

Kharitonov S.V., Tagirova D.I., Ksenofontova I.V., Lyamina N.P., Golubev M.V. Influence on patients satisfaction with rehabilitation assistance of questionnaires focusing on positive impressions of the procedures received. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 98–116.

УДК 159.9.07 : 616-056.52

**И.Л. Гуреева, А.Р. Волкова, Г.В. Семикова,
Е.Л. Смурова, Е.Р. Исаева**

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Целью данной работы явилось исследование особенностей пищевого поведения и удовлетворенности качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрической операции, а также выявление психологических факторов повторного набора веса в послеоперационный период. В исследование включено 35 пациентов (22 женщины и 13 мужчин) с морбидным ожирением, перенесших бариатрические вмешательства в возрасте от 27 до 70 лет. Пациенты наблюдались на базе кафедры факультетской терапии и факультетской хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского уни-

Гуреева Ирина Лазаревна – канд. психол. наук, доц. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: irin1974@yandex.ru;

Волкова Анна Ральфовна – д-р мед. наук, проф. каф. терапии факультетской с курсом эндокринологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: volkova@mail.ru;

Семикова Галина Владимировна – ассистент каф. терапии факультетской с курсом эндокринологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: semikovagv@yandex.ru;

Смурова Елизавета Леонидовна – студент, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: liza.smurova@gmail.com;

✉ Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук доцент, зав. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: isajeva@yandex.ru.

верситета им. акад. И.П. Павлова в течение трёх лет после операции. В исследовании использовались психодиагностические методики и клинические шкалы, направленные на выявление следующих клинико-психологических характеристик пациентов: удовлетворенность качеством жизни (SF-36, BQL), особенности пищевого поведения (DEBQ, FEQ), уровень депрессии и тревоги (BDI). По результатам исследования у пациентов было выявлено стойкое нарушение пищевого поведения. До операции у пациентов преобладал экстернатальный (зависимый от внешних факторов) компонент пищевого поведения, в послеоперационный период наблюдалось доминирование ограничительного пищевого поведения. Результаты послеоперационного опроса указывают на неудовлетворительное восприятие качества жизни, в то время как по результатам дооперационного опроса по психологическому компоненту здоровья и социальному функционированию, в сравнении со среднестатистическими значениями, у испытуемых наблюдались повышенные показатели. Выявлена тесная связь физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением. У пациентов, дифференцирующих голод как физиологический, выявлено отсутствие стремления ограничить себя в потреблении пищи.

Ключевые слова: морбидное ожирение, бариатрическая операция, качество жизни, пищевое поведение.

Введение

В современной медицине проблема ожирения занимает одну из ведущих позиций. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, за 40 лет в мире число людей, страдающих ожирением, выросло более чем втрое. На данный момент ожирение – это глобальная эпидемия, которая охватывает миллионы людей. Ожирение является пятым по значимости фактором риска высокой смертности [7].

Бариатрические операции в настоящее время – это наиболее эффективный способ лечения морбидного ожирения как по степени снижения веса, так и по улучшению метаболических показателей. В то же время, важно отметить, что после бариатрических вмешательств, особенно наиболее эффективных гастрощунтирования (ГШ) и билиопанкреатического шунтирования (БПШ), пациент сталкивается с целым рядом проблем, требующих пожизненного контроля и терапии [5].

Психологическая оценка поведенческих, пищевых, семейных факторов ожирения должна быть неотъемлемой частью обследования пациентов перед проведением бариатрической операции. Целью психологической оценки является не только изучение индивидуальных особенностей, но и разработка индивидуального плана психологического сопровождения пациента в послеоперационном периоде. Дооперационная психологическая оценка позволит настроить пациента на долгосрочное лечение, спрогнозировать и предотвратить психологические проблемы после хирургического

вмешательства, поможет дополнить список противопоказаний к бариатрическим операциям [4].

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

Цель исследования: оценка уровня удовлетворенности качеством жизни и эмоционального состояния у пациентов с морбидным ожирением до и после проведения бариатрической операции; определение характерных особенностей нарушения пищевого поведения у бариатрических пациентов; выявление психологических факторов повторного набора веса в послеоперационный период.

