

· 临床督导 ·

神经性贪食的访谈与治疗

林冬梅¹, 肖 茜², 张道龙^{3*}

(1. 吉林省脑科医院, 吉林 四平 136000;

2. 中南大学湘雅医院心理卫生中心, 湖南 长沙 410008;

3. 美国伊利诺伊大学精神医学系, 伊利诺伊州 芝加哥 60612

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

【摘要】 咨客, 女性, 24 岁, 出现暴食及催吐行为两年余, 在自觉压力大、孤单时会间断出现短时的快速进食大量食物行为, 常在 30 min 内进食平时 2~3 日的食物量, 进食后自己用手指催吐。催吐后第二天心情消沉, 影响工作。暴食次数较多, 1 个月发生 10 次以上, 每周 2~3 次, 自己无法控制。催吐过程中偶有伴随呕吐物出血的情况, 虽然出血量不多, 但引发过窒息感。健身后症状发生次数减少, 咨客担心暴食、催吐行为会再次发生而前来咨询。本次咨询被诊断为“神经性贪食”, 属喂食及进食障碍, 建议采用生物-心理-社会的综合干预模式治疗。鼓励患者规律运动; 服用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs) 类药物; 用认知行为治疗 (CBT) 调整咨客认知, 降低对自己的要求, 减轻压力; 通过正念减压疗法 (MBSR) 转移注意力; 暂时减少工作量、不谈恋爱, 放松自己, 不熬夜。

【关键词】 神经性贪食; 认知行为治疗; 正念减压治疗

中图分类号: R395.3

文献标识码: A

doi:10.11886/j.issn.1007-3256.2018.06.017

Interview and diagnosis of bulimia nervosa

Lin Dongmei¹, Xiao Qian², Zhang Daolong^{3*}

(1. Brain Hospital of Jilin Province, Jinlin 136000, China;

2. Mental Health Center of Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China;

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

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

【Abstract】 The client was a 24-year-old female with binge eating and vomiting behavior for over two years. She had short periods of rapid food eating behavior whenever she felt stressed and alone. The cycle would begin when she binged two to three days' worth of food within half an hour. After eating, she used her fingers to induce vomiting. The next day, the vomiting would trigger depression, which affected her work performance. Binge eating was significantly frequent, occurring more than ten times a month, with her feeling out of control two to three times a week. In the process of vomiting, there was hemorrhage accompanied by vomit, although the amount of bleeding was minimal, leading to feelings of suffocation. The frequency of occurrence for symptoms decreased after exercise. But she worried that her bingeing and vomiting behavior would recur. The client was diagnosed with bulimia nervosa, a disorder of eating and feeding. She was recommended treated through an integrated intervention model of biological - psychological - social intervention. The client was encouraged to exercise regularly and to take Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) for treatment. She also was recommended to use Cognitive Behavioral Therapy (CBT) to adjust cognition, reduce her subjective standards and requirements, and address feelings of pressure. Mindfulness - Based Stress Reduction (MBSR) was another technique to mediate stress. The client needed to reduce workload, curb dating and romantic pursuits for now, and not stay up late.

【Keywords】 Bulimia nervosa; Cognitive Behavioral Therapy; Mindfulness - Based Stress Reduction

1 精神科访谈

1.1 咨客情况简介

咨客, 女性, 24 岁, 未婚, 工商管理专业专科学历, 目前为药品分销经理, 因“暴食及催吐行为两年余, 加重半年”前来咨询。两年前因自觉工作压力大、单身孤单等原因, 出现间断暴食行为, 表现为 30 min 内进食平时 2~3 日的食物量, 进食后给自己

催吐。常浏览网上的“催吐吧”, 寻找各种催吐方法。与男友分手后, 暴食行为次数逐渐增多, 尤其在喝酒、未休息好后、体重变化幅度大及独自在房间时。暴食当时心情坦然, 认为进食较多可以吐出来, 没有问题, 也不会变胖, 但催吐后第二天心情消沉, 影响工作。手指、手背均有催吐时牙齿咬破或划破的伤痕。今年 5 月自觉工作压力大、孤单、无人陪伴, 暴食次数明显增多, 1 个月发生 10 次以上, 每周

2~3 次,自己无法控制。催吐过程中偶有伴随呕吐物出血的情况,虽然出血量不多,但引发过窒息感。担心暴食、催吐行为再次发生,睡眠尚可。否认既往存在持续 2 周以上的抑郁心境、兴趣及愉悦感丧失等抑郁发作的症状表现,也否认既往存在持续 4 日或 7 日以上的心境高涨、易激惹、活动增多、精力旺盛等躁狂及轻躁狂的症状表现。

