

· 综述 ·

## 进食障碍照料者心理干预研究进展

张磊 陈珏

200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心

通信作者: 陈珏, Email: chenjue2088@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2021.10.012

【摘要】 进食障碍(eating disorder, ED)是一种严重危害患者心身的难治性精神障碍,给患者及其照料者带来极大痛苦。在管理ED患者日常生活及寻求医疗援助过程中,ED照料者存在较重的心理困扰与负担,其应对自身压力和情绪痛苦的方式常使患者的症状陷入恶性循环,因此亟需为其提供必要干预。现回顾ED照料者心理干预研究的成果,以期对未来ED治疗的相关研究和临床实践提供建议。

【关键词】 进食障碍; 照料者; 心理干预

基金项目:上海市精神心理疾病临床医学研究中心(19MC1911100)

**Research progress on psychological intervention of caregivers with eating disorders** Zhang Lei, Chen Jue  
Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China  
Corresponding author: Chen Jue, Email: chenjue2088@163.com

【Abstract】 Eating disorder (ED) is a refractory mental illness that seriously endangers the physical and mental health of patients, and brings great pain to patients and their caregivers. In the process of managing the daily life of ED patients and seeking medical assistance, ED caregivers have heavy psychological disturbance and burden. The way they cope with their own stress and emotional pain often makes the patient's symptoms fall into a vicious circle. Therefore, it is urgent to provide necessary intervention for ED caregivers. This article reviews the results of psychological intervention studies for ED caregivers with a view to providing recommendations for future research and clinical practice of ED treatment.

【Key words】 Eating disorder; Caregiver; Psychological intervention

Fund program: Shanghai Clinical Research Center for Mental Health (19MC1911100)

进食障碍(eating disorder, ED)是一组与心理因素相关的生理障碍,是以反常的摄食行为和心理紊乱为特征,伴显著体重改变和(或)生理功能紊乱的一组心理行为障碍<sup>[1]</sup>,具有病程长、症状反复发作等特点,主要包括神经性厌食症(anorexia nervosa, AN)、神经性贪食症(bulimia nervosa, BN)和暴食障碍(binge eating disorder, BED)<sup>[2]</sup>。

AN患者追求病理性苗条,常通过限制进食、过度运动等方式阻止体重增加,体重明显低于同龄人正常标准,导致其电解质水平和代谢功能等严重紊乱<sup>[1-3]</sup>。BN患者的自我评价和AN类似,也受到体重和体形过度影响,通常在节食减肥期间或之后开始出现反复发作性暴食和不恰当的补偿行为(如催吐、导泻等清除行为),伴有多种躯体并发症,体重处于正常范围或轻微超重<sup>[1-3]</sup>。BED患者存在不可控制、冲动性的暴食而无补偿行为,体重可能显著

高于同龄人正常标准,同样有较高可能性合并严重躯体障碍和其他精神障碍<sup>[1-3]</sup>。

由于ED患者存在明显的心理和行为障碍,身心健康严重受损,且疾病呈现慢性化等特点,导致照料者面临着紧张而严峻的挑战<sup>[1]</sup>。除了需要付出大量的时间和金钱之外,ED照料者还承受着极大的心理负担和压力,例如过度地将孩子病因归咎于自身,认为自己有全部责任去“拯救”孩子,却缺乏有效的情绪调节和行为管理等技能,家庭功能受损严重,生活质量堪忧,并且存在严重的情绪问题<sup>[4-8]</sup>。在管理ED患者的日常饮食和寻求医疗援助的过程中,照料者常出现焦虑、抑郁等情绪症状,有研究甚至发现照料者的不良情绪强度超过了患者主观报告的情绪强度<sup>[9-10]</sup>。

亲近的照料者在发现ED患者早期症状与配合治疗方面扮演重要的角色,然而其普遍缺乏疾病相

关的专业知识与有效的护理技能<sup>[11-12]</sup>。在与ED患者的互动交流中,照料者通常表现出较高的情绪表达与过度苛责,这种不良的互动模式会维持或加深ED症状,从而进一步增加照料者的心理痛苦与负担,最终使得疾病陷入恶性循环<sup>[12-14]</sup>。这个过程也可称作“顺应与赋能”,即照料者们应对自身压力和情绪痛苦的方式强化了患者的ED症状及其他问题行为<sup>[15]</sup>。

