

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ «12 МИШЕНЕЙ»



© А.Е. Неймарк*, Ш.А. Еганян

Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность разработки индивидуальной модели психологического сопровождения пациентов бариатрической хирургии «12 мишеней» в рамках мультидисциплинарного подхода лечения ожирения обусловлена тем, что результативность хирургического лечения значительно подвержена влиянию индивидуально-психологических особенностей пациента. Комплексная оценка психологического состояния пациентов и проведение психокоррекционных мероприятий до и после выполнения бариатрических операций позволяют повысить эффективность хирургического лечения и предотвратить риски рецидива.

Индивидуальная модель психологического сопровождения бариатрического пациента «12 мишеней» построена по принципу психокоррекционной программы, которая представляет собой интегративный подход с использованием психотерапевтического инструментария различных направлений клинической психологии и психотерапии. Выделено 12 универсальных мишеней психокоррекционного воздействия в работе с бариатрическими пациентами. Программа реализуется в два этапа: психологическая подготовка к бариатрической операции, психологическая адаптация к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период.

В программе индивидуального психологического сопровождения приняли участие 20 бариатрических пациентов, из них 11 человек (1-я группа) участвовали во всех этапах психокоррекционных мероприятий; 9 человек (2-я группа) не проходили психологическую подготовку к операции, они были включены уже во 2-й этап работы по психологической адаптации к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период. Промежуточные результаты оценки эффективности психологического сопровождения пациентов, которые опираются на процент снижения индекса массы тела, показывают достижение стабильности в снижении избыточной массы тела в процессе психологических интервенций в обеих группах.

Описанная модель психологической работы позволит клиническим психологам, работающим в мультидисциплинарной команде в бариатрии, ориентироваться на универсальные мишени проблемного поля бариатрического пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: модель психологического сопровождения; 12 мишеней; бариатрический пациент; бариатрическая хирургия.

INDIVIDUAL MODEL OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT BARIATRIC SURGERY PATIENTS «12 TARGETS»

© Aleksandr E. Neimark*, Shushanik A. Eganian

Almazov National Medical Research Centre, Saint-Petersburg, Russia

The relevance of developing an individual model of psychological support for patients with bariatric surgery «12 targets» in the framework of a multidisciplinary approach to the treatment of obesity is due to the fact that the effectiveness of surgical treatment is significantly influenced by the individual psychological characteristics of the patient. A comprehensive assessment of the psychological state of patients and the implementation of psychocorrective measures before and after bariatric surgery can improve the effectiveness of surgical treatment and prevent the risk of relapse.

The individual model of the psychological support of the bariatric patient is built on the principle of a psycho-correction program, which is an integrative approach using psychotherapeutic tools from various areas of clinical psychology and psychotherapy. 12 universal targets of psycho-corrective influence in work with bariatric patients have been identified. The program is implemented in two stages: psychological preparation for bariatric surgery, psychological adaptation to physiological and psychological changes in the postoperative period.

20 bariatric patients took part in the program of individual psychological support, 11 of them (group 1) participated in all stages of psycho-corrective measures; 9 people (group 2) did not undergo psychological preparation for surgery, they were already included in the second stage of work on psychological adaptation to physiological and psychological changes in the postoperative period. Intermediate results of evaluating the effectiveness of psychological support for patients, which are based on the percentage of BMI reduction, show the achievement of stability in reducing overweight in the process of psychological interventions in both groups.

The described model of psychological work will allow clinical psychologists working in a multidisciplinary team in bariatrics to focus on the universal targets of the problem field of a bariatric patient.

KEYWORDS: psychological support model; 12 targets; bariatric patient; bariatric surgery.

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.



ОБОСНОВАНИЕ

Распространенность избыточного веса и ожирения за последние десятилетия и в развитых, и в развивающихся странах мира достигла эпидемических показателей. ВОЗ объявила ожирение глобальной эпидемией, которая в настоящее время является одной из наиболее значимых проблем медицины. Количество пациентов, страдающих ожирением, превышает 650 млн человек. Этот диагноз стремительно «молодеет»: доля детей и подростков с повышенной массой тела растет год от года. В целом в мире от последствий избыточного веса и ожирения умирают больше людей, чем от последствий аномально низкой массы тела. Число людей с ожирением превышает число людей с пониженной массой тела; такое положение дел наблюдается во всех регионах, кроме некоторых районов Африки к югу от Сахары и Азии [1]. Затраты системы здравоохранения и экономические последствия ожирения весьма существенны, в развитых странах ~2–8% от общих затрат здравоохранения напрямую связаны с проблемой ожирения [2].

Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что тяжелые формы ожирения, так называемое «морбидное ожирение», при котором индекс массы тела (ИМТ) более 40 кг/м², являются причиной развития серьезных заболеваний сердечно-сосудистой и опорно-двигательной систем, сахарного диабета 2 типа, что, в свою очередь, снижает продолжительность и качество жизни человека [3–5].

