



Centrum för
Prestationsutveckling
Idrottens Hus
123 87 Farsta
Storforsplan 44
Telefon
08-605 65 72,
08-21 70 34
Telefax
08-605 65 88

Olympisk Support är en kraftsamling för prestationsutveckling inom svensk idrott.

CPU – Riksidrottsförbundet och SOK i samarbete – svarar för den centrala ledningen.

Projektets symbol är "Guld till Sverige!".

Idrotts- *ANOREXI*

VAD ÄR DET?

CPU-RAPPORT FEBRUARI 1996

En sammanfattning av projektet

"Diagnos och behandling av anorexi inom elitidrotten",
utifrån tränarens perspektiv

AV GÖRAN ANDERSSON

”Idrottsanorexi” – Vad är det?

- ❖ *Jorden är platt, ansågs länge som en sanning. Idag vet vi att den är rund.*
- ❖ *TBC och syfilis klassades först som psykiska sjukdomar. Idag vet vi att de har andra orsaker.*
- ❖ *Anorexi är idag definierad som en psykisk sjukdom. Det är med mycket stor sannolikhet inte så i morgon.*

I den nyss avslutade studien *Diagnos och behandling av anorexi inom elitidrotten*, som Anorexicentrum vid Karolinska Institutet (Huddinge Sjukhus) har genomfört tillsammans med RF-FoU (Riksidrottsförbundets forsknings- och utvecklingsenhet) och CPU (Centrum för prestationsutveckling), har man gjort nya intressanta rön. Grundorsakerna till anorexi inom elitidrotten är framför allt hög fysisk aktivitet (inklusive mycket träning) i kombination med svårigheten att äta så mycket som kroppen behöver för att återställa balansen mellan energiåtgång och energiintag. Detta möjliggör en annan syn på anorexi och därmed också en annorlunda form av behandling som både tar mycket kortare tid och kostar betydligt mindre pengar.

Undersökningen skiljer också på ”idrottsanorexi” och ”vanlig anorexi”. Tränarens roll inom olika idrotter blir därmed mycket viktig när det gäller att upptäcka ett anorektiskt beteende hos de aktiva.

Det är vår förhoppning att den här rapporten ska öka förståelsen för och kunskaperna om dessa problem.

CENTRUM FÖR PRESTATIONSUTVECKLING

Göran Andersson
elittränare i orientering

Innehåll

DIAGNOS OCH BEHANDLING AV ANOREXI INOM ELITIDROTTE	sid 3
Bakgrund	sid 3
Anorexi inom orientering	
Var finns hjälpen?	
På väg in i idrottsanorexi	
Gruppen blir lidande	
Det börjar hända något...	
Syfte och frågeställning	sid 5
Metod	sid 5
Resultat	sid 6
Elitidrottande flickor är utsatta	
Hormoner påverkar	
”Idrottsanorexi” är inte som ”vanlig anorexi”	
Svårt att äta mycket	
Mandometer	
Tidiga signaler	
Bantningens betydelse	
Bedömningskriterier för idrottsanorexi	
Behandling av idrottsanorexi	
Diskussion	sid 12
En barriär är bruten	
Optimismen finns	
Behandling i framtiden	
Utbildning i förebyggande syfte	
VAD KAN TRÄNARE GÖRA FÖR ATT FÖREBYGGA IDROTTSANOREXI?	sid 13
Kraften mellan tränare och aktiv	
Tränaren är viktig för de aktiva	
Referenslista	sid 16

Diagnos och behandling av anorexi inom elitidrotten

Bakgrund

Sedan 1979 har jag arbetat som tränare-ledare-coach på elitnivå inom idrotten orientering. Under dessa år har jag varit specialidrottslärare vid orienteringsgymnasiet i Sandviken, orienteringstränare i Stora Tuna IK (Borlänge) och haft tränaransvaret för idrottsplutonen vid I 13 i Falun. Efter det att jag hade haft ansvaret för juniorlandslaget under fem år, fick jag förmånen att som förbundskapten för damseniorer leda ett av landets bästa landslag. Det var dels i dessa sammanhang dels som idrottslärare vid orienteringshögskolan i Borlänge som jag kom att brottas med problem kring ätstörningar

Anorexi-/bulimiproblem drabbar inte bara individen – det blir också problem för gruppen och laget. Det tar mycket av ledarens totala energi samtidigt som verksamheten blir lidande för de andra i gruppen. Därför är det bra om man aldrig behöver komma i den situationen och det är framför allt detta som gör att vi ledare måste arbeta i förebyggande syfte. Men om det ändå inträffar, vad kan jag som ledare, kamrat eller förälder göra för att så snabbt som möjligt lösa problemet? Detta är inte lätt med tanke på att anorexi och bulimi, enligt dagens vetenskap betraktas som en psykisk sjukdom.

ANOREXI INOM ORIENTERING

När jag upptäckte, vilket tyvärr var i senaste laget, att det fanns flickor med anorektiskt beteende i mina träningsgrupper, tog jag kontakt med vår förbundsläkare för att finna en lämplig lösning. Vi var överens om att vi inte kan acceptera eller tolerera någon typ av anorektiskt beteende i vår landslagsverksamhet. Det vore fel, både mot de drabbade flickorna och mot idrottens idé. De signaler jag som ledare sänder iväg till mina aktiva om vad som är rätt eller fel beteende får automatiskt en konsekvens i tränings- och tävlingsverksamheten.

