

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОМПОНЕНТА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ОЖИРЕНИЯ



© Л.М. Рудина

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при президенте РФ, Москва, Россия

В статье представлены некоторые актуальные направления управления здравоохранением: пациентоориентированный и ценностно ориентированный подходы, концепции 4П и CRM — управление взаимоотношениями с пациентами, выделен взгляд на моделирование эффективного взаимодействия в диаде «врач — пациент» с позиций системного анализа, то есть через управление по целям и ценностям, предложен вектор психотерапевтического воздействия в профилактике и лечении ожирения. Приведены примеры комплексных исследований терапии избыточного веса и ожирения, в частности, зарубежных программ LOOK AHEAD (Action for Health in Diabetes, 2014) и Дюкского университета (Duke University, 2019), а также результаты отечественного исследования «Жизнь ЛЕГКА», проведенного на базе ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России при поддержке ООО «Новартис» (2017–2019); изложен авторский опыт успешного психотерапевтического сопровождения пациентов с ожирением в формате «коучинг здоровья», определен комплекс задач: изменение системы убеждений, формирование толерантности к изменениям; повышение самоэффективности индивида. Предлагается анализ результатов и рассматриваются возможные направления тиражирования опыта команды специалистов в прикладную деятельность сопровождения пациентов с ожирением.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ожирение; коучинг здоровья; сдвиг парадигмы; команда; аддикция; отношение; предикторы успешности.

PSYCHOTHEAPEUTIC COMPONENT IN A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE TREATMENT OF OBESITY

© Larisa M. Rudina

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

The article presents some of the most relevant strategies of healthcare management: patient-oriented and value-oriented approaches, 4P concept and CRM (the concept of patient relationship management). It provides a review of modeling an efficient interaction in doctor-patient dyad based on systemic analysis, in other words — via management by goals and values. It also suggests a direction of psychotherapeutic influence over prevention and treatment of obesity. They provide examples of complex studies of treating overweight and obesity, in particular — international programs LOOK AHEAD (Action for Health in Diabetes), 2014 and Duke University program, 2019, as well as the domestic «Life is light» study, conducted together with FSBI «NMIC of Endocrinology» of Russian MoH with support of the Novartis group. The text contains the authors' experience of successful psychotherapeutic support of patients with obesity in 'health coaching' format, including its main task: changing the system of beliefs, building tolerance to change and increasing self-efficacy of an individual. The article provides analysis of the results and the possible areas for replicating the experience of the team into applied activities of treating patients with overweight and obesity.

KEYWORDS: obesity; health coaching; paradigm shift; team; addiction; attitude; success predictors.

ВВЕДЕНИЕ

С 28 февраля по 2 марта 2022 г. в России прошел Конгресс, посвященный Всемирному дню борьбы с ожирением. В приветственном слове проф. А.С. Аметов [1] отметил: «...по определению экспертов ВОЗ, ожирение является второй неинфекционной эпидемией нашего времени. Причем наибольшая опасность этой пандемии обусловлена тесной взаимосвязью ожирения с высоким риском развития других тяжелых смертельно опасных заболеваний». В настоящее время сформулирована концепция мультидисциплинарного подхода в области управления метаболизмом ожирения.

В проблемном пространстве сопровождения пациентов с ожирением психологическая компонента воз-

действия выделяется как значимая составляющая модификации поведения, необходимая для достижения удовлетворительных результатов в долгосрочной перспективе [2].

Поскольку в настоящее время вопрос о роли психогенного фактора в этиопатогенезе ожирения является дискуссионным, не существует полноценной и законченной концепции психотерапевтической помощи как средства социальной и психологической реабилитации этих больных [3]. Традиционно принято рекомендовать модели поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии; существует модель «управляемой самопомощи» (основанной на программе LEARN: от английского: образ жизни, физические упражнения, психологические установки, взаимоотношения и питание). Однако в обзоре

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.

современных подходов к проблеме ожирения и избыточного веса (Сильвия Караси (Sylvia Karasu, Weill Cornell Medical College, New York, NY, USA) отмечено, в частности, что по итогам рандомизированных исследований с применением упоминавшихся выше методов терапии авторы (Соорер и др., 2010) сделали заключение, что «добиться стойких поведенческих изменений у лиц с ожирением крайне трудно», и считают *«полученные данные достаточно четкими, чтобы поставить эффективность психологического лечения при ожирении под вопрос с этической точки зрения»* [3].

Ситуация усугубляется еще и высокой частотой депрессивных состояний, диагностируемых у пациентов с ожирением и сопутствующими заболеваниями. В частности, если в целом депрессивными расстройствами страдают 5–10% населения, то среди больных диабетом эта цифра достигает 33%. Таким образом, распространенность депрессии при диабете превышает ее распространенность при ишемической болезни, а также онкологических и кожных заболеваниях [4].

Логично предположить, что личностные особенности пациентов значимо осложняют психотерапевтическую работу в силу следующего печального парадокса. Паттерны прокрастинации, децидофобии (страха принятия решений), состояние «приобретенной беспомощности» создают мгновенные и устойчивые психологические барьеры — с одновременным запуском физиологической реакции тревожности — при любых попытках внешней мотивации (осуществляемых специалистами) к долгосрочным и последовательным волевым усилиям индивида [5]. А именно **воля, контроль и самодисциплина** необходимы для создания и обеспечения **здорового образа жизни** (пожизненно) как предиктора удовлетворительной компенсации состояния пациента при лечении ожирения (там же).

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ VS ЦЕЛЕОРИЕНТИРОВАННОСТЬ

Концепция 4П.

В анонсе Первого Национального конгресса Vademecum 4P-Medicine [6], прошедшего в апреле 2019 г., декларировалось: превентивная медицина считается новым направлением развития мировой индустрии здравоохранения. Основой этого движения стала концепция 4П.

- Предикативность — предсказание заболевания, например, за счет точной и своевременной диагностики.
- Превентивность — предупреждение болезни — как за счет здорового образа жизни, так и профилактических процедур.
- Персонализация — адресная работа с пациентом, учет его специфических особенностей, влияющих на терапию и успешность лечения.
- Партисипативность — вовлечение пациента в процесс и заботу о результате лечения.

