

# Расстройства приема пищи у больных с ожирением и сахарным диабетом 2-го типа. Лекция для врачей

Т.А. Зеленкова-Захарчук✉

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия

## Аннотация

Ожирение и сахарный диабет 2-го типа (СД 2), развившиеся вследствие расстройств приема пищи (РПП), приводящих к увеличению массы тела, являются эндокринными заболеваниями, спровоцированными (обусловленными) психопатологией, и представляют собой психосоматические заболевания. Клинические особенности РПП при ожирении и СД 2 представлены тем, что они редко встречаются как самостоятельные заболевания. Клинические особенности РПП при ожирении и в основном представлены по синдромальной классификации в структуре других психических расстройств. Выявлено предпочтение для определенных типов дебюта РПП преобладающего вида переедания. Так, для фетального дебюта характерно перманентное переедание, пубертатного – компульсивное, психогенного – вечернее, менопаузального/возрастного гипоандрогенного – полисиндромальное. При лечении РПП при ожирении и СД 2 применяется комбинация психофармакотерапии и психотерапии. Для осуществления профилактики ожирения рекомендуется диагностировать признаки РПП, приводящие к увеличению массы тела на начальных этапах их проявлений и подключать как можно раньше оказание психиатрической-психотерапевтической помощи при возникновении РПП. В последние клинические рекомендации лечения ожирения (2021 г.) внесено, что всем больным с ожирением при исключении вторичных причин увеличения массы тела показана консультация врача – психиатра-психотерапевта, специализирующего в общесоматической сети.

**Ключевые слова:** расстройства приема пищи, ожирение, сахарный диабет 2-го типа

**Для цитирования:** Зеленкова-Захарчук Т.А. Расстройства приема пищи у больных с ожирением и сахарным диабетом 2-го типа. Лекция для врачей. Consilium Medicum. 2021; 23 (4): 326–331. DOI: 10.26442/20751753.2021.4.200830

## LECTURE

# Eating disorders in patients with obesity and type 2 diabetes mellitus. Lecture for physicians

Tatyana A. Zelenkova-Zakharchuk✉

Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

## Annotation

Obesity and type 2 diabetes mellitus (DM 2) that result from eating disorders (ED) which lead to weight gain are endocrine diseases provoked (caused) by psychopathology, and are psychosomatic diseases. The clinical features of ED in obesity and diabetes mellitus 2 are that they rarely occur as independent psychopathological units and are mainly represented by syndromal classification in the structure of other mental disorders. Preference of the predominant type of overeating for certain types of ED onset was revealed. Thus, fetal onset is characterized by permanent overeating, pubertal one – by compulsive overeating, psychogenic one – evening overeating and menopausal/age-related hypoandrogenic one – by polysyndromal overeating. Psychopharmacotherapy and psychotherapy combination is used to treat ED in patients with DM 2 and obesity. For prevention of obesity, it is recommended to diagnose early signs of ED which lead to weight gain, and to initiate psychiatric and psychotherapeutic care as soon as possible if ED occurred. Recent 2021 clinical guidelines for the treatment of obesity were updated with recommendation that all obese patients after secondary causes for weight gain were excluded, should be consulted by a psychiatrist-psychotherapist specializing in the general somatic network.

**Keywords:** eating disorders, obesity, type 2 diabetes mellitus

**For citation:** Zelenkova-Zakharchuk TA. Eating disorders in patients with obesity and type 2 diabetes mellitus. Lecture for physicians. Consilium Medicum. 2021; 23 (4): 326–331. DOI: 10.26442/20751753.2021.4.200830

Ожирение приобретает характер неинфекционной пандемии XXI в., ассоциированной со значительно возрастающим риском заболеваемости и смертности [1]. Только 5% ожирения является вторичным и обусловлено эндокринными и генетическими причинами. А в 95% случаев ожирение представлено первичным (экзогенно-конституциональным), обусловленным повышенным поступлением энергетических ресурсов.

