

Application of psychological treatment in the nutritional management of patients with eating disorders

Xiaotong Sun

Peking University Sixth Hospital, Beijing, 100083, China

Abstract

Eating disorders (EDs) are a group of mental and physical conditions characterized by abnormal eating behaviors and distorted body image. Patients not only suffer from severe malnutrition, electrolyte imbalances, and other physiological issues but also experience psychological symptoms such as depression and anxiety, leading to a vicious cycle. Traditional nutritional management is often ineffective due to patients' distorted perceptions of food, low compliance, and emotional fluctuations. Psychological therapies play a crucial role in the nutritional management of EDs patients. These therapies can correct irrational food beliefs through cognitive behavioral therapy (CBT), enhance the willingness to change through motivational interviewing (MI), promote acceptance and balance through dialectical behavior therapy (DBT), optimize the family dietary environment through family behavioral therapy (FBT), and improve eating awareness through mindfulness eating training. These methods not only increase patients' acceptance of nutritional interventions but also reduce dropout rates and promote long-term recovery. Nutritional intervention strategies should be tailored to different subtypes and stages of EDs.

Keywords

eating disorders, nutritional management, psychological therapy, cognitive behavioral therapy, motivational interviewing, family therapy

心理治疗方法在进食障碍患者营养管理中的应用

孙晓彤

北京大学第六医院, 中国·北京 100083

摘要

进食障碍(EDs)是一类以异常进食行为和扭曲体像认知为核心特征的心身疾病。患者不仅面临严重的营养不良、电解质紊乱等生理问题,还伴随抑郁、焦虑等心理症状,形成恶性循环。传统的营养管理,常因患者对食物的扭曲认知、低依从性和情绪波动而难以有效执行。心理治疗方法在EDs患者的营养管理中具有关键作用,能够通过认知行为疗法(CBT)修正非理性食物信念、动机访谈(MI)增强改变意愿、辩证行为疗法(DBT)促进接纳与平衡、家庭行为治疗(FBT)优化家庭饮食环境,以及正念饮食训练改善进食觉察能力。这些方法不仅提高患者对营养干预的接受度,还能减少治疗脱落率,促进长期康复。针对不同EDs亚型及病程阶段,营养干预策略需个性化调整。

关键词

进食障碍; 营养管理; 心理治疗; 认知行为疗法; 动机访谈; 家庭治疗

1 进食障碍疾病特点

根据世界卫生组织(2023)ICD-11诊断标准,进食障碍表现为持续性的饮食行为失调与体像认知扭曲(WHO, 2023),属于生物-心理-社会因素共同作用的心身疾病。主要分成神经性厌食(AN)、神经性贪食(BN)、暴食障碍(BED)、和不典型进食障碍。这些障碍在躯体上表现为严重的营养不良、电解质紊乱等生理问题,同时更与抑郁、焦虑等心理病理症状形成恶性循环。在三级医院消化科的转诊病例中,约41%的EDs患者初诊被误判为功能性胃肠

病(中华医学会心身医学分会,2021),其特征性差异在于:食物回避行为与焦虑程度呈正相关($r=0.53, p<0.01$);体像障碍评分显著高于其他精神障碍群体(BSQ量表, $t=6.32$)。但深入了解可发现EDs患者的营养失衡不仅是生理问题,更深刻反映了其内在的认知扭曲(如体像障碍、食物恐惧)和情绪调节障碍(如通过限制或过量进食应对压力)。需要同时对患者进行心理和营养上的双重干预,来促进患者心身疾病上的共同康复。

2 营养管理的现状及问题

进食障碍患者躯体上主要表现为营养不良相关症状,例如低体重、虚弱、脱发、闭经等。患者常见腹胀、便秘、畏寒等症状,病程较长的也可见牙齿松动或脱落、骨质疏松

【作者简介】孙晓彤(1992-),女,中国北京人,本科,主管技师,从事应用心理学研究。

等情况。针对进食障碍患者的营养治疗可分为两个方向，住院干预或门诊干预。住院干预通常使用监管进食、禁止其他进食障碍相关行为的方式，为患者快速恢复体重。患者每日摄入能量通常从 1400kcal-2500kcal，由低到高逐渐增加。有研究证实，在密切监测患者各项指标的情况下患者可以实现安全快速的体重增长且不会增加再喂养综合征的风险 (RFS) (Wang et al., 2022)。门诊干预患者需定期与营养师见面确定下一步饮食调整方案。门诊患者通常躯体情况较住院患者更乐观，但由于需要患者更强的内驱力和依从性，康复速度并不一定优于住院患者。进食障碍患者通常对于食物存在扭曲的观念，极度畏惧进食或极度渴望进食，对营养治疗依从性差，内驱力低，在进餐时容易出现较大情绪波动，可能与照料者发生冲突，使营养干预难以执行，增加治疗脱落率。

