisk sammenlikning av kliniske, kjønnsmessige karakteristika. Det redegjøres for etiske, økonomiske og interessehensyn	Studien er kun utført på en klinikk. Gruppene som ble sammenlignet er ikke fra samme periode.
2 Voderholzer et al., 2019	6/7 kriterier møtt i sjekklister for tverrsnittstudier Studien er av høy kvalitet	Et relativt høyt antall inkluderte menn gir høyere reliabilitet til funnene. Populasjonen er klart definert, og utvalget er representativt. Det er brukt standardisert datainnsamling og adekvate dataanalyser.	Funnene er selvrapporterte. Ingen systematisk oppfølging ble gjort etter utskrivelse. Det er ikke gjort rede for eventuelle økonomiske stønader eller interessekonflikter. Det redegjøres ikke for om forskningsprotokollen er godkjent av etisk komite.

3 Coelho et al., 2018	6/7 kriterier møtt i sjekklister for tverrsnittstudie Studien er av høy kvalitet	Stor deltakerstørrelse, og stor bredde av fysiske vurderinger og en detaljert psykiatrisk vurdering. Ikke selvrapportering. Grundig forklart metode, datainnsamling og analyse. Funnene svarer til metoden, og konklusjonen samsvarer med resultatene.	Datainnsamlingen fra jentegruppen representerer ikke alle de individene som fulgte behandlingsprogrammet i perioden. En del verdier oppgis kun for guttene, og lar seg dermed ikke sammenlikne med tanke på kjønnsforskjeller.
4 Gueguen et al., 2012	7/10 kriterier møtt i sjekklister for kohortstudier Studien er av middels kvalitet	Prospektiv studie med høy deltakerrate og oppfølging av alle deltakerne. Begge grupper er fra samme populasjon, og var sammenliknbare med tanke på viktige bakgrunnsfaktorer. Tydelig frafallsanalyse.	Studien undersøkte kun voksne med de alvorligste gradene av AN, så en direkte generalisering av funnene er ikke forsvarlig. Liten deltakergruppe kan ikke gi god variasjon i funnene. Noen ville kun fått oppfølging i 4 år, en lengre studieperiode kunne gitt viktige funn.
5 Pettersen, Wallin & Bjork, 2016	7/10 kriterier møtt i sjekklister for kvalitative studier Studien er av middels kvalitet.	Tydelig studiedesign og kontekst. Populasjon, innsamling og analyse av data er godt forklart. Deltakermengden er stor nok til å gi variasjoner i resultatene.	Veldig overordnet formål, ikke spesifisert. Ingen standardiserte målinger ble gjort for å fange opp nåværende symptomer på spiseforstyrrelser. Lite underbygning av resultater i diskusjonsdelen. Relasjonen mellom forskernes ståsted, design og resultater kunne vært tydeliggjort bedre.
6 Kinnaird et al., 2018	7/10 kriterier møtt i sjekklister for kvalitative studier Studien er av middels kvalitet	Godt teoretisk rammeverk som diskuteres tydelig. Tydelig forklart datainnsamling og analyse. Påpeker konsepter som kan forskes videre på ved empiriske studier. Etske og økonomiske hensyn tydeliggjøres.	Transkribert tekst ble ikke gitt til deltakerne. Manglende konklusjonsdel. Relasjonen mellom intervjuer og deltakere burde diskuteres nærmere.
7 Kinnaird, Norton, Pimblett, Stewart & Tchanturia, 2019	9/10 kriterier møtt i sjekklister for kvalitative studier Studien er av høy kvalitet	Godt valg av studiedesign, klar kontekst, relevant populasjon og tydelig datainnsamling. Dataanalysen er tydelig beskrevet og funnene settes i sammenheng med tidligere forskning på området. Det er samsvar mellom resultatene og konklusjonen. Etske og økonomiske hensyn tydeliggjøres.	Å velge semi-strukturerte intervju fremfor dybdeintervju forhindrer detaljerte beskrivelser. Kun menn over 18 år ble inkludert, og relevansen av kjønn i behandlingssetting kan variere fra voksne og ungdom. Kjønnssegregering blir ikke vurdert. Kun to av deltakerne hadde vært innlagt og behandlet på institusjon. Relasjonen mellom forskernes ståsted og resultat burde belyses.

4.2 Analyse av innhentet data

Analysearbeidet startet med en grundig gjennomlesing av artiklene, med hovedvekt på studienes resultatdel. Funn med betydning for forskningsspørsmålene ble notert i et eget dokument for hver av artiklene, og alle artiklene inneholdt flere tema som kunne kombineres med tema fra andre artikler. I de kvalitative artiklene ble meningsbærende enheter summert opp i eget skjema, slik at det underveis i arbeidet ble lettere å se sammenhenger mellom enhetene på tvers av artiklene. Fra de kvantitative studiene ble det innhentet resultater som kunne sammenliknes med liknende funn i andre studier. Både støttende og motstridende variabler av alder, vekt og somatisk tilstand ble tatt med. Disse dannet til sammen grunnlaget for mine utarbeidede temaer. I de tilfeller hvor det kun refereres til funn fra noen av de inkluderte studiene, skyldes dette at de er de eneste som sier noe om slike funn, eller at funnene ikke ansees som overførbare for ungdom. Denne prosessen var både tidkrevende og utfordrende, da jeg hele veien måtte vurdere hvilke funn som passet sammen og hvilke temanavn som kunne beskrive funnene best.

Målet med å diskutere artiklene opp mot hverandre, var å komme med nye tolkninger av funnene sett i sammenheng med hverandre. Underveis i arbeidet forholdt jeg meg hele tiden til forskningsspørsmålene, og selekterte derfor bort funn som ikke hadde direkte relevans. I de kvalitative studiene fokuseres det på funn som tolkes som særegne for gutter og menn i behandling. Faktorer som påpekes som gjeldende for begge kjønn selekteres bort med bakgrunn i oppgavens omfang. På bakgrunn av dette, er noen av artiklene representert i større grad enn andre i resultatdelen. Utover dette ga kvalitetsvurderingen meg grunnlag for å vektlegge artiklene likt. Det viste seg at noen av resultater fra de kvantitative studiene kunne belyses ut fra resultater i de kvalitative studiene, og at jeg kunne lage tema på tvers av studiemetodene.

To kvantitative studier utført på voksne ble inkludert, da mine søk ikke ga funn i form av studier på ungdom. Disse er tatt med for å belyse kjønnsforskjeller ved behandling og prognose ved anoreksi, og i drøftingsdelen tolkes funn som kan være av betydning for behandlingen av ungdom. Det viste seg å være utfordrende å sammenlikne både funksjonelle og kliniske faktorer mellom voksne og barn, på grunn av fysiologiske, sosiale og kulturelle ulikheter mellom aldersgruppene. To kvantitative studier undersøker ungdom med flere ulike typer spiseforstyrrelser er også inkludert. Dette har jeg forsøkt å legitimere ved å kun bruke tall som er oppgitt hos dem med anoreksi. I to av de tre kvalitative artiklene er det påpekt

hvem av de intervjuede som har hvilken lidelse, men jeg har også tatt med sitater fra noen med en annen diagnose enn anoreksi. Derfor vil noen av funnene bære preg av en tolkning om at deler av det som oppleves rundt stigma, behandling og bedring er universelt for gutter med spiseforstyrrelser, uansett diagnose. I resultatdelen har jeg valgt å bruke noen direkte sitat for å understøtte funnene, og for å vise hvordan jeg har arbeidet med tolkning av meningsbærende enheter.

Arbeidet med denne oppgaven tydeliggjorde diagnostiseringsprosessens betydning for forløp og behandling, så jeg har valgt å ta diagnostisering med i både resultat- og diskusjonsdelen.

Analysen resulterte i fire hovedtema: kjønnsforskjeller i perioden før behandling, kliniske, psykiske og diagnostiske kjønnsforskjeller ved innleggelse, gutters effekt av behandling sammenliknet med jenters og kjønnsbegrunnede behov for tilpasninger for gutter i anoreksibehandling. En oversikt over disse vises i Tabell 10 i resultatkapittelet.

5 RESULTATER

Dette kapittelet tar for seg analysens resultater. Innledningsvis presenteres de sju inkluderte artiklene i tabeller med metode, formål og hovedfunn. Hovedfunn vil her være de funn som artikkelforfatterne anser som viktigst. Deretter presenteres hovedtemaene som jeg utarbeidet i analyseprosessen. Disse fremstilles i skjematisk form i tabell 10, før relevante funn i hvert hovedtema presenteres i egne delkapitler.

5.1 Presentasjon av de inkluderte studiene

For oversiktens del presenteres artiklene hver for seg i egne tabeller. Artiklene presenteres i samme rekkefølge som i kvalitetsvurderingen. Artikkel 1-4 omhandler diagnostiske, kliniske, psykiatriske og sosiale likheter og forskjeller. Artikkel 5, 6 og 7 tar for seg opplevelser og erfaringer rundt gutter og menn i behandling.