ED的发生、发展与其家庭成员间的关系混乱存在较大关联,特别是AN患者,常与某些成员家庭处于“共生”“缠结”的状态<sup>[16]</sup>,而“独立自主”与中国传统家庭规范的冲突是ED发生与维持的关键因素之一<sup>[17]</sup>,提示将ED照料者纳入治疗体系的必要性。因此,针对性地向ED照料者提供疾病相关的教育、治疗相关的课程信息以及参与心理干预的机会,有利于协助打破疾病循环,更好地促进ED患者康复<sup>[18-19]</sup>。

### 一、ED照料者干预疗效研究

以往研究中,ED照料者干预的理论背景主要包括心理教育、协作护理模型、人际维持模型、基于家庭的治疗(family based therapy, FBT)、辩证行为治疗(dialectical behavioral therapy, DBT)和认知行为治疗(cognitive behavioral therapy, CBT)等<sup>[11, 20-21]</sup>。多数干预项目均强调家庭互动在ED维持和发展中的重要作用,通过心理支持、课程讲授、技能训练、小组讨论和角色扮演等方式帮助照料者了解ED的精神病理知识,习得良好的应对方式,培养有效的人际沟通技能,减少照料者的消极情绪体验和强化症状的行为,增加照料者的心理韧性和护理能力<sup>[11, 20-21]</sup>。本文根据实施方式将常见的ED照料者干预分为线下工作坊、线下家庭治疗、自助干预和基于网络的干预四种类型。

1. 线下工作坊: 线下工作坊具有短时、高频度、起效快等特点,主要包括心理教育工作坊和协作护理工作坊两种。通常而言,线下工作坊不限制干预的理论类型,缺乏严格的、结构化的心理治疗设置。(1)心理教育工作坊。心理教育工作坊以讲座和小组讨论为主,围绕知识讲授、技能训练和情感支持展开。知识讲授主要包含ED的症状表现、影响因素、后果和治疗方法等;技能训练主要包含外化技能、问题解决技能、情绪识别技能和情绪调节技能等;情感支持主要包含治疗师对照料者的安慰与鼓励,也包含照料者之间的相互慰藉<sup>[22-24]</sup>,旨在提高ED照料者对患者疾病的了解程度,提高其积极护理

体验和自我效能感,减少消极情绪对家庭的负面影响等。多项研究结果表明,心理教育工作坊对ED照料者有良好治疗效果。Uehara等<sup>[22]</sup>纳入37名ED照料者参加5次、每次2h的干预,结果发现干预结束时ED照料者们的高情绪表达显著改善,对患者症状的负面评价与消极的护理体验显著减少,家庭内和家庭间的积极人际互动显著增加。Robinson等<sup>[23]</sup>纳入33名ED照料者参与为期2d,总共12h的干预,结果发现干预结束时照料者们的自我效能感显著提高,自责与畏惧情绪显著缓解,其能更加明确自己在患者情绪支持和引导方面的重要作用。耿淑霞等<sup>[24]</sup>将37名住院ED患者的照料者随机分至干预组(每周1次,每次1.5h,共6次)和对照组(接受1次入院须知宣教),结果发现,与对照组相比,干预结束时干预组照料者的抑郁、焦虑水平显著降低,总体幸福感显著提升。Whitney等<sup>[25]</sup>在比较心理教育工作坊与面对面家庭治疗疗效差异时加入了患者变量,结果发现特定的工作坊能够起到与长程家庭治疗类似的疗效。该研究团队将48例AN患者及119名照料者随机分至家庭日工作坊组(3d)和FBT组(每周1次或每2周1次,每次1~2h,共18h),结果发现,干预结束时两组照料者的心理痛苦、消极护理体验和高情绪表达均显著降低,患者的体质指数(body mass index, BMI)也显著提高。(2)协作护理工作坊。其以技能训练为主,主要包含情绪表达、动机会谈、行为激活、行为矫正、认知重建、家庭功能分析以及临床医疗护理技能等<sup>[26-28]</sup>,旨在增强家庭成员间的良性互动,减少ED照料者的消极护理体验和顺应与赋能行为等。多项研究结果表明,协作护理工作坊具有良好疗效,且能在较长的随访期内得以维持。Sepúlveda等<sup>[26]</sup>纳入35名ED照料者参与为期12周、每2周1次、每次2h的干预(外加1次强化工作坊),结果发现,干预结束时照料者们的焦虑水平、一般护理负担以及ED症状对家庭造成的负面影响均显著减轻,并且疗效在12周随访时依然明显存在。Pépin等<sup>[27]</sup>纳入15名ED照料者参与为期6周、每周1次、每次2.5h的干预,结果发现,干预结束时照料者们的高情绪表达、心理痛苦、护理负担以及顺应与赋能行为均显著减少,并且疗效在8周随访时依然明显存在。Sepúlveda等<sup>[28]</sup>发现,协作护理技能工作坊和心理教育工作坊的疗效差异无统计学意义,研究者将63名ED照料者随机分至两组,参与为期3个月、每2周1次、每次2h的工作坊(外加1次强化工作坊),结果发现,干预结束时两组照

