



スポーツにおける摂食障害

ハイパフォーマンスアスリートの援助をする方々のためのガイドライン
フレームワーク

UKスポーツ

監訳者より

これは、英国政府が援助するスポーツ競技者のための組織 UK Sport <http://www.uk sport.gov.uk/>が発行した、Eating Disorders in Sport（スポーツにおける摂食障害）<http://www.uk sport.gov.uk/resources/eating-disorders-in-sport>を UK Sport の許可を得て翻訳したものである。注にも示した通り、医療制度等の違いにより、日本ではそのまま活用するのは難しい部分もあるが、早期発見のために知っておくべき症状などは共通である。また、このガイドラインは「ハイパフォーマンスアスリート」向けというタイトルではあるが、内容的には、エリートアスリートだけではなく、どのようなレベルの競技者であっても注意すべきことについて多くの記載がある。日本においてスポーツの指導に関わる方々にも、このガイドラインの内容を知っていただき、現場での予防、早期発見、治療サポートにぜひ活用していただきたい。

監訳者 西園マーハ文（日本摂食障害協会）

目次

1. 主要なサマリー
2. 摂食障害とスポーツ
 - 2.1 摂食障害の有病率
3. 摂食のパターンの特徴と臨床症候群
 - 3.1 摂食障害に気づくには
 - 3.2 乱れた摂食、女子アスリート三主徴、アスリート拒食症を発見するには
 - 3.3 リスク要因
 - 3.4 身体障害のあるアスリート
4. 摂食障害のスクリーニング
5. 栄養 - 良い実践
 - 5.1 理想の食事を達成するには
 - 5.2 要約
6. 良い実践 - ハイパフォーマンスアスリートを援助する人々のためのストラテジー
 - 6.1 予防そしてリスクを最小限にすること
 - 6.2 アスリートにアプローチするには
7. 競技に最適な体重
8. 競技用体重に合わせるには
 - 8.1 ストラテジー（戦略）
9. エビデンスに基づく治療、NHSの活用、治療者へのアクセス
10. プロフェッショナルな力量とサポート・チーム
11. 治療中・リハビリ中にトレーニングと競技に戻るには
12. 医学的理由による選考落ち・チームからの除外
13. 付録
 - i. 参考文献リストと、サポートが得られる場所
 - ii. SCOFF スクリーニング質問紙
 - iii. 併存症状と、摂食障害以外の診断
 - iv. 初期の一般的な医学的検査
 - v. 用語集
 - vi. 摂食障害の身体合併症

01 主要なサマリー

01 主要なサマリー

摂食障害は、複雑、また深刻で、多面的な疾患です。スポーツ関連で起きるか否かには関係なく、当事者の健康に深刻に影響し、時には命にかかわることもあります。

問題が複雑な場合、簡単な解決策はめったになく、なぜこうなったかという説明を簡単にできることもまずありません。しかし、問題が進行するリスクを減らすための手段をアスリートのサポートに組み入れていくことは可能です。これらについては、コーチングの取り組み、栄養上のアドバイス、競技用体重に合わせることに関連するセクションで主に説明されています（セクション5、6、7、8）。

注意深いスポーツのプロならば、本格的に障害が進行してしまう前に、おそらくは初期段階で摂食障害の可能性に気がつけるはずですが、すべての関係者は、摂食障害の主要な特徴について理解を深め、気をつけるべきことは何かを理解しておく必要があります。特に、セクション3と4を参照してください。

スポーツ関係者は、アスリートが治療を受けることを後押しする上でも重要な役割を果たします。スポーツ関係者が治療に直接的に関わることは、ほとんどあるいは全くないと思いますが、トレーニングや競技ができないほど症状の重いアスリートの場合、トレーニングと競技プログラムを適度なものに調整するために、また、回復期にスポーツに戻るために、サポートを必要とする可能性が高いです。これらのトピックは、セクション9、10、11で触れています。

これから述べることは、「やらなくてはいけないこと」が網羅されたリストではなく、全ての状況に対応するマニュアルでもありません。UKスポーツは、摂食障害がスポーツの世界でなぜ問題になり得るのか、摂食障害が発展するリスクを、良い実践によってどれだけ減らせるのか、問題が初期段階でどのように発見できるか、そして、問題が発見されたときに何ができるかについて、理解の助けになるための文書を作成するよう努めました。この文書は、ハイパフォーマンススポーツにおける摂食障害の分野の一つの情報源として、また、予防・発見・リスクマネジメントのためのガイドラインとして読んでいただきたいと思います。

UKスポーツは、この文書が有益であることを願っています。

02 摂食障害とスポーツ

02 摂食障害とスポーツ

エリート・アスリートは、一般の人々からは、「健康的」と見られています。しかし、一部のアスリートの摂食行動は、不健康（乱れた食行動）なこともあり、拒食症や過食症などの明らかな病理が見られることもあります（これらの症状の詳しい説明については、セクション2を参照のこと）。

ほとんどのアスリートは、食事も含めて、トレーニング・プログラムに従っており、それが健康とパフォーマンスを支えています。中には、体重コントロールに苦勞するアスリートもいます。アスリートの中には、トレーニングをする時にはある体重で行い、競技の際には、別の体重、多くの場合は、より低い体重で競技に挑むという形を好むことがあります。ほとんどの場合、そういったアスリートは栄養士と相談の上（そうすることが好ましいのですが）、安全に体重を減らすことができます。誰にも相談しない食事法を行ったり、過度なトレーニング・プログラムを行うアスリートの場合は、不規則な食事パターンを發展させてしまうリスクが大きく、その場合、それが拒食症や過食症などの摂食障害につながる可能性があります。

拒食症については1800年代から存在が知られていましたが、過食症については、1980年代初期までは、メンタルヘルスの専門家を含め、ほとんどの人が漠然とした理解しかしていませんでした。スポーツにおける摂食障害については、さらに論じられる機会が少なく、「あんなに細くては勝てない」アスリートや「良く動いているかもしれないが脆い」アスリートがいることには気がついていても、これらのアスリートに対して何かがなされることはほとんどありませんでした。当時は、やせていて、しかも一定の体格をしていなければスポーツで成功することはできないと信じられていました。アスリートやコーチによっては、体重を減らせば必ずパフォーマンスが改善すると信じている人もいました。体重をどのように減らすのがベストかについて、前の世代から次の世代へ伝承されてきたスポーツもあります。スポーツ科学のプログラムが發達する以前の段階では、スポーツのための最適体重や、スポーツのためのエネルギーや再補給を可能にするための栄養上の取り組みについて、ほとんど何も情報がありませんでした。

初期の研究報告によれば、有病率については、1%から50%と幅があり、また、ハイパフォーマンスアスリートについて焦点をあてた研究はあまりありませんでした。エリートのアスリートに関する、大規模で研究デザインも優れた最新の研究によれば、摂食障害の全般的な有病率はアスリート以外よりも高いことを發見しました（13.5%）。女子アスリートの場合、有病率が特に高いですが（20.1%）、男子アスリートの有病率7.7%も、アスリートではない一般男子に比べると、非常に高くなっています。

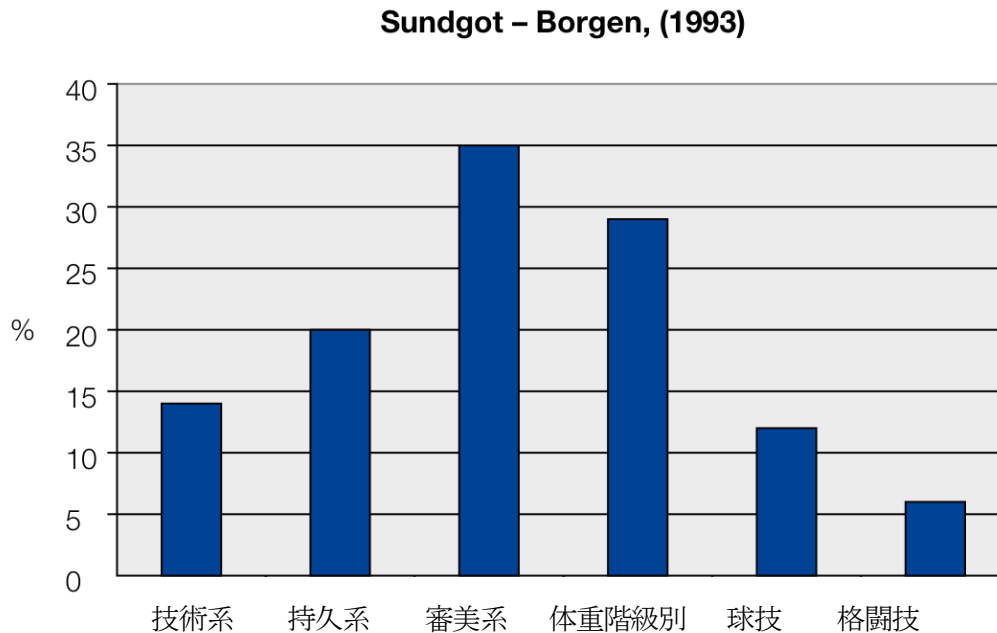
2.1 摂食障害の有病率

リスクの高いスポーツと特定されたものには、次のスポーツがあります。

水泳
ランニング競技（陸上、クロスカントリー）
体操
ダイビング
シンクロナイズド・スイミング
レスリング
柔道
軽量級ボート競技

2001年の英国の長距離ランナーの研究によると、184人の女子アスリートのうち、29人（16%）に摂食障害がありました。そのうち、3.8%が拒食症、1.1%が過食症、10%がより軽いサブクリニカル（診断基準は満たさないが症状がある状態）もしくはEDNOS（特定不能の摂食障害、注1参照）でした。

