

飲食與精神健康

衛生福利部心理衛生專輯(8)



國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著

衛生福利部 出版





目錄

一、什麼是飲食障礙症	1
二、飲食障礙症的分類	2
三、飲食障礙症的發生頻率	3
四、飲食障礙症的臨床表現	4
五、飲食障礙症的病因	12
六、飲食障礙症的治療	16
七、個案	23
八、健康體重的概念和正確的飲食行為 ..	36
九、如何協助飲食障礙症的家人	41
十、結語	43
參考資料	44

一、什麼是飲食障礙症

飲食障礙症過去多在西方國家被報導，近年來在世界各國，包括台灣，似乎有增加的趨勢。為了協助國人對此疾病的認識，本專輯將就其流行病學資料、臨床表現、病因、治療及案例，分章加以說明。這些患者較少會因飲食問題來精神科求診，大都因為合併的情緒和行為問題或身體問題就診。故正確地認識和診斷是成功治療的第一步。希望本輯有助於民衆建立正確的飲食和體重觀念，減少不正常的飲食習慣，並協助家屬和社會大眾認識此類疾病，鼓勵患者就醫治療。

二、飲食障礙症的分類

依據美國精神醫學會所編訂的精神疾病診斷統計手冊第五版中的「餵食和飲食障礙症」，除了厭食症、暴食症及嗜食症 (binge eating disorder) 之外，尚有異食症、反芻症、迴避／節制攝食症、其他特定和非特定的「餵食和飲食障礙症」。

厭食症乃指患者非常在意自己的身材、體重，對身體形象有知覺錯誤，一直認為自己過胖而僅進食非常少量食物，過度運動，並因此造成體重過輕。暴食症患者有重複出現的暴食現象，會有不能節制的飲食過量，腹脹、噁心、嘔吐；暴食後，患者會想辦法節食、過度運動、催吐或使用瀉劑。嗜食症患者也會有暴食行為，但不像暴食症者般有持續節食、規則的運動或催吐行

為。這些患者都很在意自己的體重與身體形象。厭食症分成兩型，一是節制型厭食症，另一則是暴食和/或清除型厭食症。

三、飲食障礙症的發生頻率

厭食症及暴食症大部分見於年輕女性，男女比例約為 1:10，大部分發生於 10-30 歲之間。厭食症及暴食症的終生盛行率分別約為 0.4%-0.9%與 1%-2%；嗜食症的男女比例不如前兩者那麼懸殊，盛行率則約為 2-4%。

飲食障礙症的危險族群，包括某些職業如舞蹈家及模特兒、肥胖症和家族史酒癮者。已開發國家和年輕世代的飲食障礙症——特別是暴食症——的盛行率較高。

四、飲食障礙症的臨床表現

（一）厭食症的臨床表現與合併身體問題

厭食症患者共同的特點是對自己的身材知覺有障礙，即使已體重過輕仍強烈害怕體重增加或變胖，且努力地將體重維持低於正常標準（BMI $\leq 17.5 \text{ kg/m}^2$ ）。

他們通常拒絕和家人或是在公開場合進食，儘量挑選低卡和低油的食物，嚴格在固定時間用餐，並且努力減少食物的總攝取量。有些患者無法克制自己的食慾，便偶爾偷偷大吃一頓，然後再自行催吐，有些患者甚至使用瀉劑、利尿劑或過度運動來減輕體重。患者可能會有一些食物相

關的奇特行為，如在房子的各個角落藏食物；在皮包裡藏有相當數量的糖果；用餐時把食物藏在手巾或是皮包裡；吃東西時慢條斯理過分精細地撥弄食物；用餐時間拖得很長；與別人比較或競爭進食行為等等。當被詢及原因時，他們通常都會否認自己有這類舉動，或者拒絕討論此事。這類病人常表現出嚴格和要求完美的態度，所以常有強迫意念或行為、憂鬱或焦慮等精神症狀。體重下降初期，這些患者通常活動力偏高，即使後期感到虛弱仍表現得毫不在乎；他們通常否認身體問題的嚴重性需要醫療幫助，往往是出現身體問題後才被家人強迫帶來看醫生。

