

ТІЛО ХУДНЕ, А РОЗЛАД РОСТЕ: ПСИХОЛОГІЧНІ РИЗИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВТРУЧАННЯ У ХАРЧОВУ ПОВЕДІНКУ

BODY GETS SLIMMER, BUT DISORDER GROWS: PSYCHOLOGICAL RISKS OF PHARMACOLOGICAL INTERVENTION IN EATING BEHAVIOR

У статті досліджено актуальну тенденцію застосування медикаментозних препаратів нового покоління для лікування ожиріння, таких як Оземпик, Мунджаро, Саксенда. Ці засоби демонструють високу ефективність у зниженні маси тіла завдяки впливу на фізіологічні механізми апетиту, проте вони не усувають психологічних причин патологічної харчової поведінки. Автори наголошують на тому, що зниження ваги є лише видимим результатом, тоді як глибинні проблеми харчової поведінки залишаються невирішеними. У статті акцентовується увага на ризиках загострення розладів харчової поведінки (РХП) під час фармакологічної терапії, які проявляються через чотири взаємопов'язані механізми: психологічний (ілюзія контролю та тривога у разі відміни препарату), фізіологічний (повернення ваги після завершення лікування), когнітивний (формування переконання про неспроможність тіла самостійно регулювати вагу) та поведінковий (посилення харчових ритуалів і орторексичних тенденцій). Наведено типові сценарії перебігу таких станів: пацієнти, які постійно бояться припинення прийому; ті, хто після схуднення відчують відчай через залежність від препарату; ті, хто переходять у жорстку фіксацію на «правильному» харчуванні. Особлива увага приділена ролі психотерапії у процесі супроводу пацієнтів, адже саме вона допомагає відновити контакт із тілом, опрацювати образ тіла та навчитися жити без страху втрати контролю. Обґрунтовано, що медикаментозна терапія ожиріння не може замінити психотерапію, і лише інтегрований підхід (психіатр + психотерапевт + нутриціолог) здатний мінімізувати ризики та сформувати стратегії тривалої стабільності. Зроблено висновок, що без психотерапевтичного супроводу такі препарати хоч і знижують вагу, проте водночас поглиблюють психологічний розлад, створюючи небезпеку для психічного здоров'я пацієнта в довгостроковій перспективі.

Ключові слова: харчові розлади, ожиріння, фармакотерапія, Оземпик, орторексія, психотерапія.

The article examines the current trend of using new-generation pharmacological drugs for obesity treatment, such as Ozempic, Mounjaro, and Saxenda. These medications demonstrate high effectiveness in reducing body weight through their impact on physiological appetite-regulating mechanisms, but they do not address the psychological causes of pathological eating behavior. The authors emphasize that weight reduction is only a visible outcome, while the deeper issues of eating disorders remain unresolved. The article highlights the risks of exacerbating eating disorders (EDs) during pharmacological therapy, which manifest through four interconnected mechanisms: psychological (illusion of control and anxiety about drug discontinuation), physiological (weight regain after treatment cessation), cognitive (the belief that the body is incapable of regulating weight independently), and behavioral (the intensification of dietary rituals and orthorexic tendencies). Typical patient scenarios are described: individuals who constantly fear stopping medication; those who, despite weight loss, feel despair due to drug dependence; and those who develop excessive fixation on "healthy eating." Special attention is paid to the role of psychotherapy in supporting patients, as it helps restore contact with the body, reframe body image, and learn to cope without fear of losing control. It is argued that pharmacological treatment of obesity cannot replace psychotherapy, and only an integrated approach (psychiatrist + psychotherapist + nutritionist) can minimize risks and support the development of strategies for long-term stability. The conclusion states that without psychotherapeutic support, such medications may indeed reduce weight but simultaneously deepen psychological disorders, creating risks for patients' mental health in the long-term perspective.

Key words: eating disorders, obesity, pharmacotherapy, Ozempic, orthorexia, psychotherapy.

УДК 159.922+316.6

DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.77.2.33>

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Коляса К.В.

здобувач вищої освіти

Приватне акціонерне товариство

«Вищий навчальний заклад

«Міжрегіональна Академія управління персоналом»

ORCID ID: 0009-0004-7288-0403

Крюкова М.А.

к.психол.н., доцент,

доцент кафедри загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

Приватне акціонерне товариство

«Вищий навчальний заклад

«Міжрегіональна Академія управління персоналом»

ORCID ID: 0000-0002-7447-196X

Ожиріння – одна з найсерйозніших проблем сучасності, яка перетворилась на глобальну епідемію. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), з 1975 року кількість людей з ожирінням у світі зросла утричі. Сьогодні понад 650 мільйонів дорослих та близько 340 мільйонів дітей і підлітків мають ожиріння. Прогнози невтішні: якщо тенденція збережеться, до 2035 року кожна друга доросла людина на планеті матиме надлишкову вагу.

