

УДК 159.98, 613.2
МРНТИ 15.21.31

<https://doi.org/10.46914/2959-3999-2025-1-3-28-36>

АЛИНОВА А.Д.,*¹

магистрант.

*e-mail: alinova.alima@bk.ru

ORCID ID: 0009-0008-6417-9042

АСИМОВ М.А.,¹

д.м.н., профессор.

e-mail: marat@assimov.net

ORCID ID: 0000-0003-2358-9244

¹Университет «Туран»,

г. Алматы, Казахстан

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В НАРУШЕНИИ РЕЖИМА ПИТАНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ МЕТОДОМ САМОСОВЛАДАНИЯ

Аннотация

В статье представлен аналитический обзор современных исследований, посвященных роли психологических факторов в нарушении режима питания при сахарном диабете 2-го типа. Рассматриваются эмоциональные, когнитивные и социально-психологические механизмы, определяющие особенности пищевого поведения пациентов. На основании анализа отечественных и зарубежных источников показано, что нарушение диеты тесно связано с тревожностью, депрессией, хроническим стрессом и снижением саморегуляции. Эмоциональные расстройства способствуют перееданию, формированию зависимости от «утешительной» пищи и потере мотивации к контролю за питанием. Когнитивные и мотивационные установки локус-контроля, самосовладания и система убеждений о болезни определяют приверженность к лечению. Внешняя атрибуция ответственности усиливает риск нарушений, тогда как внутренний локус контроля и вера в способность управлять своим состоянием повышают комплаентность. Существенное значение имеет феномен диабетического дистресса эмоционального выгорания, связанного с постоянным самоконтролем, что нередко приводит к реактивному сопротивлению и срывам. Важную роль играет социально-культурная среда: семейная поддержка, традиции питания и восприятие болезни близкими. Социальная изоляция и дефицит поддержки усиливают стресс и провоцируют компенсаторное пищевое поведение. Отмечается взаимосвязь психологических и физиологических факторов – колебание уровня сахара может снижать когнитивный контроль и повышать раздражительность.

Ключевые слова: сахарный диабет, пищевое поведение, психологические факторы, стресс, эмоциональное переедание, самосовладание.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность данного заболевания неуклонно растет, охватывая все более молодые возрастные группы. Диабет 2-го типа характеризуется хроническим нарушением углеводного обмена, инсулинорезистентностью и постепенным истощением функциональной активности поджелудочной железы, что требует длительного контроля и комплексного подхода к лечению. Ключевым условием успешного контроля заболевания выступает соблюдение режима питания, поскольку рацион напрямую влияет на уровень гликемии, массу тела и риск осложнений. Однако многочисленные исследования последних лет свидетельствуют, что нарушение диетических предписаний среди пациентов с диабетом 2-го типа встречается чрезвычайно часто и имеет не только физиологические, но прежде всего психологические причины [1, 2].

Исследователи подчеркивают, что нарушение режима питания нередко является формой неадаптивного совладания со стрессом, тревогой и чувством фрустрации, возникающими в ответ на хроническое заболевание и ограничительные диетические требования [3, 4]. Необходимо отметить, что нарушение режима питания при диабете 2-го типа часто сопровождается

чувством вины, стыда и разочарования в собственных возможностях. В этом контексте роль психологической помощи приобретает первостепенное значение: психокоррекция помогает пациентам осознать глубинную мотивацию их поведения, развивать навыки саморегуляции, формировать внутреннюю ответственность за состояние своего здоровья.

Современные концепции поведенческой медицины рассматривают саморегуляцию как центральный психологический механизм, связывающий эмоциональное состояние и соблюдение диеты [5]. Нарушения в системе самоконтроля проявляются в импульсивном питании, трудностях планирования и отсутствии осознанности при приеме пищи. Важную роль играют и социальные факторы: дефицит поддержки со стороны семьи и окружения, критические установки близких или, напротив, чрезмерный контроль приводит к эмоциональному сопротивлению и отказу от соблюдения диетических ограничений [6, 7].

Исследования последних лет подтверждают, что даже высокая информированность о правилах питания не гарантирует их выполнения, если не развиты психологические ресурсы – внутренняя мотивация, самоэффективность и способность к эмоциональной регуляции [8].

