

Особенности пищевого поведения лиц с психогенным перееданием

М. В. Фомичева^{1а}, Т. А. Караваева^{1,2,3}

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, Российская Федерация, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

² Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Российская Федерация, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Для цитирования: Фомичева М. В., Караваева Т. А. Особенности пищевого поведения лиц с психогенным перееданием // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2026. Т. 16. Вып. 2. С. 368–383. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2026.210>

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах ожирением страдает почти 50 % взрослого населения. Последствия ожирения многочисленны и могут существенно ухудшить качество и продолжительность жизни человека. Понимание клинической картины пищевого поведения, лежащего в основе расстройства переедания, которое приводит к набору веса, позволяет разработать эффективные программы профилактики и психотерапии ожирения. Цель публикации — анализ пищевого поведения лиц с психогенным перееданием. Пищевое поведение лиц с психогенным перееданием обладает эмоциогенной природой, а следующие за эпизодами переедания пищевые ограничения у лиц с разной степенью ожирения различаются. Выборка исследования состоит из 101 респондента (средний возраст 39 ± 15 лет), которые разделены на три группы по критерию индекса массы тела (ИМТ): группа 1 — 33 человека с предожирением и с ожирением первой степени, группа 2 — 20 человек с ожирением второй степени, группа 3 — 48 человек с ожирением третьей степени. Проведено психологическое тестирование с использованием шкалы EAT-26, Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ) и методики «Пищевое поведение» Ю. Л. Савчиковой. Анализ результатов исследования показал выраженность у пациентов с психогенным перееданием на начальной стадии ожирения стремления к пищевым ограничениям, контролю приема пищи и физическим нагрузкам, семейственность пищевых привычек у лиц с третьей степенью ожирения, устойчивый эмоциогенный тип пищевого поведения вне зависимости от ИМТ. Полученные результаты позволяют уточнить поведенческий симптомокомплекс психогенного переедания, основанного на устойчивой эмоциогенной природе, и могут быть использованы для разработки и повышения эффективности психологических программ коррекции веса при психогенном переедании, основанных на учете пищевых привычек и установок.

Ключевые слова: психогенное переедание, расстройства пищевого поведения, ожирение, пищевые установки, гиперфагическая реакция на стресс.

^а Автор для корреспонденции.

© М. В. Фомичева, Т. А. Караваева, 2026

Введение

Ожирение можно назвать эпидемией XXI в.: согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах ожирением страдает чуть менее 50 % взрослого населения (Драпкина и др., 2021; Ковтун и др., 2024). Последствия ожирения многочисленны и влияют на все сферы жизни человека — начиная от ухудшения здоровья (вплоть до инвалидизации) и психологического самочувствия и заканчивая социальными ограничениями, а также невозможностью полноценно заниматься определенными видами деятельности (Brewerton, 2022; Moriya et al., 2024). Источники развития данного заболевания многочисленны, и немаловажную роль здесь играют расстройства пищевого поведения, одним из которых является психогенное переедание (Аграс, Эпл, 2021; Драпкина и др., 2021; Караваева, Васильева, 2022).

Психогенное переедание как клинический диагноз на сегодняшний день выступает терминологически размытой категорией в силу расхождений описаний этого расстройства в МКБ-10 и DSM-5. В МКБ-10 этот диагноз относится к группе F50.4 и понимается как переедание, выступающее реакцией на дистресс и приводящее к реактивной тучности. В DSM-5 психогенное переедание носит название «binge-eating disorder» (BED) (307.51) и отождествляется с компульсивным, что не является оправданным, поскольку клиническая картина и этиопатогенетический комплекс этих заболеваний обладает своей спецификой. Если компульсивное переедание представляет собой четко очерченный по времени гиперфагический приступ, характеризующийся неразборчивостью в еде и большой скоростью ее поглощения, вызванный стрессом или пищевой скукой, то психогенное переедание является реакцией исключительно на дистресс и не имеет четких временных границ, поскольку состоит из серии коротких высококалорийных перекусов с присутствием избирательности в пище. Несмотря на указанные отличия, для разграничения диагнозов «компульсивное переедание» и «психогенное переедание» клиническую картину последнего нужно представить более широко.

Исследования, посвященные проблеме психогенного переедания, в большинстве своем строятся вокруг изучения биологических, психологических и социальных факторов его формирования, в то время как вопрос о специфике собственно пищевого поведения лиц, страдающих данным заболеванием, остается открытым. Так, в общей клинической картине расстройств переедания за пищевым потреблением, как правило, следуют компенсаторные действия, которые и при компульсивном, и при психогенном переедании носят характер пищевых ограничений. Согласно классификации DSM-4, эти ограничения могут проявляться нерегулярно, при этом их конкретные поведенческие признаки на разных этапах ожирения изучены недостаточно (Караваева, Фомичева, 2022).

Между тем исследование пищевых установок, характеристик и типов пищевого поведения лиц с разным индексом массы тела (ИМТ), которому посвящена данная работа, позволит не только конкретизировать симптомокомплекс психогенного переедания, но и в дальнейшем выработать наиболее оптимальный подход к психотерапии таких пациентов.

Цель исследования: анализ пищевого поведения лиц с психогенным перееданием.

Методы

Выборка исследования состоит из 101 респондента с повышенной массой тела (5 мужчин и 96 женщин), которые разделены на три группы по критерию ИМТ: группа 1 — 33 человека с избыточной массой тела и с ожирением первой степени (ИМТ — 25–34,9), группа 2 — 20 человек с ожирением второй степени (ИМТ — 35–39,9), группа 3 — 48 человек с ожирением третьей степени (ИМТ ≥ 40).

