

認識經常被忽略的心身症： 暴食症

振芝心身醫學診所 精神科 陳冠宇

隱形的飲食障礙症

隨著西方崇尚苗條的審美觀盛行於我們的社會，許多年輕人，特別是女性，為了讓自己的身材跟上流行，採用了極端的方式減肥，部分人會出現厭食症或是暴食症的狀況。厭食症患者通常外觀消瘦，很容易被看出來，但是暴食症的盛行率高過厭食症，卻因為外觀與常人無異，無法透過表面觀察而發現，成為一種隱形的心身症。暴食症患者，偷偷摸摸進行對身體有傷害性的行為，其實內心十分痛苦，但又恥於告訴他人，經常合併憂鬱的症狀。

台灣雖然沒有社區的流行病學資料，但過去的研究發現暴食症狀常見於好發族群，也就是年輕女性，通常是高中、大學以及剛進入社會的年輕人。問卷調查發現高中職有高達0.9~3.3%的學生可能有這個問題¹。本文將簡介這個經常被忽略的心身症，期待更多臨床醫師可以及早發現這種病症，適當處理與轉介，讓患者可以得到健康的生活。

暴食症的診斷

暴食症的主要症狀就是暴食行為，這個行為包含兩個特色，第一是飲食的量要真的超過一般人的水準，例如：吃掉平常人兩餐才能吃完的食物，這是客觀標準；第二則是當事人在暴食的時候，明明知道吃太多，甚至已經胃部脹痛，但仍然無法停止進食，有失控的感覺，這是主觀標準。簡單來說，「量多失控」四個字就是暴食行為最簡潔的定義。但是因為這種行為對大多數當事人來說，都是很羞恥與不願

意承認的，如果有懷疑時，建議要採取尊重與保護隱私的方式來問診，才能得到比較確實的資訊。

除了要有具體的暴食行為，還要詢問病患本人對於體重身材的看法，幾乎所有暴食症病患都期待比現實更輕的體重，例如一位160公分的20歲女性體重52公斤，這原本是正常的範圍，但暴食症患者通常希望自己能夠減到48公斤。對於身材過度的在乎，甚至以此做為個人自尊的主要依據，這點讓個案很難停止與暴食相關的禁食與催吐行為，也因此讓症狀持續。

做確定診斷最後要注意的是，催吐或吃瀉劑等試圖減少營養吸收的代償行為的頻率，因為有足夠的頻率，例如每週一次的催吐，而且時間夠久，長達三個月以上，才能診斷為暴食症，否則只能診斷為非典型飲食障礙症。但即使是非典型飲食障礙，只要病人覺得難受也有意願，也都值得提供專業的治療。

目前的診斷標準最後強調只要病人體重過輕，達到厭食症的標準(通常指身體質量指數BMI < 17.5kg/m²)，就要診斷他為厭食症，而無須另外診斷暴食症。這種要求，一方面提醒我們許多厭食症病患，大約一半，會有暴食行為，另一方面也可以看到專家的共識，是要優先診斷厭食症。厭食症的治療比起暴食症要困難得多，還好其盛行率比較低。

暴食症的合併症

暴食症因為其異常的進食行為，經常會有內科、牙科與精神科的合併症。內科方面，最

常見的生理異常就是陣發性的電解質不平衡，許多甚至有明顯的症狀，例如低血鉀所造成的暈眩、疲倦、肌肉痙攣等。另外，持續催吐的患者，胃酸的刺激，會造成口腔周圍三對唾液腺的腫脹，抽血也常有明顯的血清澱粉酶過高的發現²。

牙科方面，因為催吐，強烈胃酸的刺激，許多暴食症患者會有嚴重的齲齒³。精神科方面，有暴食症的病人，比起飲食正常的人，更容易發生憂鬱症與焦慮症等精神官能症，自殺的念頭與行為也高於常人。

暴食症的病因學

研究顯示，大多數暴食症患者，都是對自我要求比較高，自信心偏低的人。在一片追求瘦的流行文化中，這種個性的人，會用比較極端的方式，想透過節食讓自己達到很瘦的地步，但因為生理上，我們的營養需求無法被強烈壓抑，暴食衝動通常反映的是過度節食下的生理反彈，加上有些人會透過大量進食以及催吐等類似懲罰的方式，發洩內心的負面情緒，節食加上情緒的抒發就是暴食最主要的原因。

催吐的行為，因為整個破壞了進食的生理過程，讓原本應該被腸道吸收的營養被吐出來，進食行為無法得到正常營養吸收後的腸道內分泌拮抗，反而會促進暴食的衝動。

整體來說，一心幻想透過嚴格節食來減重的病人，與自己身體自然的保護機轉「暴食」產生了對抗，並因此養成「過度節食--暴食--催吐」整套的自我滿足與自我摧殘的行為模

式。慢性化的患者就是對這整個過程上了癮，雖然有很多不舒服與罪惡感，但就是無法改變。

暴食症的處置與治療方式

還好，比厭食症更好的情況就是暴食症目前有許多有效的治療法。

研究顯示，認知行為療法(CBT: cognitive-behavioral therapy)是公認最有效的暴食症療法，在這種治療法中，病人需要記錄自己的飲食狀況，包括正常飲食與暴食都要記錄。透過這種即時的紀錄，病人可以慢慢瞭解平常努力節食的無用，以及情緒或生活事件對於暴食的影響。在治療師的幫助下，個案試驗正常飲食，然後消除因為過度節食所帶來的暴食衝動。

除此以外，許多其他取向的心理治療，例如：人際關係治療(IPT: inter-personal therapy)、自體心理學治療(self psychology therapy)等，都對暴食有相當的療效，特別是當事人不願或無法紀錄飲食，而無法執行CBT時，這些其他派別的療法也能帶來對症狀的改善，這些都顯示病人的個性與心理狀態往往才是飲食異常的最主要因素。

另外，藥物治療，特別是第二代的抗憂鬱藥物，對於暴食症也有相當的療效，只是對於暴食症的治療，通常其劑量需要稍高。而且，許多沒有憂鬱症狀的患者，吃了藥物也可以改善飲食症狀，顯示暴食症藥物治療的機轉，似乎不是透過抗憂鬱的療效來達成。

結語

暴食症是常見但經常沒有被注意到的精神行為障礙，臨床醫師要有這個警覺性，並且在隱密與安全的狀況下，詢問當事人，以獲得確實的診斷。相較於厭食症，暴食症的治療效果與預後都比較好。臨床醫師要學習鼓勵個案接受專業的幫助以克服這個障礙。

參考文獻

1. 陳冠宇、林亮吟、陳喬琪、胡維恆：某高中職學生的暴食症盛行率。台灣精神醫學 2000; 14: 279-89。
2. Mehler PS: Clinical Practice. Bulimia nervosa. N Engl J Med 2003; 349: 875-81.
3. Sedghizadeh PP: Images in Clinical Medicine. Bulimia nervosa. N Engl J Med 2013; 368: 1238. 🇺🇸

