



Ätstörningar

EN KUNSKAPSÖVERSIKT



FoU-rapporter 2003

1. Idrott, kön och genus - en kunskapsöversikt
 2. Man vill ju inte att föreningen ska dö - studie om idrottens föreningsledare våren 2003
 3. Etnisk mångfald och integration - visar idrotten vägen?
 4. Möjligheten till motion och fysisk aktivitet - lika för alla?
 5. Kvinnor och män inom idrotten 2003 - statistik från Riksidrottsförbundet
- Rapporterna kan beställas från Riksidrottsförbundets kundtjänst - kundtjanst@rf.se.

Förord

Med jämna mellanrum uppmärksammas ätstörningsproblematiken inom idrotten genom att kända elitidrottare drabbas. Det är angeläget att utbilda ledare, tränare och aktiva och öka medvetenheten hos dem om problemen. Dels för att undvika att okunniga ledare och tränare genom obehövlig medverkan till att utlösa ätstörningar, men också för att i ett tidigt stadium kunna upptäcka aktiva som har problem.

Det finns ingen enkel förklaring till varför vissa aktiva drabbas av ätstörningar, som i förlängningen kan leda till anorexi eller bulimi. Det handlar om en rad samverkande faktorer, som t ex kroppsfixering och prestationskrav. Ofta kan en akut stresssituation bli den utlösande faktorn. Studier visar att tävlingsidrottare är överrepresenterade när det gäller ätstörningar. Forskningsresultat visar också att grundorsakerna till anorexia framför allt är hög fysisk aktivitet (inklusive mycket träning) i kombination med svårigheten att äta så mycket som kroppen behöver.

Denna kunskapsöversikt, sammanställd av journalisten Christian Carlsson på uppdrag av Riksidrottsförbundets Elitidrottscentrum, Bosön, ger en kortfattad sammanfattning över forskning och aktuella resultat om idrott och ätstörningar. Dessutom presenteras ett par behandlingsformer samt hur ett specialförbund hanterar problematiken. Vidare finns adresser till ätstörningsmottagningar, vårdenheter och patientföreningar.

Rapporten vänder sig till aktiva, tränare och ledare på alla nivåer inom idrotten som vill ha kunskap och råd kring ätstörningsproblematiken i den dagliga verksamheten.

Marianne Söderberg
Elitidrottschef

Innehåll

Min kropp och jag.....	7
Forskning kring ätstörningar	7
Anorexia athletica.....	10
The female athlete triad.....	11
När känslorna styr över förnuftet.....	11
Med vågen som verktyg.....	12
Friidrottens tre bud.....	13
Kontaktadresser.....	14
Bilaga – definitioner.....	17

Min kropp och jag

Hur ser jag egentligen ut i kroppen? Är inte höfterna lite för breda? Magen för rund? Armarna för dallriga? Social kroppsångest är tyvärr ett ganska utbrett fenomen i vårt samhälle. Att exponera sin kropp offentligt är för vissa människor förknippat med starka obehagskänslor, ja till och med ångest. Badstranden är ett typiskt exempel på en arena där människors kroppar är i fokus. Men även inom idrotten finns det gott om miljöer där mer eller mindre avklädda personer vistas. Omklädningsrum, simhallar och spegelförsedda gym är några exempel.

Magnus Lindwall, doktorand i idrottspsykologi vid Stockholms Universitet, arbetar på en doktorsavhandling om kroppsuppfattning.

– Personer med ätstörningar har i olika studier visat sig ha en högre grad av social kroppsångest/anspanning än andra. Man känner i vissa miljöer en nervositet över att andra människor granskar hur man ser ut. Det finns dom som undviker träningsmiljöer av det här skälet. Andra kan klä sig i bylsiga kläder som inte avslöjar kroppens former.

Hans egen forskning visar att män generellt har en positivare syn på den egna kroppen än kvinnor. Det framkommer också att personer som tränar eller motionerar regelbundet har en mer positiv kroppsuppfattning än de som är fysiskt inaktiva. Samtidigt vet man från andra studier att tävlingsidrottare är överrepresenterade när det gäller ätstörningar. Idrotten kan med andra ord vara såväl en frisk- som riskfaktor i detta sammanhang.

– Ja, så är det. Det finns till exempel klara könsskillnader avseende kroppsuppfattning. För män går träning generellt sett hand i hand med en ökad tillfredsställelse med den egna kroppen. Träningen gör också att män upplever en lägre grad av kroppsanspanning. Hos kvinnor som tränar finns däremot ett mer utbrett missnöje över kroppens utseende, säger Magnus Lindwall.

Han refererar till forskning som kommit fram till att "ett lagom missnöje" över kroppens utseende - under rätt förutsättningar och för rätt grupp av människor - faktiskt kan vara något positivt. Det kan till exempel gälla för stillasittande personer i riskzonen för hjärt- och kärlsjukdomar. För dem kan missnöjet vara den motivationsfaktor som krävs för att komma

igång med ett mer rörligt liv.

