

КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.

Кучкаров Хумоюн Нурали угли
Кафедра психиатрии и наркологии

¹ *Ташкентский государственный*
медицинский университет,
Ташкент, Узбекистан

² *Eurasian Multidisciplinary University,*
Ташкент, Узбекистан

Аннотация

Бариатрическая хирургия в настоящее время считается одним из самых безопасных и высокоэффективных медицинских методов снижения избыточного веса. Данное хирургическое вмешательство способствует уменьшению сопутствующих соматических заболеваний, связанных с ожирением, а также улучшает показатели долгосрочной выживаемости пациентов. В научной литературе отмечается выраженная связь между ожирением и психическими расстройствами. Вместе с тем исследования, посвящённые психологическим факторам, предсказывающим психопатологические проявления и результаты снижения веса, дают противоречивые данные. В ряде работ, хотя не во всех, сообщается, что наличие предоперационных психопатологических состояний, особенно депрессии и тревожных расстройств, может быть отрицательно связано со степенью снижения веса после бариатрической операции.

Ключевые слова: Бариатрическая хирургия, ожирение, психические расстройства, психопатология, депрессия, тревога, пищевое поведение, снижение веса, психологические факторы, коморбидность.

Введение

За последние десятилетия ожирение стало одной из наиболее значимых глобальных проблем здравоохранения, стремительно распространяясь в сочетании с различными соматическими и психическими заболеваниями [7].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2022 году 16% населения мира (890 миллионов человек) жили с ожирением. Пять процентов всех случаев смертности в мире были обусловлены ожирением и связанными с ним заболеваниями. Распространённость ожирения среди взрослых с 1990 года более чем удвоилась, а среди подростков увеличилась в

четыре раза. В 2022 году более 160 миллионов детей страдали ожирением [2]. Основным патогенетическим механизмом избыточного веса и ожирения является нарушение энергетического баланса между потребляемыми и расходуемыми калориями. Широкое распространение этого нарушения обусловлено рядом факторов, включая изменение рациона питания, потребление высококалорийных продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров и низким уровнем витаминов, минералов и других микроэлементов. Усиление гипокинезии во всех сферах современной жизни рассматривается как ещё один значимый патогенетический фактор развития ожирения и избыточной массы тела [1].

Хотя перечисленные причины развития ожирения обычно действуют совместно, у лиц с наследственной предрасположенностью основным фактором является избыток калорий на фоне малоподвижного образа жизни. В основе патогенеза ожирения лежит нарушение равновесия между поступлением энергии в организм и её расходом [3]. Кроме того, ожирение оказывает выраженное негативное влияние на психосоциальное состояние человека. Исследования показывают, что у людей с ожирением нередко наблюдаются заниженная самооценка [8], социальная изоляция, депрессивные состояния и тревожная симптоматика [4]. Депрессивные расстройства представляют собой сложное заболевание, характеризующееся подавленным настроением, замедленным мышлением, сниженной умственной активностью, когнитивными нарушениями и соматическими симптомами [5]. Однако существует и подтип депрессии, которому свойственны нетипичные вегетативные проявления — повышенный аппетит и набор массы тела. Поэтому взаимосвязь между депрессией и ожирением может опосредоваться эмоциональным перееданием. Данная взаимосвязь выявлена у представителей обоих полов [2] и подтверждена в ряде исследований, проведённых среди женщин. Патогенез синдрома обструктивного апноэ сна у лиц с ожирением является многофакторным и включает анатомические и физиологические компоненты. Ожирение способствует увеличению жировых отложений в области шеи и глотки, что снижает проходимость верхних дыхательных путей и повышает их склонность к спадению во время сна [9]. Результаты метаанализа, включавшего 25 исследований, показывают, что тревожные состояния значительно чаще встречаются у лиц с избыточной массой тела и ожирением, чем у людей с нормальным весом [6]. Нарушения пищевого поведения являются как фактором риска, так и непосредственной причиной развития ожирения. Эти нарушения зачастую связаны с психоэмоциональными состояниями, такими как депрессия и выраженные отрицательные переживания. Психологические факторы — неудовлетворённость собственным телом, стигматизация из-за веса и высокий

индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$) — также способствуют росту распространённости нарушений пищевого поведения во всём мире [7]. Нарушения пищевого поведения, связанные с ожирением, особенно эмоциональное, внешнее и ограничительное питание, рассматриваются как ключевые факторы развития и поддержания ожирения. Эти нарушения тесно связаны с психическим состоянием человека, его реактивностью на внешние стимулы и уровнем внутреннего контроля, и зачастую встречаются в совокупности у пациентов с ожирением.

