

SPISEFORSTYRRELSER OG LAV ENERGITILGÆNGELIGHED I DANSK ELITE- OG SUBELITE IDRÆT:

SYMPTOMER, UDLØSENDE FAKTORER OG FORSLAG TIL INDSATSER

Mia Beck Lichtenstein, autoriseret psykolog, professor.

Klinisk Institut, Syddansk Universitet og Center for Digital Psykiatri,
Psykiatrien i Region Syddanmark, Danmark.

Anna Melin, autoriseret klinisk diætist, lektor.

Institutionen for Idrætsvidenskab, Linnéuniversitetet, Växjö/Kalmar,
Sverige.



Indholdsfortegnelse

RESUMÉ AF RAPPORTEN	7
Baggrund	7
Metoder	7
Primære resultater	8
Begrænsninger ved metoderne	9
Diskussion og sammenfatning af rapportens fund	9
RAPPORTENS FORFATTERE OG SAMARBEJDSPARTNERE	11
Rapportens hovedforfattere	11
Rapportens videnskabelige medarbejdere	11
Samarbejdspartnere i projektet	11
Videnskabelige artikler baseret på data fra undersøgelsen	12
Økonomisk støtte	12
Spørgsmål til rapporten	12
FORKORTELSER OG ORDFORKLARINGER	13
INTRODUKTION	14
Spiseforstyrrelser i sport	14
Udløsende faktorer for spiseforstyrrelser hos atleter	15
Symptomer på en spiseforstyrrelse	16
Forstyrret spiseadfærd	17
Træningsafhængighed	19
Depression	19
Energertilgængelighed	19
FORMÅLENE MED STUDIERNE	21

1. Spørgeskemastudiet _____	22
2. Interviewstudiet _____	22
METODER I SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN _____	22
Rekruttering af deltagere til spørgeskemaundersøgelsen _____	22
Ekstra studie: Deltagere fra motionsidræt _____	23
Fordeling i sportskategorier _____	24
Spørgeskemaer til at måle symptomer på spiseforstyrrelser _____	24
SCOFF (Sick Control, One Stone (6,5 kg), Fat, Food) _____	25
EDE-Q (Eating Disorder Examination - Questionnaire) _____	26
Måling af træningsafhængighed _____	27
Måling af depressive symptomer _____	27
Måling af energitilgængelighed _____	27
Holdninger til spiseforstyrrelser _____	28
METODER I INTERVIEWSTUDIET _____	29
Rekruttering af deltagere til interviewstudiet _____	29
Procedure for interviews _____	30
RESULTATER: Spørgeskemaundersøgelsen _____	31
Beskrivelse af deltagerne _____	31
Forekomst af symptomer på spiseforstyrrelse, træningsafhængighed og depression _____	32
Kvinder _____	32
Mænd _____	33
Forekomst af lav energitilgængelighed _____	34
Karakteristik af atleter med høj versus lav risiko for spiseforstyrrelse _____	35
Atleternes holdning til spiseforstyrrelser i sport _____	37
RESULTATER: Interviewstudiet _____	37
Spiseforstyrrelsesdiagnoser blandt de interviewede atleter _____	37

Kan spørgeskemaerne identificere atleter med spiseforstyrrelse?	38
De mest fremtrædende spiseforstyrrelsessymptomer baseret på den kvalitative analyse	38
Symptomer knyttet til spisning	38
Symptomer på kompenserende adfærd	40
Symptomer knyttet til vægtbekymringer	40
Symptomer knyttet til kropsutilfredshed	41
Symptomer på tvangstræning	42
Helbredsrelaterede symptomer	43
En sammenfatning af atleternes selvrapporterede symptomer på spiseforstyrrelse	43
Atleternes opfattelse af udløsende og vedligeholdende faktorer	44
Sammenligninger af kroppe	44
Den atletiske krop og vægtekriterier	45
Kommentarer om vægt	45
Sportsmiljøernes fokus på vægt og mad	45
Atleternes ønske om hjælp og indsatser	46
Motivation for at søge hjælp	46
Indsatser til forebyggelse og behandling af spiseforstyrrelser	46
DISKUSSION	47
Forekomst af spiseforstyrrelser, træningsafhængighed og depression	47
Er forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer højere i elitesport end i andre befolkningsgrupper?	49
Risiko for lav energitilgængelighed (RED-S)	51
Karakteristik af atleter med høj score på spiseforstyrrelse	51
Spiseforstyrrelsesdiagnoser og anvendeligheden af spørgeskemaer	52
Symptomer på spiseforstyrrelse samt udløsende faktorer	54
Strategier og indsatser	55
Tidlig identifikation af symptomer på spiseforstyrrelse eller lav energitilgængelighed	56
En tydelig procedure ved bekymringer	57
Professionel udredning og behandling	57

Begrænsning i træning og konkurrence	57
Uddannelse af trænere	58
Internationale retningslinjer	59
KONKLUSION	61
REFERENCER	63
APPENDIX: Interviewguide	69
Eating Disorder Examination Interview tilpasset ICD-10	69

RESUMÉ AF RAPPORTEN

Baggrund

Spiseforstyrrelser hos eliteatleter er en problematik, der har fået stigende opmærksomhed i Danmark, men der eksisterer kun få studier, der har undersøgt emnet. Studier fra udlandet peger på, at der er en højere forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer hos eliteatleter end hos motionister.

Spiseforstyrrelser øger risikoen for overbelastningsskader, tidligere frafald fra sport, nedsat præstationsevne og mistrivsel. For at sikre atleternes trivsel og reducere frafald, er forebyggelse og tidlig opsporing vigtigt.

Der mangler danske undersøgelser, der afdækker forekomsten af symptomer på spiseforstyrrelser og lav energitilgængelighed blandt eliteatleter i sammenligning med atleter, der deltager i konkurrencer på lavere niveauer.

Der mangler desuden studier, som foretager diagnostiske interviews for at undersøge typen af spiseforstyrrelse og for at teste, om spørgeskemaerne er pålidelige til at identificere spiseforstyrrelser blandt topatleter.

Endelig mangler der viden om atleternes eget perspektiv på, hvad der har udløst og vedligeholdt deres spiseforstyrrelse samt deres idéer til, hvad der kan forebygges og afhjælpes problematikken i sport på højt niveau.

For at få svar på disse spørgsmål blev denne undersøgelse igangsat på initiativ fra Danmarks Idrætsforbund (DIF) og Team Danmark i samarbejde med forskere fra Syddansk Universitet, Psykiatrien i Region Syddanmark samt Linnéuniversitetet i Sverige.

Denne rapport bygger på en tidligere dansk undersøgelse fra 2020, som ligeledes havde fokus på spiseforstyrrelser i dansk eliteidræt, men som ikke gav svar på ovenstående spørgsmål. Det lå uden for rapportens fokus at afdække forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer i baggrundsbefolkningen.

Metoder

For at besvare undersøgelsens spørgsmål foretog vi et spørgeskemastudie med eliteatleter (landshold og bruttolandshold) samt sub-eliteatleter (niveauet under eliten, som ikke var på landshold eller bruttolandshold).

Alle deltagerne kom fra idrætsgrene, der er kategoriseret som udholdenhedsidrætter (f.eks. løb), æstetiske idrætter (f.eks. dans), vægtklasseinddelte idrætter (f.eks. boksning), styrkeidrætter (f.eks. vægtløftning), boldspil (f.eks. håndbold) og tekniske idrætter (f.eks. sejlsport). I alt deltog 616 atleter i undersøgelsen, heraf var 410 eliteatleter (51% kvinder) og 206 var subeliteatleter (52% kvinder).

Vi anvendte anerkendte instrumenter til at måle symptomer på spiseforstyrrelser (SCOFF og EDE-Q), træningsafhængighed (EAI) og depression (MDI) samt lav energitilgængelighed (LEAF-Q og LEAM-Q).

Desuden gennemførte vi diagnostiske interviews med 28 atleter, hvoraf 20 havde en høj score på spiseforstyrrelsessymptomer (SCOFF og/eller EDE-Q), mens 8 havde en lav score. Atleterne blev interviewet om symptomer på spiseforstyrrelse, om udløsende og vedligeholdende faktorer samt om forslag til håndtering af problematikken.

Primære resultater

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at målt med SCOFF havde 17% fra eliten og 31% fra subeliten risiko for en spiseforstyrrelse, mens EDE-Q fandt en øget risiko hos 12% fra eliten og 18% fra subeliten. Begge resultater viser således, at subeliten rapporterer flere spiseforstyrrelses-symptomer, men kun resultaterne fra SCOFF var statistisk signifikante.

Når vi undersøgte forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer fordelt på køn, fandt vi, at 23% af kvinderne fra eliten og 37% fra subeliten havde symptomer målt med SCOFF. Blandt mændene havde 11% fra eliten og 23% fra sub-eliten symptomer på en spiseforstyrrelse. Disse forskelle var statistisk signifikante. Målt med EDE-Q fandt vi samme tendens i forskellen mellem elite og sub-elite uanset køn, men tallene var lavere, og forskellene var ikke signifikante.

Hos kvinderne var 53% af eliten og 49% af subeliten i risiko for lav energitilgængelighed, og hos mændene var 18% af eliten og 13% af subeliten i risiko.

Atleter med en høj score på spiseforstyrrelser havde øget risiko for træningsafhængighed, depression, overbelastningsskader, maveproblemer, søvnproblemer samt en dårligere restitution, og hos kvinderne sås flere menstruationsforstyrrelser.

Interviewstudiet viste, at 20 atleter opfyldte de kliniske kriterier for en spiseforstyrrelsesdiagnose. De hyppigste symptomer var restriktiv spisning, angst for vægtøgning, negativ kropsopfattelse, tvangsmotion og øvrige helbredsproblemer i form af træthed og smerter. Både SCOFF og EDE-Q viste

en høj grad af præcision, som redskaber til at identificere en spiseforstyrrelse. Dog skal spørgeskemaer altid suppleres af et klinisk interview for at stille en egentlig diagnose.

Atleterne gav udtryk for, at ønsket om en slank og markeret krop kan være en udløsende faktor for en spiseforstyrrelse, der især bliver forstærket af en kultur, hvor man sammenligner sig med andre veltrænede og slanke kroppe. Kommentarer om vægttab fra trænere eller træningskammerater blev også nævnt som udløsende årsager til et øget usundt fokus på at kontrollere vægt, spisning og træning. Atleterne efterspurgte bedre uddannelse af trænerne til at forebygge og håndtere spiseforstyrrelser samt en klar strategi for, hvor og hvordan man kan få hjælp.

Begrænsninger ved metoderne

Resultaterne fra spørgeskemastudiet skal tolkes med forbehold, idet svarprocenten i begge grupper var på ca. 40%. Deltagerne kan således være overrepræsenteret af atleter, som havde en personlig interesse i emnet eller omvendt af atleter, der ikke følte sig personligt ramt, og derfor var trygge ved at besvare spørgsmålene. En høj svarprocent i fremtidige spørgeskemaundersøgelser kan sikre en mere nøjagtig vurdering af prævalensen af spiseforstyrrelsessymptomer. Desuden skal det fremhæves, at kun resultaterne baseret på SCOFF viste en signifikant forskel imellem eliten og subeliten, mens EDE-Q ikke fandt en statistisk målbar forskel, men dog viste samme mønster i form af flere spiseforstyrrelsessymptomer hos subeliten.

Interviewstudiet skal tolkes med forbehold for, at resultaterne er baseret på subjektive oplysninger. Interviewene kan ikke entydigt sige noget om årsager til spiseforstyrrelser inden for idrætten, men kan antyde problematikker, som flere atleter uafhængigt rapporterer.

Diskussion og sammenfatning af rapportens fund

Rapporten fandt, at forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer var højere blandt kvinder end mænd og højere blandt subeliten end hos eliten. Målt med SCOFF havde 23% af de kvindelige eliteatleter symptomer, mens 11% af de mandlige eliteatleter havde symptomer. Hos subeliten havde 37% af kvinderne symptomer, mens 23% af mændene havde symptomer.

Der findes ingen sammenlignelige danske studier på baggrundsbefolkningen med samme gennemsnitsalder (20-21 år), samme kønsfordeling og målt et tilsvarende valideret spørgeskema. Men ser man på studier fra udlandet, peger nogle resultater på, at forekomsten af

spiseforstyrrelsessymptomer er lavere hos eliten, mens andre finder, at den er højere sammenlignet med motionister eller baggrundsbefolkningen.

Der er således brug for studier, som bruger validerede screeningsinstrumenter til at afdække spiseforstyrrelsessymptomer blandt unge danske kvinder og mænd, der dyrker idræt på motionsniveau.

De hyppigste diagnoser i interviewstudiet var uspecifik spiseforstyrrelse eller atypisk anoreksi med symptomer i form af restriktiv spisning, angst for vægtøgning, kropsutilfredshed og tvangsmotion. Disse symptomer er også fundet i lignende studier fra udlandet.

Atleterne pegede på, at en kropslig sammenligningskultur, hvor atletiske og slanke kropsidealer blev idylliseret kunne være med til at udløse en spiseforstyrrelse, ligesom kommentarer om krop og vægt.

Atleterne efterspurgte bedre uddannelse af trænere, nedbrydning af tabuer og en tydelig beskrivelse af, hvordan man kan få adgang til hjælp. Det er samme tiltag, der beskrives og efterspørges i international litteratur om spiseforstyrrelser og lav energitilgængelighed.

Sammenfattende efterspørges der oplysning om spiseforstyrrelser og tidlige indsatser, så forekomsten af spiseforstyrrelser og relaterede problematikker kan reduceres. Et regelmæssig sundhedstjek kan bidrage til tidlig identifikation af symptomer. Her kan SCOFF bruges, fordi det kun indeholder 5 spørgsmål og er let at opgøre. EDE-Q kan efterfølgende sige noget om typen og sværhedsgraden af eventuel spiseforstyrrelse. Dog kan en diagnose kun stilles på baggrund af et diagnostisk interview.

På baggrund af denne rapport anbefaler vi, at træneruddannelsen i højere grad ruste trænerne til at skabe et træningsmiljø, der fordrer et sundt og nuanceret fokus på krop, mad og vægt. Ligeledes er der brug for viden om, hvordan man identificerer risikoadfærd og håndterer symptomer på spiseforstyrrelser. Vi anbefaler desuden, at der udvikles strategier og praksisser for forebyggelse samt retningslinjer for, hvordan atleter med spiseforstyrrelser bedst hjælpes i og uden for idrætsmiljøet.

RAPPORTENS FORFATTERE OG SAMARBEJDSPARTNERE

Rapportens hovedforfattere

Mia Beck Lichtenstein, autoriseret psykolog, professor og forskningsleder, Klinisk Institut, Syddansk Universitet og Center for Digital Psykiatri, Psykiatrien i Region Syddanmark, Odense, Danmark.

Anna Melin, autoriseret klinisk diætist, Cand. Scient. i klinisk ernæring, lektor, Institutionen for Idrætsvidenskab, Linnéuniversitetet, Växjö/Kalmar, Sverige.

Rapportens videnskabelige medarbejdere

Eik Runge, psykolog, forskningsassistent, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Karen Krogh Johansen, cand. scient. i idræt, forskningsassistent, Psykiatrien i Region Syddanmark

Søren Peter Thygesen Hertz, psykolog, forskningsassistent, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Josefine Rytter, cand. scient. i idræt og sundhed, Syddansk Universitet.

Trine Theresa Holmberg, psykolog, forskningsassistent, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Kristine Tarp, antropolog, postdoc, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Lauge Haastrup, psykolog, forskningsassistent, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Jacob Bindzus, psykologiststuderende, praktikant, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Samarbejdspartnere i projektet

Forskningschef Lars Holm har koordineret processen fra studiedesign, til dataindsamling, statistisk analyse og rapportskrivning samt kritisk gennemlæsning.

Ernæringsfysiolog Majke Jørgensen fra Team Danmark har bidraget med kritisk gennemlæsning og formidling med særligt fokus på anonymisering af deltagerne.

Konsulent Mikkil Sansone Øhrgaard fra Danmarks Idrætsforbund har bidraget til dataindsamlingen og afviklingen af projektet.

Sportpsykolog fra Team Danmark Gregory Michael Diment har hjulpet med at udvikle spørgeguiden til interviewstudiet.

Læge Christoffer Brushøj fra Team Danmark har bidraget med gennemlæsning af rapport og sparring omkring indsatser og overvejelser om implementering.

Rapporten er gennemlæst, kommenteret og kommunikeret i samarbejde med Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade og Askovhus.

Videnskabelige artikler baseret på data fra undersøgelsen

Andreas Küttel, Anna Melin, Carsten H. Larsen, Mia B. Lichtenstein: Depressive symptoms in Danish elite athletes using the Major Depressive Inventory (MDI) and the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Scandinavian Journal of Sport and Exercise Psychology. [doi:10.7146/sjsep.v4i1.128360](https://doi.org/10.7146/sjsep.v4i1.128360)

Mia Beck Lichtenstein, Lauge Haastrup, Jacob Bindzuz, Karen Krogh Johansen, René K. Støving, Loa Clausen, Jakob Linnet. Validation of the EDE-Q in Danish – is it useful in sport? Journal of Clinical Medicine 2021. <https://doi.org/10.3390/jcm10173976>.

Mia Lichtenstein, Anna Melin, Attila Szabo & Lars Holm. The prevalence of exercise addiction symptoms in elite athletes. Frontiers in Sports and Active Living. Submission November 2020. Accepted May 2021. <https://doi.org/10.3389/fspor.2021.635418>

Mia Beck Lichtenstein, Karen Krogh Johansen, Eik Runge, Marina Bohn Hansen, Trine Theresa Holmberg, Kristine Tarp. Behind the athletic body: a clinical interview study of identification of eating disorder symptoms and diagnoses in elite athletes. BMJ Open Sport and Exercise Medicine. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2021-001265>

Økonomisk støtte

Projektet er økonomisk støttet af Team Danmark og Danmarks Idrætsforbund.

Spørgsmål til rapporten

Hvis du har spørgsmål til rapporten, kan du kontakte rapportens hovedforfattere Mia Beck Lichtenstein og Anna Melin.

FORKORTELSER OG ORDFORKLARINGER

ANOVA står for "Analysis of variance" og er en samling af statistisk tests, der undersøger forskellen mellem gennemsnit.

Chi i anden-test eller "Chi-Square" er en statistisk test, der tester om to variable har en relation.

BMI: Body Mass Index (vægt i kg/højde i m²).

EAI: Exercise Addiction Inventory. Måler symptomer på træningsafhængighed.

EDE-Q: Eating Disorder Examination – Questionnaire.

LEAF-Q Low Energy Availability in Females – Questionnaire.

LEAM-Q Low Energy Availability in Males – Questionnaire.

Libido: Sexlyst.

MDI: Major Depression Inventory. Depressionsspørgeskema.

Prævalens: Forekomst på et givent tidspunkt.

P-værdi: "P" står for "probability" og værdien angiver en sandsynlighed. Denne værdi beskriver, om en begivenhed eller sammenhæng sandsynligvis enten er forskellig eller tilfældigt eller ej. Hvis noget har en 0.01 p-værdi, har det en 1% chance for at være forskellig eller sandsynlig. I dette studie er vores grænseværdi 0.05 for at være statistisk signifikante, det vil sige at statistiske signifikante fund med 95% sandsynlighed er forskellige eller ikke tilfældige.

SCOFF: spiseforstyrrelses-test med 5 spørgsmål: Sick, Control, One Stone, Fat, Food.

Standard Deviation: Standardafvigelse, angiver spredning i resultaterne således at 2/3 af alle indsamlede data ligger inden for spredningen omkring gennemsnittet.

Validering: I denne rapport forstået som en videnskabelig verificering af et spørgeskemas evne til at måle korrekt (gyldighed).

INTRODUKTION

Spiseforstyrrelser i sport

Spiseforstyrrelser blandt idrætsudøvere er en velbeskrevet problemstilling i international forskningslitteratur igennem de sidste 30 år. Især i de idrætsgrene, hvor kroppens vægt eller form har en afgørende betydning for præstationen, er forekomsten af forstyrret og restriktiv spising højere end i baggrundsbefolkningen (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Alene forventningen om at atleten har en slank, markeret og trimmet krop kan føre til en overdreven optagethed af kropsform, diæter og vægttab (Smolak, Murnen, & Ruble, 2000). Hvorimod idrætsgrene, som fordrer en stærkere og tungere krop (f.eks. håndbold, kuglestød), ikke i samme udstrækning udløser fokus på vægt og kropssammensætning (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Tal over forekomsten af spiseforstyrrelser inden for idrætten er meget svingende. Et oversigtstudie fandt, at forekomsten af forstyrret spising og spiseforstyrrelser varierer fra 6% til 45% hos kvinder, mens det blandt mænd svinger fra 0% til 19% (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen 2013). I november 2020 udkom en dansk rapport, der viste, at 11-18% af de danske eliteatleter udviste symptomer på en spiseforstyrrelse (Lichtenstein & Melin, 2020) med en markant højere forekomst blandt kvindelige atleter.

Hovedparten af den internationale forskning viser, at kvinder er mere udsatte end mænd, at eliten er mere udsat end motionister, og at atleter i idrætsgrene, som er vægtsensitive (f.eks. udholdenhedsidræt, vægtklasseinddelte og æstetiske idrætter), er mere udsatte end atleter i idrætsgrene, hvor vægten ikke har så afgørende en betydning (Galmiche et al., 2019; Hoek, 2016; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Smolak et al., 2000; Sundgot-Borgen et al., 2013; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Dog har studier vist, at spiseforstyrrelsessymptomer også findes i idrætsgrene, hvor vægten er mindre afgørende, som eksempelvis fodbold (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2007), og at også mandlige sportsfolk har symptomer på spiseforstyrrelser (Vela et al., 2021).

