

进入陌生世界

**F.E.A.S.T**

家人指南

# 接纳进食障碍 诊断

F.E.A.S.T 家人指南系列

2015 年 7 月，第 2 次印刷

“虽然进食障碍的诊断感觉上是令患者和其家人绝望的迎头棒喝，但这也是一个启动治疗，令你所爱家人重获心身健康、重返美好生活的机会。”

版权由 F.E.A.S.T.所有，2014 年

翻译 玥灵，一滴志愿者

校对 何一，一滴志愿者

中文版的翻译和流通已获 F.E.A.S.T.授权。如需使用该手册中文版，请注明版权出处和译者信息。

更多信息请联系 F.E.A.S.T.组织：[info@feast.ed.org](mailto:info@feast.ed.org)

**主编：Walter Kaye，医学博士**

加州大学圣地亚哥分校（UCSD）精神医学教授

加州大学圣地亚哥分校进食障碍研究及治疗项目主任

**家人指南工作组主席：Mary Beth Krohel**

**F.E.A.S.T.**咨询座谈会委员

进食障碍协会（Academy of Eating Disorder, AED）咨询委员会委员，AED 医疗护理标准委员会联络人

**高级编辑及设计 Leah Dean, M. Arch**

**F.E.A.S.T.** 执行主任

**编辑：**

**Craig Johnson 博士**，进食障碍协会会员（FAED, Fellow in the Academy for Eating Disorders），认证进食障碍专业人员（CEDs, Certified Eating Disorders Specialist）  
俄克拉荷马州立医学院临床精神病学教授，科伦纳多州丹佛进食康复中心首席临床主任

**Daniel Le Grange 博士**，进食障碍协会会员

芝加哥大学精神病学及行为神经科学教授，进食障碍项目主任

**Kim McCallum 医学博士**，进食障碍协会会员，认证进食障碍专业人员

华盛顿大学医学院临床精神病学教员，**McCallum** 进食障碍治疗中心创始人

**Mary Tantillo 博士**，精神卫生执业护师-理事会认证，（PMHNP-BC, Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner – Board Certified）

罗彻斯特大学护理学院临床护理教授，西纽约进食障碍综合护理中心主任；The Healing Connections, Inc. 主席/首席执行官及临床主任

**Ellen Rome 医学博士**，公共卫生硕士

克利夫兰诊疗中心儿童医院青少年药物中心负责人，克利夫兰诊疗中心勒纳医学院精神病学教授；青少年健康与医药学会进食障碍分委员会主席；进食障碍协会，医药治疗指导方针工作小组成员

**Joel Yager 医学博士**，进食障碍协会会员

美国精神医学学会进食障碍指导方针实践工作组组长，美国精神医学学会优质护理委员会主席，进食障碍协会前任主席，科罗纳多大学医学院精神医学教授

**Laura Collings Lyster-Mensh**, 理学硕士  
F.E.A.S.T 创始人和政策主任, 进食障碍协会奖获得者

**Jennifer McFarland Whisman**  
F.E.A.S.T.董事会成员, 家人指南工作小组

# 进入陌生世界： 接纳所爱的人的进食障碍诊断

## 我们怀疑我们所关爱的人患有进食障碍并且需要治疗。我们现在可以做什么？

进食障碍是一种严重、并危及生命的脑部神经失调疾病。往往在患者确诊之前，它已令整个家庭陷入混乱。进食障碍的确诊消息可能会让家庭成员略微松一口气，感觉可以进行正式的治疗，然而随之而来的，常常还有对于未更早进行治疗的悔意，对于患病亲属未来的担忧，还有对于后续昂贵治疗和药物费用、以及即将承担起对于患者长期护理责任的焦虑。

与此同时，当家庭成员们得到相互冲突的、或是过时的信息，发现没有一个明确的治疗方案，并收到很少的支持以至于无法为患者做到很好的护理时，这种经历常常会变得更糟。这本手册致力于帮助你接纳患者的诊断，了解关于进食障碍康复的迷思与真相，一起开始进食障碍康复之旅。

## 我们的家庭一直非常和睦稳定，为什么这一切会发生？

家庭并没有导致进食障碍，而且患者自己并未选择患上进食障碍。与此相反，家长与护理人员会是患者在康复道路中强有力的后盾。虽然你有可能并不是治疗进食障碍疾病的专家，当论及你所爱的人的时候，你是一个专家；你宝贵的见解、洞察力、和育儿技巧会并对康复起到重要作用。

