

Spiseforstyrrelser i idretten

Sammendrag

Bakgrunn. Mange anser spiseforstyrrelser som direkte idrettsrelatert, og forskning indikerer at visse forhold i idretten synes å disponere for eller medvirke til at utøvere utvikler forstyrret spiseatferd eller kliniske spiseforstyrrelser.

Materiale og metode. Artikkelen er referert til ble funnet via søk på Medline og Sport discus. I tillegg ble fagbøker som omhandler spiseforstyrrelser benyttet.

Resultater. Forekomsten av forstyrret spiseatferd, subkliniske og kliniske spiseforstyrrelser er høyere blant konkurranseaktive unge kvinner og menn sett i forhold til forekomsten blant jevnaldrende kontrollpersoner. Det er økt forekomst blant utøvere som konkurrerer i idretter der lav fettprosent eller kroppsvekt er sentralt, sammenliknet med forekomsten i idretter hvor vekt og tynnhet er mindre sentralt. Både kvinner og menn oppnår en helseeffekt gjennom trening. For noen personer vil presset om suksess, kombinert med presset om å oppnå lav kroppsvekt kunne lede til utviklingen av forstyrret spiseatferd eller kliniske spiseforstyrrelser.

Fortolkning. Helsepersonell må ikke overse tilsynelatende veltrente, velfungerende utøvere som har symptomer på forstyrret spiseatferd og/eller kliniske spiseforstyrrelser.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Jorunn Sundgot-Borgen
jorunn.sundgot-borgen@nih.no
 Idrettsmedisinsk seksjon
 Norges idrettshøgskole
 Postboks 806 Ullevål Stadion
 0863 Oslo

Monica Klungland Torstveit
 Idrettsmedisinsk seksjon
 Norges idrettshøgskole
 og
 Helseavdelingen
 Toppidrettssenteret
 Oslo

Finn Skårderud
 Helseavdelingen
 Toppidrettssenteret

Regelmessig fysisk aktivitet og utøvelse av idrett medfører økt fysisk form og forbedret helse. I midten av 1980-årene kom de første undersøkelsene som viste en overhyppighet av idrettsutøvere med forstyrret spiseatferd sammenliknet med ikke-konkurranseaktive kontrollpersoner (1, 2). Senere er det kommet flere studier som også har sett på forekomst av mulige årsaksforhold knyttet til utvikling av kliniske spiseforstyrrelser i ulike typer aktiviteter, idrettsgrener og ulike prestasjonsnivåer (3, 4–7). Undersøkelsene tyder på en overhyppighet av forstyrret spiseatferd og kliniske spiseforstyrrelser i idrett på høyere konkurransenivå og i idretter hvor tynnhet er viktig sett i forhold til idrett på ikke-konkurranseaktivt nivå og i idretter der kroppsform og størrelse ikke er en sentral faktor (4–7). Faktorer som personlighet, aktivitet og trening i seg selv, press om vekt-reduksjon, tidlig spesialisering, skade, redusert prestasjonsnivå og treneratferd blir diskutert som årsaksforhold (4–8).

Spiseforstyrrelser er med jevne mellomrom blitt trukket frem i mediene, og gjerne koblet til idretten, slik at mange oppfatter dette problemområdet som direkte idrettsrelatert. Forskning har også vist at visse forhold i idretten synes å disponere for eller medvirke til at utøvere utvikler spiseforstyrrelser (5–8).

De helsemessige konsekvenser forbundet med forstyrret spiseatferd og kliniske spiseforstyrrelser er tilsvarende det man finner hos ikke-konkurranseaktive personer med spiseforstyrrelser. Helsepersonell som har med idrettsaktiv ungdom å gjøre, må vise særskilt oppmerksomhet knyttet til diagnostisering og oppfølging av idrettsutøvere.

Spiseforstyrrelser synliggjøres spesielt i eliteidretten på grunn av dens sterke medie-

eksponering. Sett i et folkehelseperspektiv, er det ekstra viktig at man finner idrettsmiljøene og forebygger slike problemer gjennom informasjons- og holdningsarbeid samt gjennom påvirkning av internasjonale krav og bedømmingskriterier.

