

多家庭治疗在青少年神经性厌食症中的应用进展

杨惜茹¹, 许翠萍², 张丽婧¹, 王晓婷¹, 李琰¹

摘要: 介绍多家庭治疗的概念、理论基础、评估工具、治疗过程, 阐述其在改善青少年神经性厌食症患者体质量、心理症状、家庭功能等方面的作用, 总结相关的局限性及建议, 以期临床开展相关实践, 提高青少年神经性厌食症的干预效果提供参考。

关键词: 青少年; 神经性厌食症; 进食障碍; 体质量管理; 多家庭治疗; 家庭功能; 心理护理; 文献综述

中图分类号: R473.74 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.11.115

Advances in multi-family therapy for adolescents with anorexia nervosa Yang Xiru, Xu Cuiping, Zhang Lijing, Wang Xiaoting, Li Yan. School of Nursing, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250300, China

Abstract: This paper introduces the concept, theoretical basis, assessment tools, and process of multi-family therapy, elaborates its effects on improving weight, psychological symptoms, and family function in adolescents with anorexia nervosa, and summarizes limitations and recommendations, aiming to provide references for clinical practice and intervention improvement.

Keywords: adolescents; anorexia nervosa; eating disorders; weight management; multi-family therapy; family function; psychological care; literature review

神经性厌食症(Anorexia Nervosa, AN)以持续限制能量摄入、妨碍体质量增加为主要表现, 伴随肥胖焦虑及体像扭曲, 是青少年常见进食障碍^[1]。其不仅引发营养不良、内分泌紊乱等躯体问题, 还常并发抑郁、焦虑等精神症状, 终生患病率 0.6%, 病死率高达 5%~15%^[1-2], 严重威胁青少年身心健康与生命安全。传统心理治疗、药物治疗虽有一定成效, 但存在明显局限^[3]; 其中作为核心干预手段的心理治疗, 多以单一知识传授结合简单体质量控制为主, 忽视家庭动力与良性互动构建, 难以改善家庭系统失衡, 制约治疗效果^[4]。家庭互动模式、角色边界等在神经性厌食症的发生、发展及康复中起关键作用^[5]。多家庭治疗(Multi-Family Therapy, MFT)基于家庭治疗发展而来, 聚集多个有相似问题的家庭, 通过家庭间互动、分享与支持, 改善不良关系模式, 促进家庭对疾病及家庭功能的认知, 为神经性厌食症干预提供新思路^[6]。目前现有研究对多家庭治疗应用于青少年神经性厌食症的核心机制与实践要点尚不明确, 鉴此, 本研究对其概念、理论基础、评估工具、治疗过程及干预效果展开综述, 为临床实践提供参考。鉴此, 本研究旨在对青少年神经性厌食症多家庭治疗的概念、理论基础、评估工具、治疗过程及干预效果方面展开综述, 为临床开展青少年神经性厌食症多家庭治疗提供参考。

作者单位: 1. 山东中医药大学护理学院(山东 济南, 250300); 2. 山东第一医科大学第一附属医院院长办公室(山东省千佛山医院)

通信作者: 许翠萍, xucui ping775@sohu.com

杨惜茹: 女, 硕士在读, 护士, yang15166480332@163.com

收稿: 2025-09-10; 修回: 2025-11-08

1 多家庭治疗的概述

1.1 多家庭治疗的起源和发展 多家庭治疗由 Laqueur 等^[7]于 1964 年提出, 他主张将精神分裂症患者及其家庭作为整体, 通过多家庭小组形式, 让家庭成员互相学习应对压力的方法、借鉴其他家庭经验, 当时被称为“家庭沟通中的庇护研讨会”。1980 年, Anderson 等^[8]将心理教育理念融入其中, 以减少信息误差、改善家庭沟通为核心, 目标包括扩展社交网络、减轻病耻感与照顾者负担等, 尤其适用于社会接触有限的家庭。21 世纪初, Dare 等^[9]将其应用于青少年进食障碍。目前多家庭治疗常作为神经性厌食症的辅助治疗, 国际典型代表有伦敦 Maudsley 医院多家庭治疗小组^[10]。