Задачи исследования:

- измерить уровень удовлетворенности качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период;
- оценить уровень депрессии и тревоги у пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период;
- определить компоненты пищевого поведения (ПП) у пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период;
- выявить общие тенденции нарушения пищевого поведения (ПП), характерные для пациентов с морбидным ожирением.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 35 пациентов (22 женщины и 13 мужчин) с морбидным ожирением ($ИМТ \geq 40 \text{ кг/м}^2$), перенесших бариатрические вмешательства: продольная (рукавная) резекция желудка (ПРЖ), гастропунтирование (ГШ), в возрасте от 27 до 70 лет. Пациенты наблюдались на базе кафедры факультетской терапии и факультетской хирургии ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова в течение трёх лет после операции.

В исследовании использовались психодиагностические методики и клинические шкалы, направленные на выявление следующих клинико-психологических характеристик пациентов: удовлетворенность качеством жизни, особенности пищевого поведения, уровень депрессии и тревоги.

В дооперационный период использовались методики: SF-36 – оценка физического, социально-ролевого и психологического компонентов здоровья [11], Голландский опросник пищевого поведения DEBQ [10], Шкала депрессии Бека (BDI) [8]; в послеоперационный период: BQL оценка каче-

ства жизни бариатрических пациентов [12], Трехфакторный опросник питания FEQ [9], Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS [13].

Проведена описательная статистика полученных данных, направленная на выявление общих закономерностей пищевого поведения (ПП), а также корреляционный анализ для выявления взаимосвязей между эмоциональным состоянием и ПП с целью определения мотивов и причин переедания. Для корреляционного анализа использовался параметрический коэффициент корреляции Пирсона. Также проведен качественный сравнительный анализ методик с целью анализа изменений в до- и послеоперационном периоде.

Результаты исследования

I. Описательная статистика полученных данных, полученных по результатам дооперационного опроса.

По результатам опроса по методике SF-36, измеряющей уровень качества жизни, проведенного до операции, по всем шкалам удовлетворенность пациентов качеством своей жизни находилась на среднем уровне (табл.1).

Таблица 1
Результаты самооценки физического и психологического компонентов здоровья (по методике SF-36, балл) до операции

Шкала	М ± σ
Физический компонент здоровья	41,21 ± 8,83
Физическое функционирование (PF)	55,46 ± 22,46
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	55,00 ± 39,20
Интенсивность боли (BP)	68,34 ± 30,32
Общее состояние здоровья (GH)	52,86 ± 18,84
Психологический компонент здоровья	44,81 ± 10,31
Жизненная активность (VT)	50,71 ± 20,01
Социальное функционирование (SF)	65,30 ± 22,72
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	64,76 ± 44,25
Психическое здоровье (MH)	60,11 ± 16,36

По психологическому компоненту здоровья, в сравнении со среднестатистическими значениями, у 62,86 % испытуемых наблюдались повышенные показатели по шкале рольного функционирования (RE), у 48,57 % –

повышенный показатель по шкале социального функционирования (SF), также у 31,43 % наблюдались повышенные показатели по шкале психическое здоровье (MH).

В дооперационный период у пациентов наблюдались нарушения пищевого поведения. Средние показатели испытуемых по всем шкалам Голландского опросника пищевого поведения DEBQ превышали нормальные значения (табл. 2).

Таблица 2
Результаты самооценки качества жизни (по методике DEBQ, балл) до операции

Шкалы	М ± σ
Ограничительный компонент ПП	2,75 ± 0,70
Эмоциональный компонент ПП	2,43 ± 1,05
Экстернальный компонент ПП	3,26 ± 0,67

У 61,11 % испытуемых показатели по ограничительному и эмоциональному пищевому поведению были выше нормы. По экстернальному пищевому поведению у 72,22 % пациентов средние показатели значительно превышали нормальные значения.

По результатам шкалы депрессии Бека наблюдались низкие показатели, следовательно, депрессия не является специфической составляющей для данной группы пациентов.

У 76,47 % испытуемых отсутствуют депрессивные симптомы, у 20,59 % наблюдается легкая депрессия. Однако наблюдается высокая вариативность показателей, о чем говорит большая по отношению к среднему значению величина статистического отклонения. Депрессия не является характерным признаком, присущим данной группе пациентов.

II. Описательная статистика данных, полученных по результатам послеоперационного опроса

Данные, полученные по опроснику BQL, измеряющего уровень качества жизни, указывают на высокую неудовлетворенность качеством жизни (табл. 3).

Так как, по нашим данным, опросник направлен больше на психологический компонент качества жизни и его субъективное восприятие, можно говорить о тенденции пациентов испытывать неудовлетворенность собственной жизнью.

Таблица 3

Результаты оценки удовлетворенности качеством жизни
(по методике BQL, балл)

Шкалы	М ± σ
Восприятие	44,46 ± 5,87
Болезнь – специфические вопросы	4,08 ± 1,08
Сумма баллов	47,54 ± 6,40

Полученные данные по Трехфакторному опроснику питания (FEQ) говорят о преобладании ограничительного компонента пищевого поведения у пациентов данной выборки (табл. 4).

Таблица 4

Результаты описательной статистики оценки качества жизни по опроснику питания FEQ

Шкалы	М ± σ
Ограничение ПП	12,11 ± 5,29
Растормаживание	7,83 ± 3,36
Восприимчивость к голоду	5,43 ± 3,42

Относительные величины средних показателей по ограничительному пищевому поведению (ПП) выше, чем по двум другим компонентам пищевого поведения. У 60 % испытуемых значение этого показателя выше 14,00.

По результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS средние показатели по индексу тревожности составляют $7,04 \pm 4,51$, по индексу депрессии – $6,26 \pm 3,40$. У 43,48 % испытуемых показатели по шкале «тревога» превышают норму. По шкале «депрессия» у 69,57 % показатели в пределах нормы, у 21,74 % наблюдается субклинически выраженная депрессия, у 8,70 % – клинически выраженная.

III. Результаты корреляционного анализа

В рамках трехфакторного опросника питания, который был проведен после оперативного лечения, выявлена положительная корреляции по шкалам «восприимчивость к голоду» и «растормаживание» ($r = 0,43$), что может свидетельствовать о тесной связи физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением. Также выявлена отрицательная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «ограничение» ($r = -0,45$), что указывает на отсутствие стремления ограничить себя

в потреблении пищи у пациентов, дифференцирующих голод как физиологический.

Обсуждение результатов исследования

В дооперационный период пациенты с морбидным ожирением не демонстрируют неудовлетворенность качеством жизни. Напротив, некоторые показатели, направленные на описание социального функционирования, выше среднестатистических значений. Это может обуславливаться тем, что ограничения физического функционирования, связанные с физическим состоянием (ожирением), влекут за собой активизацию механизмов компенсации и гиперкомпенсации, проявляющихся в стремлении утвердить свою значимость в социальном взаимодействии, компенсировать физические недостатки повышенным социальным функционированием. Таким образом, в дооперационный период пациенты демонстрируют повышенный уровень социального функционирования и психического компонента здоровья.

После проведения бариатрической операции и снижения массы тела (МТ) у пациентов наблюдается снижение качества жизни, что может быть обусловлено актуализацией проблем, связанных с контролем веса и здоровьем. Возможно также несоответствие ожиданий от послеоперационного периода и снижения массы тела (МТ) с реальностью.

По данным нашего исследования, депрессия не является специфической составляющей для данной группы испытуемых как до, так и после проведения операции. Однако после операции пациентам данной выборки свойственно проявление тревожности, что также может сказываться на оценке качества жизни.

Пациенты с морбидным ожирением имеют стойкие нарушения пищевого поведения, которые не проходят после проведения бариатрической операции и последующим снижением веса. До операции у пациентов в структуре нарушений пищевого поведения преобладают комбинированные формы, при этом преобладает экстернальный компонент пищевого поведения.

При экстернальном пищевом поведении наблюдается повышенная реакция больного не на внутренние стимулы к приему пищи, такие как чувство голода, наполнение желудка, а на внешние стимулы – принимающий пищу человек, реклама пищевых продуктов. Пациенты с экстернальным пищевым поведением едят вне зависимости от времени последнего приема пищи. Определяющее значение имеет доступность продуктов (пе-

реедание «за компанию», перекусы на улице, избыточный прием пищи в гостях). Прием пищи часто носит неосознанный характер [1].

После операции пациентам свойственно ограничительное пищевое поведение. Для ограничительного ПП характерны хаотичные, непоследовательные эпизоды ограничения приема пищи, которые постоянно нарушаются, что ведет к декомпенсации в психической и вегетативной сфере [1, 2]. Все опрошенные испытуемые (27 человек) применяли диету для снижения массы тела. Переедание может быть следствием ограничения пациентов в еде с целью контроля и потери веса и последующим срывом (перееданием), а также недостаточной информированностью о составе продуктов и их калорийности, о традиционных поведенческих стратегиях при реакции на пищевые стимулы.

Также по данным, полученным после проведения бариатрической операции, наблюдается высокий коэффициент корреляции по шкалам «эмоциональный компонент пищевого поведения» и «восприимчивость к голоду», что может указывать на то, что испытуемые не различают физиологический и эмоциональный голод, что может являться фактором набора веса.

Положительная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «растормаживание» также может свидетельствовать о тесной связи физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением. Данные пациенты не способны различать эмоциональную составляющую пищевого поведения, принимая ее за физиологический голод, и, следовательно, удовлетворяют его. Также отрицательная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «ограничение» указывает на отсутствие стремления ограничить себя в потреблении пищи у пациентов, воспринимающих голод как физиологический.

Выводы

1. У пациентов с морбидным ожирением наблюдается повышенный уровень социального функционирования и психического компонента здоровья, которые могут являться механизмами компенсации и гиперкомпенсации, в стремлении реализовывать себя в социальном взаимодействии. После операции у пациентов наблюдается снижение удовлетворенности качеством жизни, что вероятнее всего, обусловлено необходимостью смены привычного образа жизни и питания.

2. Наличие депрессии не является характерным для бариатрических пациентов как в до-, так и в послеоперационный период. Однако после проведения бариатрической операции у пациентов повышается тревога.

3. Пациенты с морбидным ожирением имеют стойкие нарушения пищевого поведения. У пациентов с морбидным ожирением, имеющих показания к бариатрической хирургии, преобладает экстернальный (зависимый от внешних факторов) компонент пищевого поведения, после операции ведущим компонентом пищевого поведения становится ограничение, что обусловлено тревогой из-за возможного набора веса.

4. Пациенты с морбидным ожирением не различают физиологический и эмоциональный голод, что может снижать мотивацию к сокращению потребления пищи в моменты эмоционального голода и являться фактором набора веса после операции.

Заключение

Ожирение является глобальной проблемой, охватывающей миллионы людей планеты. В этиологии состояния бариатрических пациентов одним из значимых факторов ожирения является психологический компонент пищевого поведения. В связи с этим при лечении морбидного ожирения необходимо учитывать его психологические аспекты, опираясь на мультидисциплинарный подход к лечению.

Используя психологические методики, представляется возможным разработать алгоритм, определяющий показания и противопоказания к проведению бариатрического лечения, а также организовать систему наблюдения пациентов на всех этапах их лечения, включая долгосрочное наблюдение после оперативного вмешательства [6].

В результате полученных выводов, указывающих на роль ограничительного компонента пищевого поведения у пациентов после проведения бариатрической операции и вероятных последующих срывов с набором веса, стоит уделить внимание созданию программ, направленных на информирование пациентов о составе продуктов и их калорийности, на осознание и контроль привычных поведенческих стратегий при реакции на пищевые стимулы. Также необходимо обучать пациентов различать физиологический и психологический голод для снижения потребления пищи, что позволит повысить самоконтроль при включении (воздействии) психологического компонента пищевого поведения.

По результатам нашего исследования, у пациентов после операции наблюдается субъективная неудовлетворенность качеством жизни. Субъ-

активная неудовлетворенность качеством своей жизни является одной из причин эмоционального переживания, что может вести к повторному набору веса. Психологические программы, направленные на улучшение восприятия качества жизни, могут помочь в борьбе с ожирением и набором веса после бариатрического оперативного лечения. Пациенты, ожирение которых вызвано психологическими факторами, нуждаются в психологическом сопровождении не только на время снижения массы тела, но и для длительного ее поддержания.

Литература

1. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 2. – С. 2–6.
2. Волкова Е.Г., Романцева Т.И., Вознесенская Т.Г., Роик О.В. Пищевое поведение у пациентов с ожирением // Ожирение и метаболизм. – 2007. – № 2. – С. 19–20.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (пленарная лекция) // Сахарный диабет. – 2010. – № 3 (48). – С. 6–13.
4. Клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии // Российское общество бариатрических хирургов; под ред. Ю.И. Яшкова. – М., 2014. – 41 с.
5. Клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых // Российская ассоциация эндокринологов. – М., 2014. – 31 с.
6. Мазурина Н.В., Свиридонова М.А. Эндокринные и метаболические аспекты ведения пациентов, перенесших бариатрические операции. По материалам клинических рекомендаций Общества эндокринологов // Ожирение и метаболизм. – 2012. – № 1. – С. 51–57.
7. Неймарк А.Е., Еганян Ш.А., Гринева Е.Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // Consilium Medicum. – 2016. – N 4. – С. 53–56.
8. Beck A.T. An Inventory for Measuring Depression // Archives of general psychiatry. – 1961. – Vol. 4, N 6. – P. 561–571.
9. Stunkard A.J., Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger // J. of Psych. Res. – 1985. – Vol. 29, N 1. – P. 71–83.
10. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // International Journal of Eating Disorders. – 1986. – Vol. 5, N 2. – P. 295–315.
11. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Users Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.
12. Weiner S., Sauerland S., Fein M. [et al.] The Bariatric Quality of Life (BQL) Index: A Measure of Well-being in Obesity Surgery Patients. Obesity Surgery. – 2005. – Vol. 15, N 4. – P. 538–545.

13. Zigmond A.C. Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67, N 6. – P. 361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Поступила 10.12.2020

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

Для цитирования. Гуреева И.Л., Волкова А.Р., Семикова Г.В., Смурова Е.Л., Исаева Е.Р. Особенности пищевого поведения и удовлетворенность качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением после бариатрической операции // Вестн. психотерапии. 2021. № 77 (82). С. 116–128.

FEATURES OF EATING BEHAVIOR AND SATISFACTION WITH THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY AFTER BARIATRIC SURGERY

Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V., Smurova E.L., Isaeva E.R.

Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University
(Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, Russia)

Irina Lazarevna Gureeva – PhD. Psychol. Sci., associate Prof. of the Department of General and clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: irin1974@yandex.ru;

Anna Ralfovna Volkova – Dr. Med. Sci., Prof. of the Department of faculty therapy with the course of endocrinology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: volkovaa@mail.ru;

Galina Vladimirovna Semikova – assistant of the Department of faculty therapy with the course of endocrinology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: semikovagv@yandex.ru;

Elizaveta Leonidovna Smurova – Student, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: liza.smurova@gmail.com;

✉ Elena Rudolfovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. associate Prof., head of the Department of General and clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Tolstogo Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: isaeva@yandex.ru.

Abstract. The aim of the study was to assess the characteristics of eating behavior and satisfaction with the quality of life in patients with morbid obesity before and after bariatric surgery, to identify patterns of re-gaining weight in the postoperative period. The study included 35 patients (22 women and 13 men) with morbid obesity who underwent bariatric intervention at the age from 27 to 70 years. The patients were observed at the Department of Faculty Therapy and Faculty Surgery of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University for three years after the surgery. The study used psychodiagnostic techniques and clinical scales to identify the clinical and psychological characteristics of patients: satisfaction with the quality of life (SF-36, BQL), eating behavior (DEBQ, FEQ), depression and anxiety levels (BDI). The results of the study show that the patients have persistent eating disorders. Before surgical treatment, the external (dependent on external factors) component of eating behavior prevailed; in the postoperative period, the dominance of restrictive eating behavior is observed. The results of the postoperative survey indicate an unsatisfactory perception of the quality of life, while according to the results of the preoperative survey on the psychological component of health, in comparison with the average statistical values, the subjects showed increased indicators. A close relationship was revealed between physiological and emotional hunger in patients with morbid obesity. A tendency was revealed in the absence of a desire to limit oneself in food consumption in patients differentiating hunger as physiological.

Keywords: morbid obesity, bariatric surgery, quality of life, eating behavior.

References

1. Voznesenskaya T.G. Rasstrojstva pishheвого povedeniya pri ozhireнии i ih korrekciya [Eating disorders in obesity and their correction]. *Ozhirenie i metabolism* [Obesity and metabolism]. 2004. N 2. P. 2–6. (In Russ.)
2. Volkova E.G., Romanceva T.I., Voznesenskaya T.G., Roik O.V. Pishhevoe povedenie u pacientov s ozhireniem [Dietary behavior in obese patients]. *Ozhirenie i metabolism* [Dietary behavior in obese patients]. 2007. N 2. Pp. 19–20. (In Russ.)
3. Dedov I.I. Saharnyj diabet: razvitie texnologij v diagnostike, lechenii i profilaktike (plenarnaya lekciya) [Diabetes: development of technologies in diagnosis, treatment and prevention (plenary lecture)]. *Saharnyj diabet* [Diabetes mellitus]. 2010. N 3 (48). P. 6–13. (In Russ.)
4. Klinicheskie rekomendacii po bariatricheskoj i metabolicheskoj hirurgii [Clinical Recommendations for Bariatric and Metabolic Surgery]. *Rossijskoe obshchestvo bariatricheskih hirurgov* [Russian Society of Bariatric Surgeons]. Moskva. 2014. 41 p. (In Russ.)
5. Klinicheskie rekomendacii po lecheniyu morbidnogo ozhireniya u vzroslyh [Clinical Guidelines for the Treatment of Morbid Obesity in Adults]. *Rossijskaya asociaciya endokrinologov* [Russian Association of Endocrinologists]. Moskva. 2014. 31 p. (In Russ.)
6. Mazurina N.V., Sviridonova M.A. Endokrinnye i metabolicheskie aspekty vedeniya pacientov, perenessih bariatricheskie operacii. Po materialam klinicheskikh rekomendacij Obshhestva endokrinologov [Endocrine and metabolic aspects of management of patients undergoing bariatric surgery. Based on clinical recommendations

from the Society of Endocrinologists]. *Ozhirenie i metabolizm* [Obesity and Metabolism]. 2012. N 1. P. 51–57. (In Russ.)

7. Nejmark A.E., Eganyan Sh.A., Grineva E.N. Psihologicheskoe soprovozhdenie pacientov do i posle vypolneniya bariatricheskikh operacij [Psychological support of patients before and after bariatric operations]. *Consilium Medicum*. 2016. N 4. P. 53–56. (In Russ.)

8. Beck A.T. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. 1961. Vol. 4, N 6. P. 561–571.

9. Stunkard A.J., Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J. of Psych. Res.* 1985. Vol. 29, N 1. P. 71–83.

10. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986. Vol. 5, N 2. P. 295–315.

11. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Users Manual. *The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.* 1994.

12. Weiner S., Sauerland S., Fein M. [et al.] The Bariatric Quality of Life (BQL) Index: A Measure of Well-being in Obesity Surgery Patients. *Obesity Surgery*. 2005. Vol. 15, N 4. P. 538–545.

13. Zigmond A.C. Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67, N 6. Pp. 361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Received 10.12.2020

For citing: Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V., Smirnova E.L., Isaeva E.R. Osobennosti pishhevogo povedeniya i udovletvorennost kachestvom zhizni u pacientov s morbidnym ozhireniem posle bariatricheskoy operacii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 77. Pp. 116–128. (In Russ.)

Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V., Smurova E.L., Isaeva E.R. Features of eating behavior and satisfaction with the quality of life in patients with morbid obesity after bariatric surgery. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 77. Pp. 116–128.