有病率が増えるかどうかによって、スポーツを分類した研究もあります。たとえば、審美性を追求する体操や、柔道において競技するためには一定の体重カテゴリーにいる必要があったり、あるいは、体重とパフォーマンスが密接に関わる、ランニング競技のような持久性のスポーツなどの場合です（下記のグラフ参照）。



アスリートは、摂食障害になるリスクがあり、実際に摂食障害になることもあるのです。男子にもそのリスクはあります。有病率は女子の場合より低いとはいえ、問題であることには違いはありません。

参考文献

1. Sundgot-Borgen and Torstveit. Clin J Sport Med, 2004; 14(1):25-31
2. Sundgot-Borgen. Med Sci Sports Exerc. 1994; 26(4):414-419
3. Hulley & Hill. Int J Eat Disord. 2001; 30(3):312-7

03 摂食パターンの特徴と臨床症候群

03 摂食のパターンの特徴と臨床症状

エリートスポーツパフォーマーの、普段の食事に対する配慮や習慣は、アスリートではない人たちには、普通には見えなかったり、極端に映ることもあります。でも、ほとんどの場合は、これらの食習慣は、パフォーマンスを強化する意味で機能的であり、成果をもたらすものです。しかし、普通よりさらに逸脱したり、さらに極端な食事への態度や行動が見られると、有害な食事法に陥りがちで、その結果、それが、摂食障害（例えば、拒食症、アスリート拒食症、女子アスリート三主徴、あるいは過食症）を本格的に発症させる可能性を大いに増やしてしまいます。

アスリートにとって通常の範囲の配慮

- * 食事と体重に関して細かく注意を払うこと
- * 目標があること

- 目的は、パフォーマンスの強化
- 制限することより、十分な摂取に力点があること
- スポーツのキャリア終了時には、普通の食事に戻す可能性が高いこと

乱れた摂食

*有害になり得る体重コントロールの手段を取る

- 過度な運動
- 極端だったり、制限的だったり、食に関する過剰なこだわりがあること
- 自己誘発性嘔吐
- 下剤、利尿薬、浣腸、ダイエット薬や、精神刺激剤を使用すること

拒食症 - 主要な症状 (注1参照)

*期待される体重の85%以下

*太ることや体重増加への極度の恐怖心 (標準以下の体重であっても)

*ボディイメージの障害

*無月経

過食症 - 主要な症状 (注1参照)

*繰り返すむちゃ食い (過剰な量とコントロールの欠如)

*体重を減らすための排出行動 (あるいは絶食や過度の運動) 少なくとも週に2回、3ヶ月間

*自己評価や自尊感情が体重や体型に過度に影響されている

特定不能の摂食障害 (EDNOS) (注1参照)

*特定の摂食障害の臨床基準の一部もしくはほとんどに合致

*しかし、特定の摂食障害の基準の全てには合致しない

アスリート拒食症

*やせていても、体重増加への恐怖心がある

- 期待される体重の95%以下 (筋肉の発達があるため、通常の拒食症の基準点の85%よりも体重は多い)
- ボディイメージの歪み

*カロリーの摂取制限

- しばしばむちゃ食いにより、破られる

*過度な、あるいは強迫的な運動

- 他の病的な体重コントロールの手段と併用

*月経不順

- 第二性徴の発達が遅れることもある

*胃腸の不調

女子アスリート三主徴 (注2参照)

*乱れた摂食 (上記の定義参照)

*稀発月経もしくは無月経 (月経の回数が少なくなるか、全くなくなること)

*骨粗鬆症 (もしくは骨減少症)

3.1 摂食障害に気づくには

拒食症

拒食症の心理は、やせたいという欲求と太ることへの極端な恐怖心が特徴です。拒食症患者は、体重を減らすために、食べ物の摂取を制限したり、過度に運動したりします。

拒食症は、単に体重が減ったということだけではなく、太ることへの恐怖、ボディーイメージの歪み、体重減少のための極端な行動などが同時に見られることにより、診断が可能となります。

身体的徴候

- * 大人の場合、深刻な体重減少、子どもの場合、身長・成長・体重増加の停止
- * めまいや失神
- * 胃が張る、顔が腫れる、足首が腫れる
- * 身体にうぶ毛が生える
- * 血の巡りが悪く、常に寒く感じる
- * ガサガサの乾燥肌で、肌の色も悪くなる
- * 月経間隔の異常（女子）、性欲減退（男子）
- * 骨量の減少、ひいては骨粗鬆症
- * 回復中には、髪の毛の減少

心理的徴候

- * 体重増加への極度の恐怖
- * 体型や体重に対する歪んだ考え方
- * 問題があることを認めない
- * 性格に変化があり、気分変調が見られる
- * パフォーマンスの改善に強迫的にとられ、非現実的に高い水準を設定する

行動的徴候

- * 食事に関する儀式的行動があり、食べ物を細かく切ったり、皿の上であちこち動かしたりする
- * 他の人と食事することを拒む
- * 秘密主義
- * 落ち着きがなく、過度の活動
- * だぶだぶの大きな服を着る
- * 嘔吐する、下剤を使う
- * 運動のしすぎ—コーチがそのスポーツのために勧める以上の運動をする

過食症

過食症患者には、完璧な体の追求、身体のサイズに対する過剰が見られます。食事制限、むちゃ食い、下剤・嘔吐・利尿剤などによる排出行動というサイクルがあります。過食症は、どのような体重のアスリートにも起こり得るので、過食症を発見するのは難しいかもしれません。

身体的徴候

- * 頻繁な体重変化
- * 自己誘発性嘔吐
- * 過剰な嘔吐による、喉の痛み、虫歯、吐きだこ
- * 唾液腺腫脹により、顔が丸くなる
- * 常に脱水状態（唾液が少ない）
- * 肌の状態が悪い
- * 月経間隔の異常（女子）
- * 筋肉がつる、脱力感がある、疲労感がある

心理的徴候

- *莫大な量の食べ物を食べたいという抑制できない欲求
- *食べ物のことが頭から離れない
- *体重・体格とパフォーマンスについて歪んだ考え方
- *感情的な行動、気分変動
- *心配、うつ、低い自己評価、恥、罪悪感
- *孤立していて、自分は無力で孤独と感じる

行動的徴候

- *食事の後に、頻繁にトイレに行く
- *むちゃ食いと嘔吐
- *下剤、利尿剤、浣腸の過剰な使用
- *絶食や極度なダイエットの時期がある
- *過剰な運動
- *秘密主義になり、他人と一緒にいることを嫌がる
- *食べ物を万引きしたり、食べ物に莫大な金額をかける
- *いつのまにか食べ物が消えている

3.2 乱れた摂食、女子アスリート三主徴、アスリート拒食症を発見するには

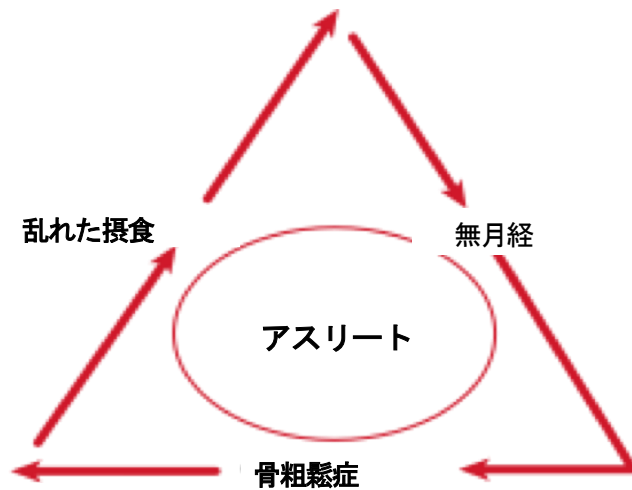
「アスリート拒食症」などの名前と呼ばれるアスリートの状況は、特定不能の摂食障害 EDNOS に分類されることもあります。（注1参照）明らかに問題があるにもかかわらず、拒食症や過食症の診断基準を全部満たしていないという場合です。例えば、月経が2回来ないというアスリートもいるでしょう。（拒食症の診断基準では、月経が3回ないことが必要です。注1参照）、あるいは、むちゃ食いと排出行動が週に1回だけしか起きていないかもしれません（つまり過食症と診断される基準に達していない状態です）。これらの症状は、拒食症や過食症と同じレベルの身体的、心理的、行動的兆候を示してはいないかもしれませんが、同じように深刻であり、無視されるべきものではありません。

