

## Эффективность групповой когнитивно-поведенческой терапии ожирения в сочетании с диетологической коррекцией у женщин

Елиашевич С. О., Мишарова А. П., Орехова А. В., Медик Я. В., Драпкина О. М.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.  
Москва, Россия

Накапливаются данные о непосредственном влиянии психоэмоциональных и психосоциальных факторов на неумолимый рост распространенности ожирения, в связи с чем необходима концепция междисциплинарного подхода, включающего коррекцию питания, физической активности и психоэмоционального состояния.

**Цель.** Определить эффективность групповой когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в сочетании с коррекцией системы питания для управления массой тела (МТ) у женщин, страдающих ожирением.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 20 женщин (средний возраст 46,6±12,3 лет) с индексом МТ ≥30 кг/м<sup>2</sup>, ригидных к диетотерапии. С участницами медицинский психолог и врач-диетолог проводили сессии КПТ. Исходно оценивались МТ, индекс МТ, тип пищевого поведения (ПП) (опросники DEBQ, Стункарда, тест CARDIA), для изучения психоэмоционального статуса использовались: тест идентификации чувств (TAS-20), тест на жизненное истощение, шкала одиночества (UCLA), тесты определения вины и стыда (TOSCA), оценка стресса (тест Ридера, PSM-25). Динамику изучали через 8 нед. от начала КПТ ожирения.

**Результаты.** Через 2 мес. динамика МТ составила -4,33 кг (p<0,001). Отмечено уменьшение выраженности эмоциогенного ПП в среднем на 0,77 (p<0,001) баллов, экстернального ПП на 1,05 (p<0,001) баллов, значимых изменений ограничительного ПП не получено (p=0,43). По данным теста CARDIA через 2 мес. КПТ частота выявления патологической значимости МТ сократилась на 50% (p<0,001); а также эпизодов потери контроля над приемом пищи (исходно у 5 (25%) (p<0,001)), дистресса из-за потери контроля над приемом пищи (исходно у 6 (30%) (p<0,001)). КПТ в сочетании с диетологическим вмешательством показала уменьшение выраженности хрониче-

ского стресса, что соответствовало увеличению суммарного балла с 1,8±0,75 до 2,0±0,60 баллов (p<0,05), уменьшение жизненного истощения с 5,6±3,89 до 4,1±2,66 баллов (p=0,001) и одиночества с 34,9±12,61 до 29,9±7,57 баллов (p=0,007), снижение ощущения вины с 53,0±8,42 до 42,8±11,18 баллов (p<0,001) и стыда с 38,3±10,99 до 31,6±10,07 баллов (p=0,014).

**Заключение.** Психоэмоциональное состояние человека оказывает значимое влияние на ПП и на регуляцию МТ, что подчеркивает необходимость комплексного вмешательства для оказания эффективной помощи людям, страдающим ожирением.

**Ключевые слова:** групповая когнитивно-поведенческая терапия, ожирение, диетология, психология, пищевое поведение, стресс, одиночество, вина, стыд, компенсаторное поведение.

**Отношения и деятельность:** нет.

Поступила 29/07-2024

Рецензия получена 06/08-2024

Принята к публикации 16/10-2024



**Для цитирования:** Елиашевич С. О., Мишарова А. П., Орехова А. В., Медик Я. В., Драпкина О. М. Эффективность групповой когнитивно-поведенческой терапии ожирения в сочетании с диетологической коррекцией у женщин. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(10):4127. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4127. EDN IOZXPV

### Efficiency of cognitive-behavioral group therapy for obesity in combination with dietary modifications in women

Eliashevich S. O., Misharova A. P., Orekhova A. V., Medik Ya. V., Drapkina O. M.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

Data are accumulating on the direct influence of psychoemotional and psychosocial factors on the inexorable growth of obesity prevalence, and therefore the concept of an interdisciplinary approach is needed, including dietary, physical activity and mental state modifications.

**Aim.** To determine the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) in combination with nutritional modifications for body mass (BM) management in women with obesity.

**Material and methods.** The study involved 20 women (mean age 46.6±12.3 years) with a BMI ≥30 kg/m<sup>2</sup>, rigid to diet therapy. A medical psychologist and a nutritionist conducted CBGT sessions with the participants. Initially, BM, BMI index, and eating behavior were assessed (DEBQ, Stunkard, CARDIA questionnaires). In addition, the following were used to study the mental status: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), vital exhaustion test, University of California, Los Angeles

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: gggalinamish@mail.ru

[Елиашевич С. О. — к.м.н., врач-диетолог, руководитель лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения, ORCID: 0000-0003-0143-0849, Мишарова А. П.\* — врач-эндокринолог, м.н.с. лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения, ORCID: 0000-0001-5816-3476, Орехова А. В. — к.м.н., н.с. отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, ORCID: 0000-0001-5887-2563, Медик Я. В. — клинический психолог лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения, ORCID: 0000-0002-1185-0399, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

(UCLA) Loneliness Scale, Test of Self-Conscious Affect (TOSCA), Reeder Stress Inventory, and Psychological Stress Measure (PSM-25). The changes were studied 8 weeks after the start CBGT.

