

Мотивация и терапевтический альянс у девочек-подростков с нервной анорексией и проблема преждевременного прерывания лечения

Скрипченко П.А., Пичиков А.А., Попов Ю.В.
ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

Резюме. Преждевременное прерывание лечения пациентами с нервной анорексией (НА) является распространенной ситуацией, при которой существенно снижаются шансы больных на выздоровление. Предпринятый анализ данной проблемы позволяет связать высокий процент преждевременного прерывания лечения с трудностями в установлении продуктивного терапевтического альянса, а также с наблюдаемой у данных пациентов низкой мотивацией на лечение. Предполагается, что своевременное внимание к этим факторам позволит существенно повысить эффективность лечения НА у девочек-подростков.

Ключевые слова: нервная анорексия, преждевременное прерывание лечения, нон-комплаенс, мотивация, терапевтический альянс, мотивационное интервью.

Therapeutic alliance with teenage girls suffering from anorexia nervosa, motivation and the problem of dropout from inpatient treatment

Skipchenko P.A., Pichikov A.A., Popov Y.V.
Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. High dropout rates from inpatient treatment among the patients with Anorexia Nervosa (AN) pose a serious problem, which is significantly reduce the chances of recovery. Undertaken analysis of this problem allows to link a high percentage of dropout with difficulties in establishing a productive therapeutic alliance and low motivation for treatment inherent to these patients. It is assumed that timely focus on these factors may noticeably increase the probability of positive outcome among the teenage girls with AN.

Key words: anorexia nervosa, premature termination of treatment, non-compliance, motivation, therapeutic alliance, motivational interviewing

Проблема нервной анорексии у девочек-подростков является крайне актуальной. С конца XX века отмечается неуклонный рост заболеваемости в индустриально развитых странах. Следует отметить, что НА (F50.0) подвержены представители более обеспеченных слоев населения [8].

Несмотря на значительное количество научных исследований и публикаций на тему нервной анорексии (НА), за последние годы так и не произошло качественного прорыва в подходах к лечению данного расстройства [28]. Смертность составляет до 20 %, в том числе от суицидов – 0,2 % в год, продолжает оставаться достаточно высоким процент неблагоприятных исходов [7]. По данным мета-анализа 119 исследований (Steinhausen, 2002) нормализация массы тела имела место у 59,6 % больных, менструального цикла — у 57 %, пищевого поведения — у 46 %. В целом автор приводит следующие цифры: хороший исход с нормализацией веса и менструального цикла наблюдался у 44 % больных; плохие исходы, при которых сохранялись отклонения веса и нарушения менструального цикла, отмечались у 24 % больных; 5 % больных умерли.

Среди подростков, по данным того же автора, практически выздоравливает (катамнез 5 лет) 50–

70 % пациентов с НА, а у 20 % расстройство имеет хроническое течение. В нашей работе мы предприняли попытку анализа возможных причин подобной ситуации, опираясь на отечественные и зарубежные исследования. Нами будет рассмотрена проблема преждевременного прерывания лечения пациентами с НА, а также проблема мотивации и создания терапевтического альянса среди данного контингента с целью профилактики возможных причин преждевременного выхода пациентов из программ лечения. Помимо этого мы попытались выделить возможные направления для повышения эффективности терапии НА.

Преждевременное прерывание лечения у больных НА

НА (F50.0) относится к тяжелым психическим заболеваниям с длительным периодом лечения и частым неблагоприятным исходом [7, 8]. Мы считаем, что одной из возможных причин неблагоприятного исхода лечения можно считать преждевременный выход пациентов из программы лечения. Очевидно, что самая эффективная терапевтическая парадигма не принесет пользы пациенту, который не следует предписаниям, либо прерывает лечение раньше положенного срока.