Orientering är en oerhört krävande och fysiskt tuff idrottsgren på internationell nivå och en av riskerna är att felaktiga signaler från mig som ledare också ger felaktiga impulser till tränings- och ätbeteende. Jag tror att vi ständigt måste vara observanta på trender inom träningsutvecklingen, för att se vilka konsekvenser dessa skapar för de aktiva men också för en kommande idrottsgeneration.

VAR FINNS HJÄLPEN?

Samtidigt som jag nekar en aktiv med anorektiskt beteende att delta i landskamper, internationella tävlingar eller VM måste jag finna en alternativ väg för rehabilitering. Där har vi, menar jag, ett stort problem inom sjukvården i Sverige. Hittills har man bara haft den psykiatriska vården att tillgå. Det har visat sig att i nästan samtliga fall av vad vi kallar ”idrottsanorexi” har denna behandling varit ett fullständigt misslyckande. Flickor med idrottsanorexi har inte kunnat få den vård som behövs. Behandlingen har utgått från att flickorna har psykiska stör-

ningar, sociala problem, dåliga familjeförhållanden, dominanta föräldrar samt störd kroppsuppfattning. Flickorna har inte känt igen sig i läkarens diagnos och behandlingen har varit verkningslös.

PÅ VÄG IN I IDROTTSANOREXI

Jag vill påstå att de faser man går igenom från ett anorektiskt beteende till att utveckla sjukdomen är följande:

- ❖ *Bakgrund*
- ❖ *Återhållsamt ätande*
 - ❖ *Positiv fas*
 - ❖ *Omvändelse*
- ❖ *”Krock med verkligheten”*
 - ❖ *Utlämningskedet*

Bakgrunden kan bestå av många faktorer som kan leda till ett felaktigt ätbeteende. Dessa faktorer kan vara biologiska, sociala, tränarens uppträdande, skönhetsideal, reklam, träning, matpropaganda, kamratpåtryckningar med flera. Detta kan leda till *återhållsamt ätande* (bantning) som tillsammans med mycket träning ger en trolig förbättring i den aktives idrottsprestation. Av denna ”kick” kommer man in i den *positiva fasen* där man har ett negativt beteende men får ett positivt idrottsresultat. *Omvändelsen* medför att man kör vidare på den inslagna vägen med träningsökning och mindre ätande. Sedan går det snabbt utför och de psykiska problemen blir allt påtagligare hos individen som hamnar i ”*krock med verkligheten*”. Till sist, i *utlämningskedet*, kan man bli tvångsintagen för medicinsk behandling då fara för livet föreligger.

GRUPPEN BLIR LIDANDE

När vi konstaterade att orienteringsflickorna hade svårt att bli botade med konventionella behandlingsmetoder kvarstod problemen. Flickorna blev inte bättre och de övriga i träningsgruppen blev mer och mer irriterade. Hela stämningen i gruppen blev allt sämre. Det var jobbigt för alla. Vi glömde nästan bort vad vi egentligen skulle göra på våra träningar och på träningsläger. Det är en sak att säga nej till tävlingsdeltagande men vi kunde inte samtidigt förbjuda all träning, eftersom flickorna älskade att träna. Vi lät dem fortsätta träna, framför allt av sociala skäl. De tillhörde gruppen, hade sina kamrater där. Vi trodde att med träning, som bedrevs med låg intensitet under kort tid, skulle vi kunna påverka dem i positiv riktning. Tyvärr hade deras idrottsanorexi gått för långt. De hade kommit in i ”*krock med verkligheten-fasen*” vilket innebar att de behövde professionell hjälp. Denna hjälp fanns inte inom psykiatrin. Var fanns den då?

Vår förbunds läkare gjorde vad han kunde, men eftersom flickorna hade kommit in i ”*krock med verkligheten-fasen*” stod han och stampade på samma fläck. Visserligen hade han lyckats häva ”*sjukdomsförloppet*” men att vända trenden i en positiv riktning verkade hopplöst. Det krävdes att den drabbade accepterade att hon var sjuk och att hon ville förändra sin livsföring. Problemet var att vi

ännu inte visste att det kanske fanns andra faktorer än psykiska bakom idrottsanorexi. Vi hade många alternativa teorier, men dessa viftades bort av erkända läkare och av dem som beviljade forskningsanslag inom idrottsrörelsen. Orienteringsförbundets styrelse avlog en ansökan från förbundsläkaren och mig med ett förslag till forskning kring alternativ behandling av de drabbade. Med motiveringen att ”detta inte är ett specifikt orienteringsproblem utan möjligtvis ett idrottsproblem” lade man ansökan åt sidan.

DET BÖRJAR HÄNDA NÅGOT...

Efter en tid deltog jag i en tränarkonferens, som Svenska Skidförbundet arrangerade i Borlänge. Där träffade jag för första gången forskarna från Karolinska Institutets Anorexicentrum (placerat vid Huddinge Sjukhus), Cecilia Bergh och Per Södersten. De föreläste entusiastiskt om sina arbeten med anorexi- och bulimipatienter. Det var precis så förbundsläkaren och jag hade tänkt i vårt arbete med orienteringsflickorna. Äntligen såg jag en möjlighet att komma framåt. Inspirerad av dessa båda forskare började jag en ”lobbyverksamhet”. Tack vare mitt arbete som projektledare vid LIVI (Idrottens utvecklingscentrum i Falun) hade jag möjlighet att leda projektet från idrottslig utgångspunkt.

