# 青少年神经性厌食与贪食症的临床症状及教养方式差异

李安妮[1] 李轶琛[1] 马 筠[1] 周琛淼[2] 谢 俊[1] 孙 科[1] 童永号[1] 李锦光[1]

【摘要】**目的** 比较青少年神经性厌食症与神经性贪食症患者在临床症状表现及父母教养方式上的差异。**方法** 选取2020年3月—2022年11月入院确诊为进食障碍的青少年患者148例，其中神经性厌食症（anorexia nervosa，AN）组75例、神经性贪食症（bulimia nervosa，BN）组73例，同期募集健康青少年70例为对照组。采用进食障碍调查量表Ⅱ（Eating Disorder Inventory–Ⅱ，EDI–Ⅱ）和父母教养方式评价量表（*Egna Minnen Beträffande Uppfostran*，EMBU）进行测评。**结果** AN组和BN组在EDI–Ⅱ各维度评分均显著高于对照组（$P<0.05$）。组间比较显示，BN组在对瘦的追求、暴食、对体型不满意、完美主义、内省力不足、禁欲主义及社交不安全感评分上显著高于AN组（$P<0.05$），而AN组成熟恐惧评分显著高于BN组（$P<0.05$）。在教养方式上，BN组父亲“情感温暖与理解”评分显著低于AN组，“惩罚与严厉”评分显著高于AN组（$P<0.05$）；AN组父母“偏爱被试”评分显著高于BN组（$P<0.05$）；两组患者父母的“过度保护”及“拒绝与否认”评分均高于对照组。**结论** 青少年AN与BN患者均存在显著的病理症状及不良家庭教养环境。BN患者伴随更严重的体像不满和暴食冲动，其家庭环境特征为父亲的高严厉与低温暖；AN患者则表现出更明显的成熟恐惧，其家庭特征为父母的高控制与溺爱。

【关键词】神经性厌食症；神经性贪食症；青少年；父母教养方式；家庭环境

【中图分类号】R749 【文献标识码】A 【文章编号】1673–2952（2026）03–0799–04

## Comparison of clinical symptoms and parental rearing styles in adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa

*LI Anni, LI Yichen, MA Jun, et al. Wuhan Mental Health Center, Wuhan 430012, China*

【**Abstract**】**Objective** To compare the differences in clinical symptoms and parental rearing styles between adolescents with anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). **Methods** A total of 148 adolescents with eating disorders (75 with AN and 73 with BN) were selected from March 2020 to November 2022, along with 70 healthy controls. Participants were assessed using the Eating Disorder Inventory–Ⅱ (EDI–Ⅱ) and the EMBU scale. **Results** Scores on all EDI–Ⅱ subscales in AN and BN groups were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). Compared with the AN group, the BN group scored significantly higher on drive for thinness, bulimia, body dissatisfaction, perfectionism, interoceptive awareness, asceticism, and social insecurity ($P<0.05$), while the AN group scored significantly higher on maturity fear ($P<0.05$). Regarding rearing styles, the BN group reported significantly lower paternal emotional warmth and higher paternal punishment scores than the AN group ($P<0.05$). The AN group reported significantly higher parental favoritism scores than the BN group ($P<0.05$). Both patient groups reported higher scores on parental overprotection and rejection than controls. **Conclusion** Adolescents with AN and BN exhibit significant pathological symptoms and adverse family rearing environments. BN patients present with more severe body dissatisfaction and bulimic impulses, characterized by a family environment of high paternal harshness and low warmth. AN patients show more pronounced maturity fear, characterized by high parental control and doting/favoritism.

【**Key words**】Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Adolescent; Parental rearing style; Family environment

［基金项目］1. 湖北省健康委员会科研项目（编号：WJ2021F007）；2. 武汉市医学科学研究项目（编号：WX23B37，WX23A97）。

［作者工作单位］1. 武汉市精神卫生中心儿童青少年科（武汉，430012）；2. 武汉市汉阳区妇幼保健院。

［第一作者简介］李安妮（1990.10–），女，湖北襄阳人，本科，主治医师，研究方向：精神医学。

［通信作者］李锦光（Email：yayalijinguang@163.com）。

进食障碍（Eating Disorders，ED）是以进食行为异常、对食物及体重体像过度关注为主要特征的精神疾病，其中神经性厌食症（AN）和神经性贪食症（BN）最为常见[1-3]。该类疾病病程迁延，严重损害青少年身心健康[4]。父母教养方式作为家庭功能的核心，直接影响子女人格塑造与应对方式[5-6]。既往研究多将ED作为一个整体探讨其家庭特征，普遍认为父母教养方式存在“高控制、低温暖”的特点[7]。然而，AN与BN在临床表现上存在显著差异：AN以限制摄入和低体重为特征，BN以暴食–清除、体重波动为特征。这提示两种亚型背后的家庭互动模式可能存在特异性。本研究旨在通过比较AN、BN以明确不同亚型患者在临床核心症状及教养方式上的差异，从而为临床实施化的家庭治疗提供依据。

