

Наблюдательное исследование применения психофармакотерапии у пациентов с нервной анорексией с экстремально низким весом при лечении в стационаре

О.А. Карпенко, Т.С. Сюняков, А.К. Алексанян, Е.В. Мазурова, Ю.А. Николкина,
О.В. Андрианова, Л.Г. Гильмутдинова, Е.В. Шахова, А.А. Шафаренко, Л.С. Сатьянова, Г.П. Костюк

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Доказательная база в отношении тактики лечения больных нервной анорексией (НА) с экстремально низким весом на сегодняшний день отсутствует, тем не менее такие пациенты обращаются в психиатрические учреждения за медицинской помощью. Существует потребность в накоплении данных по подходам к лечению таких пациентов.

Цель — проанализировать наиболее частые назначения психофармакотерапии у больных НА с экстремально низким индексом массы тела (ИМТ < 13 кг/м²) при лечении в круглосуточном стационаре и оценить результаты лечения на момент выписки из стационара и через 1–2 года после выписки.

Методы. Ретроспективный анализ историй болезни ($n = 47$) с оценкой состояния пациентов в катamnезе (1–2 года). Результаты лечения оценивали по следующим параметрам: ИМТ при выписке и в катamnезе, занятость, качество жизни, удовлетворенность лечением, смертность. Качество жизни оценивали при катamnестическом обследовании с помощью опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения, краткая версия (ВОЗКЖ-26). Удовлетворенность лечением оценивали с помощью опросника «Удовлетворенность стационарным лечением».

Результаты. Все пациенты получали комплексную терапию, из антипсихотиков наиболее часто применяли оланзапин (54,5 %), из антидепрессантов — мirtазапин (57,1 %), гидроксизин применяли у 55,3 % пациентов. При выписке ИМТ составило более 16 кг/м² у 63,8 % пациентов, при катamnестическом наблюдении — у 72,7 %. Все пациенты были живы на момент катamnестического обследования, 88,9 % работали или учились. Индекс массы тела при выписке отрицательно коррелировал с возрастом пациентов ($r = -0,29$, $p < 0,05$) и продолжительностью болезни ($r = -0,31$, $p < 0,05$), при катamnестическом наблюдении этих корреляций не отмечалось. Результаты, полученные с помощью ВОЗКЖ-26, превышали популяционные нормы, удовлетворенность лечением в стационаре была более 70 %.

Выводы. Оланзапин, мirtазапин и гидроксизин являются наиболее часто назначаемыми препаратами при терапии больных НА с экстремально низким весом. Существует необходимость рандомизированных контролируемых исследований по применению психофармакотерапии при НА.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нервная анорексия, тяжелая форма нервной анорексии, экстремально низкий вес, психофармакотерапия, оланзапин, мirtазапин

КОНТАКТЫ: Карпенко Ольга Анатольевна, drkarpenko@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0958-0596
Сюняков Тимур Сергеевич, sjunja@gmail.com, ORCID: 0000-0002-4334-1601
Алексанян Андрей Корюнович, al3xray001@gmail.com, ORCID: 0009-0006-0060-0374
Мазурова Евгения Владимировна, dr.mazurova@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7158-9041
Николкина Юлия Аркадьевна, yliya13@yandex.ru, ORCID: 0009-0009-3001-1505
Андрианова Ольга Владиславовна, andrianowaolya@yandex.ru, ORCID: 0009-0008-0970-4932
Гильмутдинова Лаура Эдуардовна, louyakimova99@gmail.com, ORCID: 0009-0007-2510-3128
Шахова Екатерина Валерьевна, nency_spaidget@mail.ru, ORCID: 0009-0000-9107-3026
Шафаренко Алексей Александрович, lapedot@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-5911-9992
Сатьянова Людмила Степановна, lsatyanova@yandex.ru, ORCID: 0009-0007-2510-3128
Костюк Георгий Петрович, kgr@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-3073-6305

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Карпенко О.А., Сюняков Т.С., Алексанян А.К., Мазурова Е.В., Николкина Ю.А., Андрианова О.В., Гильмутдинова Л.Г., Шахова Е.В., Шафаренко А.А., Сатьянова Л.С., Костюк Г.П. Наблюдательное исследование применения психофармакотерапии у пациентов с нервной анорексией с экстремально низким весом при лечении в стационаре // Современная терапия психических расстройств. — 2024. — № 4. — С. 2–13. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.29.70.001

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ФИНАНСИРОВАНИЕ: исследование выполнено в рамках государственного задания «Комплексное лечение больных с тяжелыми формами анорексии у взрослых» (ЕГИСУ НИОКТР, рег. № 123031600073-0).

An Observational Study of Psychopharmacotherapy for Extremely Underweight Inpatients with Anorexia Nervosa

O.A. Karpenko, T.S. Syunyakov, A.K. Aleksanian, E.V. Mazurova, Yu. A. Nikolkina, O.V. Andrianova, L.E. Gilmutdinova, E.V. Shakhova, A.A. Shafarenko, L.S. Satyanova, G.P. Kostyuk

Mental-health Clinic No.1 named after N.A. Alexeev of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

SUMMARY

Background. There is a lack of evidence on psychopharmacological treatment for patients with extreme anorexia nervosa (AN); however, these patients seek medical help in mental health settings. There is a need for information on treatment approaches for this group of patients.

Objective — to analyze psychopharmacological treatment patterns of inpatients with AN with extremely low body mass index (BMI) < 13 kg/m² during hospital treatment and to assess treatment outcomes in 1–2 years after hospital discharge.

Methods. Retrospective medical chart review ($n = 47$) with patient follow-up assessment at 1–2 years after discharge. Treatment outcomes were assessed using: body mass index (BMI) at discharge and follow-up, occupation, quality of life (QoL), satisfaction with treatment, mortality. Quality of life was assessed using World Health Organization Quality of Life Questionnaire (brief version). Treatment satisfaction was assessed using Satisfaction with Hospital Treatment Questionnaire.

Results. All patients received complex therapy; olanzapine was the most frequently prescribed antipsychotic (54.5 %), mirtazapine was the most frequently used antidepressant (57.1 %), and hydroxyzine was used in 55.3 % of patients. At the discharge 63.8% patients achieved BMI > 16 kg/m² and 72.7 % had BMI > 16 kg/m² at the follow-up. All patients were alive at the time of follow-up, 88.9 % were occupied. Age and illness duration negatively correlated with BMI at discharge ($r = -0.29$ and $r = -0.31$, respectively, $p < 0.05$), but not with BMI at follow-up. Quality of life exceeded the population norms. Patients were highly satisfied with the hospital treatment (satisfaction rates exceeded 70 %).

Conclusion. Olanzapine, mirtazapine and hydroxyzine are the most commonly prescribed drugs for the treatment of extremely underweight patients with AN. There is a need for randomized controlled trials of psychopharmacological treatment of AN.

KEYWORDS: anorexia nervosa, severe anorexia nervosa, extremely low weight, psychopharmacology, olanzapine, mirtazapine

CONTACTS: Karpenko Olga Anatolievna, drkarpenko@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0958-0596
Timur Sergeevich Syunyakov, sjunja@gmail.com, ORCID: 0000-0002-4334-1601
Andrei Koryunovich Aleksanian, al3xray001@gmail.com, ORCID: 0009-0006-0060-0374
Evgenia Vladimirovna Mazurova, dr.mazurova@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7158-9041
Yulia Arkadyevna Nikolkina, yliya13@yandex.ru, ORCID: 0009-0009-3001-1505
Andrianova Olga Vladislavovna, andrianowaolya@yandex.ru, ORCID: 0009-0008-0970-4932
Laura Eduardovna Gilmutdinova, louyakimova99@gmail.com, ORCID: 0009-0007-2510-3128
Ekaterina Valeryevna Shakhova, nency_spaidget@mail.ru, ORCID: 0009-0000-9107-3026
Alexey Alexandrovich Shafarenko, lapedot@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-5911-9992
Ludmila Stepanovna Satyanova, lsatyanova@yandex.ru, ORCID: 0009-0007-2510-3128
George Petrovich Kostyuk, kgr@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-3073-6305

CITATION: Karpenko O.A., Syunyakov T.S., Aleksanian A.K., Mazurova E.V., Nikolkina Yu. A., Andrianova O.V., Gilmutdinova L.E., Shakhova E.V., Shafarenko A.A., Satyanova L.S., Kostyuk G.P. An Observational Study of Psychopharmacotherapy for Extremely Underweight Inpatients with Anorexia Nervosa // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2024. — No. 4. — Pp. 2–13. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.29.70.001 [in Russian].

CONFLICT OF INTEREST: authors declare no conflict of interest.

FUNDING: the study was performed within the framework of the state task "Complex treatment of patients with severe forms of anorexia in adults" (EGISU NIOCTR, reg. No. 123031600073-0).

