Индекс УДК 916.89
Код ГРНТИ 76.29.52
DOI: 10.22204/2587-8956-2024-119-04-148-155

Г.П. КОСТЮК,
Е.В. МАЗУРОВА,
О.А. КАРПЕНКО,
В.В. СЕВЕРЦЕВ,
К.А. ГУРОВА,
Н.В. ЧЕРНОВ*

Роль семьи в терапии нервной анорексии

Цель исследования – оценить связь между уровнем вовлечённости семьи пациентов с нервной анорексией в терапевтические мероприятия в ходе рутинного лечения в Клинике расстройств пищевого поведения (КРПП) и приверженностью пациентов лечению. Были проанализированы 104 истории болезни пациентов с нервной анорексией, которые проходили лечение в КРПП в 2022–2023 гг. Пациентов разделили на группы: семья посещала все виды терапии (n=74), один вид терапии (n=13), семья

* **Костюк Георгий Петрович** — доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»), заведующий кафедрой психического здоровья факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова.
E-mail: KostyukGP@zdrav.mos.ru

Мазурова Евгения Владимировна — аспирант Учебного центра ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», заведующая дневным стационаром Центра терапии расстройств приёма пищи «Клиника расстройств пищевого поведения», врач-психиатр ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».
E-mail: dr.mazurova@gmail.com

Карпенко Ольга Анатольевна — кандидат медицинских наук, врач-психиатр, заведующая отделом внешних научных связей ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».
E-mail: drkarpenko@gmail.com

Северцев Всеволод Владиславович — ассистент кафедры психиатрии и наркологии ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, исследователь ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины им. академика Ю.М. Лопухина ФМБА.
E-mail: severtsevmed@gmail.com

Гурова Кристина Андреевна — врач-ординатор ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».
E-mail: kris.gurowa@mail.ru

Чернов Никита Владимирович — медицинский психолог, заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».
E-mail: n.chernov.pch1@bk.ru

Исследование выполнено в рамках государственного задания «Комплексное лечение больных с тяжёлыми формами анорексии у взрослых» (ЕГИСУ НИОКТР рег. № 123031600073-0).

не участвовала (n=15). Было установлено, что среди пациентов, родственники которых не посещали психообразовательные мероприятия, 66,7% (n = 10) не продолжили лечение после выписки из стационара. Пациенты, родственники которых посещали мероприятия частично и полностью, не продолжили лечение в 15,4% (n = 2) и 24,3% (n = 18) случаев соответственно. Установлено, что пациенты, чьи семьи не участвовали в психообразовательных мероприятиях, значительно меньше времени проводили в круглосуточном стационаре (17 койко-дней). В случае частичного и полного вовлечения семьи пациенты оставались в стационаре в среднем в течение 51 койко-дня и 54 койко-дней соответственно. Таким образом, было установлено, что вовлечённость семьи является важным фактором комплаентности на всех этапах лечения.

Ключевые слова: комплаенс, семейная психотерапия, семейная терапия Модсли, расстройства пищевого поведения, нервная анорексия

На сегодняшний день расстройства пищевого поведения (РПП) медицина рассматривает как результат взаимодействия генетических, социокультурных и психологических факторов, т.е. как мультифакторные заболевания [1]. Семья оказывает колоссальное влияние на формирование ценностей подростка, в том числе это касается и пищевого поведения. Трудности во взаимоотношениях внутри семьи могут стать фактором развития РПП [2].

Во-первых, семья прививает эталоны отношения к телесности в целом. Во-вторых, ребёнок «наследует» у родителей отношение к собственному телу [3]. Это может происходить через повышенное внимание матери к своему телу, через желание матери сделать ребёнка «лучшей версией себя» либо через формирование «пищевой зависимости» [3]. В-третьих, в подростковом возрасте даже небольшая внешняя провокация может привести к развитию РПП [3].

Несмотря на то, что семья и взаимоотношения внутри неё являются одними из факторов развития РПП, атмосфера сострадания и взаимоподдержки в период лечения от РПП имеет особое значение [4]. Существуют данные о том, что привлечение семьи и родственников как один из дополнительных методов лечения при терапии нервной анорексии оказывает положительное влияние на формирование ремиссии и повышает частоту выздоровления в два раза [5].