厭食症患者因體重太輕，會出現下列身體的併發症，嚴重者甚至會造成死亡。死亡率約為5%。營養不良時，新陳代謝速度變慢，甲狀腺機能下降，造成不耐寒冷；心臟功能異常包括心

律不整、心搏過慢、血壓降低，甚至造成猝死，為厭食症患者最常見的死因之一。消化功能異常包括腸胃蠕動變慢，胃脹，便秘，和腹痛等；生殖系統方面常見月經閉鎖，沒有第二性徵。皮膚系統異常包括在臉部或背部長出胎毛，或有掉髮、皮膚乾黃、下肢水腫、傷口不易癒合等。血液系統方面包括貧血、白血球減少、血液不易凝結等。骨骼會因營養不良和減少體重負荷而造成骨質疏鬆症，容易骨折。

因過度嘔吐和不當使用瀉劑、利尿劑會引起電解質不平衡，病患容易覺得疲倦無力，出現胸痛，腎功能障礙，肌肉運動異常，癲癇發作，意識混亂和感覺異常等。所以當患者合併嚴重營養不良徵狀，或體重較發病前減輕超過百分之三十到四十時，應接受住院治療。



(二) 暴食症的臨床表現及合併的身體問題

首先，患者有種陣發性、不可控制的衝動，在短暫的時間內吃下大量的食物；其次，患者在吃完食物後，會自行引發嘔吐的行為，或使用瀉藥、利尿劑，以防止體重的增加。病人的體重經常起伏變動。

暴食症患者經常在壓力大、心情煩悶、無聊或孤單時，吃大量的食物舒壓；食物多為容易取得而無需烹調者，如冰淇淋、糖果、餅乾、麵包，家中剩菜等。吃完後，患者會短暫地感覺到解脫後的輕鬆，但是不久便為罪惡感及挫折感所取代，並藉由催吐來緩解這種不愉快的感受。部分患者則是藉由瀉劑的使用、嚴格的禁食或激烈

的運動以達成防止體重增加的目的。患者在大吃之後，經常因害怕體重增加而不敢吃正餐，整天會陷入「暴食－清除身體內食物行為－節食」的循環中，心情亦經常起伏不定。

暴食症患者常有衝動、易怒、易焦慮等人格特質，且常合併衝動的行為如偷竊、賭博、藥物或酒精濫用、和自殺自傷。患者經常有自尊心低落，亦常因飲食問題導致社交退縮和人際關係的緊張。

不同於厭食症患者，暴食症患者的體重通常在正常範圍之內，但是由於反覆吃下大量食物後嘔吐或使用瀉劑，可能會出現下列的合併症：

- 一、電解質的不平衡，尤其是低血鉀，可能引起全身虛弱、腎功能障礙甚至心律不整。
- 二、因嚴重嘔吐引發胃部破裂或食道的撕裂傷引起食道發炎。
- 三、胃酸侵蝕會造成牙釉質的缺損，並有牙

齒脫鈣之現象。四、唾液腺腫脹及疼痛。五、甲狀腺及腎上腺的功能改變。六、月經不規則。此外，因反覆用手指刺激口咽部自我引吐，病人的手背會有被牙齒刮傷的疤痕。





(三) 嗜食症的臨床表現與合併身體問題

嗜食症與暴食症的暴食症狀類似，但暴食後無引吐、過度運動或使用瀉藥、利尿劑等清除行為。因此嗜食症多合併肥胖，身體合併症亦多與肥胖相關，如心血管疾病、代謝症候群、膽囊炎、睡眠呼吸中止症等。此外精神方面常合併躁鬱症、憂鬱症、焦慮症以及物質濫用等。

五、飲食障礙症的病因

飲食障礙症的病因需考慮多層面如社會文化、心理家庭及生物學上之病因。

（一）生理病因

攝食行為是相當複雜的生理、心理和環境互相影響的結果。病人於饑餓狀態下，腦內許多神經傳導物質，如腎上腺皮質素、生長激素、血清素、飢餓素（ghrelin）、瘦體素（leptin）及膽激素（cholecystokinin）等受到影響，下視丘功能調節異常，會改變病人的情緒、行為，加強並延長病人的異常飲食行為。

