



國立臺灣大學社會科學院社會學研究所

碩士論文

Department of Sociology

College of Social Science

National Taiwan University

Master Thesis

飲食失序的秩序：生命歷程與日常生活

The Order of Eating Disorder: Life Trajectory and Daily Life

段予婷

Yu-Ting Tuan

指導教授：吳嘉苓 博士

Chia-Ling Wu, Ph.D.

中華民國 108 年 2 月

February 2019

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

飲食失序的秩序：生命歷程與日常生活

本論文係段予婷君 (R04325003) 在國立臺灣大學社會學系完成之碩士學位論文，於民國 108 年 1 月 24 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：(指導教授)

李凡意

(簽名)

陳嘉新

吳嘉苓

謝辭

在研究所的這近四年時光中，我時不時就會想著謝辭的內容，就像我曾在某一段感情中總不時思考著婚禮的細節一樣，有種荒謬的喜感。等到真的要寫謝辭的這天，我卻覺得十分茫然，因為這份謝辭不只是關於這份論文，也是關於從我二十四歲到二十七歲的人生所失去與獲得的一切。

我非常感謝我的家人對我無條件的支持，我熱情的勞苦的父母、我愈發成熟的弟弟，以及我永遠視為家人的三隻狗狗，包括在這段時間離世的 Whiskey 和大花，以及即將與這個家庭共同邁入第十七個年頭的大哥。也謝謝洪道安跟張素筠曾經給過我一個家，並且願意持續扶持我。

謝謝每一位願意與我討論、閱讀我的論文的人，我無法一一列舉。我相信每一次討論中積累的靈光都形塑了這份論文最後的模樣。也謝謝一直以來在情感跟生活上支持我的人，這份論文與我的生活緊密結合，如果不是有這麼多人幫著我穩定住我易於眩暈的世界，我無法在這麼短的時間之內完成。

謝謝我親愛的指導老師吳嘉苓。我對嘉苓老師的感謝跟愛無法言喻，如果不是嘉苓老師，這份論文不可能開始，也不可能走到結束。是嘉苓老師對這個世界的熱情及好奇，對人的溫柔與敏銳，讓我能一次又一次在極其絕望的時刻，仍相信前方有值得走下去的路。是嘉苓老師那句「探索世界也是一種愛的形式。」讓我得以走過那段我無法再回想的苦痛。我對於老師的溫柔與寬容無以回報，無論是在學術或生命上，是嘉苓老師拓展了我的視野，一路領著我走到碩士階段終點。或許就像老師喜歡的登山跟馬拉松——一座山征服了，那我們再爬一座山；漫漫的長路總有抵達終點之時，而我可以想像你會是如何迫不及待地迎接下一次挑戰。

謝謝我的每一位受訪者，以及每一位願意與我談論你們飲食失序經驗的人。是你們讓我在寫作過程中不斷地學習，也是因為你們的勇敢、你們對我的信任與慷慨，這份論文才能誕生。你們每個人的生命故事我都放在心上，也希望我所寫下的這一切，能對你們的生命有些許幫助。謝謝你們豐富了我的論文及我的人生。

謝謝陳嘉新老師及陳美華老師擔任我的論文提案口試委員，對於我後來的寫作方向有許多幫助。也謝謝嘉新老師跟曾凡慈老師願意擔任我的畢業口試委員，陪我走完這最後一段路。在臺大社會系的這段期間，謝謝黃克先老師、陳惠敏老師、賴曉黎老師、藍佩嘉老師的幫助。特別感謝簡好儒老師，在我論文寫作的最後階段所提供的支持與建議，給我莫大的鼓舞與動力。

謝謝臺大社會所的同儕們對這份論文的建議，以及對我的關心，謝謝學長姊們：安勤之、林昕樺、戴定皇、謝新誼，在我對未來特別迷惘的時候，願意分享

你們的經驗。謝謝辛苦的瑜焄。謝謝認真的奎彥，總是真誠地對待每一份同儕的論文，我一直非常欽佩你這樣的態度跟能力，也謝謝你幫助我在最後完成這份論文的校對及檢查。謝謝與我共享研究室多年的同學，從 R214 到 R218，很多個一起奮戰的日子，倒在沙發床上睡著地日子，一起吃著水果就像家人一樣。我要特別謝謝我心愛的小寶陳韋宏，總是溫柔地陪伴我，並且一次又一次用擁抱帶走我的不安，以及在學術上帶著我前行。也要特別謝謝一路上陪我面對諸多險阻的謝易澄，經常安撫著焦慮的我。謝謝兩位一路跟我一起寫作到最後一個學期，與我一起從臺大社會所畢業，我對你們滿懷感激。

謝謝交大社文所的修修，對於我的論文一直懷有相當大的熱情。謝謝純昌學長、善妮學姊、昀青學姊、孔寧、念平、機佳、趙鐸、尤俊弘，在這段時間提供我情感上的支持，給予我學術上的建議。即使許多人說論文寫作相當孤獨，但你們總是讓我感受到溫暖，也謝謝你們願意跟我分享你們的生活。謝謝古靈精怪的 Mark Vermeulen 給予的陪伴與幫助。謝謝 Pierre et Corinne Claisse 讓我在偌大的世界中感覺不那麼迷茫。謝謝 Tim Warnock 與我共享一片寧靜的夢與海。

謝謝江威儀學長在我人生最困難的那段時間進入我的生命，陪伴我重新建立起我以為再也無可回復的生活。

謝謝我的摯愛朱耘廷，謝謝你仍在我的生命裡。

最後，謝謝顏學誠老師，謝謝蘇品銓學長，謝謝毛祥年學長，很遺憾我沒能趕得及寫出這份論文，你們就離開了這個世界。

謝謝自己還是撐到了這裡，還是願意當一個有愛的人，好好活下去。

中文摘要

本研究提出「飲食失序」一詞，作為 *eating disorders* 的新譯，藉此將中文原本的「飲食障礙症」、「飲食疾患」等帶有疾病意涵的譯名，改以因飲食實踐而受苦與受限的「生活狀態」作新的詮釋。此一狀態是光譜狀的，但為行文方便，我以「飲食失序者」指稱曾經或正在經歷飲食失序的人。

本研究從飲食失序者的個人經歷出發，探問：就飲食而言，「失序」的界線何在？其次，飲食失序者如何在飲食失序的狀態中組織生活？他們的生活經驗為何？最後則透過此一研究探討未來的研究方向。

資料蒐集方法包括深度訪談與次級資料分析。總共正式訪談 22 位我初步認定經歷過飲食失序的個人，並參考相關研究、新聞報導、飲食失序者在網路社群的自述等資料作為分析時的參考。

本研究發現，飲食失序者主要透過(1)「不成比例」的密集投入、(2)失控——無法按照意願進行的飲食、(3)污名行為、(4)對生理變化的感知四個面向，指認自己的失序狀態。再者，飲食失序狀態有三個主要特色：遵循特定飲食規則、過度飲食與催吐。這三個特色會隨著個人與時間而變化，造成不同程度的限制。並影響當事人的生命軌跡在這些限制下，飲食失序者必須不斷面對飲食秩序與一般生活秩序間的衝突，因而必須持續投入心力將飲食失序組裝入社會秩序之中。

本研究期望能使各界正視飲食失序的嚴重性，以協商有效的照護方式與照護資源。也期望透過檢視台灣社會中飲食秩序與社會互動秩序的交織，能為當前追求健康的潮流帶來反思。

關鍵詞：飲食失序、飲食障礙、生命歷程、污名、生活秩序

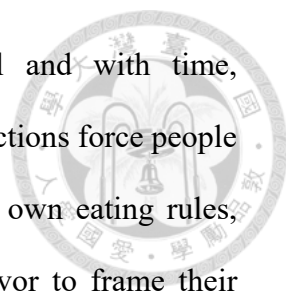
Abstract

This thesis introduces a new Chinese term 「飲食失序」 for referring to “eating disorders” in order to emphasize eating disorders as a state of life which suffers from, and is restricted by, certain practices of eating. Under the lens of medical sociology, this state occupies a form of spectrum, and people with eating disorders will develop different life trajectories on it.

This thesis aims to achieve two objectives. Firstly, referring to the personal experiences of people with eating disorders, to locate on the spectrum for “disordered eating” where the somewhat fuzzy boundary exists between “disordered” and “regular” eating patterns. Secondly, to explore the ways in which people with eating disorders organize their lives whilst living in and around this boundary.

The core concern of this thesis focuses on suffering in social contexts, analyzing the data within the social factors connected with the interviewees. The data were collected through in-depth interviews from 22 people who were primarily identified by the author as experiencing eating disorders. Secondary data, including relevant research, news, and self-descriptions of eating-disorder experiences on social media, are used as references for the analysis.

This thesis concludes that people with eating disorders usually identify their own state of disorder through four factors: (1) “disproportionately” concerned with eating; (2) loss of control (e.g. feeling compelled to eat, feeling unable to stop eating); (3) performance of stigmatized activities related to eating concerns (e.g. stealing food/money or stocking food), and (4) perception of the risks of physical damage related to disordered eating practices (e.g. palpitations). Furthermore, there are three key practices of eating disorders shaping the life trajectories of people with eating disorders: sticking with certain eating rules, overeating and self-induced vomiting.



These three characteristics, changing with different individual and with time, construct restrictions to different degrees. Consequently, such restrictions force people with eating disorders to be confronted with the conflicts of their own eating rules, daily life and social roles, so that they must continuously endeavor to frame their disordered eating practice into the normal social order.

This thesis provides Taiwanese society with an insight into the seriousness of eating disorders and the subjective experiences of people with eating disorders. Furthermore, to identify the shortfall of caring resources and understanding of people with eating disorders in Taiwan, and to point out possible directions for future research. Also, this thesis pays close attention to the “order” of eating interwoven with the social order in Taiwanese society, and hopefully evokes a reflection toward the current trend of “healthy living”.

Keywords: eating disorders, life trajectory, disordered eating, stigma, order of everyday life

目錄



第一章、前言及文獻回顧.....	1
第一節、前言.....	1
第二節、文獻回顧.....	4
第三節、小結.....	8
第二章、研究方法.....	9
第一節、研究對象.....	9
第二節、研究設計.....	11
表 1：受訪者列表.....	12
第三章、步上失序之路.....	17
第一節、「不成比例」的密集投入.....	17
第二節、失控——無法按照意願飲食.....	22
第三節、污名行為.....	28
第四節、對生理變化的感知.....	32
第五節、滑過失序的邊界.....	32
第六節、小結.....	36
第四章、失序的秩序——組織日常生活.....	40
第一節、協商的飲食條件.....	42
第二節、主要社會身分與公共空間.....	49
第三節、私密空間與親密關係.....	57
第五章、結論.....	70
參考文獻.....	73

第一章、前言及文獻回顧



第一節、前言

上周四（十九日）《蘋果》前往強強滾天母店，在少女不知情的狀況下觀察她用餐過程。只見少女獨自坐在餐廳角落，從上午十一時四十分吃到下午二時十分，吃掉了十一大盤豬、羊、雞肉，九碗羊肉、一碗豬腳、一碗鴨血，共約五點五公斤，外加三大個八吋提拉米蘇、巧克力蛋糕，以及火鍋料、乾麵、冰品等，共計八點一公斤食物，還喝約兩公升果汁、養樂多，並吃剉冰。[.....]四名身材福態的歐巴桑七嘴八舌說：「我們四個吃的加起來都沒她多！」另名約七十歲的阿嬤驚歎：「我活這麼大歲數，還沒看過這麼會吃的人！」（蘋果日報 2009）

本文受訪者羅森，在十四歲時從國中休學，三月二十八日那天，他一如往常前往早餐店，卻在攤開的報紙上，看見自己眼部被打馬賽克的照片，以及聳動的標題。羅森的部落格很快被網友找到，湧入大量取笑、辱罵的留言。在多年之後，羅森的生活中仍有人會以此事嘲弄他。

羅森是被確診為厭食症(anorexia nervosa, AN)、暴食症(bulimia nervosa, BN)的患者，這兩種疾病皆屬於「飲食障礙症」(eating disorders)¹——自十九世紀起，此一現象就被納入精神醫學的視野，而當代精神醫學最常使用的診斷標準為美國精神醫學學會(American Psychiatric Association, APA)所制定的《精神疾病診斷與統計手冊》(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,

¹ eating disorder(s)在台灣可被譯為「飲食障礙(症)」、「飲食疾患」、「飲食失調」等。在英語研究中，eating disorder 指涉的範圍較廣，為統一譯名及限定本研究討論 eating disorders 的觀點，我在一般狀況下採用「飲食失序」指涉本文討論的狀態，而以台灣精神醫學會(Taiwanese Society of Psychiatry)翻譯 DSM 手冊時所譯的「飲食障礙症」指稱 DSM 定義下的疾病。若本文使用的中文文獻採取其它譯名，我會用本研究採用的對應名稱行文，只有在無法判斷原文文句所指的意思時，會使用該研究選擇的譯名。此外，「暴食症」與「嗜食症」在台灣的譯名時常被混用，或有「貪食症」、「嗜食症」、「過食症」、「多食症」等其它譯名，本研究在引用相關中文文獻時採用原文譯名，並以加註英文的方式註明該譯名指稱的疾病。

DSM)，於 1952 年出版第一版時建立對厭食症的診斷，第三版納入暴食症，並於最新出版的第五版中將嗜食症獨立診斷²。

根據美國國家心理研究院（National Institute of Mental Health, NIMH）的描述：「[eating disorders]經常被視為是一種生活型態（lifestyle）選擇。事實上是嚴重且致命的多種疾病，這些疾病會導致個人受到飲食行為的高度困擾。對食物、體重、體型高度執迷也可能是飲食失序的警訊。常見的類型有厭食症、暴食症以及嗜食症（binge eating disorder, BED）」（NIHM 2016）。NIMH 指出，這些疾病可能造成患者低血壓、體溫過低、電解質失衡、腸胃功能損壞、骨質疏鬆、牙齒腐蝕、脫水、腦部受損等，甚至可能導致多重器官衰竭而死亡。

高死亡率與近幾十年快速增長的盛行率³，引起歐美國家各領域的專業人士投入相關研究，1980 年代以來，美國與歐洲陸續發行以飲食失序為主題的期刊，近年更有跨領域的合作研究及大規模的統計調查⁴。世界衛生組織（World Health

² 在 DSM 手冊變革的過程中，還有異食症（pica）、反芻症（rumination disorder）等診斷，異食症的主要症狀為持續食用非營養物質（如金屬、泥土），反芻症則指將食物吞下後再從胃部送到口中咀嚼，如此來回且反覆發生的飲食狀態，多好發於嬰幼兒。異食症與反芻症較不涉及對體重、體型的困擾，與本研究關切的現象較無關連，在上述組織及飲食失序相關研究中也仍以厭食症、暴食症、嗜食症為主要討論對象。因此除非受訪者提及，否則本研究不會探討相關現象。

³ 在 2007 年於美國出版的 *Eating Disorders Sourcebook* (Shannon, B.J. Eds.) 指出，約從 1960 年代起，美國的飲食失序盛行率開始增加。美國心理學會於 2000 年根據 DSM-IV-TR 的定義，統計厭食症於美國女性的終身盛行率約為 0.5%，於男性則為 0.05%；暴食症則更為常見，約有 1% 至 3% 的年輕女性受到暴食症影響，男性對女性的比例約為 1:10。在更近期的研究中，厭食症在美國的終身盛行率提高到 0.9%，暴食症則為 1.5% (Hudson, Hirpi, pope, & Kessler 2007)，而非特定之飲食失調 (Eating disorder not otherwise specified, EDNOS)，於歐美國家的終身盛行率從義大利的 5.3% (Favaro et al. 2003) 到芬蘭的 10.6% (Wade et al. 2006) 不等。另外仍有大量以不同研究方法或針對特殊族群如青少年族群、特殊族裔、特定職業（如舞者、運動員、模特兒）、跨性別者、有特定經驗（如受性侵、虐待）者的盛行率研究。

⁴ 1981 年，最早以飲食失序為主題的期刊 *International Journal of Eating Disorders (IJED)* 於美國發行，歐洲則於 1993 年開始發行 *European Eating Disorders Review (EEDR)*，蒐集來自歐洲各國的臨床心理相關的飲食失序研究。其它以飲食失序或飲食行為為主題的期刊如 *Eating Behaviors*、*Journal of Eating Disorders* 等也陸續發行。

Organization, WHO) 也於 2003 年強調，基於飲食失序的嚴重性及盛行率，飲食失序相關研究應具有優先性。歐美學界對飲食失序的可能成因提出社會文化環境、家庭、基因、內分泌失調、神經傳導異常、過敏、生心理物質成癮、人格特質等各種解釋，APA 認為這是一多重成因的疾病，WHO 也認為難以歸納出明確的因素。(WHO 2004)

除了心理學、生物醫學、精神醫學、流行病學等領域，傳播理論、社會學、人類學與哲學對飲食失序的討論也同樣興盛，隨著不同領域的研究投入其中，「eating disorder(s)」一詞的內涵也愈來愈豐富⁵，各種未必符合 DSM 診斷標準，但卻受苦於 (suffering) 失序飲食 (disordered eating) 狀態，也被納入研究之中。

相較之下，台灣的相關研究多在特定精神醫學觀點下開展，「eating disorder(s)」一詞在這些研究中，指的多是合乎 DSM 診斷標準的「飲食障礙症」及其患者，而在台灣精神醫學研究領域中，飲食障礙症又非廣受關注的焦點，相關研究數量稀少，且至今缺乏明確盛行率資訊，照護資源相較於歐美也有限。其它學科如教育輔導、諮商體制、護理及營養照顧，以及針對特殊族群（如舞者、運動員）的飲食障礙症研究，大多也依循 DSM 的標準，未達診斷標準卻受苦於失序飲食的狀態無法被納入研究之中，受苦於飲食失序的生命經歷也受到忽略。

本文提出「飲食失序」一詞，作為「eating disorder(s)」的另一譯名，指稱受苦於失序飲食的「狀態」。一方面，這個譯名強調了飲食失序是光譜式的連續狀態 (continuum)，其內涵變動且繁複；另一方面，以生命狀態視之，脫離特定診斷標準、身分認同等問題，以受訪者實際經歷的歷程，看待處於飲食失序邊界及進入飲食失序的狀態，以及處於這些狀態中的個人⁶。

⁵ 即使只在精神醫學的觀點下討論，隨著診斷標準持續變動、美國精神醫學的典範轉移、不同國家對精神疾病的定義，「飲食障礙症」的內涵也跟著不斷變動。

⁶ 為行文方便，我以「飲食失序者」指稱處於飲食失序狀態的個人，包括有確診的飲食障礙症患者，詳見本研究〈第二章、研究方法〉。

本研究旨在呈現台灣飲食失序研究中，缺席的飲食失序歷程與社會文化脈絡，還原飲食失序狀態的複雜性。本研究以受苦於失序飲食及身體控制的經驗為標準，將「eating disorders」稱為「飲食失序」，並且將飲食失序視作個人經歷的「狀態」。我的研究對象為受苦於飲食失序的個人，包括有確診的飲食障礙症患者，亦納入為此受苦、生活失序，卻未必符合診斷標準的個人。我將受訪者的經驗與既有文獻、檔案資料相互參照，探問在台灣的社會脈絡下，受苦於飲食失序狀態的如何自我指認為飲食失序？其歷程為何？在失序的狀態下，如何組織日常生活？重新編織生活的秩序？本文特別著重於受訪者的日常生活樣態和身體經歷，藉此說明被病理化的「異常」飲食失序行為，如何成為飲食失序者生命經歷的一部分，以及飲食失序者對這些歷程的詮釋。最後，透過此研究，我期望能提供與精神醫學觀點相互補充的理解視角，也期望未來能有以飲食失序者的歷程出發，拓展台灣飲食失序支持資源的相關研究。

第二節、文獻回顧

一、台灣飲食失序研究

台灣本地的飲食失序研究，可分為醫學護理、心理學與諮商輔導教育、運動科學、社會人文四大類。精神醫學觀點主導了前三類研究，皆採用DSM的診斷標準定義研究對象，透過生理特徵（BMI值、體重、月經狀況等）和飲食行為作為診斷的依據。

從1980年代至今，可看出台灣精神醫學對飲食失序解釋模型有些許變遷⁷，但在1990年代以後，對飲食障礙的解釋與治療就聚焦於「認知」層面的矯正，就社會文化因素，提出「西方社會的文化症候群」（culture-bound syndrome）一詞，指台灣因「西化影響和經濟富裕，即將邁入已開發國家」，而有個案增加的趨勢（曾美智、李明濱 1991：80）。此後台灣的精神醫學研究持續延續著相似的觀

⁷ 1980年代仍會討論「體質」，生物性因素則指內分泌、心理層面因素討論精神動力，其它因素還有人格特質、家庭狀況等。



點，即同時承認多重成因，但著重於描述患者的生理症狀、疾病成因和相應的治療與照護方式，其中雖承認社會文化對飲食失序可能造成影響，但並非研究主軸，因此著墨不多，而治療方式則持續以認知行為治療、家族治療、藥物治療為主要方向（吳潮聰 1983；曾美智、李明濱 1991；王景正、邱南英 2001；鄭玉秀、楊美賞 2004；葉慧雯、曾念生、賴姿如、周桂如 2006；張淑芬 2009；陳雅郁 2009；林荷芳 2010；林祥源、曾美智 2011；洪佳慈 2012）。