Американское общество специалистов в области метаболической и бариатрической хирургии (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Update to the 2014–2015) определяет ожирение как хроническое рецидивирующее многофакторное нейроповеденческое заболевание, при котором увеличение жира в организме способствует дисфункции жировой ткани и биомеханическому воздействию жировой ткани на окружающие ткани с развитием метаболических и психосоциальных последствий для здоровья [6].

Ожирение является сложной проблемой, как известно, сложные поведенческие проблемы невозможно решить простыми способами. Для большинства пациентов, страдающих морбидным ожирением, лечение с помощью консервативных методов (диетотерапия, фармакотерапия, физические нагрузки) малоэффективно. Успехи консервативной терапии на практике столь низки потому, что игнорируется баланс наслаждения больного, для которого в целом более приемлемым и переносимым является сохранять свой избыточный вес, чем разбираться со своими проблемами [7, 8]. Современные рекомендации профессиональных сообществ смещают акцент с коррекции веса на улучшение показателей здоровья пациента. Лечение ожирения не должно ограничиваться упрощенным подходом меньше есть, больше двигаться. Понимание физических, психологических, социально-экономических особенностей человека позволяет разрабатывать индивидуальный план лечения. Основной задачей в терапии ожирения является постепенная поведенческая модификация, в т.ч. нормализация пищевого поведения с закреплением правильного пищевого стереотипа, что требует проведения продолжительных терапевтических курсов [6]. Одним из патогенетических

факторов, запускающих процесс набора лишнего веса, является психогенное перекармливание, которое, в свою очередь, провоцируется переживанием стресса. Это актуализирует проблему поиска новых высокоэффективных способов терапии нарушений пищевого поведения, разработки комплексных персонализированных программ, построенных с учетом психологических особенностей людей, склонных к конкретному виду перекармливания [9].

Одним из наиболее эффективных способов лечения ожирения стала бариатрическая хирургия. Хирургическое лечение позволяет не только снизить вес, но и существенно сократить частоту развития сопутствующих ожирению заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, ишемическая болезнь сердца), тем самым увеличивая продолжительность жизни человека и улучшая ее качество [3]. Количество бариатрических операций, выполняемых в мире, ежегодно увеличивается, сегодня в год выполняется ~700 тысяч вмешательств. Бариатрические операции включены в большинство клинических рекомендаций как один из методов лечения выраженного (морбидного) ожирения [6, 10].

Согласно национальным клиническим рекомендациям по ожирению Минздрава 2020 г., хирургическое лечение рекомендуется пациентам с морбидным ожирением в возрасте 18–60 лет при неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий при ИМТ >40 кг/м² (независимо от наличия сопутствующих заболеваний) и при ИМТ >35 кг/м² и наличии тяжелых заболеваний (сахарный диабет 2 типа, заболевания суставов, синдрома обструктивного апноэ сна), на течение которых можно воздействовать путем снижения массы тела [11].

Ожирение, как полиэтиологическое заболевание, требует мультидисциплинарного подхода в рамках биопсихосоциальной модели на всех этапах бариатрического лечения. Несмотря на значимую эффективность, хирургическое лечение — лишь одна составляющая комплексного подхода к лечению ожирения, поскольку его результативность значительно подвержена влиянию различных факторов, в том числе психологического состояния пациента [3, 12].

При этом остаются малоизученными психологические факторы, участвующие в снижении избыточной массы тела в послеоперационный период, выявление которых может иметь прогностическую ценность для улучшения результатов лечения морбидного ожирения [13]. В настоящее время не существует ведущей теории, объясняющей механизмы развития нарушений питания и ожирения, в связи с этим особую важность представляют использование персонализированного подхода в лечении и разработка психокоррекционных программ [14, 15]. Важно отметить, что психологическое сопровождение пациента является неотъемлемой составляющей хирургического лечения ожирения. Одним из важных компонентов комплексного лечения является проведение психологической диагностики психоэмоционального состояния пациентов и психокоррекционных мероприятий в периоды до и после проведения бариатрических операций [16–18]. Предоперационная психологическая оценка позволяет выявить предикторы отдаленных результатов бариатрической операции, выявление этих факторов риска обеспечивает важные цели для пред- и послеоперационных клинических вмешательств с целью улучшения результатов

хирургического лечения [19]. Психологическое сопровождение после бариатрической операции позволяет повысить уровень физического и психологического благополучия пациентов и обеспечивает долгосрочное поддержание веса [20, 21].