Избыточное потребление энергетических ресурсов расценивается как переедание, относящееся к проявлениям расстройств приема пищи (РПП).

Изучение темы, связанной с причинами чрезмерного потребления пищи, и привело к необходимости формирования междисциплинарного подхода. В связи с этим для

эффективного ведения больных с ожирением врачи различных специальностей объединяются в мультидисциплинарное взаимодействие.

В настоящее время в лечении ожирения участвуют ученые и практики из разных областей медицины – эндокринологи/диетологи, гинекологи/андрологи, косметологи/специалисты в области эстетической медицины, психиатры/психотерапевты, в тяжелых случаях подключаются и бариатрические хирурги.

Таким образом, формируется мощное психосоматическое направление в эндокринологии, представляющее собой междисциплинарную область современной медицины, реализующее концепцию биопсихосоциального рассмотрения эндокринных заболеваний.

## Информация об авторе / Information about the author

✉Зеленкова-Захарчук Татьяна Анатольевна – канд. мед. наук, психиатр-психотерапевт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии». E-mail: tazach@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9075-8856

✉Tatyana A. Zelenkova-Zakharchuk – Cand. Sci. (Med.), Endocrinology Research Centre. E-mail: tazach@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9075-8856

Всем известное высказывание в повседневной жизни «Все болезни от стрессов» получило свою практическую реализацию в области психосоматики, которая изучает взаимодействия между психопатологическими расстройствами и нарушениями эндокринной системы, возникающими под воздействием психосоциальных стрессов. Психосоциальные стрессы приводят к истощению адаптационных ресурсов и снижению стрессоустойчивости, которые реализуются в невротическое отреагирование в виде РПП, приводящих к увеличению массы тела, а в дальнейшем к ожирению, через психосоматические соотношения, утяжеляя друг друга. Со временем на фоне ожирения в ряде случаев формируется сахарный диабет 2-го типа (СД 2), что в конечном итоге может приводить к общей полиорганной недостаточности, потере трудоспособности и преждевременной инвалидизации.

Если рассматривать психосоматические соотношения в обратной последовательности от СД 2, то, по данным академика РАН М.В. Шестаковой, в России каждые 13 с регистрируется больной СД 2. При этом примерно в 70% СД 2 развивается на фоне ожирения вследствие РПП. Поэтому СД 2 и ожирение, развившиеся вследствие РПП, приводящие к увеличению массы тела, можно рассматривать как **эндокринные заболевания, провоцируемые (обусловленные) психопатологией.**

Таким образом, **ожирение и СД 2, развивающиеся вследствие РПП, представляют собой психосоматические заболевания, формирующиеся в результате двустороннего взаимодействия психических/характерологических расстройств с эндокринными/соматическими нарушениями** [2]. С одной стороны, РПП, приводящие к увеличению массы тела, способствуют развитию ожирения и СД 2, с другой – ухудшение течения эндокринных заболеваний, в свою очередь, утяжеляет психическое состояние, запуская тем самым взаимоутяжеляющие психосоматические соотношения.

**Основные задачи при лечении РПП, приводящих к ожирению и СД 2, – понять:**

1. В чем причина возникновения пищевых нарушений.
2. Как изменить патологические стереотипы пищевого поведения на здоровый образ жизни, в который включается и нормализация массы тела, и возвращение к своему конституциональному телосложению.

#### **Определение РПП**

РПП отличаются сложной полисиндромальной структурой [3] и представляют собой гетерогенные психопатологические образования, включающие проявления аффективных, поведенческих (девиантных), аддиктивных, когнитивных нарушений, и характеризуются неконтролируемым употреблением большего количества пищи (гиперфагией) с нарушением регуляции чувства голода и насыщения.

