

АДАПТАЦІЯ ТА ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ АНКЕТИ ДЛЯ СКРИНІНГУ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ*

Ланюш Ф. В., Урбанович А. М., Козловська Х. Ю.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
lanyushfedya@ukr.net*

Цукровий діабет 2 типу (ЦД2Т) часто асоціюється із надлишковою масою тіла та ожирінням, синдромом обструктивного апное сну, хронічною хворобою нирок, кардіоваскулярними захворюваннями [1]. Крім того, у даних осіб підвищений ризик розвитку депресії та порушень харчової поведінки (ПХП), зокрема, компульсивного переїдання (КП) та синдрому нічного переїдання (СНП) [2, 3].

КП є найпоширенішим ПХП у світі із поширеністю 1,4 % у загальній популяції. У жінок поширеність вища (2,3 %) порівняно з чоловіками (0,3 %) [4]. Серед пацієнтів із ЦД2Т поширеність КП коливається від 1,4 до 25 %, що пояснюється зміною критеріїв для постановки діагнозу згідно Діагностичного та статистичного посібника з психіатричних розладів 5 перегляду (DSM-5) порівняно із його попередньою версією [5].

У 2013 році Американська психіатрична асоціація виділила КП як окремий вид ПХП, критеріями якого є [6]:

- а. Повторні епізоди переїдання, які характеризуються двома наступними ознаками:
 1. Вживання об'єктивно великої кількості їжі протягом певного періоду часу (наприклад, 2-х годин), яка є надмірною для більшості людей за таких самих умов.
 2. Відчуття втрати контролю над собою під час цих епізодів (наприклад, неможливість зупинитися або контролювати, що та скільки людина споживає).
- б. Епізоди переїдання характеризуються хоча б 3 з 5 наступних ознак:
 1. Вживання їжі під час нападів швидше, ніж зазвичай.

* Роботу виконано в межах планової наукової тематики кафедри ендокринології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького «Особливості патогенезу, діагностики та лікування захворювань серцево-судинної, травної, ендокринної та дихальної систем в клініці та експерименті», (державний реєстраційний № 0120U002142).

Установою, яка фінансує дослідження, є МОЗ України.

Автори гарантують повну відповідальність за все, що опубліковано в статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Рукопис надійшов до редакції 24.01.2022.

2. Вживання їжі доти, поки не настає відчуття дискомфорту від переповнення шлунку.
3. Переїдання навіть тоді, коли відсутнє фізичне відчуття голоду.
4. Вживання їжі наодинці через відчуття сорому.
5. Відчуття огиди до себе, провини чи депресивний настрій після епізоду переїдання.

с. Виражений дистрес через переїдання.

Такі напади повинні траплятися щонайменше 1 раз на тиждень протягом останніх 3 місяців та не супроводжуватися компенсаторною поведінкою (використанням проносних засобів, діуретиків, стимуляції блювання). КП класифікується за важкістю залежно від кількості епізодів переїдання протягом тижня: легкий (1–3 епізоди на тиждень), середньої важкості (4–7 епізодів на тиждень), тяжкий (8–13 епізодів на тиждень) та дуже тяжкий (> 14 епізодів на тиждень) перебіг.

Існує багато перепон, які ускладнюють вчасну діагностику КП. Одним з найбільш вагомих факторів є низька обізнаність медичних працівників з проявами ПХП [7]. Менше 50 % опитаних лікарів повідомляли про використання критеріїв DSM для встановлення КП, 27 % не розпізнавали КП як окремий вид ПХП, а більше 40 % ніколи не пробували визначати КП у своїх пацієнтів [8]. Деякі лікарі взагалі не опитували пацієнтів щодо їх ментального здоров'я, хоча в дослідженні *Нау Р. et al. (2020)* учасники з КП повідомляли своїм сімейним лікарям, що вони б із задоволенням відвідали психотерапевта для лікування нападів переїдання [9]. До того ж, пацієнти часто неохоче обговорювали проблему переїдання через відчуття провини чи небажання бути засудженими [10-12]. Навіть якщо пацієнти і були готові обговорювати цю проблему, лікарям було складно встановити, чи ці особи підпадали під критерії КП. В огляді *Hart L. M. et al. (2011)* було показано, що особи з КП частіше мали бажання лікувати саме

ожиріння, яке було наслідком КП, а не, власне, ПХП [13].

