

Traditional Chinese / 繁體中文

e National
Eating Disorders
Collaboration

Evidence

Experience

Expertise

進食障礙在澳洲

National Eating Disorders Collaboration (英文簡稱 NEDC) 由澳洲政府衛生部資助。

本小冊子僅供一般參考，不應取代醫療或健康建議。NEDC 雖已盡一切努力確保資訊準確，但不能保證這些資訊為最新的、完整的或適用於任何目的。於2021年11月審閱及更新。



如需獲得幫助或瞭解更多，請瀏覽網站：
nedc.com.au

Evidence

Experience

Expertise

目錄

什麼是進食障礙？	3
進食障礙的類型	3
患病率	5
警告信號	6
風險因素	8
影響和併發症	8
合併症	9
治療	10
康復	12
獲得幫助	12
參考文獻	13

什麼是進食障礙？

進食障礙是嚴重且複雜的精神疾病，伴隨有影響身心健康的併發症，並可能出現重症並危及生命。這種疾病的特點是對於體重、體型及/或食物和飲食，出現在行為、思想和感覺方面的紊亂。

進食障礙並不局限於特定的群體，任何人在生命的任何階段都有可能罹患這種疾病。

每年約有100萬澳洲人罹患進食障礙(1)。

進食障礙的類型

《心理障礙診斷與統計手冊 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM-5) 第五版 (2) 》將進食障礙劃分為不同的類型。根據症狀及其發生的頻率進行分類。

暴食症 (英文簡稱 BED)

BED 的症狀是反復暴食，即在短時間內吃大量食物。患者在暴食症發作時覺得無法停止進食，這通常與極度痛苦有關。BED 患者不會採取代償行為，如暴食後自我誘發嘔吐或過度運動。

神經性貪食症

神經性貪食症的症狀是反復暴食，然後採取代償行為，如嘔吐或過度運動以防止體重增加。神經性貪食症患者會陷入失控進食的惡性循環中，然後試圖進行補償，這可能會導致羞愧、內疚和厭惡的感覺。隨著時間的推移，這些行為會變得更具強迫性和無法控制，並導致對食物的癡迷，並總是想著吃（或不吃）、減肥、節食和身體意象。

神經性厭食症

神經性厭食症的症狀是限制能量攝入，導致體重顯著降低，並伴有對體重增加和身體意象紊亂的強烈恐懼。由於饑餓和營養不良導致大腦發生變化，會使神經性厭食症患者很難意識到自己的不適，或理解這種疾病的潛在影響。

非典型神經性厭食症是 OSFED 的一種亞型（見第4頁的 OSFED）。非典型神經性厭食症患者符合神經性厭食症的所有診斷標準，然而，儘管體重顯著減輕，這種患者的體重仍在正常 BMI 範圍內或以上。非典型神經性厭食症是一種嚴重且可能危及生命的疾病，與神經性厭食症有相似的影響和併發症。

其他特定的餵食或進食障礙（Other specified feeding or eating disorders，英文簡稱 OSFED）

OSFED 患者可能會出現許多其他進食障礙的症狀，如神經性厭食症、神經性貪食症或暴食症，但又未能符合這些障礙症的全部診斷標準。這並不意味著進食障礙的嚴重程度或危險性有所降低。與OSFED 相關的併發症和飲食失調的想法和行為與其他類型的進食障礙症一樣嚴重。

回避/限制性食物攝入障礙（Avoidant/restrictive food intake disorder，英文簡稱ARFID）

ARFID 的症狀是對食物和進食缺乏興趣、回避和厭惡。這種限制並不是出於身體意象的困擾，而是由於對食物和/或進食的焦慮或恐懼，對食物的質感、味道或氣味等感官方面的敏感度提高，或者對食物和/或進食缺乏興趣。ARFID 與以下一種或多種情況有關：顯著的消瘦、嚴重的營養不良、依賴腸內（管道）餵食或補充劑，以及對心理社會功能的顯著干擾。

不明餵食或進食障礙（Unspecified feeding or eating disorder，英文簡稱 UFED）

UFED 是餵食和進食障礙的一種類型，在社交、職業或其他重要功能領域造成嚴重的痛苦和損害，然而，它不符合任何其他餵食和進食障礙的全部標準。這一類用於臨床醫生對不符合特定餵食和進食障礙標準的原因選擇不做說明的情況，包括沒有足夠資訊作出更具體診斷的情況（例如，在急診室環境下）。