## 1　研究对象和方法

### 1.1　研究对象

纳入2020年3月—2022年11月入院确诊为进食障碍的青少年患者148例，其中AN患者75例、BN患者73例。纳入标准：AN和BN参照《精神障碍诊断与统计手册第五版》[8]诊断；年龄12～18岁；双亲家庭；智力、视力、听力及发音正常，可配合完成问卷评估。排除标准：合并严重躯体疾病；既往精神疾病史；存在严重的自杀意念或行为；存在物质依赖或物质滥用；神经发育迟滞。并募集入院体检的健康青少年70例作对照组，年龄12～18岁，双亲家庭，排除标准同上。本研究符合赫尔辛基宣言，武汉市精神卫生中心伦理委员会批准本次调查研究；参与研究的青少年及其父母签署知情同意书。

### 1.2　研究工具

进食障碍调查量表Ⅱ（Eating Disorders Inventory Ⅱ，EDI–Ⅱ）：包括对瘦的追求、暴食、对体型不满意、无效感、完美主义、人际不信任、内省力不足、成熟恐惧、禁欲主义、冲动调节和社交不安全感11个分量表，共91个条目，评分越高表明该分量表问题越严重[9]。父母教养方式评价量表（*Egna Minnen Beträffande Uppfostran*，EMBU）：其中父亲教养方式包括情感温暖与理解、过分干涉、惩罚与严厉、偏爱被试、过度保护、拒绝与否认6个维度，共58个条目；母亲教养方式包括情感温暖与理解、过度保护与过分干涉、惩罚与严厉、偏爱被试、拒绝与否认5个维度，共57个条目。采用4级评分法，评分越高表明该维度特征越明显[10]。

### 1.3　统计分析

数据采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差（$\bar{x}\pm s$）表示；三组间比较采用单因素方差分析（One-way ANOVA），在分析前采用Levene检验进行方差齐性考察。若差异有统计学意义，组间两两比较采用SNK-q检验。计数资料以频数和百分率[n（%）]表示，组间比较采用$\chi^2$检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

## 2　结果

### 2.1　一般人口学及临床资料比较

三组在年龄、性别、居住地、教育年限及父母年龄方面比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），详见表1。

**表1　三组人群一般人口学资料比较**

| 项目 | AN组(n=75) | BN组(n=73) | 对照组(n=70) | F/$\chi^2$值 | *P*值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 年龄(岁) | 15.27±1.83 | 15.41±1.56 | 14.96±1.75 | 1.28 | 0.28 |
| 性别 | | | | 0.32 | 0.85 |
| 　男(例,%) | 21(28.00) | 18(24.66) | 17(24.29) | | |
| 　女(例,%) | 54(72.00) | 55(75.34) | 53(75.71) | | |
| 居住地 | | | | 0.59 | 0.75 |
| 　农村(例,%) | 28(37.33) | 23(31.51) | 25(35.71) | | |
| 　城市(例,%) | 47(62.67) | 50(68.49) | 45(64.29) | | |
| 受教育年限(年) | 9.88±1.37 | 9.61±1.52 | 9.34±1.29 | 2.70 | 0.079 |
| 父亲年龄(岁) | 45.21±5.23 | 44.83±4.96 | 44.57±5.18 | 0.29 | 0.75 |
| 母亲年龄(岁) | 43.94±5.77 | 44.28±5.39 | 44.13±4.91 | 0.07 | 0.93 |

### 2.2　各组EDI–Ⅱ评分比较

经Levene检验，EDI–Ⅱ各维度评分在三组间均符合方差齐性（$P>0.05$）。与对照组相比，AN组和BN组在EDI–Ⅱ所有分量表上的评分均显著升

高（$P<0.05$）。亚型间比较显示：BN组在对瘦的追求、暴食、对体型不满意、完美主义、内省力不足、禁欲主义、社交不安全感评分上显著高于AN组（$P<0.05$）；而AN组的成熟恐惧评分显著高于BN组（$P<0.05$），详见表2。