Tabell 3: Artikkel 1

Tittel	<i>A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders</i>
Forfatter, år	Welch, Ghaderi & Swenne, 2015
Tidsskrift	BMC Psychiatry
Metode	Tverrsnittstudie
Deltakere og studiested	Studien sammenliknet alder og vekt ved sykdomsfremtreden, historie av signifikant premorbid vekt (vekt før sykdomsdebut) og psykiatriske- og somatiske komorbiditeter hos 58 gutter og 606 jenter. Alle deltakere har vært i behandling for spiseforstyrrelser på et barnesykehus i Uppsala i perioden 1999-2012. Samtlige av guttene fikk diagnosen anoreksi eller atypisk anoreksi. Sammenlikningen av vekt og alder ble begrenset til jenter som oppfylte samme diagnostiske kriterier for anoreksi eller atypisk anoreksi som guttene.
Formål	Å forbedre forståelsen av kliniske fellestrekk hos ungdomsgutter med spiseforstyrrelser ved å: 1) undersøke og sammenlikne alder, premorbid vekthistorie og vekt ved innleggelse hos guttene og jentene, 2) undersøke psykiatriske (spesielt ADHD) og somatiske komorbiditeter (cøliaki og diabetes) hos begge kjønn, og utforske eventuelle kjønnsforskjeller av disse.
Hovedresultater	Ingen signifikant kjønnsforskjell ved alder for innleggelse. Det er blandede forskjeller ved innleggelsesvekt og premorbid vekthistorie. En signifikant høyere prosentandel av guttene hadde en premorbid vekthistorie med 2 standardavvik-verdier høyere KMI enn gjennomsnitts-KMI for deres alder. Funntilgjengelige viste høyere prevalens av ADHD hos guttene, mens cøliaki og diabetes kun ble påvist blant jentene.

Tabell 4: Artikkel 2

Tittel	<i>Are there differences between men and women in outcome of intensive inpatient treatment for anorexia nervosa? An analysis of routine data.</i>
Forfatter, år Tidsskrift	Voderholzer, Hessler, Naab, Fichter, Graetz, Greetfeld, Heuser & Schlegl, 2019 European Eating disorders review
Metode	Tverrsnittstudie Deltakerne svarte på egenvurderingsskjemaet <i>Structured Inventory for Anorexic and Bulimic Syndromes (SIAB-S)</i> ved innkomst og utskrivelse. Ulikheter ved innkomst og respons på behandlingen ble undersøkt ved bruk av verktøyene T-tests og ANOVA.
Deltakere Stuedsted	Studien inkluderte alle menn som ble innlagt for behandling av anoreksi på Schoen Clinic Roseneck i Tyskland, i perioden 2001-2014. Deltakerne besto av totalt 116 menn og 116 kvinner i samme aldersgruppe. Klinikken er spesialisert på behandling av spiseforstyrrelser, med både individuell behandling og gruppeterapi.
Formål	Studien undersøkte vekt, generell psykopatologi, depressive symptomer og symptomer på spiseforstyrrelser hos menn og kvinner. Sammenlikningen ble gjort ved innkomst og etter spesialisert behandling.
Hovedresultater	Det er flere likheter enn forskjeller mellom kjønnene. Bortsett fra at menn har høyere vekttap og lavere BMI både ved innkomst og utskrivelse, responderte både menn og kvinner nesten helt likt på behandlingen.

Tabell 5: Artikkel 3

Tittel	<i>Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample</i>
Forfatter, år Tidsskrift	Coelho, Lee, Karnabi, Burns, Marshall, Geller & Lam, 2018 Journal of Eating Disorders
Metode	Tverrsnittstudie Informasjon om pasientenes spiseforstyrrelse og andre psykiatriske diagnoser ble innhentet fra de ansatte ved klinikkene.
Deltakere Stuedsted	Deltakerne besto av totalt 71 gutter og like mange jenter, som ble behandlet ved British Columbia Childrens Hospital (2003-2015) eller The Looking Glass Residence (2011-2015). Jentene hadde vært under behandling i perioden 2010-2015.
Formål	Å gjenskape og utvide forskningen som er gjort på de kliniske trekkene ved gutters spiseforstyrrelser, og undersøke kjønnsforskjeller innen pædiatriske spiseforstyrrelser.
Hovedresultater	Guttene hadde betydelige medisinske komplikasjoner ved innleggelse. Flere jenter enn gutter fikk diagnosen anoreksi eller bulimi. Guttene var yngre enn jentene. Ingen kjønnsforskjeller ble funnet ved lengden av symptomer før behandling, heller ikke ved medisinsk stabilitet.

Tabell 6 Artikkel 4

Tittel	<i>Severe Anorexia Nervosa in Men: Comparison with severe AN in Women and Analysis of Mortality</i>
Forfatter, år	Gueguen, Godart, Chambry, Brun-Eberentz, Foulon, Divac Phd, Guelfi, Rouillon, Falissard, Huas, 2012
Tidsskrift	International Journal of Eating Disorders
Metode	Kohortstudie
Deltakere Stuedsted	23 menn og 601 kvinner møtte kriteriene for inkludering. De hadde alle påvist en anoreksidiagnose, enten anoreksi restriktiv type (AN-R) eller bulimisk anoreksi (AN-B/P). Pasientene ble rekruttert ved første innleggelse på en klinikk for spiseforstyrrelser ved Sainte-Anne Hospital i Paris, i perioden 1988-2004. Registrering av dødelighet ble avsluttet i 2008.
Formål	Å beskrive en samling av 23 mannlige pasienter som ble behandlet for anoreksi, på bakgrunn av sosiodemografiske, kliniske, psykologiske termer og sammenlikne disse og resultatet etter behandling, med kvinnelige pasienter med anoreksi. Analysere dødeligheten hos menn med anoreksi, og finne informasjon om mulige forebyggende faktorer for dødelighet. Dette ble også sammenliknet med kvinnene.
Hovedresultater	Menn hadde høyere alder ved sykdomsdebut, hadde oftere en forhistorie med overvekt og hadde i mindre grad enn kvinner en forhistorie med selvmordsforsøk. Dødeligheten blant menn var høy, og flere prediktive faktorer ble funnet. 10 år etter behandling var dødeligheten lik mellom kjønnene, men de tre første årene døde det flere menn enn kvinner.

Tabell 7: Artikkel 5

Tittel	<i>How do males recover from eating disorders? An interview study</i>
Forfatter, år	Pettersen, Wallin & Bjørk, 2016
Tidsskrift	BMJ Open
Metode	Kvalitative dybdeintervju med fenomenologisk tilnærming
Deltakere Stuedsted	Deltakerne var menn, diagnostisert med spiseforstyrrelse i henhold til DSM-IV og som har gjennomgått behandling for denne. Spesialiserte klinikker i Norge og Sverige ble kontaktet for rekruttering. 15 menn gjennomgikk kvalitative intervjuer på 1-2 timer, med kjønnsnøytrale spørsmål. Mennene hadde en gjennomsnittsalder på 23 år. Intervjuene ble gjennomført i 2010-2011.
Formål	Å undersøke hva menn opplever som hjelpsomt i deres bedringsprosess
Hovedresultater	Innholdsanalysen ga fire hovedkategorier: <i>Et behov for forandring, En forpliktelse til å forlate spiseforstyrrelsen, Mellommenneskelige forandringer og Søken etter et liv uten spiseforstyrrelse.</i> Den helhetlige behandlingsprosessen samsvarer i høy grad med hva som tidligere er rapportert hos kvinner.

Tabell 8: Artikkel 6

Tittel	<i>Clinicians' views on treatment adaptations for men with eating disorders: a qualitative study</i>
Forfatter, år	Kinnaird, Norton & Tchanturia, 2018
Tidsskrift	BMJ Open
Metode	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju
Deltakere Studiested	Deltakerne var ansatte behandlere på en poliklinisk klinikk i London. Klinikken behandler voksne med spiseforstyrrelser, og 55% av de ansatte deltok. Alle 10 deltakerne var kvinner. De hadde mer enn 3 års erfaring, og alle hadde behandlet menn. De ble intervjuet av en av artikkelforfatterne, som tidligere hadde jobbet som leder på poliklinikken. Intervjuene varte i 20-40 minutter.
Formål	Å utforske behandleres syn på om menn har kjønnsespesifikke behov knyttet til behandling av spiseforstyrrelser, og om disse er av så stor betydning at det vil kreve tilpasning i behandlingen.
Hovedresultater	Selv om menn har særegne behov i behandlingen, kan disse ofte møtes i den behandlingssettingen som allerede finnes. Behandlerne må være sensitive ovenfor at mennene befinner seg i en kvinnedominert setting. Det er en mangel på eksplisitte veiledere for denne prosessen.