料者们的心理痛苦、消极护理体验、患者症状等显著减轻,3个月随访时的顺应与赋能行为均显著减少。线下工作坊操作较为简便,综合了多种治疗理论和干预策略,但特异性较低。因此,在具体实施过程中应先细致评估,根据ED患者疾病类型和严重程度分组,调整知识宣讲和技能训练的比重。例如对于重度AN照料者而言,增加饮食营养知识宣教;对于重度BED照料者而言,增加行为训练和运动指导等。

2. 线下家庭治疗: 线下家庭治疗以单家庭或多个家庭作为主要干预对象,内容包括讲解ED病理机制、讨论家庭价值观、调整家庭互动模式、制订和实施饮食恢复计划、提供恰当情感支持等<sup>[29-32]</sup>。线下家庭治疗通常需要对参与者进行系统评估,拟定较为严格的治疗设置,多以FBT为理论支撑,关注ED照料者对患者饮食的合理管控,旨在帮助ED照料者转变信念,调整治疗预期,降低高情绪表达,提高整体家庭功能等。线下家庭治疗能够显著缓解照料者们的心理压力与负担,增加其积极情绪体验和自我效能感。Zucker等<sup>[29]</sup>纳入16个ED家庭参与为期4个月、每周1次,每次1.5h的团体父母训练(每组7~12名),结果发现,干预结束时照料者们对此种干预有积极反响,认为团体训练对于管理患病子女、提高一般的护理技能以及减轻自身压力与负担至关重要。Gísladóttir等<sup>[30]</sup>纳入58例ED照料者参与每周1次、共5次的谈话治疗(随访期包含3次额外的加强团体治疗),前3次为多家庭团体治疗,后2次为单个家庭会谈,结果发现90%~96%的照料者认为谈话治疗提供了丰富的心理支持和慰藉,在干预结束时其消极情绪体验、关于疾病的不良信念、顺应与赋能行为等显著减少,生活质量显著提升。Gísladóttir等<sup>[31]</sup>纳入21名ED照料者参与为期1个月、每周1次的团体教育与支持治疗(每组6~8名),结果发现,干预结束时照料者们的ED病理知识和护理技能显著增加,自责与过度卷入显著减少,其对孩子身材和体重的关注逐渐减弱,整体家庭功能显著提高,患者的ED症状也得到一定缓解。但也有研究未得出一致结论。Dimitropoulos等<sup>[32]</sup>纳入26例患者和39名AN照料者参与25次的FBT,结果发现干预结束时照料者的顺应与赋能行为显著减少,3个月随访时的自我效能感显著提升,然而照料者取得的进步却未能显著预测患者体重的恢复。线下家庭治疗为ED照料者提供更直接和及时的指导,在团体互动过程中提供了一个相互借鉴学习的机会,能够