Согласно проанализированным нами исследованиям процент раннего выхода из программ лечения у пациентов с НА достаточно высок. Ранние исследования (Vandereycken, Pierloot, 1983), проведенные на популяции 133 женщин, страдающих НА, показывают 57,6 % преждевременного выбывания из программы лечения. Терапевтическими целями было достижение 90 % изначального веса, то есть веса до начала заболевания, и психологическая реабилитация.

Более позднее исследование (Kahn, Pike, 2001), проведенное на 81 пациентке с НА, показывает 33 % преждевременного прерывания лечения до достижения намеченного уровня 90 % изначального веса, удерживаемого в течение двух недель. В данном исследовании 16 % пациентов покинули программу на самых ранних сроках лечения в течение первых 10 дней.

Исследования, проведенные на популяции 166 пациенток с НА (Woodside et al., 2004), приводят данные о 51 % преждевременного выбывания из программы лечения с основной целью в виде фиксации индекса массы тела (ИМТ) равного 20. Исследования, проведенные также в 2004 году (Surgenor et al., 2004), на основе наблюдения 227 пациентов с НА, показали 20% преждевременного ухода из программы. В данном случае терапевтические цели были индивидуально разработаны для каждого случая. Следует здесь отметить, что более низкий процент выбывания из программы может быть обусловлен именно индивидуализированным подходом к постановке целей лечения, а также более коротким периодом катамнеза по сравнению с другими исследованиями (18 месяцев, тогда как в других исследованиях этот период колеблется от 4 до 12 лет).

Исследования, проведенные в 2005 году (Zeeck et al., 2005) на основе наблюдения 236 пациентов с НА, показали 31 % прерывания лечения, из которых 26 % не достигли даже половины намеченной программой терапевтической цели в виде ИМТ \geq 18. Исследования, проведенные в 2006 году (Carter et al., 2006) на основе наблюдения 113 пациентов с диагнозом расстройство пищевого поведения (НА и РПП недифференцированного типа), показало 36 % преждевременного прерывания лечения с прогнозируемым уровнем улучшения состояния по критерию ИМТ равного 20. Исследования, проведенные в 2010 году во Франции (Caroline et al., 2010) на основе наблюдения более 600 больных НА, показало 53,3 % преждевременного прерывания лечения, причем более половины указанных пациентов прерывали лечение в течение первых недель госпитализации.

Можно отметить, что исследования, проведенные после 1983 года, показывают практически одинаковый процент выбывания из программы пациентов. В связи с этим возникает закономерный вопрос: почему ситуация, связанная с лечением НА, практически не изменилась более чем за 20 лет и, несмотря на значительный прогресс медицинских наук и психиатрии в частности, пациенты с НА имеют столь высокие показатели

преждевременного прерывания лечения? А если значительный процент пациентов выходит из программы лечения, так и не достигнув намеченных целей (восстановление ИМТ, психологического и соматического равновесия), то течение расстройства имеет все шансы стать хроническим [38].

Если мы обратимся к популяции подростков, страдающих НА, то и здесь процент выбывания из программы остается достаточно высоким. Исследования, проведенные в 2013 году (Hubert et al., 2013), на популяции 359 подростков и лиц молодого возраста 16–20 лет, показали 24 % преждевременного выхода из программы лечения. Низкий (по сравнению с другими исследованиями) процент выхода из программы объясняется тем, что 75 % исследуемой популяции имели возраст менее 18 лет. То есть эти пациенты не могли покинуть стационар только по собственному желанию и требовалось согласование с родителями.

Краткий обзор факторов, связанных с преждевременным выходом из программ лечения

В приведенных выше исследованиях были отмечены следующие факторы, способствующие преждевременному выбыванию пациентов с НА из терапии: большее количество перенесённых ранее госпитализаций; низкий ИМТ при поступлении; субъективно желаемый низкий ИМТ; сочетание ограничительной формы анорексии с булимическими эпизодами; наличие очистительных симптомов (слабительные, рвота); отсутствие депрессивной симптоматики; наличие самоповреждающего поведения и суицидных попыток в анамнезе; употребление ПАВ; наличие детей, если пациентом является мать-одиночка; страх перед стигматизацией в обществе и негативное отношение к психиатрии среди близких родственников пациента. Также у таких пациентов выявлялся высокий результат по шкале Hopkins Symptom Check List 90-R (SCL-90-R), измеряющей наличие и выраженность психопатологической симптоматики, и по шкале The Eating Disorder Inventory (EDI).