В Україні статистика також є тривожною. Кожна третя доросла людина має надмірну вагу, а близько 20% відповідають критеріям ожиріння. Особливо загрозливою є динаміка серед дітей. За останнє десятиліття кількість підлітків з ожирінням

подвоїлася. Це означає, що проблема виходить далеко за межі медицини й стосується соціальних, культурних та економічних аспектів [1].

Соціальні медіа, реклама та культурний тиск формують уявлення про «ідеальне тіло», яке часто асоціюється з худорлявістю. Люди, які стикаються з ожирінням, відчують подвійну стигматизацію. З одного боку, фізичний тягар захворювання, з іншого – психологічний тиск з боку суспільства. Це створює ґрунт для пошуку «швидких рішень».

Актуальність дослідження проблеми впливу фармакологічних засобів на харчову поведінку зумовлена стрімким зростанням їхньої популярності у сучасному суспільстві. В умовах високих темпів життя, соціального тиску та ідеалізації

«правильного тіла» люди дедалі частіше шукають швидких та ефективних рішень проблеми зайвої ваги. Саме тому препарати нового покоління, такі як Оземпик, Мунджаро, Саксенда, стали своєрідним символом «простого виходу», який обіцяє швидкі результати без кардинальних змін способу життя.

Однак, попри видиму ефективність, такі методи не забезпечують довгострокової стабільності та не усувають глибинних психологічних причин ожиріння. Вони працюють лише із симптомами, які часто під собою залишають невирішеними ті внутрішні конфлікти, що породжують розлади харчової поведінки. Люди з орторексією, компульсивним переїданням, булімічними чи анорексичними тенденціями часто отримують лише ілюзію контролю, яка з часом трансформується в тривогу, залежність і страх повернення ваги.

Соціально-психологічні фактори також значною мірою впливають на поширення цього явища. Економічна нестабільність, високий рівень стресу, інформаційний тиск медіа та соціальних мереж, ідеалізація худорлявості, особистісні та сімейні кризи – все це створює підґрунтя для зростання попиту на медикаментозні засоби контролю ваги. У таких умовах саме психотерапія, спрямована на роботу з тілесним досвідом, образом «Я», тривогами й поведінковими стратегіями, набуває особливого значення, адже дає змогу працювати не з наслідком, а з коренем проблеми [2, с. 125–126].

Препарати нового покоління для зниження ваги (Оземпик, Мунджаро, Саксенда) сьогодні активно використовуються у медичній практиці. За даними клінічних досліджень, семаглутид дає змогу знизити вагу в середньому на 15%, а тірзепатид – навіть на 20% протягом року лікування. Для багатьох пацієнтів, які роками намагалися схуднути через дієти та фізичні навантаження, це здається проривом.

Проте варто зазначити, що, за даними досліджень Американської асоціації клінічних ендокринологів, до 80% пацієнтів після відміни препарату протягом 12 місяців поступово повертають втрачену вагу. Це означає, що без паралельної зміни способу життя і психологічних установок медикаменти не забезпечують тривалого результату.

Пацієнт, який приймає препарат, часто переносить у нього всю відповідальність за результат. Замість того щоб поступово формувати нові харчові звички, людина вважає: «я худну тільки завдяки лікам». Так формується ілюзія контролю.

У практиці психотерапевтів нерідко зустрічаються випадки, коли пацієнт після кількох місяців лікування починає боятися навіть пропустити ін'єкцію. У нього виникає тривога, порушується сон, з'являється нав'язливе відчуття, що без препарату він втратить контроль над тілом. Так ілюзія перетворюється на психологічну залежність.

Після відміни препарату апетит повертається, і організм прагне відновити «збережену» вагу. Це біологічний механізм, тіло сприймає зниження

маси як загрозу і прагне повернути енергетичний баланс. У пацієнта з попередніми харчовими розладами цей процес супроводжується сильним стресом.

Наприклад, жінка 35 років, яка схудла на 18 кг, після припинення прийому препарату за три місяці повернула майже половину ваги. Це викликало відчуття поразки, посилило негативне ставлення до себе та призвело до повторних епізодів компульсивного переїдання. У результаті замість покращення стану розлад лише загострився [3].

У пацієнтів формуються переконання на кшталт:

- «моє тіло саме не здатне регулювати вагу»;
- «якщо я припиню препарат – я обов'язково розтовстію»;
- «лише медицина може мене врятувати».