2014年，由臺大醫院精神醫學部出版的《臺大醫生到我家—精神健康系列》系列中，《健康飲食好心情：厭食、暴食與肥胖的心理探討》一書，由長年研究飲食障礙並且有豐富臨床經驗的曾美智醫生主筆，統攝了台灣現今精神醫學界對飲食障礙症的主要觀點：該書所探討的病因，與1990年代以來的研究沒有太大的差異，依然納入生物性作用、社會環境作用、個人人格因素、家庭環境影響（曾美智 2014：42-45）。曾美智（2014：23, 53, 62, 139）指出，現有研究仍難以明確歸因飲食障礙症的成因，但他依然強調「瘦」作為現代主流價值對於飲食障礙症的影響。曾美智（2014：158）將接受治療的飲食障礙症患者描述為「固執」、「觀念偏差」、「不順從」，並指出，治療飲食障礙症需要「精神科醫師、心理治療師、營養師、社工等跨領域的專業人員，共同組成全方位的醫療團隊」。在治療建議上，該書仍以認知治療與行為控制為主。雖也有批判認知行為治療的精神科醫師，但其提出的治療方式仍不脫1990年代的方法（陳冠宇 2005；林彥好、陳冠宇 2013）。以上的文獻中，也幾無論及引入治療方式時如何隨台灣的文化脈絡本土化。而諮商輔導學界、教育學界的研究也對於台灣社會對飲食障礙症的認知無深入討論（張進上 2007；林麗文 2009）。體育管理學及運動休閒相關科系則以舞蹈或體育專班及相關科系為主要研究對象（邱麗玲 2000；吳燕珊 2001；李依齡 2004；葉素汝、黃木泉 2004）。

以上台灣飲食失序研究雖分屬不同的學科領域，但皆有相似的不足之處：

首先，台灣的飲食障礙研究之研究對象選擇，大多仍限於DSM的分類方式，但歐美已有許多研究指出DSM的飲食障礙診斷標準在臨床應用上的困難，以及與實際受苦經驗的斷裂。在歐美國家對於DSM有許多爭議與挑戰，在這些爭論的過程中，也提供了定義與治療該疾病的種種可能性。但台灣研究大多直接使用DSM的定義，而未能挑戰DSM可能的不足之處，國外相關的熱烈討論在台灣也幾乎找不到資訊，這是我選擇以「飲食失序」狀態而非DSM診斷標準選擇研究對象的原因。

其次，台灣採取的大多是生物醫學與精神醫學的觀點，將處於飲食失序狀態的個人視為患者或輔導個案，治療者面對的是「疾病」（disease），但飲食失序者如何在每日面對飲食問題，並且組織生活秩序，皆不是這些研究的重點。如此一來，當然不易理解為何飲食失序者持續進行這些受到病理化的飲食實踐。因此，本研究的主要分析將聚焦於飲食失序者進入失序的歷程，以及在失序狀態中的日常實踐。

最後，在台灣飲食障礙的相關研究中，提及的「社會文化」指的大部分僅僅是「受到西方文化影響」導致的「崇尚纖瘦」。但社會文化因素絕不僅僅是「崇尚纖瘦」的風潮，而若真的有「崇尚纖瘦」的風潮，此一價值如何在失序歷程中作用？除了「崇尚纖瘦」的風潮外，還有什麼來自於社會與文化的力量影響著飲食失序？為了回應這些問題，下文我先回顧台灣與身體打造相關的討論，並且在正文中呈現飲食失序者對的詮釋與經驗。

二、台灣社會中的身體打造與實踐

台灣於九零年代也曾討論理想身體的建構與女性自我打造身體間的關係（陳儒修、高玉芳 1994；杜玉蓉 2004；甯應斌編著 2004）。這波論爭的相關文章收錄在甯應斌編著（2004）的《身體政治與媒體批判》一書中，大致可分為兩個派別：一方大力指責傳播媒體（特別是廣告業）建構不切實際的理想身體，對女性造成傷害；另一方則強調女性在身體打造中的能動性。

這兩種立場極端化後，一方過度強調女性被動地接受且受制於消費文化形塑的女體形象，將女性視為被動的受害者、「文化冤大頭」（cultural dopes）；但另一方認為女性主動地讀出大眾文化文本中的理想女體訊息與自身身體狀態的落差，藉由實際採取行動以改變自己的身體，又過度美化了女性的能動性，忽略了實質的受苦經驗的可能（Davis 1997）。

雖然論點殊異，但在共同的討論脈絡下，以上研究有相似的預設：首先，將「女性」視為身體打造的主要實踐者；其次，以非醫療機構的美容中心、瘦身中心、健身中心等商業機構為主要批判對象；最後，皆強調傳播媒體及時尚文化的影響力。

然而，1990 年代末期起，台灣社會有一股新的趨勢，將追求健康視為全民的共同生活目標，而對「良好體態」的追求漸漸被追求「健康」正當化。大眾媒體將政治人物、企業家的運動及飲食狀態，與他們的人格特質相互連結，顯示出藉由人為努力改變身體表徵、維持健康、謹慎飲食，是個人內在特質的反映，追求良好體態的概念也不再限於「女性透過消費追求美貌」，而是拓展為全民運動（林盈秀 2004）⁸。

這股以「健康」為號召的風潮，鼓勵個人運動、飲食、身體數值的自我控管，伴隨著「肥胖醫療化」的相關論述，增添愈來愈多污名在「無法控制進食量」的情況，及肥胖者身上（許甘霖、王思欣 2006；鄭斐文 2012）。在走向晚期現代性秩序中，台灣社會中的個人比以往更需要為自己身體負責，從大量資訊中找出對自己身體最正確的選擇，打造健康身體的風潮，逐漸成為一種生活型態。在這

⁸ 2000 年代初期，嚴凱泰用自身「意志力」達成「減重」、「戒菸」等的目標，打造健康的「成功企業家」形象，當時不只報導嚴凱泰減重 18 公斤，更詳述了他如何在繁忙之中維持運動習慣、飲食控制，並且以當時同樣標榜「運動」、「健康」的政治人物馬英九為「對手」。不久後又報導嚴凱泰戒菸「說到做到」。而後新聞甚至以「英俊」、「衣架子」描述嚴凱泰，並且提到嚴凱泰的身形「像外國人」，以此推銷裕隆集團代理的高級時裝精品 Giorgio Armani，將嚴凱泰「健康」、「成功」、「時尚」的形象合而為一（經濟日報 2001, 2003；聯合報 2003）。

樣的背景下，「連吃都不能控制，那你還能控制什麼」⁹成為許多人生活中持續存在的壓力，此一「金句」及其隱含的道德評價，在本研究的訪談過程中不斷出現在受訪者的敘述中。



第三節、小結

台灣的相關研究與社會文化對飲食與飲食失序的再現，使得飲食失序者可能承受的污名愈來愈加沉重。在訪談過程中，不乏受訪者提及羅森的新聞，訴說自己害「被抓到」的恐懼。也因此，本研究以呈現受訪者進入失序歷程的過程，以及在失序狀態中的日常生活，並分析「崇尚纖瘦」、「固執」、「不健康」等形象背後的生命經歷與意涵。

⁹ 出自於 2018 年死於癌症的台灣企業家嚴凱泰（今周刊 2014）。

第二章、研究方法



第一節、研究對象

一、關鍵名詞定義

本研究所稱之「飲食失序」(eating disorders)，指的是受苦於失序飲食(disordered eating)，且因為飲食而影響到生活秩序與功能的生活狀態(living situation)。我選擇以「生活狀態」，而非從疾病診斷或身分認同切入，以反映飲食失序邊界模糊、不易定義的特性，並開放經歷飲食失序的個人對這個狀態各種可能的詮釋。然而，為方便行文，我仍會以「飲食失序者」指稱曾經身處或正在經歷這些狀態的個人，其中包括以下幾種不互斥的類別：

(一) 經歷失序飲食(disordered eating)者：曾以飲食為生活主軸，且因此造成身心損害及生活失序，並為此感到受苦長達半年以上的個人。具體的失序飲食行為我參考「飲食失序檢驗問卷」(The Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE)問卷提供的概念及指標¹⁰，如限制飲食總量(restraint over eating)，如限制攝取的卡路里；避食(avoidance of eating)：在清醒的時間中，有八小時或八小時以上完全不進食；避免特定食物(food avoidance)：避免吃特定的食物，即使那是受訪者喜歡的食物，例如不吃澱粉；意圖遵循飲食規則(dietary rules)，例如在一天的特定時間後就不能進食或限制特定的食物攝取；過度運動、催吐(self-induced vomiting)、頻繁使用瀉藥或減肥藥等；身心損害及生活失序如：嗜食、社交退縮、難以執行生活功能、因上述行為感到強烈自責、羞恥、罪惡等負面情緒。

¹⁰ EDE 是在臨床上被廣為使用於評估飲食失序程度的半結構式訪談問卷，除了納入 DSM 的診斷標準外，問卷主要設計者 Fairbura 及 Cooper 為了從精神病理學的取徑評估各種不同狀態的飲食失序，納入較多指標以評估可能導致飲食失序的認知行為。這份問卷被認為是評估飲食失序的「黃金準則」(gold standard) (Crowther & Sherwood, 1997; Fairburn & Beglin, 1994; Wilson & Smith, 1989)。本研究採用 2014 年出版的 17.0D 版本。(Fairburn, C. G. et al., 2014)

(二) 飲食障礙症患者 (eating disorders)：曾符合任一版本的 DSM 診斷標準 (即使未由醫生確診)，或者曾求助於身心科、精神科門診，被確診為飲食障礙症的個人。

「失序飲食」的定義方式高度受到研究者以及受訪者的主觀影響 (如何謂「受苦」、何謂「失序」)，這是本研究希望能突破台灣飲食失序研究受到 DSM 桎梏的結果。為了確保我所訪談的對象確實具有代表性，我盡可能比較不同文獻中對失序飲食的描繪，以及受訪者描述的受苦經驗，與不處於飲食失序狀態的個人做比較，設法界定此一狀態。

二、抽樣方法

受限於飲食失序者大多不願自我揭露，接觸機會少，因此本研究主要採用滾雪球抽樣法，從我個人的人際網絡出發，尋找符合條件並有意願參與受訪的對象，並且嘗試再透過受訪者的人際網絡尋找其他符合條件的研究對象。此抽樣方法的限制在於受訪者的同質性較高，例如我目前的訪談對象大多畢業或就讀於前段學校。

為了突破我個人的人際連帶限制，我請在 Facebook 上有相當知名度的性別議題論者 Vivian Wu 為我刊登徵求受試者的文章，並被轉發 76 次，也就是透過社群網路再滾雪球到 Vivian Wu 未必接觸過的對象。這個作法的確帶來受訪者地理位置及教育程度上的多樣性，但仍無法接觸到不具有使用 Facebook 能力的對象，且從此一管道接觸到的受訪者，多對性別議題有些所接觸，在討論飲食失序問題時，經常從性別的角度切入。

最後，飲食失序在台灣目前仍沒有大型的社群，目前唯一可及的國內飲食失序公開網路社群為 PTT 實業坊中的 eat-disorder 版。我在該看板上發文徵求受訪者。此作法優點是有機會接觸到來自全台各地的研究對象，限制則是無法接觸到不具有參與網路社群能力的受訪者。

第二節、研究設計

首先，本研究的資料主要來自深度訪談。在研究進行的 2015 年九月至 2018 年十一月期間，我訪談了二十三位自我認定為處於飲食失序狀態的個人（包括確診的飲食障礙症病患），每次當面訪談約兩到三個小時，其中有一位受訪者是以視訊進行訪談。在二十三位受訪者中，我對其中三位受訪者進行第二次訪談。其他受訪者則有透過電子郵件及訊息往來補問其它面訪時遺漏的問題，部分受訪者與我持續保持聯絡，談論的主題未必與飲食失序相關。經過分析後，我認為二十三位受訪者中有三位雖然有本研究所認定的飲食失序行為，他們也自我認知為失序，但對於飲食感到困擾的程度相對低，我依然將他們的資料納入分析，以他們的例子作為定位失序光譜的座標，釐清本研究所稱之「飲食失序」（見表 1）。

除了當面訪談的受訪者外，我接觸其它合乎研究對象標準，但不願正式受訪的個人，在取得他們同意的前提下，部分使用他們提供的資料，包括他們自我認定為失序狀態的判斷標準、他們失序歷程中的特色，以及曾經尋求的幫助。

其次，為了將飲食失序者的經驗放回社會文化脈絡中解釋，我使用聯合知識庫搜尋受訪者提及的相關新聞。我也依循相關研究（肥胖醫療化）指出的重要年代搜尋台灣相關的飲食、體重政策，以建構受訪者所身處的社會脈絡及年齡相仿的受訪者所共同注意到的身體管理趨勢。

最後，我的研究設計並不預設以特定理論解釋飲食失序者的行為，而是希望透過基礎的編碼與敘事分析，還原飲食失序狀態在台灣樣貌。

表 1：受訪者列表

編號	匿名或代號	出生年 ¹¹	性別/性向 ¹²	失序狀態 ¹³
1	新晴	生於 1989 或 1990 年	異性戀女性（已婚）	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（曾嘗試，沒有持續）
2	詩詩	應生於 1993 或 1994 年	雙性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（能力高）
3	羅森	應生於 1994 或 1995 年	女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（能力高）
4	G	應生於 1991 年	異性戀女性	遵循特定飲食規則，但不特別為飲食困擾
5	丹尼	生於 1987 年	同性戀男性	過度飲食
6	小推	生於 1992 年	同性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（能力高）
7	靜惟	生於 1991 年	異性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（曾嘗試，沒有持續）
8	R	生於 1994 年	同性戀男性	過度飲食、催吐（半自主）
9	B	生於 1992 年	女性	遵循特定飲食規則、過度飲食（偶發）
10	L	生於 1990 年	異性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（半自主）
11	黛安	生於 1994 年	異性戀女性	過度飲食
12	柯如	生於 1991 年	異性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食

¹¹ 有些受訪者沒有提供明確出生年，我以訪談時提及的時間點推估。

¹² 許多與飲食失序相關的研究關乎性別與性傾向。本文並不著重以性別觀點分析，但仍盡可能在性別與性傾向上拓展受訪者的多樣性。性傾向若沒有資料，可能是受訪者不確定或不願提供。另外，在行文時，本文一律使用中性的代詞，而不會使用「妳」、「她」指女性受訪者。

¹³ 依照本文第肆章的分析所標。催吐「能力高」指的是受訪者能不刺激喉嚨，自由吐出食物。「半自主」指的是受訪者有意使自己感到噁心、作嘔，並知道自己可能因此會嘔吐，但不透過嘔吐吐出食物。

13	礁礁	生於 1992 年	雙性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐
14	小隻	生於 1993 或 1994 年	女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（能力高）
15	亭之	生於 1991 年	雙性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（能力高）
16	I	生於 1991 年	女性	遵循特定飲食規則，但為飲食困擾的程度相對低
17	諾薇	應生於 1994 或 1995 年	異性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐
18	P	生於 1975 年	雙性戀女性（離婚）	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（曾嘗試，沒有持續）
19	U	生於 1994 年	女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（能力高）
20	N	生於 1989 年	女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐
21	M	生於 1991 年	女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐
22	女王	生於 1972 年	異性戀女性	遵循特定飲食規則、過度飲食、催吐（能力高）
23	F	應生於 1980 年代	跨性別（MtF）	遵循特定飲食規則，但不特別為飲食困擾

一、訪談設計

（一）首先，我將請受訪者先自述失序歷程。在這個階段，我希望受訪者盡可能說出自己的經驗，並且觀察受訪者如何組織和解釋其經歷。經過這個階段，我建立起受訪者失序歷程的重大事件與時間序列。接著，我將藉由提問，確認我從前一階段訪談中整理出的資訊是否與受訪者想傳遞的相同，以及其中是否有矛盾之處。下一步，我會根據先前建立的訪談清單進行提問。我所進行的訪談以受

訪者的敘事為主要架構，而非我的訪談清單。在這個前提下，訪談清單是為了確認我沒有遺漏想蒐集的資料，而非引導訪談方向的工具。


(二) 新聞詮釋：在開始訪談前，我分析聯合報全文報紙資料庫的飲食失序相關新聞，我使用「厭食」、「暴食」兩個關鍵字進行搜尋，並且根據這些新聞分類，我歸納出 1. 奇聞描繪；2. 康復故事；3. 娛樂性報導；4. 譬喻性用法，共四個類型的飲食失序相關新聞，我挑選共十篇報導，與受訪者進行討論。我所挑選的新聞報導未必是該類型中最有代表性的，而是我認為能引發受訪者矛盾，思考關於「健康」與「正常」界線的新聞。此外，我盡可能涵蓋不同類型的飲食失序狀態。此設計是為了看出受訪者如何感知及回應社會對飲食失序狀態的看法，以及確認受訪者對新聞的詮釋與先前的敘事有無矛盾之處。同時，透過評斷他人的例子，受訪者更能跳脫自身經驗，說出對於飲食失序的看法，也能觀察到受訪者對於與自己經驗殊異性較大的飲食失序經驗有何看法。

二、檔案材料

在台灣健康政策方面，我主要從中華民國衛生福利部國民健康署的網站搜尋相關資料，而醫療資源與制度方面，我參考現行法規，也曾致電到受訪者提及的醫療單位或學校心理輔導中心詢問相關規範。透過訪談所得，我也會以聯合報全文報紙資料庫，追溯重要的網路資訊及媒體報導。為瞭解每位受訪者的歷程，我也會蒐集對個別受訪者具有特殊意義的資料，但只有會對理解詮釋脈絡造成重大影響的資料，我才會補增入內文中。

三、資料分析

(一) 資料整理與編碼：由於受訪者大多是長年處於失序狀態，訪談所得的資料量往往非常龐大，我先建立簡要的受訪者檔案，包括訪談日期、受訪者飲食失序的簡要歷程、重大時間點、精神病史、復發經驗、就醫情形、人際及家庭狀況。接著，我會對資料進行編碼，以便進一步分析。我建立的編碼範疇包括：

- 
1. 身體：身體技術、身體感、身體想像、過度進食狀態、節食狀態、身心損害；
 2. 失序功能與意義：發洩（壓力、憤怒、不安等）、愉悅感、控制感、安全；
 3. 人際：家庭、同儕、親密關係；
 4. 污名感：人際、媒體、尋求照護資源的經驗；
 5. 資訊來源：機構（醫院、學校）、新聞、網路、廣告、人際；
 6. 食物體系：量販包、吃到飽；
 7. 照護資源：西醫、中醫、諮商輔導（公立或私立，費用）、其它另類療法、人際支持、宗教與靈性療法（包括算命等）
 8. 經濟條件：住宿情形、收入來源、支出情形
 9. 身體測量標準：身體感、衣服尺寸、常民標準（如網路流行的特定公式或「A4腰」、「手指圈手腕」等）、官方標準（政策或醫療知識宣導的「健康身體」）
 10. 失序判準：生活功能（如上班、上課）、食量、速度、頻率、失控感、囤食行為、補償行為、過度運動、偷竊、生理症狀、金錢與時間觀、思考身材及食物所耗費的時間。

其中，「身體測量標準」與「失序判準」兩項編碼下的資訊，我將用來與我從健康政策、反肥胖產業、流行文化蒐集到的理想身體形象與飲食控制建議做比較，觀察飲食失序者的失序狀態與既有論述間的關係。

（二）敘事分析與詮釋：在這個階段，我將從受訪者的敘事結構、時間組織方式、所使用的譬喻，以及情節化經驗的手法等，嘗試掌握受訪者如何認識自己所身處的情境、如何詮釋自己的經驗，這樣的詮釋如何影響他的行動，他又如何為自己的行動賦予意義，以及在其中建構自我認同？受訪者如何理解自己存在的狀態？並且持續與受訪者所身處的社會脈絡進行對話。

（三）在於以個人為基礎（individual-based）的前提下，整理受訪者共有的信念，以及他們在進行醫療決策、在關係中、在人際互動上與進入機構時遭遇到的相似難題，並尋找身體感敘述中的相似性。

(四) 透過受訪者提供的線索，搜尋相關的檔案材料，勾勒台灣在飲食文化變革及飲食失序醫療論述及健康照護資源上有何特殊性，這些特殊性如何影響台灣飲食失序者的具身經驗，以及為何飲食失序者反覆徘徊於失序與正常的連續體，構成其特有的生活形式。以及，除了既有研究指出的這些因素外，我也將透過整理受訪者的敘事，尋找不同的解釋可能，若有必要，則進一步進行追訪。

第三章、步上失序之路



本章聚焦於飲食失序者從光譜的中「正常」與「失序」的邊界，移動入「飲食失序」狀態的歷程，以及飲食失序者如何自我認定為飲食失序。

台灣關於飲食失序的資訊並不發達，大部分的受訪者最初都沒有想到自己的狀況可能是失序或疾病，在沒有「飲食失序」或「飲食障礙症」這個概念的情況下，受訪者如何認定自己真的「失序」了？我歸納訪談中受訪者提及認為自己「飲食失序」時的判準，並參考 EDE 17.0D 的指標與敘述，提出四個現象用以界定本研究所稱的「飲食失序」：「不成比例」地密集投入、失控——無法按照意願飲食、污名行為、對生理變化的感知。

這四個現象有重疊之處，出現的時序不定，未必同時發生；除了發生進入失序的初期，隨著受訪者後來飲食失序發展的特色，也可能持續出現、消失或有不同的變化¹⁴。

飲食失序者往往是在一段時間內，不斷感到有「異狀」，生活功能受到程度不一的影響。再平凡不過的飲食活動，逐漸導致原有的生活秩序解組，而飲食失序者再依新的給定條件，重新秩序化生活，直到飲食失序者終於認定異常。另外有些飲食失序者，則是對自己的飲食實踐方式沒有懷疑，但某天驚覺自己早已「滑過」了正常與失序的邊際，再重新審視時才會意識到生活中的異常。在接受飲食失序為多重成因的狀態的前提下，我的目的不在於解釋飲食失序的「原因」，而是飲食失序者主觀上「如何指認」自己進入飲食失序的狀態。

第一節、「不成比例」的密集投入

受訪者最常提及的困擾，是關於進食、食物與熱量的思緒直接影響了他們的日常活動。看似平凡的日常活動如組織說話內容、與人互動、思考、進行工作與

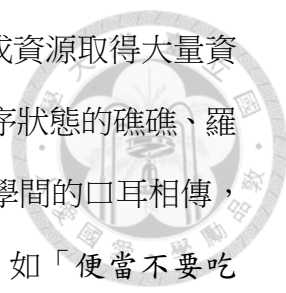
¹⁴ 我將於第肆章詳述飲食失序主要特色與不同的發展歷程。

學習等，均需要耗費一定程度的心力，但在沒有病痛或失序的狀態下，往往不會意識到這種習焉不察的資源投入。飲食失序者面臨的是不斷將這些資源分配給飲食及與飲食相關的活動，如思考飲食內容、飲食活動、感受身體與食物間的關係等，且這些投入沒有辦法在飲食失序者需要停止時停止，也因此會與既有生活秩序衝突，甚至造成秩序破壞。