Tabell 9: Artikkel 7

Tittel	<i>«There's nothing there for guys». Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study</i>
Forfatter, år	Kinnaird, Norton, Pimblett, Stewart & Tchanturia, 2019
Tidsskrift	Eating and weight disorders – studies on anorexia, bulimia and obesity
Metode	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer sammenfattet i tematisk analyse.
Deltakere Studiested	Deltakere ble rekruttert via samarbeid med National Health Services og ved hjelp av reklame på Twitter. De kontaktet forskerne selv eller ble henvist av sine behandlere. 14 menn som hadde gjennomgått eller var under pågående behandling i det britiske helsevesenet ble inkludert i studien. Halvparten av disse hadde en anoreksidiagnose. Gjennomsnittsalderen var 29,5 år og snittvarigheten på sykdommen var 8 år. Deltakerne ble intervjuet på behandlingsstedet eller via telefon. Intervjuene varte i 15-30 minutter.
Formål	Studiens formål var å undersøke menns erfaringer med behandling av spiseforstyrrelser.
Hovedresultater	Tre hovedtemaer ble funnet: <i>Et behov for en person-fokusert behandling, følelsen av å være den rare i gruppen og forslag til behandlingstilpasninger.</i>

5.1 Hovedtema

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysen i kategorier, heretter kalt hovedtemaer. Relevante funn fra de sju artiklene er strukturert i fire hovedtema: kjønnsforskjeller i perioden før behandling, kliniske psykiske og diagnostiske kjønnsforskjeller ved innleggelse, gutters effekt av behandling sammenliknet med jenters og kjønnsbegrunnede behov for tilpasninger for gutter i anoreksibehandling. Tabell 10 gir en oversikt over hovedtemaenes innhold og hvilke artikler som sier noe om hvert av temaene. Hovedtemaene utdypes i overnevnte rekkefølge, i egne kapitler.

Tabell 10: Oversikt over studienes inndeling av funn i hovedtema. Funnene som presenteres er de som kan ha betydning for anorektiske gutters behandling

Hovedtema				
Artikkel	Kjønnsforskjeller i perioden før behandling	Kliniske, psykiske og diagnostiske kjønnsforskjeller ved innleggelse	Gutters effekt av behandling sammenliknet med jenters	Kjønnsbegrunnede behov for tilpasninger for gutter i anoreksibehandling
Welch et al., 2015	Lik sykdomsvarighet Høyere premorbid KMI	Guttene er yngre Lik KMI Tilnærmet likt for hvem som får atypisk anoreksi Ofte ADHD Ofte somatiske lidelser		Diagnose avgjør ikke behandlingsform
Voderholzer et al., 2019	Ofte premorbid overvekt Kortere sykdomsvarighet Flere tidligere innleggelser	Lavere KMI Høyere psykopatologi	Lik varighet på opphold Mindre vekt oppgang Lik effekt	Mindre nettverk
Coelho et al., 2018	Overdreven trening likt for jentene Lik sykdomsvarighet	Guttene er yngre og har mindre vekttap Medisinsk stabilitet er lik Gutter får ofte atypisk anoreksi 66,2% psykiatrisk tilleggsdiagnose		Diagnose avgjør behandlingsform Selvskading og selvmordsadferd
Gueguen et al., 2012	Kortere sykdomsvarighet Ofte premorbid overvekt	Lavere KMI	Kortere behandling	Færre med forhistorie med selvmordsforsøk Høy dødelighet
Pettersen et al., 2016	Skjuler symptomene lenge Tvangsmessig trening		Høye forventninger Personlig innsats	Forstå funksjon og mening med trening Tap av venner, utdanning og jobb Behov for oppfølging
Kinnaird et al., 2018	Erkjenner ikke sykdom	Behandlere har mindre kunnskap om menn	Individ fremfor kjønn gir effektiv behandling	Tap av maskulinitet Mekanisk forståelse Gruppeterapi Behandlere Passende miljø
Kinnaird et al., 2019		50% har selvrapportert depresjonsdiagnose	Individ fremfor kjønn gir effektiv behandling	Kjønnsnøytralt miljø Gruppeterapi Behandlere

5.1.1 Kjønnforskjeller i perioden før behandling

Gueguen og kollegaene (32) skriver at menn med anoreksi kan være flau over å ha en kvinnedominert sykdom, og guttene sier i intervjuer at de ofte skjuler symptomene lenge, noen i opptil flere år før de oppsøker hjelp (33).

Det påpekes at perioden før behandling preges av ambivalens med tanke på å søke hjelp for symptomene, men at dette gjelder begge kjønn (33). Sykdomsvarigheten er i min oppgave brukt som en mulig indikasjon på hvor lang tid ungdommene har sykdommen før de søker hjelp. Sykdomsvarighet defineres som tiden fra det første symptomet rapporteres fra foreldre eller barnet selv, til innleggelse (34). Ingen av studiene på ungdom avdekket kjønnforskjeller ved sykdomsvarighet (34;35).

Et funn som går igjen i flere av studiene, er at gutter og menn ofte har en høyere premorbid KMI enn jentene (34), og at flere av dem har en forhistorie med premorbid overvekt (32;36). Før de søkte behandling, trente både gutter og menn på elitenivå, med en stor iver etter å perfektionere treningen sin (33;35). Overdreven trening er definert som aktivitet som tar sikte på å kontrollere vekt og kroppsfasong, og aktiviteten har fremtredende varighet, frekvens og intensitet (35). Ingen signifikante kjønnforskjeller ble avdekket i studien som undersøkte forekomst av overspising, oppkast, bruk av laksativer eller overtrening hos ungdom (35).

Et funn viser at 38% av guttene hadde hatt sykehusopphold for medisinsk stabilisering av sin spiseforstyrrelse, og at 40% hadde vært i poliklinisk behandling før de mottok døgnbehandling (35). Sammenlikning mellom kjønnene er ikke utført i studien det refereres til, men en av studiene på voksne viser at antall tidligere innleggelser er noe høyere for menn (36).

To av de kvalitative studiene viser at guttene ikke er bevisste på hvilken tilstand de er i før de ble erklært syke (18;33), og at de fysiske plager er årsaken til at de oppsøker hjelp (33).

Et utsagn som kan belyse dette, er fra en gutt på 19 år som hadde vært i behandling for anoreksi:

My parents took the initiative to seek for help. I was admitted to the hospital and I thought I should be discharged the same day, but they took an EKG and I was obviously very sick and needed tube feeding. I was kind of shocked, I didn't realise that I was in a so bad condition (33, s. 4).

5.1.2 Kliniske, psykiske og diagnostiske kjønnsforskjeller ved innleggelse

Funn i flere av de inkluderte studiene avdekket kliniske kjønnsforskjeller på alder, vekt og somatisk tilstand på innleggelsestidspunkt, og forskjeller ved diagnostiseringsprosessen. Disse danner grunnlaget for dette hovedtemaet.

I de syv utvalgte artiklene, kom det frem at gutter er gjennomsnittlig noen måneder yngre enn jenter, når de kommer til behandling for sin spiseforstyrrelse (34;35).

Tallene for vekt og KMI varierer i høy grad i de ulike studiene, både mellom kjønn og aldergrupper. Ingen signifikante kjønnsforskjeller ble oppdaget på alder- og kjønnsjustert vekt ved innleggelse for barn og unge i den ene studien (34), mens den andre konkluderer med at jentene oftere var undervektige og hadde større totalt vekttap enn guttene (35). Jentene hadde også et større totalt vekttap, (forholdet mellom den høyeste vekten de noen gang har hatt, og vekten på innleggelsestidspunktet) (35). To av studiene på voksne fant at menn hadde lavere alder- og kjønnsjustert KMI ved innkomst enn kvinner (32;36), og en av dem fant at menn har større totalt vekttap enn kvinner (36).

Medisinsk stabilitet og somatiske lidelser ble undersøkt i to av studiene. De guttene som var undervektige ved innleggelse, hadde lik grad av medisinske sekveler i form av bradykardi, ortostatisk endring av hjertefrekvens og redusert bentetthet (35). Selv om guttene hadde mindre totalt vekttap enn jentene, konkluderte studien med at den medisinske stabiliteten var lik for begge kjønn (35). Den andre studien på ungdom, fant at guttene hadde en betydelig større forekomst av somatiske lidelser enn jentene (34). De øvrige studiene undersøkte ikke slike faktorer direkte, men en lavere innkomstvekt indikerer alvorlig underernæring, og er derfor assosiert med høyere risiko for medisinske komplikasjoner (32). Den eneste studien som undersøkte testosteronnivå, fant at dette var lavt hos 13% av guttene, og i noen tilfeller ikke målbart i det hele tatt (35).

Kvalitative intervju av behandlere viste at de fleste følte seg usikre på å behandle menn, fordi de hadde mindre kunnskap om de fysiske og medisinske utfordringene som skilte seg fra kvinner (18).

Samtlige av de kvantitative studiene benyttet seg både av DSM-IV og DSM-5, fordi studieperioden pågikk idet diagnosesystemet ble endret. Alle redegjør for hvordan de i retrospekt revurderte noen av diagnosene på bakgrunn av endringene. Funnene på

diagnostisering varierer, og jeg velger å kun presentere studiene på ungdom. En studie viser gutter oftere blir diagnostisert med en atypisk spiseforstyrrelse (35). Welch og kollegaene (34) på sin side, fant at en noe større andel jenter fikk denne diagnosen. Av de guttene som fikk anoreksidiagnosen i Coelho og kollegaenes studie (35) hadde 38% hadde en restriktiv type anoreksi.