Характерно, что общим для всех исследований являются факторы низкой мотивации пациентов (низкий балл по шкале опросника «Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire» — ANSOCQ) и отсутствие качественного терапевтического альянса (низкий балл по шкале Working Alliance Inventory Short Form (WAI-S) [15, 25, 34]. Эти факторы проявляются у всех пациентов, преждевременно покинувших программу лечения. Далее мы сосредоточимся именно на этих двух факторах.

Фактор мотивации у пациентов с нервной анорексией

Как мы уже отметили ранее, недостаточная мотивация к нормализации веса указывается как одна из основных причин преждевременного прерывания лечения [15, 25, 31]. Многие специалисты, к мнению которых мы присоединяемся,

утверждают, что преодоление низкой мотивации к изменениям у пациентов, страдающих НА, является одним из самых серьезных препятствий на пути к выздоровлению [20].

Низкая мотивация при НА может свести к минимуму эффективность психотерапевтических методов, которые в других условиях зарекомендовали себя как эффективные в комплексном лечении других расстройств пищевого поведения (РПП). Например, наблюдаемые в некоторых случаях неудовлетворительные результаты когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), рекомендуемой в рамках лечения НА [3], могут объясняться именно фактором низкой мотивации [18], так как КПТ подразумевает изначально высокую степень сотрудничества пациента.

Работа с мотивацией имеет особую важность, если учесть тот факт, что до 70 % пациентов с НА, находящихся на стационарном лечении, после 3-месячного пребывания в программе так и не включаются активно в терапевтический процесс [31]. Другими словами, такие пациенты, по сути, пассивно ожидают выписки, а в худшем случае активно саботируют терапевтические мероприятия.

Подобная ситуация обусловлена в том числе тем, что поступление на стационар пациента с НА происходит в порядке «срочности», в связи с необходимостью стабилизировать соматическое состояние, вызванное существенной потерей веса, и не всегда связано с психологической готовностью пациента избавиться от своего недуга.

Кроме того, исследования показывают, что врачи или психотерапевты склонны завышать готовность пациентов к изменениям [19] или имеют ошибочное мнение о представлениях и чувствах пациента относительно терапии [24]. Как следствие, врач ожидает и принуждает пациента к изменениям, исходя из своих собственных представлений о ходе лечения, а пациент к таким изменениям часто абсолютно не готов, так как базируется на собственном представлении о своей проблеме и о том, что такое «выздоровление». Таким образом, высокий процент выбывания из программ лечения пациентов с НА или их пассивное сопротивление предписаниям врача могут объясняться несогласованностью между ожиданиями специалистов и самих пациентов [22].

Мы можем сказать, основываясь на собственном клиническом опыте и на анализе отечественных рекомендаций, что недооценка фактора мотивации является историческим и традиционным обстоятельством. Большинство врачей, работающих с НА, не имеют навыков ведения терапевтической беседы в мотивационном ключе и опираются на пособия по лечению НА, в которых клиническое интервьюирование с пациентами, страдающими НА, рекомендуется проводить в «рационально-разъяснительной» форме или, другими словами, в форме прямого убеждения и конфронтации [2]. Предлагается разъяснять пациентам необходимость госпитализации и лечения с упором на логические доводы, с помощью которых врач, используя свой авторитет, «убеждает» больного в

обоснованности данных мер. Это пример так называемого «менторского» стиля общения с пациентом, который редко бывает эффективным [1], но, к сожалению, часто остается традиционной формой отношений «врач–пациент». Здесь уместно отметить, что «менторский» стиль вообще неприемлем при общении с подростками [5].

