

Simplified Chinese / 简体中文

**e** National  
Eating Disorders  
Collaboration

Evidence

Experience

Expertise

# 进食障碍在澳大利亚

National Eating Disorders Collaboration (英文简称 NEDC) 由澳大利亚政府卫生部资助。

本手册仅供一般参考，不应取代医疗或健康建议。NEDC 虽已尽一切努力确保信息准确，但不能保证这些信息是最新的、完整的或适用于任何目的。于2021年11月审阅及更新。



如需获得帮助或了解更多，请浏览网站：  
[nedc.com.au](https://nedc.com.au)

Evidence

Experience

Expertise

## 目录

什么是进食障碍?	3
进食障碍的类型	3
患病率	5
警告信号	6
风险因素	8
影响和并发症	8
合并症	9
治疗	10
康复	12
获得帮助	12
参考文献	13

## 什么是进食障碍?

进食障碍是严重且复杂的精神疾病，伴有影响身心健康的并发症，并可能出现重症并危及生命。这种疾病的特点是对于体重、体型及/或食物和饮食，出现在行为、思想和感觉方面的紊乱。

进食障碍并不局限于特定的群体，任何人在生命的任何阶段都有可能罹患这种疾病。

每年大约有100万澳大利亚人罹患进食障碍(1)。

## 进食障碍的类型

《心理障碍诊断与统计手册 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM-5) 第五版 (2)》将进食障碍划分为不同的类型。根据症状及其发生的频率进行分类。

### 暴食症 (英文简称 BED)

BED 的症状是反复暴食，即在短时间内吃大量食物。患者在暴食症发作时觉得无法停止进食，这通常与极度痛苦有关。BED 患者不会采取代偿行为，如暴食后自我诱发呕吐或过度运动。

### 神经性贪食症

神经性贪食症的症状是反复暴食，然后采取代偿行为，如呕吐或过度运动以防止体重增加。神经性贪食症患者会陷入失控进食的恶性循环中，然后试图进行补偿，这可能会导致羞愧、内疚和厌恶的感觉。随着时间的推移，这些行为会变得更具有强迫性和无法控制，并导致对食物的痴迷，并总是想着吃（或不吃）、减肥、节食和身体意象。

### 神经性厌食症

神经性厌食症的症状是限制能量摄入，导致体重显著降低，并伴有对体重增加和身体意象紊乱的强烈恐惧。由于饥饿和营养不良导致大脑发生变化，会使神经性厌食症患者很难意识到自己的不适，或理解这种疾病的潜在影响。

非典型神经性厌食症是 OSFED 的一种亚型（见第4页的 OSFED）。非典型神经性厌食症患者符合神经性厌食症的所有诊断标准，然而，尽管体重显著减轻，这种患者的体重仍在正常 BMI 范围内或以上。非典型神经性厌食症是一种严重且可能危及生命的疾病，与神经性厌食症有相似的影响和并发症。

## **其他特定的喂食或进食障碍（Other specified feeding or eating disorders，英文简称 OSFED）**

OSFED 患者可能会出现许多其他进食障碍的症状，如神经性厌食症、神经性贪食症或暴食症，但又未能符合这些障碍症的全部诊断标准。这并不意味着进食障碍的严重程度或危险性有所降低。与OSFED 相关的医学并发症和饮食失调的想法和行为与其他类型的进食障碍症一样严重。

## **回避/限制性食物摄入障碍（Avoidant/restrictive food intake disorder，英文简称ARFID）**

ARFID 的症状是对食物和进食缺乏兴趣、回避和厌恶。这种限制并不是出于受身体意象的困扰，而是由于对食物和/或进食的焦虑或恐惧，对食物的质感、味道或气味等感官方面的敏感度提高，或者对食物和/或进食缺乏兴趣。ARFID 与以下一种或多种情况有关：显著的消瘦、严重的营养不良、依赖肠内（管道）喂食或补充剂，以及对心理社会功能的显著干扰。

## **不明喂食或进食障碍（Unspecified feeding or eating disorder，英文简称 UFED）**

UFED 是喂食和进食障碍的一种类型，在社交、职业或其他重要功能领域造成严重的痛苦和损害，然而，它不符合任何其他喂食和进食障碍的全部标准。这一类用于临床医生对不符合特定喂食和进食障碍标准的原因选择不做说明的情况，包括没有足够信息作出更具体诊断的情况（例如，在急诊室环境下）。