1. **Аффективные (депрессивные)** проявления характеризуются неустойчивым настроением со склонностью к раздражительности, аутоагрессивности, самоистязанию, заниженной самооценке, идеями вины, негативным отношением к себе.
2. Под **девиантными** проявлениями понимается отклоняющееся от общепринятых норм приема пищи поведение в ущерб собственному здоровью.
3. **Аддиктивные** проявления представляют собой зависимость с невозможностью самостоятельно справиться с непреодолимым стремлением переждать.
4. **Когнитивные** нарушения включают неполное осознание наличия пережидания, частичное снижение памяти в период приема пищи, фиксацию мышления на еде, потерю когнитивного контроля.

Примерно 30% больных с ожирением полностью не осознают у себя наличие нарушений пищевого поведения,

интерпретируя приемы пищи как любители вкусной еды, с трудностями вовремя остановить трапезу, с потерей контроля над количеством принимаемых порций.

#### **5. Нарушения восприятия образа тела (соматоперцептивные искажения):**

- чрезмерно негативное восприятие лишней массы тела;
- парадоксально положительное восприятие лишней массы тела.

#### **6. Нарушения регуляции чувства голода и насыщения, сопряженной с неконтролируемой гиперфагией.**

Чувство насыщения или не возникает, или не останавливает от продолжения пережидания. В других случаях постоянно ощущается чувство голода, которое подкрепляет желание переждать:

- иногда чувство голода возникает сразу после очередного приема пищи;
- пережидание может продолжаться даже при отсутствии чувства голода и аппетита или появлении чувства насыщения.

Из определения РПП видно, насколько мы погружаемся в непростую проблематику, хотя, на первый взгляд, казалось бы, чего проще: ешь по режиму, соблюдай порционный сбалансированный рацион питания, занимайся физическими упражнениями, не забывай о полноценном сне – и проблем со здоровьем не будет. Но заболеваемость ожирением и СД 2 с каждым днем возрастает. Значит, все не так просто, как кажется на первый взгляд.

Постараемся по порядку по всем разобратся.

#### **Клинический анализ формирования патологического стереотипа пищевого поведения**

Важно оценивать пищевое поведение на протяжении всей жизни, начиная с формирования в детском возрасте.

При обращении к анамнезу формирования пищевого поведения часто встречаются определенные типы воспитания в родительских семьях наших пациентов:

1. Сверхценное отношение к питанию: эпигенетическое воздействие – пищевое программирование от родителей.
  - 1.1.1. Культ еды с детства по гедоническому типу: доминирование роли пищи по значимости, ассоциирующейся с главным источником удовольствия, в ущерб формированию других сфер развития (эстетические, интеллектуальные, духовные).
  - 1.1.2. Культ еды в детстве по перманентному типу: приучение к употреблению больших объемов пищи в режиме обыденности вплоть до отсутствия разграничений питания по кратности и порционности.
- 1.2. Еда как успокоительное: эмоциональное успокоение (снятие тревоги, страха, слез) с помощью еды в условиях стрессов в родительской семье (конфликты между родителями, физическое насилие).
- 1.3. Еда как социальное воздействие: еда как награда или наказание.
2. По типу двойного послыла или зажима (double bind), или шизофреногенное воспитание в отношении приема пищи и внешнего вида: критика и парадоксальность послылов нарушают логическое понимание происходящего.
  - 2.1. Ребенка с избыточной массой тела перекармливания сопровождают упреками в необходимости худеть.
  - 2.2. Восхищение полным телом с осуждением нормальной массы тела.
3. Жесткое авторитарное воспитание.
  - 3.1. Насильственное кормление/угроза.
  - 3.2. Подавление личности, обесценивание.
  - 3.3. Формирование зависимости от значимых других по типу психологических заложников.

РПП разграничиваются по степени тяжести проявлений. **Классификация РПП, приводящих к увеличению массы тела, по степени тяжести:**

**1. Легкая степень: гиперфагические реакции** представлены кратковременными невротическими реакциями (степень выраженности недостаточна, чтобы привести к ожирению, только в комбинации с другими видами переедания).

1.1. Циклические гиперфагические реакции у женщин.

1.2. Психогенные гиперфагические реакции.