Fem av studiene fant at gutter og menn i stor grad er utsatt for en eller flere psykiatriske tilleggsdiagnoser (32;34-37). Av de studiene som sammenliknet dette med jentene, konkluderte to av tre studier med en høyere forekomst av psykiatriske komorbiditeter hos guttene (34;36). ADHD ble under innleggelse påvist hos en signifikant høyere andel gutter enn jenter (34), men mellom menn og kvinner hadde kvinnene i litt større grad angst og depresjon (32). Angst og depressive perioder ble i to av de kvalitative studiene avdekket som selvrapporterte tilleggsdiagnoser hos menn (33;37)

5.1.3 Gutters effekt av behandling sammenliknet med jenters

Guttene som ble intervjuet om sin opplevelse av behandlingen, uttrykte en generell høy forventning til behandlingen. Når de først hadde bestemt seg for å gjennomføre behandling, var de ikke villige til å bruke tid på ineffektive behandlingsmåter. Alle deltakerne rapporterte høy personlig innsats, investering og engasjement for å få mest mulig ut av terapien (33).

Funn viser at lengden på oppholdet var signifikant kortere for menn (32), noe som motstrides av Voderholzer med kollegaer sin studie (36), hvor behandlingsoppholdet i snitt kun var to dager kortere for menn. Behandlerne påpeker i en av studiene at menns mekaniske syn på spiseforstyrrelsen kunne føre til at de spiste seg en vei ut av behandlingen (18).

Voderholzer med kollegaer (36) undersøkte kjønnsforskjeller med tanke på behandlingssetting og -tilnærming, og fant at menn og kvinner hadde liknende resultater ved nesten alle undersøkte variabler ved innleggelse. Guttene vekt var lavere ved innkomst, og de la på seg signifikant mindre enn kvinnene gjennom behandlingsoppholdet, men studien konkluderte med at begge kjønn responderte tilnærmet likt på behandlingen (36).

Menn som har gjennomgått behandling vurderte også behandlingsmodellene som gjeldene for sine egne opplevelser av spiseforstyrrelsen, og de ville ikke bli behandlet annerledes fordi de var menn, men ville bli sett som individer (37). Det mennene opplevde var ulikt mellom kjønnene var i hovedsak at de selv fokuserte på maskulinitet fremfor det å være tynn. Dette ble omtalt i modellene de ble behandlet etter (37).

Funn fra to av studiene viser at menns negative følelser ofte bunner i et tap av maskulinitet heller enn emosjonelle uttrykk, og at menn forstår sykdommen og sykdomsårsakene sine på en mer mekanisk og funksjonell måte enn kvinner (18;33). Deres tidligere tvangsmessige trening måtte under behandlingsperioden balanseres fremfor å fjernes helt, da flere av deltakerne uttrykte at de ikke kunne leve et liv uten trening. Motivene bak treningen måtte endres fra å jage kalorier til å finne glede i et balansert treningsnivå (33).

Langtidsprognose kan tenkes å indikere effekten av behandlingen pasientene har gjennomgått. Langtidsoverlevelsen i Gueguen og kollegaers studie (32) viste seg å være lik for begge kjønn, men de tre første årene etter utskrivelse døde det flest menn. Mennene som døde, døde av medisinske komplikasjoner som følge av restriktiv type anoreksi. Studien viser at menn med restriktiv type anoreksi har ytterligere risiko for dødelighet når de har lav KMI ved innkomst og utskrivelse, er eldre ved innleggelse og i tillegg hadde svak sosial støtte. Ti år etter hospitaliseringen var dødsraten åtte ganger høyere for mennene med anoreksi enn for friske menn med samme alder i Frankrike. Fem prosent av de som overlevde de tre første årene etter utskrivning, hadde utført selvmordsforsøk (32).

Å adressere de maskuline idealene rundt følelser, sårbarhet og prestasjon er ansett som fundamentalt for å oppnå suksess ved bruk av de tradisjonelle, følelsesfokuserede behandlingsmetodene hos mannlige pasienter (18). En utilstrekkelig behandling forhindrer gutter i å utfordre skadelig idealer for det maskuline (18). Det viser seg at det kan være utfordrende å få menn til å snakke om følelser, på grunn av et press om maskuline idealer (18), og at de ofte viser en instrumentell tilnærming til bedringsprosessen (33). Den terapeutiske behandlingen ble konkludert som effektiv for begge kjønn, så lenge den ble tilrettelagt individet fremfor kjønn, seksualitet og rase (18;37). En av mennene som ble intervjuet forklarte dette slik: «*I would say that probably more than gender focused, it should be something person-focused... I'm sure gender is important, but I don't think it's the key factor for how a person will feel*» (37, s.848).

5.1.4 Kjønnsbegrunnede behov for tilpasninger for gutter i anoreksibehandling

Funn viser at menn vurderer viktigheten av ens eget kjønn knyttet til sykdommen ulikt, og at en overfokusering på kjønnsulikheter kan fremmedgjøre de som ikke ser på dette som et problem. «*The term stigma is bandied around so much and I understand why, but I also think*

that there's sometimes trying to be too careful can be re-stigmatising» (37, s. 848). Funnene viser at behandlere må anerkjenne den sosiale stigmatiseringen av pasientgruppen, men samtidig være bevisste på at settingen de ble behandlet i, nettopp forsterker slik stigmatisering (18).

Et funn er at diagnostiseringen kan føre til ulik behandlingsmåte (35). Gutter som får påvist anoreksi får som oftest tilbud om døgntil behandling, mens de med atypisk anoreksi oftere blir tilbudt poliklinisk behandling. Fordi jentene i større grad fikk påvist anoreksi, var betydelig flere jenter innlagt for behandling. Det ble ikke avdekket forskjeller i intensiteten på de to behandlingsmåtene (35). Alle i studien til Welch og kollegaene (34) var innlagt til behandling, og alle hadde enten anoreksi eller atypisk anoreksi.

Noen av resultatene kan tyde på at menn med anoreksi synes det er mer utfordrende å snakke om eget kroppsbilde med jenter i gruppeterapi, enn de som har en bulimidiagnose (37). Det var ingen klar enighet på om behandlingsgrupper kun for menn kunne være fordelaktig for behandlingen, og de fleste foretrakk å prate i kjønnsblandet gruppe (37). Det var heller ikke enighet om mannlige behandlere var fordelaktig. De fleste mente at kjønnet til behandleren og andre deltakere i gruppeterapi ikke var en utslagsgivende faktor for behandlingen (37).

Under intervjuer med behandlere kom det frem at det å eksponere menn for et miljø hvor det snakkes om følelser, er ansett som et viktig element i behandlingen. Behandlerne baserte denne forståelsen på arbeidserfaringen sin alene og hadde ikke hatt trening eller opplæring i dette (18). I to av studiene brukes ordet *environment*, noe som forstås å omfatte både lokalet og den mellommenneskelige væremåten til behandlerne. Behandlingsmiljøet må være tilrettelagt for tilstedeværelse av menn med en kvinnedominert sykdom, i en kvinnedominert tjeneste (18), fordi dette kan bidra til dårligere selvbevissthet og selvfølelse hos guttene (37): *«(...) it made me feel more of a freak than I was already feeling inside»* (37, s. 848). Utsagnet forklarer, ut fra sin kontekst i den originale studien, hvordan en kvinnedominert sykdom som behandlet i lokaler som er tilpasset kvinner, kan få menn til å føle seg annerledes.

Behandlerne mente at synet på spiseforstyrrelse som en antimaskulin kvinnesykdom, må bekjempes i behandlingsmiljøet (18). Det kom frem at dette kan gjøres ved forholdsvis enkle grep, som å henge opp plakater om menn med spiseforstyrrelser på veggene i behandlingslokaler, og å inkludere terapeutisk materiale om menns kroppsbilde (18).

«*Obviously I understand why they have single sex wards and stuff but I do think like, you know, it makes you feel like the odd one out*» (37, s.848). Denne mannen sov hjemme fordi klinikken kun hadde overnattingsmulighet for kvinner, og sitatet tolkes som et uttrykk for følelsen av å være utenfor eller lite inkludert i behandlingssettingen.

Behandlingen må foregå i kjønnsnøytrale behandlingslokaler som er inkluderende overfor menn, og behandlingsmaterial og aktiviteter bør tilrettelegges begge kjønn. Dette kan minske følelsen av separasjon og atypiskhet (37). «*Again, it's all very much directed at women. It's all poetry and birds and lovely which is great, wonderful, but there's nothing there for guys*» (37, s. 848). Terapeutiske materialer må ta høyde for at menn er ulike, slik at det opplevdes at sykdommen kan ramme menn av alle slag (37).

6 DISKUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke om kjønnsforskjeller kan ha betydning for behandlingen av anorektiske gutter i spesialisthelsetjenesten, og om behandlingen må tilrettelegges for denne pasientgruppen.

Resultater i oppgaven viser at gutter med spiseforstyrrelser skjuler symptomene lenge før de søker hjelp, og at de har høye forventninger når de først kommer til behandling.

Sammenliknet med jenter er gutter oftere overvektige før de utvikler sykdommen, og har mindre vekt tap ved innleggelse. Funn viser hyppigere forekomst av psykiatriske tilleggsdiagnoser hos gutter, og de blir oftere diagnostisert med atypisk anoreksi.

Behandlingseffekten viser seg å være tilnærmet lik for ungdom med anoreksi, uavhengig av kjønn. En mekanisk tilnærming til egen sykdom, tap av maskulinitet og behandlingslokaler som er tilpasset det motsatte kjønn, er noe av det som kan ha betydning for gutters opplevelse av behandling.

