

西方家庭影响进食障碍的研究述评^{*}

曹思聪¹ 缪绍疆² 童 俊²

(¹中国地质大学应用心理学研究所, 武汉 430074) (²武汉市心理医院, 武汉 430019)

摘 要 家庭是进食障碍发展过程中一个重要的影响因素。已有众多西方学者采用各种方法对进食障碍和家庭之间的关系进行了研究。从时间发展脉络来看, Minuchin 等学者首先对此进行了经典临床研究; 随后有众多量化研究出现, 对此可以依据不同的测量水平、研究变量和被试视角进行梳理; 近些年, 有学者采用质化研究方法重新对此进行探讨。进食障碍家庭研究的发展趋势表现出: 重视本土化研究、对家庭做多水平的探讨、兼顾家庭结构和家庭变化过程。

关键词 进食障碍; 家庭环境; 临床研究; 量化研究; 质化研究

分类号 R395

在过去三十多年之中, 有众多研究者探索了进食障碍(Eating Disorder)和家庭环境之间的关系。他们试图在家庭关系这一情境中, 构建并验证进食障碍的病理假设。

虽然进食障碍的病因十分复杂, 但是家庭环境是进食障碍发展过程中一个重要的社会文化因素(Golan & Crow, 2004)。针对进食障碍的家庭研究有重要的理论和应用价值。

家庭是一个有众多维度的复杂动态组织, 是一个可以从各种方式加以研究的复杂现象(Liu, Zhang, & Yeh, 2011)。已有的进食障碍家庭研究所使用的方法纷繁复杂, 所得结果不一而足, 学术界对进食障碍和家庭之间的关系尚未达成共识(le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010)。因此有必要对这些研究加以整理, 为未来的研究提供参考。

从时间发展上看, 这一疾病首先得到临床医生的注意, 他们对此进行了一些经典的临床研究; 而后在美国《精神疾病诊断与统计手册》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III, 1980)将进食障碍收录之后,

有众多研究者运用当时发展出的家庭测量工具探索了二者的关系; 随着后现代主义思潮的影响, 近十余年的学者开始从不同的范式重新对这一问题进行探讨。下文即按这一脉络进行梳理, 最后总结进食障碍家庭研究未来发展的几个方向。

1 经典临床研究

在 DSM-III收录进食障碍之前, 以及标准化家庭测量工具出现之前, 已经有一些临床心理学工作者注意到这些症状, 并对家庭在病理学中的作用进行了初步探索。如 Minuchin、Bruch 和 Palazzoli 等人对临床治疗经验进行了颇具启发性的总结。

1.1 Minuchin 的研究

1978 年 Minuchin 经过对临床研究的总结, 出版《身心失调的家庭: 环境中的厌食症(Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa In Context)》一书。在书中 Minuchin 提出了身心失调家庭模型, 认为厌食症(Anorexia Nervosa, 以下简称 AN)家庭有 5 个特点: 纠缠、僵化、过度保护及缺乏自主、回避冲突及缺乏冲突解决、把孩子卷入到夫妻矛盾之中。

纠缠(Enmeshed)指“一种极端形式的亲密和高强度的家庭互动”, 家人之间没有清晰明确的界限。父母的过度保护会减慢孩子个体化(Individualization)的过程, 并阻碍整体的心理社

收稿日期: 2012-01-01

^{*} 国家科技支撑计划(2009BAI77B05)和人的发展与心理健康湖北省重点实验室开放课题(200902)资助。

通讯作者: 童俊, E-mail: junetong@vip.sina.com

会功能的发展。身心失调家庭系统所具有的特点使得这些家庭极易出现冲突,因此他们会竭尽全力可能回避冲突,维系这个僵化而纠缠的系统。Minuchin, Rosman 和 Baker (1978)写到“在这些迂回型家庭(即 AN 家庭)中,家人通过把注意力转移到某位家庭成员(即患者)身上,来回避家庭内的紧张和冲突……(这些)孩子通常承受着过重的压力和责任,从而成为家庭冲突的替罪羊(Scapegoat)”。

1.2 Bruch 的研究

Bruch (1970)是最早深入论述进食障碍和家庭之间关系的学者之一。她写到“婴儿和养育者之间的互动伴随着情感体验,这一情感体验将一直影响婴儿的进食行为。”她认为 AN 和肥胖症的病因之一就是“错误地把食物作为满足孩子需要的主要手段,而不能给予适当的情感回应来满足孩子的成长需要。”Bruch 在总结了 60 名 AN 患者的信息之后,发现其家庭在培养自我表达和自我依靠方面表现很差,明显地否认家庭冲突,一味地强调患儿的优越性,并且急于成功。她写道“患者热衷于不加分辨的被动服从,以至于这成为了她们病理性的生活方式”(Ciervo, 1998; Cooley, Toray, Wang, & Valdez, 2008)。