**2. Средняя степень:** приступы гиперфагии представлены **синдромами переедания и ночной еды.**

**3. Тяжелая степень: эпизоды крейвинга,** наиболее выраженная гиперфагия, доходящая до суб- и психотического уровней проявлений психопатологии.

Степень выраженности психических расстройств коррелирует с тяжестью морбидного ожирения. Отмечается взаимосвязь между тяжестью депрессивных расстройств, интенсивностью пищевых нарушений и увеличением степени ожирения.

РПП отличаются по синдромальной характеристике.

**Синдромальная классификация РПП, приводящих к увеличению массы тела:**

**1) психогенное, или синдром стрессовой еды:**

- приступы переедания в условиях эмоционального напряжения на фоне психосоциальных стрессов (гиперфагические реакции на стресс);
- при снижении стрессоустойчивости повышается частота переедания;
- иногда отсутствует осознание «заедание стресса», переедание реализуется неосознанно;

**2) синдром гедонической еды:**

- переедание с целью поддержания хорошего настроения (чувства радости от жизни);
- большие объемы пищи являются главным источником эмоционального комфорта и удовольствия;
- часто интерпретация пищевого поведения как «любителей вкусно покушать», ассоциации, что если еда вкусная, то не осознается как переедание;

**3) компульсивное, или синдром пищевых эксцессов [4]:**

- приступы переедания в большем объеме и быстром темпе с потерей контроля над пищевым поведением (невозможностью прекратить прием пищи даже при появлении дискомфорта от ощущения перенасыщения);
- выраженное тяготение проявлениями компульсивных приемов пищи с последующими идеями вины за невозможность самостоятельно справиться с зависимостью;
- полное понимание и осознание нанесения себе вреда, постоянные мысли о еде;
- недовольство внешним видом из-за лишней массы тела вплоть до отказа от личной жизни, часто сопряженным с нарушениями функции репродуктивной системы вследствие ожирения;

**4) перманентное, или синдром постоянной еды:**

- постоянные прием пищи без разграничений по кратности и порционности (режим постоянного употребления пищи);
- переедание как источник постоянной эмоциональной поддержки, сопровождающий различные события обыденной жизни;

**5) вечернее переедание (синдром вечерней еды):**

- нарушение ритма приема пищи с наибольшим количеством в вечернее время, перед сном;
- еда носит успокаивающий характер – снятие напряжения, накопившегося за рабочий день;
- утром может отсутствовать аппетит с пропусками приема пищи в первой половине дня (утренняя анорексия), из-за чего складывается искаженное воспри-

ятие недоедания в целом и непонимание нарастания лишней массы тела;

**6) приемы пищи в ночное время (синдром ночной еды):**

- переедание в ночное время суток, с нарушениями сна, пробуждениями;
- еда среди ночи воспринимается как успокоительное, снотворное для улучшения сна;

**7) полисиндромальное переедание:**

- эпизоды переедания, различающиеся по синдромальной структуре, иногда с булимическими реакциями и продолжающимся перееданием;
- эпизоды крейвинга с абстинентным пищевым синдромом в сочетании с другими видами переедания.

**Клинические особенности РПП при ожирении и СД 2**

РПП редко встречаются как самостоятельные психопатологические образования и в основном представлены в структуре других психических расстройств [5].

**Классификация ядерных психических расстройств, в структуре которых формируются РПП, приводящие к увеличению массы тела:**

**1. Депрессивные (аффективные) расстройства.**

Встречаются в большинстве случаев РПП и составляют более 70% при ожирении и СД 2:

- характеризуются повышенной усталостью, замедлением двигательной активности, при апатии невозможно заставить себя заниматься физическими нагрузками;
- депрессивная симптоматика актуализируется при попытках соблюдать режим питания, поэтому является основной причиной рикошетного эффекта после попыток соблюдать диету и уменьшить массу тела.