С 2019 г. на базе ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» функционирует Центр терапии расстройств приёма пищи «Клиника расстройств пищевого поведения» (КРПП), где оказывается специализированная помощь взрослым пациентам с РПП. Клиника состоит из трёх подразделений (круглосуточный стационар (КС), дневной стационар (ДС), диспансерное отделение (ДО)) и реализует полный цикл комплексных и последовательных лечебных мероприятий. На каждом из этапов лечения, помимо медицинских вмешательств, предусмотрена психотерапевтическая работа: групповая, индивидуальная и семейная психотерапия, а также психообразование для пациентов и их родственников.

Цель исследования – оценить связь между уровнем вовлечённости семьи пациентов с нервной анорексией (НА) в терапевтические мероприятия в ходе рутинного лечения в КРПП и приверженностью пациентов лечению.

Материал и методы

Были проанализированы 104 истории болезни пациентов с диагнозом «Нервная

анорексия», которые проходили лечение в КРПП в 2022–2023 гг. в КС, ДС и ДО.

Большинство пациентов – женщины — 94,1% (n = 96), лиц мужского пола – 5,9% (n = 6). Медиана (Me (Q1 – Q3)) возраста составила 23 (21–27) года. Средняя масса (M ± SD (95% ДИ)) тела при поступлении в КС составила 40,36 ± 8,69 (38,39 – 42,34) кг. Средний индекс массы тела при поступлении составил 14,63 ± 2,82 (13,99 – 15,26) кг/м^2.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.0.6 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50). Сравнение трёх и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела-Уоллиса; апостериорные сравнения – с помощью критерия Данна с поправкой Холма. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряжённости выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Сравнение трёх и более групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, выполнялось с помощью однофакторного дисперсионного анализа, апостериорные сравнения проводились с помощью критерия Тьюки (при условии равенства дисперсий).

Программа для семьи включала просмотр записей психообразовательных лекций, обсуждение информации со специалистами в ходе групповых онлайн-встреч один раз в неделю и проведение очной семейной психотерапии. Психообразовательный цикл из девяти лекций содержал следующие сведения: что такое РПП; их причины и механизмы возникновения; способы коммуникации с человеком, страдающим от РПП; мотивация пациентов к изменениям; эмоциональная регуляция для семьи и родственников, после чего эти навыки отрабатывались вместе с психологами. Обсуждались вопросы: как семья может быть ресурсом для лечения РПП; какие трудности могут возникнуть после выписки и как с ними справляться. В процессе онлайн-встреч родственники пациентов имеют возможность задавать вопросы специалистам КРПП.

Семейная психотерапия осуществляется после освоения лекционного материала при условии формирования стойкого улучшения соматического (ИМТ > 16) и психического состояния пациента, а также при наличии согласия участников. В рамках программы КРПП предусмотрено в среднем 10 сеансов семейной психотерапии, направленных на индивидуальное внедрение навыков ухода за пациентом для конкретной семьи. Кроме того, с учётом болезни могут формироваться определённые способы взаимодействия в семье, которые способны «провоцировать и поддерживать» заболевание. Именно поэтому в ходе совместной терапии выявляется функция болезни в семейной системе и ведётся работа, направленная на формирование более гибкого взаимодействия друг с другом (открытая коммуникация, правила, границы).

Все психотерапевтические и психообразовательные мероприятия КРПП для семьи составлены на базе научно-обоснованной модели терапии МАНТРА «Лечение нервной анорексии у взрослых, модель Модсли» [8], которая была разработана для лечения взрослых с НА с учётом биологии и психологии расстройства и того, как эти факторы взаимодействуют при поддержке НА [9].

В качестве критериев приверженности лечению мы рассматривали продолжительность лечения (число койко-дней) в КС и ДС КРПП, а также прохождение или не прохождение полного цикла лечения в КРПП (КС, ДС, ДО).

Пациенты были разделены на три группы в зависимости от степени вовлечённости членов их семей в психотерапевтическую работу: 1) семья посетила и психообразование, и сеансы семейной терапии; 2) семья посетила либо психообразование, либо сеансы семейной терапии; 3) семья

не посетила ни одно из терапевтических мероприятий.

Так как увеличение массы тела у пациентов с НА может становиться причиной отказа от лечения, мы предположили, что вовлечённость семьи может влиять на соблюдение этапности лечения, так как пациенты, встречающие со стороны родственников понимание болезни и поддержку продолжительной терапии, будут более комплаентны. «Правильная» этапность лечения подразумевает поступление в КС, после стабилизации психического и соматического состояния переход в ДС, а после стабилизации ремиссии – переход в ДО.