1.3 Palazzoli 的研究

Palazzoli(1978)“Milan 学派”成员也对进食障碍患者家庭的特点进行了观察研究,他们总结出的 AN 患者家庭环境特点包括:家庭内极端的集体意识(如强烈反对独立自主等任何形式的个人利益,主张为家庭而牺牲自我的道德规范)、僵化、代际界限不清晰、表面上的和睦、否认冲突;父母分担责任混乱,缺乏领导角色,家庭内的权力难以清晰界定;两个家庭成员会形成秘密联盟对抗第三方;母亲总是咄咄逼人的、过度保护的,而父亲则是情感疏离的。Palazzoli 描述了进食障碍家庭的交流失调状况:家庭成员均固执己见,拒绝接受他人的观点。这样的交流失调致使相互间的反馈难以整合,家庭分歧日渐严重。持续的分歧引发慢性的紧张和应激状态。应激和分歧又形成恶性循环,家庭组织由此变得脆弱,家庭难以对进食紊乱行为做出有效的反应(Emanuelli et al., 2003)。

从以上学者的临床研究可以发现,进食障碍家庭关系结构存在缺陷,如角色混乱、成员界限

模糊;关系结构中的信息传递存在缺陷,如交流失调、情感表达能力差;由此,关系结构中出现大量冲突,进而威胁到家庭行使正常的功能。上述特点构成了进食障碍病理发展的后天家庭环境。这些学者的研究虽然缺乏严格的控制性,但是对后来的研究产生了巨大的启发作用,他们所提出的一些构念和命题影响深远,而且部分结论得到了后来研究的反复验证。

2 量化研究

自 1980 年 DSM-III 将进食障碍收录之后,有许多西方学者采用当时出现的标准化家庭功能测量工具(如《家庭环境量表(Family Environment Scales, FES)》等)对进食障碍和家庭之间的关系进行了大量的量化研究。下文试图按照不同测量水平(个体/子系统/整体)、不同研究变量(家庭功能/情感表达/用餐情况)和不同被试视角(患者/父母/同胞)3 个维度对这些研究进行梳理和介绍。

2.1 不同的测量水平

近些年,许多研究者注意到家庭作为一个系统可以划分为多个水平,不同的水平会有不同的效应,因此有必要对家庭细分,进行更为详细的探索。虽然术语不同,家庭系统主要可以被分为 3 个水平:个体水平、子系统水平(或者二元水平)和整体水平(Vose, 2010)。

2.1.1 个体水平

个体水平的进食障碍家庭研究通常探索某位家庭成员(如父亲或者母亲)自身的特点(如:个性、饮食行为、心理病理状况等)和子女进食障碍之间的关系(Vose, 2010)。

Fassino 等人(2009)探索了父母自身的个性与女儿进食障碍之间的关系,发现进食障碍患者父母的坚持性和自我指导性更差,而回避性更高。有学者探索了父母的饮食行为特点与子女进食障碍之间的关系。如 Ruther 和 Richman (1993)发现母亲饮食节制分数和女儿的饮食节制分数呈正相关,但却与儿子没有显著关系。也有学者对患者父母的心理病理状况进行评估。研究发现进食障碍和患者父母的抑郁和焦虑(Lilenfeld et al., 1998; Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008)、强迫(Lilenfeld et al., 1998)以及躯体化障碍(McGrane & Carr, 2002)有关。Kyriacou 等(2008)还发现患者父母的焦虑、抑郁以及负性与不友好行为

(Negative/Difficult Behaviors)可以解释 60%以上的过度情感卷入(Emotion Over Involvement, EOI)分数变异,可见父母对孩子的情感过度卷入是和他们自身的负性感受有关的。

2.1.2 子系统水平

子系统涉及两个及以上个体的交互作用,他们组成了隶属于一个更大单元的小群体。Minuchin 等 (1978)认为家庭包含3个主要的子系统:父母、母女(子)、父女(子)。子系统水平的进食障碍家庭研究通常探索母女、父女、父母关系中,情感表达、亲密度、养育方式和婚姻关系等人际关系变量如何影响子女进食障碍的发展。

有不少研究关注了母女之间的关系。研究发现在进食障碍母女子系统中,母亲对女儿更加强势、更具控制性(Sights & Richards, 1984)、交流和情感表达更差(Garfinkel et al., 1983)、鼓励女儿节食锻炼变瘦(Thelen & Cormier, 1995)、女儿从母女关系中感受到的个人自主性更低、亲密度更高(Karwautz et al., 2003)、过度保护但缺乏温暖接纳(Rhodes & Kroger, 1992)。许多研究都发现,在进食障碍家庭中,母亲通常会有过度卷入的倾向,并极大地关注女儿的生活,这可能是因为母亲对其自己的生活和婚姻感到失望所致(Hazan, 1995)。