一、蒐集資訊及建立規則：密集投入時間與注意力

某些飲食失序者的歷程，始於為自己設下飲食規則，並要求自己嚴格遵守。在這個時期，這些飲食失序者需要從各方的資訊中（如各種理論門派的減肥食譜、健康飲食法、特殊飲食法、減重成功案例分享、營養專業學科知識等），整合出屬於自己的一套飲食實踐知識。他們個人對食物的喜好、計畫與知識實踐的難易程度、嘗試後的經驗（如體重、體態變化，身體的感受等），都會影響飲食失序者評估自己的實踐知識，因此每個人協調出的知識都有些許差異。

為了形塑出這套知識，飲食失序者勢必要投入大量的時間與心力。靜惟在敘述這個情況時，說自己：「跟瘋了一樣，每天都在 Google 各種減肥的方法，或是各種體重上升的原因」他透過網路得知食物熱量、「網美分享成功的實例」、「減肥的人能吃的東西」，取得資訊相當耗費時間與心力外，如何驗證這些資訊、找到更好的資訊、判斷哪些才是適合自己的資訊，都需要飲食失序者的身心投入。這類知識較為密集的資訊，需要實踐者對食物組成、人體消化機能等有一定程度的理解，才能了解相關的概念，並且判斷日常生活中出現的食物是否合乎規則。例如原本用於控制糖尿病患者血糖的「低 GI」飲食，其中的「GI」是「胰島素分泌指數」（Glycemic index）的縮寫，要判斷食物的 GI 值，就需要一段時間的練習。「戒醣飲食」中的「醣類」指的也不只是帶有甜味的「糖」類，而是碳水化合物。要做到極度限制或完全不攝取碳水化合物，餐廳提供的米飯、麵類、麵包等主食就全部都不能吃，甚至連許多水果、蔬菜都可能算是「高醣」食物。想遵守減醣或戒醣的人，必然得小心判斷食物的組成。



相較之下，某些受訪者雖嘗試建立規則，但當時沒有能力或資源取得大量資訊，或沒有能力理解知識密集的資訊。例如小學就進入飲食失序狀態的礁礁、羅森、女王、小隻，他們的飲食知識來自於透過雜誌、新聞、同學間的口耳相傳，以及學校的營養教育，以此制定相較之下較簡單明確的規則，如「便當不要吃完」、「只吃青菜」、「週末只吃蘋果」、「晚餐不吃」。由於資訊來源相對受限，他們主要的心力並不是耗費於搜集與消化資訊，而是應對缺乏明確策略所帶來的不安與焦慮。同時，他們往往比較沒有意識到「少吃」可能帶來的危險。例如「基礎代謝率」、「溜溜球效應」這種能嚇阻以「少吃」作為飲食控制策略的概念¹⁵，他們未必有機會接觸或能夠理解，因此他們愈吃愈少的狀況往往比其他有大量資訊來源的受訪者更加極端。

二、投入的「比例」

若某人在生活中「不斷思考」飲食相關的事，並不會立即讓當事人或旁人聯想到疾病或失序，如前文所述，以運動、限制飲食打造「健康」又「好看」的身體已經於台灣社會常態化，甚至有蔚為風尚的趨勢——而這一點不只可見於媒體與大眾文化，從台灣的健康政策也可窺見這股趨勢。

從 1990 年代後期開始，中央與地方政府透過政策宣導推廣透過計算熱量、注意飲食成分這些飲食控制的相關知識，鼓勵國人控制體重、反思飲食¹⁶。台灣行政院衛生署國民健康局（今行政院衛生福利部國民健康署）於 2011 年起推動「健康 100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，該計畫以「聰明吃、快樂動、天天量體重」為號召，「倡議動態生活、提升民眾對熱量及營養的知能、培養自我健康體重管理能力，增進身心及社會健康」。該計畫設定的目標對象年齡涵蓋 6 歲至 64 歲，其中成年（18 歲以上）者參與計畫的標準是「BMI 大於等於 20kg/m²

¹⁵ 「基礎代謝(basal metabolism)是指「維持一個人生命力之最低熱量需要，亦即維持呼吸、心跳、血液循環、體溫、腎臟過濾等生理活動所需之熱量需要」(吳忠芳 2001)；「溜溜球效應」指的則是因為限制飲食，基礎代謝降低，導致容易復胖、更難瘦身的減重常見問題。

¹⁶ 肥胖醫療化的相關討論於 1990 年代後期在台灣興起，國家開始透過政策宣導選擇飲食、安排運動及自我監控身體數值的責任，並提供相關的知識以「幫助」個人達成目標。

者」，亦即未達肥胖標準¹⁷，也在該計畫設定的目標對象之內，原因是「世界衛生組織報告指出，當 BMI 大於 20kg/m²，罹患疾病的機率隨 BMI 上升而漸漸增加」，在這種關注「致病風險」的觀點下，「健康」成為需要持續進行、永不結束的自我管理。

即使受訪者未必了解上述政策，但在政策領導下形塑的「打擊肥胖」風潮，隨著日常生活中細小的線索浮現。例如愈來愈隨處可見的熱量標示、食物熱量與運動消耗熱量換算，甚至在便利商店的零食櫃旁邊擺放皮尺，供消費者測量腰圍等。許多受訪者所建立的飲食規則與秩序，也來自於政策端提供的飲食知識及控管工具，這些工具也出現在商業市場上，例如用於記錄飲食內容、體重及體脂肪變化、用餐時間記錄的紙本及電子表單，手機應用程式等等。

既然政策要求人民投入心力控制飲食及體重，那怎麼樣才算是「不成比例」的投入呢？就施政者的目標而言，這些政策的目標是培養「健康公民」，以減少醫療支出並增加勞動生產力，在此一邏輯下，飲食不應該妨礙到其它面向的活動，例如工作與學習能力。就當事人的感受而言，如果對於飲食的投入明顯妨礙了當事人的生活規劃、自我期待時，對飲食思考的程度到底「正常與否」的懷疑便會浮現。

當飲食失序者高度專注於記憶、理解、練習使用這些規則，愈來愈難以專注在眼前的事情，並且對此愈來愈失去自主性，就是一個指認的重要現象。在 EDE 17.0D 中的「過度專注」(preoccupation)，以及強迫症中的強迫思考(compulsive thinking)，指的都是類似的現象¹⁸。「一直想」未必會讓飲食失序者感到有異，

¹⁷ 國民健康局在推動政策時設定的「肥胖」標準是 BMI 大於 27kg/m² 者。

¹⁸ 飲食障礙症與強迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) 有高度共病性 (comorbidity)，亦即兩個疾病經常發生在同一個患者身上。EDE 17.0D 中對「過度專注」的定義是「出現注意力受損」(the presence of concentration impairment)，並特指「過度專注於食物、飲食或卡路里」(preoccupation with food, eating or calories)。EDE 的訪談者在測量這項指標時，提出的問題是：「思考關於食物、飲食、或卡路里是否已經干擾你專注於你主動參與事情的能力，[.....]」(“Has thinking about food, eating or calories interfered with your ability to concentrate on things that you are

但是當進一步影響到他們那段時間的記憶時，就經常是指認自己失序的契機。例如柯如在體重過低時，對自己飲食的狀況沒有什麼不滿，讓他察覺到「不對勁」，是因為某一天他回憶過去幾個月，驚覺自己「生活就是由吃組成的。」、「只記得不斷地思考著要吃什麼，以及不能吃什麼。」對這之外的事情他都沒有興趣。新晴在失序時期仍能工作、社交、參與對話，但事後回想起來卻覺得「記憶一片空白。」、「只記得自己一直在擔心食物的事情。」靜惟、小推、亭之、詩詩等受訪者，也都提到類似這樣「一片空白」、「想不起來」的敘述，表示專注在飲食控制的那段時間，回憶相當模糊。黛安雖然能正常工作，但每到假日時，就會躺在床上不斷思考想吃什麼、該吃什麼，而這些事情已經讓他心力交瘁到感覺沒有能力出門。

這些努力的過程有時會以翔實的記錄展現：某些飲食失序者會持續記錄與計算自己進食的量、內容、時間¹⁹；除了靜惟提到自己當時每天做記錄、算熱量、算營養素、算運動量外，柯如也是仰賴網路取得大量的資訊，設立規則，並且對於記錄與計算非常執著：

前陣子整理房間還丟掉一本小筆記，就那本筆記就是我那時候厭食症的時候，每天吃的東西記錄，那真的超可怕的，所以我就把它丟掉了。他就是……每一頁都是我每天吃的東西，一頁手掌大小就可以寫完了，我那時候很認真在做這個筆記，我只要有吃我就把它寫上去。雖然我有做其它事情，其它事情是正常運轉的，課業什麼都還 ok，可是我現在回憶起那段時間就是吃東西，跟不要吃東西。

相關意念不斷出現，加上在生活中反覆的練習，許多飲食失序者會逐漸內化這些規則到身體之中，發展出「看一眼」就能判定食物是否合乎規則的能力。除了前

actively engaged in,...”），並且用「干擾性思緒」（intrusive thoughts）來描述這種現象。強迫思考則泛指反覆出現的侵擾意念，經常與不潔、疾病、身體形象、死亡等相關。

¹⁹ 值得注意的是，要求病患「記錄飲食」也是目前台灣治療飲食障礙症時常用的方法，有接受過這種治療方式的女王、羅森、小隻都認為被要求記錄飲食無助於他們「康復」，反而讓他們的情況惡化。

面提過的食物 GI 值、含糖量外，最常見的就是計算熱量。幾乎所有曾經限制熱量的受訪者，都說自己有「看一眼就知道熱量」的能力。在訪談過程中往往指著食物就開始直接算給我聽，或能輕易背出便利商店熱食商品的營養成分。此外，感受身體的「餓」、「飽」，或者抵抗、分散「餓」的感受，都會分散掉飲食失序者對於其它事務的注意力。

而違背這些規則，也會以具身的方式干擾飲食失序者的注意力。例如柯如說身體「很脹」，讓他沒辦法忽視那種感受，沒辦法專心。丹尼稱某些食物「不乾淨」，一旦吃到「不乾淨」的食物，他就會嚴重腹瀉。I 則是違背了規則，就會一整天心神不寧，「什麼事都做不了。」某些飲食失序者會描述類似有「異物」在身體裡的感受：「像一塊黏土，好想把它挖掉」、「很奇怪！就有別的東西在身體裡面！」這種具身的感受非常關鍵，它能解釋在後續的歷程中，為什麼放棄規則對飲食失序者而言會十分困難，也能說明為什麼在照護過程中，照護者經常會認為飲食障礙症患者描「固執」、「不順從」，而無法有效地提供照護。

從持續的密集投入到失去自主性，這些狀態未必會外顯出來、被旁人察覺，但飲食失序者為了腦海中的新舊知識、生活選擇、具身感受等持續的干擾而「無法專心」，當下的注意力都被這些思考與體驗所占據，事後回憶起來也就經常是一片空白。飲食規則對飲食失序者的日常生活愈來愈重要，食物的意義與食物對身體帶來的影響，對飲食失序者而言也會隨之轉變。這種轉變可能會讓飲食失序者在對食物特殊的理解下，做出帶有污名性質的行為，包括下一節的「失控」，以及第三節其它污名行為。

第二節、失控——無法按照意願飲食

一、從頻繁發生到確認失去自主性

「失控」指的是，飲食行為頻繁地違背飲食失序者自身的意願，且無論如何努力抵抗，仍失去控制地進食。這裡指的可能是「開始」進食，例如在有其它更緊急或重要的事務要處理時，卻不受控制地選擇去進食；也可能是「無法停止」

進食，例如一旦開始吃，就停不下來²⁰。這種狀況聽起來與一般人一時「嘴饞」，吃了宵夜、點心，或多吃了一些自己愛吃的食物有些相似，許多飲食失序者在最初面對自己違背意願進食的舉動，也會以一時「嘴饞」、「貪吃」、「意志力不足」自我解釋。意識到對進食失去自主性，是區別一般狀況與飲食失序的關鍵。透過一段期間的自我觀察，飲食失序者發現自己「重複」地違背自己的意願進食，才會認知到自己對進食失去自主性，而對於連「吃飯」這樣日常的小事，都無法按照自己意願控制的恐懼、慌張、罪惡、羞恥等情緒，經常就是受訪者指認失控的關鍵。

值得注意的是，曾經建立規則限制飲食的受訪者中，有許多人都經歷了失控地「過度」進食²¹，而他們認為失控與先前嚴格的規則與控制是相關的。有相似歷程的飲食失序者，對於違背自身建立的規則會感到高度焦慮。有過這個經歷的羅森跟女王，都稱之為「厭轉暴」（厭食症轉為暴食症），但他們使用這些詞彙時並不是指合乎診斷標準的厭食症與暴食症，而是泛指從「嚴格遵守飲食規則」到「失控的過度飲食」的現象。同樣的狀況也被稱為「反撲」，礁礁、亭之、詩詩、柯如、靜惟跟新晴等受訪者都經歷了這個歷程。

睡前總是吃得很少的靜惟，在嚴格遵守飲食規則一段時間後，開始因為飢餓無法入睡：「有幾次我實在是太餓了，我就開始吃一些零食啊餅乾。我吃了之後我是覺得很慌張，很緊張，我就覺得說，我怎麼會，就是，這麼沒有意志力，這樣子，但是我又沒有辦法停止吃，因為我就是非常餓，然後我就一直吃吃吃吃，

²⁰ 根據EDE 17.0D，「失控」指的是無法按照自身意願抵抗（resist）或停止進食，包括感覺被驅使（driven）、被強迫（compelled）進食。

²¹ 「過度」在臨床上能以主客觀兩種方式衡量，主觀方法是指當事人覺得自己吃下的量超過自己的意願，客觀方法是由旁人評估當事人吃下的量，與其年紀、種族、性別、體型相似的人相比，明顯過量。在這裡我選擇以當事人主觀的評估為主，但我還是會請他們描述自己認為「過度飲食」的內容，斟酌判斷是否達客觀過度進食。

吃到我覺得完全停不下來這樣子。」而柯如也是在嚴格限制飲食後，睡眠狀況受到影響，會半夜起床「清冰箱」。

必須再次強調的是，礁礁、亭之、詩詩、柯如、靜惟跟新晴等受訪者都不是某天「忽然」開始大吃，而是經歷過一段時間的忍耐與掙扎，接著才有少數幾次失控行為。面對失控行為擾亂既有生活秩序時，他們為了恪守自己設立的飲食規定，可能會透過調整睡眠時間（例如在飢餓時去睡覺，以免醒著時不斷想吃）、吃少量的沙拉等方法，維持原有生活秩序與遵守飲食規則間的平衡，重新將失序的生活秩序化。但隨著失控行為的頻率與強度持續增加，飲食失序者所能調整的方法及程度愈來愈有限，終至無計可施，不知還能如何調整。在生活秩序持續被破壞的情況下，飲食失序者終於確認自己幾乎無法掌握的失控發生的頻率與失控時的狀態，只能在失控行為出現時，運用既有策略勉力維持掩飾失序帶來的影響，並且努力維持生活功能。從出現「失控」、飲食失序者發展相應策略應對，嘗試重新秩序化，到漸漸發現新的秩序中必然包含失序，即是「失控」進入飲食失序者生活的過程。

除了也有許多失控飲食並不是因為嚴格的飲食規定。例如諾薇曾經嚴格遵守飲食規則，搭配嚴密規劃的運動，長達五年的時間。在那五年間，諾薇雖然偶爾會吃超過自己預計的份量，但一年發生約兩、三次，並沒有引起他的困擾，他認為自己執行一套健康且讓他滿意的生活模式，對飲食的規劃也不曾干擾他的日常活動。直到 2017 年四月開始，諾薇才因為頻繁地失控而懷疑自己的飲食失序。

除了諾薇之外，有五位受訪者的失序歷程並非始於建立嚴格的飲食規則，而是在頻繁的進食失控後，發現自己失去按照自己意願進食的能力，並因此感到失序。如黛安原本不特別在乎飲食內容，而是因生涯歷程轉換，生活模式改變，讓他在實習期間，回到住處時，會從點餐過程就開始失控：「儘管知道自己吃不完，我還是在每次點餐時，深信這些爆量的食物能讓犒賞自己、讓身心獲得滿足，沒想到往往吃了第一口也就完全無法[控制]，剩下的食物也就丟了，罪惡感油然而

生。」但他仍頻繁消費過量食物，並且愈點愈多、愈吃愈多。直到有一天，他忽然驚覺自己的狀況不對勁：

我買了兩個非常大的春捲，我吃到第一個的一半就覺得，我忽然驚覺，我在幹嘛？我吃了兩個這麼大的春捲？真的是，很可怕的一個過程，吃到一半我會忽然覺得，非常噁心，就覺得，我吃不下，真的是太多了。我就覺得，吃這麼多我真的有比較.....就是那樣子的不舒服感會讓我忽然覺得說，我居然只能用吃來滿足。所以我當下我就直接把那個春捲包一包我就丟掉了。

雖然黛安注意到自己的行為似乎有異，並且嘗試在生活中做出改變，但等到他驚覺自己「居然只能用吃來滿足」時，卻仍沒辦法抵抗同樣的事情不斷發生。

二、恍惚與身體——不只是「認知」

柯如描述自己失控進食的那段時間，是這麼說的：

我覺得那好像一場夢一樣。就開始會想要吃東西，然後，你就會吃，吃一些些，然後又吃一些些，我那時候都沒有意識到自己吃了那麼多東西，直到把東西吃完，比如說一袋麵包。[.....]每次吃完就好像一場夢一樣，怎麼這麼快就把東西吃完了。吃完之後會沒有辦法就會去翻冰箱，然後就會覺得，吃到一半就會覺得啊我到底在做什麼啊！就我到底為什麼要去吃這種冷凍的東西！或是去吃一些根本就沒有味道的東西。（底線為研究者所加）

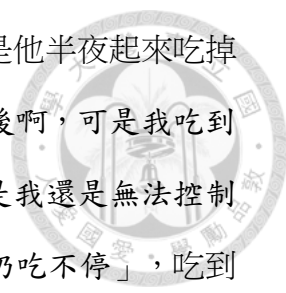
柯如說的「好像一場夢」、「沒有意識到」，是區分失控的過度飲食以及一般人所謂「一時嘴饞」的第一個重大差異。在過度進食的當下，某些飲食失序者會進入一種有些恍惚，「呆呆的」、「飄走」的狀態。他們並不是失去意識，而是過度放鬆，只對飲食過度投入，因而發生既極度專注，又相當恍神的狀態。有些受訪者會一邊滑手機、看電視、看網路上的影片、連續劇等，做些讓自己可以「放空」的事情。在那個狀態下，柯如說自己「開關一打開就關不起來，沒有意識地一直吃。」諾薇在敘述自己失控的狀態時，用非常激動的語調表示：「我真的

不知道為什麼，就是一直吃一直吃一直吃一直吃一、直、吃！」他也表示，事後回想不起來進食當下的細節，對於吃了什麼下去也不是特別在意。柯如雖然想不起暴食時詳細的飲食內容，但卻對於自己無法控制地吃光家中所有找得到的食物，包括「很硬的冷凍麵包」、「沒調味的食物」、「剩下的醬料」而感到害怕，他認為自己的進食是「為了進行進食」而做的；羅森也表示自己在沒有錢又沒有食物時「直接吃砂糖」；亭之也曾經煮了一大鍋白飯配美乃滋，或是把家中過期的食物全部吃掉。

丹尼用「飄走」形容這種感覺時，又類同於某些受訪者描述的一種特殊「愉悅感」。他們使用「吸毒」、「上癮」作為譬喻，描述在失控當下那種失去控制卻又極度愉悅的狀態。L說：「可能因為餓太久，吃什麼都好吃，進食的前十分鐘會在很快樂的狀態，感覺很幸福，會吃到吐再繼續吃」。受訪者新晴、亭之、羅森也表示在過度飲食的當下會有奇異的愉悅感，他們認為這不是「一般人」應該從進食得到的感受，也不是他們過往經驗中有過的類似感受。而事後嘗試回憶進食的過程或內容，只能隱約記起當下有「應該要停下來了」的念頭，或是「只隱約知道吃了五個便當」，這些都在在顯示出，失控進食的過程卻與一般飲食的不同。

另一個失控的特色是特殊的身體感——某些飲食失序者會不知道「吃飽」的感覺，要吃到「痛」、「想吐」、「噁心」、「累」才會忽然「醒來」。這點與許多身體理論家主張，身體在正常情況下應該是「缺席在場」（absent presence）不謀而合（Leder 1990）：身體的存在不該主體的意識之內。除了進行某些創造性活動（如練習運動）外，當身體進入主體意識時，往往是發生異常，使得身體「壞損現身」（dys-appearance），即身體以病痛或偏差行為等形式，成為經驗主題與感官焦點，打斷目的性活動，使個人強烈意識到其肉身的存在是個實存於物理世界的「物體」，並感覺被迫將注意力放在身體上。

就如丹尼說自己都是吃到身體疼痛了才停止，柯如說失控的過程他「感受不到餓，也不知道飽，只知道一直很想吃」。在這種情況下，發生「壞損現身」是



他們被迫停止進食的關鍵。讓靜惟感覺自己失控的關鍵事件，是他半夜起來吃掉一整個起司蛋糕：「那個東西其實是我愛吃的，可是我吃到最後啊，可是我吃到最後啊，我是已經飽到我覺得非常不舒服，非常的反胃了，可是我還是無法控制的把它全部吃掉。」在失控的狀態下，靜惟已經「反胃」卻「仍吃不停」，吃到沒有能力繼續吃為止。U 的壞損現身則是關乎他童年關於「喝水」的創傷。U 因為不愛喝水而多次被母親禁止進入家門，童年時期時常因為忘記喝完母親準備的水，而被迫在家門又灌完水壺中的水。當我問 U，在失控進食時，什麼時候會停下來，他說：「渴」。對幾乎不會感到口渴的 U 而言，發生「口渴」是他壞損現身的狀態。