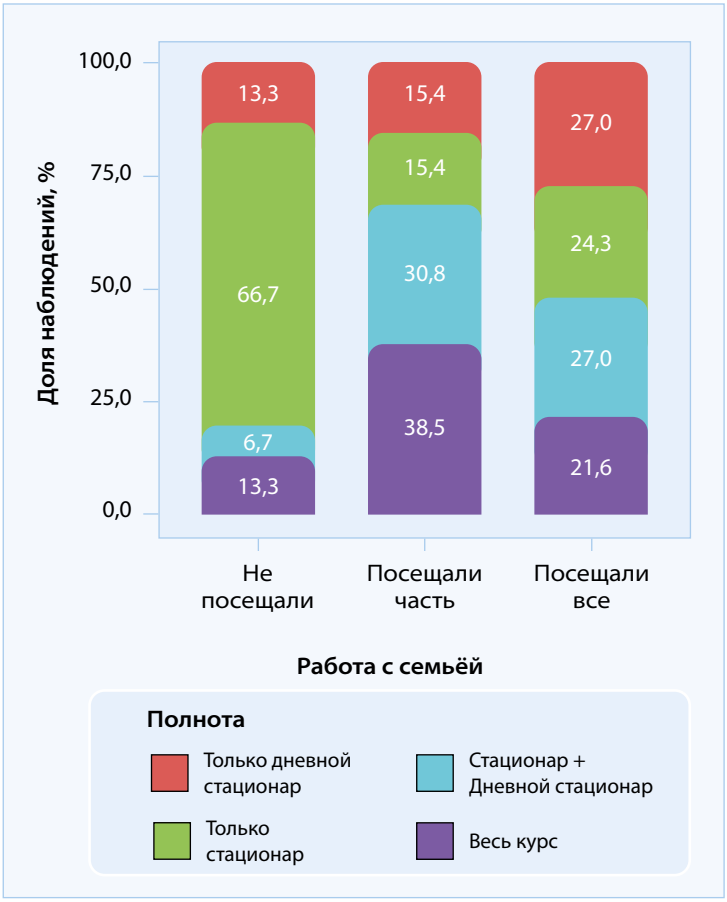

Рис. Анализ приверженности лечебному плану в зависимости от вовлечённости семьи

Результаты

Из 104 госпитализаций семья была вовлечена в лечение в 85,3% случаев (n = 89). В 72,5% случаев (n = 74) семья посещала все мероприятия, проводимые в КРПП, в 12,7% случаев (n = 13) семья посещала один из форматов мероприятий, а в 14,7% случаев (n = 15) семья не участвовала вообще. Из общего числа 30 пациентов (29%) проходили лечение только в КС и 24 человека (23%) – только в ДС. Полный лечебный цикл (включающий КС, перевод на ДС и продолжение наблюдения в ДО) прошли 23 человека (22%).

Медиана возраста пациентов, чьи семьи участвовали во всех проводимых клиникой мероприятиях, составила 23,0 (21,0 – 26,0) года, в то время как медиана возраста тех, чьи семьи совсем не посещали мероприятия, – 31 (23,00 – 35,00) год), H = 4,113, p = 0,128. Данные различия не продемонстрировали статистической значимости в нашей выборке, однако можно говорить о наличии тенденции, в рамках которой семьи более взрослых пациентов реже участвуют в лечебных мероприятиях.

Для изучения связи между вовлечённостью родственников и соблюдением этапности лечения мы оценили, какие этапы лечения были пройдены пациентом в выделенных нами группах. Установлено, что среди пациентов, родственники которых вообще не посещали мероприятия, 66,7% (n = 10) не продолжили лечение после выписки из КС, в то время как пациенты, родственники которых посещали мероприятия частично и полностью, не продолжили лечение в 15,4% (n = 2) и 24,3% (n = 18) случаев соответственно. Более того, 27% (n = 20) пациентов, чьи семьи были полностью вовлечены в программу для родственников, проходили лечение только на уровне ДС, что говорит о меньшей тяжести их заболевания на момент обращения. Таким образом, низкая вовлечённость родственников негативно сказывалась на соблюдении их близкими необходимых этапов лечения, и эти различия были статистически значимы (*Хи-квадрат Пирсона*: p = 0,025) (рис.).