異食癖

異食癖的症狀是持續食用與患者成長發育水平不相符的非營養性、非食用性物質。

反芻障礙

反芻障礙的症狀是反復反流食物。反復反流的症狀與其他疾病無關，也不僅僅出現在診斷其他類型的進食障礙過程中。



患病率

進食障礙很常見

- 澳洲每年的進食障礙患者約有100萬；也就是佔人口的4%(1)。
- 在進食障礙患者中，3%患有神經性厭食症，12%患有神經性貪食症，47%患有 BED，而38%患有其他類型的進食障礙*(1)。
- 為數更多的人經歷過飲食失調（例如，進食障礙的症狀和行為，但頻率或嚴重程度較低），但不符合罹患進食障礙的診斷標準。澳洲每年約有三分之一（31.6%）的青少年會出現飲食失調的行為(3)。
- 進食障礙的症狀也在增加，從20世紀90年代末以來，每週暴食增加了近6倍，嚴格節食則增加了近4倍(3)。

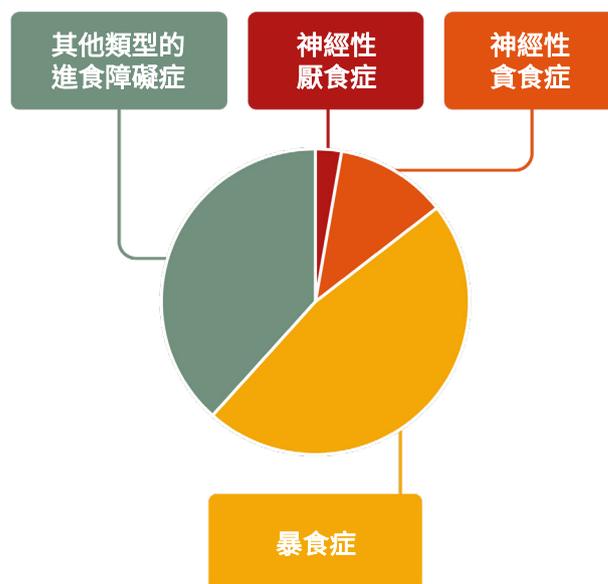


圖1：進食障礙的患病率

* “其他進食障礙”包括所有其他類型的進食障礙診斷，但不包括神經性厭食症、神經性貪食症和 BED。

年齡

雖然任何年齡段的人士都可能經歷飲食失調，但進食障礙在青少年和年輕人中更為普遍，進食障礙的平均起病年齡在12到25歲之間(4,5)。青春期是患進食障礙的高風險時期。

性別

據估計，8.4%的女性和2.2%的男性在其一生中經歷過飲食失調(6)。

雖然女性約占神經性厭食症患者的80%和神經性貪食症患者的70%，但最近的數據表明，BED 在男性中的患病率可能與女性一樣高(7)。

進食障礙患者中男性的實際比例可能更高，因為他們的經歷可能被臨床醫生忽視或誤診(8)。

雖然對非二元性別和變性人士的進食障礙/飲食失調患病率的研究有限，但新的研究表明，非二元性別和變性人士出現進食障礙症狀或飲食失調行為的風險是順性別者的2至4倍(9-12)。

預警征兆

心理方面

心理預警信號可能包括：

- 專注於飲食、食物（或與食物有關的活動）、體型和體重
- 極度害怕體重增加
- 進餐時間覺得焦慮或易怒
- 對食物有“失去控制”的感覺
- 對身體極度不滿或對身體意象抱有負面看法
- 刻板的“非黑即白”思維（例如，認為食物是“好”還是“壞”）
- 對關於體型、體重、飲食或鍛煉習慣的評論或（真實或感知的）批評高度敏感
- 情緒波動（如易怒、情緒低落和/或焦慮以及自殘和/或自殺傾向）
- 低自尊（例如，羞恥感、負罪感和自我厭惡）
- 用食物進行自我懲罰或調節情緒（例如，因抑鬱、壓力或其他情緒原因而拒絕進食或暴飲暴食）