Men för en annan grupp människor - till exempel unga elitidrottsskvinnor i så kallade estetiska idrotter - kan motsvarande negativa kroppsopfattning, i kombination med en perfektionistisk personlighet, leda till problem med ätstörningar.

– Problemet med ätstörningar och människors kroppsopfattning hänger intimt samman. Massmedia har förstås ett stort inflytande på kroppsidealerna i samhället. Sannolikt är individens självkänsla en viktig faktor när det gäller vilka som blir offer för denna påverkan och vilka som kan hantera den.

Läs mer om idrott och kroppsopfattning:

- Haase, A.M. Prapavessis, H och Owens R.G. (2002). Perfectionism, social Physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female athletes. *Psychology of Sport and Exercise* nummer 3.
- Hausenblas och Symons-Downs (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes. *Journal of Applied Sport Psychology*.

Forskning kring ätstörningar

Det har inte hänt mycket på femtio år. Behandlingsresultaten är i dag på ungefär samma nivå som på 50-talet. Den dystra slutsatsen drar medicine doktor Hans-Christoph Steinhausen i den vetenskapliga tidskriften *American Journal of Psychiatry* (år 2002, augusti). Steinhausen har granskat 119 studier på totalt 5590 anorexi-patienter. Samtliga studier har varit publicerade i engelsk- eller tyskspråkiga tidskrifter mellan åren 1950-1999. Antalet undersökta i de enskilda studierna varierar från sex personer till 151, med ett genomsnitt på 47 patienter.

Den genomsnittliga mortaliteten (dödligheten) i studierna är fem procent. Av resultaten framgår också att endast 46,9 procent av de överlevande blir fullt återställda. En dryg tredjedel (33,5 procent) förbättrar sitt tillstånd och en femtedel (20,8 procent) utvecklar en kronisk anorexi.

Något bättre är resultaten när det gäller vissa sjukdomssymptom. Sex av tio personer (59,6 procent) lyckas återfå en normal vikt och en regelbunden menstruation (57 procent).

Mindre än hälften (46,8 procent) klarar efter avslutad behandling av att äta normalt.

Steinhausen betonar i diskussionsavsnittet vikten av långa, uppföljande behandlingar. Det är, menar han, den enskilt viktigaste faktorn för en framgångsrik behandling. Ju längre tid läkaren följer sina patienter, desto bättre blir behandlingseffekterna, visar Steinhausens forskningsgenomgång. Resultaten visar också att prognosen är bättre om sjukdomen inträder i unga år, jämfört med senare i livet.

Huvudinriktningar i behandlingen av anorexipatienter under seklet:

Behandlingen av anorexia nervosa i sjukvården förändrades under andra hälften av 1900-talet. Tidigare hade sjukdomen behandlats utifrån ett rent medicinskt perspektiv, med bland annat neuroleptiska läkemedel under 1950- och 60-talet. Den nya behandlingsform som sedan vann mark var den individuellt inriktade psykoterapin.

Senare kompletterades denna terapiform med beteendeinriktade och kognitiva behandlingsmodeller. Från 1970-talet och framåt började familjeterapin användas i vården av yngre patienter.

Källa: Hans-Christoph Steinhausen i *American Journal of Psychiatry*, augusti år 2002.

Aktuella resultat

Nedan följer några korta presentationer av aktuella resultat från studier på temat anorexi och idrott:

"Weight and eating disorders in elite athletes". Av J. Sundgot-Borgen, publicerad i Scandinavian Journal of Medicine in Science and Sports år 2002, nummer 12.

Symptom och förekomst av ätstörningar inom idrotten har i en studie av Smolack från 1999 beräknats variera från 1 procent till hela 62 procent. Borgens forskargrupp beslöt sig för att ta reda på hur vanligt det är med ätstörningar inom hela den norska idrottseliten. Totalt ingick 1 620 elitidrottare i studien, kontroll-

gruppen bestod av 1696 personer. Resultaten visar att det är vanligare med ätstörningsproblem inom elitidrotten, jämfört med befolkningen i övrigt. Bland elitidrottarna visade sig tio procent, enligt de uppsatta diagnoskriterierna, lida av ätstörningar. Motsvarande siffra i kontrollgruppen var 3,2 procent. Problemen var betydligt vanligare bland kvinnorna (20 procent), jämfört med männen (8 procent). Det är likvärt värt att notera att nästan en av tio i den manliga norska idrottseliten uppges vara drabbad av ätstörningar. Anorexi och bulimi har ju beskrivits som en renodlad kvinnosjukdom. Med tanke på Borgens resultat verkar det finnas anledning att även granska förhållandena i den manliga idrotten.

Borgen listar några punkter som hon anser vara viktigast i behandlingen av ätstörningar.