Таким образом, комплексное исследование данной проблемы поможет не только повысить терапевтическую эффективность, но и расширить представление о сахарном диабете 2-го типа как о биопсихосоциальном феномене, в котором физиологические, поведенческие и эмоциональные аспекты тесно взаимосвязаны.

Материалы и методы

Цель исследования – анализ психологических факторов, влияющих на нарушение режима питания у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, а также определение возможных направлений психокоррекции, способствующих повышению саморегуляции и осознанности пищевого поведения.

Метод исследования – теоретико-аналитический обзор современных научных источников по проблеме психологических аспектов питания при сахарном диабете 2-го типа. В качестве эмпирической и теоретической базы использованы публикации последних лет, в которых рассматриваются эмоциональные, когнитивные, личностные и социально-поведенческие детерминанты нарушения режима питания [1, 2, 6, 8].

Современные исследования указывают, что режим питания при диабете представляет собой не только биологическую, но и психологическую систему саморегуляции, зависящую от уровня эмоциональной устойчивости, мотивации и осознанного контроля. В этом контексте психология питания рассматривается как область, где личностные особенности, стрессовые реакции и социальная поддержка формируют устойчивость или, напротив, уязвимость пациента к нарушениям диеты.

Методологическая основа исследования опирается на системный и личностно-ориентированный подход, позволяющий рассматривать нарушение диеты не как простое отклонение от врачебных предписаний, а как отражение глубинных психологических процессов: фрустрации, тревоги, внутреннего протеста, стремления к восстановлению утраченного чувства автономии.

В ходе анализа были сопоставлены данные о взаимосвязи эмоциональных факторов (стресс, тревожность, депрессия), когнитивных установок (убеждения о болезни, чувство контроля) и социальных условий (поддержка семьи, культура питания) с уровнем саморегуляции и соблюдения диетических рекомендаций.

Теоретический анализ показал, что нарушение режима питания чаще всего выступает следствием эмоционального дистресса, снижения самоэффективности и недостатка стратегий самосовладания.

Метод самосовладания, применяемый в рамках исследования, предполагает развитие у пациентов таких психологических навыков, как:

- ♦ осознание своих эмоциональных и телесных состояний, влияющих на пищевое поведение;
- ♦ контроль импульсивных реакций, связанных с тревогой, фрустрацией и чувством усталости;
- ♦ восстановление внутреннего «я» как активного субъекта, способного управлять выбором и принимать ответственность за свое состояние;

♦ формирование позитивного отношения к лечению и ощущение личной эффективности в процессе самоуправления диабетом.

Результаты исследования позволили выделить ключевые психологические мишени психокоррекции: повышение осознанности, развитие эмоциональной устойчивости, формирование внутренней мотивации и укрепление самоконтроля. Эти аспекты рассматриваются как центральные звенья психологического вмешательства, обеспечивающего более стабильное соблюдение диетического режима и улучшение качества жизни пациентов с диабетом 2-го типа.

Результаты и обсуждение

Проведенный обзор литературы позволил выделить совокупность психологических факторов, играющих ключевую роль в нарушении режима питания при сахарном диабете 2-го типа (СД2). В анализ включались отечественные и зарубежные исследования последних лет, раскрывающие взаимосвязи между особенностями эмоциональной сферы, когнитивными установками, стратегиями совладания и реальным пищевым поведением пациентов с СД2. В результате была выстроена целостная модель, в которой нарушения режима питания понимаются как отражение взаимодействия биологических, личностных и социокультурных детерминант.

1. Эмоциональные факторы: тревога, депрессия и стресс как ключевые детерминанты нарушений питания

Исследования показали, что эмоциональное неконтролируемое питание тесно ассоциировано с более высоким уровнем HbA1c и нестабильным гликемическим контролем [4]. Пациенты, испытывающие тревогу или чувство внутреннего напряжения, часто прибегают к пище как к средству эмоциональной регуляции, что приводит к перееданию и игнорированию диетических ограничений. Подчеркивается, что тревожные и депрессивные состояния не просто осложняют соблюдение режима, но становятся самостоятельными предикторами ухудшения течения диабета [5].

