

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа на тему:

***Клинико-психологические особенности пациентов с сахарным
диабетом и морбидным ожирением***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Факультета клинической психологии
Сартакова Екатерина Васильевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
к.пс.н., ассистент Четверкина Екатерина Дмитриевна
_____ (подпись)

Благодарность выражается
врачам хирургам центра хирургического лечения ожирения и
метаболических нарушений ПСПБГМУ им. Павлова

Санкт-Петербург
2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	8
1.1. Этиология, патогенез, клинические проявления ожирения.....	8
1.2. Эпидемиологические аспекты сахарного диабета 2 типа и ожирения .	11
1.3. Психологические особенности пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа.....	14
1.4. Когнитивные нарушения у пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа.....	17
1.5. Пищевое поведение у пациентов морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа	20
1.6. Пищевое поведение после бариатрической операции	24
1.7. Комплаентность пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа	30
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
2.1. Описание выборки.....	34
2.2. Характеристика методов исследования	36
2.2.1. Клинико – психологический метод	36
2.2.2. Экспериментально – психологический метод	37
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43
3.1. Описательная статистика	43
3.2. Сравнительная статистика	60
3.3. Корреляционный анализ	62
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	65
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	72
ВЫВОДЫ.....	73
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	75

Приложение 1	80
Приложение 2	84
Приложение 3	86
Приложение 4	87
Приложение 5	88
Приложение 6	91
Приложение 7	95
Приложение 8	96
Приложение 9	97

ВВЕДЕНИЕ

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, ожирение — это патологическое накопление жира, представляющее риск для здоровья (World Health Organization, 2021). Для диагностики ожирения используется индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах. Нормальные показатели ИМТ находятся в пределах 18,5–24,9 кг/м², ИМТ ≥ 25 кг/м² классифицируется как наличие избыточной массы тела, ИМТ ≥ 30 кг/м² — ожирение, а ИМТ ≥ 40 кг/м² (либо ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии серьезных осложнений) — морбидное ожирение. (Василевский Д.И., Баландов С. Г., Анисимова К.А., Тихонов С.В., 2020). Распространение ожирения и его морбидной формы является актуальной проблемой современного мира.

В России распространенность ожирения составляет 27,5% среди мужчин и 31,4% среди женщин (Василевский Д. И., Баландов С. Г., Анисимова К. А., Давлетбаева Л. И., 2019). Отмечается рост числа людей, страдающих ожирением; в США доля лиц с морбидным ожирением выросла с 4,7% в 1999–2000 гг. до 9,2% в 2017–2018 гг., а в 1990 г. составляла лишь 0,9% (Sung H, Siegel RL, Torre LA, Pearson-Stuttard J, et al. 2019). Актуальность проблемы определяется не только распространенностью данного заболевания, но значительным риском для жизни таких пациентов, а также развитием серьезной патологии. Ожирение снижает ожидаемую продолжительность жизни, способствуя развитию кардиометаболических нарушений (сахарный диабет второго типа, ишемическая болезнь сердца, инсульт, артериальная гипертензия) и неметаболических заболеваний (гастроэзофагально-рефлюксная болезнь, неалкогольный стеатогепатит, цирроз печени, рак, нарушения сна, депрессия и поражение опорно-двигательного аппарата) (Bhupathiraju SN., 2016).

Развития сахарного диабета второго типа также представляет собой значимую проблему. По данным IDF (International Diabetes Federation), в

мире насчитывается около 425 млн больных сахарным диабетом, в России (по данным Государственного регистра больных сахарным диабетом) на декабрь 2016 г. по обращаемости зарегистрировано 4,348 млн больных, из них 92% – больные сахарным диабетом второго типа, при этом численность больных с сахарным диабетом второго типа по данным исследования NATION составляет около 8 млн. (International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017.)

Диетотерапия с фармакологической, психологической и спортивной поддержкой, как правило, неэффективна в долговременном лечении морбидного ожирения. В 1991 г. в США были приняты стандарты хирургического лечения морбидного ожирения при индексе массы тела выше 35 при наличии сопутствующей патологии, и с тех пор количество выполняемых в мире бариатрических операций начало неуклонно расти. На сегодняшний день бариатрическая хирургия является единственным долговременно действующим методом лечения морбидного ожирения и сопутствующих ему заболеваний (Coulman K.D., Blazebuy J.M., 2020).

Бариатрические операции показали свою эффективность в лечении и сахарного диабета второго типа (до 98,9% излечения после операции дуоденального переключения, до 83,7% - после гастрешунтирования), Международная федерация диабета (International Diabetes Federation) и Американская диабетическая ассоциация (American Diabetic Association).

Несмотря на значимую эффективность, хирургическое вмешательство – лишь одна из составляющих комплексного подхода к лечению ожирения, поскольку его результативность значительно подвержена влиянию различных факторов, в том числе психологического состояния пациента, а также его комплаентности. После проведения операции пациент должен длительное время следовать схеме лечения, прописанной врачом, соблюдать диету, проходить обследование на

протяжении нескольких лет. При несоблюдении назначений врача, пациенты часто возвращаются к привычному образу жизни, а, следовательно, и вновь набирают вес. По результатам статистики до 60% пациентов возвращаются к прежнему весу в течение 5 лет после операции. (Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J., 2022.). Таким образом, проблема психологического сопровождения до и после бариатрической операции стоит наиболее остро и важной задачей является разработка программ психологического сопровождения пациентов бариатрического профиля. Для достижения данной цели нужно изучить психологических особенностей пациентов, и особое внимание вопросу приверженности к лечению.

Гипотеза:

1. У пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа высокий уровень комплаентности до операции, причем у пациентов с сахарным диабетом второго типа уровень комплаентности выше, чем у пациентов с морбидным ожирением без сахарного диабета второго типа.

2. У пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа уровень общего физического и психического благополучия ниже, чем уровень общего физического и психического благополучия у пациентов с морбидным ожирением без сахарного диабета второго типа

Цель исследования: провести сравнительный анализ психологических особенностей, пищевого поведения, уровня комплаентности у пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа и без него.

Задачи исследования:

1. Изучить психологические особенности пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа и без него.

2. Изучить когнитивные особенности пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа и без него
3. Изучить пищевое поведение у пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа и без него.
4. Оценить уровень комплаентности у пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа и без него.
5. Провести сравнительный анализ психологических особенностей, уровня комплаентности пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа и без него.
6. Изучить взаимосвязь психологических особенностей, пищевого поведения, уровня комплаентности у пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа и без него.

Объект исследования: 30 пациента, имеющих диагноз морбидное ожирение, в период пребывания в стационаре в Центре хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений ПСПБГМУ им. Павлова.

Предмет исследования: психологические особенности, пищевое поведение, уровень комплаентности у пациентов с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа и без него.

Методы и методики: клинико-психологический метод и экспериментально-психологический метод, включивший такие методики, как: Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised), «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36, англ. SF-36 Health Status Survey), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Монреальская когнитивная шкала оценки когнитивных функций (MoCA), Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями, Голландский опросник пищевого поведения (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, сокр. DEBQ)

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Этиология, патогенез, клинические проявления ожирения

Ожирение является глобальной проблемой современного мира. Мы рассматриваем ожирение не как эстетическую проблему, но как причину развития многих тяжелых заболеваний снижающих качество жизни и сокращая ее продолжительность.

Ожирение — это многофакторное заболевание, которое возникает при избытке поступающих энергетических веществ, которыми организм обеспечивает пища, что превышает затраты этой энергии организмом. Данный избыток откладывается в виде триглицеридов и приводит к развитию ожирения (Plasonja N, Brytek-Matera A, Décamps G., 2022).

Ожирение как заболевание имеет несколько степеней согласно ВОЗ и для его диагностики использую индекс массы тела (ИМТ). Данный расчет проводится исходя из таких параметров пациентов, как отношение их массы к квадрату роста. Нормой считается показатель в коридоре от 18,5 до 25 кг/м². Выше нормального диапазона разделяют на «избыточный вес» (25-29,9 кг/м²) и «ожирение» (≥ 30 кг/м²). Ожирение можно разделить на класс 1 (30,0-34,9 кг/м²), класс 2 (35,0-39,9 кг/м²) и класс 3 (≥ 40 кг/м²).

Морбидным же считается тяжёлое ожирение с ИМТ ≥ 40 кг/м², либо ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии серьезных осложнений таких как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания.

Рассматривая статистику можно отметить рост числа людей, страдающих ожирением. С 1999-2000 по 2017-2018 годы распространенность ожирения увеличилась с 30,5% до 42,4%, а распространенность морбидного ожирения увеличилась с 4,7% до 9,2%. Распространенность составила 40,0% среди молодых людей в возрасте 20-39 лет, 44,8% среди населения среднего возраста в диапазоне 40-59 лет и

42,8% среди пожилых людей в возрасте 60 лет и старше (Plasonja N, Brytek-Matera A, Décamps G., 2022).

Экономические последствия данного заболевания в 2014 году составили 2 триллиона долларов. За исключением возможного плато в странах с высоким уровнем дохода в последние годы, распространенность избыточной массы тела быстро возросла в большинстве стран во всех группах населения. Среди развитых стран Россия находится на пятом месте в мире по распространенности ожирения и избыточной массы тела, уступая лишь Соединенным Штатам Америки, Мексике, Венгрии и Шотландии. В настоящее время данный показатель составляет 26,5% жителей России, то есть 38 миллионов человек (Василевский Д. И., Баландов С. Г., Анисимова К. А. и соавт., 2019).

Наибольший рост данного заболевания произошел среди мужчин и мальчиков в западных странах с высоким уровнем дохода и среди женщин и девочек в Центральной Азии, на Ближнем Востоке и в Северной Африке (Дедов И. И., Шестакова М. В., 2016).

С физиологической точки зрения жир создает некий энергетический резерв липидов и способствует сохранению тепла в организме. Таким образом, накопление жира – это приспособительная реакция организма, и изначально была эволюционным преимуществом в борьбе за выживание (Василевский Д. И., 2020).

Рассматривая патогенез, можем сказать, что в основе развития данного заболевания лежит нарушение равновесия между поступлением энергии и ее затратами. В его основе лежит снижения секреции в организме жиросжигающих гормонов, половых гормонов, гормонов щитовидной железы. Причиной набора веса также может стать дефицит витамина D и различных макро- и микроэлементов (в особенности железа), которые также регулируют метаболические процессы в организме. Переедание являются

следствием гормонально-метаболических нарушений (Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Шестакова М. В. И соавт., 2018).

Рассматривая современное общество стоит отметить изменившееся образ жизни людей. Быстрый темп мегаполисов провоцирует людей питаться фастфудом, перекусывать и питаться вне дома. Для сокращения времени на готовку люди начали прибегать к полуфабрикатам, содержащим большое количество энергии и вкусовых добавок, сахара, фруктозы. В период с 1980-2013 потребление килокалорий увеличилось с 2390 до 2710 ккал на человека в день, с преобладанием жиров и белков над углеводами (Shakeri Z, Mardali F, Azizabadi Farahani M., 2022).

С ростом мегаполисов в несколько раз сократилась физическая нагрузка человека. Сидячая работа, метро, такси личный транспорт, все это сократило нормальную физическую активность, а следование и расход энергии.

Таким образом, к ожирению приводит избыточное поступление калорий в организм человека, несбалансированное питание с преобладанием жиров и сахара, малоподвижный образ жизни и гормонально -метаболические нарушения.

Недавние исследования показывает значительную роль кишечной микрофлоры, а именно то как изменение ее состава влияют на прогрессирование ожирения. Стенки кишечника, за счет данных изменений становятся более проницаемыми для бактерий, вызывающих воспаление. (Старостина Е.Г., 2014). Так же важна роль такого гормона как мелатонин, его недостаточность, может способствовать набору веса. Мелатонин вырабатывается ночью и нарушение сна могут быть связаны с причинами ожирения. Он относится к антиоксидантам, то способен усиливать сжигание накопленного жира. Немаловажную роль играет и серотонин, который вызывает ощущение сытости, участвует в регуляции моторики

ЖКТ, секреции соляной кислоты. Рядом метаболических эффектов обладает пептид грелин, он способен стимулировать потребление пищи.

Повышенный ИМТ является важным фактором риска для многих хронических заболеваний, особенно диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний, неалкогольной жировой болезни печени и множественных злокачественных новообразований.

Изложенные данные иллюстрируют исключительную социальную значимость роста заболеваемости ожирением населения России и позволяют рассматривать ее, наравне с многими другими проблемами, в качестве требующих неотложного решения не только в рамках системы здравоохранения, но и в масштабах долгосрочной государственной политики.

Клинические цели лечения морбидного ожирения, как любого хронического заболевания, – это увеличение продолжительности жизни, уменьшение частоты ассоциированных с морбидным ожирением заболеваний, улучшение самочувствия, качества жизни и психосоциального функционирования пациентов.

1.2. Эпидемиологические аспекты сахарного диабета 2 типа и ожирения

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических заболеваний, которая характеризуется хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

В 2012 году избыточный вес и ожирение, характеризующиеся избытком жира в организме, по оценкам, составляют 3,9% всех случаев

рака, и ожидается, что эта цифра возрастет в ближайшие несколько десятилетий (Танирбергенова, А. А., Тулебаев А. К., Аканов Ж. А., 2017).

Ожирение в организме положительно связано с повышением уровня инсулина в крови, вызывая снижение клеточного ответа на инсулин, называемый резистентностью к инсулину. Снижение клеточного ответа на инсулин в основном происходит в тканях-мишенях инсулина, таких как мышцы, жир и печень. Раковые клетки не становятся инсулинорезистентными, резистентность к инсулину приводит к тому, что организм вырабатывает больше инсулина для компенсации, что в сочетании с гиперэкспрессией рецепторов инсулина на раковых клетках может привести к прогрессированию рака (Alqunai MS, Alrashid FF., 2022). Резистентность к инсулину распространена среди людей с избыточным весом и ожирением и приводит к гиперинсулинемии, где уровень инсулина хронически повышен по сравнению с уровнем глюкозы в крови. В некоторых случаях резистентность к инсулину приводит к развитию сахарного диабета 2 типа.

Сахарный диабет 2 типа (СД-2) – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее (Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю., Шамхалова М.Ш., Сухарева О.Ю., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Никонова Т.В., 2020).

СД-2 является приоритетной медико-социальной задачей здравоохранения многих стран мира. Данное заболевание сокращает продолжительность жизни и приводит к инвалидности. По данным статистики, распространенность СД-2 продолжает быстро увеличиваться; по данным Международной диабетической федерации (IDF) в 2019 году, в мире было зарегистрировано более 463 млн больных сахарным диабетом (СД), что составляет около 10% взрослого населения земного шара, из них

90% – это больные СД-2 (Танирбергенова А. А, К. А. Тулебаев К. А., Аканов Ж. А., 2017). В России проведенное исследование по статистике по распространённости СД-2 среди населения, так же показывают неутешительные прогнозы. Так по прогнозам к 2045 процент людей, имеющих СД-2 будет составлять 11% (Ершова Е. В., Трошина Е. А., 2016).

Более 75% пациентов с СД-2 имеют избыточную массу тела или страдают ожирением (Дедов ИИ, Шестакова МВ., 2016). Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти у людей с СД-2.

Взаимосвязь между ожирением и резистентностью к инсулину имеет разные толкования. Наиболее обоснованной причиной такой взаимосвязи является действие патофизиологических механизмов, включают токсичность белой жировой ткани, приводящее к хроническому воспалению, повышение лептина, адипонектина и повышенное количество неэтерифицированных и свободных жирных кислот (Ganesan K, Sultan S., 2018). Непрерывная и повышенная циркуляция неэтерифицированных и свободных жирных кислот, высвобождаемых из белой жировой ткани пациентов с ожирением, может привести к дисфункции β -клеток и развитию СД-2 (Sung H, Siegel RL, Torre LA., 2019).

Изменения образа жизни, диета и физическая активность, могут быть действенными способами для лечения ожирения и предотвращения метаболических изменений на начальных стадиях заболевания. Лечение СД-2 с помощью пероральных гипогликемических препаратов и инсулина для лечения пациентов с ожирением является сложной задачей, поскольку некоторые пероральные гипогликемические препараты (сульфонилмочевины и тиазолидиндионы) и инсулин имеют тенденцию увеличивать массу тела. Даже при применении недавно разработанных противодиабетических препаратов некоторым пациентам не удается снизить гликемический контроль на желаемом уровне ($HbA1c <7\%$), как

рекомендовано Американской диабетической ассоциацией. По сравнению с методами, упомянутыми ранее, бариатрические хирургические методы имеют ряд преимуществ в лечении СД-2 у пациентов с ожирением (Sung H, Siegel RL, Torre LA, Pearson-Stuttard J., 2019).

Такие последствия операции как ограничение калорийности (из-за изменения ЖКТ), усиленный термогенез, вызванный приемом пищи, физиологические изменения в энергетическом балансе, изменение гормонов и нейронных цепей, ведущих к контролю аппетита, все это способствует потери веса и нормализации работы инсулина. Немаловажным фактором является и соблюдение диеты. Ограничение калорийности после бариатрической хирургии на короткое время уменьшит количество жира в печени и повысит чувствительность к инсулину.

1.3. Психологические особенности пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа

Морбидное ожирение относится к хроническим заболеваниям и связано со значительным психосоциальным изменениями, включая нарушения качества жизни, образа тела, сексуального поведения и других областей психосоциального функционирования.

Клинико-психологические особенности пациентов могут повлиять на способность человека справляться с хроническими заболеваниями, привести к эмоциональному расстройству, ухудшению воспринимаемого качества жизни. Кроме того, пациентам с хроническими заболеваниями сложнее соблюдать рекомендации врача в долгосрочной перспективе.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся психологические особенности, у пациентов с морбидным ожирением и пациентов с СД-2 (Martino G, Caputo A, Bellone F, Quattropani MC., 2020). Наиболее часто в исследованиях наблюдается корреляция между ИМТ и такими показателями как депрессия и тревога. Неудовлетворённость внешним

видом, проблемы, связанные с взаимоотношениями, наличие хронических болевых ощущений и ограничение активного функционирования влияют на психологическое состояние и способствуют развитию депрессии и тревожных расстройств. Однако психологическая адаптация в значительной степени может снизить депрессивность и тревожные проявления.

Люди с ожирением часто встречаются со стигматизацией и дискриминацией. В исследованиях показано, что лица с ожирением с меньшей вероятностью заканчивают среднюю школу, реже вступают в брак и, как правило, зарабатывают меньше денег по сравнению с людьми с нормальным весом (Старостина Е. Г., 2011).

Как и избыточный вес и ожирение, депрессия затрагивает большую часть населения. По оценкам, депрессией страдает 3,8% населения земного шара, при этом 5% взрослого населения и 5,7% взрослых старше 60 лет. Во многих исследованиях изучались связи между ожирением и депрессией, и было выявлено несколько сходств между этими двумя состояниями. Оба связаны с более высокими показателями смертности и с несоблюдением программ приема лекарств и физических упражнений. Кроме того, было показано, что наличие одного заболевания может ускорить наступление другого. По сравнению с лицами с ИМТ в нормативных пределах, люди с избыточным весом и морбидным ожирением обладают большим риском развития депрессии, при этом некоторые авторы описывают дозозависимый эффект тяжести ожирения на вероятность депрессии. Например, Перейра-Мианда и др. сообщили, что у лиц с избыточным весом вероятность депрессии была на 7% выше, чем у лиц с нормальным весом, а у лиц с ожирением вероятность депрессии составляла 32% (Plasonja N, Brytek-Matera A, Décamps G., 2022).

Многочисленные исследования показали различия по полу в проявлениях депрессии. Так женщины с избыточным весом и ожирением чаще страдают от депрессии, чем мужчины, имели больше психологических

проблем, таких как тревожность, низкая самооценка, неудовлетворенность внешним видом (Mitchell J., Selzer F., Kalarchian M. et al., 2012).

Образ тела является важным аспектом качества жизни для многих людей. Степень неудовлетворенности, по-видимому, напрямую связана с количеством лишнего веса, которое имеет человек. Даже при наличии значительных проблем со здоровьем, связанных с весом, считается, что неудовлетворенность образом тела играет важную роль в решении обратиться за помощью.

Пациенты с сахарным СД-2 так же демонстрируют повышение по показателям депрессии и тревоги. Постоянный контроль инсулина, соблюдение диеты, ухудшают эмоциональное состояние пациентов. Во многих исследованиях пациенты с СД-2 отмечают сложности в межличностных взаимодействиях наличие страхов, связанных с социумом, повышенную тревожность (Chooi YC, Ding C, Magkos F., 2019).

Мотивация пациента пройти операцию по снижению веса может зависеть от нескольких факторов, таких как желание улучшить физическое функционирование, устранить существующие сопутствующие заболевания, избавиться от боли и стать более привлекательными.

Таким образом, пациенты с морбидным ожирением и СД-2 имеют ряд сложностей таких как неудовлетворение своим телом, низкую самооценку, повышенную тревожность. Они чаще встречаются с дискриминацией и больше подвержены депрессии, чем пациенты с нормальным весом. Недовольство собой и своим весом создает психологические проблемы, и пациенты могут ошибочно полагать что бариатрическая операция способна их исправить и решить все проблемы не только со здоровьем, но и с социальным функционированием. Соответственно, у пациентов могут быть нереалистичные ожидания относительно результатов операции, что еще раз подтверждает значимость психологического сопровождения таких пациентов как до этапа операции, так и после нее.

