

喂食及进食障碍的核心特征与治疗

谢兴伟¹ 张心怡² 张道龙^{3*}

(1. 北京交通大学医院, 北京 100044;

2. 北京怡宁医院, 北京 100195;

3. 美国伊利诺伊大学精神医学系, 芝加哥 IL 60612

* 通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【摘要】 喂食及进食障碍的代表疾病主要包括神经性厌食、神经性贪食、暴食障碍等, 该组障碍的共同特征是进食或与进食相关行为的持续性紊乱。神经性厌食的核心特征是持续限制能量摄取, 强烈害怕体重增加, 对自我体重的感知紊乱。神经性贪食的核心特征是反复发作的暴食, 因为对体重的不恰当认知而出现的反复性不健康的代偿行为。暴食障碍的核心特征是短期内大量进食, 难以控制。喂食及进食障碍的治疗目标是帮助患者恢复正常的体重, 通过认知行为疗法(CBT)、家庭治疗或团体治疗帮助个体调整对体型、体重和美的认知, 也可给予抗抑郁药物、小剂量抗精神分裂药物或心境稳定剂进行对症治疗。

【关键词】 神经性厌食; 神经性贪食; 暴食障碍; 诊断; 治疗

中图分类号: R395.3

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2018.04.018

Core symptoms and treatments of feeding and eating disorders

Xie Xingwei¹, Zhang Xinyi², Zhang Daolong^{3*}

(1. Hospital of Beijing Jiaotong University, Beijing 100044, China;

2. Beijing Yining Hospital, Beijing 100195, China;

3. Department of Psychiatry, University of Illinois at Chicago, Chicago IL 60612, USA

* Corresponding author: Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【Abstract】 Disorders that represented the feeding and eating disorders category including anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, etc. The common feature of this group of disorders is the persistent disorder of eating or eating-related behavior. The core features of anorexia nervosa are continuous restriction of energy intake, intense fear of weight gain, and perceptual disorder of self-body weight. The core features of bulimia nervosa are recurrent episodes of overeating and repeated unhealthy compensatory behavior due to inappropriate perception of body weight. The core feature of binge-eating disorder is eating too much in a short period of time and has difficulty in controlling eating behavior. The therapeutic goal for feeding and eating disorders is to help patients restore their normal weight. Through cognitive behavior therapy (CBT), family therapy and group therapy, we can help individuals adjust their perception of body shape, body weight and beauty. In addition, antidepressants and small doses of antipsychotics or mood stabilizers are effective for symptomatic treatment.

【Keywords】 Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Binge-eating disorder; Diagnosis; Treatment

喂食及进食障碍以进食或进食相关行为的持续紊乱为特征, 导致食物消耗或吸收的改变, 并显著损害躯体健康或心理社交功能。这类障碍包括异食癖、反刍障碍、回避性/限制性摄食障碍、神经性贪食、神经性厌食及暴食障碍等, 其中前三种是喂养障碍, 通常首次出现在儿童期。本文重点介绍神经性贪食、神经性厌食和暴食障碍。有这些障碍的个体可能强烈关注他们的体重和体型。女性患病率高于男性, 比例约为 8:1, 常见于 15~35 岁的女性。此类障碍的思维特点与强迫症类似, 聚焦的主题非常固定, 总是聚焦于体重和体型, 并且与食物有关。此类障碍常与其他精神障碍同时出现, 如焦虑障碍、抑郁障碍、惊恐障碍、强迫症和物质使用障碍等。喂食和进食障碍的发生可能受遗传因素、个体生理特点、

气质和环境的影响。

1 神经性厌食^[1-3]

此类障碍的个体严格限制食物摄入。即使当他们很饥饿、骨瘦如柴时, 他们都会强烈恐惧体重增加或变胖。神经性厌食每年影响约 0.4% 的女性, 一般女性比男性患病率高 10 倍。此类障碍分为两类, 一是限制型, 即个体通过节食、进食或过度运动减轻体重; 第二类是暴食/清除型, 即个体短时间内进食大量食物(暴食发作), 然后通过呕吐、使用泻药、灌肠等措施应对暴食的后果。该障碍起病于青春期或成年早期, 通常与压力性生活事件有关。神经性厌食可导致严重的健康问题, 增加自杀风险, 治疗时应进行详尽的评估。