**Results.** After 2 months, the BMI dynamics was  $-4,33$  kg ( $p < 0,001$ ). A decrease in the severity of emotional eating behavior by an average of  $0,77$  ( $p < 0,001$ ), external eating behavior by  $1,05$  ( $p < 0,001$ ) points was noted, no significant changes in restrained eating behavior were obtained ( $p = 0,43$ ). According to the CARDIA test, after 2 months of CBGT, the detection rate of pathological significance of BM decreased by  $50\%$  ( $p < 0,001$ ); as well as episodes of loss of control over food intake (initially in  $5$  ( $25\%$ ) ( $p < 0,001$ )), distress due to loss of control over food intake (initially in  $6$  ( $30\%$ ) ( $p < 0,001$ )). CBGT in combination with dietary intervention showed a decrease in the severity of chronic stress, which corresponded to an increase in the total score from  $1,8 \pm 0,75$  to  $2,0 \pm 0,60$  ( $p < 0,05$ ), a decrease in vital exhaustion from  $5,6 \pm 3,89$  to  $4,1 \pm 2,66$  ( $p = 0,001$ ) and loneliness from  $34,9 \pm 12,61$  to  $29,9 \pm 7,57$  ( $p = 0,007$ ), a decrease in guilt-proneness from  $53,0 \pm 8,42$  to  $42,8 \pm 11,18$  ( $p < 0,001$ ) and shame-proneness from  $38,3 \pm 10,99$  to  $31,6 \pm 10,07$  points ( $p = 0,014$ ).

**Conclusion.** The mental state of a person has a significant impact on eating behavior and on the regulation of BM, which emphasizes the need for complex interventions to provide effective assistance to people with obesity.

**Keywords:** cognitive-behavioral group therapy, obesity, dietetics, psychology, eating behavior, stress, loneliness, guilt, shame, compensatory behavior.

**Relationships and Activities:** none.

Eliashevich S. O. ORCID: 0000-0003-0143-0849, Misharova A. P.\* ORCID: 0000-0001-5816-3476, Orekhova A. V. ORCID: 0000-0001-5887-2563, Medik Ya. V. ORCID: 0000-0002-1185-0399, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

\*Corresponding author: gggalinamish@mail.ru

**Received:** 29/07-2024

**Revision Received:** 06/08-2024

**Accepted:** 16/10-2024

**For citation:** Eliashevich S. O., Misharova A. P., Orekhova A. V., Medik Ya. V., Drapkina O. M. Efficiency of cognitive-behavioral group therapy for obesity in combination with dietary modifications in women. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(10):4127. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4127. EDN IOZXPV

ДИ — доверительный интервал, ИМТ — индекс массы тела, КПТ — когнитивно-поведенческая терапия, МТ — масса тела, ПП — пищевое поведение, CARDIA — The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (опросник по исследованию оценки риска развития ишемической болезни сердца у людей молодого возраста).

### Ключевые моменты

#### Что известно о предмете исследования?

- В настоящее время групповая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является доказанным методом психологической помощи пациентам, страдающим ожирением.
- В рамках проведения КПТ освещаются вопросы идентификации чувств человека — одиночество, вина, стыд, стресс, и способов прожить их без вовлечения пищевого компонента.

#### Что добавляют результаты исследования?

- Показано, что сочетание групповой КПТ с диетологической коррекцией рациона позволяет достичь эффективного снижения массы тела параллельно с формированием осознанного пищевого поведения без существенных ограничений, что способствует получению навыков саморегуляции эмоционального состояния в кругу единомышленников.

### Key messages

#### What is already known about the subject?

- Currently, cognitive-behavioral group therapy (CBGT) is a proven method of psychological assistance to patients with obesity.
- As part of the CBGT, issues of identifying a person's feelings are covered — loneliness, guilt, shame, stress, and ways to live them without affecting dietary patterns.

#### What might this study add?

- It has been shown that the combination of group CBGT with dietary modification allows effective weight loss in parallel with the formation of conscious eating behavior without significant restrictions, which contributes to the acquisition of skills for mental self-regulation.