Tillsammans med Anorexicentrum skrev vi ansökningar till RF-FoU (Riks-idrottsförbundets forsknings- och utvecklingsenhet), CPU (Centrum för prestationsutveckling), sju specialförbund (orientering, skidor, simning, friidrott, triathlon, gymnastik och konstakning), samt till Dalarnas Forskningsråd. Vi fick ihop så pass mycket pengar att vi kunde starta ett avancerat pilotprojekt.

Syfte och Frågeställning

Syftet med ”Diagnos och behandling av anorexi inom elitidrotten” var att kunna hitta redskap och metoder för att kunna förebygga, diagnostisera och behandla anorektiskt beteende (idrottsanorexi) inom elitidrotten. Vi ville få svar på följande frågor:

- ❖ *Kan elitidrottsanorektikers ätbeteende och mättnadsupplevelse vara skild från beteendet och upplevelsen hos elitidrottare utan anorektiska problem?*
- ❖ *Kan elitidrottare med risk att utveckla anorexi upptäckas?*
- ❖ *Kan elitidrottsanorektiker behandlas med ätträning?*
- ❖ *Kan man hitta några få enkla metoder att ställa rätt diagnos?*

Metod

Tillsammans med de olika specialidrottsförbunden rekryterades både friska elitidrottskvinnor utan anorektiska beteende och elitidrottande kvinnor med misstänkt anorexi. Dessa fick under en och en halv dag genomgå en noggrann och omfattande undersökning avseende ”ättest”, där äthastighet och mättnad mättes, samt en medicinsk utvärdering. Denna avsåg att mäta nutritionsstatus, somatiskt och psykiskt status, magens elektriska aktivitet, bentäthet, depressions-

och ångestskattning. Därefter genomfördes en utredning omfattande ovannämnda ättest, kontroll av hormonnivåer i blod och test av kroppsuppfattning. Sedan utreddes idrottskinnorna genom diagnostiska frågeformulär för anorexi/bulimi, vikt- och aktivitetsutveckling samt deras sociala situation och familje- och idrotts-situation. Till sist mättes aktiviteten under nio dygn med Aktometer som bars runt armen. Med Aktometer kan man utläsa i detalj när på dygnet en individ visar förhöjd fysisk aktivitet. Med stöd av en sådan analys är forskarlagets erfarenhet att det är lätt att motivera patienten för behandling enligt de åtgärder man föreslår.

Resultat

I undersökningen gjorde man nya rön som möjliggör en annan syn på anorexi och fann därmed också behandlingsmetoder som både tar mycket kortare tid (en åttondel av traditionell behandling) och kostar avsevärt mindre (en åttondel av dagens kostnad). Forskarna konstaterade

- ❖ *att grundorsakerna till anorexi inom elitidrotten är framför allt hög fysisk aktivitet (inklusive mycket träning) i kombination med svårigheten att äta så mycket som kroppen behöver för att återställa balansen mellan ”energiåtgång” och ”energiintag”.*

ELITIDROTTANDE FLICKOR ÄR UTSATTA

Tidigare studier visar att elitidrottande flickor löper 15–20 ggr större risk att få anorexi än icke idrottande flickor. Man vet också att var sjätte elitidrottande idrottsgymnasieflicka visar symptom på anorexi, dvs ett anorektiskt beteende. Cecilia Bergh och Per Södersten hävdar att anorexi inom elitidrotten mycket väl kan ha andra orsaker än de psykiskt betingade. Resultaten visar att det inte alls behöver vara dominanta föräldrar, hårda tränare eller flickor med psykiska problem som får ett anorektiskt beteende vilket sedan ger sjukdomen anorexi. Det kan istället finnas biologiska grundorsaker till att man lättare hamnar i ett anorektiskt beteende inom elitidrotten.

HORMONER PÅVERKAR

I undersökningen studerades därför anorexi inom elitidrotten utifrån en mycket vid infallsvinkel. Förutom psykologiska och sociologiska faktorer mätte man hur olika hormoner påverkar svält och hunger. Vid hård fysisk träning aktiveras olika biologiska stressmekanismer i kroppen. Både när kroppen ansträngs hårt och vid dåligt matintag stressas den på liknande sätt. För mycket och för hård träning samt för lite mat stimulerar binjurebarken att producera stresshormon. Hjärnan besvarar detta genom att skicka ut belöning i form av dopamin. Detta är kroppens förmåga att försvara sig, att kortsiktigt att klara av belastningen från den hårda träningen och bristen på energi. Dopamin ger kroppen en känsla av välbehövande.