受相关心理问题的影响，对饮食更加敏感，自我控制饮食的欲望更强，对于改变现有饮食模式或接受饮食模式的改变的恐惧与困难性更高。这导致针对进食障碍患者的营养咨询不应仅仅只是对于患者当下饮食模式与身体状况的评估，还应该联合患者心理状态的评估，进行综合的咨询及方案设计。进食障碍患者通常对营养专业知识较为了解，对于营养师设计的康复饮食通常反复质疑，争夺饮食控制的权利。在与患者交流时，更好的心理交流技巧可以与患者建立良好的关系，增加患者的信任感，以增加患者饮食的依从性以及后续营养干预的可持续性。

故进行营养干预时应与心理干预更加紧密的结合，建立良好的治疗关系，提高患者依从性，增加内驱力，降低脱落率，从而促进患者康复。

3 心理治疗技术在进食障碍患者营养管理中的理论框架

心理治疗技术在 EDs 患者营养管理中的作用应贯穿所有治疗阶段，从开始到康复。并非以辅助的形象存在，而是科学治疗的核心要素，以患者心理状态的转变作为营养干预计划调整的风向标。

3.1 认知行为疗法 (CBT)

认知行为疗法 (CBT) 是目前被证实有效的一种心理治疗，可以帮助患者查觉自己的认知扭曲 (dysfunctional cognition)，改善无意义的行为。理性情绪疗法帮助患者修正不合理思维，当患者出现“吃了这个食物我就完了，会变得很胖”这样的想法时识别出非理性信念并与其辩论，替换为理性信念。同时可以在与患者协商后引入“恐惧食物”来验证想法的真实性。应对技巧训练可以帮助患者学习如何应对出现暴食、催吐等欲望的情况。临床研究证实，经 CBT 干预后，患者对高热量食物的摄入耐受性提升，EDE-Q 全球分数从 4.2 ± 1.1 降至 2.9 ± 1.3 (降低 31%, $p < 0.001$) (Fairburn et al., 2015)。

3.2 动机访谈 (MI) 与阶段匹配干预

进食障碍患者中部分人改变的动机并不强烈，患者可

能由于躯体不适或者难以正常生活为由开始寻求帮助，而非进食障碍疾病。患者针对饮食改变的意愿较为薄弱会造成营养干预难以推进，患者营养状态反复等问题。增加患者动机是营养干预可以进行的前提条件。动机访谈可以使治疗脱落率相对风险降低 40% (Treasure et al., 2020)。同时，当患者处于不同的心理状态时，营养干预的重点应有相应的调整。例如初期患者动机较低，对于自己的饮食结构及营养状态的理解不足且抗拒改变时，应以饮食宣教重建患者理念为主，而非让患者直接进行较大的饮食改变。进入行动期后则应根据患者的接受程度定制相应的能量调整计划，恐惧食物的加入也应配合着循序渐进。

3.3 辩证行为疗法 (DBT)

辩证行为疗法基于 CBT，但更侧重于帮助患者在改变中寻找平衡点，帮助患者接纳。可用于在营养治疗中，稳定患者心理状态，接纳目前饮食结构的改变，消瘦的患者需要接受体重的增加以恢复正常生活。

3.4 家庭行为治疗 (FBT)

进食障碍多见于青少年，发病高峰年龄为 13-14 及 17-18 岁。FBT 尤其适用于青少年患者。进食障碍患者若仍与父母一起生活或受疾病影响，发生心境上的退化，FBT 也可使用。中营养干预的主导前期是父母，后期会归还给患者。在 FBT 中，照料者应按照患者不同的治疗阶段提供不同的饮食干预，营养师需对照料者进行指导，包括干预的程度、进食环境等。例如家庭共同进餐训练，父母停止食物相关评论。在家庭行为治疗的干预下，进食障碍 5 年复发率降低 25% (Le Grange et al., 2021)。

3.5 正念饮食训练

基于 MB-EAT (正念进食觉知训练) 方案，通过：葡萄干练习 (5 分钟感官聚焦)；饥饿感分级评估 (1-10 级量表) 可使暴食频率减少 36.2% (效应量 $d=1.23$) (Kristeller & Wolever, 2019)。正念饮食训练可恢复患者对于饥饿感的觉察能力。强调关注当下，关注食物的味道、质地，以非批判的方式进食。营养师在指导进食障碍患者进食时，可指导他们降低进食速度，仔细品味每一种食物，确认对食物的反应，例如是喜欢还是不喜欢，感受每一口食物在口中咀嚼的状态。

4 心理治疗方法在进食障碍患者营养管理中的应用

进食障碍不同分型及不同病程阶段的心理特征不同，这提示对于患者营养干预不应是完全一致的，而应根据实际情况进行调整。

4.1 在神经性厌食营养管理中的应用

AN 患者显著特征为体重显著降低、营养不良、自我饥饿等。是死亡率最高的一种精神疾病。早期 (稳定化阶段) 首要任务是保证患者能量摄入，促进患者体重恢复。对于情况较差患者应收入院治疗，监督患者每日进食。营养师为患者设置每日能量计划同时尝试进行认知重塑，纠正关于患者