В апреле 2018 г. Министерство здравоохранения РФ издало приказ №186 «Об утверждении концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины» [7], закрепляющий эти положения, в частности, индивидуальный подход к пациенту, в качестве приоритетной задачи государственной политики в области здравоохранения.

Этот акт стал шагом в направлении развития мировой индустрии здравоохранения. Внедрение этих принципов в клиническую практику требует изменения отношения к организации системы здравоохранения в целом и функциональной направленности отдельных учреждений. Отмечается также очевидная связь с внедрением в общественное сознание идей здорового образа жизни и персонализации ответственности граждан за свое здоровье (там же).

Пациентоориентированный подход, CRM, PRM

Параллельно концепции 4П в медицине существует **пациентоориентированный подход** (ПОП). Этот подход был продекларирован ВОЗ [8] в 2000 г. и состоит в «уважении к личности пациента, ориентации на его интересы, нужды, цели и ценности, а также предполагает вовлеченность пациента в процесс принятия решений относительно оказания медицинских услуг». Уровень развития данного направления говорит об уровне качества оказываемой медицинской помощи, т.к. качество этой помощи оценивается с позиции ее фокусировки на объективные потребности пациентов [9].

В соответствии с трактовкой ВОЗ [8] 2000 г. так называемый «показатель отзывчивости» медицинских организаций ожиданиям (требованиям) пациентов выходит за рамки удовлетворенности медицинской помощью и включает такие параметры, как конфиденциальность, возможность участия самого пациента в ходе лечения, умение (и готовность) врача общаться уважительно и на понятном языке, надлежащие условия и удобное время оказания медицинской помощи, возможность выбора страховой организации и лечебного учреждения.

CRM — **концепция управления взаимоотношениями с пациентами** в области стратегического управления организацией на основе развития пациентоориентированного подхода [9]. Ее адаптированная форма — patient relationship management (PRM) в настоящий момент не получила серьезной поддержки в отрасли. Концепция **PRM** не является синонимом обеспечения удовлетворенности пациентов. Это стратегия развития медицинской организации в целом, направленная на повышение ее конкурентоспособности за счет построения и обеспечения партнерских взаимоотношений с пациентами, основанная на динамической комплексной оценке их истинных потребностей и субъективных ожиданий и системном подходе к их удовлетворению [9].

В психотерапии клиентоориентированный (клиентоцентрированный) подход, провозглашенный Карлом Рогджерсом в 1950-х гг., был, несомненно, прорывным, революционным для того времени и предполагал форму неспешного диалога, основанного на доверии, уважении и безусловном принятии клиента [10]. В современных реалиях у психотерапевта (и у клиента) зачастую нет роскоши неторопливой, последовательной работы. У врача тем более нет возможности исследовать эмоциональный фон и разбираться в характерологических особенностях пациента. За последние 70 лет в психологии, в том числе психологии управления, появились — как ответ на вызовы времени — новые, продуктивные направления и подходы в русле целе- и ценностноориентированной психотерапии, коучинга и проч., которые дают возможность — за счет относительно простых

алгоритмов — осуществлять краткосрочное управляющее воздействие на поведенческие паттерны индивида [5]. Вероятно, будет продуктивным рассмотреть такие подходы в пространстве коммуникации медика и пациента.

Проблема четвертого «П» в частности и ПОП в общем

Как упоминалось выше, в превентивной медицине декларируется принцип 4П, но в Приказе Минздрава мудро отмечены только три [7]. Эти первые 3П предполагают по умолчанию *субъектно-объектное* взаимодействие с пациентом и осуществляются в основном за счет выработки стратегических и тактических решений, технических мероприятий в результате взаимодействия государства и медицины. Четвертое П сосредоточено в диаде врач–пациент и переводит взаимодействие на *субъект-субъектный* уровень.

ПОП как драйвер развития новых моделей взаимодействия врача и пациента должен снять большинство проблем в этой области (или по крайней мере — снизить их напряженность) [6]. Это актуальное и стратегически важное направление работы. Однако... Если перейти со стратегического уровня развития медучреждения на операциональный уровень в локальном взаимодействии «врач–пациент», можно заметить, что формулировки ПОП, которые даются в медицинских рекомендациях, на медсайтах, звучат на конгрессах, весьма расплывчаты за исключением двух элементов — фокуса на «*всем*» пациенте, а не на болезни, и установления партнерских отношений с пациентом. В частности, «*пациентоориентированный* подход в здравоохранении основан на принципах гуманистической медицины, отвечает потребностям пациентов и предполагает переход от традиционной модели, когда медицинские работники несут полную ответственность за здоровье пациента, к *партнерским* взаимоотношениям с ним» [11].

В бизнесе партнерство позволяет быстрее использовать новые возможности, объединяя личные, профессиональные и управленческие сильные стороны партнеров, обеспечивает поддержку в личных и бизнес-ситуациях, способствует уверенности при достижении поставленных целей [12].

Одновременно партнерство предусматривает **совместную ответственность** за последствия неправильных решений одного из партнеров (участие в прибылях и убытках) [12]. Но сколько пациентов согласятся с тем, что акт передачи им ответственности, которая ранее (хотя бы формально) была закреплена за медициной, является гуманистическим?

В авторском опыте общения с медицинской аудиторией на конгрессах, симпозиумах и мастер-классах врачи отмечали, что на фоне отнесения медицинской помощи к «сфере услуг» пациент предпочитает быть объектом медманипуляций, чтобы врач при этом принес клятву 100% безопасности и успешности; результат же пациент оценивает не просто с субъектной, но с «директорской», вертикальной позиции в собственных критериях и на основе собственных же представлений.

По-латыни doctor — учитель. Изначально, когда знаний было мало, работал простой принцип «учить всех всему»; развиваясь, медицина дорого заплатила за свои успехи (специализацию и переход к лечению болезни, а не человека, сосредоточение средств в узких и затратных технических областях в ущерб профилактике и обучению...).

Но! Если лечить отдельную «деталь» (систему, орган) пациента по факту заболевания неэффективно, то включение «всего» пациента в фокус работы — невозможно в реальных условиях клинического приема.