I dette kapittelet knyttes resultater fra de fire hovedtemaene opp mot det teoretiske rammeverket for oppgaven. Hovedfokuset vil være på de viktigste funnene som tolkes å ha direkte relevans for mine forskningsspørsmål. For å diskutere studiens forskningsspørsmål på en oversiktlig måte, er diskusjonsdelen delt inn likt som resultatdelen.

6.1 Kjønnsforskjeller i perioden før behandling

Funn i de inkluderte artiklene viser at gutter kan gå i flere år uten å prate med noen om sykdommen sin, og at sykdommen har kommet langt når de får diagnosen (18;33). Dette styrkes blant annet av en britisk intervjustudie som viser at anoreksi hos gutter kan manifestere seg ved et gradvis restriktivt matinntak, økt treningsintensitet, selvskading og selvisolering, uten at de selv forstår at de har utviklet en spiseforstyrrelse (9). Gutter anerkjenner ikke sin spiseforstyrrende adferd som symptomer, noe som kan være et resultat av en kulturell forståelse av spiseforstyrrelser som et kvinnedominert problem (9). Som det nevnes i funnene, kan menn være flau over å ha en «kvinnesykdom» (32). Kvinner på sin side, anerkjenner symptomene i større grad, men har en forståelse av at det er sosialt akseptert å slanke seg og anser derfor en spiseforstyrrelsesdiagnose som for alvorlig til at det er det de har (9).

Forskning viser at over halvparten av menn som kommer til poliklinisk behandling for sine spiseforstyrrelser, møter kriterier for en hasteinnleggelse på sykehus (1). Dette kan skyldes en

forsinket oppsøking av helsehjelp, en raskere eskalering til alvorlig medisinsk ustabilitet, eller begge deler (1). Dette er faktorer som legger ansvaret for å oppsøke hjelpen, på at den syke. Da er det bekymringsverdig at vi har forskning som viser at det er færre menn enn kvinner som blir henvist videre til spesialisthelsetjenesten (38). Videre rapporterer menn at de må oppsøke fastlegen gjentatte ganger før de blir tatt på alvor, og at i enkelte tilfeller blir spiseforstyrrelsen feildiagnostisert med somatisk lidelse (9). Dette var ikke tilfellet for kvinnene i studien (9).

Hos både ungdom og voksne, viste resultater at gutter oftere har en historie med overvekt før de blir syke (32;34;35), og at de dermed er tyngre enn jentene ved innleggelse (34;35). Disse kjønnsforskjellen styrkes av annen forskning (16;38). Overvekt kan føre til erting og mobbing blant familie og bekjente, noe som er blant risikofaktorene for utvikling av restriktive spisevaner (32), og overvektige menn har vist seg å ha ytterligere risiko for å ikke bli henvist videre til spesialistkonsultasjon (38).

Disse funnene sett i sammenheng, tydeliggjør viktigheten av å ikke generalisere synet på gutter med spiseforstyrrelser som magre, men å tørre å stille spørsmål rundt guttenes forhold til vekt, mat og trening. Ser man på dette i lys av Antonovskys teori (25), er det en tydelig sammenheng mellom anoreksidiagnosen og den enkelte persons historie. Han refererer til Eric Cassell's analyse av medisinske årsakssammenhenger, hvor historien til en pasient blir oversatt i medisinsk sammenheng. Et overordnede patogenetisk perspektiv vil kunne føre til at en pasient blir innlagt og behandlet for samme medisinske utfordringer gang på gang, før man tar seg tid til å lytte på hva historien bak er (25). Dette kan føre til at medisinske utfordringer, for eksempel vektnedgang, dehydrering, lav puls og respirasjonsfrekvens blir behandlet. Historien bak vil vise en psykiatrisk lidelse som gir utslag i somatiske komplikasjoner. Skårderud forklarer dette med at vi ikke kjenner den enkelte spiseforstyrrelsen før vi kjenner den konkrete personen (2).

Sykdomsvarighet ble i denne oppgavens resultatdel brukt som indikator på hvor lang tid det gikk fra ungdommene ble syke, og til de mottok hjelp. Funnene som viser at sykdomsvarigheten er lik mellom kjønnene når de ungdommer (34;35), støttes av annen forskning på feltet (39). Dette er positive funn for begge kjønn, og det kan tenkes at ungdommer i større grad enn voksne har et nettverk som lettere fanger opp symptomene, som foreldre, lærere, helsesøster, trenere og liknende. Samtidig finnes det forskning som påpeker en trend i at gutter generelt oppsøker helsehjelp senere enn jenter (9), at dette spesielt ved

spiseforstyrrelser kan skyldes stigma (1;40), og at det ikke ansees som et mentalt helseproblem før sent i sykdomsforløpet (1). Når en studie viser at mindre enn 1 av 10 ungdomsgutter søker denne hjelpen (41), er det betryggende at annen forskning konkluderer med at det ikke er signifikant kjønnsforskjell på hvem som oppsøker hjelpen, blant de med en fullt utviklet sykdom (9).

Et spennende arbeid for å få flere til å søke behandling for spiseforstyrrelser, er bruken av e-terapi. E-terapi kan tenkes å bidra til å redusere gapet mellom hvem som trenger behandling og hvem som får det, ved at man ikke trenger å være fysisk til stede på behandlingsstedet. Forskning viser at slik behandling over internett kan være et godt alternativ, og at de med redsel for blant annet stigmatisering, tørr å søke hjelp og kan få god behandling på denne måten (40). Det ryktes at e-terapi vurderes som et fremtidig alternativ til standardisert behandling av spiseforstyrrelser, også i den norske spesialisthelsetjenesten.

6.2 Kliniske, psykiske og diagnostiske kjønnsforskjeller ved innleggelse

Det er flere likheter enn ulikheter mellom kvinner og menn som innlegges for behandling av anoreksi (36), men det er likevel noen kjønnsforskjeller som kan ha betydning for guttene i denne behandlingen.

Undersøkelser av kliniske variabler, viser blant annet at gutter er tyngre enn jentene når de legges inn og har mindre grad av totalt vekttap (16;41). Dette gjelder også ved alvorlig anoreksi (42). En lavere KMI ved innkomst er assosiert med underernæring og det er dermed en større risiko for medisinske komplikasjoner (32), noe som skulle tilsi at jentene er sykere enn guttene ved innleggelse. Resultatene i denne oppgaven viser derimot at guttene får medisinske sekveler i like stor grad som jentene, på tross av høyere vekt og mindre vekttap på innleggelsestidspunktet (34;35).

Forskning viser at KMI alene ikke er en sikker indikator for vurdering av spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad, og at kliniske og funksjonelle variabler bør få større betydning (43). Et eksempel en klinisk variabel, kan være fettmasse-index (FMI), en viktig helseindikator som beregner fettmasse i forhold til høyde. Ungdom med atypisk anoreksi, inkludert gutter, har et nemlig et signifikant underskudd av fettmasse, på tross av at de er normal- eller overvektige (41). Funksjonelle variabler kan innhentes gjennom skjema for egenrapportering. Et eksempel

på et slikt selvrapporteringsskjema som brukes under diagnostiseringen, er «Eating Disorder Inventory» (EDI). Forskning kan tyde på at dette skjemaet ikke er nøyaktig nok for diagnostisering av gutter med alvorlig anoreksi, da skjemaet ikke tar for seg bekymringer som er hyppigere hos menn, som et ønske om større muskler, overtrening og steroidbruk (32).

Igjen på tross av et lavere totalt vekttap enn jenter, viser en av de inkluderte studiene at gutter er like utsatt for redusert bentetthet og utvikling av osteoporose, som jenter (35). Opp mot en tredjedel av gutter med spiseforstyrrelser, utvikler ostopeni eller osteoporose (44). Det er også funnet at dersom ungdom er overvektige før de får anoreksi, har de en ytterligere risiko for reduksjon av bentetthet (45), noe som gjelder begge kjønn. Da er det merkelig at standardiserte medisinske retningslinjer anbefaler at kostbare røntgenundersøkelser i utredningen av osteoporose ved spiseforstyrrelse, kun skal utføres dersom menstruasjon har opphørt i seks måneder eller mer (1). Ingen tilsvarende retningslinje foreligger for gutter, og det kan stilles spørsmål om gutter da er marginalisert fra den beste tilgjengelige praksisen for spiseforstyrrelsesrelaterte medisinske komplikasjoner.

Gutter med spiseforstyrrelser viser generelt en høyere grad av psykiatrisk samsykelighet (1), noe som også vises i denne oppgavens resultater (34-36). Andre psykiatriske lidelser sammen med en spiseforstyrrelsesdiagnose, er assosiert med dårligere behandlingsresultater og høyere risiko for tilbakefall og dødelighet (34). Funn i denne oppgaven viser en hyppigere forekomst av ADHD hos gutter som legges inn for behandling av spiseforstyrrelse, enn hos jenter (34). Dette er interessant fordi diagnosen stilles før spiseforstyrrelsen påvises. ADHD-diagnosen kan nemlig virke å være en forklarende faktor på kjønnsforskjellene ved spiseforstyrrelse, da ADHD kan påvirke hvordan spiseforstyrrelsessymptomene viser seg, og moderere guttenes respons på behandlingen (34).