至於在這個過程中，食物「美味」與否，受訪者的說法相當兩極。有不只一位受訪者用「吃屎」來表示自己對過度進食的噁心感，但也有受訪者在這個過程中相當享受食物的味道，例如上文提到的 L；以及當我問新晴，飲食失序的狀態有沒有什麼不同於常人，且較為正面的經驗，他有點不好意思地回答說：「應該就是可以吃很多食物吧，各式各樣的食物。」，亭之也對於自己可以「享受之後，吐掉就好啊！」有些驕傲。

三、「失控」的污名

無論是不是始於遵守嚴格的飲食規則，意識到「失控」表現在重複地喪失自主性，並且感知到這種「無法自主」具有相當程度的污名。這些情況引起的情緒反應，以及接連而來的主要身分工作、生活作息會受到影響，也是一種「不成比例」的表現——亦即，當飲食佔有極高的優先性，並且高到飲食失序者無法自主時，往往就是飲食失序者感受到異常的關鍵。

飲食失序者在經歷失控時，經常同時經歷自責、自我厭惡，並且擔心被他人發現，而後嘗試掩飾（covering）。在自我管控成為當代公民重要道德責任的背景下，與「管控失敗」連結的是個人內在的缺陷、道德上的瑕疵。因而這種自責的感受與污名感，是飲食失序者開始感受到異常的主要契機之一。

第三節、污名行為

相較於「失控」這個同樣帶有污名性質的行為，這裡的「污名行為」特指因飲食/食物的象徵性意義而做，或者為了避免身體上的不適，所做的違反人際或社會規範的行為²²。由前兩節可知，這些行為往往是為了讓飲食失序帶來的限制重新進入生活秩序中才相應出現，通常是受訪者自己在一般狀態下不會做、在經歷失序以前未曾發生過的行為。常見的如催吐、囤食、因恐懼失控而丟棄食物、或者為了食物「不擇手段」，如說謊、偷竊。

催吐是 DSM、EDE 17.0D 認定的診斷指標，也是許多受訪者明確判定自己失序的關鍵行為。諾薇認為過度進食讓他察覺到自己的狀態「不對勁」，但當我問他怎麼認定自己的飲食狀態異常時，他說：「吐欸！吃了很多再這樣挖，一般人不會這樣吧？」柯如則是因為曾讀過 PTT_eat-disorder 版上的描述失序歷程的文章，對催吐高度警覺：「很多人都說，催吐真的是一個很嚴重的行為。我就覺得說好，我千萬不要做這件事情。所以曾經有很想，走到廁所去，想要做，可是又看到說別人都說這個行為很糟糕，可能一開始做了你就會一直一直做，所以我就的確一次都沒有做過這件事。」對於當時有顧慮體重，又失控進食的柯如而言，催吐是極大的誘惑，他曾強烈地掙扎於要不要催吐：「我常常就是走到廁所，然後在那邊望著馬桶，可是，真的沒有，沒有真的吐過。」但這股對催吐的慾望，被柯如認定為「不正常」的現象。

對某些飲食失序者——特別是依然期待自己可以遵守「規則」的飲食失序者——而言，與食物共處是壓力極大的事，只要一有食物在身上，就會急著想要丟棄，通常是害怕自己「失控」吃起來。一些較年幼時期進入飲食失序歷程的受訪者，需要趁著別人不注意丟掉食物，例如小隻就為了自己長期瞞著媽媽丟掉便當

²² 我將這樣的污名行為與「失控」區分開來的原因是，「失控」直接與進食相關，因此沒有經歷飲食失序的人，可能也有過近似的經驗。但此節討論的污名行為，在一般狀況下看似與進食沒有直接的關聯，也不是一般人會做的事情，需要放在飲食失序者對飲食/食物的意義及感受下理解。

而感到十分罪惡；受訪者黛安點了過量的食物後丟棄也是類似的情況，亭之也總是將非預期得到的食物（身邊的人請客、贈送的小點心）丟棄或送人。

相反地，某些受訪者比較受到過度進食慾望影響的飲食失序者會囤積食物，並為此感到安全。例如新晴提到自己剛開始進入失序時，整個暑假除了採購食物外，幾乎足不出戶：

那時候其實對自己很自卑，我也沒有什麼事可以做，就會覺得我要用食物彌補自己的空虛。我還記得我有一次買很多零食，然後把它們全部攤在桌子上，是非常非常的多，那個時候我有拍照，那是我開始感受自己不正常，但是我卻沒有辦法克制我自己。然後我還是，我就開始就是把食物很快速的就是吃完。[.....] 我在房間就是會囤積很多那種零食、或是麵包，都有。有時候都會藏起來，因為我媽他都會來我房間，就是可能會嗯.....問候，就是可能她洗完澡就會看我在幹嘛之類的。所以那些食物其實我都會藏得好好的。（底線為研究者所加）

這樣買很多食物放在私密空間，且特意避開他人注意，是因為新晴認為大量囤積食物一事「不正常」。與家人同住的柯如發現自己無法改變「半夜起床過度進食」的模式後，也會在房間囤積食物：「我就是會把它放在衣櫃裡面，這樣我半夜才能起來吃。」但柯如又說自己囤積的食物往往不夠，吃完還會想繼續吃，於是會去「清冰箱」：「吃完之後會沒有辦法就會去翻冰箱，然後吃到一半就會覺得，我到底在做什麼啊！就我到底為什麼要去吃這種冷凍的東西！或是去吃一些根本就沒有味道的東西。」

「清冰箱」，是為了飲食「不擇手段」的一種，主要是發生在「失控」期間，除了柯如描述的吃下不適合食用的食材、醬料、過期食物之外，「不擇手段」的例子還有衝動偷竊家人、室友的食物。在外地讀書的靜惟，在室友返鄉時過度飲食，有時無法滿足於自己買來的食物，就會把室友的食物吃掉。雖然室友發現時並不以為意，但靜惟對此非常自責，說：「那真的就是偷竊。」新晴提到自己在

工作時「偷吃」顧客提供的食物，也曾吃掉室友的食物。雖然新晴的顧客沒有提及此事，室友也只是隨口一問。但如同靜惟，新晴也深陷在自己「為了吃去偷東西」的自責感受中。

有些飲食失序者提及，自己曾想透過住院，控制過度飲食的狀況，但住院資歷豐富的羅森，表示住院若要有效果，還是要「自己想要好。」在住院期間，羅森被嚴格限制進食內容，父親因為寵愛羅森，會偷偷挾帶食物進醫院，被護理人員發現後遭到制止。沒有食物來源卻仍渴望過度飲食的羅森，會偷其他病人的食物，或者用協商交換的方式，利用其他病人取得食物：

羅森：反正，住在住院的病人，他們注意力都很差。這也是一個重點（笑）。所以，基本上是只要避掉監視器應該還好，可是監視器很難避掉。

段：所以你要躲監視器做什麼？

羅森：不要被拍到啊。

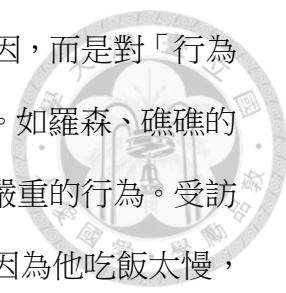
段：我的意思是有什麼事情是他們不可以看到的，除了，就是吃跟吐，偷食物跟，其它有什麼事情……

羅森：其它就沒有了。可是說真的，你如果要在那邊生存下你就要懂得怎麼利用別人。畢竟，在那邊的人心理很脆弱，他們有需要精神支力，可是，或多或少他們也會有想要被依靠的感覺。你就只能抓這個弱點。[……]

段：可是你依賴他們你可以得到什麼？或者你利用他們可以得到什麼？

羅森：我爸不能帶食物給我。他們可以。他們的家人可以帶食物，他們可以分給我。

即使住院了，羅森失控飲食的慾望並沒有被解決，反而為了得到食物而處心積慮，發展出在醫院滿足自己需求的方法。



特別值得注意的是，行為本身並非讓他們感受到異常的主因，而是對「行為具有污名性」的認知，才是飲食失序者自我認定為異常的關鍵。如羅森、礁礁的失序歷程始於小學高年級，他們開始嘗試催吐時，不認為這是嚴重的行為。受訪者 R 自小就會被父母以體罰管教，他從小吃飯很慢，某次母親因為他吃飯太慢，把 R 打到吐出來。他說自己清楚記得那時邊哭邊吐的痛苦，自此之後就會快速進食，以避免再被打，但他同時發現嘔吐引起的生理不適可以排解他的情緒。從國小開始，R 為了引起身體的嘔吐反應，會刻意過量進食且減少咀嚼次數，以引發嘔吐反應，但直到成年後，長期催吐引起的食道損傷，才讓他意識到不應該維持這樣的習慣。R 在成長過程中確實會因為「不想嚇到其他人」，而避免讓人看到自己過量進食，但對於嘔吐一事卻未曾感到異常。

像 R 這樣並未使用外力逼迫的嘔吐，呈現出「催吐」行為在定義上有些曖昧之處。曾受醫療護理相關訓練的小推，知道有飲食障礙症這種疾病，也知道催吐行為是診斷的指標，但在剛開始催吐的當下，小推覺得這是「可控制」的，因此不認為嘔吐是異常的行為：

小推：其實那時候就是覺得自己就是身體滿胖的，那時候在冰淇淋店工作，然後第一次嘗試把吃掉的冰淇淋吐掉，對。一開始只是這樣子而已。

段：一開始怎麼會想要把它吐掉呀？

小推：因為就覺得，自己，很胖，對。然後，其實吃下去就想說那不然試著把它吐掉好了。就只是一個很單純的想法。

段：所以你是有嘔吐的行為……你有嘔吐嗎？還是？

小推：我其實不太需要用嘔的方式，就是一個姿勢去壓肚子就會出來了。

段：所以一開始就是這個樣子。

小推：對，後來也都是這樣。我不太會用手去挖它。

小推雖然過了一段時間進食後催吐的日子，但真正讓小推感到生活秩序受飲食影響的並不是催吐，而是在交往新女友後，需要不斷地說謊向新女友隱瞞自己催吐。

第四節、對生理變化的感知



相較起密集投入、注意力不集中、失控或讓種種受訪者覺得「奇怪」、「丟臉」的行為，能夠被醫學診斷的器質性損傷，或可以量化的身體數值異常，看似是最為明確的指標。

但對於生理指標的重視，以及要重視哪些生理指標，往往與飲食失序者如何詮釋自己的飲食行為有關。柯如在限制飲食一段時間後發生停經、掉髮、身上容易有瘀青、容易疲勞等生理症狀，他認為這些生理變化與自己吃得太少有關，但柯如會特別注意到這些狀況的原因，或許是他曾搜尋關於過瘦的資料。這些生理症狀的擔憂沒有讓柯如改變自己的飲食實踐，直到一次常規的健康檢查結果顯示，柯如的肝、腎相關指數不合標準，柯如才「真的嚇到」，覺得「沒辦法這樣過一輩子。」但我進一步詢問那些指數不合標準與他飲食行為的關係，柯如只能勉強說出，當時自己真的很害怕，知道自己的飲食行為不是能長久下去的作法。B 則是與罹癌的母親一起維持「健康飲食」，愈吃愈少，直到他開始掉髮、血壓過低、持續嘴唇發炎，他才察覺自己的飲食可能有問題。但「血壓過低」並不是每個人都會重視的事情，「掉髮量」的正常與異常也難以判斷，嘴唇發炎與吃得太少之間的因果關係也不明確，但 B 在接受訪談時，認為這些就是讓他警覺到自己有異狀的原因。

而前文提到從小會過度進食並且刻意讓自己嘔吐的 R，則是較為特殊的例子，他在成長的過程中並沒有察覺這是異常的行為，直到因催吐導致食道灼傷，有一段時間幾乎完全無法說話，吞嚥功能也受到障礙，才感到異常。

第五節、滑過失序的邊界

以上現象可能於失序歷程中同時存在，可能在某些時間點或重大事件後才被受訪者認知為異常，也可能持續、中斷而又出現，有時是潛伏的隱憂，有時是生活的主軸。最後我以新晴的歷程為代表，呈現這些現象如何在一段時間內慢慢出現並漸漸讓新晴認定自己處於失序之中。

新晴認為自己從小到大都算是「食量大」的人，但在大學以前不曾為飲食或身材困擾，他的體重也一直在正常值之內。提起上大學之前的飲食控制，新晴說：「只有高三大家都是為了要拼成績，大家都很努力就是補充熱量。」但當時也不以為意。新晴考取位於台北市，排名前段的公立大學就讀，新晴認為這是他第一次與那麼多女生相處，並且注意到，他的女性同儕都十分在意身材，除了時常討論明星的身材與減肥方法外，還會一起在上課前到健康中心量測身體數值：

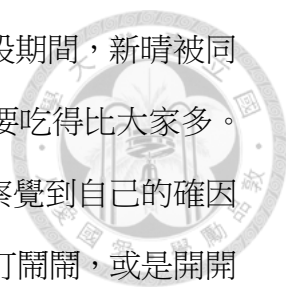
新晴：很瘋狂，然後學校的健康中心有兩種，一種是直接量身高體重，然後一種是可以……妳脫鞋子可以測 BMI 然後就是會有那個……

段：抓的那個嗎？要測體脂肪。

新晴：對對對對對，然就是會有一張紙那一種，更專業的那種，[……]就是四個女生進去，開始一個一個量體重，一開始大一的時候，我那時候體重一直都非常正常，可能偏瘦這樣子，不會到過瘦[……]然後可是因為一直在講這些事情，然後，我覺得我自己心態上就是有一些改變，會開始一直檢視自己，就是是不是有他們所說的標準，[……]我就會覺得我想要合乎大家的標準，我想要一個標準的人這樣子，因為就會覺得好像被講成那樣子好像太胖，是一個不正常的人。

與大學同學用餐的經驗，使新晴開始懷疑自己「不限制飲食」的進食量是「不正常」的：

到了大學之後，自己住在外面，跟朋友們吃飯，加上我的朋友又很在乎身材，所以當我們一起出去吃飯的時候，就會感受到……譬如說都是點同樣的咖哩飯好了，他們只會吃一半，然後就會說自己吃不下了，就會有人表現出小鳥胃那種感覺。我一吃完，別人就會覺得：「哇你怎麼吃那麼多」之類的，你怎麼全部吃完，但是，在那個當下，我是覺得吃完是很正常的。可是被他們一講，我會覺得：「我好像不正常。」



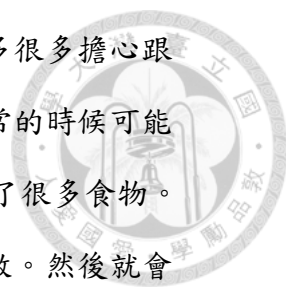
這股「我好像不正常」的疑慮，維持了半年至一年，在這段期間，新晴被同儕塑造為「食量大的女生」，在與朋友聚會的場合，會被預期要吃得比大家多。例如在吃到飽的場合，被朋友慫恿「再去吃、再去吃」。新晴察覺到自己的確因此吃得比以往更多，一方面新晴能把這些話當成「大家都是打打鬧鬧，或是開開玩笑這樣子」，一方面那股疑慮自己「不正常」的念頭又不時浮上心頭，因此開始有限制飲食的念頭。他沒有過度投入於飲食規則，但的確開始因為同儕改變飲食行為：他會注意同儕吃了些什麼，並且比較自己的進食量。新晴認為自己「壓抑」了一陣子，而後他開始過度飲食：「我其實有感覺到自己食量好像變很大，就是一次可以直接吃完一整條土司。但是，因為那時候的行為不是那麼的頻繁，所以那時候我朋友們也不覺得怎麼樣。」由於「不是那麼頻繁」，即使新晴有愈來愈多疑慮（發覺自己愈吃愈多、體重開始上升），也只是把這份疑慮放在心裡，不時琢磨一下自己算不算「正常」。

大學二年級下學期，新晴開始遮掩過度飲食的行為。他會獨自大量進食，在通勤的路上沿路買食物，一邊走一邊吃掉，以避免被人看見他吃下的總量。同時，新晴被選入學校的交流團，需要穿合身旗袍進行國際學生交流活動。回憶起來，新晴認為「真正就是開始生病」的時間點約是大二升大三的暑假，但當時的自己卻沒有察覺。：

那個時候開始體重很明顯的變化[.....]從五、六月到七月這段時間
其實我自己有感受到我無法克制自己進食的這件事情，但是其實，但是
那時候我是非常不在意，沒有仔細思考，只知道自己，進食得有點誇張
這樣子。

七月結束交流返台，新晴發現自己的體重變化超乎預期，開始擔心之後的交流活動無法穿旗袍。

直到交流完回來之後，我就開始感受到自己就是體重變多，會覺得
很丟臉，不知道朋友會怎麼講我，或是覺得自己就是怎麼會突然變很



胖。那我接下來大三要穿旗袍那要怎麼辦？開始思索著很多很多擔心跟憂慮，那個暑假我就足不出戶。我是真的都沒有出門，平常的時候可能我爸媽他們早上要去上班，我自己會偷偷地去，去超市買了很多食物。因為那時候其實對自己，很自卑。我也沒有什麼事可以做。然後就會覺得我要用食物彌補自己的空虛。

就是在那個暑假，新晴開始趁著爸媽不在家時到超市大量購買食物、拍照、囤積食物，再一次吃掉。蟄伏多時的體重焦慮因為交流活動成為新晴思考的焦點，對於自己的體重感到「丟臉」的新晴，在暑假期間幾乎每天重複著令他感到焦慮又羞恥的過度飲食：新晴會獨自一人到超市購物、囤積食物、趁家人不在時過度飲食。同時，新晴依然為了自己的體態感到焦慮，於是他開始嘗試催吐，但並不順利。

新晴逐漸認定「自己一定生病了」，於是上網找相關資料，終於「發現我是ED。」得知這件事後，新晴的情緒非常低落，一邊哭，一邊卻仍不斷進食。當天凌晨，新晴發生了一次似乎是非自主的嘔吐，他描述為是「接近死亡邊緣」的經驗：

大概半夜四點吧，還三點，從睡覺中醒來，我突然覺得身體非常非常的……覺得自己好像立刻就要不由自主的，立刻身體要吐出來，我就直接就趕快衝到樓上[廁所]去，然後身體自己，不是我刻意的去催吐，身體自己就是一直吐、一直吐，非常非常多[……]我覺得很暈眩，甚至有種休克的感觉。吸不到空氣，我是整個是跪在馬桶前面，我一直一直一直哭，眼前也是一片黑白，看不清楚東西，那一次我覺得我非常深刻的感受到，自己好像要死掉的感觉，全身也是沒力氣。我非常的難過，覺得自己好像要死掉了，我吐了好久，就這樣吐了好久，然後休息了好久，身體一直不由自主的吐東西出來，我沒有力氣，也不能講話，什麼都沒有辦法。我直接躺在那個浴室裡面，也沒辦法動，然後我也不知道那算是睡著還是太累，大概休息一個多小時吧，後來我就醒了，有比較

有力氣，然後我就趕快重新洗澡一次，就是全身洗乾淨。我記得那時候我回房間的時候已經快要天亮了，差不多家人也要起床了。一回房間的時候，我覺得剛才那些回憶，還有那個狀況，是非常可怕的。[.....]我為我自己的行為，還有我自己這個人的人生，覺得非常的，覺得很悲哀。

這次經歷讓新晴再也不敢嘗試催吐，但他就這樣滑過了失序的邊界，開始了八年飲食失序的歷程。接受訪談時，新晴表示自己已經一年沒有暴食，並籌備著婚禮，對於自己的狀態雖然小心，但算是有信心。訪談後兩年，我仍不時與新晴接觸，問他生活的近況，其中幾次新晴表示自己狀況不錯，告訴我他忙些什麼，又有一段時間，他因為「好像又掉回去」而感到焦慮。在這個論文即將完成時，新晴認為，自己還是沒有真的走出來。在訪談的當下以為失序是過去的「那八年」，在訪談完成的兩年後，似乎並未就此從新晴的生命中消失。

第六節、小結

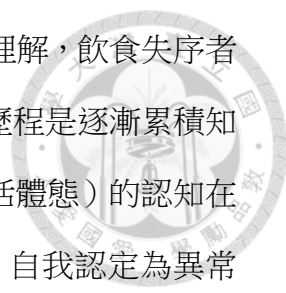
從新晴的歷程，可以看見他從對自己的飲食、外貌、行為從毫不在意，到開始投注心力於這些事情上，生活卻又與許多規則無法相容，繼而出現種種疑慮，而後認知到自己「異常」，才透過網路上的資料確認自己的失序狀態。以催吐經驗來說，新晴因為一次可怕的催吐經驗而放棄催吐，讓他的歷程主要以無法控制的過度飲食為特色。柯如與新晴的歷程類似，他們都是在上大學前未曾為了飲食、體態擔憂，或是曾不太認真地「減肥」，但未曾真的把飲食當成生活的焦點，直到上大學後才進入飲食失序。

相較於新晴一直沒有特意遵從嚴格的飲食規則，柯如跟靜惟都有建立飲食規則的過程，因此他們都將自己後來失控的過度飲食，看成是遵循特定飲食規則的「反撲」。這也使他們對於過度飲食對體態造成的變化更擔憂，也因此更積極考慮清除（特別是催吐）。但新晴、柯如都無法或不願催吐，相較之下，小學高年級到國中左右開始進入失序狀態的女王、礁礁、羅森，高中時進入失序狀態的亭