Rent praktiskt innebär detta att om en person minskar matintaget och ökar den fysiska aktiviteten upplevs detta som belönande på grund av att de celler i

hjärnan som kontrollerar belöningen aktiveras. Även omgivningens signaler, exempelvis uppmuntran eller krav från tränare eller föräldrar, aktiverar ”belöningscellerna”. Stressfaktorer i omgivningen kan kopplas samman med kroppens kontrollsystem för stress och belöning. Det visar sig också att hormonbalansen är olika hos oss människor vilket medför att de som utsöndrar mer stresshormon än andra har större risk att hamna i ett anorektiskt beteende och därmed lättare drabbas av anorexi. En hårt tränande individ är särskilt uppmärksam på de signaler i omgivningen som kan leda till belöning. Inom idrotten finns det många tillfällen där dessa signaler är förknippade med tränings- och tävlingssituationer. Från att till en början ha varit direkt belönande, kommer kombinationen av hård träning och för lite mat att leda till ett anorektiskt beteende som kan bibehållas om tränaren fortsätter att stimulera detta.

”IDROTTSANOREXI” ÄR INTE SOM ”VANLIG ANOREXI”

I jämförelse med ”vanlig” anorexi framstår det tydligt att idrottsanorexi är mindre svårartad. Viktnedgången är inte lika stor hos idrottsanorektiker som hos ”vanliga”. Störd kroppsuppfattning noterades inte hos idrottsanorektiker. Bilden av att man som smal tjej ser sig själv som en tjockis i spegeln stämmer inte heller. Den fysiska aktiviteten tillsammans med restriktivt ätande samt att idrottsflickorna är mycket inriktade på prestationer, är de avgörande faktorerna för att de ska ”drabbas” av idrottsanorexi. När man utvecklar anorexi följer också en upplevelse av att ha misslyckats. Många anklagar sig själva vilket innebär att de ställer höga, ibland orealistiskt höga krav på sig och sina egna prestationer.

Flera av dessa flickor var också ”knappa” vegetarianer (äter mycket sallader och lite energirik kost) utan tillräcklig kunskap om näringslära, vilket medför stora problem vid hård fysisk träning. Man fann också, vilket inte överraskade, att alla idrottsanorektiker hade blivit av med sin menstruation. Problem med trötthet och sömnlöshet var också mycket vanligt.

Vad det gäller psykiska problem anser forskarna vid Anorexicentrum att detta är mer en följd av idrottsanorexi än omvänt. Om det är så att bakomliggande psykiska problem skapar ett anorektiskt beteende skulle psykiska problem vara 15–20 ggr vanligare inom idrottsrörelsen än inom befolkningen i övrigt eftersom anorexi är 15–20 ggr vanligare inom idrotten. De psykiska problem som noteras under undersökningen, t ex ångest, lindrig viktfohi och självmordstankar, får istället ses som en följd av idrottsanorexin. Detta tolkningsätt får inte förringa betydelsen av de psykiska problemen. Emellertid får man vid en diagnos av anorexi (inklusive idrottsanorexi) ha en annan utgångspunkt än bara den psykiatriska inriktningen.

SVÅRT ATT ÄTA MYCKET

En central roll i förebyggande och behandling av anorexi är givetvis att studera flickors ätbeteende. Män och kvinnor kan äta olika mängd. Människan har inte förändrats biologiskt sett på flera tusen år. Mannen, som var ute långa tider för att jaga, åt stora mängder mat när han fick möjligheten medan kvinnan, som var hemma och skötte barnen, åt lite då och då. Det finns alltså historiskt sett en skillnad hur mycket en man och hur mycket en kvinna kan äta vid ett och samma tillfälle. Kvinnor har svårt att äta lika mycket som en man.

I undersökningen fick män och kvinnor under en vecka äta frukost, lunch och middag. Den sjätte dagens middag och den sjunde dagens frukost togs bort. Vid påföljande lunch åt männen i stort sett ”i kapp” förlusten av missad middag och frukost medan kvinnorna åt lika mycket som vid tidigare luncher. Troligtvis har vi ett genetiskt arv av biologiska mekanismer med oss från stenåldern. Med hänsyn till detta ska man vara observant på måltidsordningen hos kvinnor. Det är troligtvis bättre med ”lite men ofta-måltider” för kvinnor, t ex frukost-mellanmål-lunch-mellanmål-middag-kvällsmål.

Eftersom kvinnor har svårt att äta stora mängder, kan detta vara en av förklaringarna till varför de bör ha mycket stor respekt för långtidsträning och det energibehov som behöver täckas för att klara denna typ av träning.

MANDOMETER

I undersökningen användes en ”Mandometer” (mando är latin och betyder jag äter). Mandometern består av en våg som är kopplad till en dator. På vågen ställer man en tallrik med mat och datorn registrerar tallrikens viktminskning när man äter. På skärmen visas en skala med jämna mellanrum där den som äter får skatta sin mättnad (1–10). Både äthastighet och mättnad visas grafiskt under måltiden. Genom att lägga in en normalkurva kan man jämföra sin äthastighet och sin mättnad och lära sig att äta rätt mängd mat med rätt hastighet.

Ätbeteendet hos idrottsanorektiker respektive idrottsbulimiker visar karakteristiska drag. En flicka med anorektiskt beteende äter mycket långsamt. Hon tar små tuggor, petar i maten, äter inte upp all mat och blir snabbt mätt, vilket innebär att hon upplever fullständig mättnad vid 1 eller 2 på skattningsskalan. En ”normalperson” stannar oftast på 5. En person med bulimiskt beteende äter däremot snabbt och glufsigt, äter stora mängder, vill gärna ha mer mat och upplever inte någon mättnad. Detta är grunden till att man med hjälp av Mandometer både skulle kunna diagnostisera misstänkta idrottare mycket tidigt och att låta dem ätträna med hjälp av detta mätinstrument under behandlingen.