- Normalisera vikt, kroppssammansättning och ätbeteende.
- Förändra ohälsosamma tankeprocesser som upprätthåller ätstörningen.
- Jobba med de emotionella frågor i individens liv, som i vissa fall finns med i sjukdomsbilden.
- Ju yngre den aktive är, desto mer bör familjen involveras i behandlingen.
- Avstängning från träning och tävling rekommenderas inte. Om den aktive ute-stängs finns risken att hon/han tränar på egen hand, utan insyn från någon annan.

Borgen konstaterar också att preliminära resultat från pågående studier pekar mot att såväl gruppbehandling som individuell behandling (kognitiv terapi och kostrådgivning) är effektivt när det gäller att behandla tävlingsidrottare.

"A high exercise load is linked to pathological weight control behavior and eating disorders in female instructors". Av K. Höglund och L. Normén, publicerad i Scandinavian Journal of Medicine in Science and Sports, år 2002, nummer 12.

I studien svarade kvinnliga gyminstruktörer vid åtta fitness-centers runt om i Sverige på en enkät med 60 frågor av relevans för ätstörningar. I genomsnitt tränade instruktörerna 5,5

timmar per vecka. Mer än folk i allmänhet således, men mindre än elitidrottare brukar träna. Totalt uppgav 35 procent att de någon gång haft ätstörningar, med början vid 15-17 års ålder. Problemen hade varat i 5-7 år och 20 procent ansåg sig nu vara friska. Men 11 procent förklarade sig fortfarande ha ätstörningar. Majoriteten i denna grupp tränade mer än sex timmar per vecka. Nästan hälften (46%) av de som någon gång haft en ätstörning, hade erfarenhet av tävlingsidrott.

Forskarna fann också att en hög träningsdos på veckobasis hade ett samband med ett sjukligt behov av att kontrollera vikten. De instruktörer som vid undersökningstillfället led av ätstörningar, tränade mer än kollegorna som aldrig hade haft ätstörningsproblem eller hade det för länge sedan. Av resultaten framgår även att det var vanligare med oregelbunden mens bland de instruktörer som inte använde p-piller, jämfört med de som tog p-piller (5%).

Ökad träningsdos och bantning var de vanligaste metoderna för att hålla vikten nere. Däremot användes laxermedel endast av ett fåtal.

Majoriteten av instruktörerna (55%) vägde sig endast undantagsvis. Men samtidigt svarade lika många (55%) att mycket i det dagliga livet kretsade kring mat och träning. Hela 72 procent svarade också att deras nuvarande vikt var högre än idealvikten.

Vilken roll spelar då själva träningen i den här problematiken? Författarna refererar till Sundgot-Boren som i en studie från 1994 slog fast att en plötslig ökning av träningsdosen kan leda till viktminskning bland tävlingsidrottare. Detta kan i sin tur leda till att ett stort ätbeteende utvecklas. Men Höglund och Normén gör likväl bedömningen att majoriteten av instruktörerna med erfarenhet av ätstörningar, hade dessa problem redan innan studien påbörjades. Detta, menar man, tyder på att det knappast är träningen som utlöser problemen, utan snarare att själva miljön attraherar personer med ätstörningsproblem.

"Eating disorder behavior in physically active norwegian women". Av L.B Augestad och W.D. Flanders, publicerad i Scandinavian Journal of Medicine in Science and Sports, nummer 12.

I denna studie besvarade 912 kvinnliga studenter i Norge "The eating Disorder Inventory (EDI)". Ett självskattningstest som är utformat för att mäta attityder och beteenden som är kopplade till anorexia och bulimia nervosa. Forskarna definierade mindre än fem timmars träning per vecka som "låg fysisk aktivitet", och mer än fem timmar som "hög fysisk aktivitet". Den genomsnittliga träningsmängden i hela gruppen var 3,3 timmar per vecka.

Totalt visade sig 136 av kvinnorna (15,1%) ha någon form av ätstörning enligt den så kallade SED-skalan (Survey of Eating Disorders). Av dessa hade 42 (4,7%) kvinnor Bulimia Nervosa. De allra flesta, 88 personer (9,8%) ingick dock i gruppen med diagnosen "eating disorders not otherwise specified"

(EDNOS, se diagnoskriterierna i bilagan).

Till skillnad från de svenska forskarna Höglund-Normén fann dock inte Augestad-Flanders något samband mellan träningsmängd och förekomst av ätstörningar. Författarnas slutsats är att antalet träningstimmar per vecka inte utgör någon nyckelfaktor för utvecklandet av ätstörningar bland studenter. Om detta är sant, fortsätter man, så kan den större risk för ätstörningar hos tävlingsidrottare som andra forskare rapporterat, tänkas bero på andra faktorer än träningsmängden.

Vilka faktorer skulle då de kunna tänkas vara?

Augestad-Flanders föreslår i diskussionskapitlet att träningens intensitet i kombination med en stressig livsstil i övrigt, kan tänkas utlösa ett osunt ätbeteende.

Examensarbeten om idrottsanorexi

"Idrottsanorexi - en undersökning om RF och Specialidrottsförbundens strategier för idrottsanorexi".

Examensarbete vid Idrottshögskolan i Stockholm år 2001, av Annelie Kvarnmalin och Malin Håstedt.