Begrepsavklaring

I begrepet forstyrret spiseatferd inngår alt fra det å ha et for restriktivt energiinntak, overspisingsperioder og bruk av ekstreme vektreguleringsmetoder. Subkliniske spiseforstyrrelser er uspesifiserte spiseforstyrrelser (eating disorders not otherwise specified), og kliniske spiseforstyrrelser er anorexia nervosa og bulimia nervosa (9). De fleste idrettsutøvere som lider av forstyrret spiseatferd, innfrir imidlertid ikke alle kriteriene for anorexia nervosa eller bulimia nervosa, men de kan ha subkliniske tilstander, og veksle mellom restriktive perioder og perioder med overspising og rennselse, ofte avhengig av om de er i eller utenfor konkurranseseson (10).

Diagnostisering av utøvere

Utøvere utgjør en unik befolkningsgruppe, og effekten av faktorer som type trening, spisemønster, ekstreme dietter og psykopatologisk profil må vurderes forskjellig fra ikke-utøvere (6, 11, 12). Utøvere med subkliniske spiseforstyrrelser viser ofte felles psykologiske karaktertrekk som personer med kliniske spiseforstyrrelser, som ekstrem prestasjonsorientering, høy grad av perfektjonisme, tendenser til tvangstanker og lav selvfølelse. Enkelte av disse egenskapene er imidlertid forventet og stort sett viktige for å lykkes i konkurranser.

Prevalens

Mellom 0,5–1 % av unge kvinner lider av anorexia nervosa, mens 1–3 % lider av buli-

! Hovedbudskap

- Forstyrret spiseatferd og kliniske spiseforstyrrelser er et stort problem blant konkurranseaktive idrettsutøvere
- Årsaken ligger i idrettens egne krav og forventninger om en spesiell kroppsform eller størrelse
- Helsepersonell må ikke overse spiseforstyrrelser hos tilsynelatende veltrente unge utøvere

Tabell 1 Forekomst av spiseforstyrrelser hos eliteidrettsutøvere fra ulike idrettsgrener og aldersparede kontrollpersoner (10)

Idrettsgruppe	Forekomst kvinner N (%)	Forekomst menn N (%)
Teknisk	12/72 (17)	4/97 (4)
Utholdenhet	24/102 (24)	14/149 (9)
Estetisk	22/52 (42)	0/13 (–)
Vektklasse	16/53 (30)	14/79 (18)
Ballspill	39/252 (16)	14/277 (5)
Kraft	1/31 (–)	1/18 (–)
Antigravitasjon	1/10 (–)	8/37 (22)
Motor	–	0/17 (–)
Idrettsutøvere totalt	115/572 (20)	55/687 (8)
Kontrollpersoner totalt	52/574 (9)	3/629 (0,5)

mia nervosa (13). Når det gjelder idrettsaktive unge jenter og kvinner, avhengig av type studie, populasjon som er undersøkt og definisjon av spiseforstyrrelser, har ulike studier rapportert en forekomst på mellom 15 % og 62 % (5). Gjennomgående har studier angitt en høyere forekomst av spiseproblemer hos utøvere enn ikke-utøvere, spesielt hos utøvere som representerer idretter der tynnhet eller lav kroppsvekt er sentralt i forhold til prestasjon (6, 12–16).

Av de få studier som inkluderer mannlige idrettsutøvere angir noen økt risiko for forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser hos mannlige utøvere i vektklasseidretter, som bryting og roing (7, 10, 17) sammenliknet med forekomsten i andre idretter. Andre indikerer lavere risiko for spiseforstyrrelser hos mannlige kunstløpere (18) og svømmere (19).

I en nylig publisert norsk studie med totalpopulasjonen av kvinnelige (n = 572) og mannlige (n = 687) landslagsutøvere samt alderssamsvarende kontrollpersoner (n = 1 203)

viste resultatene av en tottrinnstudie (spørreskjema og klinisk intervju) at 20 % av de kvinnelige eliteutøvere lider av subkliniske og kliniske spiseforstyrrelser mot 9 % i en kontrollgruppe av ikke-konkurranses aktive kvinner (10) (tab 1). Forekomsten av subkliniske og kliniske spiseforstyrrelser hos mannlige eliteidrettsutøvere og mannlige kontrollpersoner var henholdsvis 8 % og 0,5 % (10) (tab 1).

