

Multi-familietherapie voor jongeren met anorexia nervosa

Y. D'huys, A. Simons, I. Glazemakers

- Achtergrond** Anorexia nervosa (AN) is een ernstige psychiatrische ziekte. Gezinstherapie is de meest aangewezen behandelvorm. De laatste decennia wordt een bepaalde vorm hiervan, namelijk multi-familietherapie (MFT), toegepast.
- Doel** Een overzicht geven van de wetenschappelijke literatuur en evidentie over MFT bij jongeren met AN.
- Methode** Literatuuronderzoek via PubMed, PsycInfo en Web of Knowledge. Er werd gezocht naar literatuur over de behandeling van AN voor jongeren door middel van multi-familietherapie in dagbehandeling. Zeven studies werden geïncludeerd, waarvan één RCT met een sterke opzet, twee kleinere gecontroleerde studies en vier casusseries.
- Resultaten** Na het doorlopen van MFT werd een duidelijke significante verbetering gezien van het gewicht of de BMI en de eetstoornissymptomen. Twee studies suggereerden dat MFT effectiever is om versnelde gewichtstoename en gewichtsherstel te bereiken. Ook depressieve kenmerken, individuele en gezinsfactoren verbeterden. De lage uitvalcijfers waren opmerkelijk.
- Conclusie** MFT als bijkomende behandeling voor jongeren met AN is veelbelovend. Op basis van de beschikbare evidentie wordt een goede en minstens evenwaardige uitkomst aangetoond ten opzichte van gezinstherapie. Daarnaast biedt het meerdere unieke voordelen.

Anorexia nervosa (AN) is een eetstoornis en een ernstige psychiatrische aandoening. Naast de psychische gevolgen voor de patiënt heeft de ziekte ook een belangrijke somatische impact. De combinatie van beide resulteert in hoge mortaliteitscijfers.¹ AN heeft het hoogste mortaliteitscijfer van alle psychische aandoeningen.^{2,3} Daarnaast heeft AN ook een belangrijke impact op familieleden.¹

De laatste jaren is er een duidelijke verbetering in de ontwikkeling van effectieve behandelingen. Tot op heden wordt gezinstherapie beschouwd als de gouden standaard binnen de behandeling voor AN. Dit wordt ondersteund door verschillende nationale richtlijnen.¹⁻⁴ Een specifieke vorm van gezinstherapie is (individuele) gezinstherapie met een focus op AN (FT-AN, gezinstherapie volgens Maudsley). Deze therapie verwierf de laatste decennia een sterke wetenschappelijke onderbouwing.⁵

Echter, er blijft een belangrijk aantal patiënten bij wie, naast deze therapie, een bijkomende behandeling nodig is. Daarnaast wordt er steeds meer gezocht naar een alternatief voor een klinische opname. Hierdoor werd er de laatste jaren veel aandacht besteed aan een aangepaste, intensievere en veelbelovende vorm van FT-AN; multi-familietherapie voor AN (MFT).^{5,6} In Nederland wordt dit 'meergezinsdagbehandeling' (MGDB) genoemd, in België is de term MFT gebruikelijk. Intus-

sen werd ook MFT in verschillende belangrijke richtlijnen opgenomen.^{1,2,4,7}

We hebben ervoor gekozen om ons binnen dit overzichtsartikel te focussen op behandelingsstrategieën waarin MFT toegepast wordt in de vorm van dagtherapie, specifiek voor jongeren.

Wat is MFT?

Een MFT-groep is een gesloten groep die bestaat uit 5 tot 8 gezinnen waarvan een jongere AN heeft. De deelnemende jongeren en hun gezin kunnen zich in verschillende fases van behandeling bevinden.⁸

Het MFT-programma (zoals ontwikkeld in de Marlborough Family Unit in Londen) bestaat uit 3 onderdelen:

- Introductiemiddag of -avond;
- vier opeenvolgende dagen (intensieve workshop);
- Vier tot zes enkelvoudige terugkomdagen.⁸

De behandeling wordt niet gezien als een behandeling voor een 'ziek' gezin, maar als een samenwerking met het gezin.⁸ Inhoudelijk is MFT voor AN sterk gebaseerd op de principes van FT-AN. In FT-AN worden vier fases van behandeling onderscheiden:

- Fase I: engagement en ontwikkeling van een therapeutische relatie.
- Fase II: het gezin helpen de eetstoornis te beheersen en terug te keren naar lichamelijke gezondheid.