Индекс массы тела рассчитывается по формуле: $I = m/h^2$, где I — индекс массы тела, m — масса тела в кг, h — рост в метрах.

В выборку вошли лица от 18 до 65 лет, с индексом массы тела ≥ 25 единиц и подтвержденным диагнозом психогенного переедания в рамках Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): F50.4, без гормональных нарушений, выраженных соматических патологий и психозов в анамнезе, а также без соматических заболеваний, способных привести к избыточному весу.

Психологическое тестирование включало в себя следующие методики:

1. Шкала EAT-26 (Garner et al., 1982, адаптация Скугаревского и Сивухи 2007 г.). Опросник позволяет оценить риск расстройств пищевого поведения, выраженных в опасении набора веса, озабоченности похудением и стремлении ограничивать себя в приемах пищи.

2. Методика «Пищевое поведение» (Савчикова, 2005). Опросник позволяет оценить семь характеристик пищевого поведения:

- переедание (употребление чрезмерного количества пищи);
- синдром ночной еды (употребление пищи в ночное время втайне от окружающих);
- очистительное поведение (набор действий, направленных на быстрое выведение съеденной пищи из организма);
- ожирение;
- эмоциогенное поведение (восприятие пищи как способа отвлечься от негативных переживаний);
- озабоченность проблемами питания и похудения (наличие навязчивых мыслей о еде и сбросе веса);
- семейственность пищевого поведения (деструктивные пищевые привычки, сформированные в детском возрасте).

3. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) (Van Strien et al., 1986, в переводе Вознесенской). Он включает в себя ряд вопросов, направленных на оценку паттернов поведения, связанных с приемом пищи. С его помощью можно выявить выраженность следующих типов пищевого поведения:

- экстернальный (неспособность личности устоять перед внешними характеристиками пищи: запахом, вкусом, видом и т. п.);
- эмоциогенный (гиперфагическая реакция на стресс, восприятие пищи как способа облегчения эмоциональных проблем);
- ограничительный (самоограничение в количестве и видах пищи).

Результаты

В рамках исследования была проведена оценка типов пищевого поведения лиц с разным ИМТ. Частота встречаемости лиц, у которых выраженность типов пищевого поведения превышает норму, а также сравнительный анализ этой частоты представлены в табл. 1.

Таблица 1. Различия частоты встречаемости лиц с разным ИМТ, чья выраженность типов пищевого поведения по DEBQ превышает норму

Типы пищевого поведения	Частота встречаемости (%)				F-критерий Фишера	
	группа 1	группа 2	группа 3	выборка	p (1–2)	p (1–3)
Ограничительное	55	25	33	39	0,05*	0,05*
Эмоциогенное	55	65	58	58	–	–
Экстернальное	21	25	27	25	–	–

Примечание: * Различия значимы.

Ведущим типом пищевого поведения лиц с психогенным перееданием выступает эмоциогенный тип: у 58 % опрошенных переедание является гиперфагической реакцией на стресс, способом снятия пережитого эмоционального напряжения. Пища становится для них источником удовлетворения эмоциональных потребностей и снижения тревоги. При этом четверть опрошенных (25 %) демонстрируют высокую избирательность в продуктах и в окружающей обстановке: им важен вкус и запах пищи, сервировка стола, внешний вид блюд. Подобное поведение, как правило, не свойственно людям с компульсивным перееданием: оно выступает отличительной особенностью психогенного типа расстройства пищевого поведения.

Ограничительный пищевой паттерн ярко выражен у 39 % респондентов, причем среди лиц группы 1 он встречается значительно чаще, чем в других группах ($p \leq 0,05$). Лица группы 1, как и лица из группы 2 и 3, с помощью пищи склонны «заедать» сильные эмоции, но при этом они стремятся контролировать количество и калораж съеденного. Поскольку набранный ими вес еще относительно недалеко от нормы, именно диету они могут воспринимать как быстрый способ избавления от набранных килограммов.

В задачи исследования также входило изучение особенностей питания и характеристик набора веса лиц с разным ИМТ. Выраженность и сравнительный анализ этих параметров у трех групп представлены в табл. 2.

Режим питания лиц с психогенным перееданием включает в себя, как правило, два основных приема пищи (31,7 %), реже — пять и более приемов (28,7 %). Среди наиболее часто встречающихся нарушений этого режима можно выделить поздний обильный ужин (60,4 %) и питание по типу «пастища» (59,4 %). При этом 72,3 % опрошенных отмечают у себя повышенный аппетит. Проблема лишнего веса у 42,6 % лиц с психогенным перееданием возникла после родов; 34,7 % связывают ее с изменениями в работе; 28,7 % указали, что стали набирать лишний вес после замужества. Практически все опрошенные (99 %) в качестве способов снижения веса пробовали диету, 54,5 % — физические нагрузки, 46,5 % принимали БАД и/или лекарственные препараты, при этом 58,4 % респондентов удалось снизить вес