之、詩詩，對於催吐都非常熟練，這點使得他們的失序歷程與新晴等不催吐的人極為不同，這點我將在下一章中詳述。

另外，新晴、柯如、靜惟、女王、詩詩的失序歷程都相對單純，小隻、礁礁、羅森、亭之則是自小就有許多與精神醫學專業互動的經驗，並且曾被診斷出飲食障礙症以外的精神疾病，如強迫症、憂鬱症、焦慮症等。除了小隻以外，另外三人的其它精神疾病都是在飲食障礙症之前被診斷出來，這使得他們在經歷飲食失序初期時，相對於其他受訪者更有敏感度。即使當時未必知道有「飲食障礙症」這項疾病，但對於自己「異常」一事的認知更為敏感，也更知道尋找資源判定自己的狀況。而相較於新晴有這樣「轉捩點」式的自我「發現」，少數受訪者則是如 R、U，從小就在極度高壓的家庭中成長，因此對於自己飲食可能「異常」一事特別沒有感受。也有一直持續在失序狀態中，但未曾進入醫療體系的飲食失序者，除了本研究的受訪者外，從 PTT_eat-disorder 版上的文章，也可以發現此類自述。不進入醫療體系的原因主要有兩類，一類是與精神疾病污名、親友的精神科就診經驗相關，例如擔心被確診，正式成為「精神病患」、恐懼精神科藥物、害怕被從業人員認出、害怕被親友發現；另一類則是與飲食失序的污名形象相關，如「無法控制飲食」、「盲目愛美」的污名等。而 L 與 T 則是從外表能辨識的肥胖身材，他們要面對的除了努力嘗試控制飲食卻仍舊失敗的壓力外，他們對於社會對肥胖者的評價也都相當敏感。相信當別人看見他們的體態時，必然會譴責自己這樣的「胖子」。即使他們都是努力維持著生活秩序的受訪者，並且因為個人條件而有不同的軌跡，但對於一套「應有」秩序的感知與嘗試在失序過程中重新自我秩序化的歷程，是非常近似的。

本章以受訪者自我指認的經驗，參考臨床診斷的指標及 EDE 問卷，歸納出四個指標，為「飲食失序」提供以飲食失序者感知為主的定義。我刻意選擇在這四個指標中留下一些模糊的空間，正是因為飲食失序者進入失序的歷程，也不是「跨過某條界線」般突然發生，而是一片在光譜上更廣泛的空間。




這個作法有三個重要的貢獻：第一，有助於非飲食失序者理解，飲食失序者與「食物」、「進食」之間的關係。本研究指出，進入失序的歷程是逐漸累積知識、實作經歷與協商身體感受的歷程：對食物、進食（有時包括體態）的認知在此一歷程中逐漸改變，乃至於在飲食失序者採取特定行為時，自我認定為異常時，仍有一定的自主性可以秩序化生活，但失序的程度愈來愈嚴重，驅使飲食失序者必須與自己也認為「異常」，或與自身認知不符合的行為，也一併納入生活秩序中。

以這個觀點回頭看台灣近年崇尚「健康」，特別是搭配運動的「健康飲食」的風潮，其實與許多飲食失序者在初期所經歷的事情相去不遠。更進一步說，透過還原飲食失序者進入失序的歷程，我認為所謂「正常」、「健康」的飲食控制與飲食失序者初期的飲食控制間存在的差異，可能比一般人認為的更小。一如 Musolino 等研究者（2015）所主張的，「維持健康」成為一種可培養的新興「慣習」（habitus）。飲食實踐以及對飲食控制的概念，伴隨著道德評價，身體化地內於飲食失序者。例如柯如、B、丹尼都是在家中有親友罹患重大疾病的狀況下，開始特別注意飲食，並且都參與在「全家一起吃得健康」的活動中。為了吃得健康，卻走上失序之路，對他們而言都是始料未及的。我並非宣稱出於「健康」因素注意飲食及體態必然是壞事，但在這股潮流中，卻甚少有人具備飲食失序的相關知識，這可能使人忽略對於飲食、健康、體態的關注，有「不成比例」的可能²³。

第二，前文我已概述台灣社會及精神醫學界、諮商輔導、教育等學科對飲食失序的認識，大都停留在病理化的「飲食障礙症」，並且以 DSM 為圭臬。然而，從 DSM 問世以來，對於 DSM 的挑戰不曾停歇。DSM 誕生及流變的歷史背景，驅使它提供方便臨床上使用的明確診斷標準，但許多受苦於飲食失序狀態，卻未必符合診斷標準，或只能被歸類到「其它」、「非典型」的飲食障礙症。

²³ 至於為什麼有些人會進入飲食失序狀態，有些人則不，涉及多重因素，因此不在本研究討論的範圍之內。



這些標準簡化了飲食失序狀態的複雜性，如「催吐」對飲食失序者的意義為何？為什麼飲食失序者對「飲食」一事如此執著？為什麼有些飲食失序者無論如何不願意接受體重改變？以上諸多問題的答案並不是 DSM 關懷所在。DSM 原就是以「統計」與「診斷」為目標，但治療、支持、照護等互動，不能只建立在 DSM 之上。例如有幾位受訪者不斷強調自己並不符合 DSM 的診斷標準，想確認我是否依然願意訪談；又或者如黛安所說的，因為他一直懷疑自己「是不是不夠嚴重？」因此一直不敢求醫。即使求醫了，也仍可能被當成「拒絕合作」、「怕胖」、「不合理思考」的人看待（潘欣平，曾美智 2014）。

最後，我意圖打破 DSM 的疾病分類，改以「飲食失序」稱呼這個狀態，這與下一章要討論的失序歷程密切相關：在進入失序之後，飲食失序者可能在光譜上的各個位置移動，並且因為其生命經歷、機運與能力，發展出不同特色的失序歷程。而透過這些特色而非扁平的「患者」形象來理解飲食失序者，更能明白在失序歷程中，飲食失序者行動的邏輯，以及難以從失序狀態中脫離的原因。

第四章、失序的秩序——組織日常生活



對於進入飲食失序狀態的個人而言，協商飲食實踐與既有生活邏輯的扞格，是他們生命歷程中需要持續進行的任務。在飲食實踐方面，飲食失序者根據其失序狀態不同，有不同程度的能力進行過度飲食、催吐、遵守特定攝食原則等飲食實踐，卻也在不同程度上受到於這些失序行為對生活造成的限制；在生活秩序方面，由於飲食失序的污名性，幾乎所有飲食失序者會試著隱藏自己的失序狀態，而在失序狀態下維持社會身分，以及與他人互動時的策略，會是主要的挑戰。以下我以靜惟的歷程為例，說明飲食失序者在進入失序歷程後在日常生活中可能碰到的挑戰：

在上大學以前未曾真的為身材困擾過的靜惟，在進入大學後不久，建立起嚴格的飲食規則，希望能藉此瘦下來。為了達成瘦身的目標，他花大量時間在尋找相關資訊，並且慢慢修正自己的飲食規則，建立合乎規則的「安全食物」²⁴。然而，靜惟不希望同儕發現自己正進行飲食控制，但在聚餐的場合，靜惟遵循飲食規則的食物選擇又往往會引來同儕疑問。當同儕詢問時，為了隱藏自己控制飲食一事，經常需要為自己的飲食選擇另外想說詞。

不久後，靜惟愈來愈無法承受睡前強烈的飢餓感，他認為這與自己太過嚴格的飲食控制有關。與室友同住的靜惟，會在半夜餓醒，獨自將冰箱剩下的食物吃完，且吃的份量愈來愈超出靜惟控制，使他感到恐懼。在認定自己這樣的行為屬於失序狀態後，靜惟仍保持著這個「晚上起來清冰箱」的模式。而在過度飲食後，嘗試催吐失敗的靜惟，只能透過更嚴格的飲食控制消弭自己的罪惡感。有時他會不小心吃到室友的東西，又必須另外尋找說詞解釋。

²⁴ 「安全食物」是飲食失序者認為「可以吃」，吃下去不會感到害怕或焦慮的食物。我在後文會進一步解釋這個詞的意涵。

在這個循環下，靜惟對於飲食的焦慮干擾了他的課業表現，他也努力避免會引起他過度飲食的社交場合。一開始還能維持社交生活與飲食失序平衡的靜惟，就這樣慢慢從朋友圈中消失。

靜惟的失序狀態主要的特色是必須遵循特定的飲食規則，以及容易在半夜突發，或被社交場合觸發的過度飲食。催吐能力的限制，讓靜惟傾向避免可能引發過度飲食的場合，而愈來愈少參加社交聚會。由於催吐能力不足，靜惟能消耗掉的食物有其上限，飲食失序並沒有對他的經濟造成太嚴重的影響，也不會耗費他大量的時間重複進行過度飲食／催吐的循環²⁵。在這些飲食失序造成的特殊條件下，靜惟與大部分的飲食失序者一樣，還必須掩飾自己的失序狀態，因此需要耗費大量心力在互動策略上。

如前文提及，飲食失序者大多不希望自己的失序行為被看見，更不希望被察覺失序。「不被看見失序行為」與「不被察覺失序」兩者並不相同，前者指的不讓他人看見飲食失序者認定為失序的行為；後者指的是與飲食失序者互動的人，沒有意識到飲食失序者處於飲食失序的生活狀態。在難以避免與人共同進食，以及難以預料何時會發生失序行為的狀況下，大部分的飲食失序者都曾在他人面前表現過失序行為，例如避餐不吃、過度飲食、購買大量食物、丟掉吃到一半的食物等，但只要能找到適當的說詞，這些行為通常不會被與「疾病」或「失序」聯想在一起。

在這些條件下，靜惟的歷程呈現了飲食失序的生活歷程的幾個典型難題：首先，不斷地應對與飲食活動相關的他人，例如在社交場合，為了不被察覺失序，靜惟必須為自己的飲食選擇找到適當的說法，同時抵抗可能引發過度飲食的誘惑。其次，不同於可以避免的社交場合，與人共享居住空間的飲食失序者，無法避免同住者對於特殊情形（如食物忽然被消耗掉、半夜起床吃東西）的質疑，因此他

²⁵ 某些受訪者稱這個循環為“B/P”，是由“binging/purging”（過度飲食／清除）簡化而來。這個用法除了在醫療體系中會使用外，在 PTT 的 eat-disorder 版也被廣泛使用。社群討論時，有時直接以「批」指催吐。

需要另外思考說詞，或考慮坦承自己失序的狀況。再者，嚴格地編織生活日程，雖然有助於飲食失序者遵守嚴格的飲食規則，但過度飲食衝動突發的時間不易掌握，隨著發生的時間與情境、當時的主要身分與任務、經濟能力等限制，飲食失序者會以不同的方式取得食物，以及處理催吐的需求。最後，主要身分任務的優先性經常需要與飲食失序帶來的限制競逐，例如在課業表現上達成一定的成就，是靜惟作為大學生的主要身分任務，但在靜惟的生活安排中，卻會隨著飲食實踐帶來的限制與變化而波動。

這或許正是飲食失序最難以被他人同理之處：大多數的人無法想像嚴格遵循特定飲食規則，與過度飲食、催吐等行為，何以能與一般社會身分、親密關係有同等的重要性？本章的目的不在於回答「為什麼」，而是當飲食實踐確實這麼重要時，飲食失序者該「如何」重新組織日常生活？

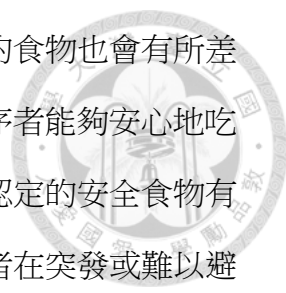
第一節、協商的飲食條件

失序狀態迫使飲食失序者必須在特定的條件下，重新編織日常生活。至於如何編織，與不同面向的失序特色造成的情境與限制相關。對失序歷程會造成影響的三個主要面向分別是：遵循特定飲食規則攝食的嚴格程度、過度飲食程度與催吐能力三項，其中，過度飲食與催吐的關係密切，因此放在同一個小節分析。

這三個條件對飲食失序者的影響並不是均質的，有些人特別受制於飲食規則，有些人則特別難以抵抗過度飲食衝動，有些人沒有催吐的能力，這些都會影響失序者的失序歷程與生活樣貌。這些條件與失序者當時的主要社會身分及人際互動關係——亦即他們生活中的「正常秩序」不斷地進行角力，構成了飲食失序者的生活樣貌。

一、「安全食物」：遵循特定飲食規則

「遵循特定飲食規則」指的是飲食失序者認定食物能不能真的「吃下去」的準則。這些準則經常是透過飲食失序者吸收關於飲食的資訊後，再透過親身實驗逐漸浮現，雖然大多有共通的基礎（如基本的營養學知識、熱量計算），但隨著



每個人與食物的經驗以及對食物的觀感不同，會感到「安全」的食物也會有所差異。這些符合規則的食物，經常被稱為「安全食物」：飲食失序者能夠安心地吃下去，並且允許它們成為自己身體的一部分。除了飲食失序者認定的安全食物有差異之外，對遵守規則嚴格的程度也經常不同。某些飲食失序者在突發或難以避免的情境，能對規則妥協；某些飲食失序者則幾乎不容許妥協的空間，他們會努力避免生活日程、環境發生變化，以確保自己隨時能取得安全食物。

這種差異不只存在於個體之間，同一個人在不同時空背景下也可能有不同的安全食物、規則以及嚴格的程度。相反地，吃下非安全食物可能導致飲食失序者一整天心神不寧，或感覺身體不適。

飲食規則嚴格的程度，與執行的嚴格程度，都會造成不同程度的限制。靜惟雖然認為外食都不健康，但他在餐廳時仍能吃沙拉、燙青菜等清淡且對他而言算是安全的食物。柯如與靜惟同樣對外食不信任，在上大學前的暑假建立了嚴格的飲食規則。就在上大學前的暑假，柯如的妹妹被診斷出重大疾病，讓柯如一家都開始吃得「健康」，但隨著柯如對「健康」的要求愈來愈嚴格，後來幾乎沒有外食可以符合他的條件，於是柯如不斷地避餐，一下課就回家吃家裡才能準備的安全食物，導致他的失序時期幾乎沒有課外活動。丹尼開始注意「健康」飲食的契機與柯如十分類似：由於丹尼的父親罹癌，丹尼的母親務求家中飲食「健康」。丹尼並不喜歡這個改變，但他認為，確實是從母親開始分類食物「健康」與否時，他對食物也跟著有了「乾淨」與否的分別。只要一吃到「不乾淨」的食物，丹尼的身體就會有明確的反應。特別的是，丹尼認為「乾淨」的食物後來未必就是「健康」的食物。他提到：「他（媽媽）覺得一定要吃這種很乾淨的食物，才不會像我爸那樣，就是癌症啊幹嘛幹嘛的，所以後來我對，就是米飯類，白飯以外的我就會很討厭。」但又說：「五穀飯不行，我爸生病那兩年我媽瘋狂煮五穀飯，我覺得吃到後來都怕了。」如果同樣是出於健康考量，「糙米飯」與「五穀飯」對大部分的人而言應該屬於同一個類別，但丹尼對這兩種食物的感受與他的生命經

歷高度相關。例如亭之與柯如都非常不信任米飯類，但羅森對飯糰特別有信任感，由此可見，食物「安全」與否，高度受到個人經歷影響。

遵守這些規則的嚴格程度，是飲食規則造成的另一個限制，相對於丹尼能「勉強吃」他認為不乾淨的食物，並且接受後續的不適，嚴格恪守規則的小隻就受到極大的限制。一天只吃一餐的小隻，嚴格要求從進食前的準備到進食的內容、食物的處理方式、進食過程的活動、空間等一切細節，如果有不夠完美之處，對小隻就會造成莫大的壓力。這些規則即使在小隻性命垂危時，仍必須要遵守。

小隻將自己分為三個部分，一個是「厭食症的我」，一個是「強迫症的我」，而「像正常人的我」則是後來才慢慢發展出來的。小隻將厭食症與強迫症人格化，自己行為上受到的限制，許多都來自於「厭食症的我」或「強迫症的我」的要求，而小隻則經常要擔負「協商」的角色，跟另外兩個自己討論該怎麼做。說起自己「很吵的兩位」對自己生活帶來的限制時，時而像是興奮地介紹友人：「他會一直盧（台語）啊，有些你想不到的[規則]他都想得到！」、「有時候我覺得今天真的好累，不想運動了，可是厭食症他說不行。」有時卻也難掩難過的神色：「有他們在也好啦.....不然我常常都是一個人」。為了要恪守規則，小隻幾乎從不能旅行，也無法跟家人度過年節。因為「不確定的事情太多了！光是塞個車，就會晚了.....然後可能原本預定的餐廳沒有開、當天休息.....我也不知道有沒有地方可以運動，食物可不可以很熱很熱，水果能不能很冰很冰²⁶。」這種為了遵循嚴格的飲食規則，而難以容許任何不確定性的狀況，在其他受訪者身上也會有程度不一的表現。例如女王從國中開始建立自己的飲食規則，在失序狀態將近二十年，他對安全食物的規定已寬鬆許多，但碰到出差、環境轉換等狀況，還是需要「巡場」，或是亭之說的「場勘」（場地勘查），預先查找目的地的食物資訊，盡可

²⁶ 小隻詳細的飲食規則中，包括「熱食要非常熱。」、「水果要非常冰。」他說因為是好不容易可以吃的唯一一餐，所以他希望「一切都完美」。

能了解自己有的選擇，以因應任何可能的狀況。用亨之的話概括：「要去新的地方就要想，那裡有什麼我可以吃的啊？哪裡可以吐？」

如上一章所述，違背規則時的罪惡感與渴望清除的感受。這些行為未必只出於「做錯事」的想法，也包括往往被忽視的身體經驗：這些「奇怪」、「穢」、「脹」、「恐怖」、「噁心」的身體感受，可能引起數小時至數天的焦慮、不適。這解釋了為什麼即使對飲食失序者進行營養知識的教育，也未必會改變他們的飲食行為：這些身體經驗，直接影響了飲食失序者的狀態，若是這種焦慮感、異物感持續存在，「清除」（*purging*）行為就會是十分合理的選擇，其中包括催吐、吃瀉藥或其它幫助排泄或阻斷吸收的食品或藥物、禁食、嚴厲節食、大量運動等作法²⁷。

最直接的作法是催吐，如果不願或不能催吐，上述的其它清除行為相對而言較不易被認定為「異常」，並且都有助於消除過量飲食帶來的種種不適感受。如果不想，或沒有能力進行清除，那最好的作法就是只吃安全食物，避免暴露於「非安全食物」帶來的威脅中。

二、過度飲食與催吐

相較之下，也有飲食失序者對於食物安全與否並不特別在意。對進食內容不設限的黛安，就不太受到取得安全食物的時間與空間限制，但黛安工作之外的時間，完全投注在過度飲食跟思考飲食上。一開始，黛安固定在實習離開公司後過度飲食，而後只要是不用工作的時間，黛安就會過度飲食，或者躺在床上「什麼事都不想做，只想著食物的事情。」同樣是不特別限制飲食內容的L，雖然有意

²⁷ DSM 從第三版起提及某些飲食障礙症患者會規律地進行「不恰當的補償行為」（*inappropriate compensatory behaviors*），例子包括催吐（*self-induced vomiting*）、濫用瀉劑、利尿劑、浣腸或其它藥物（*misuse of laxatives, diuretics, enemas or other medications*）、禁食（*fasting*）；或過度運動（*excessive exercise*），並且以這些「補償行為」將暴食症分成「清除型」（*purging type*）與「非清除型」（*nonpurging type*），在第五版時將「非清除型」獨立為「嗜食症」，並將「濫用浣腸」從補償行為中刪除。我以「清除」行為指稱與「補償」行為相當接近的內容，是為了強調這些行為主要是為了「清除」：可能是清除罪惡感、身體上的不適、違反規則帶來的問題，未必是「補償」。

識地想控制體重，但他面對喜歡的食物經常吃過量，甚至引發作嘔的感受。在發現這件事之後，L 開始「半自主」嘔吐：他會過量食用自己喜歡的食物，偶爾有噁心地感覺，就順勢把食物嘔出來。在進行胃切除手術後，L「不由自主」地嘔吐的狀況加劇，就會避免在外用餐，而傾向回家吃。

由此可見，除了遵循特定飲食規則外，催吐的能力與需求也會大大影響到飲食失序者的生活樣貌，如靜惟表示：

譬如說大家聚餐啊，去唱 KTV 啊，我覺得那個場合是會讓我失控，就是吃東西很失控，我就會避開，可能我會選擇性幾次的避開這樣子。我覺得影響[人際關係]滿大的，有很多我想去的聚會，我都會因此不去。[.....]我那時候覺得說，外食，對我來說都是不安全的食物，我覺得那些東西都會讓我變胖，所以我就不想要去那邊去吃那些東西，就會選擇不去那樣的聚會。我就會騙人說，因為我那時候大學在[台灣某都市]，如果這個聚會在假日我就會說，喔，那個禮拜我剛好要回家之類的。就會去避掉。

社交場合的食物既不安全又吐不掉，靜惟害怕自己失控吃下不安全的食物，乾脆避免自己面對這種與食物角力的焦慮。

相較之下，熟練掌握催吐能力的女王、羅森和亭之，可以隨時隨地，在任何情況下吐出食物。這個條件看似給他們較大的自由度，例如聚餐時，熟練催吐的人，能假裝正常吃飯，再迅速吐掉且不引起注意。然而，這些熟練催吐技巧的飲食失序者，卻往往得面對出乎他們意料的嚴重後果：一旦開始過度飲食，他們可能連續進行數個小時，甚至十幾個小時不停歇，這使得他們考慮金錢、時間及安排作息的方式都與靜惟等不會催吐的受訪者，發展出有極大差異的失序狀態。

羅森即是從嚴格遵循飲食規則後，開始有過度飲食衝動，但他毫無困難地習得催吐的技術，開啟了他不斷過度飲食／催吐的循環。在情況嚴重時，羅森可以在吃到飽餐廳不斷進食催吐，吃完一家店後再換一家店，耗費的金額甚至造成其家庭嚴重的經濟負擔。在失序狀態超過十年的羅森，訪談時曾帶著一點苦笑的話