飲食障礙病人腦中的認知調節、酬賞調節、情緒調節與衝動控制皆與一般人不同。在人類腦中，腦島（insula）為味覺皮質，而前腦島（anterior insula）整合內在體感（包括饑餓、冷熱、疼痛……等等），並將其轉為進食的動力；一旦前腦島功能異常，內在體感失去平衡，

將大大影響人對自我的感受。近年神經影像學研究發現，前腦島與其他神經傳導路徑的複雜交互作用會影響到食慾調節。厭食症病人接收到食物訊息時，經過腦中一連串複雜的訊息處理，在前腦島整合成為負面的內在體感，影響到杏仁核產生負面情緒，自然會避開食物。且厭食症病人個性中要求完美、強迫的傾向，增強了大腦皮質對行為的控制，反而使情緒調節失控，讓進食成為焦慮的來源，使病人無法「隨心（身）所欲」整合內在體感。

（二）心理和家庭

先天的個人特質如要求完美、壓抑、強迫等可能增加病人飲食障礙的傾向；受到西方社會中「理想體型」觀念的影響，飲食障礙症患者為得

到別人注目及肯定，要求自己不能太胖，控制飲食的行為來達成心理之「獨立自主」。父母對孩子照顧過多或缺乏，或是父母的飲食習慣，對自己身材的看法，都會影響子女的飲食和身材觀念。祇有家庭問題未必會導致飲食障礙症，而飲食障礙症病患也未必出現於問題家庭。強調家庭病因之目的乃在於治療過程中，若能針對家庭做清楚的評估與得到家人的支持，對飲食障礙症治療的預後會有莫大的幫助。

(三) 社會文化病因

探討其社會文化病因時，必須考慮理想體態標準會隨時代改變和大眾傳播的影響。現今認為「瘦才是美」，且把肥胖總和高血壓、心臟病聯想在一起。媒體出現的女性身材都很苗條，流行

雜誌也都在強調如何節食和運動來有效減重。在這種意識型態的影響下，飲食控制和保持理想身材成為趨勢。在現代化的衝擊下，當其壓力和孤寂無法排解或焦慮不安時，許多人用暴食來調適情緒，也是飲食障礙症和肥胖盛行率增加的原因。

六、飲食障礙症的治療

飲食障礙症的治療須合併營養諮商、藥物、認知行為、心理及家族治療。

(一) 藥物治療

厭食症之藥物治療，目前仍然效果有限。有

研究發現有些抗精神病藥物可增加厭食症患者的體重和改善強迫意念。抗憂鬱劑則用來治療合併的憂鬱症和強迫症。其他則依其合併的身體症狀，給予支持性藥物治療。

暴食症的藥物治療以血清素再吸收抑制劑的抗憂鬱劑為主，但劑量比治療憂鬱症的劑量高；亦有研究指出抗癲癇藥物也有減少暴食行為之療效，但皆需謹慎評估用藥的風險與效益。

嗜食症之藥物治療均為短期和小型研究為主，尚未有任一種藥物有治療的適應症。因嗜食症常合併肥胖及其併發症，治療肥胖之藥物和各種抗憂鬱劑，都可能下降暴食嚴重度。

(二) 心理治療

治療者應有足夠的敏感度覺察病人的想法、

感受、身體感覺，並以同理的態度給予適當的回應，使病人恢復自我和自尊。治療者亦可邀請其他家庭成員一起加入會談，目的在增進家人對疾病的了解，改善家人之間的溝通方式及態度。有時可讓家人擔任輔助治療者，一起執行行為治療。團體治療如教育團體、認知行為團體、或病人的自我幫助團體，藉由傾訴、經驗分享和支持等方式，讓病人學習到新的解決問題的方式，調整自己的心態，以達到治療疾病的目的。