Funn i de inkluderte studiene som omtaler diagnostisering varierer. Det finnes forskning som indikerer at et steg i retning å forbedre identifiseringen, og dermed behandlingen av gutter med anoreksi, er å utvikle retningslinjer for evaluering og diagnostisering som adresserer kjønnsforskjeller ved anoreksi (36). Igjen vises det til evalueringsskjema som EDI, som kan vise seg å være mangelfulle for kartlegging av kjønns spesifikke aspekter for spiseforstyrrelser hos gutter (1).

Et interessant diagnostisk funn, er den store andelen ungdom som får påvist atypisk anoreksi (34), og at gutter i en av studiene oftere får denne diagnosen enn jenter (35). Som nevnt i det

teoretiske rammeverket for denne oppgaven, vil en slik diagnose si at totalen av det kliniske bildet for disse ungdommene ikke har gitt grunnlag for å stille en anoreksidiagnose. En atypisk anoreksidiagnose kan settes dersom for eksempel kardinalsymptomene amenoré og et markant vekttap ikke er tilstede ved diagnosetidspunktet (6). Dette kan gi behandlere muligheten til å undervurdere alvorlighetsgraden hos gutter, særlig hvis de har en høyere KMI enn de nåværende kriteriene for anoreksi tilsier. For denne oppgaven, representerer fjerningen av amenorékriteriet og omformuleringen av vektkriteriet, de viktigste endringene for diagnostiseringen av anoreksi ved DSM-5. Dette er fordi endringene øker sjansen for at gutter får en spesifikk diagnose som anoreksi, fremfor en uspesifisert spiseforstyrrelse, *Eating Disorder Not Otherwise Specified* (42). Ungdom som får uspesifisert spiseforstyrrelsesdiagnose, henvises oftere til poliklinisk behandling fremfor døgnbehandling (35), noe som kan sees som en påvirkende faktor for at behandlingsinstitusjonene har overvekt av jenter. Diagnosesystemet ICD har ikke fjernet disse kriteriene i den versjonen som brukes i spesialisthelsetjenesten i Norge i dag, og jeg har undret meg over om dette kan føre til at gutter som møter kriteriene for anoreksi, får en atypisk anoreksidiagnose. Diagnosen skal riktignok ved ICD-10 ikke stilles dersom det er påvist somatisk sykdom i sammenheng med vekttapet (6).

Skårderud (6) påpeker at det er viktige biologiske forskjeller på gutter og jenter med anoreksi, og da især de hormonelle. Funn i denne oppgaven viser at flere av guttene hadde lavt eller ikke målbart testosteronnivå (35). Tidligere forskning har også påvist lave eller ikke målbare nivåer av testosteron hos alle de mannlige deltakerne med spiseforstyrrelser (46). Dette tolker jeg som overførbare funn for gutter i ungdomsalderen, som er alvorlig da det er holdepunkter for at disse nivåene ikke stiger tilbake etter behandling (6). Anoreksi kan altså føre til at også gutter *trer ut av sitt kjønn*, som Finn Skårderud (6) beskriver det, på lik linje som jentene gjør når de mister menstruasjonen. Allerede i 1994 var det derfor foreslått at diagnosekriteriet som omhandler amenoré burde bli erstattet av redusert nivå av kjønnshormon, i fremtidige diagnosesystemer (6). Den nye versjonen av ICD er ikke i bruk i Norge enda, og det kan tenkes at den nye versjonen vil føre til at flere gutter får satt en diagnose på sin spiseforstyrrelse.

6.3 Gutters effekt av behandling sammenliknet med jenters

Resultater i denne oppgaven viser at behandlingseffekten var tilnærmet lik for begge kjønn, selv om guttene la på seg mindre enn jentene gjennom behandlingen (36). Annen forskning

viser at det er minst like viktig å behandle de andre psykiatriske lidelser hos gutter med anoreksi, da disse ubehandlet kan forhindre en god effekt av anoreksibehandlingen (36).

Siden mange av studiene ble utført ved behandlingsinnleggelse, er det få studier som opererer med variabler som sier noe direkte om effekten av selve behandlingen. I oppgavens resultatdel ble derfor sykdomsvarighet og lengde på behandlingsopphold, brukt som indikatorer på effekten av behandling. Blant voksne er det flere menn enn kvinner som hopper ut av behandlingen, og for de som fullfører er lengden på oppholdet kortere enn hos kvinnene (32). Dette kan tyde på at de nådde sine vekt mål før kvinnene, men viser nødvendigvis ikke en bedre eller raskere behandling, da svingninger i vekt er mer vanlig hos menn, og at gutter kan komme seg raskt opp i vekt for å unngå å være lengre enn nødvendig i kvinnedominerte omgivelser (32). Dette vises også ved at behandlerne påpeker menns mekaniske syn på spiseforstyrrelsen som bakgrunn for at de spiste seg en vei ut av behandlingen, uten å ta tak i de underliggende årsakene (18).

For å ha mest mulig effekt av behandlingen, viser kvalitative funn i denne oppgaven, at gutter må forstå hvilken funksjon og hensikt spiseforstyrrelsen har for den enkelte (33). Dette er noe jeg vurderer som like gjeldene for jenter i behandling for anoreksi. På lik linje med studier utført på kvinner i behandling, er det et behov for å omfavne et større perspektiv: å støtte pasienten i bedringen gjennom sosiale reorienteringer, personlig forsoning og å løfte frem eksistensielle utfordringer (33). Guttene er allerede før innleggelse i en identitetskrise, noe som likevel kan tenkes å gjøre denne pasientgruppen mindre rustet til å stå stødig i sitt kjønn og sin identitet i møte med den kvinnedominerte settingen.

Dødeligheten blant menn med alvorlige spiseforstyrrelser viste seg å være høy, og de første tre år etter behandling døde det flere menn enn kvinner av medisinske komplikasjoner. (32). Selv om dette funnet kan sees i sammenheng med høyere dødsfall hos menn enn kvinner generelt i befolkningen (42), kan dette, sett i sammenheng med en fare for at guttene spiser seg opp i vekt og ut av behandling uten å ta tak i underliggende problemer, indikere et økt behov for oppfølging i etterkant av behandling for gutter med anoreksi.

Sammenlagt viser flere av denne oppgavens funn at menn ikke har et behov for en egen behandling, da deres behov kan innpasses innenfor den individuelle, fleksible og normale behandlingen som tilbys (18;33;36;37). Et resultat som er likevel er viktig å få frem, er at behandlere selv sier at de har mindre kunnskap om de fysiske og medisinske ulikhetene hos

menn, og at det konkludertes med en mangel på retningslinjer/veiledere for prosessen av å behandle menn (18). Dette støttes av andre studier (1;41) hvor mangelen på slike retningslinjer problematiseres i forhold til de medisinske komplikasjonene som finnes hos gutter og menn.

Et alternativ for å gjøre behandlingen mer rettet mot guttenes behov og dermed øke behandlingseffekten, kunne vært å ha kjønnssegregerte behandlingsgrupper. The Eating Disorder Center ved Rogers Memorial Hospital i Wisconsin, USA, skriver at de er de eneste klinikken med egne behandlingsprogrammer kun for gutter og menn. Basert på erfaringene sine kan de ikke vektlegge behovet for egne grupper for gutter nok, da de mener dette gir guttene muligheter til å diskutere og dele erfaringer i et miljø hvor å uttrykke følelser blir sett på som en styrke og ikke en svakhet (47). Larkollen Ungdomshjem i Rygge kommune (nå Larkollen behandlingssenter) for jenter og Rostad ungdomshjem for gutter i Trøndelag (nå CRUX stiftelsen Rostad) er begge behandlingshjem som før i tiden skilte guttene fra jentene. I norsk psykiatri har vi nå gått bort i fra dette. Dette er nok et eksempel på samfunnsendringer fører til endringer i behandlingstilstander, noe som i seg selv er grunnlag for en helt annen masteroppgave. Funn i denne oppgaven viser at behandlere mener at slik kjønnssegregering kan virke mot sin hensikt og til og med kunne være skadelig for behandlingen, da det å ha gutter og jenter sammen i behandling, enten dette gjaldt i gruppeterapi eller at en kvinnelig terapeut behandler menn, kunne oppfordre menn til å snakke om følelser (18). Et behandlingsmiljø kun bestående av menn kan i tillegg motarbeide viktigheten av å utfordre de maskuline normene og forsterke følelsen blant menn om at de er utstøtt fra behandlingssteder fordi de ikke er kvinner (18).

Deler av oppgavens funn viser at behovet for å bli sett som individ, større enn å bli sett som en gutt (18;37). Aksept fremheves som en av de viktigste indikatorene for gode behandlingsresultater i behandling av spiseforstyrrelser (48). Å vite at man er velkommen i behandling som det individet man er, er særlig viktig for de som ikke har privilegiet til å føle at dette er en selvfølge (48). Noen av denne oppgavens funn kan tyde på at gutter med anoreksi ikke tar slik aksept som en selvfølge. Dette vil, slik jeg ser det, gjelde for alle ungdommer i anoreksibehandling som bryter med normer for kjønn og seksualitet.