氣說：「我吃掉的東西都不知道可以買幾棟房子了。」這並不是誇張的說法，失序經歷超過十年的亭之、將近二十年的女王，在推估自己花費在過度飲食上的費用時，也都以「買房子」推估花費。除了經濟負擔之外，長期催吐造成的生理傷害更相當驚人且不可回逆，胃酸腐蝕食道、灼傷嘴角是常見的症狀，在更嚴重的情況中，飲食失序者會因胃酸腐蝕牙齒而需要裝戴牙冠，如羅森在二十歲左右時，已經有八顆牙齒裝戴牙冠。另一個經常被忽略的生理傷害則是電解質不平衡。羅森、亭之、女王、詩詩雖然都能迅速吐出食物，但他們進一步追求「吐乾淨」，於是開始「刷水」，也就是不斷灌水、吐水，藉此洗出食物，透過吐出的內容跟身體的感受判斷是否有吐乾淨。

比起單次的催吐，胃酸可能稍微被食糜中和，這種「刷水」（或者亭之說的「手動洗胃」）的作法會讓他們吐胃酸混水等腐蝕力更強的液體，有些人「吐到看到膽汁才停。」這種作法長期下來會導致體內電解質不平衡。再加上清除行為也包括使用浣腸、瀉藥、利尿劑、減肥藥等工具，讓自己腹瀉、排水²⁸，同樣會導致體內電解質不平衡。

催吐加上其它的清除行為造成的電解質不平衡，可能會引發肌肉抽筋、關節問題、消化功能異常、心臟不正常運作等傷害。甚至可能導致突發的心臟衰竭、死亡。過度飲食症患者的高死亡率經常與這些傷害相關，但統計上並不易釐清其間直接的因果關係，因此過度飲食／催吐導致的死亡率經常被低估²⁹。

亭之就有過催吐後倒在路邊的經驗，隨著年紀增長，亭之催吐後復原所需要的時間愈來愈長，這大大影響了他安排生活的方式。例如亭之原本可以在催吐後

²⁸ 大多受訪者對於使用浣腸、瀉藥一事不願多談，但會承認自己使用過這些方法，或長期仰賴這些方法。

²⁹ 「電解質不平衡」能多嚴重？若讀者有過腸胃炎的經驗，可能曾經被告知在頻繁嘔吐、腹瀉時，需要喝運動飲料補充電解質。若像亭之、羅森、女王這樣以刷水的方式催吐，一天嘔吐的次數可能高達二三十次，甚至更多。而亭之、羅森、女王、詩詩都說過自己曾維持「每天催吐」的生活至少數個月，間斷持續數年甚至數十年。比較這種情形與腸胃炎時的腹瀉、嘔吐頻率，或許約略能想像，刷水催吐與其它清除行為可能帶來的影響。

若無其事地去上課，但幾年之後，亭之會在催吐後突然陷入昏睡約兩、三個小時，影響到他接下來的活動，以及社交的狀況。而女王更是有過數次突發地癲癇，醫生表示很可能與他長期催吐有關。醫生當時警告女王，癲癇隨時可能會發作，而且無法預測是否能治癒，若惡化下去，在癲癇發作時不但會突然倒下、抽搐，甚至可能會大小便失禁。女王因此投入癲癇的療程中一段時間，才稍微減緩他過度飲食／催吐的情況，但他並沒有因此完全脫離失序，而是較少密集的過度飲食／催吐。

羅森、女王、亭之是受訪者中狀況相對極端的，其他飲食失序者雖然未必會感受到這種立即的生理傷害，但也持續焦慮著自己在做的事情是否「傷身」。新晴就為了自己吃下大量的食物又沒有催吐掉一事非常焦慮，經常擔心自己的腸胃會出問題。當新晴的男友以「健康檢查」作為「禮物」送給新晴時，新晴十分感動。

也因此，無論會不會催吐，只要有過度飲食傾向的人，都會嘗試避開可能引發自己過度飲食的場合；但同時，過度飲食又像是「癮」一般會忽然襲來的衝動。飲食失序最特殊之處在於，飲食實踐是每日都必須進行，且經常需要與他人一起處理的事。

許多受訪者會以「吸菸」、「毒癮」這兩個他們認為帶有污名性質的「惡習」或「癮頭」為例，說明自己無法抗拒特定飲食行為的無助感，同時他們也會進行比較，表示菸、毒這樣的物質有可能完全從生活中去除，或特意將自己隔離於某個環境，以避免接觸。但每個人每天都必須面對食物，也幾乎不可能將自己隔離於完全沒有食物的環境中。也正是因為食物是人人必須攝取的物質，旁人（甚至連當事人自己都）不易辨認單次的飲食實踐究竟有沒有問題？可不可以長久進行下去？這次的實踐算不算是失序的一部分？

以上這些狀況，都會逐漸侵蝕飲食失序者的主要社會身分：如學生、雇員、實習生等。他們必須配合自己主要社會身分既有的生活秩序，兼顧自己課業、事業上的表現。而飲食失序者身邊較為親近的重要他人，如親密好友、家人、情人、

同住者等，對於飲食失序的了解程度與態度，也會改變飲食失序者對生活安排的考量，以及分配時間與空間的方式。在這些條件的影響下，飲食失序者需要維持自己主要社會身分的任務、發展與他人的互動策略，並且想辦法取得食物，以及與食物獨處的時間和空間。



第二節、主要社會身分與公共空間

一、密集時間日程中的縫隙：作為國小至高中時期的學生

日常規劃高度受到學校日程限制的國小至高中時期，每位兼顧學生身分與飲食失序的受訪者，都有過為了飲食而在課堂上坐立難安，滿心想著食物、一心等待下課，甚至遲到、早退的經驗。

在國小、國中時期，學生被監管得相對嚴格，國小高年級開始嚴格控制飲食的羅森、礁礁、小隻跟女王，都受到午餐時間的限制，沒有太多自由安排飲食的空間，午餐內容也沒有太多選擇。因此在他們決定遵循特定飲食規則時，經常是直接減少攝取午餐份量，例如趁同學不注意時把食物丟掉，或者吃飽後去催吐。相對地，「安全食物」並不容易取得，即使合作社會販售食物，在經濟能力受限及選擇不多的情況下，他們主要的控制方式仍是以盡量少吃為主。他們常就這樣空腹撐完下午的課程，直到回家才會在家人面前進食。

學校老師並不會特別在意學生是否有把飯都「吃光」，如果倒掉大量的食物會引起注意，他們也知道如何將食物藏好，帶到其它地方丟掉³⁰。此外，學校老師也不會聯想到國小、國中生可能在吃飽後催吐。小隻是少數在校時有特別被關注飲食狀況的受訪者：

那時候媽媽幫我帶便當，我就會偷偷倒掉。早餐幫我帶吐司跟牛奶，我就會沖掉、倒掉。[.....] 然後媽媽知道我都會倒掉，他就有特別請老師看著我。老師都會打電話跟他講。我記得那時候我看到妹妹的日記，他那時候小三嘛，就會寫什麼，今天幾月幾號，天氣晴，今天媽媽接到

³⁰ 例如用塑膠袋包起來留在口袋、塞在書包，再於通勤途中丟棄。

一通電話，說姐姐又沒有吃午餐，媽媽說他很心疼，我聽了也很心疼……

就是用注音符號寫那樣(哽咽)，我才知道他也有感覺，他也有感覺……

羅森、礁礁、女王的催吐能力都從小就很好，利用假裝去上廁所的時間，迅速地催吐，不會引起師長同學任何懷疑。他們的家人大多也沒有「飲食失序」的概念，也因此，只要有持續準備便當，或繳交營養午餐費用，就認為學童會把食物吃掉。

至於遵循特定飲食規則導致的身材變化，很難被每天見面的人察覺。女王、礁礁在國中小階段都沒有被身邊的人發現飲食失序的狀況，加上他們都為了升學，在國三（九年級）時自己放鬆了飲食規定。但羅森、小隻都瘦到危及生命，家人才發現他們在飲食上的問題。

相對而言，高中時期進入失序狀態的詩詩跟亭之雖然依然受學校日程安排限制，但他們所就讀的高中，對於上課進食、午餐時間自由活動等狀況沒有特別規範。利用上課時間吃飯，將午餐與午休時間挪為自由活動的時間，在該校是常態。通常這個時段是學生交誼、參加社團等活動進行的時間。亭之總是在這個時間跑步，參加舞蹈社團的詩詩則是利用這段時間與社團朋友練舞。兩人在開始嚴格的飲食控制後，經常在激烈運動後的下午感受到強烈的食慾，因而有過度進食／清除的需求。在還不太能自由蹺課的高中階段，詩詩跟亭之會在課堂上坐立難安，偶爾會忍不住提早離開教室，或因為花太多時間在過度進食／催吐而上課遲到。

試著想像急著下課去打球、約會或參加社團活動的學生，可能也是類似的狀況，但為了飲食而有這種坐立難安的狀況，對於一般人而言似乎不易想像，這也是飲食失序者經常自己感到「奇怪」，卻又無法與人談論的原因之一。

飲食失序帶來的條件，對飲食失序者的學校生活可能造成的影響還有課業表現下降、無法投入班級或社團活動。受訪者 B 也是從高中時期開始表現出飲食失序的狀況，他曾在上課時「一直吃」，被老師嘲笑「愛吃」，並且被同學嘲笑。雖然 B 說：「他們應該是沒有惡意啦，就是笑一下。」但他認為當時進食的狀況確實影響到他對課程專心的程度。上一章提及因「不成比例」地投入導致無法

專心的現象，經常是因為飲食失序者發現「回想不起來上了什麼[課程內容]。」而被他們自己察覺。

在人際上，無法配合團體活動的作息，是飲食失序者的另一大挑戰。小隻在上高中後，原本有加入某校隊，但因為校隊的訓練時間無法配合他的飲食規則，他只能選擇退出。即使校隊的學姊知道小隻有被診斷出飲食障礙症，卻仍對小隻相當嚴厲：

學姊就說你一定是不夠努力、不夠愛這個[校隊]。但暑假的時候我真的沒辦法配合那個行程，就等於是說你一整天都要在那邊曬太陽，就是很積極地練習嘛。就他就不可能讓我跑操場，跑一個小時之類的。飲食也是要外訂啊，那就根本不行嘛。那好，我跟學姊說我要退出，學姊們那時候就很不諒解，就覺得說你不夠愛[校隊]啊，你不夠想改變啊，如果你夠愛這個隊伍的話，你就可以克服這個恐懼啊³¹。

上大學以前的另一個課題，是經濟上高度依賴原生家庭。面臨因過度飲食而大量消耗金錢的主要是亭之與羅森。亭之在高中時經常謊稱學校需要購買書籍，或挪用補習學費，以支付自己的飲食支出。羅森的家庭仰賴社會津貼與父親進行勞力工作維生，他的父親每天提供一千五百元飲食費，這筆金額對羅森的家庭是相當大的負擔。

二、重重決定交織下的有限自由：大學時期

在上大學之前，飲食失序者不需要花太多心力在「互動策略」上。也就是面對同學、師長、朋友等人，由於用餐條件的限制，飲食失序者比較少需要解釋自己的用餐選擇（與同住者的狀況會有所不同，後文會討論這個問題）。但進入大學時期後，學生的時間安排相對自由，課堂出席狀況也不大受限制，在時間安排高度取決於個人選擇的情況下，用餐時間更加彈性，用餐內容有更多元的選擇。

³¹ 這種因為「不夠愛」、「不夠努力」而無法「克服」飲食失序的說法，許多受訪者都曾聽過。即使是在諮商、診療等場合，也有精神科醫師、諮商師會以類似的說法指責飲食障礙症患者。

然而，看似自由的用餐條件，卻要求飲食失序者在互動上投入更多心力在人際互動策略，以避免飲食失序一事被察覺。在大學，「一起用餐」是建立人際關係的重要活動，即使修同一堂課、參加同一個社團，但不與同學一同用餐，就難以建立緊密的關係。課外活動時，如果有碰到需要一起用餐的情境，隨之而來的挑戰就是要避免觸發過度飲食，或掩飾自己遵從特定的飲食規則，這些都會對飲食失序者造成壓力。

柯如在大學開學前就已進入飲食失序狀態，到了新的環境，他毫無心思經營人際關係：

其實我那時候，很常就是盡量避免跟同學一起吃飯。大一的時候，大家對我的印象就是哦，會自己去吃飯的人。那段時間，我覺得我的人際關係並沒有很好，可是，可能因為我那個時候滿腦子都是要變瘦所以其實我並沒有很在意。我就是去上課，而且[柯如就讀的科系]很忙，很多作業，所以你就是上課，下課做作業交作業，人際關係的事情當時並沒有困擾我，我也沒有特別去想。可是其實是，這一年過去，飲食慢慢變得正常之後我覺得好像才真的有，一些比較正常的人際關係。

而新晴跟靜惟則是在與大學同學相處一段時間後，才進入飲食失序狀態，在進入失序狀態後，他們都為了社交聚餐困擾不已。靜惟最大的困擾就是他必須假裝自己沒有在控制飲食，原因是他認為這件事情是「丟臉的」，而且若被得知自己在控制飲食，反而會引來關注：「我那時候應該是覺得需要減肥的人就是胖吧。我就不想讓別人對我的印象就是胖。」面對外食的不確定性，以及需要不斷臨場反應思考說詞，讓靜惟十分疲憊：

段：所以，比如說你們一群人出去吃東西的時候……

靜惟：(笑)對我就會很困擾，因為我腦海裡認定我可以吃的東西有限。

所以我可能就會，常常還滿痛苦的。我就會，騙他們說哦我現在是不餓的，或是說，我就是點……譬如說我印象很深刻有一次，我們是吃類似日本料理的餐廳這樣子，那那時候我就覺得說，因

為我要減肥，所以我就不能吃壽司啊麵啊那些有澱粉的東西，然後我就.....可是那時候我記得我還滿餓的（笑），我就只點一個和風沙拉。那朋友也會覺得說欸很奇怪，你晚餐吃這個怎麼會飽這樣子，然後我就會說哦沒有關係，我今天不餓。

靜惟：他們可能會說欸你在減肥哦？我就會否認說哦沒有就剛好不想吃這樣子，我就會否認。

種種的不確定性，加上靜惟害怕聚餐場合會觸發過度飲食，靜惟因此開始從社交生活中退縮。

新晴則嘗試在社交活動中尋得平衡。一開始，新晴認為投注心力在社團上，能減少他過度飲食的慾望，但隨著狀況愈來愈嚴重，新晴連社團活動都不願繼續參與了：

那個時候我曾經因為 ED，我寧可退掉社團、退掉所有的外務，我寧可自暴自棄，我說了一些很誇張的理由，欺騙了我的社團、我的好朋友。我覺得我退出社團，或是拒絕我大學這些活動，或是課程，對我來說是一個很大的放棄，然後我不想要，不想要繼續這樣過，這樣過這樣的生活。我以為我的 ED 可以好，但是其實沒有。

除了失去社交生活外，出席率、課業表現都是受訪者常受到的影響，詩詩就說自己是分組報告的「雷組員³²」，當他飲食失序狀態嚴重時，會因為一直思考、擔憂飲食與身體變化的事情而沒辦法按照自己原訂的計畫出門、到課、完成作業。

但有些受訪者會使用校園學習資源取得與身體控制相關的知識，甚至將這股投入轉化為在相關課業上的表現。如某位受訪者就讀醫護相關科系，曾經在實習時照顧精神病患，並且因為這樣，對於自己飲食失序的狀態較能坦然地接納。另

³² 詩詩的意思是在團體報告中沒有貢獻心力、未能準時出席討論、未能配合報告分工等，在團體報告時被視為只坐享成果而沒有貢獻的組員。

一位就讀醫藥相關科系的受訪者，則相對能接受藥物治療。因為他認為自己熟悉這些藥物的機轉，而比較能放心地用藥，也能與醫師協商用藥地狀況。

有兩位受訪者，後來都修習營養相關的課程，甚至選擇這門學科作為主修科目³³。然而對於營養的知識究竟會使得他們飲食控制得更為強烈？還是反而能漸漸地進行「健康」的控制？兩位受訪者呈現完全相反的狀況。受訪者 A1 認為，營養學的知識是幫助他脫離失序狀態的關鍵，A1 花了大量的時間在圖書館，閱讀醫師、營養師撰寫的飲食相關書籍，並且因此改變了之前為自己定下的規則，對於「違背規則」一事雖然還是會有身心上的不適，但營養專業知識讓他覺得自己比較能說服自己接受這種不適，進而脫離飲食失序的狀態。即使脫離飲食失序的狀態，A1 依然持續評估食物，他說：「像一盤這樣的食物擺在我面前啊，我不只會考慮他的熱量，我也會考慮他的營養素。」A1 目前從事的行業就是需要不斷評估食物，而 A1 非常樂在其中。在訪談時，A1 受訪者是少數能非常有信心地告訴我，他是「一點也不害怕再回到那個[飲食失序]狀態」的人。A2 也曾因為得知關於營養相關知識，而消除對食物恐懼，但效果卻沒有持續下去，因此對於 A2 的飲食行為並沒有造成太大的改變。A2 對於記憶營養素、跟與食物相關的數字非常在行，在大學時成績也一直名列前茅，但在飲食實踐時，他雖然心中知道這些知識，卻「真的做不到」違背飲食規則。

三、職場中的位置

在脫離學生時代後，飲食失序者面對新的挑戰。相較於前面敘述的限制同質性較高，職場帶來的限制，與當事人所從事的工作性質，以及他們在職場中的位置關係密切。

黛安即是在脫離學生時代、邁入職場時的過渡時期，在勞動環境與生活條件的限制下進入失序狀態。黛安因自小體重過重，一直都「知道」自己「應該」進行飲食控制，但她自認成長歷程中沒有真的為情緒跟身材困擾過。2016 年九月

³³ 這兩位受訪者在上文都有提及，為了減少被辨識的可能，這裡以受訪者 A1 跟受訪者 A2 稱之。

開始，當時大學四年級的黛安到現在任職的公司開始為期半年的學期實習。黛安每週有三天必須在公司與學校附近的住處兩地通勤，在公司的時間，她進食的時間受到工作限制：

.....我那時候每天中午都要工作[.....]我在一點之前我為了要配合到那個時間，所以我只能自己到員工餐廳吃。但是那個員工餐廳大家非常唾棄，大家都覺得那裡的東西跟屎一樣難吃。[.....]所以我一整天的用餐時間是很壓抑的，我要趕快吃完，然後才能趕上工作的時間。

黛安實習的公司位於較偏僻的地區，若計入往返餐廳與工作地點的時間，黛安沒有辦法在限定的一小時吃完，因此只能在被正式員工「唾棄」的員工餐廳用餐。延續著大學時期透過用餐建立人際關係的狀況，黛安知道有「老鳥揪午餐的 Line 群組」，某些彼此熟悉的正式職員會一起用餐，共同處理交通問題，較資深的員工即使稍有遲到也不那麼嚴重。但黛安必須在一點之前用餐完畢，準備好開始工作，而後持續工作到晚上八點左右，中間幾乎沒有休息時間。下班後，因為需要搭車趕回住處，黛安也無法馬上用餐。在經歷四十分鐘到六十分鐘的通勤後，已晚上九點、十點。飢餓、疲憊加上實習的壓力，黛安說當下的自己「只想大吃」：

.....一開始我先是到學校[住處]附近的那種，開到比較晚的賣麵啊、賣粥的那種，然後我就會不曉得我要吃什麼，我就會開始這樣，想了很多，然後就覺得嗯吃個麵好了，然後後來又覺得好像還滿餓的好像還想吃個粥，然後發現隔壁有滷味，就想吃個熱的再來吃個滷味，就大概一個晚上大概吃了兩人份的晚餐。

然而，這樣的進食模式卻無法因為黛安覺察到自己的失序而改變。「實習生」這個職位讓黛安非常困擾，一方面，這代表著他是職場中位階最低的那個人，不應有過多的要求與特權；另一方面，這份工作可能在半年之內就會結束，是否要與周遭的人建立關係？建立到什麼程度？也讓原本就有些內向的黛安不知道該

如何是好。即使有同事以「照顧」的態度邀請他一起用餐，他也對於這個「特別關注」感到不自在。

同樣嚴重受到工作日程限制的丹尼，在大學畢業後從事白領階級工作，公司規定的午餐時間往往不是他想進食的時間。丹尼真正想進食的時間往往是下午兩、三點，他只能拜託公司同事幫忙準備麵包、點心充飢。統一訂便當的規定，更讓他感到不自在。丹尼正常的食量是兩人份的便當，卻被經手的人員懷疑：「『是怎樣？在耍我嗎？』不是，我就真的需要吃兩個便當啊。」

而後，丹尼轉換工作，進入偏向密集身體勞動的產業，工作與吃飯時間都較不固定，但丹尼卻覺得這更能配合他的需求，並且為此快樂很多。加上如前所述，工作性質與食物性質對丹尼而言是相扣連的概念。脫離了「髒」的工作，開始可以做「乾淨」的工作，他對於飲食的感受也跟著清爽了起來。

在丹尼還擔任辦公室職員的時期，他對於面對公司「飯局」總是感到厭惡，但又有一套躲避的方法。不像靜惟、新晴等受訪者，丹尼雖然討厭別人盯著自己吃東西，但他相當能把自己的飲食能力轉變為「奇觀」，假意開心地娛樂身邊的人。因此在飯局上，丹尼就是「負責吃東西的小嘍囉」。當上司忙著跟其它公司的上司談生意時，丹尼的食量偶爾會成為眾人閒談的焦點，以一種「哇！好能吃啊！」的態度，被上司嘉許，甚至免去他與別人社交、談業務的麻煩。對此，丹尼雖然無奈於自己被這樣另眼看待，卻也對於能免於他討厭的工作而鬆一口氣。

曾經也是這種「小嘍囉」的女王，就無法如丹尼這樣自在地展現自己的過度飲食能力。女王雖然催吐能力很好，在工作飯局上還是傾向不引起他人注意，盡量點安全食物吃，或者乾脆避開飯局。然而隨著時間過去，女王升遷到主管職，躲避飯局不再是選擇：「我想就是身分變了吧。你是員工的時候，[飯局]你可以不去，你是主管，你還能不去嗎？」從國中時期一路處於失序狀態至今的女王，認為自己的確有隨著生命中重要事件的發生而與失序狀態有不同的關係。例如癲