AUTEURS

Yana D'huys, ten tijde van het schrijven van dit artikel: arts in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater, UGent; thans: kinder- en jeugdpsychiater.

Annik Simons, kinder- en jeugdpsychiater, zorgeenheid Eetstoornissen ZNA-UKJA, Collaborative Antwerp Research Institute (CAPRI-Jeugd), UA, Antwerpen.

Inge Glazemakers, ontwikkelingspsycholoog en docent, CAPRI-Jeugd, ZNA-UKJA, UA, Antwerpen.

Correspondentie

Yana D'huys (yanadhuis@hotmail.com).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-7-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(8):498-503

- Fase III: de patiënt helpen weer zelfstandig te eten en bijkomend autonomie te bevorderen. Exploratie van individuele en familiale problemen na AN.
- Fase IV: afronden van de behandeling en bespreken van de toekomstplannen.⁸

Variaties

Er worden ook verschillende variaties op deze structuur gebruikt. Zo worden MFT-modellen van slechts 3 of 5 dagen beschreven, terwijl andere trajecten uit meer dagen of uit een langere periode bestaan.^{9,10} Ook inhoudelijk bestaan er MFT-programma's voor AN met een andere therapeutische basis dan FT-AN.¹¹

MFT wordt meestal toegepast als een bijkomende behandeling voor AN (naast bijvoorbeeld individuele gezinstherapie), maar kan ook op zichzelf staan als behandeling. In sommige centra wordt MFT ook toegepast bij patiënten die gelijktijdig in opname zijn.

Het werkingsmechanisme van MFT

De werking en meerwaarde van MFT ten opzichte van

andere therapievormen (zoals FT-AN) worden toegeschreven aan verschillende factoren. Simic e.a. trachten deze factoren in een overzicht samen te vatten (zie **tabel 1**).⁸

De duur, het groeps-element en het intensieve karakter van de MFT-behandeling leiden tot het creëren van een therapeutisch 'hothouse effect' (serre- of broeikas-effect). Dit zorgt voor een krachtige therapeutische context.^{8,12}

Onderzoeksvraag

In dit artikel analyseren we de effectiviteit van MFT en hoe de methodiek succesvol ingezet kan worden bij jongeren met AN.

METHODE

We verrichtten een literatuuroverzoektocht via de databanken van PubMed, APA PsycArticles en Web Of Science. De volgende zoektermen werden gebruikt en onderling gecombineerd (AND of OR): anorexia nervosa, eating

Tabel 1. Therapeutische factoren in MFT⁸

Hoop installeren	hoop door het observeren wat anderen proberen/bereiken
Psycho-educatie	nieuwe inzichten over AN en de neurobiologie
Creëren van een 'containende' en veilige leeromgeving	zich begrepen en gevalideerd voelen als individu
Ervaring van gemeenschappelijkheid	een gedeeld probleem te hebben met andere gezinnen
Doorbreken van isolatie en stigmatisering	tot een groep te behoren
Leren door anderen te observeren	inzicht krijgen hoe dingen ook anders gedaan kunnen worden
Leren door geobserveerd te worden door anderen	zich blootgeven en reacties krijgen
Leren van andermans perceptie van het eigen gezin	zich openstellen om te luisteren en leren uit feedback van anderen
Tolerantie	acties van anderen begrijpen en deze accepteren
Nieuwe perspectieven ontwikkelen	problemen vanuit een nieuw standpunt zien
Risico's nemen door nieuw gedrag uit te testen	zich veilig voelen om nieuwe dingen te proberen
Risico's nemen door emoties te delen en zich kwetsbaar op te stellen	zich veilig voelen om kwetsbare emoties te uiten
Groepscohesie	zich identificeren met de groep als individu en als gezin
Humor en speelsheid	genieten van samen plezier maken

disorder, multifamily therapy, multi-family therapy, multiple family therapy, MFT. We kozen voor deze brede zoektermen om zeker geen relevante studies uit te sluiten.