探索父女子系统及父母子系统的研究相对较少。Enten 和 Golan (2009)探索了患者对父亲养育方式的感知,发现进食障碍症状和父亲的独裁作风有关($r = 0.308$; $p = 0.042$)。Martínez-González 等人(2003)和 Latzer, Lavee 和 Gal (2009)的研究发现进食障碍患者父母的婚姻关系更加失调。

2.1.3 整体水平

家庭系统理论的一个基本观点是:家庭代表着一个整合体,而不是低水平特征之和。整体家庭水平的评估常涉及:家庭成员的亲密度;家庭对变化、挑战或危机的适应性;家庭如何表现情感;家庭如何在成员之间分配权利;家庭外的支持源或应激源的影响;文化及文化认同如何影响家庭(Vose, 2010)。

《家庭环境量表(Family Environment Scales, FES)》、《家庭评估工具(Family Assessment Device, FAD)》、《家庭适应和亲密量表(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, FACES)》等主要家庭量表都是针对整体家庭的测量(Liu, Zhang, &

Yeh, 2011),大部分进食障碍的家庭研究都采用了上述量表。

Strober 和 Yager (1985)以及 le Grange 等人(2010)总结到,在 AN 患者家庭中,家人之间倾向于过度亲密、过度关注;而暴食症(Bulimia Nervosa, 以下简称 BN)患者家庭则缺乏亲密,父母更加冷漠、家庭更为不和。

Strober (1981)是第一个采用标准化量表探索进食障碍家庭环境的学者。他发现 BN 家庭有更多冲突、负性表达、婚姻不和;AN 家庭则有过多相互关注、规则更多、责任结构更僵化。许多研究发现进食障碍家庭功能和对照组相比有更多问题。如 AN 家庭更倾向于制定高标准、独立性更差(Attie & Brooks, 1989)、亲密度更高(Felker & Stivers, 1994)、情感卷入和行为控制更为消极(Waller, Calam, & Slade, 1989);而 BN 家庭冲突更多、亲密度更低(Fornari et al., 1999)、情感支持更少、表达更差、更加专制(Fornari et al., 1999)、问题解决功能更差(Waller et al., 1989)。

针对进食障碍长期结局的研究发现,家庭系统混乱是预测不良结局的重要因素(van Furth et al., 1996)。最近的研究较为一致地发现家庭参与到进食障碍治疗之中可以获得更好的疗效(Woodside, Lackstrom, Shekter-Wolfson, & Heinmaa, 1996; Lock, Couturier, & Agras, 2006; Grange et al., 2007; Schmid et al., 2007; Kaslow, Broth, Smith, & Collins, 2012)。

2.2 不同的研究变量

虽然众多研究均发现进食障碍和家庭的某些特征有关,但是究竟是哪些具体特征,仍有很大争论。不同的研究发现的具体特征也不同,这也是进食障碍家庭研究经常遭到批评的地方(Grange et al., 2010)。这在很大程度上是因为不同研究针对的具体构念有所不同。

2.2.1 家庭功能

虽然进食障碍家庭研究使用最为广泛的几个测量工具均声称是在测量家庭功能(或者称为家庭环境、家庭结构),但是它们所基于的理论模型并不相同,所包含的维度也不相同(Alderfer et al., 2008)。这也给不同研究之间的比较带来了一定困难。

2.2.2 情感表达

近来有学者探索了进食障碍和家庭情感表达

(Expressed Emotion, EE)水平之间的关系。EE 指患者和重要他人之间的情感特性, 包含以下指标: 批评、敌对、情感过度卷入(EOI)、温暖、正面评论。Butzlaff 和 Hooley (1998)对数项研究进行元分析, 发现 EE 和进食障碍复发率有关($\varphi = 0.51$)。Medina-Pradas 等人(2011)发现养育者的批评和情感过度卷入对进食障碍症状影响最大。Sepulveda 等人(2008)以及 Grange 和 Eisler (2009)的研究发现, 降低了 EE 水平的家庭治疗同样改善了进食障碍的症状。

2.2.3 进餐经历

家庭功能失调是许多心理障碍的先导因素, 但是为什么有些发展为进食障碍, 而有些则没有; 为什么食物成为这些患者自我损益的手段, 而不是其他。目前只有少量研究探索了与食物有关的家庭因素对进食障碍的影响。Miller 等人(1993)通过施测家庭进餐问卷发现 BN 患者所报告的童年进餐经历存在很多压力和冲突, 父母把食物作为惩罚和控制孩子的工具、强调节食和体重; 而且对这些患者来说, 进餐时间可能是家人聚在一起的唯一机会。Blissett 和 Haycraft(2011)通过对患者家庭典型的用餐情况进行编码分析, 发现患有进食障碍的父母在喂食时有更多的施压行为、母亲会限制儿童的饮食并把吃东西作为诱饵、幼儿大口进食而对食物不加取舍。这表明家庭内存在饮食压力的传递机制。

