© Коллектив авторов, 2020
УДК 616.89-008.441.12
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15001>
ISSN – 2073-8137

ЙЕЛЬСКАЯ ШКАЛА ПИЩЕВОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ВЕРСИЯ 2,0): ЯЗЫКОВАЯ И КУЛЬТУРНАЯ АДАПТАЦИЯ

И. В. Друк¹, Э. Герхард², Г. И. Нечаева¹

¹ Омский государственный медицинский университет, Российская Федерация

² Мичиганский университет, Энн-Арбор, Мичиган, США

YALE FOOD ADDICTION SCALE (VERSION 2.0): LANGUAGE AND CULTURAL ADAPTATION

Druk I. V.¹, Gearhardt A.², Nechaeva G. I.¹

¹ Omsk State Medical University, Russian Federation

² University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA

Йельская шкала пищевой зависимости – первый современный опросник для оценки аддиктивного пищевого поведения. На сегодняшний день отсутствует опубликованная адаптированная русскоязычная версия шкалы. Работа представляет этап языковой и культурной адаптации шкалы. Проведена процедура языковой ратификации, подразумевающая создание новой языковой версии опросника, эквивалентной оригинальной версии, понятной большинству респондентов – носителей языка перевода независимо от уровня образования. Проведено пилотное тестирование русскоязычной версии в малых группах: в группе здоровых респондентов (группа 1, n=10, мужчин n=3; медиана возраста 25 лет) и в группе пациентов (группа 2, n=15, мужчин n=7; медиана возраста 34 года) – для оценки понимания вопросов, средней скорости заполнения и выявления возможных проблем заполнения опросника. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3. Для сравнения двух независимых выборок использовались критерий Манна – Уитни, критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень р-значения принимался $<0,05$. В результате трехэтапной процедуры языковой ратификации создана русифицированная версия Йельской шкалы из 35 вопросов. При пилотном тестировании время, затраченное на тестирование, составило 5,5 минут (5,0; 6,0) и 5 минут (4,5; 6,5) соответственно в группах 1 и 2 (U 74,50; Z0; $p>0,05$). Заполнение опросника не вызывало затруднений, не сопровождалось заявленными сомнениями респондентов. Русскоязычная версия Йельской шкалы пищевой зависимости (версия 2,0) является эквивалентной оригинальной версии, понятной респондентам – носителям языка перевода и может быть рекомендована для дальнейшей валидации с установлением психометрических свойств.

Ключевые слова: Йельская шкала (версия 2,0), пищевая зависимость, русскоязычная версия

The Yale Food Addiction Scale is the first modern questionnaire to assess addictive eating behavior. To date, there is no published adapted Russian version of the scale. Our work represents the stage of linguistic and cultural adaptation of the scale (version 2.0). The procedure of language ratification was carried out, which implies the creation of a new language version of the questionnaire, equivalent to the original version, understood by most respondents who are native speakers of the translation language, regardless of educational level. Pilot testing of the Russian version was carried out in two groups: in the group of healthy respondents (group 1, n=10, men n=3; median age 25 years) and the patient group (group 2, n=15, men n=7; median age 34 years) to assess the understanding of issues, the average rate of completion and identify possible problems filling out the questionnaire. Statistical analysis was performed using the STATISTICA 13.3 software. To compare two independent samples, we used the Mann – Whitney criterion, χ^2 criterion with Yates correction. In all statistical analysis procedures, the critical level of p-value was taken <0.05 . As a result of a three-stage procedure of language ratification, a Russian version of the Yale scale of 35 questions was created. In pilot testing, the time spent on testing was 5.5 minutes (5.0; 6.0) and 5 minutes (4.5; 6.5), respectively, in groups 1 and 2 (U 74.50; Z0; $p>0.05$). Filling out the questionnaire did not cause difficulties, was not accompanied by the stated doubts of the respondents regarding the interpretation of the text of the questionnaire, as well as additional semantic questions from the respondents. The Russian version of the Yale scale of food Addiction (version 2.0) is equivalent to the original version that is understood by the native speakers of the target language and can be recommended for further validation with the determination of psychometric properties.

