



Особенности психической сферы пациентов с ожирением до и после бариатрической операции

Л.Д. Фирсова, д.м.н., Н.А. Бодунова, к.м.н., Н.В. Ромашкина

Адрес для переписки: Людмила Дмитриевна Фирсова, firsovald@gmail.com

Для цитирования: 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.

DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-28-80-84

В статье обсуждается спектр потенциальных психических нарушений у пациентов с ожирением в случае метаболической хирургии. Подробно рассмотрены личностные особенности данной категории пациентов, а также мотив и цели операции в аспекте осознанности принятого решения.

Ключевые слова: психические нарушения, бариатрическая операция, психотерапия

Введение

Бариатрическая (метаболическая) хирургия является современным, активно развивающимся и широко внедряемым в практику методом лечения пациентов с морбидным ожирением. При определении показаний к проведению бариатрической операции ориентируются на соматические показатели (индекс массы тела и ассоциированные с ожирением соматические заболевания). Особенности психической сферы пациентов не всегда уделяется должное внимание, хотя нарушения в психическом статусе на дооперационном этапе могут негативно отразиться на течении и результатах послеоперационного периода.

Психические расстройства у пациентов, стремящихся снизить массу тела и готовых к бариатрическому вмешательству, встречаются в 50–80% случаев [1]. В США подавляющее большинство программ бариатрической хирургии предусматривают предоперационную оценку психического состояния пациента. В России, в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по лечению морбидного ожирения у взрослых, ряд психических расстройств (тяжелые депрессии, психозы, в том числе хронические, злоупотребление психоактивными веществами, некоторые виды расстройств личности) считается противопоказанием для хирургического лечения [2]. В связи с этим предоперационное обследование должно включать консультацию психиатра и психолога/психотерапевта [3]. В задачи психиатра на этапе подготовки пациента к оперативному вмешательству входит не только коррекция потенциально угрожающих соматических патологий. При наличии обширного спектра психических расстройств важно их своевременное выявление и тщательное планирование ведения пациента для достижения максимально эффективных послеоперационных результатов.

В отсутствие противопоказаний к хирургическому лечению перед операцией рекомендуется консультация психо-

лога (психотерапевта) с целью установления личностных особенностей пациента, обсуждения мотива, степени осознанности сути бариатрической операции и ее последствий. Психотерапевтическая работа помогает устранить ошибочные представления пациента о сути и последствиях хирургического вмешательства.

Психотерапевтическое сопровождение пациента после бариатрической операции играет чрезвычайно важную роль в скорейшей адаптации к новому образу жизни.

Пациенты с ожирением в аспекте психиатрии

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что выраженность психических расстройств коррелирует со степенью ожирения и максимально проявляется при морбидном ожирении, которое нередко развивается на фоне расстройств приема пищи.

Расстройства приема пищи

Для расстройства приема пищи и нарушений пищевого поведения характерны чрезмерный и неконтролируемый прием пищи наряду с постоянными попытками пациента ограничивать себя в еде.

К психическим нарушениям, приводящим к ожирению, относятся нервная булимия, синдром пищевых эксцессов и психогенное переедание, имеющие ряд общих признаков: изменение стиля питания в виде увеличения количества принимаемой пищи, нарушение субъективного восприятия собственного тела, зависимость самооценки от массы тела и внешнего вида, прогрессирующие эндокринные и метаболические нарушения.

Отклонение от нормы пищевого поведения в виде нервной булимии предполагает наличие двух противоположно направленных тенденций: с одной стороны, переедание (и соответственно увеличение массы тела), с другой – регулярное применение методов, направленных на похудение



(освобождение от избытка съеденной пищи очищением желудочно-кишечного тракта в виде рвоты или приема слабительных препаратов). Синдром пищевых эксцессов проявляется эпизодами переядания с потерей субъективного контроля над объемом потребляемой пищи и может провоцироваться усиленным реагированием на вид и запах пищи. К качественным нарушениям относится чрезмерно быстрое поглощение (заглатывание) пищи. В отличие от нервной булимии данный тип расстройства не характеризуется компенсаторным поведением, направленным на минимизацию последствий переядания. Частота и тяжесть пищевых эксцессов, имеющих место не менее чем у 30% больных ожирением, коррелируют с индексом массы тела [4].