有些研究还涉及到另外一些变量。如 Humphrey (1986)分析 BN 患者父母的教养方式, 发现他们更倾向于贬低和严厉管教, 并且难以提供有效帮助。Ward 等人(2000)发现不安全型依恋和进食障碍也是有关的。

2.3 不同的被试视角

研究患者和家庭环境关系的传统方法是: 聚焦于一位家庭成员, 比较家庭间差异。Maccoby 等人(1983)认为采用家庭间方法会漏失许多信息; 大部分的变异存在于家庭内, 而不是家庭间。家庭研究应当把所有的家庭成员包括在内, 关注家庭内部的差异。

2.3.1 患者本人

有学者认为患者本人对家庭的感知和评分最为重要, 因为这一评分对进食障碍症状的预测性优于父母评分的预测性。如 Waller 等人(1990)发现女儿关于家庭互动的评分对其是否被诊断为进

食障碍具有最好的预测性, 而父母评分的预测性相对较差。Karwautz 等人(2003)认为对进食障碍的发展和维持而言, 患者对于父母及家庭特征的主观感知可能比父母及家庭的真实特点更为重要。

2.3.2 患者父母

有许多研究发现, 父母与进食障碍患者本人对家庭系统的感知有较大的差异。如 Kog 等人(1985)采用 FACES 施测发现, AN 患者母亲对家庭亲密度的评分高于患者本人, 而对家庭冲突的评分则低于患者本人; 并且父母之间的评分差异小于母女差异和父女差异。Waller 等人(1990)和 Scionti (2001)采用 FAD 施测患者及其父母, 同样发现父母对家庭功能的评估与患者相比有显著差异。

2.3.3 患者同胞

家庭治疗理论认为父母可能为了把注意力从婚姻或家庭冲突中转移出来, 而把孩子当作“替罪羊”。据此可以推论: 作为家庭不良互动聚焦点的患者与其同胞的感受应当是不一样的。但是极少有研究把进食障碍患者同胞的感知考虑在内。Wonderlich 等人(1994)发现, 患者认为父亲对自己比对同胞, 在情感上更为疏远、更加专制。Karwautz 等人(2003)发现患者与其姐妹相比, 感受到的个人自主性更低、亲密度更高, 而且感受到的个人自主性水平低主要是和母女关系有关。该作者认为采用同一家庭环境长大的姐妹同胞, 评估“父—母—患者”三角感知和“父—母—患者姐妹”三角感知, 考察不同的个人主观视角, 可以避免采用无关控制组家庭所引发的偏差。

2.3.3 家庭内的分歧作为一个变量

已经有一些研究者开始把不同家庭成员之间的聚合(分歧)程度也作为一个研究变量。如 Bonne 等人(2003)的研究显示 BN 患者对家庭功能的多项评分显著低于其父母的评分; 而在对照组家庭中, 各方的评分比较一致。这提示, 女儿和父母在家庭功能感知上的分歧可能和进食障碍有关。该作者认为患者和父母对家庭功能的感知差异表明家庭成员之间存在着关系疏远和交流困难。

3 质化研究

在进食障碍的家庭研究方面, 量化研究占绝大多数, 不过近些年质化研究有增长的趋势。质

化研究因其注重社会建构、生态情景、主观感知与赋意,在研究家庭这一复杂社会组织方面越来越受到重视。质化研究有益于更深入地理解家庭如何建构意义,以及家庭成员对他们的关系和家庭环境进行主观解读的多重过程。而且质化研究注重研究者与被研究者之间的互动,强调意义是社会性的,是在互动中由两个主体共同建构的(Vose, 2010)。

Carroll (2005)采用质化研究方法,对进食障碍患者进行半结构的回顾性访谈,内容涉及儿童和青春期的用餐记忆,结果发现大部分被试把童年和青春期的家庭进餐情景描述为负性、混乱、充满人际冲突;症状严重的被试在童年和青春时期,进餐环境更为僵化,进餐规则更加繁多。Southard (2008)探索了多个种族的被试在得病之前和得病过程中,家庭感受与经历的异同。结果发现大部分受访者均讲述了负性的家庭环境。而且该作者还发现了不同文化背景下的进食障碍家庭差异。例如,相比较于白色人种被试,非洲裔被试与其母亲及同胞的关系更为积极,交流更加通畅;在疾病恢复过程中,有色人种被试比白色人种被试感受到家庭支持也更多。作者基于文化差异、女权主义和家庭系统理论对这些结果进行了解读。Wudyka (2011)对进食障碍患者进行无预先假设的开放式访谈,发现在涉及病因学的叙事中,家庭动力是反复出现的主题之一。如在进食障碍家庭中,似乎存在一种“关注食物和体重”的代际传递。Loeb 等人(2012)采用家庭治疗的跨诊断理论模式(transdiagnostic theoretical model of family-based treatment),对进食障碍患者的家庭进行门诊干预,在总结了临床案例后发现疗效显著。