Исторически получило название «диетическая депрессия» по А. Stunkard (1953). Так, попытки сдерживаться от переедания или соблюдение строгой диеты, которое можно расценивать как ограничительное пищевое поведение, выявляют аффективные расстройства, которые скрывались за фасадом пищевых нарушений. На передний план в клинической картине выступают пониженное настроение с удрученностью, повышенной раздражительностью, слезливостью, агрессивностью, чувством внутреннего напряжения, тревожностью. В результате этого возобновляется переедание более интенсивного характера, ведущее к еще большему набору массы тела (рикошетный эффект), что способствует в конечном итоге формированию пессимистического отношения к возможности выздоровления.

**Особенность РПП в структуре депрессивных расстройств при морбидном ожирении.** Согласно выявленным психосоматическим соотношениям, при морбидном ожирении психопатологические проявления хронические и тяжелые и, как правило, представлены обострением рекуррентного депрессивного расстройства, циклотимии, депрессивного эпизода биполярного аффективного расстройства. При этом РПП приобретают характер выраженной пищевой зависимости [6]:

- 1) при психогенно спровоцированном ухудшении затяжных депрессивных расстройств у женщин репродуктивного периода встречаются циклические эпизоды крейвинга (эпизоды переедания):
  - протекают по типу «пищевой бури» длительностью до 7 дней;
  - от циклических гиперфагических реакций отличаются выраженностью и тяжестью проявлений, сочетаясь с другими видами переедания вне периода менструаций;
- 2) психогенно спровоцированные эпизоды крейвинга длительностью до 2 нед («пищевой запой»), протекающие в виде пищевого отреагирования на период переживания стрессового события, завершающиеся пищевым

абстинентным синдромом в виде отвращения к еде, отказом от приема пищи в течение нескольких дней;

- 3) при ухудшении депрессивного эпизода в рамках биполярного аффективного расстройства возникают эпизоды крейвинга, сопровождающиеся измененным состоянием сознания, нарушением памяти на момент эпизода, часто носящим психотический регистр проявлений, завершающимся четким осознанием выхода из психотического состояния. Во время гипоманиакального эпизода характерны активная борьба с лишней массой тела, стремление идеально питаться с подсчетами калорий, соблюдением режима и порционности питания.

### 2. Тревожно-фобические расстройства.

Встречаются вторыми по распространенности РПП и составляют около 15%.

РПП включены в ситуационно-обусловленные тревожные проявления, приступы паники, социофобии.

Характерно стремление переждать во время внутренней дрожи, повышенной потливости, слабости, тремора рук, ассоциирующихся с проявлениями гипогликемии.

При отсутствии лечения – высокий риск формирования невротического развития личности с нарушением социальной адаптации, отказом от работы из-за чрезмерного стеснения от внешнего вида с лишней массой тела.

### 3. Обсессивно-компульсивные расстройства.

Занимают третье место по распространенности и составляют около 10% РПП.

Характерны активная борьба с лишней массой тела, попытки похудеть с помощью жестких диет, активных физических нагрузок вплоть до ежедневных тренировок в спортзалах. Часто сочетаются с другими навязчивостями – чистоты, порядка, незавершенных повторных действий, а также дисморфоманией с недовольством внешним видом с невротической фиксацией на отдельных частях тела, складках кожи, идеями непривлекательности. Компulsive переживание четко осознается, тягостно воспринимается, но при этом невозможно самостоятельно остановить возникший приступ переживания, который завершается идеями вины, иногда с аутоагрессивным поведением по типу self-harm (нанесением поверхностных порезов кожи на области предплечий, бедер без суицидальных намерений), трихотилломанией (выдергиванием волос с головы) с целью наказания за невозможность самостоятельно справиться с непреодолимым желанием переждать.

### 4. Соматоформные расстройства.

Встречаются примерно у 5%, чаще у мужчин: с аллопатиями, психогенной полидипсией.