Среди пациентов с ожирением широко распространено психогенное переядание, при котором пищевые потребности не столько определяются внутренними стимулами (повышение уровня грелина, гипогликемия), сколько провоцируются стрессовыми ситуациями и зависят от эмоционального состояния. После приема пищи наступает расслабление и создается иллюзия решения повседневных проблем. Как следствие – формируется привыкание к приему большого количества пищи в напряженных ситуациях. Для обозначения этого состояния используется термин «гиперфагическая реакция на стресс».

Для любого варианта пищевого расстройства характерны невозможность ориентироваться на чувство голода, сниженная насыщаемость, постоянная озабоченность мыслями о еде, резкое ухудшение самочувствия в периоды даже кратковременного отказа от пищи. При таких расстройствах обычно наблюдаются проявления тревоги (чувство внутреннего напряжения, раздражительность, беспокойство) или депрессивные тенденции (снижение настроения, усталость, быстрая утомляемость). Пациентам с пищевыми расстройствами присуща амбивалентность (двойственность) чувств в отношении еды – эмоциональная привязка к удовольствию, доставляемому едой, и временному разрешению дискомфорта эмоционального состояния при одновременном чувстве вины за переядание. Когнитивные нарушения связаны с навязчивым отслеживанием динамики веса. При психогенном переядании тяга к чрезмерному количеству принимаемой пищи может сопровождаться приемом алкоголя с последующим изменением эмоционального состояния. Частый прием алкоголя со временем переходит в привычку. Постепенно формируется влечение к алкоголю, а при злоупотреблении – аддикция. Для аддиктивного поведения свойственны не только потребность в алкоголе, но и комплекс психических и соматических нарушений, в том числе зависимость и толерантность (увеличение дозы алкоголя).

В целях предотвращения рисков злоупотребления алкоголем после бариатрической операции проводится диагностика алкогольной зависимости у кандидатов на проведение операции.

Расстройства личности

В исследовании G. Gerlach на примере расстройств личности – патологических изменений характера и поведения представлено многообразие психических процессов, приводящих к избыточному потреблению пищи [5].

Как правило, развитию ожирения предшествуют личностные расстройства, которые впоследствии усугубля-

ются. Данные о частоте расстройств личности у пациентов с ожирением крайне противоречивы. Неоспоримым является лишь наличие корреляционной связи между частотой расстройств личности и степенью ожирения.

Расстройства настроения

Проблемы с самореализацией, трудности во взаимоотношениях с людьми, социальная изоляция не могут не отражаться на настроении человека. Характерным стойким изменением эмоционального фона у пациентов с ожирением считается депрессия, как правило связанная с гиподинамией и усилением аппетита. И наоборот, длительное ожирение повышает вероятность развития депрессии вследствие негативной оценки себя и своих возможностей, ограничения социальных контактов, повышения стрессогенности. Риск большого депрессивного эпизода у пациентов с ожирением значительно выше, чем у пациентов с депрессией без сопутствующего ожирения. Распространенность депрессии и ее тяжелого течения особенно высока при морбидном ожирении.