增进家庭成员之间以及家庭成员和带领者之间的联结,更好地实现ED照料者与专业护理人员的配合。

3. 自助干预: 自助干预分为有指导和无指导两种,有指导的自助干预一般通过电话或邮件把控照料者的学习进度,提供答疑和心理支持;无指导的自助干预中,参与者自行学习相关资料。干预材料包含DVD、自助书籍和治疗手册,主要包括理论指导和技能实践,其中技能实践包含选择优先级、制订行为目标和契约、自我安抚、有效管理患者饮食的技能等<sup>[33-39]</sup>,旨在推进照料者实现自主学习和提高,拓展知识,增加积极情绪体验和掌控感,减少顺应与赋能行为等。自助干预能解决高需求、资源匮乏、地理和时间限制等问题,在ED照料者中被应用广泛。Grover等<sup>[33]</sup>纳入27名AN照料者参与有指导的离线版网络系统认知行为干预,包括网络技能训练工作坊录制的DVD、治疗手册和电话/邮件指导,结果发现干预结束时照料者们的焦虑、抑郁、消极护理体验和高情绪表达显著减轻。Goddard等<sup>[34]</sup>将153名ED照料者随机分至有指导的自助干预组和无指导的自助干预组。无指导的自助干预会给照料者5张DVD和治疗手册,有指导的自助干预在此基础上增加3次、每次40min的电话指导,结果发现干预结束时两组照料者们的心理痛苦、顺应与赋能行为均显著减少,自我效能感和积极的护理体验均显著提升。Spettigue等<sup>[35]</sup>将51名ED照料者随机分至心理教育联合有指导的自助干预组和等待干预组,干预包含2h的面对面心理教育、自助书籍、DVD以及2次电话指导(每2周1次),结果发现干预结束时照料者们的自我效能感、ED相关知识等显著增加。Hibbs等<sup>[36]</sup>将268例重症AN的照料者随机分至常规治疗结合有指导的技能训练自助干预组或常规治疗干预组,有指导的自助干预包含治疗手册、5张DVD和10次40min电话指导,结果发现,干预结束时照料者们的生活质量显著提升,高情绪表达、护理负担、患者精神病理症状等均显著减少。尽管多数研究证明了自助干预的有效性,但仍有部分研究发现照料者的消极情绪体验和强化ED症状的行为未能获得显著改善。Sepúlveda等<sup>[37]</sup>纳入16名ED照料者参与有指导的技能训练自助干预,包含DVD和电话指导,结果发现照料者对于干预有较高的满意度,干预结束时其主观压力水平显著降低,但是抑郁、焦虑等情绪却未显著改善。Quadflieg等<sup>[38]</sup>将285名ED照料者随机分至有指导的视频自助干预组和对照组,两组的差别在于干预组能够获得5张

DVD 以及 2 次额外的团体课程, 而对照组仅有常规治疗和电话指导, 结果发现干预结束时照料者们的护理负担和心理痛苦显著减轻, 但是顺应与赋能行为却无显著改善, 提示将 DVD 与其他干预联合或可发挥更大治疗效果。虽然电话指导能增加照料者们的依从性和可控度, 但并未起到显著的增效作用。Hodsoll 等<sup>[39]</sup>发现, 有指导和无指导自助干预的疗效差异无统计学意义。研究者<sup>[39]</sup>将 149 名 AN 照料者随机分至常规治疗联合有指导的技能训练自助干预组、常规治疗联合无指导的技能训练自助干预组或常规治疗干预组, 有指导的自助干预包含自助书籍及配套的 DVD 以及 10 次 30 ~ 60 min 的电话指导, 无指导的自助干预不提供电话指导, 结果发现, 6 个月随访时两自助干预组照料者们的顺应与赋能行为均显著减少, 12 个月随访时的护理技能均显著提高, 并且患者的 BMI、同伴关系和亲社会行为均有较大提升。自助干预起效的关键在于 ED 照料者们的主动性和积极参与度, 若能够在自助干预开始前进行充分宣讲, 在实施过程中适当加入面对面的团体巩固课程, 或许将提高 ED 照料者们的依从性。由于 ED 病因复杂、治疗难度大, 且常与其他精神障碍共病, 因此不建议中重度 ED 照料者只接受单一的自助干预。