Позитивный результат операции возможен только при полной переоценке взглядов на собственную жизнь во всех ее сферах — отношении к себе и собственному здоровью, постановке и достижению жизненных целей и задач, характеру питания и физической активности, развитию ответственности за свою жизнь. То, что эти перемены произойдут сами собой, маловероятно, даже после такого мощного воздействия, как хирургическое вмешательство. Несравнимо чаще достижение результата требует осознанных усилий не только в связи с соматическими проблемами послеоперационного периода, но и с негативными реакциями психического свойства на вынужденные изменения жизненного стереотипа [22]. Необходимость изменения привычного образа жизни и питания, невозможность снятия эмоционального напряжения привычным способом из-за необходимости выполнения послеоперационных рекомендаций может приводить к снижению качества жизни после операции. В свою очередь, субъективная неудовлетворенность качеством своей жизни является одной из причин эмоционального переедания, что может вести к повторному набору веса. Психологические программы, направленные на улучшение восприятия качества жизни, могут помочь в борьбе с ожирением и набором веса после бариатрического оперативного лечения [23]. Результаты различных научных исследований и обзор литературы свидетельствуют о важности предоперационной психологической оценки состояния пациентов бариатрической хирургии и острой необходимости оказания им индивидуальной послеоперационной психологической поддержки [24–26].

Лечение психогенного переедания осуществляется в рамках ведущих психотерапевтических подходов, однако в них, как правило, нет специализированных программ, которые могут быть реализованы в рамках персонализированного подхода, опирающегося на выделение индивидуальных мишеней психотерапевтического воздействия [9]. Единичные интегрированные программы психологической коррекции, используемые в комплексном лечении ожирения, позволяют увеличить эффективность лечения в долгосрочной перспективе [16, 27]. В бариатрической хирургии отсутствует разработанный подход индивидуально-психологической работы с пациентом, что является актуальной научно-практической задачей, требующей взаимодействия широкого круга специалистов. Разработка программы психокоррекции индивидуально-психологических особенностей пациентов бариатрической хирургии, препятствующих успешному снижению избыточной массы тела в послеоперационный период, и психологическое сопровождение на всех этапах лечения позволят повысить эффективность хирургического лечения. Представленная индивидуальная модель психологического сопровождения бариатрического пациента «12 мишеней» является мишенецентрированной и учитывает как индивидуально-психологические особенности лиц с ожирением, так и особенности психоэмоционального состояния, свой-

ственные бариатрическим пациентам после операции. Модель разработана на основе практического опыта психологической работы с бариатрическими пациентами, результатов зарубежных психологических исследований бариатрических пациентов, в том числе, предварительно проведенного исследования «Психологические факторы в снижении избыточной массы тела после бариатрических операций» [28–30]. В научном исследовании была проведена оценка психологического симптоматического статуса 32 бариатрических пациентов с исходным ИМТ 45,36 кг/м² [31]. Анализ научных данных позволил выделить 12 универсальных мишеней психокоррекционного воздействия в работе с бариатрическими пациентами, которые могут воздействовать на эффективность хирургического лечения.

Индивидуальная модель психологического сопровождения бариатрического пациента построена по принципу психокоррекционной программы, которая представляет собой интегративный подход с использованием психотерапевтического инструментария различных направлений клинической психологии и психотерапии: когнитивно-поведенческая психотерапия, транзактный анализ, семейная психотерапия, арт-терапия, нейролингвистическое программирование, гештальт-терапия. Научно-методологической основой программы явились концепция личности как многоуровневой системы отношений, выражающей личностный опыт и определяющей переживания человека (Мясищев В.Н.); теория психосоматических взаимоотношений В.А. Ананьева (биопсихосоциальная концепция); системно-структурный подход (Ломов Б.Ф., Ананьев Б.Г.), комплексный подход к терапии избыточного веса и ожирения [32–34].

ЦЕЛЬ

Демонстрация предварительных результатов оценки эффективности индивидуальной модели психологического сопровождения бариатрического пациента «12 мишеней» на примере серии клинических случаев.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЕВ

Место и время проведения

Место проведения. Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Минздрава России, НИЛ хирургии метаболических нарушений.

Время проведения. В период с 2017 г. по 2022 г.

Изучаемые популяции

Изучалась одна популяция.

Критерии включения: недостаточный уровень психологической готовности к бариатрической операции; наличие трудностей в адаптации после операции.

Описание медицинского вмешательства.

Психокоррекционная работа проводилась индивидуально клиническим психологом. Пациентам пояснялись цели и необходимость проводимых мероприятий. Первый этап работы включает в себя диагностический блок и психологическую подготовку пациента к предстоящей операции. Продолжительность работы психолога

с бариатрическим пациентом определяется индивидуально. Перед выполнением бариатрической операции проводится до 5 сессий, частота встреч — 1 раз в неделю, длительность сессии — 60 минут.