Spiseforstyrrelser optræder ofte samtidig med andre helbredsproblemer, som kan være en konsekvens af den forstyrrede spising og den negative kropsoptagelse. Hos atleter er der set en øget risiko for skader og sygdom, nedsat præstationsevne, nedsat mental trivsel og øget risiko for psykiske problemer som depression (Wells et al., 2020).

Udløsende faktorer for spiseforstyrrelser hos atleter

Det er blevet diskuteret, om sporten kan være en udløsende faktor for en spiseforstyrrelse hos atleter, fordi der er ekstra fokus på at opnå eller opretholde en lav kropsvægt eller slank krop.

I et engelsk studie fra 2021 (Stoyel et al., 2021) hvor EDE-Q blev brugt til at måle spiseforstyrrelsessymptomer blev 4 mandlige og 5 kvindelige atleter interviewet. Her fandt man, at der er en sammenligningskultur i sporten og en forventning fra omgivelserne om "den atletiske krop". Desuden blev temaer som selvdisciplin og opofrelse også bragt i spil, som forklaringer på, at forholdet til spising og krop kan blive forstyrret. En atlet forventes at være veltrænet og have styr på sin kost. Fem af de ni atleter gav selv udtryk for at have en spiseforstyrrelsesproblematik.

Et amerikansk studie fra 2010 (Arthur-Cameselle & Quatromoni, 2011) undersøgte, hvilke faktorer der kunne medvirke til at udløse en spiseforstyrrelse hos atleter. Baseret på 17 interviews med kvindelige atleter fremdrog studiet, at personlige aspekter som lav selvtillid, perfektionisme og kontroltrang spillede en rolle i kombination med ydre faktorer som rollemodeller og sportslige resultater. Selve det sportslige miljø kan præge atleten i en spiseforstyrret retning, hvis træneren kommer med negative kommentarer om kroppen, eller hvis andre atleter udviser forstyrret spiseadfærd.

Lignende fund blev rapporteret i 2017 (Arthur-Cameselle, Sossin, & Quatromoni, 2017) i et studie med 12 kvindelige atleter og 17 ikke-atleter. I begge grupper var lavt selvværd og forekomsten af andre psykiske lidelser hyppige, mens atleterne fremhævede idrætsspecifikke faktorer som forventningspres, vejninger og skader.

Et Canadisk studie (Stirling, Cruz, & Kerr, 2012) foretog interviews med 17 kvindelige atleter fra forskellige idrætsgrene, som selv oplyste, at de havde forstyrret spiseadfærd. Som andre studier bekræftede resultaterne, at sportens fokus på krop, vægt og udseende, øger sårbarheden. Især i kombination med perfektionisme, præstationstrang og selvkontrol. Desuden fandt studiet, at atletens evne til at tolerere smerte og sult spillede en rolle for udvikling af en spiseforstyrrelse.

Vi ved imidlertid stadig for lidt om, hvad der udløser og vedligeholder spiseforstyrrelser i elitesport og subelitesport. Desuden er det vigtigt at undersøge, hvad der kan beskytte eller hjælpe atleter til en øget mental sundhed. Derfor udgør denne rapport den første videnskabelige undersøgelse af danske topatleters subjektive oplevelser og refleksioner om spiseforstyrrelser i sport.

Symptomer på en spiseforstyrrelse

Kernesymptomerne i spiseforstyrrelser centrerer sig om forstyrret spisning, der kan komme til udtryk som restriktiv spisning, hvor man begrænser sit fødeindtag for at regulere vægt og krop eller for at kompensere for en overspisning, hvor man mister kontrollen over maden og spiser ud over mæthedsgrænsen (World Health Organization, 2019). Desuden er der en negativ eller decideret forvrænget kropsopfattelse med udtalt frygt for vægtøgning og fedme. Ofte ses også tvangsmæssig eller overdreven træning samt andre forsøg på at regulere krop og vægt gennem eksempelvis opkastninger eller brug af afførende medikamenter.

Diagnosen anoreksi kendetegnes ved undervægt gennem tilsigtet og markant vægttab fremkaldt og vedligeholdt af personen selv. Vægttabet opstår ved restriktiv spisning og er drevet af en frygt for at blive fed samt et forvrænget eller forstyrret kropsbillede. Ofte er der fornægtelse af alvoren af den lave vægt, modstand mod vægtøgning samt tvangsmæssig eller overdreven træning. Undervægt defineres af WHO som et BMI under 18,5 for både mænd og kvinder. Diagnosen atypisk anoreksi (AAN) kan stilles, hvis en person har symptomer på anoreksi, men mangler at opfylde nogle af de diagnostiske kriterier.

Bulimi kendetegnes ved tilbagevendende episoder med tvangsmæssig overspisning af store mængder mad over kort tid. Samtidig er der en følelse af kontroltab samt forsøg på at kompensere for spisning ved hjælp af fremprovokeret opkastning, faste, overdreven træning eller overforbrug af afføringsmidler. Ligesom ved anoreksi, er bulimi karakteriseret ved en overevaluering af kropsformens betydning for selvværdet.

Har man tvangsmæssige overspisninger uden kompenserende adfærd, kan der være tale om Binge Eating Disorder (BED), som er en nyere diagnose, hvor en stor mængde mad på kort tid indtages med en følelse af kontroltab, ubehag, skam og skyld.

Uspecifikke spiseforstyrrelser er den hyppigst forekommende diagnose, selvom omfanget er svært at afdække, idet diagnosen netop er uspecifik. Uspecifik spiseforstyrrelse omfatter alvorlige symptomer på en spiseforstyrrelse, men uden at alle de diagnostiske kriterier for anoreksi eller bulimi bliver opfyldt. Der kan eksempelvis være tale om restriktiv spisning og negativ kropsopfattelse, men med en kropsvægt inden for normalområdet. Eller der kan være overspisninger med efterfølgende opkast, men ikke så hyppigt som ved bulimi (American Psychiatric, 2013; Galmiche et al., 2019). Selvom vægten ikke er lige så lav som hos personer med anoreksi, kan graden af psykisk forpintethed

være lige så stor. I WHO's diagnose-manual bruges begrebet "Eating Disorder Not Otherwise Specified" (EDNOS).

Forstyrret spiseadfærd

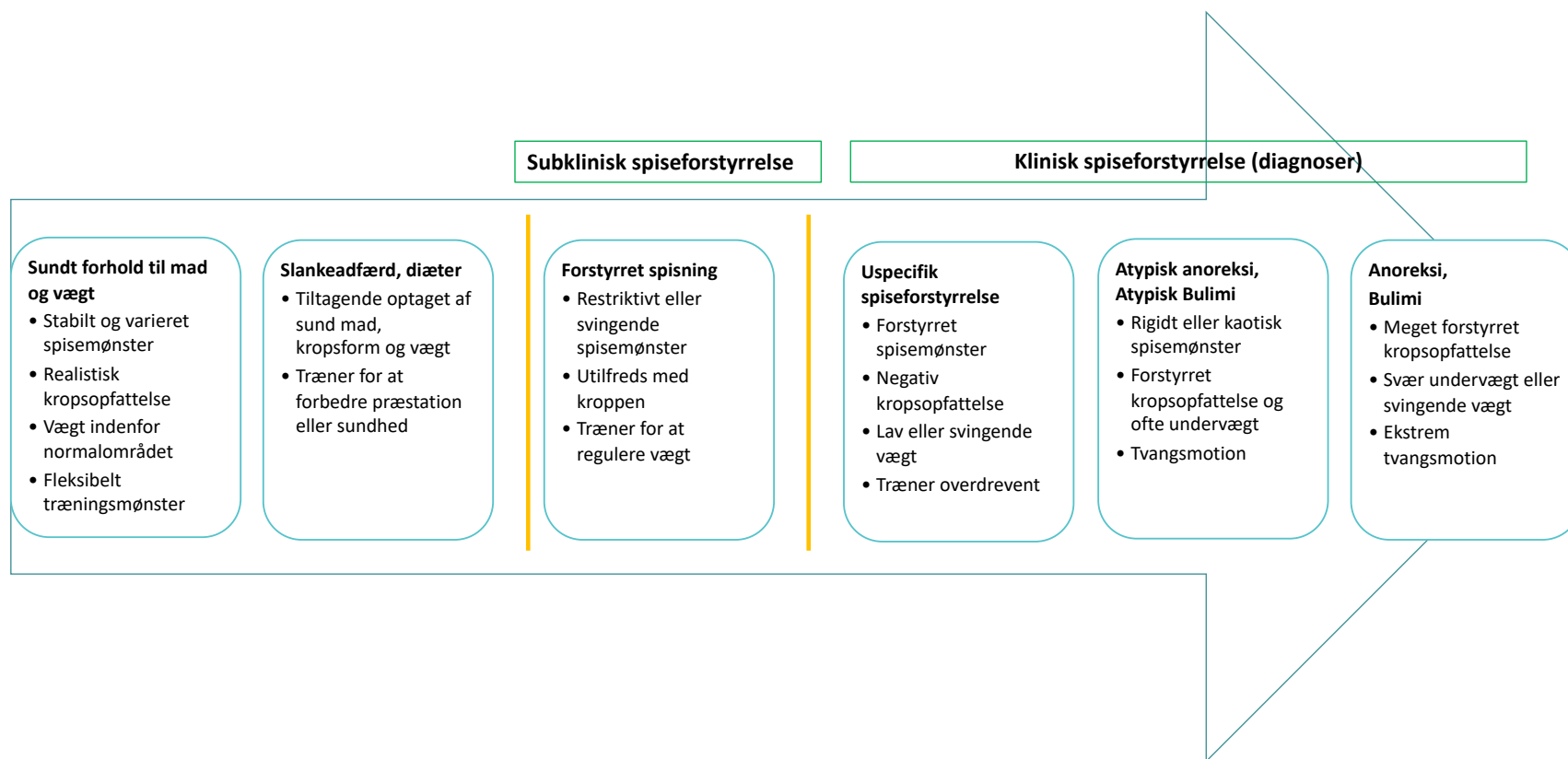
Nogle mennesker befinder sig i perioder i en gråzone, hvor forholdet til krop, mad og vægt er ved at blive problematisk, men kriterierne for en spiseforstyrrelsesdiagnose opfyldes ikke. Personer med forstyrret spiseadfærd er typisk utilfredse med egen krop, har mange selvkritiske tanker samt bekymringer om kost, kalorier og vægt. Det betyder, at de i en mild grad har de samme symptomer, som en person, der lider af en spiseforstyrrelse, og dette fænomen går også under begrebet "subklinisk spiseforstyrrelse".

Problemer med spising, krop og vægt kan således ikke opdeles skarpt i enten rask eller syg. Det skal forstås som et spænd med en glidende overgang fra slankeadfærd til forstyrret spiseadfærd og til en decideret diagnose, hvilket kan skifte over tid. Omvendt kan vejen ud af en spiseforstyrrelse også foregå glidende fra, hvor de adfærdsmæssige symptomer aftager først, men tanker og følelser knyttet til mad og krop typisk er længere tid om at normaliseres.

Hos atleter er det ikke nødvendigvis bekymrende, hvis de i konkurrenceperioder er restriktive i deres spising, får et øget fokus på krop og vægt og intensiverer træningen. De fleste atleter vil efter konkurrencen kunne reetablere normal kropsvægt, fleksible spisemønstre og reducere træningen. Men grundet det store fokus på kost og krop er det vigtigt at være opmærksom på symptomer og italesætte risikoen for, at det kan udvikle sig til en forstyrrelse i denne gruppe.

I figuren er vist et kontinuum af forstyrret spising og spiseforstyrrelse. Pilen viser, at udviklingen fra sundt til syg kan ske gradvist.

Fra forstyrret slankeadfærd til spiseforstyrrelser



Træningsafhængighed

Træningsafhængighed er en overdreven og tvangspræget træningsadfærd, som kan påvirke både det fysiske og psykiske helbred. Det er kendetegnet ved stigende træningsmængder, abstinenser ved fravær af træning, en stræben efter et "kick" samt tab af kontrol over træningen, som kan føre til smerter, skader eller sygdom (Berczik et al., 2012; Hausenblas & Symons Downs, 2002; Terry, Szabo, & Griffiths, 2020).

Træningsafhængighed kan optræde samtidig med en spiseforstyrrelse, hvor træningen fungerer som et redskab til at kontrollere vægten eller kompensere for overspisninger (Lichtenstein et al., 2014).

Afhængighed af træning kan udgøre en risikofaktor for udviklingen af en spiseforstyrrelse og for udviklingen af overtræningssyndrom, der fører til nedsat sportslig præstation (Lichtenstein, Hinze, et al., 2017).

Depression

Depression er kendetegnet ved tristhed, tab af interesser, håbløshedsfølelse samt nedsat energi og selvtillid (American Psychiatric, 2013). Depressive tilstande er alvorlige og kan føre til reduceret livskvalitet, tab af dagligt funktionsniveau og selvmordstanker. Det er en udbredt psykisk lidelse og optræder ofte som ko-morbid lidelse til en spiseforstyrrelse.

Depression kan være en følge af underernæring, fysisk overbelastning og langvarig kropsutilfredshed (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Det er vigtigt at kende til forekomsten af depressive symptomer blandt atleter med spiseforstyrrelsesproblematikker, da det bidrager til en øget forståelse af belastningsgraden og behandlingsmetoderne (Voderholzer et al., 2019).

Energertilgængelighed

Syndromet "Relative Energy Deficiency in Sport" (RED-S) beskriver de negative konsekvenser af et for lavt energiindtag med eller uden en spiseforstyrrelse får for både helbred og præstation (Mountjoy et al., 2018). Energertilgængelighed er den mængde energi [kJ/kg fedtfri masse (FFM)], der er tilbage til basalfysiologiske funktioner, når energiforbruget under træning trækkes fra det totale energiindtag (Loucks, 2014). Kliniske studier har vist, at kvinder har brug for at indtage *minimum* 190 kJ/kg FFM/dag og mænd 170 kJ/kg FFM/dag udover energiforbruget til træning for at alle processer

kan fungere optimalt (Koehler et al., 2016; Loucks & Thuma, 2003). Årsagen til, at kvinder har brug for flere kJ/kg FFM/dag end mænd er blandt andet, at mange processer og hormonproduktionen relateret til den kvindelige menstruationscyklus er mere energikrævende (Koehler et al., 2016; Loucks & Thuma, 2003).

Lav energitilgængelighed er almindeligt i idrætsgrene med fokus på lav kropsvægt, men ligeledes i idrætter med store træningsmængder (Mountjoy et al., 2018). De bagvedliggende årsager kan være et bevidst restriktivt energiindtag med eller uden en spiseforstyrrelse eller ubevidst på grund af utilstrækkelig appetit eller manglende viden om sportsernæring (Burke et al., 2018).

Et vedvarende lavt eller utilstrækkeligt indtag af energi i relation til træningsmængden påvirker blandt andet kroppens hormonbalance med nedsat produktion af opbyggende hormoner såsom kønshormoner og nedsat proteinsyntese hos både mandlige og kvindelige atleter (Mountjoy et al., 2018; Areta, Taylor, & Koehler, 2021). For at beskytte kroppen mod yderligere vægtreduktion og for at sikre overlevelse medfører vedvarende lav energitilgængelighed, at hvilestofskiftet nedreguleres (Mountjoy et al., 2018). Kvindelige eliteatleter med menstruationsforstyrrelser har både et lavere hvilestofskifte og et lavere energiforbrug ved lavintensiv træning end atleter med regelmæssig menstruation (Melin et al., 2014). Det indikerer en omfattende nedregulering af energiforbruget hos kvindelige atleter med langvarig lav energitilgængelighed.

De fleste idrætsudøvere med RED-S med eller uden spiseforstyrrelse er derfor normalvægtige og i energibalance på et lavere niveau, men kan samtidig have for lav energitilgængelighed for at opretholde alle basale funktioner på grund af et for lavt energiindtag.

Lav energitilgængelighed kan bl.a. medføre mave-tarm problemer, jernmangel, nedsat immunforsvar, øget produktion af stresshormon samt nedsat produktion af bl.a. kønshormoner, hvilket hos kvinder kan medføre uregelmæssig eller udebleven menstruation og hos mænd nedsat sædkvalitet og sexlyst (Hackney et al., 2017; Loucks, 2014; Mountjoy et al., 2018; Scovell et al., 2015).

Andre konsekvenser af lav energitilgængelighed er nedsat præstationsevne, øget risiko for overbelastningsskader, nedsat knoglestyrke med øget risiko for stressfrakturer og for tidlig knogleskørhed (Mountjoy et al., 2018). I et dansk-svenske studie på 45 kvindelige eliteatleter i vægtbærende udholdenhedsidrætter (gennemsnitsalder 27 år), havde 38% nedsat knoglestyrke og 9% havde knogleskørhed (Melin et al., 2015)

FORMÅLENE MED STUDIERNE

Denne rapport bygger videre på en undersøgelse af spiseforstyrrelsessymptomer hos danske eliteatleter fra 2020 (Lichtenstein & Melin, 2020). Rapporten efterlod flere spørgsmål, som vi vil forsøge at besvare i nærværende rapport. Således gav rapporten ikke svar på, om eliteatleter havde en større risiko for spiseforstyrrelser end atleter, der konkurrerer på lavere niveauer (sub-eliten). Derfor inviterede vi i dette studie også en gruppe atleter, som kunne kategoriseres som sub-elite (se definition i metodeafsnittet).

Det vil være relevant også at undersøge forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer blandt motionister samt en sammenlignelig baggrundsbefolkning, men den aktuelle undersøgelse gav ikke mulighed for at invitere yderligere deltagere via en personlig mailhenvendelse, som det var tilfældet med elite og sub-eliten.

Dog foretog vi et pilotstudie, hvor motionister via sociale medier kunne udfylde spørgeskemaet online. Dette pilotstudie kunne give en pejling på, hvor hyppigt spiseforstyrrelsessymptomer forekommer hos motionister. Men eftersom rekrutteringsmetoden og kønsfordelingen (flere kvindelige deltagere) var markant anderledes, kan resultaterne ikke sammenlignes med eliten og subeliten. Det er et sandsynligt forbehold, at de motionister, der valgte at deltage i studiet, havde en personlig interesse i emnet, hvilket kunne føre til en højere forekomst, end reelt er tilfældet.

Den tidligere rapport fra 2020 efterlod også spørgsmål om, hvorvidt de anvendte spørgeskemaer reelt reflekterede en øget spiseforstyrrelsesrisiko, eller om der var tale om overrapportering eller underrapportering af problematikken, ligesom det var uvist, hvilke typer af spiseforstyrrelsesdiagnoser, der var mest udbredte.

Endelig manglede der også svar på atleternes opfattelse af, hvad der kunne udløse eller vedligeholde en spiseforstyrrelse samt deres bud på tiltag, der kan forebygge eller håndtere spiseforstyrrelser i sporten.

Med afsæt i to forskellige typer undersøgelser havde dette studie til formål at besvare disse spørgsmål og dermed bidrage til øget viden om spiseforstyrrelser i dansk elitesport samt forslag til fremtidig forebyggelse og støtte.

1. Spørgeskemastudiet

Det første formål var at undersøge og sammenligne forekomsten af symptomer på spiseforstyrrelser målt med SCOFF og EDE-Q i et bredt udsnit af idrætsgrene fordelt på eliteatleter og subeliteatleter. Desuden var formålet at undersøge forekomsten af symptomer på træningsafhængighed, depression og lav energitilgængelighed samt deltagernes holdning til spiseforstyrrelser, herunder: 1) hvorvidt presset fra idrætsmiljøerne kan være en af årsagerne til spiseforstyrrelser, 2) om emnet opleves tabuiseret, og 3) om de oplever at der bliver gjort nok for at støtte idrætsfolk med problemer med spiseforstyrrelser.

2. Interviewstudiet

Det andet formål var at undersøge, om spørgeskemaerne SCOFF og EDE-Q var anvendelige til at identificere atleter, der opfyldte kriterierne for en spiseforstyrrelsesdiagnose samt at undersøge atleternes forhold til spisning, krop, vægt og træning med henblik på at stille en eventuel diagnose. Desuden ville vi undersøge atleternes opfattelse af udløsende og vedligeholdende faktorer for en spiseforstyrrelse samt deres forslag til, hvad der fremtidigt kan gøres for at forebygge og hjælpe udsatte atleter.

METODER I SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

Rekruttering af deltagere til spørgeskemaundersøgelsen

De atleter, som på undersøgelsestidspunktet var indplaceret på landsholdet eller bruttolandsholdet, blev i deres respektive specialforbund defineret som eliteatleter. Atleterne blev kontaktet personligt via deres mailadresser og blev rekrutteret fra forskellige sportsgrene, der overordnet kunne kategoriseres som: Boldspil, Styrke, Teknisk, Udholdenhed, Vægtklasseinddelt, Æstetisk og Andet.

Rekrutteringsprocessen er beskrevet i rapporten (Lichtenstein & Melin, 2020) og foregik ved, at forskerne sendte en mail til den enkelte atlet samt påmindelser om at deltage i studiet. I alt blev 1058 adspurgt og 410 eliteatleter deltog i studiet.

Sub-eliten blev i denne undersøgelse defineret som atleter, der inden for den enkelte årgang dyrkede konkurrence på højeste niveau, men ikke var en del af landsholdet eller bruttolandsholdet. De enkelte

idrætters specialforbund og foreninger hjalp med at identificere deltagere til subelitestudiet. Atleternes e-mailadresser blev samlet ind i et samarbejde mellem forskergruppen, Danmarks Idrætsforbund (DIF) og foreninger inden for de respektive idrætsgrene.