В медицинских гайдах [13] нет четкого описания, как, с помощью каких инструментов и алгоритмов в рамках 12–19 мин приема должны осуществляться «проведение мотивирующей беседы», «оценка культурного и социокультурного фона» или формулировка целей по SMART, как «рекомендует Минздрав». По рекомендациям AACE/ACE 2020 в графе «предложенная терапия (основанная на клинических суждениях)» указано — для больных с ИМТ более 25 — «**терапия образа жизни**» [13]. При обозначенной ранее удручающе низкой эффективности когнитивно-поведенческой терапии вопрос *кто и как* будет лечить образ жизни остается открытым.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ДИАДЕ «ВРАЧ–ПАЦИЕНТ»

Уже общим местом стали упоминания качественных изменений, затронувших большинство жителей нашей планеты: увеличение темпа жизни, информационные перегрузки, сложность прогнозирования результата при высокой динамике социальных процессов [14].

Изменение внешних условий диктует необходимость меняться внутренне.

В психологии известно понятие «*вариативности*» — возможности быстрого применения гибких стратегий реагирования в меняющихся условиях. Вариативность — основа психологической устойчивости, если рассматривать индивида в парадигме функциональной системы, введенной П.К. Анохиным [15]. В русле этого подхода поведение можно анализировать как процесс формирования и реализации сложившихся функциональных систем.

Изменение жестко закрепленных моделей поведения и развитие адаптивности к меняющимся условиям существования означает увеличение частоты «*точек бифуркации*» как в онтогенезе, так и в филогенезе (там же).

Рассмотрение индивида, его взаимодействия со средой с позиций системного анализа позволяет определить ряд элементов: контур управления, субъекта и объект воздействия, состояние и функции системы, параметры обеспечения функционирования и изменения поведения системы [15].

Управление по целям и ценностям

В авторском опыте одна из доказательно успешных в практическом применении концепций (дельта-коучинг) выстроена с позиций системного анализа. Коучинг — один из современных видов психологического консультирования [15]. Часто дается определение: коучинг — это психологическое сопровождение успешности. В авторском варианте коучинг — это один из видов консалтинга (системного консультирования), направленный на повышение адаптивности человека в меняющемся мире. Причем под адаптивностью понимается возможность системы (в нашем случае — индивида) действовать в режиме «цель–результат» в меняющихся внешних условиях.

Такая трактовка позволяет взаимодействовать с пациентом «по принципу лево», когда изначально создается (задается) система общих правил, на основании которых легко собираются технологические и технические информационные блоки в разных комбинациях. А восприятие пациента как «системы с некоей данностью свойств» позволяет снизить эмоциональную компоненту и, соответственно, уменьшить риски профессионального и эмоционального выгорания врача.

В системном анализе коммуникативность есть **ценность деятельности в контексте достижения цели** [16]. Именно от присвоения конкретному виду деятельности определенного ценностного указателя, **маркера приоритетности** и зависит в конечном итоге поведение индивида в долгосрочном периоде. В менеджменте «приоритет» есть произведение двух показателей: срочности и важности. В широком спектре жизнедеятельности эти маркеры формируются на основании модальностей хочу–могу–имею–должен, то есть на основании **отношения** к предполагаемым (планируемым) действиям. Классическое определение отношения дано Олпорт (Allport, 1935): «Умственный процесс, посредством которого человек — на основе предыдущего опыта и сохраненной информации — организует свои восприятия, предположения и чувства касательно определенного объекта и направляет свое будущее поведение» [17].

Коммуникативность определяет **развитие системы**: необратимое, направленное, закономерное изменение формы и содержания, в результате чего возникает новое качество или состояние объекта.

В любой научной (и практической) деятельности применимы два принципа: **известной добавки и предсказуемости результата**.

Для обеспечения качественного перехода системы (обеспечивающего безопасность и не ухудшение функционирования) в другое состояние в зоне бифуркации необходимо точно определить **точку входа** (точку приложения воздействия в контуре управления) и **дельту ввода** (масштаб и уровень воздействия). Причем такое воздействие применяется и для создания новых поведенческих паттернов, и для обеспечения гомеостаза системы — сохранения прежнего качества деятельности в измененных условиях или при изменившихся внутренних параметрах [17]. Таким образом, определение индивидуальной иерархии ценностей, индивидуальной модели коммуникативности позволяет вести «управление по целям и ценностям» в отношении различных сфер жизни индивида.

ВЕКТОР ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

Повышение психологической грамотности врача

Если на рубеже XXI в. выступление психолога в специализированных программах для врачей было экзотикой, то уже с 2005–2007 гг. врачи на семинарах, конференциях, конгрессах стали активно интересоваться «психологией для медицины». Медики часто называют в качестве «проблемных направлений», где им необходимо комплексное повышение психологической грамотности: чувство беспомощности и вины (*не могу помочь*), обиду и гнев (*они что, не понимают, а они сами хоть что-нибудь...*),

профессиональное выгорание. Заинтересованно и благодарно врачебная аудитория откликается на демонстрацию видеороликов с реальными кейсами (ситуациями на приеме), разбор алгоритмов коммуникации, освоение one-touch технологий (быстрых методов восстановления). Тем не менее в масштабах РФ явно не хватает полноценных образовательных проектов, в которых медики могли бы отрабатывать навыки общения с пациентами с учетом изменившихся реалий.

Программы, посвященные повышению коммуникативной компетентности медиков во взаимодействии с пациентами, повышению квалификации врачей в области интерактивного обучения, развивались в сотрудничестве с ведущими специалистами-медиками (opinion — leaders) РФ и при поддержке фармацевтических компаний Novartis, Nordisk, Takeda, Sanofi и др., демонстрирующих высокий уровень социальной ответственности. По очевидным причинам эта деятельность сейчас минимизирована, поэтому приходится снова говорить о необходимости поддержки на государственном уровне, выработке стратегически выверенных концепций по внедрению инноваций в медицину.

Все больше стран стремятся выстроить так называемое ценностно ориентированное здравоохранение [18]. Под «ценностью» эта модель подразумевает улучшение результатов лечения (а значит, и качества жизни в долгосрочной перспективе) при минимально необходимых затратах.