有学者认为家庭心理学家研究的是非常复杂的现象,需要把量化和质化方法结合起来运用(Clark, Huddleston, Churchill, Green, & Garrett, 2008)。这种混合方法设计(Mixed Methods Designs)有助于建构完整的理论,并且可以提出更为有效的治疗策略(Vose, 2010)。

4 现有研究的主要结论

下面对现有的进食障碍家庭研究的结论进行总结。进食障碍家庭的特点及其对患者的影响可以概括如下。

家庭关系的两级性:进食障碍家庭关系表现

出极端亲密或者极端疏远。众多研究发现进食障碍家庭存在纠缠这一特点,与之相类似的变量还有情感过度卷入、界限不清和角色混乱等。Minuchin 提出的纠缠这一概念已经成为进食障碍家庭研究中最稳定的发现之一(Tomiyama & Mann, 2008)。同样,研究发现许多进食障碍家庭中存在另一种极端关系状态,即关系疏远。纠缠在 AN 家庭表现更为明显;而疏远在 BN 家庭表现更为明显。异常的家庭关系导致家庭各项组织功能无法实现,子女的心理发展需要难以得到充分满足,在重要成长期(如青春期)无法有效应对危机;儿女在这样的环境中,内化了不良的人际角色及其规则和界限(Olson, 2011)。

家庭关系的冲突性:进食障碍家庭成员之间存在较大的冲突,特别是未被解决的冲突。绝大部分研究均发现进食障碍家庭存在各种人际矛盾,特别是那些未被解决的、避而不谈的甚至被精心掩盖的矛盾。与之有密切联系的概念包括交流失调和解决问题水平低。交流能力和解决问题能力是影响家庭人际关系事务处理水平的关键因素。进食障碍家庭的儿女生长于慢性应激状态的环境中,缺乏健康有效的交流模式和解决人际问题的能力。

饮食行为有某种特殊的意义:饮食行为和饮食经历伴随着家庭极端的情绪状态。比如食物曾作为父母满足子女需要、控制子女行为的主要手段;家人在共同进餐时表现出许多冲突,引发大量负性情感;父母试图通过饮食行为来回避自身的不良情绪等。由此,饮食行为可能成为子女习得的一种应对方式,试图以此来控制内外部的应激情景。

总之,家庭关系异常使得子女处于不良的成长环境,家庭冲突的持续以及解决冲突能力的匮乏使得子女形成易感性心理素质,饮食行为所负载的情感与意义,以及社会文化因素的影响使得子女选择这一异常行为作为应对应激情景的方式,构成了此类症状群。

5 发展趋势

5.1 重视本土化研究

在进食障碍的病因学中,文化和家庭一样也是一个重要的诱发因素(Kirschner, 2011)。有学者(Tomiyama & Mann, 2008)认为家庭是文化的一个

中介或代理,在进食障碍的发生和发展中,文化和家庭会发生交互作用。

已有学者对此进行了实证研究。如 Emanuelli 等人(2003)采用 FAD 施测英国和意大利 AN 患者的母亲,发现英国母亲对家庭交流和角色界定的评价更差,而意大利母亲对家庭中的行为控制评价更差。这可能是因为英意两国被试对家庭角色的解读不同。Tomiya 和 Mann (2008)的研究探索了不同文化取向对纠缠这一变量的效应的影响,即在不同文化背景中它是否成为进食障碍的危险诱发因素。结果发现在亚裔被试中,纠缠和进食障碍之间无显著相关,而在其他种族被试中则表现出显著正相关。在不同文化背景下,纠缠从病理因素变为非病理因素,可见文化是一个重要的调节变量。

目前,绝大多数有关进食障碍的家庭理论为西方学者在西方文化背景下发展而来,本土理论观点十分匮乏,因此有必要发展中国本土的进食障碍家庭理论。已有学者做过初步尝试,如马丽庄等人(2008)采用社会学质化研究方法,将 AN 患者放在特定的社会文化背景中去理解,分析和总结了病人及其家庭康复的历程和经验。

5.2 多水平研究相结合

有一些研究者开始试图把多个家庭水平(个体/子系统/整体)均考虑进去,即所谓多水平研究设计。因为家庭是一个多水平的组织,有必要对家庭进行细分,并且研究不同水平之间的交互作用(Georgiades et al., 2008; Liu, Zhang, & Yeh, 2011)。