Grundläggande kunskaper i näringslära, liksom information om ätstörningar, är viktiga verktyg när det gäller att förebygga problem med anorexi och bulimi. Idrottsrörelsens specialförbund (SF) är i det sammanhanget en viktig aktör. Men hur axlar man egentligen det ansvaret?

Kvarnmalm-Håstedt valde till att börja med ut sju specialförbund som tidigare ingått i projektet "Diagnos och behandling av anorexi inom elitidrotten", 1996. Därutöver lottades 13 specialidrottsförbund fram (SF:en som deltog i studien presenteras nedan i separat ruta).

Fyra SF valde att inte delta i studien.

De SF som ingick i studien fick svara på en enkätundersökning, samt intervjuades på telefon.

Av resultaten framgår att nio av de 16 specialidrottsförbunden i studien hade pågående kostrelaterade projekt. De övriga sju förbunden planerade inte någon kostutbildning under den närmaste framtiden.

Majoriteten, 12 av 16 förbund, menade att bättre information och utbildning på området skulle göra det lättare att upptäcka fler fall av ätstörningar.

Det var dock endast ett fåtal - 5 av de 16 förbunden - som hade utarbetat en policy eller handlingsplan för att motverka problem med anorexi och bulimi. Av dessa fem förbund hade fyra en skriftligt dokumenterad handlingsplan. Enkätsvaren visar också att fyra av dem inte tillåter den aktive att tävla. Tre av förbunden med en handlingsplan tillåter dock att hon/han fortsätter träna. Samtliga fem förbund uppger att de kan erbjuda den som drabbats av ätstörningar professionell hjälp. Detta sker i regel genom att förbundets läkare remitterar till en specialist.

Deltagande förbund

De sex utvalda specialidrottsförbunden i examensarbetet representerar följande idrotter: skidåkning, orientering, konståkning, friidrott, simning och gymnastik.

De nio förbund som via lottning också ingick i undersökningen representerade följande idrotter: handboll, bandy, danssport, fotboll, golf, innebandy, ridsport, volleyboll, rodd, klättring.

Vid sidan av dessa valde fyra förbund att inte delta i undersökningen.

"Om du går ner några kilo... - viktfixering och ätstörningar inom den svenska rytmiska gymnastiken". Examensarbete vid Idrottshög-

skolan i Stockholm år 2002, av Anna Skogholm.

Viktfixeringen är stor inom den svenska rytmiska gymnastiken, konstaterar Anna Skogholm. Urvalsgruppen i undersökningen bestod av de junior- och seniorgymnaster som tävlat på riksnivå under åren 1999-2001. En enkät skickades ut till 51 gymnaster, 36 av dem besvarade frågorna.

Resultaten visar att gymnasterna ser olika på sin kropp beroende på vilket sammanhang de vistas i. Utanför idrotten ansåg majoriteten att deras kroppar var "lagom". Som gymnaster däremot, kände sig många för tjocka.

Av svaren framgår också att många har fått sin vikt kommenterad av tränare. Kommentarer som i huvudsak gått ut på att den aktive bör gå ned i vikt, men även rekommendationer om motsatsen har förekommit.

Mer än hälften av gymnasterna ansåg att de vägde för mycket och de var rädda för att gå upp i vikt.

Två av de 36 gymnasterna i undersökningen hade tidigare fått diagnosen anorexia.

I slutsatsen konstaterar författaren att Gymnastikförbundet lagt upp en handlingsplan för att motverka ätstörningar inom sporten.

Anorexia athletica

Finns det en speciell idrottsanorexi? Och är den i sådana fall mindre allvarlig än den anorexi som drabbar personer utanför idrotten?

Ett flertal försök att definiera Anorexia Athletica har gjorts. Den norska forskaren Sundgot-Borgen är en bland flera forskare som försökt åstadkomma en definition. Meningarna går dock isär när det gäller att slå fast absoluta kriterier (som måste förekomma) och relativa kriterier (som kan förekomma). Sundgot-Borgens definition av anorexia athletica nedan är alltså bara en av flera tänkbara.

Absoluta kriterier:

- Viktnedgång
- Mag-tarm problem
- Avsaknad av sjukdom eller störning som kan förklara viktnedgången
- Överdriven rädsla för att bli fet
- Begränsning av kaloriintaget

Relativa kriterier (ett eller fler):

- Försenad pubertet
- Menstruationsrubbingar
- Störd kroppsuppfattning
- Användande av kräkning, laxering och/eller diuretika
- Hetsätning
- Tvångsmässigt tränande

The female athlete triad

Kombinationen av tung fysisk träning och för lite mat försvagar skelettet. Studier vid Karolinska institutet visar att cirka 40 procent av elitidrottsskivinnorna inom medel- och långdistanslöpning, längdskidåkning, orientering och gymnastik, har menstruationsrubbingar eller saknar helt mens. Att mens försvinner är ett tecken på hormonella störningar som kan leda till urkalkning av skelettet. Risken att dessa elitidrottsskivinnor råkar ut för benbrott är tre gånger högre jämfört med andra kvinnor.