Три основных отличия ценностно ориентированного здравоохранения от классической модели [18].

- Оценка результатов после проведенного лечения, а не на входе.
- Организация помощи вокруг пациента, а не учреждения.
- Оценка достижений по результатам всего цикла медпомощи, а не отдельных услуг.

Целевое состояние здравоохранения — это конкурентная, слаженная и финансово устойчивая система, в центре которой находятся интересы пациента, а ценность определяется как максимально эффективный клинический результат при минимально возможных издержках. Таким образом, согласованной целью всех участников системы здравоохранения становится обеспечение пациенту доступных медицинских услуг высокого качества в необходимом объеме [18].

Для России это означает в первую очередь наличие следующих составляющих.

- Позиционирование здравоохранения как конкурентной отрасли, работающей по рыночным правилам.
- Простроенная система мотивации как для врача, так и для пациента.
- Логичная последовательность медицинского сопровождения с акцентом на профилактику заболеваний и амбулаторные услуги.
- Обеспечение лечения на уровне мировых практик.

Все это предполагает и серьезную методологическую работу по формированию корректной, однозначно трактуемой терминологической базы (медицинская услуга — медпомощь, мед. деятельность...), и уточнение стратегических моделей развития здравоохранения (будет ли Россия проходить «в хвосте перемен» путь от пациенто-ориентированного подхода или перейдет сразу к более

зрелым концепция целеориентированного и ценностно ориентированного подхода).

А как же быть с «четвертым П» — партисипативностью в модели 4П?

С точки зрения автора, о партнерстве говорить не просто преждевременно, но и нецелесообразно. Формат *оказания медицинских услуг*, в котором обязаны взаимодействовать сегодня врач и пациент, несовместим с созданием полноценных *партнерских отношений*.

Продуктивнее рассматривать стратегию сотрудничества. Но для этого придется либо отказаться от «красивого» названия — 4П, либо объяснить, что в этой модели партнерство и сотрудничество — суть синонимы. Еще версия — рассмотрение партнерства, как это происходит в игре (партнер по шахматам или покеру), что вряд ли приведет к повышению эффективности лечения пациента и улучшению качества жизни.

Профилактика ожирения

Видимо, своевременным и грамотным будет донесение до «широких слоев населения» четкого послания о том, что «медицинские услуги» как и любые другие предполагают определенные договорные отношения, предусматривающие «права и обязанности» сторон.

Врач *служит* медицине. *Нанимателем* врача является государство или руководство коммерческой структуры, чья деятельность контролируется государством. Если на врача возложена — в свете новых концепций, по умолчанию — миссия построения отношений *сотрудничества* с пациентом, то роль медика принципиально несводима к «обслуживанию» и аналогична правовому статусу подрядчика и/или эксперта.

В этом случае последствия несоответствия договорным отношениям (в том числе, здоровье-разрушающее поведение индивида) может привести, в частности, к резкому удорожанию услуг и пересмотру условий договора.

На тактико-техническом уровне можно предложить следующее. В психологии коммуникаций существует понятие высоко- и низкоинтенсивных технологий [19]. Высокоинтенсивная технология предполагает прямое и явное утверждение коммуникатора, касательно желаемых действий респондента (того, кому направлено послание). Плюсы такой технологии — быстрота и легкость организации процесса коммуникации. Явный минус — сопротивление «получателя». В низкоинтенсивных технологиях цель сообщения скрыта и мастерство коммуникатора обеспечивает такое воздействие на «объект», после которого он «сам захочет» действовать желаемым для коммуникатора образом; происходит «присвоение цели» объектом технологического влияния (пример — политическая компания) [19].

Возвращаясь в плоскость взаимодействия «врач-пациент», прямое делегирование ответственности пациенту — высокоинтенсивная технология со всеми вышеперечисленными трудностями. Низкоинтенсивная технология — «**разрешение**» пациенту участвовать в организации лечения, безусловное признание его права на любые выборы в отношении собственной жизни (и естественно следующая за этим правом «встреча» со всеми последствиями этих выборов). То есть, речь идет (во всяком случае на переходный период становления новых подходов в медицине)

об определенной альтернативе партнерству и передаче ответственности пациенту. Начальный этап — повышение **осознанности** пациента через специфические модели коммуникации.

В опыте автора техники подобной работы достаточно легко тиражируются в программах обучения, семинарах и мастер-классах для врачей РФ. Государственная поддержка подобных программ с привлечением специалистов, обладающих достоверно успешным опытом и профессионализмом, одновременно малозатратна, хорошо контролируема и будет способствовать созданию действительно здорового здравоохранения.

Лечение ожирения

Здоровый образ жизни — это скудная еда, и той — не досыта, непосильные физические нагрузки! Да чем начинать этот ваш здоровый образ жизни, лучше сразу удавиться...
(высказывание пациентки)

Определение осознанности, ответственности за собственное саморазрушающее поведение, более того, «финансово-экономические санкции», связанные с последствиями такого поведения, могут работать именно на этапе поведенческой гибкости, возможностей индивида — при фоновой психологической или социальной поддержке — самостоятельно справиться с проблемой. Но объяснять пациенту с диагнозом «ожирение», что он должен напрячь силу воли, больше двигаться и меньше есть или что он «сам виноват» в своей болезни, не только негуманно, но и откровенно непродуктивно. Пищевая зависимость ведет к изменениям в архитектуре нейронных сетей, аналогичным тем, которые возникают при любых зависимостях: наркотической, алкогольной и пр.

К основным механизмам формирования аддикций можно отнести следующие [20].

- Страх изменений. «Колейность» мышления (стремление к повторению привычных моделей поведения, несмотря на осознаваемую деструктивность).
- Мышление заложника.
- Упрощенные ментальные модели. Надежда на лучшее (вера в изменения волшебным образом).
- И главное: ведущую (доминантную) потребность человека получать удовольствие и избегать боли.

В процессе «социализации» человек усваивает определенные **убеждения**: главные идеи о мироустройстве, о себе, о жизни, о том, «что такое хорошо, и что такое плохо».