乱れた摂食

乱れた摂食を伴うアスリートの場合には、過度の運動や、嘔吐、浣腸の使用などの行動的兆候に特に注意をしてください。

女子アスリートの三主徴（注2参照）

もしも女子アスリートが、この三つの症状のうち一つを示しているようであれば、他の二つの症状があるかどうかを確かめ、その結果として、そのアスリートが摂食障害があるかどうかを確認することが重要です。



アスリート拒食症

これは、「特定不能の摂食障害」という診断に当てはまることもあります。体重減少の基準は、スポーツ選手ということを考慮して、拒食症の場合より高いレベルで考えます。筋肉が発達していると、摂食障害の他の深刻な症状があったとしても、通常の拒食症の水準よりも多い体重になっていることがあるからです。

3.3 **リスク要因**

摂食障害は、通常、脆弱さをもたらす病前の要因と、発症のきっかけとなる出来事との複雑な相互作用により発生するものです。元々脆弱要因を持ったアスリートが、このようなリスク要因にさらされることにより、行動や感情の変化のきっかけになるようなマイナスな出来事を経験するとどうなるのでしょうか。いったん乱れた摂食のサイクルに入ってしまうと、体重減少や食事制限によって初期に一過性に得られる報酬体験、つまり、ほめられること、パフォーマンスの改善、コントロールできている感覚などが、ダイエット行動を続けさせ、また摂食障害を根付かせてしまう原因になります。

一般的な、脆弱因子

- * 体重と体型に関する心配
- * 食べ物に対する態度
- * 食事の制限
- * 対人関係やプレッシャー
- * 子どもの時のトラウマや不運な出来事
- * 生物学的／遺伝的要因

個人的な要因

- * 低い自己評価
- * 完璧主義
- * 強迫的な態度
- * 全てかゼロかで、中間のない考え方
- * 自己コントロール
- * 自己実現力
- * 自己犠牲の傾向
- * 目標志向

家族の影響

- *親のダイエットと肥満
- *親の食事に対する態度
- *家族関係
- *批判と高い期待
- *親の病気
- *離婚

スポーツに特定した要因

- *若い時からスポーツに特化したトレーニング
- *トレーニング量の増加
- *コーチをなくすこと
- *怪我／病気
- *スポーツ環境
- *勝ちたいという意思

ここにあげた要因の多くは、スポーツ上の好成績を推進するものでもあるところが難しいところではあります。

摂食障害発病の例

サリーは、長距離の選手です。彼女は、自分自身について良いイメージを持っておらず、彼女の体重は、身長、また、このスポーツで適切とされる範囲内にきっちり収まっているに関わらず、体重について心配していました。サリーは完璧主義者で、何に対しても、一番よくできるか、勝つことを求めています。

サリーは実家を出て、遠くの大学に入学しました。キャンパスの生活になかなか慣れることができず、ハッピーではありませんでした。サリーは自己流のダイエットを始めることを決心しました。最初のうちはうまく行きました。ランニングのパフォーマンスが改善し、また、贅肉の落ちた新しい外見は周囲からほめられました。この初期の成功により、さらにダイエットを続けました。

しかし、サリーの心の中にあるもやもやした気持ちは消えてはおらず、どんどん不幸せな気持ちが強くなりました。サリーはダイエットを追求する決意をさらに固くしました。体重減少がランニングを改善しているように思えることから、体重を減らすのが問題解決への道だとずっと思っていました。しかし、さらなる体重減少は、気分の低下を招き、それがさらに不幸せな気持ちを招き、自己評価を低くしてしまいました。サリーは、外見を良くし、パフォーマンスが良くなることでこれらを改善しようとするのですが、それは、さらなるダイエットをすることになりました。その結果として、今度はパフォーマンスが落ちることになり、サリーのみじめな気持ちを増してしまいました。

上記のサリーの例は、脆弱要因（これらの要因は必ずしも極端なものではありません）と、人生上の大きな出来事や自己流のダイエットなどといった、きっかけになる要因、そして、最初の成功感覚や大きくなり続ける不幸な気持ちといった、症状維持因子の間の相互作用を例示するものです。

3.4 **身体的障害のあるアスリート**

障害のあるアスリートも、摂食障害や乱れた摂食を発病することがあります。健常者のアスリートに関する医療関係者は、身長と体重の適したバランスや、どれぐらいのトレーニング中の体重と競技中の体重が最高のパフォーマンスを助けるかについて提案することができま

すが、身体障害のあるアスリートに関しての研究はほとんどなされていません。それぞれの異なった障害についての「標準」は、今のところ存在しないのです。

従って、身体障害のあるアスリートと関わるコーチには、初期の徴候、徴候やリスク要因についてよく知っておくことを求められています。それらは、さまざまなアスリート全員に共通するものだからです。

04 摂食障害のスクリーニング

04 摂食障害のスクリーニング

アスリートの多くは、摂食障害の問題を抱えていることを否定します。まわりの他の人全員にはその問題が見えていても、アスリート本人が自分に問題があることを認める気持ちにはなっておらず、助けを求める心の準備もないのです。

スクリーニングとアセスメントを助けるための質問紙は何種類も存在しますが、答える時に嘘をついて、質問紙の得点が事実と異なる場合もあることがわかっています。質問紙のうち、最もシンプルでかつ最も実地的なものの一つが、「SCOFF」テストです（注3参照）

SCOFF 質問紙

1	あなたは心地よい満足感を超えて食べてしまい、気分が悪くなったり吐いたりすることがありますか？
2	あなたは食べる量について、コントロールができてないと心配になりますか？
3	あなたは最近、3か月に6.4kgの体重減少がありましたか？
4	あなたは、他の人に痩せすぎだと言われても、自分が太っていると思っていますか？
5	食べ物があなたの生活を支配していると言えるでしょうか？

これらの質問に対して二つか三つ「はい」と答えるならば、あなたには摂食障害の可能性が 있습니다。ただし、この質問紙はただの指針でしかないことは注意しておいてください。もしも自分に摂食障害があると思うならば、かかりつけの医師、カウンセラー、摂食障害のヘルプラインなどからアドバイスを得ることが重要です。

出典

Morgan JF, Reed F, Lacey JH. The SCOFF Questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, December 1999;319:1467-1468.

二つか三つの質問に対して「はい」と答えることがテスト数値の基準と設定してあれば、SCOFFテストは、拒食症と過食症の両方の実際のケースをほぼ100%の率で見つけることができるほどに敏感です。この数値基準であれば、特異度も87.5%という許容範囲の高い率であり、偽陽性率は12.5%となります。従って、SCOFF質問紙は、これだけで正式の診断ができるというものではなく、スクリーニングのためのツールとして使われるべきです。

SCOFF質問紙は、スポーツ医師、スポーツ栄養士、スポーツや心理士により、ルーチンのスクリーニングの一部として使えます。SCOFFの結果、関係者が懸念を持ったり、アスリートが助けを求める場合には、臨床心理士や精神科医によるより詳しいアセスメントを行うとよいでしょう。

他のアセスメントのツールや質問紙

資格のある臨床家が、摂食障害のさらなるアセスメントを行い、問題を明確化し、どんな治療が必要とされるかを特定できるためには、多くのアセスメントのツールがあります。資格のある臨床家ならば、さまざまな心理テストを使うことができます。しかし、そういったテストを出版する会社は、たいていの場合、臨床心理士など、適した資格のある臨床家以外には使用を制限しています。

05 栄養－ 良い実践 good practice

05 栄養－ 良い実践

栄養面の良い実践は、摂食障害予防の鍵となる戦略です。アスリートに関わる人々は皆、適切な栄養を重視する雰囲気を作っていく必要があります。アスリートの理想の食事は、次の二つの基準を満たす必要があります。

1. 健康の維持
2. パフォーマンスに必要な栄養の確保

健康の維持のためには、食事はすべての栄養素を十分に摂る必要があります。これは、摂食障害がある人、もしくは摂食障害があるかもしれない人の食事について考える時、特に重要です。こういう状況にある人は、健康維持のために必要な量を満たしてもいない、ひどく不十分な食事しかしていないことがあります。拒食症の人の場合、適切な量を食べてはいるかもしれませんが、吐いたり、下剤を使ったりして、食べたものを排出してしまうこともあります。

パフォーマンスに必要な栄養は、トレーニングが必要とする量を満たさなければいけませんし、また、トレーニングに適応したものでなければいけません。また、トレーニングからの回復を助け、競技に備えるものでなければいけません。パフォーマンスに必要な栄養を確保するには、アスリート一人一人が、トレーニングの前、トレーニング中、トレーニング後、そして競技のための食事と飲料の摂取について、それぞれ個人の戦略を持っていないければいけません。これらの基準は、エネルギー、炭水化物、タンパク質、脂肪、ビタミン、ミネラル、水分を食事のなかに適した量を含むことによるのみ、達成できます。

5.1 理想の食事を達成するには

エネルギー

エネルギーの摂取は、エネルギーの必要量と合致している必要があります。それができた時のみ、パフォーマンスの効率が最適になり、健康とパフォーマンスに必要な諸栄養の必要も満たされます。日常的に不十分なエネルギー量しか摂取しない人は、健康もパフォーマンスも危険にさらしていることになります。

