

第五章 进食障碍

【知识结构简图】



【考点指南】

本章需要大家掌握进食障碍的概念和特征，神经性厌食症和神经性贪食症的区别，神经性厌食症和神经性贪食症的临床表现与诊断标准、病因及治疗方法。

1. 进食障碍的类型（北京师范大学 2017，简答）
2. 神经性厌食症的核心特征（华东师范大学 2011，单选；北京师范大学 2018，简答）
3. 神经性贪食症的诊断要点（华东师范大学 2018，简答；湖南师范大学 2020，名词解释）
4. 进食障碍的发病机制（北京理工大学学硕 2014，综合；华中师范大学 2017，论述）

【知识精讲】

一、概述

（一）概念

进食障碍是一组以进食行为异常为主的精神障碍，包括与体重和进食有关的极端情绪、态度和行为，其严重的情绪和躯体问题对生命构成威胁，主要有神经性厌食症（anorexia nervosa, AN），神经性贪食症（bulimia nervosa, BN），暴食障碍等。

DSM-4 将之称为进食障碍，DSM-5 将之命名为喂食及进食障碍。

（二）分类

在 DSM-5 诊断标准中，进食障碍主要包括神经性厌食症和神经性贪食症两大综合症。两者都以严重异常的进食态度及行为为特征。害怕发胖和对体形、体重的歪曲认识与期望是神经性厌食症和神经性贪食症共同的重要心理病理特点。

表 9-5-1 主神经性厌食症和神经性贪食症

神经性厌食症（anorexia nervosa, AN）	神经性贪食症（bulimia nervosa, BN）
体重低于正常超过 15%	有阵发性暴食行为，且伴有进食失控感
尽管体重过低，但仍对变胖有强烈恐惧	为防止体重增加，采取不适当的行为，如催吐、导泻、大量运动
存在体象障碍，自我评价（自信心和能力）以体	发作性的暴食和补偿性的防止发胖行为每

重或体形为转移，或拒绝承认低体重的严重后果	周至少 2 次，持续最少 3 个月
闭经 3 个周期以上（女性）	过度关注自己的身体和体重

Tips:

厌食者体重绝对偏低，贪食者体重不偏低。厌食者因为对饮食的控制而充满自豪，贪食者则因为对进食失去控制感到羞耻。

（三）流行病学

现有资料显示，进食障碍的患病率正在呈现上升趋势，进食障碍患病人群的死亡率已经增加到正常人群死亡率的 6 倍。近十几年来，在我国香港和台湾，以及近几年来在我国内地，进食障碍的案例也开始迅速增多，在某些指标上已接近美国。

厌食症的主要患者是女性，并且发病多在青春期，大约在 13 岁。贪食症最主要的患者也是女性，典型的发病年龄是在 16~19 岁，多数是白人和中产阶级以上社会阶层的人群。

二、神经性厌食症

（一）概念

神经性厌食症（anorexia nervosa）是指个体因担心发胖而故意节食，以致体重显著下降，常有营养不良，代谢和内分泌功能紊乱，可有间歇发作的暴饮暴食，常见于青年女性。

（二）临床表现

1.特征

（1）核心症状是对肥胖的强烈恐惧及对苗条的狂热追求。一般是先开始节食，然后逐步发展成对苗条的强迫性关注。

（2）体重显著减轻。从不会对自己的体重满意，保持不变或稍有一点增加，他们就会出现惊慌、焦虑和抑郁的状况。

（3）神经性厌食症有两个亚型：

①限制型，即通过节食以减少热量摄入，他们严格限制吃入食物的数量，并且控制摄入的热量。

②暴食一泻出型，即要依赖泻出以限制热量摄入。不过，与神经性贪食症病人不同，暴食一泻出型神经性厌食症病人吃相对较少的东西就会泻出，通常用到的泻出方法包括自我引吐，滥用泻药、利尿剂，并且这种清除行为发生的更经常。

2.诊断标准（DSM-5，APA，2013）

①相对于需求而言，在年龄，性别，发育轨迹和身体健康的背景下，因限制能量的摄取而导致显著的低体重。显著的低体重被定义为低于正常体重的最低值或低于儿童和青少年的最低预期值。

②即使处于显著的低体重，仍然强烈害怕体重增加或变胖或有持续的影响体重增加的行为。

③对自己的体重或体形的体验障碍，体重或体型对自我评价的不当影响，或持续地缺乏对目前低体重的严重性的认识。

Tips:

神经性厌食症有“优先诊断权”，即一个病人符合神经性厌食症的诊断标准，就不再作神经性贪食症的诊断，因为神经性厌食症有更高的死亡率。

三、神经性贪食症

（一）概念

神经性贪食症（bulimia nervosa）与神经性厌食症相比，发病年龄略晚，患病率更高。贪食症的某些特征与厌食症相似，如对于肥胖的恐惧和自我评价过分受到体形、体重的影响。

（二）临床表现

1.特征

（1）暴食（暴食如何量化是一个有争议性的问题，如果从热量摄入的角度来看，暴食现象有很大差异，DSM-5委员会建议用结构化访谈来确定是否有暴食症状）。

（2）对进食行为不能控制。

（3）采用补偿性行为以防止暴食引起的体重增加，最常用的是导泻（**purging**）技术，如进食后立即进行呕吐或使用利尿剂或其他类似的药物，或者过度运动，服用甲状腺药物。