Тревожное расстройство

У пациентов с ожирением нередко наблюдается генерализованное тревожное расстройство, основным симптомом которого является стойкая тревога, не связанная с определенными объектами или ситуациями. Постоянно присутствующей патологической тревогой объясняется общая вегетативная лабильность (постоянное недомогание, ощущение разбитости, нарушение сна, приливы жара, потливость) и жалобы соматического характера (дискомфорт и неприятные ощущения в разных частях тела, не достигающие уровня боли, сухость во рту, эпизоды нехватки воздуха с невозможностью осуществления глубокого вдоха). Степень интенсивности тревоги у пациентов с ожирением не достигает уровня тревожного расстройства и в основном проявляется как индивидуальная психологическая особенность в виде склонности к переживанию по незначительным поводам. В этих случаях тревога может иметь различные внешние проявления: беспокойство по мелочам, интолерантность к неопределенности, опасения по поводу будущих неудач, раздражительность, настороженность, ощущение взвинченности, пребывание на грани срыва, неспособность расслабиться из-за неадекватного реагирования на обыденные события. В таких ситуациях психогенный фактор служит лишь поводом для появления тревоги, а не ее причиной. К сопутствующим тревоге когнитивным нарушениям стоит отнести трудность концентрации внимания, многословие, излишние подробности и частые повторения при описании самочувствия, фиксацию на мыслях негативного содержания. Нередко результатом тревожного реагирования на внешние ситуации становятся постстрессовые расстройства.

Постстрессовые расстройства (расстройства адаптации)

Постстрессовые расстройства чаще проявляются умеренно выраженными симптомами тревожно-депрессивного характера, в развитии которых всегда присутствует причинно-следственная связь между стрессовым событием и негативной психической реакцией.

Суть нарушения адаптации в виде расстройства приспособительных реакций заключается в невозможности выйти



из психотравмирующей ситуации или приспособиться к ней. Фиксация на стрессовом событии проявляется навязчивыми мыслями о происшедшем, пессимистическим прогнозом относительно его последствий, невозможностью планирования будущего.

Развитию постстрессовых нарушений способствуют не только свойственные больным ожирением сверхчувствительность и склонность к длительным переживаниям, но и неспособность к выстраиванию конструктивного поведения вследствие стресса. Длительная дезадаптация после психотравмирующих событий усугубляет сложные межличностные отношения, нарушает социальное функционирование. Частота и степень выраженности постстрессовых расстройств положительно коррелируют с индексом массы тела.

Пациенты с ожирением отличаются коморбидностью [6]. Более чем у половины тучных пациентов с расстройством приема пищи выявляется тревожное расстройство, почти в половине случаев – расстройства настроения, примерно у трети – злоупотребление или зависимость от алкоголя и психоактивных веществ. У большинства пациентов с морбидным ожирением обнаруживается одновременно по два-три коморбидных психических расстройства.

Следует отметить, что полномочиями для клинической диагностики психических расстройств обладает только психиатр [7, 8].

Проявления психологических особенностей личности пациентов с ожирением на этапе принятия решения о бариатрической операции: взгляд психолога

В каждом конкретном случае консультация психолога всегда сугубо индивидуальна. Вместе с тем следует выделить два основных момента при консультировании бариатрических пациентов на дооперационном этапе: мотив к проведению оперативного вмешательства и конечная цель. Понимание мотива и цели предстоящего бариатрического вмешательства у пациентов с ожирением зачастую несколько искажены в силу особенностей личности.

Личностные особенности пациентов с ожирением в аспекте их отношения к бариатрической операции

В литературе имеются многочисленные данные о свойствах личности, предрасполагающих к ожирению из-за нарушения пищевого поведения. Речь идет об импульсивности, непредсказуемости поведения, эксцентричности, истероидности, зависимости, пассивности, инфантильности, тревожно-фобических и психастенических чертах, неспособности к подконтрольному поведению, алекситимии.

Следует отметить, что указанные особенности – это лишь определенная направленность психического развития и не все они присутствуют у пациентов с ожирением. Самым важным в аспекте обсуждаемой темы является инфантильность (психическая незрелость). Однако среди пациентов с ожирением встречаются личности, достигшие высокого уровня в сфере профессиональной деятельности, успешные в межличностном взаимодействии. Задача психолога в этом случае – определить причину прохождения «точки невозврата» в процессе прогрессирующего, нездорового увеличения массы тела.