## Введение

В настоящее время проблема ожирения достигла своего апогея и требует комплексных решений со стороны здравоохранения и государственного аппарата. государственных структур. Известно, что распространенность избыточной массы тела (МТ) и ожирения стремительно увеличивается [1, 2]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год 4 млн человек умирают по причинам, связанным с ожирением<sup>1</sup>. По данным Росстата<sup>2</sup> в 2023г зарегистрировано увеличение распространенности избыточной МТ и ожирения: среди женщин >19 лет 37,1% имеют избыточную МТ, 14,7% ожирение 1 ст., 4,6% ожире-

ем<sup>1</sup>. По данным Росстата<sup>2</sup> в 2023г зарегистрировано увеличение распространенности избыточной МТ и ожирения: среди женщин >19 лет 37,1% имеют избыточную МТ, 14,7% ожирение 1 ст., 4,6% ожире-

<sup>1</sup> WHO European Regional Obesity Report 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289057738> (2.05.2022).

<sup>2</sup> Федеральная служба государственной статистики [https://rosstat.gov.ru/free\\_doc/new\\_site/food23/index.html](https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/food23/index.html) (31.05.2024).

ние 2 и 1,5% 3 ст.; среди мужчин >19 лет 52,4% с избыточной МТ, 13,1% с ожирением 1 ст., 2,3% и 0,6% с ожирением 2 и 3 ст., соответственно. В 2019г индекс МТ (ИМТ), превышающий оптимальный, стал причиной ~5 млн смертей от таких хронических неинфекционных болезней, как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа, рак, неврологические расстройства, хронические респираторные заболевания и расстройства пищеварения [3]. Кроме того, затраты, направленные на устранение последствий ожирения, ложатся тяжелым бременем, как на самих пациентов, так и на различные системы управления в целом. Подсчитано, что ожирение напрямую ассоциировано с увеличением инвалидизации населения до 50-70%, существенным сокращением продолжительности и качества жизни, а также значительным увеличением расходов, связанных со здоровьем. Накапливаются данные о значимом и непосредственном влиянии психоэмоциональных (хронический стресс, тревога и депрессия) и психосоциальных факторов (одиночество, социальная изоляция), в т.ч. нарушений пищевого поведения<sup>3</sup> (ПП), режимов работы и отдыха, на дисрегуляцию в сторону увеличения МТ [4].

В связи с этим все чаще ученые приходят к выводу о том, что эффективное лечение ожирения возможно только при реализации многофакторного подхода. Так, в алгоритмах оказания помощи людям, страдающим ожирением, от 2022г отмечена необходимость вовлечения мультидисциплинарной команды, в которую могут быть включены врач-диетолог и психолог для обучения пациентов не только принципам питания, но и управления стрессом, коррекции образа жизни, в т.ч. внедрению регулярной физической активности [5]. Эффективность командного подхода при лечении ожирения как хронического, рецидивирующего заболевания не вызывает сомнений [6].

Ярким тому примером является работа, опубликованная в 2021г, в которой для лечения ожирения в группе вмешательства была создана команда из 4 специалистов: врач общей практики, диетолог, эндокринолог, психолог. В группе контроля применялась традиционная модель лечения врачом общей практики, включающая беседы по формированию принципов здорового образа жизни, при необходимости дополнительно назначалась медикаментозная терапия и хирургическое лечение.

По результатам через 6 мес. наблюдения в основной группе (n=67) по сравнению с группой контроля (n=60) отмечено статистически значимое снижение МТ (p=0,001), улучшение метаболических показателей (снижение уровней показателей липид-

ного профиля (p<0,01), лептина, фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), увеличение уровня адипонектина (p<0,001)) и, что не менее важно, положительная динамика психоэмоционального состояния пациентов (p<0,001) — снижение суммарных баллов по шкале тревоги Занга (Self-Rating Anxiety Scale) и депрессии (Self-Rating Depression Scale), а также увеличение показателей по шкале самоэффективности личности (General Self-Efficacy Scale) [7]. Таким образом, успешная терапия ожирения, минимизация риска развития неблагоприятных побочных эффектов после медикаментозного или хирургического лечения и поддержание полученных результатов достигаются только в работе мультидисциплинарной команды.

В рамках другого исследования показано, что отдельно пройденная программа психокоррекции эмоционально-поведенческих характеристик позволяет достичь эффективных результатов в снижении массы тела (-17,6 кг в сравнении с -3,2 кг в контрольной группе), и уменьшении степени тревожности и раздражительности<sup>4</sup>.

Современные клинические рекомендации освещают необходимость развития мультидисциплинарного подхода лечения ожирения, в связи с необходимостью разнонаправленных вмешательств, включающих изменение поведения и формирования иного образа жизни (питание, физическая активность, сон), а также фармакологическое лечение, бариатрическая хирургия и малоинвазивная эндоскопия [8]. Поведение — это сложная система реакций человека на определенные воздействия из внешней среды. Ряд поведенческих ответов являются условно-рефлекторными. В связи с этим коррекция медико-биологических позиций представляет собой трудную задачу<sup>5</sup>.