На основании убеждений формируются **ценности** (то, что необходимо иметь) и вырабатываются определенные **установки** (готовность действовать определенным образом для удовлетворения потребностей и защиты и/или получения этих ценностей). Повторение одних и тех же действий становится **привычкой**.

Чтобы изменить привычку, необходимо изменить **убеждения в отношении** этой привычки [20].

Для сформировавшейся привычки, тем более — для привычки, ставшей аддикцией, ценность деятельности определяется вне зависимости от позитивности и продуктивности результата в объективных критериях стороннего наблюдения. Соответственно, необходимы иные масштабы и алгоритмы работы.

В эпиграф вынесено темпераментное высказывание пациентки во время командной сессии, посвященной работе с осознанием собственной системы убеждений и связанными с этими убеждениями ограничениями. Понятно, что если путь к здоровью — это почти путь на плаху, человек будет искать любую лазейку, чтобы свернуть на проторенную дорожку к «родным» удовольствиям, даже осознавая, что защита привычных паттернов поведения буквально является угрозой жизни. То есть целью работы психотерапевта (совместно с командой специалистов-медиков) будет «сдвиг парадигмы» в отношении концепта «здоровый образ жизни».

Смена парадигм (англ. *paradigm shift*) — термин, впервые введенный историком науки Томасом Кунем в книге «Структура научных революций» (1962) для описания изменения базовых посылок в рамках ведущей теории науки (парадигмы) [21]. Впоследствии термин стал широко применяться и в отношении других сфер человеческого опыта. Парадигма — это наиболее общая картина рационального устройства природы, мировоззрение. Конфликт парадигм — это, прежде всего, конфликт разных систем ценностей, разных способов решения задач, разных способов измерения и наблюдения явлений, разных практик, а не только разных картин мира (там же).

Соответственно, задачей психотерапии становится изменение отношения к таким категориям, как **ответственность, беспомощность, воля**.

То есть пациенты проходят путь от покорного ожидания чуда либо пассивно-агрессивного требования помощи через осознание необходимости и возможности собственного участия в позитивных изменениях — к ответственной уверенности. Мы вырабатываем толерантность к изменениям.

Для выживания организма решающим фактором является переработка информации. В свое время А. Бек ввел понятия когнитивных моделей или схем, которые — подобно фильтрам или «концептуальным очкам» — определенным образом отбирают поступающую информацию [22]. И если эти очки искажают объективный мир, формируется «когнитивный сдвиг», увеличивающий когнитивную уязвимость индивида и ведущий к депрессиям и психосоматическим состояниям. По теории А. Бека, человек, предрасположенный к депрессии, имеет три характерных типа убеждений (там же).

1. Негативные убеждения в отношении себя.
2. Негативные убеждения в отношении мира.
3. Негативные убеждения и взгляд на будущее.

Когнитивный сдвиг означает, что человек реагирует на незначительные стимулы, выделяя их из информационного шума, как на серьезную угрозу, и выстраивает «оборонительное» или избегающее поведение в соответствии с ведущей доминантой (по Ухтомскому): стремлению избегать боли и получать удовольствие.

А. Бек выделил несколько наиболее часто представленных у депрессивных больных типов логических ошибок [22].

- **Сверхгенерализация** — выводы, сделанные на основе одного наблюдения, единственного случая. Пример такой сверхгенерализации — вывод о том, что человек никогда не добьется успеха, поскольку первая попытка оказалась неудачной.

- **Селективное внимание (избирательность)** — обращение внимания на особые детали события и игнорирование всего контекста, извлечение из памяти только плохих переживаний и неудач.
- **Персонафикация** — ошибочное приписывание себе значения события. При персонафикации «Я» пациента становится центром, исходя из которого им понимается значение происходящего.
- **Дихотомическое мышление** — мышление в полярностях, в черно-белом цвете, все хорошо или плохо, чудесно или ужасно. При этом, говоря о себе, пациент обычно выбирает негативную категорию.
- **Излишняя ответственность** — это ощущение личной ответственности за все плохое, что произошло.
- **Катастрофизирование** — заключение типа «Всегда случается самое плохое».

В процессе исследования «Жизнь ЛЕГКА» (подробнее — далее) мы сталкивались со всеми видами когнитивных ошибок и самыми разными эмоциональными реакциями.

Адаптивное или дезадаптивное поведение человека обусловлено определенными базисными убеждениями, которые составляют содержание когнитивных схем. С помощью схем можно выстроить **когнитивный профиль адаптивного поведения**. В основе адаптивности — способности действовать в целедостигающем формате в динамичной среде — лежит когнитивная триада: позитивные базисные убеждения относительно собственного «Я», окружающего мира и позитивный взгляд на будущее.

ПРИМЕРЫ КОМПЛЕКСНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ТЕРАПИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ

Исследование Дюкского университета (Duke University) Journal of General Internal Medicine, 2019 [23]. Комплексная программа по снижению веса, которая включала в себя постановку индивидуальных целей, учебные материалы, телефонные звонки и тексты с рекомендациями по снижению веса от консультантов, а также отчеты о проделанной работе. Участники регулярно отмечались у медицинских работников. Длительность — 1 год. Выборка — 134 человека (средний возраст составил 51 год). Проблемы: избыточный вес, артериальная гипертензия, диабет. Более впечатляющих результатов добились участники, которые получали от своих врачей и медсестер **конкретные инструкции**. «Если просто говорить людям, чтобы те сбросили вес, улучшили свою диету или увеличили физическую активность, это не сработает. Врач должен вместо этого поощрять участие пациента в конкретной программе» (Gary Bennett). Пациенты, оценившие своих лечащих врачей и медсестер как **внимательных и заинтересованных**, потеряли в среднем на 7 фунтов (примерно 3 кг) больше.

Приведем результаты еще одного исследования: **Look AHEAD** (Action for Health in Diabetes), 2014 г. [24].

Цель: изучить, уменьшает ли снижение МТ, достигнутое путем модификации образа жизни (диета и физ. активность), СС-заболеваемость и смертность (СС-смертность, нефатальный ИМ, нефатальный инсульт или госпитализация по причине ИБС).