1.4. Когнитивные нарушения у пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа

Когнитивными нарушениями называют выявляемые ухудшения когнитивных функций (снижение памяти, умственной работоспособности). Когнитивные функции оказывают влияние на эффективность обучения, профессиональную, социальную и бытовую деятельность (Фирсова Л. Д., Бодунова Н. А., Ромашкина Н.В., 2021).

Сейчас появляется все больше исследований о связи между ожирением и когнитивными функциями. Исследования показывают, что ожирение является одним из факторов развития сосудистой деменции. Ожирение в юношеском возрасте может влиять на снижения когнитивного функционирования в среднем и старческом возрасте. Так в недавних исследованиях проводилось сравнение пациентов с морбидным ожирением и без него. В результате исследований более 70% пациентов с ожирением имели снижение когнитивного функционирования, а также более высокие риски развития деменции по сравнению с людьми с нормальным весом. В зарубежных исследованиях так же сообщалось о негативной связи между антропометрическими показателями ожирения и рядом когнитивных областей. Например, ожирение связано с нарушением работоспособности эпизодической памяти, отсроченного воспроизведения, оперативного и опосредованного запоминания, распознавание слов.

На когнитивное функционирование может оказывать влияние не только само ожирение, но и заболевание которые развиваются на его фоне, например, СД-2.

Исследования визуализации мозга показывают, что ожирение связано с нервной атрофией. Сообщалось о структурных изменениях в нейронной структуре людей с ожирением. Например, повышенный ИМТ связан с уменьшением объема мозга, независимо от возраста. Повышенный ИМТ

также связан с атрофией серого вещества в височной, лобной и затылочной коре, гиппокампе, таламусе и среднем мозге, и снижение белого вещества по всему мозгу. Важно отметить, что не всегда возможно отделить вклад ожирения в эти структурные нарушения от последствий старения и сопутствующих заболеваний, связанных с ожирением (например, гипертония, метаболическое избыточное предложение / дисрегуляция). Тем не менее, ожирение можно считать значительным фактором риска снижения нейронной целостности (Fagundo, AB, de la Torre, R, Jiménez-Murcia, S et al., 2012).

В дополнение к структурным и морфологическим изменениям в мозге, исследования нейронной визуализации показывают измененную функциональную активность. Это включает в себя снижение регионального притока крови к префронтальной коре у здоровых взрослых по сравнению с пациентами с ожирением. Значительно сниженная функциональная активность в корковых областях, связанных с эпизодической памятью (гиппокамп, угловая извилина и дорсолатеральная префронтальная кора), связана как с ожирением, так и с резистентностью к инсулину. Люди с ожирением также демонстрируют более низкую активацию, связанную с рабочей памятью, в правой теменной коре (Gonzales, MM, Tarumi, T, Miles, SC et al., 2010).

Ожирение способствует более быстрому старению мозга, так как среднему возрасту мозг людей с ожирением «старше» мозга людей с нормальным весом на 10 лет. Изменения белого вещества в среднем возрасте коррелируют с набором веса. Действие провоспалительных цитокинов является возможным механизмом этих изменений в объеме белого вещества. Это может быть связано с хроническим воспалением из-за избытка жировой ткани.

При ожирении наблюдается снижение адипонектина который, защищает от воспаления и поддерживает энергетический обмен.

Повышение регуляции других адипокинов, приводящих к хроническому воспалению и метаболическим заболеваниям. Все это способствует атрофии белого вещества и снижению когнитивных функций.

Инсулинорезистентность является прогностическим фактором последующего развития СД-2. Нарушение толерантности к глюкозе возникает до развития диабета и может способствовать когнитивным нарушениям. Недавние исследования показали, что производительность относительно здоровых женщин, среднего возраста с нарушением толерантности к глюкозе была нарушена при решении когнитивных задач, которые преимущественно задействуют гиппокамп. Более высокие уровни глюкозы могут увеличить риск когнитивной дисфункции у людей, не страдающих диабетом (Lokken, KL, Воёка, AG, Yellumahanthi, K et al., 2010).

СД-2 не только увеличивает риск последующей когнитивной дисфункции, но также может привести к ускоренному темпу когнитивного старения. СД-2 был связан со снижением производительности в ряде когнитивных областей, включая вербальную память, скорость обработки информации. Снижение внимания, беглость устной речи. Тем не менее, гликемический контроль может помочь в сохранении когнитивного функционирования.

СД-2 является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Сердечно-сосудистые факторы риска, присутствующие в среднем возрасте, увеличивают риск последующей деменции. Гипоперфузия и микроэмболы, которые являются следствием сердечных заболеваний, были вовлечены в этиологию деменции. Кроме того, множественные лакунарные инфаркты распространены у людей с диабетом, и они были связаны с когнитивным снижением. СД-2 был связан с глобальной атрофией мозга, по сравнению с людьми с нормальным весом, отличалось и скорость когнитивного старения. Аномалии, развивающиеся

на фоне резистентности к инсулину также наблюдались у людей с болезнью Альцгеймера. Поскольку действие инсулина было вовлечено в нейронное и синаптическое образование, развитие, восстановление и нейропротекцию, это имеет важные клинические последствия (Ronan, L, Alexander-Bloch, AF, Wagstyl, K et al., 2016).

Поскольку ожирение и последующий СД-2 увеличивает риск развития болезни Альцгеймера на 65%. Было высказано предположение, что болезнь Альцгеймера является метаболическим заболеванием, опосредованным нарушениями чувствительности мозга к инсулину, использования глюкозы и энергетического обмена, что приводит к повышенному окислительному стрессу и воспалению, которое ухудшает резистентность к инсулину (Gonzales, MM, Tarumi, T, Miles, SC et al., 2010).

Риск развития сосудистой деменции у пациентов с СД-2 связан с гипертонией в анамнезе и нарушениями мозгового кровотока.

Кроме того, люди с ожирением могут быть более уязвимы к негативным последствиям стресса из-за повышенных базальных и реактивных уровней глюкокортикоидов.

1.5. Пищевое поведение у пациентов морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа

Пищевое поведение (ПП) - это широкий термин, который включает в себя выбор продуктов питания, особенности питания, проблемы с питанием, такие как ожирение, и расстройства пищевого поведения.

Прием пищи важный аспект человеческой жизни. Его регулярность и разнообразность обеспечивают человеческий организм необходимыми микроэлементами. Нерегулярный прием пищи оказывает значительное влияние на здоровье человека. Рассогласование между суточными ритмами

приема пищи и циркадной системой синхронизации может способствовать нарушению циркадного ритма, что приводит к нарушению метаболической регуляции, нарушению метаболического гомеостаза и увеличению кардиометаболических рисков. Важно питаться в одно и то же время для соблюдения ритма. Пациенты с морбидным ожирением часто не соблюдают определенные ритмы питания, едят в ночное время или пропускают один из приемов пищи увеличивая нагрузку на другое время. Для нормализации веса пациенты могут прибегать к строгим диетам. Однако резкий переход с одного питания на другой может вызывать стресс. При недоедании организм не может отличить самоограничение в еде от реальной нехватки пищи: скорость метаболизма замедляется (анаболизм), а чувство голода и аппетит усиливаются. В результате у сидящих на диете развивается сильное чувство голода, и пациенты срываются. В последствии организм старается восполнить утраченное и пациенты набирают еще больший вес (Somnath Pal., 2020).

При стрессе люди, сидящие на диете, в различных экспериментах демонстрировали более высокое потребление пищи по сравнению с теми, кто не сидел на диете. Поэтому соблюдение диеты считается фактором риска усиления склонности к эмоциональному перееданию.

Еще одним последствием диет может стать потеря контроля над чувствами сытости и голода, что является дополнительным фактором риска развития переедания. Эмоциональное переедание также может происходить независимо от диеты, это может быть результатом плохой interoцептивной осведомленности, путаницы внутренних состояний голода и сытости и физиологических симптомов, связанных с эмоциями, алекситимии или плохих стратегий регуляции эмоций (Зеленкова-Захарчук Т. А., 2021).

Наличие алекситимии положительно коррелируется с эмоциогенным пищевым поведением. Наличие алекситимии наблюдалось у женщин, нетипично реагирующих на стресс, а именно увеличением потребляемых

калорий. Также было показано, что подавление эмоций положительно коррелирует с эмоциональным питанием. По предположению исследователей фокус внимания переключается с эмоциональных реакций на внутренние стимулы, увеличивая потребность в пище. Прием пищи в данном аспекте выступает как «самолечение», компенсация негативных эмоций и переживаний.

Чувство депрессии обычно связано с потерей аппетита и последующей потерей веса. Однако существует подтип депрессии, который характеризуется типичными признаками повышенного аппетита и последующего увеличения веса (DSM-5; Американская психиатрическая ассоциация). Эмоциогенное пищевое поведение считается маркером этого подтипа депрессии. В мета-анализе Luppino, было обнаружено, что депрессия связана с последующим увеличением веса и ожирением, и возник вопрос, является ли эмоциональное питание звеном между депрессией и ожирением или увеличением веса.

В различных перекрестных исследованиях действительно было обнаружено, что эмоциональное питание действует как посредник между депрессией и ожирением (Мищенко Т. В., Звенигородская Л. А., Варванина Г. Г., 2010).

Депрессия и ожирение являются распространенными заболеваниями с серьезными медицинскими последствиями. Вывод о том, что эмоциональное питание является посредником между ними, предполагает, что уменьшение эмоционального питания может быть важной целью лечения как ожирения, так и некоторых видов депрессии.

Лечение людей с высокой степенью эмоционального переедания должно быть сосредоточено на более адекватном реагировании на эмоции, например, путем обучения навыкам регулирования эмоций.

Экстернальное пищевое поведение включает в себя прием пищи в ответ на внешние сигналы, такие как аромат пищи, присутствие пищи или

наблюдение за тем, как едят другие. Теория экстерналий описывает внешнее питание как прием пищи в ответ на связанные с пищей стимулы, независимо от чувства голода или наполненности желудка. Человек потребляет пищу даже тогда, когда в этом нет потребности для организма и съедает больше необходимого (Гуськова Е. С., Гуслистова А. В., Гречаный С. В., 2019).

Тучные люди с экстернальным пищевым поведением едят вне зависимости от времени последнего приема пищи. Определяющее значение имеет доступность продуктов (переедание «за компанию», перекусы на улице, избыточный прием пищи в гостях, покупка излишнего количества продуктов). Прием пищи носит неосознанный характер. При экстернальном типе характерно усиление/ослабление аппетита в ответ на внешние пищевые раздражители. При этом реальное состояние голода или сытости игнорируется

Ограничительный тип характеризуется хаотичным самоограничением в пище – несистематические, чаще всего – ситуативно обусловленные диеты и голодания, вызывающие напряжение и приводящие впоследствии к «срывам» и перееданию, еще более отягощающим ситуацию, вызвавшую необходимость ограничения в пищевом поведении (Гуськова Е. С., Гуслистова А. В., Гречаный С. В., 2019). Эмоциональная нестабильность, возникающая во время строгих диет, называется «диетической депрессией» и приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты, новому интенсивному набору веса и рецидиву заболевания. У пациента формируется чувство вины со снижением самооценки.

На передний план в клинической картине выступают пониженное настроение с удрученностью, повышенной раздражительностью, слезливостью, агрессивностью, чувством внутреннего напряжения, тревожностью. В результате этого возобновляется переедание более интенсивного характера, ведущее к еще большему набору массы тела

(рикошетный эффект), что способствует в конечном итоге формированию пессимистического отношения к возможности выздоровления (Зеленкова-Захарчук Т. А., 2021).

Голод и насыщение являются преобладающими сигналами, связанными с началом или окончанием приема пищи. Психологические переживания, периферические физиологические сигналы и центральные нервные процессы взаимодействуют до, вовремя и после приема пищи, образуя биопсихологический замкнутый цикл, концептуально начинающийся с голода и проходящий через насыщение и насыщение, прежде чем вернуться к голоду. Последствиями того, когда эта петля становится патологической, являются либо избыточный вес, либо недостаточный вес.

Изменения образа жизни вместе с диетой и физическими упражнениями обычно рассматриваются в качестве первых направлений профилактики и терапии при лечении снижения веса и являются основой соответствующих сообщений общественного здравоохранения (Shakeri Z, Mardali F, Azizabadi Farahani M., 2022).

Таким образом, пищевое поведение – это совокупность привычек, связанных с приемом пищи, вкусовыми предпочтениями, режимом приема пищи и диетами.

Сочетание СД-2 и морбидного ожирения подразумевает наличие сформировавшихся в течение длительного периода времени непреодолимых пищевых привычек, отсутствие суточной системы питания, неконтролируемое неограниченное число приемов пищи.

1.6. Пищевое поведение после бариатрической операции

Бариатрическая операция- метод лечения морбидного ожирения при помощи хирургического вмешательства. После проведения операции врачи просят пациентов придерживаться диеты. В первые дни она состоит из

жидкой пищи, которую пациент принимает несколько раз в день. Потом можно принимать мягкую пищу еще в течении нескольких недель и переходить к нормальной твердой пищи. Через три месяца пациентам следует перейти к рекомендуемой диете, которой будет поддерживать их вес и насыщать организм всеми необходимыми микроэлементами (Старостина Е.Г. 2014).

Несмотря на небольшой размер желудочного мешка, строгих ограничений по количеству пищи нет, поскольку стома между желудочным мешком и тонкой кишкой широкая. Манометрия высокого давления показывает нормальное давление в пищеводе, низкое давление в мешке и более высокое давление в тонкой кишке, что указывает на отсутствие ограничений на уровне мешка. Это позволяет пище быстро продвигаться из пищевода в тонкую кишку. Уменьшенный мешок не вызывает сужения, а скорее может действовать как канал для ускорения поступления пищи в тонкий кишечник. Затем тонкому кишечнику требуется адаптация, чтобы справиться с внезапным поступлением непереваренной пищи, происходит адаптация кишечника. При этом пациенты после операции иногда сообщают о переходе от потребления продуктов с высоким содержанием жира и сахара к более здоровым продуктам. Несмотря на эти данные, о снижении пристрастия к таким продуктам, как шоколад, сладости и жареная пища, остается неизвестным, отражает ли это собственное желание, основанное на советах, ожиданиях или взятой на себя ответственности, либо есть другие причины изменения вкуса и вкусовых предпочтений.

Американское общество гематологов заявило, что пациенты после бариатрической операции имеют значительно более высокий риск развития анемии. У половины пациентов, перенесших бариатрическую операцию, диагностируется анемия в течение двух лет после операции. Наиболее распространенным типом анемии среди этих пациентов был дефицит железа, за которым следовал дефицит витамина В12 и фолиевой

кислоты. Ремоделирование ЖКТ вследствие бариатрической операции и нарушения всасывания может привести к дефициту кальция и витамина D, что может существенно повлиять на состояние костей.

Белково-энергетическая недостаточность является одним из серьезных осложнений, связанных с бариатрическими операциями.

Рассмотрим изменения объема пищи после бариатрической операции. Первым объективно поддающимся количественной оценке изменением после бариатрической операции является уменьшение объема пищи, потребляемой за один прием пищи. Исследования показывают, что у пациентов меняется объем потребляемой пищи, увеличивается продолжительность приема пищи, а, следовательно, увеличивается скорость приема пищи.

Через шесть недель после операции пациенты потребляют только 42% от предоперационного объема пищи. Через 1 и 2 года объем приема пищи увеличивается до 57 и 66% от предоперационного объема приема пищи.

Бариатрические процедуры изначально были разработаны для уменьшения размера желудка в попытке вызвать ограничение и вызвать потерю веса, но большинство исследований подтверждают, что ограничение не играет роли в поддержании долгосрочной потери веса. Furnes предположил, что потеря веса, наблюдаемая после бариатрической операции, не зависит от функции пищевого резервуара желудка. Кроме того, Уилсон-Перес и др. выдвинули гипотезу, что если операция приведет к уменьшению размеров порций из-за уменьшения размера желудка, то у пациентов разовьется компенсаторная адаптация за счет увеличения потребления жира для максимального потребления калорий.

Рассмотрим исследования касающиеся потребления калорий после бариатрической операции. В первые несколько недель после операции рекомендованная диета обычно обеспечивает 500-800 ккал в день, что

соответствует низкокалорийной диетой. Потребление калорий постепенно увеличивается с 3 месяцев до 1 года в среднем от 800 до 1000 ккал. (Гурова О. Ю., Бобров А. Е., Романцова Т. Н., 2020). Общее потребление калорий постепенно увеличивается в течении 5 лет после операции, но остается ниже, чем дооперационные значения, хотя их отличия незначительны.

Потребление пищи - это врожденное поведение, регулируемое двумя взаимодополняющими факторами, гомеостатическим и гедонистическим путями. Гомеостатический путь контролирует энергетический баланс, повышая мотивацию к приему пищи после истощения запасов энергии или прекращения приема пищи в ответ на физиологические сигналы насыщения. Напротив, гедонистическая прием пищи связан с видом, запахом и вкусом пищи, а также с эмоциональными и социальными факторами, которые влияют на потребление пищи. Гедонистический путь может перекрывать гомеостатический путь в периоды относительного избытка энергии, увеличивая желание употреблять продукты, которые очень приятны на вкус (Волкова А. Р., Семикова Г.В., Дыгун О.Д., 2020).

Насыщение - это безусловное поведение; его нельзя контролировать вкусом пищи или тем, полезна еда или нет. Однако гедонистические реакции, сопровождающие определенные продукты, могут перекрывать сигнал о прекращении приема пищи, который возникает даже при полном насыщении.

В гипоталамусе дугообразное ядро является основной областью, участвующей в гомеостатическом контроле потребления пищи. В дугообразном ядре две группы нейронов играют важную роль в регуляции питания. Дугообразное ядро имеет неполный гематоэнцефалический барьер, который позволяет воспринимать информацию о питании с периферии, а также косвенные периферические маркеры физиологии приема пищи, такие как инсулин, лептин и кишечные гормоны, чтобы получить доступ к сигнальным путям, которые регулируют аппетит. Кроме

того, блуждающий нерв передает периферические сигналы, вырабатываемые в желудочно-кишечном тракте, в ядро солитарного тракта в стволе головного мозга, где сигналы затем интегрируются с сигналами гипоталамуса для контроля аппетита (Волкова А. Р., Семикова Г.В., Дыгун О.Д., 2020). Усиленная передача сигналов гипоталамуса была предложена в качестве основного механизма снижения аппетита и, следовательно, потери веса после бариатрической операции.

Бариатрическая хирургия включает в себя глубокие анатомические изменения желудочно-кишечного тракта, что приводит к более быстрой доставке питательных веществ в дистальный отдел тонкой кишки. В результате адаптация кишечника повышается уровень ряда периферических гормонов сытости, включая PYY и GLP-1, а снижение уровня гормона голода грелина происходит в течение нескольких дней после бариатрической операции. У этих гормонов есть рецепторы в периферической системе и в ЦНС, образующие гормональную ось кишечник-мозг (Иоффе А.Ю., Стеценко А.П., 2016).

Рассмотрим механизмы, которые могут объяснить снижение калорийности пищи после бариатрической операции. Люди и животные имеют врожденные предпочтения в отношении питательной, высококалорийной пищи, которая обеспечивает их необходимой энергией. Однако их биологическая система ориентирована на обучение, когда потребление вызывает недомогание, поступают сигналы и в последующем пища будет распознаваться как вредная. Это может привести к изменению предпочтений в еде, наблюдаемых после бариатрической операции. Предполагается, что механизм, лежащий в основе этого изменения, обусловлен висцеральными сигналами и изменениями вкусовой функции.

Вкус напрямую влияет на пищевое поведение, влияя на пищевые предпочтения и потребление пищи. Вкус - это ощущение, возникающее,

когда вещество попадает в рот и вступает в реакцию с клетками на вкусовых рецепторах. Он распознается и вызывает ответные реакции аппетита или отвращения. Физиологические реакции, в свою очередь, являются способом подготовки организма к перевариванию и усвоению. Таким образом, вкусовые системы можно разделить на три основные функциональные области: идентификация стимула, мотивация к приему пищи и подготовка к пищеварению (Варикаш Д.В., Дорох Н.Н., Богдан В. Г., 2021).

Многие исследования показали связь между порогами вкуса и весом. Периферическая резистентность к лептину хорошо описана у людей с ожирением как механизм, увеличивающий потребление пищи, и неясно, распространяется ли это явление на область восприятия вкуса. У людей с ожирением повышен уровень циркулирующего лептина по сравнению с людьми с нормальным весом. Во время набора веса базальный уровень лептина в плазме должен постепенно повышаться, одновременно снижается чувствительность к сладкому вкусу. Однако хроническая адаптация к высоким концентрациям лептина может вызывать резистентность к нему. (Неймарк А. Е., Еганян Ш. А., Гринева Е. Н., 2016).

Потеря веса снижает уровни лептина и повышает чувствительность к сладкому вкусу, т.е. пониженные пороговые значения, как после инвазивных, т.е. вызванных хирургическим вмешательством, так и после неинвазивных, т.е. вызванных диетой вмешательств. Вкусовая чувствительность коррелирует со снижением уровня лептина.

Ожирение связано со многими сопутствующими заболеваниями, включая СД-2. Фабби был первым исследователем, который предположил, что у пациентов с диабетом может быть нарушена функция вкуса. Позже они предположили, что эта аномалия может быть связана с повышенным уровнем сахара в крови, который вызывает "эффект насыщения" в отношении сладкого вкуса или невропатии, вызывающей снижение вкусовой чувствительности в целом. Впоследствии в ряде исследований

было установлено, что пациенты с СД-2 имеют более высокие пороговые значения определения глюкозы и сахарозы, чем пациенты с СД-1 и контрольной группой.

Депрессия распространенное сопутствующее заболевание, связанное с ожирением, также изменяют вкус. У пациентов с тяжелой депрессией снижена чувствительность ко всем вкусам, чаще всего к сладкому.

Таким образом, на ранней стадии после бариатрической операции пациенты страдают от ряда симптомов, связанных с приемом пищи, которые можно сгруппировать под общим термином "постпрандиальный дистресс-синдром". Он может оказывать значительное влияние на пищевое поведение, включая выбор продуктов, размер порций, частоту потребления пищи, время приема пищи.

1.7. Комплаентность пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа

Комплаентность -это сотрудничество между лечащим врачом и пациентом, которое способствует эффективности лечения. Приверженность к лечению является одним из важнейших аспектов, способствующих нормализации веса у пациентов бариатрического профиля. Бариатрическая операция предполагает дальнейшую работу с пациентом в течении нескольких лет и то насколько готов пациент соблюдать рекомендации врача по приему лекарств, выполнению физических упражнений и диеты зависит его здоровье.

Проблема комплаентности значима, но мало изучена. Исследования, а этой области фрагментарны и недостаточно обоснованы. Остаются неразработанными основные психодиагностические критерии комплаентности и неизвестно какие психологические особенности способны на нее повлиять (Кадыров, Р.В., 2014).

Общемедицинский подход рассматривает понятие комплаентности через призму биосоциальной модели. Данная модель подчеркивает такие факторы как отношение между врачом и пациентом, а так же болевые ощущения. Чем большую боль испытывает пациент, тем более он комплаентен. Следовательно, при снижении боли комплаентность так же снижается (Кадыров, Р.В., 2014). У пациентов с хроническими заболеваниями комплаентность ниже, так как они адаптируются к своей болезни. Терапевтическое сотрудничество может нарушиться и в том случаи если у пациента улучшилось самочувствие. Мотивация к лечению снижается, и пациент перестает следовать рекомендациями врача принимать и необходимые препараты. (Салмина-Хвостова О. И., Лобыкина Е. Н., Симутина Н. С. 2008).

При длительном лечении на пациента ложится ответственность за соблюдения требований врача, часто пациент сам должен принимать препараты, назначенные специалистом, соблюдать схему лечения. Пациенты могут привыкнуть к диагнозу и симптомам, что снизит ценность терапии в их глазах (Кадыров, Р.В., 2014).

При рассмотрении особенностей лечения пациентов бариатрического профиля мы можем проанализировать те факторы, которые влияют на комплаентность. Во-первых, это пожизненное наблюдение у специалистов, эндокринологов, кардиологов, диетологов (Волкова А. Р., Семикова Г. В., Дыгун О. Д., 2017). Во-вторых, не только длительность посещения специалистов может влиять на комплаентность, но и частота. Так пациент в течении года после операции должен посещать врача каждые три месяца (Ершова Е. В., Трошина Е. А., 2016).

Подобный подход позволяет своевременно проводить коррекцию диеты для профилактики дефицита определенных макро- и микронутриентов (белков, витаминов, электролитов, микроэлементов), осуществлять необходимые мероприятия по лечению сопутствующей

ожирению патологии и предотвращению повторного набора веса после операции.

Несоблюдение пациентами диеты и рекомендаций по изменению образа жизни является наиболее распространенной причиной повторного набора массы тела после перенесенной бариатрической операции (Ершова Е. В., Трошина Е. А., 2016).

Таким образом, пациенты бариатрического профиля, после операции в течение длительного времени должны совместно с врачами продолжать лечение, периодически корректировать его и сохранять мотивацию к лечению на протяжении длительного времени.

Рассмотрим другую модель комплаентности. В клинической психологии преобладает биопсихосоциоэтическая модель. Личностные особенности стоят в фокусе внимания данной модели комплаентности. Наименее устойчивой является эмоциональная составляющая личности. Фон настроения определенным образом влияет на соблюдение терапевтических мер, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний. Уровень тревожности, так же влияет на комплаентность пациента (Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Шестакова М.В., 2018). При рассмотрении особенностей пациентов бариатрического профиля можно заметить, что до операции уровень тревожности у таких пациентов повышен, однако после операции в течение непродолжительного времени уровень тревожности снижается, что оказывает влияние на комплаентность таких пациентов. Важно учитывать и прошлый опыт взаимодействия таких пациентов с врачом. При негативном прошлом опыте показатели комплаентность будут значительно ниже чем при позитивном. Стоит обратить внимание и на приоритет ценностей пациента. Превалирование в системе ценностей здоровья и поддержания физической формы определяет высокий уровень комплаентности. Напротив, если в системе ценностей отсутствуют такие ценности, то мы можем предполагать

снижение комплаентности с течением времени. Качество жизни и психологическое благополучие так же влияют на комплаентность и помогают прогнозировать ее изменения с течением времени (Кадыров, Р.В., 2014).

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что проблема комплаентности на сегодняшний день является малоизученной, приобретает актуальность, теоретическую и практическую значимость в современной психологии, и занимает достойное место в проблемном поле медицинской психологии и медицины. От уровня комплаентности во многом зависит исход лечения бариатрических пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе центра хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений ПСПБГМУ им. Павлова «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Санкт-Петербург).

Модель исследования:

На первом этапе проводился сбор необходимой информации для написания теоретической основы работы и выдвижения гипотезы. Далее шла разработка плана реализации исследования и постановка задач для достижения поставленной цели.

На втором этапе проводилось исследование пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа с помощью клинико-психологических методов (беседы) и экспериментально-психологических методов.

На третьем этапе проводился анализ данных методами математической статистики при помощи программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.1 (русская версия) – использовался метод описательных статистик, сравнительный анализ по критерию Манна-Уитни. Далее проводился анализ полученной информации и формировались выводы исследования.

2.1. Описание выборки

В исследовании приняло участие 30 пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа, готовящихся к бариотрической операции в стационарных условиях. Для определения степени ожирения у пациентов использован индекс массы тела (ИМТ, кг/м²).

Критерием диагностики морбидного ожирения у взрослых лиц является значение индекса массы тела (ИМТ) ≥ 35 кг/м² при наличии тяжелых осложнений (СД-2, синдром обструктивного апноэ, неалкогольный стеатогепатит) или ИМТ > 40 кг/м² независимо от наличия осложнений. В исследовании приняли участие 24 женщины и 6 мужчин в возрасте от 23 до 66 лет.

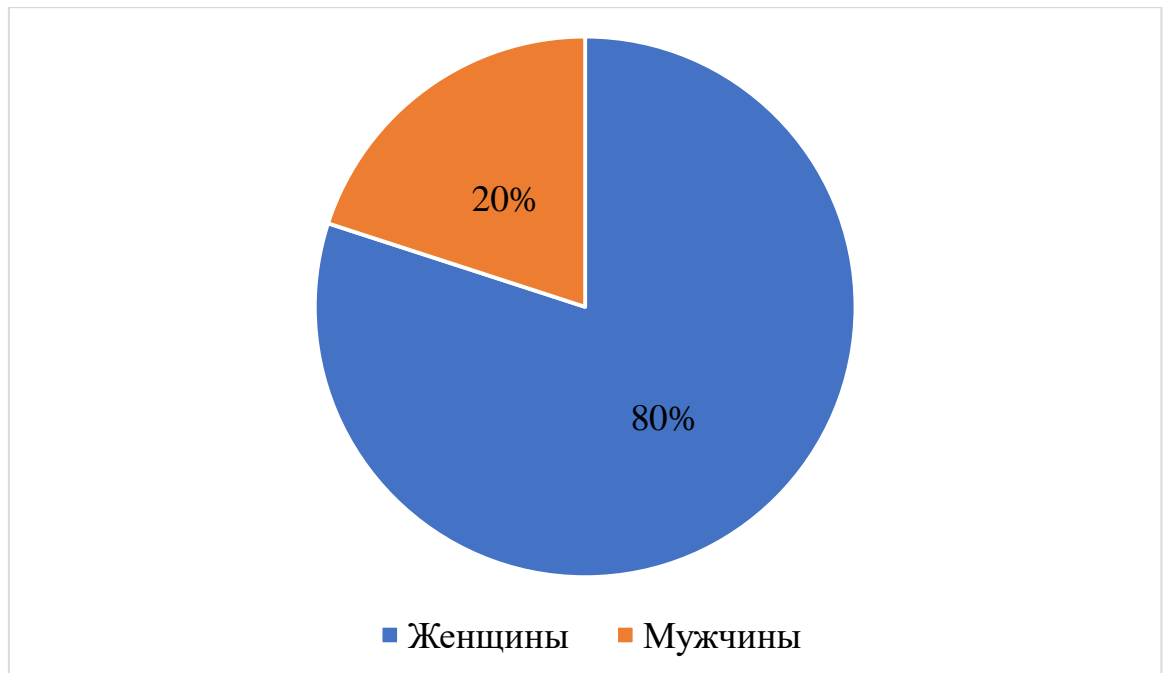


Рисунок 1. Распределение мужчин и женщин по выборке (в процентах).

Общее число участников было разделено на 2 группы (см. рис.1):

1. Пациенты с морбидным ожирением не имеющие сахарного диабета второго типа.
2. Пациента с морбидным ожирением имеющие сахарный диабет второго типа.

Критерии включения пациентов в исследование:

1. Возраст от 18-ти лет и старше.
2. Наличие письменного информированного согласия пациента на оперативное вмешательство.
3. Установленный диагноз: «Ожирение» с ИМТ ≥ 40 кг/м² или

с ИМТ ≥ 35 кг/м² с наличием ассоциированных ожирению заболеваний.

4. Наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

1. Возраст младше 18-ти лет.
2. Отказ пациента от участия в исследовании.
3. Пациенты с психическими расстройствами таким как:
 - Шизофрения
 - Биполярное аффективное расстройство
 - Органические психическое расстройство
 - Психические расстройства и расстройства поведения связанные с с употреблением психоактивных веществ

2.2. Характеристика методов исследования

2.2.1. Клинико – психологический метод

При проведении исследования был применён клинико-психологический метод, который включал беседу и наблюдение. Данные методы применялись с целью получения более полной информации о психологическом состоянии пациентов и их жизненной ситуации. Беседа с пациентом помогала подвести пациента к инструментальным исследованиям, установить контакт и настроить обследуемого для дальнейших психодиагностических процедур.

В ходе беседы фиксировались данные пациента, включавшие сведения о начале заболевания его длительности, отягощенности семейного анамнеза, наличии коморбидных заболеваний, образовании. Ряд вопросов был направлен на получение более подробной информации об особенностях питания пациента, о диетах, которым следовал пациент и их длительности. Ряд вопросов направлен на эмоциональное состояние пациента и его

динамики за последний год, а так же выделялся главный источник мотивации у пациентов бариатрического профиля. Часть вопросов была связана с активностью в повседневной жизни и физическими упражнениями.

Применение данного метода стало важным элементом для формирования наиболее полного представления о внутренней картине болезни пациентов, их общем психологическом состоянии, окружающей социальной обстановке.

2.2.2. Экспериментально – психологический метод

В нашем исследовании были использованы следующие методики:

1. Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised)
2. «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36, англ. SF-36 Health Status Survey)
3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
4. Монреальская когнитивная шкала оценки когнитивных функций (MoCA)
5. Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями.
6. Голландский опросник пищевого поведения (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, сокр. DEBQ).

Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised), разработанный L. Derogatis и соавторами в 1973 году и модифицированный в 1976 году. Работа по адаптации и валидации была проделана Н.В. Тарабриной в 2001 году. Опросник SCL-90-R состоит из 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной системе ранжирования дистресса от

"несколько" до "крайне". Эти пункты позволяют определить выраженность 9 симптоматических шкал, которые составляют основу большинства поведенческих симптомов у психически больных. Каждый параметр включает в себя не менее 6 пунктов. Достоверность оценивающих шкал пропорциональна числу пунктов шкалы (в пределах определенных ограничений). Это было подтверждено как психометрической теорией, так и теорией информации. Небольшое количество пунктов шкалы SCL-90-R не включены в 9 ведущих параметров и выделены отдельно в дополнительную группу развивающихся пунктов. Опросник представлен такими оценочными шкалами, как: шкала соматизации – Somatization (SOM), обсессивности-компульсивности – Obsessive-Compulsive (O-C), межличностной сенситивности – Interpersonal sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревожности – Anxiety (ANX), враждебности – Hostility (HOS), фобической тревожности – Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY). Присутствуют также шкалы второго порядка для более гибкого оценивания психопатологического статуса пациентов: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PSI). Кроме того, опросник позволяет оценить степень выраженности симптоматики пациента и наличие симптоматического дистресса. Формулировка вопросов начинается с фразы «Насколько сильно Вас тревожили в течение недели и сегодня...?». Каждое утверждение оценивается обследуемым по 5-балльной шкале, где 0 соответствует ответу «совсем нет», 1 – «немного», 2 – «умеренно», 3 – «сильно» и 4 – «очень сильно» (Майчук Е.Ю., Гумина О.Л., 2013).

Контрольный список симптомов 90-Revised (SCL-90-R) представляет собой опросник для самоотчета, оценивающий общую психопатологию и кластеры психиатрических симптомов, который был предложен Американским обществом метаболической и бариатрической хирургии в

качестве действенной скрининговой методики для использования в психосоциальной оценке. SCL-90-R продемонстрировал хорошую валидность среди бариатрических пациентов. Недавнее исследование также показало, что как SCL-90-R, так и краткая версия, так называемый Symptom-Checklist-K-9 (SCL-K-9), смогли классифицировать пациентов с избыточным весом / ожирением, независимо от того, проявляли ли они значительные симптомы переедания.

Опросник SF-36 (Short Form-36) используется для оценки качества жизни и позволяет оценить физиологическое и психологическое здоровье обследуемого. Разработан в 80-х годах на основании крупного исследования Medical Outcomes Study, проведенного в США. Апробация в РФ и перевод на русский язык были осуществлены в Санкт-Петербурге Институтом клинично-фармакологических исследований.

Как правило, влияние бариатрического лечения можно измерить в контексте общего и специфичного для ожирения HRQOL (Coulman K.D., Blazeby J.M., 2020). Наиболее часто используемым показателем общего HRQOL у бариатрических пациентов является опросник SF-36. Этот инструмент состоит из 36 пунктов, образующих восемь областей (физическое функционирование, роль-физическая, физическая боль, общее состояние здоровья, жизнеспособность, социальное функционирование, роль эмоционального и психического здоровья); домены могут анализироваться отдельно или совокупно в виде оценки физического компонента (PCS) и оценки психического компонента (MCS). В отличие от отдельных доменов, было продемонстрировано, что PCS и MCS имеют достаточную валидность в популяции пациентов с тяжелым ожирением и, как таковые, были рекомендованы в качестве первичных конечных точек в исследованиях общего HRQOL после бариатрического лечения (Sierżantowicz R, Ładny JR, 2022).

Опросник состоит из 8 шкал: General Health (GH) – общий показатель состояния здоровья – пациент оценивает своё состояние здоровья и перспективы лечения в настоящий момент; Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее имеющиеся ограничения в физических нагрузках ввиду состояния здоровья; Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (выполнение рабочей деятельности, а также бытовых обязанностей); Role-Emotional (RE) – уровень влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование; Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется тем, на сколько социальная активность ограничивается из-за физического или эмоционального состояния пациента; Bodily Pain (BP) – наличие и интенсивность боли у пациента, а также ее влияние на повседневную жизнь и деятельность; Vitality (VT) – жизнеспособность (ощущение себя энергичным и полным сил или, напротив, утомленным и обессиленным); Mental Health (MH) – оценка настроения и психического состояния (выявление депрессивных и тревожных проявлений, а также показателя положительных эмоций) (Ware J.E., et al., 1993).

Все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы). Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Шкала разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Опросник обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики.

Бланк шкалы выдается для самостоятельного заполнения испытуемому и сопровождается инструкцией. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы - "тревога" (7 утверждений) и "депрессия" (7 утверждений). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Монреальская когнитивная шкала (MoCA) была разработана как средство быстрой оценки когнитивных нарушений. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Валидация шкалы была выполнена в условиях умеренных когнитивных нарушений, впоследствии шкала стала использоваться в других клинических целях.

Опросник представляет собой одностраничный тест из 30 пунктов, выполняемых в среднем за 10 минут. Было показано, что MoCA более чувствителен, чем MMSE, к выявлению легких когнитивных нарушений и легкой формы деменции в общей популяции, и оценка ≤ 25 оказалась оптимальной для диагностики когнитивных нарушений. MoCA делится на 7 подценок: визуально-пространственный/исполнительный навык (5 баллов); именование (3 балла); память (5 баллов за задержку отзыва); внимание (6 баллов); речь (3 балла); абстракция (2 балла); отсроченное воспроизведение (5 баллов); ориентация (6 баллов). Один балл добавляется, если пациент имеет ≤ 12 лет образования. Максимально возможное количество баллов 30; 26 и более считается нормой.

Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями. В основу разработанного опросника была положена биопсихосоциально-этическая модель Г.В. Залевского. Валидизирована. Методика предназначена для обследования как пациентов,

страдающих хроническими заболеваниями (за исключением психически нездоровых, страдающих болезненными психическими нарушениями), так и здоровых индивидов, от 15 лет независимо от уровня и профиля, полученного ими образования. Опросник включает 66 утверждений, на которые испытуемый отвечает «всегда», «иногда» или «никогда», среднее время заполнения 10-15 мин. Опросник «Уровень комплаентности» представлен тремя составляющими: социальной комплаентностью, эмоциональной комплаентностью, поведенческой комплаентностью. На основе этих составляющих определяется общий уровень комплаентности.

Голландский опросник DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) составлен исследователями в 1986 году. DEBQ был первым инструментом, который охватил три стиля питания с помощью одномерных шкал. Инструмент имеет высокую цитируемость (более 2300 ссылок в Google Scholar) и переведен более чем на 15 языков. Три шкалы имеют хорошую надежность, валидность и прогностическая достоверность. Опросник был валидизирован на 1170 респондентах, разделённых по полу и наличию или отсутствию ожирения.

DEBQ состоит из 33 утверждений, каждое из которых респондент должен оценить в отношении себя как «Никогда» (1 б.), «Редко» (2 б.), «Иногда» (3 б.), «Часто» (4 б.) и «Очень часто» (5 б.). 31-ый вопрос анализируется в противоположных значениях. Он позволяет выявлять тип пищевого поведения: экстернальный – склонность переестать вследствие повышенной реакции на внешние стимулы (внешний вид и запах пищи, реклама пищевых продуктов и т.д.); эмоциогенный – гиперфагическая реакция в ответ на выраженные отрицательные или положительные эмоции; ограничительный – намеренное исключение определенных продуктов, использование различных диет, что повышает вероятность развития депрессии, эмоционального срыва и рикошетного набора веса (Van Strien T, Frijters JER, 1986).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Описательная статистика

Таблица 1

Характеристика исследованной выборки

Параметры	Возраст	Вес (кг)
M±SD	46,60±11,48	143,30± 27,52
Макс при (n=30)	66	200
Мин при (n=30)	23	95

В выборку исследования вошли 30 пациентов бариатрического профиля (см. табл. 1). Средний возраст составил 47 лет, при стандартном отклонении 11,48. Минимальный возраст составил 23 года, максимальный 66 лет. Средний вес пациентов 143 кг., при стандартном отклонении 27,52. Так минимальный вес составил 95 кг., максимальный 200 кг. Из них высшее образование имеет 8 (27%) человек, среднее 22 (73%) человека и начальное 1 (3%) человек.

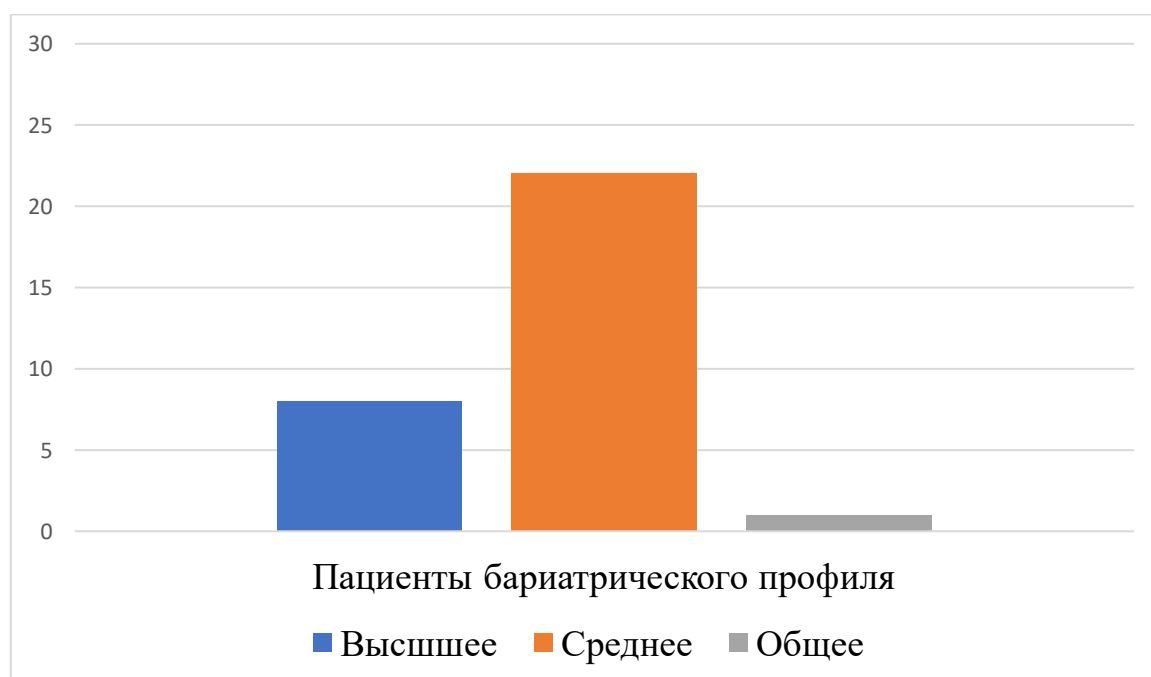


Рисунок 2. Распределение по уровню образования внутри выборки (в процентах).

Уровень активности до госпитализации у 87% пациентов малоподвижный, у 13% умеренноактивный. Что говорит о том, что большинство испытуемых ведут малоподвижный образ жизни.

Общее число участников было разделено на 2 группы:

1 Пациенты с морбидным ожирением без сахарного диабета второго типа.

2 Пациента с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа.

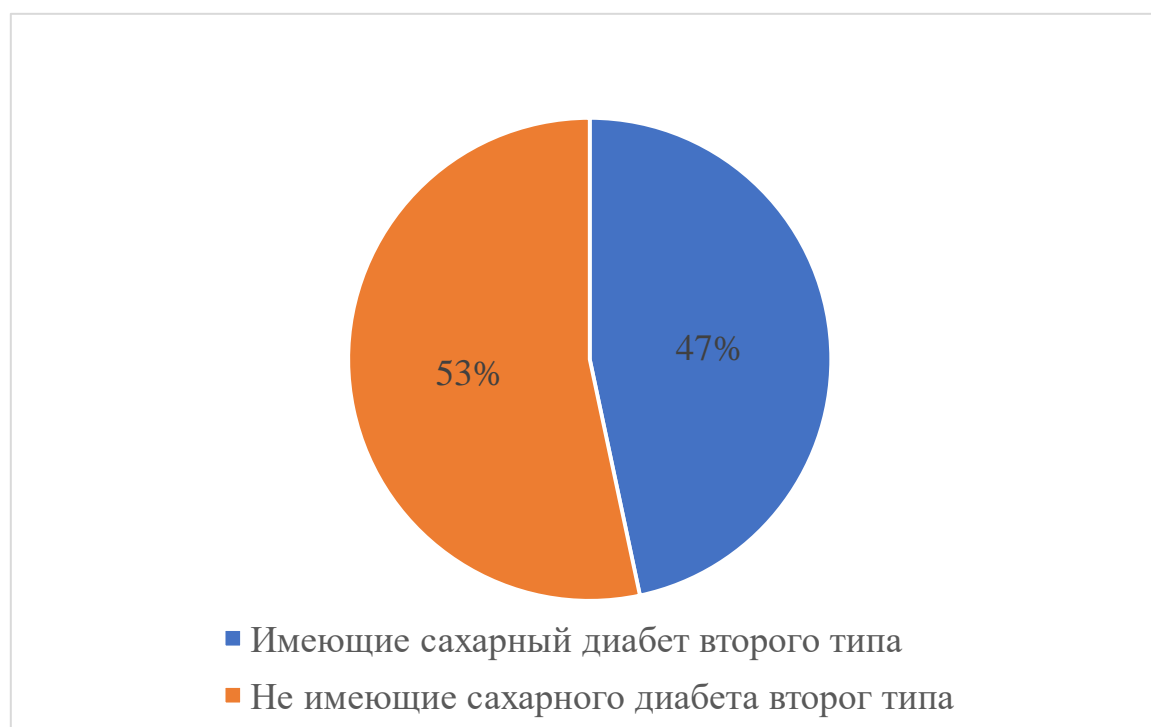


Рисунок 3. Распределение пациентов по двум группам (в процентах).

В первую группу вошли 16 человек что составило 53% от общей выборки. Во вторую группу вошло 15 человек что составило 47% от общей выборки.

Таблица 2

**Распределение по весу и возрасту пациентов бариатрического
профиля**

Показатели	С СД2 n=14	БЕЗ СД2 n=16
	M±SD	M±SD
Возраст	48±9,07	45±13,38
Вес	142±22,89	145±31,73

Средний показатель возраста первой группы, куда входят пациенты с морбидным ожирением, не имеющие сахарного диабета, составил 45 лет при стандартном отклонении 13,38 (см. табл. 2). Средний вес 145 при стандартном отклонении 31,73. Средний показатель возраста второй группы, куда входят пациенты с морбидным ожирением и СД-2 составил 48 лет при стандартном отклонении 9,07. Средний показатель веса составил 142 при стандартном отклонении 22,89.

Таблица 3

**Средние показатели по методике "Монреальская шкала оценки
когнитивных функций" (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)**

Показатели	Пациенты (n=30)		С СД-2 n=14		Без СД-2 n=16	
	%	M±SD	%	M±SD	%	M±SD
Норма (26-30)	43%	26,9±1,32	43%	27±1,10	44%	26,86±1,57
Когнитивное снижение (<26)	57%	23,29±1,72	57%	22,38±2	56%	24±0,93

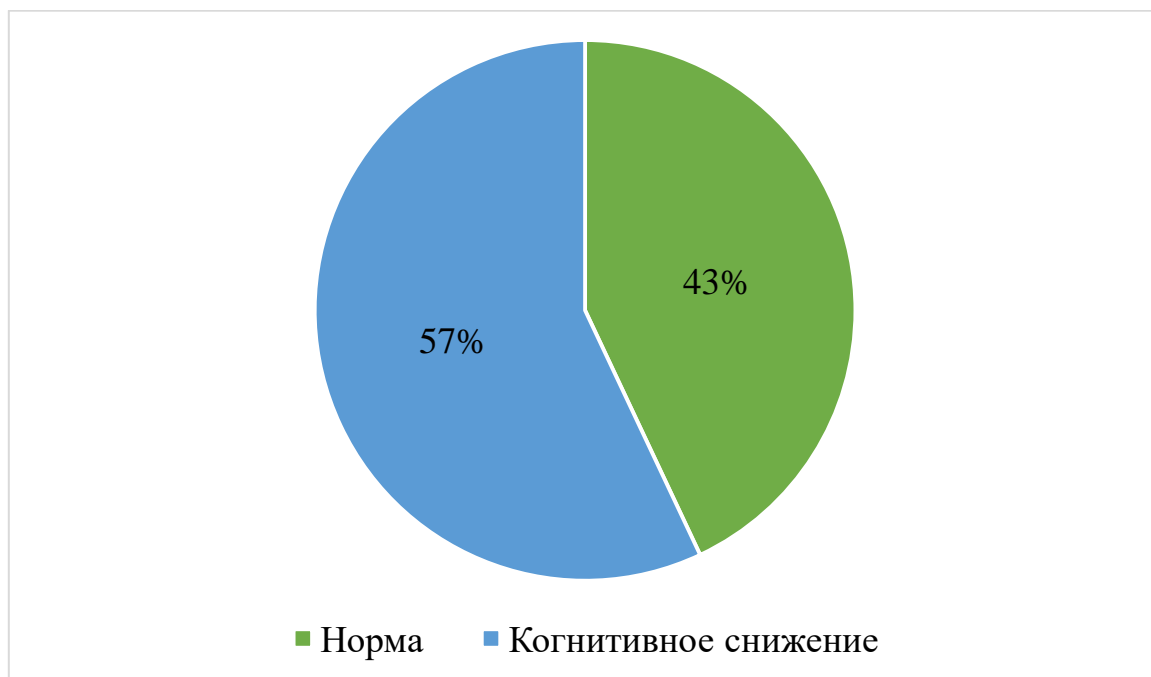


Рисунок 4. Распределение нормативных показателей внутри выборки по методике МоСА (в процентах).

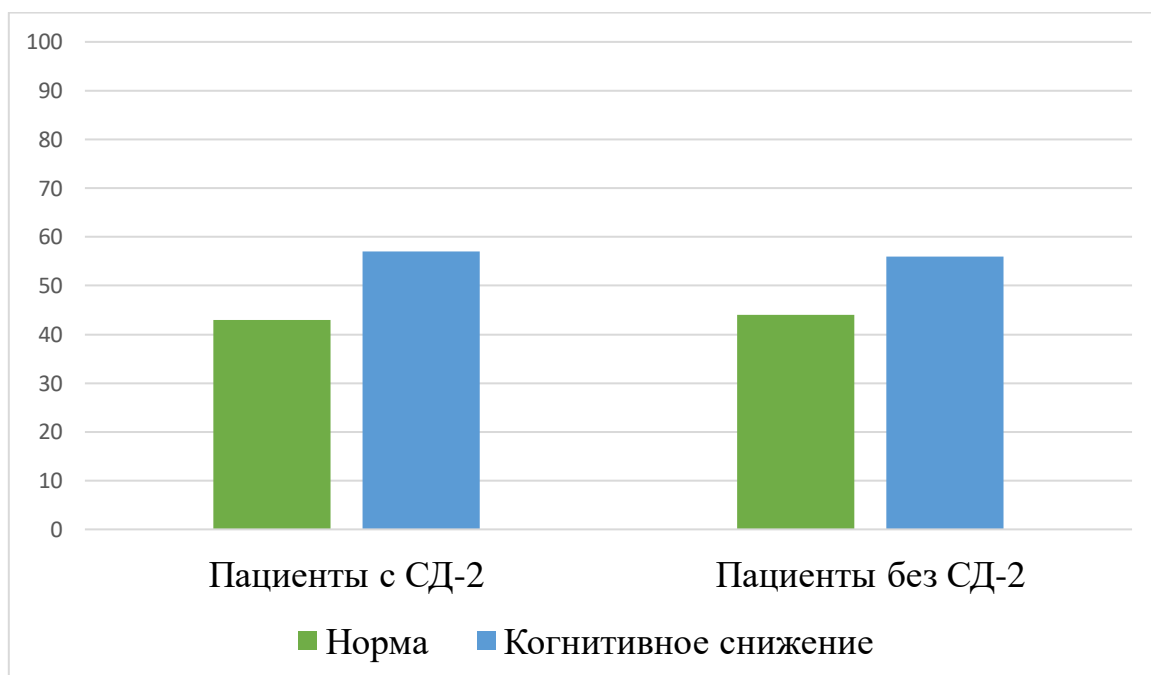


Рисунок 5. Распределение нормативных показателей по группам по методике МоСА (в процентах).

Показатели по МоСА в среднем составили 24,87 при стандартном отклонении 2,39. Когнитивное снижение среди общей выборки имеют 57%, средний показатель которой составляет 23,29 при стандартном отклонении

1,72 (см. табл. 3). Не имеют когнитивного снижения 43% респондентов, средний показатель 26,9 при стандартном отклонении 1,32.

Среди группы пациентов с морбидным ожирением и СД-2 57% испытуемых имеют когнитивное снижение, средний показатель которого равен 22,38 при стандартном отклонении 2. 43% пациентов с морбидным ожирением и СД-2 не имеют когнитивного снижения. Средний показатель в данной подгруппе 27 при стандартном отклонении 1,10.

Среди группы пациентов с морбидным ожирением, не имеющим СД-2 44% не имеют когнитивного снижения. Средний показатель по методике в данной группе составил 26,86 при стандартном отклонении 1,57. Когнитивное снижение наблюдается у 56% данной группы. Средний показатель 24 при стандартном отклонении 0,93. Таким образом в обеих группах пациентов наблюдается превалирование когнитивного снижения над когнитивной нормой.

Таблица 4

Средние показатели по шкалам в методике "Монреальская шкала оценки когнитивных функций" (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)

Показатели	Пациенты n=30	С СД2 n=14	БЕЗ СД2 n=16
	M±SD	M±SD	M±SD
Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки	4,10±0,80	4,21±0,80	4±0,82
Называние	2,93±0,37	3±0	2,88±0,50
Внимание	5,33±0,88	5,07±1,07	5,56±0,63
Речь	2,47±0,68	2,43±0,76	2,50±0,63
Абстракции	1,63±0,56	1,5±0,65	1,75±0,45

Память (отсроченное воспроизведение)	2,23±1,33	2,07±1,27	2,38±1,41
Ориентация	6±0	6±0	6±0

Рассматривая отдельные шкалы по методики МоСа у всех респондентов наблюдается снижение зрительно-конструктивных, исполнительных навыков среднее значение которых 4,10 при стандартном отклонении 0,80, внимания среднее значение которой составляет 5,33 при стандартном отклонении 0,88. Причем у пациентов с морбидным ожирением не имеющих СД-2 средний показатель по шкале внимания составляет 5,56 при стандартном отклонении 0,63, а у пациентов с морбидным ожирением и СД-2 средний показатель составляет 5,07 при стандартном отклонении 1,07.

Значительные нарушения наблюдаются по шкале память (отсроченное воспроизведение) средний показатель по выборке составил 2,23 при стандартном отклонении 1,33. У пациентов с морбидным ожирением и СД-2 средний показатель 2,07 при стандартном отклонении 1,27. У пациентов с морбидным ожирением без СД-2 средний показатель 2,38 при стандартном отклонении 1,41. Таким образом у всех респондентов наблюдается значительное нарушение по шкале память (отсроченное воспроизведение).

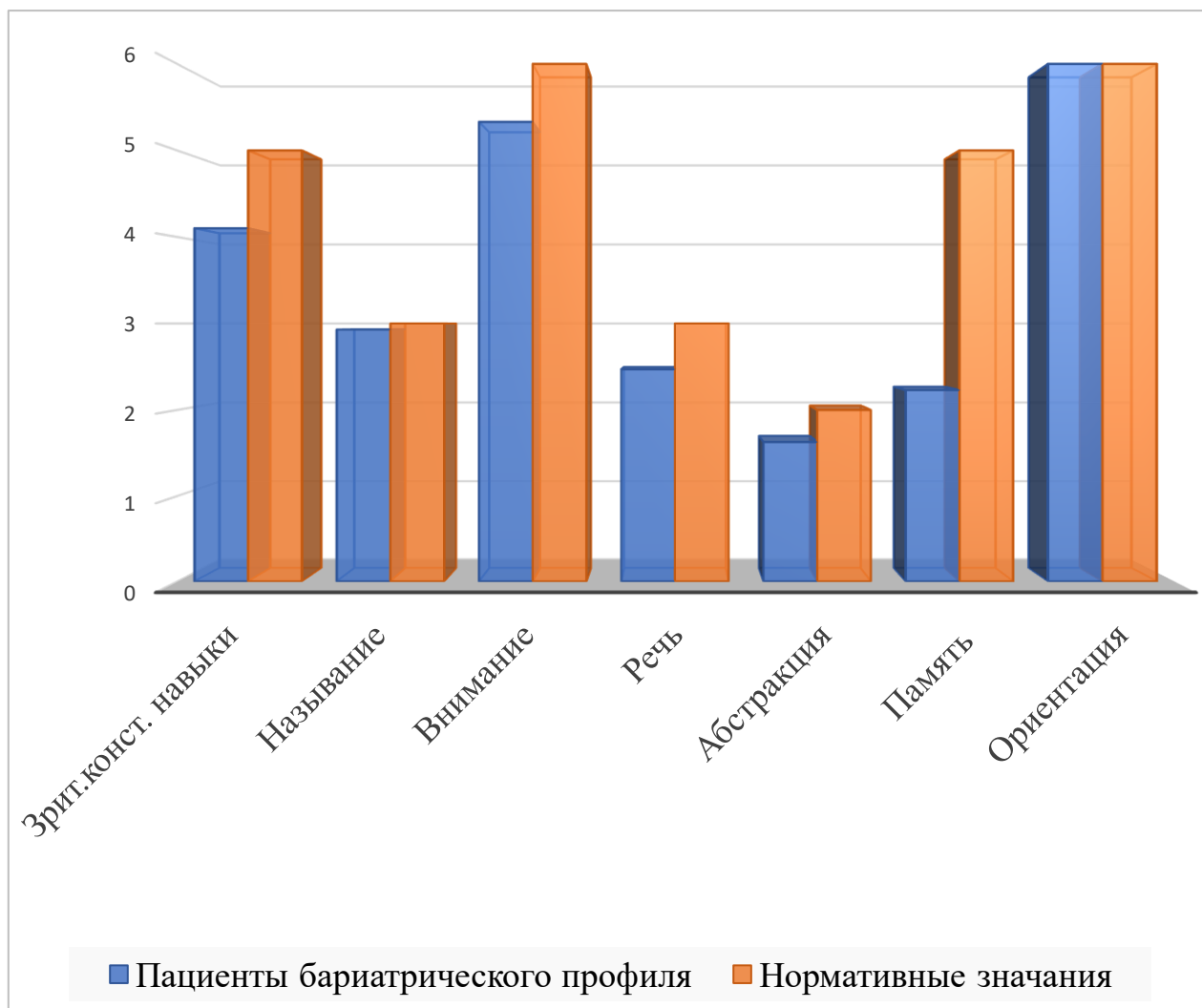


Рисунок 6. Средние показатели по шкалам в методике "Монреальская шкала оценки когнитивных функций" среди пациентов бариатрического профиля в сопоставлении с нормативными значениями (в баллах).

Таблица 5

Средние показатели по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Показатели	Пациенты n=30	С СД2 n=14	БЕЗ СД2 n=16
	M±SD	M±SD	M±SD
Тревога	5,47±3,35	5,50±3,70	5,44±3,14
Депрессия	4,77±2,65	4,29±1,90	5,19±3,17

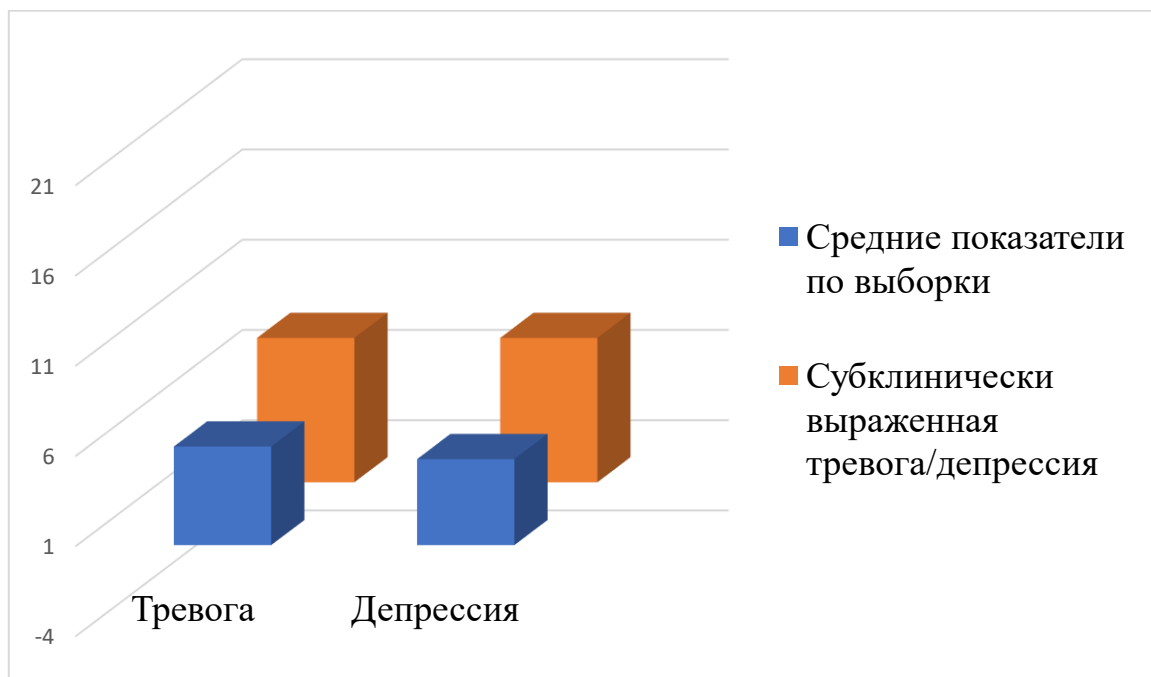


Рисунок 7. Среднее значение по методике HADS (в баллах).

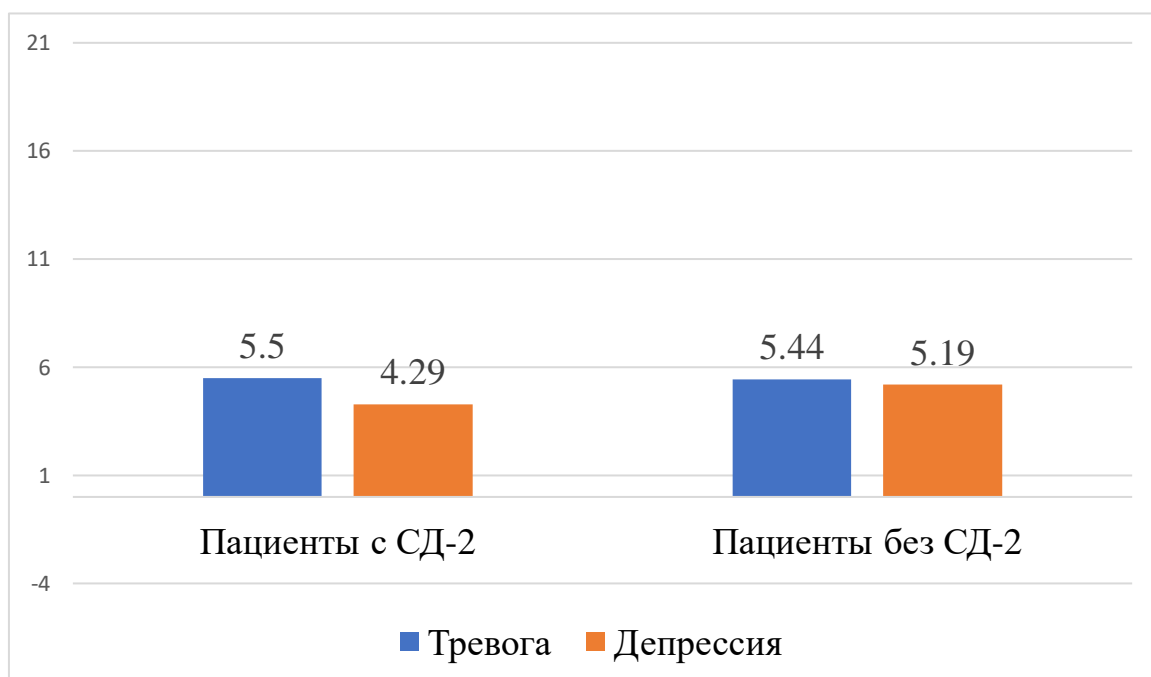


Рисунок 8. Среднее значение по методике HADS у двух групп пациентов (в баллах).

По методике HADS показатели тревоги по выборке в среднем составили 5,47 при стандартном отклонении 3,35 (см. табл. 5). В среднем показатель тревоги по выборке соответствует отсутствию выраженных симптомов тревоги, однако числовой показатель среднего балла среди

респондентов выше, чем показатели депрессии, что может нам говорить о преобладание тревожных тенденций у пациентов бариатрического профиля перед операцией. Показатели депрессии в среднем составили 4,77 при стандартном отклонении 2,65.

При сравнении двух групп пациентов наблюдаются незначительные различия в показателях тревоги и депрессии. Так среднее значение по шкале тревоги у пациентов с морбидным ожирением и СД-2 составили 5,50 при стандартном отклонении 3,70, показатели депрессии в среднем составили 4,29 при стандартном отклонении 1,90. Во второй группе пациентов с морбидным ожирением не имеющих СД-2 среднее значение по шкале тревоги составило 5,44 при стандартном отклонении 3,14, среднее значение по шкале депрессии составило 5,19 при стандартном отклонении 3,17. Данные показатели находятся в пределах нормы и указывают на то, что у респондентов нет выраженных симптомов тревоги и депрессии.

Таблица 6

Результаты по опроснику выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R.

Показатели	Пациенты n=30	С СД2 n=14	БЕЗ СД2 n=16
	M±SD	M±SD	M±SD
Соматизация (SOM)	0,96±0,61	1,07± 0,55	0,86±0,66
Навязчивости (O-C)	0,78±0,49	0,80±0,51	0,77±0,48
Сенситивность (INT)	0,53±0,43	0,45±0,45	0,59±0,41
Депрессия (DEP)	0,77±0,88	0,90±1,17	0,65±0,53
Тревожность (ANX)	0,43±0,43	0,50±0,57	0,36±0,25
Враждебность (ANG)	0,39±0,45	0,25±0,32	0,52±0,52
Фобия (PHOB)	0,16±0,36	0,19±0,45	0,14±0,26

Паранойяльность (PAR)	0,44±0,49	0,36±0,44	0,51±0,54
Психотизм (PSY)	0,29±0,25	0,24±0,22	0,33±0,28
Доп. Вопросы	0,66±0,51	0,53±0,39	0,78±0,58

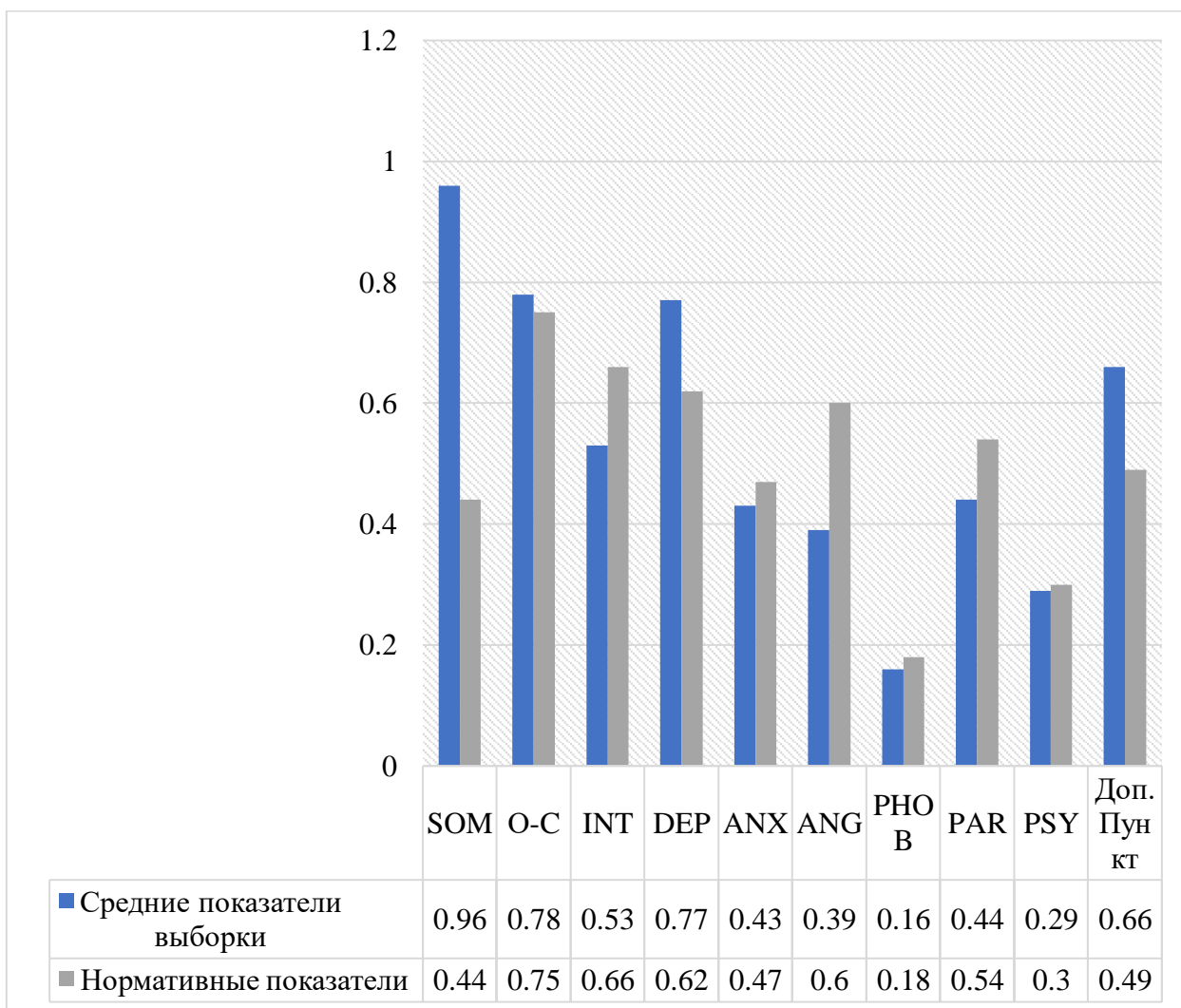


Рисунок 9. Средние показатели по методике SCL-90 среди выборки в сопоставлении с нормативными показателями (в баллах).

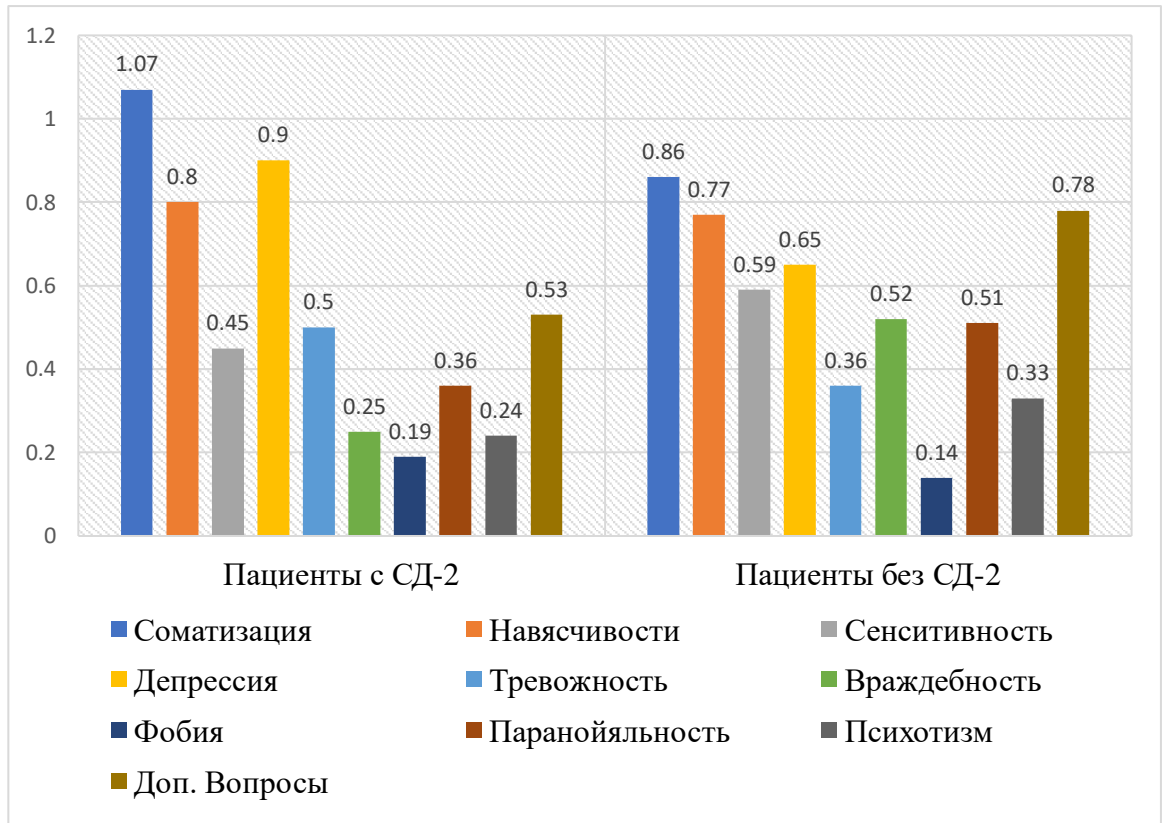


Рисунок 10. Среднее значение по методике SCL-90 у двух групп пациентов (в баллах).

Показатель среднего значения по методике SCL-90 (см. табл. 5) среди респондентов говорит о преобладании шкал соматизации среднее значение которой 0,96 при стандартном отклонении 0,61 при норме 0,44, депрессии среднее значение 0,77 при стандартном отклонении 0,88 при норме 0,62 и доп. вопросов, 0,66 при стандартном отклонении 0,51 при норме 0,49 включающих вопросы о передании. Небольшое увеличение по шкале навязчивости средний показатель которой равен 0,78 при стандартном отклонении 0,49 при норме 0,75. Анализируя показатели, мы видим наличие дистресса который возникает из ощущений телесной дисфункции. А также можем предположить, что проявления тревоги у данной категории пациентов в большей степени проявляются соматически. Например, пациенты могут предъявлять жалобы на головные боли, головокружения,

боли в сердце и другие боли в кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной системе. Высокие показатели по шкале депрессии отражают эмоциональное состояние пациентов, которое может характеризоваться чувством безнадежности, усталостью, недостатком мотивации и потери жизненной энергии. Высокие показатели по шкале доп. вопросы связаны с озабоченностью пациентов бариатрического профиля своим весом.

При сравнении показателей двух групп пациентов наблюдается различия в выраженности шкал, так у пациентов с СД-2 больше выражена шкала депрессии, среднее значение которой составляет 0,90 при стандартном отклонении 1,17, шкала соматизации среднее значение которой составляет 1,07 при стандартном отклонении 0,55, тревожности, среднее значение которой составляет 0,50 при стандартном отклонении 0,57. А у пациентов с морбидным ожирением без СД-2 больше выражены шкала сенситивность, средний показатель которой равен 0,59 при стандартном отклонении 0,41, шкала враждебность, средний показатель которой равен 0,52 при стандартном отклонении 0,52 и шкала дополнительные вопросы, средний показатель которой равен 0,78 при стандартном отклонении 0,58.

Таблица 7

Средние показатели по Голландскому опроснику пищевого поведения

Показатели	Пациенты n=30	С СД2 n=14	БЕЗ СД2 n=16
	M±SD	M±SD	M±SD
Ограничительное	2,85±0,91	2,84±0,92	2,86± 0,93
Эмоциогенное	2,70±1,07	2,84±1,25	2,58±0,92
Экстернальное	2,74±0,81	2,78±0,92	2,69±0,72

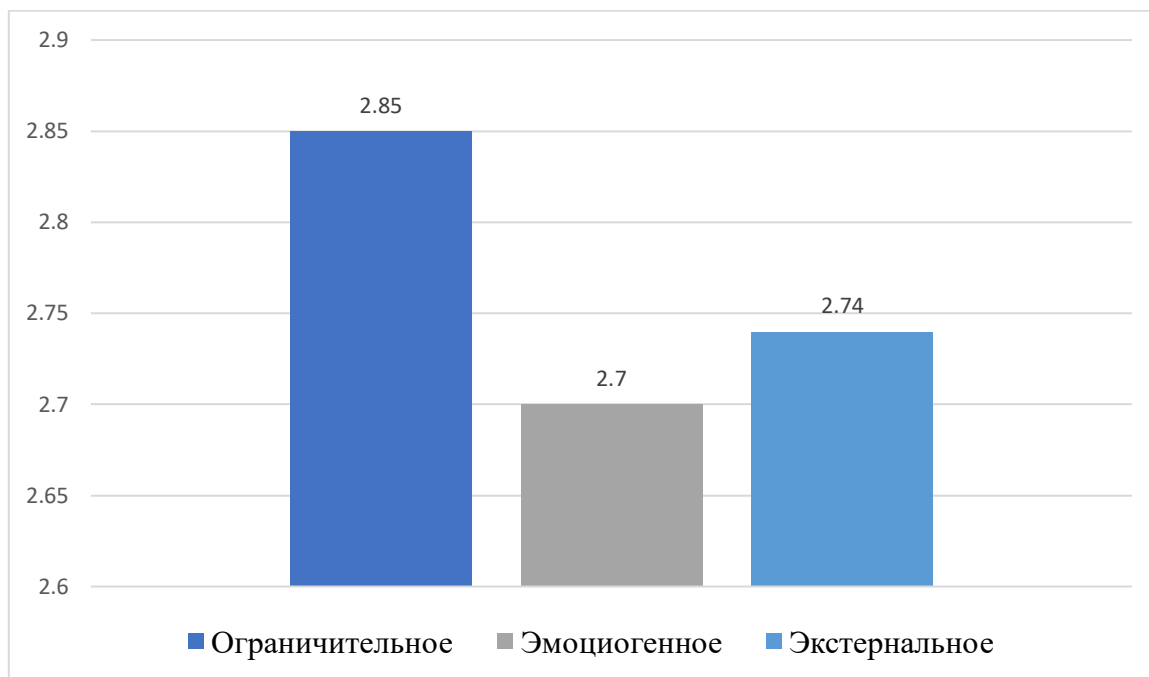


Рисунок 11. Среднее значение по методике DEBQ (в баллах)

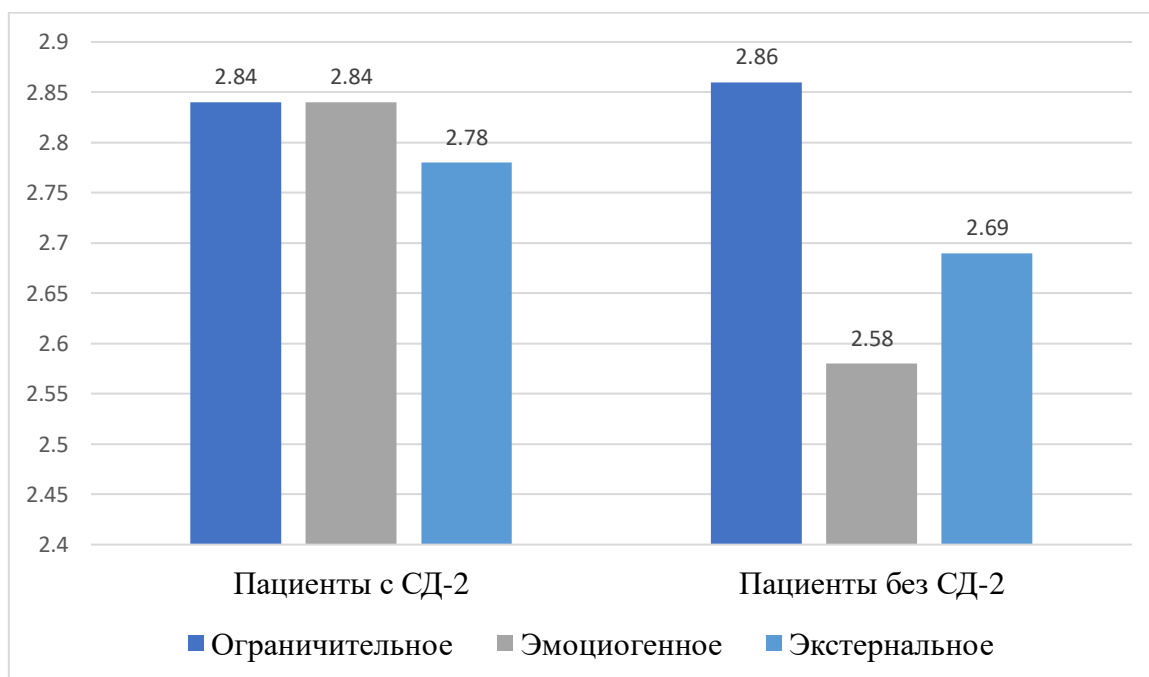


Рисунок 12. Среднее значение по методике DEBQ у двух групп пациентов (в баллах).

По показателям Голландского опросника пищевого поведения среди выборки преобладает ограничительное пищевое поведение (см. табл.7) Средние показатели по ограничительному поведению у выборки составляют 2,85 при стандартном отклонении 0,91. Данные показатели

превышают нормативные значения. Пациенты склонны к неупорядоченному приему пищи и бессистемным строгим диетам. У пациентов периоды ограничительного пищевого поведения сменяются периодами переедания, что приводит к эмоциональной нестабильности и отказу от дальнейшего соблюдения диеты. Так же у пациентов формируется чувство вины со снижением самооценки. Данные методики подтверждаются в ходе беседы. Так на вопрос соблюдали ли вы когда-либо диету, лишь 10% из всех участников не сидели на диете и 90% участников соблюдали диету или пробовали несколько различных. Однако 96% из пациентов, которые пробовали соблюдать диету срывались за короткий промежуток не превышающий двух недель. А также отмечали еще больший набор веса.

Средние показатели по эмоциогенному пищевому поведению в выборке составили 2,70 при стандартном отклонении 1,07. Данные показатели так же превышают нормативные что может говорить о нарушении пищевого поведения. Пациенты склонны к увеличению приема пищи во время эмоционального дискомфорта, стресса. Средние показатели по шкале экстернальное пищевое поведение составили 2,74 при стандартном отклонении 0,81 в общей выборке, что тоже нарушает нормативные показатели. Таким образом у пациентов наблюдается нарушение пищевого поведения по всем трем типам с преобладанием ограничительного типа пищевого поведения.

При сравнении показателей двух групп пациентов наблюдается различия в выраженности шкал, так у пациентов с СД-2 больше выражено среднее значение по эмоциогенному и экстернальному пищевому поведению, а у пациентов без СД-2 по сравнению с предыдущей группой больше выражено ограничительное пищевое поведение. Что может указывать на то, что пациенты с СД-2 типа больше склонны «заедать стресс» чем пациенты без СД-2, имеют большую склонность реагировать на

внешние раздражители такие как: вид еды, рекламу, наличие компании, нежели на внутреннее ощущение голода. Пациенты без СД-2 чаще предпринимают попытки ограничивать себя в еде за счет диет.

Таблица 8

**Средние показатели по опроснику «Уровень комплаентности»
для людей, страдающих хроническими заболеваниями**

Показатель	Уровень комплаентности	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность
M±SD при n=30	87,93±13,25	28,77±5,19	29,43±5,28	29,73±4,97

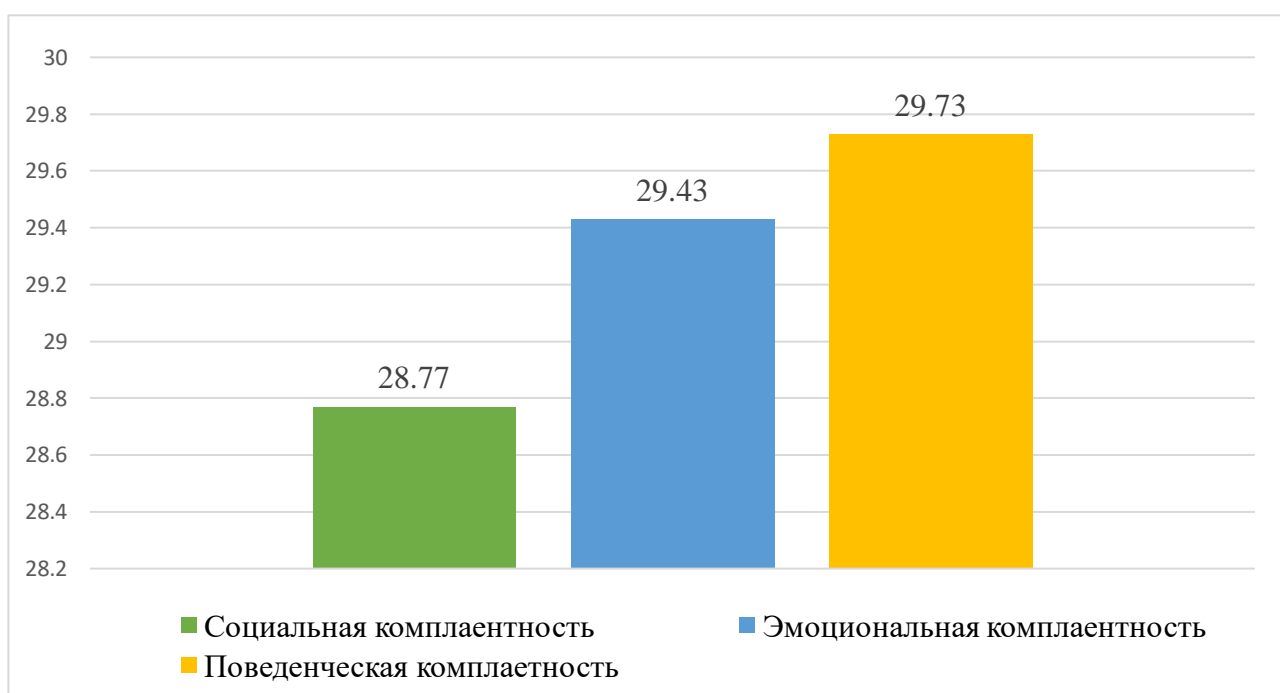


Рисунок 13. Среднее значение по опроснику «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями (в баллах).

Общие средние показатели уровня комплаентности по группе соответствуют высокому уровню (см. табл. 8). У пациентов преобладает поведенческая комплаентность, которая отражает склонность к

соблюдению врачебных рекомендаций для преодоления болезни. Пациенты воспринимают болезнь больше как препятствие на пути к их цели, тогда как врач выступает как помощник. Средние показатели 29,73 при стандартном отклонении 4,97. Средние показатели по шкале эмоциональная комплаентность составляют 29,43 при стандартном отклонении 5,28. Средние показатели по шкале социальной комплаентность составляют 28,77 при стандартном отклонении 5,19. Таким образом, пациентам в большей степени присуще воспринимать болезнь как препятствие и быть направленным на его преодоление совместно с врачами, нежели соблюдать предписания врача из-за стремления к социальному одобрению или в следствии своих индивидуальных эмоциональных особенностей.

Таблица 9

Средние показатели по SF-36 «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья»

Показатели	Пациенты n=30	С СД2 n=14	БЕЗ СД2 n=16
	M±SD	M±SD	M±SD
Общее физическое благополучие (PH)	38,02±9,64	39,74±9,32	36,51±9,96
Физическое функционирование (PF)	49,80±24,69	51,07±27,89	48,69±22,40
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	45,00±37,37	48,21±40,98	42,19±35,02
Интенсивность боли (BP)	54,73±32,93	51,00±31,12	58,00±33,27
Общее состояние здоровья (GH)	56,17±18,06	60,21±18,34	52,63±17,61
Общее душевное благополучие (MH)	47,47±10,95	46,61±11,57	48,23±10,70
Жизненная активность (VT)	49,17±21,98	50,36±24,30	48,13±20,48

Социальная функционирование (SF)	70,42±34,03	71,43±36,50	69,53±32,90
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	66,62±41,06	64,24±42,29	68,70±41,22
Психическое здоровье (MH)	64,93±20,66	65,43±21,60	64,50±20,49

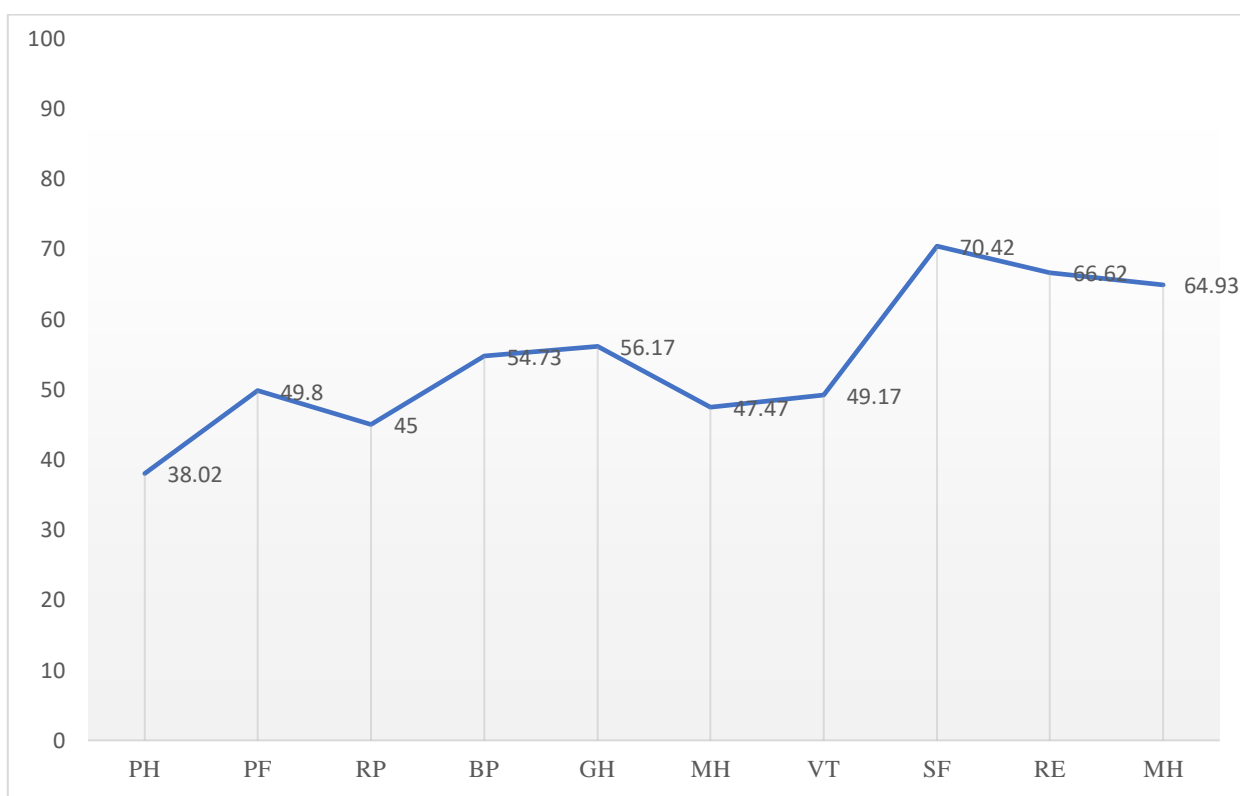


Рисунок 14. Среднее значение по методике SF-36 (в баллах).

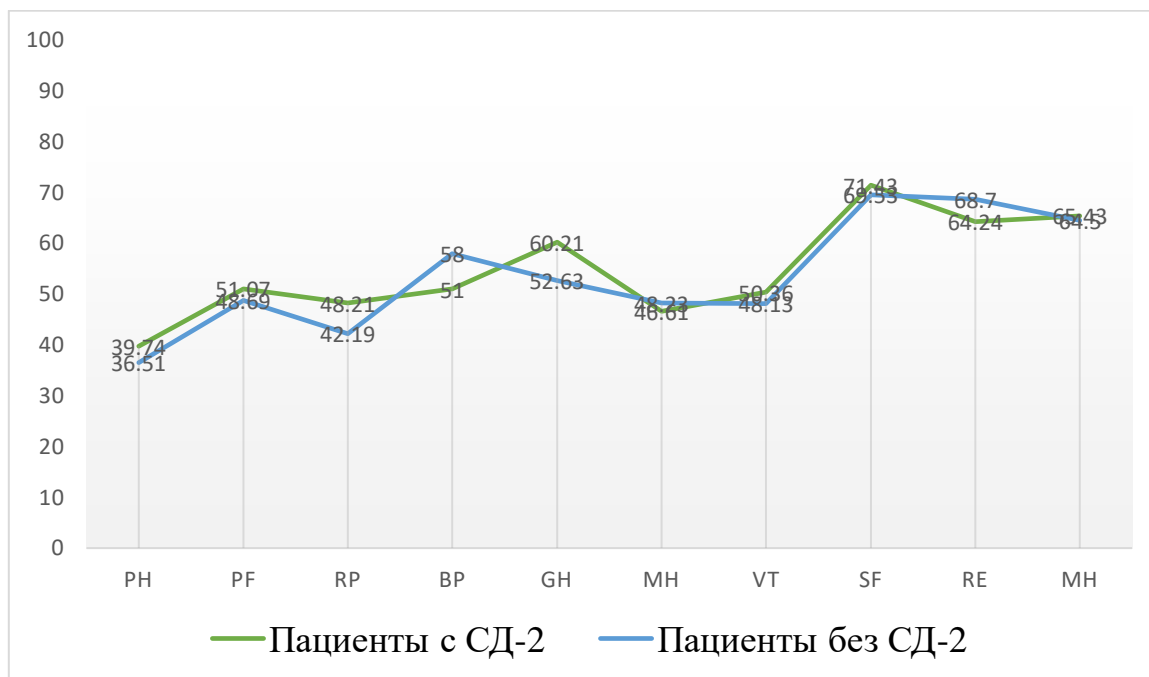


Рисунок 15. Средние значение по методике SF-36 у двух групп пациентов (в баллах).

По результатам оценки качества жизни при помощи опросника SF-36 (см. табл. 9) наиболее значимое снижение качества жизни отмечалось по шкалам общее физическое благополучие (PH) ролевого ограничения, связанного с физическим состоянием здоровья (RP), а также общее психическое благополучие, что указывает на значимое влияние морбидного ожирения на повседневную активность пациентов. В целом профили совпадают.

3.2. Сравнительная статистика

При проведении сравнительного исследования с применением критерия Мана-Уитни между двумя группами респондентов, были получены следующие данные, которые представлены в таблице (см. табл. 10.):

Таблица 10

Результаты сравнительного анализа психологических особенностей, комплаентности у пациентов с морбидным ожирением и пациентов с морбидным ожирением и СД-2

Шкала	среднее по пациентам с сахарным диабетом (n=14)	среднее по пациентам без сахарного диабета (n=16)	Значение критерия Манна-Уитни, U	Уровень значимости различий, P
уровень комплаентности	98,50	83,43	20,50	0,02
социальная комплаентность	32,25	27,86	24,50	0,03
эмоциональная комплаентность	33,25	27,93	25,50	0,04
поведенческая комплаентность	33,00	27,64	24,00	0,03

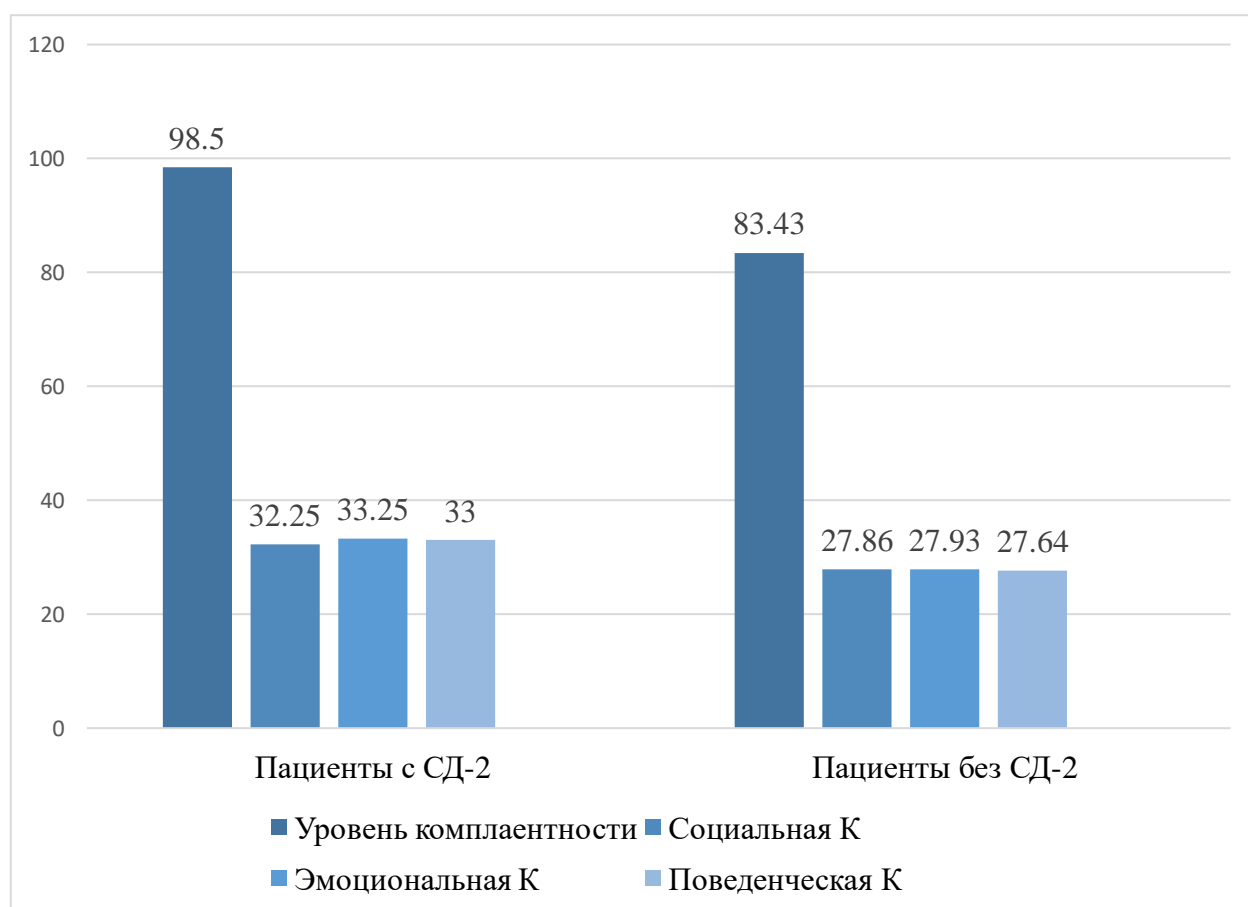


Рисунок 16. Показатели сравнительной статистики у двух групп респондентов (в баллах).

Были выявлены значимые различия между двумя группами респондентов (см. табл. 10). Уровень комплаентности у пациентов чье заболевание осложнено наличием СД-2 на момент обследования выше, нежели у пациентов, страдающих морбидным ожирением без СД-2.

Стремление следовать врачебным предписаниям, обусловленное ориентацией на социальное одобрение в большей степени присуще пациентом, имеющим морбидное ожирение и СД-2. Так же у них выше тенденция к соблюдению предписаниям врача, основанная на повышенной впечатлительности и чувствительности пациентов. Они настроены на преодоление болезни и воспринимают ее как препятствие, которое необходимо преодолеть. Врач в данном случае выступает как помощник.

Значимые различия были выявлены и в показателях внимания у двух групп пациентов. Так пациенты с морбидным ожирением не имеющие сахарного диабета второго типа показывают лучшие результаты по методике МоСА по показателям внимания, чем пациенты, имеющие морбидное ожирение и СД-2.

3.3. Корреляционный анализ

Корреляционный анализ выявил взаимосвязь между тревогой и уровнем комплаентности ($r=0,41$; $p < 0,05$) (см. приложение 7) Тревога так же положительно коррелирует с социальной ($r=0,42$; $p < 0,05$) и поведенческой комплаентностью ($r=0,37$; $p < 0,05$). Данные показатели свидетельствуют о том, что пациенты бариатрического профиля демонстрируют приверженность к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций на предоперационном этапе, что может быть связано с повышением тревоги и желанием благоприятного исхода. Тревога же отрицательно коррелирует с такими показателями как «общее состояние здоровья» ($r=-0,36$; $p < 0,05$) и «психическое состояние здоровья» ($r=-0,38$; $p < 0,05$), чем выше общее состояние здоровья, а, следовательно, лучше

самочувствие и психическое состояние, тем меньше выражена тревога и тем меньше комплаентность к лечению. Важно учитывать данный аспект в перспективе лечения, так как после операции пациенты почувствуют себя лучше и станут меньше соблюдать рекомендации специалистов. Показатель депрессии положительно коррелируется с поведенческой комплаентностью ($r=0,43$; $p < 0,05$) и соматизацией ($r=0,47$; $p < 0,05$). Чем выше показатель депрессии, чем больше болезнь доставляет дискомфорта пациентам, тем больше желание преодолеть болезнь и следовать рекомендациям врача.

Уровень соматизации положительно коррелирует с уровнем комплаентности ($r=0,43$; $p < 0,05$). Это могут быть как соматические эквиваленты тревожности, так и общее чувство телесной дисфункции и связанные с этим беспокойства. Уровень комплаентности отрицательно коррелирует с интенсивностью боли ($r=-0,50$; $p < 0,05$). Чем выше болевые ощущения, мешающие нормальному функционированию, тем больше выражена у пациента приверженность к лечению. Интенсивность боли положительно коррелирует с ограничительным пищевым поведением ($r=-0,42$; $p < 0,05$). Чем больше выражена боль, тем чаще пациент прибегает к использованию жестких диет для облегчения своего соматического состояния.

Социальная комплаентность положительно коррелирует с экстернальным пищевым поведением ($r=0,37$; $p < 0,05$).

При сравнении двух корреляционных плеяд (см. приложение 8) наблюдаются различия, так у пациентов с СД-2 наблюдается отрицательная корреляция между ограничительным пищевым поведением, интенсивностью боли ($r=-0,51$; $p < 0,05$) и физическим благополучием ($r=-0,73$; $p < 0,05$). У пациентов без СД-2 такой взаимосвязи нет (см. приложение 9). Однако у них наблюдается другая взаимосвязь, ограничительное пищевое поведение положительно коррелирует с фобиями ($r=0,48$; $p < 0,05$). Эмоциогенно пищевое поведение отрицательно коррелирует с фобиями ($r=-$

0,64; $p < 0,05$), депрессивностью ($r = -0,48$; $p < 0,05$), сензитивностью ($r = -0,57$; $p < 0,05$) и паранояльностью ($r = -0,63$; $p < 0,05$). Экстернальное пищевое поведение отрицательно коррелирует с депрессивностью ($r = -0,48$; $p < 0,05$), сензитивностью ($r = -0,47$; $p < 0,05$) и фобиями ($r = -0,60$; $p < 0,05$). Экспернальное пищевое поведение у пациентов с СД-2 в отличие от пациентов, не имеющих СД-2 положительно коррелирует с депрессивностью ($r = 0,50$; $p < 0,05$), синсетивностью ($r = 0,59$; $p < 0,05$). Также оно положительно коррелирует с социальной ($r = 0,86$; $p < 0,05$) и поведенческой ($r = 0,62$; $p < 0,05$) комплаентностью.

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов исследования пациентов бариатрического профиля показал, что средние показатели тревоги и депрессии по выборке находятся в пределах нормы и соответствуют отсутствию выраженных симптомов тревоги и депрессии. Данные показатели могут не отражать в полной мере наличие тревоги и депрессии, так как пациенты проходили психологическое обследование непосредственно перед операцией и были крайне заинтересованы в хорошей психологической оценке специалистом. Во время обследования пациенты проявляли заинтересованность и уточняли допустят ли их после обследования к операции.

При сравнении показателей тревоги и депрессии у респондентов мы наблюдаем преобладание тревожных тенденций перед операцией. При сравнении двух групп пациентов наблюдаются незначительные различия в показателях тревоги и депрессии.

Показатель среднего значения по методике SCL-90 среди респондентов говорит о преобладании шкал соматизации, депрессии и дополнительных вопросов, включающих вопросы о переедании. Небольшое увеличение по шкале навязчивости. Анализируя показатели, мы видим наличие дистресса который возникает из ощущений телесной дисфункции. А также можем предположить, что проявления тревоги у данной категории пациентов в большей степени проявляются соматически. Например, пациенты могут предъявлять жалобы на головные боли, головокружения, боли в сердце и другие боли в кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной системе.

Повышение показателей по шкале депрессии отражают эмоциональное состояние пациентов, которое может характеризоваться чувством безнадежности, усталостью, недостатком мотивации и потери жизненной энергии. Высокие показатели по шкале дополнительные

вопросы связаны с озабоченностью пациентов бариатрического профиля своим весом.

При сравнении показателей двух групп пациентов наблюдается различия в выраженности шкал, так у пациентов с СД-2 больше выражена шкала депрессии, шкала соматизации, тревожности. А у пациентов с морбидным ожирением без СД-2 больше выражены шкала сенситивность, шкала враждебность, и шкала дополнительные вопросы. Анализируя показатели, мы можем отметить, что для пациентов с СД-2 больше характерен недостаток мотивации, потеря жизненной энергии, нервозность, и соматическое проявление тревоги. Для пациентов без СД-2 больше характерно чувство неполноценности, самоосуждение, связанное с переизбытком, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Пациенты могут быть раздражительны и проявлять агрессивные реакции.

По показателям Голландского опросника пищевого поведения среди выборки преобладает ограничительное пищевое поведение. Данные показатели превышают нормативные значения. Пациенты склонны к неупорядоченному приему пищи и бессистемным строгим диетам, частым срывам и последующему переизбытку. Данные методики подтверждаются в ходе беседы. Так на вопрос соблюдали ли вы когда-либо диету, лишь 10% из всех участников не сидели на диете и 90% участников соблюдали диету или пробовали несколько различных. 96% из пациентов, которые пробовали соблюдать диету срывались за короткий промежуток не превышающий двух недель, а также отмечали еще больший набор веса.

Средние показатели по эмоциогенному пищевому поведению превышают нормативные что может говорить о нарушении пищевого поведения. Пациенты склонны к увеличению приема пищи во время эмоционального дискомфорта, стресса. Средние показатели по шкале экстернальное пищевое тоже превышают нормативные показатели. Таким

образом у пациентов наблюдается нарушение пищевого поведения по всем трем типам с преобладанием ограничительного типа пищевого поведения.

При сравнении показателей двух групп пациентов наблюдается различия в выраженности шкал, так у пациентов с морбидным ожирением и СД-2 больше выражено среднее значение шкал по эмоциогенному и экстернальному пищевому поведению, чем у пациентов без СД-2, у которых по сравнению с предыдущей группой больше выражено ограничительное пищевое поведение. Что может указывать на то, что пациенты с СД-2 типа больше склонны «заедать стресс» чем пациенты без СД-2, имеют большую склонность реагировать на внешние раздражители такие как: вид еды, рекламу, наличие компании, нежели на внутреннее ощущение голода. Пациенты без СД-2 чаще предпринимают попытки ограничивать себя в еде за счет диет.

По результатам оценки качества жизни при помощи опросника SF-36 наиболее значимое снижение качества жизни отмечалось по шкалам общее физическое благополучие, ролевого ограничения, связанного с физическим состоянием здоровья, а также общее психическое благополучие, что указывает на значимое влияние морбидного ожирения на повседневную активность пациентов, оно ограничивает его социальное функционирование, ухудшает психологическое состояние.

Когнитивное снижение среди общей выборки имеют 57% респондентов. В обеих группах пациентов наблюдается превалирование когнитивного снижения над когнитивной нормой. У 57% пациентов с морбидным ожирением и СД-2 имеют когнитивное снижение, 56% пациентов с морбидным ожирением без СД-2 имеют когнитивное снижение.

Рассматривая отдельные шкалы по методики МоСа у всех респондентов наблюдается снижение зрительно-конструктивных, исполнительных навыков, внимания. Значительные нарушения наблюдаются по шкале память (отсроченное воспроизведение). Данный

аспект важно учитывать при составлении программ сопровождения данной категории пациентов. Когнитивное снижение, которое наблюдается у большинства опрошенных может оказывать влияние недооценки последствий своего заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний. Значительные нарушения памяти так же может оказывать негативное влияние на комплаентность пациентов.

Общие средние показатели уровня комплаентности по группе соответствуют высокому уровню. У пациентов преобладает поведенческая комплаентность, которая отражает склонность к соблюдению врачебных рекомендаций для преодоления болезни. Болезнь воспринимается как препятствие на пути к здоровой и полноценной жизни и главной мотивацией пациентов становится улучшение здоровья. 83% испытуемых в опросе отметили что главной мотивацией для них стало здоровье. Врач воспринимается как компетентный помощник на пути к достижению цели.

При проведении сравнительного исследования с применением критерия Мана-Уитни между двумя группами респондентов, были выявлены значимые различия между двумя группами респондентов. Уровень комплаентности у пациентов чье заболевание осложнено наличием СД-2 на момент обследования выше, нежели у пациентов, страдающих морбидным ожирением без СД-2, что подтверждает 1 гипотезу.

В психологической сфере статистически значимых различий между пациентами с морбидным ожирением с сахарным диабетом и без него не выявлено, что опровергает 2 гипотезу.

Стремление следовать врачебным предписаниям, обусловленное ориентацией на социальное одобрение в большей степени присуще пациентам, имеющим морбидное ожирение и СД-2. Так же у них выше тенденция к соблюдению предписаниям врача, основанная на повышенной впечатлительности и чувствительности пациентов.

Корреляционный анализ выявил взаимосвязь между тревогой и уровнем комплаентности. Тревога положительно коррелирует с социальной и поведенческой комплаентностью. Данные показатели свидетельствуют о том, что пациенты бариатрического профиля демонстрируют приверженность к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций на предоперационном этапе, что может быть связано с повышением тревоги и желанием благоприятного исхода.

Чем выше значение по шкале общее состояние здоровья, а, следовательно, лучше самочувствие и психическое состояние, тем меньше выражена тревога и тем меньше комплаентность к лечению. Важно учитывать данный аспект в перспективе лечения, так как после операции пациенты почувствуют себя лучше и станут меньше соблюдать рекомендации специалистов.

Чем выше показатель депрессии, чем больше болезнь доставляет дискомфорта пациентам, тем больше желание преодолеть болезнь и следовать рекомендациям врача. Пессимистичная оценка перспективы и потеря энергии так же могут оказывать влияние на повышение поведенческой комплаентности.

При опросе пациентов бариатрического профиля выявлено, что главной пациентов является здоровье и улучшение качества жизни, желание улучшить соматическое здоровье становится одной из приоритетных целей данной категории пациентов. Врач и медицинская организация которую выбрали пациенты становятся помощниками в достижении поставленной цели, тем самым комплаентность на предоперационном этапе повышается.

Уровень соматизации положительно коррелирует с уровнем комплаентности ($r=0,43$; $p < 0,05$). Это могут быть как соматические эквиваленты тревожности, так и общее чувство телесной дисфункции и связанные с этим беспокойства. Уровень комплаентности отрицательно коррелирует с интенсивностью боли. Чем выше болевые ощущения,

мешающие нормальному функционированию, тем больше выражена у пациента приверженность к лечению. Интенсивность боли положительно коррелирует с ограничительным пищевым поведением. Чем больше выражена боль, тем чаще пациент прибегает к использованию жестких диет для облегчения своего соматического состояния.

У пациентов с СД-2 наблюдается положительная корреляция между экстернальным пищевым поведением депрессией и сензитивностью. При повышении показателя экстернальное пищевое поведение повышается показатель депрессивности и сензитивности у пациентов с СД-2. То есть повышается чувствительность к внешним раздражителям. Однако при повышении по шкале экстернальное пищевое поведение повышается и поведенческая комплаентность. Ограничительное пищевое поведение отрицательно коррелирует с общим физическим благополучием и интенсивностью боли. Чем выше показатель по физическому благополучию, а значит лучше самочувствие, чем меньше боли испытывает пациент, тем реже он прибегает к строгим несистемным диетам.

По сравнению с пациентами с СД-2 у пациентов с морбидным ожирением без СД-2 наблюдается отрицательная корреляция депрессии и экстернального пищевого поведения. Чем выше показатель депрессии, тем меньше пациенты реагируют на красивый вид пищи и ее запах и рекламу. Отрицательная корреляция депрессии с эмоциогенным пищевым поведением показывает, что пациенты так же меньше заедают стресс.

Отрицательная корреляция наблюдается между сензитивностью, экстернальным пищевым поведением и сензитивностью и эмоциогенным пищевым поведением, что так же различается у двух групп пациентов. Эмоциогенное пищевое поведение положительно коррелирует с жизненной активностью. Ограничительное пищевое поведение положительно коррелирует с фобиями. Чем более энергичным себя чувствует пациент, тем больше у него выражено пищевое поведение, связанное с эмоциональными

переживаниями, а не физиологическим чувством голода. Следовательно, чем больше страхов, на определенных людей, ситуаций или событий возникает у пациентов с морбидным ожирением без СД-2 тем сильнее у них выражено пищевое поведение, связанное с жесткими ограничениями в еде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Морбидное ожирение становится глобальной проблемой. Рост числа людей с ожирением неуклонно растет. Данное заболевание способствует развитию других тяжелых заболеваний, в числе которых ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет второго типа, злокачественные опухоли и другие заболевания, не только снижающие качество жизни, но и приводящие к смерти.

Основным способом лечения таких пациентов являются бариатрические хирургические вмешательства. Однако, большое число пациентов в последствии вновь набирают вес, что является важной проблемой. Для решения данной проблемы необходимо изучить комплаентность и психологические особенности данной категории пациентов. Ведь как морбидное ожирение, так и сахарный диабет второго типа являются хроническими заболеваниями и требуют долгосрочного самоконтроля со стороны пациента и соблюдение врачебных рекомендаций.

ВЫВОДЫ

1. Показатели тревоги и депрессии у всей выборки в пределах нормативных значений. Показатели соматизации, превышают нормативные у всей выборки. Оценка качества жизни, связанной со здоровьем у обеих групп снижена, что отражает имеющиеся ограничения в физических нагрузках ввиду состояния здоровья, наличие боли, оказывающее влияние на ролевое функционирование.

2. В когнитивной сфере у 57 % пациентов как с морбидным ожирением, так и с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа наблюдается когнитивное снижение. Наибольшее нарушение наблюдается по шкале: «память (отсроченное воспроизведение)».

3. У пациентов как с морбидным ожирением, так и с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа преобладает ограничительный тип пищевого поведения. Пациенты склонны к неупорядоченному прием пищи, бессистемным строгим диетам, частым срывам и последующему перееданию.

4. У пациентов как с морбидным ожирением, так и с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа был выявлен высокий уровень общей комплаентности, а также уровень поведенческой комплаентности.

5. Уровень комплаентности у пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом второго типа перед бариатрической операцией выше чем, у пациентов без сахарного диабета второго типа.

6. Чем лучше самочувствие и психическое состояние у пациентов с морбидным ожирением, так и с морбидным ожирением с сахарным диабетом второго типа, тем меньше выражена тревога и комплаентность к лечению. Чем выше показатель депрессии, чем больше болезнь доставляет дискомфорта пациентам, тем больше желание преодолеть болезнь и следовать рекомендациям врача. Чем больше выражена боль, тем чаще

пациент прибегает к использованию жестких диет для облегчения своего соматического состояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Варикаш Д.В., Дорох Н.Н., Богдан В. Г. Нарушения пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением // Вестник ВГМУ. 2021. №5.
2. Василевский Д. И., Баландов С. Г. Анисимова К. А., Тихонов С. В., Декканова В. Д., Бакулина Н. В. Гастроэнтерологические и психологические характеристики пациентов, ищущих бариатрическую хирургическую помощь // Медицинский алфавит. 2020.
3. Василевский Д. И., Баландов С. Г., Анисимова К. А., Давлетбаева Л. И. Ожирение - социально значимая медицинская проблема современности // Российские биомедицинские исследования. 2019.
4. Волкова А. Р., Семикова Г.В., Дыгун О.Д., Фишман М. Б., Мозгунова В. С. Особенности ведения больных ожирением после бариатрических операций: по материалам практических рекомендаций европейской ассоциации по изучению ожирения. // Consilium Medicum. 2020. №4. С. 49.
5. Гурова О. Ю., Бобров А. Е., Романцова Т. Н., Роик О. В. Метаболические нарушения и особенности поведения больных ожирением: статика и динамика на фоне терапии Ксеникалом (орлистат 120 мг) // Ожирение и метаболизм. 2009. №3.
6. Гуськова Е. С., Гуслистова А. В., Гречаный С. В. Типы пищевого поведения и качество жизни пациентов с избыточным весом // Медицина: теория и практика. 2019. №3.
7. Дедов И. И., Шестакова М. В. Сахарный диабет типа 2: от теории к практике // МИА. 2016. 576 с.
8. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Шестакова М. В., Трошина Е. А., Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-ий пересмотр (лечение морбидного ожирения у взрослых) // Ожирение и метаболизм. 2018. №1.

9. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Шестакова М.В. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр (Лечение морбидного ожирения у взрослых) // Ожирение и метаболизм. 2018. № 15. Р. 53–70.
10. Дедов И.И. Морбидное ожирение // МИА. 2014. 608 с.
11. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю. и соавт. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. // Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. 8-й выпуск. Сахарный диабет. 2017.
12. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю., Шамхалова М.Ш., Сухарева О.Ю., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Никонова Т.В., Суркова Е.В., Кононенко И.В., Егорова Д.Н., Сахарный диабет 2 типа у взрослых // Сахарный диабет. 2020. 4-102 с.
13. Ершова Е. В., Трошина Е. А. Применение бариатрических операций при сахарном диабете 2 типа: в помощь практическому врачу // Ожирение и метаболизм. 2016. №1.
14. Зеленкова-Захарчук Т. А. Расстройства приема пищи у больных с ожирением и сахарным диабетом 2-го типа. Лекция для врачей // Consilium Medicum. 2021. №4.
15. Иоффе А.Ю., Стеценко А.П. Использование принципов «Fast Track» хирургии в лечении морбидного ожирения путем шунтирования желудка // Хирургия. Восточная Европа. 2016. Т. 5, № 2. - С. 200-207.
16. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» // Владивосток : Мор. гос. ун-т. 2014. – 74 с.
17. Мищенко Т. В., Звенигородская Л. А., Варванина Г. Г., Ткаченко Е. В., Мареева Д. В. Роль гормонов и типов пищевого поведения в развитии метаболического синдрома // ЭиКГ. 2010. №7.

18. Неймарк А. Е., Еганян Ш. А., Гринева Е. Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // *Consilium Medicum*. 2016. №4.
19. Салмина-Хвостова О. И., Лобыкина Е. Н., Симутина Н. С. Психологические аспекты низкой комплаентности лечения больных с избыточной массой тела и ожирением при нарушении пищевого поведения // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2008. №. 2. 97-100 с.
20. Старостина Е. Г. Проблемы лечения пациентов с морбидным ожирением // *Ожирение и метаболизм*. 2011. №1.
21. 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. 251–260 с.
22. Старостина Е.Г. Морбидное ожирение // Этические аспекты бариатрической хирургии под общей редакцией акад. РАН И.И. Дедова. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 308–316 с.
23. Танирбергенова, А. А., Тулебаев А. К., Аканов Ж. А. Распространение сахарного диабета в современном мире // *Вестник КазНМУ*. 2017. №2.
24. 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. 80–84 с.
25. Alqunai MS, Alrashid FF. Bariatric surgery for the management of type 2 diabetes mellitus-current trends and challenges: a review article // *Am J Transl Res*. 2022.
26. Bhupathiraju SN, Hu FB. Epidemiology of obesity and diabetes and their cardiovascular complications // *Circ Res*. 2016.
27. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity // *Metabolism*. 2019.

28. Coulman K.D., Blazeby J.M. Health-Related Quality of Life in Bariatric and Metabolic Surgery// *Curr. Obes. Rep.* 2020.
29. Fagundo, AB, de la Torre, R, Jiménez-Murcia, S et al. Executive functions profile in extreme eating/weight conditions: from anorexia nervosa to obesity// *Circ Res.* 2012.
30. Ganesan K, Rana MBM, Sultan S. Oral hypoglycemic medications // Treasure Island (FL), USA: StatPearls Publishing; 2018.
31. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. <http://www.diabetesatlas.org>
32. Gonzales, MM, Tarumi, T, Miles, SC et al. Insulin sensitivity as a mediator of the relationship between BMI and working memory-related brain activation // *Obesity (Silver Spring)*. 2010. 2131–2137.
33. Lokken, KL, Boeka, AG, Yellumahanthi, K et al. Cognitive performance of morbidly obese patients seeking bariatric surgery // *Am Surg* 76. 2012. 55–59
34. Katzmarzyk PT, Pérusse L, Rao D, et al. Familial risk of overweight and obesity in the Canadian population using the WHO/NIH criteria // *Obesity research*. 2015.
35. Martino G, Caputo A, Bellone F, Quattropani MC, Vicario CM. Going Beyond the Visible in Type 2 Diabetes Mellitus: Defense Mechanisms and Their Associations With Depression and Health-Related Quality of Life // *Front Psychol.* 2020.
36. 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.
37. Plasonja N, Brytek-Matera A, Décamps G. Psychological Profiles of Treatment-Seeking Adults with Overweight and Obesity: A Cluster Analysis Approach // *J Clin Med.* 2022.

38. Ronan, L, Alexander-Bloch, AF, Wagstyl, K et al. Obesity associated with increased brain age from midlife // *Neurobiol Aging* 47. 2016. 63–70.
39. Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J. Quality of Life after Bariatric Surgery- A Systematic Review// *Int J Environ Res Public Health*. 2022.
40. Somnath Pal. Comorbid eating disorders in persons with other mental illnesses // *US Pharm*. 2020. Vol. 45. № 5. P. 12.
41. Sung H, Siegel RL, Torre LA, Pearson-Stuttard J, Islami F, Fedewa SA, Goding Sauer A, Shuval K, Gapstur SM, Jacobs EJ, Giovannucci EL, Jemal A. Global patterns of overweight and related oncological load // *Int J Environ Res Public Health*. 2019.

Приложение 1

SCL-90

<p>Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникают у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта.</p> <p style="text-align: center;"><u><i>НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:</i></u></p>	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
1. Головные боли					
2. Нервозность или внутренняя дрожь					
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли					
4. Слабость или головокружения					
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия					
6. Чувство недовольства другими					
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями					
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие					
9. Проблемы с памятью					
10. Ваша небрежность или неряшливость					
11. Легко возникающая досада или раздражение					
12. Боли в сердце или в грудной клетке					
13. Чувство страха в открытых местах или на улице					
14. Упадок сил или заторможенность					
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой					
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие					
17. Дрожь					
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять					
19. Плохой аппетит					
20. Слезливость					

21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола					
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы					
23. Неожиданный и беспричинный страх					
24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдерживать					
25. Боязнь выйти из дома одному					
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты					
27. Боли в пояснице					
28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо					
29. Чувство одиночества					
30. Подавленное настроение, "хандра"					
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам					
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было					
33. Чувство страха					
34. То, что Ваши чувства легко задеть					
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли					
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам					
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь					
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки					
39. Сильное или учащенное сердцебиение					
40. Тошнота или расстройство желудка					
41. Ощущение, что Вы хуже других					
42. Боли в мышцах					
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас					
44. То, что Вам трудно заснуть					
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете					
46. Трудности в принятии решения					
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах					
48. Затруднённое дыхание					

49. Приступы жара или озноба					
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают					
51. То, что Вы легко теряете мысль					
52. Онемение или покалывание в различных частях тела					
53. Комок в горле					
54. Ощущение, что будущее безнадежно					
55. То, что Вам трудно сосредоточиться					
56. Ощущение слабости в различных частях тела					
57. Ощущение напряжённости или взвинченности					
58. Тяжесть в конечностях					
59. Мысли о смерти					
60. Переедание					
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас					
62. То, что у Вас в голове чужие мысли					
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо					
64. Бессонница по утрам					
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д. и т.п.					
66. Беспокойный и тревожный сон					
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь					
68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие					
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими					
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)					
71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий					
72. Приступы ужаса или паники					
73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях					
74. То, что Вы часто вступаете в спор					
75. Нервозность, когда Вы остались одни					

76. То, что другие недооценивают Ваши достижения					
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми					
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте					
79. Ощущение собственной никчемности					
80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое					
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами					
82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях					
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите					
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли					
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи					
86. Кошмарные мысли или видения					
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке					
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому					
89. Чувство вины					
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное					

Приложение 2

SF-36. Анкета оценки качества жизни

ИНСТРУКЦИИ

Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как (обведите одну цифру):

Отличное.....1
 Очень хорошее.....2
 Хорошее.....3
 Посредственное.....4
 Плохое.....5

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад.....1
 Несколько лучше, чем год назад.....2
 Примерно так же, как год назад.....3
 Несколько хуже, чем год назад.....4
 Гораздо хуже, чем год назад.....5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Вид физической активности	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А	Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
Б	Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В	Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д	Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж	Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З	Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И	Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К	Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
Г	Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а).....1
 Очень слабую.....2
 Слабую.....3
 Умеренную.....4
 Сильную.....5
 Очень сильную.....6

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешала.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

		Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б	Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)

- Все время.....1
 Большую часть времени.....2
 Иногда.....3
 Редко.....4
 Ни разу.....5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

		Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном не верно	Определенно неверно
А	Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б	Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В	Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г	У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Приложение 3

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Выберите ответ, который в наибольшей степени соответствует Вашему самочувствию на прошлой неделе.
Не раздумывайте долго над ответом, ваша первая реакция будет лучшей.

Д	Т		Д	Т	
		Я напряжен, мне не по себе:			Мне кажется, что все делаю очень медленно:
	3	Большую часть времени	3		Почти все время
	2	Много времени	2		Очень часто
	1	Время от времени	1		Иногда
	0	Совсем нет	0		Совсем нет
		То, что приносило удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство:			Я испытываю внутреннее напряжение:
0		Определённо это так		0	Совсем нет
1		Наверное, это так		1	Иногда
2		Лишь в очень малой степени это так		2	Часто
3		Это совсем не так		3	Очень часто
		Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться:			Я не слежу за своей внешностью:
	3	Определённо так и страх очень сильный	3		Определенно это так
	2	Это так, но страх не очень сильный	2		Я не уделяю столько времени, сколько нужно
	1	Иногда, но это меня не беспокоит	1		Возможно, стал меньше уделять времени
	0	Совсем нет	0		Я слежу за собой так же, как и раньше
		Я способен рассмеяться и видеть смешное:			Я испытываю неуверенность, словно мне постоянно нужно двигаться:
0		Определённо это так		3	Определённо это так
1		Наверное, это так		2	Наверное, это так
2		Лишь в очень малой степени это так		1	Лишь в некоторой степени это так
3		Совсем нет		0	Совсем нет
		Беспокойные мысли крутятся в голове:			Я считаю, что мои дела принесут удовлетворение:
	3	Постоянно	0		Точно так же, как и обычно
	2	Большую часть времени	1		Но не в такой степени, как раньше
	1	Время от времени и не так часто	2		Определенно меньше, чем обычно
	0	Только иногда	3		Совсем так не считаю
		Я испытываю бодрость:			У меня бывает внезапное чувство паники:
3		Совсем не испытываю		3	Очень часто
2		Очень редко		2	Довольно часто
1		Иногда		1	Не так уж часто
0		Большую часть времени		0	Совсем нет
		Я легко могу сесть и расслабиться:			Я получаю удовольствие от хорошей книги, радиопередачи или ТВ:
	0	Определённо это так	0		Часто
	1	Наверное, это так	1		Иногда
	2	Не часто	2		Редко
	3	Совсем нет	3		Очень редко

Депрессия (Д) ___

Тревога (Т) ___

Приложение 4

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ: _____
 Образование: _____ Дата рождения: _____
 Пол: _____ ДАТА: _____

<p>Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки</p> <p>Скопируйте куб []</p> <p>Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)</p> <p>[] [] [] Контур Цифры Стрелки</p>	<p>БАЛЛЫ</p> <p>___/5</p>																			
<p>НАЗЫВАНИЕ</p> <p>[] [] []</p>	<p>___/3</p>																			
<p>ПАМЯТЬ</p> <p>Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>ЛИЦО</td> <td>БАРХАТ</td> <td>ЦЕРКОВЬ</td> <td>ФИАЛКА</td> <td>КРАСНЫЙ</td> </tr> <tr> <td>Попытка 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Попытка 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	Попытка 1						Попытка 2						<p>нет баллов</p>	
	ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ															
Попытка 1																				
Попытка 2																				
<p>ВНИМАНИЕ</p> <p>Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [] 2 1 8 5 4 Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [] 7 4 2</p> <p>Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок. [] ФБАВМНАА ЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ</p> <p>Серийное вычитание по 7 из 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.</p>	<p>___/2</p> <p>___/1</p> <p>___/3</p>																			
<p>РЕЧЬ</p> <p>Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [] Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. []</p> <p>Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л [] _____ (N ≥ 11 слов)</p>	<p>___/2</p> <p>___/1</p>																			
<p>АБСТРАКЦИЯ</p> <p>Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты [] поезд - велосипед [] часы - линейка</p>	<p>___/2</p>																			
<p>ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ</td> <td>ЛИЦО []</td> <td>БАРХАТ []</td> <td>ЦЕРКОВЬ []</td> <td>ФИАЛКА []</td> <td>КРАСНЫЙ []</td> <td rowspan="3">Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ</td> </tr> <tr> <td>Подсказка категории</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Множественный выбор</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ЛИЦО []	БАРХАТ []	ЦЕРКОВЬ []	ФИАЛКА []	КРАСНЫЙ []	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	Подсказка категории						Множественный выбор						<p>___/5</p>
Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ЛИЦО []	БАРХАТ []	ЦЕРКОВЬ []	ФИАЛКА []	КРАСНЫЙ []	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ														
Подсказка категории																				
Множественный выбор																				
<p>ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ</p>																				
<p>ОРИЕНТАЦИЯ</p> <p>[] Дата [] Месяц [] Год [] День недели [] Место [] Город</p>	<p>___/6</p>																			

Приложение 5

Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями

Инструкция: Перед Вами 66 вопросов. Выберите наиболее соответствующий Вам вариант ответа из трех предложенных: «Всегда», «Иногда», «Никогда». Отвечайте, пожалуйста, не задумываясь, помните, что не бывает хороших или плохих ответов.

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
1. Я расстраиваюсь, если пропустил (а) прием препаратов.	2	1	0
2. Если я чувствую, что сегодня могу обойтись без лекарств, то, несмотря ни на что, соблюдаю предписания врача, так как думаю, что врач не одобрит перерыв в лечении.	2	1	0
3. Я не осуществляю лечение вопреки врачебным предписаниям.	2	1	0
4. Если я по какой-либо причине не выполнил (а) предписания врача, то сразу сообщаю ему об этом.	2	1	0
5. Я очень переживаю перед посещением лечащего врача.	2	1	0
6. Я считаю, что болезнь - это просто препятствие, которое нужно преодолеть.	2	1	0
7. Я предпочитаю принимать известные, проверенные, рекламированные лекарства.	2	1	0
8. Я часто забываю принять лекарство, если его надо принять за какое-то время перед едой.	2	1	0
9. Я бы хотел (а), чтобы врач думал, что я в состоянии самостоятельно следить за режимом приема препаратов.	2	1	0
10. Мне кажется, что мой врач осуждает меня за то, как я соблюдаю режим приема препаратов, и я стараюсь этого избежать.	2	1	0
11. Я обращаюсь за помощью только к тому врачу, которого мне посоветовали как самого компетентного в данной области.	2	1	0
12. Я абсолютно согласен (а) со всеми назначениями врача.	2	1	0
13. Я в точности слеую указаниям врача.	2	1	0
14. Я обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания, так как сильно обеспокоен (а) своим здоровьем.	2	1	0
15. Я помню, когда и какие препараты, мне необходимо принимать.	2	1	0
16. Если симптомы болезни отступают практически сразу, то я все равно продолжаю предписанное лечение.	2	1	0
17. Я точно знаю, что нужно делать, если внезапно начнется приступ обострения моего заболевания.	2	1	0

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
18. Когда речь заходит о возможных осложнениях, я испытываю сильный страх.	2	1	0
19. У меня возникает приступ паники, когда речь идет о моём заболевании.	2	1	0
20. Если люди говорят, что «врач хороший», то я готов (а) доверить ему свое здоровье.	2	1	0
21. Когда я начинаю лечение, я ставлю перед собой цель – вылечиться.	2	1	0
22. Я ответственный человек, и к лечению отношусь соответственно.	2	1	0
23. Я рассказываю лечащему врачу о возникающих у меня беспокойствах по поводу осложнений заболевания.	2	1	0
24. Я уверен (а), что справлюсь с болезнью.	2	1	0
25. Если в ходе лечения появляются трудности, я стараюсь сделать все, что бы их преодолеть.	2	1	0
26. Я точно соблюдаю инструкцию и предписания врача, несмотря на тревогу, связанную с возможными побочными эффектами.	2	1	0
27. Я чувствую себя спокойно, если знаю, что не доставляю лишних хлопот своему лечащему врачу.	2	1	0
28. Ответственно подхожу ко всем назначениям врача.	2	1	0
29. Многие говорят, что в основе преодоления болезни лежит выполнение врачебных предписаний, и я тоже придерживаюсь этого же мнения.	2	1	0
30. Прием лекарств вызывает у меня чувство тревоги, которая связана с приемом препаратов.	2	1	0
31. После приема лекарств у меня бывают перепады настроения.	2	1	0
32. Выходя из дома, я проверяю, взял (а) ли с собой необходимое лекарство.	2	1	0
33. Решая свои проблемы со здоровьем, я, как правило, не могу обойтись без посторонней помощи.	2	1	0
34. Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья.	2	1	0
35. Я советуюсь с врачом, когда решаю отказаться от приема препаратов.	2	1	0
36. С нетерпением жду следующего приема лекарств, так как боюсь его пропустить.	2	1	0
37. Считаю, что люди, которые халатно относятся к предписаниям доктора, рискуют своим здоровьем	2	1	0
38. Если у меня дурное самочувствие, я стараюсь его перебороть.	2	1	0
39. Когда я болею, меня больше всего угнетает, то, что люди начинают меня сторониться.	2	1	0
40. Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде.	2	1	0
41. Всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.	2	1	0
42. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.	2	1	0

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
43. Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.	2	1	0
44. Я хотел (а) бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.	2	1	0
45. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал (а) врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения.	2	1	0
46. Я испытываю дискомфорт, если не вовремя принимаю лекарство.	2	1	0
47. Когда я болею, мне стыдно признаться в этом даже самым близким людям.	2	1	0
48. Я бы не хотел (а) обременять своим заболеванием близких мне людей.	2	1	0
49. Я не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе).	2	1	0
50. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.	2	1	0
51. Думаю, что приём лекарств, способствует моему выздоровлению	2	1	0
52. Меня тревожит то, что болезнь может существенно отразиться на моём будущем.	2	1	0
53. Я всеми силами стараюсь победить болезнь.	2	1	0
54. Стараюсь не разочаровывать своего лечащего врача, и поэтому следую всем его рекомендациям.	2	1	0
55. Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно.	2	1	0
56. Охотно выслушиваю наставления, касающиеся своего здоровья.	2	1	0
57. Стараюсь придерживаться здорового образа жизни для поддержания оптимального состояния своего здоровья.	2	1	0
58. Если врач говорит, что я болен (а), значит – надо лечиться!	2	1	0
59. Для того, чтобы начать лечение, мне необходимо знать его последовательность.	2	1	0
60. Если я чувствую эмоциональную поддержку и заботу врача, то я с удовольствием следую его рекомендациям.	2	1	0
61. Если назначенные процедуры /препараты доставляют мне дискомфорт, я все равно продолжаю лечение, так как не могу разочаровать врача.	2	1	0
62. Я переживаю, если мой лечащий врач советует перейти на более новый препарат взамен старому.	2	1	0
63. Я считаю, что в основе эффективного лечения лежат близкие, доверительные отношения с врачом.	2	1	0
64. Мне спокойно за свое состояние здоровья, когда врач в хорошем расположении духа.	2	1	0
65. Когда моему здоровью угрожает опасность, и я не в состоянии с ней справиться, то понимаю, что мне поможет только мой врач.	2	1	0
66. Так как я очень обеспокоен (а) состоянием своего здоровья, я готов (а) принимать любые препараты, назначенные врачом.	2	1	0

Приложение 6

Голландский опросник пищевого поведения

Перед вами ряд вопросов, касающихся вашего поведения, связанного с приёмом пищи. Ответьте на них одним из пяти возможных ответов:

Никогда (1), Редко (2), Иногда (3), Часто (4) и Очень Часто (5), поставив галочку в соответствующем столбце на бланке теста.

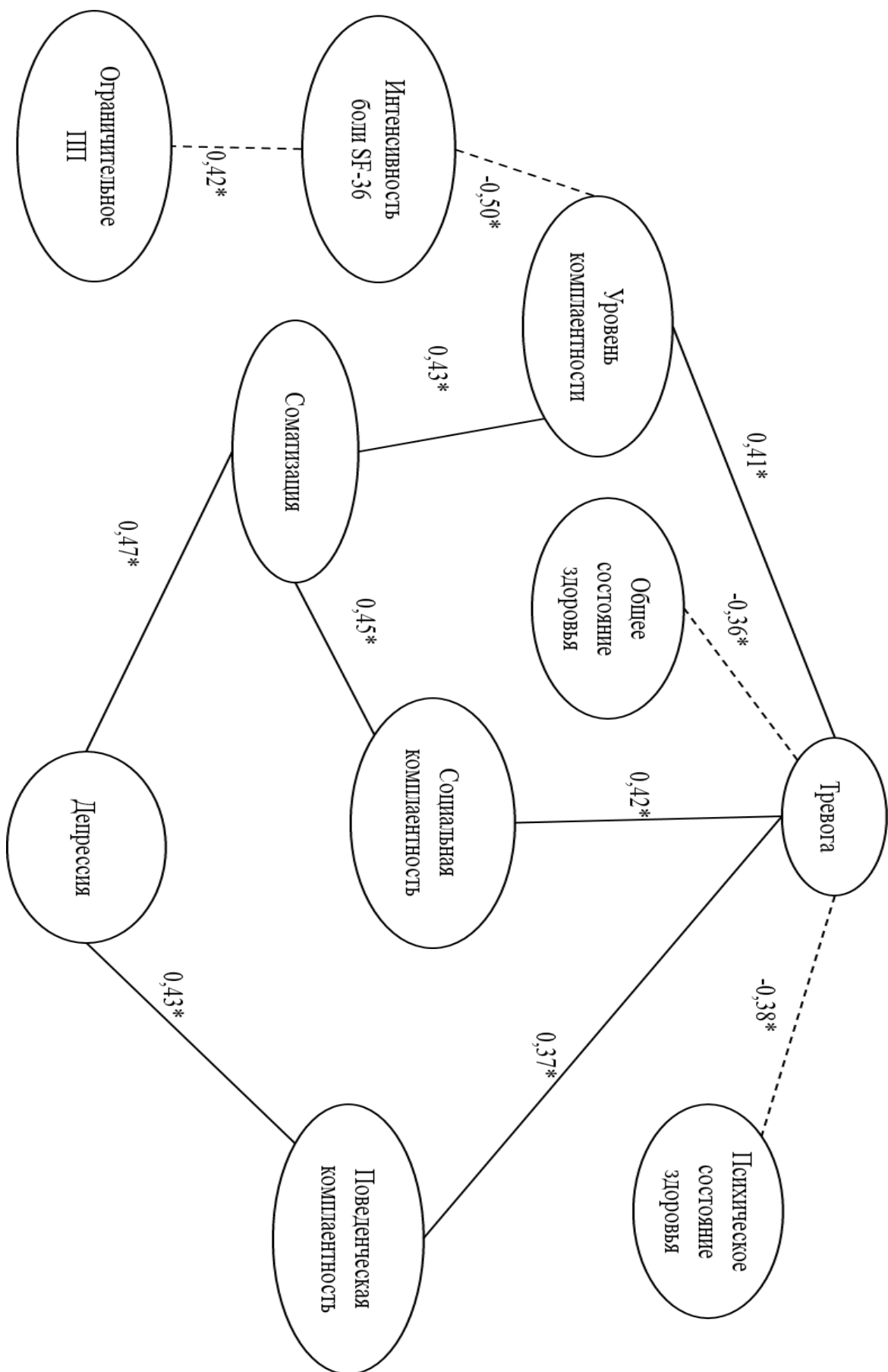
	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто
1. Если ваш вес начинает нарастать, вы едите меньше обычного?	1	2	3	4	5
2. Стараетесь ли вы есть меньше, чем вам хотелось бы во время обычного приёма пищи?	1	2	3	4	5
3. Часто ли вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о своём весе?	1	2	3	4	5
4. Аккуратно ли вы контролируете количество съеденного?	1	2	3	4	5
5. Выбираете ли вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?	1	2	3	4	5
6. Если вы переели, будете ли вы на следующий день есть меньше?	1	2	3	4	5
7. Стараетесь ли вы есть меньше, чтобы не поправиться?	1	2	3	4	5
8. Часто ли вы стараетесь не есть между обычными приёмами пищи из-за того, что следите за своим весом?	1	2	3	4	5

9. Часто ли вы стараетесь не есть вечером из-за того, что следите за своим весом?	1	2	3	4	5
10. Имеет ли значение ваш вес, когда вы едите?	1	2	3	4	5
11. Возникает ли у вас желание есть, когда вы раздражены?	1	2	3	4	5
12. Возникает ли у вас желание есть, когда вам нечего делать?	1	2	3	4	5
13. Возникает ли у вас желание есть, когда вы подавлены или обескуражены?	1	2	3	4	5
14. Возникает ли у вас желание есть, когда вам одиноко?	1	2	3	4	5
15. Возникает ли у вас желание есть, когда вас кто-либо подвёл?	1	2	3	4	5
16. Возникает ли у вас желание есть, когда вам что либо препятствует, встаёт на вашем пути, или нарушаются ваши планы, либо что то не удаётся?	1	2	3	4	5
17. Возникает ли у вас желание есть, когда вы предчувствуете какую-либо неприятность?	1	2	3	4	5
18. Возникает ли у вас желание есть, когда вы встревожены, озабочены или напряжены?	1	2	3	4	5
19. Возникает ли у вас желание есть, когда «всё не так», «всё валится из рук»?	1	2	3	4	5
20. Возникает ли у вас желание есть, когда вы испуганы?	1	2	3	4	5

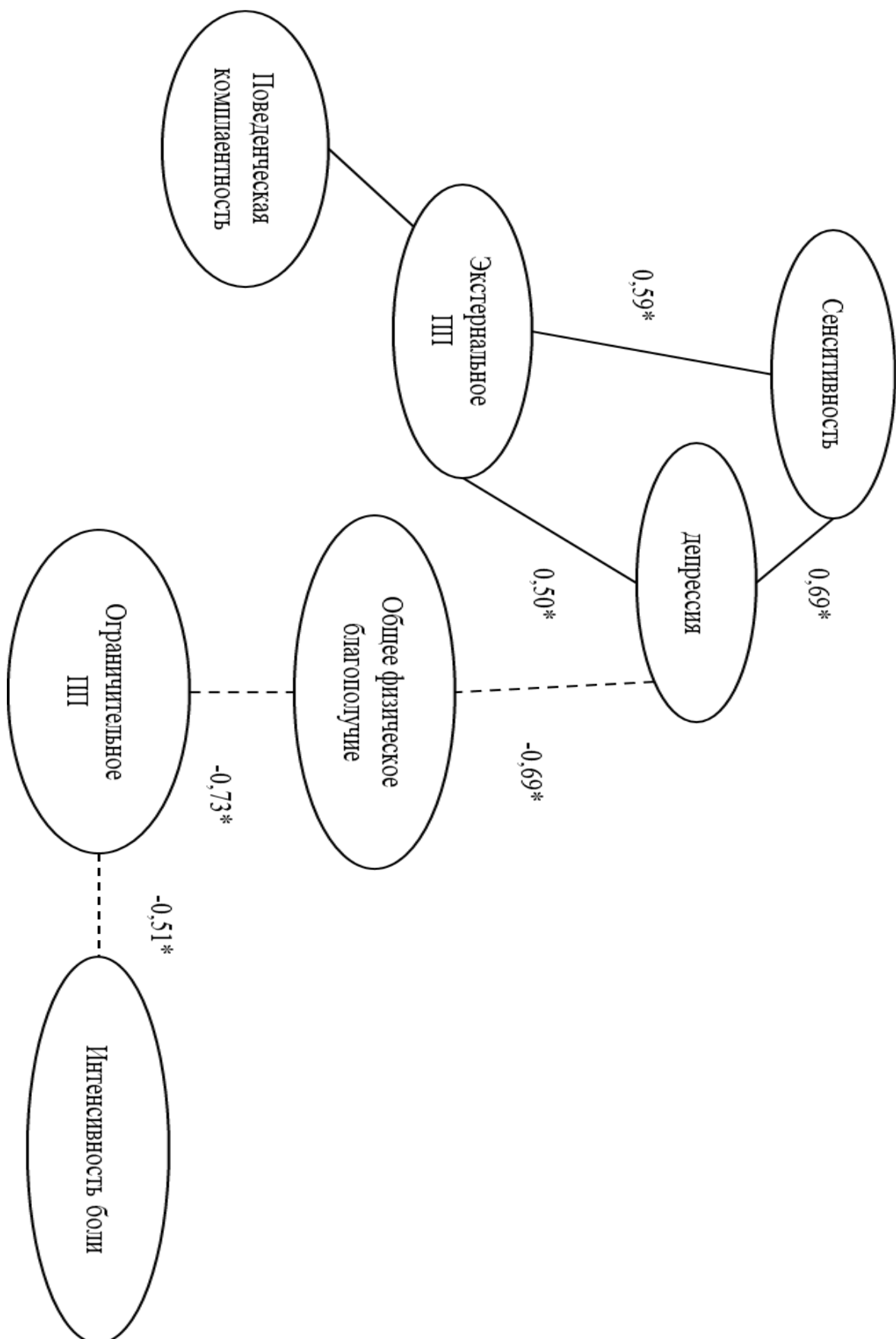
21. Возникает ли у вас желание есть, когда вы разочарованы, когда разрушены ваши надежды?	1	2	3	4	5
22. Возникает ли у вас желание есть, когда вы взволнованы, расстроены?	1	2	3	4	5
23. Возникает ли у вас желание есть, когда вы скучаете, утомлены, беспокойны?	1	2	3	4	5
24. Едите ли вы больше чем обычно, когда еда вкусная?	1	2	3	4	5
25. Если еда хорошо выглядит и хорошо пахнет, едите ли вы больше обычного?	1	2	3	4	5
26. Если вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, едите ли вы больше обычного?	1	2	3	4	5
27. Если у вас есть что-либо вкусное, съедите ли вы это немедленно?	1	2	3	4	5
28. Если бы проходите мимо булочной (кондитерской), хочется ли вам купить что-либо вкусное?	1	2	3	4	5
29. Если вы проходите мимо закусочной или кафе, хочется ли вам купить что либо вкусное?	1	2	3	4	5
30. Если вы видите, как едят другие, появляется ли у вас желание есть?	1	2	3	4	5
31. Можете ли вы остановиться, если едите что либо вкусное?	5	4	3	2	1

32. Едите ли вы больше чем обычно в компании (когда едят другие)?	1	2	3	4	5
33. Когда вы готовите пищу, часто ли вы её пробуете?	1	2	3	4	5

Приложение 7



Приложение 8



Приложение 9