癩對他造成的驚嚇、職場身分轉換讓他肩負不同的責任。但面對原生家庭、親密伴侶，甚至後來的婚姻關係，女王與其他飲食失序者，要面臨完全不一樣的難題。

第三節、私密空間與親密關係

相對於社交、工作等公共的社會身分，面對同住者、家人、伴侶或其他重要他人就更難以處理飲食失序造成的處境限制，特別是在這些更親密的關係中，要「不被察覺失序」以及「不被看見失序行為」就更為困難。

本節著重於飲食失序者如何安排與他人同住的狀態，以及面對節慶聚會等文化習俗中需要與重要他人共處時的困難，以及在這之中如何隱藏、揭露、被揭穿飲食失序的狀態。但飲食失序者面對重要他人與親密關係時，難題遠不止於此。失序狀態引發的種種污名感與羞恥感往往就像房間中的那隻粉紅色大象，沒人提及卻眾所皆知。在這樣的狀態下，飲食失序者如何維繫與重要他人的關係？又如何能在「自己與食物」以及「自己與重要他人」之間，畫出一條安全的界線？

一、共同居住

大部分飲食失序者對居住空間的掙扎是：既不想在外面(如餐廳)被人看見，又不想同住者察覺自己的失序行為，那麼應該在哪裡處理自己的飲食？

這點與飲食失序者在乎「不被他人看見失序」的程度，以及抵抗過度飲食／催吐的能力有關。如靜惟、柯如，都表示自己「絕對不可能」在別人面前過度進食，但 L、羅森、亭之相對地就比較常在外人面前，或者家以外的地方過度飲食。

靜惟在大學時期與室友同住，當過度飲食的需求湧上時，他說：「真的會希望他們[室友們]趕快滾！」靜惟這麼說時有點又難為情又好笑的表情，並且一直問我會不會覺得他「很奇怪？」同樣的表情我在訪談新晴、柯如時也有注意到，新晴說：「我這樣好像真的很壞……可是我想吃的時候，真的好希望他們[家人

們]出去……」柯如跟靜惟在一開始發生過度飲食時，就是在半夜，而後他們都發展出在半夜起來進食的模式³⁴。

對於新晴而言，絕不在「別人」面前過度飲食，指的是認識他的人。至於在外面餐廳用餐、在陌生人面前進食，只要「不被察覺失序」，新晴就能接受。在最初他開始過度飲食時，正是不想要被室友察覺，也不想被陌生人察覺，因此建立了「邊走邊吃」的過度飲食模式。

每次要去買食物的時候，我都會害怕別人發現。不管是陌生人還是我的朋友。所以我那時候都會想了很多方法跟策略，要去怎麼掩飾我一直想要吃的這件事情。我可能[打工]之後沿路回來，我就會一路上，這家買兩個麵包我邊走邊吃，吃完之後我又再去別的地方買其它零食。那個時候我就會覺得，路人一定會覺得我很奇怪，然後會覺得好像路人都會在意這個女生怎麼這麼詭異。雖然有一點點害怕，可是應該是自己想太多了吧。我想最棒的方法就是邊走邊吃。然後我可能八點[打工結束]後，走回[住處]我可能就花一個半小時。這一個半小時之內，我都是一直在吃東西，買了很多東西，然後一直走來走去[……]這樣的話我就不会被某一個路人發現我怎麼一直在吃。[……]或者是我陪我朋友去搭車好了，我從搭車的地方走回[住處]，我都會沿路買了很多東西吃，我可能已經在外面吃了兩個小時，但是我回宿舍之前，我又會再買一個冰跟一條七七乳加巧克力，然後我室友看到，就會覺得喔我能只是在吃消夜，一個大家覺得很正常的一個冰跟一個巧克力的份量，我就會覺得那我的室友都不會覺得我很不正常。

³⁴ 「夜食症」(Night eating syndrome, NES)一詞，被用於描述延後一天的熱量攝取時間、半夜起床大量進食、睡眠障礙等症狀。在第五版的DSM中，除厭食症、暴食症、嗜食症三個主要診斷外，在「其它餵食／飲食障礙症」(Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED)中有提及夜食症。

這與詩詩在高中時沿路吃一份食物、再帶一份食物進班上的作法相似，黛安「點了一家再換一家」也是類似的作法：藉由分散進食地點，不要讓同住者（或其他生活中認識的人）察覺自己的行為「失序」。新晴、詩詩說明這樣的進食模式背後的邏輯時，也指出了隱藏飲食失序相對於隱藏其它污名行為的一大差異：失序行為本身可以被看見，但不被察覺。

能在他人面前過度進食的 L、羅森、亭之等飲食失序者，對於「被看見」的在意程度可能不下於其他飲食失序者，但相對於被看見的負面感受，過度飲食（及催吐）對他們而言是更迫切、更無法抵抗的需求。即使他們並不願意，他們仍會在同住者面前過度飲食。

小隻、羅森、亭之的家人都知道他們被診斷出飲食障礙症，但他們的家人參與的程度與因應的方式十分不同。小隻的失序特色是「遵守特定飲食規則」，從來沒有發展成過度飲食的小隻，有數次因為體重過低而命危的經驗。而後小隻一天願意吃一餐，他對於「好不容易換來的」這一餐有許多要求，小隻的父母與妹妹都盡可能配合小隻的需求，對於小隻需要私密空間進行從洗澡、擦拭與排列桌椅、消毒、準備食物的整個過程，他們都不予以打擾。

詩詩則是隱瞞了家人一段時間。他的體重沒有太大的變化，但詩詩在跟家人用餐完之後，會在自己的房內把食物吐在小盆子內，再趁著沒有人注意時將嘔吐物處理掉。在一次意外的狀況下，詩詩的家人發現了這件事，詩詩在接受訪談時，還是對此非常憤怒、難堪又羞愧：

就，會覺得我也不會特別想要去跟我媽講[飲食失序的狀況]這樣子。我有問題我也不想要去跟他講，就是想說，造成人家大驚小怪，或者是造成他們的困擾，之類的。而且我會覺得不自在，就這個秘密我不想要讓我媽知道。所以被發現的時候讓我覺得.....很想要挖個地洞躲起來。[.....]就是.....就是.....現在（感覺有點激動），我現在想到這件事情我還是覺得有點不舒服。會覺得.....就你們侵犯我的隱私，就是，對我

來說我跟我家人的，中間那個牆是我必須去維持的。我進了房間之後就是，那就是我的空間[.....]

在新晴發生那次關鍵性的非自主嘔吐前，他曾經嘗試過催吐一段時間，那時他與家人同住，總是趁著洗澡時進行：

我都會[吐]很久，所以我那個時候洗澡洗很久，我洗澡跟洗頭速度要非常非常快(段：然後剩下時間拿去p?)對，然後又沒有辦法p乾淨，其實那時候也會有很大的壓力，因為那時候我住在家裡，會覺得被我媽監督著，或是我媽隨時會看著我那種感覺。我不知道她到底在哪裡，就我在廁所的時候，她會突然從外面冒出一個聲音就說：「妳在幹什麼？」然後我就會被嚇到。對所以p這件事情對我來說，變成另外一個我不敢做的事情。因為我也不敢p出來，害怕生命[危險]之外，我就算p了也會被發現的那種感覺。所以就算我想p現在也會不敢，或是我不會，我也不知道為什麼就是沒有辦法做到，所以才會覺得，能p也是會覺得很羨慕。因為那個飽的感覺會讓人好像要死掉，飽到死掉那種感覺。

另一個與他人同住時經常會碰到的問題，仍是「半共享」的食物。某些點心、零食、放在冰箱內的食物，如果沒有特別強調是屬於誰的，似乎就是居住在這個空間中的人都可以「適量」拿取。例如與新晴、靜惟與室友的交情都不錯，而在發生過度飲食時，並為此感到相當不安，新晴也多次吃光室友櫃子裡的零食：

新晴：當下手邊是已經沒有食物了，但是我真的很想要吃，我知道我朋友有食物放在櫃子裡，我就會去偷拿來吃。然後我再跟他道歉，我是主動跟他道歉，因為我知道一定會被發現。.....其實我也很訝異我那個時候.....當下.....寧願.....去偷(愈來愈小聲)。我知道自己這樣的行為是不對的，我還是去偷吃。(沉默)

段：你朋友有什麼反應？

新晴：還好耶，因為是很好的朋友，所以沒什麼反應。只是我不敢太常這樣子，我覺得這樣是不對的。幾次之後，我會打電話給他說，


我想要吃你櫃子裡的餅乾，我之後再買一包還給你。我覺得這也是變成我另外一種……不好的習慣。

靜惟曾於室友返鄉的時候，把住宿空間中的食物吃光，原因及過程與新晴所敘述的「當下手邊已經沒有食物了」類似，都是等不到出去買，因此就在住宿空間中盡可能搜出所有食物。室友發現後，靜惟無法承認是自己一個人消耗了大量的食物，以「有邀請朋友來玩」解釋。靜惟說：「感覺室友不是真的在乎他的點心被吃掉，但如果他知道是我一個人吃掉……那就不一樣。」雖然知道室友意不在追究是誰消耗掉食物，但靜惟卻仍為自己「偷食物」感到羞愧，並且掩飾是由他一個人吃掉全部食物的事實。

亭之在高中初期發生過度進食時，曾央求家人不要在家中存放食物，但家人的工作型態需要在前一晚準備好隔天能迅速食用的早餐帶走，因此沒有按照亭之的要求做。亭之往往會在半夜，趁著家人睡著時吃光這些食物，再等著被家人質問。亭之的母親曾為此對亭之發怒，認為亭之的要求太過分，對於負責準備家中食物的母親而言，是不合理的要求，而亭之則是認為母親完全不體貼自己生病時的特殊需求。經過多次衝突後，亭之的母親改存放需要烹煮的食物，讓不大會烹飪的亭之沒辦法消耗掉食物，而若亭之有吃掉家裡的食物，亭之的母親也漸漸不再過問。在亭之持續處於飲食失序狀態多年後，亭之才有辦法告訴母親：「如果哪些不能吃的你跟我說，我就不會吃那些。」如名貴的點心禮盒或國外進口的食物，亭之的母親則會在睡前交代哪些食物可以吃，哪些不行，並且為亭之準備泡麵、大賣場零食等比較便宜的食物。

二、重要他人干涉失序行為——是否「揭露」？怎麼「幫忙」？

許多飲食失序者被問到家人、伴侶、重要的朋友是否知情時，都沒辦法給出很明確的說法。靜惟的室友似乎隱約知情，柯如的家人也是逐漸「發現」、「好像知道」。在失序狀態中歷時比較久的新晴、女王、詩詩，都是意外被家人「察覺」，但只隱約知道吃飯是個敏感的話題。羅森跟小隻則是因為病況嚴重，家人介入照顧。其他受訪者中，也沒有人主動向家人揭露且詳細說明。至於對伴侶、



朋友的揭露狀況，靜惟、柯如在失序歷程中都沒有伴侶，也都沒有跟朋友提及。羅森跟小隻也都沒有伴侶，朋友則是因為外顯的特徵而知情。新晴、女王、詩詩的伴侶都是隱約知情，但不知道詳細的狀況。亭之、黛安、小推、R 有主動跟伴侶揭露，其中只有亭之、小推跟 R 有深入跟伴侶討論失序的情形。

為什麼飲食失序者傾向不主動揭露呢？原因主要有二，第一是覺得丟臉、無法被理解，第二則是認為：「吃飯是自己的事情，跟別人講也幫不上忙。」前文已經討論過飲食失序的污名性，以及「飲食」這件日常事務成為問題的焦點時，所擁有的特性：包括傾向被認為是個人責任（意志力、自己的選擇），以及身邊的人不易感同身受。當我詢問，「吃飯是自己的問題」這個想法從何而來時，大部分的受訪者似乎都有些驚訝，而且回答不上來，但這些想法似乎根深蒂固地每一位受訪者的心中，使他們無論對家人、伴侶、友人的揭露意願都非常低。

進入職場後獨自居住在台北的黛安，靠著視訊維持與男友的遠距離戀情，雖然黛安有讓男友得知吃飯造成自己的困擾，但因為黛安的男友已經有一位罹患精神疾病的親人，黛安說：「不想要他為了我這種小事煩惱。」因而總是沒有說得很仔細，或輕描淡寫帶過。在失序歷程中有換過幾任伴侶的新晴、女王、亭之、詩詩都說，不要讓伴侶知道是比較好的作法，沒有過交往對象的羅森，則是以自己跟父親的關係想像，也認為「沒有血緣關係的人根本不可能陪你弄這些。」在失序歷程中有過數段戀情，現在已婚的女王，從來沒有主動讓男友知道自己的狀況。女王在婚前有向丈夫揭露自己「曾經」有過飲食失序的問題，但宣稱現在已經「算是好了。」在生活中若有過度飲食的需求時，就必須確定丈夫不在的時間，以避免被發現。在向伴侶揭露時，許多人會採取的作法跟女王一樣：說成是「過去」的事情。一方面可以試探伴侶對這件事情的態度，另一方面也能避免對方想要「幫忙」的想法。新晴在跟未婚夫交往的初期，對方只隱約知道新晴會忽然吃很多，後來出於擔心新晴的「健康」，開始會介入新晴的飲食。認為自己的飲食狀態與情感狀態高度相關的小推，就是在分手後進入失序，而後在現任女友的「幫助」下，慢慢脫離失序。但小推表示，在跟女友說明自己的狀況後，女友相當積

極地要「幫忙」小推，帶給他很大的壓力。亭之向第四任及現任男友非常仔細說明過自己的狀況，但因為與第四任男友的戀情失敗，亭之就要求現任男友不要「幫忙」。

旁人如果要「幫忙」飲食失序者，通常會怎麼做？小推的女友、亭之的男友、新晴的未婚夫都是先上網搜尋資料，而後規劃一起用餐、運動等行程。由於現有的繁體中文資料並不多，且內容相對制式，多來自於特定幾位精神科醫師，這些資料似乎沒有太大的幫助³⁵。小推認為女友幫忙的方式「不太對」，包括威脅小推如果再催吐就分手、監督著小推進食等等。

新晴的未婚夫也是在介入新晴飲食的過程中與新晴多次爭執：

我曾經因為就是暴[過度進食]這件事情，跟我男朋友翻臉過，我會覺得為什麼你要來干涉我。他覺得這樣對身體不好，是基於擔心我對自己身體不好而阻止我。但是我就會很生氣。[.....]我有跟他談過就是，嗯，你阻止是沒有用，或是只會讓我更生氣。所以我其實很清楚知道自己對食物的解決。我在吃的當下，你限制我，不管是限制我要吃或不吃好了，其實我都會很不開心。我會非常不開心。就算我朋友我也是會不開心。

新晴因為自己在過度進食時花費太大，因此與男友協議去大型賣場時先買好價格低廉的大份量包裝食物，以便她發作時可以吃。然而真的到賣場時，卻因為男友無法理解新晴對食物的邏輯，而新晴也因為強烈的情緒，無法當下溝通，因此起了衝突：

那時候去[賣場名稱]的時候，他就說：「好你可以買兩樣食物」。
然後我就會想說，好我買個就是比較健康一點的餅乾。然後我還想要買巧克力脆片、我很喜歡吃巧克力脆片。他最後就說不行，只能買一樣，我那時候其實沒有辦法理解，我也不想去理解，我就會覺得我們不是說

³⁵ 英文能力相對比較好的女王、詩詩，都有使用過以英文寫成的資源，並且指出這繁體中文資料相對不足這一點。

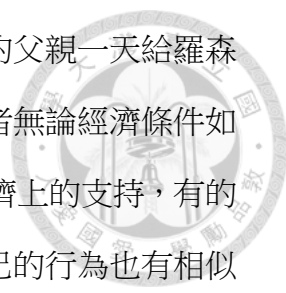
好了嗎？然後我都已經讓步了，我就會覺得為什麼不讓我買巧克力脆片？他就說：「你只能選一樣。兩樣只能選一樣。」我就會覺得這是健康的餅乾，你不能把這一個算在我要的食物裡面。

新晴的男友無法理解，對新晴而言，挑選比較「健康」但她不喜歡的食物吃，是在進食量有上限的前提下，犧牲掉的進食「額度」，因此對新晴而言，吃這種餅乾是讓步。「巧克力脆片」則是「不健康」，但新晴經歷長年的暴食經驗、治療、控制與評估後，允許自己吃，用以享受、放鬆，具有撫慰效果的食物。兩種餅乾對新晴的意義完全不同，卻難以被男友理解。新晴在不知道如何解釋，又感受到強烈情緒的情況下，無力處理當下的衝突：

後來我就立刻發火，把所有的食物都放回去櫃子裡面，立刻自己一個人走出去。他也知道我生氣，但是他完全不知道為什麼。我回家之後，開始覺得很自卑、很自責，覺得我的病就是又很嚴重什麼的……很難過、開始哭。我平復了很久之後才跟他解釋。他就覺得我應該一開始就講出來的啊之類什麼。然後我也不想聽他後面講的那些話了。

新晴因為飲食而外顯了憤怒的情緒，隨後因此經歷因為自己的「病」而引起衝突的自責，這些情緒卻是新晴不知道如何跟男友解釋的。

處於親密關係又同時經歷飲食失序的受訪者經常有類似的敘事。亭之選擇完全向第四任男友坦承，並且在多次討論下嘗試讓男友瞭解自己飲食的邏輯，以建立明確的互動規則。一開始，亭之請男友管制他過度進食的行為，但兩人卻因此不斷有類似新晴與其男友的衝突。亭之意識到自己無法設定一條明確的規則，讓男友在適當的時間提供他需要的「幫助」，於是決定請男友一律不要干涉，隨之而來的是許多細瑣的規則，例如：讓亭之獨自過度進食、不可以要求分食、不要阻止亭之催吐、催吐後會有一段不適的時間，因此無法與男友互動等。亭之認為兩人的關係會結束，與自己在飲食行為上激烈的反應有關，因此在結束這段戀情後，亭之對於揭露的意願愈來愈低落。



而羅森跟小隻，是少數得到家庭強烈支持的受訪者。羅森的父親一天給羅森一千五百元進行過度飲食，這點看似相當難以理解。其他受訪者無論經濟條件如何，當過度飲食一事被重要他人發現時，大多不會因此得到經濟上的支持，有的受訪者甚至遭受「浪費食物」、「浪費錢」的責難，並且對自己的行為也有相似的斥責。羅森的父親這麼做，是因為他認為比起過度飲食／催吐，厭食症可能會更快導致羅森死亡。因此他寧願羅森過度飲食後催吐，也不願羅森再度進入厭食症的狀態。羅森的父親相信在清除前，羅森的身體多少可以獲得一些營養，即使清除行為會導致許多生理損害，但比起體重過低而失去性命，讓羅森過度飲食／催吐能為他爭取更多時間。

小隻的父母與妹妹都非常疼愛小隻，其母親辭去了工作，在家照顧他多年。但在小隻剛開始進入失序狀態時，與母親的關係仍有因為母親無法理解小隻的邏輯而惡化。小隻對於食物的準備過程有嚴格的規則，但母親無法一一顧及。小隻曾因為母親使用調味粉，而擔心食物的熱量改變，因此拒絕吃母親準備的食物。小隻的母親則十分挫敗，認為自己無法完全達到小隻設立的規則。除此之外，小隻有一套記錄飲食的系統，他每天都會跟父母分享，但有時他感受到父母的不耐，小隻才會驚覺自己不斷重複談論飲食的事情，而且每日的內容都是一樣的。

在談及家人時，小隻總忍不住落淚。小隻在極度纖瘦時仍要求自己必須運動，其父母原本會禁止，甚至上門鎖不讓小隻出門。而後也是在多年的磨合中，小隻的父母才漸漸接受讓小隻以自己的方式生活，並且做到盡量配合。每晚小隻都會出門運動，講起某次回家時，看到父母與妹妹一起用餐的景象，小隻再度落淚：「我回到家……看到我爸爸媽媽妹妹在餐桌吃飯……他們就跟我笑笑的，就說，欸，你回來啦？我就假裝沒事了，跟他們聊天。但他們其實也知道，我在外面那麼晚，我去了哪裡，他們心裡也有數，但他們不會說」。

三、讓出私密空間：住院

有數位受訪者提及自己曾經想透過住院，控制過度飲食的狀況，但有過住院的羅森與小隻，卻都對住院抱持偏向負面的看法。

在住院期間，羅森被嚴格限制進食內容，父親因為寵愛羅森，會偷偷挾帶食物進醫院，被護理人員發現後遭到制止。沒有食物來源卻仍渴望過度飲食的羅森，會偷其他病人的食物，或者用協商交換的方式，利用其他病人取得食物。此外，羅森被要求餐後必須在護理站待一小時，在護士的監視下確定他沒有吐掉食物，但羅森無法接受醫院準備的食物，加上他不需要挖吐就能自由吐出食物的能力，羅森曾經直接在護理站嘔吐，因此被送進「保護室」：

羅森：保護室有兩種。我現在舉的是[某台北市公立醫院]的例子。一種是，旁邊都是海綿的，他是給你防撞擊，因為有一些[病患]生氣會去撞。另外一種是，給你綁起來的，綁在床上。他會先給你打麻醉，讓你睡一下，然後你醒來可能已經過一小時了。兩種我都被試過。

段：兩種你都試過？！（驚訝）

羅森：嗯哼。可是我覺得綁的那種比較舒服（笑），因為他有打麻醉，很好睡。

段：綁的那個就真的沒有辦法吐了？

羅森：沒有辦法吐了。

段：但是海綿那間還是可以吐？

羅森：可以啊，海綿那間哦有些人常在裡面尿尿什麼，打死我不再進去。

小隻曾住院三次，但前兩次住院的經驗讓小隻非常痛苦。有嚴格的飲食規則要遵循的小隻，對熱量嚴格的程度到會害怕調味品（如鹽巴、味精）、藥物的糖衣、顯影劑。但如果能按照小隻的規則進行，他其實願意進食：

我會想吃大塊的肉，然後那個營養師每次都給我開豬柳雞柳之類的。然後我就是想要大塊的肉，為什麼人家都有一條魚？或是一支雞腿？或是排骨塊？為什麼我的都是豬柳雞柳？或是干絲什麼的？