身體方面

身體預警信號可能包括：

- 體重突然減輕、增加或波動
- 在青少年兒童中，其生長曲線或身體質量指數（BMI）百分位數出現無法解釋的下降
- 對寒冷的敏感（例如，即使在溫暖的環境中，也會經常感到寒冷）
- （不是由於青春期或更年期的波動而導致的）月經延遲，月經缺失或月經紊亂，或不孕不育
- 嘔吐的跡象（如臉頰或下頰腫脹，指關節上有老繭或腫塊，口臭，牙齒受損）
- 身體或臉上有細毛（胎毛型毛髮）覆蓋
- 疲勞或精力不濟
- 暈厥或頭暈
- 潮熱或出汗
- 消化問題（如反流、腹脹、便秘、噁心、感覺飽腹）
- 骨骼脆弱（如骨質疏鬆或骨質減少）



行為方面

行為方面的預警信號可能包括：

- 持續或重複的節食行為（如禁食、計算卡路里/千焦、不吃飯、不吃某些種類的食物）
- 暴食的證據（如大量食物消失，囤積食物以備暴食）
- 為控制體重而嘔吐或使用瀉藥的證據（例如，經常在進餐中或餐後上廁所，定期購買瀉藥）
- 強迫性或過度運動模式（例如，在惡劣天氣下運動，生病或受傷時仍繼續運動，未能定期休息/恢復，如無法運動則會感到痛苦）
- 對食物本身、烹調方式和進食方式採取一定的模式或強迫性的儀式（例如，吃得非常慢，把食物切成很小的塊狀，堅持在特定的時間進餐，用餐時刻板地重復吃同樣的食物，使用碗碟餐具不靈活）
- 食物偏好的改變（例如，聲稱不喜歡以前喜歡的食物，突然癡迷於“健康飲食”）
- 避免參加有食物的社交場合或在參加這些活動時行為發生改變（例如，不再在家與家人聚餐，帶自己的食物去參加社交活動，在社交場合拒絕吃東西）
- 找藉口來避免吃東西（例如，聲稱已經吃過東西，聲稱對某種食物過敏/不耐受）
- 迴避社交活動或者遠離家人和朋友（例如，避免參加以前喜歡的活動）
- 在備餐和規劃菜單方面的行為變化（例如，為他人購買食物和做飯，但自己不吃；控制家庭飲食）
- 對體重和體型有強烈的關注（例如，對減肥或鍛煉肌肉感興趣）
- 重復或強迫的身體檢查行為（例如，掐腰或手腕，反復稱體重，花太多時間照鏡子）
- 服裝風格的改變（例如，穿著寬鬆的衣服，穿得比天氣所需的更多的衣服）
- 在食物方面的隱蔽或秘密行為（例如，偷偷扔掉食物，藏起未吃的食物，偷偷吃）
- 不適當的攝取液體行為（例如，攝入很少或不攝入液體，或攝入超過所需的過量液體）
- 持續否認有飢餓感
- 實行嚴格的食物規則（例如，列出“好”和“壞”食物的清單）
- （1型或2型）糖尿病患者濫用胰島素

絕不能對症狀進行“觀察和等待”。
如果您本人或您認識的人可能出現進食障礙，則務必要獲得支持和治療。早期干預是改善健康和生活品質的關鍵。

風險因素

導致進食障礙的因素因人而異，涉及生物、心理和社會文化因素。任何人在生命的任何階段都可能罹患進食障礙。進食障礙是一種心理疾病，而並非個人的主觀選擇。

影響和併發症

與進食障礙有關的生理和心理併發症是嚴重的，可能危及生命。

生理方面

進食障礙行為與特定的醫療併發症相關。這些包括但不限於：

- **限制食物攝入**可能導致低血壓、荷爾蒙失衡、畏寒、注意力不集中、消化問題、疲勞和嗜睡。
- **暴飲暴食**可能導致高血壓、2型糖尿病和荷爾蒙失衡。
- **嘔吐**可能導致食道損傷、腹痛、腹脹、腹瀉、便秘、齲齒和電解質失衡，導致心率不規則和脫水。
- **濫用瀉藥**可能導致脫水、低血糖和腸道肌肉衰弱。
- **過度運動**可能導致損傷、應力性骨折、骨骼脆弱（如骨質疏鬆或骨質減少）和荷爾蒙失衡。

