

# **ДИНАМИКА ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ЧЕРЕЗ ТРИ МЕСЯЦА ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

**В.М. ЯЛТОНСКИЙ**

Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>,  
e-mail: [yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru)

**И.Н. АБРОСИМОВ**

Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО МИП),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>,  
e-mail: [i.abrosimov@bk.ru](mailto:i.abrosimov@bk.ru)

**Н.А. СИРОТА**

Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: [sirotan@mail.ru](mailto:sirotan@mail.ru)

**А.В. ЯЛТОНСКАЯ**

Институт схема-терапии (ООО «ИСТ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5842-7013>, e-mail: [y\\_alex00@mail.ru](mailto:y_alex00@mail.ru)

**М.Д. ПАНЧЕНКОВА**

Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-  
биологического агентства России (ФНКЦ ФМБА России),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8631-2600>,  
e-mail: [panchenkovaaaa@list.ru](mailto:panchenkovaaaa@list.ru)

**Актуальность.** Ожирение достигло масштабов эпидемии во всем мире. Бариатрическая хирургия (далее — БХ) наиболее эффективна в лечении морбидного ожирения (далее — МО), однако она не приводит к одинаковым результатам у всех пациентов, поскольку важную роль в результате лечения играют психологические факторы. Пробелами в научном знании являются недооценка роли пациента в лечебном процессе, отсутствие информации о том, как он воспринимает МО и управляет болезнью, как меняются его представления о болезни после операции. **Цель работы:** изучение динамики представлений о заболевании и связанных с ними параметров саморегуляции болезни у пациентов с МО до операции и через три месяца после БХ. **Материалы и методы.** 63 пациента с МО были обследованы специально подобранным пакетом методик до БХ и через три месяца после нее. В исследовании применялись следующие методики: «Краткий опросник восприятия болезни»; Шкала госпитальной тревоги и депрессии; Опросник совладания с трудными жизненными ситуациями; Шкала приверженности лечению; опросник «Шкала психологического благополучия». **Результаты.** Через три месяца после БХ морбидное ожирение воспринималось пациентами как менее угрожающее жизни заболевание, которое имеет меньше негативных последствий для их здоровья и эмоционального благополучия. Контролируемость ими болезни и вероятность излечимости ожирения после БХ повысились. **Выводы.** Через три месяца после операции выявлена позитивная динамика восприятия МО и связанных с ним параметров саморегуляции. Полученные знания могут быть широко использованы в медицинской практике в качестве мишенной психологических интервенций.

**Ключевые слова:** восприятие болезни, морбидное ожирение, бариатрическая хирургия, тревога, депрессия, совладающее поведение, психологическое благополучие приверженность лечению.

*Для цитаты:* Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Панченкова М.Д. Динамика восприятия болезни и саморегуляции у пациентов с морбидным ожирением через три месяца после бариатрической хирургии // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 28—47. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302>

## DYNAMICS OF ILLNESS PERCEPTION AND SELF-REGULATION IN MORBID OBESITY PATIENTS THREE MONTHS AFTER BARIATRIC SURGERY

VLADIMIR M. YALTONSKY

Russian University of Medicine (FSBEI HE “ROSUNIMED”),  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>,

e-mail: [yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru)

## ILIA N. ABROSIMOV

Moscow Institute of Psychoanalysis (MIP), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>,

e-mail: i.abrosimov@bk.ru

## NATAL'YA A. SIROTA

Russian University of Medicine (FSBEI HE “ROSUNIMED”),  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>,

e-mail: sirotan@mail.ru

## ALEXANDRA V. YALTONSKAYA

Moscow Institute of Schema Therapy (LLC “Institute of Schema Therapy”),  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5842-7013>,

e-mail: y\_alex00@mail.ru

## MARIYA D. PANCHENKOVA

Federal Scientific and Clinical Center FMBA of Russia  
(FSCC FMBA of Russia), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8631-2600>,

e-mail: panchenkovaaaa@list.ru

**Background.** Obesity has reached epidemic proportions throughout the world. Bariatric surgery (hereinafter — BS) is most effective in the treatment of morbid obesity (hereinafter — MO), however, it does not lead to the same results in all patients, since psychological factors play an important role in the outcome of treatment. The gap in scientific knowledge is the underestimation of the patient’s role in the treatment process, the lack of information about how he perceives medical treatment and manages the disease, how ideas about the disease change over time after surgery. **Aim of the work:** study of the dynamics of ideas about the disease and related parameters of self-regulation of the disease in patients with MO before surgery and three months after BS. **Materials and methods.** Sixty-three patients with MO were examined using a specially selected package of methods before BS and three months after it. The following methods were used in the study: brief illness perception questionnaire; Hospital anxiety and depression scale; Ways of coping questionnaire; Medication adherence report scale; Scales of psychological well-being. **Results.** Compared with the preoperative stage, three months after BS, patients perceived MO as a less life-threatening disease that has fewer negative consequences for their health and emotional well-being. Their controllability of the disease and the likelihood of curability of obesity after BS have increased. **Conclusions.** Three months after the operation, positive dynamics in the perception of MO and related parameters of self-regulation were revealed. The knowledge gained can be widely used in medical practice as targets for psychological interventions.

**Keywords:** illness perception, morbid obesity, bariatric surgery, anxiety, depression, coping behavior, psychological well-being, adherence to treatment.

**For citation:** Yaltonsky V.M., Abrosimov I.N., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V., Panchenkova M.D. Dynamics of Illness Perception and Self-Regulation in Patients with Morbid Obesity Three Months after Bariatric Surgery. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 28—47. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302> (In Russ.).