Estetiske idretter

Spiseforstyrrelser i idretten har i hovedsak vært sett på som et problem i estetiske idretter. I turn hadde vi det første registrerte dødsfall knyttet til anorexia nervosa i 1983. Blant kvinnelige utøvere på junior- og seniorlandslaget i estetiske idretter som turn, rytmisk sportsgymnastikk, stup og dans er forekomsten av subkliniske og kliniske spiseforstyrrelser på 42 % (10). Hovedårsaken synes å være den uskreve regelen i disse idrettene om å være slank, og at man vurderes i forhold til dette både ved uttak til lag og i konkurranser.

Et annet problem er utøvernes alder. Disse jentene skal være på topp i en livsfase hvor pubertetsutviklingen pågår, noe som er lite forenlig med ønsket om lavest mulig fettprosent. Når det gjelder de mannlige utøverne på samme nivå, viser undersøkelsen at ingen av de estetiske utøvere har verken subkliniske eller kliniske spiseforstyrrelser (10). En mulig forklaring på dette er at de mannlige utøverne ikke opplever samme press knyttet til slankhet som de kvinnelige utøverne. Dessuten vil mannlige pubertetsutvikling være mer forenlig med idrettens krav enn den, for mange jenter, plutselig forholdsvis store vektøkning og endring i formene.

Vektklasseidretter

I vektklasseidretter som bryting, karate, judo og taekwondo gjenspeiler den høye forekomsten av spiseforstyrrelser blant både mannlige (18 %) og kvinnelige utøvere (30 %) (10) (tab 1) antakelig det faktum at mange utøvere ønsker en lav kroppsvekt, stor muskelmasse samt ser fordelene av å konkurrere i en lavere vektklasse enn det som tilsvarer den biologiske vekten. En stor andel av vektklasseutøverne begynner tidlig i sin karriere med ekstreme metoder for å redusere vekten (6), noe som gjør disse utøverne utsatt for å utvikle spiseforstyrrelser. Det har vært antydning at betydelig redusert energi- og væskeinntak, kombinert med mye fysisk aktivitet, kan føre til forstyrret spise-mønster, depresjon og kliniske spiseforstyrrelser (7). På den annen side har Dale & Landers (20) fremholdt at mannlige brytere ved college kun utvikler forbigående spise-problemer.

Ballspill

Ballidretter som håndball, fotball og volleyball er ikke blitt sett på som risikoidretter for

Tabell 2 Spørsmål som kan inkluderes i samtalen

Spørsmål om mat	Spørsmål om vekt	Spørsmål om menstruasjon	Spørsmål om trening/skader
Føler du at du har et «avslappet» forhold til mat?	Hva har din høyeste og laveste vekt vært det siste året?	Når fikk du din første menstruasjon?	Har du endret treningsform, mengde eller intensitet den siste tiden (eller tidligere)?
Hvordan er ditt spisemønster? ¹	Hva anser du som din konkurransevekt?	Har menstruasjonen din vært regelmessig etter menarke?	Driver du med annen trening utenom trening knyttet til idretten din?
Hvor mange måltider spiser du per dag?	Har du redusert vekten din i det siste? Hva gjorde du eventuelt for å oppnå vekttalet?	Hva har lengste opphold uten blødninger vært?	Har du opplevd stressbrudd eller vanlig brudd?
Er det noen matvarer du forsøker å unngå (forbudte matvarer)?	Er du tilfreds med nåværende vekt?	Når hadde du din siste menstruasjonsblødning?	Har du vært plaget med overbelastningsskader, ev. hvilke?
Kan du si hva du spiste og drakk i går?	Er det andre som har meninger knyttet til din kroppsvekt?	Hvorledes opplever du det å ha eller ikke ha menstruasjon? ²	
Ev. spørsmål om bruk av «rensel-sesmetoder» (spør gjerne om fortid)		Bruker du eller har du brukt p-piller?	

