

Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций

А.Е.Неймарк[✉], Ш.А.Еганян, Е.Н.Гринева

ФГБУ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова Минздрава России. 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

В статье рассмотрены и проанализированы результаты разных психологических исследований в бариатрической хирургии, описаны психологические особенности пациентов с морбидным ожирением и после перенесенных бариатрических вмешательств. Определены актуальность проблемы, необходимость проведения подробного психологического исследования эмоционально-личностной сферы пациентов, выбраны психологические методики для работы с пациентами до и после проведения бариатрической операции.

Ключевые слова: бариатрическая хирургия, психологические особенности, эмоционально-личностная сфера, морбидное ожирение.

✉sas_spb@mail.ru

Для цитирования: Неймарк А.Е., Еганян Ш.А., Гринева Е.Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций. Consilium Medicum. 2016; 18 (4): 53–56.

Psychological assessment of the patients before and after bariatric surgery

A.E.Neymark[✉], Sh.A.Eganyan, E.N.Grineva

V.A.Almazov North-West Federal Medical Research Center of the Ministry of Health of the Russian Federation. 197341, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Akkuratova, d. 2

The article describes and analyzes the results of a variety of psychological research in bariatric surgery, the psychological characteristics of patients with morbid obesity and after bariatric surgery. It's necessary to conduct a detailed study psychological emotional-personal sphere of patients before and after bariatric surgery. It choosed psychological techniques for working with patients.

Key words: bariatric surgery, psychological characteristics, emotional-personal sphere, morbid obesity.

✉sas_spb@mail.ru

For citation: Neymark A.E., Eganyan Sh.A., Grineva E.N. Psychological assessment of the patients before and after bariatric surgery. Consilium Medicum. 2016; 18 (4): 53–56.

Введение

В настоящее время распространенность ожирения достигает масштабов эпидемии, что возводит его в ранг одного из самых социально значимых хронических заболеваний. Каждый 4-й житель планеты имеет избыточную массу тела или страдает ожирением, при этом распространенность заболевания продолжает увеличиваться. Избыточная масса тела давно перестала рассматриваться как сугубо эстетическая проблема и расценивается как важный фактор, влияющий на здоровье, трудоспособность и качество жизни человека [3]. Всемирная организация здравоохранения определяет ожирение как глобальную эпидемию, охватывающую миллионы людей. Избыточная масса тела и ожирение по значимости являются 5-м в мире фактором риска смерти. Ожирение уменьшает продолжительность жизни при небольшом избытке массы тела в среднем на 3–5 лет, при выраженном ожирении – до 15 лет. 2,8 млн взрослых людей ежегодно умирают по причине излишней массы тела и ожирения [9].

Как известно, у пациентов с высоким индексом массы тела (>40) и особенно – с морбидным ожирением низкокалорийное питание, изменение образа жизни, программы физических нагрузок и фармакотерапия не дают значимых и стойких результатов в снижении массы тела. В таких случаях значимой альтернативой в достижении долгосрочных результатов снижения массы тела и улучшения метаболических отклонений является бариатрическая хирургия [6]. Это направление хирургии стало активно развиваться в 1990-х годах и сегодня является общепризнанным методом лечения ожирения. Кроме влияния на массу тела, эти операции оказывают значимый эффект на заболевания, сопутствующие ожирению, – сахарный диабет типа 2, артериальную гипертензию, дислипидемию и т.д. По данным метаанализа, проведенного в 2009 г. и включившего в себя более 200 тыс. пациентов, ремиссия диабета после выполнения бариатрических вмешательств достигала 56–98%, артериальной гипертензии – 56–99%, регресс дислипидемии – 43–83%, в зависимости от типа выполненной операции [14].