Nadien werden de abstracts en artikelen nagekeken, waarbij de volgende inclusiecriteria werden gehanteerd: beschikbaarheid volledige tekst, geschreven in het Nederlands of Engels, MFT in de vorm van dagtherapie, originele studies met een populatiegrootte van meer dan 10. Exclusiecriteria waren: meer dan 30 jaar oud en uitsluitend volwassen patiënten. Studies die zowel volwassenen als jongeren omvatten, werden geïncludeerd (zie **figuur 1**).

De zoekopdrachten vonden plaats in mei 2022.

RESULTATEN

We includeerden zeven studies die aan alle criteria voldeden. Er werd slechts één gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) gevonden, namelijk de RCT van Eisler e.a. in 2016.⁶ Dit is de eerste RCT waarin MFT (gecombineerd met FT-AN) vergeleken werd met FT-AN. Dit onderzoek heeft een grote studiepoulatie (167 deelnemers) in vergelijking met de andere studies en werd

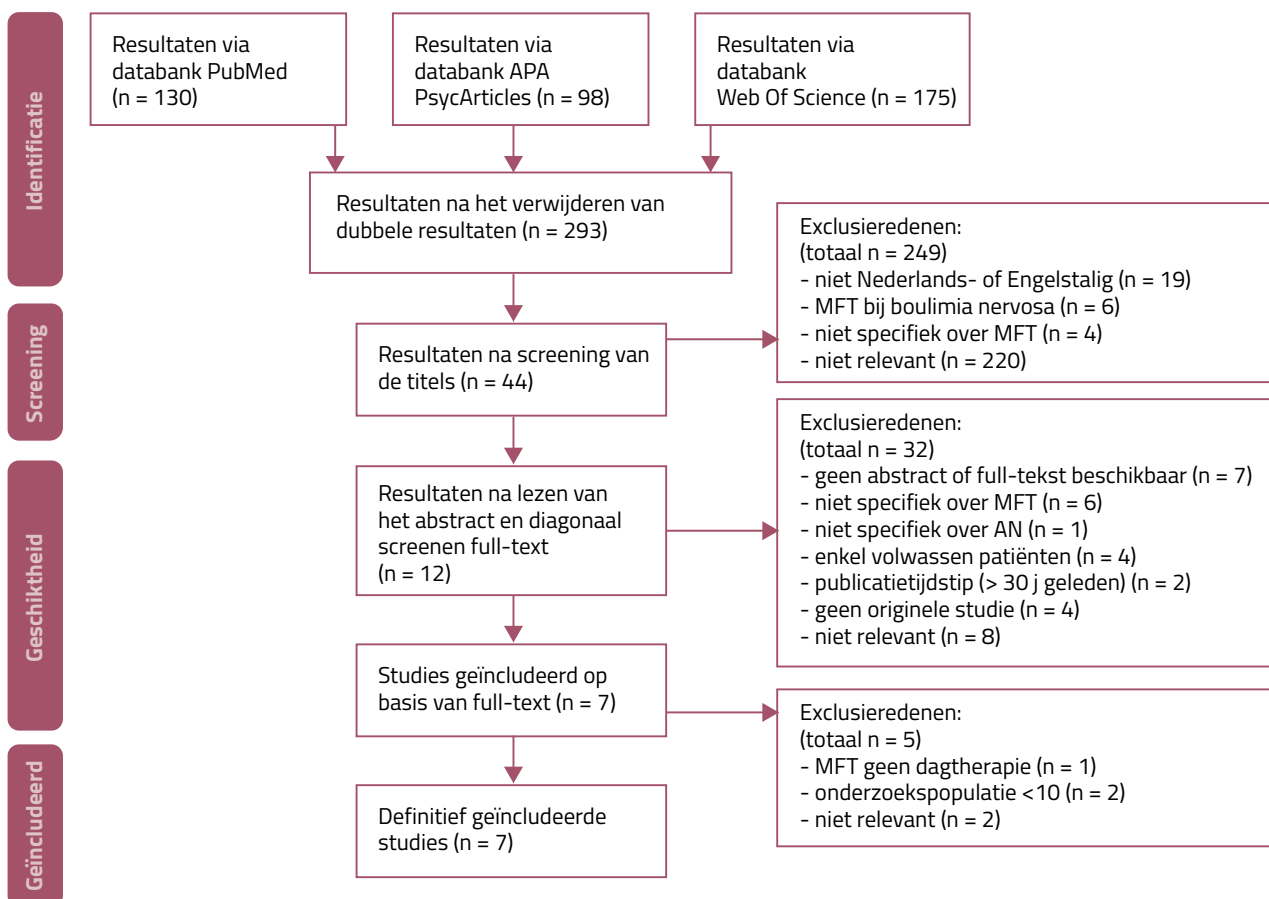
bovendien opgezet in meerdere centra. Deze studie beschouwen we als kwaliteitsvol met een duidelijk sterkere opzet dan de andere zes studies.