Такі думки роблять людину залежною від зовнішніх засобів і підживлюють хибну ідентичність: «я слабкий, я не можу контролювати себе». Цей когнітивний стиль мислення підвищує ризик розвитку депресії та тривожних розладів.

На поведінковому рівні часто проявляється орторексія – нав'язливе прагнення «здорового харчування». Пацієнти ретельно вираховують калорії, уникають «заборонених» страв, ізолюються від соціальних подій, де є їжа.

Наслідком усіх цих механізмів стає зміна щоденної поведінки. Частина пацієнтів створює жорсткі харчові ритуали. Суворе зважування продуктів, уникання «заборонених» страв, багатогодинні обговорення раціону. Інші впадають у крайнощі, надмірні тренування, відмову від соціальних подій, де є їжа, або ізоляцію від близьких. Усе це лише посилює патологічну харчову поведінку й створює ґрунт для поглиблення розладу (рис. 1).

Людина боїться відміни препарату, постійно думає про можливість повернення ваги, живе у стані хронічної тривоги. Пацієнт досягає значних результатів, але відчуває розчарування, оскільки усвідомлює залежність від медикаменту і власну «неспроможність». Людина стає заручником суворих харчових правил, що з часом лише поглиблює орторексичні тенденції [4, с. 77–81].

Застосування фармакологічних засобів під час ожиріння нерідко сприймається пацієнтами як остаточне вирішення проблеми. Проте клінічний досвід свідчить про те, що без психотерапевтичної підтримки людина залишається наодинці з власними страхами, ілюзіями та внутрішніми конфліктами.

Робота психотерапевта спрямована не на вагу як показник, а на внутрішній досвід людини. Фахівець допомагає клієнту зрозуміти, які психологічні чинники запускають порушення харчової поведінки: емоційне переїдання, потреба у компенсації, прагнення до контролю через їжу або тіло. Через психотерапію людина вчиться відчувати власні потреби, відновлює контакт із тілом, формує здорові відносини з їжею та віднаходить альтернативні способи регуляції емоцій.

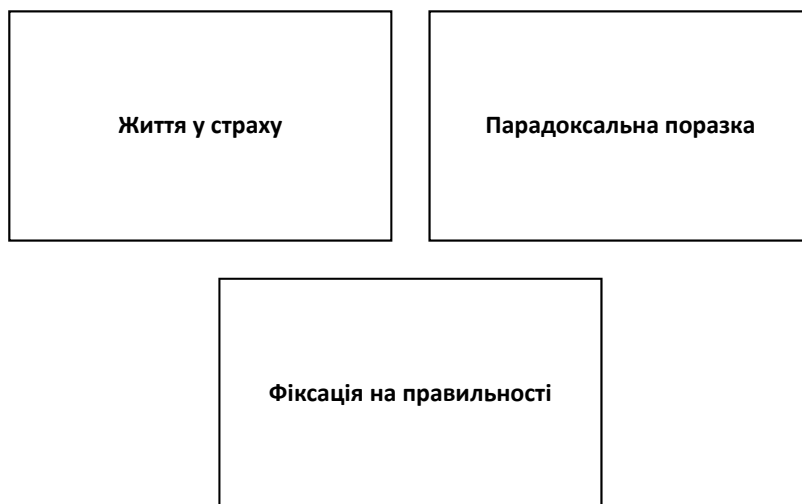


Рис. 1. Типові сценарії пацієнтів

Важливим завданням психотерапевта є робота з образом тіла. Пацієнти часто відчувають, що втрата ваги автоматично означає прийняття себе, однак на практиці це не завжди так. Навіть після схуднення залишаються тривоги, сумніви, відчуття незадоволеності зовнішністю. Психотерапевт допомагає клієнтові подолати когнітивні викривлення, змінити ставлення до власного тіла та вийти за межі «вагового мислення».

Не менш важливим є питання «що буде після препарату». Саме психотерапія дає змогу поступово підготувати людину до можливого завершення медикаментозного лікування та уникнути різкого повернення ваги. Фахівець допомагає виробити стратегію довгострокової стабільності, що ґрунтується на внутрішніх ресурсах, а не на зовнішніх засобах. Жоден препарат не здатен навчити людину слухати власне тіло. Цю роль бере на себе психотерапія [5, с. 215–217].

Сучасна практика лікування ожиріння доводить, що найефективнішими є ті випадки, коли працює команда фахівців (рис. 2). У цій команді психіатр відповідає за призначення та контроль медикаментозної терапії, нутриціолог допомагає сформувати індивідуальний раціон, а психотерапевт супроводжує людину на психологічному рівні.