1.1 核心特征

第一 持续的、选择性地不正常进食(并非“不能”进食)影响了营养的吸收,导致显著的低体重。

第二 强烈担心体重增长,或持续出现妨碍体重增加的行为,如反复的清除行为(自我引吐、滥用泻药等)。

第三 对自我体重或体型的感知紊乱,如并非基于现实地认为自己的体型过胖。

第四 使用体质量指数(BMI)这一客观指标衡量病情严重程度: BMI ≥ 17 为轻度, BMI < 15 为极重度。

第五 常与焦虑障碍、惊恐障碍、强迫思维或行为、物质使用障碍共病。

1.2 风险因素

气质方面: 有焦虑障碍的个体或童年期显示出强迫特质的个体。

环境方面: 与“以瘦为美”的文化或家庭教育,或鼓励消瘦的职业有关。

遗传方面: 一级亲属中有神经性厌食的个体。

1.3 治疗

详尽评估: 评估患者的躯体状况,帮助患者恢复健康体重是神经性厌食的治疗目标。

对症治疗: 对病情严重的患者,根据不同症状,有针对性地给予抗抑郁药物、小剂量抗精神分裂药物或心境稳定剂进行治疗。

心理治疗: 使用认知行为疗法(Cognitive behavioral therapy, CBT)调整患者对体型、体重和美的认知,还可使用家庭治疗、团体治疗等。

2 神经性贪食^[1-3]

此类障碍的个体经常快速进食数量惊人的食物,通常只有被他人打断或睡着、或胃被撑得超过限度出现胃疼,暴食行为才会停止。患者体重可以正常、超重甚至肥胖,也可以略低于正常体重。暴食期间,个体感到失控,暴食后通过呕吐或使用泻药、极端锻炼等形式减轻体重。此障碍的个体几乎总是努力隐瞒其暴食和清除行为。神经性贪食影响了美国 1%~2% 的女性,此障碍的个体中约 80% 都是女性。

2.1 核心特征

第一 反复发作的过量进食行为。

第二 反复出现不健康的代偿行为以防止体重增加,如自我引吐、滥用泻药或利尿剂、禁食或极端锻炼等,因而此类患者的 BMI 通常在正常范围内。

第三 自我评价受到体型和体重的过度影响。

第四 根据不健康代偿行为的次数来衡量病情

严重程度: 平均每周 1~3 次为轻度, 4~7 次为中度, 8~13 次为重度, ≥ 14 次为极重度。

2.2 风险因素

气质方面: 儿童期有焦虑障碍、体重忧虑、低自尊、抑郁症状的个体。

环境方面: 与“以瘦为美”的文化或认知有关,儿童期经历过性虐待或躯体虐待。

遗传方面: 儿童期肥胖和过早进入青春期、一级亲属患进食障碍的个体可能有更高的风险。

2.3 治疗

经常发生的暴食和清除行为会损伤消化系统,频繁呕吐还可能导致脸颊和下巴肿胀,以及由于胃酸所致的牙齿腐蚀和着色。治疗方案必须包含对个体躯体状况的详尽评估。心理治疗以停止“暴食-清除”循环为目标。具体原则参见神经性厌食的治疗。

3 暴食障碍^[1-3]

此类障碍的个体不能抗拒进食的冲动,经常偷偷过度进食不同寻常的大量食物,一旦停下来就感到羞耻和内疚。此类障碍的个体暴食发作并不伴有通过呕吐或其他方法进行清除的行为,对体重没有过度的担心。此类障碍对男性和女性影响的比例相近,在美国,每年约 1.6% 的女性和 0.8% 的男性有暴食行为,不同种族和民族之间的差异也不明显。

3.1 核心特征

第一 在短期内进食大量食物,难以控制,每周至少一次暴食,持续至少 3 个月。

第二 暴食发作至少与下列 3 项有关: ① 进食速度比正常情况快得多; ② 持续进食直到感到不舒服的饱腹感出现; ③ 在没有感到饥饿时大量进食; ④ 因进食过多感到尴尬而单独进食; ⑤ 进食之后感到厌恶自己、抑郁或非常内疚。

第三 此障碍的严重程度基于暴食的发作频率。每周有 1~3 次暴食发作为轻度, 4~7 次为中度, 8~13 次为重度, ≥ 14 次为极重度。

第四 暴食必须出现在神经性贪食或神经性厌食的发作之外。

3.2 风险因素

暴食障碍似乎有家族遗传倾向,标志了可能的遗传关联或习得行为。

3.3 治疗

以阻断暴食的发作为目标,具体原则参见神经性厌食的治疗。

4 问 答^[1-3]

Q1: 如何鉴别进食障碍中的几种疾病,如神经性厌食和神经性贪食?

A1: 神经性厌食与神经性贪食的主题不同,前者聚焦于躯体体型,乃至对食物根本不感兴趣,其严重程度依靠体重来判断;而后者则以贪食为主题,进食过多后常有清除行为,很多患者的体重看似正常。

Q2: 如何鉴别回避性/限制性摄食障碍与神经性厌食?

A2: 回避性/限制性是不喜欢进食,无法满足患者身体所需的营养,从而体重偏低,一般儿童患病较多。而神经性厌食则是将厌食和体型问题作为核心,以减轻体重为目的。

Q3: 神经性厌食、神经性贪食和暴食障碍的预后如何?