Введение

Разработка принципов лечения нервной анорексии (НА) у пациентов с экстремально низким весом является актуальной проблемой, но доказательная база в отношении методов лечения подобных пациентов отсутствует [1]. На сегодняшний день также нет единого мнения, какой вес следует считать экстремально низким.

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5) экстремальная масса тела определяется при индексе массы тела (ИМТ) менее 15 кг/м² [2], в Международной статистической классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) диагноз «нервная анорексия с опасно сниженным весом» устанавливается при ИМТ < 14 кг/м² [3], Королевский

колледж психиатров определяет экстремальную массу тела при ИМТ < 13 кг/м² [4]. Существует и другой подход к оценке тяжести НА — помимо значений ИМТ дополнительно учитывают продолжительность заболевания больше 3 лет, а также отсутствие ответа на применение как минимум двух курсов лечения [5, 6], что нашло свое отражение в термине «тяжелая и стойкая нервная анорексия» (англ. severe and enduring anorexia nervosa).

Значимость изучения НА с экстремально низким весом связана с высоким уровнем смертности пациентов [7], а также с угрожающими жизни соматическими осложнениями [8], необходимостью особых условий лечения и участия в нем полипрофессиональной команды специалистов [9].

Исследования терапевтических подходов у этой группы пациентов в основном сосредоточены либо

на лечении соматических осложнений [8, 10, 11], либо на психотерапевтических методах лечения [12, 13]. Данные об эффективности психофармакотерапии при лечении НА по данным последних рекомендаций Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (World Federation of Societies of Biological Psychiatry — WFSBP) ограничены оланзапином [14]. Отметим, что в упомянутых клинических рекомендациях пациенты с экстремально низкой массой тела отдельно не выделяются. Существуют предупреждения о потенциальном риске применения психофармакотерапии при НА из-за возможных медицинских осложнений [15], тем не менее, на практике врачи-психиатры назначают психотропные препараты, особенно в стационарных условиях [16, 17].

Предпринимаются попытки обосновать применение лекарственных препаратов на основании их нейробиологических свойств [18]. Однако доказательная база у такого рода данных недостаточна, что не позволяет вырабатывать на их основе практические рекомендации по применению лекарственной терапии при расстройствах пищевого поведения (РПП), особенно НА [19]. В связи с отсутствием научно обоснованных данных рекомендуется принимать решение о применении психофармакотерапии при РПП индивидуально с учетом клинических особенностей каждого пациента [20] и информировать пациентов о назначении препаратов офф-лейбл [21].

В связи с описанными проблемами подходы к лечению НА с экстремально низким весом на сегодняшний день крайне разнородны, базируются преимущественно на мнениях экспертов и зависят от ресурсов учреждения, в котором оказывается помощь [1]. В такой ситуации информация из клинической практики о лечении НА с экстремально низким весом и исходах лечения может стать ценным дополнением к имеющимся данным.

Цель — проанализировать наиболее частые назначения психофармакотерапии у пациентов с НА с экстремально низким ИМТ ($< 13 \text{ кг/м}^2$) при лечении в круглосуточном стационаре и оценить результаты лечения на момент выписки из стационара и через 1–2 года после выписки. Вторичная цель состояла в выявлении факторов, которые могли повлиять на результаты лечения.

Гипотеза: уровень ИМТ во время и через 1–2 года после выписки коррелирует с продолжительностью стационарного лечения, длительностью заболевания и наличием сопутствующих психических расстройств. Качество жизни (КЖ) и удовлетворенность лечением различаются у пациентов с разным уровнем ИМТ.

Методы

Дизайн

Наблюдательное натуралистическое исследование с ретроспективным анализом медицинских карт пациентов стационара с последующей оценкой состояния этих пациентов через 1–2 года после выписки.

Участники исследования и место проведения

В исследование были включены все пациенты обоих полов с диагнозом НА ($n = 47$) и ИМТ $< 13 \text{ кг/м}^2$, которые были госпитализированы в 2021–2022 гг. в стационарное отделение Клиники расстройств пищевого поведения (КРПП). Диагноз «нервная анорексия» (F50.0) устанавливались в соответствии с критериями Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [22] квалифицированными врачами-психиатрами КРПП. Критериев не включения не было.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н.А. Алексеева, Москва (протокол № 2 от 9 марта 2023 г.) и проводилось в соответствии с этическими нормами Хельсинкской декларации. Все пациенты на этапе катamnестического обследования выразили добровольное согласие на участие в исследовании.

Клиника расстройств пищевого поведения — специализированное отделение для лечения совершеннолетних пациентов с РПП. Пациенты с ИМТ $< 16 \text{ кг/м}^2$ лечатся в круглосуточном стационаре с последующей маршрутизацией в дневной стационар и амбулаторное отделение, пациенты с ИМТ $\geq 16 \text{ кг/м}^2$ могут приступить к лечению в рамках как круглосуточного, так и дневного стационара. На каждом этапе помощь оказывает мультидисциплинарная команда специалистов.

Процедуры исследования

Для получения клинических и социально-демографических данных за период стационарного лечения были проанализированы истории болезни пациентов.

Вес и рост регистрировали при поступлении, каждый месяц в процессе стационарного лечения и при выписке из стационара, расчет ИМТ проводили по формуле $\text{ИМТ} = \text{Вес, кг} / (\text{Рост, м})^2$. Социально-демографические данные включали возраст, пол и занятость (работа/учеба). Собирали информацию о продолжительности заболевания, количестве госпитализаций, койко-дней последнего стационарного лечения и продолжительности лечения в КРПП.

Клинические данные включали информацию о наличии второго диагноза психиатрического профиля (его устанавливала комиссия врачей-психиатров в случае несомненных клинических проявлений, отличных от НА), психофармакотерапии (лекарственные препараты и дозы) и количестве килокалорий в сутки.

В мае 2023 г. пациенты проходили катamnестическое обследование в форме телефонного интервью либо лично во время планового визита на прием. Если пациент не отвечал на звонок, информацию о его занятости и текущем весе получали у родственников, также оценивали наличие летальных исходов.

При катamnестическом обследовании пациенты заполняли Опросник качества жизни Всемирной

организации здравоохранения (краткая версия) (ВОЗКЖ-26) [23] и Опросник удовлетворенности стационарным лечением [24].

В ВОЗКЖ-26 используется оценка ответов по 5-балльной шкале Лайкерта на основании самоотчета пациентов, которые объединяются в четыре домена с максимальными значениями 100 баллов: 1) физическое и психологическое благополучие; 2) самовосприятие; 3) микросоциальная поддержка; 4) социальное благополучие. Два первых пункта опросника («Общее качество жизни» и «Общее состояние здоровья») оценивают отдельно, максимальный балл 5. Чем выше итоговые баллы, тем выше КЖ.

Опросник удовлетворенности стационарным лечением — это самоопросник уровня удовлетворенности пациентом лечением в психиатрической больнице. Ответы оцениваются по 4-балльной шкале Лайкерта и объединяются в четыре шкалы: 1) удовлетворенность результатами лечения; 2) удовлетворенность отношениями между врачом и пациентом; 3) удовлетворенность условиями; 4) удовлетворенность отсутствием стигматизации. Чем выше итоговые баллы, тем выше удовлетворенность лечением.

В качестве целевого показателя успешности стационарного лечения было выбрано значение ИМТ ≥ 16 кг/м². Нормальный ИМТ определяли в соответствии с критериями МКБ-10, он составлял от 17,5 кг/м² [22]. Сопоставление КЖ и удовлетворенности пациентов лечением в стационаре проводили между тремя группами пациентов, выделенными на основании значений ИМТ в катamnезе (ИМТ < 16 кг/м², ИМТ 16–17,4 кг/м², ИМТ > 17,4 кг/м²).

Статистический анализ

Характеристику выборки и отдельных групп пациентов получали с помощью описательной статистики. Для непрерывных переменных использовали средние значения *M* со стандартными отклонениями *SD* (англ. standard deviation, *SD*), медианы *Me* с 1-м и 3-м квартилями *Q*₁ и *Q*₃, а для категориальных переменных — частоты и проценты.

Для оценки динамики ИМТ были рассчитаны изменения ИМТ (Δ ИМТ) между контрольными замерами и показателями при поступлении. Значения ИМТ и Δ ИМТ, а также показатели КЖ и удовлетворенности лечением были сопоставлены между группами с ис-

пользованием теста Краскела — Уоллиса, за которым последовало попарное сравнение между группами с поправкой Данна на множественное сравнение. Для межгрупповых сравнений категориальных переменных применяли критерий Пирсона (распределение χ^2 с числом степеней свободы *df*). Для оценки связи между числовыми переменными был использован корреляционный анализ Спирмена. Корреляционный анализ проводили с максимально возможным сохранением данных с попарным удалением пропущенных случаев. Все типы тестов выполняли при уровне значимости *p* < 0,05. Статистический анализ проводили с использованием программы Lumivero (2023) «Решение для статистики и анализа данных» (XLSTAT), <https://www.xlstat.com/en>.