Ligesom eliteatleterne, fik subeliteatleterne via mail tilsendt et link til et elektronisk spørgeskema med påmindelser om at deltage. I alt blev 723 sub-elite atleter inviteret til at deltage i studiet, og 206 gennemførte spørgeskemaet. Dataindsamlingen på subeliteatleter forløb over to omgange, hvor den første (marts 2020) resulterede i 73 besvarelser, og den anden (marts og april 2021) gav 161 besvarelser.

Alle atleterne blev orienteret om, at deres mailadresser var blevet udleveret til brug ved en spørgeskemaundersøgelse fra Region Syddanmark og Syddansk Universitet. Alle blev bedt om at give skriftligt samtykke til, at vi måtte anvende deres besvarelser til forskning og til denne rapport, og de blev informeret om, at ingen personhenførbare oplysninger ville være tilgængelige i den endelige afrapportering.

Det var muligt at deltage anonymt, uden at oplyse navn, adresse, fødselsdato, telefonnummer eller mailadresse. Såfremt man ønskede at deltage i konkurrencen om lodtrækningspræmier, blev man bedt oplyse navn og kontaktinformationer. Ingen atleter blev bedt om at udlevere CPR-nummer.

En del af dataindsamlingen foregik i den periode, hvor Danmark var lukket ned grundet Covid-19 smittefare. Det betød, at nogle af de klubber og forbund, vi kontaktede, vurderede at deltagelse i projektet ikke ville afspejle normale træningsvilkår.

Ekstra studie: Deltagere fra motionsidræt

Vi foretog ydermere et ekstra studie, hvor vi forsøgsvis inviterede motionister til at besvare spørgeskemaet. Motionister blev i undersøgelsen defineret som personer, der dyrker regelmæssig motion med eller uden konkurrencedeltagelse, men ikke deltager i danske mesterskaber eller konkurrerer på elite eller internationalt niveau.

Deltagerne blev inviteret via opslag på forskellige idrætsfora på sociale medier i 2021 og kom fra både organiseret idræt (f.eks. klubber) eller de stod selv for deres træning (f.eks. løbeture).

I alt 607 motionister i alderen 15-54 år deltog i undersøgelsen. Der var 65 % kvinder.

Rekrutteringsmetoden for motionistgruppen var således anderledes end i elite-og subelitegruppen, hvor deltagerne fik tilsendt en personlig mail. Derfor er resultaterne fra motionisterne ikke en del af

rapportens statistiske grundlag, men kun en supplerende oplysning vedrørende forekomst af spiseforstyrrelses-symptomer.

Fordeling i sportskategorier

For at sikre en bred repræsentation af sportsgrene i undersøgelsen, kontaktede vi atleter fra en række forskellige sportsgrene, som overordnet kunne inddeles i syv forskellige sportskategorier: Boldspil, Styrke, Teknisk, Udholdenhed, Vægtklasseinddelt, Æstetisk og Andet. Denne kategorisering er tidligere beskrevet i et norsk studie (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). I tabel 1 ses hvilke sportsgrene deltagerne i denne undersøgelse kom fra, og hvordan de blev fordelt på sportskategorier.

Tabel 1. Oversigt over idrætsgrene og fordeling på sportskategorier

Andet	Boldspil	Styrke	Teknisk	Udholdenhed	Vægtkategori	Æstetisk
Ukendt Sport	Badminton	Diskos	Højdespring	Cykling	Boksning	Gymnastik
	Fodbold	Hammerkast	Længdespring	Forhindringsløb	Brydning	Kunstskøjteløb
	Håndbold	Hækkeløb	Speed skating	Mellem- og langdistanceløb	Karate	Sportsdans
		Kuglestød	Stangspring	Orienteringsløb	Letvægtsroning	
	Mangekamp	Trespring	Roning			
	Sprint			Svømning		
	Spydkast			Triatlon		
	BMX					

Spørgeskemaer til at måle symptomer på spiseforstyrrelser

Til at måle symptomer på spiseforstyrrelser blev to validerede og internationalt anvendte spørgeskemaer brugt (SCOFF og EDE-Q). Mens SCOFF er et kort screeningsinstrument, der kan give et bud på mulig spiseforstyrrelsesrisiko, er EDE-Q udviklet til at måle typen og graden af

spiseforstyrrelsessymptomer.

Vi valgte at bruge begge spørgeskemaer til at måle spiseforstyrrelses-symptomer. Det gjorde vi dels for at sikre, at vores resultater var pålidelige, hvilket vi kunne undersøge ved at sammenligne de to instrumenter. Dels for at undersøge, om begge spørgeskemaer kunne fungere til at identificere spiseforstyrrelsessymptomer hos atleter. Dels for at vise, at valg af spørgeskema muligvis påvirker resultaterne. Ulempen ved at bruge to instrumenter til at måle på samme problematik er, at det kan skabe forvirring om resultaterne, når de ikke er helt ens.

Vi vurderede dog, at det var vigtigt at undersøge begge instrumenter, da de kan bruges til forskellige formål, hvilket vi vender tilbage til i rapportens diskussionsafsnit.

Deltagerne i denne undersøgelse blev desuden bedt om at oplyse alder, køn, højde og vægt (med henblik på beregning af Body Mass Index = BMI), region, størrelse på bopæls-by samt uddannelsesniveau. Der blev også spurgt til deltagerens ugentlig træningstimer, sportsligt niveau samt bedste sportslige resultat. Alle oplysninger (også højde og vægt) var baseret på deltagerens egne betragtninger og målinger.

SCOFF (Sick Control, One Stone (6,5 kg), Fat, Food)

SCOFF er et kort screeningsinstrument, der blev udviklet i 1999 til at måle symptomer på anoreksi og bulimi hos kvinder (Morgan, Reid, & Lacey, 1999). Skemaet er oversat til og valideret på mange sprog, herunder dansk (Lichtenstein, Hemmingsen, & Støving, 2017). Det er hyppigt anvendt i international litteratur, der undersøger forekomsten af spiseforstyrrelser (Galmiche et al., 2019).

Inden for elitesport er SCOFF blevet anvendt til at undersøge forekomsten og risikofaktorer for spiseforstyrrelser ved bl.a. slovenske (Pustivsek, Hadzic, & Dervisevic, 2015) og spanske (Muros et al., 2020) eliteatleter.

Instrumentet er ikke et diagnostisk redskab, men kan bruges til en kort afdækning af spiseforstyrrelsesrisiko i større grupper. Det egner sig som et første instrument til at skabe en hurtig afdækning af symptomer og vil også kunne bruges i et sundhedstjek af atleter, fordi det er let at opføre.

Hvis en person svarer ja til to eller flere symptomer, kategoriseres man med risiko for spiseforstyrrelse, og en grundigere afdækning vil være nødvendig for at undersøge, omfanget og typen af eventuel spiseforstyrrelse.

SCOFF består af følgende fem spørgsmål:

1. Kaster du nogensinde op, fordi du føler dig ubehagelig overfyldt?
2. Er du bekymret for, at du har mistet kontrollen over, hvor meget du spiser?
3. Har du for nyligt tabt dig mere end 6-7 kg på tre måneder?
4. Syner du, at du er for tyk, selvom andre siger, du er tynd?
5. Vil du sige, at mad dominerer (styrer) dit liv?

EDE-Q (Eating Disorder Examination - Questionnaire)

EDE blev udviklet i 1994 og opfattes globalt som "den gyldne standard" til at måle specifikke spiseforstyrrelsessymptomer af anorektisk og bulimisk type (Fairburn & Beglin, 1994a). Det findes både i en spørgeskemaversion (EDE-Q) og som et interview (EDE-I).

EDE-Q er anvendt i flere studier til at måle spiseforstyrrelser i sport (Darcy et al., 2013), og flere oversigtsartikler anbefaler EDE-I til at interviewe atleter om spiseforstyrrelsessymptomer (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013; Wells et al., 2020).

Skemaet er udviklet til at måle omfanget og typen af symptomer i løbet af de sidste fire uger og egner sig som et grundigere instrument, der også er mere tidskrævende, fordi det består af 28 spørgsmål, der skal afdække forholdet til mad, spisning, krop og vægt. Besvarelsene placerer sig på fire subskalaer:

1. Restriktiv spisning f.eks. "Forsøger du at undgå mad, for at påvirke figur eller vægt?"
2. Spisebekymringer f.eks. "Har du været bange for at miste kontrollen over at spise?"
3. Kropsformbekymringer f.eks. "Har din kropsform indflydelse på, hvordan du har det med dig selv?"
4. Vægtbekymringer f.eks. "Er du utilfreds med eller ked af din vægt?"

Desuden er der en global skala, der er en sammenfatning af de fire subskalaer, og som kan give en indikation på risikoen for spiseforstyrrelse.

Skemaet er ikke udviklet til at screene bredt for spiseforstyrrelser, og der er ikke fastsat en entydig grænse for, hvornår man kan kategoriseres med at have høj eller lav risiko. Alligevel er EDE-Q blevet anvendt som screeningsinstrument og flere studier foreslår en cut-off værdi på 2,3 på den globale skala for kvinder (Mond et al., 2004; Müller et al., 2015), som også er brugt i dette studie.

Et studie har undersøgt validiteten af EDE-Q hos mænd og finder, at værdien bør sænkes til 1,7 for at få den bedst mulige præcision af spørgeskemaet (Schaefer et al., 2018). Denne værdi har vi brugt på analyserne af de mandlige deltagere.

Måling af træningsafhængighed

Symptomer på træningsafhængighed kan måles med Exercise Addiction Inventory (EAI), der blev udviklet i 2004 (Terry, Szabo, & Griffiths, 2004). Skemaet består af seks udsagn centreret omkring træning, der kan rates fra 1 (meget uenig) til 5 (meget enig). En samlet score på 24-30 indikerer høj risiko for træningsafhængighed. Skemaet er oversat og testet i en række lande, herunder Danmark og blevet brugt i forskellige idrætsgrupper f.eks. løb, fitness og fodbold (Lichtenstein et al., 2014).

Måling af depressive symptomer

Til at måle symptomer på depression blev Major Depression Inventory (MDI) anvendt. Det blev udviklet af danske forskere i 2001 og kan bruges til at fastsætte sværhedsgraden af depressive symptomer (Bech et al., 2001). Det består af 10 udsagn om depressive tilstande, der rates fra 0 (aldrig) til 6 (altid). Den samlede score går fra 0 til 50. Hvis man scorer 21-25, har man symptomer på mild depression, 26-30 svarer til moderate symptomer, og scorer man 31-50 er der symptomer på svær depression. Vi anvendte grænseværdien 26 til at definere deltagere med risiko for depression.

Måling af energitilgængelighed

Risiko for lav energitilgængelighed (RED-S) hos kvindelige atleter kan måles med "Low Energy Availability in Females Questionnaire" (LEAF-Q) (Melin, et al., 2014). Skemaet består af spørgsmål om fysiologiske symptomer på lav energitilgængelighed; menstruationsforstyrrelser, maveproblemer og skader.

Skemaet er udviklet og valideret på voksne udholdenhedsatleter i Danmark og Sverige, hvor en LEAF-Q total score ≥ 8 indikerer en øget risiko for lav energitilgængelighed. LEAF-Q er oversat til en række andre sprog og er blevet brugt som screeningsinstrument for lav energitilgængelighed i flere studier med atleter fra forskellige idrætsgrene.

Et studie fra Australien viste, at en LEAF-Q score for menstruationsstatus ≥ 4 og en skadesscore ≥ 2 kan identificere symptom på lav energitilgængelighed (menstruationsforstyrrelser respektive lav knogletæthed) blandt atleter fra forskellige sportskategorier som boldspil, styrke og tekniske idrætsgrene (Rogers et al., 2021).

Studiet viste ligeledes at en LEAF-Q total score < 8 med stor sandsynlighed korrekt kan klassificere kvindelige atleter at være uden risiko for lav energitilgængelighed. I dette studie blev derfor en LEAF-Q total score ≥ 8 og en menstruationsscore ≥ 4 brugt til at klassificere kvindelige elite- og subeliteatleter at være i risiko for lav energitilgængelighed.

Kvindelige atleter mellem 15-39 år der ikke anvendte hormonel prævention blev kategoriseret at have menstruationsforstyrrelse hvis LEAF-Q menstruation score var ≥ 4 og at atleterne rapporterede at de aldrig havde haft menstruationsblødning, eller hvis ikke de havde haft menstruation de seneste 3 månederne eller i længere tid, og/eller at de havde haft 8 eller færre menstruationscykler det seneste år.

Hos voksne mandlige atleter er store træningsmængder og lav energitilgængelighed associeret med lavere testosteronniveauer, nedsat sædkvalitet og sexlyst (Hackney et al., 2017; Heikura, Burke et al., 2018; Logue et al., 2021). Spørgsmål vedrørende nedsat libido (sexlyst) (score ≥ 2) fra "Low Energy Availability in Males Questionnaire" (LEAM-Q) (Lundy et al., 2022) blev brugt for at identificere mandlige atleter mellem 18-39 år at være i risiko for lav energitilgængelighed.

Da spiseforstyrrelser tidligere er blevet associeret med en øget risiko for skader (Ravi et al., 2021; Rauh et al., 2010) og mavetarmproblemer (Riedlinger et al., 2020), blev atleterne bedt om at besvare spørgsmål vedrørende restitution, skader og mavefunktion. Et langvarigt træningsfravær på grund af skade blev defineret som fravær eller markant begrænsning fra træning/konkurrence i minimum 22 dage (Rauh et al., 2010). Alvorlige maveproblemer blev defineret som en mavetarm symptom-score på ≥ 4 .

Holdninger til spiseforstyrrelser

Endelig blev deltagerne bedt om at tilkendegive deres holdning til følgende spørgsmål:

- Jeg er interesseret i at få hjælp til at håndtere mit forhold til mad, vægt og krop (skala fra 1-5).
- Jeg synes, der bliver gjort nok for at støtte idrætsfolk med spiseforstyrrelser eller træningsafhængighed (skala fra 1-5).

- Presset fra elite-træningsmiljøer kan være med til at udløse en spiseforstyrrelse eller træningsafhængighed (skala fra 1-5).
- Synes du, det er tabubelagt at tale om spiseforstyrrelser (JA/NEJ)?

METODER I INTERVIEWSTUDIET

Denne del af undersøgelsen er baseret på et kvalitativt studiedesign med semistrukturerede interviews, der undersøgte deltagernes forhold til spisning, krop, vægt og træning. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål fra Eating Disorder Examination Interview (Fairburn & Beglin, 1994b), som er "den gyldne standard" for diagnostiske spiseforstyrrelsesinterviews samt spørgsmål knyttet til diagnosekriterierne for anoreksi, bulimi og BED jævnfør WHO (World Health Organization, 2019). Vi tilføjede spørgsmål om de faktorer, som kunne have været med til at udløse og vedligeholde spiseforstyrrelsen samt spørgsmål om, hvilken type hjælp og indsatser, atleterne havde brug for. Interviewguiden er vedhæftet i Appendix 1.

Rekruttering af deltagere til interviewstudiet

Interviewpersonerne var udvalgt ud fra spørgeskemaundersøgelsen på elite- og sub-eliteidrætsudøvere. Vi kontaktede 150 elite-atleter (75 med høj score på EDE-Q og/eller SCOFF og 75 med lav score) efter et år (2021) og bad dem besvare spørgsmålene igen, så vi fik en aktuel scoring, inden vi foretog interviews. Der var 59, der udfyldte spørgeskemaet igen. Af dem inviterede vi 28 til interview, og 18 takkede ja til at deltage (11 med en høj score og 7 med en lav score).

Subeliten blev inviteret fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor vi havde 206 besvarelser. Vi inviterede 16 til interview, og 10 takkede ja til at deltage (9 med en høj score og 1 med en lav score).

I alt blev 28 atleter interviewet. Heraf havde 18 atleter en høj score på EDE-Q eller SCOFF, mens 10 atleter havde en lav score på EDE-Q eller SCOFF. Fordelingen på køn var 89% kvinder (n=25) og 11% mænd (n=3). Der var fire atleter, som var under 18 år.

Atleterne kom fra følgende sportskategorier: Udholdenhed (n=19), Styrke (n=4), Teknisk (n=3), vægtklasse (n=1) og Æstetisk (n=1).

Procedure for interviews

Der blev foretaget diagnostiske interviews af 20-114 minutters varighed, som blev optaget og efterfølgende transskriberet. Interviews, hvor en diagnose kunne afkræftes, var kortere end interviews, hvor der var symptomer på en diagnose. Alle deltagere gav mundtligt samtykke til, at vi måtte bruge interviewet til denne undersøgelse.

De transskriberede interviews udgør datamaterialet, som er gemt på en sikker server. Materialet er fortroligt, da det indeholder følsomme personoplysninger.

Deltagerne blev interviewet i perioden februar 2021 – juni 2021, hvoraf 27 blev foretaget over video gennem konferenceprogrammerne Webex (24 interviews), Microsoft Teams (2 interviews) og et enkelt interview blev foretaget ved fysisk fremmøde.

Hver deltager blev tilbudt en tilbagemelding omkring, hvorvidt de levede op til kriterierne for en spiseforstyrrelse eller havde symptomer på forstyrret spisning, og de fik udleveret informationsmateriale om støttemuligheder hos DIF og Team Danmark, såfremt de ønskede det. Der var 22 atleter, som fik en tilbagemelding, mens 6 atleter enten ikke mødte op til tilbagemeldingen eller takkede nej til tilbuddet.

Alle fem interviewere var uddannet i EDE-I og var ansat i forskerstillinger i Psykiatrien i Region Syddanmark. Interviewerne havde alle deltaget i et to-dages kursus i diagnostisk interview med afsæt i instrumentet Eating Disorder Examination og fik løbende supervision af en psykolog med erfaring i interviewinstrumentet. For at sikre en præcis diagnose, blev alle atleter og diagnoser evalueret og diskuteret på faglige møder med deltagelse af 4-5 uddannede interviewere.

RESULTATER: Spørgeskemaundersøgelsen

Beskrivelse af deltagerne

I tabel 2 er en sammenligning af deltagernes køn, sportsgrene, uddannelse og bopæl. Gennemsnitsalderen hos eliten var 20 år og hos subeliten 21 år. Når man ser på fordelingen af sportskategorier, var der relativt flere boldspillere i elitegruppen, mens subeliten havde relativt flere deltagere fra styrke og udholdenhed.

Tabel 2. Oversigt over deltagerne i undersøgelsen fordelt på køn, alder, sportsgren og sociodemografi

	Elite: Antal (procent)	Subelite: Antal (procent)	p-værdi*
Køn			0,82
Kvinder	209 (51%)	107 (52%)	
Mænd	201 (49%)	99 (48%)	
Sportsgren			<0,001
Boldspil	106 (26%)	21 (10%)	
Styrke	25 (6%)	25 (12%)	
Teknisk	12 (3%)	7 (3%)	
Udholdenhed	180 (44%)	119 (58%)	
Vægtklasseinddelt	52 (13%)	13 (6%)	
Æstetisk	35 (9%)	19 (9%)	
Andet	0 (0%)	2 (<1%)	
Uddannelse			<0,001
Folkeskole	221 (54%)	87 (42%)	
Ufaglært	10 (2%)	2 (1%)	
Erhvervsfaglig	7 (2%)	4 (2%)	
Gymnasial	121 (30%)	59 (29%)	
Kort videregående	3 (<1%)	6 (3%)	
Mellemlang videregående	26 (6%)	16 (8%)	
Lang videregående/ph.d	22 (5%)	32 (16%)	
Region			0,009
Hovedstaden	139 (34%)	70 (34%)	
Sjælland	51 (12%)	10 (5%)	
Syddanmark	70 (17%)	56 (27%)	
Midtjylland	106 (26%)	48 (23%)	
Nordjylland	34 (8%)	18 (9%)	
Bor ikke i Danmark	10 (2%)	4 (2%)	
Størrelse by			0,091
0– 9.999	72 (18%)	34 (17%)	
10.000-29.999	68 (17%)	18 (9%)	
30.000-49.999	60 (15%)	28 (14%)	
50.000-99.999	66 (16%)	26 (13%)	
>100.000	114 (35%)	100 (49%)	

*Den anvendte statistiske analyse i tabellen er Chi Square, mens der blev anvendt Fischers Exact ved færre end 5 deltagere i en rubrik.

Forekomst af symptomer på spiseforstyrrelse, træningsafhængighed og depression

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at målt med SCOFF havde 17% fra eliten og 31% fra subeliten risiko for en spiseforstyrrelse. Forskellen er statistisk signifikant ($p > 0,001$). Hos motionisterne havde 30% risiko for en spiseforstyrrelse.

Når vi brugte EDE-Q, fandt vi, at 12% fra eliten og 18% fra subeliten havde risiko for en spiseforstyrrelse. Denne forskel er ikke statistisk signifikant. Hos motionisterne havde 26% risiko for en spiseforstyrrelse.

Vores undersøgelse viste også, at kvinderne scorede højere på symptomer på spiseforstyrrelser målt med SCOFF, hvor kvinderne havde en gennemsnitsscore på 0,97 og mændene på 0,58 ($p < 0,001$). Vi fandt samme kønsforskel målt med EDE-Q (global score), hvor kvinderne havde en gennemsnitlig score på 1,51 og mændene på 0,72 ($p < 0,001$). Dette var gældende hos både elite ($p < 0,001$) og subelite ($p < 0,001$). På grund af de udtalte kønsforskelle er de følgende analyser og resultater opgjort for henholdsvis kvinder og mænd.

Kvinder

Undersøgelsen viste, at målt med SCOFF havde 23% hos eliten og 37% hos subeliten symptomer på spiseforstyrrelse. Denne forskel var statistisk signifikant (se tabel 3). Vores forsøg med at inkludere motionister viste, at 35% havde symptomer.

Målt med EDE-Q var fordelingen af symptomer på spiseforstyrrelser 18% hos eliten og 24% hos subeliten. Denne forskel var ikke statistisk signifikant (se tabel 3). Hos motionisterne var det 31%.