炭水化物

炭水化物は、スポーツのパフォーマンスの上で、最も重要な栄養素です。炭水化物は、体内でグリコーゲンとして蓄積され、活動中の筋肉のエネルギー源として、自由に使われることができます。炭水化物の必要量は、トレーニングの量、激しさと長さ、体の大きさ、スポーツ以外の毎日の活動によって、決められます。

タンパク質

筋肉の発達には、トレーニングが重要ですが、タンパク質は、筋肉の成長と筋肉の回復のために重要です。アスリートが必要とするタンパク質の量は、一般の人が必要とするタンパク質の量より多いですが、アスリートの中には、必要以上のタンパク質を摂取する人もかなりいます。しかし一方、スポーツのためにエネルギー摂取を制限するアスリートの中には、タ

ンパク質摂取が不十分な人もいます。体重別カテゴリーのあるスポーツや、体重が少ないことが望ましいスポーツのアスリートは、この可能性を知っておくべきです。

脂肪

アスリートの食事にとって、過度の脂肪は望ましくありませんが、それでも脂肪分は、「最適な食事」には必要不可欠なものです。脂溶性ビタミンや、必須脂肪酸は、食事に含まれる脂肪によって提供されるものです。

ビタミンとミネラル

ビタミンとミネラルはごく少量しか必要とされていませんが、しかし、エネルギー生産を含む、体内の主なシステムを支えるという重要な役割を担っています。エネルギー摂取の必要量を満たしている限り、1) 肉、鶏肉、魚、あるいは豆などの菜食主義者用の代替物、2) 野菜と果物、3) パン、米、パスタなどの穀物食品、4) 乳製品と適量の適した多価不飽和脂肪や一価不飽和脂肪、という四つの主な食品グループそれぞれからの食べ物を含むことにより、種々のビタミンとミネラルのすべてが含まれることになります。摂食障害のリスクがある人に対応している場合には、特に二つのミネラルについて、特別の注意を払うべきです。それは、鉄分とカルシウムです。摂食障害がある人の食事には、これらのミネラルが足りないリスクがありますが、鉄分もミネラルも、健康とパフォーマンスに大きな影響を与える可能性があります。食べ物からの摂取だけでこれらの不足分を補うのは不可能かもしれないので、貧血や骨粗鬆症対策としてサプリメントを摂取する必要がでてくるかもしれません。

飲料

適切な水分摂取は、健康維持のため、また、パフォーマンスを支えるために必要不可欠です。トレーニングと競技をサポートするために適切な水分補給の戦略を持つておくのはアスリートにとって、大変重要です。

5.2 要約

健康とパフォーマンスのための栄養に関するさらなる情報は、参考文献のセクションにある文献から得られます。アスリートは、自分の食事の内容、量、タイミングが適したものであるかどうか助言が必要であれば、資格のあるスポーツ栄養士やスポーツ栄養学者から助言を得るべきです。

06 良い実践— ハイパフォーマンスアスリートに関わる人々のためのストラテジー（戦略）

06 ハイパフォーマンスアスリートを援助するストラテジー

6.1 予防そしてリスクを最小限にすること

良い実践により、脆弱性を持ったアスリートが、セクション3で述べた摂食障害の一つを発症してしまうリスクを減らすことができます。つまり、良い実践を広く行うことは、問題が進行するのを最小限に抑えるためにスポーツ関係の組織が実施できる、大事なストラテジーの一つです。ただし、良い実践によってリスクの最小限化を助けることはできても、摂食障害は多面的な要素のある、例外なく複雑な病理です。スポーツ関係者が単独で摂食障害の「原因になる」ことはありません。

* 人前での体重計測は避けましょう。チームの他のメンバー、スタッフや、一般の人たちの目を避け、プライバシーを尊重しましょう。これには、体重を一般向けに公表しないということも含まれます。

* 個人の体重や体型などについて、馬鹿にするような発言は慎みましょう。

* アスリートの気持ちと、彼（女）たちが、身体に関するコメントにどのように反応するかについて、配慮しましょう。

- *体脂肪の測定値を使うことには限界があることを覚えておきましょう（セクション8を参照）。食事に関する不健康な心配を持たせたり、あるいは悪化させたりする可能性があるため、体脂肪の測定については、用心深く行われるべきです。
- *体重とパフォーマンスの関係は複雑であり、体重減少が必ずしもパフォーマンス改善を保証するものではないことを覚えておきましょう。
- *体重減少のプログラムは、必ず誰か有資格の専門家によって注意深く管理されるべきです。（栄養士、生理学者など）
- *一人のアスリートに対して成功したからといって、別のアスリートに対して、体重、体脂肪、栄養摂取について基準を押し付けることはやめましょう。トレーニングと競技に最適な体重は、アスリート個人により違っているからです。
- *チーム内でトレーニングとパフォーマンスを支えるための栄養の役割を教える、チーム内の教育プログラムを持つことを勧めましょう。たとえば、トレーニングをサポートするための、アスリート向けの目的に適った規則的な食事と適切なスナックを奨励しましょう。
- *脂肪や炭水化物が不足するような、極端だったり偏食的だったりする食事を勧めてはいけません。
- *若いアスリートは、役割モデルや、彼らが尊敬していたり、こんなふうになりたいと思っているような人たちの行動に、特に影響されることがあることを覚えておきましょう。こういう影響は、たいていの場合はポジティブなものですが、時には、不適切な役割モデルが、不健康な食事習慣や態度を勧めてしまうこともあります。

6.2 アスリートにアプローチするには

コーチは、身体の使い過ぎのリスクと、接触による怪我に関するリスクを最低限にとどめながらトレーニングを行い、また、アスリートが怪我をしたらどこでどのように助けを得るべきかを知っている必要があります。これと同じように、コーチなら、ある種のトレーニング法は、摂食問題を起こすリスクを高くしてしまうことを知っていなければいけませんし、また、アスリートに関して心配があるのであれば、どのように助けを求めるべきかについて知っておく必要があります。

アスリートの身近にいるので、コーチは、問題に最初に気がつく人になることが多いです。しかし、コーチ以外の関係者も皆、セクション3. 1にリストをのせてある摂食障害の徴候について知っておくべきです。

問題を抱えているかもしれないアスリートに接するのは、決して容易ではありません。アスリートは、問題があることを否定する可能性が高いです（少なくとも最初のうちは）。この問題でアスリートに接する最善の方法は、早期に、直接、秘密厳守で、あくまでもサポートする態度で話しかける、ということです。

早期に：

問題の否認は、時間が経ったからといって減るものではなく、かえって増すこともあります。問題解決に遅れがあれば、身体的健康とパフォーマンスは悪化し続けます。

直接働きかける：

正直に接することは重要です。それにより、周囲もアスリートの秘密主義や否認と手を結んでしまって解決を遅らせるリスクを減らします。

個人情報保護して：

最初の働きかけは、サポート・チームの一員（栄養士など）と協力して担当することもあると思いますが、他のチームメンバーに対して、アスリートの秘密を守ることは重要です。

サポートする態度で：

批判的になったり責めたりするような働きかけは、助けにならないことの方が多いです。「問題があるようだが」と優しく話題にしてみても、アスリートがどう思っているかを話させるのが、援助の始め方としては良い方法です。しかし、相当の抵抗があることは予期できます。

アスリートによっては、問題があることを隠さずに認め、助けを得られる機会を喜んで受け入れる人もいます。しかしながら、多くのアスリートは、問題があることを否定し、助けを求めることに抵抗をします。二度目、三度目の働きかけが必要になり、ある時点で（もしも懸念が重大な場合には、早い段階でその時点に到達してしまっている可能性があります）、そのアスリートの健康に関する適切なアセスメントなしにトレーニングをフルに続けることを許すかどうか、決断を下す必要が出てきます。この場合、スポーツ専門医、栄養士などを含むサポートチームの他のメンバーたちと相談した上で決断を下すことが最善です。

関係者は、問題があることに気がつき、アスリートが助けを求めるのを促すことができる立場にあることが多いですが、だからといって、アスリートの治療者になってしまったり、アスリートの健康に関して全責任を負ってしまうような立場に自分を置くべきではありません。

07 競技に最適な体重

07 競技に最適な体重

競技のための「理想的」な体重を決めるのは、難しいことも少なくありません。理想的競技体重は、アスリートが普段生活している体重より、低いこともあります。しかし、それがアスリートの健康を損ねるものであってはいけません。サポートチームのメンバーそれぞれがパフォーマンスに最適と思う体重は、少しずつ違っているかもしれませんし、最終的な数値は、相反する可能性のある、いくつかの要因の妥協になるでしょう。この決断に関わる人のなかには、栄養士／栄養学者、生理学者、スポーツ医、コーチ、心理士、理学療法士（それぞれの人のサービスの利用がしやすいか、またはできるかにもかかっていますが）、そしてアスリート本人が含まれるべきです。