Снизить вес помогают только здоровый образ жизни, правильное пищевое поведение, физическая активность. А это требует от пациентов планомерных, длительных усилий. Как правило, пациенты декларируют свое желание похудеть, утверждая, что многочисленные попытки, предпринимаемые ранее, не принесли желаемого результата. В таких случаях речь идет об искажении действительности, поскольку усилия пациентов с ожирением в силу личностных особенностей обычно бывают кратковременными и непоследовательными.

Значительная часть пациентов с ожирением находится в постоянном поиске эффективного и нетрудоемкого для них метода похудения (диеты, «волшебные» таблетки, гипноз и проч.). По представлениям пациентов, к одному из таких методов относится бариатрическая операция [3, 8], благодаря которой они смогут не только заметно похудеть. Согласно клиническим наблюдениям, многие пациенты искренне считают, что следствием похудения после операции станет избавление от всех отягощающих их жизнь проблем без каких-либо усилий над собой в послеоперационном периоде. Изменение анатомии органов пищеварения ограничивает возможность приема пищи в больших объемах. Но многие пациенты не подозревают о послеоперационных переменах в виде лишения привычного объема потребляемой пищи, которая до операции была для них основным способом расслабления и достижения состояния отстраненности от многих проблем.

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 достигшие результаты требуют осознанных усилий не только в связи с соматическими проблемами послеоперационного периода, но и с негативными реакциями психического свойства на вынужденные изменения жизненного стереотипа.

Нахождение этапа послеоперационных перемен позитивное влияние оказывает наличие осознанной мотивации к началу перемен как решающего стимула для активных действий.

Мотивация к проведению бариатрической операции

Термин «мотивация» происходит от латинского слова *movēre* – двигать и обозначает внутренние психические процессы, побуждающие человека к действию и задающие его поведению направленность и устойчивость.

У пациентов с ожирением обычно присутствует полимотивированность по отношению к операции, то есть одновременное наличие нескольких побудительных мотивов. Среди них важно выделять основной (доминирующий) мотив, так как кроме функции побуждения к деятельности он выполняет задачу смыслообразования и определяет, ради чего выполняется действие.

Чаще в качестве доминирующего мотива пациенты обозначают предполагаемое улучшение состояния здоровья. Однако практика показывает, что за этим нередко скрываются другие устремления, частично или полностью не



осознаваемые. Например, истинный мотив может затрагивать тему межличностных отношений. Несколько реже в качестве доминирующего мотива пациенты отмечают потребность в более успешной профессиональной реализации. Иные мотивы могут быть связаны с личной историей пациента и установлены при сборе психологического анамнеза.

Мотивационное решение чаще принимается самим пациентом. Однако не исключена ситуация, когда стимулом к выбору данного вида лечения является идея или настояние, исходящие от другого человека (партнера или родителей). При морбидном ожирении инициатором обращения к метаболической хирургии может быть лечащий врач. И это понятно: пациентам с ожирением свойственна низкая собственная активность и нежелание что-либо менять. При наличии стимула к действию, исходящего от другого лица, во время психологической консультации пациенту оказывается помощь в его переоформлении в собственный запрос, который вербализуется через «я хочу» или «я хотел бы». Осознание собственной мотивации чрезвычайно важно для успешной реабилитации в послеоперационном периоде, поскольку такая точка опоры обеспечивает направленность и последовательность поведения пациента.

Не менее важным для достижения позитивного результата является наличие четко сформулированной цели, ведь именно она отражает то, чего пациент хотел бы достичь в результате проведенной операции.

Цель, достигаемая вследствие бариатрической операции

С хирургической точки зрения цель предельно конкретна – снижение массы тела путем изменения анатомии и физиологии органов пищеварения. Об успешности операции свидетельствует показатель степени достигнутого похудения. Содержательная простота хирургической задачи зачастую переносится пациентами и на психическое представление о хорошем результате. Клинические наблюдения подтверждают, что у большинства бариатрических пациентов цель конкретизирована желаемым весом. Обычно пациенты охотно поддерживают обсуждение количественных показателей массы тела в настоящее время и после операции.