既往史:否认躯体疾病史。咨客本次访谈前 1 月的体检报告未见明显异常,体质量指数(BMI)正常。个人史:咨客自幼身体健康,成绩中上等,从小与父母一起生活,父母离异后开始一个人生活,父母提供生活费,但无人陪伴,变得孤单、任性。自高中开始注意自己的外貌、体重,从 75 kg 逐渐减至 60~65 kg。服用过减肥药物“左旋肉碱”,因心跳加快而停用。常使用“酵素”等润肠通便,最明显的一次是两个月内体重减轻 10 kg。进食量少,常使用清水煮的烹饪方式。身高 173 cm,体重 57.5 kg,BMI 为 18.6,自认为不胖,只要维持目前体重即可,若能瘦一点更好。自述性格开朗、上进,追求完美,如外貌、皮肤、身材等,希望拥有像明星和模特那样的样貌和身材,比较看重学业、工作和业绩。近两年月经偶有推迟,月经量时多时少,激素检查提示孕酮稍低,易掉头发。家族史:母亲脾气暴躁、焦虑,控制欲强,对咨客要求高,若不听从她的要求就会愤怒。父亲脾气暴躁、焦虑、消极、强势、控制欲强,但控制欲稍弱于母亲。哥哥性格内向,吵架时会有极端想法或行为,几乎没有朋友。精神检查:咨客意识清,定向准,接触交谈被动,尚合作,自知力存在;否认错觉、幻觉及感知综合障碍;否认明显妄想等思维内容障碍;存在对体型追求的强迫思维;注意力、记忆力及智能水平正常;情感反应协调;未查及明显情感高涨或情感低落,焦虑,担心体重和身体健康;意志活动正常,否认自残自杀、伤人毁物及违拗刻板等行为。

1.2 访谈实录

Z 医生:你好,讲讲你的困扰吧!

咨客:您好,老师。我的困扰主要是最近几个月暴食、催吐情况加重,我想彻底解决这个问题。

Z 医生:对的。你知道自己患的是什么病吗?了解这个病潜在的危险吗?

咨客:我大概了解一些,但不是很清楚。

Z 医生:对的。你想知道自己患的是什么病,怎么治,是这样吗?

咨客:嗯,是。

Z 医生:你的病是神经性贪食,我帮你分析一下病因。从遗传学角度看,你来自一个高焦虑家庭,父母特别挑剔,脾气不好,控制欲比较强,在这种环境中成长的小孩容易被训练得比较苛刻。因为你是女孩,就将对自己的苛刻转向为对完美身体的追求,对自己的身材和皮肤均提出很高的要求,对工作认真负责,这些似乎都是好的品质,但因为类似的强迫表现,使你和其他人不同。如果仅停留在这个阶段,就只是对自己要求高一些,希望身材更好、工作更好,想获取奖金、成为领导或销售冠军,这都是通过健康、升华的方式来释放你的焦虑和强迫。但是,你的焦虑和强迫继续向前发展,出现与饮食有关的问题了。你的高焦虑无法缓解和释放,你就用暴食及催吐的方式来降低焦虑、舒缓减压。你的情况比较严重,因为在呕吐物中已伴随出血。食管向下延伸为囊状的胃壁处食管胃交界被称为贲门,贲门肌肉如被撕裂或黏膜下血管被撕裂就会出血,严重时能形成穿孔,患者会因大出血死亡。人体消化道是单向的,食物从食道至胃内,再从胃至肠道。在诱发呕吐时,腹部压力增加,胃内容物以冲击的形式自下而上冲出来,进入食管,再通过口腔吐出来。故诱发呕吐就是逆生理过程,且呕吐物因含胃肠道消化液会损害牙釉质,可能导致腮腺肿大,严重者甚至会出现牙齿腐蚀和脱落。在用手指诱发呕吐时,牙齿会划到或咬到手指、手背,所以你的手上有老茧或疤痕。你认为将吃进去的食物吐出来就能保持体重不变,但在呕吐的过程中,营养物质也会丢失,所以会出现毛发减少、月经不规律等营养缺乏的情况,严重时可导致内分泌紊乱。另外,你最近的体检报告虽然没有明显的躯体异常,但若不及时干预,频繁呕吐也可导致脱水、电解质紊乱,继发心律失常,甚至有死亡风险。患上这个病是不幸的,但幸运的是这个病是可以治疗的,而且多数患者都恢复得很好。有专家认为这个疾病就是强迫在进食、喂食方面的表现,确切地说,是特化成了神经性贪食。病史提示你没有抑郁或躁狂发作的表现,故排除双相情感障碍。建议采用生物-心理-社会的综合干预模式治疗。根据《暴食症康复指南》^[1],生物学治疗包括:①首先检查和评估躯体状况,了解目前躯体状况,若无明显异常,坚持规律运动,通过运动降低焦虑、缓解压力,而不是通过暴食、呕吐的方式。②根据《临床精神药理学手册(第八版)》^[2]对神经性贪食的药物治疗策略,采用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs),SSRIs 类药物可抑制暴食冲动、控制进食、降低焦虑,服用