Таблица 2. Особенности питания и характеристик набора веса лиц с разным ИМТ

Характеристики	Частота встречаемости, %				F-критерий Фишера	
	группа 1	группа 2	группа 3	выборка	p (1-2)	p (1-3)
<i>Количество основных приемов пищи</i>						
Один	0	5	4,2	3	–	–
Два	24,2	30	37,5	31,7	–	–
Три	30,3	35	18,8	25,7	–	–
Четыре	12,1	0	14,6	10,9	–	–
Пять и более	33,3	30	25	28,7	–	–
<i>Нарушения режима питания</i>						
Отсутствие завтрака	18,2	20	29,2	23,8	–	–
Поздний обильный ужин	39,4	70	70,8	60,4	0,05*	0,01*
Питание по типу «пастбища»	54,5	60	62,5	59,4	–	–
<i>Уровень аппетита</i>						
Повышен	63,6	80	75	72,3	–	–
Снижен	6,1	5	0	3	–	–
Нормальный	30,3	15	25	24,8	–	–
<i>Причины набора веса</i>						
После замужества	27,3	30	29,2	28,7	–	–
После родов	39,4	45	43,8	42,6	–	–
Изменение места жительства	3	5	16,7	9,9	–	–
Развод / разрыв отношений	6,1	10	16,7	11,9	–	–
Изменения в работе	30,3	25	41,7	34,7	–	–
Тяжелая болезнь / травма	21,2	15	16,7	17,8	–	–
Изменение гормонального фона	12,1	15	14,6	13,9	–	–
<i>Испробованные способы снижения веса</i>						
Диета	100	100	97,9	99	–	–
Голодание	18,2	20	33,3	25,7	–	–
Физические нагрузки	75,8	55	39,6	54,5	0,01*	0,01*
Применение БАД	39,4	40	54,2	46,5	–	–
Хирургическое вмешательство	6,1	0	0	2	–	–
Косметологические процедуры / массажи	21,2	30	31,3	27,7	–	–
Применение лекарственных препаратов	39,4	50	47,9	46,5	–	–

Характеристики	Частота встречаемости, %				F-критерий Фишера	
	группа 1	группа 2	группа 3	выборка	p (1-2)	p (1-3)
Не удалось снизить вес	24,2	25	12,5	18,8	–	–
Удалось снизить временно	63,6	65	52,1	58,4	–	–
Удалось снизить недостаточно	12,1	10	35,4	22,8	–	–
<i>Причины обратного набора веса</i>						
Возврат к неправильному питанию	78,8	100	72,9	80,2	–	–
Прекращение занятий спортом	30,3	15	8,3	16,8	0,01*	0,01*
Стрессы	54,5	60	75	65,3	–	–

Примечание: * Различия значимы.

временно. Главной причиной обратного набора веса 80,2 % опрошенных считают возврат к неправильному питанию, а 65,3 % — переживание стрессов.

Попарное сравнение данных с помощью критерия Фишера установило, что поздний обильный ужин как нарушение питания значительно реже встречается у лиц группы 1, чем у лиц группы 2 ($p \leq 0,05$) и 3 ($p \leq 0,01$). Респонденты группы 1 также значительно чаще используют физические нагрузки в качестве способа снижения веса, а в прекращении занятиями спортом видят причину обратного набора веса, по сравнению с респондентами группы 3 ($p \leq 0,01$).

Выявленные различия указывают на стремление к более выраженному контролю над пищевым поведением в группе 1 по сравнению с другими группами. Так, пациенты группы 1 строже следят за пищевыми ограничениями и проявляют больше воли и дисциплины, используя физическую нагрузку для снижения веса. Судя по полученным данным, занятия спортом дают лицам с менее выраженным ожирением ощутимый результат, в связи с чем и отмену таких занятий они воспринимают как более значимую причину обратного набора веса, чем лица из группы 3. Последним сложнее организовать себе регулярную физическую нагрузку, и ее результативность они оценивают ниже, что может быть обусловлено разными причинами: менее развитыми волевыми качествами, более слабой мотивацией, более выраженными в силу лишнего веса физическими ограничениями и др.

В работе также изучалась выраженность пищевых установок и проводился их сравнительный анализ у лиц с разным ИМТ. Данные представлены в табл. 3.

Общий показатель нарушений пищевого поведения лиц с психогенным переждением не достигает критических значений, в связи с чем неправомерно говорить о наличии у респондентов устойчивого спектра поведенческих расстройств в этой области, однако отдельные деструктивные пищевые паттерны у лиц с разным ИМТ в процессе исследования были зафиксированы. Так, в группе 1 навязчивый характер приобретает установка на соблюдение диеты (11,5 балла), включающая в себя подсчет калорий, воздержание от сахара и глютена, выбор определенных

Таблица 3. Различия выраженности пищевых установок лиц с разным ИМТ по шкале ЕАТ-26 Д. М. Гарнера с соавторами в адаптации О. А. Скугаревского

Пищевые установки	Группы (М, SD)				Критерий Краскела — Уоллиса		Поправка Бонферрони
	группа 1	группа 2	группа 3	выборка	Н	р	р (1–3)
Диета	11,5 (± 7)	10,1 (± 4,4)	9,6 (± 5,3)	10,3 (± 5,8)	3,2	0,356	–
Булимия и пищевая озабоченность	3,3 (± 2,8)	4 (± 3,4)	2,7 (± 2,3)	3,1 (± 2,7)	7,5	0,06	–
Контроль приема пищи	1,6 (± 2,5)	0,8 (± 1,1)	0,5 (± 1)	0,9 (± 1,7)	11,3	0,01*	0,01*
Показатель нарушений пищевого поведения	16,4 (± 8,8)	15,2 (± 8,1)	12,7 (± 7,2)	14,4 (± 8)	5	0,082	–

Примечание: * Различия значимы.

продуктов и т. п. В группе 2 эта установка является пограничной между нормой и нарушением пищевого поведения (10,1 балла), в то время как в группе 3 она уже соответствует норме (9,6 балла). При этом шкала диеты выступает самой выраженной пищевой установкой респондентов вне зависимости от их ИМТ (10,3 балла), что говорит о стремлении лиц с психогенным перееданием контролировать свой вес путем различных пищевых ограничений. Значимых различий по этой шкале у лиц с разным ИМТ не выявлено.