Основные результаты: в группе интенсивной модификации образа жизни среднее снижение веса составило 4,7% (SE 0,2) за 8 лет наблюдения. Примерно 50% группы потеряли $\geq 5\%$ и 27% — $\geq 10\%$ исходной МТ за 8 лет.

Участники «интенсивной» группы достигли эквивалентного контроля факторов СС-риска, но с *меньшей* потребностью в медикаментах: сахароснижающих, антигипертензивных и гиполипидемических, чем участники группы «стандартного» подхода.

Вторичный анализ данных Look AHEAD показал и другие полезные эффекты снижения МТ, включая улучшение показателей заболеваемости, физического и сексуального функционирования и связанного со здоровьем качества жизни.

И тем не менее, мировое медицинское сообщество признало, что исследование не доказало достоверного влияния модификации образа жизни на снижение рисков СС-заболеваний по итогам post-hoc анализа, согласно которому результаты по снижению СС-рисков были положительными для 85% пациентов, а у 15% испытуемых был значительно повышен риск первичной конечной точки ($p=0,006$), соответственно, общий результат исследования Look AHEAD оказался нейтрален. Эти 15% имели исходно умеренно или хорошо контролируемый диабет ($HbA_{1c} < 6,8\%$) и *исходно отрицательное восприятие своего состояния здоровья* (общий рейтинг здоровья SF-36 менее 48), что сильно коррелировало с самооценкой психического здоровья ($\rho 0,41$, $p < 0,0001$) и депрессией по шкале Бека ($\rho -0,42$, $p < 0,0001$). Этот результат подтверждает данные предшествующих исследований, предполагивших, что психосоциальные факторы могут влиять на эффективность изменений образа жизни. Комплаентность к интервенции была значительно хуже среди этих 15% пациентов.

При поддержке фармкомпании Novartis была создана программа «Жизнь ЛЕГКА» [15] для пациентов с диабетом 2 типа. Это многоцентровое интервенционное проспективное нерандомизированное исследование продолжительностью 12 мес. В нем приняли участие 130 пациентов с избыточной массой тела (ожирением) и сахарным диабетом 2 типа, которые были распределены в две группы: вмешательства ($n=100$) и контроля ($n=30$). Исследование проводилось в двух российских медицинских центрах: на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава РФ и ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ с июля 2015 г. по апрель 2017 г. Контроль результатов осуществлялся внешним аудитом по нормам международных протоколов для клинических исследований. В качестве основного формата работы был выбран **командный коучинг**.

Коучинг здоровья [5] — качественно иной подход во взаимодействии с пациентами, это — новая для медиков формула коммуникации. В коучинге обязательным условием является принятие клиентом (в нашем случае — пациентом) ответственности за жизненный выбор, отношения равноправного сотрудничества, стремление к изменениям, желание развиваться. В процессе коучинга человек формулирует цели в соответствии с ценностями, расставляя приоритеты не по срочности, а по важности, получает возможность понять, оценить ресурсы и раскрыть потенциал достижений, увидеть сильные и слабые стороны (слепые зоны), что снижает когнитивную уязвимость. В меняющемся мире, чтобы оставаться на месте, надо двигаться; чтобы добиваться успеха, надо двигаться быстро.

Принципиальным моментом было то, что **команда** специалистов работает с **командами** пациентов. Следовательно, необходимо было выработать принципы командной работы и согласовать приемы и методы, которые — будучи авторскими у каждого участника — вписываются в единый стиль. Нам было легко сделать это, так как в группе изначально собрались единомышленники, энтузиасты. В коучинге здоровья необходимо было сразу же задать фрейм отношений врач — пациент, подразумевающий четкое понимание **совместной** работы и **разделенной** ответственности за конечный результат.

Таким образом, **основная задача коучинга здоровья: изменение системы убеждений, формирование толерантности к изменениям. Повышение самооэффективности индивида.**

Одним из открытий, которые совершили наши слушатели, была возможность использовать знания и навыки, полученные в рамках Программы, за пределами решения задач по оздоровлению. Дело в том, что алгоритмы целеполагания, построение «пространства выбора» при решении проблем, способы оценки ситуаций и вариативность реагирования на стимулы изначально давались в универсальных коучинговых методах, эффективно применимых для широкого круга задач. А затем на операционном уровне предлагалась пошаговая, детализированная проработка того или иного действия.

Сравнение результатов российского исследования «Жизнь ЛЕГКА» и программы «Why WAIT» Института Джослина представлено в таблице 1.

Обращаем внимание на то, что результаты «Why WAIT» непосредственно после проведения активной фазы терапевтического вмешательства лучше (не будем оправдываться тем, что американские пациенты «уходили с больших весов»). Но, рассматривая динамику через год, отмечаем, что в Программе «Жизнь ЛЕГКА» нет «эффекта

Таблица 1. Сравнение результатов исследований «Жизнь ЛЕГКА», РФ и «Why WAIT», USA

	«Жизнь ЛЕГКА»	Why WAIT
Динамика веса через 12 нед	-6,7 кг	-10,9
Изменение окружности талии через 12 нед	-6,2 см	-9,4
Сравнение HbA_{1c} через 12 нед	6,7%	6,7%
Динамика веса через год	-9,9 кг	-8,2 кг
Изменение показателей через 1 год (уменьшение доли пациентов, получающих инсулин, ПСМ)	-55%	-20%

ускользания». То есть пациенты в самостоятельном режиме сохраняют приверженность здоровому образу жизни и улучшают показатели здоровья, в частности, в нашей программе существенно снижены дозы необходимых медикаментов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психотерапевтическая составляющая в комплексном сопровождении/лечении пациентов с ожирением, по мнению автора, будет эффективна именно в русле целеориентированного и ценностно ориентированного подхода, при котором работает команда специалистов. Успешность лечения повышается при возможности организовать командную работу пациентов (аналогично формату программы «Жизнь ЛЕГКА», для которого была применена модель «коучинга здоровья»). Общая модель работы была выстроена в концепции краткосрочного управляющего воздействия для формирования долгосрочных поведенческих паттернов индивида.

В качестве **психологических предикторов успешности** были выделены следующие.