## **异食癖**

异食癖的症状是持续食用与患者成长发育水平不相符的非营养性、非食用性物质。

## **反刍障碍**

反刍障碍的症状是反复反流食物。反复反流的症状与其他疾病无关，也不仅仅出现在诊断其他类型的进食障碍过程中。



## 患病率

### 进食障碍很常见

- 澳大利亚每年的进食障碍患者约有100万；也就是占人口的4%(1)。
- 在进食障碍患者中，3%患有神经性厌食症，12%患有神经性贪食症，47%患有BED，而38%患有其他类型的进食障碍\*(1)。
- 为数更多的人经历过饮食失调（例如，进食障碍的症状和行为，但频率或严重程度较低），但不符合罹患进食障碍的诊断标准。澳大利亚每年约有三分之一（31.6%）的青少年会出现饮食失调的行为(3)。
- 进食障碍的症状也在增加，从20世纪90年代末以来，每周暴食增加了近6倍，严格节食则增加了近4倍(3)。

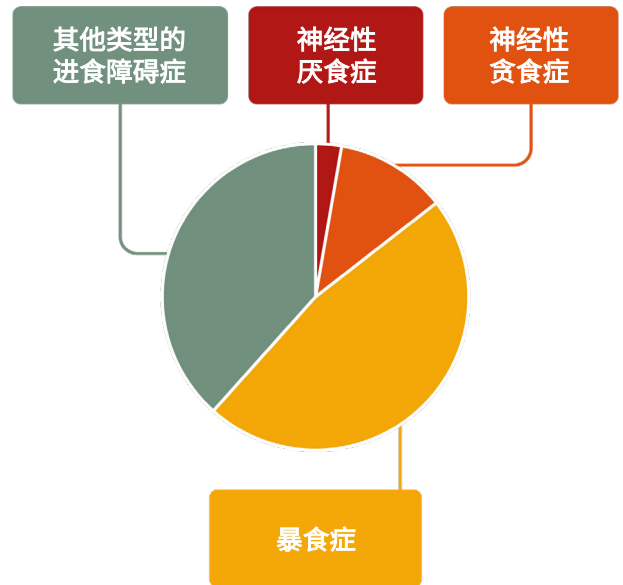


图1：进食障碍的患病率

\*其他进食障碍包括所有其他类型的进食障碍诊断，但不包括神经性厌食症、神经性贪食症和BED。

### 年龄

虽然任何年龄段的人士都可能经历进食障碍，但进食障碍在青少年和年轻人中更为普遍，进食障碍的平均发病年龄在12到25岁之间(4,5)。青春期是患进食障碍的高风险时期。

### 性别

据估计，8.4%的女性和2.2%的男性在其一生中经历过饮食失调(6)。

虽然女性约占神经性厌食症患者的80%和神经性贪食症患者的70%，但最近的数据表明，BED在男性中的患病率可能与女性一样高(7)。

进食障碍患者中男性的实际比例可能更高，因为他们的经历可能被临床医生忽视或误诊(8)。

虽然对非二元性别和变性人士的进食障碍/饮食失调患病率的研究有限，但新的研究表明，非二元性别和变性人士出现进食障碍症状或饮食失调行为的风险是顺性别者的2至4倍(9-12)。

## 预警征兆

### 心理上

心理预警征兆可能包括：

- 专注于饮食、食物（或与食物有关的活动）、体型和体重
- 极度害怕体重增加
- 进餐时间觉得焦虑或易怒
- 对食物有“失去控制”的感觉
- 对身体极度不满或对身体意象抱有负面看法
- 刻板的“非黑即白”思维（例如，认为食物是“好”还是“坏”）
- 对关于体型、体重、饮食或锻炼习惯的评论或（真实或感知的）批评高度敏感
- 情绪波动（如易怒、情绪低落和/或焦虑以及自残和/或自杀倾向）
- 低自尊（例如，羞耻感、负罪感和自我厌恶）
- 用食物进行自我惩罚或调节情绪（例如，因抑郁、压力或其他情绪原因而拒绝进食或暴饮暴食）

### 身体方面

身体的预警征兆可能包括：

- 体重突然减轻、增加或波动
- 在儿童和青少年中，其生长曲线或身体质量指数（BMI）百分位数出现无法解释的下降
- 对寒冷的敏感（例如，即使在温暖的环境中，也会经常感到寒冷）
- （不是由于青春期或更年期的波动而导致的）月经延迟、月经缺失或月经紊乱，或不孕不育
- 呕吐的迹象（如脸颊或下颌肿胀，指关节上有老茧或肿块，口臭，牙齿受损）
- 身体或脸上有细毛（胎毛型毛发）覆盖
- 疲劳或精力不济
- 晕厥或头晕
- 潮热或出汗
- 消化问题（如反流、腹胀、便秘、恶心、感觉饱胀）
- 骨骼脆弱（如骨质疏松或骨质减少）