Результаты

Характеристика выборки

Были проанализированы истории болезни 47 пациентов (*n* = 44 женщины), 36 пациентов прошли повторное обследование (*n* = 33 женщины) в мае 2023 г. через 1–2 года после выписки из стационара. Не прошли последующее наблюдение 11 пациентов: 10 человек не отвечали на телефонные звонки, а один пациент был повторно госпитализирован в стационарное отделение КРПП. Среди тех, кто не ответил на телефонный звонок, все пациенты, согласно сообщению их родственников, были живы.

Возраст участников *Me*(*Q*₁; *Q*₃) = 22 (20; 28) лет, ИМТ *Me*(*Q*₁; *Q*₃) = 11,5 (10,6; 12,3) кг/м², продолжительность заболевания на момент поступления *Me*(*Q*₁; *Q*₃) = 4 (3; 9) лет и только у 9 (19,1 %) пациентов составила менее 3 лет.

Длительность стационарного лечения составила *Me*(*Q*₁; *Q*₃) = 66 (57; 83) дней.

Пациенты выборки были разделены по возрасту на 3 группы. Были выделены пациенты подросткового возраста (18–19 лет, *n* = 16), разделение до 26 лет (20–25 лет, *n* = 17) и после (≥ 26 лет, *n* = 14) проведено на основании одного из возрастных критериев «молодых взрослых» [25].

Информация о характеристиках выборки представлена в табл. П1 в дополнительных материалах (см. табл. П1 в электронном приложении по ссылке: <https://psypharma.ru/prilozhenie1>). При сравнении групп отмечались статистически значимые различия по продолжительности заболевания, ИМТ на момент

Таблица 1. Клинические характеристики пациентов разных возрастных групп со значимыми различиями
Table 1. Clinical characteristics of patients from different age groups with significant differences

Параметр	18–20 лет (<i>n</i> = 16)			21–25 лет (<i>n</i> = 17)			26+ лет (<i>n</i> = 14)			χ^2 (<i>df</i>)	<i>p</i>
	<i>Me</i>	<i>Q</i> ₁	<i>Q</i> ₃	<i>Me</i>	<i>Q</i> ₁	<i>Q</i> ₃	<i>Me</i>	<i>Q</i> ₁	<i>Q</i> ₃		
Длительность заболевания [лет]	3	2	4	4	3	8	12,5	5	21,3	16,31 (2)	< 0,001
ИМТ при поступлении в стационар (кг/м ²)	12,2	11,4	12,5	11,4	10,5	12,1	11,4	10,2	12	6,15 (2)	< 0,05
Длительность наблюдения в КРПП (месяцы)	10	5,5	18	9	5	11,5	3	2,5	7,5	6,74 (2)	< 0,05

поступления и продолжительности лечения в КРПП (см. табл. 1). Различий между другими переменными выявлено не было.

В основном лечение в КРПП проводили после самостоятельного обращения ($n = 20$, 42,55 %) или по инициативе родителей ($n = 20$, 42,55 %), у 3 (6,38 %) человек лечение инициировано партнером или прочими родственниками, 3 (6,38 %) были госпитализированы недобровольно, 1 (2,13 %) был направлен из больницы общего профиля.

Все пациенты прошли клиническое обследование комиссией врачей-психиатров. У 22 (46,8 %) не было каких-либо сопутствующих психических расстройств. У 9 (19,1 %) был диагностирован депрессивный эпизод (F32), у 1 (2,12 %) — соматоформное расстройство (F45), у 3 (6,38 %) — наркомания в анамнезе (F1x.1), у 4 (8,5 %) — шизотипическое расстройство (F21), у 1 (2,12 %) — шизоаффективное расстройство (F25) и у 1 (2,12 %) пациента развился психотический эпизод вследствие метаболических нарушений (F06.0), у 2 (4,25 %) — эпилепсия, у 3 (6,38 %) — эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3) и у 1 (2,12 %) — легкое когнитивное расстройство (F06.7).

У всех пациентов наблюдались тяжелая белково-энергетическая недостаточность и полиорганная дисфункция.

Все пациенты получали парентеральное питание и пероральное лечебное питание как дополнение к сбалансированному естественному питанию. Кормление через назогастральный зонд никому не проводили. Все пациенты получали психотерапевтическое лечение, в программу которого входили: индивидуальные и групповые занятия, психообразование, тренинг эмоциональной саморегуляции, группы терапии сострадания, группа развития навыков самоанализа, группа эмоциональной поддержки, семейная психотерапия.

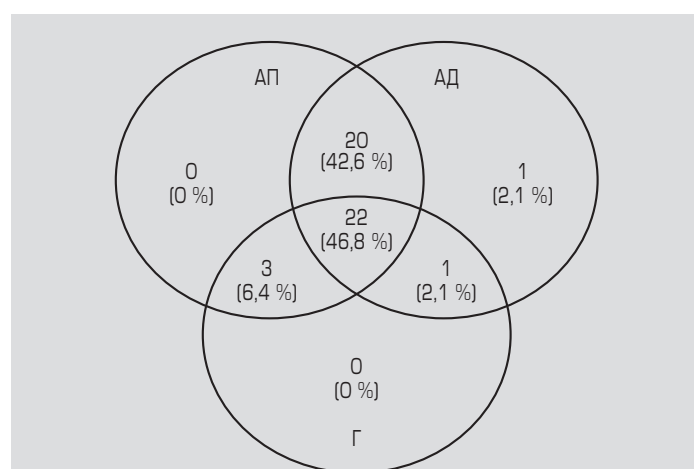


Рисунок. Частота комбинаций препаратов разных классов (антидепрессант, антипсихотик, гидроксизин) в ходе психофармакотерапии:

АП — антипсихотик; АД — антидепрессант; Г — гидроксизин

Figure. Frequency of different drug classes combinations (АП — antipsychotic; АД — antidepressant; Г — hydroxyzine)

Характеристика психофармакотерапии

Всем пациентам ($n = 47$) с первых дней поступления была назначена психофармакотерапия, которую пациенты продолжали принимать вплоть до выписки.

26 пациентам (55,3 %) был назначен гидроксизин в дозе 25–150 мг/сут в течение первой недели лечения, который они принимали вплоть до выписки.

Антипсихотики были назначены в 44 (93,6 %) случаях в течение первой недели лечения, из них в 26 (59 %) случаях с первого дня (см. табл. П2 в электронном приложении по ссылке <https://psypharma.ru/prilozhenie1>). В качестве первого антипсихотика в 37 (84 %) случаях назначали оланзапин, в 22 (59,4 %) случаях смену препарата не проводили вплоть до выписки из стационара. Доза оланзапина варьировалась от 2,5 до 15 мг/сут, а средняя суточная доза составила 9,54 мг. Следующими по частоте назначения стартовыми антипсихотиками были галоперидол и рисперидон, которые использовались значительно реже — в 3 (6,8 %) и 2 (4,5 %) случаях соответственно. К концу стационарного лечения распределение препаратов изменилось: оланзапин принимали 24 (54,5 %) пациента, галоперидол — 7 (15,9 %), сульпирид — 4 (9,09 %), рисперидон — 2 (4,5 %). Для 4 (10,8 %) пациентов смену антипсихотического препарата проводили 4 раза за время лечения в стационаре.

Антидепрессанты были назначены в 42 (89,3 %) случаях (табл. П3 в электронном приложении по ссылке <https://psypharma.ru/prilozhenie1>). В отличие от антипсихотиков, антидепрессанты чаще назначались не сразу: только в 26 (61,9 %) случаях они были назначены в течение первой недели лечения, у 8 (19,1 %) пациентов — со второго месяца стационарного лечения. Миртазапин оказался антидепрессантом первого выбора в 28 (66,7 %) случаях и 21 (75 %) пациент продолжил его прием. Стандартные дозы составляли 30–45 мг/сут. Кроме того, применяли сертралин, флувоксамин, эсциталопрам, венлафаксин, клонидин. На момент выписки миртазапин принимали 24 (57,1 %) пациента, сертралин — 8 (19 %), венлафаксин — 5 (11,9 %) человек.

Частота комбинаций препаратов (антидепрессант, антипсихотик, гидроксизин) представлена на рисунке.

Антиконвульсанты (нормотимики) получали 8 (17 %) пациентов (5 — карбамазепин, 1 — вальпроевую кислоту, 1 — ламотриджин и 1 пациенту была назначена вальпроевая кислота по поводу эпилепсии).

Результаты лечения

Индекс массы тела. К концу стационарного лечения целевой порог ИМТ в 16 кг/м² был достигнут у 30 (63,83 %) пациентов: 13 (81,25 %) в группе 18–20 лет, 11 (64,71 %) в группе 21–25 лет, 6 (42,86 %) в группе ≥ 26 лет. Отсутствие изменений ИМТ по сравнению с исходным уровнем наблюдалось лишь у 2 (4,26 %) пациентов из группы ≥ 26 лет (14,29 %).

