

Когнитивно-поведенческая терапия и терапия принятия и ответственности в комплексном лечении избыточной массы тела и ожирения: обзор современных данных

Цель. Сравнить современные данные об эффективности когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и терапии принятия и ответственности (АСТ) (включая цифровые форматы) при лечении ожирения и избыточной массы тела по ключевым показателям: масса тела/индекс массы тела, пищевое поведение и психоэмоциональные показатели, а также устойчивость эффекта при наблюдении.

Материал и методы. Выполнен поиск публикаций в базах данных PubMed, Web of Science, Scopus за период с 1 января 2020 г. по 1 октября 2025 г. Поиск проводился по русским и английским ключевым словам с использованием логических операторов AND/OR по таким ключевым словам, как ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "acceptance and commitment therapy" OR ACT) AND ("obesity" OR "overweight") AND ("weight loss" OR "weight maintenance" OR BMI) AND ("eating behavior" OR "binge eating" OR "emotional eating"); пример русскоязычного запроса: ("когнитивно-поведенческая терапия" OR КПТ) AND ("ожирение" OR "избыточная масса тела") AND ("снижение массы тела" OR "поддержание массы тела" OR ИМТ) AND ("пищевое поведение" OR "компульсивное переедание" OR "эмоциональное переедание").

Результаты. КПТ, особенно в составе междисциплинарных программ, чаще ассоциируется с клинически значимыми изменениями пищевого поведения и более предсказуемой динамикой массы тела. В свою очередь АСТ демонстрирует преимущества в долгосрочном удержании изменений за счет развития психологической гибкости. Оба подхода улучшают психоэмоциональное состояние пациентов, снижая проявления депрессии, тревоги и дезадаптивного пищевого поведения даже при отсутствии выраженной динамики массы тела, что подчеркивает их самостоятельную клиническую ценность. Цифровые форматы (онлайн/телефон/самопомощь) повышают доступность и приемлемость вмешательств.

Заключение. КПТ и АСТ являются доказательными компонентами комплексной терапии ожирения. КПТ целесообразна, когда приоритетом являются структурированная модификация поведения и навыки самоконтроля; АСТ — когда ключевыми факторами выступают эмоциональная реактивность, избегание внутреннего дискомфорта, непереносимость дистресса и трудности долгосрочного поддержания изменений. Оптимальным представляется персонализированный выбор или интеграция подходов.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, когнитивно-поведенческая терапия, терапия принятия и ответственности, пищевое поведение, психологическая гибкость, психотерапия.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Савченко Д. О., Драпкина О. М. Когнитивно-поведенческая терапия и терапия принятия и ответственности в комплексном лечении избыточной массы тела и ожирения: обзор современных данных.

Первичная медико-санитарная помощь. 2026;3(1):34-45. doi: 10.15829/3034-4123-2026-121. EDN: QKPWTW

Савченко Д. О.^{1*},
Драпкина О. М.^{1,2}

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
savchenkodo@mail.ru

Поступила: 29.01.2026
Рецензия получена: 02.03.2026
Принята: 19.03.2026



Development of diagnostic and treatment methods

Review

Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in the comprehensive management of overweight and obesity: a review of current evidence

Aim. To compare current evidence on the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) (including digital formats) in the treatment of obesity and overweight based on following parameters: body weight/body mass index, eating behavior, and mental status, as well as the sustainability of the effect at follow-up.

Material and methods. A literature search was conducted in the PubMed, Web of Science, and Scopus databases for the period from January 1, 2020, to October 1, 2025. The search employed Russian and English keywords using the Boolean operators AND/OR, including terms such as: ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "acceptance and commitment therapy" OR ACT) AND ("obesity" OR "overweight") AND ("weight loss" OR "weight maintenance" OR BMI) AND ("eating behavior" OR "binge eating" OR "emotional eating").

Results. CBT, particularly within multidisciplinary programs, is more frequently associated with clinically significant changes in eating behavior and a more predictable trajectory of weight change. In turn, ACT demonstrates advantages in the long-term maintenance of changes by fostering psychological flexibility. Both approaches improve patients' mental status, reducing manifestations of depression, anxiety, and maladaptive eating behavior even in the absence of significant weight dynamics, underscoring their independent clinical value. Digital formats (online/telephone/self-help) enhance the accessibility and acceptability of interventions.

Conclusion. CBT and ACT are evidence-based components of comprehensive obesity therapy. CBT is appropriate when the priority is structured behavior modification and self-monitoring skills. ACT is preferable when emotional reactivity, distress tolerance, and difficulties with long-term maintenance of changes are key factors. A personalized selection or integration of approaches appears optimal.

Keywords: obesity, overweight, cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, eating behavior, psychological flexibility, psychotherapy.

Relationships and Activities: none.

For citation: Savchenko D. O., Drapkina O. M. Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in the comprehensive management of overweight and obesity: a review of current evidence. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2026;3(1):34-45. doi: 10.15829/3034-4123-2026-121. EDN: QKPWTW

ACT — acceptance and commitment therapy (терапия принятия и ответственности), ДИ — доверительный интервал, ИМТ — индекс массы тела, КПТ — когнитивно-поведенческая терапия, ASA-24 — Automated Self-Administered 24-hour Dietary Assessment Tool (автоматизированный инструмент самостоятельной 24-ч оценки питания), BDI — Beck Depression Inventory (опросник депрессии Бека), BDI-21 — Beck Depression Inventory, 21-item version (опросник депрессии Бека, 21-пунктовая версия), BED — Binge-Eating Disorder (расстройство приступообразного переедания), BES — Binge Eating Scale (шкала приступообразного переедания), BHPAQ — Baecke Habitual Physical Activity Questionnaire (опросник привычной физической активности Бэке), CBT-E — enhanced cognitive behavioural therapy (усиленная когнитивно-поведенческая терапия), CFQ — Cognitive Fusion Questionnaire (опросник когнитивного слияния), CFQ-BI—Cognitive Fusion Questionnaire—Body Image (опросник когнитивного слияния, связанного с образом тела), CORE-OM—Clinical Outcomes in Routine Evaluation — Outcome Measure (опросник клинической оценки исходов в рутинной практике), DEBQ — Dutch Eating Behavior Questionnaire (Голландский опросник пищевого поведения), EH — Education and Health (программа "образование и здоровье"), EES — Emotional Eating Scale (шкала эмоционального переедания), GAD-7 — Generalized Anxiety Disorder-7 (шкала генерализованного тревожного расстройства, 7 пунктов), HAPIFED — a Healthy Approach to weight management and Food in Eating Disorders (здоровый подход к управлению массой тела и питанию при расстройствах пищевого поведения), HEI — Healthy Eating Index (индекс здорового питания), IT+CBT — Interdisciplinary Therapy plus Cognitive Behavioral Therapy (междисциплинарная терапия с включением когнитивно-поведенческой терапии), OR — odds ratio (отношение шансов), PE — Physical Exercise (программа физических упражнений), PHQ-9 — Patient Health Questionnaire-9 (опросник здоровья пациента, 9 пунктов), SWiM-C — Supporting Weight Management during COVID-19 (программа поддержки контроля массы тела в период COVID-19), WSSQ — Weight Self-Stigma Questionnaire (опросник самостигматизации, связанной с массой тела).