1.2 多家庭治疗的理论基础

1.2.1 系统家庭治疗理论 多家庭治疗深受系统家庭治疗理论的影响, 该理论认为家庭是一个相互关联、相互影响的系统, 家庭成员之间的互动模式和关系对个体的心理和行为有着重要影响^[11]。青少年神经性厌食症的症状不仅仅是个体问题, 更是家庭系统功能失调的表现。多家庭治疗通过将多个家庭聚集在一起, 让家庭之间相互观察和学习, 促进家庭系统的改变和调整。

1.2.2 社会学习理论 社会学习理论强调个体通过观察和模仿他人的行为来学习和获得新的行为模式^[12]。在多家庭治疗中, 家庭之间的互动为成员提供了丰富的观察和学习机会, 家庭成员也可以学习其他家庭良好的应对策略和互动方式, 从而改善自己家庭的功能。

1.2.3 团体动力学理论 团体动力学理论关注团体中的人际关系、互动模式和团体凝聚力等因素对个体

行为和心理的影响^[13]。在多家庭治疗中,治疗师(临床医生或具有资质的护士)通过营造积极的团体氛围,增强团体凝聚力,当家庭感受到团体的支持和接纳时,会更愿意开放自己,积极参与治疗^[14]。

2 多家庭治疗相关的评估工具

2.1 家庭功能评估工具 可采用 McMaster 家庭功能评估量表(Family Assessment Device, FAD)评估多家庭治疗家庭功能,该量表由 Epstein 等^[15]编制。原版含问题解决、沟通等 7 个子量表共 60 个条目,采用 1~4 级评分(“强烈同意”至“强烈不同意”),总分 60~240 分,得分越高家庭功能障碍越严重。李荣凤等^[16]将其翻译修订为中文版,以情感交流等 5 个子量表替代原版 7 个子量表,共 30 个条目,评分方式不变;修订版总量表 Cronbach's α 系数为 0.91,各维度内部一致性信度为 0.60~0.85。FAD 基于 McMaster 家庭功能模型,理论基础坚实,作为自评量表适用于临床快速筛查家庭功能,但结果仅反映家庭成员感知,可能与观察者评估或实际家庭互动存在差异。

2.2 干预效果评价工具

2.2.1 进食病理症状量表(Eating Pathology Symptoms Inventory, EPSI) 由 Forbush 等^[17]于 2013 年编制,包括体像不满(7 个条目)、暴食(8 个条目)、认知克制(3 个条目)、过度运动(5 个条目)、限制进食(6 个条目)、清除行为(6 个条目)、肌肉塑造(5 个条目)、对肥胖的消极态度(5 个条目),8 个维度 45 个条目,“从不”至“非常频繁”分别计 1~5 分。总分 45~225 分,得分越高提示对应进食病理症状越明显。该量表总体及各维度的 Cronbach's α 系数为 0.84~0.89。Tang 等^[18]将其翻译为中文版本并进行优化,剔除 10 个文化关联性弱的条目,同时新增 2 个契合国内人群进食病理表现的条目,最终形成含 8 个维度 37 个条目的中文版 EPSI。量表各维度的 Cronbach's α 系数为 0.840~0.898。EPSI 具有良好的信效度及文化适用性,但研究表明认知克制、肌肉塑造和过度运动子量表在不同样本患者中存在结构不稳定问题^[19]。

2.2.2 进食障碍筛查(The 5-item Sick, Control, One, Fat, Food, SCOFF)问卷 由 Morgan 等^[20]编制,是聚焦神经性厌食症和神经性贪食症核心症状的自评筛查工具。包括 5 个是非判断条目,“是”计 1 分,“否”计 0 分,总分 ≥ 2 分提示进食障碍倾向。梅莉^[21]对 SCOFF 问卷进行汉化。该问卷条目简短、便于快速筛查,可作为进食障碍初步筛查工具,总分 ≥ 2 分者需进一步临床评估。该问卷简洁易用,适用场景广泛,有研究显示该问卷灵敏度受人群特征影响显著,在社区普通人群灵敏度较低,可能漏诊轻症或非典型症状患者^[22]。同时其核心功能是初步识别风险,无法提供确诊依据,必须结合专业医疗评估。