Нормализация ИМТ ($\geq 17,5$ кг/м²) к концу стационарного лечения отмечалась у 12 (25,53 %) пациентов: 4 (25,0 %) в группе 18–20 лет, 5 (29,41 %) в группе 21–25 лет, 3 (21,43 %) в группе ≥ 26 лет.

Значимых различий между группами по ИМТ в процессе стационарного лечения выявлено не было (табл. П4 в электронном приложении по ссылке <https://psypharma.ru/prilozhenie1>).

При последующем наблюдении в мае 2023 г. показатели ИМТ в выборке составили $Me(Q_1; Q_3) = 17,4$ (15,5; 20) кг/м². У 10 (27,8 %) ИМТ < 16 кг/м² (у троих ИМТ < 13 кг/м²), у 9 (25 %) ИМТ > 16 кг/м², но < 17,5 кг/м² и у 17 (47,2 %) ИМТ > 17,5 кг/м².

Дополнительную информацию о динамике ИМТ можно найти в табл. П1.

Функционирование. На момент поступления 28 (59,6 %) пациентов работали/учились, 19 (40,4 %) не были заняты.

В катамнезе из 36 пациентов занятыми были 32 (88,9 %) человека. Среди пациентов, которые учились на момент госпитализации (имеются данные по 17 пациентам), все продолжили учиться или начали работать. Среди тех, кто работал на момент поступления (имеются данные по 8 пациентам), 1 человек не был занят. Среди тех, кто не был занят при поступлении (имеются данные по 11 людям), 8 начали работать/учиться и 3 не были заняты.

Качество жизни и удовлетворенность лечением. Данные о КЖ и удовлетворенности стационарным лечением представлены в табл. П5 (в электронном приложении по ссылке <https://psypharma.ru/prilozhenie1>). Во всех возрастных группах баллы по шкале ВОЗКЖ-26 и опроснику удовлетворенности стационарным лечением не отличались ($p > 0,05$) (табл. П6 в электронном приложении по ссылке <https://psypharma.ru/prilozhenie1>).

Баллы по всем доменам ВОЗКЖ-26 были выше среднего: физическое и психологическое благополучие ($Me(Q_1; Q_3) = 56$ (50; 63)); самовосприятие ($Me(Q_1; Q_3) = 56$ (50; 63)); микросоциальная поддержка ($Me(Q_1; Q_3) = 69$ (50; 75)); социальное благополучие ($Me(Q_1; Q_3) = 69$ (63; 75)). Удовлетворенность КЖ ($Me(Q_1; Q_3) = 4$ (3; 4)) и состоянием здоровья ($Me(Q_1; Q_3) = 3$ (3; 4)) также была выше средней.

Суммарный балл опросника удовлетворенности стационарным лечением в выборке составил 82 % максимального ($Me(Q_1; Q_3) = 98,5$ (91,5; 106,5), $max = 120$). Пациенты были удовлетворены отношениями с врачом (94,4 % максимального, $Me(Q_1; Q_3) = 34$ (30,75; 35), $max = 36$), результатами лечения (82,2 % максимального, $Me(Q_1; Q_3) = 37$ (32,75; 40,25), $max = 45$), отсутствием стигматизации (88,8 % максимального, $Me(Q_1; Q_3) = 8$ (7; 9), $max = 9$) и условиями в больнице (71,6 % максимального, $Me(Q_1; Q_3) = 21,5$ (17,75; 23,25), $max = 30$).

Факторы, которые могут повлиять на восстановление ИМТ

Для определения факторов, которые могли повлиять на увеличение веса, оценивали наличие сопутствующих психических расстройств, возраст, продолжительность НА, продолжительность стационарного лечения, удовлетворенность стационарным лечением, КЖ.

Среди 25 пациентов с сопутствующими психическими расстройствами целевой ИМТ > 16 кг/м² на мо-

мент выписки из стационара был достигнут у 18 пациентов. Среди 22 пациентов без сопутствующих расстройств целевой ИМТ был достигнут у 12 пациентов ($\chi^2 = 0,34$, $df = 1$, $p = 0,56$). Среди 9 пациентов с коморбидной депрессией целевой ИМТ был достигнут у 8 ($\chi^2 = 4,561$, $df = 1$, $p = 0,033$).

Корреляция между переменными, отражающими основные характеристики пациентов (возраст, продолжительность болезни, продолжительность стационарного лечения), процесс выздоровления (значения ИМТ и его динамика), КЖ и удовлетворенность стационарным лечением, представлена в табл. 2, приведенной ниже.

При сравнении пациентов с разными показателями ИМТ в катамнезе значимых различий по КЖ и удовлетворенности стационарным лечением выявлено не было (табл. П7 в электронном приложении по ссылке <https://psypharma.ru/prilozhenie1>).

Обсуждение

Все пациенты в ходе стационарного лечения принимали комплексную психофармакотерапию, которая состояла из комбинаций антипсихотиков, антидепрессантов и транквилизаторов в терапевтических дозах. Из антипсихотиков наиболее часто применяли оланзапин (54,5 %), а из антидепрессантов — миртазапин (57,1 %), гидроксизин применяли у 44,7 % пациентов.

Несмотря на исходно тяжелое состояние пациентов при поступлении, результаты лечения в плане коррекции веса в полученной нами выборке были положительными: 63,83 % пациентов достигли значения ИМТ > 16 кг/м² на этапе выписки из стационара, в катамнезе у 72,2 % пациентов показатель ИМТ достиг значения > 16 кг/м². Нормальных значений ИМТ (> 17,5 кг/м²) на момент выписки из стационара удалось достичь 25,5 % пациентам, а у 47,2 % такой результат был достигнут на момент катамнестического обследования, только у 3 пациентов в катамнезе ИМТ был < 13 кг/м². Не было зарегистрировано ни одного смертельного исхода.

Об успешном увеличении веса во время стационарного лечения сообщалось в других исследованиях НА с экстремально низким весом, однако похожих результатов лечения удавалось добиться при включении в исследование пациентов с более высоким ИМТ (15 кг/м²) [26], тогда как в исследованиях с ИМТ < 13 кг/м² при применении только лишь вспомогательного питания значительных изменений веса не произошло (ИМТ при выписке $13,8 \pm 1,52$ кг/м²) [27]. Имеются данные об успешном применении малых доз галоперидола при лечении пациентов с ИМТ < 13 кг/м² и сопоставимым с полученной нами выборкой восстановлением веса [28]. В другом ретроспективном исследовании было показано худшее восстановление веса у детей с ИМТ 14 кг/м², принимавших антипсихотики, по сравнению с группой контроля [29].

Большинство пациентов полученной нами выборки соответствовали критериям тяжелой и стойкой НА [6]. Средняя продолжительность болезни на момент поступления в стационар составила $6,9 \pm 6,2$ года,

Таблица 2. Корреляции между клиническими характеристиками, ИМТ в динамике, качеством жизни и удовлетворенностью лечением
Table 2. Correlations between patients` characteristics, BMI dynamics, QoL and treatment satisfaction