Сравнительный анализ показал, что контроль приема пищи в большей степени свойственен лицам группы 1, чем лицам группы 3 ($p \leq 0,01$). Эта пищевая установка предполагает не просто соблюдение некоторых пищевых ограничений в виде диеты, а ее строгие формы: существенное сокращение приемов пищи, отказ от множества продуктов, следование монодиетам и т. д. Данную стратегию поведения нельзя назвать ярко выраженной ни в одной из групп, однако выявленные значимые различия говорят о том, что среди лиц с начальной степенью ожирения она в той или иной мере присутствует в виде способа быстрого сброса веса. Такие строгие пищевые ограничения нередко наносят вред здоровью и сменяются новым периодом переедания, что ведет к еще большему набору килограммов, а значит, подобная пищевая стратегия является терапевтической мишенью в работе с лицами группы 1.

Заключительный этап исследования предполагал изучение выраженности характеристик пищевого поведения лиц с разным ИМТ. С полученными данными можно ознакомиться в табл. 4.

Были выявлены значимые различия в выраженности семейственности пищевого поведения у лиц с разным ИМТ: у респондентов групп 1 и 2 она менее выражена, чем у респондентов из группы 3 ($p \leq 0,05$). Полученные данные говорят о том, что у лиц с ожирением третьей степени деструктивные пищевые паттерны чаще формируются в детском возрасте и передаются в виде устойчивых пищевых моделей из поколения в поколение. Эти привычки могут включать в себя размер порций, определенный набор продуктов, частоту приема пищи, негативную

Таблица 4. Различия выраженности характеристик пищевого поведения лиц с разным ИМТ по методике «Пищевое поведение» Ю. Л. Савчиковой

Характеристики пищевого поведения	Группы (M, SD)			Диапазон значений (баллы)	Критерий Краскела — Уоллиса		Поправка Бонферрони	
	группа 1	группа 2	группа 3		Н	р	р (1-3)	р (2-3)
Переедание	3,6 (± 1,8)	4,6 (± 1,6)	4,5 (± 1,8)	0–6	5,3	0,151	–	–
Синдром ночной еды	0,5 (± 0,6)	0,4 (± 0,5)	0,3 (± 0,4)	0–1	5,25	0,154	–	–
Очистительное поведение	0,1 (± 0,3)	0,1 (± 0,3)	0 (± 0,2)	0–1	1,4	0,7	–	–
Ожирение	1,5 (± 1)	1,6 (± 0,9)	1,3 (± 0,8)	0–2	2,4	0,491	–	–
Эмоциогенное поведение	1,5 (± 0,7)	1,5 (± 0,7)	1,4 (± 0,8)	0–2	2,65	0,449	–	–
Озабоченность проблемами питания и похудения	1,6 (± 1)	1,8 (± 1)	1,7 (± 0,9)	0–3	0,6	0,9	–	–
Семейственность пищевого поведения	3,2 (± 1,4)	2,9 (± 2,1)	4,1 (± 1,8)	0–7	9,2	0,03*	0,05*	0,05*

Примечание: * Различия значимы.

реакцию на недоедание порций, на употребление определенных продуктов и т. д. За деструктивными семейными пищевыми паттернами, как правило, стоят более глубокие психологические проблемы взаимодействия в родительской семье, которые внешне отражались именно в пищевом поведении. Так, при нарушении семейной коммуникации совместное принятие пищи может выступать единственным источником общения, в связи с чем еда в процессе взросления начинает ассоциироваться у человека с поддержкой. Пища могла также использоваться родителями как социально-психологический подкрепитель, средство проявления любви, что наделяло ее для респондентов серьезной эмоциональной значимостью, закладывая основу для формирования психогенного переедания. Семейственность переедания предполагает не только ранний возраст становления расстройства пищевого поведения, но и отсутствие в процессе взросления конструктивного пищевого опыта, что может определять более высокую степень ожирения таких лиц во взрослом возрасте.

Отметим, что наименее выраженным пищевым паттерном у респондентов с разным ИМТ выступает очистительное поведение (0,1, 0,1, 0 баллов соответственно). Данную особенность можно рассматривать как один из факторов, разграничивающих психогенное переедание и булимию, при которой стремление очистить от пищи свой желудочно-кишечный тракт с помощью приема слабительных или приступов рвоты носит регулярный характер.

Обсуждение результатов

Анализ полученных результатов позволяет заключить, что лица с психогенным расстройством стремятся минимизировать последствия переедания с помощью диеты, состоящей в подсчете калоража и отказе от ряда продуктов. При этом ограничительный тип поведения, включающий в себя не только диету, но и более строгий контроль употребления пищи, отказ от ее приемов, а также физические нагрузки, значительно чаще встречается у лиц с избыточной массой тела и ожирением первой степени, чем у лиц с ожирением второй и третьей степени. Стремясь избавиться от лишнего веса на начальной стадии ожирения, такие пациенты могут выбирать экстремальные способы самоограничения, оказывающие существенный вред их здоровью и, как правило, заканчивающиеся срывом. В целом вывод, что строгие диетические ограничения без учета индивидуальных особенностей приводят лишь к временному снижению веса, который не только возвращается вместе с привычным питанием, но и растет, усугубляя проблему ожирения, подтверждается рядом современных исследований (Wiss, Avena, 2021; Ковтун и др., 2024).

Эта динамика находит объяснение в рамках когнитивной модели расстройств пищевого поведения, согласно которой эмоциональный стресс (например, дистресс, вызванный набором веса) нарушает когнитивный контроль над строгими диетическими правилами, что приводит к эффекту «все пропало» и последующему перееданию (Polivy, Herman, 2009). Таким образом, выявленная специфика говорит о необходимости включить деструктивные самоограничения лиц на начальной стадии ожирения в число терапевтических мишеней коррекции психогенного переедания.