2.2.3 进食障碍检查问卷(Eating Disorder Examination-Questionnaire, EDE-Q) Fairburn 等^[23]编制。包含

约束(7 个条目)、进食关注(7 个条目)、体型关注(7 个条目)、体质量(7 个条目)4 个维度 28 个条目。评估患者过去 4 周内症状的频率或严重程度,“完全没有”至“几乎总是”分别计 1~7 分,总分 28~196 分,得分越高表明症状越严重^[24]。Berg 等^[25]通过系统综述整合梳理多项原始研究的量表测评数据,汇总得出该量表,4 个维度 Cronbach's α 系数为 0.70~0.93,重测信度 0.66~0.94。目前尚未检索到中文版 EDE-Q。EDE-Q 作为国际通用量表,可适配不同年龄、性别及文化背景人群,且兼顾临床与科研场景,适用性强。但 EDE-Q 作为自评量表,易高估进食障碍症状严重程度,尤其在进食关注、体型关注等复杂维度上评分差异显著^[26]。

2.2.4 体质量指数(Body Mass Index, BMI) 在评估青少年神经性厌食症中具有关键作用。通过计算 BMI 可以直观判断病情严重程度以及监测治疗过程中体质量恢复情况。神经性厌食症患者 BMI 常明显低于正常标准,随着治疗开展, BMI 逐渐上升证明治疗有效^[27]。

2.2.5 身体形态问卷(Body Shape Questionnaire, BSQ) Cooper 等^[28]于 1987 年编制,用于有进食障碍风险的患者,要求受访者根据过去 4 周内的感受进行自评。问卷包含体型总体关注(24 个条目)、神经性厌食特征行为(4 个条目)、身体自我意识(6 个条目)3 个维度 34 个条目。各条目采用 6 级评分法,从“从未”到“总是”分别计 1~6 分。总分 34~204 分,分越高表明对身体形态的关注或困扰越严重。该问卷总的 Cronbach's α 系数为 0.95^[29]。目前尚未检索到中文版 BSQ。BSQ 从认知、情绪、行为三维评估体型关注,兼顾整体担忧与临床行为,适用于普通人群筛查与临床评估。量表原版专为女性编制,男性适配性不足、数据难对比且易漏评症状,亟需优化提升普适性^[30]。

3 多家庭治疗的治疗模式、整体治疗阶段及频率

3.1 治疗模式

Gelin 等^[31]总结了 2 种多家庭治疗模式,比利时 CTTA(Contextuele Therapie voor Thuis en Anderen)模式和巴黎系统性整合模式(An Integrative Systemic Multi-family Therapy Model, IS-MFT)。2 种模式的治疗过程如下。

3.1.1 比利时 CTTA 模式 治疗分 3 阶段,围绕饮食失调症状、家庭行为及个体发展开展手册化干预,各项活动均有清晰主题、目标与实施步骤。第 1 阶段为症状导向期,重点纠正青少年进食行为。通过家庭共餐训练,指导父母开展饮食管理,重建规律营养模式与健康体重,帮助患者克服食物恐惧,改善回避进食的问题。第 2 阶段为关系导向期,待体重与身心状况好转后,逐步归还饮食自主权。着力化解家庭矛

盾,优化家庭沟通功能,鼓励青少年表达自我,引导父母学会倾听与情绪管理。第 3 阶段为未来导向期,聚焦家庭成员心理与社会发展,促进青少年情感独立。引导亲子反思生活状态,保持良好用餐习惯与家庭氛围,培养自主饮食管理能力,预防疾病复发并助力长远成长。

3.1.2 IS-MFT 模式 该治疗以家庭关系与团体互动为核心,分三阶段开展,依靠家庭互动促进交流合作、共同解决问题。第 1 阶段为团体凝聚期,以破冰凝聚团队。治疗师制订规则、介绍治疗模型,组织家庭分享患病经历。成员围绕照护压力产生情感共鸣,消除陌生感,建立安全信任的交流氛围,为后续干预打下基础。第 2 阶段为关系重建期,干预重点由饮食失调转向家庭关系修复。先引导青少年接纳改变与父母帮助,再运用鱼缸法、虚拟家庭等方式,促进家庭深度沟通,帮助患者摆脱进食障碍束缚,逐步建立独立人格与良性亲子关系。第 3 阶段为持续巩固期,家庭可继续参与并帮扶新成员。通过时间线、隐喻练习评估康复进度、规划未来,部分家庭自发组建互助小组,长期维系治疗成效。