Параметры	Скорость прироста ИМТ (ИМТ/день)	ИМТ при выписке	ΔИМТ (выписка – поступление)	ИМТ (май 2023)	ИМТ (% от исходного)	ИМТ при поступлении	ИМТ через 1 месяц	ИМТ через 2 месяца	Возраст	Продолжительность заболевания
Скорость прироста ИМТ (ИМТ/день)	1	0,578	0,701	–0,127	0,662	–0,196	0,229	0,592	–0,048	–0,175
ИМТ при выписке	0,578	1	0,773	0,249	0,590	0,336	0,425	0,686	–0,298	–0,312
ΔИМТ (выписка – поступление)	0,701	0,773	1	–0,055	0,955	–0,232	0,139	0,484	–0,093	–0,145
ИМТ (май 2023)	–0,127	0,249	–0,055	1	–0,170	0,434	0,174	0,149	–0,275	–0,272
ИМТ (% от исходного)	0,662	0,590	0,955	–0,170	1	–0,444	0,012	0,371	0,050	–0,058
ИМТ при поступлении	–0,196	0,336	–0,232	0,434	–0,444	1	0,510	0,311	–0,365	–0,226
ИМТ через 1 месяц	0,229	0,425	0,139	0,174	0,012	0,510	1	0,714	–0,209	0,081
ИМТ через 2 месяца	0,592	0,686	0,484	0,149	0,371	0,311	0,714	1	–0,187	–0,144
Возраст	–0,048	–0,298	–0,093	–0,275	0,050	–0,365	–0,209	–0,187	1	0,597
Продолжительность заболевания	–0,175	–0,312	–0,145	–0,272	–0,058	–0,226	0,081	–0,144	0,597	1
Койко-дни	–0,575	–0,043	0,055	0,093	0,105	–0,076	–0,284	–0,384	–0,064	0,023
Вопрос 1 (ВОЗКЖ–26)	0,103	–0,066	0,000	0,148	0,026	–0,012	0,108	0,086	–0,015	–0,060
Вопрос 2 (ВОЗКЖ–26)	0,414	0,350	0,295	0,240	0,244	0,183	0,315	0,610	–0,268	–0,485
Физическое и психологическое благополучие (ВОЗКЖ–26)	–0,027	–0,118	–0,121	0,175	–0,058	–0,086	–0,134	0,020	–0,081	–0,049
Самовосприятие (ВОЗКЖ–26)	0,116	0,112	0,081	0,299	0,092	0,030	0,003	0,226	0,128	–0,208
Микросоциальная поддержка (ВОЗКЖ–26)	0,000	–0,132	–0,126	0,255	–0,127	–0,046	–0,041	0,023	–0,010	–0,107
Социальное благополучие (ВОЗКЖ–26)	0,131	0,244	0,233	0,184	0,149	0,070	–0,028	0,146	–0,130	–0,321
Удовлетворенность результатами лечения	0,093	0,104	0,115	0,395	0,111	–0,086	–0,141	0,092	0,029	–0,247
Удовлетворенность отношениями «врач – больной»	–0,235	–0,156	–0,093	0,285	–0,101	–0,022	–0,332	–0,315	0,038	–0,061
Удовлетворенность бытовыми условиями	0,157	0,212	0,142	0,342	0,115	0,137	–0,029	0,086	0,224	–0,122
Отсутствие стигматизации	0,214	0,118	0,050	0,286	0,027	0,063	0,003	0,103	0,029	–0,034
Общий балл удовлетворенности лечением	0,095	0,126	0,091	0,419	0,065	0,050	–0,125	0,045	0,143	–0,168

Примечание. Корреляционный тест Спирмена; полужирным шрифтом выделены значения, отличающиеся от нуля с уровнем достоверности 0,05.

Койко-дни	Вопрос 1 (ВОЗКЖ-26)	Вопрос 2 (ВОЗКЖ-26)	Физическое и психологическое благополучие (ВОЗКЖ-26)	Самовосприятие (ВОЗКЖ-26)	Микросоциальная поддержка (ВОЗКЖ-26)	Социальное благополучие (ВОЗ КЖ-26)	Удовлетворенность результатами лечения	Удовлетворенность отношениями врач — больной	Удовлетворенность бытовыми условиями	Отсутствие стигматизации	Общий балл удовлетворенности лечением
-0,575	0,103	0,414	-0,027	0,116	0,000	0,131	0,093	-0,235	0,157	0,214	0,095
-0,043	-0,066	0,350	-0,118	0,112	-0,132	0,244	0,104	-0,156	0,212	0,118	0,126
0,055	0,000	0,295	-0,121	0,081	-0,126	0,233	0,115	-0,093	0,142	0,050	0,091
0,093	0,148	0,240	0,175	0,299	0,255	0,184	0,395	0,285	0,342	0,286	0,419
0,105	0,026	0,244	-0,058	0,092	-0,127	0,149	0,111	-0,101	0,115	0,027	0,065
-0,076	-0,012	0,183	-0,086	0,030	-0,046	0,070	-0,086	-0,022	0,137	0,063	0,050
-0,284	0,108	0,315	-0,134	0,003	-0,041	-0,028	-0,141	-0,332	-0,029	0,003	-0,125
-0,384	0,086	0,610	0,020	0,226	0,023	0,146	0,092	-0,315	0,086	0,103	0,045
-0,064	-0,015	-0,268	-0,081	0,128	-0,010	-0,130	0,029	0,038	0,224	0,029	0,143
0,023	-0,060	-0,485	-0,049	-0,208	-0,107	-0,321	-0,247	-0,061	-0,122	-0,034	-0,168
1	-0,095	-0,215	-0,033	-0,035	-0,193	-0,039	0,067	0,293	-0,066	-0,121	0,031
-0,095	1	0,338	0,440	0,596	0,543	0,419	0,537	0,224	0,413	0,331	0,489
-0,215	0,338	1	0,060	0,397	0,288	0,435	0,305	-0,098	0,313	0,293	0,294
-0,033	0,440	0,060	1	0,434	0,400	0,356	0,407	0,153	0,208	0,389	0,296
-0,035	0,596	0,397	0,434	1	0,588	0,565	0,619	0,438	0,719	0,409	0,761
-0,193	0,543	0,288	0,400	0,588	1	0,545	0,423	0,113	0,443	0,323	0,440
-0,039	0,419	0,435	0,356	0,565	0,545	1	0,425	0,124	0,364	0,247	0,382
0,067	0,537	0,305	0,407	0,619	0,423	0,425	1	0,506	0,441	0,290	0,794
0,293	0,224	-0,098	0,153	0,438	0,113	0,124	0,506	1	0,458	0,160	0,715
-0,066	0,413	0,313	0,208	0,719	0,443	0,364	0,441	0,458	1	0,721	0,838
-0,121	0,331	0,293	0,389	0,409	0,323	0,247	0,290	0,160	0,721	1	0,581
0,031	0,489	0,294	0,296	0,761	0,440	0,382	0,794	0,715	0,838	0,581	1

эта переменная положительно коррелировала с возрастом пациентов. Большая продолжительность заболевания и более старший возраст достоверно коррелировали с более низкими значениями ИМТ при выписке и худшей оценкой своего здоровья (вопрос 2 ВОЗКЖ-26 «Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?»), но не коррелировали с ИМТ в катамнезе. Эти результаты частично согласуются с другими исследованиями, которые показали положительное влияние более молодого возраста на увеличение веса при НА [30], однако данные о взаимосвязи между длительностью заболевания и значениями ИМТ неоднородны. Некоторые авторы приходят к выводу, что большая продолжительность заболевания при НА не имеет прямой связи с неэффективными результатами лечения в краткосрочной и долгосрочной перспективе [5, 26, 31], другие утверждают, что длительность заболевания является ключевым фактором прогноза при НА [32].

Выбор врачами оланзапина в качестве первой линии психофармакотерапии базировался на данных двойных слепых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, в которых была продемонстрирована как более высокая скорость набора веса, так и более высокий ИМТ в конце лечения при применении препарата [33, 34]. Также учитывали трофотропные свойства оланзапина [35, 36]. Показаниями для назначения были также снижение уровня тревожности, озабоченности образом своего тела, снижение страха перед едой. Антидепрессанты назначали несколько позже в курсе лечения с целью устранения тревоги и коррекции аффективных колебаний, эмоционального напряжения, которые у большинства пациентов не достигали полной синдромальной завершенности для установления диагноза депрессивного эпизода.

Уровень коморбидных тревожных и депрессивных расстройств в полученной нами выборке был ниже (19,1 %), чем описано в других исследованиях тяжелой НА, в которых распространенность большой депрессии могла достигать 51,8 % [27, 37]. Известно, что пониженное настроение и тревога также являются симптомами НА и существуют трудности клинической дифференциации симптомов НА и симптомов самостоятельных тревожных и депрессивных расстройств [38]. В ситуации стационарного лечения клиническое суждение о необходимости назначения антидепрессанта основывалось в основном на симптомах в текущем психическом статусе. Миртазапин был наиболее часто назначаемым антидепрессантом из-за его противотревожного, седативного профиля, низкого уровня лекарственных взаимодействий и способности увеличивать вес [39]. Несмотря на отсутствие доказательств эффективности антидепрессантов при НА, существуют указания на использование антидепрессантов в качестве дополнительного к психотерапии лечения [40]. Также описано назначение комбинации оланзапина и миртазапина при НА [41].

Основным ограничением применения психофармакотерапии при НА являются побочные эффекты препаратов [15]. Для полученной нами выборки из-за общего тяжелого соматического состояния паци-

ентов выявить соматические симптомы вследствие побочного действия психофармакотерапии не представлялось возможным. Так, основные побочные эффекты миртазапина в виде головокружений, запоров, ощущения сухости во рту были схожими с симптомами, с которыми пациенты поступали в стационар. На фоне стабилизации соматического состояния эти симптомы редуцировались несмотря на продолжение приема антидепрессанта. Психофармакотерапию применяли при тщательном мониторинге соматических симптомов, что реализуется и в других специализированных клиниках [11].

Опросник удовлетворенности стационарным лечением показал, что пациенты были довольны стационарным лечением, особенно отношениями между врачом и пациентом. Хороший терапевтический альянс служит предиктором положительного результата лечения как в отношении редукции специфичных симптомов НА, так и в отношении общей психопатологической симптоматики, свойственной НА [42].