Цель настоящего исследования — определить эффективность групповой когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в сочетании с коррекцией системы питания для управления МТ у женщин, страдающих ожирением.

## Материал и методы

Протокол исследования соответствует принципам Хельсинкской декларации, выполнен в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Гурова О. Ю. Метаболические и психические особенности пациентов с ожирением: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. Актуальность (endocrincentr.ru) (17.11.2010).

<sup>4</sup> Каирова М. Т., Петанова Е. П. Динамика эмоционально-поведенческих характеристик, ассоциированный с лишним весом у женщин, как условие изменений их пищевого поведения и коррекции веса. Современные проблемы науки и образования. 2014;5. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=14711> (29.08.2024).

<sup>5</sup> Кубекова А. С., Бисалиев Р. В. Когнитивно-поведенческая терапия при расстройствах пищевого поведения. Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022;14(2). URL: <http://mprj.ru> (23.07.2024).

<sup>6</sup> ГОСТ Р ИСО 14155-2014 Клинические исследования. Надлежащая клиническая практика ISO 14155:2011 Clinical investigation of medical devices for human subjects — Good clinical practice (IDT).

## Валидированные опросники и шкалы с описанием применения

| Название                                                                                 | Цель и изучаемые параметры                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Голландский опросник DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) [9]                      | Оценка ПП (эмоциогенного, экстернального и ограничительного)                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Опросник Стункарда TFEQ (Three Factor Eating Questionnaire) [10]                         | Оценка ПП с помощью определения когнитивных и поведенческих аспектов (эмоциогенного, экстернального и ограничительного)                                                                                                                                                                                            |
| Тест TOSCA (Test of Self-Conscious Affect) [11]                                          | Определение тревоги и депрессии, вины и стыда                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Торонтская алекситимическая шкала — TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) [12]              | Для оценки алекситимии — психологической характеристики личности, заключающейся в снижении/отсутствии способности к распознаванию и выражению эмоций                                                                                                                                                               |
| Шкала одиночества UCLA (University of California, Los Angeles loneliness scale) [13]     | Оценка психосоциального статуса                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Тест на жизненное истощение — краткая версия The Maastricht Questionnaire опросника [14] | Оценка ощущения чрезмерной усталости, подавленности                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Шкала психологического стресса Ридера [15]                                               | Оценка уровня стресса                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Тест PSM-25 (Psychological Stress Measure) [16]                                          | Изучение феноменологической структуры переживаний стресса, измерения стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях                                                                                                                                                                 |
| Опросник CARDIA (The Coronary Artery Risk Development In Young Adults) [17]              | Оценка влияния ожирения на показатели ментального и физического здоровья включает параметры:<br>Значимость МТ<br>Нездоровые пути управления МТ<br>Соблюдение диет (время)<br>Нарушение ПП<br>Эпизоды переедания<br>Дистресс из-за переедания<br>Потеря контроля над приемом пищи<br>Дистресс из-за потери контроля |

Примечание: МТ — масса тела, ПП — пищевое поведение.

В исследование включено 20 женщин, страдающих ожирением и находившихся на динамическом амбулаторном наблюдении у врача-диетолога на базе ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России с января 2023г по март 2024г. Критерием включения являлось наличие фазы плато, т.е. стабильной МТ на протяжении последних 2-х мес. В исследование не включали лиц с высоким кардиометаболическим риском по шкале CMDS (Cardiometabolic Disease Staging), с эпизодами компульсивного переедания, с нервной булимией и другими психическими заболеваниями, с сахарным диабетом 2 типа, в период беременности и лактации. Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Врач-диетолог и психолог с помощью проведения первичного индивидуального интервьюирования и мотивационного консультирования сформировали однородную группу пациенток, с которыми последовательно проведены 2 курса групповой КПП (по 10 пациентов в каждом). Для изучения динамики психоэмоционального состояния использовались валидированные шкалы и опросники в начале и по завершении исследования (таблица 1). Исходно и после вмешательства оценивали МТ и жировую МТ с помощью биоимпедансного анализатора (ABC01 "Медасс").

Со сформированной группой участниц (не >10 человек) 2 эксперта (психолог и врач-диетолог) проводят сессии КПП ожирения, продолжительность каждой составляет 2,5 ч, с периодичностью 1 раз/нед. в течение 2-х мес. В рамках КПП последовательно проводятся 8 обучающих модулей:

1. Знакомство. Мотивация. Физиология снижения МТ.
2. Выбор пищевых продуктов. Шкала насыщения. Физическая активность.
3. Тревога и депрессия. Стресс.
4. Устранение препятствий на пути снижения МТ. Повышение уверенности в себе.
5. Проблема неудовлетворенности снижением МТ или негативного образа тела.
6. Личностные границы, межличностные и внутриличностные конфликты.
7. Планирование способов по закреплению результата.
8. Разработка стратегий для продолжения самостоятельной работы.