¹ Det kan være vanskelig for en person med spiseproblemer å raskt gjengi hva hun har spist. En anorektiker unngår fett og er som regel vegetarianer. Spisemønsteret kjennetegnes ved det samme restriktive inntaket av «ja-mat» hver dag. En person med bulimi forsøker hele tiden å «utsette inntak av kalorier», og overspiser på ettermiddagen og kvelden (23)

² En spiseforstyrret utøver vil helst ikke ha menstruasjon (det er et nederlag å ha så «høy» fettprosent at man menstruerer regelmessig) (23)

Tabell 3 Mulige tiltak i forbindelse med behandling av spiseforstyrrelser (23)

1 Etabler et tillitsfullt forhold til utøver. Ved mistanke om forstyrret spiseatferd betyr dette:	2 Normalisering av spise-mønster (gjennomføres av ernæringsfysiolog)
a) respekt for utøvers ønske om å være slank (for å prestere) b) vilje til å samarbeide med utøver om en helsemessig forsvarlig kroppssammensetning. c) å lytte til utøvers angst og urasjonelle tanker omkring mat, vekt, trening og prestasjoner d) presenter et opplegg for hvordan et helsemessig forsvarlig forhold til mat kan gjenvinnes	a) Firedagers kostregistrering b) måle kroppssammensetning c) endre det restriktive eller kaotiske spise-mønsteret ¹ d) sett opp ny trenings- og spiseliste. Treningslisten bør utarbeides i samråd med legen/idrettsfysiolog e) spise-mønsteret er viktig – de skal «trene» seg opp til å spise og «beholde» minst tre måltider per dag. Treningstidene må legges til rette i forhold til spisetrening f) varme middager er ofte det mest skremmende, gi derfor andre alternativer g) utøver skal føre log på trening, næringsinntak og bruk av tømingsmetoder h) gjør klare avtaler i forhold til bruk av tømingsmetoder

¹ Utøveren må på nytt lære hva som er «normale» måltider. En konkret spiseliste kan være en del av denne treningen. De føler det som en avlastning hvis en lege/ernæringsfysiolog forteller at dette MÅ du spise dersom det skal være forsvarlig å fortsette trening

utvikling av spiseforstyrrelser (6), men forekomsten av spiseforstyrrelser blant kvinnelige utøvere som konkurrerer i ballidretter økte fra 11 % i 1990 til 16 % i 1997 (10). I denne perioden har det også vært en klar økning i forekomst av spiseforstyrrelser i de alderspærede kontrollgruppene (kun kvinner undersøkt over tid) (10). Økningen blant ballspillere kan indikere at flere nå er opptatt av kroppssammensetning (lavere fettprosent) og/eller formidling av testresultater på en lite pedagogisk/psykologisk måte, og dermed har økt risiko for utvikling av spiseforstyrrelser. Videre kan oppmerksomheten knyttet til utseendet for både tennis- og volleyballspillere også øke presset på dem til å slanke seg. Forekomsten blant mannlige utøvere som representerer ballidrettene er 5 % (tab 1).

Utholdenhetsidretter

Forekomsten av spiseforstyrrelser blant utøvere som konkurrerer i utholdenhetsidretter er høy både for mannlige (9 %) og kvinnelige (24 %) utøvere, men varierer avhengig av type idrett. I langdistanseløp, langrenn, sykling, orientering og svømming er problemet størst. Dette kan skyldes at ekstra kroppsvekt (bortsett fra i svømming) kan begrense prestasjonene (15).

Blant mosjonister og andre på rekreasjonsnivå er det flere studier, deriblant noen norske (16), som indikerer at det er en høyere forekomst av forstyrret spiseatferd blant unge mennesker som ikke trener eller er fysisk aktive, sammenliknet med forekomsten blant personer som er aktive eller som konkurrerer på lavere nivå (16). Den tradisjonelle multifaktorielle forklaringsmodellen kan angi årsaksforhold i disse populasjonene.

Komplikasjoner

Medisinske komplikasjoner assosiert med forstyrret spiseatferd avhenger naturligvis

av alvorlighetsgrad, hvilke vektregulerende metoder som er benyttet, hvor hyppig de er brukt, alder på utøver da problemet startet, samt varighet. Energi- og næringssvikt, endokrine forstyrrelser, anemi, elektrolytt- og syre/baseubalanse, mage-tarm-lidelser, hypoglykemi, tap av fettfri masse, forstørrelse av skjoldkjertelen, redusert beinmineralitet og erosjon av tannemaljen samt redusert selvfølelse, angst og depresjoner er eksempler på komplikasjoner (5). Mangelfullt energi- og næringsinntak hos kvinnelige utøvere leder også til menstruasjonsforstyrrelser og tap av beinmasse (21).