Savchenko D. O.^{1*},
Drapkina O. M.^{1,2}

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation

²Russian University of Medicine of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
savchenkodo@mail.ru

Received: 29.01.2026

Revision received: 02.03.2026

Accepted: 19.03.2026



Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Ожирение поддерживается не только биологическими факторами, но и психосоциальными механизмами, включая эмоциональную реактивность, самостигматизацию и дезадаптивные паттерны пищевого поведения.
- Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является структурированным методом изменения когний и поведения, широко применяемым для модификации образа жизни.
- Терапия принятия и ответственности (Acceptance and commitment therapy, АСТ) относится к подходам "третьей волны" и ориентирована на развитие психологической гибкости и действий в соответствии с ценностями.

Что добавляют результаты исследования?

- Показаны различия фокуса КПТ и АСТ в клинической практике ожирения: КПТ — больше про навыки саморегуляции и профилактику срывов; АСТ — про устойчивость изменений при эмоциональном дискомфорте и долгосрочное поддержание.
- Сопоставлены данные по очным и цифровым форматам (онлайн/телефон/самопомощь) как способу расширения доступа к психотерапии.
- Необходим персонализированный выбор подхода в зависимости от доминирующего механизма: компульсивность/когнитивные искажения vs эмоциональное избегание/самостигматизация.

Key messages

What is already known about the subject?

- Obesity is maintained not only by biological factors but also by psychosocial mechanisms, including emotional reactivity, self-stigma, and maladaptive eating patterns.
- Cognitive behavioral therapy (CBT) is a structured method for changing cognitions and behaviors, widely used for lifestyle modification.
- Acceptance and commitment therapy (ACT) is a third wave approach and focuses on developing psychological flexibility and acting in accordance with values.

What might this study add?

- The differences in the focus of CBT and ACT in clinical obesity practice are demonstrated: CBT focuses more on self-regulation skills and relapse prevention. ACT focuses on the sustainability of changes in the face of emotional discomfort and long-term maintenance.
- Data on in-person and digital formats (online/phone/self-help) were compared as a means of expanding access to psychotherapy.
- A personalized approach is needed depending on the dominant mechanism: compulsivity/cognitive distortions vs emotional avoidance/self-stigma.

Введение

Ожирение является глобальной проблемой общественного здравоохранения и ассоциировано с повышенным риском развития сахарного диабета 2 типа, метаболического синдрома, некоторых онкологических заболеваний, а также рядом психологических проблем [1-3]. В клинической практике ожирение следует рассматривать как биопсихосоциальное состояние, в котором психоэмоциональные и психосоциальные факторы могут приводить к формированию и закреплению дезадаптивных паттернов пищевого поведения (например, эмоционального и компульсивного переедания), что, в свою очередь, способствует поддержанию избыточной массы тела. Самостигматизация, связанная с массой тела, и хронический стресс усиливают избегающее поведение и препятствуют длительному соблюдению рекомендаций по модификации образа жизни, направленных на сни-

жение массы тела. Важность учета поведенческих и психосоциальных факторов риска в контексте ожирения и других хронических неинфекционных заболеваний подчеркивается и в отечественных популяционных исследованиях, указывающих на их значимый вклад в формирование неблагоприятных медико-социальных исходов [4, 5].

Традиционные подходы (лечебное питание и увеличение физической активности) остаются фундаментом терапии ожирения, однако нередко оказываются недостаточными для долгосрочного удержания результатов. Именно этим обусловлена необходимость интеграции в комплексное лечение методов, нацеленных на когнитивные и эмоциональные процессы, лежащие в основе дисфункционального пищевого поведения [3].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является структурированным психотерапевтическим подходом, направленным на выявление и из-

менение дисфункциональных убеждений и автоматических мыслей, которые поддерживают неадаптивные эмоции и поведение [6]. КПТ, являясь "золотым стандартом", эффективна для снижения массы тела и формирования изменений образа жизни пациентов. КПТ помимо снижения массы тела обеспечивает изменение качества питания, увеличение физической активности, повышение приверженности лечению и улучшение эмоционального состояния, в т.ч. снижение симптомов депрессии [2, 7]. С учетом высокой распространенности метаболических нарушений, тесно ассоциированных с ожирением, таких как предиабет и сахарный диабет 2 типа, психологические вмешательства, направленные на модификацию поведения и повышение приверженности лечению, рассматриваются как значимый компонент профилактики неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [8].

В рамках "третьей волны" КПТ развиваются методы, ориентированные не на изменение содержания мыслей, а на преобразование функции внутренних переживаний — развитие принятия, осознанности и психологической гибкости. Терапия принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) фокусируется на снижении избегания неприятного внутреннего опыта и формировании действий в соответствии с ценностями, что может быть особенно значимо для удержания изменений при хроническом стрессе, чувстве вины и самостигматизации [9].

Таким образом, данные клинических исследований указывают, что КПТ и АСТ могут быть действенными компонентами комплексного лечения ожирения, воздействуя на ключевые психологические мишени.

Цель — сравнить эффективность КПТ и АСТ (включая цифровые форматы) при лечении ожирения и избыточной массы тела с учетом исходов по массе тела/индексу массы тела (ИМТ), пищевому поведению, психоэмоциональным показателям и устойчивости эффекта.

Материал и методы

Поиск выполнялся в базах данных PubMed, Web of Science, Scopus за период с 1 января 2020 г. по 1 октября 2025 г. Поиск проводился с использованием логических операторов AND/OR по таким ключевым словам на английском языке, как ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "acceptance and commitment therapy" OR ACT) AND ("obesity" OR "overweight") AND ("weight loss" OR "weight maintenance" OR BMI) AND ("eating behavior" OR "binge eating" OR "emotional eating"); пример русскоязычного запроса: ("когнитивно-поведенческая терапия" OR КПТ) AND ("ожирение" OR "избыточ-

ная масса тела") AND ("снижение массы тела" OR "поддержание массы тела" OR ИМТ) AND ("пищевое поведение" OR "компульсивное переедание" OR "эмоциональное переедание").

Критерии включения публикаций:

1. публикации, в которых изучались взрослые участники (≥ 18 лет) с ИМТ ≥ 25 кг/м²;
2. публикации, в которых оценивались вмешательства на основе КПТ/АСТ (в т.ч. интеграции или цифровые форматы);
3. публикации, содержащие данные об исходах по массе тела/ИМТ и/или пищевому поведению/психологическим показателям;
4. рандомизированные клинические исследования, контролируемые исследования, систематические обзоры/метаанализы.

Критерии невключения: протоколы без результатов, описание случаев, исследования без описания вмешательства или без клинических исходов.

Результаты и обсуждение

Сопоставление теоретических оснований, клинических мишеней и ожидаемых эффектов КПТ и АСТ представлено в [таблице 1](#). Характеристики включенных исследований, состав выборок, формат вмешательств и ключевые исходы систематизированы в [таблице 2](#). Как видно из представленных данных, психотерапевтические вмешательства при избыточной массе тела и ожирении в большей степени и более воспроизводимо влияют на пищевое поведение и психоэмоциональные показатели, чем на собственно массу тела, при этом выраженность эффекта зависит от модели терапии, клинического контекста и формата доставки вмешательства.

1) Эффективность КПТ

В рандомизированном клиническом исследовании у взрослых с ожирением Moraes A, et al. (2021) сравнивали три вмешательства: программу "образование и здоровье" (Education and Health, EH), программу физических упражнений (Physical Exercise, PE) и междисциплинарную программу с включением когнитивно-поведенческой терапии (Interdisciplinary Therapy plus Cognitive Behavioral Therapy, IT+CBT). Всего в анализ вошли 43 участника. Психотерапевтический компонент в группе IT+CBT был организован как 14-нед. протокол КПТ в составе длительного комплексного вмешательства. Наиболее выраженные изменения были получены именно в группе IT+CBT: суммарный показатель пищевого поведения по Голландскому опроснику пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) снизился на 8,39 балла, показатель депрессии по опроснику депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) — на 10,13 бал-

Таблица 1

Сравнение КПТ и АСТ в контексте лечения избыточной массы тела и ожирения

	КПТ [2, 3, 6, 11, 26]	АСТ [9, 14, 15, 16]
Цель	Изменение дисфункциональных мыслей и формирование адаптивного поведения, направленного на контроль питания и снижения массы тела	Развитие психологической гибкости и принятие внутреннего опыта с акцентом на действия в соответствии с личными ценностями для устойчивых изменений поведения
Ключевые техники	Когнитивная реструктуризация, самонаблюдение, поведенческие эксперименты, контроль стимулов, постановка целей, профилактика срывов	Принятие, когнитивная диффузия, осознанность, работа с ценностями, действия, основанные на ценностях, метафоры, упражнения на принятие
Механизм действия	Осознание и коррекция автоматических мыслей — изменение эмоций и поведения	Уменьшение избегания неприятных эмоций, повышение осознанности и действия по ценностям
Рекомендуемая длительность терапии	От 6 до 20 сессий с периодичностью 1 раз/нед.	4-12 сессий с периодичностью 1 раз/нед.
Сильные стороны	Структурированность, высокая доказательная база, применимость для коррекции привычек, измеримость результата	Глубокая работа с эмоциональным избеганием, развитие осознанности и психологической гибкости, устойчивые результаты
Ограничения	Фокус на рациональном контроле и когнициях, возможное игнорирование глубинных эмоциональных процессов	Меньшая структурированность, сложность стандартизации, эффект проявляется медленнее
Эффекты при ожирении	Умеренное снижение массы тела (-1 — -2 кг), улучшение самоконтроля и уменьшение переедания	Умеренное снижение массы тела (-1,5 кг), значительное улучшение осознанности, качества жизни и гибкости
Тип пациента (персонализация)	Подходит для пациентов с выраженным компульсивным перееданием, низким самоконтролем, когнитивными искажениями	Наиболее эффективна при эмоциональном переедании, хроническом стрессе, тревожности и чувстве вины
Долгосрочная эффективность	Эффект может снижаться через 12-18 мес. без поддержки	Устойчивое сохранение результата за счет изменения отношения к внутренним состояниям

ла; кроме того, авторы отмечали улучшение антропометрических показателей и качества жизни. Эти данные свидетельствуют о том, что включение КПТ в междисциплинарную программу обеспечивает более комплексный клинический ответ по сравнению с образовательным вмешательством или увеличением физической активности [10].

Сходный вывод в отношении роли интенсивной КПТ в составе комплексного лечения следует из исследования Calugi S, et al. (2025), включившего 400 пациентов с тяжелым ожирением. Участники проходили 21-дневную программу КПТ, включавшую 15 групповых когнитивно-поведенческих сессий в стационарных условиях, с последующим 12-мес. наблюдением. Программу завершили 371 из 400 пациентов (92,2%), контрольное обследование через 12 мес. прошли 310 человек (81,1%). У завершивших лечение средняя потеря массы тела составила 9%, одновременно отмечалось значимое снижение эпизодов приступообразного переедания. Таким образом, интенсивный краткосрочный формат КПТ-ориентированного вмешательства может сопровождаться клинически значимыми долгосрочными изменениями как в отношении массы тела, так и в отношении дезадаптивного пищевого поведения. Следует отметить, что ограничением данного исследования является отсутствие контрольной группы [11].

В рандомизированном исследовании Hay P, et al. (2022) оценивалась эффективность интегрированной программы HAPIFED (a Healthy APproach to weight management and Food in Eating Disorders) по сравнению с усиленной КПТ у 98 пациентов с повторяющимися эпизодами приступообразного переедания и ИМТ 27-40 кг/м². Участники были рандомизированы на группу HAPIFED и группу КПТ; обе программы включали 30 терапевтических сессий в течение 6 мес. Через 12 мес. наблюдения > чем у 20% участников в каждой группе было достигнуто снижение массы тела не < чем на 5% от исходного уровня. Статистически значимых различий между группами по данному показателю выявлено не было. Следует учитывать, что программа HAPIFED представляет собой интегрированное вмешательство, основанное на принципах КПТ и дополненное компонентами управления массой тела, поэтому полученные результаты отражают сопоставимую эффективность различных вариантов КПТ-ориентированных вмешательств [12].

В исследовании Grilo CM, et al. (2023) оценивалась эффективность 16-нед. КПТ у 31 пациента с приступообразным перееданием и ожирением, не ответивших на предшествующее лечение. Участники были рандомизированы в группу КПТ и группу без КПТ. Ремиссия расстройства пищевого поведения была достигнута у 61,1% пациентов

Таблица 2

Краткая информация, изложенная в анализируемых исследованиях

Авторы, ссылка	Сравниваемые вмешательства	Выборка, n	Основные результаты	Комментарий
Moraes A, et al. [10]	1) программа "Образование и здоровье"; 2) программа физических упражнений; 3) междисциплинарная терапия с включением КПТ	43	12 участников в группе "Образование и здоровье", 13 — в группе физических упражнений, 18 — в группе междисциплинарной терапии с КПТ; в группе "Образование и здоровье" изменение общего показателя качества жизни составило +2,00; в группе физических упражнений изменение массы тела составило -1,42 кг, физического компонента качества жизни — +1,05; в группе междисциплинарной терапии с КПТ общий показатель DEBQ изменился на -8,39, показатель BDI — на -10,13	Наиболее выраженные положительные изменения отмечены в группе междисциплинарной терапии с КПТ: улучшались антропометрические показатели, качество жизни, характеристики пищевого поведения и выраженность депрессивной симптоматики
Calugi S, et al. [11]	Интенсивная программа КПТ ожирения в сочетании с диетотерапией и физической активностью	400	371 из 400 (92,2%) участников завершили программу; 310 из 400 (81,1%) прошли последующее наблюдение; у завершивших снижение массы тела составило 9% от исходной через 12 мес.	Большинство участников завершили программу. У завершивших лечение к моменту последующего наблюдения отмечалось клинически значимое снижение массы тела и уменьшение выраженности приступообразного переедания
Hay P, et al. [12]	HAIFED (интеграция КПТ и программы управления массы тела) по сравнению со стандартной КПТ	98	Через 12 мес. 20% участников в обеих группах достигли снижения массы тела не < чем на 5%; для HAIFED, по сравнению с CBT-E, показано более выраженное снижение очищающего поведения ($\chi^2(3)=10,35$; $p=0,016$) и более высокая частота ремиссии приступообразного переедания к 12 мес. ($\chi^2(1)=3,97$; $p=0,049$)	Межгрупповых различий по основному показателю снижения массы тела не выявлено. HAIFED демонстрировала преимущества по показателям очищающего поведения и ремиссии приступообразного переедания к 12 мес.
Grilo C, et al. [13]	КПТ по сравнению с отсутствием КПТ у пациентов, не ответивших на начальное острое лечение	31	Ремиссия достигнута у 61,1% (11 из 18) участников в группе КПТ и у 7,7% (1 из 13) без нее; итоговую оценку после лечения завершили 83,9% участников	Добавление КПТ существенно повышало вероятность ремиссии и снижало частоту эпизодов приступообразного переедания
Cattivelli R, et al. [16]	Групповая АСТ по сравнению с групповой КПТ для поддержания сниженной массы тела	155	Снижение массы тела не < чем на 5% к моменту последующего наблюдения отмечено у 62,0% участников в группе АСТ и у 40,8% в группе КПТ; удержание или дальнейшее снижение массы тела после выписки наблюдалось у 64,8 и 47,3%, соответственно; OR 2,32 (95% ДИ 1,19-4,61) и 2,11 (95% ДИ 1,08-4,19)	АСТ обеспечивала более эффективное поддержание сниженной массы тела после выписки. На момент выписки выраженных различий между группами не отмечалось
Da Rosa I, et al. [17]	АСТ по сравнению с психообразованием и КПТ	72	Снижение массы тела составило ~3% от исходной в обеих группах; значимых межгрупповых различий не выявлено	АСТ способствовала улучшению отдельных показателей психологической гибкости и снижению выраженности приступообразного переедания

Таблица 2. Продолжение

Авторы, ссылка	Сравниваемые вмешательства	Выборка, n	Основные результаты	Комментарий
Sockalingam S, et al. [18]	Телефонная КППТ в дополнение к стандартной послеоперационной помощи по сравнению со стандартной помощью	306	Снижение массы тела, %: 1,44 vs 1,11 после вмешательства и 1,08 vs 0,86 через 3 мес. наблюдения; $p=0,15$; BES — $p<0,001$; EES — $p<0,001$; PHQ-9 — $p<0,001$; GAD-7 — $p<0,001$	Телефонная КППТ не оказывала значимого влияния на краткосрочные показатели массы тела, однако сопровождалась снижением выраженности приступообразного переедания, эмоционального питания, депрессивной и тревожной симптоматики
Rycheski G, et al. [19]	5-нед. онлайн-вмешательство по коррекции питания на основе КППТ через социальную сеть	66	Масса тела у участников с избыточной массой тела изменилась с 73,9 до 72,8 кг ($p=0,002$), у участников с ожирением с 97,2 до 96,1 кг ($p=0,010$); окружность талии значимо не изменилась; суммарный балл по шкале приступообразного переедания BES снизился с 16,5 до 12,0 у участников с избыточной массой тела и с 24,4 до 18,5 у участников с ожирением (в обоих случаях $p<0,001$)	После завершения вмешательства отмечалось умеренное снижение массы тела. Значимых изменений окружности талии не выявлено. Выраженность приступообразного переедания снижалась в обеих подгруппах
Männistö S, et al. [20]	Программа электронного здравоохранения; программа электронного здравоохранения с групповыми встречами; программа электронного здравоохранения с индивидуальными встречами	111	Снижение депрессивной симптоматики составило -2,5 балла по BDI-21 ($p<0,01$); выраженность приступообразного переедания снизилась на -4,9 балла по BES (0-12 мес.: $p<0,001$); физическая активность по VNPAAQ увеличилась на 0,53 балла — с 10,86 до 11,39 ($p<0,001$)	Во всех группах отмечалось снижение выраженности депрессивной симптоматики и склонности к приступообразному перееданию, а также повышение уровня физической активности. Дополнительные групповые или индивидуальные встречи не усиливали эффект вмешательства
Mueller J, et al. [21]	Программа SWiM-C по сравнению со стандартными рекомендациями	388	Разница по массе тела составила -0,60 кг (95% ДИ от -1,67 до 0,47; $p=0,27$); по неконтролируемому пищевому поведению -3,61 (95% ДИ от -5,94 до -1,28; $p<0,05$); по когнитивному контролю пищевого поведения +5,28 (95% ДИ 2,810-7,75; $p<0,05$); по избеганию внутренних переживаний -3,39 (95% ДИ от -5,55 до -1,23; $p<0,05$); по психологическому благополучию +0,13 (95% ДИ 0,07-0,18; $p<0,05$)	Значимого влияния на массу тела не выявлено, однако отмечалось улучшение показателей неконтролируемого пищевого поведения, когнитивного контроля пищевого поведения, избегания внутренних переживаний и психологического благополучия
Mueller J, et al. [22]	Программа SWiM-C по сравнению со стандартными рекомендациями: результаты 12-мес. наблюдения	388	Разница по массе тела через 12 мес. составила -0,81 кг (95% ДИ от -2,24 до 0,61; $p>0,05$); по избеганию внутренних переживаний -2,45 (95% ДИ от -4,75 до -0,15; $p<0,05$); по неконтролируемому пищевому поведению -5,52 (95% ДИ от -9,67 до -1,37; $p<0,05$); по эмоциональному пищевому поведению -4,49 (95% ДИ от -7,57 до -1,42; $p<0,05$); по физической активности +8,96 (95% ДИ 0,29-17,62; $p<0,05$)	Через 12 мес. значимого влияния на массу тела не выявлено. Вместе с тем отмечалось улучшение показателей избегания внутренних переживаний, неконтролируемого и эмоционального пищевого поведения, а также физической активности

Таблица 2. Продолжение

Авторы, ссылка	Сравниваемые вмешательства	Выборка, n	Основные результаты	Комментарий
Levin M, et al. [23]	Онлайн-АСТ с еженедельным телефонным консультированием по сравнению с группой ожидания	79	В среднем, участники завершили 5,5 из 8 сессий; индекс качества питания HEI, рассчитанный по данным ASA-24, увеличился с 51,60 до 57,66, однако при последующем наблюдении снизился до 52,27 ($F=5,38$; $p<0,05$). Самооцениваемая масса тела уменьшилась с 97,1 до 94,5 кг, а при последующем наблюдении составила 94,1 кг ($F=4,60$; $p<0,05$). Суммарный балл WSSQ снизился с 34,85 до 30,60 и сохранялся на уровне 30,66 при последующем наблюдении ($F=8,77$; $p<0,01$)	Онлайн-формат АСТ улучшал показатели здорового питания и большинство вторичных психологических и поведенческих исходов. Влияния на самооценку физической активности не выявлено
Potts S, et al. [24]	АСТ в формате самопомощи с телефонным консультированием; АСТ в формате самопомощи с напоминаниями по электронной почте; группа ожидания	55	WSSQ: общее взаимодействие "время × группа" — $F=5,90$; $p<0,01$; внутригрупповой эффект составил $d=1,59$ [1,01; 2,18] для телефонного консультирования, $d=1,30$ [0,71; 1,88] для электронной поддержки и $d=0,26$ [-0,32; 0,85] в группе ожидания; сравнение с группой ожидания — $d=1,13$ [0,38; 1,89] и $d=0,82$ [0,07; 1,56], соответственно; самооценочный ИМТ: значимого эффекта не выявлено ($F=0,40$)	Обе формы вмешательства способствовали снижению самостигматизации, связанной с массой тела. Более выраженные поведенческие эффекты отмечались при телефонном консультировании. Убедительного влияния на индекс массы тела не установлено.

Сокращения: АСТ — acceptance and commitment therapy (терапия принятия и ответственности), ДИ — доверительный интервал, ИМТ — индекс массы тела, КПТ — когнитивно-поведенческая терапия, ASA-24 — Automated Self-Administered 24-hour Dietary Assessment Tool (автоматизированный инструмент самостоятельной 24-ч оценки питания), BDI — Beck Depression Inventory (опросник депрессии Бека), BDI-21 — Beck Depression Inventory, 21-item version (опросник депрессии Бека, 21-пунктовая версия), ВНРАQ — Baecke Habitual Physical Activity Questionnaire (опросник привычной физической активности Бэке), CBT-E — enhanced cognitive behavioural therapy (усиленная когнитивно-поведенческая терапия), DEBQ — Dutch Eating Behavior Questionnaire (Голландский опросник пищевого поведения), EH — Education and Health (программа "образование и здоровье"), EES — Emotional Eating Scale (шкала эмоционального переживания), GAD-7 — Generalized Anxiety Disorder-7 (шкала генерализованного тревожного расстройства, 7 пунктов), HAPIFED — a Healthy Approach to weight management and Food in Eating Disorders (здоровый подход к управлению массой тела и питанию при расстройствах пищевого поведения), HEI — Healthy Eating Index (индекс здорового питания), OR — odds ratio (отношение шансов), PHQ-9 — Patient Health Questionnaire-9 (опросник здоровья пациента, 9 пунктов), SWiM-C — Supporting Weight Management during COVID-19 (программа поддержки контроля массы тела в период COVID-19), WSSQ — Weight Self-Stigma Questionnaire (опросник самостигматизации, связанной с массой тела).

в группе КПТ vs 7,7% в группе сравнения ($p=0,003$). Частота эпизодов перекармливания значимо снижалась в группе КПТ через 3 мес. ($p=0,007$) и к завершению лечения ($p=0,002$). При этом различий по проценту снижения массы тела выявлено не было ($p=0,94$). Это указывает на то, что при приступообразном перекармливании с ожирением КПТ прежде всего модифицирует расстройство пищевого поведения [13].

2) Эффективность АСТ

Систематический обзор и метаанализ Chew H, et al. (2023), в который были включены 13 исследований, указывает, что АСТ может использоваться для улучшения психологических факторов контроля массы тела, а именно для повышения психологической гибкости и снижения самостигматизации, связанной с избыточной массой тела и ожи-

рением. Однако метаанализ не выявил значимого влияния АСТ на массу тела пациентов и на компульсивное или эмоциональное перекармливание, что подтверждает: АСТ влияет на улучшение психосоциального состояния пациентов, не оказывая значительного воздействия на массу тела [14].

Систематический обзор и метаанализ, проведенные Lawlor E, et al. (2020), показали перспективность терапии "третьей волны" КПТ для долгосрочного удержания результатов, причем выраженность эффекта зависела от типа вмешательства и оцениваемого исхода. Достигнутые результаты не только сохранялись, но и улучшались при оценке через 12 и 24 мес., что критически важно, поскольку основной проблемой поведенческих вмешательств является сохранение результатов после завершения психотерапии. Следует особо отметить, что среди подходов "третьей волны"

КПТ в лечении избыточной массы тела и ожирения в ряде работ АСТ демонстрировала благоприятные результаты, особенно в отношении психологических исходов и "удержания" эффекта [15].

Более предметные данные о преимуществах АСТ на этапе поддержания достигнутого результата получены в исследовании ACTonFood. Cattivel- li R, et al. (2021) рандомизировали 155 взрослых пациентов с ожирением, проходивших стационарную мультидисциплинарную реабилитацию, в две группы — АСТ и КПТ. Полученные данные оценивались исходно, при выписке и через 6 мес. На этапе выписки межгрупповых различий по снижению массы тела не выявлено, при этом в группе КПТ наблюдалось более выраженное улучшение по общему баллу опросника клинической оценки исходов в рутинной практике (Clinical Outcomes in Routine Evaluation — Outcome Measure, CORE-OM) и подшкале субъективного благополучия. Через 6 мес. после выписки в группе АСТ отмечались более благоприятные показатели удержания результата: снижение массы тела не < чем на 5% от исходного уровня сохранялось у 62,0% участников в группе АСТ и у 40,8% в группе КПТ, а удержание или дальнейшее снижение массы тела после выписки — у 64,8 vs 47,3%, соответственно [16].

Da Rosa I, et al. (2021) в экспериментальном исследовании сравнивали краткосрочные интенсивные вмешательства АСТ и психообразование/КПТ у 72 взрослых с избыточной массой тела или ожирением. Оценка проводилась до лечения, после его завершения и через 5 мес. В обеих группах было достигнуто сопоставимое снижение массы тела на 3% от исходной без значимых межгрупповых различий. В то же время в группе АСТ отмечались более выраженные изменения по ряду психологических показателей: более низкие баллы по опроснику когнитивного слияния (Cognitive Fusion Questionnaire, CFQ) и опроснику когнитивного слияния, связанного с образом тела (Cognitive Fusion Questionnaire — Body Image, CFQ-BI), что соответствует большему развитию когнитивной диффузии, а также более высокие значения по шкале, отражающей большую осознанность эмоционального ответа на пищу. По общему баллу шкалы приступообразного переедания межгрупповых различий не выявлено, однако при категориальной оценке интенсивности симптомов улучшение чаще наблюдалось в группе АСТ. Эти данные позволяют рассматривать АСТ как перспективный вариант вмешательства для модификации функции пищевого поведения, особенно в случаях, когда оно связано с эмоциональным реагированием, при этом преимуществ АСТ над психообразованием/КПТ в отношении снижения массы тела в данном исследовании не показано [17].

3) Эффективность цифровых форматов КПТ и АСТ

Многоцентровое рандомизированное клиническое исследование у 306 пациентов через 1 год после бариатрической операции показало, что телефонная КПТ, включавшая 6 еженедельных 1-ч сессий и 1 бустерную (поддерживающую) сессию через месяц, не обеспечивала достоверного эффекта по первичному исходу — проценту снижения массы тела от исходной ($p=0,15$). Вместе с тем, вмешательство сопровождалось статистически значимым снижением выраженности приступообразного переедания, эмоционального переедания, депрессивной симптоматики (согласно опроснику здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) и тревоги (согласно шкале генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7) ($p<0,001$ для всех исходов). Таким образом, телефонная КПТ после бариатрической хирургии, по-видимому, действует прежде всего на поведенческие и эмоциональные факторы риска повторного набора массы тела, а не на краткосрочную антропометрическую динамику [18].

В исследовании 5-нед. КПТ-ориентированной нутритивной интервенции через социальную сеть, в финальный анализ вошли 66 участников, из которых 27 имели избыточную массу тела и 39 — ожирение. После завершения программы среднее значение массы тела уменьшилось на 1,1 кг; в подгруппе с избыточной массой тела показатель снизился с 73,9 до 72,8 кг ($p=0,002$), а в подгруппе с ожирением — с 97,2 до 96,1 кг ($p=0,010$). Окружность талии при этом значимо не изменилась. Выраженность приступообразного переедания уменьшилась в обеих подгруппах ($p<0,001$), а у участников с ожирением дополнительно снизились неконтролируемое питание, тревога и стресс, повысилась самооценка. Важным наблюдением было и то, что более активное участие в прямых эфирах ассоциировалось с большим снижением склонности к приступообразному перееданию. Эти данные указывают, что даже краткосрочная цифровая КПТ-интервенция через социальные сети может обеспечивать умеренные изменения массы тела и более выраженные сдвиги в регуляции пищевого поведения и психоэмоционального состояния [19].

В рандомизированном исследовании Männistö S, et al. (2025) 111 работников с ИМТ 30-40 кг/м² были распределены в 3 группы: программа электронного здравоохранения; программа электронного здравоохранения с групповыми встречами; программа электронного здравоохранения с индивидуальными встречами. Во всех группах использовалась программа на основе АСТ. При объединенном анализе всех участников отмечались уменьшение

депрессивной симптоматики в среднем на 2,5 балла по опроснику депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI-21), снижение склонности к приступообразному перееданию на 4,9 балла по шкале приступообразного переедания (Binge Eating Scale, BES), а также рост компетентности в питании, контролируемого ограничительного пищевого поведения и физической активности. Авторы отдельно подчеркивают, что для поддержания положительных изменений может потребоваться более длительное сопровождение после завершения активной фазы вмешательства [20].

Два рандомизированных исследования программы поддержки контроля массы тела в период COVID-19 (Supporting Weight Management during COVID-19, SWiM-C) последовательно показали, что веб-программа самопомощи с сопровождением специалиста на основе АСТ, включающая 12 модулей и поддержку коуча, улучшает детерминанты контроля массы тела без значительного влияния на сам вес. В 4-мес. анализе у 388 взрослых с ИМТ ≥ 25 кг/м² межгрупповая разница по массе тела была незначимой и составляла -0,60 кг (95% ДИ от -1,67 до 0,47; $p=0,27$). При этом в группе SWiM-C отмечались более благоприятные изменения по неконтролируемому пищевому поведению (-3,61; $p<0,05$), когнитивному контролю пищевого поведения (+5,28; $p<0,05$), избеганию внутренних переживаний (-3,39; $p<0,05$) и благополучию (+0,13; $p<0,05$). Через 12 мес. различия по массе тела также отсутствовали: -0,81 кг ($p>0,05$), однако сохранялись улучшения по избеганию внутренних переживаний (-2,45; $p<0,05$), неконтролируемому пищевому поведению (-5,52; $p<0,05$), эмоциональному пищевому поведению (-4,49; $p<0,05$) и физической активности (+8,96; $p<0,05$). Таким образом, результаты свидетельствуют о достижении устойчивого эффекта только в отношении поведенческих и психоэмоциональных факторов [21, 22].

Сходная закономерность наблюдалась и в исследовании онлайн-программы "АСТ on Health", где 79 взрослых с избыточной массой тела или ожирением были рандомизированы в 8-нед. курс АСТ с еженедельной телефонной поддержкой или в группу ожидания. В среднем участники завершили 5,5 из 8 сессий. На этапе завершения вмешательства в группе АСТ, по сравнению с группой ожидания, отмечалось улучшение первичного показателя качества питания — индекса здорового питания (Healthy Eating Index, HEI), рассчитанного по данным автоматизированного инструмента самостоятельной 24-ч оценки питания (Automated Self-Administered 24-hour Dietary Assessment Tool, ASA-24): его среднее значение увеличилось с 51,60 до 57,66 ($F=5,38$; $p<0,05$). К 8-недельному последующему наблюдению этот показатель снизился до

52,27, то есть вернулся к уровню, близкому к исходному. Самооцениваемая масса тела в группе АСТ уменьшилась с 97,1 до 94,5 кг, а при последующем наблюдении составила 94,1 кг; межгрупповое различие также было статистически значимым ($F=8,77$; $p<0,01$). Значимого эффекта в отношении самооценки физической активности выявлено не было. Таким образом, онлайн-АСТ с телефонным сопровождением может способствовать краткосрочному улучшению качества питания, снижению самостигматизации и умеренному снижению массы тела, однако устойчивость эффекта зависит от исхода: для качества питания она в данном исследовании не подтверждена, тогда как для массы тела и самостигматизации краткосрочное сохранение улучшений наблюдалось [23].

В пилотном рандомизированном исследовании Potts S, et al. (2020) 55 взрослых, страдающих ожирением и высокой самостигматизацией, связанной с массой тела, были распределены на 3 группы: АСТ в формате самопомощи с телефонным консультированием; АСТ в формате самопомощи с напоминаниями по электронной почте; группа ожидания. Через 8 нед. в обеих АСТ-группах отмечалось снижение самостигматизации по опроснику самостигматизации, связанной с массой тела (Weight Self-Stigma Questionnaire, WSSQ), тогда как в группе ожидания значимых изменений не наблюдалось; общее взаимодействие "время $\times$ группа" для WSSQ было статистически значимым ($F=5,90$; $p<0,01$). Внутригрупповой эффект составил $d=1,59$ для формата с телефонным сопровождением и $d=1,30$ для формата с электронной поддержкой, тогда как в группе ожидания $d=0,26$. На этапе завершения вмешательства обе активные группы имели более низкие значения WSSQ по сравнению с группой ожидания: $d=1,13$ для телефонного сопровождения и $d=0,82$ для электронной поддержки; при этом различий между двумя форматами АСТ не выявлено ($d=0,32$). Для самооценочного ИМТ значимого эффекта вмешательства не обнаружено ($F=0,40$). Эти данные позволяют рассматривать АСТ в формате управляемой самопомощи прежде всего как подход к снижению самостигматизации, связанной с массой тела; возможные преимущества телефонного сопровождения касаются, скорее, отдельных поведенческих исходов, чем самостигматизации как таковой [24].

Следует также отметить, что систематический обзор приложений для контроля избыточной массы тела показал, что цифровые инструменты, использующие элементы КПТ, прежде всего функции самомониторинга, психообразования и обратной связи, способны повышать вовлеченность пользователей и способствовать переносу поведенческих техник в повседневную жизнь [25].

Заключение

Проведенный анализ литературы показал, что цифровые форматы КПТ и АСТ занимают все более заметное место в комплексном лечении ожирения и избыточной массы тела. Их общая клиническая ценность связана, прежде всего, с воздействием на механизмы, поддерживающие расстройства пищевого поведения и эмоциональную дисрегуляцию: приступообразное и эмоциональное переедание, неконтролируемое питание, психологический дистресс, избегание внутренних переживаний и самостигматизацию. Для цифровой КПТ наиболее воспроизводимыми оказываются эффекты в отношении дезадаптивного пищевого поведения и депрессивно-тревожной симптоматики, тогда как для цифровой АСТ — в отношении психологической гибкости, самостигматизации, эмоционального и неконтролируемого пищевого поведения, а также поведенческих детерминант удержания результата. С практической точки зре-

ния цифровая КПТ представляется более уместной в тех случаях, когда приоритетом являются структурированная коррекция пищевого поведения, профилактика рецидива приступообразного переедания и уменьшение психологического дистресса. Цифровая АСТ, напротив, особенно перспективна при выраженной эмоциональной реактивности, самостигматизации, избегании внутреннего дискомфорта и необходимости длительного поддержания изменений после завершения интенсивной фазы лечения. В целом данные обзора позволяют рассматривать цифровые версии КПТ и АСТ не как замену очной помощи, а как важный компонент персонализированной, поэтапной и более доступной модели ведения пациентов с ожирением и избыточной массой тела.