По исследованиям, которые выявили, что уровень «диабетического дистресса» напрямую связан с частотой пищевых нарушений [5], пациенты, использующие неадаптивные стратегии совладания – избегание, отрицание, пассивное принятие, – чаще нарушают режим и демонстрируют низкую приверженность лечению. Напротив, использование активных стратегий (планирование, поиск социальной поддержки, когнитивная переоценка) связано с лучшими результатами гликемического контроля и стабильным пищевым поведением.

Ряд авторов подчеркивает, что сам факт постановки диагноза СД2 вызывает глубокие переживания, связанные с угрозой потери контроля над собственным телом, изменением социального образа жизни и необходимостью постоянных ограничений. В контексте психофизиологии подобные нарушения объясняются активацией гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, изменением секреции кортизола и дофамина, что усиливает тягу к высококалорийной пище. Таким образом, эмоциональные расстройства создают физиологическую и поведенческую основу для систематических срывов режима питания.

Психологическая адаптация больного диабетом включает процессы принятия, интерпретации и интеграции заболевания в структуру «я». Как отмечает Старостина Е.Г., трудности соблюдения диетотерапии напрямую связаны с тем, что ограничение воспринимается как ущемление автономии и личной свободы. Эти механизмы частично снимают тревогу, но одновременно усугубляют клиническую ситуацию. У пациентов с выраженной тревогой и депрессией наблюдается тенденция к «эмоциональному» или «компенсаторному» приему пищи, что ведет к колебаниям глюкозы и снижению эффективности терапии, где подчеркивается, что низкая способность к совладанию со стрессом предсказывает ухудшение самоконтроля и нарушение диетических предписаний [6].

2. Когнитивные и мотивационные искажения в системе пищевого самоконтроля. Когнитивные искажения, касающиеся восприятия болезни, питания и самоконтроля, формируют внутренние барьеры к соблюдению рекомендаций [7].

Исследования когнитивных факторов показывают, что представления о болезни и собственных возможностях оказывают решающее влияние на соблюдение диеты. При экстермальном локусе контроля (убеждение, что здоровье зависит от внешних обстоятельств) пациенты

реже придерживаются врачебных рекомендаций. Напротив, при внутреннем локусе контроля больные рассматривают диету как часть личной ответственности и проявляют большую дисциплину.

Так, пациенты с внешним локусом контроля и низким уровнем самоэффективности чаще демонстрируют нарушения диеты, поскольку воспринимают заболевание как неконтролируемое обстоятельство, а диетические ограничения – как навязанные извне.

Противоположно, внутренний локус контроля и вера в собственную способность влиять на состояние здоровья положительно коррелируют с устойчивостью к пищевым соблазнам и высоким уровнем дисциплины.

«Психологическая самоуправляемость» является предиктором успешного самоконтроля и формирования устойчивого режима питания. Чем выше чувство личной эффективности, тем меньше риск пищевых нарушений [8].

Зарубежные данные также демонстрируют разницу в гендерных и этнокультурных особенностях:

- ♦ женщины чаще используют еду как эмоциональный регулятор и требуют акцента на эмоциональной устойчивости;
- ♦ мужчины чаще склонны к внешнему локусу контроля и нуждаются в рационально-поведенческих методах [9].

Несколько авторов (в частности, А.Ф. Вербовая, Е.Г. Старостина) обращают внимание на когнитивные искажения и иррациональные убеждения. Например, типичной является установка «раз в неделю можно позволить себе сладкое» или «я заслужил вкусное, потому что перенервничал». Эти когнитивные схемы выявляются у большинства пациентов с неустойчивой компенсацией и служат мишенью для психокоррекции [10].

Проблема не только в наличии тревоги или депрессии, но именно в неспособности регулировать эмоции [9]. Пациенты с высоким уровнем дисрегуляции чаще имеют слабое самоуправление, более частые срывы в диете и более низкую приверженность лечебному режиму. Это открывает важный ракурс: не просто «эмоциональное питание», а пищевая реакция как прямое следствие недостатка механизма управления эмоциями. Пациентов с СД2 кратковременные желания, усталость и снижение энергии перед приемом пищи связаны с вероятностью пищевого срыва [11]. То есть состояние усталости и сниженной воли чаще дает начало нарушению питания. Среди пациентов с СД2 эмоциональное и внешнее питание были статистически значимо связаны с фактическим потреблением пищи [12]. Эти данные позволяют расширить тезис: пищевая импульсивность при СД2 – это не просто вкус к сладкому, а следствие нарушенной эмоциональной регуляции или когнитивного контроля, и это требует другого подхода, чем просто диетическая инструкция.