В описании критериев психогенного переедания в МКБ-10 (F50.4) говорится о его эмоциональной природе; в DSM-5 дистресс выделяется в качестве пускового механизма, но не единственного источника переедания «binge-eating disorder» (диагноз 307.51) (Goldschmidt et al., 2016). В текущем исследовании гиперфагические реакции на стресс присутствуют у лиц с разной степенью ожирения, причем у большинства респондентов выраженность этих реакций превышает норму. Возможно, избирательность лиц с психогенным перееданием при выборе еды — стремление употреблять субъективно вкусные продукты — обусловлена способностью такой пищи высвобождать дофамин и эндогенные опиоидные пептиды в головном мозге, снижающие уровень стресса (Bello, Hajnal, 2010).

Эти данные согласуются с концепцией эмоционального питания, согласно которой пища используется как средство регуляции негативных эмоциональных состояний (Macht, 2008). М. Махт предложил пятикомпонентную модель влияния эмоций на пищевое поведение, в которой выделил, в частности, эмоциональную регуляцию через еду и нарушение когнитивного контроля как ключевые механизмы. В исследовании у лиц с начальной степенью ожирения наблюдается именно сочетание эмоционального триггера и последующего когнитивного контроля в виде диетических ограничений — паттерн, типичный для «эмоциональных едоков» с высоким уровнем рестрикции (Macht, 2008; Reichenberger et al., 2020).

Важно подчеркнуть, что психогенное переедание отличается от компульсивного (BED) не только по диагностическим критериям, но и по поведенческим паттернам. В отличие от BED, где эпизоды характеризуются объективным перееданием

с потерей контроля, у респондентов отсутствует очистительное поведение, а переедание проявляется как серия коротких избирательных перекусов, часто в вечернее время.

Современные исследования BED с использованием экологического моментального оценивания (ЕМА) показывают, что пик риска компульсивных эпизодов приходится на ужин (~17:30), с дополнительными пиками в обед и поздно вечером (~23:00), что сопряжено с колебаниями пищевого влечения и трудностями в регуляции эмоций (Forester et al., 2023). У лиц с психогенным перееданием фиксируется высокая частота позднего обильного ужина, однако отсутствие потери контроля и неразборчивости в еде позволяет дифференцировать эти два расстройства на поведенческом уровне.

Кроме того, полученные данные согласуются с исследованиями, подчеркивающими роль interoцептивной чувствительности — способности распознавать сигналы голода и насыщения. Э. Элих и соавт. показали, что именно специфическая interoцептивная чувствительность в отношении голода/насыщения, а не общая interoцепция является доминирующим предиктором компульсивного переедания, когнитивной рестрикции и очистительного поведения (Ahlich et al., 2022). В текущем исследовании у лиц с психогенным перееданием низкая выраженность очистительного поведения и устойчивый эмоциогенный паттерн вне зависимости от ИМТ могут указывать на то, что их пищевое поведение обусловлено не столько нарушением восприятия физиологических сигналов, сколько использованием еды как стратегии совладания с дистрессом.

Эта стратегия совладания становится особенно актуальной в условиях хронического стресса. Исследование, проведенное во время пандемии COVID-19, продемонстрировало, что психологический дистресс (депрессия, тревога, стресс) напрямую связан с увеличением веса, и этот эффект опосредуется такими дезадаптивными стратегиями совладания, как поведенческая отстраненность (behavioral disengagement) — отказ от усилий по решению проблемы (Machado et al., 2023). Это позволяет предположить, что у лиц с психогенным перееданием эмоциогенное питание может быть не просто импульсивной реакцией, а частью более широкого паттерна дезадаптивного совладания с жизненными трудностями.

В своих работах целый ряд зарубежных и отечественных авторов подчеркивают, что негативный детский опыт взаимодействия в семье оказывает влияние на формирование расстройства переедания, склонность к различным заболеваниям, в том числе к ожирению, во взрослом возрасте (Coffino et al., 2020; Brewerton, 2022; Amiri et al., 2024). При этом А. А. Лифинцева, Ю. Ю. Новикова, Т. А. Караваева, М. В. Фомичева и Ж. Г. Василькова отмечают, что не только негативный опыт, но и использование родителями пищи в качестве выражения любви приводит к становлению нездоровых пищевых привычек, сложно поддающихся коррекции (Лифинцева и др., 2019; Василькова, 2022; Караваева, Фомичева, 2022). В свою очередь установлено, что семейственность пищевого поведения более выражена у лиц с ожирением третьей степени. По всей видимости, ранний возраст начала переедания с высокой вероятностью приводит к серьезному набору лишнего веса в период взрослости.

Интересно, что спектр компульсивного переедания может быть шире, чем традиционно считается. Помимо классических приступов, выделяют такое по-

ведение, как грейзинг (grazing) — повторяющееся потребление небольших количеств пищи в течение дня без ощущения голода и с потерей контроля. Исследования показывают, что «пастбище» является значимым предиктором «пищевой зависимости» (food addiction), иногда даже более сильным, чем само по себе компульсивное переедание (Bonder et al., 2018; Bonder et al., 2025). В проведенном исследовании также зафиксировали высокую частоту «питания по типу грейзинга» (59,4 %), что может указывать на наличие у части выборки признаков аддиктивного отношения к еде, основанного на вознаграждении, а не на гомеостатических потребностях.