Второй этап работы включает в себя психологическую адаптацию пациента к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период. После выполнения бариатрической операции проводится от 10 сессий и до периода достижения стабильного результата в снижении массы тела, частота встреч — 1 раз в неделю, длительность сессии — 60 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В программе индивидуального психологического сопровождения и психокоррекции приняли участие 20 бариатрических пациентов (3 мужчин и 17 женщин), из них 11 человек составили 1-ю группу, 9 пациентов — 2-ю группу. Пациенты 1-й группы участвовали в двух этапах психокоррекционных мероприятий, включающих в себя, как психологическую подготовку к бариатрической операции, так и психологическую адаптацию к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период. Средний исходный ИМТ пациентов 1-й группы до хирургического вмешательства составлял $47,7 \text{ кг/м}^2$ ($+63,2$; -35). После психокоррекционных мероприятий средний ИМТ составляет $34,3 \text{ кг/м}^2$ ($+53$; -28). Пациенты 2-й группы не проходили психологическую подготовку к операции и были включены во второй этап работы по психологической адаптации к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период. Участники 2-й группы обратились за психологической помощью с различными трудностями (остановка или набор веса, тяга к пище и возврат эпизодов переедания) спустя 6 мес и более, после бариатрической операции. Средний исходный ИМТ пациентов 2-й группы до хирургического вмешательства составлял $48,6 \text{ кг/м}^2$ ($+65,3$; -35). Спустя 6 мес и более, после хирургического вмешательства, в момент обращения за психологической помощью средний ИМТ составлял $38,7 \text{ кг/м}^2$ ($+53$; -30). После проведенных мероприятий по психологической адаптации к послеоперационному периоду во 2-й группе средний ИМТ составил 36 кг/м^2 ($+46$; -29). Средний возраст пациентов в обеих группах — 40 лет ($+53$; -23). В 3 случаях была выполнена операция мини-гастрошунтирование, остальным — лапароскопическая продольная резекция желудка.

Психодиагностический блок позволяет предварительно оценить индивидуально-психологические особенности пациента перед бариатрической операцией, определить тип пищевого поведения, изучить общее эмоциональное состояние и выявить уровень психологической готовности пациента к операции. На основе результатов психодиагностики индивидуально-психологических особенностей пациента разрабатывается индивидуальный план ведения пациента с целью сопровождения его на всех этапах лечения.

Первый этап работы включает в себя психологическую подготовку пациента к предстоящей операции. При этом основными мишенями перед принятием решения о проведении бариатрической операции являются

тревно-депрессивная симптоматика, низкая приверженность лечению, низкий уровень психологической готовности к бариатрической операции, недостаточная мотивация, нереалистичные ожидания. При обнаружении выраженной тревожно-депрессивной симптоматики пациент направляется к врачу-психотерапевту для подключения фармакотерапии в рамках комплексного лечения.

Второй этап работы включает в себя психологическую адаптацию пациента к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период. Основными мишенями после выполненной бариатрической операции в работе с пациентом являются неадаптивный образ жизни, стратегии поведения и привычки, способствующие перееданию и набору веса, страхи, нарушенное пищевое поведение, вторичные выгоды ожирения, дезадаптивные мысли и убеждения, адаптационные ресурсы.

Ниже представлены 12 основных мишеней, которые содержатся в проблемном поле психологической работы с бариатрическим пациентом (рис. 1).

1. Неадаптивный образ жизни — гиподинамия, нарушенный сон, отсутствие режима питания, отсутствие заботы о себе и своем здоровье, характерные для пациентов с морбидным ожирением.
2. Стратегии поведения и привычки, способствующие перееданию и набору веса, — пищевые стратегии, стереотипы поведения, индивидуальные способы реагирования на внутренние и внешние сигналы, сохранение которых после операции может снижать эффективность лечения.
3. Тревно-депрессивная симптоматика — высокая тревожность и подавленность могут способствовать увеличению количества эпизодов переедания, после которых тревожно-депрессивная симптоматика, как правило, нарастает.
4. Страхи — перед бариатрической операцией страхи связаны с предстоящими изменениями, страх перед неизвестностью, страх смерти и травматизации во время хирургического вмешательства; после операции — страх «разорвать желудок», страх обратного набора веса, социальные страхи.
5. Низкая приверженность лечению — несоблюдение пациентом рекомендаций, неготовность сотрудничать с командой специалистов, неумение длительное время соблюдать правила и предписания, трудности в принятии ответственности за выздоровление и неорганизованность снижают эффективность проводимых лечебных мероприятий.
6. Низкий уровень психологической готовности к бариатрической операции — наличие слабой и нестабильной мотивации, неготовность модифицировать образ жизни, низкая приверженность лечению.
7. Недостаточная мотивация — отсутствие внутренней осознанной мотивации к лечению, основанной на субъективно переживаемом страдании от ожирения. Недостаточная мотивация бывает связана с тем, что человек адаптируется к ограничениям, связанным с тяжелым весом.
8. Нарушенное пищевое поведение — активность одной из форм нарушений пищевого поведения: эмоциональное, ограничительное, экстернальное может



Рисунок 1. 12 мишеней модели индивидуального психологического сопровождения бариатрических пациентов.

Figure 1. 12 targets of the model of individual psychological support for bariatric patients.