6.4 Kjønnsbegrunnede behov for tilpasninger i for anorektiske gutter i behandling

Flere funn i denne oppgaven kan indikere en universal karakter innenfor behandling og forbedring etter spiseforstyrrelse (18;33;36;37) og at både behandlerne og mannlige pasienter er enige i at de individuelle tilpasningene kan gjøres innenfor rammene for behandlingsmodellene som tradisjonelt sett brukes til kvinner (18;36). Dette krever at behandlerne er åpne og empatiske ovenfor å tilpasse den terapeutiske tilnærmingen med hensyn til pasientens spesifikke utfordringer på en ikke-dømmende måte, uavhengig av kjønn (18).

Finn Skårderud (6) markerer viktigheten av at terapien som en relasjon. I en trygg relasjon med en stødig skikkelse, kan anorektikeren forsiktig tørre å tre frem (6). Slik jeg tolker Skårderud, er det viktig at behandlerne ikke klamrer seg til det spesifikke og faste i behandlingsformen, men at det også gis rom til en psykoterapeutisk holdning. Dette forklares best med hans egne ord: «*Den psykoterapeutiske holdningen er en grunnleggende aktelse for den andres versjon og en bestrebelse på å kunne forstå hvordan det er å være den andre*» (6, s.20). Felles for de med nervøse spiseforstyrrelser uavhengig av kjønn, er at utfordringen ikke ligger i at de har mistet appetitten, men at de søker noe annet i livet via sine kropper. Denne handlingen kan fortolkes som en kamp om å vinne seg selv, en kamp om identitet og et uttrykk for alvorlig svikt av selvstendighet (6). Selv om gutter ønsker å bli sett som individ fremfor en overfokusering på kjønn (37), finnes det kjønnsforskjeller som er verdt å utforske underveis i behandlingen. Et eksempel på dette, er ulikheter i bakgrunnen for utviklingen av spiseforstyrrelsen. Forskning viser blant annet at jenter i større grad enn gutter er opptatte av avmagring med formål å bli tynne, mens guttene på sin side idealiserer en type magerhet som fremhever musklene (1;39;49). Jeg undrer meg over om det er en sammenheng mellom denne oppgavens funn på at flere av guttene har perioder med overdreven trening (33;35), og funnene som viser gutter oftere har en forhistorie med overvekt. Overdreven trening sammen med matrestriksjon eller full faste, er de mest brukte kompensasjonsmekanismene hos gutter med spiseforstyrrelser (36). Behandlerne påpekte også at menn ofte har et økt fokus på maskulinitet, og at dette kan sees i sammenheng med deres mekaniske tankemåte (18).

To av studiene har funn som kan tyde på at gutter med anoreksi har færre venner og er sjeldnere involverte i romantiske forhold eller er i ustabile forhold (32;36). Venner, familie og kollegaer er eksempler på det Antonovsky kaller generelle motstandsressurser. Andre eksempler er penger, egostyrke og kulturell stabilitet. Jo flere slike motstandsressurser man

har i livet, jo mer effektiv beskyttelse vil man ha mot en rekke stressfaktorer (25). Som flere av studiene påpeker, mister flere av guttene vennskap, utdanning og jobb som følge av sykdommen (33;36). Utfordrende situasjoner vil kunne føre til stressorer som kan trigge spiseforstyrrelsen i lang tid etter behandling, og dette i sammenheng med få motstandsressurser vil kunne trekke guttene bort fra det Antonovsky omtaler som helseenden av kontinuumet. Men jo flere motstandsressurser man har tilgjengelig, jo bedre opplevelse av sammenheng og dermed høyere grad av effektiv mestring vil personen få. Kvaliteten på emosjonelle bånd og sosial støtte er viktig for graden av helse hos den enkelte (24).

6.5 Studiens styrker og begrensninger

Studiens funn kan ansees som viktige faktorer å kartlegge når gutter med anoreksi skal inn i behandling. Sammensetningen av funn fra kvantitative og kvalitative studier, kan gjøre at faktorer sees i sammenheng med hverandre på en ny måte.

Valg av søkeord begrenser funnene til de artikler som har disse søkeordene som en av sine mesh-termer eller nøkkelord. Elektronisk litteratursøking har selvsagt store fordeler, men relevant litteratur kan være kategorisert på en slik måte at mine søkeord ikke finner disse.

At antall gutter som diagnostiseres med spiseforstyrrelser er økende, kan tilsa at det har vært en økning i antall behandlede gutter siden studieperiodene for de inkluderte studiene.

Behandlingsformene og guttenes opplevelser av disse kan også ha vært i endring. Jeg har forsøkt å tydeliggjøre hvordan, når og hvor søkene er utført, for å gjøre funnene etterprøvbare og styrke studiens reliabilitet.

Denne studien er utført uten et forskerteam over periode på seks måneder, og er således påvirket av begrenset tid og ressurser. Jeg har ikke mottatt noe finansiell støtte for å gjennomføre min studie, og har ikke favorisert funn som kan styrke min forforståelse.

6.5.1 Implikasjoner for praksis.

For barnesykepleiere og andre som møter gutter med spiseforstyrrelser gjennom sitt arbeid i spesialisthelsetjenesten, har denne studien funn i form av sekundærdata som kan ha betydning for å bedre kunne fange opp, diagnostisere og behandle gutter med anoreksi i ung alder.

Opgaven har resultater som tyder på at det både er behov og ønsker om retningslinjer eller

veiledere som kan hjelpe behandlere å identifisere kjønnsbegrunnede behov for gutter i anoreksibehandling.

Studiene er utført i Frankrike, Paris, England, Canada, USA, Australia, New Zealand, Norge og Sverige. Dette er alle land hvor overførbarheten synes å være troverdig, både med tanke på diagnostisering, behandling og kultur.

6.5.2 Videre forskning

Før innføringen av DSM-5 hadde menn med en mer feminin versjon av anoreksi større sjanse for å bli plukket opp og diagnostisert enn de med annen type anoreksi (36). Som en konsekvens av dette, kan studier som undersøker kjønnsforskjeller ved anoreksiens sykdomsforløp og behandling, faktisk være basert på menn med slik feminin versjon av anoreksi. Dette kan gi forskningsresultater som egentlig sier at gutter med en «feminin fremtoning» i sitt sykdomsforløp, har like god effekt av behandling som jentene. Dette er for meg et tydelig punkt for videre forskning, da alle har lik på god behandling som er tilpasset sine individuelle behov.

Tidligere har forskere kunnet legitimere ekskluderingen av gutter og menn i forskning på bakgrunn av lav prevalens (49). Når vi nå vet at det finnes flere gutter med anoreksi enn tidligere antatt (1), er det viktig at det mannlige kjønn inkluderes i fremtidig forskning, slik at behandlingen kan tilpasses og forbedres. Da ungdomstiden er en risikofase for utvikling av spiseforstyrrelser (41;49), mener jeg at det i fremtiden bør forskes mer på unge gutters sykdomsforløp og deres effekt av behandling.

7 Konklusjon

Resultatene viser kjønnsforskjeller både i perioden før og under innleggelse, ved diagnostisering og til dels ved effekt av behandling. Gutter med anoreksi er ofte tyngre med en forhistorie med overvekt, har mindre sjanse for å bli diagnostisert med en spiseforstyrrelse, økt forekomst av psykiatrisk samsykelighet og får medisinske sekveler i like stor grad som jentene. Funn i denne studien tyder på at behandlingen likevel kan tilrettelegges for gutter innenfor de rammer som behandlingen har. Deler av studiens resultater er taler i derfor positivt favør for unge gutter med anoreksi, da guttene i denne studien viser seg å ha lik sykdomsvarighet, lik grad av medisinske komplikasjoner og tilsynelatende lik effekt av behandling som jentene. Funn tyder på at behandlingen kan tilrettelegges ytterligere for guttene, noe som kan bidra til å minimere følelsen av atypiskhet og tap av maskulinitet.

Det er likevel fortsatt et stort behov for videre forskning på dette temaet, da det vises mangelfulle kjønns spesifikke retningslinjer og veiledere for behandling av denne pasientgruppen.

I en dokumentar om gutter med spiseforstyrrelser, sa en av guttene noe som festet seg hos meg: «*I hope that in 100 years or so, it would be ridiculous to even say Men have eating disorders too*» (50). Dette håper jeg denne oppgaven kan være et lite bidrag til.