Таким образом, научная новизна настоящего исследования заключается в уточнении поведенческого симптомокомплекса психогенного переедания: его эмоциональная природа подтверждается устойчиво, независимо от степени ожирения; на начальных стадиях ожирения доминирует стратегия ограничительного контроля, часто переходящая в деструктивные формы; для психогенного переедания характерны избирательность в еде и отсутствие очистительного поведения, что позволяет дифференцировать его относительно компульсивного переедания и булимии; у лиц с тяжелым ожирением (третьей степени) ключевую роль играет семейственность пищевых привычек, сформированных в детстве.

Эти особенности должны учитываться при разработке дифференцированных психотерапевтических программ, направленных на коррекцию психогенного переедания и профилактику ожирения.

Выводы

1. Ярко выраженный эмоциональный тип пищевого поведения как гиперфагическая реакция на стресс свойственен большинству лиц с психогенным перееданием вне зависимости от их ИМТ. При этом на начальной стадии ожирения ограничительный тип пищевого поведения встречается значительно чаще, чем у лиц с ожирением второй и третьей степени.

2. Поздний обильный ужин как нарушение питания реже встречается у лиц группы 1, чем у лиц группы 2 и 3. Пациенты группы 1 также чаще используют физические нагрузки в качестве способа снижения веса, а в прекращении занятиями спортом видят причину обратного набора веса, по сравнению с пациентами группы 3.

3. Соблюдение диеты выступает самой выраженной пищевой установкой пациентов с психогенным перееданием с разной массой тела. Контроль приема пищи в виде строгих самоограничений и отказа от еды как стратегия избавления от лишнего веса в большей степени характерен для пациентов группы 1, чем группы 2 и 3.

4. Семейственность пищевого поведения значительно больше свойственна лицам с психогенным перееданием с ожирением третьей степени, чем лицам с повышенной массой тела и ожирением первой и второй степени. Наименее выраженным пищевым паттерном у респондентов с разной массой тела выступает очистительное поведение.

Ограничения

Отметим, что выборка исследования состоит преимущественно из женщин (95 %), что ограничивает возможность обобщения результатов на мужскую популяцию. Кроме того, подобранный психодиагностический инструментарий не исключает вероятности социально желательных ответов и субъективности в оценке респондентами собственной личности и поведения. Для преодоления этих ограничений в дальнейшем необходимо расширить мужскую часть выборки, а также сбалансировать и увеличить размер групп с разным ИМТ. Выявленный эмоциогенный характер психогенного переедания, стремление к строгому самоограничению в пище и физическим нагрузкам на начальной стадии ожирения и наличие выраженной семейственности пищевых привычек у лиц с ожирением третьей степени также позволят в дальнейшем учесть эту специфику при составлении психотерапевтической программы, направленной на профилактику ожирения и снижения лишнего веса у людей, склонных к психогенному перееданию.

Литература

- Аграс В. С., Эпл Р. Ф. Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании. М.: Диалектика-Вильямс, 2021.
- Василькова Ж. Г. Возможности психокоррекции и психотерапии при психогенном переедании // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 4. С. 47–58.
- Драпкина О. М., Самородская И. В., Старинская М. А., Ким О. Т., Неймарк А. Е. Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов: коллективная монография. М.: Силиця-Полиграф, 2021.
- Караваева Т. А., Васильева А. В. Алгоритм и мишени психотерапии психогенного переедания // А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Н. Г. Незнанов. Психотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. С. 342–350.
- Караваева Т. А., Фомичева М. В. Психогенное переедание: проблемы классификации, диагностики, подходы к психотерапии (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2022. Т. 56, № 2. С. 21–34. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-21-34>
- Ковтун О. П., Бродовская Т. О., Устюжанина М. А. Избыточная масса тела и ожирение у детей как предикторы раннего полового созревания: метаанализ // Вестник Российской академии медицинских наук. 2024. Т. 79, № 1. С. 60–69. <http://doi.org/10.15690/vramn8810>
- Лифинцева А. А., Новикова Ю. Ю., Караваева Т. А., Фомичева М. В. Психосоциальные факторы компульсивного переедания: метааналитическое исследование // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2019. № 3. С. 19–27. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-3-19-27>
- Савчикова Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2005.
- Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: Белорус. гос. мед. ун-т, 2007.
- Ahlich E., Poovey K., Attawa, S., Rancourt D. General versus hunger/satiety-specific interoceptive sensibility in predicting disordered eating // Appetite. 2022. Vol. 171. Art. 105930. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105930>
- Amiri S., Mahmood N., Yusuf R., Ghenimi N., Javaid S. F., Khan M. A. Adverse childhood experiences and risk of abnormal body mass index: A global systematic review and meta-analysis // Children (Basel). 2024. Vol. 20, no. 11 (8). P. 10–15. <http://doi.org/10.3390/children11081015>
- Bello N. T., Hajnal A. Dopamine and binge eating behaviors // Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2010. Vol. 97, no. 1. P. 25–33. <http://doi.org/10.1016/j.pbb.2010.04.016>
- Bonder R., Davis C., Kuk J. L., Loxton N. J. Compulsive “grazing” and addictive tendencies towards food // European Eating Disorders Review. 2018. Vol. 26, no. 6. P. 569–573. <https://doi.org/10.1002/erv.2642>