*パフォーマンスに最適な体重が、理想的な長期的体重とは限りません。

*パフォーマンスに最適な体重を長く維持するのは無理かもしれません。

*リスクはサポートチームによって管理され、最低限に限られなければいけません。

*低すぎる体重を長く維持しすぎると、健康とパフォーマンスを危険にさらすことになりま

す。

例 - 競技のために体重を調整すること

個人が競技のために体重を落とし、その後普通の体重に戻るといった典型的な筋書きは、体重別の競技階級のために体重を調整する格闘技系のアスリートにあてはまるかもしれません。

普段は競技用の体重とは違う体重で生活したりトレーニングをしており、競技の前には、体重を落とす必要がある場合もあります。競技体重は58kgと指示されているのに、普段は60kgで生活しているとします。この場合、2kg落とす必要が出てきます。競技のために2キロ落とし、そのあと60kgに戻ることは若干のリスクがありますが、普段の体重60kgに戻ることができれば、リスクは消失したと考えられます。しかしながら、もしも、普段は67kgで生活していて、63kg未満の体重でトレーニングをしたこともないのに、58kgの競技体重を目指すような場合は、自分に相当なリスクを負わせることとなります。ごく短期のことであっても、このような体重減少は、パフォーマンスに役に立つとは考えられず、そもそも、それ自体到達可能ではないかもしれません。

例 - 長期的な体重減少による問題

持久性を問われるスポーツなどでは、長期にわたり体重を減らす場合があります。持久性スポーツのアスリートは、余分な体脂肪を運ばずにすむほうが有利ですし、パフォーマンスを向上させるために体脂肪を減らすことを目指すかもしれません。しかし、もし目標の体重が低すぎると、そのアスリートに対して、長期のリスクがいくつもあることになります。

- * 女子の場合、月経の問題を抱えることがあります。
- * 骨密度に影響が出て、その結果、初期の骨粗鬆症や骨減少症になることがあります。
- * もしも目標の体重が不適切だったり、あるいは、その体重を達成するための手段が摂食障害を促してしまうようなものだった場合、医学的なリスクがあります。アスリートによっては、この点で、他のアスリートより弱い人もいます。摂食障害の主要な医学的な合併症については、付録 vi に要約されています。
- * もしもエネルギーの摂取が、トレーニングの燃料補給をし、回復を助けるのに必要な量を充たしていなかった場合、アスリートがトレーニングをする能力に影響が出ます。
- * 微量の栄養素の摂取が危うくなり、ビタミンやミネラルの欠乏が起きることがあります。これが、たとえば貧血など、他の様々な症状をもたらし、パフォーマンスとトレーニングをさらに妨げることになります。

個人それぞれのパフォーマンスに最適な体重を考えるにあたって、これらの要因を考慮する必要があります。個人の食事は、トレーニングが安全に維持できることを保証しなければならないのです。

08 競技用体重に合わせる ‘making weight’ には

08 競技用体重に合わせるには

「making weight」という言葉は、アスリートが競技のための体重制限の基準を満たすことをいいます。時には、競技直前の数日間に体重を急激に落とす必要がある場合もあります。このような場合、競技後には体重増加は許されています。この体重減少と体重増加のサイクル、そして、体重を落とすために使われるテクニックが、アスリートの健康とパフォーマンスを危うくすることがあります。

健康とパフォーマンスへの危険を最小限にするためには、あらゆるスポーツにおいて、体重制限を満たすための倫理規定を備えておくべきです。下記のリストを使うこともできますし、あるいは、そのスポーツにおいて、下記のポイントを含めるべきか検討すべきです。

- * 究極的な目標としては、競技の前に充分時間がある状態で、安全かつ現実的な体脂肪レベルの変化を通して、望ましい体重減少に達することが目指されるべきです。
- * トレーニングを支えるのに必要な栄養は、必ず維持されなくてはなりません。
- * 競技の直前に体重を落とすことは、できるだけ最小限度にしなければなりません。
- * 水分摂取を自分から控えたり、極端な発汗をしたり、食事をしなかったり、自分から嘔吐したり、下剤の乱用や利尿剤の使用などは、リスクの高い方法として、避けるべきです。
- * 体重減少は、管理栄養士によって管理されるべきです。
- * ある階級で競技するために、相当量の体重を落とさなければいけないアスリートは、なぜその体重階級で競技しなければいけないかという理由をよく考える必要があります。

8.1

ストラテジー（戦略）

- *それぞれの個人の理想的な体重目標については、エキスパートのアドバイスが求められるべきです。
- *体重減少の速さ、そして、体重目標について、注意深く考慮しておく必要があります。極端に制限された食事による健康への悪影響と、筋肉を失うことがパフォーマンスに及ぼす悪影響から、一般には、1週間で1kg以上体重を落とすことは推奨されません。
- *適した体重減少のためには、一日につき、500から1000kcalのエネルギー減少が、必要とされます。
- *最低限のエネルギー摂取は維持されなければいけません。もしも、激しいトレーニングが行われるなら、アスリートは一日につき少なくとも1500から2000kcalのエネルギーを必要とする可能性が高いです。少なくとも1200から1500kcalが、体のために必要な基本的な栄養をすべて提供することができる最低のレベルとみなされます。しかし、1500kcalよりも低い形で減らすのであれば、トレーニングをするためのアスリートの能力を妨げることになります。
- *時には、コーチと共同で、体重減少を助けるためのプログラムに余分の練習を導入する必要があることがあります。トレーニング以外での活動が少ないアスリートの場合に特にそういうことがあります。
- *アスリートは、正確な食事記録を提出しなくてはなりません。それができなければ、結果的に不適切なアドバイスにつながるからです。そうすると、不適切なアドバイスのために、そのアドバイスに従いたがらないことにつながり、さらに不適切な体重減少のテクニックを使うというサイクルに陥る危険があります。
- *脂肪摂取を控えることを強調することは、体重減少には効果的です。脂肪を控えて炭水化物の摂取を促すことは、トレーニングを助けます。
- *体重管理のための食事プログラムでの食物は、バランスのとれた食事を確保するために、食物量当たりの栄養が多いものである必要があります。
- *食事を抜いてはいけません。
- *体重を若干落とすにことは、競技直前の脱水によって達成することができるかもしれませんが、この影響については、真剣に考慮しておくべきです。体重のキロ数やパーセントには、絶対的に「安全域」は存在しません。体重減少の速度、アスリートの当初の体重、強さと忍耐力に対する影響（この二つへの影響は違うかもしれませんが）などの要因を考慮しておく必要があります。これらの要因はスポーツの種類によって異なっており、体重のパーセンテージに対しての安全域のガイドラインは、個々のスポーツの倫理規定に含んでおくこともできます。
- *体重と体格が測定されるのであれば、アスリートはそれらの結果がどのように使用されたり解釈されたりするかを理解しなければいけません。
- *体重測定は、一日の同じ時間に、同じ服（もしくは最小限の服だけ）を着て、行われるべきです。体重計は定期的に点検されなければいけません。
- *体脂肪を皮下脂肪厚計で計測することには、いくつかの限界があります：
 - 測定をする人が違うと、測定結果に大きな違いがでてきます。同じ人が測定をしても結果が違うことさえあります。皮下脂肪厚計使用に必要なトレーニングと測定過程をしっかりと統一しておくことが、結果の誤差を減らすことになります。
 - 正確に測定するためには、数値は特定の対象群のために作られた表から使われるべきです。例えば、その対象と同じ性別、年齢、民族など。

- 体脂肪率、あるいは体脂肪全体（医療関係者によっては、体脂肪率を計算せず、皮膚の厚みから得られる測定結果の合計を測定結果として出す人もいます）は、誤用されることもあります。
- 体脂肪の測定値は、それだけで使ってはいけません。たとえば、上腕周囲、太もも周囲、最大限の筋力、などといった、体脂肪以外の身体的測定値と一緒に使用されれば、役に立ちます。こうすることが、体組成の変化と、それがどのようにパフォーマンスに関係してくるかを考慮するには、より適切かもしれません。

*生体インピーダンス法は、体組成を素早く測定する技術ですが、経験、専門知識も必要ですし、環境条件の厳格な管理が必要です。測定値は、皮下脂肪厚計を使うよりも信頼性が低いこともありますし、悪くすると、ほとんど信頼できないこともあります。生体インピーダンス法の使用は、この分野ではお勧めできません。

09 エビデンスに基づいた治療、NHSの活用、治療者へのアクセス

09 エビデンスに基づいた治療、NHSの活用、治療者へのアクセス

摂食障害のような症状は、しばしば長期間にわたる専門治療を必要とします。たいていの場合、アスリートはその治療をスポーツ以外の場所でその治療を受けることとなりますが、一番多いのはNHS（注4参照）で治療を受けることです。NHSの専門クリニックの多くは、かなり遠い場所にあり、長い予約待ちリストがあつて、また、そこに紹介してもらうには複雑なルートをとることもあります。スポーツ団体のなかには、民間クリニック（NHSの施設と似た形で運営されているもの）に早期の段階で紹介することもあります。

心理的治療（注5参照）

認知行動療法（CBT）と対人関係療法（IPT）は、摂食障害を持つ人々に有効なエビデンスに基づく心理学的な治療法のうちの二つです。認知療法では、患者の問題のフォーミュレーションを作成し、患者が自分の問題を自分で助ける手段として使うことができます。