De mest fremtrædende spiseforstyrrelses-symptomer hos kvinderne var følelsen af at have mistet kontrollen over maden, følelsen af at være tyk samt, at mad styrer livet. Desuden rapporterede næsten en tredjedel, at de vejede sig ofte og ca. en fjerdedel oplevede, at deres helbred var negativt påvirket af deres spisning.

Der var 8% blandt eliten, som havde symptomer på træningsafhængighed, mens der var 7% hos subeliten. Hos motionisterne var der også 7%. Symptomer på depression var der blandt 11% hos eliten og 21% hos subeliten. Hos motionisterne var der 14%.

Resultater og signifikansniveau for kvinder er vist i tabel 3. Vi viser kun resultaterne fra eliten og subeliten, da resultaterne fra motionisterne indebærer for stor usikkerhed.

Tabel 3. Forekomst af risiko for spiseforstyrrelse, træningsafhængighed og depression hos kvinder

KVINDER	Elite: Antal (procent)	Subelite: Antal (procent)	p-værdi
Spiseforstyrrelse SCOFF	49 (23%)	40 (37%)	0,009
Spiseforstyrrelse EDE-Q	37 (18%)	26 (24%)	0,18
Vejer du dig ofte?	58 (28%)	29 (28%)	0,26
Er dit helbred påvirket af din spising?	47 (23%)	30 (29%)	0,35
Har du en spiseforstyrrelse?	17 (8%)	6 (8%)	0,16
Risiko for træningsafhængighed EAI	17 (8%)	7 (7%)	0,61
Risiko for depression MDI	23 (11%)	22 (21%)	0,022
Risiko for lav energitilgængelighed	110 (53%)	51 (49%)	0,63
Træningstimer om ugen gennemsnit	22 timer	20 timer	0,002

SCOFF: Spiseforstyrrelsesscreening

EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire

EAI: Exercise Addiction Inventory

MDI: Major Depression Inventory

Mænd

Undersøgelsen viste, at målt med SCOFF havde 11% hos eliten og 23% hos subeliten symptomer på en spiseforstyrrelse. Denne forskel var statistisk signifikant (se tabel 4). Hos motionisterne var der 18% med symptomer.

Undersøgelsen viste, at målt med EDE-Q var fordelingen af symptomer på spiseforstyrrelser 7% hos eliten og 12% hos subeliten. Denne forskel var ikke statistisk signifikant (se tabel 4). Hos motionisterne var der 16% med symptomer.

De mest fremtrædende spiseforstyrrelsessymptomer blandt de mandlige deltagere var følelsen af at have mistet kontrollen over maden, følelsen af at være tyk samt at mad styrer livet.

Desuden rapporterede ca. en tredjedel, at de vejede sig ofte og ca. en fjerdedel oplevede, at deres helbred var påvirket af deres spising.

Der var 8% blandt eliten, som havde symptomer på træningsafhængighed, mens der var 7% hos subeliten. Hos motionisterne var der også 7%. Symptomer på depression var der blandt 2% hos eliten og 5% hos subeliten. Hos motionisterne var der 7%.

Resultater og signifikansniveau for mænd er vist i tabel 4. Vi viser kun resultaterne fra eliten og subeliten, da resultaterne fra motionisterne indebærer for stor usikkerhed.

Tabel 4: Forekomst af risiko for spiseforstyrrelse, træningsafhængighed og depression hos mænd

MÆND	Elite: Antal (%)	Subelite: Antal (%)	p-værdi
Spiseforstyrrelse SCOFF	21 (11%)	23 (23%)	0,003
Spiseforstyrrelse EDE-Q	14 (7%)	12 (12%)	0,15
Vejer du dig ofte?	79 (39%)	38 (38%)	0,35
Er dit helbred påvirket af din spising?	50 (25%)	21 (21%)	0,61
Har du en spiseforstyrrelse?	1 (1%)	3 (5%)	0,96
Risiko for træningsafhængighed EAI	14 (7%)	7 (7%)	0,98
Risiko for depression MDI	4 (2%)	5 (5%)	0,14
Risiko for lav energitilgængelighed	22 (18%)	10 (13%)	0,43
Træningstimer om ugen gennemsnit	24 timer	20 timer	0,007

SCOFF: Spiseforstyrrelsesscreening

EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire

EAI: Exercise Addiction Inventory

MDI: Major Depression Inventory

Forekomst af lav energitilgængelighed

Undersøgelsen viste, at 51% af de kvindelige atleter (53% af eliteatleter og 49% af subeliteatleter, $p=0,32$) havde risiko for lav energitilgængelighed. Der var ingen forskel i forekomst af risiko for lav energitilgængelighed blandt atleter fra vægtafhængige og ikke-vægtafhængige sportsgrene (54% vs. 47%, $p=0,15$). Atleter med risiko for lav energitilgængelighed var ældre ($21,0 \pm 5,0$ vs. $19,8 \pm 4,8$ år gamle, $p=0,03$), havde lavere BMI ($21,1 \pm 2,0$ vs. $21,7 \pm 2,5$ kg/m², $p=0,04$), dårligere søvn score ($4,5 \pm 3,2$ vs. $3,8 \pm 2,9$, $p=0,04$) og højere SCOFF score ($1,1 \pm 1,2$ vs. $0,8 \pm 1,1$, $p=0,04$) end atleter med lav risiko. Flere atleter med risiko for lav energitilgængelighed (33% vs. 13%, $p<0,001$) rapporterede et langvarigt træningsfravær på grund af skade. Blandt atleter med risiko for lav energitilgængelighed var mellem 21-32% i risiko for at have spiseforstyrrelse afhængig, når EDE-Q eller SCOFF blev anvendt ved kategorisering sammenlignet med 14-24% blandt dem med lav risiko for lav energitilgængelighed ($p=0,07$ respektive $p=0,08$). Blandt atleter med risiko for lav energitilgængelighed var 9% vs. 4% i risiko for træningsafhængighed ($p=0,07$) og 15% vs. 13% for depression ($p=0,33$) sammenlignet med atleter med lav risiko.

Blandt de kvindelige atleter (15-39 år) der ikke brugte hormonel prævention, rapporterede 33% at de havde menstruationsforstyrrelser. Der var ingen forskel i forekomst af menstruationsforstyrrelser

blandt atleter fra vægtafhængige og ikke-vægtafhængige sportsgrene (31% vs. 35%, $p=0,74$) eller eliteatleter eller subeliteatleter (37% vs. 23%, $p=0,08$). Atleter med menstruationsforstyrrelse havde et lavere BMI ($20,6 \pm 1,8$ vs. $21,4 \pm 2,0$, $p=0,02$), og en højere score for tvangsmæssig træning ($19,1 \pm 3,5$ vs. $17,1 \pm 4,1$, $p=0,002$) sammenlignet med atleter med regelmæssig menstruation. Flere atleter med menstruationsforstyrrelse rapporterede langvarigt træningsfravær på grund af skade sammenlignet med atleter med regelmæssig menstruation (36% vs. 18%, $p=0,02$). Der var ingen forskel i træningsmængde mellem atleter med menstruationsforstyrrelse og dem med regelmæssig menstruation ($13,1 \pm 4,5$ vs. $14,2 \pm 5,2$ timer per uge, $p=0,17$).

Undersøgelsen viste, at risikoen for lav energitilgængelighed i form af lav libido blandt mandlige atleter (18-39 år) var 16%. Der var ingen forskel i forekomst af lav libido blandt atleter fra vægtafhængige og ikke-vægtafhængige sportsgrene (15% vs. 16%, $p=0,51$) eller eliteatleter og subeliteatleter (18% vs. 13%, $p=0,44$).

Flere atleter med lav libido havde risiko for spiseforstyrrelser (SCOFF 29% vs. 13%, $p=0,04$), og træningsafhængighed (16% vs. 5%, $p=0,04$) sammenlignet med atleter med normal libido.

Atleter med lav libido havde højere depressionsscore ($12,6 \pm 7,8$ vs. $9,7 \pm 6,4$, $p=0,03$) sammenlignet med atleter med normal libido. Der var ingen forskel i træningsmængde mellem atleter med lav libido og dem med normal libido ($15,1 \pm 6,1$ vs. $14,6 \pm 5,2$ timer per uge, $p=0,64$). Eliteatleter med lav libido rapporterede dårligere restitution ($3,4 \pm 2,0$ vs. $2,6 \pm 1,7$, $p=0,01$) end eliteatleter med normal libido.

Karakteristik af atleter med høj versus lav risiko for spiseforstyrrelse

Vi foretog en analyse baseret på alle atleter (elite og subelite) af begge køn, hvor vi undersøgte karakteristika hos atleter med en høj risiko for spiseforstyrrelse ved en score på SCOFF over grænseværdien 2 for begge køn (se tabel 5).

Atleter med høj risiko for spiseforstyrrelser havde et højere BMI, men en lavere konkurrencevægt end atleter med lav risiko for spiseforstyrrelser. Der var dog ikke forskel i forekomst af høj risiko for spiseforstyrrelse mellem vægtafhængige og ikke-vægtafhængige sportsgrene. Atleter med høj risiko for spiseforstyrrelse trænede mere og havde højere score på træningsafhængighed og depression end atleter med en lav score. Atleter med høj risiko for spiseforstyrrelser havde en højere søvnproblemscore og flere maveproblemer samt flere rapporterede alvorlige maveproblemer end atleter med lav risiko.

Kvindelige atleter med høj risiko for spiseforstyrrelse havde en højere LEAF-Q total score og flere var i risiko for lav energitilgængelighed end atleter med lav risiko for spiseforstyrrelse. Der var flere mandlige atleter med høj risiko for spiseforstyrrelser der havde lav libido sammenlignet med dem med lav risiko (se tabel 5).

Tabel 5. Karakteristik af atleter med høj versus lav risiko for spiseforstyrrelse inddelt efter SCOFF

Variabel	Høj risiko spiseforstyrrelse (n=132)	Lav risiko spiseforstyrrelse (n=480)	p-værdi
Alder (år)	20,8 ± 4,9	20,4 ± 5,2	0,428
Højde(cm)	175,2 ± 9,2	177,6 ± 9,9	0,013
Vægt (kg)	68,8 ± 12,0	69,2 ± 13,3	0,773
Body Mass Index (BMI)	22,3 ± 2,7	21,8 ± 2,5	0,040
Optimal konkurrence vægt (kg)	65,6 ± 11,9	68,3 ± 12,9	0,027
Vægt fluktuation (højest vs. lavest vægt)	8,3 ± 5,6	5,8 ± 4,5	<0,001
Alder ved specialisering i idrætsdisciplin (år)	13,7 ± 4,6	12,6 ± 4,6	0,015
Træning i grundtræningsperiode (timer/uge)	15,8 ± 6,2	14,7 ± 5,8	0,040
Træning i konkurrenceperiode (timer/uge)	15,4 ± 6,2	13,7 ± 5,8	0,002
Træningsafhængigheds score	19,5 ± 3,9	17,1 ± 3,9	<0,001
Depressions score	19,4 ± 9,6	9,8 ± 6,8	<0,001
Maveproblemer score	3,0 ± 1,9	1,8 ± 1,4	<0,001
Alvorlige maveproblemer	36%	12%	<0,001
Skader score	3,4 ± 2,8	3,8 ± 2,7	0,168
Alvorlige skade	23%	25%	0,376
Søvn (timer/nat)	7,5 ± 1,1	8,1 ± 3,1	0,002
Dårlig søvn score	5,3 ± 3,4	3,5 ± 2,6	<0,001
Dårlig restitutions score	4,3 ± 1,9	2,9 ± 1,8	<0,001
Atleter fra vægtafhængige sportsgrene	65%	61%	0,212
Kvindelige atleter			
LEAF-Q total score	11,2 ± 4,4	9,3 ± 4,4	<0,001
Risiko for lav energitilgængelighed	42%	28%	0,010
Menstruations dysfunktions score*	5,5 ± 3,4	4,7 ± 3,4	0,146
Menstruationsforstyrrelse*	33%	33%	0,555
Mandlige atleter			
Lav sekslyst score**	2,1 ± 1,6	1,6 ± 1,6	0,060
Lav sekslyst**	31%	15%	0,027

LEAF-Q total score ≥ 8 og en menstruationsforstyrrelse score ≥ 4 blev brugt til at klassificere kvindelige atleter som værende i risiko for lav energitilgængelighed.

*I analysen indgår kvindelige atleter 15-39 år (n=172) der ikke bruger hormonel prævention. Kvindelige atleter blev kategoriseret som havende menstruationsforstyrrelse, hvis LEAF-Q menstruation score var ≥ 4 , og at atleterne rapporterede, at de aldrig havde haft menstruationsblødning, eller hvis ikke de havde haft menstruation de seneste 3 månederne eller i længere tid, og/eller at de havde haft 8 eller færre menstruationscykler det seneste år.

**I analysen indgår mandlige atleter 18-45 år (n=202).

Atleternes holdning til spiseforstyrrelser i sport

Resultaterne viste, at 25% af eliteatleterne og 22% af subeliteatleterne var interesserede i at modtage hjælp til at håndtere deres forhold til mad og kropsvægt, mens 22% eliteatleter og 21% subeliteatleter var i tvivl.

Der var 35% eliteatleter og 40% fra subeliten der mente, at der ikke blev gjort nok for at støtte idrætsfolk med spiseforstyrrelser eller træningsafhængighed, mens 57% eliteatleter og 44% subeliteatleter var i tvivl.

Endelig mente 61% eliteatleter og 64% subeliteatleter, at presset fra træningsmiljøer kan være med til at udløse en spiseforstyrrelse eller træningsafhængighed, mens 26% eliteatleter og 29% subeliteatleter var i tvivl.

Atleterne blev desuden spurgt, om de opfattede spiseforstyrrelse i sporten som tabubelagt. Her svarede 32% af eliteatleterne ja, mens 28% af subeliteatleterne svarede ja.

RESULTATER: Interviewstudiet

Spiseforstyrrelsesdiagnoser blandt de interviewede atleter

I alt deltog 28 atleter i interviewstudiet, hvoraf 18 var rekrutteret med en høj score på EDE-Q eller SCOFF mens 10 havde en lav score.

Resultaterne af interviewstudiet viste, at 20 af de 28 interviewede atleter opfyldte kriterierne for en spiseforstyrrelse (19 kvinder og 1 mand). Vi fandt, at 12 atleter kunne diagnosticeres med EDNOS (især symptomer på restriktiv spisning og angst for vægtøgning), og 6 kunne diagnosticeres med atypisk anoreksi. To af atleterne fortalte, at de tidligere havde haft anoreksi. Ingen af atleterne havde signifikant lavt BMI på undersøgelsestidspunktet (under 18,5), og derfor kunne ingen diagnosticeres med anoreksi.

De resterende 8 opfyldte ikke diagnosekriterierne for en spiseforstyrrelse (6 kvinder og 2 mænd). To af atleterne havde let forstyrrede spisevaner, men ikke i en grad, der kunne diagnosticeres. Resultaterne er uddybet i en videnskabelig artikel fra 2022 (Lichtenstein et al., 2022).

Kan spørgeskemaerne identificere atleter med spiseforstyrrelse?

Undersøgelsen viste, at SCOFF fandt 17 ud af 18 atleter med en spiseforstyrrelse, mens 7 ud af 8 uden symptomer på spiseforstyrrelser blev sorteret fra. Det vil sige, at SCOFF manglede at finde én atlet med spiseforstyrrelse, 6% og overdiagnosticerede én atlet, 13%.

EDE-Q fandt 18 ud af 20 atleter med en spiseforstyrrelse og sorterede alle fra, der ikke opfyldte kriterierne for en diagnose. Det vil sige, at EDE-Q manglede at finde to atleter, 10%, mens der ikke var risiko for overdiagnosticering.

Det betyder, at SCOFF har en følsomhed på 94% (sandt positive), mens der er 88% sandsynlighed for, at testen sorterer de rigtige fra (sandt negative). EDE-Q har en følsomhed på 90% (sandt positive), mens der er 100% sandsynlighed for, at de rigtige bliver sorteret fra (sandt negative).

På baggrund af disse analyser kan vi sammenfatte, at både SCOFF og EDE-Q i høj grad er i stand til at identificere atleter, der opfylder kriterierne for en spiseforstyrrelsesdiagnose, og samtidig er de i stand til at udpege atleter, der ikke har en spiseforstyrrelse. Resultaterne fra studiet blev publiceret i et videnskabeligt tidsskrift i 2022 (Lichtenstein et al., 2022).

De mest fremtrædende spiseforstyrrelsessymptomer baseret på den kvalitative analyse

De 20 atleter med spiseforstyrrelser oplevede symptomer knyttet til spisning, kompenserende adfærd, vægt, krop, træning og helbred. I det følgende er deres beskrivelse af deres symptomer sammenfattet og eksemplificeret med citater.

Symptomer knyttet til spisning

En restriktiv eller ustabil spiseadfærd var gennemgående hos alle atleter med diagnoser. Dette kom blandt andet til udtryk ved periodisk eller konstant begrænsning i indtaget af kalorier. Flere af de unge atleter (15 - 18 år) fulgte selvopfundne diæter på 1300-1500 kcal om dagen trods store træningsmængder. To af atleterne brugte en app til at holde regnskab med det daglige energiindtag. Den ene stoppede med at bruge app'en, fordi der gik sport i at få antallet af kalorier så langt ned som muligt.

Tolv atleter rapporterede, at de havde glemt, nedprioriteret eller sprunget over måltider i løbet af dagen med intention om at tabe vægt eller påvirke kroppsformen. Dette kommer f.eks. til udtryk i følgende udsagn:

"Hvis jeg havde gået en hel dag uden at spise noget, så var jeg tilfreds med mig selv. Og mine træningstider de lå meget oveni aftensmadstiden, så når jeg kom hjem, så sagde jeg amen, jeg var ikke så sulten i dag og så fik jeg måske ikke spist noget på en hel dag. Så det var ligesom... jeg tror bare ikke rigtigt, jeg spiste særligt meget – altså jeg prøvede bare at... skippe de måltider, som jeg kunne... som jeg ligesom kunne slippe af sted med".

Derudover var det en gennemgående adfærd hos alle atleter at begrænse indtaget af energirige fødevarer, hvilket især indbefattede kulhydratholdige varer som brød, pasta og ris:

"Altså jeg har fjernet alt hvor jeg kan fjerne ting, min ost er nede på det mindste fedtprocent og min mælk, der drikker jeg kun skummetmælk. Rugbrød kan jeg godt lide, men spiser det ikke og har ikke gjort i mange år".

For at undertrykke sulten og føle sig mæt, kompenserede nogle atleter ved at spise en stor mængde grøntsager og ved at spise ekstra proteinrigt. En kvinde fra udholdenhedssport udtrykte følgende: *"Nogle gange kommer jeg til at spise sådan op mod et kilo grøntsager, så jeg får mættet mig selv og drikker omkring 7-8 liter vand".*

Alle atleter rapporterede, at tanker om mad, spisning eller kalorier var mentalt belastende og påvirkede deres koncentration. Derudover oplevede 17 atleter ofte følelser af skyld og skam i forbindelse med spisning – dette gjaldt også ved indtag af normale mængder mad, og især ved de førnævnte "forbudte" typer mad. Flere oplevede at få skyldfølelse over at spise for meget og nogle kunne godt lide følelsen af sult, fordi det gav en positiv følelse at ignorere den.

I mange tilfælde var de belastende tanker relateret til en følelse af lavt selvværd og selvbillede koblet til kroppen. Dette kom til udtryk i følgende eksempel:

"Jeg tror bare, jeg havde et rigtig dårligt selvbillede og jeg følte ikke, jeg var god nok. Jeg var ikke god nok til... min sport og jeg var ikke god nok til at se godt ud, og jeg var ikke god nok til noget som helst. Så jeg tror, jeg prøvede at tage kontrol over... min spisning, fordi at det måske kunne hjælpe mig".

Symptomer på kompenserende adfærd

Ni atleter udtrykte en bekymring, angst eller frygt for at miste kontrollen over deres spisning eller for at opleve en overspisningsepisode. Nogle atleter havde oplevet subjektive overspisninger for efterfølgende at kompensere ved at træne ekstra eller spise restriktivt. Selvom andre ikke ville opfatte det som en overspisning, havde flere atleter en følelse af at have overspist, hvis de havde spist "usunde" fødevarer som pizza, pasta, is, kage eller slik.

Otte atleter rapporterede, at de tidligere havde kompenseret ved fremprovokerede opkastninger, og 4 atleter havde stadig tanker om at gøre det igen.

Ved skadesperioder, ferier eller andre tidspunkter, der forhindrede almindelig træningsrutine, rapporterede 12 atleter, at de kompenserede ved at spise mindre eller ved ekstra træning. En atlet udtrykte, hvordan vedkommende under en skadesperiode oplevede angst og ubehag ved tanken om ikke at kunne træne på en ferie med familien: *"jeg var ved at dø over, at jeg ikke vidste, om der var et fitnesscenter, for jeg kunne netop ikke løbe..."*. Derfor blev der især på ferier skruet ned for spisningen og kalorieindtaget.

Symptomer knyttet til vægtbekymringer

Tyve atleter var utilfredse med deres vægt, og 15 atleter havde et ønske om at tabe sig. Denne utilfredshed omkring vægten var ofte forbundet med en negativ kropsopfattelse; ønsket om at optimere deres præstation; eller tidligere ubehag i forbindelse med vægtøgning. En cykelrytter fortalte, hvordan vedkommendes tanker om vægten blev påvirket hjemmefra: *"Min far siger, at cykelryttere sulter sig selv. Han siger, at jeg ikke må veje over 60kg"*.