在进食障碍的家庭研究领域,已有学者进行了这方面的尝试。如 Herzog 等人(2000)让家人之间互相评分,并对数据进行了 3 个水平的整合:在个体水平上,使用自我评分;在子系统水平上,计算所有成员对某位成员评分的平均值,并与该成员的自我感知进行比较分析;在整体家庭水平上,依据欧几里得距离公式整合为互动互补分数(Interactional Complementarity Scores)。

近些年来,开始有学者把结构方差模型和社会关系模型(Social Relations Model, SRM)引入到家庭研究中来,力图对数据进行更为细致的分析(Cook, 2005; Vose, 2010)。在进食障碍的家庭研究方面,因为样本量的限制,很难运用如结构方差模型那样分解家庭内数据变异的方法。

5.3 结构与过程相结合

大部分家庭理论不仅强调家庭的结构,也强调家庭的动态过程(Rivett & Street, 2009)。但是大部分实证研究在实际研究过程中,对于“过程”尚关注不够。有学者认为,研究复杂模式变化的需求日益凸显,家庭发展过程研究存在严重不足(Schermerhorn et al., 2010)。

家庭作为一个组织具有高度的复杂性。家庭内的各种因素之间高度依赖、互为因果,受到反馈控制机制(Feedback Control Mechanisms)的支配。家庭动力过程的特点包括:循环往复性、交互影响性、非线性和自组织性。虽然系统观点对家庭研究影响很深,但是系统研究视角和心理学常用统计方法之间的不兼容阻碍了该视角的深入应用(van Geert & Lichtwarck-Aschoff, 2005)。

另外,以往绝大部分研究简单地把家庭作为自变量(Schermerhorn, Chow, & Cummings, 2010),过于强调家庭对进食障碍的影响,甚至完全“归罪”于家庭。但是,进食障碍与家庭之间并非简单的单向线性因果关系。家庭失调也可以是疾病引发的后果(Eisler, 1995)。进食障碍同样会“扰动”整个家庭系统,而后者又会做出反应,二者之间是连续的反馈循环。因此不仅考虑家庭对进食障碍的影响,同时考虑进食障碍对于家庭的意义,才可以得到对这一现象较为完整的解释。

5.4 有待进一步探讨的问题

研究者们尚未对进食障碍和家庭因素之间的关系达成共识(Grange et al., 2010)。虽然众多研究均发现家庭因素在进食障碍的起病和维持发展中起着重要的作用(Ward et al., 2000; Lask, 2000; McGrane & Carr, 2002; Kluck, 2010),但是不同的研究对究竟哪些具体的家庭变量存在问题仍有很多不一致的看法,这可能和研究所使用的工具、被试处在疾病发展的不同阶段、以及不同的进食障碍类型有关(McGrane & Carr, 2002)。另外,关于进食障碍不同亚类型(如 AN、BN 等)之间家庭环境的异同,也鲜有严格的研究论证。可见,亟待对不同学者使用的不同构念进行良好的界定和比较,并设计和实施严格控制的研究。

家庭与生物因素和其他社会环境因素的交互作用尚未明确。把疾病完全“归罪”于家庭是有失偏颇的。有学者认为家庭并非进食障碍的唯一病因,甚至没有可靠的证据证明家庭是首要原因

(Grange et al., 2010)。必须把家庭放在整个生物—心理—社会环境下才能理清家庭和进食障碍之间的关系(Striegel-Moore & Bulik, 2007; Schermerhorn et al., 2011)。比如, 生物遗传因素可能奠定了家庭成员潜在的反应倾向; 而家庭可能又对文化和进食障碍患者之间的关系起到中介或调节作用。目前探讨这一问题的实证研究非常匮乏。

近些年, 我国学者开始关注家庭研究, 并且已经编订了这方面的本土研究工具, 如杨建中、赵旭东和许秀峰(2002)依据系统家庭治疗理论编制了《系统家庭动力学自评量表》, 并且探讨了抑郁症、精神分裂症等疾病的家庭特征。但是, 我国进食障碍的家庭研究起步很晚、数量很少, 其中大部分是对理论层面的探讨和临床治疗经验的总结, 以及一些疗效评估, 鲜有严格的控制性研究(梅竹, 孟馥, 2003; 卢桂珍, 2005; 史靖宇, 赵旭东, 缪绍疆, 2008; 赖平妹, 彭敏, 陈向一, 2011)。我国学者在对进食障碍进行家庭研究时, 可以对西方研究的经验进行批判借鉴。