TIDIGA SIGNALER

Som tränare kan man vara observant på tecken som tyder på ätstörningar hos de aktiva. Dessa tecken kan man se framförallt under de faser som vi kallar ”återhållsamt ätande” och ”positiv fas”. I samband med träningsläger och tävlingsresor är det lättare att upptäcka ett anorektiskt beteende. Det är framför allt vid måltiderna man bör vara observant. Om någon av nedanstående iakttagelser var och en för sig kan göras, var extra observant. Om flera av dessa signaler uppfattas samtidigt, gäller det att som vuxen reagera och framför allt agera för att hjälpa. *Bry dig! Nu har du chans att hjälpa. Det blir bara svårare längre fram.*

- ❖ *Säger ”jag har redan ätit”*
- ❖ *Plockar i maten, flyttar maten hit och dit*
- ❖ *Skär maten i småbitar*
- ❖ *Använder sig av små tallrikar*
- ❖ *Äter mycket sallad*
- ❖ *Äter ensam*
- ❖ *Ändrar sina matvanor*

Detta är i mina ögon tecken på stort ätbeteende. Ingen, och då menar jag verkligen ingen, blir en bra elitidrottare genom att äta så här. Om nedanstående faktorer också kommer in i bilden, då har man fått en person med klara anorektiska störningar i sin grupp. Reagerar man inte nu, anser jag att man felar både som tränare och medmänniska. Det är vår *skyldighet* att reagera och att agera.

- ❖ *Ökad träningsmängd, oftast kvantitetsmässigt i form av fler eller längre pass*
- ❖ *Menstruationen försvinner*
- ❖ *Ökad aktivitet inom andra områden*
- ❖ *Ibland är man av oförklarlig anledning ledsen eller sorgsen – deppig*

Om du ännu inte har reagerat och följande saker tillkommer...

- ❖ *Många och långa toalettbesök*
- ❖ *Rödsprängda ögon*
- ❖ *Problem med sömnen*
- ❖ *Huvudvärk – äter ofta Treo, Alvedon, Magnesyl eller liknande*
- ❖ *Yrsel och svimningar*
- ❖ *Torr hud och torrt hår*
- ❖ *Förstoppning*
- ❖ *Erusenhet – går gärna omkring i stora och "bullsiga" kläder*
- ❖ *Fixerad vid matintag och vikt*

...bör du snarast kontakta läkare eller motsvarande. Det är vid detta beteende som du har svårt att få kontakt med den drabbade. Nu behövs professionell hjälp.

BANTNINGENS BETYDELSE

Ett annat intressant resultat av undersökningen var att det dels finns idrottare som bantar för utseendets skull, dels de som bantar för att öka sin förmåga att prestera. Den förra gruppen vägde mer vid starten av bantningen än den senare. Detta betyder att redan relativt smala flickor som börjar banta med motivationen att förbättra sina idrottsliga prestationer löper större risk för att utveckla idrottsanorexi. Riskerna att utveckla anorexi som följd av bantning och uppdriven träning tycks alltså bero på utgångsvikten: ju högre vikt- desto mindre risk för anorexi.

De flickor som hade utvecklat anorexi skattade bantningen som en viktig del av sitt beteende. Detta kan härledas till att man blir tillfreds med att man har lyckats med något man har bestämt sig för. Däremot skattade samma flickor att den sexuella aktiviteten var av mindre betydelse. Normala (ej anorektiska) elitidrottare skattade sin fysiska och sexuella aktivitet som viktig medan de anger bantning som mindre viktigt. Dessa skillnader i en s k "belöningsprofil" är av intresse, eftersom den skisserade typen av idrottsanorektiker utgår från att bantning och fysisk aktivitet är belönande. Detta kan innebära att aktiviteter eller beteende som upplevs som belönande till en början, kan övergå till att kontrolleras och stimuleras av faktorer i omgivningen samtidigt som anorexi utvecklas. Sådana faktorer kan vara tränarens agerande gentemot personen ifråga, det vill

säga vilka kommentarer och signaler tränaren ger till den aktive och till de övriga i gruppen samt hur gruppens övriga medlemmar reagerar.

BEDÖMNINGSKRITERIER FÖR IDROTTSANOREXI

En mycket intressant del i resultatet är att man fann att endast hälften av de undersökta idrottsflickorna med avvikande ätbeteende uppfyllde de vedertagna kriterierna för anorexi. Med tanke på detta är det riktigare att tala om idrottsanorexi. Eftersom man inte hittade några psykiska orsaker i dessa fall vore ”självsvält” en bättre benämning. De kriterier en idrottsanorektiker med säkerhet uppfyller är:

- ❖ *Vägran att behålla sin kroppsvikt över den nedre normalgränsen med hänsyn tagen till ålder och kroppslängd, t ex viktnedgång som leder till att kroppsvikten ligger 15% under den förväntade, eller utebliven förväntad viktuppgång under en tillväxtperiod.*
- ❖ *Hos kvinnor frånvaro av minst tre förväntade mensperioder. En kvinna anses ha amenorré (medicinsk benämning på utebliven mens) om hennes menstruation inträder först efter hormontillförsel.*