心理方面

與進食障礙有關的心理影響有很多，包括但不限於：

- 對身體不滿意
- 對飲食、食物、體型和/或體重有強迫性想法
- 羞恥感、自我厭惡、自卑、內疚或失敗感
- 抑鬱或焦慮症狀
- 自殺的念頭、計畫或企圖
- 自殘
- 濫用藥物
- 不合群



合併症

進食障礙患者同時患有另一種心理或生理疾患（稱為合併症）的風險更高。進食障礙患者所患的合併症可能與其進食障礙症狀和行為有關。對於其他類型的合併症，其與進食障礙關聯背後的方向及機制尚不清楚，是未來研究的重點。

心理健康合併症

研究表明，超過80%被診斷為進食障礙的成年人至少患有一種其他精神疾病(13)。

與進食障礙相關的最常見的心理合併症包括：

- 情緒障礙（如重度抑鬱症）
- 焦慮障礙（如廣泛性焦慮障礙、社交焦慮症）
- 創傷後應激障礙（英文簡稱 PTSD）和創傷
- 濫用藥物
- 人格障礙（回避型、邊緣型、強迫症）
- 性功能障礙
- 自殘

醫學合併症

與一般人群相比，進食障礙患者罹患以下疾病的患病率更高：

- 1型和2型糖尿病
- 多囊卵巢綜合症（英語簡稱 PCOS）
- 骨骼脆弱（如骨質減少、骨質疏鬆）
- 低血壓（血壓過低）
- 消化問題（如腸易激綜合症）
- 關節痛
- 頭痛和偏頭痛
- 月經問題（如月經缺失）
- 睡眠問題

治療

治療的類型

接受循證治療已被證明可以減輕進食障礙的嚴重程度和縮短持續時間。在被診斷為進食障礙的人群中，只有約23%的患者獲得了適當的治療(4)。在疾病早期進行治療為患者提供了從進食障礙中恢復過來的最好機會。

根據診斷結果，治療進食障礙需要考慮的循證心理療法包括(14)：

厭食症

對於兒童和青少年，治療模式包括：

- 對於神經性厭食症，採取以家庭為基礎的治療（英文簡稱 FBT）或家庭治療（家長為核心，也接受多個家庭成員小組的模式）
- 有家人參與的 CBT-ED
- 青少年為核心的心理治療

對於成人，治療模式包括：

- Maudsley成人神經性厭食症治療（英文簡稱 MANTRA）
- 專科輔助臨床管理（英文簡稱 SSCM）
- CBT-ED；聚焦進食障礙的焦點心理動力療法

OSFED

應根據與飲食問題最相似的進食障礙來決定選擇具體的治療模式。

ARFID

ARFID 是相對較新的診斷，圍繞哪種治療方法有效的研究仍在繼續。

目前的證據表明，認知行為療法（英文簡稱 CBT）對 ARFID 患者是一種有效的治療方法(15)。治療可能包括逐漸讓患者接觸令人恐懼的食物、放鬆訓練和支持他們改變飲食行為。

回應性餵食療法（英文簡稱 RFT）也被用於 ARFID 兒童患者，然而 RFT 的指導原則也可以應用於治療青少年和成人患者(16)。回應式餵食涉及讓父母或照顧者通過愉快的互動和很少的干擾來建立有規律的進餐時間，模仿進餐時的行為，並允許孩子對饑餓提示做出反應(16)。

神經性貪食症

對於兒童和青少年，治療模式包括：

- 以進食障礙為中心的 CBT (CBT-ED)，並有家庭參與
- 神經性貪食症的家庭療法

對於成人，治療模式包括：

- 在指導下自助進行 CBT-ED
- CBT-ED
- IPT（“人際心理療法”的英文簡稱）

暴食症

對於青少年和成人，治療模式包括：

- 強化認知行為治療（英文簡稱 CBT-E）
- 認知行為治療——引導自助（英文簡稱 CBT-GSH）
- 人際心理療法（英文簡稱 IPT）



非臨床支持

有許多非臨床服務機構可以為正在接受進食障礙治療的人士及其家人和支持者提供寶貴的支援，例如個人朋輩支持談話會或支持小組。

治療的層次

根據個人需要，進食障礙治療可以在不同的環境中進行，分為三個不同的強度層次。有些患者可能以最低強度開始治療，而另一些患者則可能以較高強度開始治療。患者在康復過程中可能需要在這些不同的強度層次之間來回移動。