2.3 各组父母教养方式比较

经Levene检验，EMBU各维度评分在三组间均符合方差齐性（$P>0.05$）。父亲教养方式：BN组情感温暖与理解评分显著低于AN组和对照组，惩罚与严厉评分显著高于AN组和对照组；AN组偏爱被试评分显著高于BN组和对照组；AN和BN组的过度保护、拒绝与否认评分均高于对照组（$P<0.05$）。母亲教养方式：AN和BN组情感温暖评分均低于对照组，过度保护与过分干涉评分均高于对照组；BN组惩罚与严厉评分显著高于AN组；AN组偏爱被试评分显著高于BN组（$P<0.05$），详见表3。

**表2 各组EDI–Ⅱ评分的比较（分，$\bar{x}\pm s$）**

| 项目 | AN组（n=75） | BN组（n=73） | 对照组（n=70） | F值 | *P*值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 对瘦的追求 | 0.91±0.28* | 1.83±0.45*# | 0.32±0.10 | 423.88 | <0.001 |
| 暴食 | 0.75±0.23* | 1.52±0.48*# | 0.21±0.07 | 320.51 | <0.001 |
| 对体型不满意 | 1.65±0.57* | 2.23±0.69*# | 1.12±0.35 | 70.99 | <0.001 |
| 无效感 | 1.46±0.42* | 1.51±0.51* | 0.73±0.14 | 88.11 | <0.001 |
| 完美主义 | 1.04±0.26* | 1.27±0.23*# | 0.75±0.15 | 100.54 | <0.001 |
| 人际不信任 | 1.59±0.32* | 1.64±0.29* | 0.96±0.20 | 134.17 | <0.001 |
| 内省力不足 | 0.95±0.17* | 1.24±0.21*# | 0.35±0.07 | 558.22 | <0.001 |
| 成熟恐惧 | 1.59±0.28* | 1.32±0.22*# | 1.14±0.20 | 66.64 | <0.001 |
| 禁欲主义 | 0.78±0.14* | 1.11±0.19*# | 0.43±0.08 | 395.51 | <0.001 |
| 冲动调节 | 0.55±0.10* | 0.57±0.11* | 0.10±0.03 | 646.60 | <0.001 |
| 社交不安全感 | 1.76±0.32* | 1.95±0.37*# | 1.34±0.25 | 67.23 | <0.001 |

注：与对照组比较，*$P<0.05$；与AN组比较，#$P<0.05$

**表3 各组父母教养方式评价量表评分的比较（分，$\bar{x}\pm s$）**

| 项目 | AN组（n=75） | BN组（n=73） | 对照组（n=70） | F值 | *P*值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 父亲教养方式 | | | | | |
| 情感温暖与理解 | 54.97±8.37 | 50.49±9.51*# | 57.83±8.64 | 12.53 | <0.001 |
| 过分干涉 | 19.75±5.23 | 19.62±5.44 | 18.70±5.18 | 0.84 | 0.43 |
| 惩罚与严厉 | 18.54±5.47 | 23.71±6.36*# | 16.85±5.25 | 28.19 | <0.001 |
| 偏爱被试 | 14.35±4.05* | 10.32±3.37# | 10.86±3.28 | 27.44 | <0.001 |
| 过度保护 | 14.12±3.62* | 13.54±3.78* | 10.51±3.37 | 20.77 | <0.001 |
| 拒绝与否认 | 10.39±3.55* | 10.51±3.62* | 7.54±2.21 | 19.56 | <0.001 |
| 母亲教养方式 | | | | | |
| 情感温暖与理解 | 51.92±8.52* | 52.33±8.76* | 58.41±8.19 | 13.15 | <0.001 |
| 过度保护与过分干涉 | 38.62±6.27* | 37.49±5.83* | 31.97±5.34 | 26.59 | <0.001 |
| 惩罚与严厉 | 14.54±4.27 | 19.33±4.95*# | 13.16±3.80 | 39.61 | <0.001 |
| 偏爱被试 | 14.75±3.69* | 11.52±3.42# | 10.56±3.27 | 29.35 | <0.001 |
| 拒绝与否认 | 19.38±4.21* | 14.22±4.65*# | 10.75±3.09 | 83.65 | <0.001 |

注：与对照组比较，*$P<0.05$；与AN组比较，#$P<0.05$

## 3 讨论

本研究通过对比分析发现，青少年进食障碍患者存在广泛的病理心理症状和不良的家庭教养环境，且AN与BN亚型表现出高度特异的“症状–家庭”