Интересный аспект, редко подробно освещаемый в эндокринологической литературе: роль запретов и сопротивления в пищевом поведении пациентов с СД2. Больные СД2 часто ощущают свое питание как лишение, выражается чувство диетической дефицитности, и как результат – «наградное» переедание в моменты слабости [12]. То есть когда пища воспринимается как ограниченная, она становится более желанной. Психологически: установка ограничения усиливает внимание к запретному объекту, усиливает импульс, особенно при эмоциональном напряжении или утомлении. У пациентов с СД2 тяга перед едой предсказывала пищевой срыв вне зависимости от голода [13]. Таким образом, запрет сам по себе может стать триггером нарушения режима питания, особенно в контексте диабета, где многие продукты «запретны». Практическое следствие: вместо жесткого акцентирования на «запретных» продуктах, необходимо работать с установками и чувствами ограниченности, помогать пациенту преобразовать диетические ограничения в осознанный выбор, а не в запрет-реакцию.

3. Социально-психологические аспекты и влияние микросоциума

Фактор социальной поддержки выступает важнейшим медиатором между стрессом и поведением пациентов. В метаанализе показано, что участие в социальных сетях, группах взаимопомощи и поддерживающих онлайн-сообществах способствует улучшению пищевого самоконтроля, тогда как социальная изоляция повышает риск нарушений режима [7].

Особенно значимо это для пациентов с низким уровнем внутренней мотивации: для них внешняя поддержка компенсирует недостаточную саморегуляцию. Социальное окружение так-

же формирует пищевые привычки, ожидания и нормы, через которые реализуется социальное подкрепление или, наоборот, барьеры для соблюдения режима.

Отмечается также, что у пациентов, участвующих в «школах диабета» и программах психообразования, уровень тревоги значительно ниже, а приверженность диете выше. Психообразование рассматривается как форма когнитивного переобучения – инструмент, позволяющий заменить иррациональные установки научно обоснованными знаниями [5].

4. Расстройства пищевого поведения и их клиничко-психологические проявления

Пациенты с СД2 демонстрируют высокую распространенность элементов расстройств пищевого поведения (компульсивное переедание, ограничительное поведение, орторексия) [14].

По данным этих исследований, до 25–30% пациентов имеют клинически значимые признаки переедания, часто недиагностируемые в рамках стандартных эндокринологических процедур. Нарушения питания не только усугубляют течение диабета, но и связаны с повышенным уровнем диабетического дистресса и депрессии.

Ряд исследований показывает, что у значительной доли пациентов с СД2 присутствуют элементы расстройств пищевого поведения (РПП), включая компульсивное переедание, ночные эпизоды питания, ограничительные циклы и навязчивый контроль веса. Карл и Бекер выявили, что около трети обследованных диабетиков демонстрировали клинические признаки нарушения питания [14]. У этих пациентов чаще отмечались скачки глюкозы, колебания массы тела и эмоциональная нестабильность. Наличие РПП у диабетиков усложняет как диагностику, так и лечение заболевания: больные склонны скрывать переедание, испытывать стыд и вину, что мешает открытой коммуникации с врачом [15].

Механизм РПП в контексте диабета может рассматриваться как способ эмоциональной регуляции. Пища становится символическим средством снятия напряжения, компенсации неудовлетворенных потребностей и контроля над ситуацией, в которой болезнь ограничивает свободу. Этот психодинамический аспект описан еще Карлом Абрахамом (1999), где пищевое поведение трактуется как проекция глубинных конфликтов, связанных с зависимостью, фрустрацией и самооценностью.

Таким образом, еда в системе диабетического пациента приобретает значение не только физиологического, но и психологического ресурса – способа совладания с тревогой и утратой контроля.