薬物療法

時には薬が勧められることもあります。抗うつ剤によっては、過食症に有効なものもあります。併存症状（付録Ⅲ参照）を治療するために薬が勧められる場合もあります。どの薬にも副作用がありますから、薬を飲むことによって得られるはずの利点と、はかりにかけておく必要があります。これについて、アスリートは、治療を始める前に、チームのドクターと話し合っておくことが望ましいと言えます。

紹介のルート

アスリートが、そのスポーツ分野で働く臨床心理士にアクセスできないなら、紹介は、NHSのルート、ないしは、民間のセラピストを通じて行われます。

NHS

摂食障害の診断がつく時、もしくは、摂食障害の疑いが大きい時に、かかりつけ医（GP）は、アスリートをセラピストに紹介することができます。これらのセラピストは、カウンセリングの資格があるカウンセラーだったり、地域精神科看護師（CPN）だったり、臨床心理士だったり、認知行動療法（CBT）の治療者だったりします。GPからこのような専門家に紹介されるのであれば、彼らには、摂食障害についての訓練と経験があり、その仕事に対して、なんらかの形で指導を受けていると考えられます。彼らは、自分の専門の団体に登録されているはずで

問題がより深刻な場合には（特に拒食症の場合）、セラピーのチームに何人もの専門家が関わる可能性が高いです。たとえば、臨床心理士や看護セラピストが、臨床栄養士と精神科医と密接に関わったりします。

民間のクリニック

地域によっては、民間のプライベート・クリニックが多くある場所もあります。しかしながら、相当な額の費用がかかる可能性が高いですし、また、必ずしもすべての保険が摂食障害をカバーしているわけではありません。NHSと同様、民間クリニックの大半も、複数の分野のセラピースのチームが、外来患者、入院患者、あるいは、入院集中治療といった、さまざまなプログラムを提供しています。

民間のセラピスト

民間のプライベートのセラピストは、紹介なしに自分でやってくる人を受け付けています。セラピストの資格をチェックしておくことは重要です。英国カウンセリング心理療法協会（BACP）、英国行動認知心理療法協会（BABCP）で公認されているセラピストなら、広範囲で適した訓練を受けてきたはずですし、その仕事に対してスーパービジョンを受けているはずで

10 プロフェッショナルな力量とサポート・チーム

10 プロフェッショナルな力量とサポート・チーム

指導上の原則

アスリートと、そのサポート・チームは、以下のことについて明確に理解しておく必要があります。

- * 誰が何に関して責任がありますか？ 個人の責任（と専門家としての能力）はどこで始まり、どこで終わりますか？
- * 個人はどのようにお互いに関わっていますか？
- * コミュニケーションと説明責任の明確なラインがありますか？ 秘密厳守の問題は、はっきりしておく必要があります。アスリートは、情報がどのように、またどんな目的で共有されるか、知っていますか？ それは、アスリートがチームや団体とこの点について契約を交わしている場合は、その契約に、明記されていますか？
- * もしもアスリートが情報共有を拒む場合には、アスリートと医療関係者の間で、共有されるべき情報の制限について合意に達する努力をすべきです。たとえば、デリケートな個人情報にふれる必要がないよう、一般的な形で問題に触れることは可能でしょうか？
- * 時により、秘密厳守の原則は乗り越えられなければいけない場合もあります。たとえば、深刻な健康への危険がある場合などです。しかし、こういう場合は稀です。
- * 誰が、全体をコーディネートする責任を担っていますか？ たとえば、アスリートに健康上の問題があった場合にそれを発見して指摘するといった責任のことです。これは、チーム医師の役割とされることもありますが、この役割を担うのに適した人がいれば、必ずしも医師である必要はありません。

以下の表は、ハイパフォーマンスアスリートと関わる可能性の高い関係者の通常の資格と基本的な能力を示すものです。すべてのサポートチームが、このリストにある資格者を一人ずつ備えているわけではありません。たとえば、臨床心理士の助けを得られる組織もあれば、ない組織もあります。また、組織によっては、コーチングスタッフのなかに、ストレングストレーニング&コンディショニングの専門アドバイザーがいる場合もあります。最後の欄は、摂食障害を持つハイパフォーマンスアスリートに対して、それぞれの職種がどのような役割と責任を持つかを大まかに示したものです。

(注6を必ずご覧ください 監訳者)

関係者	資格	摂食障害に関する能力	役割と責任
スポーツ医師	<ul style="list-style-type: none"> *医学部卒 *スポーツ医学の大学院卒 	<ul style="list-style-type: none"> *医学的アセスメント *暫定的診断 	<ul style="list-style-type: none"> *サポートチームの他のメンバーと連携 *アスリートの栄養状態や食事行動に懸念があれば、医学的アセスメント *治療のために外部の施設へ紹介
スポーツ心理士	<ul style="list-style-type: none"> *スポーツ科学科あるいはスポーツ心理学科卒 *スポーツ心理学の大学院 *BASES公認あるいは、BPS公認 	<ul style="list-style-type: none"> *摂食障害とその影響について基本的な理解がある 	<ul style="list-style-type: none"> *心理学的テクニックを使って、パフォーマンスの改善 *アスリートの心理的健康状態に懸念があれば、スポーツ医や臨床心理士と連携
スポーツ栄養士	<ul style="list-style-type: none"> *スポーツ科学科あるいは栄養学科卒 *スポーツ栄養学の大学院 	<ul style="list-style-type: none"> *摂食障害とその影響について基本的な理解がある 	<ul style="list-style-type: none"> *最高のパフォーマンスのための栄養上のアドバイスとサポート *アスリートの栄養状態や食事行動に懸念があれば、スポーツ医と連携
スポーツと運動の生理学士	<ul style="list-style-type: none"> *スポーツ科学科あるいは生理学科卒 *生理学の大学院 *BASES公認 	<ul style="list-style-type: none"> *摂食障害とその影響について基本的な理解がある 	<ul style="list-style-type: none"> *パフォーマンスに関する客観的数値を収集分析 *アスリートが最適なパフォーマンスの体重を設定し達成できるよう助ける *アスリートの栄養状態や食事行動に懸念があれば、スポーツ医と連携
スポーツ・コーチ	<ul style="list-style-type: none"> *特定のスポーツの全国団体におけるシニア資格 	<ul style="list-style-type: none"> *摂食障害とパフォーマンスへの影響について、気がつくことができる 	<ul style="list-style-type: none"> *リスクの高い行動は避ける（人目にふれる体重測定、軽蔑的な言葉かけ、など） *アスリートの栄養状態や食事行動に懸念があれば、スポーツ医や栄養士と連携
スポーツ栄養士	<ul style="list-style-type: none"> *栄養学科卒 *スポーツ栄養学で大学院 *HPCに登録 	<ul style="list-style-type: none"> *摂食障害と合併症について、医学的知識を持っている *摂食障害の栄養アセスメント *摂食障害治療の一貫として栄養上のサポート 	<ul style="list-style-type: none"> *健康と最高のパフォーマンスのために栄養上のアドバイスとサポート *アスリートの栄養状態や食事行動に懸念があれば、スポーツ医や臨床心理士と連携
臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> *心理学科卒 *臨床心理学で大学院（博士号があることも多い） 	<ul style="list-style-type: none"> *心理学精神学的症状（特に摂食障害）を心理学からアセスメント *これらの症状に対して、特定の心理学的療法を行う 	<ul style="list-style-type: none"> *チームの他のメンバーからアセスメントと療法を求められるのに応じる *チームの医師と連携して、外部の機関に治療を求めて紹介する
スポーツ理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> *理学療法学科卒あるいは理学療法の修士号 *スポーツ理学療法の 	<ul style="list-style-type: none"> *摂食障害とその影響について基本的な理解がある（特に、怪我のリスク、頻発して治らな 	<ul style="list-style-type: none"> *アスリートの練習プログラムをモニター（特に怪我から回復中の時） *アスリートの栄養状態や

	資格。CSPかHP Cに登録	い怪我について)	食事行動に懸念があれば、スポーツ医や栄養士と連携
--	-------------------	----------	--------------------------

11 治療中・リハビリ中に、トレーニングと競技に戻るには

11 治療中・リハビリ中に、トレーニングと競技に戻るには

アスリートが回復中に、いつどのようにトレーニングと競技に戻るべきか決めるにあたって、いくつかの要因を考慮しておく必要があります。優先順位の高い順に言えば、医学上の安定性、栄養上の安定性、摂食障害行動が見られないこと、そして、大きなストレス要因がないこと、となります。