Nogle atleter var blevet påvirket af deres træners kommentarer omkring deres vægt og i visse tilfælde havde træneren givet udtryk for en bestemt vægt, som atleten skulle veje. Dette kunne for nogles vedkommende betyde, at de skulle meget ned i vægt, og de oplevede det som en urealistisk vægt, som kunne føre til drastiske og restriktive diæter.

I forbindelse med skadesperioder oplevede 18 atleter en frygt for at tage på i vægt på grund af tidligere oplevelser og tanker omkring mindre træning. Dette kunne for nogle atleter betyde, at de intensiverede deres træning og generelt trænede mere under skadesperioden.

Fem atleter var ambivalente omkring deres vægt, hvor de på den ene side ønskede en lavere vægt, mens de på den anden side var bange for tab af muskelmasse, og for at det kunne påvirke deres præstation negativt.

For at holde øje med vægten, vejede nogle af atleterne sig ofte, mens andre tværtimod var bange for at veje sig af frygt for, at de ikke havde den ønskede vægt.

Symptomer knyttet til kropsutilfredshed

Alle atleter gav i høj grad udtryk for en utilfredshed omkring lår, mave, hofte, baller, og arme. Til at beskrive denne kropsutilfredshed, var det særligt en følelse af at være fed, der kom til udtryk. For nogle var denne kroputilfredshed forbundet med meget stærke følelser som skyld, ubehag, flovhed og tristed.

For nogle atleter var denne kropsutilfredshed især knyttet til deres identitet som sportsudøver. Nogle atleter oplevede, at deres kropsopfattelse afhang af den kontekst, som de befandt sig i – når de var iblandt sportsudøvere, var der en tendens til en større utilfredshed omkring kroppen og en følelse af ikke at være veltrænet nok, hvilket kunne stå i kontrast til, at de kunne føle sig tilpas i deres kroppe og måske endda føle sig veltrænet, når de var iblandt ikke-sportsudøvere.

Synet på kroppen kunne for nogle også være afhængig af deres præstation – havde de præsteret godt, oplevede de kroppen som stærk og veltrænet, hvorimod dårlige præstationer kunne trigge det negative kropsbillede.

I nogle sportsgrene oplevede atleterne, at det tøj, man iførte sig, var med til at udløse et negativt kropsbillede. Her gav flere kvindelige atleter udtryk for ubehaget ved at være iført en trikot, fordi det oplevedes som om, at kroppen var meget udstillet. Samtidig gav flere kvindelige roere også udtryk for, at de stræbte efter en meget veltrænet og maskulin overkrop, som understregede deres identitet som atleter. Ubehaget over at være meget afklædt, kom også til udtryk hos andre atleter:

”(Suk) jamen... jeg tror, jeg, altså som svømmer... altså du er jo nærmest afklædt, når du laver din sport, så jeg kigger jo ned af min egen krop hver evig eneste dag. Så jeg tror ikke, at der går en dag, hvor jeg ikke tænker over, at jeg vil have mindre lår”.

Seks atleter beskrev, hvordan denne negative kropsopfattelse i høj grad var blevet påvirket af kommentarer fra klubkammerater og trænere, som havde kommenteret på deres kropsvægt eller udseende. Deltagere fra cykelsporten oplevede en tendens til at kommentere på hinandens kroppe i det offentlige rum.

Sportens generelle kropsideal om en veltrænet krop fyldte også meget hos mange atleter. Det gjorde sig både gældende hos atleter, som dyrkede sportsgrene, som stiller krav til en lav vægt og fedtprocent, æstetiske sportsgrene, men også generelt de sportsgrene, hvor man er meget afklædt. Dette kropsideal bliver hos nogle atleter forstærket af de "perfekte" og veltrænede kroppe på de sociale medier, som atleterne sammenligner sig med. Det ønskede kropsideal blev ofte beskrevet som en flad mave, tonede muskler og synlige blodårer.

I relation til kropsutilfredshed rapporterede 12 atleter en tendens til ofte at monitorere kropsstørrelsen enten via app's eller fysiske målinger. Helt konkret kom dette til udtryk ved, at de "holdt øje" med deres kroppe ved at observere sig selv i spejlet eller vinduer; tjekkede efter om tøjet passede; eller målte tykkelsen af eksempelvis lår og arme. Derimod var der andre, der ikke ønskede at blive konfronteret med deres kroppe. Rigtig mange var kede af at få taget billeder, især hvis de var iført sportstøj, og oplevede, at det kunne være med til at forstærke den negative kropsofattelse. Nogle af atleterne foretrak at gå i løst tøj så meget som muligt for at skjule en krop, som de oplevede som tyk eller forkert.

Symptomer på tvangstræning

Alle atleter rapporterede en tendens til at øge træningsvolumen eller intensitet med henblik på at undgå vægtøgning eller opnå vægttab eller for at påvirke kropsformen. For nogle var det primært, fordi de ønskede at "trimme" kroppen, mens det for andre handlede om utilfredshed omkring dele af kroppen.

Det var især styrketræning og forskellige former for "cardio", heriblandt løb, cykling og lange gåture, som atleterne brugte til at ændre kropsformen eller vægten. Flere atleter gav dog udtryk for, at de ikke oplevede, at den ekstra træning gav den ønskede effekt – nemlig at de ikke opnåede det ønskede vægttab, men derimod blot blev mere trætte.

Som regel var den ekstra træning atletens eget initiativ, mens det i to tilfælde var på opfordring fra træneren med henblik på at opnå et vægttab. Træningen medvirkede også til en øget følelse af kontrol, hvilket kommer til udtryk i følgende udsagn: *"Der er så meget kontrol forbundet med træningen i minutter og distancer. Jeg har overhovedet ikke lyst til at give slip på den kontrol"*.

Helbredsrelaterede symptomer

Alle atleter med spiseforstyrrelser fortalte under interviewet, at de oplevede helbredsproblemer som konsekvens af deres spise- og træningsmønstre.

Ni atleter oplevede menstruationsforstyrrelser varierende fra få dages forskydninger til mere end to år uden menstruation.

Elleve atleter oplevede ofte smerter og ømhed under træning, mens syv atleter oplevede, at de lettere blev forkølede eller frøs, når de øgede deres træning eller ikke fik nok at spise. Flere fortalte, at de havde mere tøj på, men alligevel frøs især på fingre og tæer.

Andre rapporterede helbredsproblemer var hudproblemer, hårtab, kraftig sultfølelse/hunger, tab af energi og svimmelhed.

Tolv atleter oplevede en øget fysisk eller mental træthed, når de trænede. De fortalte, at de følte sig udmattede, og at kroppen havde brug for længere tid til at restituere.

De oplevede også søvnproblemer, vanskeligheder med at slappe af og øget forekomst af sygdom.

Eksempelvis fortalte en atlet, hvordan træthed påvirkede det fysiske helbred: *"Jeg kan tydeligt mærke dage, hvor jeg sådan, har undgået at spise eller ikke har spist eller sådan, det kan jeg tydeligt mærke. Jeg kan sagtens mærke, at jeg bliver meget mere træt, og jeg bliver hurtigere træt. Også på mine muskler, at jeg restituerer meget dårligere".*

Mange af atleterne oplevede også, at deres mentale helbred var påvirket. Samme atlet fortalte: *"... når jeg bliver træt og sådan, så præsterer jeg heller ikke det jeg skal til træning, og så bliver jeg ked af det over det, eller jeg bliver skuffet over det. Jeg bliver skuffet over mig selv og min præstation og så glemmer jeg lidt, nogle gange, hvorfor det så er gået, som det er gået".*

En sammenfatning af atleternes selvrapporterede symptomer på spiseforstyrrelse

I tabel 5 er en sammenfatning af de mest fremtrædende spiseforstyrrelses-symptomer, som atleterne nævnte, da de blev interviewet om deres forhold til mad, krop, vægt og træning.

Vi har inddelt symptomerne i psykologisk, adfærdsmæssig eller fysisk karakter.

Tabellen kan bruges til at skabe et hurtigt overblik over de vanskeligheder og tegn, som var karakteristiske for atleterne med spiseforstyrrelser.

Tabel 5. Atleternes psykologiske, adfærdsmæssige og fysiske symptomer på en spiseforstyrrelse

Psykologiske symptomer	Adfærdsmæssige symptomer	Fysiske symptomer
Selvkritiske tanker (særligt relateret til vægt eller figur)	Restriktiv spisning	Menstruationsforstyrrelser
Lav selvfølelse	Springe over måltider	Oppustethed
Behov for følelse af kontrol	Undgåelse af specifikke madvarer	Kuldefølsomhed
Depressive tanker	Overdreven træning	Træthed
Frygt eller angst for vægtøgning	Træning på trods af skader eller træningsrestriktioner	Hudproblemer
Tankemæssig stress i forhold til vejninger	Rastløshed	Hårtab
Ønske om at præstere bedre og veje mindre	Overspisning	Svimmelhed
Tanker om mad og spisning, der påvirker koncentrationsevnen	Brug af laksativer	Søvnforstyrrelser
Konkurrerende attitude	Overdreven vejning eller monitorering	Muskelømhed
Tidligere historik med spiseforstyrrelse	Iførelse af oversize tøj	

Atleternes opfattelse af udløsende og vedligeholdende faktorer

De følgende resultater centrerer sig om atleternes opfattelse af de faktorer, som havde været med til at udløse og vedligeholde deres spiseforstyrrelse.

Sammenligninger af kroppe

Ni atleter rapporterede, at de ofte havde sammenlignet deres vægt og krop med andre, såsom medatleter, konkurrenter og idoler. Ofte havde de et øget fokus på et slankt kropsideal. Tre tilfælde inkluderede en direkte indvirkning fra det sociale medie Instagram, hvor atleterne sammenlignede sig med billeder af deres idoler og andre atleter, der så veltrænede ud. I forlængelse af dette, udtrykte to atleter, at deres følelse af lavt selvværd var relateret til udløsningen af deres spiseforstyrrelsessymptomer. Følgende citat er et eksempel på en atlet, der udtrykte sin sammenligning med andre:

"Jeg tror bare, at jeg altid har følt mig ligesom sådan "den store pige", fordi jeg ved ikke, om jeg har haft meget tynde venner eller noget for jeg har aldrig været overvægtig eller noget som helst, men jeg har bare altid følt, at jeg lige godt kunne tabe mig lidt."

Den atletiske krop og vægtkriterier

Nogle af atleternes ønsker eller forsøg på at tabe sig stammede fra de implicitte normer og kriterier i de respektive sportsmiljøer, der forudsatte succesfuld præstation. Ofte virkede det til, at der var en generel opfattelse af, at lavere vægt og slankere krop førte til bedre præstation. Nogle atleter rapporterede, at deres sport havde vægtinklusionskriterier, der kunne fremprovokere deres symptomer, fordi de forsøgte at presse sig ned i vægt.

Kommentarer om vægt

Seks atleter havde oplevet at modtage kommentarer eller hentydninger fra medatleter eller trænere om at skulle tabe sig. Mange af disse kommentarer var målrettet deres vægt og krop på en negativ og kritiserende måde. En atlet havde modtaget følgende kommentar fra sin træner efter en konkurrence: *"Alle dem, der slår dig, de er bare tyndere end dig."*

Sportsmiljøernes fokus på vægt og mad

Elleve atleter berettede om et overdrevent fokus på vægt, krop og mad i deres sportsmiljø som en vedligeholdende faktor for deres spiseforstyrrelsessymptomer. Det følgende eksempel er et eksempel på dette:

"De spiseforstyrrede miljøer fodrer mig. Her søger man bekræftelse og omsorg på at blive mødt på at være tynd. Det er uhyggeligt og alarmerende."

Tre atleter fortalte, at spiseforstyrrelser og forstyrret spisning er et tabubelagt emne i sportsmiljøet, der kan bidrage til at vedligeholde deres symptomer.

Det følgende citat eksemplificerer den manglende italesættelse: *"Jeg er sådan... man står meget alene i atletik i hvert fald... jeg har heller ikke rigtig nogen træner til at støtte op om det... så det er måske derfor det nogle gange godt kan gå lidt galt... i hvert fald for mit vedkommende"*.

Atleternes ønske om hjælp og indsatser

Motivation for at søge hjælp

Vi sluttede af med at spørge atleterne om, hvorvidt de var motiveret for at søge hjælp. Her var svarene opdelt i tre kategorier: Motiveret for at søge hjælp; ambivalent omkring at søge hjælp; eller umotiveret for at søge hjælp. Enkelte atleter modtog allerede hjælp via egen psykolog, støtte fra forældre eller diætist. En enkelt atlet havde tidligere modtaget hjælp fra både sportspsykolog og almindelig praktiserende psykolog, men oplevede ikke at få udbytte.

Fem atleter rapporterede et ønske om at få psykologisk støtte, men havde brug for praktisk vejledning til hvordan de kunne få adgang til støtte og behandling. Tre atleter følte ambivalens ved at søge hjælp enten på grund af stigmatisering eller frygt for at vægtøgning ville påvirke deres sportslige præstation. En atlet beskrev sin ambivalens om at søge hjælp på følgende måde:

"(...) jeg vil i hvert fald rigtig gerne ændre min måde at se tingene på, men jeg vil også stadigvæk gerne tabe mig, så det er sådan... det er lidt svært at have begge dele på samme tid, fordi jeg føler også, det vil jo også være lidt hårdt at komme igennem og tabe mig, hvor jeg jo selvfølgelig skal tænke på mad og alt det der, så det vil være sådan lidt... det er lidt svært synes jeg."

Fem atleter var ikke motiveret for at søge hjælp, enten fordi de oplevede, at de var i bedring, eller fordi de oplevede, at de kunne klare udfordringerne selv.

Indsatser til forebyggelse og behandling af spiseforstyrrelser

Fire atleter udtrykte et behov for at nedbryde tabuer om spiseforstyrrelser. En atlet gav udtryk for vigtigheden i at reducere fokus på vægtens rollens i sportsmiljøet:

"Det er fedt, når andre løbere siger, at det ikke handler om vægt. Det er en hjælp for mig".

Derudover mente tre atleter, at trænere burde tilegne sig viden om spiseforstyrrelser og lære, hvordan man adresserer dem med bedre kommunikation og mindre fokus på vægtens rolle.

Seks atleter fremhævede, at støtte og opmærksomhed fra familie, venner og trænere kunne forebygge udviklingen af en spiseforstyrrelse.

Dette gav en atlet udtryk for i det følgende udsagn: *"Trænerne kan være en stor støtte. Det hjalp mig, at træneren sagde - Jeg er her, hvis du har brug for det - Jeg fik tid til at komme mig".*

To atleter nævnte behovet for at arbejde psykologisk med sig selv og lære at acceptere hjælp, når den bliver tilbudt.

Nogle atleter efterspurgte praktisk hjælp til at søge behandlingstilbud og løsninger. De havde brug for, at nogle tog dem i hånden og ledte dem på vej i stedet for, at det var overladt til dem selv at finde hjælp.

DISKUSSION

Forekomst af spiseforstyrrelser, træningsafhængighed og depression

Denne undersøgelse viste, at målt med SCOFF havde 23% af kvinderne fra eliten og 37% fra subeliten symptomer på spiseforstyrrelse. Baseret på EDE-Q fandt vi en øget risiko for spiseforstyrrelse hos 18% i eliten og 24% i subeliten. Risikoen for træningsafhængighed var 8% hos eliten og 7% hos subeliten, mens risikoen for depression var 11% hos eliten og 21% hos subeliten.

Hos mændene fandt SCOFF, at 11% hos eliten og 23% hos subeliten havde symptomer på spiseforstyrrelse. Baseret på EDE-Q var der en øget risiko for spiseforstyrrelse hos 9% i eliten og 12% i subeliten. Risikoen for træningsafhængighed var 8% hos elite og 7% hos subeliten. Risikoen for depression var 2% hos eliten og 5% hos subeliten.

Forekomsten af spiseforstyrrelses-symptomer var signifikant højere hos subeliten for begge køn målt med SCOFF (men ikke med EDE-Q). Det kan skyldes, at atleter der er på vej mod toppen, forsøger at optimere på parametre som kropsvægt og kropssammensætning i et forsøg på at præstere bedre, men at det kammer over og bliver sygeligt. Hvis en subeliteatlet udvikler en spiseforstyrrelse, bliver det sværere at nå eliten, fordi den reducerer ydeevnen og medfører fysiske og psykiske helbredsproblemer.

Desuden kan en forklaring på forskellen være, at eliten følges tættere af sportsdiætister og sportspsykologer, som kan vejlede om gode strategier i relation til restitution og vægtregulering som f.eks. periodisering af kropsvægt og ernæringsindtag i relation til specifikke trænings- og konkurrence perioder. Dog viste undersøgelsen, at en del eliteatleter efterspørger et øget fokus og mere støtte til at håndtere forholdet til mad og krop.

Resultaterne i dette studie skal tolkes med flere forbehold. For det første fandt SCOFF og EDE-Q ikke samme resultat, når vi sammenlignede forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer mellem eliten

og subeliten, idet kun SCOFF viste signifikant forskel. Dog kan det konkluderes, at begge spørgeskemaer peger på, at flere sub-elite atleter er i risiko for en spiseforstyrrelse.

For det andet kan de høje forekomster af spiseforstyrrelsessymptomer skyldes, at undersøgelsen er overrepræsenteret af atleter med en særlig interesse for spiseforstyrrelser grundet personlige problemer med til mad, vægt og krop.

Det skal også tages i betragtning, at andre studier har set en tendens til, at atleter underreporterer spiseforstyrrelsessymptomer (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004), hvilket kan skyldes tabu, skam eller svingende indsigt i egne problemer.

Omvendt kan deltagerne være overrepræsenteret af atleter uden en spiseforstyrrelsesproblematik, idet emnet således var "ufarligt", hvilket også kan skævvride resultatet.

Alt i alt mangler der studier, som ser på spiseforstyrrelser i idrætsgrupper, som konkurrerer på lavere niveauer, eller som udelukkende træner på motionsbasis. Vores pilotstudie på motionister viste, med de angivne forbehold, en høj forekomst af symptomer på spiseforstyrrelse i denne gruppe. Disse fund indikerer, at et højere sportsligt niveau ikke er en væsentlig prædiktør for at finde idrætsaktive med symptomer på spiseforstyrrelse. Men det skal understreges, at motionisterne i dette studie deltog frivilligt via opslag på sociale medier og dermed ikke bør sammenlignes direkte med elite- og subelite-grupperne, som fik en personlig mail samt påmindelser med en opfordring til at deltage i undersøgelsen. Det kan ikke udelukkes, at flere motionister med symptomer aktivt har valgt at deltage i undersøgelsen, fordi de fandt emnet relevant.

Hvis der skal foretages en solid sammenligning af de tre grupper, skal alle grupper enten rekrutteres på samme måde. Eksempelvis skal alle deltagere inviteres personligt på mail eller alle skal rekrutteres via opslag på sociale medier. Desuden er det vigtigt at sikre en ensartet kønsfordeling, idet kvinder er mere udsatte for spiseforstyrrelse, og de var overrepræsenteret i vores forsøg med motionister (67%).

Vi anbefaler derfor, at fremtidig dansk forskning undersøger forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer – eksempelvis med brug af SCOFF og/eller EDE-Q – i andre sportsmiljøer i aldersgruppen 15-30 år hos begge køn.

Er forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer højere i elitesport end i andre befolkningsgrupper?

Der findes aktuelt ingen danske studier på forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomer hos en sammenlignelig fysisk aktiv gruppe, der har udfyldt validerede screeningsinstrumenter i aldersgruppen 15-30 år hos hhv. kvinder og mænd.

Tal fra Sundhed.dk siger noget om risikoen for at få en spiseforstyrrelsesdiagnose i løbet af livet, og den ligger på omkring 5% i Danmark. Hyppigheden af anoreksi er ca. 1 % hos kvinder og for mænd omkring 0,2 %. Hyppigheden af bulimi er omkring 2 % hos kvinder og 0,1-0,2 % hos mænd. Hvis disse tal skal bruges som en sammenligning med resultaterne fra vores studie, skal de afgrænses til aldersgruppen 15-30 år, som udgjorde 80% af datasættet, og tallene bør baseres på en måling af symptomer med spørgeskemaer og ikke på diagnoser hentet fra danske registre.

Hvis vi ser på tal for de helt unge, har Børnerådet udgivet en undersøgelse, der viser, at 23% af pigerne og 9% af drengene i 9. klasse er i risiko for at få en spiseforstyrrelse (Børnerådet, 2016). Men her er aldersgruppen afgrænset til ca. 15 år og er derfor ikke helt sammenlignelig med vores studie, hvor gennemsnitsalderen var 20-21 år.

Et tidligere dansk studie brugte SCOFF til at undersøge symptomer på spiseforstyrrelse hos unge piger (70%) og drenge (30%) i alderen 11-20 år uden en diagnosticeret spiseforstyrrelse. Studiet fandt, at 28% scorede over cut-off på SCOFF (Lichtenstein, Hemmingsen, et al., 2017). Et studie blandt 40 svenske og danske kvindelige udholdenhedsatleter med en gennemsnitsalder på 26 år fandt en forekomst af spiseforstyrrelser på 25% ved brug af EDE-interview (Melin et al. 2014), hvilket er i overensstemmelse med resultater rapporteret blandt norske kvindelige udholdenhedsatleter på landsholdsniveau (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Et dansk studie (Waadegaard et al. 2009) baseret på tal fra 2005 på en kvindelig baggrundsbefolkning i alderen 16-29 år fandt, at 19% af kvinderne havde risikoadfærd for en spiseforstyrrelse målt med et dansk udviklet instrument (RiBED-8). Denne forekomst ser ud til at være lavere end atleterne i vores aktuelle studie, hvis vi sammenligner med SCOFF, som fandt 23% hos elite og 37% hos subeliten. Men bruger vi EDE-Q er tallene næsten ens.

