

# Расстройства пищевого поведения при синдроме дефицита внимания и гиперактивности: от импульсивности к нарушению пищевого поведения

Т.П. Пицко<sup>1</sup>, старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом ФПКиП ([tanja.pitsko@yandex.ru](mailto:tanja.pitsko@yandex.ru))

<sup>1</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет» (246050, Беларусь, г. Гомель, ул. Ланге 5)

В статье представлен обзор современных данных о высокой коморбидности синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и расстройств пищевого поведения (РПП). Рассматриваются общие нейробиологические и психопатологические механизмы, такие как дисфункция системы вознаграждения, импульсивность и эмоциональная дисрегуляция. Особое внимание уделяется клиническим особенностям коморбидного течения, специфике связи СДВГ с различными типами РПП.

**Ключевые слова:** синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройства пищевого поведения (РПП), компульсивное переедание (КП), нервная булимия (НБ), импульсивность.

## Eating disorders in attention-deficit hyperactivity disorder: from impulsivity to eating disorder

T.P. Pitsko<sup>1</sup>, Senior lecturer at the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Medical Psychology with a course in FPKiP ([tanja.pitsko@yandex.ru](mailto:tanja.pitsko@yandex.ru))

<sup>1</sup> Gomel State Medical University Educational Institution (5 Lange st., Gomel, 246050, Belarus)

This article presents a review of current data on the high comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and eating disorders (EDs). Common neurobiological and psychopathological mechanisms, such as reward system dysfunction, impulsivity, and emotional dysregulation, are examined. Particular attention is given to the clinical features of comorbidity and the specific relationship between ADHD and various types of eating disorders.

**Keywords:** attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), eating disorders (ED), binge eating disorder (BE), bulimia nervosa (BN), impulsivity.

### ВВЕДЕНИЕ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и расстройства пищевого поведения (РПП) представляют собой широко распространенные и клинически значимые психические расстройства, оказывающие существенное влияние на качество жизни пациентов. Вопросы их этиопатогенеза и коморбидности остаются предметом активной научной дискуссии. В последние годы накапливаются данные, указывающие на высокую частоту коморбидности СДВГ и РПП. Исследования показывают, что у людей с СДВГ риск развития определенных типов РПП, таких как компульсивное переедание и нервная булимия, значительно повышен. В основе этой связи могут лежать общие нейробиологические механизмы (например, дисфункция дофаминергической системы вознаграждения), генетические факторы, а также общие черты в виде импульсивности и

эмоциональной дисрегуляции, которые могут служить общим предиктором для обоих расстройств [1, 2].

**Цель исследования:** проанализировать современные научные представления о взаимосвязи СДВГ и РПП, а также систематизировать данные об эпидемиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях данной коморбидности.

**Материалы и методы.** В исследовании проведен тематический (нарративный) обзор научных публикаций за 2020–2025 годы, посвященных изучению взаимосвязи СДВГ и РПП. Использованы базы данных PubMed, Google Scholar и ScienceDirect. Критерии включения: хронологические рамки: публикации за период 2020–2025 годы; тематическая релевантность: статьи непосредственно касались взаимосвязи СДВГ и РПП; тип исследования: приоритет отдавался систематическим обзорам и метаанализам, которые

предоставляют обобщенные, доказательные данные, оригинальным эмпирическим исследованиям, клиническим обзорам; отбирались статьи как на русском, так и на английском языках, что позволяет интегрировать данные международных и отечественных исследований.

**Результаты.** СДВГ — это гетерогенное нейроонтогенетическое расстройство, ключевыми чертами которого являются невнимательность, гиперактивность и импульсивность. Хотя его начало относится к детскому возрасту, у значительной части пациентов (около 30–50 %) симптомы сохраняются во взрослой жизни, приводя к функциональным нарушениям в различных сферах [4].

РПП, такие как нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ) и компульсивное переедание (КП), представляют собой серьезные психические состояния, характеризующиеся стойкими нарушениями пищевого поведения, связанными с психологическим дистрессом и нарушениями физического здоровья [8].

Долгое время эти два класса расстройств рассматривались изолированно. Однако накопленные за последние десятилетия клинические наблюдения и научные данные свидетельствуют о значимой и неслучайной связи между ними. Современные исследования показывают, что люди с СДВГ имеют повышенный риск развития РПП, а симптомы СДВГ часто наблюдаются у пациентов с РПП. Например, у взрослых с СДВГ риск развития КП и НБ может быть повышен в четыре раза [3, 13].

Эпидемиологические исследования последовательно демонстрируют повышенную частоту встречаемости СДВГ и РПП в разных возрастных группах: Villa F.M. и соавт. подтверждают связь между СДВГ и РПП у детей и подростков. Симптомы РПП могут наблюдаться у 20 % и более детей с СДВГ. Связь наиболее сильна с КП, за которым следует НБ [13]. Antunes V.C. и соавт. указывают на высокую коморбидность между СДВГ и РПП у взрослых. Риск развития КП и НБ у взрослых с СДВГ выше в четыре раза, в то время как у женщин с ожирением и эпизодами переедания симптомы СДВГ встречаются до 30 % [3]. Zhu Y. и соавт. рассматривают следующие гендерные различия: традиционно СДВГ чаще диагностируется у мужчин, чем у женщин. Однако, у девочек и женщин с СДВГ выше риск развития интернализирующих расстройств, включая РПП. У них чаще наблюдается невнимательный подтип СДВГ, который может быть не замечен в детстве, но приводит к развитию проблем с самооценкой, тревогой и, как следствие, нарушений пищевого поведения в подростковом и взрослом возрасте. Женщины с СДВГ и РПП часто сообщают о более тяжелом течении обоих расстройств [14].

Современные исследования предлагают несколько взаимодополняющих объяснений высо-

кой частоты коморбидности СДВГ и РПП. Например, MacDonald H.J. и соавт. в своем исследовании выявили взаимосвязь между дофаминергической дисфункцией и системой вознаграждения: оба расстройства связывают с нарушениями в дофаминергических путях мозга, отвечающих за мотивацию, вознаграждение и контроль импульсов. У людей с СДВГ часто отмечается дефицит дофамина, что приводит к поиску стимуляции для компенсации (например, через пищу) [10]. Исследования показывают, что как у людей с СДВГ, так и с НБ может наблюдаться сниженное количество D2-рецепторов дофамина в стриатуме. Пища, особенно высококалорийная, вызывает выброс дофамина, временно компенсируя этот дефицит и становясь механизмом преодоления стресса и дискомфорта [13]. Chen, J. и соавт. указывают на общую генетическую основу для симптомов СДВГ и переедания. Исследование показало, что до 91 % ковариации между СДВГ и КП можно объяснить общими генетическими факторами. Это свидетельствует о том, что оба состояния могут быть разными фенотипическими проявлениями сходных генетических уязвимостей [5].

Villa F.M. и соавт. рассматривают взаимосвязь нарушений когнитивных и исполнительных функций при РПП и СДВГ. Исполнительные функции — это высшие когнитивные процессы (рабочая память, когнитивная гибкость, тормозящий контроль), необходимые для целенаправленного поведения. Авторы утверждают, что импульсивность — это центральный симптом как СДВГ, так и некоторых РПП (особенно КП и НБ). Импульсивность при СДВГ проявляется в неспособности отложить реакцию, что напрямую может приводить к эпизодам неконтролируемого переедания без предварительного обдумывания последствий. А, в свою очередь, нарушение ингибиторного контроля приводит к трудности подавления нежелательных реакций, усугубляющих проблемы с контролем над пищевым поведением [13]. Baby M. и соавт. выявили проблемы с планированием и организацией. Эти трудности могут влиять на способность планировать регулярное, сбалансированное питание, что повышает риск эпизодов неструктурированного, импульсивного приема пищи [4]. Chen D. и соавт. рассмотрели эмоциональную дисрегуляцию и модель дефицита вознаграждения. Эмоциональная дисрегуляция (трудности с распознаванием, принятием и управлением эмоциями) часто сопутствует СДВГ, особенно во взрослом возрасте. Еда может использоваться как быстрый, но неадаптивный способ саморегуляции для подавления негативных эмоций (скуки, тревоги, фрустрации), вызванных ежедневными трудностями, связанными с СДВГ. Постоянные трудности в школе, на работе и в социальных взаимодействиях, характерные для СДВГ, ведут к хроническому стрессу и ощущению неудачи. Пища становится одним из

немногих доступных и надежных источников немедленного положительного подкрепления (вознаграждения), что закрепляет связь «негативная эмоция / стресс → прием пищи → временное облегчение» [4, 6, 7]. Ключевые механизмы коморбидности симптомов СДВГ при РПП представлены в таблице 1.

Взаимосвязь симптомов СДВГ и РПП создает уникальные клинические профили.

### **Компульсивное переедание (КП)**

Наиболее сильная и изученная коморбидность наблюдается между СДВГ и КП. Эпизоды переедания, характеризующиеся потреблением большого количества пищи за короткий период с ощущением потери контроля, напрямую перекликаются с ключевыми симптомами СДВГ:

*импульсивность* как прямой триггер: являющаяся ведущим симптомом СДВГ, проявляется в неспособности сопротивляться сиюминутному позыву к еде, несмотря на отсутствие физического голода. Эпизод переедания часто возникает спонтанно, без планирования, как реакция на внутренний (эмоция) или внешний (вид еды) стимул. Пациенты описывают это как «автопилот» или «затмение», когда контроль возвращается только после окончания эпизода;

*эмоциональная дисрегуляция и «заедание»:* трудности с регуляцией негативных эмоций (фрустрация, скука, тревога) приводят к использованию пищи в качестве быстрого и доступного регулятора аффекта. Процесс еды временно снижает психологический дискомфорт, что создает порочный цикл подкрепления. Для людей с СДВГ, чья повседневная жизнь часто сопряжена с неудачами и стрессом из-за невнимательности и дезорганизации, еда становится ключевым механизмом со-владания;

*дисфункция системы вознаграждения:* хронический «дефицит вознаграждения» при СДВГ заставляет искать интенсивные стимулы. Высококалорийная пища вызывает мощный выброс дофамина, временно компенсируя этот дефицит. В результате формируется паттерн поведения, при котором пища становится основным источником удовольствия и удовлетворения.

Исследования показывают, что у 20–30 % взрослых с КП встречаются клинически значимые симптомы СДВГ, а распространенность КП среди взрослых с СДВГ может достигать 10–15 %, что значительно выше, чем в общей популяции. Пациенты с коморбидным СДВГ и КП часто сообщают о более раннем начале переедания, более частых и тяжелых эпизодах, а также о высоком уровне импульсивности и эмоциональной лабильности в межэпизодные периоды. У них также выше риск сопутствующего ожирения и злоупотребления психоактивными веществами [9].

### **Нервная булимия (НБ)**

Связь СДВГ с НБ носит более сложный, циклический характер. Полный булимический цикл «переедание-очищение» может отражать попытку пациента с СДВГ установить контроль над хаосом, вызванным импульсивностью. Начальная фаза цикла — эпизод КП, который напрямую связан с описанными выше механизмами импульсивности и эмоциональной дисрегуляции. В свою очередь, возникает компенсаторное поведение как импульсивная реакция на стыд. Акты «очищения» (рвота, прием слабительных, чрезмерные тренировки) часто являются не запланированными, а импульсивными реакциями на интенсивные негативные эмоции (стыд, вину, страх набора веса), возникшие после переедания. Это действие направлено на немедленное уменьшение дистресса, что так-

Таблица 1

### **Ключевые механизмы коморбидности симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) при расстройствах пищевого поведения (РПП). Common key mechanisms of ADHD symptom complex and symptom complex of eating disorders**

Механизм	Описание	Проявление при СДВГ	Связь с РПП
Импульсивность	Неспособность противостоять сиюминутному побуждению	Преждевременные действия, нетерпеливость	Внезапные эпизоды переедания без планирования
Эмоциональная дисрегуляция	Сложности с управлением интенсивными эмоциями	Фрустрация, вспыльчивость, лабильность настроения	Использование еды как способа справиться с негативными эмоциями (заедание стресса)
Дисфункция системы вознаграждения	Нарушение в мозговых цепях, отвечающих за мотивацию и удовольствие	Поиск сильной стимуляции, скука	Еда как основной источник дофамина и временного удовлетворения
Исполнительная дисфункция	Нарушения планирования, организации, самоконтроля	Хаос, прокрастинация, забывчивость	Невозможность придерживаться плана питания, потеря контроля над количеством пищи

же характерно для импульсивного паттерна СДВГ [3]. Villa F.M. и соавт. выявили общий дефицит ингибиторного контроля, который затрудняет как прерывание начавшегося переедания, так и отказ от ритуала очищения, даже при осознании его вредных последствий. Склонность к поиску ощущений может делать такие экстремальные методы контроля веса более привлекательными. Исследования показывают, что распространенность симптомов СДВГ среди пациентов с НБ оценивается в 10–20 %. Для женщин с СДВГ риск развития НБ в 3–4 раза выше по сравнению с общей популяцией. У пациентов с СДВГ и НБ часто наблюдается более хаотичный и менее структурированный паттерн булимического поведения по сравнению с пациентами без СДВГ. Компенсаторные акты могут быть более разнообразными и экстремальными. Также характерны выраженные колебания настроения и трудности с соблюдением плана лечения [13].

### Нервная анорексия (НА)

Взаимосвязь СДВГ с НА менее очевидна и более противоречива, однако современные данные указывают на существование специфической связи, особенно для рестриктивного подтипа. Оба расстройства могут разделять такие черты, как высокий уровень перфекционизма, «зацикленность / застревание» и когнитивная ригидность. У пациентов с СДВГ эти черты могут быть компенсаторной стратегией для борьбы с внутренним хаосом и неорганизованностью. В контексте НА эта ригидность фокусируется на контроле над едой, весом и телом, создавая иллюзию порядка и управляе-

мости. В свою очередь парадоксальный симптом СДВГ — гиперфокус (погружение в деятельность, стимулирующую интерес) — может проявляться в чрезмерной озабоченности калориями, составлением диет, упражнениями. Это не является истинным контролем, а скорее дисрегуляцией внимания, которая подпитывает одержимость, характерную для НА. Хотя рестриктивное поведение кажется противоположным импульсивности, оно может сопровождаться импульсивными действиями в других сферах (шопинг, самоповреждение). Кроме того, у некоторых пациентов наблюдается чередование периодов жесткого контроля и эпизодов импульсивного переедания (подтип НА с булимическими кризами), где связь с СДВГ становится более явной. Сенсорная гиперчувствительность характерная для СДВГ может вносить вклад в развитие НА, вызывая отвращение к текстурам, вкусам или запахам пищи. Исследования показывают, что симптомы СДВГ присутствуют у 5–15 % пациентов с НА, причем чаще при булимическом подтипе. Симптомы СДВГ усугубляют течение НА, делая пациента более ригидным, менее гибким в терапии и склонным к рецидивам. Трудности с исполнительными функциями могут мешать соблюдению плана питания, даже если пациент мотивирован [12].

### Избегающе-ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП)

Связь между СДВГ и ИОРПП изучена меньше, но представляется значимой, особенно через общие черты с расстройствами аутистического спек-

Таблица 2

Механизмы связи синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) с разными типами расстройств пищевого поведения (РПП)  
Relationship between ADHD and different types of eating disorders

Тип РПП	Ключевые связующие симптомы СДВГ	Преобладающий механизм влияния	Клинические особенности коморбидного течения
Компульсивное переедание	Импульсивность, эмоциональная дисрегуляция, дефицит вознаграждения	Прямой: импульсивность и поиск вознаграждения ведут к эпизодам переедания	Раннее начало, частые эпизоды, высокий уровень эмоциональной лабильности
Нервная булимия	Импульсивность, эмоциональная дисрегуляция, нарушение ингибиторного контроля	Циклический: импульсивное переедание — импульсивное очищение (как реакция на стыд, вину)	Хаотический паттерн симптомов, разнообразие компенсаторных методов, выраженные колебания настроения
Нервная анорексия	Ригидность, перфекционизм, гиперфокус, сенсорная чувствительность	Опосредованный: ригидность и гиперфокус направляются на контроль пищи и тела как компенсация хаоса	Высокая ригидность в мыслях, сопротивление терапии, возможное колебание ограничений и срывов
Избегающе-ограничительное расстройство приема пищи	Сенсорная гиперчувствительность, невнимательность к сигналам тела, импульсивность, неофобия	Опосредованный: сенсорные особенности и interoцептивная дисфункция ведут к ограничению рациона	Сильное ограничение рациона из-за сенсорных предпочтений, «забывчивость» в отношении еды

тра (РАС) и сенсорными особенностями. Основной паттерн ИОРПП — отсутствие интереса к еде или сенсорное отвращение, что напрямую пересекается с сенсорной гиперчувствительностью, часто наблюдаемой при СДВГ. Определенные текстуры, запахи, цвета или температура пищи могут вызывать непереносимый дискомфорт, ведущий к ее избеганию. В свою очередь, дефицит interoцептивной осведомленности (способности замечать сигналы тела) при СДВГ может проявляться в том, что человек просто «забывает поесть» или не распознает сигналы голода / сытости, что соответствует профилю ИОРПП с отсутствием интереса к еде. Импульсивная негативная реакция («фу, даже пробовать не буду») на новый вид пищи усиливает пищевую неофобию (страх нового), ограничивая рацион. Исследования показывают, что симптомы СДВГ непропорционально часто встречаются у детей и взрослых с ИОРПП, особенно у тех, чье расстройство в большей степени обусловлено сенсорными факторами [8]. Механизмы связи СДВГ с различными типами РПП представлены в таблице 2.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Современные научные данные описывают значимую двунаправленную связь между СДВГ и РПП, особенно с КП и НБ. Риск развития РПП у людей с СДВГ существенно повышен. Дети с СДВГ подвержены риску нарушений пищевого поведения, в то время как у подростков и взрослых с СДВГ повышается риск развития уже полноценных клинических РПП. Это подчеркивает важность мониторинга пищевого поведения на всех этапах жизни человека с СДВГ [11, 13]. В основе коморбидности лежат общие нейробиологические (дисфункция дофаминовой системы вознаграждения), генетические, когнитивные (импульсивность, исполнительная дисфункция) и эмоциональные факторы. Коморбидность отягощает течение обоих расстройств, затрудняет диагностику и требует адаптированных, комплексных подходов к лечению. Взаимосвязь СДВГ и РПП представляет собой яркий пример сложной коморбидности в психиатрии, требующей интегративного понимания и персонализированного подхода к лечению для улучшения прогноза и качества жизни пациентов.

## Литература

1. Балабанова В. И., Еремина Д. А. Коморбидность синдрома дефицита внимания и гиперактивности и расстройств пищевого поведения у подростков: обзор литературы // Педиатрия. 2023. — № 2. — С.134-140.
2. Кирсанова А. В., Захарова Н. С. Особенности пищевого поведения у взрослых с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Неврологический вестник. 2024. — № 56(1). — С.45-52.
3. Antunes V. C. et al. Risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em adultos diagnosticados com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: Uma revisão integrativa de literatura // Research, Society and Development. 2025. — №14(7). — P.e9714749295-e9714749295.
4. Baby M. et al. A Narrative Review of Outcomes, Comorbidities, and Alternative Behavioral Interventions in Adolescent and Adult Women with ADHD // International Journal of Women's Health. 2025. — P. 3201-3228.
5. Chen J., Li X., McGue M. The shared genetic basis of attention-deficit/hyperactivity disorder and lifetime disordered eating // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2022. — №63(10). — P.1220-1230.
6. Chen D. et al. Brain signatures during reward anticipation predict persistent attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2022. — №8(61) — P. 1050-1061.
7. Fu X. et al. Adult ADHD and comorbid anxiety and depressive disorders: a review of etiology and treatment // Frontiers in Psychiatry. 2025. — №1(16) — P.1597559.
8. Horovitz O. Advancements in the Diagnosis and Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents: Challenges, Progress, and Future Directions // Nutrients. 2025. — №10(17) — P. 1744.
9. Kar S. K., Sharma P., Arafat S. M. Y. Disruptive and Impulse Control Disorders // Textbook of Psychiatry-E-Book: Textbook of Psychiatry-E-Book. 2025. — P.112.
10. MacDonald H. J. et al. The dopamine hypothesis for ADHD: An evaluation of evidence accumulated from human studies and animal models // Frontiers in Psychiatry. 2024. — №1(15) — P.1492126.
11. Nazar B. P., Bernardes C., Peachey G. et al. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis // International Journal of Eating Disorders. 2016. — №49(12) — P.1045-1057.
12. Sternheim L. C. et al. Examining anxious temperament in anorexia nervosa: Behavioural inhibition and intolerance of uncertainty and their contribution to trait anxiety in adolescents with anorexia nervosa // Journal of Affective Disorders. 2024. — №1(348) — P.116-123.
13. Villa F. M. et al. ADHD and eating disorders in childhood and adolescence: An updated minireview // Journal of Affective Disorders. 2023. — №1(321) — P.265-271.
14. Zhu Y. et al. Risk of overweight and obesity in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis // Childhood Obesity. 2024. — №2(20) — P.119-127.