Однако бариатрическая хирургия сама по себе является лишь первым этапом лечения пациентов с ожирением. В послеоперационном периоде очень важен мультидисциплинарный подход, согласованная работа эндокринолога, диетолога, врача лечебной физкультуры и других специалистов. Необходимо отметить, что важным компонентом такого лечения является психологическое сопровождение пациента: оказание психологической помощи, проведение психологической коррекции имеющихся нарушений эмоционально-личностной сферы, психологической реабилитации с целью адаптации к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период.

В данной статье проблемы пациентов бариатрической хирургии и вопросы оказания им помощи освещаются на стыке клинической психологии и медицины, поэтому в ней содержатся материалы исследований двух областей. Основой для обзора послужили 12 клинико-психологических исследований, из которых 6 имели проспективное направление, 6 – ретроспективное, также в обзор включены клинико-эпидемиологические исследования, в рамках которых проводилась психологическая диагностика пациентов (5 проспективных исследований, 4 – ретроспективных). В основном обзор литературы содержит материалы научных публикаций в рецензируемых журналах и диссертационных исследований. В описанных исследованиях использовались надежные и валидизированные методики психологической диагностики.

Путем научного анализа и синтеза литературных данных обоснована актуальность обсуждаемой темы, раскрыты психологические факторы, участвующие в генезе ожирения. С помощью метода сравнения были выявлены противоречивые результаты исследований состояния пациентов до и после выполнения бариатрической операции и определена целесообразность проведения подробного комплексного исследования в области бариатрической хирургии.

Согласно литературным данным, большую роль в генезе ожирения играют психологические и психопатологические факторы [2, 4, 9, 17, 22]. Методы лечения ожирения ча-

сто не достигают положительных результатов, поскольку обычно фокусируются лишь на одном из компонентов контроля массы тела вместо учета всех трех его составляющих: гормональной, когнитивно-поведенческой и эмоциональной [22].

В проспективных эпидемиологических исследованиях изучалась временная связь между ожирением и депрессией. Большинство из них продемонстрировало, что наличие депрессии повышает риск развития ожирения в будущем. В свою очередь стигматизация лиц с ожирением способствовала развитию у них низкой самооценки, негативного отношения к образу «я» и параллельному нарастанию симптомов тревоги и депрессии. Психопатологический дистресс у лиц с ожирением ухудшал качество жизни достоверно больше, чем сопутствующие ожирению соматические заболевания [11].

Исследование с целью оценки психического состояния пациентов с морбидным ожирением выявило расстройство тревожного и депрессивного характера и более чем в 1/2 случаев – расстройство личности или выраженные акцентуации характера. При этом у пациентов отмечались повышенное внимание к состоянию своего здоровья, склонность к отрицанию тревоги и сниженный контроль за побуждениями [3].

Среди тучных людей распространены нарушения поведения (тревожные и обсессивно-компульсивные расстройства, алкоголизм), у них часто снижена самооценка, многие из них неуверенно чувствуют себя в обществе и имеют слабые адаптационные способности к разным изменениям условий жизни. Неудачи со снижением массы тела усугубляют свойственную лицам с ожирением низкую самооценку и ощущение собственной несостоятельности, замыкая «порочный круг» усилением депрессии и тревоги [10].

Характерными особенностями мышления и восприятия, общими и для ожирения, и для депрессивно-тревожных расстройств, являются ригидность, склонность к «застреванию» в эмоциях, «черно-белое» мышление (по принципу «все или ничего»), катастрофизация (ожидание наихудшего), склонность к необоснованным обобщениям («у меня никогда ничего не получается»), плохая переносимость неопределенности и ожидания [10, 11].

Психологические и поведенческие факторы, такие как недовольство собственным телом, нарушения психического здоровья, низкий уровень самоофективности, высокие ожидаемые показатели похудения, большое количество предпринятых ранее попыток похудения, преобладание эмоциогенного типа пищевого поведения, отрицание своего болезненного состояния, негативно сказываются на процессе проводимого лечения [5, 24].