4. 基于网络的干预: 网络心理治疗在 ED 照料者干预中得到广泛使用, 与传统面对面心理治疗相比, 网络心理治疗具有打破地域限制、增加治疗灵活性、覆盖范围更广等优点<sup>[40]</sup>。多项研究结果表明, 基于网络的干预能够有效缓解 ED 照料者们的的情绪压力, 提升其应对能力和生活质量<sup>[41-44]</sup>。Grover 等<sup>[41]</sup>将 64 名 AN 照料者随机分至有指导的基于网络的认知行为技能训练干预组和常规支持组(对照组), 参与为期 4 个月的治疗。结果发现, 与对照组相比, 干预结束时干预组照料者们的焦虑、抑郁、高情绪表达显著减少, 并且在 2 个月随访时疗效依然存在。Hoyle 等<sup>[42]</sup>将 37 名 AN 照料者随机分至有指导的基于网络的认知行为技能训练干预组和无指导的基于网络的认知行为技能训练干预组, 参与为期 4 个月的治疗, 结果发现, 干预结束时两组照料者们的消极护理体验、焦虑、抑郁、内疚和被侵入感等均有显著改善。Binford 等<sup>[43]</sup>纳入 13 名 AN 照料者参与为期 15 周、每周 1 次, 每次 1.5 h 由治疗师带领的在线聊天会议(打字聊天), 鼓励照料者们相互支持, 表达情绪, 共同克服 ED 症状带来的影响, 结果发现, 干预结束时照料者的满意度高达 91.7%, 其表示有强

烈的参与感, 通过多家庭间的坦诚交流, 有效地缓解了自身情绪压力, 学到了更有效的应对策略, 进而更好地从事 ED 护理工作。但也有研究未能验证网络干预具有良好效果。郭垒等<sup>[45]</sup>纳入 254 名 ED 照料者参与为期 4 周、每周 1 次、每次 1.5 h 的在线心理教育干预, 结果发现干预结束时照料者的焦虑和抑郁水平均未得到显著缓解。疗效不佳的可能原因是干预内容无明确结构、缺乏针对性、干预强度低以及人数过多而导致参与感较低等。Dimitropoulos 等<sup>[44]</sup>发现, 基于网络的心理教育干预能够达到与线下心理教育工作坊类似的疗效, 不过网络干预组的参与度明显低于工作坊, 且人员脱落迅速。研究者将 50 名 ED 照料者随机分至网络心理教育干预组和线下心理教育工作坊, 参与为期 8 周的治疗, 网络组包含 8 次、每周 1 次的线上课程以及每周 1 次、每次 30 min 的电话指导, 线下工作坊每月 1 次, 每次 7 h, 结果发现干预结束时, 两组照料者的主观负担均显著降低, 心理健康水平、问题解决能力和生活质量等均有显著提升。基于网络的干预灵活性最高, 具有相当大的优势, 值得进一步推广和研究。可以通过线上多媒体将心理工作坊、家庭治疗和自助干预有机结合, 最大限度提高干预的受惠范围, 例如开展线上讲座、现场直播、视频讨论和文字答疑等。

## 二、小结与展望

以往研究的干预对象主要包括 AN、BN 和其他未特定的进食障碍(eating disorder not otherwise specified, EDNOS)照料者, 且多为患者的父母<sup>[23-25, 27-29, 31-39, 41-43]</sup>, 少数包含患者配偶、兄弟姐妹、祖父母等其他亲属<sup>[22, 26, 30]</sup>。其中 AN 照料者干预研究数量最多, 未来可探索不同亚型 ED 照料者心理痛苦的差异, 适当增加 BED 照料者干预研究。

以往研究的干预类型主要包括线下工作坊、线下家庭治疗、自助干预和基于网络的干预, 其中线下工作坊和自助干预的研究数量最多。多项研究结果表明, 心理教育工作坊和协作护理工作坊均能够显著缓解 ED 照料者的消极情绪体验与负担<sup>[22-27]</sup>, 且疗效无显著差异<sup>[28]</sup>。线下家庭治疗能够显著增加 ED 照料者的自我效能感, 显著缓解其压力与心理痛苦<sup>[29-30]</sup>。部分研究发现, 干预结束时 ED 患者的症状也能获得显著改善<sup>[31]</sup>, 不过也有研究未能得出相似结论<sup>[32]</sup>。自助干预具有实施便利、节约资源等优势, 多项研究结果表明, 通过自主学习, ED 照料者的知识与技能得到显著提升, 护理负担与情绪困扰显著减少<sup>[33-35]</sup>, ED 患者的精神病理症状也得