## 行为方面

行为方面的预警征兆可能包括：

- 持续或重复的节食行为（如禁食、计算卡路里/千焦、不吃饭、不吃某些种类的食物）
- 暴食的证据（如大量食物消失，囤积食物以备暴食之用）
- 为控制体重而呕吐或使用泻药的证据（例如，经常在进餐中或餐后上厕所，定期购买泻药）
- 强迫性或过度运动模式（例如，在恶劣天气下运动，生病或受伤时仍继续运动，未能定期休息/恢复，如无法运动则会感到痛苦）
- 对食物本身、烹调方式和进食方式采取一定的模式或强迫性的仪式（例如，吃得非常慢，把食物切成很小的块状，坚持在特定的时间进餐，用餐时刻板地重复吃同样的食物，使用碗碟餐具不灵活）
- 食物偏好的改变（例如，声称不喜欢以前喜欢的食物，突然痴迷于“健康饮食”）
- 避免参加有食物的社交场合，或在参加这些活动时行为上出现改变（例如，不再在家与家人聚餐，带自己的食物去参加社交活动，在社交场合拒绝吃东西）
- 找借口来避免吃东西（例如，声称已经吃过东西，声称对某种食物过敏/不耐受）
- 回避社交活动或者远离家人和朋友（例如，避免参加以前喜欢的活动）
- 在备餐和规划菜单方面的行为变化（例如，为他人购买食物和做饭，但自己不吃；控制家庭饮食）
- 对体重和体型有强烈的关注（例如，对减肥或锻炼肌肉感兴趣）
- 重复或强迫的身体检查行为（例如，掐腰或手腕，反复称体重，花太多时间照镜子）
- 服装风格的改变（例如，穿着宽松的衣服，穿着比天气所需的更多的衣服）
- 在食物方面的隐蔽或秘密行为（例如，偷偷扔掉食物，藏起未吃的食物，偷偷吃）
- 不适当的摄取液体行为（例如，摄入很少或不摄入液体，或摄入超过所需的过量液体）
- 持续否认有饥饿感
- 实行严格的食物规则（例如，列出“好”和“坏”食物的清单）
- （1型或2型）糖尿病患者滥用胰岛素

绝不能对症状进行“观察和等待”。  
如果您本人或您认识的人可能出现进食障碍，则务必要获得支持和治疗。早期干预是改善健康和生活质量的关键。



## 风险因素

导致进食障碍的因素因人而异，涉及生物、心理和社会文化因素。任何人在生命的任何阶段都可能罹患进食障碍。进食障碍是一种心理疾病，而并非个人的主观选择。

## 影响和并发症

与进食障碍有关的生理和心理并发症是很严重的，可能危及生命。

### 生理方面

进食障碍行为与特定的医疗并发症相关。这些包括但不限于：

- **限制食物摄入**可能导致低血压、荷尔蒙失衡、畏寒、注意力不集中、消化问题、疲劳和嗜睡。
- **暴饮暴食**可能导致高血压、2型糖尿病和荷尔蒙失衡。
- **呕吐**可能导致食道损伤、腹痛、腹胀、腹泻、便秘、龋齿和电解质失衡，导致心率不规则和脱水。
- **滥用泻药**可能导致脱水、低血糖和肠道肌肉衰弱。
- **过度运动**可能导致损伤、应力性骨折、骨骼脆弱（如骨质疏松或骨质减少）和荷尔蒙失衡。

### 心理方面

与进食障碍有关的心理影响有很多，包括但不限于：

- 对身体不满意
- 对饮食、食物、体型和/或体重有强迫性想法
- 羞耻感、自我厌恶、自卑、内疚或失败感
- 抑郁或焦虑症状
- 自杀的念头、计划或企图
- 自残
- 滥用药物
- 不合群



## 合并症

进食障碍患者同时患有另一种心理或生理疾患（称为合并症）的风险更高。进食障碍患者所患的合并症可能与其进食障碍症状和行为有关。对于其他类型的合并症，其与进食障碍关联背后的方向及机制尚不清楚，是未来研究的重点。

### 心理健康合并症

研究表明，超过80%被诊断为进食障碍的成年人至少患有一种其他精神疾病(13)。

与进食障碍相关的最常见的心理健康合并症包括：

- 情绪障碍（如重度抑郁症）
- 焦虑障碍（如广泛性焦虑障碍、社交焦虑症）
- 创伤后应激障碍（英文简称 PTSD）和创伤
- 滥用药物
- 人格障碍（回避型、边缘型、强迫症）
- 性功能障碍
- 自残

### 医学合并症

与一般人群相比，进食障碍患者罹患以下疾病的患病率更高：

- 1型和2型糖尿病
- 多囊卵巢综合症（英语简称 PCOS）
- 骨骼脆弱（如骨质减少、骨质疏松）
- 低血压（血压过低）
- 消化问题（如肠易激综合症）
- 关节痛
- 头痛和偏头痛
- 月经问题（如月经缺失）
- 睡眠问题