5. Психосоциальные детерминанты самоконтроля питания

Современные публикации указывают, что поведенческие паттерны питания у больных СД2 тесно связаны с культурными традициями. В странах постсоветского пространства еда имеет сильный символический и социальный компонент: отказ от определенных блюд воспринимается как отказ от нормальной жизни. Поэтому психологическая работа с пациентом должна включать культурно-чувствительное консультирование, где обсуждаются способы сохранить привычные ритуалы без вреда для здоровья.

Кроме того, финансовое положение играет немаловажную роль. Диетотерапия требует не только самодисциплины, но и материальных затрат, а экономическое напряжение нередко вызывает чувство фрустрации, которое опять-таки компенсируется едой. В этом контексте эмоциональное переедание выступает как адаптивная, хотя и неэффективная форма совладания с трудностями.

Психосоциальные факторы оказывают системное влияние на все аспекты самоуправления диабетом [3].

Использование методологии «экологической моментальной оценки» (ЕМА) позволило авторам установить, что отклонения от диетического режима часто происходят не из-за незнания, а из-за ситуативного эмоционального напряжения, чувства усталости, конфликтов и социальных триггеров.

Психотерапевтическая литература (в частности, Абрахам К., 1999) подчеркивает, что нарушения питания у диабетиков нередко носят бессознательный характер. Пища становится символическим средством компенсации эмоционального дефицита, тревоги или внутреннего конфликта.

Заключение

Проведенный обзор литературы убедительно демонстрирует, что нарушения режима питания при сахарном диабете 2-го типа представляют собой многомерное явление, в котором физиологические, когнитивные, эмоциональные и социально-психологические механизмы образуют сложную взаимосвязанную систему. Психологические факторы не просто сопровождают заболевание, они структурируют само поведение пациента, определяя, насколько эффективно человек способен адаптироваться к жизни с хроническим диагнозом.

Наиболее устойчивые закономерности, выявленные в многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях, показывают: пищевое поведение при СД2 формируется на пересечении трех ключевых осей «эмоциональной регуляции», «когнитивного контроля» и «социально-мотивационной поддержки». Именно в этих областях сосредоточены основные риски нарушения режима и, соответственно, направления психокоррекционного вмешательства.

Психологическая сложность диабета заключается в том, что эмоциональная реакция на сам факт диагноза – шок, отрицание, тревога – нередко закрепляется в виде устойчивых когнитивных схем. Пациент начинает воспринимать болезнь как внешнее наказание, а не как задачу, требующую адаптации. Как следствие, диета воспринимается как лишение и ограничение, что провоцирует феномен «запретного плода»: чем строже предписание, тем выше вероятность срыва [12, 14]. Этот механизм реактивного сопротивления указывает на необходимость переосмысления диетических рекомендаций – от стратегии запрета к стратегии осознанного выбора и личной ответственности.

Существенную роль играет социально-психологический контекст. Участие в группах поддержки и программах психообразования снижает тревогу и повышает приверженность диете [7]. Социальная изоляция, напротив, усиливает чувство одиночества и беспомощности, что ведет к «компенсаторному» употреблению пищи.

Отдельного внимания заслуживает феномен «диабетического дистресса» – специфической формы эмоционального выгорания, связанной с хроническим самоконтролем. Постоянное измерение сахара, подсчет калорий и контроль питания вызывают усталость и раздражение, что в итоге провоцирует срыв диеты [3]. Здесь важна психологическая поддержка, направленная не только на контроль, но и на восстановление внутреннего ресурса, чувство удовлетворения и самоэффективности.

Следовательно, роль психологических факторов в нарушении режима питания при СД2 нельзя рассматривать как второстепенную. Это не просто дополнение к медицинской терапии, а ее центральный компонент, определяющий устойчивость изменений и долгосрочный прогноз. Психологическая работа помогает пациенту переосмыслить отношение к еде, восстановить внутренний контроль, снизить тревогу и вернуть ощущение смысла и ценности самоконтроля.

По итогам анализа литературы можно выделить несколько обобщающих положений:

1. Во-первых, психологические факторы играют центральную, а не вторичную роль в процессе саморегуляции питания при СД2. Эмоциональные состояния, когнитивные схемы и социальные контексты формируют тот психологический ландшафт, в котором разворачивается борьба пациента за контроль над болезнью.