## 进食障碍可以被成功治愈吗？

可以。拥有妥善的专家与家庭支持，成功治愈永远有希望。治疗进食障碍并不简单，越早发现并治疗，成功治愈的可能性就会越大。有效的护理时常需要一个综合性方案，特定的护理方法以及长期的警惕性。虽然进食障碍诊断可能是一个令患者和其家人绝望的迎头棒喝，但这也是一个启动治疗过程的机会，这一过程可以令你所爱的人重获心身健康、过上充实美好的生活。

## 我们如何知道我们需要哪一种进食障碍治疗方式？

如果你怀疑你所爱的人患有进食障碍，立即寻求确诊意见以及治疗方案是非常重要的。有证据表明，进食障碍症状的及早察觉与干预与治疗效果的改善呈正向相关。

你所爱的人需要的护理程度与方法取决于很多因素：年龄，生理以及行为上的症状，药物稳定性，精神状态，和病程长度。

在治疗方案确定之前，由熟悉进食障碍的医疗服务人员为患者进行完整的医学以及心理评估是非常重要的。

由于不同的医疗服务人员可能会推荐不同的治疗方案，照料者对于不同方案、诊断标准和目前临床指导的熟悉与了解非常重要。这将帮助他们在护理方案方面做出知情的决定。所有患者都有其特殊的需求，所以不同的治疗方案都可以酌情考虑。

#### 一些可靠的专业资源：

- ◆ 《APA 实践指导手册：进食障碍患者的治疗》（APA Practice Guidelines: Treatment of Patients of Eating Disorders），第三版，2006年，美国精神医学协会（American Psychiatric Association），[www.psych.org](http://www.psych.org)
- ◆ 《AAP 临床报告：儿童与青少年进食障碍的辨识与管理》（AAP Clinical Report: Identification and Mangement of Eating Disorders in Children and Adolesents），2010年，儿童病学学会（Academy of Pediatrics）. [www.aap.org](http://www.aap.org)
- ◆ 《AED 进食障碍患者护理中要点：早期辨识和医学风险管理》（AED Critical Points for Early Recognition and Medical Risk Management in the care of Individuals with Eating dsioders），第二版，进食障碍学会（Academy for Eating Disorders），网址：[www.aedweb.org](http://www.aedweb.org)

#### 我们患有进食障碍的亲人需要离开家庭，接受全天候护理吗？

许多病人并不需要住院治疗：然而，如果患者的医学状况不稳定，门诊治疗过程中效果不明显，或有急性症状的发生，他们可能需要接受更高规格的护理。

需要短程或长程住院治疗并不是门诊治疗的失败或是护理人员的失职。这些选择只是代表不同级别的护理，这种护理可以提供更高安全性及支持。短程住院治疗（校译者注：Inpatient treatment）保证患者病情稳定，阻止患者强迫行为，开始营养恢复，而长程住院治疗（校译者注：Residential treatment，时长可能是几周、几个月，也可能是一年以上）则能够提供一个可监督患者医学状况的环境，并提供长期的营养与护理治疗。

无论患者在哪里接受护理，护理者都需要全情投入，时常保持警惕。虽然更高规格的护理一般对于病情恶化的患者很有必要，日间护理（校译者注：Day Treatment

Program, 患者在家居住, 每天去医院或诊所接受 4 到 12 小时的治疗) 与加强型门诊项目 (校译者注: Intensive Outpatient Program, 患者在家居住, 一般每周 3 天、每天 3 小时在诊所接受心理治疗) 都可以成为短程或长程住院治疗的有效替代选择 (如果您所在地方有此类资源)。任何一种治疗都应是病人、家人和医务人员之间的合作努力的结果, 都应该包括如果需要调整治疗级别和环境的话、该如何做出改变的计划和步骤。

请尽快在你的孩子得到偏高级别的治疗之后, 为其制定后续家庭护理的计划。与此同时, 治疗团队应该与你一同 (更理想的情况是还有门诊医务工作者的配合), 尽早制定一个切合实际的出院计划, 为后续患者出院回家护理做好准备。进食障碍患者会在不同级别护理的转换中变得非常焦虑, 计划不周的转化可能会使得疾病复发。你的孩子将需要家庭中持续的支持, 即使孩子出了院或完成了长程住院治疗。如果为了支持患者康复, 家庭需要做出一些改变, 比如与学校沟通、为孩子学业做一些特别安排, 工作日请假, 或者安排其他家庭成员看护患者的兄弟姐妹, 这些必要的调整势在必行。