Пациенты с расстройствами пищевого поведения испытывают чрезмерную потребность быть любимым и чувствовать себя защищенным. В большинстве случаев они ощущают себя неудачниками, нередко испытывают мучительное чувство стыда, имеют склонность к самоуничижению. Они часто боятся, что их покинут и не будут любить. Переедание, в свою очередь, является защитным механизмом от бессознательного страха быть покинутым и отвергнутым [17, 21]. Социальные контакты людей, страдающих ожирением, гораздо более ограничены по сравнению с людьми с нормальной массой тела [11].

Задумавшись о хирургии лишнего веса, человек сталкивается с необходимостью принятия одного из самых серьезных решений в своей жизни. Бариатрическая хирургия многими пациентами воспринимается как магический инструмент, способный изменить его внешний вид и окружающую жизнь. Однако, как известно, без изменения образа жизни и контроля после операции невозможно достичь долгосрочного результата. Бариатрическая хирургия требует от пациентов большой ответ-

ственности и высокой мотивации на соблюдение рекомендаций. Психологическая неподготовленность, неудовлетворенность результатом (идеальное тело), необходимость соблюдения строгих рекомендаций, приводят к росту числа пациентов, страдающих депрессией после операции [8].

Результаты зарубежных исследований говорят о неоднозначности психологических изменений у пациентов после бариатрической операции. Выявлены положительные изменения эмоциональной сферы, с появлением большей открытости и уменьшением чувства беспомощности [16]. С другой стороны, имеется ряд исследований, доказывающих негативные изменения личности после операции, в случае если пациент шел на операцию по психосоциальным соображениям, а не по медицинским показаниям. По их данным, психологические проблемы, которые были у пациентов до операции, спустя 30 мес сохранились у 1/2 из них [15]. Такие противоречия неудивительны, ведь большую часть жизни человек провел с нарушенным чувством уверенности в себе, при этом мечтая о теле, которое было бы просто нормальным. Сравнительный анализ психологического состояния пациентов до и после проведения бариатрической операции (спустя 2 года) показал значительное улучшение качества жизни, однако повышенная чувствительность в межличностных отношениях и тревога отмечались у них как до, так и после операции [1].

Проспективное исследование шведских ученых с участием 4047 пациентов, страдающих ожирением, выявило улучшение психического здоровья после проведения операции. Спустя год отмечалось значительное снижение уровня депрессии и тревоги и изменение Я-концепции пациента: повысилась самооценка, появилось ощущение привлекательности и уверенности в себе, изменилось отношение к телу, улучшилось качество жизни в целом. Предоперационные ожидания пациентов о том, что жизнь кардинально изменится после хирургического вмешательства, оказывали негативное влияние на психологическое здоровье, даже если значительная потеря массы тела была достигнута. Кроме того, некоторые понимали, что не все проблемы решатся после операции, и они уже не смогут приписать имеющиеся у себя эмоциональные нарушения лишнему весу [20]. После проведения бариатрических операций масса тела обычно сильно уменьшается, но затем пациенты теряют контроль над своим пищевым поведением и начинают навязчиво переедать, что может приводить к расширению желудка и набору веса. Подобное поведение исследователи связывают с высоким уровнем коморбидности расстройств пищевого поведения с психическими и поведенческими нарушениями [17].

Желательно, чтобы обследование пациента перед выполнением бариатрической операции включало консультацию психиатра, имеющего опыт в психопатологии ожирения. Эта консультация должна быть направлена на выявление психических расстройств, которые являются противопоказаниями к операции или могут препятствовать соблюдению программы ведения пациента после операции, включая длительный, иногда пожизненный, медицинский контроль и терапию [19].