（三）厭食症的認知行為治療

厭食症的認知行為治療，首先要與個案簽定治療契約，內容應包括：

1. **目標體重**：治療者和個案共同選定合乎其年齡與身高的最低標準體重或是過去健康

體重上下 10%為目標體重。

- 2. 飲食量：**應以少量、多餐、營養均衡為原則，以免引起身體併發症及造成失去控制的恐懼。
- 3. 體重增加量：**平均每週增重 0.5 到 1 公斤，每週量 1 到 2 次體重，在早餐前如廁後穿著同樣衣著狀態下測量。
- 4. 資料回饋：**個案自己保管一份體重記錄表，有助於體重增加。
- 5. 增強作用：**體重的增加應緊隨給予正向增強，也應隨體重上升逐漸增加食物量，契約中應明確規定增強物之性質。
- 6. 控制嘔吐、暴食及其它清除食物的方法：**個案應遵守契約，只吃規定食物，餐後一小時內用禁用浴室或臥床一小時，以控制嘔吐。

契約訂好後，個案可能拒絕合作，治療者應探尋其理由，通常是怕胖，其次是怕失去控制，另外則是怕目標體重太重。面對這些阻力，治療者應結合認知方面的治療，包括以下的幾項討論：

- 1. 重新歸因：**使個案了解「認為自己太胖」是不合理思考的一部份。
 - 2. 相信自己的體重：**飲食正常，身體會知道如何維持一個健康的體重。
 - 3. 避免經常量體重：**只在契約中明訂的時間去量。
 - 4. 了解怕胖只是表相：**怕胖可能只是對不愉快的感覺或想法逃避，應嘗試找出那些心中的困擾，而非只是關注體重或是身材。
- 當個案達到目標體重時，應讓其利用適量的食物及運動來維持其目標體重，讓個案體會成

果，克服體重增加帶來的害怕。

(四) 暴食症的認知行為治療

認知行為治療一般認為是暴食症的首要治療方式，其治療原則可概括為三點：(1) 偏差的認知是造成暴食症持續下去的主要原因，讓患者清楚了解其認知型態以及必須有所改變的理由是整個治療的基礎。(2) 治療目標不僅要改變患者行為，也要變化其對體型、體重的態度，甚至矯正其認知扭曲。(3) 通常需綜合認知及行為治療的各種方法，治療時間約需三至六個月。

對暴食症有效的治療，包括三階段：

第一個階段首先與病人討論其認知特點，
一、患者經常在暴食後節食、自我引吐、使用瀉藥、利尿劑等，患者會覺得這樣可減少熱量的吸

收，而事實是能量攝取不足的結果，會刺激更多的暴食行為。二、過度重視外形、體重，可能加深其無力感及無價值感，並促使進一步節食。故應協助修正其過度重視體型的想法。三、可讓病人記錄自我評量表及養成量體重的習慣，由評量中記下每次進食的情境，暴食衝動強度，進食種類及數量，當時合併的感覺及想法等，以尋找出暴食衝動的誘發因素和「暴食－嘔吐－低自尊－節食」之間的關係，以刺激控制法建立良好的飲食習慣。同時可透過教育和建議提供病人有關節食、暴食、嘔吐的後果及控制體重的正確知識。

第二個階段，以行為修正法逐步改善節食或偏食的習慣，找出有關身體形象和體重的問題想法。以認知重塑的技巧，讓病人學會質疑自己的問題想法的能力，並改變扭曲的認知，進而改變其行為。

最後一個階段則要提供訓練，以避免再發，其內容包括問題解決能力，因應技巧的強化，尋求朋友幫忙等，並且要隨時矯正對身體形象的錯誤觀念。病人雖然要有面對未來再發病的心理準備，但也必須了解多數人有時也會吃太多，不要過度敏感就此推論成「過去的努力均白費了」，而再度陷入「低自尊－暴食－嘔吐」的惡性循環中。