Referanseliste

1. Murray SB, Nagata JM, Griffiths S, Calzo JP, Brown TA, Mitchison D, et al. The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review* 2017;57:1-11.
2. Senneset I, Skårderud F. *Anorektisk*. Oslo: Cappelen Damm; 2017.
3. Helsedirektoratet. Om spiseforstyrrelser www.helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet [lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>
4. Nationellt kvalitetsregister for ätstörningsbehandling. Riksät årsrapport 2018 <https://riksat.registercentrum.se/>: Riksät, Kompetenscentrum för psykoterapi [lest]. Tilgjengelig fra: <https://riksat.registercentrum.se/statistik/arsrapporter/p/B1gb4PrOM>
5. Folkehelseinstituttet. Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse [lest 21.02.10]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
6. Skårderud F. *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforl.; 1994.
7. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord* 2012;20(5):346-55.
8. Sjøbjerg IL, Brandt LM, Tunby J. Barnesykepleier - funksjons- og ansvarsområder. <https://www.nsf.no/Content/3518177/cache=20192201214522/Barnesykepleier%20%E2%80%93%20funksjons-%20og%20ansvarsomr%C3%A5der%202017.pdf>: Utdanningsutvalget 2017.
9. Raisanen U, Hunt K. The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ open* 2014;4(4):e004342.
10. Loudon IS. Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa. *British medical journal* 1980;281(6256):1669-75.
11. Falstein EI, Feinstein SC, Judas I. Anorexia nervosa in the male child. *The American journal of orthopsychiatry* 1956;26(4):751-70; discussion, 70-2.
12. Kafka F, Brøgger W. *Fortellinger*. Oslo: Cappelen; 1965.
13. Skårderud F. *Sultekunstnerne : kultur, kropp og kontroll*. Oslo: Aschehoug; 1991.
14. O'Hara SK, Smith KC. Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient education and counseling* 2007;68(1):43-51.
15. Sweeting H, Walker L, MacLean A, Patterson C, Raisanen U, Hunt K. Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *International journal of men's health* 2015;14(2).
16. Valente S, Di Girolamo G, Forlani M, Biondini A, Scudellari P, De Ronchi D, et al. Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation. *Eating and weight disorders : EWD* 2017;22(4):707-15.
17. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ. Burden of eating disorders in 5-13 - year - old children in Australia. *Medical Journal of Australia* 2009;190(8):410-4.
18. Kinnaird E, Norton C, Tchanturia K. Clinicians' views on treatment adaptations for men with eating disorders: a qualitative study. *BMJ open* 2018;8(8):e021934.
19. Haavet OR. *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforl.; 2005.
20. Skarbø T, red. *behandling Nkf, av spiseforstyrrelser (NorSpis)*. Årsrapport for 2018 med

- plan for forbedringstiltak. www.kvalitetsregistre.no: 2018. Tilgjengelig fra: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/47_arsrapport_2018_norspis.pdf
21. Helsebiblioteket. pediatriveiledere.helsebiblioteket.no[oppdatert 2017; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5964&key=144406>
 22. Norsk Selskap for Spiseforstyrrelser. Diagnostikk og behandling av spiseforstyrrelser: Forskningsnytt!: Norsk Selskap for Spiseforstyrrelser [oppdatert 08.03.2019; lest 08.03.]. Tilgjengelig fra: <https://nsfsf.no/2019/03/diagnostikk-og-behandling-av-spiseforstyrrelser-forskningsnytt/>
 23. Rådgivning om spiseforstyrrelser. Anoreksi www.nettros.no: NHI / ROS [lest]. Tilgjengelig fra: <https://nettros.no/fa-kunnskap/anoreksi/>
 24. Langeland E. Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. Sykepleien Forskning 2009;4(4):: 4: 288–96.
 25. Antonovsky A, Sjøbu A. Helsens mysterium : den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
 26. Everett EL, Furseth I. Masteroppgaven : hvordan begynne - og fullføre. 2. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2012.
 27. Aveyard H. Doing a literature review in health and social care : a practical guide. 3rd ed. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press; 2014.
 28. Kilvik A, Lamøy LI. Litteratursøking i medisin og helsefag : en håndbok. 2. utg., rev. og utvidet. utg. Trondheim: Tapir akademisk forl.; 2007.
 29. World Medical Association. WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS www.wma.net: © 2020 The World Medical Association, Inc. [oppdatert 9.juli.2018; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
 30. Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. Nursing Inquiry 2003;10(2):113-20.
 31. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, red. Kunnskapssenteret. 4. utgave utg. Oslo Folkehelseinstituttet 2015.
 32. Gueguen J, Godart N, Chambry J, Brun-Eberentz A, Foulon C, Divac Phd SM, et al. Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. Int J Eat Disord 2012;45(4):537-45.
 33. Pettersen G, Wallin K, Bjork T. How do males recover from eating disorders? An interview study. BMJ open 2016;6(8):e010760.
 34. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. BMC psychiatry 2015;15:45.
 35. Coelho JS, Lee T, Karnabi P, Burns A, Marshall S, Geller J, et al. Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. J Eat Disord 2018;6:40.
 36. Voderholzer U, Hessler JB, Naab S, Fichter M, Graetz A, Greetfeld M, et al. Are there differences between men and women in outcome of intensive inpatient treatment for anorexia nervosa? An analysis of routine data. European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association 2019;27(1):59-66.

37. Kinnaird E, Norton C, Pimblett C, Stewart C, Tchanturia K. "There's nothing there for guys". Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study. *Eating and weight disorders : EWD* 2019;24(5):845-52.
38. Maccaughelty C, Wagner R, Rufino K. Does being overweight or male increase a patient's risk of not being referred for an eating disorder consult? *International Journal of Eating Disorders* 2016;49(10):963-6.
39. Kinasz K, Accurso EC, Kass AE, Le Grange D. Does Sex Matter in the Clinical Presentation of Eating Disorders in Youth? *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2016;58(4):410-6.
40. Linardon J, Shatte A, Tepper H, Fuller-Tyszkiewicz M. A survey study of attitudes toward, and preferences for, e-therapy interventions for eating disorder psychopathology. *International Journal of Eating Disorders* n/a(n/a).
41. Ganson KT, Murray SB, Nagata JM. Last word: A call to develop specific medical treatment guidelines for adolescent males with eating disorders. *Eating Disorders* 2019:1-7.
42. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27(6):426-30.
43. Machado PP, Grilo CM, Crosby RD. Evaluation of the DSM-5 Severity Indicator for Anorexia Nervosa. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 2017;25(3):221-3.
44. Norris ML, Apsimon M, Harrison M, Obeid N, Buchholz A, Henderson KA, et al. An Examination of Medical and Psychological Morbidity in Adolescent Males With Eating Disorders. *Eating Disorders: Males and Eating Disorders* 2012;20(5):405-15.
45. Nagata JM, Carlson JL, Golden NH, Long J, Murray SB, Peebles R. Comparisons of bone density and body composition among adolescents with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2019;52(5):591-6.
46. Sabel AL, Rosen E, Mehler PS. Severe anorexia nervosa in males: clinical presentations and medical treatment. *Eat Disord* 2014;22(3):209-20.
47. Weltzin T, Cornella-Carlson T, Fitzpatrick M, Kennington B, Bean P, Jefferies C, et al. Treatment Issues and Outcomes for Males With Eating Disorders. *Eating Disorders* 2012;20(5):444-59.
48. Walden Behavioral Care. The Power of Gender Inclusive Pronouns <https://www.waldeneatingdisorders.com>: Walden Behavioral Care [lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.waldeneatingdisorders.com/blog/gender-inclusive-pronouns/>
49. Timko CA, DeFilipp L, Dakanalis A. Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms. *Current psychiatry reports* 2019;21(1):1-8.
50. Pellacani F. Millstone - Documentary about Eating disorders in Men YouTube2016.

Vedlegg 1

Søkehistorikk

Artikkel 1: Welch, E., Ghaderi, A. & Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry*, 15, 45. 10.1186/s12888-015-0419-8

Artikkel 2: Voderholzer, U., Hessler, J. B., Naab, S., Fichter, M., Graetz, A., Greetfeld, M., . . . Schlegl, S. (2019). Are there differences between men and women in outcome of intensive inpatient treatment for anorexia nervosa? An analysis of routine data. *Eur Eat Disord Rev*, 27(1), 59-66. 10.1002/erv.2624

Artikkel 3: Coelho, J. S., Lee, T., Karnabi, P., Burns, A., Marshall, S., Geller, J. & Lam, P. Y. (2018). Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *J Eat Disord*, 6, 40. 10.1186/s40337-018-0226-y

Artikkel 4: Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J., Brun-Eberentz, A., Foulon, C., Divac Phd, S. M., . . . Huas, C. (2012). Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *Int J Eat Disord*, 45(4), 537-545. 10.1002/eat.20987

Database: PubMed. Dato for søk: 29.01.20 (nyeste søk) Første søk: 24.01.20

#	SØKEORD	Antall treff	Duplikat	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
#1	Anorexia nervosa	16315				
#2	Adolescent	2040763				
#3	Gender differences	204954				
#4	#1 AND #2 AND #3	145		21	11	4

Artikkel 5: Pettersen, G., Wallin, K. & Bjork, T. (2016). How do males recover from eating disorders? An interview study. *BMJ Open*, 6(8), e010760. 10.1136/bmjopen-2015-010760

Artikkel 6: Kinnaird, E., Norton, C. & Tchanturia, K. (2018). Clinicians' views on treatment adaptations for men with eating disorders: a qualitative study. *BMJ Open*, 8(8), e021934. 10.1136/bmjopen-2018-021934

Database: PubMed **Dato for søk:** 30.01.20.

#	SØKEORD	Antall treff	Duplikat	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
#1	«Anorexia Nervosa»	16320				
#2	Men	501422				
#3	Treatment	10886319				
#4	«Treatment adaptions»	172				
#5	«clinical characteristics»	305660				
#6	#3 OR #4 OR #5	11012361				
#7	#1 AND #2 AND #6	132				
Filter	-Published in the last 10 years -Full text -Humans	41	2	6	4	2

Artikkel 7: Kinnaird, E., Norton, C., Pimblett, C., Stewart, C. & Tchanturia, K. (2019).

"There's nothing there for guys". Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study. *Eat Weight Disord*, 24(5), 845-852. 10.1007/s40519-019-00770-0

Denne artikkelen fikk jeg 22.11.19 av ekspert på fagområdet.