Мы можем обоснованно задаться вопросом: почему многими специалистами считаются приемлемыми и эффективными призывы к логике в беседе с пациентами, у которых не только существует своя «нерациональная» логика (по сути — бредовая убежденность), которой они строго придерживаются, но и нарушения восприятия, вторичные выгоды и многие другие факторы, которые просто не позволяют пациенту «услышать» логические доводы врача?

Несмотря на то что многочисленные работы [10, 11, 13, 14, 23] показали и доказали неэффективность «прямого убеждения» и конфронтации в беседе с пациентами, обладающими низкой мотивацией к лечению, на практике многие врачи продолжают придерживаться «менторского» и «патерналистического» типа отношений с пациентами.

Мы можем предположить, что именно по вышеуказанным причинам многие пациенты с НА, находящиеся на лечении, признавали, что чувствовали давление или принуждение к лечению, которое вызывало у пациента стремление либо сопротивляться терапии, либо пассивно саботировать усилия врачей [21]. Можно привести слова одной пациентки с НА, поступившей на стационарное лечение в наше учреждение: «Я знаю, что мне нужно лечиться, но не загоняйте меня в угол! Чем больше мне говорят о том, что я «должна» лечиться, тем меньше мне этого хочется...»

Несмотря на то, что эго-синтонные симптомы НА могут повыситься у некоторых пациентов ощущение воспринимаемого принуждения [34], мы считаем важным подчеркнуть, что нередко пациенты сопротивляются не только самой идее лечения, но и личности врача или факту принуждения к терапии. Как следствие, мы имеем конфронтацию вместо сотрудничества. В связи с этим достаточно важным представляется создание продуктивного терапевтического альянса между врачом и пациентом.

Факторы комплаенса и терапевтического альянса у пациентов с нервной анорексией

Проблема не-комплаенса, то есть отсутствия сотрудничества со стороны пациента, является обширной и актуальной проблемой для современной психиатрии. Она обусловлена совокупностью системных факторов, один из которых представляется терапевтическим альянсом [1] и включает в себя субъективное восприятие больным врача, а также характер взаимоотношений «врач–пациент» [6].

Что касается пациентов с НА, то для них действительно характерны не-комплаентность, а также трудности в процессе установления тера-

терапевтического альянса [4]. Тем не менее, основываясь на вышеприведенных аргументах, мы считаем, что равную часть ответственности за неуспешный терапевтический альянс несёт врач, который своими действиями либо повышает уровень сотрудничества пациента, либо обостряет его сопротивление к терапии. Это касается в значительной степени подросткового контингента, для которого в целом характерно оппозиционное поведение и разной степени выраженности реакции протеста и эмансипации [5], особенно как реакция на фигуру врача, ассоциирующуюся с «авторитетным родителем».

К сожалению, как мы отметили выше, терапевтический альянс остается недостаточно изученным в области РПП, как раз в той области, где создание терапевтического альянса считается одним из ключевых аспектов лечения [30, 34, 36].

В отечественной литературе мы обнаружили лишь одно, цитируемое выше, исследование фактора терапевтического альянса с пациентами, страдающими НА [4]. Хотя данное исследование проводилось на малом количестве пациентов (47 девочек-подростков от 15 до 18 лет), оно позволяет, тем не менее, сделать предварительный вывод о роли терапевтического альянса в успехе лечения НА. Так, по данным этого исследования, у 95 % пациентов нон-комплаенс был обусловлен стигматизацией врача-психиатра, то есть негативным отношением пациента или его родственников к врачу.

Отечественные исследования терапевтического альянса с пациентами, страдающими расстройствами аффективного спектра, показывают, что качественный терапевтический альянс, или система отношений «врач-пациент», действительно является значимым предиктором улучшения состояния и достижения психотерапевтических целей [9].