到一定改善<sup>[36]</sup>。但是也有部分研究发现,自助干预疗效一般<sup>[37-38]</sup>。基于网络的干预惠及范围最广,多项研究结果表明其能显著提升 ED 照料者的生活质量和应对技能,显著减少压力与消极情绪体验<sup>[41-44]</sup>,然而存在脱落率高、融入感差等问题<sup>[44-45]</sup>。未来可以考虑采用临床随机对照研究考察不同干预类型的疗效差异,验证干预可行性并形成标准化干预模式。

考虑到国内临床医疗资源相对不足,推广自助干预及基于网络的干预将惠及更多的 ED 患者及其照料者。FBT 和 DBT 是治疗 ED 的常用方法,也是 ED 照料者干预中的常用方法<sup>[11, 20-21]</sup>。多项研究结果分别验证了 FBT 或 DBT 在减少患者症状、改善家庭互动、增加情绪调节能力和痛苦忍受能力方面的良好效果<sup>[46-47]</sup>以及 FBT 联合 DBT 在改善 ED 患者的精神病理症状、提高其情绪应对能力方面的良好效果<sup>[48-50]</sup>。未来可以考虑深入探究 FBT 和 DBT 网络干预模式对 ED 照料者的影响以及这种影响与患者症状改善之间的潜在关联。

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

**作者贡献声明** 文章构思和文章撰写为张磊,修订和审校为陈珏

### 参 考 文 献

[1] 陈珏.进食障碍[M].北京:人民卫生出版社,2013.

[2] 王向群,王高华.中国进食障碍防治指南[M].北京:中华医学电子音像出版社,2015.

[3] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders:DSM-5 (5th edition) [M]. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

[4] Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families[J]. Clin Psychol Rev, 2014, 34(1): 29-43. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.10.005.

[5] Papatomas A, Smith B, Lavallee D. Family experiences of living with an eating disorder: a narrative analysis[J]. J Health Psychol, 2015, 20(3): 313-325. DOI: 10.1177/1359105314566608.

[6] Stefanini MC, Troiani MR, Caselli M, et al. Living with someone with an eating disorder: factors affecting the caregivers' burden[J]. Eat Weight Disord, 2019, 24(6): 1209-1214. DOI: 10.1007/s40519-018-0480-7.

[7] Svensson E, Nilsson K, Levi R, et al. Parents' experiences of having and caring for a child with an eating disorder[J]. Eat Disord, 2013, 21(5): 395-407. DOI: 10.1080/10640266.2013.827537.

[8] Le LKD, Barendregt JJ, Hay P, et al. Prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis[J]. Clin Psychol Rev, 2017, 53: 46-58. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.02.001.

[9] Hicks White AA, Snyder A. Examining youth and caregiver reports of depression and anxiety in families seeking eating disorder treatment[J]. Eat Disord, 2018, 26(4): 326-342. DOI: 10.1080/10640266.2017.1405650.

[10] Schwarte R, Timmesfeld N, Dempfle A, et al. Expressed emotions and depressive symptoms in caregivers of adolescents

with first-onset anorexia nervosa—a long-term investigation over 2.5 years[J]. Eur Eat Disord Rev, 2016, 25(1): 44-51. DOI: 10.1002/erv.2490.

[11] Treasure J, Nazar BP. Interventions for the carers of patients with eating disorders[J]. Curr Psychiatry Rep, 2016, 18(2): 16. DOI: 10.1007/s11920-015-0652-3.

[12] Fox JR, Dean M, Whittlesea A. The experience of caring for or living with an individual with an eating disorder: a Meta-synthesis of qualitative studies[J]. Clin Psychol Psychother, 2017, 24(1): 103-125. DOI: 10.1002/cpp.1984.

[13] Zabala MJ, Macdonald P, Treasure J. Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review[J]. Eur Eat Disord Rev, 2009, 17(5): 338-349. DOI: 10.1002/erv.925.

[14] Anastasiadou D, Medina-Pradas C, Sepulveda AR, et al. A systematic review of family caregiving in eating disorders[J]. Eat Behav, 2014, 15(3): 464-477. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.06.001.

[15] Treasure J, Rhind C, Macdonald P, et al. Collaborative care: the New Maudsley Model[J]. Eat Disord, 2015, 23(4): 366-376. DOI: 10.1080/10640266.2015.1044351.

[16] Highet N, Thompson M, King RM. The experience of living with a person with an eating disorder: the impact on the carers[J]. Eat Disord, 2005, 13(4): 327-344. DOI: 10.1080/10640260591005227.