对于体重及食物错误的理解。营养师应与患者建立良好的关系，以推动后续营养治疗的进行。恢复阶段应保证患者体重稳定增长，可尝试为患者加入“恐惧食物”。此阶段应与患者共同商议，可让患者列出自己最恐惧的食物从高到底排列，与患者商议添加顺序及方式。这样可降低患者抵触心理，增加患者自己对于自己饮食调整的掌控感。营养师需温柔且坚定，鼓励患者继续前行。巩固阶段患者需维持体重，从控制进食过渡至直觉性进食。此阶段多在家庭治疗的支持下完成，营养师需指导照料者为患者提供合适的进食环境及如何对患者饮食调整进行合理适度的干预。

4.2 在神经性贪食与暴食障碍营养管理中的应用

BN 及 BED 患者需要打破患者的“节食-剥夺感-暴食-代偿”循环。应为患者进行规律进餐的设计，防治由饥饿感引发的暴食行为。结合 CBT 技术，为患者提供适宜环境，移除环境刺激，如患者环境中除每日设计的规律饮食外无其他食物存在。

4.3 营养咨询结合心理咨询技术

进食障碍营养师应掌握一定的心理治疗方法，以更有针对性的对这一人群进行营养干预。通常采用面对普通有营养咨询需求患者的方式进行营养干预。但进食障碍营养师应结合患者心理状态采用合适的交流引导方式，更有效的帮助患者。例如，在进行营养咨询时引导患者自己指出如何改变饮食结构更有利于现在的健康状态，或启发患者自己发现自己较为容易实现的改变方向，更有利于营养干预的执行和持续。人本主义以人为中心的治疗方式可能让进食障碍患者在接受营养干预时更加放松，感到被尊重被接纳，使治疗可以顺利推进。

4.4 营养教育的心理化表达

传统营养教育常因刻板说教引发 EDs 患者抵触。心理化策略包括：

- 隐喻技术：将肠道菌群比喻为“需要多元食物的花园”，解释发酵食品改善情绪的机制
- 体验式学习：烹饪治疗中共同制作彩虹沙拉，关联食物多样性与情绪活力
- 非体重中心反馈：赞扬“完成全餐的勇气”而非体重数值变化

5 结论与展望

心理治疗技术在 EDs 营养管理中有着十分重要的作用。不仅可以随时随着患者心理状态的改变而调整营养干预策略，还可以在营养咨询中使用心理治疗的技术增加患者的改变动机，提高依从性，降低脱落率，从而更好地帮助患者恢复体重并完成营养理念及饮食结构的重建。在进食障碍患者营养管理中融合心理治疗技术是进食障碍营养师应具备的技术和能力。

进食障碍的营养管理与心理治疗技术相结合的未来发展方向可能会包括：

- 神经科学与营养心理学的交叉：探索益生菌（如乳酸杆菌）通过肠脑轴改善 EDs 患者焦虑的分子机制，为“心理-营养”干预提供生物学证据

- 数字疗法的整合应用：开发 AI 辅助的正念进食 APP，实时识别暴食前兆生理信号（如心率变异性升高）并推送干预

- 跨文化适应研究：调整西方 CBT 手册中“个人自主性”目标，融入东方家庭集体决策特征，提升干预文化亲和力。

参考文献

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. 陈莹, 张丽, 李伟. (2021). 动机访谈对中国进食障碍患者治疗依从性的影响. *中国心理卫生杂志*, 35(4), 298-303.
3. Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.012>
4. Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2019). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 27(1), 22-38. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1642033>
5. Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., & Sawyer, S. M. (2021). Five-year outcome of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: A longitudinal multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(12), 1543-1552. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.019>
6. Treasure, J., Crane, A., McKnight, R., Buchanan, E., & Wolfe, M. (2020). Motivational interviewing for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 891-904. <https://doi.org/10.1002/eat.23268>
7. 王丽华, 张明, 李红. (2022). 进食障碍患者营养干预依从性影响因素分析. *中国临床心理学杂志*, 30(3), 412-416.
8. World Health Organization. (2023). **ICD-11 for mortality and morbidity statistics* (2023 release)*. <https://icd.who.int>
9. 张丽华, 陈莹, 王晓. (2020). 家庭治疗对中国青少年神经性厌食症的疗效分析. *中华精神科杂志*, 53(4), 267-273.
10. 中华医学会精神医学分会进食障碍协作组. (2023). 中国神经性贪食诊疗专家共识. *中华精神科杂志*, 56(2), 120-128.
11. 中华医学会精神医学分会进食障碍协作组. (2023). 中国神经性厌食诊疗专家共识. *中华精神科杂志*, 56(3), 181-188. DOI:10.3760/cma.j.cn113661-20230115-00012
12. 中华医学会心身医学分会. (2021). 中国进食障碍诊疗现状白皮书. *中国心理卫生杂志*, 35(8), 601-608.