Av de kriterier som ytterligare används inom psykiatri överensstämmer inget av nedanstående med idrottsanorexi:

- ❖ *Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller för att bli fet, fast man är underviktig.*
- ❖ *Störning av det sätt på vilket man upplever kroppsvikt, kroppstorlek, eller kroppsformer. Man kan t ex hävda att man känner sig tjock, även vid extrem magerhet.*

BEHANDLING AV IDROTTSANOREXI

Biologisk infallsvinkel

Eftersom man har konstaterat att bantning i kombination med hög fysisk aktivitet med stor säkerhet ”orsakar” självsvält, bör man utgå från detta vid behandling av idrottsanorexi. Utifrån dessa fakta har man vid Anorexicentrum hittills framgångsrikt behandlat fyra patienter. Behandlingens effekt går att mäta dels genom registrering av ätbeteendet med Mandometer, dels genom registrering av den fysiska aktiviteten med hjälp av Aktometer. Dessa metoder är de minst problematiska och de fungerar alldeles utmärkt – dock är behandlingsmodellen fortfarande under utveckling.

Ett mycket starkt skäl för att i behandlingen ta fasta på dessa mätbara beteendeförändringar är att det saknas identifierade biologiska riskfaktorer för anorexi. Det finns däremot en identifierad hormonell markör för anorexi: den förhöjda koncentrationen av hjärnans stresshormon CRF (corticotropin-releasing-factor). Den höga CRF-nivån hos anorektiker är effekten av bantning och hög fysisk aktivitet. Man vet att dessa båda riskfaktorer för anorexi aktiverar CRF-frisättningen i hjärnan. Man vet också att höga CRF-nivåer aktiverar hjärnans belönings- och uppmärksamhetscentra.

Dessutom har man noterat att det hos anorektiker inte sker någon frisättning av de normala substanserna för mättnad: aminosyror ocholecystokinin CCK-8. Frisättning av dessa sker hos normalpersoner i samband med måltid. Man har också upptäckt att det föreligger en fördröjning i de biologiska förändringarna, trots att ätbeteendet har normaliserats. Denna jämvikt mellan biologi och beteende kan ta lång tid. Därför bör patienten gå på kontroll även lång tid efter att den direkta behandlingen har avslutats.

Träningen

För en person som har drabbats av idrottsanorexi är det viktigt att träningen minimeras samtidigt som den sociala kontakten med kamraterna i klubben bibehålls. Träningsmängden kan minskas till en fjärdedel och ska endast innehålla korta pass om 20–30 minuter i ett lågt tempo (ca 50–60% av max syreupptagningsförmåga) 2–3 ggr i veckan. Detta innebär i praktiken snabb gång eller joggningsfart eller vad man kallar ”snacktempo”. All tävling bör undvikas tills balans råder, dvs att man har återfått normalt ätbeteende, vikten är normal och menstruationen åter är igång.

Maten

En mycket känslig ålder för att utveckla idrottsanorexi är när flickan övergår till att bli kvinna. Under tonåren händer mycket med människan såväl biologiskt som psykologiskt och sociologiskt. Detta i kombination med att träna och tävla intensivt ställer stora krav på vad man äter. Det behövs både energi och näring i relativt stora mängder. Normalt energiintag för ungdomar, som tränar dagligen, är ca 3 000–5 000 kcal per dag. ”Normal” energinivå för en idrottsanorektiker kan vara mellan 800–1 500 kcal per dag vilket t o m är under basalbehovet, dvs den minsta mängd energi som behövs för att hålla kroppen igång.

Tillsammans med liten träningsmängd (eller ingen träning alls) och successivt ökat matintag, kan man väldigt snart vända trenden med ökad vikt som resultat. Det viktigaste är att man fördelar det dagliga matintaget över flera måltider enligt följande tabell:

FÖRDELNING AV MATINTAGET

Måltid	<i>Andel</i>	<i>kcal</i>	<i>kcal</i>	<i>kcal</i>	<i>kcal</i>
Frukost	25%	500	625	750	875
Mellanmål	5%	100	125	150	175
Lunch	30%	600	750	900	1 050
Mellanmål	5%	100	125	150	175
Middag	25%	500	625	750	875
Kvällsmål	10%	200	250	300	350
Totalt per dag	100%	2 000	2 500	3 000	3 500

Det kan vara av stort värde att ta reda på hur mycket den drabbade äter innan man påbörjar ovanstående schema. Idag finns det en del bra kostanalysprogram. Om man startar med för mycket mat första veckan är risken stor att det blir ett bakslag. Maten blir då en fiende, inte en vän. Troligtvis är det bättre att starta

med 2 000 kcal/dag eller ibland t o m mindre, bara för att kunna anpassa sig till det nya livet. Det är också lättare att äta om man får mat som man tycker om. En måltid bör vara en högtidsstund för syn, smak och lukt.

Diskussion

EN BARRIÄR ÄR BRUTEN

Forskningen vid Anorexicentrum vid Huddinge Sjukhus har sprängt gränsen för ett alternativt tänkande avseende diagnos och behandling av anorexi. Inte bara idrotten utan även patienter med ”vanlig anorexi” kommer att ha glädje och nytta av deras behandlingsmetoder. Därför är det glädjande att idrottsrörelsen har varit en pionjär med sitt nytänkande genom att stötta detta projekt. Eftersom både kostnaden och tiden för behandlingen är avsevärt lägre och kortare än konventionell behandling, har idrotten därmed bidragit väsentligt till samhällsnyttiga åtgärder för nya behandlingsmetoder inom sjukvården.