Российское общество бариатрических хирургов считает психологическую оценку поведенческих, пищевых, семейных факторов пациента неотъемлемой частью дооперационного периода. Целью психологической оценки является не только изучение индивидуальных особенностей, но и разработка индивидуального плана ведения пациента в послеоперационном периоде. Дооперационная психологическая оценка должна включать также ожидания больного от операции, степень мотивации на успех, особенности пищевого поведения и в целом образа жизни. Она позволит настроить пациента на долгосрочное лечение,

спрогнозировать и предотвратить психологические проблемы после хирургического вмешательства, поможет выявить противопоказания к бариатрическим операциям [6].

В России существуют лишь единичные, крайне фрагментарно изложенные исследования психологических особенностей пациентов до и после проведения бариатрических операций, что не позволяет осуществлять эффективное психологическое сопровождение больных с морбидным ожирением на всем пути лечения.

Изучение психологических защит пациентов с морбидным ожирением с целью оказания психотерапевтической поддержки после проведения бариатрических операций показало, что привыкание к качественно новому режиму питания легче всего переносят люди с развитой способностью придерживаться намеченной линии поведения [13].

Исследование личностных особенностей пациентов до и после процедуры бандажирования желудка показало, что у лиц ригидного застревающего типа потеря лишней массы тела отмечалась до 10%, в группе пациентов демонстративного типа с развитым контролем – потеря до 20%, у личностей с активной позицией, с мотивацией достижения цели, – она составляла свыше 20% [7].

Поскольку хирургическое вмешательство является первым и важным шагом к перемене образа жизни, для достижения длительного результата требуется осуществление очень серьезных изменений в образе жизни и приложении значительных усилий. По этим причинам перед операцией обязательно требуется понимание того, готов ли человек к переменам в образе жизни, позволяет ли его психологическое состояние проводить хирургическое вмешательство. Как уже было отмечено, после хирургического вмешательства до 49% пациентов отмечают компульсивное переедание с появлением субъективного ощущения потери контроля. При этом возможно повышение уровня тревожности, наличие депрессивной симптоматики и злоупотребление наркотическими веществами [18, 23]. В связи с этим послеоперационное психологическое сопровождение пациентов с тяжелыми формами ожирения до и после проведения бариатрической операции, помощь в процессе снижения массы тела и, что более важно, при поддержании достигнутых результатов должны являться неотъемлемой составляющей хирургии ожирения [18]. Специалисты, которые занимаются ведением данных состояний, должны учитывать важность многокомпонентной программы лечения и использовать комплексный подход в работе.

Заключение

Бариатрическая хирургия – безопасный и эффективный метод лечения ожирения, который необходимо применять у подготовленных пациентов, как с медицинской, так и с психологической точки зрения.

Анализ литературных данных показывает, что в патогенезе и клинической картине ожирения сочетаются биологические и психологические факторы. Депрессия, тревога и ожирение оказывают друг на друга взаимонегативное влияние.

Взаимосвязь эффективного лечения ожирения и психологических особенностей пациента до настоящего времени остается малоизученной и требует проведения более подробного комплексного исследования.

Целями психологической работы с пациентами, страдающими ожирением, являются: оптимизация эмоционального состояния, повышение уверенности в себе, развитие мотивации на соблюдение здорового образа жизни, поощрение положительных достижений, формирование адекватного восприятия своего телесного образа, коррекция взаимоотношений с ближайшим окружением.

На базе хирургического отделения №1 ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова» проводится комплексное

психологическое исследование пациентов до и после бариатрических операций с использованием следующих методик: опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List–90–Revised) R.L.Derogatis, позволяющий выявить такие симптоматические расстройства, как соматизация, обсессивно-компульсивность, межличностная сенситивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльность, психотизм, симптоматический дистресс [12]; Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire), позволяющий определить типы пищевого поведения пациента, опросник SF-36 (The Short Form-36), оценивающий качество жизни пациента.

На основе результатов, полученных в процессе исследования, планируется разработка психокоррекционной программы (нарушения эмоционально-личностной сферы и пищевого поведения) для пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрических вмешательств, для индивидуальной и групповой форм работы. Данные программы позволят улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ожирением.