приводить к пищевым срывам в послеоперационный период и снижать качество жизни пациента.

9. Вторичные выгоды ожирения — потребности, которые продолжают удовлетворяться благодаря ожирению, могут способствовать удержанию веса после операции.
10. Дезадаптивные мысли и убеждения, способствующие удержанию лишнего веса. Примеры: «Я не могу съесть лишь одно печенье, мне нужно съесть всю пачку»; «Если я займусь своим здоровьем, то у меня не останется времени на семью и работу».
11. Нереалистичные ожидания — нереалистичные представления пациента в отношении предстоящей операции и снижении веса приводят к переживанию фрустрации и снижению успешности лечения.
12. Недостаточность адаптационных ресурсов, личностных и социальных — несоответствие возможностей личности пациента требованиям послеоперационного периода, трудности в приспособлении к изменениям и психосоциальной интеграции, мобилизации ресурсов и поиска способов замещения пищевых привычек, отсутствие социальной поддержки.

В рамках данной модели не выделяются первичные и вторичные воздействия, каждая мишень исследуется и прорабатывается на всем пути лечения и рассматривается во взаимозависимости всех действующих факторов.

В блоке оценки эффективности психокоррекционных воздействий проведена сравнительная оценка снижения процента избыточной массы тела группы пациентов, участвующих во всех этапах психокоррекционных мероприятий в процессе лечения (рис. 2), с группой пациентов, которые получали психологическую поддержку только после бариатрической операции (рис. 3). Оценка ИМТ после операции проводилась индивидуально на разных этапах лечения в зависимости от прохождения пациентом необходимых этапов психологического сопрово-

ждения. Как показано в рис. 2, средний исходный ИМТ пациентов 1-й группы до хирургического вмешательства составлял 47,7 кг/м². Благодаря участию во всех этапах психологического сопровождения пациентам 1-й группы удалось достичь стабильности в снижении массы тела — средний ИМТ 34,3 кг/м².

Как показано на рис. 3, средний исходный ИМТ пациентов 2-й группы до хирургического вмешательства составлял 48,6 кг/м². Спустя 6 мес и более, после хирургического вмешательства, в момент обращения за психологической помощью у пациентов отмечалась остановка или тенденция к набору веса и возврат эпизодов переедания, при этом средний ИМТ составлял 38,7 кг/м². В период проводимых мероприятий по психологической адаптации к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период во 2-й группе удалось достичь стабильного снижения массы тела — средний ИМТ составил 36 кг/м².

Промежуточные результаты оценки эффективности реализуемой модели показывают, что в обеих группах психологические интервенции позволили добиться стабильности в снижении избыточной массы тела. При этом более успешное снижение массы тела отмечается в 1-й группе, прошедшей все этапы психологической работы. Дальнейшее наблюдение пациентов обеих групп выявило оптимизацию психоэмоционального статуса пациентов, во взаимодействии с бариатрическим хирургом присутствие конструктивного комплаенса.

Нежелательные явления

В ходе проведения психокоррекционных мероприятий не отмечалось нежелательных явлений. Специалистами была обеспечена конфиденциальность полученных психологических данных в каждом отдельном случае.



Рисунок 2. Измерение динамики воздействия проводимых психокоррекционных мероприятий на эффективность снижения избыточной массы тела в 1-й группе пациентов.

Figure 2. Measurement of the dynamics of the impact of ongoing psycho-corrective measures on the effectiveness of reducing excess body weight in group 1 of patients.



Рисунок 3. Измерение динамики воздействия проводимых психокоррекционных мероприятий на эффективность снижения избыточной массы тела во 2-й группе пациентов.

Figure 3. Measurement of the dynamics of the impact of ongoing psycho-corrective measures on the effectiveness of reducing excess body weight in group 2 patients.

ОБСУЖДЕНИЕ

Сопоставление с другими публикациями

Сопоставление наших данных с данными зарубежных исследований показало, что существующие программы психологической поддержки бариатрических пациентов в основном направлены на более узкие мишени: мотивационная поддержка, диетическое просвещение, модификация образа жизни, самоконтроль. При этом в данных программах не учитывается тот факт, что для изменения поведения в первую очередь необходимо работать с эмоциональной и когнитивной сферой, в частности с убеждениями, способствующими переизбытку и набору веса [35, 36]. Можно заключить, что предлагаемая индивидуальная модель психологического сопровождения пациентов бариатрической хирургии «12 мишеней» нацелена на решение более широкого круга проблем, что создает большую психологическую безопасность для пациента в период лечения. Более того, как показывает промежуточная проверка эффективности проводимой психологической работы, недостаточная психологическая готовность к бариатрической операции может создавать трудности адаптации к новой реальности после операции и замедлять процесс снижения массы тела.