Årsaksforhold

The American College of Sports Medicine (ACSM) hevder at alle unge kvinner som trener, er i risiko for å utvikle spiseforstyrrelser (21). Biologiske endringer, samfunnets «krav til tynnhet»/en spesiell kroppssform, press fra andre og spesiell opptatthet av eget kroppsbilde gjør unge jenter særskilt sårbare (21). Det er ikke riktig eller konstruktivt å fordele skyld når man snakker om spiseforstyrrelser. Det er aldri én enkel grunn til at en person utvikler en forstyrret spiseatferd. Som regel dreier det seg om en kombinasjon av psykologiske, biologiske og/eller sosiokulturelle faktorer.

Hva angår utvikling av spiseforstyrrelser hos konkurranseutøvere, må nok idrettens «krav» ta deler av ansvaret, mens man på mosjonsnivå i stor grad kan benytte de tradisjonelle forklaringsmodeller (3, 19). Toppidrett og spiseforstyrrelser er to fenomener med en rekke fellestrekk; som overopptatthet av kropp og ernæring, vekt på prestasjon og å sammenlikne seg med andre samt at man er opptatt av å yte utover grensene. Begge kulturer har uklare begreper om hva som er «normalt» (22). Jenter og gutter som kommer på et høyt nivå i idretten, har en personlighet som i utgangspunktet gjør dem

disponible for utvikling av spiseforstyrrelse dersom forholdene ligger til rette for det. På bakgrunn av flere studier på totalpopulasjonen av kvinnelige landslagsutøvere og bruk av dybdeintervju synes det som om årsaksforhold knyttet til utvikling av spiseforstyrrelser ofte er idrettsrelaterte.

Idrett som utløsende faktor

Utløsende forhold som er relevante for idretten inkluderer press om en tynn kropp eller en bestemt vekt for å prestere, kronisk slanking, hyppige vektvariasjoner, tidlig spesialisering, skade og prestasjonssvikt (5, 6, 22). Enernes kroppsfasong blir ofte forbildet for de andre utøverne. En rekke idretter frembringer grenspesielle kroppstyper, både som resultat av spesifikk trening (turn, langdistanseløp, skøyter) og som resultat av naturlig seleksjon. Skihopping er en slik idrett, hvor teknikk og utstyrsbestemmelser de senere årene har gjort at det er gunstig med lav kroppsvekt når bakkene er store og gir lang svevphase. En problemstilling innen idretten er at utøvere forsøker å «pine» seg til en annen kroppstype enn den de er utrustet med fra naturens side.

Faktorer som overtrening og skade kan utløse både vektvariasjoner og sorgreaksjoner, og kan med det utgjøre en risiko. Et annet viktig forhold er hvordan ufaglærte og/eller uetiske trenere kan bidra negativt (6). Vi som arbeider med spiseforstyrrede utøvere, har hørt altfor mange beretninger om dårlig treneratferd, på det verste regelrett mobbing av utøvere for deres kropp.

Det er viktig å være klar over at mye trening ofte er en del av spiseforstyrrelsen. Personer som er i ferd med å utvikle spiseforstyrrelser eller som allerede har en spiseforstyrrelse, vil derfor trekkes til miljøer i idretten eller treningssentre hvor de lett kan gjemme seg bort i et miljø der tynnhet, mye trening og ekstreme matvaner dyrkes. Fysisk aktivitet og idrett misbrukes (6, 16, 23). Hensikten med aktiviteten er verken helse-relatert eller prestasjonsorientert.

Spiseforstyrrelsen som vei ut av idretten

I de senere år har vi i vårt arbeid med utøvere erfart at andelen av utøvere, spesielt unge utøvere, som «velger» en spiseforstyrrelse synes å være økende. Dette er utøvere som ikke lenger makter presset, som er lei idretten sin og alt som hører med til det å skulle prestere optimalt over år. Mange av disse klarer ikke å «skuffe» det viktige støtteapparatet (foreldre, trenere, ledere og forbund) som i en årrekke har stilt opp for at akkurat han/hun skulle bli best. Noen av disse velger spiseforstyrrelsen for å få en legitim vei ut.