- **Стиль мышления.** Устойчивый способ объяснения индивида самому себе объяснять причины неудач и успехов.
- **Витальность.** Интерес к жизни в разных ее проявлениях, активность, желание справиться с проблемой и идти дальше. Уверенность в том, что жизнь интересна, помогает преодолеть «синдром заложника».
- **Воля.** Развитость когнитивно-волевой сферы — один из наиболее серьезных факторов успешности. Человек склонен считать волю крайне дефицитным ресурсом и применять ее в «гомеопатических дозах», связывая необходимость волевых усилий с событиями неприятными. Продуктивно отделить **волевой процесс принятия решения** от рутинных действий по пути к намеченной цели и осуществлять этот путь методом кратковременных действий («коротких перебежек» к промежуточным, «простым» целям).
- **Мотивация.** Термин «**мотивация**» буквально означает «**то, что вызывает движение**», т.е. в широком смысле мотивацию можно рассматривать как фактор (механизм), детерминирующий поведение. Образно говоря, **потребность говорит о том, «что нужно организму», а мотивация мобилизует силы**

организма на достижение «нужного». Наиболее полное психофизиологическое описание поведения дает **теория функциональных систем** П.К. Анохина (1975), согласно которой **немотивированного поведения не существует** [цит. по 5].

- **Действие.** Переход на уровень действия с повтором и закреплением этого действия до уровня навыка, привычки, ритуала — необходимый элемент всей работы.

Принципиально важным является **алгоритм**: осознание пациентом целей работы на основе иерархии собственных ценностей, построение стратегии достижения цели, разработка тактических решений, на операциональном уровне — определение готовности к четко определенным, конкретным «простым и быстрым» действиям и выведение каждого такого действия из «зоны выбора». То есть по сути — создание новой привычки, в данном случае — привычки к здоровому образу жизни осуществляется методом **интервального воздействия** — краткосрочного выхода из зоны комфорта.

Коучинг здоровья — модель психотерапии, реализованная, в том числе, в Программе «Жизнь легка», оказалась обнадеживающе успешной, чтобы ее можно было рекомендовать для дальнейшей апробации и затем тиражирования в комплексном сопровождении пациентов с ожирением.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Исследование «Жизнь ЛЕГКА» выполнено при финансовом обеспечении ЗАО «Новартис». Создание модели «коучинг здоровья» выполнено по инициативе автора без привлечения финансирования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Автор одобрил финальную версию статьи перед публикацией, выразил согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

Благодарности. Выражаю благодарность акад., д.м.н. М.В. Шестаковой и всей «команде мечты»: д.м.н., проф. Галстяну Г.Р., д.м.н., проф. Е.В. Сурковой, к.м.н. Л.В. Савельевой, к.м.н. С.И. Мотковой и М.В. Гуркиной, за возможность участия в Программе «Жизнь ЛЕГКА», итоги которой описаны в статье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Конгресс, посвященный Всемирному дню борьбы с ожирением. 2022. *Каталог*, С. 3. [Kongress, posvjashhennyj Vsemirnomu dnyu bor'by s ozhireniem. 2022. *Katalog*, P. 3. (In Russ.)]. Доступно по: <https://disk.yandex.ru/d/29RaU9cEmqUSyg>. Ссылка активна на 16.08.22.
2. Неймарк А.Е., Еганян Ш.А., Гринева Е.Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // *Consilium Medicum*. — 2016. — Т. 18. — №4. — С. 53-56. [Neymark AE, Eganyan ShA, Grineva EN. Psychological assessment of the patients before and after bariatric surgery. *Consilium Medicum*. 2016;18(4):53-56. (In Russ.)]. doi: https://doi.org/10.26442/2075-1753_2016.4.53-56
3. *Облегченная психотерапия: ожирение и роль специалиста в области психического здоровья*. Sylvia Karasu, Weill Cornell Medical College, New York, NY, USA [Oblegchennaja psihoterapija: ozhirenie i rol' specialista v oblasti psihicheskogo zdorov'ja. Sylvia Karasu, Weill Cornell Medical College, New York, NY, USA (In Russ.)]. Доступно по: <https://bariatriya.pf/vsyo-o-lishnem-vese/oblegchennaja-psihoterapija-ozhirenie-i-rol-specialista-v-oblasti-psihicheskogo-zdorovja.html>. Ссылка активна на 16.08.22.
4. Драпкина О.М., Шепель Р.Н. Оценка частоты встречаемости и степени выраженности депрессии у пациентов с ожирением 1 степени // *Неотложная кардиология и кардио-васкулярные риски*. — 2018. — Т. 2. — №1. — С. 169-174. [Drapkina OM, Shepel RN. Evaluation of the Incidence and the Degree of Expression of Depression in patients with Class I obesity. *Emergency cardiology and cardiovascular risks*. 2018;2(1):168-173. (In Russ.)].
5. Рудина Л.М. Коучинг здоровья в комплексной терапии диабета и избыточного веса // *Психотерапия*. — 2016. — №10. — С. 56-64. [Rudina LM. Psychological aspects of diabetes and binge eating therapy. *Psychotherapy*. 2016;10:56-64. (In Russ.)].
6. Available from: <https://vademecum.ru/news/2019/03/04/natsionalnyy-kongress-vademecum-4p-medicine-sostoitsya-23-aprelya-v-moskve/> [cited 16.08.22].