Клиническая значимость результатов

Представленная научная статья описывает 12 универсальных мишеней в психологической работе с бариатрическими пациентами, которые могут являться, в том числе, прогностическими критериями при оценке результатов успешности снижения веса после хирургического вмешательства. В статье представлены промежуточные результаты оценки эффективности индивидуальной модели психологического сопровождения пациентов бариатрической хирургии «12 мишеней», которые опираются на процент снижения ИМТ. При этом ожидается, что психологическая работа с указанными мишенями позволяет реализовать следующие задачи.

1. Принятие пациентом ответственности за выздоровление.
2. Усиление мотивации в снижении лишнего веса.
3. Оптимизация эмоционального состояния.
4. Формирование осознанного пищевого поведения.
5. Формирование конструктивного комплаенса и повышение психологической готовности пациента к бариатрической операции.
6. Модификация образа жизни.
7. Профилактика рисков рецидива в послеоперационный период.
8. Активация внутренних ресурсов и развитие на их основе адаптивных стратегий поведения.
9. Формирование реалистичных ожиданий в отношении хирургического лечения.
10. Успешное снижение избыточной массы тела и удержание достигнутого веса в долгосрочной перспективе.

На сегодняшний день бариатрическая хирургия является наиболее эффективной долговременной терапией для ведения пациентов с морбидным ожирением, однако бариатрические пациенты могут сталкиваться с новыми специфическими психологическими и клиническими проблемами после операции. Описанная модель работы с бариатрическим пациентом позволит клиническим психологам, работающим в мультидисциплинарной команде в бариатрии, ориентироваться на универсальные мишени проблемного поля бариатрического пациента.

Ограничения

Ограниченность результатов проводимых психокоррекционных мероприятий может быть связана с небольшой выборкой и неравномерным распределением групп (1-я группа — 11 человек, 2-я группа — 9 человек), набором пациентов в одном центре.

Направления дальнейших исследований

В настоящее время продолжают участие в психокоррекционных мероприятиях 11 пациентов из обеих групп. В дальнейшем планируются включение большего числа

участников в программу индивидуального психологического сопровождения на всех этапах хирургического лечения и масштабная оценка эффективности психологических интервенций с проведением статистического анализа и оценки представленных мишеней до и после участия в программе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность психокоррекционных воздействий определяется процентом снижения избыточной массы тела после проведенной операции и его стабильности, удержанием веса в долгосрочной перспективе, изменением образа жизни пациента, эмоциональным благополучием в период снижения веса, формированием и сохранением конструктивного комплаенса, отношением к здоровью как к неотъемлемой ценности, отсутствием рецидивов.

Психокоррекционные мероприятия на всех этапах хирургического лечения позволяют создать для бариатрического пациента «психологический корсет», который, в свою очередь, позволит повысить его адаптивность, жизнестойчивость и готовность к изменениям.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Средства государственного задания № 121031000362-3.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Участие авторов. Неймарк А.Е. — концепция модели психокоррекционной программы, идея презентации модели в форме научной публикации, содействие в создании программы, утверждение рукописи для публикации; Еганян Ш.А. — автор программы индивидуального психологического сопровождения пациентов бариатрической хирургии «12 мишеней», подбор техник и методов, выявление мишеней психокоррекции, реализация и описание формы работы. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

Согласие пациента. Все пациенты дали добровольное информированное согласие на участие в индивидуальной психокоррекционной работе и публикации персональной медицинской информации в обобщенной форме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