（4）神经性贪食症病人对自己的评价或自尊在很大程度上取决于体重和体形。

2.诊断标准（DSM-5，APA，2013）

①反复发作的暴食。暴食发作以下列2项为特征：

A.在一段固定的时间内进食（例如，在任何两个小时内），食物量大于大多数人在相似时间段内和相似场合下的进食量。

B.发作时感到无法控制进食。

②反复出现不适当的代偿行为以预防体重增加，如自我引吐，滥用泻药、利尿剂或其他药物，禁食，或过度锻炼。

③暴食和不适当地代偿行为同时出现，在三个月内平均每周至少1次。

④自我评价过度地受身体的体形和体重影响。

⑤该障碍并非仅仅出现在神经性厌食症的发作期。

Tips:

暴食障碍作为一个需要深入研究的潜在的新型障碍被收入DSM-5中，暴食障碍患者因为暴食倍感苦恼，一再出现暴食发作，但他们没有极端的代偿行为，不能被诊断为贪食症。

四、病因

（一）生物因素

1.基因

神经性厌食症和神经性贪食症都有一定的家族性。双生子研究也提示神经性厌食症有基因影响。

2.设定点理论

认为至少在一段有限的时间里，我们的身体有自己设定好了的体重正常值范围，并拒绝大幅度的改变。这样，当个体达到或维持远远低于设定点的体重时，会遭到内部生理机能的反对，其中阻止我们体重变得远低于设定点的很重要的“生理性补偿”措施之一是饥饿的感觉。

3.进食障碍与脑

下丘脑是调节饥饿与进食的关键中枢。动物实验表明，下丘脑外侧损伤会使动物没有食欲及体重减轻。还有研究发现，内源性血清素在进食障碍中也具有某种作用。此外，5-HT与NE也会影响进食。

（二）心理因素

1.人格特点

神经性厌食症患者具有完美主义、害羞、依从的特点，而神经性贪食症病人还包括其他的歇斯底里特征，情绪不稳定及好交际的倾向；进食障碍病人有较高的神经质与焦虑及低自尊，并且表现出一种对家庭及社会标准的强烈认同。当然，心理变量可能是通过与其他变量的交互作用以影响进食结果的，而并不是起一个简单直接的因果作用。

2.心理动力学观点

经典心理动力学理论认为，神经性厌食症是一种对口唇受孕恐惧的防御，之所以要回避事物，是因为食物象征性地等同于性和怀孕。

其他心理动力学理论认为，不能发展出充分的自我感觉导致了神经性贪食症，而母女之间的冲突型的支配关系造成了女儿不能发展出充分的自我感觉，食物成为失败关系的象征。

其他观点还认为，进食障碍和童年受虐及其他创伤等有关。

3.家庭动力学观点

将心理动力学理论的因素与关注家庭联系在一起，认为孩子在生理上是脆弱的。这些家庭有几个促使孩子发展出进食障碍的特征，孩子的症状在家庭中成为其他冲突的替代物。Minuchin 在 1975 年概括该种家庭的特征：纠结，过度保护，僵化和缺乏解决冲突的能力。

4.认知行为观点

怕胖的恐惧和体相障碍是引起自我挨饿的动机因素，而体重的减轻是有力的强化物。另外一个引发强烈求瘦欲望的重要因素是来自同伴和父母对过重体重的批评。

（三）社会文化因素

社会文化因素在进食障碍的发生、发展上是有显著作用的。跨文化研究发现，不同的社会对肥胖的态度是有差异的，进食障碍患病率也有差异。研究表明，女性对社会文化认同态度越高，患进食障碍的可能性也越大。大众传媒对进食障碍的发展也起到一定的作用。进食障碍或许是最有社会文化差异的一种障碍，它更经常在工业化国家出现。

五、治疗

一般来说，进食障碍病人不会主动求医，他们否认自己存在问题。进食障碍本身也有一个随年龄增长而自发缓解的趋势。

（一）生物医学治疗

进食障碍经常并发抑郁，因此各类抗抑郁剂在某种程度上能够治疗进食障碍，有研究表明，百忧解在减少暴食及引吐行为方面优于安慰剂。但药物的副作用会导致病人中途脱落，而且停药后，大部分病人会复发。

（二）心理治疗与干预

1.神经性厌食症的治疗

（1）家庭治疗

长期疗效还没有被充分的研究，但有报告证明有较好的效果。Minuchin 关于进食障碍的心理动力学理论是：患有进食障碍的孩子将对家庭的注意力从隐藏起来的冲突上转移开了。治疗时着重将家庭的冲突表面化。

（2）认知行为治疗

包括两个层次，第一层直接目标是帮助病人增加体重，以避免临床并发症和死亡的可能。第二层目标，即长期维持病人在上一阶段中增加了的体重，这是非常困难的目标。

2.神经性贪食症的治疗

Fairburn 的认知行为模型提出，社会文化要求女性是苗条的，导致了女性过分看重体重和体形，引发女性严格、不切实际的节食，而这个过程会引起生理心理上对过多进食的周期性失控（暴食）。泻出行为和其他控制体重的极端方法，都是对暴食行为的一种补偿。随后，暴食和泻出导致痛苦和低自尊，痛苦和低自尊又不可避免的引发了更严重的节食和暴食。暴食成为一种手段以及负强化物，并且是强有力的因素。

治疗神经性贪食症的整体目标是帮助病人建立正常的进食模式。包括：第一步，对病人进行心理教育；第二步，致力改变病人的不合理信念。

3.心理干预

进食障碍的心理治疗效果并不令人满意，因此研究人员致力于对病态进食行为，态度进行干预，减少发病率。

O.Dea 和 Abraham 提出一种以提高自尊为基础的方法，集中于创造出学生在自我知觉和价值方面的正性改变，可以成功改善青少年的体象和进食态度及行为。

此外，青少年的父母在预防进食障碍方面也可以起到重要作用。