Існують різні методи встановлення КП: «Шкала компульсивного переїдання» (Binge eating scale) [14], «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки» (Eating Disorders Examination-Questionnaire) [15] та «Анкета для скринінгу компульсивного переїдання» (Binge eating screener-7, АСКП) [16].

Згадані діагностичні інструменти були розроблені для застосування в англійській мовній популяції, а також перекладені китайською [17], німецькою [18], литовською [19], французькою [20] та іншими мовами. Проте валідованих варіантів для застосування серед україномовної популяції поки що не існує. АСКП була розроблена на основі критеріїв КП, визначених у DSM-5. Дана анкета має максимальну чутливість (100 %) та достатню специфічність (38,7%), а простота використання дозволяє швидко виділити потенційних пацієнтів із КП та застосувати інші методики для встановлення остаточного діагнозу [16].

АСКП складається із 7 запитань, які дозволяють встановити компульсивну харчову поведінку за останні 3 місяці. Запитання №1 та №2 мають лише дві можливі відповіді: «Так» і «Ні». У випадку негативної відповіді на ці запитання пацієнт не повинен продовжувати заповнювати анкету. Запитання № 3–7 мають чотири можливих варіанти відповідей, які кількісно характеризують різні особливості епізодів переїдання. Запитання №7 стосується компенсаторної поведінки після випадку переїдання та дозволяє виключити інші типи ПХП, зокрема, нервову булімію.

Оскільки КП є частою коморбідною патологією при ЦД2Т із ожирінням або надлишковою масою тіла, а методів встановлення згаданого ПХП в україномовній популяції не існує, нашою метою було адаптувати та оцінити валідність української версії «Анкети для скринінгу компульсивного переїдання» для застосування в щоденній практиці лікарів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Оцінка ефективності АСКП складалася із декількох етапів: переклад англійського

варіанту АСКП на українську мову; використання перекладеної версії у пацієнтів

із ЦД2Т та ожирінням або надлишковою масою тіла; психометричний аналіз української версії АСКП (внутрішня узгодженість — α -Кронбаха, стійкість до ретесту, дивергентна валідність із іншим опитувальником); стандартизація методики.

Процес перекладу складався із таких складових:

- Переклад оригінальної версії опитувальника на українську мову професійним перекладачем.
- Зворотній переклад з української на англійську іншим перекладачем та порівняння з оригінальною версією.
- Використання української версії у 117 пацієнтів із ЦД2Т та ретестування через 4 тижні у 42 учасників дослідження.

Дослідження відбувалося згідно Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження». Кожен учасник підписав інформовану згоду. Дослідження було погоджено комісією з питань етики наукових досліджень, експериментальних розробок і наукових творів Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (протокол № 10 від 16 грудня 2019 р.).

У дослідженні брало участь 117 пацієнтів (45 чоловіків та 72 жінки) із встановленим ЦД2Т та ожирінням/надлишковою масою тіла, які заповнили АСКП. Критеріями виключення були: ЦД 1 типу, вік менше 40 та більше 80 років, ІМТ менше 24,9 кг/м². Підгрупа учасників (n = 42) пройшли ретестування через 4 тижні.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

117 учасників дослідження заповнили перекладену версію АСКП (табл. 1). Середній вік пацієнтів становив $58,2 \pm 8,4$ роки, ІМТ — $32,7 \pm 3,5$ кг/м².

Після заповнення опитувальника у 23 учасників (19,7%) було запідозрено КП. У таблиці 2 наведено порівняння двох груп пацієнтів: 1 група (n = 94) — особи із ЦД2Т без КП, 2 група (n = 23) — особи із ЦД2Т та КП.

Після статистичного опрацювання результатів α -Кронбаха для всього тесту ста-

Оцінка результатів АСКП відбувалася за наступною схемою:

- Якщо пацієнт відповів «ТАК» на запитання № 1, він продовжував відповідати на запитання № 2–7. Якщо він відповів «НІ», анкета далі не заповнювалася.
- Якщо пацієнт відповів «ТАК» на запитання № 2 і відзначив «Інколи», «Часто» або «Завжди» на запитання № 3–6 та «Ніколи або зрідка» чи «Інколи» на запитання №7, у нього було запідозрено КП.