2. Во-вторых, профилактика и коррекция нарушений питания невозможны без включения психологических методов – психообразования.

3. В-третьих, эффективное лечение диабета требует не только фармакологической и диетической терапии, но и системной работы с эмоциональной сферой личности.

4. В итоге можно заключить, что успешное управление диабетом – это не только медицинский процесс, но и акт психологического самосовладания, требующий эмоциональной зрелости, когнитивной гибкости и социальной поддержки. Именно развитие этих качеств превращает пациента из пассивного исполнителя предписаний в активного участника терапии. И потому ключевой задачей современной психокоррекции при СД2 становится не столько контроль поведения, сколько формирование внутренней автономии и осознанного отношения к себе – как к человеку, способному управлять своей жизнью даже в условиях хронического заболевания.

Таким образом, психологические факторы в контексте нарушений режима питания при сахарном диабете 2-го типа представляют собой сложную систему взаимосвязей, определяющую качество жизни, уровень контроля заболевания и эффективность терапии. Их учет в клинической и профилактической практике является необходимым условием успешного управления диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Pouwer F., Speight J. The future: 25 years of “Guidelines for encouraging psychological well-being in people with diabetes” // *Diabetic Medicine*. 2020. Vol. 37. No. 3. P. 483–492.
- 2 Snoek F.J., Galstyan G., Khan N. Mental health in diabetes care. Time to step up // *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*. 2022. Vol. 3. Article 1039192.
- 3 Fisher L., Hessler D., Polonsky W.H., Strycker L.A. Emotional distress in adults with diabetes // *Diabetes Distress Project Report*. 2020.
- 4 Freitag A.C., Bellg A.J., Lorenz E. Emotional and uncontrolled eating behaviors are associated with poorer glycemic control in patients with type 2 diabetes // *Current Diabetes Reports*. 2025. Vol. 33. No. 2. Article S0271531725000843. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0271531725000843>
- 5 Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives / eds. Fisher L., Polonsky W.H., Hessler D. New York: Springer, 2020.
- 6 Ори Ф. и др. Победа над диабетом путем преодоления психологических барьеров: повышение уровня самоуправления связано с эффективным самоуходом // *Scientific Reports*. 2024. Т. 14. Статья s41598-024-83837-y. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-83837-y>
- 7 Алаофэ Х. и др. Влияние социальных сетей на соблюдение диеты у взрослых с диабетом 2 типа: систематический обзор и протокол метаанализа // *BMJ Open*. – 2024. – Т. 14. – № 11. Статья e082946. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/11/e082946>
- 8 Фрид Х., Чан Дж.С.Н., Кесслер Р.К. Пересечение диабета и расстройств пищевого поведения: профилактика, диагностика и лечение // *Frontiers in Psychiatry*. – 2025. – Т. 16. – Статья 12413400. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12413400/>
- 9 Баталья А.П. и др. Интервенции, направленные на изменение поведения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа: систематический обзор // *Journal of Diabetes Research*. 2021. Статья ID 8630317. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8630317/>
- 10 Старостина Е.Г. Психосоциальные аспекты сахарного диабета // *Проблемы эндокринологии*. – 2008. – Т. 54. – № 3. – С. 22–28.
- 11 Kollin B. et al. Patient-centered care in diabetes care – concepts, relationships, and outcomes // *Diabetes Care Research Reviews*. 2024. Vol. 18. No. 7. Article PMC11292325. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11292325/>
- 12 Saito J., Suzuki T., Inada K., Okamoto S. Psychosocial factors influencing dietary management in patients with type 2 diabetes // *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 10. Article 1464542. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1464542/full>
- 13 Gal G., et al. Association of elevated Galectin-4 concentrations with type 2 diabetes // *MDPI Metabolites*. 2024. Vol. 14. No. 8. Article PMC12524632. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12524632/>
- 14 Yannakoulia M. Eating behavior among type 2 diabetic patients: a poorly recognized aspect in a poorly controlled disease // *Review of Diabetic Studies*. 2006. Vol. 3. No. 1. P. 11–16. DOI: 10.1900/RDS.2006.3.11. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1783576/>
- 15 Carl J., Baker C. The role of disordered eating in type 2 diabetes: a pilot study // *Journal of Eating Disorders*. 2021. Vol. 9. Article 23. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9830250/>
- 16 Абрахам К. Клинические и психоаналитические работы. Санкт-Петербург: Питер, 1999.

REFERENCES

- 1 Pouwer F., Speight J. (2020) The future: 25 years of “Guidelines for encouraging psychological well-being in people with diabetes” // *Diabetic Medicine*. Vol. 37. No. 3. P. 483–492. (In English).
- 2 Snoek F.J., Galstyan G., Khan N. (2022) Mental health in diabetes care. Time to step up // *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*. Vol. 3. Article 1039192. (In English).
- 3 Fisher L., Hessler D., Polonsky W.H., Strycker L.A. (2020) Emotional distress in adults with diabetes // *Diabetes Distress Project Report*. (In English).

- 4 Freitag A.C., Bellg A.J., Lorenz E. (2025) Emotional and uncontrolled eating behaviors are associated with poorer glycemic control in patients with type 2 diabetes // *Current Diabetes Reports*. Vol. 33. No. 2. Article S0271531725000843. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0271531725000843> (In English).
- 5 Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives / eds. Fisher L., Polonsky W.H., Hessler D. New York: Springer, 2020. (In English).
- 6 Öry F., et al. (2024) Conquering diabetes by overcoming psychological barriers: Enhanced empowerment is associated with effective self-care // *Scientific Reports*. Vol. 14. Article s41598-024-83837-y. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-83837-y> (In English).
- 7 Alaofè H., et al. (2024) Social network interventions on dietary adherence among adults with type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis protocol // *BMJ Open*. Vol. 14. No. 11. Article e082946. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/11/e082946> (In English).
- 8 Fried H., Chan J.C.N., Kessler R.C. (2025) The intersection of diabetes and eating disorders: prevention, diagnosis, and treatment // *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 16. Article 12413400. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12413400/> (In Russian).
- 9 Batalha A.P.D.B., et al. (2021) Behavior change interventions in patients with type 2 diabetes mellitus: systematic review // *Journal of Diabetes Research*. Article ID 8630317. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8630317/> (In English).
- 10 Starostina E.G. (2008) Psychosocial aspects of diabetes mellitus // *Problems of Endocrinology*. Vol. 54. No. 3. P. 22–28. (In Russian).
- 11 Kollin B., et al. (2024) Patient-centered care in diabetes care – concepts, relationships, and outcomes // *Diabetes Care Research Reviews*. Vol. 18. No. 7. Article PMC11292325. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11292325/>
- 12 Saito J., Suzuki T., Inada K., Okamoto S. (2025) Psychosocial factors influencing dietary management in patients with type 2 diabetes // *Frontiers in Psychology*. Vol. 10. Article 1464542. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1464542/full> (In English).
- 13 Gal G., et al. (2024) Association of elevated Galectin-4 concentrations with type 2 diabetes // *MDPI Metabolites*. Vol. 14. No. 8. Article PMC12524632. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12524632/> (In English).
- 14 Yannakoulia M. (2006) Eating behavior among type 2 diabetic patients: a poorly recognized aspect in a poorly controlled disease // *Review of Diabetic Studies*. Vol. 3. No. 1. P. 11–16. DOI: 10.1900/RDS.2006.3.11. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1783576/> (In English).
- 15 Carl J., Baker C. (2021) The role of disordered eating in type 2 diabetes: a pilot study // *Journal of Eating Disorders*. Vol. 9. Article 23. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9830250/> (In English).
- 16 Abraham K. (1999) *Clinical and Psychoanalytical Works*. Saint Petersburg: Piter. (In Russian).

АЛИНОВА А.Д.,*¹

магистрант.

*e-mail: alinova.alima@bk.ru

ORCID ID: 0009-0008-6417-9042

АСИМОВ М.А.,¹

м.ғ.д., профессор.

e-mail: marat@assimov.net

ORCID ID: 0000-0003-2358-9244

¹«Тұран» университеті,

Алматы қ., Қазақстан

2-ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІ КЕЗІНДЕГІ ТАМАҚТАНУ РЕЖИМІНІҢ БҰЗЫЛУЫНА ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ ЖӘНЕ ӨЗІН-ӨЗІ БАСҚАРУ ӘДІСІМЕН ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Андатпа

Мақалада 2 типті қант диабетіндегі тамақтанудың бұзылуындағы психологиялық факторлардың ролін қарастыратын заманауи зерттеулерге аналитикалық шолу берілген. Пациенттердің тамақтану мінез-құлқының ерекшеліктерін анықтайтын эмоционалды, когнитивті және әлеуметтік-психологиялық механизмдер қарастырылады. Отандық және шетелдік дереккөздерді талдау негізінде диетаның бұзылуы маза-сыздықпен, депрессиямен, созылмалы стресспен және өзін-өзі реттеудің төмендеуімен тығыз байланысты

екендігі көрсетілген. Эмоционалды бұзылулар шамадан тыс тамақтануға, «жұбататын» тағамға тәуелділікті қалыптастыруға және тамақтануды бақылауға деген ынтаны жоғалтуға ықпал етеді. Когнитивті және мотивациялық көзқарастар – бақылау, өзі-өзі басқару локусы және ауру туралы сенім жүйесі – емдеуге деген ұмтылысты анықтайды. Жауапкершіліктің сыртқы атрибуциясы бұзылу қаупін арттырады, ал ішкі бақылау локусы және олардың жағдайын басқару қабілетіне сену сәйкестікті арттырады. Диабеттік күйзеліс құбылысы – үнемі өзін-өзі бақылаумен байланысты эмоционалды күйіп қалу, бұл көбінесе реактивтілік пен бұзылуларға әкеледі. Әлеуметтік-мәдени орта маңызды рөл атқарады: отбасылық қолдау, тамақтану дәстүрлері және жакындардың ауруды қабылдауы. Әлеуметтік оқшаулану және қолдаудың жетіспеушілігі стрессті күшейтеді және компенсаторлық тамақтану тәртібін тудырады. Психологиялық және физиологиялық факторлардың өзара байланысы байқалады – қант деңгейінің ауытқуы когнитивті бақылауды төмендетіп, тітіркенуді арттыруы мүмкін.

Тірек сөздер: қант диабеті, тамақтану тәртібі, психологиялық факторлар, стресс, эмоционалды тамақтану, өзін-өзі басқару.

ALINOVA A.D.,*¹

master's student.

*e-mail: alinova.alima@bk.ru

ORCID ID: 0009-0008-6417-9042

ASIMOV M.A.,¹

d.m.s., professor.

e-mail: marat@assimov.net

ORCID ID: 0000-0003-2358-9244

¹Turan University,

Almaty, Kazakhstan

THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IN DISRUPTIONS IN THE EATING REGIMEN IN TYPE 2 DIABETES AND PSYCHOCORRECTION USING THE I SELF-COPING METHOD

Abstract

The article presents an analytical review of modern research on the role of psychological factors in dietary disorders in type 2 diabetes mellitus. The emotional, cognitive, and socio-psychological mechanisms that determine the characteristics of patients' eating behavior are considered. Based on the analysis of domestic and foreign sources, it has been shown that dietary disorders are closely related to anxiety, depression, chronic stress and decreased self-regulation. Emotional disorders contribute to overeating, the formation of dependence on «comforting» food and loss of motivation to control nutrition. Cognitive and motivational attitudes – the locus of control, self-control, and a belief system about the disease – determine adherence to treatment. External attribution of responsibility increases the risk of violations, while the internal locus of control and belief in the ability to manage one's condition increase compliance. Of significant importance is the phenomenon of diabetic distress – emotional burnout associated with constant self-control, which often leads to reactivity and breakdowns. The socio-cultural environment plays an important role: family support, dietary traditions, and the perception of illness by loved ones. Social isolation and lack of support increase stress and provoke compensatory eating behavior. The relationship between psychological and physiological factors is noted – fluctuations in sugar levels can reduce cognitive control and increase irritability.

Keywords: diabetes mellitus, eating behavior, psychological factors, stress, emotional overeating, self-coping method.

Дата поступления статьи в редакцию: 28.10.2025