医学的安定性

スポーツドクターは（その延長として、アスリートをサポートしている他の関係者も）、何よりもアスリートが医学上安定していることを確認する必要があります。この基礎には、アスリートに脱水がないか、電解質や心電図に、軽いトレーニングさえ不適切だったり勧められないような異常がないかどうかアセスメントを行うことが含まれます。栄養の欠乏による貧血などの血液関係の異常も、確認しておく必要があります。それに加え、骨密度に減少が認められるなら、どの程度のレベルの減少なのか（骨減少症、骨粗鬆症）について、特に、トレーニングの量と怪我のリスクという観点から、考慮されなければいけません。怪我がないかどうか、また同じ怪我を繰り返す傾向がないかどうか注意します。このような場合には、スポーツドクターと理学療法士は、密接に連携する必要があります。（摂食障害の合併症の詳しい説明については、付録 vi と参考文献を参照。）

栄養上の安定性

アスリートは、トレーニングで要求されるエネルギーの増加に対応するために、安定した体重と栄養上の摂取量を維持することができますか？

摂食障害行動の消失

摂食障害行動には、食べ物の摂取を制限したり、余分なトレーニングを行ったり、誰にも言わずに秘密でトレーニングを行ったり、食事の後に吐いたり、下剤や利尿剤を使ったりといったことがあります。このような行動が続くのであれば、完全に回復してはいないことを示しており、トレーニングに戻るべきかという決断に大きく影響します。多くの場合では、こういった行動を少しずつ減らしていく（全部やめさせるのではなく）ことで、トレーニングに少しずつ復帰するのを許すことが適切になります。

スポーツがストレスを悪化させるか？

これを決めることは、最も難しい判断の一つです。もしもスポーツに復帰することが、たとえば、個人的な問題や、家族の問題や、勉強のプレッシャーなどといった、アスリートの人生の他の問題を悪化させる可能性が高いなら、摂食障害行動が再発するリスクは高くなります。

有益なアプローチとしては、これらのプレッシャーにさらされるアスリートをサポートするために必要なステップとは何かを考慮しておき、そして、アスリートのストレスのレベルに対する影響と、途中段階でのアスリートの気分の一般的状態をモニターしておくことです。

多職種協働

多職種が協働するアプローチが、これらの変数やその影響を評価するにあたって必要なのは明らかです。多職種アプローチでは、次のどれか、あるいはすべての専門家が関わる可能性が高いです：臨床心理士、栄養士、理学療法士、内科医、精神科医、NHSであれ民間であれ、他の心理療法チームの一員。心理療法チームとの連携は、チームドクターが窓口となって間接的に行われるべき場合もあり、アスリートの合意が必要です。

援助法の選択は固定したものではなく、トレーニングの増加とともに、アスリートの安定性については持続的に確認する必要があります。

アスリートに、過去に既に同意した契約や合意を守らせることは、適切なサポートとモニタリングの必要性を示し、そして、アスリート自身が自分には何が期待されているかを明確に理解するために、有効な方法となり得ます。

12 医学的理由による選考落ち・チームからの除外

12 医学的理由による選考落ち・チームからの除外

稀ではありますが、もしも医学的な症状のために、健康への危険がさしせまっている場合には、アスリートはトレーニングや競技から除外されることもありますし、除外されるべきこともあります。医師（普通はチームドクター）は、チームの監督や、あるいはパフォーマンスの指導者に、そのアスリートは協議に参加できる健康状態にはないと勧告することができます。摂食障害の場合には、急性の医学的問題があって、医師がこのような決断を下すこともあります。たとえば、電解質や心電図の異常、めまいがしたり失神したりする場合などです。さらに、摂食障害に関係した慢性の問題、たとえば、怪我がなかなか治らないことなどが、危機的な段階に達して、アスリートが競技に参加できる健康状態にはないと宣告されることもあります。（ただし、アスリートがトレーニングや競技をするための医学上の健康度について意見するのはスポーツドクターや理学療法士の職務の範疇にありますが、医師や理学療法士は、アスリートのパフォーマンスがうまくいくかどうかについて予測する立場にはありません。）

こういった決断は、常に誠意を持って、またアスリートを守ることを最優先として、下すこととなります。こういった決断がもたらされる過程について、アスリートに対して事前にはっきりと説明しておくことは、有益かもしれません。そうするにあたって、団体の実践規定や、アスリートの個々の契約書が役に立つこともあります。

アスリートが「チーム内の合意書」に反した場合には、そのアスリートが公式トレーニングや競技から除外されることもあります。「チーム内の合意書」とは、一般的な内容のこともあれば、アスリート個人に限定したもののこともあります。また、どんな内容を含んでも良く、アスリートのパフォーマンスから、体重維持への態度などを挙げることもできます。そういった合意書は、アスリートの健康とパフォーマンスを最も効果的なものとするという観点から、アスリートの利益を最大限守るために作られるべきです。

このような合意書には、重要な原理が二つあります。第一には、まず最初に、アスリートに対して適切なサポートが提供されるべきであり、この過程がうまくいかなかった場合にのみ、罰則が適用されるべきだということです。適切なサポートとは、たとえば、臨床心理士、チームドクター、栄養士／栄養学者などによる、さらに詳しいアセスメントを実施することを含みますし、また、アスリートが治療を求められるよう援助するにはどうすればよいかな挙げてよいでしょう。第二には、このような合意書においては、摂食障害に苦しむアスリートが選考から落とされるために使われる基準が、怪我をしたアスリートに対して使われる基準と大幅に違わないことです（たとえば、パフォーマンスが劣ったこと、健康リスク、合意した治療プランに従わないことなど）。

このように、アスリートが選考から落ちるのは、差し迫った健康上の理由のこともあれば、摂食障害のような病気の二次的な問題としてパフォーマンスが期待ほどによくなかったためということもあれば、事前に合意し事前に決められていたそのスポーツのパフォーマンスのテストに失敗したためということもあります。注記：オリンピックにおいては、公式のチームのメンバー通知書がIOCに送られた後は、医学上の理由以外にメンバーが選考から外されることはできません。

13 付録

13 付録 I : 参考文献リストと、サポートが得られる場所

スポーツのための栄養—参考文献

栄養—科学

The International Olympic Association Consensus Statement.

Journal of Sports Sciences; 22(1), p1-146, January 2004.

ISSN 0264-0414

Sports Nutrition. An Introduction to Energy Production and Performance

Asker Jeukendrup

Human Kinetics

ISBN 0-7360-3404-8

栄養—実践

Food For Sport

Jane Griffin

Crowood

ISBN 1-86126-216-7

Fuelling Fitness for Sports Performance

Samantha Stear

次のいずれかから入手可能 publications@boa.org.uk

あるいは www.trainforsport.co.uk

ISBN 0-9501443-1-2

摂食障害とスポーツ—参考文献

Helping Athletes with Eating Disorders

RA Thompson & RT Sherman (1993)

Human Kinetics

ISBN 0873223837

Disordered Eating Amongst Athletes:

A Comprehensive Guide for Health Professionals

KA Beals (2004)

Human Kinetics

ISBN 0736042199

Overcoming Anorexia

Christopher Freeman (2002)

Robinsons

ISBN 0814727131

Bulimia Nervosa & Binge Eating: A Guide to Recovery

Peter Cooper (1995)

Robinsons

ISBN 0814715230

Overcoming Low Self Esteem

Melanie Fennell (1999)

Robinsons

ISBN 081472714X

Getting Better Bit(e) by Bit(e)

Ulrike Schmidt & Janet Treasure (1996)

Psychology Press ISBN 0863773222

このほか、アスリート、コーチ、家族、友達むけに書かれたパンフレットが下記からEDAから入手可能です。

www.edauk.com.

www.something-fishy.org には広範囲な資料があり、患者やケアをする人などによりよく使われています。

サポートが得られる場所

英国国内情報のため略

13 付録Ⅱ：SCOFFスクリーニング質問紙

セクション4参照

13 付録Ⅲ：併存する他の疾患と、摂食障害に代わる診断

医学的、また精神医学的な観点からすると、摂食障害が疑われ、臨床上の判断をする際に考慮されるべき、よく見られる臨床的病状があります。下記の症状は、摂食障害のように見えて、実はこのような診断だったという可能性のある疾患ですが、これらの疾患が摂食障害に併存することもあります。（注7参照）

うつ病

うつ病は、気分の低下、ものごとに興味を失うこと、罪悪感、絶望感といった特徴があります。この症状は継続し（2週間以上続く）、また広範囲にわたっています（様々な異なった状況でも症状が見られます）。

強迫症

この障害の主要な特徴は、繰り返し頭に侵入する強迫思考や強迫的な行動や習慣的行為であり、それは、食べ物、体重や身体イメージの範疇を超えています。著しい不安があり、特に、侵入してくる思考に抵抗しようとしたり、強迫的な習慣的行為を避けようとしたりする時に、不安が強まります。また、たいていの場合、日常的に機能するのがかなり難しくなります。

物質関連障害（アルコール・薬物使用）

薬物を乱用する人は、乱用する薬物（たとえばアルコール）に対する耐性を強めるので、結果的に量が増えてしまいます。薬物を渴望し、量を減らすことが難しくなることもあります。禁断症状も見られるかもしれません。徐々に薬物使用が日常生活を支配し、薬物使用中心の生活になってしまいます。この診断がつく場合の薬物使用は、体重管理のための薬の使用というレベルを越えています。