進食障礙患者可獲得的治療服務層次包括：

基於社區的治療

基於社區的治療是指在社區或門診環境中提供循證治療，並根據需要協調提供一系列服務。

治療可以由社區（私立及公立）的基礎衛生保健專業人員、心理健康專業人員和營養師提供，也可以在線上提供自助治療指導。

大部分患者可以通過社區治療從進食障礙中康復過來。在社區，最低限度的治療團隊包括一名醫生，如一名全科醫生和一名心理健康專業人員。

基於社區的強化治療

這指的是在社區或門診環境中以更高的頻率和強度為需要更強化治療的患者提供循證治療。

治療服務可以通過強化門診項目和日間照護項目提供。

住院治療

需要醫療和/或精神科干預的患者需住院治療；而對於病情穩定，但需要更高水準治療及支持的患者，則需參加進食障礙住院治療。

這種治療可在院舍式的療養院、醫療及精神病住院病房等環境中進行。

康復

進食障礙是可以康復的，即使患病多年也如此。康復之路也許漫長且富有挑戰性。及早發現並獲得適當的支持和治療可加強康復進程。部分患者可能會發現康復帶來新的認識、見解和技能。

獲得幫助

如認為您本人或您認識的人可能出現進食障礙，請務必要立即尋求幫助。早求助，早康復。全科醫生（GP）是您尋求支持、獲得進食障礙治療的絕佳“一壘”。

如需在當地尋找幫助，請查閱[NEDC Support and Services（NEDC 支持及服務）一欄](#)。



參考文獻

1. Deloitte Access Economics. Paying the price: The economic and social impact of eating disorders in Australia. Australia: Deloitte Access Economics; 2012.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
3. Sparti C, Santomauro D, Cruwys T, Burgess P, Harris M. Disordered eating among Australian adolescents: prevalence, functioning, and help received. *Int J Eat Disord*. 2019;52(3):246-54.
4. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(5):727-35.
5. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Res*. 2016;238:225-7.
6. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402-13.
7. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord*. 2015;3(1):1-7.
8. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord*. 2012;20(5):346-55.
9. Gordon, A. R., Moore, L. B., & Guss, C. (2021). Eating disorders among transgender and gender non-binary people. In *Eating Disorders in Boys and Men* (pp. 265-281). Springer, Cham.
10. Diemer EW, Hughto JMW, Gordon AR, Guss CS, Austin B, Reisner SL. Beyond the Binary: Differences in Eating Disorder Prevalence by Gender Identity in a Transgender Sample. *Transgender Health*. 2018;3:1, 17-23
11. Giordano S. Eating yourself away: Reflections on the 'comorbidity' of eating disorders and gender dysphoria. *Clinical Ethics*. 2017;12(1):45-53. doi:10.1177/1477750916661977
12. Feder S, Isserlin L, Seale E, Hammond N, Norris ML. Exploring the association between eating disorders and gender dysphoria in youth. *Eat Disord*. 2017; Jul-Sep;25(4):310-317. doi: 10.1080/10640266.2017.1297112
13. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *Int J Eat Disord*. 2019;52(1):42-50.
14. Heruc G, Hurst K, Casey A, Fleming K, Freeman J, Fursland A, et al. ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards. *J Eat Disord*. 2020;8(1):63.
15. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current psychiatry reports*. 2017;19(8):1-9.
16. Wong G, Rowel K. Understanding ARFID Part II: Responsive Feeding and Treatment Approaches National Eating Disorder Information Centre - Bulletin. 2018;33(4).

為進食障礙患者建立 一個安全、一致和 容易使用的照護系統

✉ info@nedc.com.au

🌐 www.nedc.com.au

The logo for the National Eating Disorders Collaboration (NEDC) features a stylized lowercase 'e' with a vertical bar on its right side, resembling a lowercase 'l'. To the right of this symbol, the text 'National Eating Disorders Collaboration' is written in a clean, sans-serif font, stacked in three lines.

National
Eating Disorders
Collaboration

Evidence

Experience

Expertise