Angelica Linden-Hirschberg vid Kvinno-kliniken på Karolinska sjukhuset berättar att hård träning i kombination med ett otillräckligt näringsintag (så kallad negativ energibalans), är den viktigaste orsaken till hormonella störningar hos idrottande kvinnor.

– Men det är förstås individuellt vad kroppen klarar av. Vissa påverkas inte alls negativt av detta, säger Hirschberg.

Intensiteten på träningen, kroppens individuella känslighet och sist men inte minst – näringsintaget – är tre faktorer som påverkar mängden kroppsfett. Normalt bör cirka 20 procent av den totala kroppsvikten hos kvinnor utgöras av fett. Men de kvinnliga elitidrottare som undersökts på Karolinska sjukhuset har i genomsnitt cirka sju procent. Och ju mindre mängd kroppsfett, desto större risk för mensstörningar och därpå följande skeletturkalkning.

– Jag har sett röntgenbilder på elitidrottsskivinnor där skelettet sett ut som på kvinnor i pensionsåldern. Väldigt många drabbas av benbrott. Som tur är så går det att återfå en regelbunden mens, och faktiskt kan man även reparera ett urkalkat skelett, genom att minska på träningsmängd och intensitet, säger Hirschberg.

När känslorna styr över förnuftet

Löwenströmska sjukhuset i Upplands-Väsby är med sina 50 anställda landets största mottagning för ätstörningar. Totalt finns 12 heldygn- och 12 dagsjukvårdsplatser. På ”Löwet” anser man att sjukdomarna anorexia nervosa och bulimi behöver mötas med ett ”multifaktoriellt angreppssätt”. Detta betyder konkret att behandlingen består av tre olika moment: praktisk ätträning, kognitiv samtalsterapi och medicinsk behandling.

Medicinsk chef för Löwenströmska sjukhusets ätstörningsmottagning är överläkaren Rolf Glant.

– Grundbehandlingen går ut på att med hjälp av praktisk ätträning försöka få tillbaka patientens normala kroppsvikt. Personer med anorexia har ofta svårt att acceptera denna vikt som normal. De tror att stolen de sitter på ska braka ihop eller att de inte ska komma ut genom dörren. Känslorna styr kort sagt över förnuftet. I synnerhet gäller detta för yngre patienter, äldre har i regel skaffat sig en större sjukdomsinsikt, säger Rolf Glant.

I behandlingen på Löwenströmska ingår alltså såväl medicinska som psykologiska och praktiska ätträningsslag. De tre behandlingskomponenterna går i korthet ut på följande:

- 1) Praktisk ätträning: Patienter - vanligtvis tre personer - äter till exempel frukost med någon ur personalen. Under måltiderna uppmuntras patienterna på olika sätt att äta. Den praktiska ätträningen föregås av motivationssamtal med psykologer och terapeuter.
- 2) Kognitiv terapi (samtalsterapi): Målsättningen är att ändra patienternas sätt att tänka när det gäller mat. Den grundläggande hypotesen i denna kognitiva terapi är att ens tankar påverkar hur man känner sig. Mental träning i form av till exempel målbildsträning är ett moment.
- 3) Medicinsk behandling: I vissa fall behövs behandling med läkemedel och/eller näringslösningar genom dropp.

Svårare fall av ätstörningar tar i genomsnitt 5-6 år att behandla, enligt Rolf Glant. Det betyder med andra ord att vissa blir friskare

snabbare, medan andra kan behöva behandling under tio, tjugo års tid. Åter andra blir aldrig friska.

– Generellt går det snabbare att behandla bulimipatienter. När de via ätträning väl lärt sig att äta rätt, brukar utsikterna vara goda att de tillfrisknar. Personer som väger 20-30 kilo när de kommer in är svårare att behandla. Ett faktum som även gäller för dem som lider av psykiska störningar. Rent allmänt kan man säga att det är fördelaktigt ju tidigare man kan börja behandlingen, säger Glant.

Han berättar att aktuella forskningsrön visar att det även finns med en genetisk komponent i sjukdomsbilden. En intensiv forskning på detta område pågår för närvarande och har blivit möjlig tack vare den ökade kunskapen från Hugo genforskningsprojektet. Vid riktigt svåra fall av anorexi har det ofta visat sig att även mamman eller mormodern lidit av samma sjukdom. Men någon specifik ”anorexigen” lär forskarna knappast finna. Det handlar snarare om kombinationer av ett flertal gener.

– Psykisk stress i kombination med det genetiska arvet kan leda till ätstörningsproblem. Många av de som drabbas av anorexi är känsliga personer. Det gör att de lättare får ångest, och då hjälper svälten i initialskedet. I bakgrunden finns även en ”överbyggnad” i form av reklam och massmedia som påverkar.