Таблица 1

Анализ длительности лечения в зависимости от вовлечённости семьи

Степень вовлечённости семьи в терапию	Койко-дни (КС)			p
	Me	$Q_1 - Q_3$	n	
Не посещали*	17,00	16,00 – 52,00	13	0,018
Посещали часть	51,00	43,50 – 62,50	11	
Посещали все*	54,00	29,25 – 70,50	54	

Примечание: * статистически значимая разница между группами «не посещали» и «посещали все» при апостериорном сравнении (p = 0,017).

Таблица 2

Анализ длительности лечения в зависимости от вовлечённости семьи

Степень вовлечённости семьи в терапию	Койко-дни (ДС)			p
	M ± SD	95% ДИ	n	
Не посещали*	17,50 ± 9,57	2,27 – 32,73	4	0,044
Посещали часть	32,82 ± 15,51	22,40 – 43,24	11	
Посещали все*	37,98 ± 16,41	33,46 – 42,50	53	

Примечание: * статистически значимая разница между группами «не посещали» и «посещали все» при апостериорном сравнении (p = 0,043).

Таблица 3

Результаты оценки влияния выбранных факторов на длительность лечения в КС с помощью линейной регрессии

	B	Стд. ошибка	t	p
Intercept*	102,637	11,610	8,840	< 0,001
Работа с семьей: посещали все	19,623	5,589	3,511	< 0,001
Работа с семьей: посещали часть	23,779	7,765	3,062	0,003
ИМТ при поступлении	–4,938	0,750	–6,586	< 0,001

Примечание: * Intercept – свободный коэффициент; то, чему равна зависимая переменная, если предиктор равен нулю.

Далее мы проанализировали длительность лечения в КС в зависимости от вовлечённости родственников (табл. 1). Несмотря на то, что в «классической» медицинской модели увеличение этого показателя является нежелательным, в контексте нервной анорексии он отражает эффективность лечебных мероприятий, так как возвращение пациентов к адекватному статусу питания не может быть быстрым и требует бережного поэтапного вмешательства. В результате мы установили, что пациенты, чьи семьи не участвовали в терапевтических мероприятиях, значительно меньше проводили времени в КС (17 койко-дней). В то же время пациенты, чьи семьи посещали хотя бы часть терапевтических мероприятий, оставались в стационаре в среднем 51 койко-день, а в случае полного вовлечения – 54 койко-дня. Таким образом, мы установили, что приверженность лечению связана с вовлечённостью семьи.

Далее мы сравнили длительность лечения в ДС в зависимости от вовлечённости семьи (табл. 2). В ДС была обнаружена аналогичная закономерность: пациенты, чьи семьи участвовали в лечебной программе частично или полностью, продолжали лечение в среднем 32,82 и 37,98 койко-дней соответственно, а пациенты, чьи родственники не были вовлечены, оставались в ДС в среднем 17,5 койко-дней. Таким образом, мы установили, что вовлечённость семьи является важным фактором комплаентности на всех этапах лечения.

Можно предположить, что на вовлечённость семьи влияла исходная тяжесть состояния пациентов: пациенты, состояние которых было изначально менее тяжёлым, в меньшей степени обращали на себя внимание родственников. При оценке влияния ИМТ при поступлении и вовлечённости семьи на длительность лечения методом линейной регрессии

было установлено, что более высокий ИМТ при поступлении действительно коррелирует с меньшей длительностью пребывания в КС; однако вовлечённость семьи остается значимым фактором, действующим независимо от исходного ИМТ (табл. 3).

Более того, при оценке влияния исходного ИМТ на длительность лечения в ДС была обнаружена корреляция обратного направления: чем больше ИМТ, тем дольше лечение в ДС, в то время как вовлечённость семьи сохраняла силу и направление влияния (табл. 4).

Таблица 4

Результаты оценки влияния выбранных факторов на длительность лечения в ДС с помощью линейной регрессии

	B	Стд. ошибка	t	p
Intercept*	–24,813	15,479	–1,603	0,118
Работа с семьей: посещали все	23,670	9,957	2,377	0,023
Работа с семьей: посещали часть	14,773	10,902	1,355	0,184
ИМТ при поступлении	2,699	0,945	2,855	0,007

Примечание: * Intercept – свободный коэффициент; то, чему равна зависимая переменная, если предиктор равен нулю.

Обсуждение

Мы оценили уровень вовлечённости семьи пациентов (в возрасте от 18 до 45 лет) с НА в психотерапевтическую работу в ходе рутинного лечения в КРПП и влияние степени вовлечённости семьи в терапию на приверженность пациентов лечению. Найденные нами литературные данные подтверждают наши находки, а также подчёркивают немаловажные факты, которые необходимо учитывать в лечении РПП как у детей и подростков, так и у взрослых пациентов.