[17] Ma JLC. Eating disorders, parent-child conflicts, and family therapy in Shenzhen, China[J]. Qual Health Res, 2008, 18(6): 803-810. DOI: 10.1177/1049732308318737.

[18] Herpertz-Dahlmann B, Van Elburg A, Castro-Fornieles J, et al. ESCAP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa: a European perspective[J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2015, 24(10): 1153-1167. DOI: 10.1007/s00787-015-0748-7.

[19] National Institute for Health and Care Excellence. National Guideline A: National Institute for Health and Care Excellence: clinical guidelines, eating disorders: recognition and treatment[EB/OL]. (2017-05-23) [2021-04-15]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.

[20] Hibbs R, Rhind C, Leppanen J, et al. Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis[J]. Int J Eat Disord, 2015, 48(4): 349-361. DOI: 10.1002/eat.22298.

[21] Albano G, Hodsoll J, Kan C, et al. Task-sharing interventions for patients with anorexia nervosa or their carers: a systematic evaluation of the literature and meta-analysis of outcomes[J]. Int Rev Psychiatry, 2019, 31(4): 367-381. DOI: 10.1080/09540261.2019.1588711.

[22] Uehara T, Kawashima Y, Goto M, et al. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: a preliminary study[J]. Compr Psychiatry, 2001, 42(2): 132-138. DOI: 10.1053/comp.2001.21215.

[23] Robinson AL, Dolhanty J, Stillar A, et al. Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: a pilot study of a 2-day transdiagnostic intervention for parents[J]. Clin Psychol Psychother, 2016, 23(1): 14-23. DOI: 10.1002/cpp.1933.

[24] 耿淑霞,李雪霓,张大荣,等.住院进食障碍患者家属心理干预的对照研究[J].中国心理卫生杂志,2008,22(3): 231-234. DOI: 10.3321/j.issn:1000-6729.2008.03.022.

Geng SX, Li XN, Zhang DR, et al. A control study of psychoeducation on care givers of the inpatients with eating disorder[J]. Chinese Mental Health Journal, 2008, 22(3): 231-234.