Для многих пациентов в силу некоторых личностных особенностей достижение данной цели автоматически означает избавление от жизненных проблем, причину которых они видят исключительно в избыточной массе тела.

Желаемый антропометрический показатель у таких пациентов часто носит характер сверхценной идеи, что означает ее доминирование над всеми другими представлениями. Поскольку сверхценная идея всегда несет в себе эмоциональный заряд, этот результат связывается с эмоционально значимым периодом прошлой жизни. Возврат к нему по соматическим показателям представляется своеобразным залогом возвращения к полноценной и гармоничной жизни и усиливает фиксацию на конкретном результате.

К сожалению, пациенты далеко не всегда способны различить идеальные и реальные цели. Это выражается в прогнозировании чрезмерно значительного снижения веса тела в предельно короткие сроки. Отсутствие адекватного прогнозирования может привести к рассогласованию прогноза и реальности, что приведет к эмоциональным срывам в послеоперационном периоде.

Необходимо отметить еще одну характерную эмоциональную особенность пациентов, находящихся на предоперационном этапе, – ригидность установок и, как следствие, невосприимчивость противоречащей их убеждениям информации. Это касается отношения как к операции в целом, так и к отдельным сторонам послеоперационной динамики, в частности обязательному достижению планируемого веса за определенный срок. В ряде случаев консультация психолога несет в себе не только диагностическую, но и психотерапевтическую функцию.

Психологическая консультация перед бариатрической операцией

К средствам психотерапевтического воздействия относятся такие приемы, как информирование, разъяснение, уточнение, вербализация, интерпретация, выслушивание (с реакцией эмоционального напряжения), эмоциональная поддержка, обратная связь по отношению к раскрытию мыслей пациента и его переживаний. Данные приемы используются на дооперационном этапе при обсуждении мотива и цели предполагаемых перемен. В отношении мотивации центром психотерапевтического процесса является ее осознание и принятие собственной ответственности.

Необходимо четко определить признаки достижения цели, которые могут быть как внешними, так и внутренними. В частности, показатель веса – внешний признак. При обсуждении этой темы желательно сместить цель на внутренние признаки – обретение соматического и эмоционального благополучия.

Конечная цель консультирования – научить пациента оказывать помощь самому себе в послеоперационном периоде, например использовать техники релаксации, совладания с тревогой. В связи с этим психотерапевтическая часть консультации может быть расширена, в частности с помощью прояснения особенностей поведенческой, когнитивной, эмоциональной сфер с выбором наиболее предпочтительного варианта сопровождения в послеоперационном периоде.

Динамика изменений в психической сфере больных в послеоперационном периоде

Клинические наблюдения свидетельствуют о наличии двух вариантов послеоперационной динамики. Их основное отличие состоит в степени соответствия темпов снижения веса и состояния эмоциональной сферы.

При благополучном течении послеоперационного периода изменения на физическом и эмоциональном уровнях соответствуют друг другу. Снижение веса тела после сравнительно короткого периода приспособления дает нарастающее ощущение физической легкости. Привыкание к новому рациону переносится относительно легко, несмотря на присутствие некоторого естественного для данной ситуации дискомфорта, трудности воспринимаются адекватно и преодолеваются разумным подходом к вынужденным ограничениям. Снижение массы тела сопровождается благоприятными изменениями психического состояния, за исключением кратковременных периодов диссонанса, обусловленного естественными колебаниями настроения. Такой вариант вероятен при отсутствии осложнений в раннем послеоперационном периоде, наличии личностных



качеств (врожденных или приобретенных), помогающих справляться с трудностями, отсутствии диссонанса ожиданий и реальности, принятии личной ответственности за собственное здоровье.

К сожалению, не исключен и неблагоприятный ход событий [9]. К предикторам развития дисгармоничного варианта послеоперационной динамики можно отнести:

- вегетативные нарушения (астения, нарушения сна), обусловленные невозможностью приема пищи в привычных объемах и гиповитаминозом;
- эмоциогенный тип нарушений пищевого поведения;
- негативные эмоции вследствие рассогласования прогноза и реальности.