Приступы переживания сопровождаются болевыми ощущениями в теле (голове, животе), которые помогают их купировать. В клинической картине могут отмечаться выраженный гипергидроз как всего тела, так и отдельных частей тела, полидипсия (употребление большого объема жидкости), учащенное мочеиспускание, сохраняющееся даже при нормализации уровней гликемии у больных СД 2, исключении несахарного диабета.

У пациентов полностью отсутствует осознание связи переживания с внешними стрессовыми событиями (проблемы на работе, изменение социального статуса, нарушение супружеских отношений).

### 5. Расстройства личности.

#### 5.1. Расстройства личности зависимого типа:

- с детства формирование пассивной жизненной позиции (неумение за себя постоять, ведомые в коллективах), во взрослом возрасте формирование психического инфантилизма с перекладыванием ответственности за свое здоровье на других (родителей, супругов, детей, врачей).

Один из основных негативных сценариев жизни и болезни – ожирение с детства, СД 2 в молодом возрасте (около 30 лет), отказы контролировать уровень гликемии, прини-

мать регулярно лекарственные препараты, ранняя инвалидизация.

### 5.2. Тревожные расстройства личности:

- негативно искаженное восприятие образа полного тела с избегающим поведением, переживанием на фоне тревоги, социофобии, приступов паники;
- вследствие с детства плотного телосложения, которое родителями или значимыми взрослыми воспринимается как ожирение и сопровождается требованиями худеть, периодическими запретами исключить из питания сладости и мучное;
- усугубляются тревожностью, неуверенность в себе с навязчивыми сомнениями по любому незначительному поводу, декомпенсации часто связаны с возрастными кризами и трудностями адаптации в социуме из-за чрезмерного стеснения от своей внешности с лишней массой тела, невозможностью позитивно относиться к своему конституционально нормальному телу.

### 5.3. Демонстративные расстройства личности:

- позитивно искаженное восприятие образа полного тела вследствие воспитания негативного отношения к телу с нормальной массой как к болезненному и некрасивому и восхищения телом с лишней массой на примерах других членов семьи;
- по характеру уверенные, стремятся быть лидерами, достигают успешной реализации в социуме и личной жизни;
- гедоническое переживание воспринимается как демонстрация достатка. За медицинской помощью обращаются при выявлении СД 2 и других тяжелых осложнений ожирения.

### 6. Другие аддиктивные нарушения поведения и влечений.

В 35% случаев из анамнеза выявляются склонность к трудовому, абьюзивные личные отношения по типу дисбаланса значимости, эпизоды дипсомании, игромании, кредитомании, шопингомании.

При отсутствии психиатрического лечения до бариатрической операции может развиваться алкоголизм как трансформация пищевой аддукции в другую форму зависимости.

### Диагностика РПП у больных с ожирением и СД 2

РПП в клиническом диагнозе выставляется по синдромальной типологии в структуре основного психопатологического расстройства.

Устанавливается взаимосвязь дебюта/экзацербации РПП с различными факторами (возрастные кризы, психотравмирующие ситуации):

- возраст начала переживания;
- выявление связи переживания с субъективно значимыми стрессовыми событиями.

### Типологическая характеристика дебюта/экзацербации РПП при ожирении и СД 2

По дебюту развития РПП можно распределить:

1. Фетальный.
2. Пубертатный.
3. Психогенный.
4. Менопаузальный/возрастной гипоандрогенный.

Выявлено предпочтение для определенных типов дебюта РПП и преобладающим видом переживания. Так, для фетального дебюта характерно перманентное переживание, пубертатного – компulsive, психогенного – вечернее, менопаузального/возрастного гипоандрогенного – полисиндромальное.

### Лечение РПП у больных с ожирением и СД 2

При лечении РПП при ожирении и СД 2 применяется комбинация психофармакотерапии и психотерапии [7].

Это считается наиболее эффективным лечением, и самое главное – щадящим для пациентов лечебным подходом. Сначала психофармакотерапией купируется актуальная психопатология, уменьшается интенсивность эпизодов переживания, восстанавливаются адаптационные ресурсы, что способствует более плодотворной психотерапевтической работе.