Така інтеграція дає змогу уникнути вузького погляду на проблему. Якщо фокусуватися лише

на вазі, ризик загострення харчових розладів зростає. Однак якщо одночасно враховувати емоційний стан, харчові звички та тіло як цілісну систему, то лікування стає безпечнішим і результативнішим.

Командний підхід також важливий для профілактики рецидивів. Пацієнт, який бачить, що його підтримує одразу кілька фахівців, має більше ресурсів, щоб долати труднощі, не вдаватися до крайніх форм поведінки й поступово будувати здоровий стиль життя.

У такій моделі лікування ключовим стає не лише короткостроковий ефект зниження ваги, але й формування нової системи стосунків з їжею та власним тілом. Пацієнт поступово навчається розпізнавати справжні сигнали голоду та ситості, розуміти емоційні причини переїдання, знижувати рівень тривоги й напруги без використання їжі як основного інструмента саморегуляції.

Досвід міжнародних клінік показує, що мультидисциплінарні програми знижують рівень рецидивів на 30–40% порівняно з фармакотерапією без психологічного супроводу. Більш того, пацієнти, які проходять таке лікування, демонструють вищий рівень задоволеності життям, кращу соціальну адаптацію та стійкіші результати контролю ваги в довгостроковій перспективі.

Завдяки командному підходу людина перестає бути «заручником ваги» та зовнішніх засобів і посту-

Таблиця 1

Види психотерапії

Вид	Опис
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Допомагає змінити деструктивні переконання («моє тіло неспроможне», «без препарату я ніхто») та навчитися здорових стратегій.
Гештальт-терапія	Дає змогу відновити контакт із собою «тут і тепер», досліджувати, як емоції, думки і тілесні відчуття впливають на харчову поведінку. Сприяє розвитку самопідтримки та прийняття тіла.
Психодинамічна терапія	Дає змогу зрозуміти глибинні причини переїдання, часто це емоційні травми, конфлікти, незадоволені потреби.
Тілесно-орієнтована терапія	Повертає контакт з відчуттями голоду та ситості, допомагає «знову відчувати тіло» як ресурс, а не ворога.

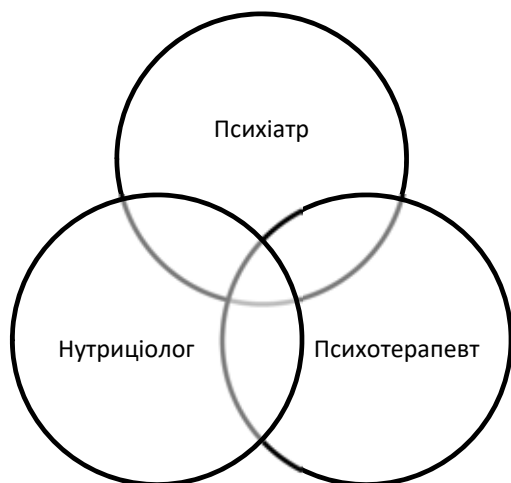


Рис. 2. Командний підхід для лікування

пово повертає собі автономність у прийнятті рішень щодо харчування та турботи про тіло. Це особливо важливо, коли медикаментозна терапія завершується і пацієнтові необхідно зберегти досягнуті результати без залежності від препарату [6, с. 94–96].

Сьогодні медицина не стоїть на місці. Якщо ще кілька років тому головним проривом було створення препаратів, що блокують відчуття голоду, то тепер з'являються ще більш складні засоби – подвійні й навіть потрійні агоністи. Вони працюють відразу з кількома механізмами організму, допомагаючи людині не просто тимчасово втратити кілограми, а довше утримувати результат. Це дає надію, що майбутнє фармакології буде більш стабільним і безпечним.

Друга важлива перспектива – поєднання ліків з цифровими технологіями. Уявіть, що ви робите ін'єкцію препарату, а ваш мобільний застосунок паралельно відстежує, що ви їсте, скільки рухаєтесь і як почуваетесь. Лікар у цей час бачить дані й може вчасно допомогти, якщо є ризик зриву чи побічних реакцій. Це робить лікування не тільки ефективним, але й більш персоналізованим.

Ще одна надія – індивідуалізована медицина. Кожне тіло унікальне, і універсальної таблетки від ожиріння не існує. Вже зараз учені шукають способи, як враховувати генетику, гормони, психологічні особливості й навіть стиль життя пацієнта. Такий підхід дає шанс, що терапія буде підлаштована саме під конкретну людину, а не під «середній» випадок.