В рамках настоящей работы основные цели КПП включали снижение психологического и эмоционального напряжения, формирование позитивного отношения к себе, образ стройного тела с помощью получения навыка осознанности своих чувств при возникновении различных негативных триггеров (стресс, агрессия).

Статистический анализ проведен в GraphPad Prism 8. Параметрические переменные представлены в виде средних значений (M) и стандартных отклонений (SD), среднее значений различий с указанием 95% доверительного интервала (ДИ), непараметрические в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q25-Q75). Качественные показатели описаны относительными частотами в %. Оценка различий между двумя независимыми выборками для параметрических переменных проведена с использованием T-критерия Стьюдента, для непарамет-

Таблица 2

## Антропометрические данные пациенток исходно и после вмешательства

| Показатель             | Исходно (M±SD) | После воздействия (M±SD) | p      | Разность средних значений (95% ДИ) |
|------------------------|----------------|--------------------------|--------|------------------------------------|
| МТ, кг                 | 97,69±14,22    | 93,36±13,95              | <0,001 | -4,33 (-5,02 — -3,64)              |
| Возраст, лет           | 46,62±12,32    |                          |        |                                    |
| Рост, см               | 166,81±6,29    |                          |        |                                    |
| Жировая МТ, кг         | 35,2±6,3       | 33,1±5,2                 | <0,01  | -2,1 (-4,75 — -3,13)               |
| ИМТ, кг/м <sup>2</sup> | 35,1±4,32      | 33,5±4,3                 | <0,001 | -1,56 (-1,8 — -1,32)               |

Примечание: ДИ — доверительный интервал, ИМТ — индекс массы тела, МТ — масса тела.

Таблица 3

## Частота выявления признаков нарушения ПП согласно опроснику CARDIA исходно и через 2 мес. (p&lt;0,01)

| Признаки                       | До вмешательства, n (%) | После вмешательства, n (%) |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Эпизоды переедания             | 9 (45)                  | 6 (30)                     |
| Потеря контроля                | 5 (25)                  | 0 (0)                      |
| Дистресс из-за потери контроля | 6 (30)                  | 0 (0)                      |
| Дистресс из-за переедания      | 8 (40)                  | 5 (25)                     |

Примечание: ПП — пищевое поведение, CARDIA — The Coronary Artery Risk Development In Young Adults.

рических параметров применялся критерий Вилкоксона. Уровень статистической значимости принимался равным <0,05.

## Результаты

В исследование включены женщины, средний возраст которых составил 46,62±12,32 лет, среднее значение ИМТ 35,1±4,32 кг/м<sup>2</sup> (таблица 2). 12 (60%) участниц замужем, не замужем — 4 (20%), в гражданском браке — 1 (5%) и 2 (10%) вдовы. Большинство включенных в исследование пациенток с высшим образованием — 19 (95%), на момент исследования продолжали работать 17 (85%) женщин. При этом среди респонденток исходный балл по шкале одиночества UCLA (University of California, Los Angeles loneliness scale) 34,9±12,61 соответствует средней степени выраженности, что предполагает наличие определенных искаженных когнитивных установок, возможно, комплексов в отношении внешнего вида, трудности принятия себя, ограничивающие социальные коммуникации и отрицательно сказывающиеся на ментальном здоровье человека в целом. Также у 60% пациенток установлен средний уровень стресса согласно результатам теста Ридера. Анализ исходного типа ПП по голландскому опроснику пищевого поведения DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) показал сочетание трех вариантов у подавляющего большинства: 85% — эмоциогенное, 80% — экстернальное и 80% — ограничительное ПП.

Через 8 нед. наблюдения после проведения групповой КПТ ожирения в сочетании с диетологическим вмешательством выявлено статистически значимое снижение МТ в среднем на 4,33 кг от исходной (95%

ДИ: -5,021 до -3,646, p<0,001) и ИМТ на 1,56 кг/м<sup>2</sup> от исходного (95% ДИ: -1,800 до -1,319, p<0,001).

Наряду с положительной динамикой по МТ зафиксировано статистически значимое снижение выраженности нарушений ПП и ряда психоэмоциональных факторов, напрямую влияющих на ментальное здоровье. Анализ результатов опросника по исследованию оценки риска развития ишемической болезни сердца у людей молодого возраста CARDIA (The Coronary Artery Risk Development In Young Adults) показал, что 6 (30%) участниц имели признаки нарушений ПП, у 9 (45%) наблюдались эпизоды переедания, дистресс по поводу переедания у 8 (40%) женщин, а также потеря контроля над приемом пищи у 5 (25%). Важно, что по завершении сессий КПТ ожирения сократилось число участниц, испытывающих эпизоды переедания и связанный с этим дистресс, женщины реже отмечали эпизоды потери контроля над приемом пищи (p<0,01) (таблица 3).