七、個案

(一) 個案一：厭食症

小微是一名 23 歲的未婚女性，排行老么，上有一兄三姊。二姊是躁鬱症病人；父親較嚴

肅，不常與小孩親近；管教小孩的責任多在母親身上。母親個性較神經質和急躁。小微個性較內向、依賴。某大學畢業後，曾短暫工作過。

小微從 17 歲起就比較注意自己的身材，羨慕女星的纖瘦，也開始注意報章雜誌上和飲食相關的知識，計算自己日常攝取的卡路里，挑蔬菜、水果吃而少吃肉類和主食。當時她身高 163 公分，體重約 45 公斤。大二時，小微曾報名選秀節目但落選，之後更加不滿意自己的身材，覺得腰太粗臉太圓，開始節食減肥。來門診的前一年，家人開始發現個案每餐均吃得很少且咀嚼很久；每天亦熱衷運動，睡前要做 500 個仰臥起坐；小微也常照鏡子，曾表示怕變胖，因此每天量數次體重，且心情隨其些微增減而有明顯起伏。母親曾試圖阻止上述行為，但小微卻依然故我。加上家中有個躁鬱症的姊姊，母親的情緒亦

相當緊張，想強制小薇進食，母女之間經常衝突。在工作場合，小薇的人際關係亦十分表淺，無深入交往的好友。

雖然小薇體重下降，但精神很好，平日上班等活動仍積極參與。家人一開始並未積極求醫，後因月經沒來才被家人帶到各大醫院內科及婦產科就診，檢查並無異常發現。

這半年來，小薇進食情形愈來愈奇怪。她經常為家人準備許多好吃的飲食，自己卻都不吃；飯量很少，每餐要吃一個小時以上，且每一口都要嚼數十下才吞下，而且不喜歡和家人或朋友一起吃飯；有時候在家人督促下勉強吃多一些，飯後會到浴室用手挖喉嚨催吐；小薇常抱怨吃太多，肚子脹、噁心而嘔吐；家人亦發現她自行服用瀉藥。小薇卻矢口否認。家人非常擔心，帶她四處求醫，但她會大發脾氣，對自己降到 32 公

斤的體重仍不滿意。

來門診前兩個月，小微的進食情形每況愈下，一天只吃一餐、每餐只吃幾口菜。健忘、晚上睡不好、精神體力變差，頭髮也變黃變細，而且比較怕冷、常暈倒，但小微仍堅持原來的飲食情況。在親戚的介紹下，被家人帶來精神科門診就醫，安排住院治療。

住院以後，醫療人員透過溫暖和關切的態度，建立良好的醫病關係，化解小微原本不合作的表現。經過一個多星期的努力，小微終於瞭解醫療人員都是誠懇地在幫助她，終於可以接受以恢復健康體重以及建立正常飲食習慣為目標的住院治療。小微開始每天少量多餐，每一餐 300 大卡，她也有機會和營養師討論以選擇食物。在每一餐之後的 1 小時之內，她不能夠使用浴廁，以避免將所吃的食物吐掉。當她的體重增加時，她

可以得到一些獎勵，例如參加病房的社交活動或外出。

經過三個多星期後，小薇每一餐的份量逐漸增加，然後開始每天進食三餐，再加上一次晚上的宵夜，以維持平穩的體重增加曲線。過了幾週之後，小薇開始在醫院餐廳吃飯，並且在治療人員的幫忙下選擇食物，也有幾次她在家人的陪同之下，到外面的餐廳吃飯。

除了上述的行為治療之外，小薇在心理治療的幫助下，開始瞭解並接受自己對身材病態關注的現象。而父母對小薇的過度情緒反應也惡化了問題，醫療團隊也安排了幾次的家族治療來化解問題。

經過了兩個月的治療之後，小薇終於恢復了原有的體重與健康。在飲食行為上，她可以逐漸嘗試一些過去較不敢吃的食物，不像過去斤斤計

較體重的變化，亦嘗試去找工作和完成學業，並接受門診繼續追蹤處理其生活適應和人際關係的問題。

(二) 個案二：暴食症

小芳是個 20 歲的女孩，從小就是個胖小孩。在她成長的家庭，有一位相當注重女性外貌的父親，在他要求下，母親在打扮和保持身材上也下了不少功夫，雖已年近半百，看起來卻像小芳的大姐。妹妹小萍的身材適中，且各方面的表現如課業、機智、口才及人緣都優於小芳，因此小芳時常感到壓力和自卑。