Для оцінки дивергентної валідності використовували порівняння АСКП із «Шкалою компульсивного переїдання» (ШКП), яка була розроблена для діагностики та визначення тяжкості КП з можливістю оцінки афективної, когнітивної та поведінкової складової даного ПХП [21]. ШКП складається із 16 запитань: 8 з них описують поведінкові симптоми (наприклад, споживання їжі швидше або в більшій кількості, ніж зазвичай), інші 8 – компульсивні, тобто вона включає не лише оцінку харчової поведінки особи, а й схильність до імпульсивності. Можлива кількість балів коливається від 0 до 46 балів. Враховуючи загальну кількість балів, виділяють 3 групи пацієнтів: відсутність КП (≤ 17 балів), помірний ступінь важкості (від 18 до 26 балів) та тяжкий перебіг (≥ 27 балів).

Антропометричні та клінічні параметри представлено у вигляді середнього арифметичного та його похибки ($\bar{X} \pm S_x$).

новила 0,73. Кореляція із ШКП становила $r = 0,59$. Ретестування після 4-х тижнів пройшли 42 учасники. У цю групу були включені як особи із КП, так і без даного ПХП. Надійність ретесту була висока — 0,71 ($p < 0,05$).

КП є найпоширенішим ПХП у світі із поширеністю 1,4% у загальній популяції [4]. Серед пацієнтів із ЦД2Т та ожирінням поширеність КП значно коливається залежно від того, які критерії встановлення діагнозу використовувалися під час до-

Анкета для скринінгу компульсивного переїдання

1. Протягом останніх 3 місяців чи були у Вас епізоди надмірного переїдання (наприклад, ви їли значно більше, ніж більшість людей з'їли би за той же період часу)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні		
Зауважте: якщо Ви відповіли «Ні» на Запитання № 1 , не відповідайте на Запитання № 2–7				
2. Ви почуваетесь занепокоєно через епізоди надмірного переїдання?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні		
Протягом останніх 3 місяців...	Ніколи або зрідка	Інколи	Часто	Завжди
3. Під час епізодів надмірного переїдання як часто Ви відчували, що втрачаєте контроль над собою (наприклад, не могли зупинитися їсти, вважали необхідністю продовжувати їсти)?				
4. Під час нападів переїдання як часто Ви продовжували їсти, хоча і не були голодні?				
5. Наскільки часто Ви почувалися дискомфортно під час цих епізодів?				
6. Під час нападів, як часто Ви відчували огиду до себе чи вину через переїдання?				
7. Протягом останніх 3 місяців, як часто Ви викликали в себе блювання для того, щоб контролювати власну вагу та форму?				

Таблиця 2

Характеристика учасників дослідження, ($\bar{X} \pm S_{\bar{x}}$)

Показник	1 група (n = 94)	2 група (n = 23)
Вік (роки)	57,3 ± 6,2	59,1 ± 7,4
Ріст (см)	165,2 ± 5,4	163,1 ± 6,3
Вага (кг)	85,2 ± 8,8	87,6 ± 9,1
ІМТ (кг/м ²)	31,4 ± 3,5	32,7 ± 3,8
HbA1c (%)	9,4 ± 1,6	9,5 ± 1,4

слідження, зокрема, у деяких публікаціях поширеність становить лише 1,4%, а в інших — до 25% [5].

Це пояснюється тим, що у DSM 4 перегляду критерієм КП була частота виникнення епізодів хоча б 2 рази на тиждень протягом останніх 6 місяців. У 2013 році після виходу DSM-5 цей критерій змінився і відтепер становить хоча б 1 епізод КП на тиждень протягом останніх 3 місяців. У нашому дослідженні у 19,7% учасників було запідозрено КП, що вказує на досить високу поширеність даного ПХП серед пацієнтів із ЦД2Т та ожирінням або надлишковою масою тіла.

АСКП була розроблена для скринінгу КП та засвідчила високу специфічність та чутливість [16]. Адаптована українська версія анкети продемонструвала достатню внутрішню узгодженість (α -Кронбаха склав 0,73), стійкість до ретесту (0,71, $p < 0,05$) та дивергентну валідність із ШКП ($r = 0,59$, $p < 0,05$). Це свідчить про можливість використання перекладеної версії АСКП у клінічній практиці для вчасного встановлення КП.

Відомо, що наявність КП погіршує перебіг ЦД2Т: в даних осіб був зафіксований вищий рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c), холестерину ліпопротеїнів низької

щільності, тригліцеридів, більша кількість госпіталізацій з приводу ЦД2Т протягом року [22]. Проте наші результати свідчать, що пацієнти з КП та без нього не відрізнялися по показниках HbA1c. Ми вважаємо,

що необхідне також подальше дослідження особливостей ліпідного профілю в осіб із ПХП для можливості його вчасної корекції та вивчення особливостей кардіо-васкулярного ризику у пацієнтів із КП.

ВИСНОВКИ

1. Українська версія «Анкет для скринінгу компульсивного переїдання» – це ефективний скринінговий метод встановлення компульсивного переїдання.
2. Встановлена поширеність компульсивного переїдання серед пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та ожирінням або надлишковою масою тіла становить 19,7 %, тобто вони входять до групи ризику розвитку даного порушення харчової поведінки.
3. Анкета для скринінгу компульсивного переїдання повинна застосовуватися у клінічній практиці під час консультації пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та ожирінням або надлишковою масою тіла для вчасного виявлення компульсивного переїдання, що допоможе своєчасно розпочати необхідне медичне втручання.

ЛІТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Gregg EW, Li Y, Wang J, Rios Burrows N, et al. *N Engl J Med* 2014;370(16): 1514-1523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1310799>.
2. Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. *Curr Diab Rep* 2013; 13: 289-297. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0355-7>.
3. Laniush FV, Urbanovych AM. *Endokrynologia* 2021; 26(3): 311-318. <https://doi.org/10.31793/1680-1466.2021.26-3.311>.
4. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. *Biol Psychiatry* 2013;73(9): 904-914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>.
5. Harris SR, Carrillo M, Fujioka K. *Endocr Pract* 2021; 27(2): 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.10.005>.
6. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. *World Psychiatry* 2013; 12(2): 92-98. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>.
7. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. *Biol Psychiatry* 2013;73(9): 904-914.
8. Supina D, Herman BK, Frye CB, Shillington AC. *Postgraduate Med* 2016;128(3): 311-316.
9. Hay P, Ghabrial B, Mannan H, et al. *Int J Eating Dis* 2020;53(1): 61-68.
10. Becker AE, Hadley Arrindell A, Perloe A, et al. *Int J Eating Dis* 2010; 43(7): 633-647.
11. Herman BK, Safikhani S, Hengerer D, et al. *Postgraduate Med* 2014;126(5): 52-63.
12. Kornstein SG, Kunovac JL, Herman BK, Culpepper L. *Primary Care Comp CNS Dis* 2016;18(3): 24032.
13. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. *Clin Psychol Rev* 2011;31(5): 727-735.
14. Freitas SR, Lopes CS, Appolinario JC, Coutinho W. *Eating Behav* 2006;7(3): 282-289. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.09.002>.
15. Fairburn C, Beglin S. *Int J Eating Dis* 1994;16(4): 363-370. [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4b363::AID-EAT2260160405N3.0.CO;2-#](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4b363::AID-EAT2260160405N3.0.CO;2-#).
16. Herman Barry K, et al. *Primary Care Comp CNS Dis* 2016;18(2): 10.4088/PCC.15m01896. <https://10.4088/PCC.15m01896>.
17. He J, Sun S, Fan X. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2021;26: 201-209.
18. Richter F, Strauß B, Berger U. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2017;68(3-4): 99-108.
19. Baceviciene M, Jankauskiene R, Balciuniene V. *Int J Environment Res Public Health* 2020;17(5): 1593.
20. Brunault P, et al. *L'Encéphale* 2016;42(5): 426-433.
21. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Ferreira C. *Eating Behav* 2015;18: 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007>
22. Urbanovych AM, Laniush FV. *Int J Endocrinol* 2020; 16(2): 145-151. <https://doi.org/10.21856/j-PEP.2020.3.15>.