Литература/References

1. Гришкян Д.Р. Стратегия и тактика диагностики и хирургического лечения ожирения и его последствий. Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М., 2010. / Grishkian D.R. Strategia i taktika diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniia ozhireniia i ego posledstviia. Avtoref. ... dis. d-ra med. nauk. M., 2010. [in Russian]
2. Гумницкая Т.Н. Психопатологические нарушения и их психотерапия у больных с алиментарно-обменным ожирением (состояние проблемы). Медицинские исследования. 2001; 1 (1): 92–3. / Gumnitskaia T.N. Psikhopatologicheskie narusheniia i ikh psikhoterapiia u bol'nykh s alimentarno-obmennym ozhireniem (sostoianie problemy). Meditsinskie issledovaniia. 2001; 1 (1): 92–3. [in Russian]
3. Гурова О.Ю., Бобров А.Е., Романцова Т.И., Роик О.В. Метаболические и психопатологические особенности у больных морбидным ожирением. Ожирение и метаболизм. 2007; 3: 28–32. / Gurova O.Iu., Bobrov A.E., Romantsova T.I., Roik O.V. Metabolicheskie i psikhopatologicheskie osobennosti u bol'nykh morbidnym ozhireniem. Ozhirenie i metabolizm. 2007; 3: 28–32. [in Russian]
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Патогенетические аспекты ожирения. Ожирение и метаболизм. 2004; 1: 3–9. / Dedov I.I., Mel'nichenko G.A., Romantsova T.I. Patogeneticheskie aspekty ozhireniia. Ozhirenie i metabolizm. 2004; 1: 3–9. [in Russian]
5. Завражных Л.А., Смирнова Е.Н., Зиньковская Т.М. Влияние психологического профиля на эффективность лечения больных метаболическим синдромом. Практическая медицина. 2010; 43: 118–21. / Zavrazhnykh L.A., Smirnova E.N., Zin'kovskaia T.M. Vliianie psikhologicheskogo profilia na effektivnost' lecheniia bol'nykh metabolicheskim sindromom. Prakticheskaiia meditsina. 2010; 43: 118–21. [in Russian]
6. Клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии. М.: Российское общество бариатрических хирургов, 2014. / Klinicheskie rekomendatsii po bariatricheskoi i metabolicheskoi khirurgii. M.: Rossiiskoe obshchestvo bariatricheskikh khirurgov, 2014. [in Russian]
7. Марголина М., Шмелева Н., Марголина Е. и др. Дооперационная психологическая оценка пациента как критерий эффективности бандажирования желудка. Материалы Пятого российского симпозиума с международным участием 25–27 июня 2009 г. Хирургическое лечение ожирения и метаболических нарушений. Под ред. Ю.И.Яшкова, М.С.Синеокой. Самара, 2009. / Margolin M., Shmeleva N., Margolina E. i dr. Dooperatsionnaia psikhologicheskaia otsenka patsienta kak kriterii effektivnosti bandazhirovaniia zheludka. Materialy Piatogo rossiiskogo simpoziuma s mezhdunarodnym uchastiem 25–27 iunია 2009 g. Khirurgicheskoe lechenie ozhireniia i metabolicheskikh narusheniia. Pod red. Iu.I.Iashkova, M.S.Sineokoi. Samara, 2009. [in Russian]
8. Ростовцева Е. Психология подготовки к бариатрической операции и жизни после нее. Практическое руководство для пациентов. М., 2013. <http://bariatricresults.ru/other/book.shtml> / Rostovtseva E. Psikhologiiia podgotovki k bariatricheskoi operatsii i zhizni posle nee. Prakticheskoe rukovodstvo dlia patsientov. M., 2013. <http://bariatricresults.ru/other/book.shtml> [in Russian]
9. Сидоров А.В. Стили пищевого поведения и психологические характеристики клиентов программ снижения веса с алиментарным ожирением. Автореф. ... дис. канд. психол. наук. СПб, 2012. / Sidorov A.V. Stili pishchevogo povedeniia i