小芳升上國中後，在課業壓力下吃得較多，體重略為上升，當時身高為 163 公分，體重為 65 公斤。有一天她無意間聽到同學笑她像隻肥

豬，心情很難過，因此開始節食，但成效不彰。升上高中後，小芳轉而向減肥中心尋求幫忙。在營養師的協助下，她的體重減了 8 公斤，她對於這樣的身材頗為滿意，也在學校中渡過了一段風光的日子。這體重只維持了兩個月，小芳腦中常縈繞美食，在獨處、無聊、遇到挫折時，就有衝動想去吃東西，且非吃到很脹不可。剛開始時，小芳每週暴食一次，體重逐漸上升到 70 公斤；她一直沒放棄減肥，但體重上下起伏很大，始終無法維持在她的理想體重 48 公斤，反而更加她暴食的症狀，頻率增加到每週 5 次。小芳逐漸對吃失去信心，不知道何時可以吃、吃多少，也無法正確地感受「餓」和「飽」，衝動一來便會大吃一頓，有一次還一口氣在二十分鐘內吃掉一整條葡萄土司、兩大包巧克力、十塊麻糬、兩碗紅豆湯圓及三罐八寶粥。吃完後，小芳很擔心變

胖，便到廁所去把食物吐掉，下一餐完全不吃，直到餓到失去控制又大吃一頓。她終日在這種「暴食－清除－飢餓」的循環中生活，生活中沒有其他目標，心情不穩定，注意力變差無法讀書，成績一路下滑，且無暇顧及人際關係。小芳終於在高三時休學，她儘量在家避免外出，唯恐撞見同學而被嘲笑；父母注意到她的問題，但他們習慣以批評的口吻來指責小芳的暴食，譴責她暴殄天物，並將她視為異類，排除於家庭活動之外；妹妹有意無意地以出色的打扮與穿著來嘲諷她失敗的減肥；當親戚朋友來訪時她也躲得遠遠的，深怕自己肥胖的身材成為話題。在這些壓力下，「吃」更成為她抒發情緒的唯一管道。久而久之，小芳感到對人生無望、無助，自殺成為她無奈的出口。就醫後，小芳被轉介到精神科接受治療。

在精神科門診，醫師首先以支持性的態度了解小芳長期以來困擾的行為和情緒問題，並進行詳細評估。治療計劃包括教育小芳正確的減重觀念及暴食、催吐、不當使用藥物對身體和心理的不良影響；接著鼓勵小芳對平日攝食建立自我評量表，列出每次進食的細節，並從其中找出與暴食衝動相關的因素。根據這些，醫師鼓勵小芳建立一個規則定時且定量的飲食習慣，除了三餐外可以加上一、兩次點心時間，避免身體暴露在長時間的飢餓下。

此外，醫師提供了問題解決能力訓練和自我肯定訓練來處理小芳挫折忍受力較低的問題；並安排認知治療來處理暴食當時和事後的不合理想法。營養師也針對小芳長期在意的肥胖問題給予病人飲食指導，並安排適度的運動。

在門診治療時，亦針對小芳自尊低、敏感和

常自我否定的心理，給予支持性和心理治療，並和父母親會談，客觀地評量病人的飲食行為和指導相關的知識與處理方法。

經過以上的治療，病人的暴食下降成每個月一次，且不再有嘔吐和使用藥物的行為。小芳正努力想找工作，建立正常的人際關係，家庭氣氛亦較過去和諧融洽。

(三) 個案三：嗜食症

31 歲的廷茵，在家中排行第二，母親有憂鬱症病史；小學時曾遭親戚持續性侵一兩年，這陰影造成她對人的疏離、對未來的負向觀感，在成長過程如影隨形。她生性好強，自我要求很高，於是當高中發現學業表現不管如何努力都無法達到預期時，飲食開始失控，並有重度憂鬱並試圖