Hiernaast vonden we nog twee gecontroleerde studies,^{5,13} maar beide zijn retrospectief met een kleinere populatie (respectievelijk 50 en 74 deelnemers). In het ene onderzoek vergeleek men een controlegroep die de gebruikelijke behandeling krijgt (*treatment as usual*; TAU, inclusief gezinstherapie) met een MFT-groep (in combinatie met TAU).¹³ In het andere gecontroleerde onderzoek onderzocht men twee aangepaste, kortdurende (vijfdaagse) behandeltrajecten; enerzijds in de vorm van gezinstherapie en anderzijds MFT. Zij gingen na of een kortdurende variant leidt tot een gelijkwaardig resultaat op langere termijn.⁵

Tot slot werden vier observationele casuseries geïncludeerd waarbij auteurs elk hun eigen klemtonen leggen. In de eerste onderzocht men een groep van 82 patiënten,¹⁶ terwijl men in de andere drie kleinere populaties beschreef (respectievelijk 24, 20 en 15 patiënten).^{14,15,17} In vier van de zeven studies wordt MFT gecombineerd met gezinstherapie, en hierbij niet als een op zichzelf bestaande behandeling onderzocht.

We groeperen de relevantste resultaten hierna per thema, waarbij we steeds in volgorde rapporteren aan de hand

Figuur 1. Flowchart zoekstrategie



van de kwaliteit van het onderzoek. In **tabel 2** (online) geven we een overzicht van de belangrijkste bevindingen in de geïncludeerde studies.

Lichamelijke gezondheid

In de RCT rapporteerde men in beide groepen een significante gewichtsstijging aan het einde van de behandeling.⁶ Bij de follow-up na 18 maanden werd in de MFT-groep een significant grotere gewichtsstijging gezien ten opzichte van de controlegroep. De auteurs gebruikten de aangepaste *Morgan Russel Global Outcome Scale* om een uitspraak te doen over de uitkomst na 12 en 18 maanden. Beide groepen vertoonden een significante verbetering na 12 maanden, met een significant voordeel in de MFT-interventiegroep (oddsratio 2,55).⁶

In een van de twee kleinere gecontroleerde studies toonde men aan dat in de MFT-groep een significant hoger percentage van het ideale lichaamsgewicht (IBW) bereikt werd. In de MFT-groep behaalde 40% van de patiënten gewichtsherstel (95%-IBW), terwijl dit in de controlegroep 16% was. Dit verschil benaderde statistische significantie.¹³

In de andere kleinere gecontroleerde studie rapporteerde men na een gemiddelde follow-upduur van 30 maanden een significante gewichtsstijging (MFT en controlegroep samen). In de MFT-groep bereikte 59% volledige remissie en 28% partiële remissie. De MFT-groep scoorde voor beide uitkomsten iets lager dan de controlegroep, maar dit was geen significant verschil.⁵ Ook de andere studies toonden een significante verbetering voor BMI of percentage van het verwachte lichaamsgewicht (%EBW) na het doorlopen van MFT.¹⁴⁻¹⁷

Eetstoornissymptomen

In de RCT konden auteurs zowel in de MFT-groep als in de FT-AN-groep een significante verbetering aantonen op het vlak van eetstoornissymptomen op basis van de EDE. Ze vonden geen statistisch significant verschil tussen beide groepen.⁶ Ook in andere studies werden significante verbeteringen in eetstoornissymptomen gerapporteerd op basis van de EDE(-Q) of EDI na het doorlopen van MFT.^{13,14,16,17}