Hvordan forebygge spiseforstyrrelser i konkurranseidretten

Forebygging og behandling av utøvere med spiseforstyrrelser kan organiseres i tre kategorier. Primær forebygging involverer opp-

læring/utdanning og informasjon med tanke på å forebygge lidelsen. Sekundær forebygging fokuserer på tidlig identifisering og påfølgende behandling, mens tertiær forebygging inkluderer behandling av dem som har utviklet spiseforstyrrelser.

Da opptatthet av kropp og vekt, slanking og utvikling av forstyrt spiseatferd ser ut til å utvikles allerede i puberteten, bør primær forebygging starte allerede i barne- og ungdomsskolen. Informasjon om riktig kosthold og sunne aktivitetsvaner samt et positivt selvilde vil være viktig. Målet med det forebyggende arbeidet er at unge utøvere beskyttes mot faktorer som kan disponere dem for utvikling av spiseforstyrrelser. Det vil være viktig å få avlivet eksisterende myter og misforståelser knyttet til ernæring, slanking, kroppsvekt, kroppssammensetning og menstruasjon i forhold til prestasjon. I tillegg vil det være viktig å sette søkelyset på nødvendigheten av et helse- og prestasjonsfremmende kosthold, bidra til utvikling/oppretholdelse av et positivt selvilde og medvirke til at det settes realistiske mål for kroppssammensetning, treningsmengde og idrettsprestasjon (3). Denne delen av det forebyggende arbeidet bør utføres i forbindelse med idrettens utdanningskurs samt all annen trenerutdanning. Også helsepersonell som møter konkurranseaktive utøvere bør skoleres i forhold til denne problematikken.

Trenere må skoleres og bevisstgjøres i det ansvar de har i forhold til unge utøvere. Såkalte «tilfeldige» kommentarer som går på en utøvers kroppsform og størrelse i forhold til prestasjon, eller direkte krav om vektreduksjon i forbindelse med vekst og utvikling, bør ikke forekomme. Utøvere, trenere, foreldre og helsepersonell bør kjenne til mulige konsekvenser ved ekstrem slanking. Idretten generelt og hver særiddrett spesielt bør på sin måte bidra i det forebyggende arbeidet (13, 23).

Også for utøvere er det svært viktig med en tidlig identifisering av problemet. Målet bør være å begrense progresjonen og forkorte varigheten på symptomene/tilstandene. Det er sjeldent at utøvere innrømmer et spiseproblem før de er svært slitne og engstelige for egen helse og videre prestasjonsutvikling. Noen innser ikke selv at de lider av en spiseforstyrrelse, mens andre kan være engstelige for eksempel for å miste plassen på laget dersom de forteller om sine problemer (3, 23).

Han/hun presenterer gjerne symptomer der man ikke nødvendigvis tenker spiseforstyrrelser (som hodepine, forstoppelse, diaré, søvnproblemer, luft smerter, svimmelhet, tristhet, «føler meg alltid sliten»), eller klager over at andre er så opptatt av at han/hun ikke spiser nok, har gått ned i vekt eller liknende. Idrettsutøvere ser ofte veltrente og sunne ut. Det kan derfor være ekstra vanskelig å «avsløre» disse hvis man ikke er trent til å registrere symptomer. I tillegg tror mange at for å ha en spiseforstyrrelse, så må man

være svært tynn. Dette stemmer ikke. Noen er overvektige, noen undervektige, men de fleste av dem som lider av spiseforstyrrelser er helt normalvektige. Dette gjelder blant annet de fleste som lider av bulimia nervosa eller uspesifikke spiseforstyrrelser.

Trenere bør i forbindelse med kursing via idretten få et forhold til symptomer på fysiske, psykiske og sosiale symptomer knyttet til spiseforstyrrelser, slik at de kan oppdage og motivere utøvere til å ta kontakt med helsepersonell for videre utredning og eventuell behandling. Uansett hvilke plager/symptomer som presenteres ved første konsultasjon, bør man som helsepersonell være åpen og søkende etter eventuelt dypereleggende problemer. Det er hensiktsmessig å være konkret i spørsmål knyttet til næringsinntak, bruk av slankemetoder og trening (tab 2, tab 3). Når det snakkes om eventuelle spiseforstyrrelser, kan det være lett å snakke om fortiden da det kan føles mindre truende for utøveren (22, 23).