När det gäller ”idrottsanorektiker” finns det enligt Rolf Glant i huvudsak två grupper. En som genom självsvält försöker förbättra prestationsförmågan. Det är också sant att prestationerna i vissa idrotter på kort sikt kan förbättras då kroppen blir lättare. I nästa fas leder dock förlust av muskelmassa och ett allt svagare allmäntillstånd till att den idrottsliga kapaciteten försämras drastiskt.

För den andra huvudgruppen av idrottsanorektiker handlar det främst om bristande kunskaper i kostfrågor. Många saknar kunskap om hur mycket tävlingsidrottare behöver äta för att befinna sig i så kallad energibalans. En negativ energibalans (då energiförbrukningen överstiger energiintaget i form av mat och dryck) kan i förlängningen leda till ätstörningsproblem.

Tränare och andra idrottsledare har en viktig roll att fylla när aktiva drabbas av ätstörningsproblem. Följande råd vill Rolf Glant rikta till de som har ledarfunktioner inom idrotten:

- Se upp med ”förflugna” kommentarer om de aktivas vikt och/eller kroppskonstitution.
- Uppmuntra inte viktnedgång.
- Dra dig inte för att stänga av en adept från tränings- och tävlingsverksamhet, även om han/hon är duktig.
- Prata först själv med den aktive. Slussa sedan henne/honom vidare till en ätstörningsklinik.
- Träningskompisar har också ett viktigt ansvar. Undvik ett klimat där bantningsfrågor diskuteras.

Med vågen som verktyg

En våg kopplad till en dator är en av hörnstenarna i anorexibehandlingen vid Centrum för ätstörningar på KS. Den så kallade Mandometern mäter hur fort maten försvinner från patientens tallrik. Anorektikern får på så sätt, via en äthastighetskurva som visas parallellt med en normalkurva, en direkt återkoppling på sitt ätbeteende. Det är nämligen väl känt att anorektiker äter mycket långsamt. På dataskärmen visas också en mättnadskurva som utgår från patientens egna skattningar. Målet är att få anorektikern att inte sitta och peta i maten, utan äta lite snabbare.

– Utöver den praktiska ätträningen betonar vi också noga vikten av att vila efter maten. Varma rum är en annan viktig ingrediens i vår behandlingsmodell. Vi stöttar också patienterna genom att ta tag i de negativa sociala konsekvenser som ofta blir en följd av sjukdomen, säger doktor Per Södersten som tillsammans med Cecilia Bergh skapat ”Mandomodellen”.

Enligt denna behandlingsmodell är de psykiska besvär som ofta är associerade med anorexia nervosa en konsekvens av sjukdomen - inte en orsak till den. En högt uppdriven fysisk aktivitet i kombination med ett stort ätbeteende är, menar man, de två primära orsakerna till anorexia. Samma orsaker ligger bakom bulimia nervosa - som i grund och botten är samma sjukdom - hävdar denna modellens förespråkare.

Per Södersten hänvisar till goda behandlingsresultat, publicerade i tidskriften PNAS, juli 2002. Där framkommer att totalt 168 patienter har genomgått behandlingen mellan 1993 - 2000. Av dessa har 75 blivit friska efter

i genomsnitt 14,7 månader. Ett år efter avslutad behandling var fortfarande 93 procent av dessa friskförklarade.

Friidrottens tre bud

Uppmärksamheten kring ätstörningar är stor i massmedia. Men inom friidrotten har problemen minskat. Det är åtminstone förbundsläkaren Sven Jönhagens uppfattning.

– Ja, det är min bedömning att antalet anorexifall är färre i dag jämfört med då jag började jobbet för tio år sedan, säger Jönghagen som till vardags är ortoped på Södersjukhuset i Stockholm.

Kunskapsnivån när det gäller att hantera ätstörningar har enligt Jönghagen blivit bättre bland tränarna runt om i landet. Man har blivit bättre på att tidigt notera oroväckande signaler.

– Och om man gör det så kan det vara ganska lätt att bryta förloppet, med relativt enkla grepp. Men går man istället och drar på det, är risken stor att problemen förvärras.

Snabb viktnedgång, många extrapass vid sidan av ordinarie träning och en allmän oro bland träningskompisar är, enligt Jönghagen, några signaler som är viktiga att uppmärksamma. En oro som dock ibland kan visa sig vara falskt alarm. I synnerhet uthållighetsidrottare är ju i normalfallet väldigt smala. Att avgöra när någon går över gränsen är inte alltid lätt.

Svenska Friidrottsförbundet använder sig av tre konkreta åtgärder om någon aktiv drabbas av anorexi.

1) Den drabbade uppmanas inte att sluta träna. Däremot sker en minskning av mängdträningen och antalet träningspass. Mer styrketräning, kortare träningspass, lägre intensitet och inga träningar vid sidan av de ordinarie. Så lyder träningsreceptet.

– Vi tror att det är bättre om den aktive finns kvar i träningsmiljön. Rent intellektuellt finns ofta en förståelse för att man måste dra ned på träningen, men det kan vara svårare att acceptera det i praktiken, säger Jönghagen.