## 治疗

### 治疗的类型

接受循证治疗已被证明可以减轻进食障碍的严重程度和缩短持续时间。在被诊断为进食障碍的人群中，只有约23%的患者获得了适当的治疗(4)。在疾病早期进行治疗为患者提供了从进食障碍中恢复过来的最好机会。

根据诊断结果，治疗进食障碍需要考虑的循证心理疗法包括(14)：

#### 厌食症

对于儿童和青少年，治疗模式包括：

- 对于神经性厌食症，采取以家庭为基础的治疗（英文简称 FBT）或家庭治疗（家长为核心，也接受多个家庭成员小组的模式）
- 有家人参与的 CBT-ED
- 青少年为核心的心理治疗

对于成人，治疗模式包括：

- Maudsley成人神经性厌食症治疗（英文简称 MANTRA）
- 专科辅助临床管理（英文简称 SSCM）
- CBT-ED；聚焦进食障碍的焦点心理动力学疗法

#### OSFED

应根据与饮食问题最相似的进食障碍来决定选择具体的治疗模式。

#### ARFID

ARFID 是相对较新的诊断，围绕哪种治疗方法有效的研究仍在继续。

目前的证据表明，认知行为疗法（英文简称 CBT）对 ARFID 患者是一种有效的治疗方法(15)。治疗可能包括逐渐让患者接触令人恐惧的食物、放松训练和支持他们改变饮食行为。

回应性喂食疗法（英文简称 RFT）也被用于 ARFID 儿童患者，然而 RFT 的指导原则也可以应用于治疗青少年和成人患者(16)。回应式喂食涉及让父母或照顾者通过愉快的互动和很少的干扰来建立有规律的进餐时间，模仿进餐时的行为，并允许孩子对饥饿提示做出反应(16)。

#### 神经性贪食症

对于儿童和青少年，治疗模式包括：

- 以进食障碍为中心的 CBT (CBT-ED)，并有家庭参与
- 神经性贪食症的家庭疗法

对于成人，治疗模式包括：

- 在指导下自助进行 CBT-ED
- CBT-ED
- IPT（“人际心理疗法”的英文简称）

#### 暴食症

对于青少年和成人，治疗模式包括：

- 强化认知行为治疗（英文简称 CBT-E）
- 认知行为治疗——引导自助（英文简称 CBT-GSH）
- 人际心理疗法（英文简称 IPT）



## 非临床支持

有许多非临床服务机构可以为正在接受进食障碍治疗的人士及其家人和支持者提供宝贵的支援，例如个人朋辈支持谈话会或支持小组。

## 治疗的层次

根据个人需要，进食障碍治疗可以在不同的环境中进行，分为三个不同的强度层次。有些患者可能以最低强度开始治疗，而另一些患者则可能以较高强度开始治疗。患者在康复过程中可能需要在这些不同的强度层次之间来回移动。

进食障碍患者可获得的治疗服务层次包括：

### 基于社区的治疗

基于社区的治疗是指在社区或门诊环境中提供循证治疗，并根据需要协调提供一系列服务。

治疗可以由社区（私立及公立）的基础卫生保健专业人员、心理健康专业人员和营养师提供，也可以在线提供自助治疗指导。

大部分患者可以通过社区治疗从进食障碍中康复过来。在社区，最低限度的治疗团队包括一名医生，如一名全科医生和一名心理健康专业人员。

### 基于社区的强化治疗

这指的是在社区或门诊环境中以更高的频率和强度为需要更强化治疗的患者提供循证治疗。

治疗服务可以通过强化门诊项目和日间照护项目提供。

### 住院治疗

需要医疗和/或精神科干预的患者需住院治疗；而对于病情稳定但需要高水平治疗及支持的患者，则需接受进食障碍住院治疗。

这种治疗可在院舍式的疗养院、医疗及精神病住院病房等环境中进行。

## 康复

进食障碍是可以康复的，即使患病多年也如此。康复之路也许漫长且富有挑战性。及早发现并获得适当的支持和治疗可加强康复进程。部分患者可能会发现康复带来新的认识、见解和技能。

## 获得帮助

如认为您本人或您认识的人可能出现了进食障碍，请务必立即寻求帮助。早求助，早康复。全科医生（GP）是您寻求支持、获得进食障碍治疗的绝佳“一垒”。

如需在当地寻找帮助，请查阅[NEDC Support and Services（NEDC 支持及服务）](#)一栏。



## 参考文献

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



# 为进食障碍患者建立一个安全、一致和容易使用的护理系统

✉ [info@nedc.com.au](mailto:info@nedc.com.au)

🌐 [www.nedc.com.au](http://www.nedc.com.au)

 National  
Eating Disorders  
Collaboration

Evidence

Experience

Expertise