Å behandle en utøver med spiseforstyrrelser involverer vanligvis et tverrfaglig arbeid, ideelt sett et behandlingsteam bestående av lege, gynekolog, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og i enkelte tilfeller psykiater eller psykolog. Det er legen som gir anbefalinger i forhold til trening og konkurransedeltakelse i behandlingsperioden. Dersom utøver og trener har et godt forhold, er det svært gunstig at trener og eventuelt foreldre er en del av teamet (23) (tab 3).

Ved Toppidrettssenteret i Oslo er psykiater knyttet til teamet, og er ansvarlig for et psykoterapeutisk tilbud. Gjennom vårt arbeid har vi erfart nytten av å lage et slikt spesialteam. Dette gjelder ikke minst med tanke på terapeutisk allianse. Utøvere får hjelp «av sine egne», og kan forvente å møte behandlere som har dobbeltkompetanse på spiseforstyrrelser samt på idrettsspesifikke forhold.

Litteratur

1. Rosen LW, Hough DO. Pathogenic weight-control behaviours of female college gymnasts. *Phys Sportsmed* 1988; 16: 141–4.
2. Sundgot-Borgen J, Corbin C. Eating disorders among female athletes. *Phys Sportsmed* 1987; 15: 88–90.
3. Sundgot-Borgen J, Bahr R. Eating disorders in athletes. I: Harries M, Williams C, Stanish W et al, red. Oxford textbook of sports medicine. Oxford medical publications. Oxford: Oxford University Press, 1998: 138–152.
4. Epling WP, Pierce WD, Stefan L. A theory of activity-based anorexia. *Int J Eat Disord* 1983; 3: 27–36.
5. Beals KA, Brey RA, Gonyou JB. Understanding the female athlete triad: eating disorders, amenorrhea, and osteoporosis. *J Sch Health* 1999; 69: 337–40.
6. Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Med Sci Sports Exerc* 1994; 26: 414–9.
7. Brownell KD, Wilmore JH, Rodin J. Prevalence of eating disorders in athletes. I: Eating, body weight and performance in athletes. Disorders of modern society. Philadelphia: Lea and Febiger, 1992: 128–43.
8. Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *Int J Sport Nutr* 1993; 3: 29–40.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. utg. Washington D.C.: APA, 1994.

10. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. The Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clin J Sport Med* 2004; 14: 25–32.
11. Hausenblas HA, Carron AV. Eating disorder indices and athletes: An integration. *J Sport Exerc Psychol* 1999; 21: 230–58.
12. Byrne S, McLean N. Eating disorders in athletes: a review of the literature. *J Sci Med Sport* 2001; 4: 145–59.
13. Johnson C, Powers PS, Dick R. Athletes and eating disorders: The National Collegiate Athletic Association study. *Int J Eat Disord* 1999; 26: 179–88.
14. Smolak L, Murnen SK, Ruble AE. Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 37–80.
15. Wilmore JH. Eating and weight disorders in the female athlete. *Int J Sport Nutr* 1991; 1: 104–17.
16. Augestad LB, Flanders WD. Eating disorder behavior in physically active Norwegian women. *Scand J Med Sci Sports* 2002; 12: 248–55.
17. Sykora C, Grilo CM, Wilfley DE et al. Eating, weight, and dieting disturbances in male and female lightweight and heavyweight rowers. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 203–11.
18. Rucinski A. Relationship of body image and dietary intake of competitive ice skaters. *J Am Diet Assoc* 1989; 89: 98–100.
19. Rosenvinge JH, Vig C. Eating disorders and associated symptoms among adolescent swimmers. *Scand J Med Sci Sports* 1993; 3: 164–9.
20. Dale KS, Landers DM. Weight control in wrestling: eating disorders or disordered eating? *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31: 1382–9.
21. Otis CL, Drinkwater B, Johnson M et al. American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc* 1997; 29: i–ix.
22. Skårderud F. Portrett av atleten i nød. I: Loland S. Toppidrettens pris. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
23. Sundgot-Borgen J, Skårderud F, Rodgers S. Eating disorders among athletes and dancers. I: Szmukler G, Dare C, Treasure J et al, red. Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research. London: John Wiley, 2003: 386–400.