Кроме того, согласно результатам опросника DEBQ, уменьшилась выраженность эмоциогенного (p<0,001) и экстернального типов ПП (p<0,001), в то время как значимых изменений ограничительного типа получено не было (p=0,43) (таблица 4). Анализ 3-факторного опросника питания Стункарда (TFEQ — Three Factor Eating Questionnaire) показал статистически значимое снижение среднего значения суммарного балла после вмешательств по фактору 2 (эпизоды потери контроля над ПП) и фактору 3 (сила чувства голода и тяги к еде) на 3,381 (p<0,001) и на 2,810 (p<0,001) баллов, соответственно; по фактору 1 (ограничительное ПП) без достоверной динамики (p=0,608).

Таблица 4

Изменение распределения типов нарушений ПП по данным голландского опросника DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) исходно и через 2 мес. КПТ

| Тип ПП          | Исходно (M±SD) | После воздействия (M±SD) | p      |
|-----------------|----------------|--------------------------|--------|
| Эмоциогенный    | 2,9±1,03       | 2,2±0,91                 | <0,001 |
| Экстернальный   | 3,3±0,79       | 2,2±0,87                 | <0,001 |
| Ограничительный | 2,9±0,55       | 2,8±0,92                 | 0,43   |

Примечание: КПТ — когнитивно-поведенческая терапия, ПП — пищевое поведение, DEBQ — Dutch Eating Behavior Questionnaire.

Последующее изучение динамики психоэмоционального статуса показало, что через 8 нед. вмешательства установлено статистически значимое снижение показателя одиночества с  $34,9 \pm 12,61$  до  $29,9 \pm 7,57$  баллов ( $p=0,007$ ), снижение эмоционального напряжения, характеризующегося увеличением суммарного балла с  $1,8 \pm 0,75$  до  $2,0 \pm 0,60$  баллов ( $p=0,011$ ), уменьшение выраженности стресса, что сопровождалось увеличением суммарного балла с  $1,8 \pm 0,75$  до  $2,0 \pm 0,60$  баллов ( $p=0,001$ ).

Особенно важно, что в настоящем исследовании после проведения КПТ участницы стали меньше испытывать чувство вины (суммарный балл до КПТ составил  $53,0 \pm 8,42$ , после —  $42,8 \pm 11,18$  ( $p<0,001$ ) и стыда (суммарный балл до КПТ составил  $38,3 \pm 10,99$ , после —  $31,6 \pm 10,07$  ( $p<0,014$ ) согласно результатам теста самоопределения аффекта TOSCA (Test of Self-Conscious Affect).

При изучении ответов по тесту на жизненное истощение через 8 нед. наблюдения у пациенток выявлено статистически значимое снижение суммарного балла, отражающего уровень подавленности, чрезмерной усталости, с  $5,6 \pm 3,89$  до  $4,1 \pm 2,66$  баллов ( $p=0,001$ ). В то же время при анализе полученных результатов по торонтской алекситимической шкале TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), используемой для оценки способности личности распознавать и выражать свои эмоции, статистически значимых изменений выявлено не было.

## Обсуждение

Ряд ранее проведенных работ продемонстрировали эффективность применения КПТ для снижения МТ и удержания результата на протяжении длительного времени [9, 10]. Так, в рандомизированном контролируемом исследовании изучали эффективность групповой КПТ у 67 пациентов с тяжелой степенью ожирения. Завершили лечение 76,2% пациента, достигнув снижения МТ от исходной в среднем на 11,5% через 6 мес. и на 9,9% через 18 мес. [11].

Известно, что эмоциональный тип ПП наиболее часто встречается у людей с избыточной МТ и ожирением, чему способствуют различные когнитивные искажения [12]. В связи с этим, комплексный подход, сочетающий диетологическую коррекцию и КПТ ожирения, эффективен в управлении МТ за счет формирования рационального отноше-

ния к питанию и обучения альтернативным способам поведения без использования еды при воздействии стрессовых триггеров.

По результатам настоящего исследования на фоне статистически значимого снижения МТ установлено уменьшение эмоциональной и экстернальной выраженности ПП. Особенно важно, что полученная динамика достигнута без увеличения ограничительного компонента, и является позитивным аспектом на пути к формированию здоровых пищевых стереотипов. Таким образом, КПТ доказывает свою универсальность как для достижения эффективного снижения МТ, так и для формирования навыков адекватного ПП.