自殺，高中每年皆有一次吞藥紀錄。在挫折感中完成學業後她很快離家踏入婚姻，但婚姻關係維持不久，已與先生離婚多年，自己重新投入職場，在外地獨自生活。

廷茵在美容美體業工作積極努力，很受客人與主管青睞，數年間由職員升至店長。然而她總覺得無法與人交心；且認為就算職場得意、收入豐厚，自己失敗的婚姻與疏離的家庭關係還是不如別人。因此短暫的愉悅過後即陷入情緒低潮，循環出現的憂鬱與輕躁讓她情緒起起落落，極度低落時也有自殺意念，令她近一年半來重拾高中時期以陣發性的大吃大喝來處理情緒的舊習；每週約有一兩次，她會無法控制地吃下平常食量四五倍的食物，有時在上班之外的時間躲起來吃零食，一週飲食記錄顯示她每天的進食量約為 2830 到 4000 大卡不等。大量進食後雖然有短暫的舒

壓效果，但隨之而來的是對體重上升的不安、不舒服和罪惡感。由於職業所需，她必須在客人面前維持良好的體態，她認為以自己身高 161 公分，理想體重應在 50-55 公斤間，但是她很難持續地執行節食計劃，也沒有使用催吐、藥物或運動方式來控制體重。她的體重於一年中增加了十幾公斤，在意外表的她開始焦慮、自信心降低，害怕面對客人與朋友對體型改變的評論，但無處宣泄的壓力卻令她只能一再地陷入暴食的困境，因此決定到精神科門診求助。

在和門診醫師的談話過程中，廷茵想起塵封在心裡那段情緒起伏和飲食控制困難的過去史；透過面談，她意識到兩者間彷彿有關聯。但她認為控制體重是目前生活最重要的事，希望體重回到原本的 50 公斤左右。對自己情緒因為經過藥物的幫助變得愉快後，沒有那麼在意情緒穩定的

重要。目前穩定門診追蹤中，經解說與服藥治療後，個案可以在情緒和行為穩定情形下，了解自己情緒與體重異動的關聯，合併進行有效的減重方法。



八、健康體重的概念和正確的飲食行為

臨床上常看到想要減肥的年輕女孩，她們的體重明明都在正常或偏瘦的範圍，總還是覺得自己太胖，可能一般人腦子裡並沒有「健康體重」的概念。那麼甚麼是「健康體重」的標準呢？健康體重，應該是足以供應你的身體功能正常運作的體重，如：女性有正常月經和排卵，男性有正常的性慾望和荷爾蒙平衡，兒童及青少年能夠順利正常發展第二性徵等。若是病人以激烈節食或運動達成體重大幅下降，以致月經停止，即使體重數字在正常範圍，也不能算是健康體重。身高跟體重受遺傳影響，本來就因人而異，體重的標

準，應參考個人的體重史和家族遺傳，而不是追求單一標準。



怎樣才是正確的減重呢？減重的方法有二，一是減少熱量攝取，二是增加熱量消耗。前者是採飲食控制，後者就是指運動。正確的節食是指低熱量但均衡的飲食。一般而言，當攝食減少時，體內的代謝速率為維持體內生理的恆定也會降低；腸道蠕動減慢，以增加營養吸收的時間；此時以節食達到控制體重的效果將逐漸減少、達到一平原期。唯有透過運動才可重新增加新陳代謝速度，並減緩肌肉組織的流失；僅以不正確的飲食控制作為控制體重的唯一方法時，易造成腦內神經傳導物質失衡，出現情緒和行為障礙。過度減輕體重又會導致身體不適，引發更多情緒，行為，和人際關係障礙。