В исследовании Byrne et al. также была выявлена важность повышения родительской самоэффективности в процессе семейной психотерапии [6]. Было показано, что она в большей степени предсказывала последующий набор веса у подростков, страдающих НА, нежели повышение самоэффективности подростков в процессе семейной психотерапии или прохождение подростками индивидуальных сеансов психотерапии.

Результаты исследования Le Grange et al. показали, что подростки с НА, проходящие курс семейной психотерапии, демонстрируют раннее увеличение веса с последующим переходом на очередной этап лечения [7]. Также установлено, что семейная психотерапия превосходит индивидуальную подростково-ориентированную терапию с точки зрения увеличения веса на протяжении всего лечения и последующего наблюдения, а также с точки зрения устойчивости ремиссии [7].

Результаты исследования Eisler et al. также доказали эффективность семейной терапии, ориентированной на расстройства пищевого поведения, в частности нервную анорексию у подростков [8]. Также были выявлены дополнительные преимущества объединения семей в группы (мультисемейной психотерапии) [8].

В опубликованном в 2024 г. метаанализе авторы делают вывод об эффективности семейной терапии, но указывают и на возможность использования когнитивно-поведенческой терапии, сообщая при этом о недостатке подтверждающих данных. Тем не менее авторы указывают и на то, что для части пациентов психотерапия не приносит облегчения в целом [9].

Заключение

В результате нашего исследования было выявлено, что участие семьи связано с повышением комплаенса пациентов с нервной анорексией. Полученные нами результаты согласуются с данными мировой литературы; тем не менее, чтобы делать более однозначные выводы об эффективности семейной психотерапии в лечении РПП, требуются дальнейшие исследования с соответствующим дизайном.

ЛИТЕРАТУРА

1. Энциклопедический словарь клинической психологии. 2-е изд. / Под ред. Н.Д. Твороговой. М.: Практическая Медицина, 2016.
2. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребёнка / Э. Мэш, Д. Вольф. СПб.: Прайм-еврознак, 2003.
3. Хозиева М.В. Психологическая роль семьи в развитии нарушений пищевого поведения // Северный регион: наука, образование, культура. 2016. № 1 (33). С. 103 .
4. Treasure J., Willmott D., Ambwani S., Cardi V., Clark Bryan D., Rowlands K., Schmidt U. Cognitive Interpersonal Model for Anorexia Nervosa Revisited: The Perpetuating Factors that Contribute to the Development of the Severe and Enduring Illness // Journal of Clinical Medicine. 2020. № 9 (3). 630. DOI: 10.3390/jcm9030630.
5. Rienecke R.D. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights // Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 2017. № 8. Pp. 69–79. DOI: 10.2147/AHMT.S115775.
6. Byrne C.E., Accurso E.C., Arnow K.D., Lock J., Le Grange D. An exploratory examination of patient and parental self-efficacy as predictors of weight gain in adolescents with anorexia nervosa // International Journal of Eat Disorders. 2015. № 48 (7). P. 883. DOI: 10.1002/eat.22376.
7. Le Grange D., Accurso E.C., Lock J., Agras S., Bryson S.W. Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa // International Journal of Eat Disorders. 2014. № 47 (2). P. 124. DOI: 10.1002/eat.22221.
8. Eisler I., Simic M., Hodsoll J., Asen E., Berelowitz M., Connan F., Ellis G., Hugo P., Schmidt U., Treasure J., Yi I., Landau S. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa // BMC Psychiatry. 2016. № 24. 16 (1). P. 422. DOI: 10.1186/s12888-016-1129-6.
9. Wergeland G.J., Ghaderi A., Fjermestad K. et al. Family therapy and cognitive behavior therapy for eating disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis // European Child & Adolescent Psychiatry. 2024. DOI: 10.1007/s00787-024-02544-1.