- WHO 2020. *Obesity and overweight* [cited 29.11.2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Available from: https://www.who.int/europe/health-topics/obesity#tab=tab_2.
- Российское общество бариатрических хирургов. *Клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии*. — М.: 2014. [Russian Society of Bariatric Surgeons. *Clinical recommendations for bariatric and metabolic surgery*. Moscow: 2014. (In Russ.)].
- Марголин М., Шмелёва 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» Самара. 2009. С. 47. [Margolin M, Shmelyova N, Margolina E, et al. *Preoperative psychological evaluation of the patient as a criterion of the effectiveness of gastric banding*. (Conference proceedings) Fifth Russian Symposium with International Participation June 25–27, 2009 "Surgical treatment of obesity and metabolic disorders". Samara. 2009. P. 47. (In Russ.)].
- Fontaine KR, Redden DT, Wang C, et al. Years of life lost due to obesity. *JAMA*. 2003;289(2):187-193. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.289.2.187>
- Драпкина О.М., Самородская И.В., Старинская М.А., и др. *Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов. Коллективная монография*. М.: ООО «Силиция-Полиграф»; 2021. 174 с. [Drapkina OM, Samorodskaya IV, Starinskaya MA, et al. *Obesity: evaluation and management of patients. Collective monograph*. Moscow: Silicea-Polygraph LLC; 2021. 174 p. (In Russ.)].
- Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крөггер Ф. *Психосоматический больной на приеме у врача*. СПб.: НИП ИМ. В.М. Бехтерева; 1994. 245 с. [Luban-Plozza B, Peldinger V, Kroeger F. *Psychosomatic patient at a doctor's appointment*. Saint Petersburg: NIPI im. VM. Bekhtereva; 1994. 245 p. (In Russ.)].
- Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. *Неврология и психосоматическая медицина*. — М.: ИД «Городец», 2020. 600 с. [Mendelevich VD, Solovieva SL. *Neurology and psychosomatic medicine*. Moscow: Publishing house «Gorodets»; 2020. 600 p. (In Russ.)].
- Караваева Т.А., Фомичева М.В. Психогенное переживание: проблемы классификации, диагностики, подходы к психотерапии (обзор литературы) // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. — 2022. — Т. 56. — №2. — С. 21–34. [Karavaeva TA, Fomicheva MV. Psychogenic overeating: problems of classification, diagnosis, approaches to psychotherapy (literature review). *VM Bekhterev Rev Psychiatry Med Psychol*. 2022;56(2):21-34. (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-21-34>
- Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, et al. Bariatric surgery and endoluminal procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obesity Surgery*. 2017;9(27):2279-2289. doi: <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2666-x>
- Клинические рекомендации «Ожирение». М.; 2020. Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/28_2. Дата обращения 28.11.2023. [Klinicheskie rekomendacii «Ozhirenie». Moscow; 2020. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/28_2. Accessed 28.11.2023. (In Russ.)].
- Завражных Л.А., Смирнова Е.Н., Зинковская Т.М. Влияние психологического профиля на эффективность лечения больных метаболическим синдромом // *Практическая медицина*. — 2010. — №43. — С. 118-121. [Zavrazhnykh LA, Smirnova EN, Zinkovskaya TM. Influence of the psychological profile on the effectiveness of treatment of patients with metabolic syndrome. *Practical medicine*. 2010;(43):118-121. (In Russ.)].
- van Hout GCM, Verschure SKM, Van Heck GL. Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2005;15(4):552-560. doi: <https://doi.org/10.1381/0960892053723484>
- Малкина-Пых И.Г. *Психосоматика: новейший справочник*. — М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова; 2003. 928 с. [Malkina-Pykh IG. *Psychosomatics: the latest reference book*. Moscow: Eksmo Publishing House; Saint Petersburg: Owl; 2003. 928 p. (In Russ.)].
- Малкина-Пых И. Г. *Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда*. — М.: Эксмо; 2007. 256 с. [Malkina-Pykh I. G. *Overweight. Release and forget. Forever*. Moscow: Eksmo; 2007. 256 p. (In Russ.)].
- Фирсова Л.Д., Аскерханов Р.Г. *Психотерапевтическая поддержка пациентов после бариатрических операций / В кн.: Сборник тезисов 5–6 марта 2015 г. 41-я научная сессия ЦНИИГ «Расширяя границы»*. — М.? С. 62. [Firsova LD, Askerkhanov RG. *Psychotherapeutic support for patients after bariatric surgery* In: *Collection of abstracts March 5–6, 2015 41st scientific session of the Central Research Institute of Human Resources «Expanding the boundaries»*. Moscow: 2015 P. 62. (In Russ.)].
- Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes*. 2013;2013:1-5. doi: <https://doi.org/10.1155/2013/837989>
- Livhits M, Mercado C, Yermilov I, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: Systematic review. *Obes Surg*. 2012;22(1):70-89. doi: <https://doi.org/10.1007/s11695-011-0472-4>