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

Литература/References

- Shalnova SA, Deev AD, Muromtseva GA, et al. Relation of anthropometric indexes and coronary heart disease. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2018; 17(3):11-6. (In Russ.) Шальнова С.А., Деев А.Д., Муромцева Г.А. и др. Антропометрические индексы и их связь с ишемической болезнью сердца. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(3):11-6. doi:10.15829/1728-8800-2018-3-11-16. EDN: XSROMH.
- Mesarič KK, Pajek J, Zakrajšek BL, et al. Cognitive behavioral therapy for lifestyle changes in patients with obesity and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2023;13(1):12793. doi:10.1038/s41598-023-40141-5. Erratum in: *Sci Rep*. 2023;13(1):22674. doi:10.1038/s41598-023-49838-z.
- Hamer O, Kuroski J, Bray E, et al. Psychological interventions for weight reduction and sustained weight reduction in adults with overweight and obesity: a scoping review. *BMJ Open*. 2024;14. doi:10.1136/bmjopen-2023-082973.
- Drapkina OM, Shepel RN, Vasilyeva LE, et al. Assessment of the level of physical activity in patients with overweight and obesity in the Russian Federation (FACTOR-RF): argumentation and study design. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(3):7-19. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Васильева Л.Э. и др. Оценка уровня физической активности у пациентов с избыточной массой тела и ожирением в Российской Федерации (ФАКТОР-РФ): обоснование и дизайн исследования. *Профилактическая медицина*. 2020;23(3):7-19. doi:10.17116/profmed2020230317. EDN: WOEUGB.
- Drapkina OM, Maslennikova GYa, Shepel RN, et al. Priority areas for the prevention of non-communicable diseases on the agenda of the 75th World Health Assembly: plans for the future. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022;25(6):7-11. (In Russ.) Драпкина О.М., Масленникова Г.Я., Шепель Р.Н. и др. Приоритетные направления профилактики неинфекционных заболеваний в повестке 75-й Всемирной ассамблеи здравоохранения: планы на будущее. *Профилактическая медицина*. 2022;25(6):7-11. doi:10.17116/profmed2022250617. EDN: MYEJSM.
- Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011. 391 p. ISBN 978-1-60918-504-6.
- Savchenko DO, Eliashevich SO, Drapkina OM. The role of psychotherapy methods in modifying eating behavior and promoting weight loss in obese patients: a review of contemporary approaches. *Russian Journal of Young Scientists (Eruditio Juvenium)*. 2025;13(3):533-43. (In Russ.) Савченко Д.О., Елиашевич С.О., Драпкина О.М. Роль психотерапевтических методов в коррекции пищевого поведения и снижении массы тела у пациентов с ожирением: анализ современных подходов. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2025;13(3):533-43. doi:10.23888/HMJ2025133533-543. EDN: WJFVIQ.
- Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Prediabetes: prevalence, associations with cardiovascular risk factors and contribution to survival in the Russian population. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(5):34-44. (In Russ.) Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э. и др. Предиабет: распространенность, ассоциации с сердечно-сосудистыми факторами риска и вклад
- в выживаемость в Российской популяции. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(5):34-44. doi:10.15829/1728-8800-2024-4022. EDN: ELJIPV.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011. 402 p. ISBN: 978-1-60918-962-4.
- Moraes A, Padovani R, La Scala Teixeira C, et al. Cognitive Behavioral Approach to Treat Obesity: A Randomized Clinical Trial. *Front Nutr*. 2021;8:611217. doi:10.3389/fnut.2021.611217.
- Calugi S, Cattaneo G, Chimini M, et al. Cognitive-Psychological Characteristics Influencing Weight Loss in Severe Obesity. *Nutrients*. 2025;17(3):581. doi:10.3390/nu17030581.
- Hay P, Palavras MA, da Luz FQ, et al. Physical and mental health outcomes of an integrated cognitive behavioural and weight management therapy for people with an eating disorder characterized by binge eating and a high body mass index: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):355. doi:10.1186/s12888-022-04005-y.
- Grilo CM, Lydecker JA, Gueorguieva R. Cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder for non-responders to initial acute treatments: Randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2023;56(8):1544-53. doi:10.1002/eat.23975.
- Chew H, Chng S, Rajasegaran N, et al. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2023;28(1):6. doi:10.1007/s40519-023-01535-6.
- Lawlor ER, Islam N, Bates S, et al. Third-wave cognitive behaviour therapies for weight management: A systematic review and network meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2020;21. doi:10.1111/obr.13013.
- Cattivelli R, Usubini A, Manzoni G, et al. ACTonFood. Acceptance and Commitment Therapy-Based Group Treatment Compared to Cognitive Behavioral Therapy-Based Group Treatment for Weight Loss Maintenance: An Individually Randomized Group Treatment Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18):9558. doi:10.3390/ijerph18189558.
- Da Rosa I, Heinen M, De Freitas B, et al. Experimental comparison between intensive interventions based on Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for overweight and obese people. *Rev Bras Ter Comport Cog*. 2021;23(1):e211567. doi: 10.31505/rbtcc.v23i1.1567.
- Sockalingam S, Leung SE, Ma C, et al. Efficacy of Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy for Weight Loss, Disordered Eating, and Psychological Distress After Bariatric Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2023;6(8):e2327099. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.27099.
- Rycheski GG, Dos Santos GR, Bertin CF, et al. Online Cognitive-Behavioral Therapy-Based Nutritional Intervention via Instagram for Overweight and Obesity. *Nutrients*. 2024;16(23):4045. doi:10.3390/nu16234045.
- Männistö SA, Muotka J, Suojanen LU, et al. Effect of Minimal Individual or Group Enhancement in an eHealth Program on Mental Health, Health Behavior, and

- Work Ability in Employees With Obesity: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*. 2025;12:e66518. doi: 10.2196/66518.
21. Mueller J, Richards R, Jones RA, et al. Supporting Weight Management during COVID-19: A Randomized Controlled Trial of a Web-Based, ACT-Based, Guided Self-Help Intervention. *Obes Facts*. 2022;15(4):550-9. doi:10.1159/000524031.
 22. Mueller J, Richards R, Jones RA, et al. Supporting Weight Management during COVID-19 (SWiM-C): twelve-month follow-up of a randomised controlled trial of a web-based, ACT-based, guided self-help intervention. *Int J Obes*. 2023;47(1):51-9. doi:10.1038/s41366-022-01232-x.
 23. Levin M, Petersen J, Durward C, et al. A randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy to improve diet and physical activity among adults who are overweight/obese. *Transl Behav Med*. 2021;11(3):707-17. doi:10.1093/tbm/ibaa123.
 24. Potts S, Krafft J, Levin M. A Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy Guided Self-Help for Overweight and Obese Adults High in Weight Self-Stigma. *Behav Modif*. 2022;46(1):178-201. doi:10.1177/0145445520975112.
 25. Ebrahimi N, Mohammadzadeh N, Ayyoubzadeh S. Evaluation of overweight control applications with cognitive-behavioral therapy approach: A systematic review. *Health Sci Rep*. 2023;6(3):e1157. doi:10.1002/hsr2.1157.
 26. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press; 1976. p. 356. ISBN: 0-8236-0990-1.

Савченко Дарья Олеговна (Darya O. Savchenko) — м.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0009-0001-8047-7903, SPIN-код: 2227-5133;

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430, SPIN-код: 4456-1297.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Долгоруковская ул., д. 4, Москва, 127006, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Russia, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of Russia, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia.