

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ/PSYCHIATRY AND NARCOLOGY

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.14> EDN: KEGYBI

СИМПТОМЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Научная статья

Ростовщikov В.В.¹, Пушкарская Л.С.^{2,*}, Ростовщikova С.И.³² ORCID : 0009-0003-1950-8074;^{1, 2, 3} Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (pushkarskaya.lyubov[at]yandex.ru)

Предложена: 20.06.2026; Принята: 10.07.2026; Опубликовано: 17.08.2026

Аннотация

На фоне роста заболеваний, связанных с избыточным весом и ожирением, проблема расстройств пищевого поведения (РПП) приобретает особую актуальность. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ожирение представляет глобальную проблему общественного здравоохранения. Исследования показывают, что у пациентов с ожирением значительно чаще фиксируются расстройства пищевого поведения, включая неспецифические их формы, которые сложно диагностировать и они часто сопровождаются сопутствующими психическими расстройствами, такими как тревожность и депрессия. Распространенность РПП в общей популяции для отдельных типов (анорексия, булимия, компульсивное переедание) составляет от 1% до 5%, однако неспецифические формы значительно увеличивают долю случаев, особенно среди пациентов с ожирением.

Целью настоящего исследования является оценка распространенности признаков РПП и типов пищевого поведения среди пациентов с избыточной массой тела и ожирением. В исследовании участвовали 134 пациента (86 с избыточным весом и 48 с ожирением). Для диагностики использовались стандартизированные инструменты: опросник EAT-26 для оценки риска РПП и DEBQ для анализа эмоционального, экстернального и ограничительного типов пищевого поведения.

Результаты исследования акцентируют внимание на важности учета сопутствующих РПП у пациентов с избыточной массой тела и их влияние на эффективность лечебных мероприятий. Полученные данные подчеркивают необходимость комплексного подхода, включая скрининг пищевых нарушений в клинической практике эндокринологов.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, расстройства пищевого поведения, эмоциональное переедание, нарушение пищевого поведения.

SYMPTOMS OF EATING DISORDERS IN OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS

Research article

Rostovshchikov V.V.¹, Pushkarskaya L.S.^{2,*}, Rostovshchikova S.I.³² ORCID : 0009-0003-1950-8074;^{1, 2, 3} Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

* Corresponding author (pushkarskaya.lyubov[at]yandex.ru)

Suggested: 20.06.2026; Accepted: 10.07.2026; Published: 17.08.2026

Abstract

Given the rise in diseases linked to being overweight and obese, the issue of eating disorders is becoming particularly relevant. According to the World Health Organisation, obesity is a global public health problem. Research shows that patients with obesity are significantly more likely to have eating disorders, including non-specific forms, which are difficult to diagnose and are often accompanied by co-occurring mental health conditions such as anxiety and depression. The prevalence of eating disorders in the general population for specific types (anorexia, bulimia, binge-eating) ranges from 1% to 5%; however, non-specific forms significantly increase the proportion of cases, particularly among patients with obesity.

The aim of this research is to assess the prevalence of signs of eating disorders and types of eating behaviour among overweight and obese patients. The study involved 134 patients (86 who were overweight and 48 who were obese). Standardised tools were used for diagnosis: the EAT-26 questionnaire to evaluate the risk of eating disorders and the DEBQ to analyse emotional, external and restrictive types of eating behaviour.

The research results highlight the importance of taking comorbid eating disorders into account in patients who are overweight, and their impact on the effectiveness of treatment. The findings emphasise the need for a comprehensive approach, including screening for eating disorders in endocrinologists' clinical practice.

Keywords: overweight, obesity, eating disorders, emotional overeating, disordered eating.

Введение

На протяжении последних лет фиксируется стабильное увеличение числа заболеваний, связанных с избыточной массой тела, вследствие чего изучение особенностей пищевого поведения приобретает всё большую актуальность для современной медицинской практики. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ожирение входит в

перечень наиболее серьёзных проблем общественного здравоохранения и охватывает значительную долю населения планеты [1]. Клинические наблюдения при этом показывают, что у лиц с ожирением нарушения пищевого поведения фиксируются чаще, нежели у людей с нормальной массой тела [2], [3].

По результатам систематического обзора расстройства пищевого поведения относятся к достаточно распространённой категории психических нарушений, показатели частоты которых варьируют в зависимости от применяемых диагностических критериев, а также возрастного и полового состава изучаемых групп [4]. Важно подчеркнуть, что заметную часть случаев составляют субклинические и стёртые варианты нарушений пищевого поведения, которые не соответствуют полному перечню диагностических признаков МКБ-10, МКБ-11 либо DSM-5, но, тем не менее, вносят весомый вклад в общую картину распространённости этой патологии [3], [4]. Установлено, что даже неполные клинические формы сопряжены со снижением качества жизни, психоэмоциональными трудностями и более частыми обращениями за медицинской помощью [10]. Некоторые авторы отмечают, что если не учитывать проявления расстройств пищевого поведения у пациентов с избыточной массой тела, это способно снижать результативность лечебных мероприятий, включая диетотерапию и физическую активность [5]. Данное обстоятельство указывает на необходимость комплексного подхода к терапии. При этом скрининг сопутствующих нарушений пищевого поведения нередко остаётся вне поля зрения врачей соматического профиля.

Таким образом, изучение распространённости расстройств пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением представляет ценность не только в теоретическом плане, но и имеет практическую значимость для развития лечебно-профилактических программ, ориентированных на улучшение физического и психического благополучия пациентов.

Цель исследования — оценить частоту встречаемости признаков расстройств пищевого поведения, а также различных типов пищевого поведения, среди пациентов с избыточной массой тела и ожирением, получающих помощь в условиях амбулаторной эндокринологической практики.

Методы и принципы исследования

Проведено одномоментное наблюдательное исследование с анализом первичных данных, полученных на амбулаторном приеме врача-эндокринолога. В исследование последовательно включены 134 пациента в возрасте от 18 до 65 лет, обратившихся за медицинской помощью по поводу избыточной массы тела и ожирения. Из них 86 пациентов имели избыточную массу тела ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$), 48 пациентов — ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$). Критерии исключения: ранее диагностированные психические расстройства, а также наличие в анамнезе бариатрических хирургических вмешательств. Исследование проводилось на базе амбулаторного приема ООО «ИДМК». Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Для скрининговой оценки признаков нарушенного пищевого поведения использовались стандартизированные опросники:

EAT-26 (Eating Attitudes Test-26) — применяется для выявления повышенного риска расстройств пищевого поведения. Значение ≥ 20 баллов рассматривалось как повышенный уровень риска [6]. DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) — использовался для оценки типов пищевого поведения (эмоциогенного, экстернального и ограничительного). Повышенные значения определялись в соответствии с рекомендованными пороговыми значениями: ограничительное $\geq 2,4$; эмоциогенное $\geq 1,8$; экстернальное $\geq 2,7$ [7].

Следует подчеркнуть, что указанные инструменты имеют скрининговый характер и не позволяют устанавливать клинический диагноз расстройства пищевого поведения.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной и аналитической статистики. Для количественных характеристик использовались абсолютные и относительные частоты (%). Сравнение долей между независимыми группами (пациенты с избыточной массой тела и ожирением) осуществлялось с использованием критерия 2 Пирсона. Статистически значимыми считались различия при уровне значимости $p < 0,05$. Для всех сравнений рассчитывались значения 2 и p -value. Проверка условий применимости критерия 2 (ожидаемые частоты в ячейках таблиц сопряженности) проводилась на предварительном этапе анализа.

Пациенты заполняли опросники EAT-26 и DEBQ во время приема у эндокринолога. Результаты анкетирования сопоставлялись с клинико-антропометрическими показателями (ИМТ, возраст, пол, сопутствующие заболевания). При получении повышенных показателей скрининговых опросников (EAT-26 — 20 баллов и более, DEBQ — более 2,4, 1,8 и 2,7 балла для ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения соответственно) пациенты направлялись к врачу-психиатру для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики.

Основные результаты

По опроснику EAT-26 повышенные значения (≥ 20 баллов) выявлены у 36 пациентов (41,9%) с избыточной массой тела и у 16 пациентов (33,3%) с ожирением. Статистически значимых различий между группами не обнаружено ($\chi^2 = 1,03$; $p = 0,31$). По опроснику DEBQ в шкале эмоциогенного пищевого поведения повышенные значения выявлены у 60 пациентов (69,8%) с избыточной массой тела и у 20 пациентов (41,7%) с ожирением. Различия между группами оказались статистически значимыми ($\chi^2 = 10,12$; $p = 0,0015$). По шкале ограничительного пищевого поведения повышенные значения выявлены у 35 пациентов (40,7%) с избыточной массой тела и у 13 пациентов (27,1%) с ожирением. Несмотря на более высокую частоту выявления данного типа пищевого поведения в группе пациентов с избыточной массой тела, статистически значимых различий между группами не установлено ($\chi^2 = 2,49$; $p = 0,11$). По шкале экстернального пищевого поведения повышенные значения выявлены у 24 пациентов (27,9%) с избыточной массой тела и у 10 пациентов (20,8%) с ожирением. Статистически значимых различий между группами не обнаружено ($\chi^2 = 0,82$; $p = 0,36$).

Обсуждение

Проведенный анализ показал высокую частоту признаков нарушенного пищевого поведения среди обследованных лиц независимо от выраженности избытка массы тела. По результатам опросника EAT-26 показатели, соответствующие повышенному риску расстройств пищевого поведения, были зарегистрированы у 41,9% участников с избыточной массой тела и у 33,3% пациентов с ожирением. Отсутствие статистически значимых межгрупповых различий позволяет предположить, что нарушения пищевого поведения широко распространены среди пациентов с повышенным индексом массы тела и не определяются исключительно степенью выраженности ожирения.

Полученные данные согласуются с результатами ранее опубликованных исследований, указывающих на тесную взаимосвязь между избыточной массой тела, ожирением и симптомами расстройств пищевого поведения [2], [5], [11]. В литературе неоднократно отмечалось, что лица с ИМТ выше нормы чаще демонстрируют различные формы дезадаптивного пищевого поведения по сравнению с общей популяцией. Подобные особенности способны отрицательно влиять на эффективность лечебных мероприятий, снижать приверженность рекомендациям специалистов и затруднять достижение устойчивого снижения массы тела [2], [5].

Наиболее выраженные различия между сравниваемыми группами были получены при оценке эмоциогенного пищевого поведения. При эмоциогенном пищевом поведении пациент ест не по причине того, что проголодался, а в ответ на эмоциональный дискомфорт: например, тревогу, грусть, скуку. В этом случае еда становится способом отвлечения от неприятных психологических ощущений, средством получения кратковременного чувства комфорта, утешения. Высокие значения по соответствующей шкале DEBQ значительно чаще встречались среди пациентов с избыточной массой тела, чем среди лиц с ожирением. Данный результат представляет определенный научный интерес, поскольку эмоционально обусловленное потребление пищи рассматривается как один из факторов, способствующих развитию и поддержанию избыточной массы тела [8]. Кроме того, в ряде работ эмоциогенное питание описывается как возможное звено, связывающее депрессивные проявления и увеличение массы тела [11].

Выявленная особенность может объясняться спецификой исследуемой выборки, различиями в половозрастной структуре групп, уровнем мотивации пациентов к коррекции массы тела, а также ограничениями, присущими анкетным методам оценки. Не исключено также влияние индивидуальных психологических характеристик и социокультурных факторов, которые не являлись предметом настоящего исследования.

В рамках исследования также оценивались шкалы экстернального и ограничительного типов пищевого поведения. Экстернальное пищевое поведение характеризуется повышенной реакцией на внешние раздражители, а не на внутренние гомеостатические стимулы в виде сигналов голода и сытости. Люди с таким типом пищевого поведения склонны потреблять пищу каждый раз, когда получают внешние сигналы о еде: накрытый стол, запах, при просмотре рекламы продуктов.

При ограничительном типе пищевого поведения отмечается склонность к ограничениям в питании, проявляющихся, например, в соблюдении строгих диет, подсчете калорий, избегании групп продуктов и компенсаторного поведения в виде увеличения объема физической активности.

Анализ показателей ограничительного и экстернального типов пищевого поведения не выявил статистически значимых различий между группами. Вместе с тем частота их встречаемости указывает на многообразие поведенческих механизмов, участвующих в развитии и поддержании избыточной массы тела. Это подтверждает необходимость комплексной оценки пищевого поведения у пациентов эндокринологического профиля.

В целом результаты исследования свидетельствуют о высокой распространенности признаков нарушенного пищевого поведения среди лиц с повышенной массой тела и подчеркивают важность их своевременного выявления в амбулаторной практике. Использование валидизированных скрининговых инструментов, таких как EAT-26 и DEBQ, может способствовать более раннему обнаружению пациентов, которым требуется дополнительная консультация психиатра или психотерапевта.

Заключение

Настоящее исследование показало, что признаки нарушенного пищевого поведения достаточно широко представлены среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью в связи с избыточной массой тела и ожирением. По данным опросника EAT-26, повышенный риск расстройств пищевого поведения обнаружен у 41,9% лиц с избыточной массой тела и у 33,3% пациентов с ожирением; поскольку межгрупповые различия не достигли уровня статистической значимости, нарушения пищевого поведения можно рассматривать как распространённое явление среди пациентов с повышенным ИМТ независимо от степени его повышения.

Анализ данных опросника DEBQ показал, что эмоциогенный тип пищевого поведения достоверно чаще регистрировался у пациентов с избыточной массой тела, чем у пациентов с ожирением (69,8% против 41,7% соответственно; $p = 0,001$). Это может указывать на различия в механизмах формирования пищевых привычек на разных стадиях развития избыточной массы тела, что требует дальнейшего подтверждения в исследованиях с большей выборкой.

Повышенные значения ограничительного типа пищевого поведения также несколько чаще фиксировались у пациентов с избыточной массой тела (40,7% против 27,1%), однако эта тенденция не достигла статистической значимости ($p = 0,11$). Сходная картина отмечена и для экстернального типа пищевого поведения: его частота составила 27,9% в группе с избыточной массой тела и 20,8% в группе с ожирением.

Сравнение полученных данных с результатами других опубликованных работ выявило сопоставимый уровень распространённости нарушений пищевого поведения среди пациентов с повышенной массой тела. Обращает на себя внимание относительно более низкая частота эмоциогенного пищевого поведения у обследованных пациентов с ожирением в сравнении с рядом зарубежных публикаций; подобное расхождение может объясняться особенностями выборки, культурно-социальными факторами либо ограничениями, присущими самоотчётным методам исследования.



Полученные данные подтверждают целесообразность включения оценки пищевого поведения в стандартный алгоритм обследования пациентов с избыточной массой тела и ожирением в рамках амбулаторной эндокринологической помощи. Раннее выявление подобных нарушений способно повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий, улучшить приверженность пациентов лечению и обеспечить более своевременное направление к специалистам в области психического здоровья.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Шмакова О.П., Научный центр психического здоровья,
Москва Российская Федерация
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.14.1>

Conflict of Interest

None declared.

Review

Shmakova O.P., The Mental Health Research Center,
Moscow Russian Federation
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.14.1>

Список литературы на английском языке / References in English

1. Obesity and overweight // World Health Organization. — 2025. — URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. (accessed: 20.06.26)
2. da Luz F. Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches / F. da Luz, P. Hay, S. Touyz et al. // *Nutrients*. — 2018. — № 10 (7). — P. 829.
3. Mitchison D. The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community / D. Mitchison, P. Hay, S. Slewa-Younan et al. // *BMC Public Health*. — 2022. — № 22 (1). — P. 1–11.
4. Galmiche M. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review / M. Galmiche, P. Déchelotte, G. Lambert et al. // *The American Journal of Clinical Nutrition*. — 2019. — № 109 (5). — P. 1402–1413.
5. Stabouli S. Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link / S. Stabouli, S. Erdine, L. Suurorg et al. // *Nutrients*. — 2021. — № 13 (12). — P. 4321.
6. Garner D.M. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates / D.M. Garner, M.P. Olmsted, Y. Bohr et al. // *Psychological medicine*. — 1982. — № 12 (4). — P. 871–878.
7. van Strien T. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior / T. van Strien, J.E.R. Frijters, G.P.A. Bergers et al. // *International Journal of Eating Disorders*. — 1986. — № 5 (2). — P. 295–315.
8. Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity / T. Van Strien // *Current diabetes reports*. — 2018. — № 18 (6). — P. 35.
9. Santomauro D.F. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019 / D.F. Santomauro, S. Melen, D. Mitchison et al. // *Lancet Psychiatry*. — 2021. — № 8 (4). — P. 320–328.
10. Hay P. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), in the Australian population / P. Hay, D. Mitchison, A.E.L. Collado et al. // *Lancet Psychiatry*. — 2023. — № 10 (7). — P. 539–550.
11. Konttinen H. Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study / H. Konttinen, T. van Strien, S. Männistö et al. // *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. — 2019. — № 16 (1). — P. 28.