В полученной нами выборке не было значительной разницы в достижении целевого ИМТ между пациентами с сопутствующими психическими расстройствами и без них. Наличие коморбидных психических расстройств не приводило к существенным различиям в уровне ИМТ при выписке, кроме случаев депрессии, когда наблюдался парадоксальный эффект — у пациентов с коморбидной депрессией целевой ИМТ достигался при выписке значительно чаще, чем у других пациентов. Этот эффект соотносится с данными об отсутствии связи между наличием тревожных расстройств и расстройств настроения (кроме обсессивно-компульсивного расстройства) и ИМТ [38]. Отсутствие влияния депрессии на ИМТ при РПП было доказано и в более поздних исследованиях, хотя признается, что коморбидные психические расстройства негативно влияют на другие, нежели ИМТ, показатели исхода лечения при НА [43].

Долгосрочными результатами лечения в проведенном нами исследовании были достижение референсных значений ИМТ в катамнезе, занятости, КЖ, удовлетворенности стационарным лечением.

Из 36 пациентов, доступных для катамнестического наблюдения, только 4 (11,1 %) не были заняты, остальные работали или учились, что можно считать маркером хорошего функционирования [44].

Показатели КЖ были выше среднего по всем доменам ВОЗКЖ-26 и превышали популяционные нормы ВОЗКЖ-26 для России [45]. Такой уровень КЖ в полученной нами выборке является неожиданным и может быть связан со сниженной критичностью у пациентов с НА, а также с социальной желательностью ответов. В предыдущем исследовании [46] мы показали взаимосвязь между метакогнитивными способностями и КЖ, более высокий уровень саморефлексии был связан с более низким КЖ при НА. Другие исследования показывают более низкий уровень КЖ у пациентов с НА, чем в популяции [47, 48]. В то же время известно, что при рестриктивном типе НА КЖ лучше, чем у пациентов с другими расстройствами пищевого поведения, а баллы

по опроснику ВОЗКЖ-26 могут быть сопоставимы с показателями контрольной группы здоровых испытуемых [49].

В проведенном нами исследовании ИМТ в катанезе слабо положительно коррелировал с исходным ИМТ, удовлетворенностью результатами лечения и условиями лечения. Эти результаты могут отражать общее более позитивное впечатление пациентов с более высоким ИМТ о проводимом лечении и более благоприятный долгосрочный исход стационарного лечения у пациентов, ИМТ которых был ближе к 13 кг/м² при поступлении. Значения ИМТ при выписке слабо положительно коррелировали с оценкой здоровья по опроснику ВОЗКЖ-26.

Различий между группами пациентов с разным уровнем ИМТ в катанезе по клиническим переменным, динамике ИМТ, КЖ и удовлетворенности лечением не было. Не было найдено корреляций между ИМТ в катанезе и возрастом пациентов, длительностью заболевания, величиной прироста ИМТ (ΔИМТ), длительностью пребывания в стационаре, ИМТ при выписке и др. Эти данные согласуются с результатами других исследований, которые показали отсутствие связи между ИМТ и клинико-демографическими характеристиками пациентов с НА.

Основным ограничением проведенного нами исследования является ретроспективный дизайн, который ограничивает представление данных информацией, содержащейся в медицинских картах. Для более полного представления результатов о психотерапии не хватает данных о влиянии продолжительности психотерапии и доз препаратов на ИМТ. Ограничением настоящего исследования является и отсутствие психопатологических характеристик пациентов, которые могли бы помочь более детально описать мишени психотерапии. Натуралистический дизайн исследо-

вания, с одной стороны, позволяет продемонстрировать опыт реальной практики психотерапии, но с другой — не позволяет сделать какие-либо обоснованные выводы об эффективности определенного вида терапии.

Несмотря на имеющиеся ограничения, настоящее исследование указывает на возможность применения психотерапии у стационарных больных с НА с ИМТ < 13 кг/м². Необходимы рандомизированные контролируемые исследования психотерапевтического лечения НА с экстремально низким весом, а также необходимо определить другие надежные показатели результатов лечения НА помимо ИМТ.

Заключение

Оланзапин, мirtазапин и гидроксизин являются наиболее часто назначаемыми препаратами при терапии пациентов НА с экстремально низким весом в стационаре. В результате комплексного фармакотерапевтического, психотерапевтического, нутрициологического лечения 63,8 % пациентов достигли ИМТ > 16 кг/м² к концу стационарного лечения, через 1–2 года у 72,7 % пациентов ИМТ был > 16 кг/м². Через 1–2 года после лечения 88,9 % пациентов были заняты (работа/учеба), КЖ оценивали выше среднего по всем доменам ВОЗКЖ-26.

Индекс массы тела пациентов НА с экстремально низким весом в конце стационарного лечения отрицательно коррелирует с возрастом и продолжительностью заболевания, однако в отдаленном периоде в горизонте 1–2 года этот эффект нивелируется. Индекс массы тела в отдаленном периоде положительно коррелирует с ИМТ в начале лечения и удовлетворенностью лечением и не связан с другими клиническими и демографическими показателями.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Wonderlich S.A., Bulik C.M., Schmidt U. et al. Severe and enduring anorexia nervosa: Update and observations about the current clinical reality // International Journal of Eating Disorders. – 2020. – Vol. 53 (8). – Pp. 1303–1312. – <https://doi.org/10.1002/eat.23283>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
3. World Health Organization. International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11), 2019. – Available at: <https://icd.who.int/browse11> (accessed September 12, 2024).
4. Royal College of Psychiatrists, Royal College Physicians, Royal College of Pathologists. MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa // College Report CR189: Royal College of Psychiatrists. 2014.
5. Marzola E., Martini M., Brustolin A. et al. Inpatients with severe-enduring anorexia nervosa: understanding the "enduringness" specifier // European Psychiatry. – 2021. – Vol. 64 (1). – Art. e44. – <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00648-0>
6. Hay P., Touyz S. Classification challenges in the field of eating disorders: can severe and enduring anorexia nervosa be better defined? // Journal of Eating Disorders. – 2018. – Vol. 6. – Pp. 1–3. – <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0229-8>
7. Rosling A.M., Sparén P., Norringet C. et al. Mortality of eating disorders: A follow-up study of treatment in a specialist unit 1974–2000 // International Journal of Eating Disorders. – 2011. – Vol. 44 (4). – Pp. 304–310. – <https://doi.org/10.1002/eat.20827>
8. Gibson D., Watters A., Cost J. et al. Extreme anorexia nervosa: medical findings, outcomes, and inferences from a retrospective cohort // Journal of Eating Disorders. – 2020. – Vol. 8. – Pp. 1–10. – <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00303-6>
9. Robinson P., Jones W.R. MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa // BJPsych Advances. – 2018. – Vol. 24 (1). – Pp. 20–32. – <https://doi.org/10.1192/bja.2017.2>
1. Wonderlich S.A., Bulik C.M., Schmidt U. et al. Severe and enduring anorexia nervosa: Update and observations about the current clinical reality // International Journal of Eating Disorders. – 2020. – Vol. 53 (8). – Pp. 1303–1312. – <https://doi.org/10.1002/eat.23283>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
3. World Health Organization. International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11), 2019. – Available at: <https://icd.who.int/browse11> (accessed September 12, 2024).
4. Royal College of Psychiatrists, Royal College Physicians, Royal College of Pathologists. MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa // College Report CR189: Royal College of Psychiatrists. 2014.
5. Marzola E., Martini M., Brustolin A. et al. Inpatients with severe-enduring anorexia nervosa: understanding the "enduringness" specifier // European Psychiatry. – 2021. – Vol. 64 (1). – Art. e44. – <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00648-0>
6. Hay P., Touyz S. Classification challenges in the field of eating disorders: can severe and enduring anorexia nervosa be better defined? // Journal of Eating Disorders. – 2018. – Vol. 6. – Pp. 1–3. – <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0229-8>
7. Rosling A.M., Sparén P., Norringet C. et al. Mortality of eating disorders: A follow-up study of treatment in a specialist unit 1974–2000 // International Journal of Eating Disorders. – 2011. – Vol. 44 (4). – Pp. 304–310. – <https://doi.org/10.1002/eat.20827>
8. Gibson D., Watters A., Cost J. et al. Extreme anorexia nervosa: medical findings, outcomes, and inferences from a retrospective cohort // Journal of Eating Disorders. – 2020. – Vol. 8. – Pp. 1–10. – <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00303-6>
9. Robinson P., Jones W.R. MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa // BJPsych Advances. – 2018. – Vol. 24 (1). – Pp. 20–32. – <https://doi.org/10.1192/bja.2017.2>