2) Diskussioner om personens ätbeteende. Förbundsdietist Agneta Andersson ger enskild rådgivning till aktiva som har lättare ätstörningar.

– Att diskutera mat med en person som har ätstörningar är något som många upplever vara svårt. Saknas en dietist inom förbundet bör man försöka engagera någon för ett antal punktinsatser.

3) Vid akuta, svårbehandlade fall får anorektikern hjälp att finna en lämplig behandling. Friidrottsförbundet har till exempel kontakt med ätstörningsmottagningen på Huddinge sjukhus.

– Vissa individer kan ibland ha svårt att motivera sig för en behandling. Det är inte alla som inser att de verkligen är i behov av vård. Men insikten brukar växa fram efter ett tag.

De svåraste fallen att hantera är enligt Jönghagen de stjärnor som får stor massmedial uppmärksamhet. När denna intervju görs har två kvinnliga friidrottsstjärnor drabbats av ätstörningar. De är i behov av vård. I de här fallen har förbundet till och med gått så långt att de givit personerna tävlingsförbud. Något man om möjligt försöker undvika, så länge personen går med på att bli behandlad. Det förekommer ibland också att de medicinskt ansvariga kräver att den aktive höjer sitt BMI-värde (Body Mass Index), för att få tillåtelse att tävla med landslaget.

Sven Jönhagens uppfattning är att tidsbristen bland stressade idrottsungdomar ofta är ett problem. Många anser sig inte hinna äta. Problemet, menar han, är alltså inte att man tränar för mycket. Nej, problemet är snarare att många äter för lite. För lite fett i maten - ibland ren fettfobi - är inte heller ovanligt. Hur kan det bli så? En förklaring är prestationsbetingad. Det går inte att sticka under stol med att en låg kroppsvikt innebär en fördel i vissa grenar. Men det är ett faktum som bara gäller till en viss gräns. Överskrids den gränsen blir effekten istället den motsatta, det vill säga försämrade prestationsförmåga. Att laborera med den här gränsen är vanskligt och kan lätt leda till ett stort ätbeteende. Att prata om kopplingen mellan mat och prestation är därför viktigt, menar Sven Jönghagen.

– Det finns de som tror att så fort man pratar om vikt så ökar risken för anorexi. Så tror inte jag att det fungerar, så länge man gör det på ett naturligt sätt. Det handlar mer om *hur* man pratar om det än *att* man gör det.

Ätstörningsmottagningar i Sverige:

Borås Lasarett
Brämhultsvägen 43
501 82 Borås
Tel: 033 - 16 10 00
Dagvård

Mälarsjukhuset Eskilstuna
Nyansen
Smedjegatan 16
632 20 Eskilstuna
Tel: 016 - 13 84 55
Dagvård

Psykiatriska sektorn, Falun
Svärsjögatan 23
791 31 Falun
Tel: 023 - 49 05 00
Dagvård, återkommande intensivveckor
Alla åldrar

Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus
Anorexi/Bulimienheten
416 85 Göteborg
Tel: 031 - 343 54 50

Länssjukhuset Halmstad
Psykkliniken
Halmstad
Tel: 035 - 13 10 00
Dagvård under uppbyggnad. Ingen åldersgräns

Helsingborgs Lasarett
Vux Najaden
Bup mottagningen
Öppenpsyk
251 87 Helsingborg
Tel: 042 - 100 000

Mando
Hälsovägen
141 86 Huddinge
Tel: 08 - 585 800 00, växel

Mottagningen för ätstörningar
Röntgenvägen 3, 6 trappor
141 52 Huddinge
Tel: 08 - 585 86 96
Öppen vård - dagvård

Rybohovs sjukhus Jönköping
BUP
551 85 Jönköping
Tel: 036 - 32 31 00, växel
Öppenvård och slutenvård

Kalmar Lasarett
Ätstörningsenheten Anamma
Länssjukhuset i Kalmar
BUP Anammaprojektet
391 85 Kalmar
Dagvård i projektform
Tel: 0480 - 547 13

Karlshamn Indigo
Södra Fogdelyckegatan 20 A
374 33 Karlshamn
Tel: 0454 - 139 42
Dagvård, Vuxen- och Barnpsykiatrin

Kungälv's sjukhus
Psykiatriska mottagningen
Fridhemsgatan 33 B
442 33 Kungälv
Tel: 0303 - 98 882

Kärnsjukhuset, Skövde
Skövde Dagvårdsenhet
Sankta Helenamottagningen
541 85 Skövde
Tel: 0500 - 43 10 00
Dagvård

Universitetssjukhuset, Linköping
Ätstörningsenheten
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 013 - 22 50 35

Videgården
Majgatan 33
582 46 Linköping
Tel: 013 - 22 50 35
Ätstörningsenhet för alla åldrar

Universitetssjukhuset, Lund
221 85 Lund
Tel: 046 - 17 41 37/17 50 64
Slutenvård
Öppen vård och dagpsykiatriskt program,
Tel: 046 - 17 44 96