Однак поряд із перспективами є серйозні обмеження. Перше – це вартість. Більшість нових препаратів коштує дорого, і далеко не кожен може дозволити собі тривале лікування. Для когось це може бути разовий курс, після якого вага повернеться, і тоді з'являється розчарування.

Друге обмеження: ми ще мало знаємо про тривалі наслідки. Є результати на рік чи два, але що буде через п'ять або десять років? Чи не з'являться нові ризики для здоров'я? Це питання поки що відкрите.

Третє – психологічна залежність. Дуже часто люди починають відчувати, що саме препарат дає їм контроль над тілом. Вони бояться, що без нього не впорайуться, і ця тривога поступово перетворюється на залежність. У результаті тіло худне, але розлад лише поглиблюється.

Отже, перспективи великі, але й ризики не менш серйозні. Саме тому фармакологію важливо поєднувати з психотерапією та підтримкою спеціалістів. Тільки так можна досягти справжніх змін, які не зникнуть після закінчення курсу препарату [7].

Сучасні фармакологічні препарати нового покоління, такі як Оземпик, Мунджаро, Саксенда, безсумнівно, відкрили нові можливості у лікуванні ожиріння, адже вони демонструють високу ефективність у зниженні маси тіла. Водночас отримані результати мають обмежений характер, оскільки не зачіпають глибинних психологічних причин патологічної харчової поведінки. Медикаменти працюють із симптомами – апетитом і вагою, але не змінюють когнітивні установки, емоційні механізми чи поведінкові патерни, що запускають і підтримують розлад.

Аналіз свідчить про те, що саме ці «незримі» чинники становлять найбільшу загрозу: після відміни препарату пацієнти часто стикаються з тривогою, ілюзією втрати контролю, посиленням орторексичних тенденцій чи поверненням ваги. У такій ситуації медикаментозна терапія ризикує не лише не розв'язати проблему, але й поглибити психологічний розлад.

Найбільш ефективним підходом є поєднання фармакології з психотерапевтичною підтримкою та командною роботою кількох фахівців. Психіатр, нутриціолог і психотерапевт у взаємодії створюють умови для безпечного та стабільного зниження ваги, допомагають людині сформувати здорові відносини з їжею та тілом, а головне, запобігають розвитку залежності від медикаментів і поверненню до патологічної харчової поведінки.

Сучасні підходи до лікування ожиріння визнають, що кожна людина унікальна. Індивідуалізація терапії є критично важливою: врахування генетичних, гормональних, психологічних та соціальних факторів дає змогу розробити максимально ефективний і безпечний план лікування. Використання цифрових технологій для моніторингу харчової поведінки та фізичної активності разом з медикаментозною терапією підвищує точність контролю процесу та забезпечує персоналізовану підтримку.

Таким чином, головна ідея дослідження полягає в тому, що фармакологічні засоби можуть бути корисним інструментом у боротьбі з ожирінням, проте лише в комплексі з психотерапією та психоедукацією вони здатні забезпечити тривалу стабільність і реальне покращення психічного здоров'я пацієнта.

У перспективі саме такий підхід може стати стандартом лікування ожиріння, де медичні, психологічні та соціальні компоненти працюють у синер-

гії, забезпечуючи пацієнтові не тільки зниження ваги, але й якісне покращення життя, психологічну стійкість і здатність адаптуватися до життєвих змін без шкоди для здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА:

1. BBC News Україна. До 2035 року половина людей страждатиме від надмірної ваги. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-64839683>.
2. Антонова З., Ханецька Н. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. *Габітус*. 2021. Вип. 27. С. 125–131.
3. Беба Ю. Заїсти проблему. Що таке розлади харчової поведінки й чим вони небезпечні. *The Village Україна*. 2021. 16 лип. URL: <https://www.village.com.ua/village/food/healthy-food/313873-scho-take-rozlad-harchovoyi-povedinki>.

4. Мудрик А. Психологія залежної поведінки: навчальний. Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.

5. The 2nd International scientific and practical conference "Scientific research: modern challenges and future prospects" (September 23–25, 2024). MDPC Publishing, Munich, Germany. 2024. 409 p.

6. Щепін С., Артем'єв М., Антонець О. Сучасні аспекти профілактики ожиріння. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*. 2022. № 12. С. 92–97.

7. Щепін С., Артем'єв М., Антонець О. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. *НейроNEWS*. 2021. Вип. 1 (122). С. 46–50.

Стаття надійшла у редакцію: 26.08.2025

Стаття прийнята: 09.09.2025

Опубліковано: 17.11.2025