Hvis vi bruger tal fra udenlandsk forskning til at sammenligne vores fund, peger resultaterne i flere retninger afhængig af alder, køn, befolkningsgruppe og målemetode.

Et tysk SCOFF-baseret studie i en større baggrundsbefolkning med 53% kvindelige deltagere fandt, at 12% kvinder og 9% mænd havde symptomer på spiseforstyrrelse, men studiet havde en

aldersspredning på 14-95 år og gennemsnitsalder på 49 år (Richter et al. 2017) og kan derfor ikke direkte sammenlignes med vores studie, hvor deltagerne var væsentligt yngre.

Et stort studie på baggrundsbefolkningen fra England (Carey et al., 2019) brugte EDE-Q og fandt, at kvinder havde en gennemsnitlig score på den globale skala på 1,75, mens mændene havde 1,16. Her var gennemsnitsalderen 20 år.

Et spansk studie (Pelaez-Fernandez, Labrador, & Raich, 2013) på unge kvindelige og mandlige studerende (12-21 år og i gennemsnit 15,7 år) fandt en global score på EDE-Q på 1,41 hos kvinder og 0,54-0,58 for mænd. I vores eget studie med atleter (elite og subelite) fandt vi, at kvinderne havde en gennemsnitlig global EDE-Q score på 1,51, og mændene havde en score på 0,72. Det er således vanskeligt at udlede, hvorvidt danske elite- og subeliteatleter har flere eller færre symptomer på spiseforstyrrelser end en baggrundsbefolkning.

Et spansk studie (Vela et al., 2021) på fysisk aktive mænd i alderen 18-55 år, der dyrker holdsport (f.eks. fodbold, rugby, volley, håndbold), fandt en forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer på 18,5% målt med andre instrumenter (EAT-40 og EDI-2). I en forsigtig sammenligning med vores eget danske studie med mænd, placerer dette resultat sig over eliten, hvor 11% havde en forhøjet score på SCOFF, men under subeliten, hvor 23% lå over cut-off på SCOFF. Hvis vi bruger EDE-Q havde både elitemænd (9%) og subelitemænd (12%) en lavere score end de spanske mænd.

Et amerikansk studie (Prather et al., 2016) med kvindelige elitefodboldspillere i alderen 10-30 år (gennemsnitsalderen var 16 år) fandt, at 8% havde symptomer på en spiseforstyrrelse. Her blev et andet spørgeskema brugt til at måle symptomer på spiseforstyrrelse (EAT-26).

Et spansk studie, der brugte SCOFF, fandt, at en kontrolgruppe bestående af fysisk inaktive studerende havde en højere forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer (15%) sammenlignet med elitegymnaster og elitefodboldspillere (Petisco-Rodriguez et al., 2020). Studiet bestod udelukkende af kvindelige deltagere i alderen 15-25 år (gennemsnitsalderen var 17 år).

Endelig fandt et britisk studie (Abbott et al., 2021) baseret på EAT-26 med deltagere i alderen 18-36 år, at en kontrolgruppe med motionskvinder havde en højere forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer (25%) sammenlignet med kvindelige elitefodboldspillere (11%), mens mandlige elitefodboldspillere havde en højere forekomst (15%) end mandlige kontroller (5%). Det skal siges, at de mandlige elitespillere var signifikant yngre end kontrollerne. Studiet konkluderede således, at den kvindelige baggrundsbefolkning ser ud til at have en større risiko for spiseforstyrrelsessymptomer end atleterne.

Studierne viser samlet set, at det er vanskeligt at konkludere, hvorvidt eliteatleter sammenlignet med fysisk aktive eller inaktive grupper har en øget eller reduceret risiko for en spiseforstyrrelse. En sammenligning af studier skal tage forbehold for forskellige målemetoder, målgrupper og definitioner af risikoadfærd. Man kan ikke med statistisk sikkerhed sammenligne resultater fra forskellige studier, så dette afsnit skal tolkes med forbehold.

Risiko for lav energitilgængelighed (RED-S)

I denne undersøgelse blev 51% af de kvindelige og 16% af de mandlige atleter kategoriseret at være i risiko for lav energitilgængelighed, hvilket kan sammenlignes med de 14-63% tidligere rapporteret i studier, hvor lignende metode med selv-rapporteret symptom på RED-S er blevet brugt (Logue et al., 2020).

Lav energitilgængelighed og menstruationsforstyrrelser blandt de kvindelige atleter var associeret til langvarigt træningsfravær på grund af skade i løbet af det seneste år, hvilket ligeledes er rapporteret i flere andre studier (Heikura, Uusitalo, et al., 2018; Jederstrom et al., 2021; Rauh, Nichols, & Barrack, 2010; Thein-Nissenbaum et al., 2012).

Lav libido blandt de mandlige atleter var associeret til flere symptomer på depression og en øget risiko for både spiseforstyrrelser og træningsafhængighed.

Blandt både de mandlige og kvindelige atleter med risiko for lav energitilgængelighed var de fleste (>68%) ikke i risiko for at have en spiseforstyrrelse, hvilket styrker anbefalingen om at screene for både RED-S og spiseforstyrrelser blandt elite- og subelite-atleter for at sikre tidlig opdagelse og behandling (Melin et al., 2014).

Karakteristik af atleter med høj score på spiseforstyrrelse

Undersøgelsen viste, at atleter med høj risiko for spiseforstyrrelser udgjorde en særligt skrøbelig gruppe sammenlignet med atleter med lav risiko. Således havde denne gruppe af atleter højere score på træningsafhængighed (og højere træningsmængde), depression, maveproblemer, søvnproblemer samt en dårligere restitution, og flere af mændene havde lav libido.

Vi fandt også, at disse atleter havde et højere BMI, men en større vægtfluktuation og lavere rapporteret konkurrencevægt, hvilket kan tyde på, at atleterne med høj score på spiseforstyrrelser

presser deres vægt længere ned i perioder og især op til konkurrence. En stor divergens imellem naturligt BMI og konkurrence-BMI kan tænkes at føre til restriktiv spising og kropsumfredshed, fordi vægten skal presses ned på et leje, der ikke er naturligt for atleten.

Det var vanskeligt at sige noget entydigt om, hvorvidt særlige sportskategorier udgjorde en ekstra risiko, og derfor skal man i alle typer af sport være opmærksom på atleter med spiseforstyrrelsessymptomer. Det skal påpeges, at der var en overvægt af deltagere i udholdenhedsidrætter, mens der var meget få atleter i grupperne teknisk og styrke, hvilket gør det vanskeligt at udlede noget signifikant baseret på gruppeinddelingen.

Sammenfattende kan siges, at ser man en atlet med spiseforstyrrelsessymptomer, er der stor sandsynlighed for, at atletens øvrige fysiske og psykiske helbred er påvirket eller er i risiko for at blive det. Ikke mindst skal man i et sportsligt perspektiv være opmærksom på den øgede skadesrisiko.

Spiseforstyrrelsesdiagnoser og anvendeligheden af spørgeskemaer

Interviewstudiet viste, at spørgeskemaerne i høj grad er i stand til at identificere atleter, der opfylder kriterierne for en spiseforstyrrelse. Ofte går en høj score på EDE-Q og SCOFF hånd i hånd, og når scorerne er forhøjede på disse skemaer, vil det kunne tolkes som en klar indikation af en klinisk diagnose.

Langt de fleste diagnoser placerede sig inden for det, der kaldes uspecifikke spiseforstyrrelser (EDNOS). Det vil sige, at atleterne præsenterede lettere symptomer på anoreksi eller bulimi, men ikke opfyldte kriterierne for en af disse diagnoser. Et lignende studie fra USA i samme aldersgruppe fandt, at 60% af deltagerne opfyldte kriterierne for EDNOS (Stranberg et al., 2020).

Atleterne havde mange symptomer på restriktiv spising, negativ kropsopfattelse og ønske om vægttab. Men de opfyldte ikke kriteriet for undervægt, fordi deres BMI er over 18,5. Men de kunne få diagnosen atypisk anoreksi, som kan gives når eksempelvis vægtkriteriet ikke er opfyldt. Denne diagnose angiver, at spiseforstyrrelsen er anorektisk af type, dvs. kendetegnet ved begrænset fødeindtag og forsøg på at tabe sig trods lav vægt eller normal vægt. Det skal tilføjes, at atleters BMI muligvis kan være en misvisende parameter for lav vægt, da en høj muskelmasse kan føre til et højt BMI trods en meget lav fedtprocent. Ligeledes var BMI i denne rapport baseret på atleternes egen måling af højde og vægt, hvilket også kunne være behæftet med fejl. Eksempelvis ved vi ikke, om de har vejet sig med tøj ej heller hvilket tidspunkt på dagen vejningen er foretaget.

Enkelte atleter havde symptomer på forstyrret spising, men uden at symptomerne var af en sværhedsgrad, så man vil karakterisere det som psykisk lidelse. Dog bør man være opmærksom på, hvorvidt symptomerne udvikler sig til en spiseforstyrrelse på sigt. Det skal også nævnes, at deltagerne måske underdrev deres problemer, fordi det var grænseoverskridende eller skamfuldt at sætte ord på problemerne.

SCOFF og EDE-Q havde en ret høj grad af præcision i udvælgelsen af atleter med og uden spiseforstyrrelser. SCOFF overså en enkelt atlet med spiseforstyrrelse og identificerede en rask som muligt syg. EDE-Q overså to atleter med spiseforstyrrelse, men identificerede ikke nogen raske som muligt syge.

Selvom hverken SCOFF eller EDE-Q er udviklet til atleter, fungerer de relativt godt som redskaber til at finde atleter med og uden symptomer på en spiseforstyrrelse. Vores studie finder, at der er en lille risiko for, at SCOFF finder falsk positive atleter (12%) eller overser atleter (6%), mens EDE-Q har en risiko for at overse atleter (10%). Studier med flere deltagere er nødvendige for at undersøge kvaliteten og præcisionen af redskaberne yderligere.

I den sportspsykologiske litteratur efterspørges et sportsspecifikt instrument, som kan bruges i idrætsmiljøerne, og som tager højde for, at nogle spiseforstyrrelsessymptomer kan opfattes som normale i konkurrence- og kropsfokuserede subkulturer (Kessler et al., 2003).

Når man konkurrerer i vægtafhængige idrætter, er det op til vigtige konkurrencer normalt at begrænse sin spising for at opnå en optimal konkurrencevægt. Ligesom det er normalt i disse perioder at have en lav fedtprocent og være på grænsen til undervægt (Stellingwerff, 2018). Det er, når en potentielt patologisk spiseadfærd og en kronisk lav vægt normaliseres, at det kan være vanskeligt både at opdage og behandle spiseforstyrrelser, fordi sportsmiljøet i sig selv kan være en vedligeholdende faktor.

Indtil der findes et præcist og pålideligt spørgeskema udviklet til at undersøge atleter, vil vi foreslå, at SCOFF bruges som et instrument til en kort og hurtig screening af større grupper, eller som et første instrument i et rutinemæssigt helbredstjek. SCOFF er et hyppigt anvendt instrument i forskning inden for spiseforstyrrelsesmålinger blandt eliteatleter i andre lande (Muros et al., 2020; Pustivsek et al., 2015).

Hvis en atlet har en forhøjet score på SCOFF, vil vi anbefale, at man efterfølgende udreder atleten for at undersøge typen og alvoren af den mulige spiseforstyrrelse. Her kan EDE-Q bruges, men det bør altid suppleres af et grundigt diagnostisk interview, hvis en spiseforstyrrelse skal udredes. Den kan ikke stilles alene på baggrund af et spørgeskema.

Symptomer på spiseforstyrrelse samt udløsende faktorer

De diagnosticerede atletes symptomer på spiseforstyrrelse var restriktiv spising, kaloriregnskaber, forsøg på at modvirke vægtøgning ved ekstra træning eller opkastninger, forstyrrende tanker om vægttab, skam over kroppen og lavt selvværd.

At unge atleter forsøger at toppræstere til både træning og konkurrencer på hjemmelavede diæter med 1300-1500 kcal om dagen er bekymrende, da det ikke kan opfylde energibehovet hos et menneske, der træner 3-4 timer om dagen. Det svarer kun til hvilestofskiftet og medfører derfor alt for lav energitilgængelighed.

Ligeledes er et vandindtag på 7-8 liter om dagen decideret farligt, fordi det kan ødelægge kroppens saltbalance og skade nyrerne (Hew-Butler et al., 2019). Selv et indtag på 5-6 liter vand om dagen kan være helbredstruende viser en web-artikel fra Ålborg Universitet fra 2018 (<https://vbn.aau.dk/da/clippings/vand-kan-skade-kroppenlæge-pas-på-med-at-drikke-for-meget-vand>).

Kun én atlet rapporterede massivt væskeindtag, men der blev ikke spurgt systematisk ind til væske, og derfor kan der være flere atleter med samme adfærd. At overdreven indtag af vand er farligt og bør frarådes, er vigtig viden i en uddannelse af trænere. Hvis det tilmed bruges som en måde at stille sult, er der ekstra grund til bekymring for atleten.

De mest fremtrædende faktorer for udviklingen af spiseforstyrrelser blev af atleterne beskrevet som en udtalt sammenligningskultur, hvor man ikke kun konkurrerer om medaljer, men også om at have den mest atletiske eller slanke krop. Der blev sat lighedstegn mellem en tynd krop og sandsynligheden for succesfuld sportspræstation.

Disse forhold er velkendte fra udenlandsk litteratur, hvor atleter med slanke kroppe og et negativt kropsbillede har større sandsynlighed for at udvikle en spiseforstyrrelse (Byrne & McLean, 2002; de Bruin et al., 2011; Godoy-Izquierdo & Diaz, 2021).

Samtlige atleter med spiseforstyrrelsessymptomer i vores studie var utilfredse med kroppen og ønskede at tabe sig med henblik på at få en slankere krop. Mosewich et al. (2009) fandt i deres studie, at kvindelige atleter ofte føler sig sikre omkring deres sportslige evner, men samtidig er usikre omkring deres udseende. Et interviewstudie har ydermere indikeret, at atleter gerne vil se slanke ud, men stadig også se sunde og stærke ud med henblik på at opnå bedre sportslig præstation (Stoyel et al., 2021).

Dette kom også til udtryk i vores studie, da mange atleter ikke blot havde et ønske om at påvirke deres vægt og udseende, men samtidigt også deres sportspræstation ved at have en stærk krop.

Også kommentarer fra trænere eller træningsmakkere blev fremhævet som faktorer, der kunne trigge en forstyrret spiseadfærd. Et studie fra 2021 (Carson et al., 2021) fandt ligeledes, at træneres kommentarer om kropsvægt og form udgjorde et pres på kvindelige atleter uanset, om kommentarerne var rettet direkte mod dem selv. Kommentarer om mad og vægt blev beskrevet som faktorer, der bidrog til et skadeligt miljø og påvirkede atleternes spiseadfærd og træningsmønstre.

Da der ikke eksisterer større kontrollerede studier, der har fulgt en gruppe atlethers udvikling over længere tid, er det vanskeligt at fastslå, hvad der specifikt udgør en risikofaktor for udviklingen af spiseforstyrrelser. Generelt er der i litteraturen enighed om, at årsagerne er multi-faktorielle og består af såvel disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer af biologisk, psykologisk og kulturel karakter (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013).

Der kan være personlige dispositioner som en perfektionistisk personlighed, lavt selvværd, familiære belastninger eller en forhistorie med mobning, som gør atleten særligt sårbar. I kombination med udløsende faktorer som negative kommentarer om krop og vægt og vedligeholdende faktorer som konkurrencemiljøet, kan omfanget og typen af belastninger føre til spiseforstyrrelser.

Især de sportsgrene, hvor vægten eller kropsformen har en særlig betydning, er der flere risikofaktorer, fordi der bliver arbejdet med vægtoptimering (ofte et målrettet vægttab) og kostplaner i en kropsfokuseret kultur, hvor det forventes, at spiseadfærd tager afsæt i præstationsoptimering (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013).

Strategier og indsatser

En stor andel af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen gav udtryk for, at spiseforstyrrelser er tabuiserede, og en fjerdedel ønskede mere adgang til hjælp, mens en tredjedel mente, at der skal gøres mere for at støtte idrætsfolk med spiseforstyrrelser. Over halvdelen mente, at træningsmiljøerne kan være med til at udløse en spiseforstyrrelse.

I interviewstudiet gav atleterne udtryk for, at der er brug for øget viden om spiseforstyrrelser hos trænere, og der blev efterspurgt strategier til at håndtere spiseforstyrrelser, så både atlet, træningsmakkere, trænere, forældre og klub er klar over, hvor og hvordan der etableres støtte omkring en udsat atlet.

Denne efterspørgsel har også været belyst i international litteratur (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen 2013). På baggrund af vores eget studie og internationale retningslinjer vil vi her skitsere en række anbefalinger og indsatser, som kan forebygge og håndtere spiseforstyrrelser i sport.

Tidlig identifikation af symptomer på spiseforstyrrelse eller lav energitilgængelighed

Det har afgørende betydning for prognosen, at en spiseforstyrrelse opdages tidligt og samtidig kan det forebygge alvorlige helbredssekvenser. Spiseforstyrrelser er ofte forbundet med skam og angst for stigmatisering, og derfor vil mange atleter med spiseforstyrrelsessymptomer afholde sig fra at sætte ord på deres situation og dermed få hjælp tidligt i deres forløb.

Samtidig kan symptomer på en spiseforstyrrelse gemmes i et sportsmiljø, hvor det er normalt at tælle kalorier og være tynd. Atleter kan komme til at tro, at de ikke er "syge nok" til at bede om hjælp, fordi de tror, at deres problemer er normale og "part of the game" (Stranberg et al., 2020).

En generel øget italesættelse af spiseforstyrrelser og RED-S kan bidrage til en større viden og opmærksomhed, som gør det muligt at opdage de tidlige tegn.

Både spiseforstyrrelser og RED-S kan opdages, hvis man observerer en ændret spise- eller træningsadfærd hos en atlet, et væggtab, reduceret præstationsevne, menstruationsforstyrrelser/lav libido, ændringer i humør samt flere smerter/skader.

Men regelmæssig screening med brug af spørgeskemaer kan også være en metode til tidlig identifikation. Her kan SCOFF være et eksempel på et redskab, som kan afdække symptomer på forstyrret spisning. Dog kan SCOFF ikke opdage alle, og det er muligt at underrapportere problemer i et spørgeskema. På lige fod med andre studier, vil vi anbefale, at der udvikles et sportsspecifikt instrument, som kan øge præcisionen. Systematisk screening af atleter med mulighed for at henvise til et tværfagligt team er blevet anbefalet i flere studier om håndtering af spiseforstyrrelser hos atleter (Joy, Kussman, & Nattiv, 2016).

Regelmæssig screening for lav energitilgængelighed og symptomer på RED-S er ligeledes vigtigt (Mountjoy et al., 2014), og her kan LEAF-Q og LEAM-Q anvendes. Øget viden blandt atleter og trænere om symptomer på RED-S kan skabe opmærksomhed på tilstanden, og der er udarbejdet internationale vejledninger til at udrede for kliniske symptomer på RED-S (Mountjoy et al., 2014).

En tydelig procedure ved bekymringer

Det er vigtigt, at der er en tydelig procedure og afklaring af roller, så atlet, træningsmakkere, trænere og forældre ved, hvor de skal gå hen med deres bekymring, og hvad de skal gøre, hvis de gerne vil hjælpe. Eksempelvis kan en særlig ressourceperson uddannes til at tage en indledende samtale med en atlet og herefter henvise til yderligere udredning og støtte efter aftale med klub eller organisation. Hver klub eller forbund anbefales at udvikle procedurer, som passer til deres specifikke vilkår og muligheder.

Professionel udredning og behandling

Hvis en screening eller en observation af en atlet giver anledning til bekymring, er det vigtigt at henvise til yderligere udredning og behandling.

En spiseforstyrrelse er en alvorlig psykisk lidelse, der kræver specialiseret, tværfaglig hjælp fra læger, psykologer, diætister og andre fagpersoner med særlig viden om spiseforstyrrelser og lav energitilgængelighed. En grundig fysisk og psykisk undersøgelse og indsats er nødvendig for at sikre atletens samlede helbred, gerne med involvering af atletens netværk.

Det er ofte nødvendigt både at tilbyde støtte til at kunne øge energitilgængeligheden, vægtøgning ved undervægt og psykologisk hjælp til håndtering af de forstyrrede tanker og handlinger i relation til mad, krop og vægt (f.eks. hjælp til at reducere kompenserende adfærd som opkastninger og overtræning).

Vægtøgning og stabilisering af spise- og træningsmønstre er adfærdsmæssige komponenter, som ofte er de første tegn på bedring, mens lavt selvværd, identitetsproblemer og perfektionisme kan kræve en længere terapeutisk proces med tæt psykologisk støtte.

Begrænsning i træning og konkurrence

For at passe på atletens helbred på både kort og lang sigt, kan det være nødvendigt at begrænse træningen og fraråde deltagelse i konkurrencer. At træne hårdt eller konkurrere med en psykisk lidelse og en krop i energiunderskud, kan forværre tilstanden. Det kan sidestilles med en alvorlig fysisk skade (f.eks. et knoglebrud), hvor man helt naturligt vil skåne atleten i en periode, ind til skaden er helet. Hvis man ikke støtter atleten i at begrænse træning og konkurrence, kan det opfattes som en

legalisering af den spiseforstyrrede adfærd, hvilket samtidig kan sende et (utilsigtet) signal til andre atleter om, at spiseforstyrret adfærd accepteres.

Det er samtidig vigtigt at sikre, at når atleten har fået det bedre og/eller kan indgå i et samarbejde om behandling, er der en klar plan for eventuel tilbagevenden til sport. At kunne genoptage normalt træningsprogram og konkurrenceplan kan i mange tilfælde være en motivationsfaktor for at blive helbredt for en spiseforstyrrelse.