更程度的治疗并不是最终门诊工作的替代品。事实上, 很大的治疗效果是与出院后的门诊工作有关。

### 为什么我们了解的很多治疗意见都互相冲突?

家长接收到许多相互矛盾的治疗意见的原因之一是因为进食障碍“专家们”来自于不同专业和背景, 包括心理学, 精神医学, 护理学, 营养学, 医药学及社会工作。即使在这些领域中, 没有两个医务人员会有相同的背景、培训、工作经验和行业组织成员身份。

另外, 进食障碍的知识基础与治疗方法随着时间不断发展改进。首先, 临床实践正趋向于基于研究数据的治疗模式, 这种数据要能证明某种治疗方法能带来可测量并显著的效果 (循证治疗方法, evidence based treatment)。其二, 最新的神经科学研究成果会让医生对于进食障碍有更准确的生物学认知, 这种新认识会带来医学与心理学上的新疗法。这些疗法会专门针对患者大脑中出问题的特定神经回路。不幸的是, 很多医疗从业人员并不了解这些新的研究发现, 而且另一些从业者选择不使用循证治疗方法。另外, 很少有继续教育的项目会教给从业人员这些新的发现和想法 (校者注: 美国各类持执照的医务人员每隔一段时间都需要完成一定数量的继续教育课程, 才能保住执照)。

### 我们无法负担治疗费、就医途中的交通费或是承担旷工的后果。我们不能直接在家里护理患者吗?

几乎没有家庭会预料到他们需要面临一种危及生命的医疗紧急事件。绝大多数面临这类挑战的家庭，会发现相应的财务负担也是另一个危机。需要注意的是，对于患者最好的治疗不一定是昂贵的治疗；但是，如果因为费用、担心损失工作收入或是治疗资源离自己不够近而延迟有效的治疗，长此以往，延迟治疗可能会成为代价最为高昂的选择。

证据表明尽早干预对于进食障碍的恢复起到关键作用。如同药物以及酒精滥用，一旦危机过去，要彻底停止破坏性行为是困难的，中止治疗显得很诱人。并且，患者的病程越长、复发次数越多，要成功康复的难度就越大。

进食障碍是一种非常凶险的疾病，一直以来困扰着各领域的专家们，即使他们身经百战，经验丰富。进食障碍的死亡率能达到 10%，并且病人会因为这种慢性疾病而导致终身不可逆的后遗症。就像确诊癌症一样，进食障碍需要即时的有针对性的循证治疗。

### 我们的宗教顾问觉得我们可以不需要专业治疗便治好亲人的进食障碍。

许多人可能会因为他们自身的经历或考虑，对于精神医学与心理学的有效性存疑。可以确定的是，进食障碍的康复除专业治疗之外，需要个人化的方法与资源作为辅助。就像在专业医学治疗之外、癌症患者可以从灵性指导中汲取力量一样，进食障碍患者除了接受循证的、有科学依据的治疗之外，也可以从灵性指导中获益。然而，单单依靠宗教或灵性指导，进食障碍的症状难以有所好转。专业性的治疗应该是与灵性指导相辅相成，一起为进食障碍患者的康复助力，而不是彼此针锋相对。

### 我们的女儿已经在接受治疗，而且非常喜欢她在城里的那个心理治疗师（therapist）。

总体来说，患者喜欢为自己提供治疗的人是一件好事，但这并不一定能保证有效的治疗成果。事实上，进食障碍患者感觉最舒适的治疗却并无效果，这种情况并不少见！成功的治疗往往要求患者挑战他们已形成奖赏机制的行为，这对于患者来讲，并不常是舒服的、或是简单的。事实上，直面疾病，在一开始会加重患者的焦虑和对治疗的抗拒心理，使得他们迁怒于他们的助理人员。

### 我们的儿子的个人治疗师说他病情有好转，但我们在家里并没有看到任何好转的迹象。实际上，他的病情似乎恶化了。

治疗开始的数周后，患者的进展情况就需要被评估。如果没有明显的好转迹象，



那么目前的治疗方法需要被重新评估，需要进行合理的改变。

由于治疗师接触患者的时间有限，将家庭成员纳入患者是否有进展的讨论是非常重要的，即使患者已经成年。这样的沟通可以让治疗师了解患者在就诊之外的表现和行为。如果家庭护理人员被排除在外，治疗师只能依靠患者自己对于病情的叙述，而且家庭成员也无法评估治疗师是否提供了有效的治疗。