7. Приказ Минздрава России от 24.04.2018 №186. Об утверждении концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины. [Prikaz Minzdrava Rossii ot 24.04.2018 N 186 Ob utverzhdenii koncepcii prediktivnoj, preventivnoj i personalizirovannoj mediciny. (In Russ.)]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_380520/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdad5f18/ [ссылка активна на 16.08.22]
8. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html> World Health Organization, 2000 [cited 16.08.22].
9. Сибурин Т.А., Волнухин А.В., Вечорко В.И., и др. Управление взаимоотношениями врачей и пациентов в медицинской организации // *Социальные аспекты здоровья населения* (сетевое издание). — 2018. — Т. 64. — №6. [Siburina TA, Volnukhin AV, Vechorko VI, et al. Managing doctor-patient relations in a health facility. *Social aspects of population health* (serial online). 2018;64(6). (In Russ.)]. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/v/upravlenie-vzaimootnosheniyami-vrachey-i-patsientov-v-meditsinskoy-organizatsii> doi: <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-3>
10. Kirschenbaum H, Henderson V. *Client-centered/ person-centered approach to therapy. The Carl Rogers Reader*. Boston: Houghton Mifflin Co; 1989. P. 135-152. Available from: [https://www.scrip.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1192717](https://www.scrip.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1192717) [cited 16.08.22].
11. Available from: <https://zdrav.tomsk.ru/storage/110979/declaration.pdf> [cited 16.08.22]
12. Гейдж Д. *Партнерское соглашение*. — Сколково: Альбина Паблшер; 2012. [Gjejdzh D. *Partnerskoe soglasenie*. Skolkovo: Al'bina Pablisher; 2012. (In Russ.)].
13. Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract*. 2016;22(3):1-203. doi: <https://doi.org/10.4158/EP161365.GL>
14. Захарцев С.И., Сальников В.П., Чумаков А.В. Убыстрение темпа жизни как новая философская проблема // *Правовая информатика*. — 2017. — №1. — С. 19-22. [Zaharcev SI, Sal'nikov VP, Chumakov AV. Ubystrenie tempa zhizni kak novaja filosofskaja problema. *Pravovaya informatika*. 2017;1:19-22. (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.21681/1994-1404-2017-1-19-22>
15. Моткова С.И., Савельева Л.В., Рудина Л.М., и др. Мультидисциплинарный подход к изменению образа жизни у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в реальной клинической практике. Результаты программы «Жизнь ЛЕГКА» // *Сахарный диабет*. — 2019. — Т. 22. — №2. — С. 115-126. [Motkova SI, Savelyeva LV, Rudina LM, et al. Multidisciplinary lifestyle management approach in patients with type 2 diabetes mellitus in real clinical practice. Results of application "Life is easy" programme in Russia. *Diabetes mellitus*. (In Russ.)]. 2019;22(2):115-126. doi: <https://doi.org/10.14341/DM10001>
16. Волкова В.Н., Емельянов А.А. *Теория систем и системный анализ. Финансы и статистика*. — М.: Инфра-М; 2020. [Volkova VN, Emel'janov AA. *Teorija sistem i sistemnyj analiz. Finansy i statistika*. Moscow: Infra-M; 2020. (In Russ.)].
17. Олпорт Гордон: диспозициональная теория личности. Проект PSYCHOJOURNAL.RU. 2022. [Olport Gordon: dispozicional'naja teorija lichnosti. Project PSYCHOJOURNAL.RU. 2022. (In Russ.)].
18. Бутенко В., Полунин К., Прокопец М., и др. Здоровое Здравоохранение: шаг в будущее для российской медицины // *The Boston Consulting group*. — 2018. — №06. [Butenko V, Polunin K, Prokopec M, et al. Zdorovoe Zdravoohranenie: shag v budushhee dlja rossijskoj mediciny. *The Boston Consulting group*. 2018;06. (In Russ.)].
19. Володенков А.С., Ромашкина А.Б. Технологии интернет-коммуникации как инструмент влияния на функционирование современных институтов власти: Актуальные вызовы // *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: История и политические науки*. — 2020. — Т. 22. — №1. — С. 33-40. [Volodenkov SV, Romashkina AB. Internet communication technologies as a tool of affecting modern governmental institutions: current challenges. *Bull Moscow State Reg Univ (History Polit Sci)*. 2020;22(1):33-40. (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.18384/2310-676X-2020-1-33-40>
20. Николаева Е.И., Каменская В.Г. *Аддиктология. Теоретические и экспериментальные исследования формирования аддикции* — М.: НИЦ ИНФРА-М; 2014. [Nikolaeva EI, Kamenskaja VG. *Addiktologija. Teoreticheskie i eksperimental'nye issledovanija formirovanija addikcii*. Moscow: NIC INFRA-M; 2014. (In Russ.)].
21. Кун Т. *Структура научных революций. Серия: Философия–Neoclassic*. — М.: АСТ; 2015. [Kun T. *Struktura nauchnykh revoliutsii. Seria: Filosofija–Neoclassic*. Moscow: AST; 2015. (In Russ.)].
22. Бек А., Раш А., Шо Б., и др. *Когнитивные модели депрессии*. 2021. [Bek A, Rash A, Sho B, et al. *Kognitivnye modeli depressii*. 2021. (In Russ.)]. Доступно по: <http://psihdocs.ru/aaron-bek-a-rash-brajan-sho-geri-emeri-kognitivnaya-terapiya-d-v2.html> [cited 16.08.22].
23. *Counseling and Weight Loss Outcomes in a Primary Care-Based Digital Obesity Treatment. Original Research*. Published: 19 March 2019. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-019-04944-5/Provider> [cited 16.08.22].
24. Baum A, Scarpa J, Bruzelius E, et al. Targeting weight loss interventions to reduce cardiovascular complications of type 2 diabetes: a machine learning-based post-hoc analysis of heterogeneous treatment effects in the Look AHEAD trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017;5(10):808-815. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30176-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30176-6)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]:

Рудина Лариса Максимовна, к.психол.наук [Larisa M. Rudina, PhD in psychology]; адрес: Россия, 119571, Москва, пр-т Вернадского, д. 82, корп. 9, офис 1300 [address: 82/9 Vernadsky av., 119571, Moscow, Russia]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8405-1347>; eLibrary SPIN: 4748-8603; e-mail: rudina.larisa@gmail.com

ЦИТИРОВАТЬ:

Рудина Л.М. Психотерапевтическая компонента в мультидисциплинарном подходе к лечению ожирения // *Ожирение и метаболизм*. — 2022. — Т. 19. — №2. — С. 224-232. doi: <https://doi.org/10.14341/omet12856>

TO CITE THIS ARTICLE:

Rudina LM. Psychotheapeutic component in a multidisciplinary approach to the treatment of obesity. *Obesity and metabolism*. 2022;19(2):224-232. doi: <https://doi.org/10.14341/omet12856>