В противовес этому необходимо упомянуть о небольших опубликованных исследованиях, результаты которых не продемонстрировали достоверных положительных изменений после КПТ ожирения на эмоциональный, экстернальный или ограничительный типы ПП [13].

Результаты настоящего исследования согласуются с ранее опубликованным исследованием Eiknes TT, et al. [14], в котором установили значимый вклад КПТ при лечении ожирения не только за счет снижения МТ, но и уменьшения объективных эпизодов переедания по сравнению с исходным уровнем ( $p=0,02$ ), а также улучшения показателей социальной активности ( $p<0,05$ ) [15].

Показано, что неудовлетворенность собственным телом и, как следствие, снижение самооценки, положительно коррелирует с увеличением МТ [16]. Известно, что самооценка и ощущение уверенности в себе напрямую зависят от чувства вины и стыда [17]. После проведения КПТ среди женщин, страдающих ожирением, нами установлено уменьшение чувства вины и стыда, эмоционального напряжения, выраженности стресса, а также ощущения одиночества и, как следствие, снижение показателей жизненного истощения.

Вместе с тем, в литературе отмечают наличие меньшей эмоциональной осознанности и трудности с эмоциональной регуляцией у пациентов с различными типами расстройств и нарушений ПП [18]. Аналогично нашим данным, в ранее опубликованном исследовании у 10 женщин с ИМТ  $>30$  кг/м<sup>2</sup> 12 сеансов КПТ не привели к значимым улучшениям согласно опроснику TAS-20: идентификация чувств

( $p=0,403$ ), описание чувств ( $p=0,103$ ), экстернальное мышление ( $p=0,189$ ) [13]. Вероятно, для формирования навыка идентификации эмоций и принятия осознанных решений 8 нед. недостаточно.

Тем не менее, на основании полученных нами результатов становится очевидным, что у женщин КПТ в сочетании с диетологической коррекцией рациона способствуют эффективному снижению МТ и позволяют охватить психоэмоциональные, когнитивные и поведенческие факторы на пути к многофакторному управлению ожирением, но нуждаются в дальнейшем изучении.

**Ограничения исследования.** Ввиду особенности проведения групповой психотерапии с небольшим количеством участников (от 8 до 12 человек) в рамках настоящего исследования выполнен анализ малой выборки пациентов. К тому же, дизайн исследования "до-после" при отсутствии контрольной группы имеет очень низкий уровень доказательности, что, несомненно, является ограничением. Кроме того, динамика показателей изучалась сразу после окончания 8 сессий КПТ ожирения, и в настоящее время данные о поддержании достигнутых результатов в долгосрочной перспективе отсутствуют.

## Литература/References

- Samorodskaya IV, Larina VN, Boytsov SA. Contribution of four groups of noncommunicable diseases to mortality in the Russian Federation in 2015. The Russian Journal of Preventive Medicine. 2018;21:32-8. (In Russ.) Самородская И. В., Ларина В. Н., Бойцов С. А. Вклад четырех групп неинфекционных заболеваний в смертность населения регионов Российской Федерации в 2015г. Профилактическая медицина. 2018;21:32-8. doi:10.17116/profmed201821132-38.
- Muromtseva GA, Kontsevaya AV, Konstantinov VV, et al. Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in the Russian population in 2012-2013. Results of the ESSE-RF study. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2014;13(6):4-11. (In Russ.) Муромцева Г. А., Концевая А. В., Константинов В. В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(6):4-11. doi:10.15829/1728-8800-2014-6-4-11.
- Drapkina OM, Samorodskaya IV, Starinskaya MA, et al. Obesity: assessment and management of patients. Collective monograph. M.: FGBU "NMIC TPM" Minzdrava Rossii; OOO "Siliceya-Poligraf", 2021. p.174. (In Russ.) Драпкина О. М., Самородская И. В., Старинская М. А. и др. Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов. Коллективная монография. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России; ООО "Силиция-Полиграф", 2021. p.174. ISBN: 978-5-9907556-0-4.
- Kvitkova LV, Smakotina SA, Sotnikova YuM, et al. From the individual characteristics of eating behavior and chronotype to the formation of abdominal obesity. Endocrinology: News, Opinions, Training. 2019;3(28):22-9. (In Russ.) Квиткова Л. В., Смакотина С. А., Сотникова Ю. М. и др. От индивидуальных особенностей пищевого поведения и хронотипа к формированию абдоминального ожирения. Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. 2019;3(28):22-9. doi:10.24411/2304-9529-2019-13002.
- Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. Obes Rev. 2017;18:715-23. doi:10.1111/obr.12551.
- Taberna M, Gil Moncayo F, Jane-Salas E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) approach and quality of care. Front Oncol. 2020;10:85. doi:10.3389/fonc.2020.00085.
- Yu B, Chen Y, Qin H, et al. Using multi-disciplinary teams to treat obese patients helps improve clinical efficacy: the general practitioner's perspective. Am J Transl Res. 2021;13:2571-80.
- Dedov II, Shestakova MV, Melnichenko GA, et al. Interdisciplinary Clinical Practice Guidelines "Management of obesity and its comorbidities". Obesity and metabolism. 2021;18(1):5-99. (In Russ.) Дедов И. И., Шестакова М. В., Мельниченко Г. А. и др. Междисциплинарные клинические рекомендации "Лечение ожирения и коморбидных заболеваний". Ожирение и метаболизм. 2021;18(1):5-99. doi:10.14341/omet12714.
- Dalle Grave R, Calugi S, Gavasso I, et al. A randomized trial of energy-restricted high-protein versus high-carbohydrate, low-fat diet in morbid obesity. Obesity (Silver Spring). 2013;21:1774-81. doi:10.1002/oby.20320.
- Calugi S, Ruocco A, El Ghoch M, et al. Residential cognitive-behavioral weight-loss intervention for obesity with and without binge-eating disorder: a prospective case-control study with five-year follow-up. Int J Eat Disord. 2016;49:723-30. doi:10.1002/eat.22549.
- Dalle Grave R, Calugi S, Bosco G, et al. Personalized group cognitive behavioural therapy for obesity: a longitudinal study in a real-world clinical setting. Eat Weight Disord. 2020;25:337-46. doi:10.1007/s40519-018-0593-z.
- Betancourt-Núñez A, Torres-Castillo N, Martínez-López E, et al. Emotional Eating and Dietary Patterns: Reflecting Food Choices in People with and without Abdominal Obesity. Nutrients. 2022;14:1371. doi:10.3390/nu14071371.