OPTIMISMEN FINNS

Vid Anorexicentrum ser man idag optimistiskt på möjligheterna att bota idrottsanorektiker med denna typ av behandling, eftersom idrottsrörelsen har tagit till sig behandling på högsta nivå. Det innebär att RF kommer att stödja fortsatt utveckling både av förebyggande arbete och behandlingsmetoder.

BEHANDLING I FRAMTIDEN

Behandlingen av anorektiker vid Anorexicentrum på Huddinge Sjukhus är ett nytänkande inom läkarvetenskapen. De som har arbetat med konventionella behandlingsmetoder kommer antagligen att ha svårt att acceptera denna typ av helhetstänkande eftersom man har grundat behandlingen på att anorexi har psykiska orsaker och inget annat. Att det dessutom finns mycket få vetenskapliga undersökningar som stärker att anorexi är enbart psykiskt betingat gör att forskningen vid Anorexicentrum för mig framstår som en utveckling av både diagnos och behandling av anorexi. Det är faktiskt så att kropp och själ hör intimt ihop, ibland vet man kanske inte riktigt vad som påverkar vad, men det viktigaste är att man försöker ställa diagnoser utifrån helheten och inte bara från påverkande enskilda faktorer. Anorexi är inte enbart en psykisk sjukdom! Förhoppningsvis ska det inte ta hundra år innan människan accepterar detta.

Det som gör att arbetet vid Anorexicentrum ska stödjas nu och i framtiden är att man dels har sprängt en barriär i behandlingsmetoderna och dels att kostnaderna och behandlingstiden endast är en åttondel av den för konventionell behandling. Dessutom är behandlingarna lyckade och patienterna har faktisk blivit friska, vilket man långt ifrån har uppnått i den konventionella vården.

UTBILDNING I FÖREBYGGANDE SYFTE

CPU startar våren 1996 en kostutbildning för elitidrottare på landslagsnivå, ”Ät bättre – prester bättre”. Syftet med detta är att öka tränarnas och de aktivas kunskap, insikt och medvetenhet om kostens betydelse för prestationsförmågan.

Vad kan tränaren göra för att förebygga idrottsanorexi?

”Tränare pressar unga idrottsflickor på idrottsgymnasium till själsvält”

Denna text kunde man läsa på löpsedlarna hösten 1992 efter det att ett examensarbete om anorexi/bulimi presenterats vid GIH (Gymnastik- och Idrotts-högskolan) i Stockholm.

- ❖ *Är det verkligen så att vi tränare och ledare pressar våra elitaktiva till själsvält eller till ett rubbat ätbeteende?*
- ❖ *Är det så att manliga tränare oftare “stimulerar” tjejerna till ett felaktigt ät- och träningsbeteende?*
- ❖ *Har manliga tränare svårare att förstå kvinnliga behov av uppmärksamhet och feedback?*
- ❖ *Överför manliga tränare manligt tänkande och manlig träning okritiskt till träning med tjejer?*

TRÄNARENS UPPGIFT

Här följer några frågor som manliga och även kvinnliga tränare bör fundera mycket över. Det är ju ändå så att vi tränare vill och ska skapa ett träningsklimat där var och en kan och får utvecklas efter sina förutsättningar. Tränarens huvudsakliga uppgift är att skapa möjligheter och förutsättningar för utveckling, stimulans, glädje och prestation. Den viktigaste uppgiften som tränare generellt har, är att skapa ”ett arbetsklimat”

- ❖ *där motiverade människor trivs*
- ❖ *där alla känner djupt engagemang*
- ❖ *där alla känner gemenskap och trygghet*

Dessutom är det viktigt om man som tränare kan skapa en miljö i träningsgruppen

- ❖ *som tar hänsyn till individen*
- ❖ *som utvecklar självkänslan*
- ❖ *som stimulerar till utveckling*
- ❖ *där man får misslyckas*

Detta är faktorer som tillsammans ger varje människa ett starkt självförtroende vilket är den viktigaste komponenten för utveckling av människan och för prestation såväl inom idrotten som i arbetslivet och skolan.

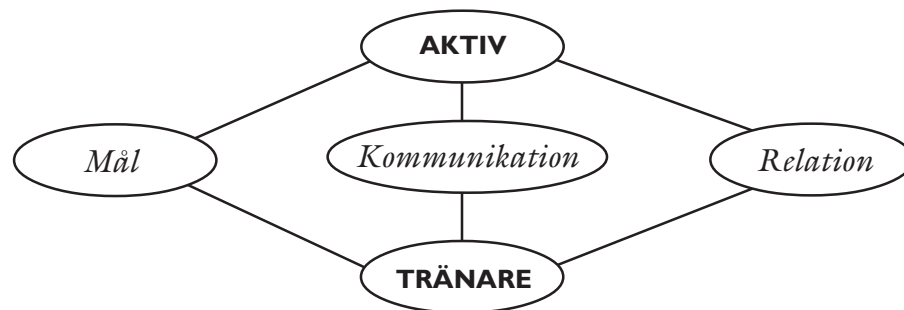
KRAFTEN MELLAN TRÄNARE OCH AKTIV

Hur ofta har Du som tränare ställt frågan ”Varför idrottar du?” till dina aktiva? Kanske man borde ställa denna enkla fråga inför varje säsong så att både tränare och aktiva har en aning om vad som komma skall på träningarna. Det är ju kraften i frågan ”Varför?” som gör att man hela tiden blir motiverad till att svara ”Därför att”. Detta innebär att det är mycket lättare för tränare och aktiva att förstå ”Vad?” och ”Hur?” vi gör under träningen.