0.5~1 年可使病情稳定。心理咨询:采用认知行为疗法(Cognitive Behavior Therapy, CBT)和正念减压治疗(Mindfulness - Based Stress Reduction, MBSR)。CBT 可降低焦虑,通过认知调整明白这个疾病与父母的焦虑和他们苛刻的养育方式有关。已经发展到这种程度,不能让它再继续发展,适当放松对身体、生活和工作的要求,减轻压力,使焦虑情绪得到缓解。如果仍存在焦虑情绪,可通过 MBSR 转移注意力,不要关注食物。社会方面:暂时不要从事压力大的工作、也不要谈恋爱。在这 0.5~1 年的养病期间,放松自己、不熬夜、不增加工作量。经过生物、心理、社会治疗,能回到患病之前的状态。我这样讲,你清楚吗?

咨客:嗯,清楚。

Z 医生:你受过高等教育,外貌好,工作也完成得好。如果你将研究科学催吐的精神用到养生上,你的这些问题很快就能解决。你属于预后非常好的人,因为你的悟性很高。你即将进入谈恋爱的黄金年龄,要将身体调整好。清楚了吗?

咨客:嗯。

Z 医生:还有其他问题吗?

咨客:我认为这个疾病还是需要自己主观地、有意识地调节。有时突然有想吐的感觉,然后很强烈、无法控制,有没有一种自我调节方法,能帮助我在那几分钟内控制住欲望和冲动?

Z 医生:对的,你的病情已经开始影响内分泌,需要进行规范治疗,否则长期会有生命危险。MBSR 可改善焦虑,减少进食冲动及行为^[3]。当进食冲动出现时,可尝试应用正念的方法控制,比如我让患者经常带一把葡萄干,当冲动出现时马上放一颗葡萄干在嘴里,采用正念的吃法,用舌尖数葡萄干上的褶子,反复数,葡萄干在口腔内因唾液滋润而变大,用尖牙轻轻将葡萄干咬出小孔,葡萄干的就会渗透出来,然后将所有精力都集中在葡萄干的味道上。如此反复进行,5 min 吃一个,慢慢就可以控制冲动。用 3~6 个月时间治好这个疾病,之后就可安心做其他事情,比如工作、谈恋爱等,人生还有很多其他的事情要做,不能因小失大。你的基础焦虑很高,我担心如果你用正念的办法控制了呕吐,你的焦虑可能变成其他伤害自己的情况,可能会失眠、发脾气,影响你谈恋爱和工作。医生总是希望患者全方面健康,所以你要明白这个道理。我们不能把焦虑堵住,如果堵住它就会通过其他的途径表现出来。我们的目的是帮你降低焦虑,如果你一直处于高焦虑状态,将来有了小孩,很可能小孩也会被训练成焦

虑、强迫的人格,就像你父母训练你一样。你的焦虑情绪得到缓解,你的下一代发生焦虑的风险就会很低,好吧?

咨客:好的。

Z 医生:没问题,谢谢你今天来参加访谈。

咨客:谢谢您。

2 诊治点评^[2,4-6]

从精神动力学角度讲,咨客母亲焦虑明显,严格地控制她,她父亲容易发脾气,也严格地控制她,只是较母亲控制的程度轻,这就容易导致小孩焦虑,长期如此容易产生强迫思维。咨客是名女生,女生一般都比较关注形象,所以咨客对自身形象有很高要求,在工作中也严格要求自己。但这样仍然无法使她完全释放焦虑,发展为神经性贪食,用暴食和催吐的方式来调节冲动、降低焦虑。这也是很多精神病理学家认为神经性贪食是强迫症一种表现形式的原因,认为进食障碍是强迫特化或聚焦于进食和喂食方面的表现。咨客在工作中要求完美,每天健身,严格要求自己,这都是焦虑的表现,咨客也认为自己比较追求完美。强迫症不会致命,但神经性贪食可致命,需引起临床医生注意,有时强迫会发展为神经性贪食。咨客病史提示无抑郁或躁狂发作的症状表现,故排除双相情感障碍。

3 问 答^[2,4-6]

Q1:在以往案例中也有催吐等自残行为的边缘型人格障碍患者,对这名咨客未考虑边缘型人格障碍,是不是有以下 3 个原因。第一,她的困扰不是以人际关系为主的问题;第二,她的问题高中之后才出现,且只要发生压力事件症状就会很明显,并不是长期存在的问题;第三,她没有特别严重的情绪问题。