特征图谱。

在临床症状方面，BN组在“对瘦的追求”“暴食”“体型不满意”及“内省力不足”等维度病理特征更重。这与王钰萍等[11]一致。BN患者虽然体重多正常，但对体型的病态焦虑和完美苛求更甚，这种高强度冲突叠加内省力不足，导致情绪调节崩塌，进而引发失控暴食作为消极代偿[3]。相比之下，AN组“成熟恐惧”显著更高，反映了其对成年责任及生理发育的潜意识抗拒。AN患者通过极端节食致使躯体发育停滞，实质是试图借“退行”逃避独立、维持儿童期状态以获取家庭庇护的防御机制。

在教养方式上，两组家庭均证实了“低温暖、高控制”共性[12]，但亚型差异显著。BN家庭呈现“严厉与忽视”，尤以父亲教养偏差最突出。BN组父亲情感温暖最低、惩罚严厉得分最高。父亲高压与情感缺失易使青春期子女产生强烈挫败感与低自尊，当患者无法获得父系认可时，易转向通过食物宣泄负能量，或试图以控制体型寻求虚假自我价值感[13]，这亦与BN的高冲动特质相呼应。

相反，AN家庭主要呈现“过度保护与溺爱”。AN父母的“偏爱被试”和“过度保护”评分显著最高。这种教养实质上剥夺了青少年的心理自主性，严重阻碍其独立人格形成[14]。结合AN的高“成熟恐惧”，可推测家庭过度保护与患者拒绝长大心理形成了病理性互锁：父母通过照顾虚弱患儿确认自身价值，患儿则通过维持疾病状态保留父母关注，借此逃避成年挑战。

本研究的局限在于，为控制家庭结构混杂干扰仅纳入双亲家庭，限制了代表性。单亲等家庭变故亦是致病风险，未来需扩大样本探讨；此外，横断面设计尚难以论证确切因果关联。

综上所述，BN与AN的家庭微环境存在质的差异。临床治疗应制定差异化策略：BN需重点修复父系情感连接，降低家庭惩罚；AN则需协助父母适度放手，打破过度保护，促进患者走向真正的分离–个体化。

## 参考文献


[1] Munn-Chernoff MA, Johnson EC, Chou YL, et al. Shared genetic risk between eating disorder- and substance-use-related phenotypes: Evidence from genome-wide association studies[J]. Addict Biol, 2021, 26(1): e12880.

[2] 连俊红，刘燕朋，周进涛，等. 奥氮平与齐拉西酮分别联合氟西汀治疗女性神经性厌食症[J]. 中国健康心理学杂志，2022，30(8)：1137-1140.

[3] Hagan KE, Jarmolowicz DP, Forbush KT. Reconsidering delay discounting in bulimia nervosa[J]. Eat Behav, 2021, 41: 101506.

[4] Jebeile H, Lister NB, Baur LA, et al. Eating disorder risk in adolescents with obesity[J]. Obes Rev, 2021, 22(5): e13173.

[5] 黄烨，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.

[6] 李德敏，许军，张远妮，等. 父母教养方式与青少年心理亚健康的关系：挫商的中介效应[J]. 中国健康心理学杂志，2024，32(1)：74-79.

[7] Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, et al. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology[J]. Psychol Res Behav Manag, 2017, 10: 305-312.

[8] First MB. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, and clinical utility[J]. J Nerv Ment Dis, 2013, 201(9): 727-729.

[9] Thiel A, Paul T. Test-retest reliability of the eating disorder inventory 2[J]. J Psychosom Res, 2006, 61(4): 567-569.

[10] 岳冬梅，李鸣杲，金魁和，等. 父母教养方式：EMBU的初步修订及其在神经症患者的应用[J]. 中国心理卫生杂志，1993(3)：97-101，143.

[11] 王钰萍，刘强，陈珏，等. 进食障碍患者核心症状的影响因素[J]. 临床精神医学杂志，2018，28(2)：88-92.

[12] 陆遥，何金波，朱虹，等. 父母教养方式对青少年进食障碍的影响：自我控制的中介作用[J]. 中国临床心理学杂志，2015，23(3)：473-476.

[13] 马菁，李潇，刘筱薇，等. 神经性厌食症与神经性贪食症女性患者父母教养方式的比较研究[J]. 华西医学，2022，37(3)：402-407.

[14] Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K, Wajda Z, et al. Bonding with parents, body image, and sociocultural attitudes toward appearance as predictors of eating disorders among young girls[J]. Front Psychiatry, 2021, 12: 590542.


（收稿日期：2025年12月1日）