参考文献

- 赖平妹, 彭敏, 陈向一. (2011). 厌食症患者情绪障碍与家庭功能关系的对照研究. *神经疾病与精神卫生*, 11(1), 6-8.
- 卢桂珍. (2005). 系统家庭治疗技术在儿童神经性厌食治疗中的应用. *中国医师杂志*, 7(7), 954-955.
- 马丽庄, 龙迪. (2008). 打开家锁: 中国家庭治疗与厌食症的临床研究的新描述. 北京: 高等教育出版社.
- 梅竹, 孟馥. (2003). 1例神经性厌食患者的结构式家庭治疗. *上海精神医学*, 15(增), 30-32.
- 史靖宇, 赵旭东, 缪绍疆. (2008). 青少年神经性厌食症的家庭治疗. *上海精神医学*, 20(2), 106-109.
- 杨建中, 康传媛, 赵旭东, 许秀峰. (2002). 系统家庭动力学自评问卷的编制及信效度分析. *中国临床心理学杂志*, 10(4), 263-265.
- Alderfer, M. A., Fiese, B. H., Gold, J. I., Cutuli, J. J., Holmbeck, G. N., Goldbeck, L., et al. (2008). Evidence-based assessment in pediatric psychology: Family measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 1046-1061.
- Attie, I., & Brooks, G. J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79.
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2011). Parental eating disorder symptoms and observations of mealtime interactions with children. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 368-371.
- Bonne, O., Lahat, S., Kfir, R., Berry, E. M., Katz, M., & Bachar, E. (2003). Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. *Psychiatry*, 66(3), 244-254.
- Bruch, H. (1970). Family background in eating disorders. In R. L. Ciervo. *Relationship between family environment and eating disorders among female student-athletes* (pp. 49-50). Unpublished doctoral dissertation, Temple University at Philadelphia.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Carroll, B. A. (2005). *A retrospective exploration of the childhood and adolescent family mealtime environment of women with binge eating disorder*. Unpublished doctoral dissertation, Alliant International University.
- Ciervo, R. L. (1998). *Relationship between family environment and eating disorders among female student-athletes*. Unpublished doctoral dissertation, Temple University.
- Clark, V. L. P., Huddleston, C. A., Churchill, S. L., Green, D. O., & Garrett, A. L. (2008). Mixed methods approaches in family science research. *Journal of Family Issues*, 29(11), 1543-1566.
- Cook, W. L. (2005). The SRM approach to family assessment: An introduction and case example. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(4), 216-225.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9(1), 52-61.
- Eisler, I. (1995). Family models of eating disorders. In G. Szmulker, D. Dare & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (pp.155-176). New York: John Wiley & Sons.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Watkins, B., Lask, B., & Waller, G. (2003). Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions. *Eating Behaviors*, 4(1), 27-39.
- Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787.
- Fassino, S., Amianto, F., & Abbate-Daga, G. (2009). The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 232-239.
- Felker, K. R., & Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 29(116), 821-834.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberga, D., Mandela, F. S., & Katza, J. L. (1999).

- Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 434–441.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Brandes, J. S., O'Hanlon, J., et al. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13(4), 821–828.
- Georgiades, K. A., Boyle, M. H., Jenkins, J. M., Sanford, M., & Lipman, E. (2008). A multilevel analysis of whole family functioning: Using the McMaster Family Assessment Device. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 344–354.
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62(1), 39–50.
- Hazan, A. (1995). *Differential perceptions of family functioning in eating disordered females and their sisters*. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology.
- Herzog, W., Kronmüller, K. T., Hartmann, M., Bergmann, G., & Kröger, F. (2000). Family perception of interpersonal behavior as a predictor in eating disorders: A prospective, six year followup study. *Family Process*, 39(3), 359–374.
- Humphrey, L. L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 223–232.
- Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C. W., et al. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(3), 128–135.
- Kaslow, N. J., Broth, M. R., Smith, C. O., & Collins, M. H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 82–100.
- Kirschner, M. V. (2011). *The relationship of acculturative stress and family cohesion to body dissatisfaction and eating disorder symptomatology among Asian and Hispanic women*. Unpublished doctoral dissertation, Alliant International University.
- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7(1), 8–14.
- Kog, E., Vertommen, H., & Degroote, T. (1985). Family interaction research in anorexia nervosa: The use and misuse of a self-report questionnaire. *International Journal of Family Psychiatry*, 6(3), 227–243.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: An examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 37–46.
- Lask, B. (2000). Aetiology. In B. Lask & R. Bryant (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed., pp. 63–80). Hove, UK: Psychology Press.
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30(9), 1201–1220.
- le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049–1056.
- le Grange, D., & Eisler, I. (2009). Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 159–173.
- le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1–5.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603–610.
- Liu, X., Zhang, J. X., & Yeh, C. Y. L. (2011). Investigating the validity of a multirater assessment of family functioning in China. *Social Behavior and Personality*, 39(6), 773–783.
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666–672.
- Loeb, K. L., Lock, J., Greif, R., & le Grange, D. (2012). Transdiagnostic Theory and application of family-based treatment for youth with eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 17–30.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 3–99). New York: Wiley.
- Martínez-González, M., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., Estevez, J., & Cervera, S. (2003). Parental factors, mass