Universitetssjukhuset Malmö Allmänna
sjukhus (MAS)
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken
205 02 Malmö
Ätstörningsteamet - öppenvård
Tel: 040 - 33 16 74

Malmö - Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt
Slottsgatan 24
221 33 Malmö
Tel: 040 - 660 15 80
Dagvård och öppenvård

Skene Lasarett
Med kliniken Skene Lasarett
511 81 Skene
Tel: 0320 - 192 18

Stockholms Centrum för ätstörningar
Hantverkargatan 2 D
112 21 Stockholm
Öppenvård - dagvård
Sluten vård (på Löwenströmska sjukhuset)

Löwenströmska sjukhuset
Special enhet för anorexi och bulimi
194 89 Upplands-Väsby
Tel: 08 - 587 332 60
Öppenvård, dagvård, sluten vård

Uddevalla sjukhus, Korallen
451 89 Uddevalla
Tel: 0522 - 92 701
Dagvård och öppenvård

Frejagården
Backenvägen 140
903 62 Umeå
Tel: 090 - 271 23

Norrlands Universitets Sjukhus
Psykiatriska kliniken
Enheten för Ätstörningar
Sofiehemsvägen 2C
907 38 Umeå
Tel: 090 - 785 65 44
BUP

Akademiska sjukhuset, Uppsala
Vuxenpsykiatriska ätstörningsenheten
Allmänpsykiatriska kliniken
751 85 Uppsala
Tel: 018 - 611 52 79
Dagvård och gruppbehandling
Barn- och Ungdomsenheten för ätstörningar
Tel: 018 - 661 25 38

Västerås Lasarett
Tel: 021 - 120 02 95
Ålder: 18-31

Centrallasarettet, Växjö
Psykiatriska kliniken
351 85 Växjö
Tel: 0470 - 588 000

Ystads Lasarett
Ätstörningsteamet
BUP och Familjemottagningen
Lasarettet
271 82 Ystad
Tel: 0411 - 754 04

Ängelholms sjukhus
Psykiatriska mottagningen
262 81 Ängelholm
Tel: 0431 - 810 00
Öppenvård, Slutenvård vid behov

Regionssjukhuset i Örebro
Anoreximottagningen
Eriksbergsgatan 4
702 28 Örebro
Tel: 019 - 15 28 93

Privata Vårdenheter:

MHE Kliniken
Kyrkogatan 33
Box 95
792 22 Mora
Tel: 0250 - 130 60

RÅÅ Anorexiapunkten
Långgatan 29
Box 16 007
250 16 Råå
Tel: 042 - 26 12 80

Trelleborg Vallby Hage Rehab
Johan Kocksgatan 41 B
231 53 Trelleborg
Tel: 0410 - 456 90

Varberg Anorexibcenter
Karl Nordströms väg 11
432 53 Varberg
Tel: 0340 - 62 98 88
Privat öppenvård

Patientföreningar:

Anorexi/Bulimikontakt
Regeringsgatan 88
111 39 Stockholm
Tel: 08 - 207 214

Föreningen Anorexia/Bulimia Kontakt Öst
Wadströmsgatan 4
603 50 Norrköping
Tel: 011 - 10 09 33

*Källa: Patientföreningen Anorexi/Bulimi
Kontakt*

Bilaga – definitioner

Anorexia nervosa enligt DSM IV

- A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller övre nedre normalgränsen för sin ålder och längd (t ex viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85% av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85% av den förväntade). (Dvs BMI under 17.5)
- B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.
- C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.
- D. För kvinnor, mensbortfall under minst tre på varandra följande cykler där individen normalt borde ha haft mens (primär eller sekundär amenorré). (En kvinna anses ha amenorré om mensen enbart kan erhållas genom hormonbehandling, t ex östrogenbehandling.)

Specificera typ:

Med enbart självsvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med hetsätning/självrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässighetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Bulimia nervosa enligt DSM IV

- A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av 1) och 2):
 1. Personen äter under en avgränsad tid (t ex inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
 2. Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter)
 - B. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.
 - C. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.
 - D. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.
 - E. Störningen förekommer inte enbart under perioder av anorexia nervosa.

Specificera typ:

Med självrensning: under den aktuella perioden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Utan självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Ätstörning EDNOS enligt DSM IV

Denna kategori används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för någon av de specifika ätstörningarna, t ex följande:

1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.
2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång.
3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och

de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.

4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t ex självframkallad kräkning efter att ha ätit två småkakor).
5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.
6. Binge-eating disorder (BED): personen har återkommande episoder av hetsätning, men uppvisar inget av de olämpliga kompensatoriska beteenden som annars karaktäriserar bulimia nervosa.



RIKSIDROTTSFÖRBUNDET

Idrottens Hus, 114 73 Stockholm • Tel: 08-699 60 00 • Fax: 08-699 62 00
E-post: riksidrottsforbundet@rf.se • Hemsida: www.rf.se