Что же касается терапевтического альянса у подростков с НА, то и в зарубежной литературе мы нашли только одно исследование, которое подтверждает гипотезу о том, что качественный терапевтический альянс позитивно связан с ранним набором веса в ходе терапии и с благополучным исходом лечения НА у подростков. В данном исследовании доказано влияние качественного альянса на приверженность пациента терапии в рамках длительного лечения, рекомендованного для НА [29].

Современный подход к отношениям «врач-пациент» [1, 32] предлагает более внимательно учитывать мнение пациента к вариантам лечения, поощрять его активное участие в разработке плана терапии. Таким образом, у больного формируется чувство ответственности за успех терапии, он с большим усердием будет следовать совместно выработанной тактике лечения. Речь идет о формировании партнерской формы терапевтического альянса. При таком общении у пациента развивается способность к интерсубъективности, то есть способность устанавливать настоящие, глубокие отношения с другими. Мы знаем, исходя из нашего клинического опыта, насколько способность

к таким отношениям тяжело дается пациентам с НА и насколько развитие именно этой способности является одной из основных ступеней, ведущих к выздоровлению.

В подтверждение вышесказанного мы можем привести пример метаанализа 23 исследований (Bell, 2003), включающих отчеты лечения пациентов с РПП, в том числе с НА. В данных отчетах пациентам задавали вопрос о том, что для них являлось самым значимым позитивным фактором терапии. Оказалось, что поддержка, понимание и эмпатическое отношение врачей были оценены как очень значимые большинством пациентов.

Выводы и рекомендации

Исходя из приведенных нами данных, мы можем сделать следующие выводы.

1. Общепринятая парадигма лечения подростков с НА нуждается в оптимизации на основе качественных экспериментальных данных с целью выявления и устранения причин преждевременного прерывания терапевтического процесса пациентами.

2. Преждевременное прерывание лечения пациентами с НА является серьезной проблемой, существенно снижающей шансы больных на выздоровление. Данная проблема имеет тесную взаимосвязь с такими терапевтическими факторами, как отношения «врач-пациент» и мотивация пациентов.

3. Мы придерживаемся мнения, что более подробные исследования комплаенса, мотивации и терапевтического альянса у подростков с НА могут предоставить достоверные данные, необходимые для улучшения эффективности оказания психиатрической помощи данному контингенту больных.

4. Врачам и психологам, работающим с больными, страдающими НА, необходимо уделять особое внимание формированию качественных и позитивных отношений (терапевтического альянса) не только с пациентами, но и с родственниками пациентов, начиная с самых ранних этапов госпитализации. С этой целью необходимо отходить от «менторского», принуждающего стиля общения с пациентом в пользу партнерских отношений. Кроме того, учитывая потребность подростков, страдающих НА, в эмпатических и аутентичных отношениях, мы считаем непродуктивной ту стратегию лечения, при которой контакт между врачом и пациентом сведен к рутинным контактам и к минимальному общению. Такая стратегия не способствует созданию качественного терапевтического альянса.

5. Мы считаем, что проблему низкой мотивации у больных НА нельзя воспринимать *только* как черту личности пациента или как особенность данного расстройства, так как стремление мотивация пациента к выздоровлению, а также его согласие на лечение тесно связаны с отношениями «врач-пациент» и с качеством терапевтического альянса. Тем не менее нужно отметить, что мо-

тивационное интервью, разработанное в начале 90-х годов [27] как особый стиль ведения терапевтической беседы, повышающий мотивацию пациента к изменениям и неоднократно показавший свою эффективность в рамках когнитивно-поведенческой терапии, практически не исследовался на контингенте пациентов с НА. Этот важный, с точки зрения повышения у пациента приверженности к лечению, инструмент до сих пор практически неизвестен большинству психиатров.