10. Robinson P.H., Nicholls D. Critical care for anorexia nervosa. – Cham: Springer, 2015. – <https://doi.org/10.1007/978-3-319-08174-8>
11. Proulx-Cabana S., Metras M., Taddeo D. et al. To improve the initial inpatient management of adolescents admitted with severe anorexia nervosa: A narrative review and a convenient protocol // *Nutrients*. – 2022. – Vol. 14 (1). – Art. 229. – <https://doi.org/10.3390/nu14010229>
12. Touyz S., Le Grange D., Lacey H. et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: A randomized controlled trial // *Psychological Medicine*. – 2013. – Vol. 43 (12). – Pp. 2501–2511. – <https://doi.org/10.1017/S0033291713000949>
13. Hay P.J., Touyz S., Sud R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 46 (12). – Pp. 1136–1144. – <https://doi.org/10.1177/0004867412450469>
14. Himmerich H., Lewis Y.D., Conti C. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of eating disorders // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2023. – Vol. 24 (8). – Pp. 643–706. – <https://doi.org/10.1080/15622975.2023.2179663>
15. National Institute for Health and Care Excellence. NICE eating disorders guidelines: Eating disorders: Recognition and treatment. – London, England: NICE, 2017.
16. Garner D.M., Anderson M.L., Keiper C.D. et al. Psychotropic medications in adult and adolescent eating disorders: clinical practice versus evidence-based recommendations // *Eating and Weight Disorders—Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2016. – Vol. 1. – Pp. 395–402. – <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0253-0>
17. Gorrell S., Lebow J., Kinasz K. et al. Psychotropic medication use in treatment-seeking youth with eating disorders // *European Eating Disorders Review*. – 2020. – Vol. 28 (6). – Pp. 739–749. – <https://doi.org/10.1002/erv.2788>
18. Frank G.K.W., Shott M.E. The role of psychotropic medications in the management of anorexia nervosa: Rationale, evidence and future prospects // *CNS Drugs*. – 2016. – Vol. 30 (5). – Pp. 419–442. – <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0335-6>
19. Popov M.Y., Lepik O.V., Kozlovskii V.L. et al. Pharmacological strategies for appetite modulation in eating disorders: A narrative review // *Consortium Psychiatricum*. – 2023. – Vol. 4 (2). – Art. 79. – <https://doi.org/10.17816/CP6150>
20. Blanchet C., Guillaume S., Bat-Pitault F. et al. Medication in AN: a multidisciplinary overview of meta-analyses and systematic reviews // *Journal of Clinical Medicine*. – 2019. – Vol. 8 (2). – Art. 278. – <https://doi.org/10.3390/jcm8020278>
21. McMahon J., Green I., Omitogunet T. et al. Psychoeducation on medication for people with anorexia nervosa: A quality improvement project. Weight Loss – A Multidisciplinary Perspective // *IntechOpen*. – 2024. – <https://doi.org/10.5772/intechopen.1006307>
22. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index. – 2004. – Vol. 3.
23. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version. – 1996.
24. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре: методические рекомендации. – М.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, 2007. – 17 с.
25. Breiner H., Stroud C., Bonnie R.J. Investing in the health and well-being of young adults. – Washington, DC: The National Academies Press, 2015. – <https://doi.org/10.17226/18869>
26. Kaufmann L.K., Moergeli H., Milos G.F. Lifetime weight characteristics of adult inpatients with severe anorexia nervosa: maximal lifetime BMI predicts treatment outcome // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 12. – Art. 682952. – <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.682952>
27. Guinhut M., Melchior J.C., Godart N. et al. Extremely severe anorexia nervosa: Hospital course of 354 adult patients in a clinical nutrition-eating disorders-unit // *Clinical Nutrition*. – 2021. – Vol. 40 (4). – Pp. 1954–1965. – <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.09.011>
28. Mauri M., Miniati M., Mariani M.G., Ciberti A., Dell'Osso L. Haloperidol for severe anorexia nervosa restricting type with delusional body image disturbance: A nine-case chart review // *Eat Weight Disord.* – 2013. – Vol. 3. – Pp. 329–332. – <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0052-9>
29. Frank B., Arnold S., Jaite C., Correll C.U. Antipsychotic effects on anthropometric outcomes in anorexia nervosa: A retrospective chart review of hospitalized children and adolescents // *J Eat Disord.* – 2023. – Vol. 1. – Art. 151. – <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00862-4>
30. Kolar D.R., Meule A., Naab S. et al. Early within-person weight gain and variability during inpatient treatment for anorexia nervosa: Age-dependent effects on treatment outcome // *European Eating Disorders Review*. – 2022. – Vol. 30 (4). – Pp. 328–340. – <https://doi.org/10.1002/erv.2893>
31. Meule A., Kolar D.R., Rau E. et al. Comparing illness duration and age as predictors of treatment outcome in female inpatients with anorexia nervosa // *Eating Disorders*. – 2023. – Vol. 31 (3). – Pp. 274–284. – <https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2114586>
32. Glasofer D.R., Muratore A.F., Attia E. et al. Predictors of illness course and health maintenance following inpatient treatment among patients with anorexia nervosa // *Journal of Eating Disorders*. – 2020. – Vol. 8. – Pp. 1–10. – <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00348-7>
33. Bissada H., Tasca G.A., Barber A. M. et al. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *American Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165 (10). – Pp. 1281–1288. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07121900>
10. Robinson P.H., Nicholls D. Critical care for anorexia nervosa. – Cham: Springer, 2015. – <https://doi.org/10.1007/978-3-319-08174-8>
11. Proulx-Cabana S., Metras M., Taddeo D. et al. To improve the initial inpatient management of adolescents admitted with severe anorexia nervosa: A narrative review and a convenient protocol // *Nutrients*. – 2022. – Vol. 14 (1). – Art. 229. – <https://doi.org/10.3390/nu14010229>
12. Touyz S., Le Grange D., Lacey H. et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: A randomized controlled trial // *Psychological Medicine*. – 2013. – Vol. 43 (12). – Pp. 2501–2511. – <https://doi.org/10.1017/S0033291713000949>
13. Hay P.J., Touyz S., Sud R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 46 (12). – Pp. 1136–1144. – <https://doi.org/10.1177/0004867412450469>
14. Himmerich H., Lewis Y.D., Conti C. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of eating disorders // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2023. – Vol. 24 (8). – Pp. 643–706. – <https://doi.org/10.1080/15622975.2023.2179663>
15. National Institute for Health and Care Excellence. NICE eating disorders guidelines: Eating disorders: Recognition and treatment. – London, England: NICE, 2017.
16. Garner D.M., Anderson M.L., Keiper C.D. et al. Psychotropic medications in adult and adolescent eating disorders: clinical practice versus evidence-based recommendations // *Eating and Weight Disorders—Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2016. – Vol. 1. – Pp. 395–402. – <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0253-0>
17. Gorrell S., Lebow J., Kinasz K. et al. Psychotropic medication use in treatment-seeking youth with eating disorders // *European Eating Disorders Review*. – 2020. – Vol. 28 (6). – Pp. 739–749. – <https://doi.org/10.1002/erv.2788>
18. Frank G.K.W., Shott M.E. The role of psychotropic medications in the management of anorexia nervosa: Rationale, evidence and future prospects // *CNS Drugs*. – 2016. – Vol. 30 (5). – Pp. 419–442. – <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0335-6>
19. Popov M.Y., Lepik O.V., Kozlovskii V.L. et al. Pharmacological strategies for appetite modulation in eating disorders: A narrative review // *Consortium Psychiatricum*. – 2023. – Vol. 4 (2). – Art. 79. – <https://doi.org/10.17816/CP6150>
20. Blanchet C., Guillaume S., Bat-Pitault F. et al. Medication in AN: a multidisciplinary overview of meta-analyses and systematic reviews // *Journal of Clinical Medicine*. – 2019. – Vol. 8 (2). – Art. 278. – <https://doi.org/10.3390/jcm8020278>
21. McMahon J., Green I., Omitogunet T. et al. Psychoeducation on medication for people with anorexia nervosa: A quality improvement project. Weight Loss – A Multidisciplinary Perspective // *IntechOpen*. – 2024. – <https://doi.org/10.5772/intechopen.1006307>
22. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index. – 2004. – Vol. 3.
23. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version. – 1996.
24. Lutova N.B., Borcov A.V., Vid V.D. Metod ocenki subektivnoj udovletvorennosti psicheski bol'nyh lecheniem v psichiatricheskom stacionare: metodicheskie rekomendacii. – M.: Nacional'nyj medicinskij issledovatel'skij centr psichiatrii i nevrologii imeni V.M. Behtereva, 2007. – 17 s.
25. Breiner H., Stroud C., Bonnie R.J. Investing in the health and well-being of young adults. – Washington, DC: The National Academies Press, 2015. – <https://doi.org/10.17226/18869>
26. Kaufmann L.K., Moergeli H., Milos G.F. Lifetime weight characteristics of adult inpatients with severe anorexia nervosa: maximal lifetime BMI predicts treatment outcome // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 12. – Art. 682952. – <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.682952>
27. Guinhut M., Melchior J.C., Godart N. et al. Extremely severe anorexia nervosa: Hospital course of 354 adult patients in a clinical nutrition-eating disorders-unit // *Clinical Nutrition*. – 2021. – Vol. 40 (4). – Pp. 1954–1965. – <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.09.011>
28. Mauri M., Miniati M., Mariani M.G., Ciberti A., Dell'Osso L. Haloperidol for severe anorexia nervosa restricting type with delusional body image disturbance: A nine-case chart review // *Eat Weight Disord.* – 2013. – Vol. 3. – Pp. 329–332. – <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0052-9>
29. Frank B., Arnold S., Jaite C., Correll C.U. Antipsychotic effects on anthropometric outcomes in anorexia nervosa: A retrospective chart review of hospitalized children and adolescents // *J Eat Disord.* – 2023. – Vol. 1. – Art. 151. – <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00862-4>
30. Kolar D.R., Meule A., Naab S. et al. Early within-person weight gain and variability during inpatient treatment for anorexia nervosa: Age-dependent effects on treatment outcome // *European Eating Disorders Review*. – 2022. – Vol. 30 (4). – Pp. 328–340. – <https://doi.org/10.1002/erv.2893>
31. Meule A., Kolar D.R., Rau E. et al. Comparing illness duration and age as predictors of treatment outcome in female inpatients with anorexia nervosa // *Eating Disorders*. – 2023. – Vol. 31 (3). – Pp. 274–284. – <https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2114586>
32. Glasofer D.R., Muratore A.F., Attia E. et al. Predictors of illness course and health maintenance following inpatient treatment among patients with anorexia nervosa // *Journal of Eating Disorders*. – 2020. – Vol. 8. – Pp. 1–10. – <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00348-7>
33. Bissada H., Tasca G.A., Barber A. M. et al. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *American Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165 (10). – Pp. 1281–1288. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07121900>