不幸的是，太多患者会掩盖他们所面对的困境，来避免直面进食障碍的痛苦，或防治令家庭成员过于担心。康复的过程的确是很有挑战性，并且非常令人焦虑。因为这个过程需要患者有行为、生理及情绪上的改变，才能战胜进食障碍。

### 为什么我所爱的人不明白我们在试图帮助她/他？

对于家庭成员来说，知道进食障碍患者处在一个与之前不同的状态是非常重要的，即便他们在非进食的方面有多么聪慧和理性。研究证明，营养不良与紊乱的进食状态会影响大脑。大脑一个复杂的由不同系统构成的网络，其中某个系统可能表现异常但不影响其他系统。

即使病情严重，很多进食障碍患者依旧在学业上颇有建树、在职场上表现出色。患者们时常为他们行为的缘由极力辩解，甚至认为他们不需要吃饭就可以正常生活。他们可能还并不担心自己身体机能的衰竭，也没意识到自己需要治疗。在这种情况下，他们会经常误解父母的好意，和医务工作者为了他们康复所做出的努力。

最新的研究正在帮助我们了解大脑的哪一部分令患者否认病情并抗拒治疗。这种对于疾病的忽视是一种疾病症状，叫做“病觉缺失”（anosognosia）。这种症状会随着营养的恢复而逐渐减轻。这是为什么家庭成员应该自己下一些功夫了解疾病，代表患者做一些有关治疗的决定，因为患者在疾病早期可能会不情愿或不能足够理智地参与关于康复的决定。

### 我们的治疗师说我们的女儿病情能够好转，只要“她获得洞见”，“想要好起来”。我害怕她还没有产生这类想法之前就会因为进食障碍死去了。

进食障碍是一种严重的精神类疾病。它会影响患者的大脑。我们知道彻底康复并不仅仅代表着正常进食，但食物本身其实是能帮助患者营养不良的身体与大脑恢复健康的最重要药物。

不幸的是，让患者服下这种药物，比多数人想象得要更加困难。就像治疗癌症的

化疗一样，进食障碍的治疗本身甚至有时会比实际疾病的痛楚还要糟糕。这是为什么见地和情绪的改善并不足以让患者对治疗买账。只有在大脑获得足够营养的前提之下，患者才会得到真正的见地与情绪状态的改善。不要期望，或等待，你所爱的人在营养治疗开始之前，就“想要好起来”。

### **我们怎么知道患者正在接受的治疗有效与否？**

在过去的五到十年里，许多有关进食障碍研究涌现，改变了这一领域。这些研究致力于基因缺陷，大脑运行模式，患者人生早期的人格特质和关于不同治疗方法的临床疗效。很多研究的结果对过去一些关于进食障碍的假定表示怀疑，比如进食障碍是生活方式的选择，是功能失调的家庭的后果，或是一种无法治愈、只能被管控的慢性疾病。

新的证据表明，有效的治疗方法可以较快地改善进食障碍患者的症状。事实上，如今的治疗师应该能对于患者康复进程做出切实可行的推测、给出时间框架，并视患者的家庭人员为重要的一线战友，共同为照料患者、实现康复成效做出努力。

### **我们经常听到“循证”（evidence-based）这个词，这个词是什么意思？**

循证，意为一些特定的治疗方法有正当的研究支持。例如，我们通过研究得知抗生素是一个针对溃疡的有效治疗方法，尽管在没有确切数据支持前、这个想法曾被强烈反对。当一个专业医生给某位患者开出某种剂量的某种药时，这个决策往往基于以往详实的医学研究和临床判断。

在过去，很少有研究去分析为何特定的进食障碍治疗方法被使用。大多数治疗方法是针对导致想法和行为的各种念头。虽然现有研究不能准确回答“什么导致了进食障碍”这个问题，但它们证明了某些治疗方法的确要比其他的更有效。就像医生会先使用药效最好的药物来治疗感染，进食障碍临床工作者也应该首要推荐并提供循证的治疗方法。