- media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111(2), 315–320.
- McGrane, D., & Carr, A. (2002). Young women at risk for eating disorders: Perceived family dysfunction and parental psychological problems. *Contemporary Family Therapy*, 24(2), 385–395.
- Medina-Pradas, C., Navarro, B. J., López, S. R., Grau, A., & Obiols, J. E. (2011). Dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorder psychopathology. *Appetite*, 57(3), 743–748.
- Miller, D. A., McCluskey-Fawcett, K., & Irving, L. M. (1993). Correlates of bulimia nervosa: Early family mealtime experiences. *Adolescence*, 28(111), 621–635.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80.
- Palazzoli, M. S. (1978). Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. In R. L. Ciervo. *Relationship between family environment and eating disorders among female student-athletes* (pp. 50–51). Unpublished doctoral dissertation, Temple University.
- Rhodes, B., & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(4), 249–263.
- Rivett, M., & Street, E. (2009). *Family therapy: 100 key points and techniques*. New York: Routledge.
- Ruther, N. M., & Richman, C. L. (1993). The relationship between mothers' eating restraint and their children's attitudes and behaviors. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 31(3), 217–220.
- Schermerhorn, A. C., Chow, S. M., & Cummings, E. M. (2010). Developmental family processes and interparental conflict: Patterns of microlevel influences. *Developmental Psychology*, 46(4), 869–885.
- Schermerhorn, A. C., D'Onofrio, B. M., Turkheimer, E., Ganiban, J. M., Spotts, E. L., Lichtenstein, P., et al. (2011). A genetically informed study of associations between family functioning and child psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 47(3), 707–725.
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., et al. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 591–598.
- Scionti, L. A. (2001). *An investigation into individuals with eating disorders and their perceptions of family functioning*. Unpublished doctoral dissertation, Pace University.
- Sepulveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2008). An examination of the impact of “the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops” on the well being of carers: A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 584–591.
- Sights, J. R., & Richards, H. C. (1984). Parents of bulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 3(4), 3–13.
- Southard, A. L. (2008). *Understanding bulimia: A qualitative exploration of the roles of race, culture, and family*. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181–198.
- Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: an exploration of possible etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1(1), 28–34.
- Strober, M., & Yager, J. (1985). A developmental perspective on the treatment of anorexia nervosa in adolescents. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 363–390). New York: Guilford Press.
- Thelen, M. H., & Cormier, J. F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*, 26(1), 85–99.
- Tomiyama, A. J., & Mann, T. (2008). Cultural factors in collegiate eating disorder pathology: When family culture clashes with individual culture. *Journal of American College Health*, 57(3), 309–313.
- van Furth, E. F., van Strien, D. C., Martina, L. M., van Son, M. J., Hendrickx, J. J., & van Engeland, H. (1996). Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 19–31.
- van Geert, P. L. C., & Lichtwarck-Aschoff, A. (2005). A dynamic systems approach to family assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(4), 240–248.
- Vose, J. (2010). *Assessment of family functioning at multiple levels: An exploratory investigation of the dynamic assessment of family functioning inventory-Demonstrated under clinical conditions (DAFFI-DUCC): How*

- despicable is the DAFFI-DUCC?* Unpublished doctoral dissertation, Alfred University.
- Waller, G., Calam, R., & Slade, P. (1989). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*, 28(3), 285–286.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 546–550.
- Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 35–51.
- Wonderlich, S., Ukestad, L., & Perzacki, R. (1994). Perceptions of nonshared childhood environment in bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 740–747.
- Woodside, D. B., Lackstrom, J., Shekter-Wolfson, L., & Heinmaa, M. (1996). Long-term follow-up of patient-reported family functioning in eating disorders after intensive day hospital treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(3), 269–277.
- Wudyka, C. J. (2010). *Narratives of young women with eating disorders and their families: Stories of illness and recovery*. Unpublished doctoral dissertation, Chicago School of Professional Psychology.

Western Studies of Family Influences on Eating Disorders

CAO Si-Cong¹; MIAO Shao-Jiang²; TONG Jun²

(¹ Institute of Applied Psychology, China University of Geosciences, Wuhan 430074, China)

(² Psychological Hospital of Wuhan City, Wuhan 430019, China)

Abstract: Family is one of essential factors in the etiology of eating disorders. Many western scholars have used various methods to investigate the relationships between eating disorders and family environment. According to chronological order, Minuchin and other scholars had conducted classic clinical researches; and numerous quantitative treatises emerged subsequently, which could be sorted out from different assessment levels, research variables and subject perspectives; recently some researchers employed qualitative research methods to explore this topic. The development trends of family researches on eating disorders include: highlighting indigenous studies, exploring family system with multilevel approach and taking into account family structures and family change processes simultaneously.

Key words: eating disorders; family environment; clinical researches; quantitative researches; qualitative researches