### **Психофармакотерапия РПП у больных с ожирением и СД 2**

Подбор психофармакотерапии осуществляется с целью уменьшения интенсивности переживания, купирования сопутствующей психопатологии (депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные, соматоформные расстройства), нормализации сна.

Главный критерий выбора к лечебным препаратам – чтобы они помогали уменьшать массу тела и при этом охватывали всю клиническую картину психопатологии.

В качестве препаратов выбора для применения психофармакотерапии переживания и сопутствующей психопатологии у больных с ожирением и СД 2 используются лекарства, преимущественно представленные антидепрессантами, относящимися к различным классам тимоаналептиков.

### **Классификация тимоаналептиков, применяемых для лечения РПП у больных с ожирением:**

1. Класс селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – флуоксетин [8, 9], флувоксамин [10], сертралин [11], эсциталопрам [12], вортиоксетин.
2. Класс селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – дулоксетин [13], венлафаксин.
3. Класс антагонистов/ингибиторов обратного захвата серотонина – тразодон.
4. Класс трициклических антидепрессантов – кломипрамин, имипрамин [14].

### **Психотерапия РПП у больных с ожирением и СД 2**

Применяется полимодальная психотерапия, включающая различные психотерапевтические методики, представленные когнитивно-поведенческой – КПП (Cognitive Behavioral Therapy – СВТ) [15], интерперсональной, психодинамической психотерапией с различными модификациями.

### **Классификация психотерапевтических методик, применяемых для лечения РПП у больных с ожирением:**

#### **1. КПП:**

- **КПП с участием психотерапевта (therapist-led СВТ):** является базовой стратегией с применением методов когнитивного переструктурирования и формирования адаптивного поведения в условиях стрессов.

Изучаются паттерны поведения до, во время и после эпизодов переживания с целью осознания их искаженности и изменения на здоровые приемы пищи.

При этом подключается **поведенческая интервенция** – функциональный анализ и оценка девиантного поведения.

Кроме того, используются **техники поведенческой активации**, способствующие изменению пассивных негативных мыслей (паттернов) на противоположные – позитивные и преодолевающие.

- **КПП в режиме самопомощи (self-help СВТ)** – рекомендована в качестве дополнения к основному лечению для самостоятельной проработки вне работы с психотерапевтом.

КПП помогает лучше контролировать свое поведение в отношении режима питания, справиться с проблемами, которые выступают в роли триггеров к переживанию (депрессивное настроение, негативные чувства в отношении своего тела).

- **Диалектическая поведенческая психотерапия (Dialectical behavior therapy).**

Направлена на обучение управлению негативными эмоциями путем рассмотрения разнообразных точек зрения на ситуации напряжения, что способствует уменьшению импульсивного отреагирования на стрессы.

Особенно рекомендуется для пациентов с расстройствами личности с импульсивным реагированием, страдающих компульсивным переживанием.

При необходимости к КПП рекомендовано подключать другие виды психотерапии.

### **2. Интерперсональная (межличностная) психотерапия (Interpersonal psychotherapy).**

Прорабатывает актуальные проблемные отношения (на работе, в личной жизни) для улучшения навыков межличностного общения.

Может помочь уменьшить число эпизодов переживания, когда они являются следствием проблем в общении, а также «нездоровых» коммуникативных привычек.

### **3. Психодинамическая психотерапия (Psychodynamic psychotherapy).**

Психоаналитически-ориентированная психотерапия, направлена на анализ глубинных психологических конфликтов, послуживших причиной развития пищевых расстройств.

### **4. Групповая психотерапия РПП у больных с ожирением.**

Кроме того, при создании определенных условий можно организовывать группы поддержки (Support groups) или групповую психотерапию для больных с РПП и ожирением.

В группах поддержки пациенты делятся своим опытом и историями. Чувство принадлежности к социальной группе мотивирует не бросать лечение, а также не чувствовать себя одинокими в болезни.

В ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» созданы школы ожирения, которые проходят в виде занятий с возможностью открыто обсуждать все интересующие проблемы и рассказывать о своих неудачах и победах в возвращении к здоровью.

### **Профилактика развития РПП у больных с ожирением**

Для осуществления профилактики ожирения рекомендуется диагностировать признаки РПП, приводящие к увеличению массы тела на начальных этапах их проявлений и подключать как можно раньше оказание психиатрической-психотерапевтической помощи при возникновении РПП.

Проявления расстройств пищевого поведения развиваются намного раньше выявления ожирения. Оказание адекватной психиатрической-психотерапевтической помощи поможет предотвратить развитие лишней массы тела.

В последние клинические рекомендации лечения ожирения (2021 г.) внесено, что всем больным с ожирением при исключении вторичных причин увеличения массы тела показана консультация врача психиатра-психотерапевта, специализирующего в общесоматической сети.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares no conflict of interest.

### **Литература/References**

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., и др. 3-й пересмотр клинических рекомендаций по лечению морбидного ожирения у взрослых. *Ожирение и метаболизм*. 2018;15(1):53-70 [Dedov II, Mel'nichenko GA, Shestakova MV, et al. 3-i peresmotr klinicheskikh rekomendatsii po lecheniu morbidnogo ozhireniia u vzroslykh. *Ozhirenie i metabolizm*. 2018;15(1):53-70 (in Russian)].
2. Смуглевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. М., 2016 [Smulevich AV. *Mental disorders in clinical practice*. Moscow, 2016 (in Russian)].

3. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007 [Malkina-Pykh IG. Eating behavior therapy. Moscow: Eksmo, 2007 (in Russian)].
4. Старостина Е.Г. Нетяжелые психические расстройства у больных сахарным диабетом. *Consilium Medicum*. 2011;13(12):35-40 [Starostina EG. Mild mental disorders in patients with diabetes mellitus. *Consilium Medicum*. 2011;13(12):35-40 (in Russian)].
5. Бобров А.Е., Володина М.Н., Агамамедова И.Н., и др. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа. *РМЖ*. 2018;1(1):28-33 [Bobrov AE, Volodina MN, Agamamedova IN, et al. Psikhicheskie rasstroistva u bol'nykh sakharnym diabetom 2-go tipa. *RMZh*. 2018;1(1):28-33 (in Russian)].
6. Albayrak O, Hebebrand J. Eating Addiction – A Behavioral Addiction? *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2015;65(1):39-41. DOI:10.1055/s-0034-1394412
7. Scott CJ. Treatment of Binge Eating Disorder. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2014;1:307-14. DOI:10.1007/s40501-014-0023-4
8. Arnold LM, McElroy SL, Hudson JI, et al. A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:1028-33.
9. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry*. 2005;57:301-9.
10. Hudson JI, McElroy SL, Raymond NC, et al. Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder: a multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1756-62.
11. McElroy SL, Casuto LS, Nelson EB, et al. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1004-6.
12. Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, et al. High-dose escitalopram in the treatment of binge-eating disorder with obesity: a placebo-controlled monotherapy trial. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23:1-11.
13. Guerdjikova AI, McElroy SL, Winstanley EL, et al. Duloxetine in the treatment of binge eating disorder with depressive disorders: a placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2012;45:281-9.
14. Laederach-Hofmann K, Graf C, Horber F, et al. Imipramine and diet counseling with psychological support in the treatment of obese binge eaters: a randomized, placebo-controlled double-blind study. *Int J Eat Disord*. 1999;26(3):231-44.
15. Bernstein BE, Bienenfeld D. Binge Eating Disorder (BED). *Treatment & Management* Mar 30, 2020. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/2221362-overview>.

**Статья поступила в редакцию / The article received:** 13.04.2021

**Статья принята к печати / The article approved for publication:** 17.05.2021



OMNIDOCTOR.RU