Dog eksisterer der ingen klare kriterier for, hvornår en atlet kan vende tilbage til sportskarrieren, og der er brug for både generelle anbefalinger og individuelle vurderinger. Det kan være vanskeligt at fastslå, hvornår en atlet er helbredt og kan genoptage sin sportskarriere uden risiko for overbelastning eller tilbagefald. At vægten er normaliseret, er ikke et komplet mål for helbredelse, da de fleste atleter med spiseforstyrrelser ikke er undervægtige.

Vores egen undersøgelse taget i betragtning, var det kropsutilfredsheden og tankerne om mad og vægt, som udgjorde den største belastning for atleterne med spiseforstyrrelser. Det er vanskeligere at definere bedring ud fra en vurdering af selvværd og kropsopfattelse end ud fra vægt og spisning. Den psykiske komponent i spiseforstyrrelser er væsentlig, eftersom der er tale om en psykisk lidelse, og derfor skal den også italesættes i en samlet vurdering af atletens helbredelse.

Uddannelse af trænere

Uddannelse af trænere bør indbefatte viden om forebyggelse af spiseforstyrrelser, tidlige tegn på forstyrret spisning og relativ energimangel, metoder til italesættelse af bekymringer samt praksisser for hvornår og hvor man kan henvise til professionel behandling.

Ved at kende de udløsende risikofaktorer, kan trænere bidrage til at forebygge, at atleter udvikler forstyrret spiseadfærd. Eksempelvis kan der arbejdes med at skabe et miljø baseret på vigtigheden af tilstrækkelig ernæring og restitution, samtidig med at negative kommentarer om krop og vægt undgås.

I nogle elitesportsmiljøer er det en udbredt antagelse, at "den tyndeste vinder". Denne overbevisning kan udfordres, så der i stedet tales om, at den vindende atlet er velrestitueret og har en sund kropsvægt. Netop kropstilfredshed og en positiv kropsopfattelse kan beskytte mod spiseforstyrrelsessymptomer (Godoy-Izquierdo & Diaz, 2021).

Uddannelse af trænere om symptomer på spiseforstyrrelser kan være med til at sikre, at de kan reagere tidligt og dermed forhindre udviklingen af mere alvorlige forløb. Hos Danmarks Idrætsforbund kan trænere tilgå et kort e-læringskursus om spiseforstyrrelser, som giver en introduktion til emnet.

Selvom det kan være svært at konfrontere en atlet med en bekymring for en spiseforstyrrelse, er det bedre end at negligere den, da spiseforstyrrelser ofte udvikles og udleveres i det skjulte. Derfor skal trænere også vide, hvor de kan henvende sig og søge sparring til at tage hånd om problemet og evt. tage en samtale med en atlet med symptomer, og der skal være en procedure for videre håndtering, så træneren ikke står alene med ansvaret.

Træneren kan også i en helbredelsesproces spille en vigtig rolle, fordi træneren kan være en støtte, der giver atleten tid til at komme sig og lader atleten være en del af det sociale liv i klubben.

Vi vil her henvise til de guidelines, der er udviklet af "The National Athletic Trainers' Association and the "Coach and Athletic Trainer Toolkit" by the National Eating Disorder Association" (Bonci et al., 2008; National Eating Disorders Association). Disse guidelines anbefaler, at trænere spiller en aktiv rolle i opdagelsen og behandlingen af spiseforstyrrelsessymptomer hos atleter.

Fremtidige undersøgelser, der afdækker trænernes ønsker og behov, kan hjælpe med at belyse, hvordan trænernes position kan styrkes i arbejdet med atleter med spiseforstyrrelser.

Internationale retningslinjer

Problemet med spiseforstyrrelser og lav energitilgængelighed i sport er velkendt i mange lande, og derfor arbejdes der internationalt på at udvikle guidelines, så der er en ensretning og kvalificering af tiltag ved spiseforstyrrelsesproblematikker.

Forebyggelse og indsatser ved spiseforstyrrelser er et fælles ansvar og ligger ikke alene på atleten selv eller træneren. Også pårørende, klubber, organisationer og samfund har et ansvar.

Atletens helbred bør komme før andre hensyn som konkurrence, økonomiske eller politiske agendaer (Wells et al., 2020).

Netop for at passe på atleten er der i Norge udviklet en model med retningslinjer for tre alvorsgrader af symptomer på lav energitilgængelig og spiseforstyrrelse (Sunn idrett, 2016): Lav risiko (grønt lys), moderat risiko (gult lys) og høj risiko (rødt lys).

Grønt lys dækker over en sund helbredsstatus såvel fysisk som psykisk. Her kan atleten træne og konkurrere på normal vis.

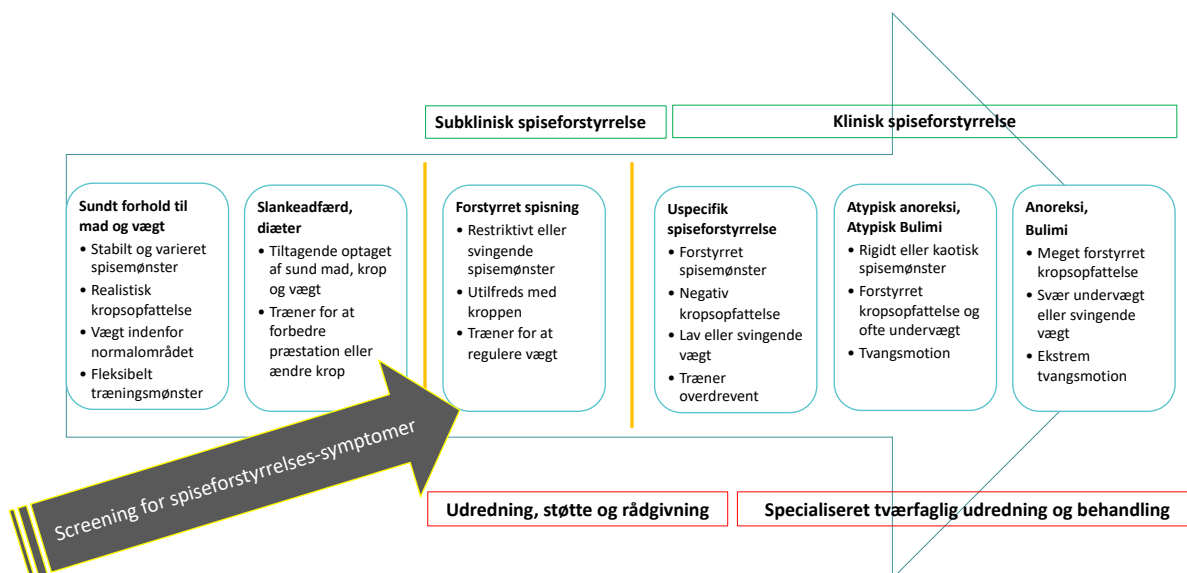
Ved gult lys er der symptomer til stede som forstyrret spising og symptomer på RED-S om lav fedtprocent, vægttab, reduceret knoglestyrke og menstruationsforstyrrelser/lav libido. For at støtte atleten, anbefales det, at atleten kun må træne og konkurrere under vejledning af professionelle og ved at følge en behandlingsplan.

Ved rødt lys opfylder atleten kriterierne for en spiseforstyrrelse og oplever alvorlige helbredssekvenser som følge af RED-S og/eller ekstreme forsøg på vægttab. Atletens deltagelse i sport udgør en alvorlig helbredsrisiko og fjerner fokus fra behandling og helbredelse. Derfor anbefales det, at atleten ikke deltager i træning og konkurrere, før der er tegn på bedring. Dette kan være en motivationsfaktor for atleten til at indgå i et samarbejde om ernæring og psykologisk støtte.

Både ved gult og rødt lys, bør atleten modtage tværfaglig og intensiv støtte og behandling.

I figuren nedenfor er sammenfattet de interventioner (udredning/screening, støtte og behandling), som vi anbefaler på baggrund af rapporten.

Fra forstyrret spising til spiseforstyrrelse – forskellige indsatser



KONKLUSION

Denne rapport kan på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse og et interviewstudie sammenfatte følgende resultater og anvisninger:

- Hos kvinderne havde 23% hos eliten og 37% hos subeliten symptomer på spiseforstyrrelse målt med SCOFF. Målt med EDE-Q havde 18% hos eliten og 24% hos subeliten symptomer.
- Hos mændene havde 11% hos eliten og 23% hos subeliten symptomer på en spiseforstyrrelse målt med SCOFF. Målt med EDE-Q havde 9% hos eliten og 12% hos subeliten symptomer.
- Hos kvinderne havde 53% af eliten og 49% af subeliten risiko for lav energitilgængelighed.
- Hos mændene havde 18% af eliten og 13% af subeliten risiko for lav energitilgængelighed.
- Atleter med høj risiko for spiseforstyrrelse havde flere symptomer på træningsafhængighed, depression, maveproblemer, søvnproblemer samt en dårligere restitution, og hos mændene havde flere lav libido.
- Den mest hyppige diagnose var uspecifik spiseforstyrrelse med restriktiv spising, angst for vægtøgning, kropsutilfredshed, overtræning og helbredsproblemer.
- De udløsende faktorer for en spiseforstyrrelse var atletiske og slanke kropsidealer, en negativ kropsoptagelse, en kropslig sammenligningskultur, vægtkriterier i sporten og kommentarer om krop og vægt.
- Regelmæssige sundhedstjek kan forebygge og opdage tegn på spiseforstyrrelser. SCOFF kan bruges til at screene større grupper. EDE-Q kan efterfølgende bruges til at undersøge typen og sværhedsgraden af en eventuel spiseforstyrrelse. LEAF-Q og LEAM-Q kan bruges til screening for symptomer på lav energitilgængelighed (RED-S).
- Atleterne efterspurgte bedre uddannelse af trænere, nedbrydning af tabuer og en tydelig beskrivelse af, hvordan man kan få adgang til hjælp.

Sammenfattende kan siges, at der er brug for mere oplysning om spiseforstyrrelser og tidlige indsatser, så forekomsten af spiseforstyrrelser og relaterede problematikker kan reduceres. Regelmæssig screening kan bidrage til tidlig identifikation af symptomer.

På baggrund af denne rapport anbefaler vi, at trænere uddannes i identifikation og håndtering af spiseforstyrrelser, og at der udvikles strategier og praksisser for, hvordan atleter med symptomer bedst hjælpes i og uden for idrætsmiljøet.

Desuden kan en ændring i såvel sportens som samfundets normer for vægt, krop og træning beskytte mod spiseforstyrrelser ved at fremhæve og hylde sunde kroppe frem for tynde kroppe, velernærede kroppe frem for underernærede kroppe samt velrestituerede kroppe frem for overtrænede kroppe. Dermed kan vi fremme en positiv kropsopfattelse og et mere balanceret og sundt forhold til mad.

REFERENCER

- Abbott, W., Brett, A., Brownlee, T. E., Hammond, K. M., Harper, L. D., Naughton, R. J., . . . Clifford, T. (2021). The prevalence of disordered eating in elite male and female soccer players. *Eat Weight Disord*, *26*(2), 491-498. doi:10.1007/s40519-020-00872-0
- American Psychiatric, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Areta, J. L., Taylor, H. L., & Koehler, K. (2021). Low energy availability: history, definition and evidence of its endocrine, metabolic and physiological effects in prospective studies in females and males. *Eur J Appl Physiol*, *121*(1), 1-21. doi:10.1007/s00421-020-04516-0
- Arthur-Cameselle, Sossin, K., & Quatromoni, P. (2017). A qualitative analysis of factors related to eating disorder onset in female collegiate athletes and non-athletes. *Eat Disord*, *25*(3), 199-215. doi:10.1080/10640266.2016.1258940
- Arthur-Cameselle, J. N., & Quatromoni, P. A. (2011). Factors Related to the Onset of Eating Disorders Reported by Female Collegiate Athletes. *The Sport Psychologist*, *25*(1), 1-17. doi:10.1123/tsp.25.1.1
- Bech, P., Rasmussen, N. A., Olsen, L. R., Noerholm, V., & Abildgaard, W. (2001). The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *Journal of Affective Disorders*, *66*(2-3), 159-164. doi:10.1016/s0165-0327(00)00309-8
- Berczik, K., Szabo, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urban, R., & Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Subst Use Misuse*, *47*(4), 403-417. doi:10.3109/10826084.2011.639120
- Bonci, C. M., Bonci, L. J., Granger, L. R., Johnson, C. L., Malina, R. M., Milne, L. W., . . . Vanderbunt, E. M. (2008). National athletic trainers' association position statement: preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes. *J Athl Train*, *43*(1), 80-108. doi:10.4085/1062-6050-43.1.80
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur J Sport Sci*, *13*(5), 499-508. doi:10.1080/17461391.2012.740504
- Burke, L. M., Lundy, B., Fahrenholtz, I. L., & Melin, A. K. (2018). Pitfalls of Conducting and Interpreting Estimates of Energy Availability in Free-Living Athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*, *28*(4), 350-363. doi:10.1123/ijsnem.2018-0142
- Byrne, S., & McLean, N. (2002). Elite athletes: Effects of the pressure to be thin. *Journal of Science and Medicine in Sport*, *5*(2), 80-94. doi:10.1016/s1440-2440(02)80029-9
- Børnerådet. (2016). *Hver fjerde pige i 9. klasse er i fare for at få en spiseforstyrrelse*.
- Carey, M., Kupeli, N., Knight, R., Troop, N. A., Jenkinson, P. M., & Preston, C. (2019). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and psychometric properties in U.K. females and males. *Psychol Assess*, *31*(7), 839-850. doi:10.1037/pas0000703
- Carson, T. L., Tournat, T., Sonnevill, K., Zernicke, R. F., & Karvonen-Gutierrez, C. (2021). Cultural and environmental associations with body image, diet and well-being in NCAA DI female distance runners: a qualitative analysis. *Br J Sports Med*, *55*(8), 433-437. doi:10.1136/bjsports-2020-102559

- Darcy, A. M., Hardy, K. K., Lock, J., Hill, K. B., & Peebles, R. (2013). The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among university men and women at different levels of athleticism. *Eat Behav*, *14*(3), 378-381. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.04.002
- de Bruin, A. P., Oudejans, R. R., Bakker, F. C., & Woertman, L. (2011). Contextual body image and athletes' disordered eating: the contribution of athletic body image to disordered eating in high performance women athletes. *Eur Eat Disord Rev*, *19*(3), 201-215. doi:10.1002/erv.1112
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994a). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*, *16*(4), 363-370. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7866415>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994b). *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*: APA PsycTests.
- Galmiche, M., Dechelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*, *109*(5), 1402-1413. doi:10.1093/ajcn/nqy342
- Godoy-Izquierdo, D., & Diaz, I. (2021). Inhabiting the Body(ies) in Female Soccer Players: The Protective Role of Positive Body Image. *Front Psychol*, *12*, 718836. doi:10.3389/fpsyg.2021.718836
- Hackney, A. C., Lane, A. R., Register-Mihalik, J., & O'Leary C, B. (2017). Endurance Exercise Training and Male Sexual Libido. *Med Sci Sports Exerc*, *49*(7), 1383-1388. doi:10.1249/MSS.0000000000001235
- Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2002). Exercise dependence: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, *3*(2), 89-123. doi:10.1016/s1469-0292(00)00015-7
- Heikura, I. A., Burke, L. M., Bergland, D., Uusitalo, A. L. T., Mero, A. A., & Stellingwerff, T. (2018). Impact of Energy Availability, Health, and Sex on Hemoglobin-Mass Responses Following Live-High-Train-High Altitude Training in Elite Female and Male Distance Athletes. *Int J Sports Physiol Perform*, *13*(8), 1090-1096. doi:10.1123/ijsp.2017-0547
- Heikura, I. A., Uusitalo, A. L. T., Stellingwerff, T., Bergland, D., Mero, A. A., & Burke, L. M. (2018). Low Energy Availability Is Difficult to Assess but Outcomes Have Large Impact on Bone Injury Rates in Elite Distance Athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*, *28*(4), 403-411. doi:10.1123/ijsnem.2017-0313
- Hew-Butler, T., Smith-Hale, V., Pollard-McGrandy, A., & VanSumeren, M. (2019). Of Mice and Men-The Physiology, Psychology, and Pathology of Overhydration. *Nutrients*, *11*(7). doi:10.3390/nu11071539
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, *29*(6), 336-339. doi:10.1097/YCO.0000000000000282
- Jederstrom, M., Agnafors, S., Ekegren, C., Fagher, K., Gauffin, H., Korhonen, L., . . . Timpka, T. (2021). Determinants of Sports Injury in Young Female Swedish Competitive Figure Skaters. *Front Sports Act Living*, *3*, 686019. doi:10.3389/fspor.2021.686019
- Joy, E., Kussman, A., & Nattiv, A. (2016). 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br J Sports Med*, *50*(3), 154-162. doi:10.1136/bjsports-2015-095735

- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*, *29*(6), 340-345. doi:10.1097/YCO.0000000000000278
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . National Comorbidity Survey, R. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, *289*(23), 3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095
- Koehler, K., Hoerner, N. R., Gibbs, J. C., Zinner, C., Braun, H., De Souza, M. J., & Schaenzer, W. (2016). Low energy availability in exercising men is associated with reduced leptin and insulin but not with changes in other metabolic hormones. *J Sports Sci*, *34*(20), 1921-1929. doi:10.1080/02640414.2016.1142109
- Lichtenstein, M. B., Christiansen, E., Elklit, A., Bilenberg, N., & Stoving, R. K. (2014). Exercise addiction: a study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Res*, *215*(2), 410-416. doi:10.1016/j.psychres.2013.11.010
- Lichtenstein, M. B., Hemmingsen, S. D., & Støving, R. K. (2017). Identification of eating disorder symptoms in Danish adolescents with the SCOFF questionnaire. *Nord J Psychiatry*, *71*(5), 340-347. doi:10.1080/08039488.2017.1300322
- Lichtenstein, M. B., Hinze, C. J., Emborg, B., Thomsen, F., & Hemmingsen, S. D. (2017). Compulsive exercise: links, risks and challenges faced. *Psychol Res Behav Manag*, *10*, 85-95. doi:10.2147/PRBM.S113093
- Lichtenstein, M. B., Johansen, K. K., Runge, E., Hansen, M. B., Holmberg, T. T., & Tarp, K. (2022). Behind the athletic body: a clinical interview study of identification of eating disorder symptoms and diagnoses in elite athletes. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, *8*(2). doi:10.1136/bmjsem-2021-001265
- Lichtenstein, M. B., & Melin, A. (2020). SPISEFORSTYRRELSER I DANSK ELITEIDRÆT – en afdækning af risikoen for spiseforstyrrelse, lav energitilgængelighed, træningsafhængighed og depression i 15 idrætsgrene.
- Logue, D. M., Madigan, S. M., Melin, A., Delahunt, E., Heinen, M., Donnell, S. M., & Corish, C. A. (2020). Low Energy Availability in Athletes 2020: An Updated Narrative Review of Prevalence, Risk, Within-Day Energy Balance, Knowledge, and Impact on Sports Performance. *Nutrients*, *12*(3). doi:10.3390/nu12030835
- Logue, D. M., Madigan, S. M., Melin, A., McDonnell, S. J., Delahunt, E., Heinen, M., & Corish, C. A. (2021). Self-reported reproductive health of athletic and recreationally active males in Ireland: potential health effects interfering with performance. *Eur J Sport Sci*, *21*(2), 275-284. doi:10.1080/17461391.2020.1748116
- Loucks, A. B. (2014). *Encyclopaedia of Sports Medicine: An IOC Medical Commission Publication: Sports Nutrition*. (2nd ed.): New York: John Wiley & Sons.
- Loucks, A. B., & Thuma, J. R. (2003). Luteinizing hormone pulsatility is disrupted at a threshold of energy availability in regularly menstruating women. *J Clin Endocrinol Metab*, *88*(1), 297-311. doi:10.1210/jc.2002-020369
- Lundy, B., Torstveit, M. K., Stenqvist, T. B., Burke, L. M., Garthe, I., Slater, G. J., . . . Melin, A. K. (2022). Screening for Low Energy Availability in Male Athletes: Attempted Validation of LEAM-Q. *Nutrients*, *14*(9). doi:10.3390/nu14091873