Hur gör jag som tränare så att:

- ❖ *träning och tävling är roligt?*
- ❖ *de aktiva känner stimulans i aktiviteten?*
- ❖ *träningen känns utvecklande?*
- ❖ *de aktiva hittar nya utmaningar i idrotten?*
- ❖ *alla i min grupp får uppskattning och feedback?*
- ❖ *de aktiva kan utvecklas som människor genom idrotten?*

Jag vill påstå att det är dessa frågor som skapar min tränarfilosofi, min syn på vad träningen har för syfte för den aktive. Många tycker att detta är ”flummigt”, antagligen för att man inte har tänkt så mycket i dessa banor. Men jag tror att det är nödvändigt att försöka besvara frågorna så ärligt som möjligt och helst tillsammans med de aktiva. Det finns många saker som skapar kraft till prestation hos den aktive, men egentligen är det tre saker som tränaren hela tiden ska komma tillbaka till:



Genom att både tränare och aktiv har gemensamma mål blir det enklare att förstå varandra, vilket i sin tur kan leda till en bra relation mellan tränare och aktiv. Har man inte gemensamma mål är det svårare att förstå varandra i en kommunikation vilket leder till en dålig relation mellan tränare och aktiv. Detta bör man komma ihåg när man vill skapa kraft hos den aktive när det gäller att försöka göra sitt bästa. Men också när motgångarna kommer och när det inte fungerar som det är tänkt.

Om man har byggt upp en bra relation mellan tränare och aktiv är det mycket lättare att kommunicera och därmed också lättare att lösa eventuella problem. Därför är det viktigt att relationen mellan manliga tränare och kvinnliga aktiva byggs upp genom ärlighet, förtroende, trygghet och gemenskap. Om man skulle få eller har anorektiska problem i gruppen har man en mycket större chans att dels upptäcka problemet dels att ingripa med en ärlig insats, därför att man bryr sig om den aktive.

TRÄNAREN ÄR VIKTIG FÖR DE AKTIVA

Till slut vill jag påpeka att tränaren har en mycket viktig roll, speciellt manliga tränare för kvinnliga aktiva. Både i sitt sätt att leda gruppen under träning och tävling samt att i sin sociala kompetens utveckla den aktive som människa genom idrotten. Som ledare bör man också förstå att varje människa är unik vilket innebär att alla har olika behov av uppmärksamhet, stöd, entusiasm, inspiration och feedback. En tränare bör se till att man lyfter fram glädjen i träningen. Följande påpekanden kan ses som några ”kom-ihåg” till dem som tränar kvinnliga aktiva:

- ❖ *Var medveten om att det finns en överrepresentation av individer som har lätt för att utveckla ätstörningar.*
- ❖ *Tänk på att inte fälla till synes oskyldiga kommentarer om vikt och kroppsligt utseende. Detta kan, vid fel tillfälle, få dramatiska konsekvenser.*
- ❖ *Tränare, ledare och föräldrar ska inte kräva att en ung människa som fortfarande växer ska gå ner i vikt.*
- ❖ *Betona behovet av regelbunden och näringsrik kost. Fett är nödvändigt, speciellt för växande ungdomar.*
- ❖ *Lär dig att se tidiga signaler.*
- ❖ *Se till att man ställer upp gemensamma och realistiska mål.*

SE TILL ATT DET FINNS EN FUNGERANDE KOMMUNIKATION MELLAN TRÄNARE OCH AKTIV. HA FÖRTROENDE FÖR VARANDRA!

*För att öka kunskapen om idrottsanorexi står jag gärna till förfogande.
Tag kontakt med Göran Andersson 0243-22 71 60 eller 010-685 51 10.*

REFERENSLISTA

- ❖ Bergh, C. & Södersten, P. (1993). *Eftersatt forskning om anorexi och bulimi*. Läkartidningen 90:1372.
- ❖ Bergh, C. & Södersten, P. (1995). *Diagnos och behandling av idrottsanorexi/-bulimi*. Karolinska Institutet. Rapport.
- ❖ Dreber A. & Örtendahl, C. (1993). *Ett liv av vikt*. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. Rapport.
- ❖ Miles R. (1988). *Kvinnorna och världshistorien*. Borås.
- ❖ Råstam M. (1990). *Anorexia Nervosa in Swedish urban teenagers*. Institutionen för pediatrik och barnpsykiatri. Göteborgs Universitet. Akademisk avhandling.
- ❖ *Maten som fiende*. (1992). Stockholm: Riksidrottsförbundet/SISU.
- ❖ Olofsson E. (1989). Umeå Universitet. *Rapport 23/89*.
- ❖ Sundgot-Borgen J. (1993). *Eating disorders in female elite athletes*. The Norwegian University of Sports and Physical Education. Akademisk avhandling.