- Bonder R., Kuk J. L., Ardern C. I., Wharton S., Kamran E., Davis C. Grazing and food addiction: Associations between varied patterns of overconsumption and addictive-like eating // *Appetite*. 2025. Vol. 204. Art. 107768. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107768>
- Brewerton T. D. Mechanisms by which adverse childhood experiences, other traumas and PTSD influence the health and well-being of individuals with eating disorders throughout the life span // *Journal of Eating Disorders*. 2022. Vol. 14, no. 10 (1). Art. 162. <http://doi.org/10.1186/s40337-022-00696-6>
- Coffino J. A., Grilo C. M., Udo T. Childhood food neglect and adverse experiences associated with DSM-5 eating disorders in US national sample // *Journal of Psychiatric Research*. 2020. No. 127. P. 75–79. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.011>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- Forester G., Schaefer L. M., Dodd D. R., Burr E. K., Bartholomay J., Berner L., Crosby R. D., Peterson C. B., Crow S. J., Engel S. G., Wonderlich S. A. Time-of-day and day-of-week patterns of binge eating and relevant psychological vulnerabilities in binge-eating disorder // *International Journal of Eating Disorders*. 2023. Vol. 56, No. 9. P. 1694–1702. <https://doi.org/10.1002/eat.23995>
- Garner D. M., Olmsted M. P., Bohr Y., Garfinkel P. E. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates // *Psychological Medicine*. 1982. No. 12. P. 871–878.
- Goldschmidt A. B., Wall M. M., Zhang J., Loth K. A., Neumark-Sztainer D. Overeating and binge eating in emerging adulthood: 10-year stability and risk factors // *Developmental Psychology*. 2016. Vol. 52, no. 3. P. 475–483. <https://doi.org/10.1037/dev0000086>
- Machado B. C., Moreira C. S., Correia M., Veiga E., Gonçalves S. Coping as a mediator and moderator between psychological distress and disordered eating behaviors and weight changes during the COVID-19 pandemic // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, no. 3. Art. 2504. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032504>
- Macht M. How emotions affect eating: A five-way model // *Appetite*. 2008. Vol. 50, iss. 1. P. 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Moriya R. M., de Oliveira C. E., Reiche E. M., Passini J. L., Nunes S. O. Association of adverse childhood experiences and overweight or obesity in adolescents: A systematic review and network analysis // *Obesity Reviews*. 2024. Vol. 25, no. 11. P. 817–830. <https://doi.org/10.1111/obr.13809>
- Polivy J., Herman C. P. Distress and eating: why do dieters overeat? // *The International Journal of Eating Disorders*. 2009. Vol. 26, no. 2. P. 153–164.
- Reichenberger J., Schnepfer R., Arend A. K., Blechert J. Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: Evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies // *Proceedings of the Nutrition Society*. 2020. Vol. 79, no. 3. P. 290–299. <https://doi.org/10.1017/S0029665120007004>
- Van Strien T., Frijters J. E. R., Bergers G. P. A., Defares P. B. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // *International Journal of Eating Disorders*. 1986. No. 2. P. 188–204. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
- Wiss D., Avena N. Food addiction, binge eating, and the role of dietary restraint: Converging evidence from animal and human studies // *Binge Eating: A Transdiagnostic Psychopathology*. Cham: Springer Nature, 2021. P. 193–209.

Статья поступила в редакцию 2 апреля 2025 г.;
рекомендована к печати 5 ноября 2025 г.

Контактная информация:

Фомичева Мария Валерьевна — <https://orcid.org/0000-0003-3136-4168>, mashafom91@mail.ru
Караваева Татьяна Артуровна — д-р мед. наук; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>,
tania_kar@mail.ru

Features of eating behavior of individuals with psychogenic overeating

M. V. Fomicheva^{1a}, T. A. Karavaeva^{1,2,3}

¹ St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute,
3, ul. Bekhtereva, St. Petersburg, 192019, Russian Federation

² St. Petersburg State University,
7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

³ St. Petersburg State Pediatric Medical University,
2, ul. Litovskaya, St. Petersburg, 194100, Russian Federation

For citation: Fomicheva M. V., Karavaeva T. A. Features of eating behavior of individuals with psychogenic overeating. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2026, vol. 16, issue 2, pp. 368–383. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2026.210> (In Russian)

According to the World Health Organization, almost 50 % of the adult population in developed countries is obese. The consequences of obesity are numerous and may negatively impact a person's quality of life and longevity. Understanding the clinical picture of eating behavior that leads to obesity allows us to develop effective programs for the prevention and psychotherapy of obesity. The aim of the article is to analyze the eating behavior of individuals with psychogenic overeating. The eating behavior of people with psychogenic overeating is of an emotional nature, and the dietary restrictions that follow episodes of overeating vary among individuals with different degrees of obesity. The study sample consists of 101 respondents (39 ± 15 years), divided into three groups based on their body mass index (BMI): group 1 — 33 people with pre-obesity and first-degree obesity, group 2 — 20 people with second-degree obesity, group 3 — 48 people with third-degree obesity. Psychological testing: the EAT-26 scale, DEBQ, and the Eating Behavior test by Yu. L. Savchikova. Analysis of the study results showed that patients with psychogenic overeating at the initial stage of obesity showed a desire for dietary restrictions, control over food intake and physical activity, family-like eating habits among respondents in group 3, and a stable emotional type of eating behavior regardless of BMI. The obtained results allow us to clarify the behavioral symptom complex of psychogenic overeating and can be used to develop and improve the effectiveness of psychological weight correction programs considering eating habits and attitudes.

Keywords: psychogenic overeating, eating disorders, obesity, eating attitudes, hyperphagic stress response.