在住院期間，小隻希望能與營養師討論自己的飲食內容：「他就說：『你都不照我開的吃啊』，你開的我就不敢吃嘛……」小隻被迫在違反自己規則的情況

下進食。如果不進食，則會受到禁止使用電腦、禁止外出等懲罰。在病房中，小隻也曾碰過室友刁難，以及室友病逝等狀況³⁶。在兩次住院後，小隻再度面對可能命危的情況時，選擇告訴父母自己想要靜靜的在家中死去：

我不要再住精神病房了，我住進去就是強迫我體重恢復，然後過不久我又掉。這樣我很痛苦啊，這樣沒什麼意義，那我還不如就死了。
[.....]我決定要走的時候，我爸跟我媽媽說，我要走了，他[媽媽]就看著我，他就說沒關係，你就走吧，他說，看你每天這樣，媽媽也好捨不得。

在小隻第三次住院，是在昏迷時被送到新陳代謝科，由於住院的自由度增加許多，也沒有再被逼著增加體重，小隻才願意繼續在醫院接受治療。

羅森住院的次數更多，他很堅決地告訴我，住院只會讓情況更糟：


你再住幾次醫院它還是一樣。而且你只會把你自己身體愈弄愈糟。它那個反彈效應會更大。我去 Y 醫院住過好幾次，Y 每次都是行為治療行為治療行為治療.....然後當你一出院的時候你整個會變本加厲，這是第一個。然後，你如果沒有心想要好的話你在那邊撐個二、三十天你出來你還是一樣啊，就吃啊吐啊。

在「住院」這個「最後的手段」都對羅森、小隻無效後，兩人的家庭都陷入無所適從的狀況。而羅森跟小隻則是都認為，自己不會「好起來」了。兩人現在都只求生活除了耗費在飲食之外，剩下的時間能按照自己的心意盡可能快樂的生活。

四、好起來？

當我問每一位受訪者，他們怎麼看待所謂「好起來」（治癒），大致上分為三種回答。剛進入飲食失序狀態的受訪者，較期望著「根治」一事，也會問我有沒有訪談到「好起來的人」？並且尋求可能的資源。第二種則是認定自己已經「好起來」——脫離失序狀態，且不擔心會再度回到失序狀態的柯如、靜惟。柯如說：

³⁶ 在訪問後，小隻希望我不要使用部分住院歷程中的資料，因此我無法在此詳述。



「我認為健康就是你能長久這樣生活下去，你可以想像你這樣到老。」在這個標準下，柯如認為自己當初對「健康」的想法，與經歷失序之後已十分不同，也因此不怕自己再陷入過度極端的狀態中。但柯如也承認，自己對食物的看法「永遠就變了」：「我現在看到食物，比如說一個蛋糕，我就不會覺得，它是一個很美味的蛋糕。看到的會是碳水化合物上面有一坨脂肪。」雖然脫離了失序狀態，柯如認為自己對飲食的恐懼似乎是不會消失的。

靜惟因為自己對飲食的專業知識，而有信心自己對飲食的看法能較有彈性，因此不會過於恐懼單次的過度進食，但持續評估食物這件事，依然是靜惟的日常實踐，甚至成為他的工作。詩詩也認為自己脫離失序的狀態，雖然後續得知他有再度失序約半年的時間，但詩詩有意識地使用先前脫離失序的經驗，讓自己的生活再次脫離飲食失序，也因此對於即使可能再次到來的失序，詩詩也不特別擔心。

第三種則是持續處於失序狀態，但在其中維持著秩序的女王、亭之、羅森、小隻。他們的看法傾向於，接受自己仍有飲食失序的行為，並盡可能平衡飲食失序帶來的條件，以及生活中的其它事務，努力使飲食失序不要過度影響到主要身分任務及親密關係。

面對飲食失序狀態，除了就醫與「靠自己」之外，是否還有其它可能？以國外的例子而言，除了醫療機構之外，亦有許多大型的病患或家屬組織。美國最早成立的組織之一應是National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD)，根據創始人Meehan自述，於1970年代早期，他發現家人被確診厭食症，身為護士的他卻幾乎找不到任何支持資源，因而決定創立ANAD，該組織目前提供康復導師、支持團體、購物夥伴、服務熱線、線上支持團體等服務，服務的對象除了病人外，也包括家屬與伴侶。

此外他們也接受學校邀約演講、營運YouTube教育頻道、推廣飲食失序相關知識，並提供全美地方性的康復資源可供線上查詢，包括諮商師、營養師、治療中心、牙醫、物理治療師、精神科醫師、瑜伽指導及藝術治療，相似的組織還有

Alliance for Eating Disorders (AED)、National Eating Disorders Association (NEDA)、Multi-service Eating Disorders Association (MEDA)。NEDA另外提供許多閱讀資料可供下載，包括專門設計給教師、運動員教練的預防、治療、陪伴方法，除此之外亦舉辦立法或倡議活動。

也有營利企業提供相關資源，如Eating Disorder Hope，在美國各大城市設有照護中心，提供談話治療、認知行為治療、藝術治療、舞蹈治療、動物治療、接受與承諾治療、人際治療、家族治療等。其它規模較小的組織如The Joy Project、Project Heal則是提供特定的治療計畫；The National Association for Male with Eating Disorders (NAMED) 專門服務男性患者，以及研究男性飲食失序的研究者；地方性的組織如位於丹佛的Eating Disorder Foundation，以當地的照護為主。

澳洲則有National Eating Disorders Collaboration (NEDC)，是澳洲政府交由非營利組織The Butterfly Foundation營運的機構，提供各地照護資源的資訊，包括社區照護、門診、住院治療等，也提供服務熱線、線上諮詢及各種教育資訊。

Warin (2010) 在其著作中提及加拿大溫哥華及英國愛丁堡兩間治療中心，提供非傳統的治療計畫，兩者皆不以住院或增重為照護的優先目標，而是提供支持性的居住環境供有飲食失序困擾的人入住，並且嘗試敘事治療、幫助病患反思，也將女性主義觀點、傅柯的權力理論、認同政治等人文理論資源納入治療計畫之中。

這些經驗適不適合移植到台灣社會中？應該怎麼做，比較能合乎台灣現況及既有資源？能否尋求政策協助？這些都是本研究認為未來可能的研究方向。

第五章、結論



「你不吃，你不胖起來，你就是不講理。」、「反正他就是要你胖，你要好起來你一定得胖。」這是小隻與羅森在就診時感受到的治療策略；女王、新晴、亭之前往門診的狀況都是一開始相當積極，但後來由於成效不彰，只有在需要藥物時會回診。過度飲食而沒有催吐的黛安跟L，對於自己的體態都有強烈的感受，不時嘲諷自己「就是貪吃」、「意志力不足」，認為這不是醫療可以介入的事情。

事實上，長年接受門診治療的受訪者，還是會提及一些「好轉」、「有效」的時期，只是隨著生活變化，若失序行為再度發生，經常帶給他們強烈的挫折感。而在門診治療與住院治療之外，台灣的飲食失序者沒有太多其它的選擇，在這個狀態下，長年無法脫離失序狀態的飲食失序者，對於尋求照護資源的態度難免轉向消極，並且往往伴隨強烈的自責感。

然而，在Mol (2008) 提出在「照護的邏輯」(the logic of care) 下，照護應是照護人員與受照護的人一同合作，就既有的處境及資源考量，嘗試可能的生活方式，也尊重受照護者與疾病相處的狀態。在這個觀點下，「治癒」(cure) 不再是唯一目標，在許多人必須與慢性疾病共存的現代社會，病人的生活需求與隨時間變化的狀態，需要不斷調整與嘗試，在照護人員與病人的合作關係中持續前進。

本文雖然選擇不討論飲食失序是否為「疾病」，但脫離了治癒的壓力，與將失序責任歸屬給個人的「選擇的邏輯」(the logic of choice)，對於飲食失序者尋求旁人支持，與他人一同面對失序狀態，並且尋求資源，或許會有更多的幫助。而既有的相關專業人員，對於飲食失序者的狀態似乎也應有更深刻的理解。醫師筆下配合度差的患者，事實上每日都投入於平衡生活之中，一如小隻所說的，每日一醒來，就知道今天又是辛苦的日子，要繼續為了飲食而掙扎，要面對飲食，要面對隨時可能出問題的身體狀態，而且：「你知道，你知道很有可能，這一切

沒有結束的一天。」亭之甚至說：「有時候我醒來，覺得，啊，我怎麼還活著。」飲食失序者的不放棄，就表現在他們努力平衡生活的意願上，對某些飲食失序者而言，甚至可以說是求生的意願上。

小隻的父母有經濟能力及社會資本，投入對小隻的支持，但過程中，小隻與家人也充滿了磨合的困難，以及作為照護者的強烈挫折感。小隻提及一次與父母爭吵後的道歉：

我說爸爸媽媽我知道我很煩，我真的很對不起你們，我只是希望你們知道，我知道你們真的很累，可是你們可以休息，可以輪流，可以暫時不理我，你們可以去看場電影，可以送我去住院。可是我十二歲之後，我每天我每天，就連睡覺我都還是跟他[厭食症]在一起，我就從來沒有休息過，我連睡覺都會夢到食物……我只是希望你們知道，我很勇敢。

雖然每一位飲食失序者的歷程都十分不同，但若理解小隻口中這樣的這種心情，或許作為照護者、陪伴者，及相關專業的從業人員，能更理解看似「沒有進展」或「不配合」背後的付出，以及不得已之處。

本文即是以歷程的角度，提供對於飲食失序狀態的另一種理解。在此一觀點下，本文首先複雜化飲食失序多重成因中「社會文化」的面向。台灣現有精神醫學研究經常將社會文化面向簡化為「西方纖瘦文化」的影響，但從本文主張，所謂「纖瘦文化」，事實上與台灣社會追求健康與美貌的潮流、個人對健康的道德責任、外在的表徵與個人品格間相互扣連，這些早已本土化的社會文化面向，以不同的形式影響個人走入飲食失序。

其次，藉由理解飲食失序者如何自我指認為「失序」，本文指出看似「失序」的飲食行為與邏輯，經常是由對眾人而言十分「正常」的日常生活實踐、飲食規則調整、對健康的注意等細微之處開始。早在 1997 年，Steven Bratman 就提出「養生飲食疾患」（orthorexia）一詞指稱執著於「健康飲食」，導致飲食失序的狀態。這個概念在台灣社會尚未廣為流傳，但由於注重「健康」導致「失序」的悖論，正指出飲食失序並不單單是為了追求「瘦就是美」而導致的現象，在健

康愈來愈成為當今社會生活焦點的風潮下，個人進入失序狀態並不在預期之中，也不能單以「個人選擇」解釋。

第三，在飲食實作與認知一同改變的歷程中，許多對飲食及飲食活動的感受，會身體化地對飲食失序者造成影響。透過理解飲食失序狀態中，每位飲食失序者的「秩序」，本文期望能改變飲食失序經常受到「瑣碎化」的現象，增加非飲食失序者對失序狀態的理解，特別是提供醫療、照護、諮商等專業人員，在特定學科觀點下經常忽略飲食失序者的意願與能力，導致飲食失序者更抗拒尋求照護資源、或無法得到有效的照護。

除了醫療體系內的照護資源外，人際互動也是飲食失序者必須時時刻刻面臨的掙扎。飲食失序的重要特性之一，正是在於其「症狀」的核心不可能完全從生活中去除：面臨與他人共同飲食，或決定自己進食的時間，是飲食失序者持續需要面臨的掙扎。

台灣飲食失序缺乏大型同儕團體及倡議組織，也是筆者在進行這項研究時觀察到的一特殊現象。外國所提供的照護資源除了住院與門診治療外，也有以「成癮」觀點處理之、嘗試改變食物份量、提供醫療機構外的療養環境等。這些機構有可能有效降低患者對疾病污名的恐懼。

最後，本文發現台灣社會對飲食失序的理解依然單薄，相關的照護資源比起歐、美、澳等國家仍十分缺乏，且仍以精神醫學的觀點主導。在飲食失序仍承載著污名的情況下，接受訪談的飲食失序者一方面希望相關資訊能被大眾理解，另一方面卻又擔心往後要掩飾自己的污名會更為困難。因此，我期望未來能有相關研究，能在理解台灣社會現有資源及文化脈絡下拓展去除飲食失序污名的實際方法，以及也期望未來能有相關研究，著力於去除飲食失序污名，與增加照護資源。

參考文獻



Agras, Williams Stewart, eds., 2010, *The Oxford Handbook of Eating Disorders*. New York: Oxford University Press.

Alliance for Eating Disorders. Abstract retrieved June 24, 2017, from <http://www.allianceforeatingdisorders.com/>

Armstrong, David, 1995, "The Rise of Surveillance Medicine." *Sociology of Health and Illness* 17(3): 393-404.

Bordo, Susan, 1993, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. California: University of California Press.

Brumberg, Joan Jacobs, 2000, "Anorexia Nervosa in Context." Pp.112-126 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.

Bury, Michael, 1982, "Chronic Illness as Biological Disruption." *Sociology of Health and Illness* 4(2):167-182.

Conrad, Peter著、許甘霖等譯，2015，〈社會醫療化：論人類境況如何轉為可治之症〉。臺北：巨流。

Davis, Kathy著、張君玫譯，1997，〈重塑女體：美容手術的兩難〉。臺北：巨流。

Dias, Karen, 2003, "The Ana Sanctuary: Women's Pro-Anorexia Narratives in Cyberspace." *Journal of International Women's Studies* 4(2): 31-45.

Eating Disorder Foundation. Abstract retrieved June 24, 2017, from <http://eatingdisorderfoundation.org/>

Eating Disorder Hope. Abstract retrieved June 24, 2017, from <https://www.eatingdisorderhope.com/>

Featherstone, Stone, Mike, Hepworth, Mike, and Turner, Bryan S., eds., 1989, *The Body: Social Process and Cultural Theory*. New York: Sage.

Frank, Arthor W., 1995, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.

Hesse-Biber S., and Leavy P., 2006, "The Mass Marketing of Disordered Eating and Eating Disorders: The Social Psychology of Women, Thinness and Culture." *Women's Studies International Forum* 29: 208-224.

Holmes, Su, 2016, "Between feminism and anorexia: An autoethnography." *International Journal of Cultural Studies* 19(2): 193-207.

Kleinman, Arthur, 1980, "Culture, Health System and Clinical Reality." Pp. 24-70 in *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, CA: University of California Press.

Koski, Jessica Powers, 2013, "'I'm just a walking eating disorder': The Mobilization and Construction of a Collective Illness Identity in Eating Disorder Support Groups." *Sociology of Health and Illness* 36: 75-90.

Leder, Drew, 1990, *The Absent of Body*. Chicago and London: The University of Chicago press.

Mayes, Rick and Horwitz Allan V., 2005, "DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness." *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 41(3): 249-267.

Mol, Annemarie, 2008, *The Logic of Care*. London: Routledge.

Moncrieff-Boyd, Jessica, 2016, "Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica), Sir William Gull, 1873." *Advances in Eating Disorders* 4(1): 112-117.

Multi-service Eating Disorders Association. Abstract retrieved June 24, 2017, from

<http://www.medainc.org/>

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. Abstract

retrieved June 24, 2017, from <http://www.anad.org/>

National Eating Disorders Association. Abstract retrieved June 24, 2017, from

<https://www.nationaleatingdisorders.org/>

Nichter, Mimi, 2010, *Fat Talk*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Pirie, Iain, 2016, "Disordered Eating and the Contradictions of Neoliberal Governance." *Sociology of Health and Illness* 38(6):839-853.

Project Heal. Abstract retrieved June 24, 2017, from <http://theprojectheal.org/>

Reischer, Erica, and Koo Kathryn S., 2004, "The Body Beautiful: Symbolism and Agency in the Social World." *Annu. Rev. Anthropology* 33: 297-317.

Rouleau, Codie R., and Kristin M. von Ranson, 2011, "Potential Risks of Pro-eating Disorder Websites." *Clinical Psychology Review* 31: 525-531.

Shannon, Joyce Brennfleck, eds., 2007, *Eating Disorders Sourcebook*. Detroit, MI: Omnigraphics.

Shisslak, Catherine M., Crago, Marjorie, Estes, Linda S., 1995, "Spectrum of Eating Disturbances." *International Journal of Eating Disorders* 18(3): 209-219.

The Joy Project. Abstract retrieved June 24, 2017, from <http://joyproject.org/>

The National Association for Male with Eating Disorders. Abstract retrieved June 24, 2017, from <http://namedinc.org/>

The National Eating Disorders Collaboration. Abstract retrieved June 24, 2017, from <http://www.nedc.com.au/>

Turner, Bryan S., 1992, *Regulating bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.

Warin, Megan, 2010, *Abject Relation: Everyday Worlds of Anorexia*. New Brunswick:



Rutgers University Press.

Williams, Simon J., 2000, "Chronic Illness as Biographical Disruption or Biographical Disruption as Chronic Illness? Reflections on a Core Concept."

Sociology of Health and Illness 22(1): 40-67.

Wolf, Naomi, 1991, *The Beauty Myth: How Images of Beauty are Used Against Women*. London: Vintage.

丁萬鳴，2003，〈嚴凱泰 最愛亞曼尼〉。聯合報，9月28日。

王景正、邱南英，2001，〈併用電氣痙攣治療於難治型的神經性厭食症：病例報告〉。《The Changhua Journal of Medicine》6(4): 251-256。

成令方，2002，〈醫「用」關係的知識與權力〉。《臺灣社會學》3: 11-71。

何春蕤，2002，〈認同的「體」現：打造跨性別〉。《臺灣社會研究季刊》46: 1-44。

余貞誼，2011，〈我可能不夠女性主義：女性主義認同與實踐的敘事建構〉。《臺灣社會學》21: 101-156。

吳忠芳，2001，〈基礎代謝〉。《運動生理學週訊》101。資料網址：
<http://www.epsport.idv.tw/epsport/week/show.asp?repro=101>


吳潮聰，1983，〈神經性厭食症—體重恐懼症〉。《當代醫學》114: 306-310。

吳燕珊，2001，〈女性運動員常見運動關聯性三症候群（the female athlete triad）——飲食失調、月經不規則和骨質密度減少〉。《大專體育》56: 113-118。

李依齡，2004，〈大專院校舞蹈系學生身體意象社會因素與飲食失調之研究〉。桃園：國立體育大學碩士論文。

李皇照，2004，〈全球化下臺灣食品零售業的發展與挑戰〉。《興大歷史學報》15: 171-189。

杜玉蓉，2004。《誰在訴說女人的身體?-以瘦身類資訊式廣告為例》。臺北：國立政治大學新聞研究所碩士論文。

- 
- 林依柔，2011，《如果你再瘦一點就好了：胖女性的身體經驗》。臺中：東海大學社會學系碩士論文。
- 林宛臻，2014，〈嚴凱泰憑意志力 維持體態、戰勝菸癮〉。今周刊，7月17日。
- 林彥好、陳冠宇，2013，〈嗜食症之心理治療——病例報告〉。《北市醫學雜誌》10(3): 273-276。
- 林盈秀，2004，《減肥的身體的我——歷史與性別的觀點》。新竹：國立清華大學社會學研究所碩士論文。
- 林祥源、曾美智，2011，〈厭食症與再餵食症候群的住院治療〉。《臺灣精神醫學》25(3): 126-139。
- 林荷芳，2010，〈厭食症的診斷與治療〉。《諮商與輔導》300: 20-25。
- 林麗文，2009，《「從覺察、分化到行動」—暴食症女性患者復原歷程之詮釋研究》。臺北：國立臺北教育大學心理與諮商學系研究所碩士論文。
- 邱麗玲，2000，〈運動員飲食失調的問題〉。《中華體育》14(2): 139-145。
- 洪佳慈，2012，〈心因性厭食症之家族治療〉。《諮商與輔導》319: 29-32。
- 張淑芬，2009，〈認知治療法對心因性厭食症之診斷與治療〉。《輔導季刊》45(2): 9-18。
- 張進上，2007，〈揭開心中秘密花園——自我揭露在飲食疾患治療上的應用〉。《輔導季刊》45(2): 27-37。
- 張錦華，2000，〈1982至1999 台灣瘦身廣告研究—多面向的研究〉。《廣告學研究》15: 67-114。
- 許甘霖、王思欣，2006，〈肥胖與減重問題：醫療化及商品化交織發展的過程〉。頁222-227，收錄於劉士永編，《臺灣醫療400年》。臺北：經典雜誌出版社。
- 陳信榮，2003，〈情感豐富重形象 戒菸說到做到〉。經濟日報，5月25日。
- 陳冠宇，2005，〈心理治療有效減輕心因性肥胖患者之體重〉。《北市醫學雜誌》

2(3): 74-77。

陳冠宇，2010，〈心理治療〉，《松德院區年報——建院四十一年周年慶特刊》：
36-40。

陳儒修、高玉芳，1994，〈我美故我在：論美體工程、女性身體、與女性主義〉。
《傳播文化》3: 193, 195-208

曾美智，2014，《健康飲食好心情：厭食、暴食與肥胖的心理探討》。臺北：心
靈工坊。

曾美智、李明濱，1991，〈厭食症與暴食症〉。《當代醫學》207: 74-80。

甯應斌編著，2004，《身體政治與媒體批判》。桃園：中央大學性／別研究室。

黃嘉裕，2011，〈嚴凱泰 快速瘦身毅力驚〉。經濟日報，4月28日。

葉素汝，黃木泉，2004，〈女性運動員的身體形象建構與飲食失調〉。《輔導季
刊》40(2): 54-59

葉慧雯、曾念生、賴姿如、周桂如，2006，〈Ketamine藥物濫用相關症狀護理〉。
《長庚護理》17(2): 179-184。

潘欣平、曾美智，2014，《飲食與精神健康》。臺北：衛生福利部。

鄭玉秀、楊美賞，2004，〈照顧一位厭食症個案之護理經驗〉。《高雄護理雜誌》
21(2): 69-78。

鄭斐文，2012，〈肥胖科學、醫療化與性別身體政治〉。《科技醫療與社會》14:
9-76。