Основным показателем дисгармоничного варианта послеоперационных изменений является ухудшение психического состояния, несмотря на снижение массы тела, обусловленное переходом на низко- и сверхнизкокалорийный рацион. Вынужденное ограничительное поведение эмоционально воспринимается как насильственное и проявляется различными негативными эмоциями (раздражительность, обидчивость, тревога, страхи, апатия, безнадежность) и фиксацией на мыслях негативного содержания. В этих случаях пациенты неосознанно стараются вернуться к простому и обычному для них способу психической адаптации через еду. Не-

редко пищевые нарушения заканчиваются ухудшением как физического, так и психического состояния.

Психологическое сопровождение пациентов в послеоперационном периоде способно в значительной мере смягчить негативные проявления.

При необходимости пациенты получают консультацию психиатра. В реабилитационном периоде подобная консультация необходима прежде всего при расстройствах настроения – депрессии, расстройствах приема пищи, а также тревожных расстройствах. Не следует забывать о риске злоупотребления алкоголем [10] как в аспекте сложностей преодоления реабилитационного периода некоторыми пациентами, так и в аспекте сочетания с аффективными расстройствами.

Заключение

Своевременное выявление психических расстройств и оценка состояния бариатрического пациента позволяют планировать необходимые лечебные действия, а также определяют особенности наблюдения в реабилитационном периоде. Психотерапевтическое сопровождение пациентов на дооперационном и послеоперационном этапах способствует более успешному достижению позитивных сдвигов в отношении состояния здоровья и качества жизни. ☉

Литература

1. Mitchell J., Selzer F., Kalarchian M. et al. Psychopathology before surgery in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery, Psychosocial Study // Surg. Obes. Relat. Dis. 2012. Vol. 8. № 5. P. 533–541.
2. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр (Лечение морбидного ожирения у взрослых) // Ожирение и метаболизм. 2018. Т. 15. № 1. С. 53–70.
3. Старостина Е.Г. Морбидное ожирение. Этические аспекты бариатрической хирургии / под общей редакцией акад. РАН И.И. Дедова. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 308–316.
4. Vinai P., Da Ros A., Speciale M. et al. Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5 // Eat. Behav. 2015. Vol. 16. P. 1–4.
5. Gerlach G., Loeber S., Herpertz S. Personality disorders and obesity: a systematic review // Obes. Rev. 2016. Vol. 17. № 8. P. 691–723.
6. Somnath Pal. Comorbid eating disorders in persons with other mental illnesses // US Pharm. 2020. Vol. 45. № 5. P. 12.
7. Sarver D.B., Cohn N.J., Gibbons L.M. et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates // Obes. Surg. 2004. Vol. 14. № 9. P. 1148–1156.
8. Старостина Е.Г. Морбидное ожирение. Психиатрические и психосоциальные аспекты эффективности и безопасности бариатрической хирургии / под общей редакцией акад. РАН И.И. Дедова. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 251–260.
9. Kinzl J.F., Schrattenecker M., Traweger C. et al. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery // Obes. Surg. 2006. Vol. 16. № 12. P. 1609–1614.
10. King W.C., Chen J.Y., Mitchell J.E. et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery // JAMA. 2012. Vol. 307. № 23. P. 2516–2525.

Features of Mental Sphere of Patients with Obesity Before and After Bariatric Surgery

L.D. Firsova, PhD, N.A. Bodunova, PhD, N.V. Romashkina

A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

Contact person: Lyudmila D. Firsova, firsovald@gmail.com

The article discusses the spectrum of the mental disorders that are potentially possible in obese patients, when they seek metabolic surgery; the personal characteristics of this category of patients are examined in detail, as well as questions of the motive and the purpose of the operation in terms of the degree of awareness of the decision made.

Key words: mental disorders, bariatric surgery, psychotherapy