- [25] Whitney J, Murphy T, Landau S, et al. A practical comparison of two types of family intervention: an exploratory RCT of family day workshops and individual family work as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2012, 20(2): 142-150. DOI: 10.1002/erv.1076.
- [26] Sepulveda AR, Lopez C, Todd G, et al. An examination of the impact of "the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers A pilot study[J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2008, 43(7): 584-591. DOI: 10.1007/s00127-008-0336-y.
- [27] Pépin G, King R. Collaborative Care Skills Training workshops: helping carers cope with eating disorders from the UK to Australia [J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2013, 48(5): 805-812. DOI: 10.1007/s00127-012-0578-6.
- [28] Sepúlveda AR, Anastasiadou D, Parks M, et al. A controlled study of the collaborative care skills workshops versus psycho-educational workshops among Spanish caregivers of relatives with an eating disorder[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2019, 27(3): 247-262. DOI: 10.1002/erv.2658.
- [29] Zucker NL, Marcus M, Bulik C. A group parent-training program: a novel approach for eating disorder management[J]. *Eat Weight Disord*, 2006, 11(2): 78-82. DOI: 10.1007/BF03327755.
- [30] Gísladóttir M, Treasure J, Svavarsdóttir EK. Effectiveness of therapeutic conversation intervention among caregivers of people with eating disorders: quasi-experimental design[J]. *J Clin Nurs*, 2017, 26(5/6): 735-750. DOI: 10.1111/jocn.13412.
- [31] Gísladóttir M, Svavarsdóttir EK. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders[J]. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2011, 18(2): 122-130. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x.
- [32] Dimitropoulos G, Landers AL, Freeman VE, et al. Family-based treatment for transition age youth: parental self-efficacy and caregiver accommodation[J]. *J Eat Disord*, 2018, 6: 13. DOI: 10.1186/s40337-018-0196-0.
- [33] Grover M, Williams C, Eisler I, et al. An off-line pilot evaluation of a web-based systemic cognitive-behavioral intervention for carers of people with anorexia nervosa[J]. *Int J Eat Disord*, 2011, 44(8): 708-715. DOI: 10.1002/eat.20871.
- [34] Goddard E, Macdonald P, Sepulveda AR, et al. Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers[J]. *Br J Psychiatry*, 2011, 199(3): 225-231. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.088401.
- [35] Spettigue W, Maras D, Obeid N, et al. A psycho-education intervention for parents of adolescents with eating disorders: a randomized controlled trial[J]. *Eat Disord*, 2015, 23(1): 60-75. DOI: 10.1080/10640266.2014.940790.
- [36] Hibbs R, Magill N, Goddard E, et al. Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomised controlled trial[J]. *BJPsych Open*, 2015, 1(1): 56-66. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000273.
- [37] Sepulveda AR, Lopez C, Macdonald P, et al. Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder[J]. *Int J Eat Disord*, 2008, 41(4): 318-325. DOI: 10.1002/eat.20502.
- [38] Quadflieg N, Schadler D, Naab S, et al. RCT of a video-based intervention program for caregivers of patients with an eating disorder[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2017, 25(4): 283-292. DOI: 10.1002/erv.2521.
- [39] Hodsoll J, Rhind C, Micali N, et al. A pilot, multicentre pragmatic randomised trial to explore the impact of carer skills training on carer and patient behaviours: testing the cognitive interpersonal model in adolescent anorexia nervosa[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2017, 25(6): 551-561. DOI: 10.1002/erv.2540.
- [40] Bauer S, Moessner M. Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders[J]. *Int J Eat Disord*, 2013, 46(5): 508-515. DOI: 10.1002/eat.22109.
- [41] Grover M, Naumann U, Mohammad-Dar L, et al. A randomized controlled trial of an internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa[J]. *Psychol Med*, 2011, 41(12): 2581-2591. DOI: 10.1017/s0033291711000766.
- [42] Hoyle D, Slater J, Williams C, et al. Evaluation of a web-based skills intervention for carers of people with anorexia nervosa: a randomized controlled trial[J]. *Int J Eat Disord*, 2013, 46(6): 634-638. DOI: 10.1002/eat.22144.
- [43] Binford Hopf RB, Le Grange D, Moessner M, et al. Internet-based chat support groups for parents in family-based treatment for adolescent eating disorders: a pilot study[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2013, 21(3): 215-223. DOI: 10.1002/erv.2196.
- [44] Dimitropoulos G, Landers A, Freeman V, et al. A feasibility study comparing a web-based intervention to a workshop intervention for caregivers of adults with eating disorders[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2019, 27(6): 641-654. DOI: 10.1002/erv.2678.
- [45] Lei G, Mengting W, Zhuoying Z, et al. Effectiveness and influencing factors of online education for caregivers of patients with eating disorders during COVID-19 pandemic in China[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2020, 28(6): 816-825. DOI: 10.1002/erv.2783.
- [46] 黄焯, 陈珏. 基于家庭的治疗在进食障碍中的应用[J]. *临床精神医学杂志*, 2020, 30(6): 460-462. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2020.06.026.  
Huang Y, Chen J. The application of family-based treatment in eating disorders[J]. *J Clin Psychiatry*, 2020, 30(6): 460-462.
- [47] 张靖, 陈珏. 辩证行为疗法在进食障碍中的应用[J]. *精神医学杂志*, 2018, 31(4): 312-315. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2018.04.020.
- [48] Johnston JAY, O'gara JSX, Koman SL, et al. A pilot study of maudsley family therapy with group dialectical behavior therapy skills training in an intensive outpatient program for adolescent eating disorders[J]. *J Clin Psychol*, 2015, 71(6): 527-543. DOI: 10.1002/jclp.22176.
- [49] Murray SB, Anderson LK, Cusack A, et al. Integrating family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: preliminary outcomes of an open pilot trial[J]. *Eat Disord*, 2015, 23(4): 336-344. DOI: 10.1080/10640266.2015.1044345.
- [50] Peterson CM, Van Diest AMK, Mara CA, et al. Dialectical behavioral therapy skills group as an adjunct to family-based therapy in adolescents with restrictive eating disorders[J]. *Eat Disord*, 2020, 28(1): 67-79. DOI: 10.1080/10640266.2019.1568101.

(收稿日期: 2021-04-15)

(本文编辑: 赵金鑫)