Таким образом, мы считаем целесообразным «сенситизировать» врачей, работающих с больными НА, к значимости фактора мотивации, а также к технике ведения мотивационного интервью. Подобная практика возможна и как стиль проведения беседы между психиатром и пациентом, и как отдельная форма психотерапии, проводимая психотерапевтом или психологом, в дополнение к существующей программе лечения.

Литература

1. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. — 2014. — № 2. — С. 4-12.
2. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. *Нервная анорексия*. — М: Медицина. — 1986. — 176 с.
3. Крылов В.И. *Нарушения пищевого поведения у больных пограничными психическими заболеваниями* // Автореферат докторской диссертации по РПП. — НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб. — 1995. — 47 с.
4. Лев Л.М., Андреева В.О., Заика В.Г., Ткаченко Н.В. *Современный взгляд на проблему нервной анорексии у девочек-подростков: нон-комплаенс и взаимосвязь психопатологических и нейроэндокринных нарушений* // *Здоровье — основа человеческого потенциала проблемы и пути их решения*. — Выпуск № 2. — 2012. — Т. 7. — С. 684-689.
5. Личко Е.А. *Подростковая психиатрия*. — М: Медицина. — 1985. — 416 с.
6. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. *Комплаенс в психиатрии и способ его оценки* // *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. — 2008. — № 1. — С. 7-10.
- Мазаева Н.А., Осипова А.А. *Нервная анорексия — проблема далекая от разрешения* // *Журнал неврологии и психиатрии*. — 2007. — № 1. — С. 85-93.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. *Современная клиническая психиатрия*. — СПб: Речь. — 2006. — 372 с.
8. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. *Терапевтический альянс в психотерапии* // *Современная терапия психических расстройств*. — 2011. — № 3. — С. 14-21.
9. Amrhein P.C., Miller W.R., Yahne C.E., Palmer M., Fulcher L. *Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes* // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2003. — Vol. 71. — P. 862-878.
10. Babor T.F. *The Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial* // *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. — 2004. — Vol. 72. — P. 455-466.
11. Bell L. *What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders?* // *Eat Weight Disord.* — 2003. — Vol. 8. — P. 181-187.
12. Brown J.M., Miller W.R. *Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment* // *Psychology of Addictive Behaviors*. — 1993. — Vol. 7. — P. 211-218.
13. Burke B.L., Dunn C.W., Atkins D.C., Phelps J.S. *The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative Inquiry* // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. — 2004. — Vol. 18. — P. 309-322.
14. Caroline H. et al. *Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Data from a large French sample* // *Psychiatry Research*. — 2011. — Vol. 2. — P. 1-6.
15. Carter J.C., Bewell C., Blackmore E., Woodside D. *The Impact of Childhood Sexual Abuse in Anorexia Nervosa* // *Child Abuse Negl.* — 2006. — Vol.30. — P. 57-69.
16. Dean H.Y. *Brief inpatient treatment for eating disorders: Can Motivational Enhancement Therapy improve outcome?* // *A dissertation presented for the requirements for the degree of Doctor of Clinical Psychology*. — University of Sydney, New South Wales, Australia. — 2006. — 119 p.
17. Fairburn C.G. *Evidence-based treatment of anorexia nervosa* // *International Journal of Eating Disorders*. — 2005. — Vol. 37. — P. 26-30.
18. Geller J. *Estimating readiness for change in anorexia nervosa: Comparing clients, clinicians, and research assessors* // *International Journal of Eating Disorders*. — 2002. — Vol. 31. — P. 251-260.
19. George L., Thornton C., Touyz S.W., Waller G., Beumont P.J. *Motivational enhancement and schema-focused cognitive behaviour therapy in the treatment of chronic eating disorders* // *Clinical Psychologist*. — 2004. — Vol. 8. — P. 81-85.
20. Guarda A.S., Pinto A.M., Coughlin J.W., Hussain S., Haug N.A., Heinberg. L.J. *Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders* // *The American Journal of Psychiatry*. — 2007. — Vol. 164. — P. 108-114.
21. Halmi K., Agras W.S., Crow S., Mitchell J., Wilson G., Bryson S. et al. *Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa* // *Archives of General Psychiatry*. — 2005. — Vol. 62. — P. 776-781.
22. Hettema J, Steele J., Miller W.R. *Motivational interviewing* // *Annual Review of Clinical Psychology*. — 2005. — Vol. 1. — P. 91-111.
23. Hill C., Thompson B., Cogar M., Denman D. *Beneath the surface of long-term therapy: therapist*