References

- Agras, V. S., Epl, R. F. (2021). *Defeat an eating disorder. Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa and psychogenic overeating*. Moscow, Dialekt-Vil'iams Publ. (In Russian)
- Ahlich, E., Poovey, K., Attaway, S., Rancourt, D. (2022). General versus hunger/satiety-specific interoceptive sensibility in predicting disordered eating. *Appetite*, 171, 105930. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105930>
- Amiri, S., Mahmood, N., Yusuf, R., Ghenimi, N., Javaid, S. F., Khan, M. A. (2024). Adverse childhood experiences and risk of abnormal body mass index: A global systematic review and meta-analysis. *Children (Basel)*, 20, 11 (8), 10–15. <http://doi.org/10.3390/children11081015>
- Bello, N. T., Hajnal, A. (2010). Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 97 (1), 25–33. <http://doi.org/10.1016/j.pbb.2010.04.016>
- Bonder, R., Davis, C., Kuk, J. L., Loxton, N. J. (2018). Compulsive “grazing” and addictive tendencies towards food. *European Eating Disorders Review*, 26 (6), 569–573. <https://doi.org/10.1002/erv.2642>

^a Author for correspondence.

- Bonder, R., Kuk, J. L., Ardern, C. I., Wharton, S., Kamran, E., Davis, C. (2025). Grazing and food addiction: Associations between varied patterns of overconsumption and addictive-like eating. *Appetite*, 204, 107768. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107768>
- Brewerton, T. D. (2022). Mechanisms by which adverse childhood experiences, other traumas and PTSD influence the health and well-being of individuals with eating disorders throughout the life span. *Journal of Eating Disorders*, 14, 10 (1), 162. <http://doi.org/10.1186/s40337-022-00696-6>
- Coffino, J. A., Grilo, C. M., Udo, T. (2020). Childhood food neglect and adverse experiences associated with DSM-5 eating disorders in US national sample. *Journal of Psychiatric Research*, 127, 75–79. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.011>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (2013). 5th ed. Washington, American Psychiatric Association.
- Drapkina, O. M., Samorodskaya, I. V., Starinskaya, M. A., Kim O. T., Neymark A. E. (2021). *Obesity: Assessment and tactics of patient management: collective monograph*. Moscow, Silitseia-Poligraf Publ. (In Russian)
- Forester, G., Schaefer, L. M., Dodd, D. R., Burr, E. K., Bartholomay, J., Berner, L., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A. (2023). Time-of-day and day-of-week patterns of binge eating and relevant psychological vulnerabilities in binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 56 (9), 1694–1702. <https://doi.org/10.1002/eat.23995>
- Garner, D. M., Olmsted M. P., Bohr Y., Garfinkel P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Zhang, J., Loth, K. A., Neumark-Sztainer, D. (2016). Overeating and binge eating in emerging adulthood: 10-year stability and risk factors. *Developmental Psychology*, 52 (3), 475–483. <https://doi.org/10.1037/dev0000086>
- Karavaeva, T. A., Fomicheva, M. V. (2022). Psychogenic overeating: Problems of classification, diagnosis, approaches to psychotherapy (literature review). *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V. M. Bekhtereva*, 56 (2), 21–34. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-21-34> (In Russian)
- Karavaeva, T. A., Vasil'eva, A. V. (2022). Algorithm and targets of psychotherapy of psychogenic overeating. In: A. V. Vasil'eva, T. A. Karavaeva, N. G. Neznanov (eds). *Psikhoterapiia* (pp. 342–350). Moscow, GEOTAR-Media Publ. (In Russian)
- Kovtun, O. P., Brodovskaia, T. O., Ustiuzhanina, M. A. (2024). Overweight and obesity in children as predictors of early puberty: A meta-analysis. *Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk*, 79 (1), 60–69. <http://doi.org/10.15690/vramn8810> (In Russian)
- Lifintseva, A. A., Novikova, Iu. Iu., Karavaeva, T. A., Fomicheva, M. V. (2019). Psychosocial factors of compulsive overeating: A meta-analytical study. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V. M. Bekhtereva*, 3, 19–27. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-3-19-27> (In Russian)
- Machado, B. C., Moreira, C. S., Correia, M., Veiga, E., Gonçalves, S. (2023). Coping as a mediator and moderator between psychological distress and disordered eating behaviors and weight changes during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (3), 2504. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032504>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Moriya, R. M., de Oliveira, C. E., Reiche, E. M., Passini, J. L., Nunes, S. O. (2024). Association of adverse childhood experiences and overweight or obesity in adolescents: A systematic review and network analysis. *Obesity Reviews*, 25 (11), 817–830. <https://doi.org/10.1111/obr.13809>
- Polivy, J., Herman, C. P. (2009). Distress and eating: why do dieters overeat? *The International Journal of Eating Disorders*, 26 (2), 153–164.
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A.-K., Blechert, J. (2020). Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: Evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79 (3), 290–299. <https://doi.org/10.1017/S0029665120007004>
- Savchikova, Yu. L. (2005). *Psychological characteristics of women with weight problems*, PhD Thesis. St. Petersburg. (In Russian)
- Skugarevskii, O. A. (2007). *Eating disorders: monograph*. Minsk, Belarusian State Medical University Press. (In Russian)
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., Defares, P. B. (1986). The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *International*

Journal of Eating Disorders, 2, 188–204. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)

- Vasil'kova, Zh. G. (2022). The possibilities of psychocorrection and psychotherapy for psychogenic overeating. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya*, 15 (4), 47–58. (In Russian)
- Wiss, D., Avena, N. (2021). Food addiction, binge eating, and the role of dietary restraint: Converging evidence from animal and human studies. In: *Binge Eating: A Transdiagnostic Psychopathology* (pp. 193–209). Cham, Springer Nature.

Received: April 2, 2025

Accepted: November 5, 2025

Authors' information:

Maria V. Fomicheva — <https://orcid.org/0000-0003-3136-4168>, mashafom91@mail.ru

Tatiana A. Karavaeva — Dr. Sci. in Medicine; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>, tania_kar@mail.ru