## Введение

В 21 веке ожирение достигло масштабов эпидемии во всем мире [30]. Морбидное ожирение (далее — МО) — это избыточный вес тела при ИМТ  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup>, либо при ИМТ  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup> в сочетании с серьезными осложнениями, спровоцированными ожирением [3]. Его распространенность среди взрослого населения США выросла почти вдвое за период с 1999—2000 гг. (4,7%) по 2017—2018 гг. (9,2%) [17; 31].

Бариатрическая хирургия (далее — БХ) является наиболее эффективной формой лечения МО, однако у значительной части пациентов не наблюдается желаемая потеря лишнего веса. В долгосрочной перспективе 20—50% прооперированных пациентов снова набирают вес, поскольку важную роль в результате лечения играют психологические факторы [11; 16].

Теоретической основой настоящего исследования является разработанная Г. Левенталем модель саморегуляции, основанная на здравом смысле. Автор указывает, что предложенная им модель объясняет процессы, с помощью которых пациенты осознают угрозу своему здоровью, ориентируются в аффективных реакциях на болезнь, формулируют представления о потенциальных действиях по лечению, создают планы по совладанию с симптомами и интегрируют непрерывную обратную связь об эффективности реализуемого плана действий и прогрессировании угрозы болезни [18].

Модель саморегуляции, основанная на здравом смысле, позволяет не только исследовать восприятие хронической болезни как статичное психическое состояние, но и оценивать его в динамике через разные временные промежутки на разных этапах лечения и реабилитации [19; 21]. Модель Г. Левенталя достаточно редко применяется для исследования динамики ожирения за рубежом, а в России такой подход используется впервые.

Значимыми психологическими факторами самоуправления болезнью являются убеждения о болезни, их эмоциональное сопровождение, а также способы психологического преодоления болезни и приверженность рекомендациям по лечению. Установлено, что эти факторы влияют на способность пациентов адаптироваться после операции, на прогноз и результаты БХ [29].

Тяжелое ожирение приводит к психическим заболеваниям. Оно увеличивает риск развития депрессии, в то время как депрессия увеличивает риск развития ожирения. БХ облегчает депрессию у пациентов с ожирением. Сложная взаимосвязь между БХ и депрессией требует дальнейшего изучения [23; 27]. Исследования указывают на положительное влияние изменений веса после БХ на симптомы тревоги в течение первых трех лет после операции [20].

Исследования показывают сложный характер взаимосвязи между совладанием со стрессом, психическим здоровьем и послеоперационной потерей веса [9]. Изучение взаимосвязи между стратегиями преодоления трудностей и результатами БХ у пациентов с МО показало, что проблемно-ориентированные стратегии преодоления трудностей могут предсказать результаты БХ [15]. Однако неадаптивное совладание предсказывало меньшую потерю веса у пациентов с высоким уровнем тревоги и/или депрессии. Межличностное совладание предсказывало большую потерю веса у пациентов с низким уровнем тревоги и/или депрессии [9].

Послеоперационная приверженность рекомендованному лечению важна для дальнейшего благополучия больного, однако исследования показывают, что пациентам часто трудно быть приверженными назначенной лечебной схеме [2; 5; 6]. Наличие психических расстройств перед операцией обычно связаны с более низкой приверженностью в послеоперационном периоде [12; 14].

Актуальность настоящей научной работы связана с отсутствием в российской клинической психологии исследований, базирующихся на модели саморегуляции здоровья и болезни, основанной на здравом смысле, которые могли бы ответить на вопросы о том, как больные воспринимают тяжелое ожирение, как меняются представления о нем и какова динамика параметров саморегуляции болезни (таких как совладающее поведение и приверженность лечению) до и после БХ.

**Цель исследования** — изучение динамики представлений о заболевании и связанных с ними параметров психологической саморегуляции болезни у пациентов с морбидным ожирением на предоперационном этапе и через три месяца после бариатрического хирургического вмешательства.

**Гипотеза исследования:** через три месяца после бариатрической хирургии динамика восприятия тяжелого ожирения будет отражать усиление позитивных и ослабление негативных представлений о болезни.

## Методы

**Характеристики выборки.** Обследовано 63 пациента с МО (27 мужчин и 36 женщин), поступивших на БХ (рукавная резекция желудка, желу-

дочное шунтирование) и прошедших предоперационное психодиагностическое обследование. Повторное психодиагностическое обследование проводилось через три месяца после операции.

Возраст пациентов варьировался от 27 до 59 лет, средний возраст выборки составил  $42,67 \pm 8,13$  года. Исследование проводилось на базе Центра лечения лишнего веса ФНКЦ ФМБА России и клинического медицинского центра Российского университета медицины МЗ РФ.

*Критерии включения в исследование:* диагноз «Морбидное ожирение», возраст респондентов от 18 до 65 лет, наличие опыта неудачного лечения МО нехирургическими методами. *Критерии исключения:* любое психическое заболевание, которое существенно препятствовало надлежащему выполнению рекомендаций по лечению и могло ухудшить состояние здоровья пациента, отказ от обследования, слабое владение русским языком.

#### **Этапы исследования:**

1) предоперационный: беседа, первичный сбор данных, первичное психодиагностическое обследование;

2) постоперационный: повторное психодиагностическое обследование через 3 месяца после операции.

При психодиагностическом обследовании применялись **методики:**

1) «Краткий опросник восприятия болезни» (Broadbent E. и др., 2006; адаптация Ялтонского В.М. и др., 2017) [8];

2) Шкала госпитальной тревоги и депрессии (Zigmond A., Snaith R., 1983; адаптация Андрущенко А.В. и др., 2003) [1];

3) Опросник совладания с трудными жизненными ситуациями (Lazarus R., Folkman S., 1988; адаптация Вассермана Л.И. и др., 2009) [4];

4) Шкала приверженности лечению MMAS-8 (Morisky D., et al., 2008) [22];

5) Опросник «Шкала психологического благополучия» (Ryff C., 1989; адаптация Шевеленковой Т.Д., Фесенко Т.П., 2011) [7].

**Статистическая обработка результатов** осуществлялась при помощи программы IBM SPSS Statistics (Vers. 23). Результаты сравнительного анализа получены с помощью применения t-теста Стьюдента для зависимых выборок и представлены в виде  $M \pm SD$ , где  $M$  — среднее арифметическое,  $SD$  — стандартное отклонение. Выявленные различия признавались статистически значимыми при уровне  $p < 0,05$ . Корреляционный анализ проводился с применением параметрического критерия Пирсона и представлен в виде = \*, \*\*\*,  $R = *$ , \*\*\*, где  $R$  — сила корреляции,  $P$  — статистическая значимость.

## **Результаты**

Динамика параметров восприятия МО оценивалась с помощью краткого опросника восприятия болезни (табл. 1).

Таблица 1

**Результаты исследования динамики восприятия морбидного ожирения до и через 3 месяца после операции (в баллах)**

Параметры восприятия болезни	Этап 1 (до операции)	Этап 2 (через три месяца после операции)	Значимость различий, р
	N = 63, M±SD		
Последствия болезни	6,98±1,03	4,56±1,09	0,001**
Контроль болезни	5,17±1,78	7,64±1,83	0,001**
Контроль лечения	4,93±1,11	6,78±2,31	0,001**
Идентификация болезни	6,07±1,25	5,13±2,70	0,001**
Эмоциональное реагирование на болезнь	8,14±1,43	6,32±1,98	0,001**
Восприятие угрозы*	57,90±6,83	43,0 ±3,79	0,001**

*Примечания:* «\*» — интегративный показатель восприятия болезни как угрозы для жизни и благополучия; «\*\*» — значимость различий при  $p \leq 0,01$ ; M — среднее арифметическое, SD — стандартное отклонение.

При изучении динамики атрибутов восприятия болезни обнаружены различия по большинству параметров представлений о болезни. На дооперационном этапе у пациентов выявлены существенно более высокие оценки воспринимаемых последствий болезни, эмоционального ее сопровождения и распознавания болезни по ее симптомам. В то же время параметры воспринимаемых контроля МО и контроля немедикаментозного лечения до операции оказались на первом этапе ниже, чем через три месяца после операции. Интегративный показатель восприятия МО как угрозы для жизни на первом этапе исследования был существенно выше, чем на втором.

В сравнении с дооперационным этапом показатели оценки последствий болезни, эмоциональных реакций на болезнь и распознавания МО достоверно снизились через три месяца после БХ. В то же время воспринимаемая контролируемость и болезни, и БХ после операции увеличилась. Установленные особенности эмоционального реагирования на болезнь нашли косвенное подтверждение и при исследовании динамики уровня тревоги и депрессии до и через 3 месяца после операции (табл. 2).

Уровень тревоги в предоперационном периоде и после операции является клинически выраженным, хотя он истатистически значимо снизился через три месяца после БХ. Уровень депрессии до операции был на верхней границе субклинического уровня и снизился через три месяца после операции до нижней границы субклинического уровня.

Таблица 2

**Результаты исследования динамики уровня тревоги и депрессии до и через 3 месяца после операции (в баллах)**

	Этап 1 (до операции)	Этап 2 (через три месяца после операции)	Значимость различий, р
	N = 63, M±SD		
Тревога	16,14±2,23	11,3±4,13	0,002*
Депрессия	10,48±4,01	8,15±2,54	0,001**

*Примечания:* «\*» — значимость различий при  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — значимость различий при  $p \leq 0,01$ ; M — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

Результаты исследования стратегий совладающего поведения как параметра психологической саморегуляции болезни представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Результаты исследования динамики совладания с трудными жизненными ситуациями до и через 3 месяца после операции (в Т-баллах)**

Копинг-стратегии	Этап 1 (до операции)	Этап 2 (через три месяца после операции)	Значимость различий, р
	N = 63, M±SD		
Дистанцирование	61,71±14,83	54,71±15,08	0,001**
Самоконтроль	41,58±15,5	58,08±12,67	0,001**
Положительная переоценка	41,8±14,46	49,93±16,21	0,001**

*Примечания:* «\*\*» — значимость различий при  $p \leq 0,01$ ; M — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

На дооперационном этапе показатель по шкале «Дистанцирование» был выше, а по шкалам «Самоконтроль» и «Положительная переоценка» — ниже, чем на втором этапе. Через три месяца после БХ пациенты реже использовали копинг-стратегию дистанцирования, но чаще применяли стратегии самоконтроля и положительной переоценки для совладания со стрессом.

При изучении динамики показателей опросника MMAS-8 было установлено, что на предоперационном этапе наблюдается низкая приверженность лечению МО (табл. 4). Через три месяца после операции уровень приверженности лечению изменился с низкого на умеренный.

Результаты исследования психологического благополучия свидетельствуют о позитивной динамике показателей по четырем из шести шкал психологического благополучия через три месяца после БХ (табл. 5).

Таблица 4

**Результаты исследования динамики приверженности лечению до и через 3 месяца после операции (в баллах)**

	Этап 1 (до операции)	Этап 2 (через три месяца после операции)	Значимость различий, р
	N = 63, M±SD		
Приверженность лечению	4,13±2,25	6,51±1,09	0,001**

Примечания: «\*\*» — значимость различий при  $p \leq 0,01$ ; M — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

Таблица 5

**Результаты исследования динамики психологического благополучия в предоперационном периоде и через 3 месяца после операции (в баллах)**

Параметры психологического благополучия	Этап 1 (до операции)	Этап 2 (через 3 месяца после операции)	Значимость различий, р
	N = 63, M±SD		
Автономия	56,19±3,28	61,91±5,04	0,001**
Личностный рост	55,12±7,9	64,57±6,04	0,001**
Цель в жизни	54,97±4,08	63,58±5,9	0,001**
Самопринятие	45,97±3,73	61,19±6,01	0,001**

Примечания: «\*\*» — значимость различий при  $p \leq 0,01$ ; M — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

На предоперационном этапе показатели по шкалам «Автономия», «Личностный рост», «Самопринятие» и «Цель в жизни» были существенно ниже, чем через три месяца после операции. На послеоперационном этапе заметно выросли уровень личностной автономии пациентов, показатели их личностного роста и наличия целей в жизни, степень самопринятия.

**Результаты корреляционного анализа** позволили нам глубже понять взаимосвязи между изучаемыми параметрами восприятия болезни и саморегуляции. Для достижения поставленной в исследовании цели были изучены данные, полученные в послеоперационный период через три месяца.

В ходе анализа были установлены корреляционные связи между восприятием болезни и уровнем приверженности лечению (рис. 1), а также между восприятием болезни и параметрами психологического благополучия (рис. 2). Результаты корреляционного анализа представлены в виде наглядных корреляционных графов.



Рис. 1. Корреляционные связи уровня приверженности лечению с компонентами восприятия болезни в группе пациентов через три месяца после операции

Как видно на рис. 1, более высокие показатели приверженности пациентов лечению через три месяца после оперативного вмешательства связаны с ростом убежденности в собственном контроле над ожирением и возможностью управления им с помощью лечения. Степень приверженности лечению сопряжена с четким пониманием механизмов течения болезни, а также с озабоченностью ее негативными последствиями. Понимание сложности и опасности болезни способствует активации процессов совладания, принятию на себя ответственности за успешность лечения и, как следствие, отражается на приверженности рекомендуемым методам лечения.

Все корреляции — положительные и обладают умеренной выраженностью, поэтому мы можем говорить лишь о некоторых тенденциях во взаимосвязях между указанными параметрами.

На рис. 2 отображены установленные связи между восприятием болезни и психологическим благополучием пациентов через три месяца после БХ. Личностный рост пациентов в послеоперационный период связан с осознанием хронического течения болезни и принятием эмоциональных реакций в ответ на нее. Принятие себя, наоборот, снижается при осознании длительности МО и повышается при распознавании проявлений болезни и своего эмоционального реагирования на нее. При этом рост автономности пациентов также связан с лучшим пониманием болезни и формированием представлений о возможности контроля над заболеванием. Параметр «позитивные отношения с другими людьми» положительно связан с показателем по шкале «эмоционально реагирование». Данная корреляция отражает наши клинические наблюдения — наличие социальной поддержки у пациента создает условия для

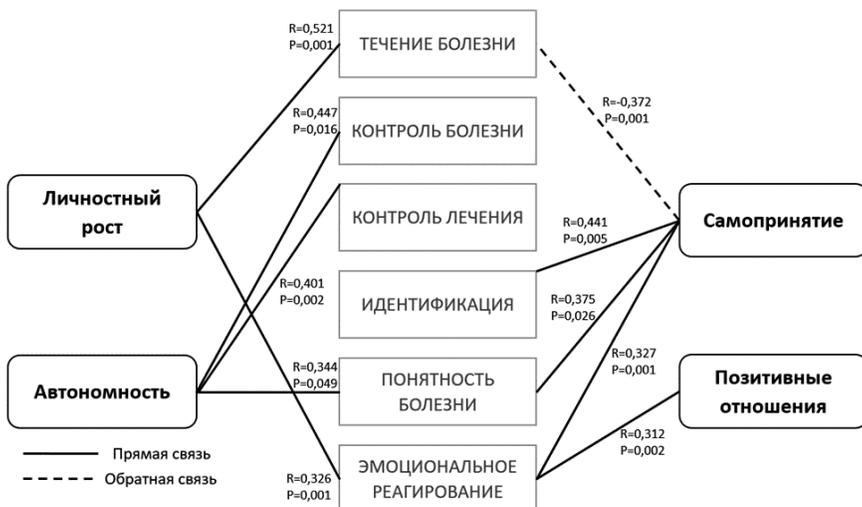


Рис. 2. Корреляционные связи показателей психологического благополучия с компонентами восприятия болезни в группе пациентов через три месяца после операции

более безопасного проживания негативных эмоциональных состояний на фоне болезни. Общая картина результатов данной части исследования косвенно может указывать на запуск комплексных процессов трансформации внутренней картины болезни пациентов с МО в послеоперационный период.

## Обсуждение результатов

Полученные результаты свидетельствуют о полезности использования модели саморегуляции, основанной на здравом смысле, для понимания динамики восприятия пациентами модрибдного ожирения.

При анализе структуры восприятия МО и его изменений в краткосрочной динамике особого внимания заслуживает интегративный показатель восприятия болезни как угрозы, которая раскрывается в таких атрибутах, как осознание негативных последствий болезни, тревожно-депрессивное реагирование на болезнь и распознавание опасных проявлений болезни. Для этих малоадаптивных убеждений о болезни характерно снижение их интенсивности после БХ. Для адаптивных представлений о контролируемости болезни и процесса лечения характерно достоверное увеличение их интенсивности после БХ. Персональ-

ный контроль МО был связан с убеждениями пациента в том, насколько угрозы, связанные с болезнью, контролируются благодаря его действиям и в какой мере он управляет своим заболеванием. Убежденность в возможности контроля над лечением отражала представления о том, насколько морбидное ожирение излечимо благодаря БХ.

По данным научной литературы, среди пациентов, которым предстоит пройти БХ, высоко распространены депрессия и тревога. У большинства пациентов наблюдается краткосрочное улучшение симптомов депрессии и тревоги после БХ. Аналогичные результаты получены и в нашем исследовании. При этом исследования, проводимые на более поздних этапах после БХ, указывают на тенденцию к снижению депрессии и тревоги в долгосрочной перспективе [13; 20].

По результатам проведенных ранее исследований, использование стратегии дистанцирования от болезни может прогнозировать меньшую потерю веса после БХ на фоне клинически значимых уровней тревоги и депрессии. Параллельное использование адаптивных стратегий самоконтроля и положительного переосмысления болезни может предсказывать положительный результат БХ [9; 15]. Наше исследование показало, что совладание с МО может проявляться в виде сочетания стремления дистанцироваться от болезни для снижения ее субъективной значимости и осознанной регуляции болезни с помощью самоконтроля и положительного переосмысления.

Наблюдаемое умеренное повышение приверженности лечению на раннем постоперационном этапе происходит в период сложных изменений в психологическом и физическом функционировании пациентов. Эти изменения происходят после значительной потери веса и связаны прежде всего с эффектами оперативного лечения (физические ограничения приема пищи, изменения аппетита, чувства голода, насыщения и сытости, изменения количества и качества принимаемой пищи). Задача регулярной приверженности получаемым рекомендациям после БХ является трудной для пациентов из-за их сниженной мотивации к изменению образа жизни, отказа брать на себя ответственность за результат лечения и других психологических барьеров [12; 18; 14].

Исследователи постоянно подчеркивают, что психологическое благополучие играет решающую роль в успехе БХ [24; 25; 26]. Постоперационное повышение психологического благополучия подтверждено и в нашем исследовании, что отражалось в постановке пациентами новых целей в жизни, их личностном росте, усилении автономии и повышении степени самопринятия.

**Ограничения и дальнейшие перспективы исследования.** Ограничениями исследования являются отсутствие мониторинга индекса массы тела на предоперационном и послеоперационном этапах, невозможность

оценки приверженности физической активности и рекомендациям по питанию до и после операции, а также короткий (три месяца) период наблюдения за динамикой изучаемых психологических параметров, что позволяет считать выводы предварительными.

Для повышения репрезентативности результатов необходимо увеличение выборки, проведение мониторинга изучаемых параметров в динамике через полгода после операции, когда биологические эффекты БХ будут снижаться, а на первый план выйдет способность пациента за счет собственной активности поддерживать достигнутые позитивные изменения.

## **Выводы**

На предоперационном этапе пациенты с МО воспринимали свое хроническое состояние как угрожающее и имеющее выраженные негативные последствия для здоровья, проявляющееся многочисленными симптомами и связанными с ними отрицательными эмоциями. Участники исследования осознавали, что их возможности контролировать тягостную хроническую болезнь ограничены.

Через три месяца после БХ пациенты воспринимали свое состояние как менее угрожающее и менее продолжительное во времени. При этом последствия ожирения оценивались как менее выраженные, проявляющиеся в распознавании ограниченного количества симптомов и вызывающие более адаптивные эмоциональные реакции на болезнь. Пациенты на данном этапе в большей степени осознавали, что их тревожные и депрессивные переживания уменьшились, а чувство контроля над болезнью и вера в ее излечимость благодаря БХ усилились, что в целом отражает краткосрочную позитивную динамику восприятия болезни в раннем постоперационном периоде.

Восприятие пациентами тяжелого ожирения динамично в ходе лечебного процесса и имеет отличительные черты на предоперационном этапе и через три месяца после БХ. Для предоперационного этапа восприятия болезни более характерны негативные представления о болезни, интенсивность которых снижалась после проведения БХ. К ним относились восприятие болезни как угрозы для жизни и благополучия, тревожное и депрессивное реагирование на МО, представления о негативных последствиях МО, поиск и идентификация его опасных проявлений.

В раннем постоперационном периоде достоверно увеличилась интенсивность позитивных представлений о болезни, включающих степень воспринимаемой контролируемости болезни пациентом и его веру в излечимость тяжелого ожирения благодаря БХ.

Через 3 месяца после БХ уровень тревоги и депрессии снизился с клинически выраженного значения до низкого, что свидетельствует о позитивной динамике эмоционального реагирования на болезнь в раннем постоперационном периоде.

Способы преодоления пациентами стресса, связанного с МО в раннем постоперационном периоде включают, с одной стороны, попытки дистанцироваться от бремени болезни за счет снижения ее значения и степени эмоционального реагирования на нее, а с другой стороны, применение стратегий целенаправленного сдерживания эмоций, контроля поведения и положительного переосмысления ситуации болезни как стимула для личностного роста.

По сравнению с предоперационным периодом через три месяца после БХ приверженность лечению возросла до умеренной выраженности (т. е. отмечалось приблизительное соблюдение рекомендаций). Повышение постоперационной приверженности может быть связано как с усилением восприятия больными контролируемости МО и возможностью управления им с помощью лечения, так и с быстрой потерей веса вследствие биологического эффекта БХ, ростом веры в выбранный метод лечения, снижением уровня депрессии и тревоги.

Изучение динамики психологического благополучия у пациентов с МО в предоперационном периоде и через 3 месяца после операции свидетельствует о повышении его уровня в раннем постоперационном периоде через повышение автономии, самопринятия, осознание целей жизни и личностный рост. Полученные результаты позволяют предположить, что на постоперационное улучшение психологического благополучия пациентов влияет рост выраженности позитивных представлений о перспективах болезни.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Андрющенко А.В., Дробизhev М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии. 2003. № 5. С. 11—18.
2. Гуреева И.Л., Волкова А.Р., Семикова Г.В. и др. Особенности пищевого поведения и удовлетворенность качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением после бариатрической операции // Вестник психотерапии. 2021. № 1(77). С. 116—128.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В. и др. Лечение морбидного ожирения у взрослых // Ожирение и метаболизм. 2018. Том 15. № 1. С. 53—70. DOI:10.14341/OMET2018153-70
4. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехетера, 2009. 38 с.

5. *Неймарк А.Е., Егания Ш.А., Гринева Е.Н.* Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // *Consilium Medicum*. 2016. № 18 (4). С. 53—56.
6. *Четверкина Е.Д., Гуреева И.Л., Исаева Е.Р. и др.* Приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций у пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрических операций // *Ученые записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова*. 2022. № 29(4). С. 16—24. DOI:10.24884/1607-4181-2022-29-4-16-24
7. *Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П.* Психологическое благополучие личности // *Психологическая диагностика*. 2005. № 3. С. 95—121.
8. *Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А. и др.* Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни [Электронный ресурс] // *Психологические исследования*. 2017. № 10(51). URL: <https://doi.org/10.54359/ps.v10i51.407> (дата обращения: 15.09.2024).
9. *Bartholomay E.M., Cox S., Tabone L. et al.* The role of anxiety and depression in understanding the relationship between coping and weight loss 24 months after bariatric surgery // *Surgery for Obesity and Related Diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*. 2023. № 20(3). P. 304—314. DOI:10.1016/j.soard.2023.10.004
10. *Breland J.Y., Fox A.M., Horowitz C.R. et al.* Applying a common-sense approach to fighting obesity // *Journal of obesity*. 2012. № 8. e710427. DOI:10.1155/2012/710427
11. *Cassin S.E., Sockalingam S., Du C. et al.* A pilot randomized controlled trial of telephone-based cognitive behavioural therapy for preoperative bariatric surgery patients // *Behavior Research and Therapy*. 2016. № 80. P. 17—22. DOI:10.1016/j.brat.2016.03.001
12. *Chan J.K.Y., Vartanian L.R.* Psychological predictors of adherence to lifestyle changes after bariatric surgery: A systematic review // *Obesity science & practice*. 2024. № 10(1). e741. DOI:10.1002/osp4.741
13. *Gill H., Kang S., Yena Lee J. et al.* The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety // *Journal of Affective Disorders*. 2019. № 246. P. 886—894. DOI:10.1016/j.jad.2018.12.113
14. *Hood M.M., Corsica J., Bradley L.* Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery // *Journal of Behavioral Medicine*. 2016. № 39. P. 1092—1103. DOI:10.1007/s10865-016-9772-4
15. *Jolfaei G.A., Zahedi Y., Pazouki A. et al.* Relationship Between Coping Strategies and Outcome of Bariatric Surgery in Patients With Morbid Obesity (Persian) // *Current Psychosomatic Research*. 2023. № 1(3). P. 346—359. DOI:10.32598/cpr.1.3.134.1
16. *Kalarchian M.A., Marcus M.D., Levin M.D. et al.* Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: association with obesity and functional health status // *The American journal of psychiatry*. 2007. № 164(2). P. 328—334. DOI:10.1176/ajp.2007.164.2.328
17. *Kral J.G., Kava R.A., Patrick M. et al.* Severe Obesity: The Neglected Epidemic // *Obesity Facts*. 2012. № 5(2). P. 254—269. DOI:10.1159/000338566

18. *Leventhal H., Phillips L.A., Burns E.* The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management // *Journal of Behavioral Medicine*. 2016. № 39(6). P. 935—946. DOI:10.1007/s10865-016-9782-2
19. *McAndrew L.M., Martin J.L., Friedlander M.L. et al.* The common sense of counseling psychology: introducing the Common-Sense Model of self-regulation // *Counselling Psychology Quarterly*. 2017. № 31(4). P. 497—512. DOI:10.1080/09515070.2017.1336076
20. *Mittmann G., Schuhbauer M., Schrank B. et al.* Effect of bariatric surgery on anxiety symptoms in morbidly obese patients: A systematic narrative literature review // *Journal of Bariatric Surgery*. 2023. № 2. P. 53—59. DOI:10.4103/jbs.jbs\_5\_23
21. *Mora P.A., McAndrew L.M.* Common-Sense Model of Self-regulation // *Encyclopedia of Behavioral Medicine* / M.D. Gellman, J.R. Turner (Eds). New York: Springer, 2013. P. 460—467. DOI:10.1007/978-1-4419-1005-9\_1220
22. *Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M. et al.* Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // *The Journal of Clinical Hypertension*. 2008. № 10(5). P. 348—354. DOI:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
23. *Müller A., Hase C., Pommnitz M. et al.* Depression and suicide after bariatric surgery // *Current psychiatry reports*. 2019. № 21(9). e84. DOI:10.1007/s11920-019-1069-1
24. *Pokorski M., Gluch A.* Perception of Well-Being and Quality of Life in Obese Patients After Bariatric Surgery // *Invasive Diagnostics and Therapy* / M. Pokorski (Ed.) New York: Springer, 2022. P. 81—90. DOI:10.1007/5584\_2021\_678
25. *Pyykkö J.E., Aydin O., Gerdes V.E.A. et al.* Psychological functioning and well-being before and after bariatric surgery; what is the benefit of self-compassion? // *British Journal of Health Psychology*. 2022. № 27. P. 96—115. DOI:10.1111/bjhp.12532
26. *Ribeiro I., de Lourdes M., Gomes C. et al.* Role of Well-Being in Bariatric Surgery Treatment for Severe Obesity // *Obesity* / S.I. Ahmad (Eds.). New York: Springer, 2024. P. 277—288. DOI:10.1007/978-3-031-62491-9\_21
27. *Rongrong Fu. Yu., Zhang Kepin Yu.* Bariatric surgery alleviates depression in obese patients: A systematic review and meta-analysis // *Obesity Research & Clinical Practice*. 2022. № 16(1). P. 10—16. DOI:10.1016/j.orcp.2021.11.002
28. *Sigit F.S., de Mutsert R., Lamb H.J. et al.* Illness perceptions and health-related quality of life in individuals with overweight and obesity // *International Journal of Obesity*. 2022. № 46. P. 417—426. DOI:10.1038/s41366-021-01014-x
29. *van Hout, G.C.M., Verschure S.K.M., van Heck G.L.* Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery // *Obesity Surgery*. 2005. № 15(4). P. 552—560. DOI:10.1381/0960892053723484
30. World Health Organization. Obesity [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity> (дата обращения: 10.08.2024).
31. *Zhao L., Park S., Ward Z.J. et al.* State-specific prevalence of severe obesity among US adults using self-reported body mass index bias correction // *Preventing Chronic Disease*. 2023. № 20. e230005. DOI:10.5888/pcd20.230005

## REFERENCES

1. Andryushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovolskii A.V. Sravnitel'naya otsenka shkal CES-D, BDI i HADS(d) v diagnostike depressii v obshchemeditinskoj

- praktike [A comparative validation of the scale CES-D, BDI, and HADS(d) in diagnosis of depressive disorders in general practice]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* = *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2003, №5, pp. 11—18. (In Russ., abstr. in Engl.)
2. Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V. et al. Osobennosti pishchevogo povedeniya i udovletvorennost' kachestvom zhizni u patsientov s morbidnym ozhireniem posle bariatricheskoi operatsii [Features of eating behavior and satisfaction with the quality of life in patients with morbid obesity after bariatric surgery]. *Vestnik psikhoterapii* = *Bulletin of psychotherapy*, 2021, №1(77), pp. 116—128. (In Russ., abstr. in Engl.)
  3. Dedov I.I., Mel'nichenko G.A., Shestakova M.V. et al. Morbid obesity treatment in adults. [Lechenie morbidnogo ozhireniya u vzroslykh]. *Ozhirenie i metabolism* = *Obesity and metabolism*, 2018, vol.15, №. 1, pp. 53—70. DOI:10.14341/OMET2018153-70 (In Russ., abstr. in Engl.)
  4. Vasserman L.I. et al. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov [Methodology for psychological diagnostics of ways to cope with stressful and personally problematic situations: a manual for doctors and medical psychologists]. Saint-Petersburg: The St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2009. 38 p. (In Russ.)
  5. Neimark A.E., Eganyan Sh.A., Grineva E.N. Psikhologicheskoe soprovozhdenie patsientov do i posle vypolneniya bariatricheskikh operatsii [Psychological assessment of the patients before and after bariatric surgery]. *Consilium Medicum*, 2016, №18(4), pp. 53—56. (In Russ., abstr. in Engl.)
  6. Chetverkina E.D., Gureeva I.L., Isaeva E.R. et al. Priverzhenost' k soblyudeniyu vrachebnykh rekomendatsii u patsientov s morbidnym ozhireniem do i posle bariatricheskikh operatsii [Compliance to medical recommendations in patients with morbid obesity before and after bariatric surgery] // *Uchenye zapiski Pervogo Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akademika I. P. Pavlova* = *The Scientific Notes of the Pavlov University*, 2022, №29(4), pp. 16—24. DOI:10.24884/1607-4181-2022-29-4-16-24 (In Russ., abstr. in Engl.)
  7. Shevelenkova T.D., Fesenko T.P. Psikhologicheskoe blagopoluchie lichnosti [Psychological well-being of a person] // *Psikhologicheskaya diagnostika* = *Psychological diagnostics*, 2005, №3, pp. 95—121.
  8. Yaltonskii V.M., Yaltonskaya A.V., Sirota N.A. i dr. Psikhometricheskie kharakteristiki russkoyazychnoi versii kratkogo oprosnika vospriyatiya bolezni [Psychometric properties of the Russian version of Brief illness Perception Questionnaire]. *Psikhologicheskoe issledovaniya* = *Psychological Studies*, 2017, №10 (51), pp. 1. DOI:10.54359/ps.v10i51.407 (In Russ., abstr. in Engl.)
  9. Bartholomay E.M., Cox S., Tabone L. et al. The role of anxiety and depression in understanding the relationship between coping and weight loss 24 months after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 2023, № 20(3), pp. 304—314. DOI:10.1016/j.soard.2023.10.004
  10. Breland J.Y., Fox A.M., Horowitz C.R. et al. Applying a common-sense approach to fighting obesity. *Journal of obesity*, 2012, № 8, 710427. DOI:10.1155/2012/710427

11. Cassin S.E., Sockalingam S., Du C. et al. A pilot randomized controlled trial of telephone-based cognitive behavioural therapy for preoperative bariatric surgery patients. *Behavior Research and Therapy*, 2016, №80, pp. 17—22. DOI:10.1016/j.brat.2016.03.001
12. Chan J.K.Y., Vartanian L.R. Psychological predictors of adherence to lifestyle changes after bariatric surgery: A systematic review. *Obesity science & practice*, 2024, №10(1), pp. 741. DOI:10.1002/osp4.741
13. Gill H., Kang S., Yena Lee J. et al. The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 2019, №246, pp. 886—894. DOI:10.1016/j.jad.2018.12.113
14. Hood M.M., Corsica J., Bradley L. Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 2016, №39, pp. 1092—1103 (2016). DOI:10.1007/s10865-016-9772-4
15. Jolfaei G.A., Zahedi Y., Pazouki A. et al. Relationship Between Coping Strategies and Outcome of Bariatric Surgery in Patients With Morbid Obesity (Persian). *Current Psychosomatic Research*, 2023, №1(3), pp. 346-359. DOI:10.32598/cpr.1.3.134.1
16. Kalarchian M.A., Marcus M.D., Levin M.D. et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: association with obesity and functional health status. *The American journal of psychiatry*, 2007, №164(2), pp. 328—334. DOI:10.1176/ajp.2007.164.2.328
17. Kral J.G., Kava R.A., Patrick M. et al. Severe Obesity: The Neglected Epidemic. *Obesity Facts*, 2012, №5(2), pp. 254—69. DOI:10.1159/000338566
18. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 2016, №39(6), pp. 935-946. DOI:10.1007/s10865-016-9782-2
19. McAndrew L.M., Martin J.L., Friedlander M.L. et al. The common sense of counseling psychology: introducing the Common-Sense Model of self-regulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 2017, №31 (4), pp. 497—512. DOI:10.1080/09515070.2017.1336076
20. Mittmann G., Schuhbauer M., Schrank B. et al. Effect of bariatric surgery on anxiety symptoms in morbidly obese patients: A systematic narrative literature review. *Journal of Bariatric Surgery*, 2023, №2, pp. 53-59. DOI:10.4103/jbs.jbs\_5\_23
21. Mora P.A., McAndrew L.M. Common-Sense Model of Self-regulation. In Gellman M.D., Turner J.R. (Eds). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer, 2013. pp. 460—467. DOI:10.1007/978-1-4419-1005-9\_1220
22. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2008, №10(5), pp. 348—354. DOI:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
23. Müller A., Hase C., Pommnitz M. et al. Depression and suicide after bariatric surgery. *Current psychiatry reports*, 2019, №21(9), pp. 84. DOI:10.1007/s11920-019-1069-1
24. Pokorski M., Gluch A. Perception of Well-Being and Quality of Life in Obese Patients After Bariatric Surgery. In Pokorski M. (Ed.). *Invasive Diagnostics and Therapy*, New York: Springer, 2022. pp. 81—90. DOI:10.1007/5584\_2021\_678

25. Pyykkö J.E., Aydin O., Gerdes V.E.A. et al. Psychological functioning and well-being before and after bariatric surgery; what is the benefit of self-compassion? *British Journal of Health Psychology*, 2022, №27, pp. 96—115. DOI:10.1111/bjhp.12532
26. Ribeiro I., de Lourdes M., Gomes C. et al. Role of Well-Being in Bariatric Surgery Treatment for Severe Obesity. In Ahmad S.I. (Eds.). *Obesity*. New York: Springer, 2024. pp. 277—288. DOI:10.1007/978-3-031-62491-9\_21
27. Rongrong Fu.Yu., Zhang Kepin Yu. Bariatric surgery alleviates depression in obese patients: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2022, №16(1), pp. 10—16. DOI:10.1016/j.orcp.2021.11.002
28. Sigit F.S., de Mutsert R., Lamb H.J. et al. Illness perceptions and health-related quality of life in individuals with overweight and obesity. *International Journal of Obesity*, 2022, № 46, pp. 417—426. DOI:10.1038/s41366-021-01014-x
29. van Hout, G.C.M., Verschure S.K.M., van Heck G.L. Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 2005, №15(4), pp. 552—560. DOI:10.1381/0960892053723484
30. World Health Organization. Obesity. URL: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity> (Accessed: 10.08.2024)
31. Zhao L., Park S., Ward Z.J. et al. State-specific prevalence of severe obesity among US adults using self-reported body mass index bias correction. *Preventing Chronic Disease*, 2023, №20, 230005. DOI:10.5888/pcd20.230005

### **Информация об авторах**

*Ялтонский Владимир Михайлович*, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>, e-mail: [yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru)

*Абросимов Илья Николаевич*, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии взрослых, Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО МИП), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>, e-mail: [i.abrosimov@bk.ru](mailto:i.abrosimov@bk.ru)

*Сирота Наталья Александровна*, доктор медицинских наук, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: [sirotan@mail.ru](mailto:sirotan@mail.ru)

*Ялтонская Александра Владимировна*, кандидат медицинских наук, руководитель образовательных программ, Московский институт схема-терапии (ООО «ИСТ»), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5842-7013>, e-mail: [y\\_alex00@mail.ru](mailto:y_alex00@mail.ru)

*Панченкова Мария Дмитриевна*, медицинский психолог консультативно-диагностического отделения, Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России (ФНКЦ ФМБА России), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8631-2600>, e-mail: [panchenkovaaaa@list.ru](mailto:panchenkovaaaa@list.ru)

***Information about the authors***

*Vladimir M. Yaltonsky*, DSc in Medicine, Professor of the Department of Clinical Psychology, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>, e-mail: [yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru)

*Ilia N. Abrosimov*, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Neuropsychology and Pathopsychology of Adults, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>, e-mail: [i.abrosimov@bk.ru](mailto:i.abrosimov@bk.ru)

*Natal'ya A. Sirota*, DSc in Medicine, Dean of the Faculty of Clinical Psychology, Head of the Department of Clinical Psychology, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: [sirotan@mail.ru](mailto:sirotan@mail.ru)

*Alexandra V. Yaltonskaya*, PhD in Medicine, Head of Educational Programs, Moscow Institute of Schema-Therapy, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5842-7013>, e-mail: [y\\_alex00@mail.ru](mailto:y_alex00@mail.ru)

*Mariya D. Panchenkova*, clinical psychologist of the consultative and diagnostic department, Federal Scientific and Clinical Center FMBA of Russia (FSCC FMBA of Russia), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8631-2600>, e-mail: [panchenkovaaaa@list.ru](mailto:panchenkovaaaa@list.ru)

Получена 19.08.2024

Received 19.08.2024

Принята в печать 11.09.2024

Accepted 11.09.2024