### **我不想告诉任何人我的孩子不得不接受精神疾病的治疗。我怕她会被歧视，并因此感到自卑。**

精神类疾病，包括进食障碍，的确承担着污名。这种污名往往基于一些没有事实根据的观点：比如脑部异常无法复原，患者无法康复，或者他们会永远“残缺”或者古怪下去，或者是他们自己导致了他们的精神疾病。

患者、家属及大众应了解的非常重要的一点，是精神疾病其实挺普遍的。从新角度看待精神疾病的时代，正在孕育之中。就像我们可以坦然地在公开场合和日常

对话里谈论乳腺癌，我们也应该可以公开、坦然地谈论进食障碍。就像乳腺癌一样，谈论进食障碍没必要遮遮掩掩。隐藏进食障碍的诊断会加重污名和过时的想法，这可能会导致糟糕的治疗决定、降低康复的几率。

去除进食障碍的污名，要从我们每一个人如何看待这种疾病开始。当家长变得更加坦诚接受这个问题、更积极地为他们所爱的人寻求治疗方法、向他人传播关于这个疾病的知识，对于有效的循证治疗的需求就会增加。这类倡导工作已经在帮助去除自闭症、抑郁症、强迫症、酒精成瘾和很多其他精神类疾病的污名，以及改善给患者的治疗。

**我将儿子的进食障碍怪罪于我的前妻。而她将此怪罪于在学校里欺凌儿子的某个人。当地的一个治疗师称这种疾病“都是关于控制欲”。**

试图找出进食障碍的“成因”以及“怪罪”始作俑者的做法，是无益于进食障碍的治疗的。研究人员与治疗师对于进食障碍这一复杂疾病的了解还不够，还不足以下确切的定论，是什么因素导致了某个人患上进食障碍。即使家庭成员可能对于进食障碍发展中的紊乱行为的成因存在分歧，更重要的做法是抛开这些争论，团结一心，将注意力集中在为患者提供有效且高质量的治疗。

患有进食障碍是一件非常艰难、令人畏惧、焦虑的事情。每个患者都值得拥有冷静、充满信心并且团结一致的家庭和医疗团队作为后盾。如果患者得到前后一致的、切实的关于疾病的信息、协调良好的关于治疗的消息，这才能最好地为患者造福。当团队中出现分歧时，首要任务应该是在患者不在场的情况下，讨论和解决分歧。患者，家人以及治疗团队站在同一战线的重要性，怎么强调都不过分。

**作为患者的家庭成员，我们可以做什么来支持患者的治疗？**

护理一个生病的孩子，不是“常规”的养育。家庭成员通常需要学习新的知识与方法来呵护一个患有进食障碍的孩子。下列是一些家庭成员可以做的事情：

- ◆ 让你的孩子知道，你明白目前情况的严重性
- ◆ 肯定你的孩子的感受，但并不要假装理解他们
- ◆ 承认你的孩子的恐惧，但是不要顺从这种恐惧行事
- ◆ 将所有的埋怨搁置一边
- ◆ 学习护理技巧，比如动机性访谈（motivational interviewing）
- ◆ 将你的孩子与你脑海中的那个疾病分开而论
- ◆ 确保所有护理人员就治疗方案达成共识
- ◆ 保证每一餐都有适量的营养供给
- ◆ 营造一个温暖的并充满支持的家庭环境

- ◆ 与一个接受过最新训练、拥有高专业水准的临床团队合作
- ◆ 相信你作为家长的最勇敢的直觉，与医疗团队分享
- ◆ 当你为你所爱的人发声、争取利益时，要冷静、充满信心、果敢
- ◆ 相信你所看到的症状并非是为了操控你、针对你，而是被强大的生物学方面的因素所推动
- ◆ 承认患者对于告别疾病的恐惧
- ◆ 作为护理者，你也应该寻求他人的支持与帮助，以防止耗竭、以及处理全天候护理所带来的巨大压力
- ◆ 要记住，家中的其他孩子也需要支持，也需要了解他们的兄弟姐妹正在接受妥善的治疗
- ◆ 有耐心，要明白进食障碍的康复是一个长期过程
- ◆ 对于承担养育者和照料者的角色表现出充足的信心

如果我们想获取更多关于进食障碍的信息，我们应该去哪里查询？ 如何找到对我的孩子有效的治疗？

这个家庭成员指南是 F.E.A.S.T.进食障碍指导手册系列之一。如果您需要订购 F.E.A.S.T.治疗指南的纸质版，或下载电子版（PDF 版本），请访问我们的官方网址：[www.feast-ed.org](http://www.feast-ed.org)