3.2 整体治疗阶段

3.2.1 预备阶段 家庭评估与筛选:通过单独访谈及评估,了解家庭互动模式、患者的病情严重程度(如 BMI、进食障碍症状)及治疗动机,筛选出 5~7 个病情相似且没有严重家庭冲突或精神疾病的家庭,确保这些家庭的成员能够稳定参与治疗^[3]。治疗前准备:向家庭成员详细解释治疗的目标、流程以及保密原则,解答他们对公开讨论疾病可能产生的顾虑,并签订参与协议,为后续治疗建立合作基础。

3.2.2 治疗初始阶段 团体建立与信任构建:通过“破冰活动”来缓解紧张情绪,组织家庭分享疾病故事。成员们可能更倾向于强调他们的共性,以形成一个安全的环境,让大家更容易分享个人经历和感受。

3.2.3 探索阶段 家庭互动模式解析:引导家庭还原孩子拒食等冲突场景,由其他家庭点评互动中“过度控制—反抗”等行为循环^[32]。治疗师依托系统家庭治疗理论,剖析互动模式对病情的影响。也可采用亲子分组探讨^[31],青少年交流体质量、进食顾虑与亲子矛盾;家长倾诉照护压力与焦虑,学会区分关怀与控制,改用温和沟通方式引导进食。

3.2.4 干预阶段 技能练习:设计家庭共制周菜单、青少年自主选餐等任务,在团体中演练并接受反馈。模拟聚餐进食场景,训练青少年应对体重评价、家长给予支持的应对策略等^[33]。各家庭分享实践经验,互相借鉴调整,充分发挥同伴支持的作用。

3.2.5 巩固与过渡阶段 进展回顾与问题解决:采用 EDE-Q、BMI 及 FAD 评估病情与家庭功能,总结进食行为、家庭沟通改善情况,在团体中共同研讨遗留问题对策。同时制订复发预防方案,识别复发预警

信号,规范家庭应对方式,并明确随访安排与线上互助等后续支持资源^[33]。

3.3 治疗频率与时间 多家庭治疗的频率和时间因研究和临床实践而异。一般来说,治疗频率为每周或每 2 周 1 次,每次治疗时间为 1~3 h。治疗时长通常持续 3~6 个月,也有一些研究将治疗时间延长至 1 年^[31,34-35]。治疗频率和时间的确定需要根据患者的病情严重程度、家庭的需求以及治疗资源等因素综合考虑。

4 多家庭治疗在青少年神经性厌食症中的治疗效果

4.1 体质量恢复与营养改善 多项研究证实,多家庭治疗可有效促进青少年神经性厌食症患者体质量恢复与营养状况改善^[36-37]。Gabel 等^[36]对比多家庭治疗与传统干预方式发现,治疗 12 个月后,前者患者平均体重恢复效果明显更优。Funderud 等^[37]研究表明,干预后患者 BMI 升至 22.5 kg/m²;自治疗开始至 6 个月随访期间,EDE-Q 总分持续下降,治疗阶段降幅尤为突出,随访期虽放缓但仍呈缓解趋势,可见该疗法可有效助力体重恢复,并持续改善进食障碍症状与营养状态。

4.2 症状缓解与心理改善 多家庭治疗既可改善厌食症青少年躯体症状,也能有效缓解心理问题。研究显示,该疗法能明显减轻患者焦虑、抑郁、强迫等情绪症状。家庭间的互助交流可给予患者理解与接纳,缓解孤独和病耻感^[38]。研究也发现,参与治疗能加深青少年对疾病的认知,促使心态与行为产生正向转变;同时通过学习应对策略与情绪调节方法,帮助患者稳定心理状态^[39]。