19. Martin-Fernandez KW, Marek RJ, Heinberg LJ, Ben-Porath YS. Six-year bariatric surgery outcomes: the predictive and incremental validity of presurgical psychological testing. *Surg Obes Relat Dis*. 2021;17(5):1008-1016. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.01.012>
20. Ristano A, Caltabiano ML. Psychological support and well-being in post-bariatric surgery patients. *Obes Surg*. 2019;29(2):739-743. doi: <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3599-8>
21. Van Zyl N, Andrews L, Williamson H, Meyrick J. The effectiveness of psychosocial interventions to support psychological well-being in post-operative bariatric patients: A systematic review of evidence. *Obes Res Clin Pract*. 2020;14(5):404-420. doi: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.05.005>
22. Фирсова Л.Д., Бодунова Н.А., Ромашкина Н.В. Особенности психической сферы пациентов с ожирением до и после бариатрической операции // *Эффективная фармакотерапия*. — 2021. — Т. 17. — №28. — С. 80-84. [Firsova LD, Bodunova NA, Romashkina NV. Features of the mental sphere of obese patients before and after bariatric surgery. *Effective pharmacotherapy*. — 2021. — Т. 17. — №28. — С. 80-84. (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2021-17-28-80-84>
23. Гуреева И.Л., Смурова Е.Л., Семикова Г.В., и др. Особенности пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрической операции // *Медицинская психология в России*. — 2022. — Т. 14. — № 5. [Gureeva IL, Smurova EL, Semikova GV, et al. Features of eating behavior in patients with morbid obesity before and after bariatric surgery. *Med. psihol Ross*, 2022;14(5). (In Russ.)] Доступно по: http://mprj.ru/archiv_global/2022_5_76/nomer02.php
24. Lai C, Aceto P, Santucci FR, et al. Preoperative psychological characteristics affecting mid-term outcome after bariatric surgery: a follow-up study. *Eat Weight Disord*. 2021;26(2):585-590. doi: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00892-w>
25. Mento C, Silvestri MC, Muscatello MRA, et al. The role of body image in obese identity changes post bariatric surgery. *Eat Weight Disord*. 2022;27(4):1269-1278. doi: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01270-w>
26. Dendasck CV, Santos RB dos, Santos VM, et al. The importance of psychological and nutritional follow-up after bariatric surgery: Literature review. *Rev Científica Multidiscip Núcleo do Conhecimento*. 2021;27(4):20-44. doi: <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psychology/after-bariatric>
27. Гаранина Е.Ю. Психологическая коррекция при терапии ожирения: влияние на показатели тревожности // *Проблемы современного педагогического образования*. — 2019. — №62-2. — С. 280-282. [Garanina EYu. Psychological correction in the treatment of obesity: influence on indicators of anxiety. *Problems of modern pedagogical education*. 2019;62-2:280-282. (In Russ.)].
28. Wykowski K, Krouse HJ. Self-Care predictors for success post-bariatric surgery. *Gastroenterol Nurs*. 2013;36(2):129-135. doi: <https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e3182891295>
29. Poole NA, Atar A AL, Kuhanendran D, et al. Compliance with surgical after-care following bariatric surgery for morbid obesity: a retrospective study. *Obes Surg*. 2005;15(2):261-265. doi: <https://doi.org/10.1381/0960892053268499>
30. Kaly P, Orellana S, Torrella T, et al. Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4(1):6-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2007.10.012>
31. Неймарк А.Е., Еганян Ш.А., Гальченко М.И. Психологические факторы в снижении избыточной массы тела после бариатрических операций // *Ожирение и метаболизм*. — 2019. — Т. 16. — №3. — С. 62-68. [Neimark AE, Eganian SA, Galchenko MI. Psychological factors in reducing excess body weight after bariatric surgery. *Obesity and metabolism*. 2019;16(3):62-68. (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.14341/omet10043>
32. Анянцев Б.Г. *Человек как предмет познания*. — СПб.: Питер, 2000. 288с. [Ananiev BG. *Man as an object of knowledge*. Saint Petersburg: Piter; 2000. 288 p. (In Russ.)].
33. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. *Психосоматическая медицина: кратк. учебн.* / пер с нем. Обухова Г.А., Бруенко А.В. — М.: Гэотар Медиа, 1999. 376 с. [Brautigam W., Christian P., Rad M. *Psychosomatic Medicine: Brief. Textbook*. Lane with it Obukhova GA, Bruencko AV. Moscow: Geotar Media, 1999. 376 p. (In Russ.)].
34. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплаенса // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 1997. — №4. — С. 58-62. [Kabanov MM. Mental health protection and the problem of stigmatization and compliance. *Social and clinical psychiatry*. 1997;(4):58-62. (In Russ.)].
35. Gallé F, Marte G, Cirella A, et al. An exercise-based educational and motivational intervention after surgery can improve behaviors, physical fitness and quality of life in bariatric patients. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241336. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241336>
36. Shinan-Altman S, Sandbank GK, Katzav HN, Soskolne V. Participating in bariatric support groups: the effects on self-management changes. *Int J Behav Med*. 2023;30(1):19-29. doi: <https://doi.org/10.1007/s12529-022-10066-w>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]:

***Неймарк Александр Евгеньевич**, к.м.н. [Aleksandr E. Neimark, MD, PhD]; адрес: Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. [address: 2 Akkuratov street, 197341 St. Petersburg, Russia]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4925-0126>; eLibrary SPIN: 6554-3217; e-mail: sas_spb@mail.ru

Еганян Шушаник Арамовна, к.п.н. [Shushanik A. Eganian, PhD in psychology]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5982-7884>; eLibrary SPIN: 6961-9592; e-mail: shushanna25@mail.ru

*Автор ответственный за переписку / Corresponding author

ЦИТИРОВАТЬ:

Неймарк А.Е., Еганян Ш.А. Индивидуальная модель психологического сопровождения пациентов бариатрической хирургии «12 мишеней» // *Ожирение и метаболизм*. — 2023. — Т. 20. — №4. — С. 355-362. doi: <https://doi.org/10.14341/omet10084>

TO CITE THIS ARTICLE:

Neimark AE, Eganian ShA. Individual model of psychological support bariatric surgery patients «12 targets». *Obesity and metabolism*. 2023;20(4):355-362. doi: <https://doi.org/10.14341/omet10084>