Comorbide symptomen

In de RCT onderzocht men het effect van de MFT-behandeling op depressieve kenmerken. In zowel de MFT- als de FT-AN-groep zag men een significante verbetering na het doorlopen van de behandeling.⁶ Ook anderen rapporteerden een significante verbetering in depressieve kenmerken na de MFT-behandeling.¹³

Algemeen (individueel) functioneren en welzijn

In een van de casuseries zagen de auteurs dat de patiënten een significante verbetering in globaal functioneren rapporteerden na de MFT-behandeling.¹⁷ Anderen rapporteerden een verbetering in kwaliteit van leven,^{15,16}

en een significante verbetering in zelfbevestiging.¹⁴ In een casuserie vond men, tegen de verwachtingen in, een significante vermindering van het zelfvertrouwen.¹⁵

Indicatie voor opname

In de RCT rapporteerde men dat er tijdens de behandeling bij 3% van de patiënten een ziekenhuisopname nodig was, en tijdens de volledige follow-up was dit bij minder dan 7% (MFT en FT-AN samen).⁶ Anderen rapporteerden dat na het volgen van kortdurende MFT bij 7% een (acute) ziekenhuisopname nodig was en bij 16% een (langere) residentiële behandeling.⁵

Ouders of verzorgers

In de RCT werden de ervaringen van ouders of verzorgers in kaart gebracht. In beide interventiegroepen was er na de behandeling een significante verbetering van de negatieve aspecten voor ouders en verzorgers.⁶

In een van de casuseries trachtten de auteurs het lijden van ouders of verzorgers in kaart te brengen, en onderzochten mogelijke correlaties met het resultaat na MFT.¹⁷ Ze vonden bij beide ouders een significante vermindering in lijden na MFT (vooral op het vlak van schuldgevoelens en lijden door voedingsgerelateerde zaken). Er werd een positieve correlatie gevonden tussen het voorafgaande gevoel van isolatie bij ouders, en de BMI van de patiënt na de MFT.¹⁷

Tevredenheid

In de RCT onderzocht men de tevredenheid bij ouders en jongeren op het einde van de behandeling. Meer dan 80% van de ouders en jongeren die de vragenlijst invulden, gaven een hoge tot matige tevredenheid aan over MFT. Er werd geen significant verschil gevonden tussen MFT en FT-AN. De tevredenheid bij ouders lag over het algemeen significant hoger dan bij de jongeren. Interpretatie van de cijfers moet met enige voorzichtigheid gebeuren gezien de grote hoeveelheid missende gegevens.⁶

Kwalitatieve resultaten

In een van de casuseries nam men semigestructureerde interviews af bij families voor en na MFT. De auteurs concludeerden hieruit dat er tussen ouders en patiënten grote verschillen bestonden op het vlak van verwachtingen en noden. Ouders deden voorafgaand aan de MFT uitspraken zoals 'we willen horen wat we verkeerd doen' of 'we hebben advies nodig', terwijl jongeren op dat moment opmerkingen maakten zoals 'ik wil dat mijn ouders begrijpen dat het niet hun schuld is' of 'ik denk niet dat deze therapie me zal helpen'. Na de MFT zeiden ouders 'ik ben veel kalmer', 'we weten dat we niet alleen zijn' of 'ik ben niet meer bang voor elke maaltijd'. De patiënten waren ambivalenter en deden uitspraken zoals 'ik heb het gevoel dat mijn veiligheid (de anorexia) weg is, maar diep vanbinnen weet ik dat dit waarschijnlijk goed is'.¹⁵

Uitval

Kenmerkend voor MFT voor AN zijn de lage uitvalcijfers die gerapporteerd worden. Vanuit onze literatuurstudie vonden we percentages van 0 tot 13%.

DISCUSSIE

MFT geeft een veelbelovende indruk in de behandeling voor jongeren met AN. Desondanks bestaan er relatief weinig studies die de evidentie in kaart brengen. De gevonden studies hebben veelal een lage kwaliteit, met uitzondering van de RCT, die methodologisch sterk is. Uit de geïncludeerde studies kunnen we concluderen dat er duidelijke argumenten zijn dat MFT, ten opzichte van de standaardbehandeling gezinstherapie, minstens een gelijkwaardige uitkomst biedt op het gebied van gewicht of BMI, eetstoornissymptomen, comorbide depressieve kenmerken, individuele en gezinsfactoren. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve resultaten ondersteunen de effectiviteit van MFT. De bevindingen van de RCT⁵ en een van de gecontroleerde onderzoeken¹³ suggereren dat MFT (ten opzichte van gezinstherapie) effectiever is met een versnelde gewichtstoename en het vergroten van de kans op het bereiken van gewichtsherstel bij jongeren met AN. Hiernaast biedt MFT als therapievorm unieke voordelen zoals contact met lotgenoten, doorbreken van isolatie en wederzijds leren.

We moeten benadrukken dat in de meeste studies MFT niet werd toegepast als een op zichzelf bestaande behandeling, maar werd gecombineerd met gezinstherapie. Dit lijkt overeen te komen met de klinische praktijk. In 2021 verscheen een systematische scoping review met een vergelijkbare onderzoeksvraag als dit artikel.⁹ Een belangrijk verschil is dat men hierbij ook studies met uitsluitend volwassenen includeerde. Hiernaast includeerde men alle vormen van MFT, terwijl wij selecteerden op MFT in de vorm van dagtherapie. De resultaten liggen in dezelfde lijn als de onze, waarbij MFT geassocieerd wordt met significante verbeteringen op vergelijkbare domeinen. De auteurs geven aan dat de evidentie tamelijk beperkt is en dat de meeste studies een lage statistische power hebben. Interessant hierbij is dat zij een onderscheid maakten tussen MFT voor jonge personen (jongeren en jongvolwassenen) en volwassenen (vanaf 17 jaar). Ze concludeerden dat de resultaten wat betreft effectiviteit van MFT in de groep 'jonge personen' robuuster waren.⁹

Een belangrijke sterkte van MFT zijn de lage uitvalcijfers die gerapporteerd worden in combinatie met een hoge acceptatie. Wij vonden uitvalcijfers van 0 tot 13%. In de scoping review rapporteerde men variërende cijfers van 0 tot 17%.⁹ Om deze cijfers te kunnen vergelijken, verwijzen we graag naar een cochrane review over de behandeling van AN in verschillende settings. Daarin vond men een uitvalcijfer van 38% bij residentiële opnames ten opzichte van 21% bij ambulante behandelingen of een kortdurende opname in combinatie met

ambulante therapie.¹⁸ Enerzijds zijn de lage uitvalcijfers bij een MFT-behandeling verrassend, aangezien er een hoge inzet van gezinnen verwacht wordt. Anderzijds bestaat er vermoedelijk een bias bij de selectie van gezinnen, waarbij vooral sterk gemotiveerde gezinnen akkoord gaan om de behandeling te starten. Deze mogelijke bias kan bovendien ook de uitkomsten van de behandeling vertekenen, dit is een limitatie van de besproken studies.

Hoewel we hierover geen cijfers terugvonden in onze bevindingen, wordt aangenomen dat MFT residentiële behandelingen voorkómt of deze verkort. MFT heeft als grote voordeel dat de jongere zo veel mogelijk bij het gezin en in de vertrouwde omgeving blijft. Ook wordt de autonomie van de patiënt beter bewaard en is er minder stigma. Vanuit de cochrane review blijkt bovendien dat een ambulante behandeling kosteneffectiever is.¹⁸ Hierbij is het simultaan behandelen van meerdere gezinnen zonder verlies van effectiviteit financieel nog voordeliger.⁵ Uit ander onderzoek blijkt dat de prijs per patiënt voor MFT slechts 25% bedraagt van de gemiddelde kosten bij een opname.¹²

Beperkingen

Dit literatuuronderzoek heeft beperkingen. Allereerst pasten we geen gestandaardiseerde methode toe bij het verzamelen van de data noch bij het beoordelen van de kwaliteit van de studies. We verrichtten geen meta-analyse vanwege gebrek aan evidentie.

Hiernaast werden wegens het exclusie criterium 'enkel originele studies met $n > 10$ ' verschillende kwalitatieve studies niet opgenomen bij de bespreking van de resultaten. Deze lijken echter wel in de lijn te liggen van de beschreven resultaten. Zo beschreef men een hoge tevredenheid bij ouders en jongeren die aan MFT deelnamen: 100% van de ouders en 79% van de patiënten is tevreden of zeer tevreden.¹² Ook anderen verzamelden feedback over hoe families MFT ervaren.¹⁹ Over het algemeen was de feedback erg positief. Men gaf aan dat MFT geholpen had om doelen te bereiken, nieuwe perspectieven te verkrijgen en zich meer verbonden te voelen als gezin. Er werd frequent gerapporteerd dat: MFT helpt om het gevoel van isolatie te doorbreken, de kennis over eetstoornissen verbetert en ervoor zorgt dat men zich meer begrepen voelt door anderen. Deelnemers gaven echter ook aan dat MFT uitdagend kan zijn. Ze beschreven dat het proces erg vermoeiend, confronterend en emotioneel beladen kan zijn.¹⁹ Hier moeten we aan toevoegen dat het ook voor behandelinstellingen niet vanzelfsprekend is om MFT te organiseren.

CONCLUSIE

We kunnen concluderen dat MFT als bijkomende behandeling voor jongeren met AN veelbelovend is, waarbij op basis van de beschikbare evidentie een goede en

minstens evenwaardige uitkomst aangetoond wordt ten opzichte van gezinstherapie. Daarnaast biedt MFT verschillende unieke voordelen. Verder onderzoek om het bijkomende voordeel, de werkingsmechanismen en de juiste indicatiestelling beter in kaart te brengen, is aangewezen.

LITERATUUR

- 1 NICE National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorders: Recognition and Treatment NICE Guideline. Londen: NICE; 2020.
- 2 GGZ Standaarden. Zorgstandaard Eetstoornissen. 2022.
- 3 Hay P, Chinn D, Forbes D, e.a. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48: 977-1008.
- 4 Couturier J, Isserlin L, Norris M, e.a. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord* 2020; 8(1): 1-80.
- 5 Marzola E, Knatz S, Murray SB, e.a. Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30-month outcome. *Eur Eat Disord Rev* 2015; 23: 210-8.
- 6 Eisler I, Simic M, Hodsoll J, e.a. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 422.
- 7 Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30: 423-37.
- 8 Simic M, Baudinet J, Blessitt E, e.a. Multi-family therapy for anorexia nervosa: a treatment manual. Londen: Routledge; 2022.
- 9 Baudinet J, Eisler I, Dawson L, e.a. Multi-family therapy for eating disorders: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *Int J Eat Disord* 2021; 54: 2095-120.
- 10 Asen E, Scholz M. Multi-Family Therapy: concepts and techniques. Londen: Routledge; 2010.
- 11 Gelin Z, Cook-Darzens S, Simon Y, e.a. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eat Weight Disord* 2016; 21: 19-30.
- 12 Scholz M, Rix M, Scholz K, e.a. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *J Fam Ther* 2005; 27: 132-41.
- 13 Gabel K, Pinhas L, Eisler I, e.a. The effect of multiple family therapy on weight gain in adolescents with anorexia nervosa: pilot data. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 196.
- 14 Hollesen A, Clausen L, Rokkedal K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *J Fam Ther* 2013; 35(Suppl. 1): 53-67.
- 15 Mehl A, Tomanová J, Kuběna A, e.a. Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *J Fam Ther* 2013; 35 (Suppl. 1): 82-101.
- 16 Gelin Z, Fuso S, Hendrick S, e.a. the effects of a multiple family therapy on adolescents with eating disorders: an outcome study. *Fam Process* 2015; 54(1): 160-72.
- 17 Denhag I, Henje E, Nilsson K. Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy. *Eat Disord* 2019; 29: 463-79.
- 18 Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, e.a. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane database Syst Rev* 2019; 1(1): CD010827.
- 19 Dawson L, Baudinet J, Tay E, e.a. Creating community – The introduction of multi-family therapy for eating disorders in Australia. *Aust New Zeal J Fam Ther* 2018; 39: 283-93.