- psikhologicheskie kharakteristiki klientov programm snizheniia vesa s alimentarnym ozhireniem. Avtoref. ... dis. kand. psikhol. nauk. SPb, 2012. [in Russian]
10. Старостина Е.Г. Особенности диагностики и лечения психосоматических расстройств в работе врача общей практики. В сб.: Альманах клинической медицины. Т. VII. Под ред. В.И.Шумского. М., 2004; с. 239–49. / Starostina E.G. Osobennosti diagnostiki i lecheniia psikhosomaticheskikh rasstroistv v rabote vracha obshchei praktiki. V sb.: Al'manakh klinicheskoi meditsiny. T. VII. Pod. red. V.I.Shumskogo. M., 2004; s. 239–49. [in Russian]
 11. Старостина Е.Г. Расстройства приема пищи: клинико-эпидемиологические аспекты и связь с ожирением. Врач. 2005; 2: 28–30. / Starostina E.G. Rasstroistva priema pishchi: kliniko-epidemiologicheskie aspekty i sviaz' s ozhireniem. Vrach. 2005; 2: 28–30. [in Russian]
 12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001; с. 146–57. / Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. SPb: Piter, 2001; s. 146–57. [in Russian]
 13. Фирсова Л.Д., Аскерханов Р.Г. Психотерапевтическая поддержка пациентов после бариатрических операций. Сборник тезисов 5–6 марта 2015 г. 41-я научная сессия ЦНИИГ «Расширяя границы». / Firsova L.D., Askerkhanov R.G. Psikhoterapevticheskaia podderzhka patsientov posle bariatricheskikh operatsii. Sbornik tezisov 5–6 marta 2015 g. 41-ia nauchnaia sessiia TsNIIG «Rashiriaia granitsy». [in Russian]
 14. Buchwald H, Estok R, Fahrbach K et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Am J Med* 2009; 122 (3): 248–56.
 15. Bull R, Legorreta G. Outcome of gastric Surgery for morbid obesity. Weight change and personality traits. *Psychotherapy of Psychosomatics* 1991; 56: 146–56.
 16. Castelnuovo P, Schiebel D. Studies of Superobesity. *Am J Psych* 1976; 133: 26–33.
 17. Deters Hayes K.A. Расстройства пищевого поведения: психодинамическая концептуализация заболевания. НЕЙРОNEWS» Психоневрология и нейропсихиатрия. 2011; 7 (34): 36–41. / Deters Hayes K.A. Rasstroistva pishchevogo povedeniia: psikhodinamicheskaia kontseptualizatsiia zaboлевaniia. NEIRONNEWS» Psikhonevrologiia i neiropsikhiatritia. 2011; 7 (34): 36–41. [in Russian]
 18. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA et al. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 2005; 15: 567–73.
 19. Hsu L, Benotti P, Dwyer J. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med* 1998; 60: 338–46.
 20. Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *J Obes* 2013; 5. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/837989>
 21. Klotter C. Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem. Heidelberg: Asanger, 1990.
 22. Kreier F. To be, or not to be obese—that's the challenge: a hypothesis on the cortical inhibition of the hypothalamus and its therapeutic consequences. *Medical Hypotheses* 2010; 75 (2): 214–7.
 23. Marcus MD, Kalarchian MA, Courcoulas AP. Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *Am J Psychiatry* 2009; 166 (3): 285–91.
 24. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2011; 12: 912–34.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Неймарк Александр Евгеньевич – канд. мед. наук, зав. лаб. хирургии метаболических нарушений ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова. E-mail: sas_spb@mail.ru

Еганян Шушаник Арамовна – канд. психол. наук, науч. сотр. НИЛ хирургии метаболических нарушений ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова

Гринева Елена Николаевна – д-р мед. наук, проф., дир. Института эндокринологии ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова