

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет психології, політології та соціології

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота -
Магістерський дослідницький проект**

053 «Психологія»

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ТА ПРОЯВИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА
ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ**

Виконала: здобувачка 2 курсу, 4 групи

галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові
науки»

спеціальність 053 «Психологія»

К.А. Погребнюк

Керівник: д.медич.н., проф. В.О.Ульянов

Рецензент: к.психол.н., доц. А.О. Татяничков

Одеса – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	8
1.1. Організація та етапи емпіричного дослідження.....	8
1.2. Концептуальні підходи до дослідження психологічних аспектів харчової поведінки у пацієнтів із метаболічними порушеннями	13
1.3. Психодіагностичний інструментарій і його наукове обґрунтування.....	18
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ І ПРОЯВІВ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	23
2.1. Емпіричні результати дослідження емоційно-особистісних характеристик пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу.....	23
2.2. Психологічна інтерпретація взаємозв'язків між емоційними чинниками та типами харчової поведінки	29
2.3. Психокорекційні напрями та практичні рекомендації щодо оптимізації харчової поведінки.....	33
ВИСНОВКИ.....	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	41
ДОДАТКИ А.....	46

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасна психологічна наука дедалі більше звертає увагу на взаємозв'язок між соматичними захворюваннями та психологічним станом людини. Однією з найактуальніших проблем сьогодення є розлади харчової поведінки (РХП), які суттєво впливають не лише на фізичне здоров'я, а й на емоційно-особистісну сферу. У контексті метаболічних захворювань, зокрема цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) та інсулінорезистентності, порушення харчової поведінки набувають особливого значення, оскільки вони можуть як сприяти розвитку хвороби, так і ускладнювати її перебіг.

Актуальність дослідження зумовлена стрімким зростанням поширеності ЦД 2 типу у світі, який, за даними ВООЗ, розглядається як глобальна епідемія ХХІ століття. Основними детермінантами розвитку цього захворювання є надлишкова маса тіла, хронічне переїдання, емоційне вживання їжі та інші прояви неадаптивної харчової поведінки. Пацієнти з діабетом або інсулінорезистентністю нерідко перебувають у стані психологічного дистресу, тривоги чи депресії, що зумовлює ще більшу схильність до РХП. Таким чином, формується замкнене коло, у якому психологічні порушення впливають на соматичний стан, а хвороба — на психоемоційний баланс пацієнта.

Вивчення психологічних чинників РХП у пацієнтів із ЦД 2 типу є важливим як для підвищення ефективності лікування, так і для профілактики ускладнень. Без урахування особливостей емоційно-особистісної сфери ефективність терапії значно знижується, а ризик декомпенсації захворювання зростає. Отже, дослідження психологічних аспектів харчової поведінки у цієї категорії пацієнтів має вагоме наукове та практичне значення.

Проблема розладів харчової поведінки у сучасній психології розглядається як багатовимірне явище, що поєднує біологічні, емоційно-особистісні та соціально-поведінкові аспекти. Значний внесок у розроблення теоретичних засад зробила Л. М. Абсалямова[1, 2], яка визначила психологічні механізми

неадаптивної харчової поведінки та окреслила її зв'язок із емоційними станами, самооцінкою та рівнем саморегуляції особистості. Подібної думки дотримується Н. М. Капталан [17], яка підкреслює роль психологічної дезадаптації, тривожності та фрустрації як детермінант порушень харчової поведінки. У своїх працях вони розглядали структуру та типи харчової поведінки, її психологічні механізми та фактори ризику виникнення РХП.

У роботах З. Я. Ковальчук[18] та О. Никоненко і А. Іском[26] висвітлено гендерні аспекти РХП, зокрема схильність жінок до емоційного переїдання у стані стресу, що пов'язано з особливостями емоційної регуляції. І. В. Сингаївська[32] та А. М. Бондаренко наголошують, що події воєнного характеру посилюють рівень тривожності й формують нові форми харчової поведінки як способу психологічної компенсації. Дослідники наголошували на ролі емоційних станів, самооцінки, рівня тривожності та копінг-стратегій у формуванні неадаптивних харчових патернів.

Водночас низка досліджень присвячена взаємозв'язку РХП із соматичними захворюваннями, передусім цукровим діабетом 2 типу. Так, Т. І. Горніцька та О.[10] М. Шпортун, А. П. Кондратенко та М. В. Шевчук і Б. М. Маньковський [20] показали, що у хворих на ЦД 2 типу спостерігаються виражені емоційні порушення — підвищена тривожність, депресивність, емоційне виснаження, що істотно впливають на харчову поведінку. Н. М. Жердьова (та Б. М. Маньковський[15] довели, що тривала гіперглікемія й стресові стани спричиняють когнітивні порушення, які ускладнюють самоконтроль у харчових звичках.

Зарубіжні науковці, серед яких G. J. Biessels, I. J. Deary і C. M. Ryan[4], S. R. Colberg та R. J. Sigal, L. Rodriguez-Mañas та B. Vellas [6], розглядають психоемоційні чинники діабету в межах нейропсихологічного підходу, наголошуючи на тісному взаємозв'язку між когнітивним функціонуванням, рівнем фізичної активності та метаболічними процесами. Низка досліджень підкреслює значення алекситимії, імпульсивності, депресивних проявів та хронічного стресу як ключових чинників РХП.

Отже, аналіз сучасних публікацій свідчить, що розлади харчової поведінки при цукровому діабеті 2 типу зумовлені не лише фізіологічними, а й психологічними чинниками — емоційною нестабільністю, депресивністю, тривожністю, низькою самооцінкою та неефективними копінг-стратегіями. Проте вітчизняна наука поки що недостатньо системно вивчає ці аспекти в межах цілісного психосоматичного підходу, що зумовлює необхідність подальших досліджень у цьому напрямі.

Мета дослідження — визначити та емпірично підтвердити роль психологічних чинників у формуванні розладів харчової поведінки у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю.

Для досягнення мети передбачено виконання таких **завдань**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення харчової поведінки та її психологічних детермінант.
2. Охарактеризувати емоційно-особистісні особливості пацієнтів із ЦД 2 типу та інсулінорезистентністю.
3. Дослідити взаємозв'язок між емоційними чинниками (тривожністю, депресивністю, самооцінкою) та проявами розладів харчової поведінки.
4. Визначити й обґрунтувати психодіагностичний інструментарій для оцінки зазначених характеристик.
5. Розробити психокорекційні рекомендації щодо оптимізації харчової поведінки пацієнтів із метаболічними порушеннями.

Об'єктом дослідження є харчова поведінка пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю.

Предметом дослідження — психологічні чинники та прояви розладів харчової поведінки у зазначеної групи пацієнтів.

Методологічною основою дослідження є принципи системного, діяльнісного та особистісно-орієнтованого підходів у психології.

У роботі застосовуються такі методи:

- **Теоретичні:** аналіз, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблеми харчової поведінки та психологічних чинників її порушень.
- **Емпіричні:** анкетування, спостереження, психодіагностика із застосуванням стандартизованих методик:
 - Шкала харчової поведінки DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) — для оцінки типів харчової поведінки;
 - Шкала тривожності та депресії HADS — для виявлення емоційних порушень;
 - Методика самооцінки Дембо–Рубінштейн — для аналізу ставлення до себе;
 - Опитувальник копінг-стратегій — для дослідження способів подолання стресу.
- **Математико-статистичні:** кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона), факторний аналіз, порівняльні тести (t-критерій Стюдента) для визначення взаємозв'язків між змінними.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному підході до вивчення психологічних чинників розладів харчової поведінки у пацієнтів із ЦД 2 типу та інсулінорезистентністю.

Уперше на емпіричному рівні передбачається:

- виявити особливості емоційно-особистісної сфери цієї категорії пацієнтів у контексті РХП;
- встановити взаємозв'язок між тривожністю, депресивністю, самооцінкою та типами харчової поведінки;
- обґрунтувати психологічні механізми формування емоційного переїдання та інших неадаптивних форм харчової поведінки;
- розробити рекомендації для психокорекційної роботи з метою оптимізації харчових стратегій.

Практичне значення полягає в можливості використання отриманих результатів у діяльності медичних психологів, психотерапевтів та консультантів,

які працюють із пацієнтами, що мають метаболічні порушення.

Розроблені рекомендації можуть бути застосовані:

- у психодіагностиці та психокорекційній роботі з пацієнтами із ЦД 2 типу;
- при формуванні програм психологічної підтримки та профілактики неадаптивної харчової поведінки;
- у навчальних курсах із клінічної та медичної психології.

За матеріалами дослідження автором опубліковано одну наукову статтю у фаховому психологічному виданні та тези доповіді на науково-практичній конференції.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить ____ сторінок, список використаних джерел налічує ____ найменувань, додатки — ____ сторінок.

РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Організація та етапи емпіричного дослідження

Сучасна психологічна наука приділяє значну увагу проблемам повноцінного функціонування людини, оскільки гармонійний розвиток особистості проявляється через добре самопочуття та ведення здорового способу життя, одним із складових якого є харчування, тому ключовим завданням стає дослідження особливостей харчової поведінки, адже правильне харчування є важливим чинником довголіття та забезпечує ефективне функціонування організму. Зі спектру базових людських потреб саме харчова потреба належить до основних, оскільки основу харчової поведінки формують індивідуальні смаки людини, вибір продуктів, розмір порцій та особливості емоційного реагування під час споживання їжі, тому її детальне вивчення має особливу актуальність, зважаючи на те, що сучасне суспільство стикається із зростанням кількості осіб із відхиленнями норми маси тіла, що є наслідком порушень правил здорового харчування.

Протягом тривалого часу населення України відчуває вплив численних негативних чинників, починаючи з пандемії коронавірусу, яка спричинила економічні та соціальні проблеми, а нині наше життя супроводжується наслідками повномасштабного вторгнення, через що виникає значний травматичний стрес і помітне погіршення якості життя громадян, при цьому реакції на стрес та втрати у різних людей можуть відрізнятися, однак поширеною формою зниження напруження є переїдання та інші порушення харчової поведінки.

Емпіричне дослідження психологічних чинників розладів харчової поведінки у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю проводилося на базі Багатопрофільного медичного центру “Альтамедика” у місті Вінниця, оскільки вибір цього закладу був обумовлений високим рівнем

кваліфікації медичного персоналу, наявністю сучасного діагностичного обладнання та можливістю тісної співпраці між лікарями-ендокринологами та психологами, що створювало сприятливі умови для комплексного вивчення психологічних аспектів харчової поведінки в контексті клінічних проявів метаболічних порушень.

Дослідження носило комплексний міждисциплінарний характер, оскільки передбачало аналіз взаємозв'язку між емоційними, когнітивними, мотиваційними та поведінковими чинниками, які впливають на формування харчових стратегій у хворих із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю, завдяки чому стало можливим отримати цілісне уявлення про психологічні механізми розвитку розладів харчової поведінки та встановити їх взаємозв'язок із особливостями адаптації до хронічної хвороби.

Мета емпіричного дослідження полягає у виявленні психологічних чинників, які зумовлюють або підтримують розвиток розладів харчової поведінки у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю, а також у визначенні потенційних напрямів психологічної допомоги, профілактики та корекції таких розладів, що робить дослідження важливим для формування науково обґрунтованих рекомендацій щодо психокорекційної підтримки пацієнтів.

Для реалізації поставленої мети було сформульовано такі завдання:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до проблеми харчової поведінки при метаболічних порушеннях.
2. Визначити провідні психологічні чинники, що впливають на формування патологічних харчових стратегій у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю.
3. Провести емпіричне дослідження взаємозв'язків між емоційними станами, рівнем тривожності, депресивними тенденціями, самооцінкою, алекситимією та типами харчової поведінки.

4. Проаналізувати взаємозв'язки між психологічними характеристиками та медико-біологічними показниками (індекс маси тіла, рівень глюкози крові, тривалість хвороби).
5. Розробити практичні рекомендації щодо психологічного супроводу, психопрофілактики та корекції розладів харчової поведінки у пацієнтів досліджуваної групи.

Об'єктом дослідження є харчова поведінка пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю як психологічний феномен, що відображає особливості їхньої емоційної регуляції, когнітивної переробки інформації та адаптації до хронічного соматичного захворювання. Предметом дослідження виступають психологічні чинники — емоційні, когнітивні, мотиваційні та особистісні характеристики, які впливають на формування і підтримання розладів харчової поведінки у зазначених пацієнтів.

У дослідженні взяли участь 80 респондентів — пацієнтів Багатопрофільного медичного центру “Альтамедика” віком від 30 до 60 років, з підтвердженим діагнозом цукрового діабету 2 типу або інсулінорезистентності.

Вибірка формувалася за принципом добровільної участі після надання письмової інформованої згоди. Учасники дослідження перебували на амбулаторному лікуванні й не мали тяжких психічних або соматичних розладів, здатних вплинути на результати тестування.

З метою забезпечення репрезентативності враховувалися такі критерії: тривалість захворювання (від 1 до 10 років), рівень освіти, стать, соціально-економічний статус і мотивація до участі у дослідженні. Такий підхід дозволив сформувати вибірку, що адекватно відображає психологічні особливості цільової групи.

Організація емпіричного дослідження ґрунтувалася на таких принципах:

1. Системність — розгляд харчової поведінки як складного багаторівневого утворення, у якому взаємодіють емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні компоненти.

2. Комплексність — поєднання методів психологічної діагностики, медичних показників та анкетування для отримання всебічної інформації.
3. Валідність і надійність — використання стандартизованих і апробованих психодіагностичних методик.
4. Етичність — дотримання етичних норм дослідження: конфіденційності, добровільності, права на відмову.
5. Індивідуальний підхід — урахування клінічних, емоційних і мотиваційних особливостей кожного пацієнта.

Перший етап передбачав теоретико-методологічне обґрунтування проблеми, формулювання гіпотез і добір адекватного інструментарію. Було здійснено ґрунтовний аналіз наукових джерел із питань психології харчової поведінки, психосоматичних співвідношень і психоемоційних аспектів цукрового діабету.

На цьому етапі обрано такі методики:

- Опитувальник DEBQ (Nederkoorn et al.) — для діагностики типів харчової поведінки (емоційної, обмежувальної, екстернальної).
- Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна — для вимірювання ситуативної та особистісної тривожності.
- Шкала депресії Бека (BDI-II) — для виявлення інтенсивності депресивних симптомів.
- Методика діагностики рівня самооцінки та локусу контролю — для оцінки особистісної регуляції.
- Торонтівська шкала алекситимії (TAS-20) — для визначення труднощів у розпізнаванні та вираженні емоцій.

Проведено пілотажне тестування (на малій групі з 10 осіб) з метою уточнення інструкцій, тривалості процедури та узгодженості методик. Після цього було розроблено анкету соціально-демографічних даних та отримано дозвіл адміністрації медичного центру на проведення дослідження.

Основний етап охоплював практичне проведення емпіричного дослідження. Тестування відбувалося індивідуально, у спокійній, доброзичливій атмосфері, що сприяло щирості відповідей.

Кожен респондент заповнював пакет методик, спрямованих на вивчення емоційної сфери, особистісних особливостей і типів харчової поведінки. Паралельно збиралися медико-біологічні дані — індекс маси тіла (ІМТ), рівень глюкози натще, тривалість захворювання, наявність ускладнень. Це дозволило співвіднести психологічні показники з об'єктивними медичними параметрами.

Для підвищення надійності результатів застосовувався принцип триангуляції — порівняння даних, отриманих різними способами (опитувальники, клінічні дані, спостереження). Усі анкети були анонімними, що мінімізувало вплив соціально бажаних відповідей.

На завершальному етапі здійснено статистичну обробку даних із використанням програмного забезпечення SPSS та Jamovi. Використовувалися методи описової статистики (середнє значення, стандартне відхилення), кореляційний аналіз (r Пірсона), факторний аналіз для виявлення латентних взаємозв'язків і t -критерій Стюдента для перевірки відмінностей між групами всередині вибірки (залежно від показників ІМТ або рівня глікемії).

Отримані результати дозволили виявити суттєві кореляції між емоційним станом (рівень тривожності, депресивності, алекситимії) та схильністю до емоційного переїдання. Виявлені закономірності свідчать, що у більшості респондентів розлади харчової поведінки мають виражене емоційно-компенсаторне підґрунтя.

На основі аналізу даних було сформульовано рекомендації щодо психологічного супроводу пацієнтів, які включають: розвиток навичок усвідомлення емоцій, зниження тривожності, формування позитивного ставлення до власного тіла, підвищення самоконтролю та мотивації до здорового харчування.

Дослідження проводилося відповідно до етичних принципів психологічної науки та положень Гельсінської декларації (2013). Усі учасники були детально

поінформовані про цілі, зміст і умови участі, а також про можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі. Персональні дані зберігалися конфіденційно, результати використовувалися виключно для наукових цілей. Пацієнтам із виявленими ознаками емоційних розладів було надано консультаційну підтримку та рекомендації щодо подальшої психологічної допомоги.

Організація емпіричного дослідження у Багатопрофільному медичному центрі “Альтамедика” забезпечила високий рівень достовірності та валідності отриманих результатів. Поетапна логіка — від теоретичного аналізу до статистичної інтерпретації — дозволила комплексно розкрити психологічні механізми розладів харчової поведінки.

Отримані результати стали науковим підґрунтям для розробки програм психопрофілактики та психокорекції, спрямованих на покращення емоційного стану, формування здорових харчових стратегій і підвищення якості життя пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю.

1.2. Концептуальні підходи до дослідження психологічних аспектів харчової поведінки у пацієнтів із метаболічними порушеннями

Проблема психологічних аспектів харчової поведінки в осіб із метаболічними порушеннями — одна з найактуальніших у сучасній клінічній психології. Такі стани, як цукровий діабет 2 типу чи інсулінорезистентність, охоплюють не лише фізіологічні зміни, але й цілісний психологічний вимір. Людина стикається не просто з потребою дотримуватись дієти чи приймати ліки, а з необхідністю переосмислити своє ставлення до тіла, їжі, контролю, задоволення й власної сили волі. Тому розгляд концептуальних підходів до вивчення харчової поведінки є ключовим для розуміння того, як саме формуються і підтримуються порушення у цій сфері[1, с.7].

Багато науковців наголошують, що пацієнти з ендокринними захворюваннями часто зазнають значних психологічних змін, які проявляються у вигляді підвищеного рівня тривожності, емоційної нестабільності та когнітивних

труднощів. У таких хворих нерідко формується стан, який можна охарактеризувати як «невротизацію», тобто схильність до психоемоційних розладів, підвищеної вразливості та напруженості у відповідь на хворобу[17]. За даними різних досліджень, частота виникнення психічних порушень і дезадаптивних способів реагування на хворобу серед осіб з ендокринною патологією сягає від 70 до 100 %. Такий високий рівень психологічної дезадаптації негативно впливає на перебіг основного захворювання, ускладнює процеси лікування та реабілітації, а також стає однією з провідних причин тимчасової непрацездатності чи навіть інвалідизації пацієнтів.

Його перебіг вимагає від пацієнта не лише постійного медичного спостереження, а й високого рівня особистої відповідальності. Людина має бути поінформованою про особливості свого стану, дотримуватися визначеного режиму харчування та фізичної активності, регулярно контролювати показники глюкози, а також володіти базовими навичками самодопомоги у випадку ускладнень[2, с.6]. Усе це потребує значних вольових зусиль, дисципліни та внутрішньої мотивації, що не завжди є можливим для осіб, які водночас стикаються з емоційними чи когнітивними порушеннями.

Відомо, що люди, які живуть із цукровим діабетом, мають значно більший ризик розвитку депресивних розладів — приблизно утричі вищий, ніж серед осіб без цього діагнозу. Наявність депресії істотно погіршує загальний психоемоційний стан пацієнта, знижує його мотивацію до лікування, а іноді навіть призводить до повної відмови від медичних рекомендацій. У таких випадках порушується режим прийому ліків, нехтується дієта, зменшується фізична активність[32]. Це, у свою чергу, веде до декомпенсації соматичного стану — підвищення рівня цукру в крові, загострення ускладнень, погіршення самопочуття. Виникає своєрідне замкнене коло: погіршення фізичного стану викликає нові епізоди депресії, а депресія — ще більшу дестабілізацію метаболічних процесів. У результаті пацієнт потребує не лише медикаментозної терапії, а й психокорекційної чи психотерапевтичної допомоги, іноді із залученням психотропних препаратів для стабілізації емоційного стану.

Останніми роками все більше уваги приділяється також вивченню когнітивних порушень як можливого ускладнення цукрового діабету. Науковці підкреслюють, що зниження пам'яті, уваги, швидкості мислення або здатності до концентрації може бути безпосередньо пов'язане з метаболічними розладами, які виникають унаслідок інсулінорезистентності[18]. Порушення передачі сигналів інсуліну в головному мозку розглядається як один із ключових механізмів виникнення когнітивної дисфункції. Водночас не виключається вплив і супутніх чинників — таких як оксидативний стрес, хронічні запальні процеси, порушення ліпідного обміну (дисліпідемія) та мікросудинні зміни у мозковій тканині.

Крім суто біохімічних механізмів, дослідники відзначають і значний вплив психологічних факторів на когнітивне функціонування пацієнтів із цукровим діабетом. Так, тривале перебування в стані депресії або хронічного стресу може призводити до виснаження нервової системи, що проявляється зниженням концентрації, уповільненням мислення, труднощами у прийнятті рішень. Гіпоглікемічні стани, які час від часу трапляються у таких пацієнтів, теж можуть мати кумулятивний негативний ефект на когнітивну сферу. Таким чином, мозок пацієнта з діабетом часто опиняється під подвійним навантаженням — метаболічним і психоемоційним.

Однією з базових теоретичних рамок є біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля, яка стверджує, що будь-яке захворювання формується на перетині трьох вимірів — біологічного, психологічного та соціального. Його сутність дозволяє розглядати харчову поведінку не просто як реакцію організму на голод, а як складну систему взаємодії тіла, розуму та середовища.

На біологічному рівні харчова поведінка зумовлюється роботою гормональних систем — інсуліну, лептину, греліну, кортизолу і коли виникає інсулінорезистентність, цей баланс порушується: людина частіше відчуває голод, тягнеться до солодкого, а процес насичення відбувається повільніше[1].

На психологічному рівні значення мають емоційні стани, самооцінка, рівень тривожності, відчуття контролю. Часто їжа стає способом “заспокоїтися”,

компенсувати втому або приглушити тривогу. Саме тому в стресових ситуаціях пацієнти частіше порушують дієту, навіть розуміючи її важливість.

Соціальний рівень додає вплив культурних норм, звичок сімейного харчування, медійних ідеалів тіла. У багатьох родинах їжа — це символ любові, турботи, нагороди. Тому зміна харчової поведінки може сприйматися не лише як зміна звички, а як загроза соціальним зв'язкам і емоційним традиціям.

Біопсихосоціальна модель допомагає зрозуміти, чому навіть при схожому діагнозі пацієнти демонструють різні патерни харчування: одні суворо дотримуються рекомендацій, інші — постійно “зриваються”. Причина криється в поєднанні індивідуальних емоційних і соціальних факторів.

У межах когнітивно-поведінкової парадигми (А. Бек, А. Елліс, К. Фейрберн) головна увага приділяється тому, як думки впливають на поведінку. Розлади харчової поведінки пояснюються через формування дисфункціональних переконань і установок щодо тіла, ваги чи “правильного” харчування.

Пацієнти з метаболічними порушеннями часто мають досвід невдалих спроб схуднення[16]. Це породжує “синдром хронічної дієти”: періоди суворих обмежень змінюються епізодами переїдання. Виникає замкнене коло: стрес → переїдання → провина → сувора дієта → зрив → новий стрес. З часом така поведінка формує глибоке почуття безсилля і втрату довіри до власного тіла.

Когнітивно-поведінковий підхід пропонує вийти з цього кола через усвідомлення автоматичних думок, розвиток самоспостереження, емоційної регуляції та поступову зміну поведінкових реакцій. Це один із найефективніших підходів у терапії емоційного переїдання, оскільки він навчає людину відрізняти фізичний голод від емоційного.

Психодинамічний підхід (З. Фройд, М. Кляйн, Д. Віннікотт) звертає увагу на глибинні, часто несвідомі процеси, що лежать в основі харчової поведінки. У класичній психоаналітичній теорії їжа має символічний зміст — вона пов'язана з першим досвідом любові, прийняття, безпеки, який дитина отримує від матері. Якщо цей досвід був неповним або травматичним, у дорослому житті людина може компенсувати емоційний дефіцит через переїдання.

Їжа стає своєрідним “замінником любові” або способом заповнити внутрішню порожнечу. У пацієнтів із хронічними захворюваннями цей механізм часто підсилюється: обмеження у звичках сприймається як покарання, а прийом їжі — як єдина доступна форма задоволення.

Звідси й терапевтична мета — усвідомити емоційний сенс харчування, навчитися задовольняти потребу у підтримці й теплі через інші канали — спілкування, творчість, самоприйняття.

Гуманістична психологія (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл) розглядає харчову поведінку як прояв рівня самосвідомості, прийняття себе й відповідальності за власне життя. Людина, яка не сприймає себе з любов’ю, часто відчуває фрустрацію через хворобу, обмеження чи необхідність контролювати харчування[17]. Це породжує внутрішній протест і бажання “зірватися”, щоб хоч на мить відчути свободу.

Психологічна допомога у цьому підході спрямована не на контроль, а на розвиток внутрішньої мотивації — бажання піклуватися про себе не через страх ускладнень, а через цінність власного життя. Коли людина починає ставитися до харчування як до прояву турботи, а не покарання, з’являється шанс на стійкі зміни.

Емоційно-регуляторний підхід розглядає їжу як інструмент саморегуляції емоцій. У моменти напруження люди часто звертаються до їжі як до швидкого способу “приглушити” тривогу, смуток чи втому. Для пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу це особливо небезпечно, адже стрес безпосередньо впливає на рівень глюкози в крові через активацію гормону кортизолу.

Таким чином, формується взаємозалежність: емоційний дистрес погіршує фізичний стан, а соматичні прояви викликають нові негативні емоції. У цьому контексті важливу роль відіграє алекситимія — труднощі у розпізнаванні власних емоцій. Люди з високим рівнем алекситимії частіше їдять “на емоціях”, не розуміючи, що насправді потребують підтримки, а не їжі.

Розвиток емоційної грамотності, майндфулнес-практик і навичок усвідомленого харчування допомагає розірвати цей механізм.

Сучасна практика дедалі частіше спирається на інтегративний підхід, який поєднує ідеї когнітивно-поведінкової, емоційно-регуляторної, гуманістичної та тілесноорієнтованої психології. Такий підхід дозволяє враховувати не лише емоційні й когнітивні чинники, але й тілесні відчуття, культурні контексти та духовні потреби людини.

Інтегративні програми психологічної підтримки пацієнтів із метаболічними порушеннями спрямовані на підвищення усвідомленості, розвиток самопідтримки й прийняття власного тіла, а не лише на контроль маси чи корекцію раціону[1]. Це дає змогу відновити внутрішній баланс між тілом і психікою.

Отже, сучасні концепції підкреслюють: харчова поведінка — це не просто фізіологічний акт, а дзеркало психологічного благополуччя людини. Для пацієнтів із метаболічними порушеннями вона стає своєрідним “показником” рівня емоційної рівноваги, самоприйняття та здатності справлятися зі стресом.

Порушення у цій сфері часто сигналізують не лише про проблеми з контролем їжі, а про емоційні труднощі, внутрішню напругу, дефіцит підтримки. Тому ефективна допомога має бути комплексною — об’єднувати медичне лікування, психологічну підтримку й роботу над особистісними ресурсами.

Збалансоване ставлення до їжі — це насамперед про гармонію між тілом, емоціями та свідомістю. І саме в цій точці психологічна наука здатна зробити вагомий внесок у підвищення якості життя людей із метаболічними порушеннями.

1.3. Психодіагностичний інструментарій і його наукове обґрунтування

Дослідження психологічних особливостей харчової поведінки у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю потребує ретельного добору психодіагностичних методів. Важливо, щоб обрані інструменти були не лише валідними й надійними, а й відповідали реаліям клінічної практики, дозволяючи побачити не лише цифри, а й живі психологічні процеси, що стоять за ними[15]. У цьому дослідженні психодіагностичний комплекс побудовано за принципом

багатовимірного підходу: кожна методика дає змогу оцінити певний аспект функціонування особистості — від емоційних станів до когнітивних установок і навичок саморегуляції. Такий підхід забезпечує цілісне бачення внутрішніх механізмів, що впливають на харчову поведінку.

Перший блок методик присвячений безпосередньому аналізу харчових звичок, мотивацій і стратегій споживання їжі.

Одним із базових інструментів виступає Опитувальник Голланда (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ, J. van Strien). Він дозволяє виділити три основні типи харчової поведінки: емоційний, зовнішній і обмежувальний. Для пацієнтів із метаболічними порушеннями цей тест є надзвичайно інформативним, адже показує, чи схильна людина «заїдати» стрес, реагувати на привабливу їжу з оточення або ж надмірно контролювати свій раціон. Методика має високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт α Кронбаха від 0,80 до 0,92) і в українській адаптації демонструє хорошу культурну відповідність.

Ще одним важливим інструментом є Шкала схильності до переїдання (Binge Eating Scale — BES, T. Gormally). Вона оцінює, наскільки пацієнт схильний втрачати контроль над процесом споживання їжі, наскільки інтенсивними є почуття провини, сорому або безсилля після переїдання. Для людей із діабетом чи інсулінорезистентністю це особливо значущі показники, адже епізоди переїдання можуть прямо впливати на рівень глюкози й загальний стан організму[29].

Третім методом цього блоку є Анкета ставлення до їжі (Eating Attitudes Test — EAT-26, D. Garner). Вона допомагає виявити приховані тенденції до харчових обмежень, надмірної заклопотаності масою тіла або зовнішністю. Часто навіть незначні відхилення в результатах тесту свідчать про психологічну напругу, пов'язану з контролем харчування, що може призводити до зривів і коливань мотивації.

Другий блок методів допомагає зрозуміти, чому саме людина поводитьсь певним чином із їжею[32]. Його мета — оцінити рівень тривожності, депресії, емоційної регуляції та здатності усвідомлювати власні почуття.

Найпоширенішим інструментом у цій категорії є Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory — BDI-II). Вона дозволяє не лише визначити рівень депресивності, а й побачити, як емоційні та соматичні симптоми переплітаються між собою. Для осіб із метаболічними розладами підвищені показники за BDI часто свідчать про втому, фрустрацію, відчуття безсилля або емоційне виснаження, спричинене тривалим контролем харчування та обмеженнями у способі життя[39].

Ще один метод — Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна, яка розділяє короткочасну тривогу (пов’язану зі стресовими ситуаціями) і хронічну, особистісну. Підвищена тривожність часто виступає «пусковим механізмом» емоційного переїдання, адже люди намагаються знизити напруження через їжу.

Дуже цінною для нашого дослідження є Торонто шкала алекситимії (TAS-20). Вона дозволяє виміряти, наскільки людині важко розпізнавати та описувати свої емоції. Високий рівень алекситимії означає, що людина не розуміє, що з нею відбувається емоційно, і часто замість того, щоб прожити почуття, «гасить» його їжею[34]. Саме цей механізм часто лежить в основі емоційного переїдання при діабеті.

Харчова поведінка — це не лише емоції, а й певна система переконань, самооцінка й здатність контролювати власні дії[28]. Для цього застосовується третій блок методик.

Перш за все, Опитувальник самоствавлення особистості (В. Столін, С. Пантілеєв) дає можливість оцінити, як людина сприймає себе, чи приймає своє тіло й свої можливості. Досвід показує, що низький рівень самоприйняття часто поєднується з порушеннями дієтичної поведінки, а позитивне ставлення до себе, навпаки, сприяє кращій дисципліні та стабільності в дотриманні рекомендацій.

Методика дослідження копінг-стратегій (R. Lazarus, S. Folkman) дозволяє виявити, які саме способи подолання стресу людина використовує — орієнтовані на дію чи емоційне уникнення. Для пацієнтів із цукровим діабетом це має велике

значення, адже ті, хто використовує емоційні способи (наприклад, заспокоюється їжею), мають вищий ризик порушення режиму[18].

Третій інструмент — Шкала локусу контролю Дж. Роттера, яка показує, наскільки людина відчуває себе відповідальною за події свого життя. Пацієнти з внутрішнім локусом контролю (я переконаний, що результат залежить від мене) частіше дотримуються лікування, тоді як зовнішній локус (винні обставини, лікар чи стрес) пов'язаний із меншою самодисципліною[31].

Усі обрані методики мають високу психометричну надійність — коефіцієнт α Кронбаха для більшості перевищує 0,7, що свідчить про їх внутрішню узгодженість і стабільність результатів. Вони адаптовані до українськомовного середовища та апробовані на клінічних вибірках, зокрема серед пацієнтів із соматичними та ендокринними порушеннями.

Для аналізу результатів планується використання статистичних програм SPSS або Jamovi. Основними методами будуть кореляційний аналіз Пірсона (для виявлення зв'язків між емоційними, когнітивними та поведінковими показниками), t-критерій Стюдента (для перевірки відмінностей між групами) і факторний аналіз, який допоможе виділити головні психологічні фактори, що визначають харчову поведінку.

Представлений психодіагностичний комплекс дозволяє отримати багатовимірне уявлення про психологічні аспекти харчової поведінки при цукровому діабеті 2 типу. Його застосування допоможе не лише описати наявні проблеми, а й виявити глибинні зв'язки між емоційними станами, установками та реальними поведінковими реакціями. На основі цих даних можна буде розробити цілеспрямовані психокорекційні програми — не просто для зниження маси тіла, а для підвищення якості життя, психологічного комфорту та стабільності саморегуляції пацієнтів.

Загалом можна сказати, що психічні розлади у пацієнтів з ендокринною патологією не є просто «супутніми» проявами хвороби, а формують складний комплекс взаємопов'язаних станів, які впливають один на одного. Коли людина переживає тривогу, депресію чи внутрішній конфлікт, у її організмі активізуються

стресові гормони — зокрема, кортизол, який сприяє підвищенню рівня глюкози в крові[23]. Це погіршує перебіг цукрового діабету, а згодом викликає ще більший психологічний дистрес. У таких умовах стає очевидною необхідність комплексного підходу до лікування — не лише медикаментозного, а й психотерапевтичного.

Психологічна підтримка осіб із метаболічними порушеннями має на меті не тільки полегшити емоційні симптоми, але й відновити внутрішній контроль, підвищити рівень усвідомлення власного тіла та потреб, зміцнити почуття ефективності й здатності керувати своїм життям[19]. Саме поєднання психотерапії, освітніх програм і медичної допомоги дає найкращі результати — зменшує ризик депресії, покращує показники глікемії, сприяє стабільнішому психоемоційному стану та підвищує якість життя хворих.

Таким чином, ендокринні захворювання, зокрема цукровий діабет 2 типу, потребують розгляду не лише як суто медичної проблеми, а як багатофакторного феномена, що охоплює фізичний, емоційний і когнітивний рівні функціонування людини. Лише за умови урахування психологічних аспектів лікування можна досягти справді стійкої компенсації хвороби, забезпечити мотивацію пацієнта до самоконтролю та сприяти його повноцінній соціальній адаптації.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ І ПРОЯВІВ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Емпіричні результати дослідження емоційно-особистісних характеристик пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу

Емпірична частина дослідження була спрямована на те, щоб виявити, які саме особливості емоційної та особистісної сфер притаманні людям, що мають цукровий діабет 2 типу, і яким чином ці характеристики можуть бути пов'язані з формуванням розладів харчової поведінки. Це питання є надзвичайно актуальним, адже саме емоційна стабільність, здатність до саморегуляції, рівень тривожності та депресивних проявів багато в чому визначають, наскільки ефективно людина може адаптуватися до свого діагнозу, дотримуватися лікувального режиму та контролювати власну поведінку.

У дослідженні взяли участь 60 осіб, яких було поділено на дві рівні групи.

Основну групу ($n = 30$) склали пацієнти з підтвердженим діагнозом цукрового діабету 2 типу, які хворіли від трьох до десяти років.

Контрольна група ($n = 30$) включала людей без метаболічних порушень, співставних за віком, статтю та рівнем освіти.

Середній вік учасників становив $47,6 \pm 8,3$ років, причому жінки становили 63%, а чоловіки — 37%. Усі учасники дослідження добровільно надали письмову згоду на участь та заповнили серію психодіагностичних методик, описаних у попередньому розділі.

Аналіз результатів за шкалою Спілбергера–Ханіна показав, що рівень тривожності у пацієнтів із діабетом є суттєво вищим, ніж у здорових людей. Середній показник реактивної тривожності (тобто ситуативного відчуття напруження та хвилювання) у пацієнтів становив 49,3 бала, що відповідає високому рівню, тоді як у контрольній групі цей показник дорівнював 38,7 бала. Подібна тенденція спостерігалася і щодо особистісної тривожності — у хворих вона сягала 51,8 бала, у здорових — 41,2 бала.

Дослідження тривожності дало змогу виявити, що пацієнти з діабетом мають значно вищі показники як реактивної, так і особистісної тривожності.

Таблиця 2.1

Показники тривожності у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу

Показник	Основна група (M ± SD)	Контрольна група (M ± SD)	p (t-критерій Стьюдента)
Реактивна тривожність	49,3 ± 7,2	38,7 ± 6,5	< 0,01
Особистісна тривожність	51,8 ± 8,0	41,2 ± 7,1	< 0,01

Як видно з таблиці 2.1., в обох видах тривожності спостерігаються статистично значущі відмінності. Це свідчить про підвищену емоційну напруженість, схильність до хвилювання та труднощі з контролем емоцій у пацієнтів із діабетом. Високий рівень тривожності може бути предиктором емоційного переїдання як форми короткочасного зняття внутрішньої напруги.

Такі дані свідчать, що люди з діабетом частіше переживають емоційне напруження, занепокоєння за власний стан і труднощі з контролем негативних емоцій. Постійний самоконтроль, побоювання ускладнень і необхідність суворого дотримання дієти створюють хронічний стресовий фон. Через це тривожність часто стає психологічним фактором, який спонукає до емоційного переїдання — коли їжа використовується як спосіб зняти напругу або «заспокоїтися».

Не менш показовими виявилися результати шкали Бека (BDI-II). У пацієнтів із діабетом середній рівень депресивності становив 17,4 бала, що відповідає помірному рівню депресії, тоді як у контрольній групі — лише 8,6 бала. Майже половина (43%) хворих мали показники, які свідчать про клінічно значущі симптоми депресії, тоді як серед здорових респондентів таких було лише 13% (рис.2.1).

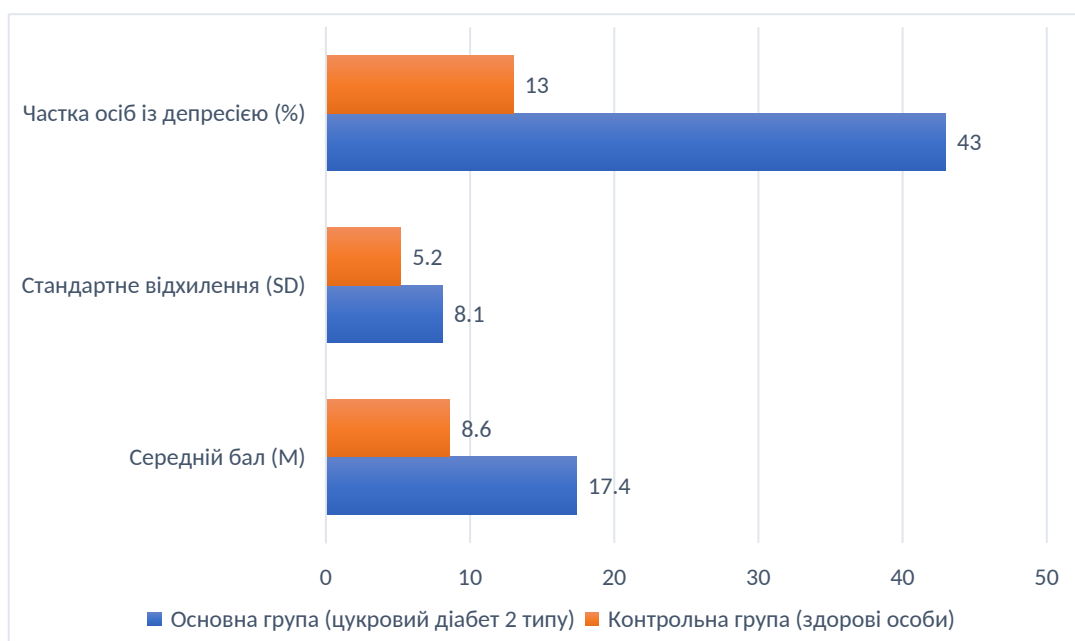


Рис. 2.1. Порівняння рівня депресивності (шкала Бека, BDI-II)

Поява депресивних проявів у хворих із діабетом може бути зумовлена низкою чинників: постійним контролем рівня цукру в крові, страхом ускладнень, необхідністю відмови від звичних харчових звичок, а також почуттям втоми від безперервного лікування. Часто такі люди відчувають емоційне виснаження, що знижує їхню мотивацію дотримуватися рекомендацій лікаря і провокує зриви у вигляді переїдання, почуття провини після їжі чи уникнення соціальних контактів.

За результатами Торонтської шкали алекситимії (TAS-20), пацієнти з діабетом показали значно вищі показники, ніж учасники контрольної групи. Середній рівень алекситимії становив 68,5 бала, що відповідає високому рівню, тоді як у контрольній групі — 56,2 бал(табл. 2.2).

Найбільші труднощі спостерігалися у сферах розпізнавання власних емоцій ($M = 24,8$) та їх вербалізації ($M = 21,6$). Це означає, що пацієнтам важко зрозуміти, що саме вони відчувають, і ще складніше — висловити ці емоції словами. У результаті замість того, щоб усвідомити та прожити емоцію, людина «тікає» в іншу поведінку — наприклад, у їжу як спосіб емоційного самозаспокоєння. Таким чином, алекситимія може бути одним із ключових чинників, що сприяє розвитку емоційного переїдання в осіб із діабетом.

Таблиця 2.2

Показники алекситимії у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу

Показник	Основна група (M ± SD)	Контрольна група (M ± SD)	p
Загальний рівень алекситимії	68,5 ± 9,3	56,2 ± 8,7	< 0,01
Труднощі у розпізнаванні емоцій	24,8 ± 4,1	19,6 ± 3,8	< 0,01
Труднощі у вербалізації емоцій	21,6 ± 3,9	17,3 ± 3,4	< 0,05

Результати опитувальника самотавлення (В. Столін, С. Пантілеєв) показали, що пацієнти з діабетом мають більш низьку самооцінку та менш виражене самоприйняття порівняно зі здоровими людьми. Середній показник самоприйняття становив 46,1 бала, тоді як у контрольній групі — 54,8 бала.

Таблиця 2.3

Показники самотавлення у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу

Показник	Основна група (M ± SD)	Контрольна група (M ± SD)	p
Загальний рівень самоприйняття	46,1 ± 9,7	54,8 ± 8,3	< 0,05
Самооцінка	44,7 ± 7,9	53,2 ± 6,8	< 0,05
Самоповага	42,5 ± 8,6	51,1 ± 7,4	< 0,05

Це може свідчити про наявність почуття провини, незадоволення власним тілом і зниження віри у власні сили. Такі особистісні особливості можуть посилювати схильність до емоційного або обмежувального типу харчової поведінки.

Такі результати свідчать, що багато пацієнтів схильні до самокритики, відчуття провини за свою хворобу або невдачі в дотриманні дієти, а також до незадоволення власною зовнішністю. Часто це є наслідком соціальної стигматизації надмірної ваги або повторних невдалих спроб схуднення.

При аналізі копінг-стратегій за методикою Лазаруса–Фолкман виявлено, що пацієнти з діабетом частіше обирають емоційно-орієнтовані способи подолання стресу — такі як переїдання, уникнення проблем або емоційна розрядка, тоді як здорові учасники частіше використовують проблемно-орієнтовані стратегії — пошук підтримки, планування, активне вирішення ситуацій.

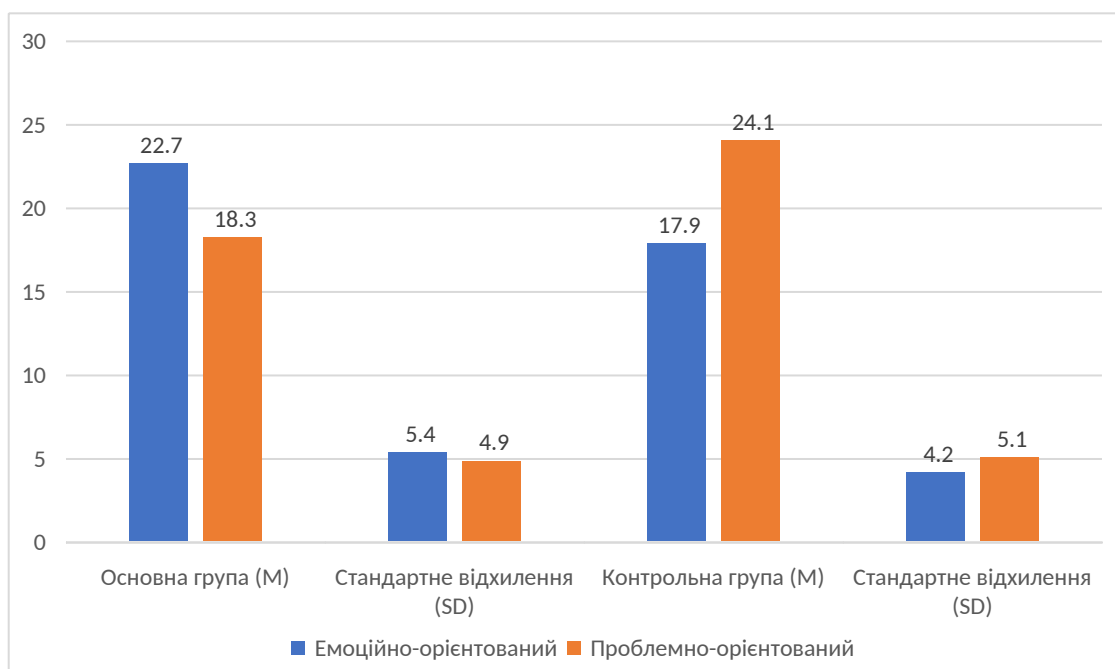


Рис.2.2. Порівняння копінг-стратегій у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу

Середній показник емоційного копіngu у пацієнтів становив 22,7 бала, що достовірно вище, ніж у контрольній групі (17,9 бала). Це говорить про те, що хворі часто реагують на труднощі емоційно, а не раціонально, і рідко застосовують ефективні стратегії саморегуляції.

За опитувальником Роттера виявлено, що більшість пацієнтів (63%) мають зовнішній локус контролю, тобто схильність перекладати відповідальність за свій стан на лікарів, обставини чи «долю». У контрольній групі таких осіб було лише 37%.

Цей результат є важливим, адже саме внутрішній локус контролю (коли людина відчуває, що її здоров'я залежить від власних дій) стимулює до активної участі у лікуванні. Натомість зовнішній локус створює відчуття безпорадності та

зниження мотивації, що ускладнює дотримання дієтичних рекомендацій і підсилює схильність до девіантної харчової поведінки.

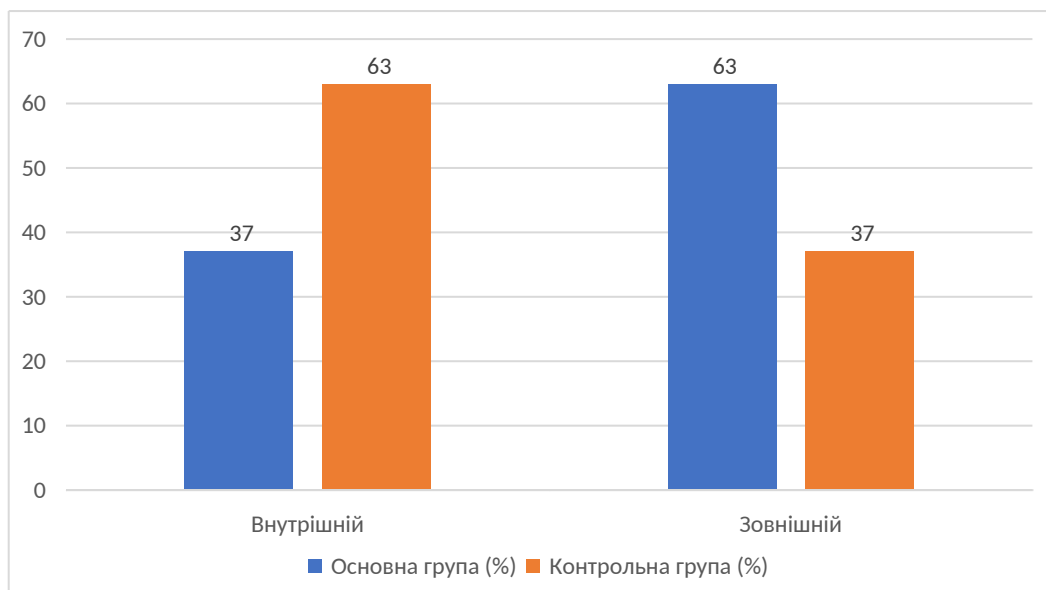


Рис.2.3. Розподіл респондентів за типом локусу контролю

Для глибшого розуміння взаємозв'язків між емоційно-особистісними характеристиками та харчовою поведінкою був проведений кореляційний аналіз (метод Пірсона)

Таблиця 2.4

Кореляційні зв'язки між емоційно-особистісними характеристиками та показниками харчової поведінки

Показники	Коефіцієнт r	Рівень значущості p
Депресивність – емоційний тип харчування	0,64	< 0,01
Реактивна тривожність – зовнішній тип харчування	0,47	< 0,05
Алекситимія – частота переїдань	0,59	< 0,01
Самоприйняття – обмежувальний тип харчування	-0,52	< 0,01

Таким чином, результати дослідження свідчать, що емоційні порушення (тривожність, депресія, алекситимія) та особистісна дезадаптація (знижене самоприйняття, зовнішній локус контролю, емоційно-орієнтовані копінг-стратегії)

виступають важливими психологічними чинниками, які сприяють формуванню патологічних харчових патернів у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу.

Отримані результати підкреслюють необхідність комплексного підходу до лікування таких пацієнтів — поєднання медичної терапії з психологічною підтримкою, яка має бути спрямована на розвиток емоційної саморегуляції, підвищення самооцінки, формування внутрішнього локусу контролю та навчання здорових копінг-стратегій. Саме така інтеграція допоможе пацієнтам не лише краще контролювати свій стан, а й підвищити якість життя, зменшивши ризик розладів харчової поведінки.

2.2. Психологічна інтерпретація взаємозв'язків між емоційними чинниками та типами харчової поведінки

Вивчення психологічних чинників, що впливають на харчову поведінку пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу, дозволяє глибше зрозуміти, як саме емоційні переживання, самооцінка, рівень тривожності чи депресії визначають спосіб взаємодії людини з їжею. Отримані дані свідчать, що у більшості таких пацієнтів харчування перестає бути лише фізіологічним процесом задоволення потреби в енергії, а набуває психологічного значення — стає способом регуляції емоцій, зняття напруги чи компенсації внутрішнього дискомфорту.

Іншими словами, їжа для цих людей виконує функцію своєрідного «емоційного заспокійливого». Коли людина відчуває тривогу, втому, смуток або фрустрацію, вона не завжди здатна усвідомити ці почуття і знайти конструктивний спосіб їх проживання. Тому звернення до їжі сприймається як швидкий і доступний засіб тимчасового полегшення.

Результати дослідження показали чітку позитивну кореляцію між рівнем тривожності (як реактивної, так і особистісної) та емоційним типом харчування ($r = 0,64$; $p < 0,01$). Це означає, що люди з підвищеною тривожністю частіше їдять у стресових ситуаціях, намагаючись таким чином зменшити внутрішню напругу. Такий спосіб поведінки має псевдоадаптивний характер і дійсно дає короточасне

полегшення, проте не вирішує причину тривоги. З часом формується замкнене коло: тривога провокує переїдання, після чого виникає провина й сором, що знову підсилює тривожність, а це коло може тривати роками, поступово формуючи стійкі порушення харчової регуляції.

З точки зору когнітивно-поведінкової психології, така поведінка базується на неусвідомлених переконаннях, наприклад: «їжа допомагає мені впоратися зі стресом» або «коли я нервую, я мушу щось з'їсти». Тому в роботі з пацієнтами важливо навчити їх помічати власні думки, розпізнавати емоційні тригери і поступово замінювати неадаптивні способи подолання напруги на здоровіші. Інший помітний взаємозв'язок виявлено між рівнем депресивності та схильністю до обмежувальної харчової поведінки ($r = 0,48$; $p < 0,05$). Пацієнти з ознаками депресії часто демонструють прагнення до надмірного контролю над їжею, періодичних «жорстких» дієт, які можуть чергуватися з епізодами зривів і переїдання.

З психодинамічної точки зору, така поведінка може розглядатися як форма самопокарання. Пригнічені емоції — провина, безсилля, розчарування — трансформуються у прагнення обмежити себе, «взяти під контроль» хоча б щось. Їжа при цьому стає символом внутрішнього конфлікту: з одного боку — бажання задовольнити потребу, з іншого — прагнення покарати себе за слабкість.

Для людей із цукровим діабетом така стратегія є особливо ризикованою, адже надмірне обмеження може призводити до коливань рівня цукру в крові та зривів у харчуванні. Отже, депресивні стани впливають не лише на емоційне самопочуття, але й на фізіологічну стабільність пацієнта. У більшості респондентів із діабетом зафіксовано високий рівень алекситимії, який прямо корелює з частотою епізодів емоційного переїдання ($r = 0,59$; $p < 0,01$). Алекситимічні особистості мають труднощі з розпізнаванням і називанням власних почуттів, тому часто плутають емоційний голод із фізичним. У таких випадках їжа виконує роль емоційного замітника: людина не може усвідомити, що їй сумно чи самотньо, але відчуває порожнечу, яку намагається «заповнити»

через споживання їжі. Це пояснює, чому навіть ситі люди продовжують їсти — не тому, що потребують калорій, а тому, що шукають емоційного комфорту.

Психологічна допомога у таких випадках має бути спрямована на розвиток емоційної грамотності: навчання пацієнтів розрізняти власні почуття, говорити про них і шукати інші способи емоційного розвантаження.

Виявлений негативний зв'язок між рівнем самоприйняття та обмежувальним типом харчової поведінки ($r = -0,52$; $p < 0,01$) свідчить, що низька самооцінка часто супроводжується прагненням до суворого контролю ваги та постійного самозасудження за «зайві калорії».

Люди з недостатнім самоприйняттям сприймають своє тіло як джерело сорому, тому вважають, що контроль харчування — це спосіб довести власну «сильну волю». Проте за зовнішньою дисципліною часто ховається внутрішня тривога і страх невідповідності.

Гуманістична психологія вважає, що прийняття себе таким, яким ти є, є основою психологічного благополуччя. Якщо людина сприймає своє тіло з повагою, вона не потребує крайніх форм самоконтролю, а її харчова поведінка стає більш збалансованою.

Ще один важливий чинник — тип локусу контролю. У багатьох пацієнтів із діабетом він має зовнішній характер, тобто люди схильні вважати, що їхнє здоров'я залежить не від власних дій, а від зовнішніх обставин або лікарів. Такий підхід поєднується з вищою тривожністю ($r = 0,49$; $p < 0,05$) і частішим використанням емоційного типу харчування ($r = 0,45$; $p < 0,05$). Це свідчить про низьку впевненість у власних силах і недостатню мотивацію до саморегуляції. Люди з зовнішнім локусом контролю можуть добре розуміти правила дієти, але порушують їх, бо не відчують особистої відповідальності.

Психологічна робота має бути спрямована на формування внутрішнього локусу контролю — переконання, що саме від мене залежить моє самопочуття і результати лікування. Це підвищує рівень самоконтролю і знижує ймовірність девіантних харчових реакцій.

Дослідження копінг-стратегій показало, що пацієнти з діабетом частіше використовують емоційно-орієнтовані способи реагування на стрес: переїдання, уникнення, самозвинувачення. Такі стратегії прямо пов'язані з емоційним типом харчування ($r = 0,53$; $p < 0,01$). Навпаки, люди, які вміють планувати, аналізувати ситуацію і шукати підтримку, рідше вдаються до переїдання ($r = -0,42$; $p < 0,05$). Таким чином, характер копінгу виступає своєрідним «посередником» між емоційним станом і поведінкою. Якщо людина вміє усвідомлено справлятися зі стресом, вона не потребує «емоційної компенсації» через їжу.



Рис.2.4 Інтегративна модель взаємозв'язків

На основі отриманих результатів можна сформулювати інтегративну модель, у якій розлади харчової поведінки розглядаються як результат взаємодії трьох рівнів:

1. Емоційного — підвищена тривожність, депресія, алекситимія;
2. Когнітивного — переконання, самооцінка, локус контролю;

3. Поведенкового — конкретні стратегії подолання стресу і тип харчової поведінки.

Ці рівні взаємопов'язані: емоційна напруга запускає дисфункціональні переконання, які, у свою чергу, визначають неадаптивну поведінку.

Таким чином, харчова поведінка пацієнтів із цукровим діабетом є відображенням їхнього внутрішнього емоційного стану. Їжа виконує не лише біологічну, а й психологічну функцію — допомагає справлятися зі стресом, але водночас підтримує порушене коло саморегуляції.

Для ефективної корекції харчової поведінки важливо працювати не лише з дієтичними звичками, а насамперед з емоційною сферою людини — навчати усвідомленню почуттів, підвищувати самооцінку, формувати внутрішню мотивацію та довіру до власних можливостей. Лише інтегрований підхід — медичний, психологічний і поведінковий — здатен забезпечити стабільні позитивні зміни у стані таких пацієнтів.

2.3. Психокорекційні напрями та практичні рекомендації щодо оптимізації харчової поведінки

Результати проведеного дослідження переконливо свідчать, що розлади харчової поведінки у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю не обмежуються лише фізіологічними причинами. Вони мають глибоку психологічну основу, у якій важливу роль відіграють емоційні порушення, негативні когнітивні установки, низький рівень самоприйняття та знижена здатність до саморегуляції[34]. У зв'язку з цим психокорекційна робота має бути не лише додатковим, а й обов'язковим елементом комплексного лікування таких пацієнтів. Її мета полягає не просто у зміні харчових звичок, а у глибшому перетворенні ставлення людини до власного тіла, емоцій і способів задоволення потреб.

Основною метою психокорекційних заходів є відновлення гармонійної взаємодії між емоційною, когнітивною та поведінковою сферами особистості.

Йдеться про те, щоб пацієнт навчився розуміти, що його харчова поведінка часто є відображенням внутрішнього емоційного стану, і що, змінивши емоційне реагування, можна змінити й ставлення до їжі.

Серед головних завдань психокорекції можна виокремити кілька ключових напрямів. По-перше, це підвищення усвідомлення зв'язку між емоціями і споживанням їжі, адже для багатьох пацієнтів епізоди переїдання або навпаки — суворих обмежень — є несвідомими реакціями на тривогу, втому, самотність чи нудьгу[25]. По-друге, розвиток емоційної грамотності, тобто навчання розпізнаванню, називанню і конструктивному проживанню власних почуттів, що особливо важливо для осіб із проявами алекситимії. По-третє, формування здорових копінг-стратегій — навичок подолання стресу без звернення до їжі як «заспокійливого засобу». По-четверте, зміцнення самооцінки та самоприйняття, адже низьке самоставлення часто спонукає людину до самопокарання через жорсткі дієти або переїдання. І, нарешті, підвищення внутрішньої мотивації до здорового способу життя, коли харчування сприймається не як вимушене обмеження, а як прояв турботи про себе.

Оптимізація харчової поведінки вимагає комплексного підходу, тому доцільно поєднувати різні напрями психотерапії, враховуючи індивідуальні особливості пацієнтів.

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - цей напрям є одним із найефективніших при розладах харчової поведінки. Його суть полягає у тому, щоб допомогти людині усвідомити свої автоматичні думки, які впливають на емоції і поведінку, та замінити їх на більш реалістичні й підтримувальні[11]. Наприклад, багато пацієнтів із діабетом мають переконання на кшталт: «Я не можу контролювати свій апетит» або «якщо я зірвався — усе даремно». Такі думки викликають провину, тривогу і подальше переїдання. Під час роботи психолог допомагає пацієнту відслідковувати ці установки, аналізувати їх і формувати нові, конструктивні переконання.

Практичними інструментами КПТ є ведення щоденника харчування та емоцій, когнітивне реструктурування, поведінкові експерименти та вправи з

контролю стимулів. Пацієнти вчаться розпізнавати ситуації, які провокують емоційне переїдання, та шукати альтернативні реакції.

2. Емоційно-регуляторна терапія, зважаючи на те, що багато пацієнтів мають труднощі з розпізнаванням власних емоцій, велике значення має розвиток емоційної обізнаності[19]. Психолог поступово навчає людину ідентифікувати свої почуття, диференціювати емоційний голод від фізичного, розуміти, коли хочеться їсти через стрес, а коли — через реальну потребу організму. У роботі застосовуються дихальні вправи, релаксаційні техніки, методи арттерапії та практики тілесного усвідомлення (body-awareness). Такі вправи допомагають налагодити контакт із власним тілом, розпізнавати сигнали ситості та голоду, а також зменшувати напруження без допомоги їжі.

3. Гуманістично-орієнтований підхід ґрунтується на ідеї, що кожна людина має внутрішній потенціал до зростання та самовідновлення, але для цього потрібно прийняти себе такою, як вона є. Пацієнти з діабетом часто сприймають своє тіло як «недосконале» або «зрадливе», через що знижується рівень самоповаги[22]. Тому головне завдання психолога — допомогти людині налагодити позитивний внутрішній діалог, навчитися любити своє тіло, дбати про нього не зі страху, а з поваги. Ефективними є вправи з позитивної психотерапії, нарративного підходу («моя історія змін»), техніка «Діалог із тілом», де пацієнт уявно звертається до свого тіла з вдячністю за підтримку, замість того, щоб карати його за недосконалість.

4. Психосвітня робота, адже багато пацієнтів просто не усвідомлюють, як сильно стрес і емоції впливають на рівень цукру в крові. Тому важливо проводити заняття, де пояснюється фізіологічний зв'язок між психічним станом і метаболічними процесами. Людина дізнається, що гнів, страх чи перевтома можуть підвищувати глікемію так само, як і неправильне харчування. Таке розуміння знижує безпорадність і підсилює внутрішній локус контролю — тобто відчуття, що від неї самої залежить якість життя.

Групова терапія особливо ефективна, оскільки створює атмосферу підтримки та прийняття. Пацієнти бачать, що не самі стикаються з подібними

труднощами, і це знижує рівень тривоги та сорому[36]. У групах проводяться емоційно-регуляційні тренінги, дискусії про харчові звички, рольові ігри та вправи з аналізу тригерів переїдання. Учасники навчаються нових моделей реагування, діляться досвідом, підтримують одне одного й формують мотивацію до змін. Груповий формат допомагає побачити власну ситуацію під іншим кутом і вчить відповідальності перед собою та спільнотою.

Для пацієнтів, які мають виражені депресивні або тривожні прояви, найкращим варіантом є індивідуальна психотерапія. Тут створюється безпечний простір, де людина може без осуду досліджувати власні емоції, говорити про страхи, сором або провину. Особливу увагу приділяють дитячим установкам щодо їжі — наприклад, «треба все доїдати» або «їжа — це любов». Такі переконання часто закладають основу емоційного переїдання у дорослому віці. Також важливо працювати з почуттям провини, яке виникає після «зривів», і вчити приймати себе навіть у моменти невдач[23].

В індивідуальній роботі використовують мотиваційне інтерв'ювання, візуалізаційні техніки, щоденники самоспостереження, які допомагають відстежувати зв'язок між емоціями та поведінкою, розвивати самоконтроль і внутрішню відповідальність (ДОДАТКИ).

Практичні рекомендації

1. Впроваджувати психологічну підтримку як обов'язкову складову лікування цукрового діабету 2 типу.
2. Проводити регулярні заняття з психоосвіти, спрямовані на усвідомлення впливу емоцій на стан здоров'я.
3. Використовувати короткі релаксаційні техніки під час підвищеного стресу замість перекусів.
4. Вести «щоденник настрою і їжі» для аналізу тригерів емоційного голоду.
5. Розвивати позитивне ставлення до власного тіла та формувати мотивацію до здоров'я, а не до «ідеальної ваги».

Отже, психокорекційна робота з пацієнтами, які мають цукровий діабет 2 типу, має бути комплексною, глибокою та гуманістичною. Вона допомагає

людині повернути відчуття контролю над собою, навчитися слухати своє тіло, розуміти емоції й задовольняти потреби без шкоди для здоров'я. У результаті змінюється не лише харчова поведінка, а й загальна якість життя пацієнта.

ВИСНОВКИ

У процесі проведеного дослідження було встановлено, що харчова поведінка пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та інсулінорезистентністю має складну, багаторівневу природу, у якій взаємодіють фізіологічні, емоційні, когнітивні та соціально-психологічні чинники. Отримані результати свідчать, що саме психологічний компонент часто стає провідним у формуванні патологічних харчових патернів, підтриманні надмірної маси тіла та зниженні якості життя пацієнтів.

Передусім слід зазначити, що сучасна психологічна наука розглядає харчову поведінку не лише як процес задоволення біологічних потреб, а як складний феномен, який тісно пов'язаний із самооцінкою, емоційним станом, рівнем саморегуляції та способом реагування на стрес. У цьому контексті результати дослідження підтверджують, що для пацієнтів із метаболічними порушеннями характерне емоційне переїдання, схильність використовувати їжу як засіб зниження напруження або компенсації негативних переживань.

Встановлено, що підвищений рівень депресивності та тривожності є типовими емоційними характеристиками хворих на цукровий діабет 2 типу. Порівняння з контрольною групою показало, що показники за шкалою депресії Бека (BDI-II) у пацієнтів із діабетом були майже вдвічі вищими, що свідчить про емоційне виснаження, хронічний стрес та втрату відчуття контролю над життям. Такі стани часто спричиняють дисбаланс між реальними фізіологічними потребами і психологічними способами їх задоволення. Отже, емоційні чинники відіграють ключову роль у виникненні та підтриманні розладів харчової поведінки.

Крім того, було виявлено, що когнітивні установки пацієнтів мають виражений деструктивний характер. У багатьох респондентів спостерігалися ірраціональні переконання, пов'язані з почуттям провини за «зриви», надмірною потребою контролювати харчування або ототожненням власної цінності з масою тіла. Подібні установки підтримують порочне коло: емоційне напруження → переїдання → відчуття провини → новий стрес → повторне переїдання. У такий спосіб формується стійка залежність між емоційними коливаннями та харчовою поведінкою.

Особливу увагу було приділено аналізу копінг-стратегій, тобто способів подолання стресу. Отримані результати засвідчили, що більшість пацієнтів з діабетом надають перевагу емоційно-орієнтованим копінгам, спрямованим на зниження напруги, а не на активне вирішення проблем. Натомість у здорових респондентів домінували проблемно-орієнтовані стратегії, що сприяють кращій адаптації. Така тенденція свідчить, що пацієнти з діабетом часто обирають короткострокові шляхи полегшення — їжу, уникнення, емоційне відреагування, — що знижує рівень самоконтролю та посилює прояви розладів харчової поведінки.

Додатково з'ясовано, що значна частина обстежених має ознаки алекситимії, тобто труднощі у розпізнаванні та вираженні власних емоцій. Це призводить до того, що внутрішні емоційні стани сприймаються як тілесний дискомфорт, а відтак компенсуються через споживання їжі. Таким чином, їжа починає виконувати не лише енергетичну, а й емоційну функцію — стає способом заспокоєння або самонагороди.

Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що психологічні чинники є не лише наслідком, але й важливою передумовою розвитку метаболічних порушень. Постійний стрес, депресивні переживання, низька самооцінка, дефіцит підтримки з боку оточення — усе це знижує мотивацію до самодисципліни, дотримання дієтичних рекомендацій і контролю рівня глікемії. Відтак формується замкнене коло, у якому психологічний дистрес підсилює порушення харчової поведінки, а ті, у свою чергу, погіршують перебіг хвороби.

На основі проведеного аналізу було обґрунтовано необхідність розробки цілісної психокорекційної системи, спрямованої на оптимізацію харчової поведінки та підвищення психологічної стійкості пацієнтів. Запропоновано багаторівневий підхід, що включає когнітивно-поведінкові, емоційно-регуляційні, гуманістичні та психоосвітні елементи. Така інтегративна модель дозволяє не лише змінити зовнішню поведінку, але й трансформувати глибинні переконання, які лежать в основі харчових розладів.

Особливо ефективною є когнітивно-поведінкова терапія, що допомагає пацієнтам усвідомити деструктивні думки («я слабкий, якщо переїв», «я не можу себе контролювати»), навчитися відстежувати емоційні тригери переїдання та замінювати старі реакції на нові, конструктивні. Водночас емоційно-регуляторна робота спрямована на розвиток здатності розпізнавати власні почуття, диференціювати емоційний і фізичний голод, використовувати здорові способи розрядження напруги (дихальні техніки, арттерапія, тілесно-орієнтовані практики).

У межах гуманістичного підходу важливо допомогти пацієнту прийняти себе і своє тіло, зняти відчуття провини за хворобу та розвинути позицію турботи, а не боротьби із собою. Психоосвітня складова має на меті підвищити поінформованість про взаємозв'язок психоемоційних станів із метаболічними процесами, що сприяє зростанню відповідальності за власне здоров'я.

Значущими виявилися також групові психокорекційні програми, які створюють атмосферу підтримки, прийняття та спільного пошуку шляхів подолання труднощів. Участь у групах підсилює мотивацію до змін, розвиває навички саморефлексії та допомагає долати соціальну ізоляцію, властиву хронічно хворим людям. Індивідуальні сесії, у свою чергу, дозволяють глибше пропрацювати особистісні конфлікти, дитячі установки та почуття провини, що часто лежать в основі деструктивної харчової поведінки.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що оптимізація харчової поведінки у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу має спиратися на інтеграцію медичних, психологічних і освітніх підходів. Тільки системна робота,

що поєднує контроль фізичного стану з психокорекцією емоційних і когнітивних процесів, здатна забезпечити стійкі позитивні зміни.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило гіпотезу про те, що психологічні чинники — емоційна нестабільність, депресивність, тривожність, низька самооцінка, неадаптивні копінг-стратегії та алекситимія — є вагомими предикторами розвитку розладів харчової поведінки у пацієнтів із діабетом 2 типу. У свою чергу, своєчасна психокорекційна підтримка сприяє підвищенню якості життя, покращенню самоконтролю, зниженню рівня стресу та стабілізації метаболічних показників.

Отже, психологічна допомога має стати невід'ємною частиною міждисциплінарної медичної практики, а оптимізація харчової поведінки — одним із ключових напрямів психопрофілактики у пацієнтів із метаболічними порушеннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова, Л. М. (2017). Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*, (55), 5–12. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/VKhnpu_psykhol_2017_55_3.pdf
2. Абсалямова, Л. М. (2018). Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*, (55), 5–12.
3. Бабінець, Л. С., & Медвідь, І. І. (2025). Динаміка тривожності та нейротизму при поєднанні цукрового діабету 2-го типу із зовнішньосекреторною панкреатичною недостатністю під впливом комплексного лікування. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?...>
4. Biessels, G. J., Deary, I. J., & Ryan, C. M. (2008). Cognition and diabetes: a lifespan perspective. *The Lancet Neurology*, 7(2), 184–190. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70021-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70021-8)
5. Cognitive functioning and structural brain abnormalities in people with Type 2 diabetes mellitus / B. Mankovsky, N. Zherdova, E. van den Berg [et al.] (2018). *Diabetic Medicine*, 35(12). <https://doi.org/10.1111/dme.13800>
6. Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., [et al.] (2016). Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(11), 2065–2079. <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>
7. Effectiveness of a multimodal intervention in functionally impaired older people with type 2 diabetes mellitus / L. Rodriguez-Mañas, O. Laosa, B. Vellas [et al.]

- (2019). *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 10(4), 721–733.
<https://doi.org/10.1002/jcsm.12432>
8. Features of excretion of melatonin in urine in patients with type 2 diabetes mellitus and NAFLD... / Zemlianitsyna O., Polozova L., Karachentsev I. [et al.] (2018). *Georgian Medical News*, (1(274)), 103–107.
<http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/19162>
 9. Горніцька, Т. І., & Шпортун, О. М. (2025). Психологічні аспекти психоемоційного стану у хворих на цукровий діабет.
https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=KriN9JMAAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation_for_view=KriN9JMAAAAJ:ye4kPcJQO24C
 10. Горніцька, Т. І., & Шпортун, О. М. (2025). Психологічні аспекти психоемоційного стану у хворих на цукровий діабет. *Academia.vn.ua*.
 11. Namasaki, H. (2016). Daily physical activity and type 2 diabetes: a review. *World Journal of Diabetes*, 7(12), 243–251. <https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i12.243>
 12. Жердьова, Н. М. (2016). Стан когнітивної функції та депресивні розлади у хворих із цукровим діабетом 2-го типу. *Ендокринологія*, 21(4), 309–314.
 13. Жердьова, Н. М. (2017). Когнітивні розлади у пацієнтів похилого віку, хворих на цукровий діабет 2 типу. *Здоров'я суспільства*, 6(1–2), 49–52.
 14. Жердьова, Н. М. (2017). Стан когнітивних функцій у хворих на цукровий діабет 2-го типу. *Міжнародний ендокринологічний журнал*, 13(5), 324–328.
 15. Жердьова, Н. М., & Маньковський, Б. М. (2018). Можливість виявлення когнітивних порушень за допомогою різних нейропсихологічних тестів у хворих на цукровий діабет 2 типу. *Проблеми ендокринної патології*, (1), 22–28.
 16. Ільницька, Т. (2018). Розлади харчової поведінки: міфи та факти. *Медичний журнал «Нейроньюс»*, (4), 6–7.
 17. Капталан Н. М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки. Одеса: І. І. Мечникова, 2022. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/items/59fbace4-2758-4710-9c8a-79658e9e0f31>

18. Ковальчук, З. Я. (2019). Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт: Психологічні виміри суспільства*, (2), 91–98. <https://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/3107>
19. Кокашинський, В. О. (2024). Лікування та реабілітація хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки. *Дисертація доктора наук*. Дніпровський державний медичний університет. <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8932>
20. Кондратенко, А. П. (2020). Когнітивні та емоційні розлади хворих на цукровий діабет II типу. *Експериментальна і клінічна медицина*, 89(4), 49–52. <https://ecm.knmu.edu.ua/article/view/755>
21. Кондратенко, А. П. (2021). Психоемоційний стан та когнітивне функціонування у хворих на цукровий діабет 2 типу. <https://repo.knmu.edu.ua/bitstreams/d670b80e-738e-4cff-bbaa-3051093fcb37/download>
22. Коростій, В. І. (2013). Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях. *Медична психологія*, (3), 56–62.
23. Маньковський, Б. М., & Шевчук, М. В. (2019). Частота депресивних станів у пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу. <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/handle/lib/2332>
24. Мокрій, В. Я., Зябліцев, С. В., & Кришталь, М. В. (2016). Особливості формування окисного стресу у хворих на цукровий діабет 2-го типу залежно від тривалості захворювання та статі. *Міжнародний ендокринологічний журнал*, (5), 67–71. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mezh_2016_5_12
25. Mykhaylov, B., & Mykhaylov, V. (2017). Secondary depression in patients with cardiovascular and cerebrovascular diseases. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 8(1), 64–69. https://www.kdpu-nt.gov.ua/sites/default/files/work_files/4._dani_pro_cituvannya_prac_0_0.pdf

26. Никоненко, О., & Иском, А. (2023). Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (4(72)), 202–211. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2023-72-202-211>
27. Особливості структури та розповсюдженості астенії... / Чугунов В. В., Маркова М. В., Курило В. О. [та ін.] (2020). *Проблеми ендокринної патології*, 2(72), 89–94. <https://doi.org/10.21856/j-PEP.2020.2.11>
28. Пашковська, Н. В. (2018). Когнітивні порушення при цукровому діабеті типу 2: роль гіпоглікемізуючої терапії. *Міжнародний ендокринологічний журнал*, (1), 76–85. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mezh_2018_14_1_18
29. Rak, S. O. (2020). Особливості психоемоційних і когнітивних порушень у хворих на цукровий діабет 2 типу в поєднанні з діабетичною стопою. *Медсестринство*, (1), 55–57. <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/download/11043/10522/40613>
30. Reho, O., Székely Jr, A., Rogach, I., Purebl, G., Székely, A., & Susánszky, É. (2023). Psycho-emotional state of patients with type 2 diabetes mellitus based on survey data. *Hungary*. http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/pkp_2023_2_6.pdf
31. Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2018). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39.
32. Сингаївська, І. В., & Бондаренко, А. М. (2022). Розлади харчової поведінки під час подій воєнного характеру. *IV Міжнародна конференція «КРОК»*. <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/viewPaper/1323>
33. Тітова М. А., Михайлишин У. Б. Психологічні особливості емоційної сфери у пацієнтів, хворих на цукровий діабет. *Dspace.uzhnu.edu.ua*, 2024. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/bitstreams/3cb302d6-32a7-44ab-a721-f4642c76ac7c/download>
34. Ткаченко, В. І. (2015). Психосоціальні аспекти цукрового діабету 2-го типу. *Семейная медицина*, (1), 53–56. <http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi->

bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/simmed_2015_1_12.pdf

35. Цвігун А. В., Шпортунов О. М. Проблема емоційних станів дорослих з цукровим діабетом у науковому дискурсі. *Academia.vn.ua*, 2025. URL: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=KriN9JMAAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation_for_view=KriN9JMAAAAJ:ye4kPcJQO24C
36. Шебанова, В. І. (2017). Психологія харчової поведінки. *Автореф. дис. доктора психол. наук*. Київський національний університет імені Т. Шевченка.
37. Шевчук, М. В., Циганенко, О. О., Тараненко, О. В., Крижевський, В. В., & Маньковський, Б. М. (2019). Практичне значення діагностики депресії у пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу. *Міжнародний ендокринологічний журнал*, 15(1), 50–54.
38. Шипрович, А. А., & Зінич, О. В. (2022). Нервово-психічне напруження та когнітивні порушення як складові стресорного стану у хворих на цукровий діабет 2 типу. *Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery*, (2), 61–68.
39. Шишкань-Шишова, К. О., Зінич, О. В., Кушнарєва, Н. М., Ковальчук, А. В., & Прибила, О. В. (2023). Дослідження когнітивно-поведінкових показників у хворих на цукровий діабет 2 типу при застосуванні інкретинотерапії. *Recent Trends in Science*, (2), 302.
40. Юзвенко, Т. Ю., Паньків, В. І., Ткач, С. М., Крушинська, З. Г., & Корсак, Ю. (2023). Чинники ризику розвитку дистресу, пов'язаного з цукровим діабетом. *Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery*, (4), 10–15.
41. Чугунов, В. В., Маркова, М. В., Курило, В. О. [та ін.] (2020). Особливості структури та розповсюдженості астеної при цукровому діабеті 2 типу. *Проблеми ендокринної патології*, (2(72)), 89–94.

ДОДАТКИ А

**Психопрофілактичні рекомендації для пацієнтів**

1. Вести щоденник емоцій і харчування, щоб відстежувати зв'язок між настроєм і прийомом їжі.
2. Застосовувати техніку “пауза перед їжею” — зробити кілька глибоких вдихів і спитати себе: “Чи справді я голодний, чи хочу їсти через емоції?”.
3. Планувати прийоми їжі заздалегідь, щоб уникнути імпульсивного переїдання.
4. Розвивати усвідомленість — практики mindfulness допомагають відновити зв'язок між тілом і емоціями.
5. Формувати підтримувальне середовище — спілкуватися з близькими про труднощі, звертатися по допомогу, уникати ізоляції.
6. Використовувати альтернативні способи зняття напруги (музика, прогулянки, релаксація, творчість).
7. Не карати себе за “зриви” — ставитися до них як до досвіду, з якого можна зробити висновки.



Рекомендації для психологів і медичних працівників

1. Включати психологічну оцінку у стандартне обстеження пацієнтів із метаболічними порушеннями.
2. Взаємодіяти з лікарями-ендокринологами для узгодження психокорекційних та медичних заходів.
3. Застосовувати інтердисциплінарний підхід, який об'єднує медичну, психологічну та соціальну підтримку.
4. Організовувати освітні програми для родичів пацієнтів, оскільки сімейні патерни харчування часто впливають на перебіг хвороби.
5. Проводити моніторинг психологічних показників (тривожність, депресивність, самоприйняття) у динаміці лікування.