4.3 家庭关系与功能提升 多家庭治疗可显著优化神经性厌食症患者的家庭关系与整体功能。治疗中家庭成员能够习得良好沟通与互动模式,提升家庭凝聚力^[39]。相关研究证实,该疗法可有效改善家庭情感表达、问题解决等核心能力。家庭间互助借鉴,促使成员明晰自身角色责任,促进家庭关系和谐^[38]。Depestele 等^[40]使用 FAD 量表评估也显示,多家庭治疗能明显提升家庭沟通与问题解决能力。

5 多家庭治疗的局限性及建议

5.1 长期效果的维持 多家庭治疗短期疗效显著,但长期效果维持仍是难题。治疗结束后,现实压力易造成病情复发、家庭功能退化,建立规范随访机制十分必要。通过定期回访持续提供专业指导,同时搭建线上平台、编制康复手册等自助资源,可帮助家庭长期稳固治疗成效。

5.2 患者与家庭的接受程度 部分患者及家庭对该疗法接纳度有限,青少年追求独立、顾虑拖累家庭或过往家庭矛盾,都会产生抵触心理^[35]。若家庭存在严重精神心理问题、暴力虐待及激烈冲突,则不适宜开展治疗^[33]。治疗前需充分沟通评估,讲解治疗流

程与价值,消解顾虑、提升接纳信心。

5.3 文化适应性不足 多家庭治疗源自西方,与亚洲集体主义文化存在适配落差。中式家庭重视隐私与辈分边界,不愿向外展露内部矛盾,直接照搬西方模式易降低参与度与疗效。需推进本土化研究,贴合本土家庭观念调整治疗活动,培育熟知本土文化的专业治疗师。

5.4 治疗师专业能力要求高 多家庭治疗涉及多个家庭的互动管理,需要治疗师同时处理复杂的家庭关系、群体动力学问题,还要具备对青少年神经性厌食症的专业认知^[41]。若治疗师缺乏协调多家庭冲突、引导有效互动的能力,可能导致治疗混乱,甚至加剧家庭矛盾。建议建立系统的治疗师培训体系,重点提升多家庭群体互动引导、文化敏感度、危机干预等能力;同时搭建治疗师交流平台,通过案例研讨、督导等方式共享经验,持续提升专业水平。

6 小结

多家庭治疗作为一种创新且具有潜力的治疗模式,为青少年神经性厌食症的治疗带来了新的希望。它通过独特的群体互动和家庭间的相互支持,在改善患者体质量、心理症状以及家庭功能等方面展现出积极效果。然而,在实际应用中,多家庭治疗仍面临诸多挑战,如长期效果维持困难以及接受度等问题,未来仍需要进一步完善多家庭治疗体系。随着相关研究持续推进与临床实践不断积淀,多家庭治疗有望在青少年神经性厌食症干预及青少年心理健康领域发挥更大应用价值,为患病青少年及其家庭提供专业支持,助力其身心康复与家庭功能良性发展。

参考文献:

- [1] 陈涵,陈妍,韩慧琴,等.中国神经性厌食症诊疗专家共识[J].中国全科医学,2024,27(5):509-520.
- [2] Herzog D B, Nussbaum K M, Marmor A K. Comorbidity and outcome in eating disorders[J]. Psychiatr Clin North Am,1996,19(4):843-859.
- [3] 陈晓鸥.神经性厌食症的治疗进展[J].四川精神卫生,2017,30(1):93-96.
- [4] Amianto F, Angelini J M, Davico C, et al. Parent-daughter emotional dyssynchrony correlates with personality and psychopathology in adolescents with anorexia nervosa[J]. Eat Weight Disord,2025,30(1):20-30.
- [5] Steinhausen H C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century[J]. Am J Psychiatry,2002,159(8):1284-1293.
- [6] Baudinet J, Eisler I, Konstantellou A, et al. Perceived change mechanisms in multi-family therapy for anorexia nervosa:a qualitative follow-up study of adolescent and parent experiences[J]. Eur Eat Disord Rev,2023,31(6):822-836.
- [7] Laqueur H P, Laburt H A, Morong E. Multiple family therapy[J]. Curr Psychiatr Ther,1964,4:150-154.
- [8] Anderson C M, Hogarty G E, Reiss D J. Family treat-

ment of adult schizophrenic patients:a psycho-educational approach[J]. Schizophr Bull,1980,6(3):490-505.