A3: 这三种疾病的预后总体都不乐观,经过治疗可以缓解,患者可以过上接近正常人的生活,但难以治愈。其中,神经性厌食最危险,当厌食达到一定程度,患者由于过度饥饿可能导致心率失常,呕吐的过程中也有食管撕裂的可能性。其次是神经性贪食,存在暴食和呕吐这两种不健康行为的损害。由于暴食障碍没有不健康的清除行为,因而预后稍好。

Q4: 进食障碍与强迫症可能共病吗?

A4: 进食障碍与强迫症需要鉴别,也可以共病,因为前者本身就带有强迫的特质。从思维的角度来看,进食障碍的强迫思维的主题是与食物、体型有关。然而,从神经影像学和遗传学的角度来看,这两种疾病并不太相同。

Q5: 三个月大的孩子,不喝奶粉,母乳挤出来放在奶瓶也不喝,流到嘴里也不咽,练习时间长了就哭,这是所谓的反刍问题或者限制性摄食障碍吗?

A5: 首先,此案例中的孩子目前 3 个月,胃肠道功能刚发育成熟,年轻父母遇到这种情况容易焦虑,建议先在儿科就诊,排除器质性疾病,尤其是胃肠道疾病。其次,这个年龄段也恰恰是反刍障碍形成的年龄段,排除器质性疾病后,再考虑是否有反刍问题。

Q6: 使用奥氮平来增加神经性厌食患者的体重、改善患者对体型的过度担心是否适合?

A6: 尽管神经性厌食的患者有时自知力缺陷可以达到接近妄想的程度,但是一般不将奥氮平作为首选药物,因为患者并非妄想障碍。建议首选 SSRI 类药物来治疗患者的强迫思维。除了药物治疗外,建议配合 CBT 和家庭治疗。此外,如果患者的许多一级亲属有类似问题,还需要收集家族史信息,例如,亲属使用的哪些方法比较有效,一般来说,针对家属有效的方法对患者也有效的概率较大。

Q7: 神经性厌食患者有时先吃后吐或者限制进食,

神经性贪食患者进食后引吐,如何鉴别这两种情况?

A7: 需要按照主题来鉴别,而不是按照患者进食和呕吐的症状进行鉴别。神经性厌食最大的特点是总认为自己体重过高,从而限制进食、不贪食。神经性贪食最大的特点是进食之后担心增重,从而引吐,贪食而不想增重。

Q8: 一些文献认为神经性贪食实际上是神经性厌食的一种类型,怎样看待这种观点?

A8: 首先,DSM-5 已经将这两种疾病分开,认为神经性贪食并不是神经性厌食的一个类型或形式,因为主要表现(主题)不同,未来的 ICD-11 也不认两者是一种病,而是一类病。然而,从症状学的角度来看,两种疾病确实有所重叠。从严重程度的角度来看,神经性厌食的后果更严重,患者容易有生命危险;而神经性贪食一般不会对患者的生命造成威胁,除非食管撕裂。临床工作者不能按照症状来诊断疾病,这也正是临床心理学、精神医学需要接受规范化培训的原因。

Q9: 神经性厌食和神经性贪食,在药物治疗方面有什么区别?

A9: 这类障碍没有特效药,难以治愈,只能缓解,首先是对症治疗。患者如果有焦虑症状就治疗焦虑,如果有抑郁症状就治疗抑郁,如果情绪不稳定则可以使用情绪稳定剂,有时由于患者坚决不进食,体重低到一定的程度,造成生命危险,不得已采取强制喂食的方式,甚至使用胃管给患者喂食。这些都是对症治疗,但不能对每一个患者都使用同样的方法。第二,神经性贪食的患者使用 SSRI 类药物效果良好。此类药物并非治疗神经性贪食和神经性厌食症状本身,而是降低强迫思维,使患者基本过上正常生活。需要注意的是,安非他酮这类药物不能用于进食障碍的患者,否则容易诱发癫痫发作,安非他酮的禁忌症就是在这种人群中发现的。第三,一般患者的家属都有类似的问题,如以瘦为美,给孩子压力,孩子容易变得追求完美。因此,主要治疗方法是非药物治疗,即心理治疗。总之,生物、心理、社会在每个患者身上所强调的比重都不一样,有的患者偏重生物治疗,有的偏重心理治疗,有的则强调社会资源的配置。临床工作者需要根据具体情况灵活处理。

参考文献

- [1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5 版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 319-344.
- [2] 迈克尔·弗斯特. DSM-5 鉴别诊断手册[M]. 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 177-182.
- [3] 美国精神医学学会. 理解 DSM-5 精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 130-141.

(收稿日期: 2018-07-29)

(本文编辑: 陈 霞)