The Role of Family in the Therapy of Nervous Anorexia

Georgy Petrovich Kostyuk — DSc (Medicine); Professor; Chief Physician, Alexeyev Psychiatric Clinical Hospital #1 State Budgetary Healthcare Institution of the Moscow City Health Department; Head of Mental Health Department, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU).
E-mail: KostyukGP@zdrav.mos.ru

Yevgenia Vladimirovna Mazurova — PhD Student, Training Center, Alexeyev Psychiatric Clinical Hospital #1; Head of the Day Hospital, Clinic of Eating Disorders; Psychiatrist, Alexeyev Psychiatric Clinical Hospital #1.
E-mail: dr.mazurova@gmail.com

Olga Anatolyevna Karpenko — PhD (Medicine); Psychiatrist; Head of the External Scientific Relations Department, Alexeyev Psychiatric Clinical Hospital #1.
E-mail: drkarpenko@gmail.com

Vsevolod Vladislavovich Severtsev — Assistant, Psychiatry and Narcology Department, Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University; Researcher, Lopukhin Federal Research and Clinical Center of Physical-Chemical Medicine of the Federal Medical Biological Agency.
E-mail: severtsevmed@gmail.com

Kristina Andreyevna Gurova — Resident Doctor, Alexeyev Psychiatric Clinical Hospital #1.
E-mail: kris.gurowa@mail.ru

Nikita Vladimirovich Chernov — Clinical Psychologist; Head of the Department of Psychotherapeutic Care and Social Rehabilitation, Alexeyev Psychiatric Clinical Hospital #1.
E-mail: n.chernov.pch1@bk.ru

The aim of the study was to assess the relationship between the level of involvement of the family of patients with anorexia nervosa in therapeutic measures during routine treatment in the EDC and patients' compliance to treatment. We analyzed 104 cases of patients with anorexia nervosa who were treated at the EDC during 2022–2023 at the full-time division, the half-time division and the dispensary division. It was found that among patients whose relatives did not attend psychoeducation events, 66.7% (n=10) did not continue treatment after discharge from the full-time division, patients whose relatives attended events partially and completely did not continue treatment in 15.4% (n=2) and 24.3% (n=18) cases, respectively. It was found that patients whose families did not participate in psychoeducation activities spent significantly less time in a full-time division (17 days). In the case of partial and full family involvement, patients stayed in the hospital for an average of 51 days and 54 days, respectively. Thus, it was found that family involvement is an important compliance factor at all stages of treatment.

Keywords: compliance, family psychotherapy, Maudsley family therapy, eating disorders, anorexia nervosa

REFERENCES

1. Entsiklopedicheskii slovar' klinicheskoi psikhologii, 2-e izd. / Pod red. N.D. Tvorogovoi. M: Prakticheskaya Meditsina, 2016 (in Russian).
2. Mesh E. Detskaya patopsikhologiya. Narusheniya psikhiki rebyonka / E. Mesh, D. Vol'f. SPb.: Praim-evroznak, 2003 (in Russian).
3. Khozieva M.V. Psikhologicheskaya rol' sem'i v razvitii narushenii pishchevogo povedeniya // Severnyi region: nauka, obrazovanie, kul'tura. 2016. № 1 (33). S. 103 (in Russian).
4. Treasure J., Willmott D., Ambwani S., Cardi V., Clark Bryan D., Rowlands K., Schmidt U. Cognitive Interpersonal Model for Anorexia Nervosa Revisited: The Perpetuating Factors that Contribute to the Development of the Severe and Enduring Illness // Journal of Clinical Medicine. 2020. № 9 (3). P. 630. DOI: 10.3390/jcm9030630.
5. Rienecke R.D. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights // Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 2017. № 8. Pp. 69–79. DOI: 10.2147/AHMT.S115775.
6. Byrne C.E., Accurso E.C., Arnow K.D., Lock J., Le Grange D. An exploratory examination of patient and parental self-efficacy as predictors of weight gain in adolescents with anorexia nervosa // International Journal of Eat Disorders. 2015. № 48 (7). P. 883. DOI: 10.1002/eat.22376.
7. Le Grange D., Accurso E.C., Lock J., Agras S., Bryson S.W. Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa // International Journal of Eat Disorders. 2014. № 47 (2). P. 124. DOI: 10.1002/eat.22221.
8. Eisler I., Simic M., Hodsoll J., Asen E., Berelowitz M., Connan F., Ellis G., Hugo P., Schmidt U., Treasure J., Yi I., Landau S. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa // BMC Psychiatry. 2016. № 24. 16 (1). P. 422. DOI: 10.1186/s12888-016-1129-6.
9. Wergeland G.J., Ghaderi A., Fjermestad K. et al. Family therapy and cognitive behavior therapy for eating disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis // European Child & Adolescent Psychiatry. 2024. DOI: 10.1007/s00787-024-02544-1.