АДАПТАЦІЯ ТА ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ АНКЕТИ ДЛЯ СКРИНІНГУ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ

Ланюш Ф. В., Урбанович А. М., Козловська Х. Ю.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
lanyushfedy@ukr.net

Компульсивне переїдання (Binge eating disorder, КП) — це окремих вид порушень харчової поведінки (ПХП), який характеризується повторними епізодами переїдання із вживанням об'єктивно великої кількості їжі та відчуттям втрати контролю над собою. Дані епізоди повинні виникати щонайменше 1 раз на тиждень протягом останніх 3 місяців та не супроводжуватися компенсаторною поведінкою. КП є найчастішим ПХП як серед загальної популяції, так і серед пацієнтів із ожирінням та цукровим діабетом 2 типу (ЦД2Т), що зумовлює необхідність пошуку ефективних методів його діагностики. Існує декілька скринінгових методів встановлення КП, серед яких найчастіше застосовують «Анкету для скринінгу компульсивного переїдання» (АСКП). **Мета.** Адаптувати та оцінити ефективність застосування українського варіанту «Анкети для скринінгу компульсивного переїдання» серед пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та ожирінням або надлишковою масою тіла.

Матеріали та методи. 117 осіб (45 чоловіків та 72 жінок, вік — $58,2 \pm 8,4$ роки, індекс маси тіла (ІМТ) — $32,7 \pm 3,5$ кг/м²) із встановленим ЦД2Т та ожирінням або надлишковою масою тіла заповнили АСКП. Для встановлення валідності анкети було використано такі показники як внутрішня узгодженість (показник альфа Кронбаха) та дивергентна валідність (оцінювали кореляцію з «Шкалою компульсивного переїдання» (ШКП)). Через 4 тижні 42 учасники пройшли ретестування.

Результати. У 23 осіб було виявлено КП (19,7%). Загальна надійність шкали (α -Кронбаха) для усього тесту становила 0,73. Загальний бал АСКП корелював із результатом ШКП ($r = 0,59$, $p < 0,05$). Надійність ретесту була висока (0,71, $p < 0,05$).

Висновки. Поширеність компульсивного переїдання серед пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та ожирінням або надлишковою масою тіла становить 19,7%. Україномовна версія «Анкети для скринінгу компульсивного переїдання» є валідною для встановлення компульсивного переїдання та може використовуватися у клінічній практиці при обстеженні пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та ожирінням або надлишковою масою тіла.

Ключові слова: порушення харчової поведінки, компульсивне переїдання, анкета, ожиріння, цукровий діабет 2 типу.

ADAPTATION AND OWN EXPERIENCE OF THE UKRAINIAN VERSION OF BINGE EATING DISORDER SCREENER-7 USE

F. V. Laniush, A. M. Urbanovych, Kh. Yu. Kozlovska

Danylo Halytsky National Medical University,
Lviv, Ukraine
lanyushfedy@ukr.net

Background. Binge eating disorder (BED) is an eating disorder (ED) characterized by frequent and recurrent episodes of overeating with the consumption of objectively large amounts of food and a feeling of loss of self-control over eating. These episodes should occur at least once a week for the last 3 months and not be accompanied by compensatory behavior. BED is the most common ED in the general population as well as in obese or overweight patients with type 2 diabetes (T2D). It urges the search for effective methods of its diagnosis. There are several screening methods for establishing BED, and the most common is the Binge Eating Disorder Screener-7 (BEDS-7). The **aim** of our study was to assess the efficacy of the Ukrainian version of BEDS-7 in patients with type 2 diabetes and obesity or overweight.

Materials and methods. 117 people (45 men and 72 women, age — 58.2 ± 8.4 yrs, body mass index (BMI) — 32.7 ± 3.5 kg/m²) with T2D and obesity or overweight filled BEDS-7. For assessment of BEDS-7 were used internal consistency (Cronbach's alpha index) and divergent validity (correlation with the Binge Eating Scale (BES)). After 4 weeks 42 participants were retested.

Results. 23 participants (19.7%) were tested positive for BED. Internal consistency (α -Cronbach's) was 0.73. The overall score of BEDS-7 correlated with the result of BES ($r = 0.59$, $p < 0.05$). The reliability of the retest was high (0.71, $p < 0.05$).

Conclusions. The prevalence of binge eating disorder in patients with type 2 diabetes and obesity or overweight is 19.7%. The Ukrainian version of the BEDS-7 is valid for the binge eating disorder diagnosis and can be used in clinical practice during the examination of type 2 diabetic patient with obesity or overweight.

Key words: eating disorders, binge eating, screener, obesity, type 2 diabetes.