一般而言，每日熱量的輸入及輸出量相減少 500 大卡時，一週體重可減 0.5 公斤。持續穩定的體重下降才不會造成養分和電解質不平衡。當

達到目標體重時，飲食控制和規律運動必須成為生活的一部分，才能長久維持下降的體重。

減重若能配合行為矯正，效果會更好。行為矯正主要是指刺激控制法，即：

1. 固定於屋內的某一房間進食，此房間儘可能不做其他用途；
2. 進食時，不從事其他活動，如看電視、雜誌、書報等，專心享受吃的樂趣且放慢進食速度；
3. 限制食物供應量，決定一次進食的量後，將剩餘的食物收藏好，如果要再進食，必須吃完後再離位去取用食物；如果已經吃飽了，練習將殘存的食物留在杯盤中；
4. 減少暴露於危險食物之中，這些食品在屋內都應收藏在視線不及的範圍內，固定於一個房中；

5. 逛街前事先列好清單，不要在商店中臨時決定購買食品。最好是在吃飽後再列清單。逛街時，僅帶足夠的錢買清單上的物品。



九、如何協助有飲食障礙症的家人

親友們需先認識什麼是飲食障礙症，以同理心去了解為何「吃」這件事對患者來說這麼困難。也想一想自己和家中的其他人，對體重和外表的價值觀和飲食習慣是否無形中影響到我們身邊有飲食障礙的家人。例如拿體重開玩笑，或是自己也是常計較熱量的多少。建議父母從心理和行為表現去發現孩子是否有飲食障礙，並且一起和孩子尋求專業協助。

患者可能有意無意跳過一餐，吃東西在他的生活裡似乎是少掉的一片拼圖，他們會替自己不吃東西的行為找理由。另外一種異常飲食行為是

平時節制飲食，衝動上來就暴食，無法想停就停，吃完然後去清除。但是這種病人都很堅持自己的想法，很怕體重的變動，很在意別人的看法，若用強制方式，會使親子關係惡化，應盡量避免用權威或極端的話語刺激孩子。

患者因為飲食習慣過猶不及，有人在旁陪伴、督促，可以協助飲食的正常化。偏偏這些病人又不喜歡別人介入自己的行為管理，造成家人很深的無力和挫折感。但其實他們是很在意父母的看法的，在一副強硬的外表下，其實是有一個敏感和脆弱的自我需要被了解和接納，只是他們更害怕體重的失控。

所以家人不要太在意孩子一時的態度，而應該多和專家討論親子關係的技巧。若真的力不從心，則至少委請老師或同學陪伴，透過同儕的力量來給予正面的影響。但最重要還是父母本身能

以一貫的態度，傳達關懷包容和不遺棄的訊息給孩子，一方面又可以限制孩子無理過度的要求，親職技巧也需要很有彈性。

除了飲食問題，也應同時注意孩子的人際關係和情緒行為相關問題。對退縮孩子多鼓勵走出去嘗試錯誤，增加挫折忍受度；對衝動情緒不穩定的孩子，協助建立規律作息和生活習慣。這可能是場馬拉松式的賽跑，家屬需要耐心陪伴。

十、結語

飲食障礙症對患者的生理、心理、社會功能影響均鉅，且患者多未於早期求診，往往出現身體和情緒行為的問題才就醫，不可不慎。除規律就醫、配合治療外，亦應正視家庭、社會及文化

因素的影響，建立正確的減重觀念，方能兼顧健康與美麗。

參考資料

1. 曾美智，2011，第 17 章飲食障礙症。實用精神醫學第三版。李明濱主編，國立台灣大學醫學院，211~220 頁。
2. 林祥源、曾美智，2011，厭食症與再餵食症候群的住院治療。台灣精神醫學 25 卷 3 期 126~39 頁。
3. 曾美智，2014，第八章心理及行為評估。營養評估第六版。吳幸娟等合著，華格那出版社，8-1~8-24 頁。
4. 台灣肥胖醫學會，2008，肥胖症一原因、病

理生理及治療。

5. 曾美智，2014，健康飲食好心情—厭食、暴食與肥胖的心理探討，臺大醫師到我家—精神健康系列。心靈工坊文化。



飲食與精神健康

著 者：國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部

主 筆：潘欣平、曾美智

校 訂：潘欣平、曾美智

出 版 者：衛生福利部

地 址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電 話：(02)8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：中華民國 103 年 12 月

版 次：第一版第一刷

I S B N：978-986-04-3966-3

G P N：1010303244