- Martinsen, M., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Med Sci Sports Exerc*, *45*(6), 1188-1197. doi:10.1249/MSS.0b013e318281a939
- Melin, A., Tornberg, A. B., Skouby, S., Faber, J., Ritz, C., Sjodin, A., & Sundgot-Borgen, J. (2014). The LEAF questionnaire: a screening tool for the identification of female athletes at risk for the female athlete triad. *Br J Sports Med*, *48*(7), 540-545. doi:10.1136/bjsports-2013-093240
- Melin, A., Tornberg, A. B., Skouby, S., Moller, S. S., Sundgot-Borgen, J., Faber, J., . . . Sjodin, A. (2015). Energy availability and the female athlete triad in elite endurance athletes. *Scand J Med Sci Sports*, *25*(5), 610-622. doi:10.1111/sms.12261
- Melin, A., Torstveit, M. K., Burke, L., Marks, S., & Sundgot-Borgen, J. (2014). Disordered eating and eating disorders in aquatic sports. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*, *24*(4), 450-459. doi:10.1123/ijnsnem.2014-0029
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(5), 551-567. doi:10.1016/s0005-7967(03)00161-x
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, *319*(7223), 1467-1468. doi:10.1136/bmj.319.7223.1467
- Mosewich, A. D., Vangool, A. B., Kowalski, K. C., & McHugh, T.-L. F. (2009). Exploring Women Track and Field Athletes' Meanings of Muscularity. *Journal of Applied Sport Psychology*, *21*(1), 99-115. doi:10.1080/10413200802575742
- Mountjoy, M., Sundgot-Borgen, J., Burke, L., Carter, S., Constantini, N., Lebrun, C., . . . Ljungqvist, A. (2014). The IOC consensus statement: beyond the Female Athlete Triad--Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). *Br J Sports Med*, *48*(7), 491-497. doi:10.1136/bjsports-2014-093502
- Mountjoy, M., Sundgot-Borgen, J. K., Burke, L. M., Ackerman, K. E., Blauwet, C., Constantini, N., . . . Budgett, R. (2018). IOC consensus statement on relative energy deficiency in sport (RED-S): 2018 update. *Br J Sports Med*, *52*(11), 687-697. doi:10.1136/bjsports-2018-099193
- Muros, J. J., Avila-Alche, A., Knox, E., & Zabala, M. (2020). Likelihood of suffering from an eating disorder in a sample of Spanish cyclists and triathletes. *J Eat Disord*, *8*(1), 70. doi:10.1186/s40337-020-00350-z
- Müller, A., Loeber, S., Sochtig, J., Te Wildt, B., & De Zwaan, M. (2015). Risk for exercise dependence, eating disorder pathology, alcohol use disorder and addictive behaviors among clients of fitness centers. *J Behav Addict*, *4*(4), 273-280. doi:10.1556/2006.4.2015.044
- National Eating Disorders Association.). *Coach and Trainer Toolkit*.
- Pelaez-Fernandez, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, *25*(1), 107-114. doi:10.7334/psicothema2012.18
- Petisco-Rodriguez, C., Sanchez-Sanchez, L. C., Fernandez-Garcia, R., Sanchez-Sanchez, J., & Garcia-Montes, J. M. (2020). Disordered Eating Attitudes, Anxiety, Self-Esteem and

Perfectionism in Young Athletes and Non-Athletes. *Int J Environ Res Public Health*, 17(18). doi:10.3390/ijerph17186754

- Prather, H., Hunt, D., McKeon, K., Simpson, S., Meyer, E. B., Yemm, T., & Brophy, R. (2016). Are Elite Female Soccer Athletes at Risk for Disordered Eating Attitudes, Menstrual Dysfunction, and Stress Fractures? *PM R*, 8(3), 208-213. doi:10.1016/j.pmrj.2015.07.003
- Pustivsek, S., Hadzic, V., & Dervisevic, E. (2015). Risk Factors for Eating Disorders among Male Adolescent Athletes. *Zdr Varst*, 54(1), 58-65. doi:10.1515/sjph-2015-0008
- Rauh, M. J., Nichols, J. F., & Barrack, M. T. (2010). Relationships among injury and disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density in high school athletes: a prospective study. *J Athl Train*, 45(3), 243-252. doi:10.4085/1062-6050-45.3.243
- Riedlinger, C., Schmidt, G., Weiland, A., Stengel, A., Giel, K. E., Zipfel, S., . . . Mack, I. (2020). Which Symptoms, Complaints and Complications of the Gastrointestinal Tract Occur in Patients With Eating Disorders? A Systematic Review and Quantitative Analysis. *Front Psychiatry*, 11, 195. doi:10.3389/fpsy.2020.00195
- Rogers, M. A., Drew, M. K., Appaneal, R., Lovell, G., Lundy, B., Hughes, D., . . . Burke, L. M. (2021). The Utility of the Low Energy Availability in Females Questionnaire to Detect Markers Consistent With Low Energy Availability-Related Conditions in a Mixed-Sport Cohort. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*, 31(5), 427-437. doi: DOI: 10.1123/ijsnem.2020-0233
- Schaefer, L. M., Smith, K. E., Leonard, R., Wetterneck, C., Smith, B., Farrell, N., . . . Thompson, J. K. (2018). Identifying a male clinical cutoff on the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). *Int J Eat Disord*, 51(12), 1357-1360. doi:10.1002/eat.22972
- Scovell, J. M., Ramasamy, R., Wilken, N., Kovac, J. R., & Lipshultz, L. I. (2015). Hypogonadal symptoms in young men are associated with a serum total testosterone threshold of 400 ng/dL. *BJU Int*, 116(1), 142-146. doi:10.1111/bju.12970
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 27(4), 371-380. doi:10.1002/(sici)1098-108x(200005)27:4<371::aid-eat1>3.0.co;2-y
- Stellingwerff, T. (2018). Case Study: Body Composition Periodization in an Olympic-Level Female Middle-Distance Runner Over a 9-Year Career. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*, 28(4), 428-433. doi:10.1123/ijsnem.2017-0312
- Stirling, A. E., Cruz, L. C., & Kerr, G. A. (2012). Influence of Retirement on Body Satisfaction and Weight Control Behaviors: Perceptions of Elite Rhythmic Gymnasts. *Journal of Applied Sport Psychology*, 24(2), 129-143. doi:10.1080/10413200.2011.603718
- Stoyel, H., Delderfield, R., Shanmuganathan-Felton, V., Stoyel, A., & Serpell, L. (2021). A Qualitative Exploration of Sport and Social Pressures on Elite Athletes in Relation to Disordered Eating. *Front Psychol*, 12, 633490. doi:10.3389/fpsyg.2021.633490
- Stranberg, M., Slager, E., Spital, D., Coia, C., & Quatromoni, P. A. (2020). Athlete-Specific Treatment for Eating Disorders: Initial Findings from the Walden GOALS Program. *J Acad Nutr Diet*, 120(2), 183-192. doi:10.1016/j.jand.2019.07.019
- Sundgot-Borgen, J., Meyer, N. L., Lohman, T. G., Ackland, T. R., Maughan, R. J., Stewart, A. D., & Muller, W. (2013). How to minimise the health risks to athletes who compete in weight-sensitive sports review and position statement on behalf of the Ad Hoc Research Working Group on Body Composition, Health and Performance, under the auspices of the IOC

- Medical Commission. *Br J Sports Med*, 47(16), 1012-1022. doi:10.1136/bjsports-2013-092966
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clin J Sport Med*, 14(1), 25-32. doi:10.1097/00042752-200401000-00005
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2007). The female football player, disordered eating, menstrual function and bone health. *Br J Sports Med*, 41 Suppl 1, i68-72. doi:10.1136/bjism.2007.038018
- Sunn idrett. (2016). Når skal vi si stopp? Retningslinjer for trenings- og konkurranserestriksjon. In.
- Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2004). The Exercise Addiction Inventory: A New Brief Screening Tool. *Addiction Research & Theory*, 12(5), 489-499. doi:10.1080/16066350310001637363
- Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2020). The Exercise Addiction Inventory: A New Brief Screening Tool. *Addiction Research & Theory*, 12(5), 489-499. doi:10.1080/16066350310001637363
- Thein-Nissenbaum, J. M., Rauh, M. J., Carr, K. E., Loud, K. J., & McGuine, T. A. (2012). Menstrual irregularity and musculoskeletal injury in female high school athletes. *J Athl Train*, 47(1), 74-82. doi:10.4085/1062-6050-47.1.74
- Vela, D. B., Marin, A. L. V., Bonfanti, N., & Martinez, J. L. L. (2021). Prevalence of eating disorders on male team sports players. *BMJ Open Sport Exerc Med*, 7(4), e001161. doi:10.1136/bmjsem-2021-001161
- Voderholzer, U., Hessler-Kaufmann, J. B., Lustig, L., & Lage, D. (2019). Comparing severity and qualitative facets of depression between eating disorders and depressive disorders: Analysis of routine data. *J Affect Disord*, 257, 758-764. doi:10.1016/j.jad.2019.06.029
- Wells, K. R., Jeacocke, N. A., Appaneal, R., Smith, H. D., Vlahovich, N., Burke, L. M., & Hughes, D. (2020). The Australian Institute of Sport (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport. *Br J Sports Med*, 54(21), 1247-1258. doi:10.1136/bjsports-2019-101813
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>.

APPENDIX: Interviewguide

Eating Disorder Examination Interview tilpasset ICD-10

Til interviewer

Formålet med interviewet er at bekræfte eller afkræfte diagnostiske kriterier på anoreksi, bulimi, BED eller uspecifik spiseforstyrrelse. Der inviteres atleter med høj og lav score på EDE-Q og SCOFF.

Det væsentlige er at afgøre, om tanker og handlinger knyttet til spisning, krop og vægt påvirker livsudfoldelsen eller livskvaliteten. Er symptomerne hæmmende, skadende, belastende eller stressende?

Du skal ikke stille en diagnose, når du interviewer. Du skal blot samle information, så der efterfølgende kan tages stilling til, om atleten opfylder kriterierne for en diagnose eller ej.

TEMA	SIG HØJT TIL ATLETEN	SKRIV SVAR HER
Introduktion	<p><i>Velkommen til dette interview, og tak fordi du vil stille op. Interviewet handler om dine spisevaner og dit forhold til krop, vægt og træning.</i></p> <p><i>Vi har ca. halvanden time sammen, hvor jeg vil stille dig en række spørgsmål, som jeg vil bede dig svare så ærligt og præcist på som muligt.</i></p> <p><i>Jeg skal følge denne guide, så jeg kommer til at sidde med papirerne fremme. Nogle af spørgsmålene kan virke meget personlige, og du bestemmer selv, om du vil svare eller ej. Du vil nok også opleve, at nogle af spørgsmålene slet ikke passer på dig, men jeg skal stille dem alligevel.</i></p> <p><i>Hvis du får brug for en pause, må du endelig sige til.</i></p> <p><i>Dine svar vil blive brugt til forskning, så vi kan undersøge, om vores spørgeskema kan bruges til at finde atleter med symptomer på en spiseforstyrrelse samt personer uden symptomer.</i></p> <p><i>Hvis du er <u>under 18 år</u>, og vi bliver meget bekymrede for dit helbred, har vi pligt til at underrette kommunen, og vi vil bede dig orientere dine forældre og tage kontakt til egen læge. Vi kan udarbejde en kort skriftlig sammenfatning af denne undersøgelse.</i></p> <p><i>Har du nogen spørgsmål til interviewet, og det videre forløb? Ellers sig til.</i></p>	

Samtykke	<i>Vil du give mundtligt samtykke til, at vi bruger dine svar til forskning? Dato og navn:</i>	
	<i>Hvis du ønsker at komme i betragtning til efterfølgende undersøgelser, hvor vi tester din fedtprocent, muskelmasse og knoglestyrke, bedes du underskrive her med dato og navn:</i>	
	<i>Inden vi går i gang, vil jeg bede dig oplyse din højde og vægt:</i>	
	<i>Til at begynde med vil jeg gerne have et overordnet billede af dine spisevaner i løbet af de sidste 4 uger. Hvordan har dit typiske spisemønster været? (Spiser du regelmæssigt og varieret fx morgenmad, frokost, aftensmad og mellemmåltider? Springer du måltider over?)</i>	
	<i>Har dine spisevaner ændret sig meget fra dag til dag? Har hverdagene været forskellige fra weekenderne? Har der været nogen dage, hvor du ingenting har spist?</i>	
	<i>Hvad med de sidste 2 måneder? Var dine spisevaner de samme eller var de anderledes?</i>	
Begrænsning i spisning	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger bevidst forsøgt at begrænse den samlede mængde mad du spiser, uanset om det er lykkedes for dig eller ej? Hvad har du forsøgt at gøre?</i>	
	<i>Nogle mennesker prøver bevidst at begrænse hvad de spiser af en anden årsag – for at få en følelse af kontrol – af at have kontrol i almindelighed.</i>	
	<i>Har det i de sidste 4 uger været sådan for dig?</i>	
Undlader at spise	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger haft perioder på 8 eller flere vågne timer uden at spise noget som helst?</i>	
	<i>Har det været for at påvirke din kropsform eller vægt?</i>	
Undgår specifikke madvarer	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger forsøgt at undgå at spise noget bestemt mad, som du kan lide, uanset om det lykkedes eller ej?</i>	
	<i>Har det været for at påvirke din figur eller vægt?</i>	

	<i>Hvilken type mad har det været?</i>	
Kostregler	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger forsøgt at følge visse bestemte regler med hensyn til din spisning? F.eks. en fast kaloriegrænse, en forud fastsat mængde mad, eller har du haft regler om, hvad du skulle – eller ikke skulle – spise, eller hvornår du skulle spise?</i>	
	<i>Hvad har du prøvet at opnå?</i>	
	<i>Har der været lejligheder, hvor du har været opmærksom på, at du har brudt en kostregel, du har opstillet for dig selv?</i>	
	<i>Har de været udformet for at påvirke din kropsform eller vægt eller for at undgå en overspisningsepisode?</i>	
	<i>Er kostreglerne stressende for dig og begrænser de dit liv?</i>	
Overoptaget af mad, spisning eller kalorier	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger brugt meget tid mellem måltiderne på at tænke på mad, spisning eller kalorier?</i>	
	<i>Har det at tænke på mad, spisning, eller kalorier forstyrret din evne til at koncentrere dig om ting, som du er aktivt engageret i, for eksempel arbejde, følge en samtale eller at læse?</i>	
Frygt for at miste kontrol over spisning	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger været bange for at miste kontrollen over at spise? F.eks. frygtet at overspise? Kan du uddybe det?</i>	
Episoder med overspisning	<i>Jeg vil gerne spørge dig om episoder med overspisning eller tab af kontrol over spisningen i løbet af de sidste 4 uger. Jeg vil gerne have dig til at beskrive de tidspunkter, hvor du har følt, at du har spist for meget.</i>	
	<i>Havde du en følelse af kontroltab på det tidspunkt? Kunne du ikke stoppe igen, selvom du var mæt? Oplevede du skam og skyld i forbindelse med overspisningen?</i>	
	<i>Hvor mange gange om ugen har du overspisninger, hvor mister kontrollen over maden? Igennem de sidste 3 mdr.</i>	
Skyldfølelse ved at spise	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger haft skyldfølelse, efter du har spist, hvis du ser bort fra de gange hvor du evt. har overspist?</i>	

	<i>Har du følt, at har du gjort noget forkert? Hvorfor?</i>	
	<i>Efter hvor mange måltider har du haft skyldfølelse</i>	
Selvfrekaldt opkastning	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger fremkaldt opkastning for at kontrollere din vægt eller figur?</i>	
	<i>Hvis du ser bort fra ... (henvis til objektive og subjektive bulimiske episoder), har du så i løbet af de sidste 4 uger fremkaldt opkastning for at kontrollere din figur eller vægt?</i>	
Laksantia misbrug	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger taget afføringsmidler for at kontrollere din figur eller vægt?</i> <i>Hvilke typer og hvor ofte?</i>	
Diuretika misbrug	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger taget vanddrivende midler for at kontrollere din figur eller vægt?</i> <i>Hvilke typer og hvor ofte?</i>	
Tvangsmotion	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger motioneret for at kontrollere din vægt, ændre din figur eller fedtmængde eller for at forbrænde kalorier?</i>	
	<i>Har du følt dig drevet eller tvunget til at motionere?</i>	
	<i>Hvilken form for motion har du som regel lavet?</i> <i>Hvor hårdt har du motioneret?</i> <i>Har du presset dig selv?</i>	
	<i>Træner du mere, end din træner anbefaler?</i>	
	<i>Hvordan ville du få det, hvis du ikke kunne træne?</i>	
	<i>Træner du på trods af smerter og skader?</i>	
	<i>Har du tænkt mere over din spisning og reguleret i dit adfærd omkring spisning, når du har været skadet og/eller ikke kunnet træne som normalt?</i>	
Utilfredshed med vægt	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger været utilfreds med eller ked af din vægt (tallet på vægten)?</i>	
	<i>Hvorfor har du været utilfreds med din vægt?</i>	

Stærkt ønske om vægttab	<p>Har du i løbet af de sidste 4 uger ønsket at veje mindre (igen tænker jeg på tallet på vægten)?</p> <p>Har du haft et stærkt ønske om at tabe dig?</p>	
Ønsket vægt	Hvad har du i gennemsnit ønsket at veje igennem de seneste 4 uger?	
	Hvor ofte har du vejet dig selv igennem de seneste 4 uger?	
Reaktion ved ordineret vejning	Hvordan ville du have haft det i de sidste 4 uger, hvis du var blevet bedt om at veje dig selv en gang om ugen i de følgende 4 uger - kun en gang om ugen, hverken mere eller mindre?	
Utilfredshed med kroppen	Har du i løbet af de sidste 4 uger været utilfreds med eller ked af din krop? Hvordan har det været?	
	Hvorfor har du været utilfreds med din krop? Har du været så utilfreds, at det har gjort dig ulykkelig? Hvor længe har denne følelse været?	
Overoptaget af krop og vægt	Har du i løbet af de sidste 4 uger brugt meget tid på at tænke på din figur eller vægt?	
	Har det at tænke på din figur eller vægt forstyrret din evne til at koncentrere dig om ting du er i gang med, f.eks. arbejde, følge en samtale eller læse? Hvad har det påvirket?	
Angst for vægtstigning	<p>Har du i løbet af de sidste 4 uger været bange for, at du ville tage på?</p> <p>Har du frygtet dette, hvis du har været skadet eller trænet mindre, end du plejer?</p> <p>For personer, som har taget på i vægt for nylig, kan der omformuleres: Har du været bange for, at du måske ville tage mere på?</p> <p>Hvor meget har du frygtet det?</p>	
Ubehag ved at se sin krop	Har du i løbet af de sidste 4 uger følt ubehag ved at se på din krop for eksempel i spejlet, i butiksvinduer, mens du har klædt dig af, eller mens du har badet?	
	Hvordan har du haft det de gange? Har du undgået at se på din krop?	
Undgår at vise sig frem	Har du i løbet af de sidste 4 uger følt dig forlegen, ved andre skulle se din krop, for eksempel i offentlige omklædningsrum, når du svømmer, eller når du har tøj på, der viser din figur? Hvad med din partner eller dine venner, der ser din krop?	

	<i>Hvad har du følt når det er sket?</i>	
	<i>Har du undgået at andre så din krop? Har du valgt at have tøj på, der skjuler din figur?</i>	
Følelse af at være fed	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger "følt dig fed"?</i>	
	<i>Har du, i løbet af de sidste 4 uger, oplevet, at bestemte dele af din krop føltes fed?</i>	
Overvågning af krop	<i>Har du, i løbet af de sidste 4 uger holdt aktivt øje med din krop f.eks. ved at studere dig selv i spejlet, ved at måle din krop eller ved gentagne gange at tjekke om noget bestemt tøj passer?</i>	
Kropssammensætning	<i>Har du i løbet af de sidste 4 uger tænkt på den faktiske sammensætning af din krop dvs. procenten af fedt sammenlignet med muskler?</i>	
	<i>Hvor bekymret har du været omkring sammensætningen af din krop?</i>	
Fastholdelse af lav vægt	<i>Har du i løbet af de sidste 3 måneder forsøgt at tabe dig?</i>	
	<i>Hvis nej: Har du prøvet at sikre dig, at du ikke tog på i vægt?</i>	
Menstruation	<i>Har du oplevet fravær af menstruationen i de sidste måneder? Hvor mange gange har du haft menstruation?</i>	
	<i>Tager du en eller anden form for P-piller?</i>	

Supplerende spørgsmål fra Team DK til atleter med symptomer på spiseforstyrrelse. Disse spørgsmål kan stilles i forbindelse med det diagnostiske interview eller ved den mundtlige tilbagemelding.

Udløsende faktorer	<p><i>Hvis du tænker tilbage på den tid, hvor dine symptomer startede, var der specifikke omstændigheder/årsager/ting i dit liv, som har haft betydning for dit forøgede fokus på vægt, mad og kropsbillede?</i></p> <p><i>I dit familieliv</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>○ I dit sociale liv</i> <i>○ I din sport</i> 	
---------------------------	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ I dit skoleliv? ○ I dit job? ○ Andet? 	
	Hvad skete der, som påvirkede dig?	
	<p>Hvis du tænker tilbage på dit liv, er der specifikke personer, som har haft betydning for dit forøgede fokus på vægt, mad og kropsbillede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ I dit familieliv ○ I dit sociale liv ○ I din sport ○ I dit skoleliv? ○ I dit job? ○ Andet? <p>Hvad gjorde eller sagde den person/de personer, som påvirkede dig?</p>	
Vedligehold ende faktorer	<p>Er der nogle faktorer i dag, som fastholder dig i dit øget fokus på vægt, mad og kropsbillede? Hvis ja hvilke?</p> <p>Hvad tror du selv fastholder dig i dit forøgede fokus på vægt, mad og kropsbillede?</p>	
Motivation for at søge om hjælp	<p>Har du tidligere søgt om hjælp? Hvis ja hvor og hvordan?</p> <p>Føler du dig i dag motiveret til at søge om hjælp eller modsat undgår du det?</p> <p>Hvad er det, som motiverer dig til at søge om hjælp eller modsat undgå at søge om hjælp?</p>	

<p>Muligheder for bedring</p>	<p><i>Hvad tror du skulle ændres i dit liv for at dit fokus på vægt, mad, kropsbillede også ville ændres?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>I dit familieliv</i> • <i>I dit sociale liv</i> • <i>I din sport</i> • <i>I dit skoleliv?</i> • <i>I dit job?</i> <p><i>Andet? På hvilke områder i dit liv savner du støtte for muligvis at kunne få det bedre?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>I dit familieliv</i> ○ <i>I dit sociale liv</i> ○ <i>I din sport</i> ○ <i>I dit skoleliv?</i> ○ <i>I dit job?</i> ○ <i>Andet?</i> <p><i>På hvilke områder i dit liv har du brug for særlig støtte for muligvis at kunne få det bedre?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>I dit familieliv</i> ○ <i>I dit sociale liv</i> ○ <i>I din sport</i> ○ <i>I dit skoleliv?</i> ○ <i>I dit job?</i> ○ <i>Andet?</i> 	
--------------------------------------	--	--