A1:是。我没有考虑她是边缘型人格障碍,因为她没有情绪的起伏,而且人际关系较好,还是一个小领导,所以她不是边缘型人格障碍。没有人际关系障碍,就不存在人格障碍。你需要先了解她是什么样的人,然后了解她患的是什么病,再研究她的症状,不能因为存在自残症状就诊断为边缘型人格障碍,首先要确定是人格障碍,才考虑是不是边缘型人格障碍。

Q2:Z 老师在访谈中提到神经性贪食其实是类似于特化的强迫症,咨客存在很明显的强迫思维,总想着吃了就吐,吃一些容易吐出的食物,也会有相应的强迫行为,但 Z 老师仍然没有诊断为强迫症,是不是因为她的症状并不是随时都会出现,只有在压

力源刺激时才会发生这种强迫思维和强迫行为?

A2:我认为她有强迫行为,如像电影演员一样频繁锻炼身体。但强迫症主要表现为每天花 1 小时以上时间思考与现实生活不相关的事情,比如脏不脏?是不是对称?如果不这么做我就焦虑,这是强迫症,但这名咨客没有这些表现。我问她有什么困扰?她的回答是“控制不了暴食和催吐”,而不是花一小时以上时间思考事情。比如昨天吃了肉,今天就感觉皮肤变厚、腹部明显膨胀,认为其他人会以为她怀孕了等,这是强迫思维。所以临床医生需要首先掌握疾病的病理模式,再研究症状,用精神动力学的模式解释患者的行为。

Q3:这名咨客不是神经性厌食(暴食-清除型)的原因是不是她的体重不是特别低,也并没有特别严苛地要求自己减轻体重?

A3:对的。神经性厌食通常会因严格限制能量摄入而导致明显低体重,这类患者对 BMI 有非常苛刻的要求,BMI 仅 16~17,重度患者可能更低,总认为自己不够瘦,即使其他人认为已经很瘦了。咨客 BMI > 18,虽然她也通过服用减肥药物等方法控制体重,但她对能量的摄入限制并不是十分苛刻,也没有对自己体重的感知紊乱。所以排除神经性厌食。

Q4:Z 老师在督导过程中提示咨客存在的危机点,如食管撕裂导致的出血会引起生命危险,现在内分泌出现问题,如月经不调、脱发等,这一系列问题是促进患者积极治疗的动机,是吗?

A4:对。现在患者呕吐物含血丝提示可能仅是食管或胃部黏膜损伤,若呕吐时食管撕裂或食管血管被腐蚀则会发生大出血而导致死亡。因为呕吐物有时偏酸性,有时偏碱性,食管不耐受酸碱,而胃能承受酸性,肠道能承受碱性。当呕吐时,很可能破坏食管肌肉、血管,造成穿孔或撕裂,甚至大出血。

Q5:Z 老师,边缘型人格障碍的空虚感和孤独感

怎么区分?

A5:慢性的空虚感其他人不会察觉,比如你有男朋友,家里也有钱,什么东西都不缺,但你却总是定期的、没有原因的感到不快乐,没有外部原因刺激,就是自己的情绪波动变化,因此人际关系也不好。其他人认为你不缺什么,比如外貌美丽,经济宽裕,有好的工作,可患者就是感觉生活没有意义、人生不快乐、生活无聊,这是空虚。孤独感是指经常感到孤独、孤立,无法一个人待着,希望有人陪伴自己,自己一个人生活觉得困难。而边缘型人格障碍患者的慢性空虚感是指即使有人陪伴、每天可参加各种活动,还是会存在自杀意念,因为这类患者是内心自发地感到无聊、没有意义,无论外界如何改变也无法真正开心,空虚感是一种主观感受,因为自己内心不快乐。而孤独感可以通过他人的陪伴缓解。

参考文献

- [1] 兰迪·E. 麦凯布,特勒西·L. 麦克法兰,马里恩·P. 奥姆斯特德. 暴食症康复指南[M]. 谭浩,译. 重庆:重庆大学出版社,2013:113-147.
- [2] 艾伦·F. 沙茨贝格,查尔斯·德巴蒂斯塔. 临床精神药理学手册[M]. 8 版. 范静怡,张小梅,张道龙,译. 北京:北京大学出版社,2018:25,39-54.
- [3] 乔恩·卡巴金. 多舛的生命[M]. 2 版. 童慧琦,高旭滨,译. 北京:机械工业出版社,2018:446-464.
- [4] 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,2015:334-339,652-656.
- [5] 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,2015:73-76.
- [6] 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,2016:130-136.

(收稿日期:2018-11-27)

(本文编辑:唐雪莉)