34. Attia E., Steinglass J.E., Walsh B.T. et al. Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: a randomized clinical trial // *American Journal of Psychiatry*. – 2019. – Vol. 176 (6). – Pp. 449–456. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.1766correction1>
35. Мосолов С.Н., Калинин В.В. Применение атипичных нейролептиков в психоневрологической практике // *Методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ*. – М., 1998.
36. Мосолов С.Н., Калинин В.В., Еремин А.В. Сравнительная эффективность и переносимость нового поколения антипсихотических средств при лечении обострений шизофрении (мета-анализ оригинальных исследований оланзапина, рисперидона, кветиапина, клозапина и галоперидола) // *Новые достижения в терапии психических заболеваний*. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2002. – С. 82–94.
37. Carrot B., Radon L., Hubert T. et al. Are lifetime affective disorders predictive of long-term outcome in severe adolescent anorexia nervosa? // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2017. – Vol. 26. – Pp. 969–978. – <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0963-5>
38. Mattar L., Thiébaud M.R., Huas C. et al. Depression, anxiety and obsessive-compulsive symptoms in relation to nutritional status and outcome in severe anorexia nervosa // *Psychiatry Research*. – 2012. – Vol. 200 (2–3). – Pp. 513–517. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.032>
39. Stahl S.M. Stahl's essential psychopharmacology: prescriber's guide antidepressants. – Cambridge: Cambridge University Press, 2014. – 824 p. – <https://doi.org/10.1017/9781108921275.045>
40. Marvanova M., Gramith K. Role of antidepressants in the treatment of adults with anorexia nervosa // *Mental Health Clinician*. – 2018. – Vol. 8 (3). – Pp. 127–137. – <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.05.127>
41. Wang T.S., Chou Y.H., Shiah I.S. Combined treatment of olanzapine and mirtazapine in anorexia nervosa associated with major depression // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. – 2006. – Vol. 30 (2). – Pp. 306–309. – <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2005.10.004>
42. Stiles-Shields C., Touyz S., Hay P. et al. Therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa // *International Journal of Eating Disorders*. – 2013. – Vol. 46 (8). – Pp. 783–789. – <https://doi.org/10.1002/eat.22187>
43. Fewell L.K., Levinson C.A., Stark L. Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting // *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2017. – Vol. 22 (2). – Pp. 291–301. – <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0357-6>
44. Cowman M., Godfrey E., Walsh T. et al. Measures of social and occupational function in early psychosis: A systematic review and meta-analysis // *Schizophrenia Bulletin*. – 2024. – Vol. 50 (2). – Pp. 266–285. – <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad062>
45. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group // *Quality of Life Research*. – 2004. – Vol. 13. – Pp. 299–310. – <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
46. Springfield C.R., Bonfils K.A., Chernov N.V. et al. The paradoxical moderating effects of metacognition in the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in anorexia and bulimia // *Consortium Psychiatricum*. – 2023. – Vol. 4 (2). – Art. 6. – <https://doi.org/10.17816/CP6139>
47. Ágh T., Kovács G., Supina D. et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder // *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2016. – Vol. 21. – Pp. 353–364. – <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
48. Goddard E., Hibbs R., Raenker S., et al. A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK // *BMC Psychiatry*. – 2013. – Vol. 13. – Pp. 1–14. – <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-287>
49. Mond J.M., Hay P.J., Rodgers B. et al. Assessing quality of life in eating disorder patients // *Quality of Life Research*. – 2005. – Vol. 14. – Pp. 171–178. – <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2657-y>
34. Attia E., Steinglass J.E., Walsh B.T. et al. Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: a randomized clinical trial // *American Journal of Psychiatry*. – 2019. – Vol. 176 (6). – Pp. 449–456. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.1766correction1>
35. Mosolov S.N., Kalinin V.V. Primenenie atipichnyh nejroleptikov v psihonevrologicheskoy praktike // *Metodicheskie rekomendacii Ministerstva zdorovoohranenij RF*. – M., 1998.
36. Mosolov S.N., Kalinin V.V., Eremin A.V. Sravnitel'naja jeffektivnost' i perenosimost' novogo pokolenija antipsihoticheskikh sredstv pri lechenii obostrenij shizofrenii (meta-analiz original'nyh issledovanij olanzapina, risperidona, kvetiapina, klozapina i galoperidola) // *Novye dostizhenija v terapii psihicheskikh zabolevanij*. – M.: BINOM. Laboratorija znaniy, 2002. – S. 82–94.
37. Carrot B., Radon L., Hubert T. et al. Are lifetime affective disorders predictive of long-term outcome in severe adolescent anorexia nervosa? // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2017. – Vol. 26. – Pp. 969–978. – <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0963-5>
38. Mattar L., Thiébaud M.R., Huas C. et al. Depression, anxiety and obsessive-compulsive symptoms in relation to nutritional status and outcome in severe anorexia nervosa // *Psychiatry Research*. – 2012. – Vol. 200 (2–3). – Pp. 513–517. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.032>
39. Stahl S.M. Stahl's essential psychopharmacology: prescriber's guide antidepressants. – Cambridge: Cambridge University Press, 2014. – 824 p. – <https://doi.org/10.1017/9781108921275.045>
40. Marvanova M., Gramith K. Role of antidepressants in the treatment of adults with anorexia nervosa // *Mental Health Clinician*. – 2018. – Vol. 8 (3). – Pp. 127–137. – <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.05.127>
41. Wang T.S., Chou Y.H., Shiah I.S. Combined treatment of olanzapine and mirtazapine in anorexia nervosa associated with major depression // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. – 2006. – Vol. 30 (2). – Pp. 306–309. – <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2005.10.004>
42. Stiles-Shields C., Touyz S., Hay P. et al. Therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa // *International Journal of Eating Disorders*. – 2013. – Vol. 46 (8). – Pp. 783–789. – <https://doi.org/10.1002/eat.22187>
43. Fewell L.K., Levinson C.A., Stark L. Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting // *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2017. – Vol. 22 (2). – Pp. 291–301. – <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0357-6>
44. Cowman M., Godfrey E., Walsh T. et al. Measures of social and occupational function in early psychosis: A systematic review and meta-analysis // *Schizophrenia Bulletin*. – 2024. – Vol. 50 (2). – Pp. 266–285. – <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad062>
45. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group // *Quality of Life Research*. – 2004. – Vol. 13. – Pp. 299–310. – <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
46. Springfield C.R., Bonfils K.A., Chernov N.V. et al. The paradoxical moderating effects of metacognition in the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in anorexia and bulimia // *Consortium Psychiatricum*. – 2023. – Vol. 4 (2). – Art. 6. – <https://doi.org/10.17816/CP6139>
47. Ágh T., Kovács G., Supina D. et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder // *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2016. – Vol. 21. – Pp. 353–364. – <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
48. Goddard E., Hibbs R., Raenker S., et al. A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK // *BMC Psychiatry*. – 2013. – Vol. 13. – Pp. 1–14. – <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-287>
49. Mond J.M., Hay P.J., Rodgers B. et al. Assessing quality of life in eating disorder patients // *Quality of Life Research*. – 2005. – Vol. 14. – Pp. 171–178. – <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2657-y>