Цель исследования

Определить психопатологические нарушения и клинико-динамические изменения пищевого поведения у пациентов после бариатрической хирургии, оценить их взаимосвязь и обосновать научные подходы к лечебно-коррекционным стратегиям.

В исследование были включены 94 женщины, страдающие ожирением и **не проходившие бариатрическую операцию**. У всех участниц клинически был подтверждён диагноз ожирения.

Критерии включения: наличие диагноза «ожирение»; отсутствие в анамнезе бариатрических операций.

Критерии исключения: тяжёлые психические заболевания; выраженные соматические расстройства; наличие в анамнезе бариатрической хирургии.

Психометрические методы исследования:

- **DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire)** — оценка трёх типов пищевого поведения: ограничительного, эмоционального и внешнего;
- **HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)** — оценка выраженности тревожных и депрессивных симптомов;
- **BIDQ (Body Image Disturbance Questionnaire)** — определение уровня недовольства телом.

Результаты

Возраст участников. Анализ показал следующее распределение: **20–29 лет:** 11 человек, средний возраст $27,82 \pm 1,08$; **30–39 лет:** 54 участницы, средний возраст $35,09 \pm 2,84$; **40–49 лет:** 25 участниц, средний возраст $43,84 \pm 2,62$; **50 лет и старше:** 4 участницы, средний возраст 51 ± 0 .

Режим питания и сопутствующие состояния

Из 94 обследованных **40 человек (42,5%)** питаются 3 раза в день, **46 человек (51,1%)** — 4 раза в день. У **36 пациенток (38,2%)** выявлен **сахарный диабет 2 типа** — преимущественно как следствие ожирения III степени. **40 участниц (42,5%)** регулярно посещали диетолога и участвовали в программах по снижению веса. **16 человек (17,02%)** обращались к психологу.

Пищевое поведение (DEBQ)**Ограничительное****пищевое****поведение:**

Средний показатель — **2,40** \pm **0,72.**

Это указывает на выраженную тенденцию ограничивать калорийность питания.

Эмоциональное**пищевое****поведение:**

Средний показатель — **1,53** \pm **0,50.**

Отмечается склонность усиливать прием пищи при стрессе, тревоге или снижении настроения.

Внешнее**пищевое****поведение:**

Средний балл — **2,60** \pm **0,64.**

Это говорит о высокой чувствительности к зрительным, обонятельным и слуховым стимулам, провоцирующим приём пищи.

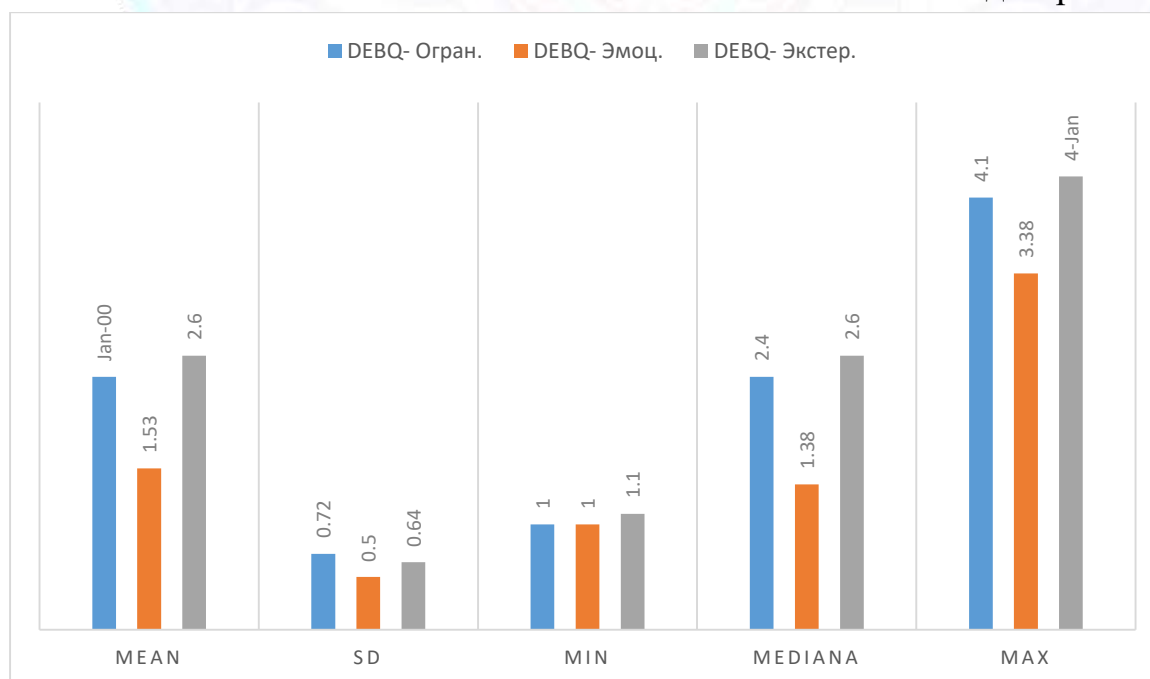
Аффективные симптомы (HADS)

Тревожность: средний балл **8,48 \pm 4,59**; **Депрессия:** средний балл **7,96 \pm 3,31**. Оба показателя подтверждают повышенную склонность пациенток с ожирением к тревожно-депрессивным состояниям.

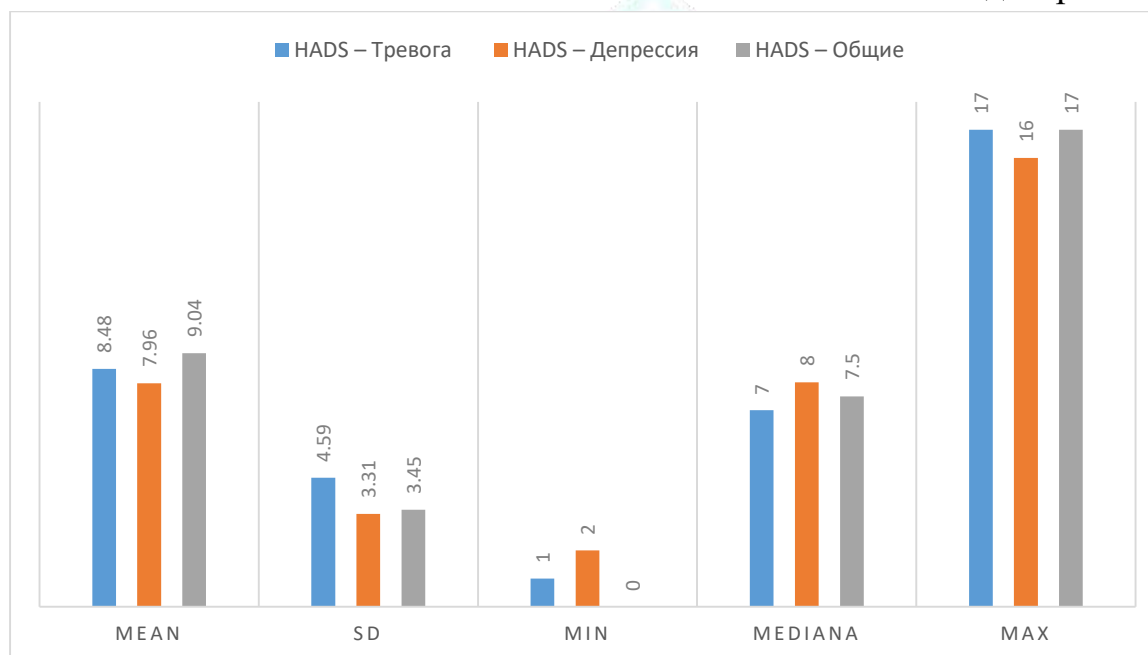
Недовольство образом тела (BIDQ)

Средний показатель — **9,04 \pm 3,45**, что указывает на частое наличие: негативного отношения к собственному телу, дисморфических идей, психосоциальной изоляции, повышенной фиксации на внешности. (1–2 диаграммы)

1-диаграмма



2-диаграмма



Результаты корреляционного анализа

В рамках исследования взаимосвязи между типами пищевого поведения, аффективными нарушениями (тревожностью и депрессивными симптомами), а также уровнем недовольства образом тела были оценены с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Анализ выявил умеренную положительную корреляцию между эмоциональным пищевым поведением и тревожностью ($r = +0.47$, $p < 0.01$), что свидетельствует о прямой зависимости между данными переменными. Это означает, что пациенты с более выраженной тревогой склонны усиливать приём пищи в ответ на эмоциональный стресс.

Также установлена умеренная положительная корреляция между эмоциональным питанием и депрессивными симптомами ($r = +0.42$, $p < 0.01$), что указывает на повышение уровня эмоционального пищевого поведения по мере усиления депрессивной симптоматики.

Между уровнем недовольства собственным телом (BIDQ) и тревожностью обнаружена положительная корреляция, близкая к высокой ($r = +0.51$, $p < 0.01$). Это говорит о том, что по мере нарастания неудовлетворённости телом увеличивается и уровень тревожности. Корреляция между BIDQ и депрессивными симптомами также является положительной и статистически значимой ($r = +0.49$, $p < 0.01$).

В целом полученные результаты демонстрируют сложный характер взаимосвязей между пищевым поведением, аффективными нарушениями и восприятием собственного тела. На основании выявленных тенденций можно заключить, что в развитии ожирения важную роль играют не только физиологические, но и психологические факторы. Когнитивно-эмоциональные нарушения оказывают существенное влияние на пищевое поведение и психологический дискомфорт, связанный с образом тела.

Выводы

Проведённое исследование позволило комплексно оценить психологическое состояние, пищевое поведение и отношение к собственному телу у пациентов с ожирением, не проходивших бариатрическую операцию. Использование стандартизированных психометрических инструментов — **DEBQ, HADS и BIDQ** — показало, что ожирение является не только соматической проблемой, но и состоянием, тесно связанным с широким спектром психологических и психопатологических факторов.

У обследованных 94 пациенток были выявлены различные степени выраженности ограничительного, эмоционального и внешне обусловленного пищевого поведения.

- Уровни тревожных и депрессивных симптомов варьировали от средних до повышенных;
- Недовольство образом тела было распространённым явлением и сопровождалось негативным отношением к себе, социальной изоляцией и эмоциональным дискомфортом.

Статистический анализ показал, что уровень эмоционального питания положительно связан с выраженностью аффективной симптоматики, что подтверждает роль психологического стресса как ключевого фактора нарушений пищевого поведения, связанных с ожирением.

Уровень недовольства телом также находился в прямой связи с тревогой и депрессивными проявлениями, что подчёркивает необходимость психокоррекции у данной группы пациентов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что при оценке и лечении ожирения **психологические компоненты должны обязательно учитываться**. Особенно это важно для пациентов, которые не выбирают бариатрическую хирургию: для них значимыми являются эмоционально ориентированные подходы, психотерапевтические методы и программы психообразования.

Таким образом, результаты исследования подтверждают необходимость:

- ранней диагностики нарушений пищевого поведения,
- оценки психологического дискомфорта, связанного с образом тела,

- выявления и коррекции аффективных нарушений с использованием инструментов DEBQ, HADS и BIDQ.

Этот подход способствует развитию мультидисциплинарной модели работы с пациентами, страдающими ожирением, обеспечивая комплексную диагностику и интегративные терапевтические стратегии.

Список литературы

1. Bremner JD, Moazzami K, Wittbrodt MT, Nye JA, Lima BB, Gillespie CF, Rapaport MH, Pearce BD, Shah AJ, Vaccarino V. Diet, Stress and Mental Health. *Nutrients*. 2020 Aug 13;12(8):2428.
2. Blüher M. An overview of obesity-related complications: The epidemiological evidence linking body weight and other markers of obesity to adverse health outcomes. *Diabetes Obes Metab*. 2025 Apr;27 Suppl 2 (Suppl 2):3-19.
3. Bouzas C, Bibiloni MDM, Tur JA. Relationship between Body Image and Body Weight Control in Overweight ≥ 55 -Year-Old Adults: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 May 9;16(9):1622.
4. Camacho-Barcia L, Giel KE, Jiménez-Murcia S, Álvarez Pitti J, Micali N, Lucas I, Miranda-Olivos R, Munguia L, Tena-Sempere M, Zipfel S, Fernández-Aranda F. Eating disorders and obesity: bridging clinical, neurobiological, and therapeutic perspectives. *Trends Mol Med*. 2024 Apr;30(4):361-379.
5. Camacho-Barcia L, Giel KE, Jiménez-Murcia S, Álvarez Pitti J, Micali N, Lucas I, Miranda-Olivos R, Munguia L, Tena-Sempere M, Zipfel S, Fernández-Aranda F. Eating disorders and obesity: bridging clinical, neurobiological, and therapeutic perspectives. *Trends Mol Med*. 2024 Apr;30(4):361-379.
6. Kvitkova L.V., Smakotina S.A., Sotnikova Yu.M., Zinchuk S.F. From the individual characteristics of eating behavior and chronotype to the formation of abdominal obesity. *Endokrinologiya: novosti, mneniya, obuchenie* [Endocrinology: News, Opinions, Training]. 2019; 8 (3): 22–29.
7. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Keck PE. Managing comorbid obesity and depression through clinical pharmacotherapies. *Expert Opin Pharmacother*. 2016 Aug;17(12):1599-610.
8. Piché ME, Poirier P, Lemieux I, Després JP. Overview of Epidemiology and Contribution of Obesity and Body Fat Distribution to Cardiovascular Disease: An Update. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018 Jul-Aug;61(2):103-113.
9. Perry C, Guillory TS, Dilks SS. Obesity and Psychiatric Disorders. *Nurs Clin North Am*. 2021 Dec;56(4):553-563.