運動依存症

運動依存症をもつ人は、エリートのアスリートの典型であるトレーニング・プログラムにおいて、焦点と目標への方向性を失います。こっそり余分のトレーニングを行い、運動することが目的そのものになります。そういうアスリートは、明らかにトレーニングをやめる必要がある時でさえ（たとえば怪我をした時）、トレーニングをやめることができなくなります。

醜形恐怖症

身体の特定の部分が醜いという、不適切かつ過剰な思い込みを持つもので、しばしば、手術をしたいという欲求を伴います。

境界性パーソナリティ障害

パーソナリティの障害は、態度と行動のパターンが長く続くものであり、たいていは何らかの形で思春期から明らかになり、大人になってもずっと続くものです。「問題」の発生は、個人がたまたまいる環境によることが多いです。たとえば、何らかの環境が、症状を改善したり悪化させたりします。

境界性パーソナリティ障害には、下記の多くの、あるいはすべての特徴があります。

*自己イメージが低く不安定、慢性的に無力感があり、気分がのらない。見捨てられるかもしれない、あるいは、他人から裏切られるかもしれないという非合理的かつ非現実的な恐れを持つこともあり、そのために、「見捨てられる」ことを防ぐために過剰な手段を講じたりします。

*さまざまな種類の、有害で衝動的な行動。過食症にみられるような衝動的に食べること、アルコールのむちゃ飲み、頻発する自殺衝動と自傷行為（ナイフで切るなど）

*不安定な気分。特に、急に怒ったり、あるいは、実際には何もないのに被害や虐待を受けていると思いつつ、明らかな「被害妄想」を持ったりします。

*不安定な人間関係。他の人を理想化するか、あるいは低く評価する特徴があり、そのどちらかの間ということはありません。新たな人間関係に簡単に入っていく、あっという間に親密になりますが、同じぐらい速く関係は悪くなります。

13 付録Ⅳ：摂食障害のための初期の一般的な医学的精密検査

推奨されるスクリーニング検査

*血算（赤血球、白血球など）

*尿素と電解質

*血糖値（ランダム検査）

*カルシウム、マグネシウム、リン酸塩、亜鉛

*肝機能検査

*甲状腺機能検査

*心電図、特に、電解質に異常が見られる場合。

*エストロゲン、プロゲステロン、LH、FSH（拒食症の場合、月経のサイクルが不規則な場合のみ必要）

*無月経が1年以上続いたら、DEXAスキャン

13 付録Ⅴ：用語集

英語の略称の説明であり、この版では日本語で訳したので略

13 付録Ⅵ：摂食障害の合併症

摂食障害と関係する合併症は、体重の減少による結果だけではなく、体重をコントロールするために使われる方法の種類にもよります（たとえば、吐いたり、下剤やダイエット剤を使うなど）。合併症によっては、医学的にきわめて危険なものもあれば、単に不快なものもあれば、あるいは、知識もあり注意をして観察している人に見れば、摂食障害の診断に導くための有益な指標になることもあります。より重要な合併症のうちのいくつかについて、簡単な要約をここに述べておきます。医学的な合併症のすべてについて、詳細な説明が必要であれば、下記の参考文献を参照してください。

心臓関係の合併症

心臓関係の合併症は、危険なもの可能性があります。これには、不整脈、徐脈と低血圧が含まれます。これらの問題は外からはわからないことが多く、心電図をとることで初めて明らかになったり、あるいはめまい、疲労感、失神などとして現れることもあります。

胃腸関係の合併症

胃腸関係の合併症は、たいていは、危険というよりは、不快なものです。しかし、注意深く観察している人には、この症状以外には隠れている病気の存在を知らせるものになることもあります。便秘はよく起きることですし、嘔吐が、歯の内側のエナメル質を溶かしていることもあります。

腎臓と電解質関係の合併症

腎臓と電解質関係の合併症は、嘔吐や下剤使用が体重をコントロールする術として使われている場合に、よく見られます。急性の電解質失調は、大変危険な可能性もあり、不整脈を引き起こしたり、不整脈を促したりすることもあります。腎不全のような、より慢性の問題をひきおこすこともあります。

骨粗鬆症

骨密度の減少は、カルシウム不足そのものというよりは、カルシウム不足と無月経に関わるホルモンのバランス不全によって主に決まるものです。無月経が長く続いた後に骨密度が完全に回復することはないかもしれません。さらに言えば、運動することは、圧力がかかる部分（たとえば、ランナーの場合は脛骨）においてある程度は骨密度を増加させますが、骨格の他の部分は保護しないため、部分的な回復しか助けられないものです。

血液関係

その他の合併症としては、血球数の低下があります。拒食症患者の約3分の1には、少なくともある程度の貧血があり、そのうちの3分の1は、血小板の数値が低く、また、3分の2も多くの人に、白血球の数値が低くなっており、その場合には、免疫力の低下がおきています。

参考文献

Sharp CW, Freeman CPL. The medical complications of anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, 1993; 162(4):452-62.

UK Sport 作成

40 Bernard Street . London . WC1N 1ST
Telephone: +44 (0)20 7211 5100 . Facsimile: +44 (0)20 7211 5246
email: info@uksport.gov.uk
www.uksport.gov.uk

監訳者注

注1：診断基準について

ここで挙げられているのは、アメリカ精神医学会による DSM 第4版(DSMIV)の診断基準である。2013以降は第5版(DSM-5)が用いられており、この中では、体重については数値の指標は示さず、著しい体重低下が見られることとされており、また無月経が3か月という基準も削除された。DSM-5では、無月経が2か月でも、他の特徴があれば、神経性やせ症と診断する。神経性過食症については、DSMIVでは、週2回以上3か月以上を診断基準としたが、DSM-5では週1回以上3か月以上で診断基準を満たすことになった。

なお、英語の anorexia nervosa を DSMIVでは神経性無食欲症と訳し、bulimia nervosa を神経性大食症と訳したが、DSM-5ではそれぞれ神経性やせ症、神経性過食症という訳語になった。

EDNOS : Eating Disorders Not Otherwise Specified (特定不能の摂食障害)は、DSMIVの用語で、今では症状により、「他の特定される食行動障害」または「特定不能の摂食障害」のいずれかに分類される。前者は神経性やせ症や神経性過食症の診断基準をほとんど満たすが若干かけるもの、後者はいずれの特徴とも違うが食に問題がある場合である。

診断基準については下記参照

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. American Psychiatric Association, Washington DC, 2013. (高橋三郎、大野裕監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)

注2：女性アスリートの三主徴について

女性アスリートの三主徴のうち、「乱れた摂食」disordered eating は従来から定義が曖昧な面があったが、現在は、low energy availability (利用可能エネルギー不足) という言葉で表現されることが多い。この言葉を用いると、過食行動は含まれないことになるが、女性アスリートにとって過食も考慮すべきなのは忘れるべきではない。三主徴では、身体症状として骨粗鬆症と無月経しか挙げられていないが、他にも多くの症状があることに注意すべきである。

注3 SCOFFとは

SCOFFとは、摂食障害の発見のための5項目からなる簡便な質問紙である。英国のかかりつけ医(下記参照)での使用を目的として最初作成されたため、体重減少の幅が1 Stone(約6.4 kg)という英国の単位になっている。6.35 kgで、14ポンドに相当する。

この章で解説されている通り、質問紙には、正直な答えを書かない場合もあるので、質問紙のみを見て、症状がないと判断するのは危険である。これはSCOFFに限らずどのような質問紙でもそうである。

注4 NHSとは

NHS: National Health Serviceとは、英国の医療制度のことである。英国では医療は原則公営で、標準的な治療は無料で提供される。しかし、摂食障害の専門病棟などは数も少なく、治療の予約待ちが長くなったり、遠方まで行かざるを得ないことも多い。民営の治療機関もあるが有料なため、どのような治療を選択するか考えなくてはならないことも多い。

NHSは、かかりつけ医(General Practitioner:GP)制度が基礎にある。どのような疾患もまずは地域のかかりつけ医が診察する。GPは全科の知識があり、怪我で受診したアスリートの摂食障害をGPが発見するというような場合も多い。

注5 認知行動療法

認知行動療法(CBT)とは、症状の出方を自分で記録し、どのような状況でどのような感情を背景に症状が出るかを図示して理解する。このような図をフォーミュレーションと呼ぶ。広義には、症状の出方や意味の理解をフォーミュレーションと呼ぶこともある。図示すると症状と感情の悪循環の様子などがよくわかる。対人関係療法とは、症状の背後にある人間関係により焦点を当てた心理療法である。

注6 スポーツに関わるさまざまな職種

この表は、英国におけるスポーツに関連職種のため、日本において、全く同じ資格があっても全く同じ役割を果たしているというわけではない。表中の略号はそれぞれ下記の意味を示し、それぞれの職種で、専門家としての資格を持っていることを示している。

BASES 英国スポーツ・運動科学者協会

BPS 英国心理士連盟

CSP 理学療法士連盟

HPC 健康科学者連盟

注7 併存疾患

精神疾患の訳語はDSM-5のものを使用した。なお「運動依存症」はDSM-5では該当する項目はなく、分類するならば「特定不能の強迫症」になると思われる。