- and client report of their own and each other's covert processes // *Journal of counseling psychology*. — 1993. — V. 38. — P. 278–287.
24. Hubert T., Pioggiosi Ph., Huas C., Wallier J., Maria A.-S., Apfel A., Curt F., Falissard B., Godart N. Drop-out from adolescent and young adult inpatient treatment for anorexia nervosa // *Psychiatry research*. — 2013. — Vol. 209. — P. 632–637.
 25. Kahn C., Pike K.M. In Search of Predictors of Dropout From Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa // *Int.J. Eat.Disord.* — 2001. — Vol. 30. — P. 37–44.
 26. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guildford Press. — 1991. — 428 p.
 27. Palmer B. Come the revolution. Revisiting... the management of anorexia nervosa // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2006. — Vol. 12. — P. 5–12.
 28. Pereira T., Lock J., Oggins J. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa // *The International Journal of Eating Disorders*. — 2006. — Vol. 39. — P. 677–684.
 29. Ramjan L.M. Nurses and the therapeutic relationship: Caring for adolescents with anorexia nervosa // *Journal of Advanced Nursing*. — 2004. — V. 45. — P. 495–503.
 30. Rieger E., Touyz S.W., Beumont P. The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire: Information regarding its psychometric properties // *International Journal of Eating Disorders*. — 2002. — Vol. 32. — P. 24–38.
 31. Safran J., Muran J. Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? // *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. — 2006. — V. 43. — P. 286–291.
 32. Steinhausen H.C. The outcome of anorexia nervosa in 20-th century // *Am. J. Psychiatry*. — 2002. — V. 159. — P. 1284–1293.
 33. Sly R., Morgan J.F., Mountford V., Lacey J.H.: Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change // *Eating Behaviors*. — 2013. — Vol. 14. — P. 119–123.
 34. Surgenor L.J., Maguire S., Beumont P.J. Drop-Out From Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: Can Risk Factors Be Identified at Point of Admission? // *European Eating Disorders Review*. — 2004. — Vol. 12. — P. 94–100.
 35. Tierney S. The individual within a condition: A qualitative study of young people's reflections on being treated for anorexia nervosa // *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. — 2008. — V. 13. — P. 368–375.
 36. Vandereycken W., Pierloot R. Drop-Out During in-Patient Treatment of Anorexia Nervosa: a Clinical Study of 133 Patients // *Br.J Med.Psychol.* — 1983. — Vol. 56. — P. 45–56.
 37. Willer M.G., Thuras P., Grow S.J. Implications of changing utilisation of hospitalisation to treat anorexia nervosa // *Am. J. Psychiat.* — 2005. — Vol. 162. — P. 2374–2376.
 38. Woodside D.B., Carter J.C., Blackmore E. Predictors of Premature Termination of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa // *Am.J. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 161. — P. 77–81.
 39. Zeeck A., Hartmann A., Buchholz C., Herzog T. Drop Outs From in-Patient Treatment of Anorexia Nervosa // *Acta Psychiatr.Scand.* — 2005. — Vol. 111. — P. 29–37.

Сведения об авторах

Попов Юрий Васильевич – д-р мед. наук, профессор, зам. дир. института по научной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: popov62@yandex.ru

Скрипченко Петр Алексеевич – младший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: piotrskrip@hotmail.fr

Пичиков Алексей Александрович – врач-психиатр отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: sigurros@mail.ru