**FEAST 系列其他治疗手册：**

**2012 年 11 月**

《令人费解的症状：进食障碍与大脑，关于进食障碍的神经生物学因素的指南》

**2014 年 1 月**

《风雨中的港湾：如何在美国为进食障碍患者选择一个有效的医疗团队》

**2015 年 4 月**

《餐盘之上：营养对于了解和治疗进食障碍的重要性》

## 附录 A: DSM-5 诊断类别

在美国，进食障碍是根据《精神疾病诊断与统计手册》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 简称 DSM) 中的具体标准来诊断的。这一手册由美国精神医学学会 (American Psychiatric Association, APA) 发布，其最新版本是于 2013 年 5 月发布的 DSM-5。DSM-5 将进食与喂食疾病分类如下：

神经性厌食症 Anorexia Nervosa

神经性贪食症 Bulimia Nervosa

暴食症 Binge-Eating Disorder

异食癖 Pica

反刍障碍 Rumination Disorder

回避型/限制型进食障碍 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)

其他类别的进食障碍 Other Specified Feeding or Eating Disorder(OSFED)

未指明的进食障碍 Unspecified Feeding or Eating Disorder (UFED)

OSFED 和 UFED 的类别用于这么一种情况：行为引发了临床上的显著压力和/或功能损伤，但没有达到其他类型的进食障碍的诊断标准。*这些类别并不代表这一进食障碍相对没那么严重，它们只是描述了一组不同的症状。*

美国的医疗工作者基于 DSM-5 中的诊断代码来向医疗保险公司开具账单。

## 附录 B：不同类别的诊疗的定义

如下是美国常见的治疗选项的简介。请注意，这个手册中所使用的术语在其他国家和医疗系统中可能有不同的含义。

- **门诊 Outpatient, OP:** 患者在家居住，定期去治疗师的办公室参加心理治疗（一般是一次 45 到 50 分钟）。这通常包括每周一到多次治疗。患者可能是单独接受治疗，与家人一起参与，与其他病人参与团体治疗，和/或与多个家庭一起接受治疗。这种类型的心理治疗会依据一系列因素而制定：患者的年纪，整体治疗方法和治疗师的个人哲学取向。门诊治疗一般不包括有护理人员监督的就餐。
- **加强型门诊项目 Intensive Outpatient Program, IOP:** 患者在家居住，每周花部分时间在诊所接受心理咨询和有限的就餐支持。常见的 IOP 日程表包括每天 3 小时，每周 3 天，包括晚餐。
- **日间护理项目 Day Treatment Program:** 患者主要在家居住，每天去医院或诊所接受 4 到 12 小时的治疗。治疗包括个人心理咨询、团体心理咨询和家庭心理咨询，以及就餐支持。通常，患者每天至少在治疗项目里吃至少两顿饭和一次加餐。日间护理项目可能有也可能没有周末的住宿和支持。
- **半住院项目 Partial Hospitalization, PHP:** 患者住在家里，但每天花 6 到 12 小时，每周 5 到 7 天的时间在医院或诊所里接受治疗。治疗包括个人心理咨询、团体心理咨询和家庭心理咨询，医学观测和就餐支持。通常，患者每天在项目里吃至少两顿饭和一次加餐。有些 PHP 项目会提供住宿以及在每周部分时间里让患者过夜。
- **请注意:** 各州法规和执照标准会影响你的社区里是否有日间护理项目和半住院项目。
- **短程住院项目 Inpatient, IP:** 往往是出于稳定患者医学状态或是精神状态的需要，患者住在医院，有可能也可能不接受心理治疗。住院可能是自愿的，也可能是非自愿的。有些医院有给非自愿住院患者的床位，有的医院没有。通常，短程住院是在综合性医院、或精神类诊疗机构里，这些机构可能有也可能没有一个专门的进食障碍部门。一家综合性医疗机构里的就餐支持通常是关注于医学状态上的稳定（非不是体重恢复）。
- **长程住院项目 Residential:** 患者住在提供全天候护理的进食障碍专门机构里。长程住院项目通常要求患者居住较长的时间，从几周、几个月到一年、几年不等。当门诊级别的干预手段不能有效阻止进食障碍症状，当患者需要高度管控的环境来恢复体重，停止暴食、清除或者其他自我破坏性的行为，那这可能意味着患者需要参与长程住院项目。