- [9] Dare C, Eisler I. A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder[J]. Eur Eat Disord Rev,2000,8(1):4-18.
- [10] Simic M, Eisler I. Maudsley family therapy for eating disorders[J]. Encycl Coupl Fam Ther Cham,2018,8(2):1-12.
- [11] Bowen M. The use of family theory in clinical practice [J]. Compr Psychiatry,1966,7(4):345-374.
- [12] 袁文娟,左曙蓉.社会学习理论在临床护理教学中的应用[J].护理学杂志,2005,20(11):55-56.
- [13] Rania N, Coppola I, Pinna L. Reflective practices to study group dynamics:implement empowerment and understand the functioning of groups[J]. Front Psychol,2021,12:786754.
- [14] Zinser J, O'Donnell N, Hale L, et al. Multi-family therapy for eating disorders across the lifespan:a systematic review and meta-analysis[J]. Eur Eat Disord Rev,2022,30(6):723-745.
- [15] Epstein N B, Baldwin L M, Bishop D S. The McMaster Family Assessment Device [J]. J Marital Fam Ther,1983,9(2):171-180.
- [16] 李荣凤,徐夫真,纪林芹,等.家庭功能评定量表的初步修订[J].中国健康心理学杂志,2013,21(7):996-1000.
- [17] Forbush K T, Wildes J E, Pollack L O, et al. Development and validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI)[J]. Psychol Assess,2013,25(3):859-878.
- [18] Tang X, Forbush K T, Lui P P. Development and validation of the Chinese-language Version of the Eating Pathology Symptoms Inventory [J]. Eat Weight Disord,2015,48(7):1016-1023.
- [19] Coniglio K A, Becker K R, Tabri N, et al. Factorial integrity and validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI)[J]. Eat Behav,2018,31:1-7.
- [20] Morgan J F, Reid F, Lacey J H. The SCOFF Questionnaire:assessment of a new screening tool for eating disorders[J]. BMJ,1999,319(7223):1467-1468.
- [21] 梅莉.进食障碍筛查问卷 SCOFF 问卷中文版的信效度分析及在大学生中的应用研究[D].上海:上海交通大学,2022.
- [22] Solmi F, Hatch S L, Hotopf M, et al. Validation of the SCOFF Questionnaire for eating disorders in a multiethnic general population sample[J]. Int J Eat Disord,2015,48(3):312-316.
- [23] Fairburn C G, Beglin S J. Assessment of eating disorders:interview or self-report questionnaire? [J]. Int J Eat Disord,1994,16(4):363-370.
- [24] Matthews A, Bruening A B, Aarnio-Peterson C M, et al. Predictors of caregiver burden before starting family-based treatment for adolescent anorexia nervosa and associations with weight gain during treatment [J]. Eat Weight Disord,2023,28(1):21.
- [25] Berg K C, Peterson C B, Frazier P, et al. Psychometric

- evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: a systematic review of the literature[J]. *Int J Eat Disord*, 2012, 45(3):428-438.
 - [26] Passi V A, Bryson S W, Lock J. Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: self-report questionnaire versus interview[J]. *Int J Eat Disord*, 2003, 33(1):45-54.
 - [27] Bulant J, Hill M, Veliková M, et al. Changes of BMI, steroid metabolome and psychopathology in patients with anorexia nervosa during hospitalization [J]. *Steroids*, 2020, 153:108523.
 - [28] Cooper P J, Taylor M J, Cooper Z, et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire [J]. *Int J Eat Disord*, 1987, 6(4):485-494.
 - [29] Lentillon-Kaestner V, Berchtold A, Rousseau A, et al. Validity and reliability of the French Versions of the Body Shape Questionnaire [J]. *J Pers Assess*, 2014, 96(4):471-477.
 - [30] Da Silva W R, Swami V, Nogueira Neves A, et al. The Body Shape Questionnaire is not invariant across sex: evidence from Portuguese-speaking university students [J]. *PMS*, 2019, 126(3):462-476.
 - [31] Gelin Z, Cook-Darzens S, Simon Y, et al. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review [J]. *Eat Weight Disord*, 2016, 21(1):19-30.
 - [32] Asen E. Multiple family therapy: an overview[J]. *J Fam Ther*, 2002, 24(1):3-16.
 - [33] Scholz M, Rix M, Scholz K, et al. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results[J]. *J Eat Disord*, 2005, 27(2):132-141.
 - [34] Stewart C S, Baudinet J, Hall R, et al. Multi-family therapy for bulimia nervosa in adolescence: a pilot study in a community eating disorder service[J]. *Eat Disord*, 2021, 29(4):351-367.
 - [35] Tantillo M, McGraw J S, Lavigne H M, et al. A pilot study of multifamily therapy group for young adults with anorexia nervosa: reconnecting for recovery[J]. *Int J Eat Disord*, 2019, 52(8):950-955.
 - [36] Gabel K, Pinhas L, Eisler I, et al. The effect of multiple family therapy on weight gain in adolescents with anorexia nervosa: pilot data[J]. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2014, 23(3):196-199.
 - [37] Funderud I, Halvorsen I, Kvakland A L, et al. Multi-family therapy for adolescent eating disorders: a study of the change in eating disorder symptoms from start of treatment to follow-up[J]. *J Eat Disord*, 2023, 11:92.
 - [38] Engman-Bredvik S, Carballeira Suarez N, Levi R, et al. Multi-family therapy in anorexia nervosa: a qualitative study of parental experiences[J]. *Eat Disord*, 2016, 24(2):186-197.
 - [39] Voriadaki T, Simic M, Espie J, et al. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: adolescents' and parents' day-to-day experiences[J]. *J Fam Ther*, 2015, 37(1):5-23.
 - [40] Depestele L, Claes L, Dierckx E, et al. An adjunctive multi-family group intervention with or without patient participation during an inpatient treatment for adolescents with an eating disorder: a pilot study[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2017, 25(6):570-578.
 - [41] Brinchmann B S, Moe C, Valvik M E, et al. An aristotelian view of therapists' practice in multifamily therapy for young adults with severe eating disorders[J]. *Nurs Ethics*, 2019, 26(4):1149-1159.
- (本文编辑 黄辉, 吴红艳)
-
- (上接第 98 页)
- [19] Kingma B F, Rauwerdink P, Brenkman H J F, et al. Do esophageal cancer survivors work after esophagectomy and do health problems impact their work? A cross-sectional study[J]. *J Cancer Surviv*, 2020, 14(3):253-260.
 - [20] 张会民, 潘兰, 李瑞娟, 等. 食管癌手术患者重返工作后健康和劳动力现状及其与生活质量的相关性[J]. *医药论坛杂志*, 2023, 44(14):45-49, 53.
 - [21] Butow P, Laidsaar-Powell R, Konings S, et al. Return to work after a cancer diagnosis: a meta-review of reviews and a meta-synthesis of recent qualitative studies[J]. *J Cancer Surviv*, 2020, 14(2):114-134.
 - [22] Schellack S, Breidenbach C, Rick O, et al. Predictive factors for return to work among cancer survivors in Europe: a systematic review[J]. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2024, 200:104422.
 - [23] Li Y, Zhang Z, Ma X, et al. A latent class analysis of resilience and its association with patient-reported symptoms in patients with esophageal cancer after esophagectomy[J]. *Front Psychol*, 2023, 14:1241129.
 - [24] Tamura S, Suzuki K, Ito Y, et al. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review[J]. *Support Care Cancer*, 2021, 29(7):3471-3486.
 - [25] Zhang Y, Zhu M, Wu X, et al. Factors associated with returning to work and work ability of colorectal cancer survivors[J]. *Support Care Cancer*, 2022, 3(30):2349-2357.
 - [26] Fitch M I, Nicoll I. Returning to work after cancer: survivors', caregivers', and employers' perspectives [J]. *Psychooncology*, 2019, 28(4):792-798.
 - [27] 汤聪, 乔成平, 姜晨, 等. 我国癌症人群重返工作岗位现状及影响因素的系统评价[J]. *解放军护理杂志*, 2022, 39(8):73-77.
 - [28] Malmström M, Ivarsson B, Johansson J, et al. Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer: a focus group study[J]. *Int J Nurs Stud*, 2013, 50(1):44-52.
- (本文编辑 赵梅珍)