## Заключение

Результаты настоящего исследования подтверждают необходимость комплексного подхода в лечении ожирения, т.к. исходно у пациентов высока вероятность наличия скрытых нарушений ПП, связанных с ментальным здоровьем. Для эффективного снижения МТ и коррекции нарушений ПП при генерализованной форме ожирения у женщин необходима совместная диетологическая и психотерапевтическая работа. На сегодняшний день КПТ, являясь наиболее доказанным способом психологической помощи, по результатам представленного исследования показала эффективность в решении проблем, ассоциированных с самооценкой, пищевыми привычками и ПП в целом. Именно поэтому междисциплинарный подход обеспечивает выявление и устранение психологических триггеров, автоматических мыслей и суждений, а также способствует лучшей эффективности диетологической терапии.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

13. Torres S, Sales CMD, Guerra MP, et al. Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Comorbid Obesity With Binge Eating Disorder: A Pilot Study of Feasibility and Long-Term Outcomes. *Front. Psychol.* 2020;11:343. doi:10.3389/fpsyg.2020.00343.
14. Eik-Nes TT, Vrabel K, Raman J, et al. A Group Intervention for Individuals With Obesity and Comorbid Binge Eating Disorder: Results From a Feasibility Study. *Front Endocrinol.* 2021;12:738856. doi:10.3389/fendo.2021.738856.
15. Khafizova AA, Negasheva MA. The influence of somatic features on appearance self-esteem and body dissatisfaction in young adult men and women. *Moscow University Anthropology Bulletin (Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seria XXIII. Antropologia).* 2019;3:25-41. (In Russ.) Хафизова А.А., Негашева М.А. Влияние особенностей телосложения юношей и девушек на самооценку внешности и неудовлетворённость своим телом. *Вестник Московского университета. Серия XXIII. Антропология.* 2019;3:25-41. doi:10.32521/2074-8132.2019.3.025-041.
16. Berkovskaya MA, Tarasenko AA, Fadeyev VV, et al. Alexithymia and its relation with eating disorders and obesity. *Problems of Endocrinology.* 2020;66(2):42-8. (In Russ.) Берковская М.А., Тарасенко А.А., Фадеев В.В. и др. Алекситимия и ее связь с расстройствами пищевого поведения и ожирением. *Проблемы эндокринологии.* 2020;66(2):42-8. doi:10.14341/probl12416.
17. Barylnik YuB, Filippova NV, Antonova AA, et al. Diagnosis and treatment of eating disorders: multidisciplinary approach. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya.* 2018;28(1):50-7. (In Russ.) Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Антонова А.А. и др. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2018;28(1):50-7.
18. Eliashevich SO, Nunes Araukho DD, Drapkina OM. Eating behavior: disorders and how to assess them. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2023;22(8):3663. (In Russ.) Елиашевич С.О., Нуньес Араухо Д.Д., Драпкина О.М. Пищевое поведение: нарушения и способы их оценки. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2023;22(8):3663. doi:10.15829/1728-8800-2023-3663.