Keywords: Yale scale (version 2.0), food addiction, Russian-language version

Для цитирования: Друк И. В., Герхард Э., Нечаева Г. И. ЙЕЛЬСКАЯ ШКАЛА ПИЩЕВОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ВЕРСИЯ 2,0): ЯЗЫКОВАЯ И КУЛЬТУРНАЯ АДАПТАЦИЯ. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2020;15(1):7-12. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15001>

For citation: Druk I. V., Gearhardt A., Nechaeva G. I. YALE FOOD ADDICTION SCALE (VERSION 2.0): LANGUAGE AND CULTURAL ADAPTATION. *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(1):7-12.
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15001> (In Russ.)

ИМТ – индекс массы тела

ПЗ – пищевая зависимость

Концепция пищевой зависимости («food addiction») относительно новая идея в феноменологии нарушений пищевого поведения, которая до сих пор не является общепринятой. Вызывая активное обсуждение в научном сообществе, концепция пищевой зависимости увеличивает количество экспертов, вовлеченных в изучение этой проблемы: как сторонников, включая экспертов, занимающихся проблемами наркомании, так и противников [1, 2].

Следует отметить, что в целом гипотеза пищевой зависимости приобретает все больше доказательств и соответственно сторонников. Формирующаяся концепция переживает закономерный этап углубления знаний и детализации, одним из интригующих элементов которого является современная дискуссия о природе пищевой зависимости – субстанциональной («food addiction») или поведенческой («eating addiction») [2]. Согласно современной феноменологии и, соответственно, терминологии психических расстройств, отраженной в пятом издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5; APA, 2013), дихотомически разделяющей расстройства (избегая термина «зависимость») на связанные (пример: расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, кофеина) и не связанные с веществом (пример: расстройства, связанные с азартными играми), позиция пищевой зависимости до сих пор не ясна и ждет определения на основе научных доказательств своей природы.

Йельская шкала пищевой зависимости может рассматриваться как первый опросник для оценки аддиктивного пищевого поведения, основанный на формальном подходе DSM-IV (APA, 2000) к диагностическим критериям зависимости от вещества [3]. Обновленная версия Йельской шкалы [4] валидирована во многих странах мира [5–16]. По нашим данным, на сегодняшний день отсутствует опубликованная адаптированная русскоязычная версия Йельской шкалы (версии 2,0).

Цель работы: провести языковую и культурную адаптацию Йельской шкалы пищевой зависимости (версия 2,0) как первого этапа валидации.

Материал и методы. Разработка русскоязычной версии Йельской шкалы пищевой зависимости (версия 2,0) включала этап языковой и культурной адаптации.

Процедура языковой ратификации подразумевает создание новой языковой версии шкалы, эквивалентной оригинальной версии, понятной большинству респондентов – носителей языка перевода независимо от уровня образования. Языковая ратификация была проведена специалистами компании ООО «Технологии управления переводом» (Москва, www.awatera.com). На первом этапе англоязычная версия шкалы была переведена на русский язык независимо двумя профессиональными переводчиками – носителями русского языка, имеющими специализацию переводчика медицинской литературы. По результату обсуждения с участием переводчиков и врачей эндокринологов, психиатров была создана версия 1. На втором этапе версия 1 шкалы подверглась обратному переводу с русского на английский язык двумя профессиональными пере-

водчиками – носителями английского языка, имеющими специализацию переводчика медицинской литературы, при отсутствии доступа к первоисточнику. После сопоставления обратного перевода с оригинальной версией была создана версия 2. На третьем этапе лингвистической ратификации было проведено пилотное тестирование версии 2 в группе здоровых респондентов (n=10, мужчин n=3; медиана возраста 25 лет) и в группе пациентов (n=15, мужчин n=7; медиана возраста 34 года) для оценки понимания вопросов, средней скорости заполнения и выявления возможных проблем заполнения опросника. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3. Совокупности количественных показателей (распределение отличалось от нормального) описывались при помощи значений медианы (Me), нижнего (LQ) и верхнего квартилей (UQ). Для сравнения двух независимых выборок по количественному признаку использовался критерий Манна – Уитни. Для анализа качественных признаков (таблицы сопряженности) рассчитывался критерий χ^2 , при ожидаемом событии хотя бы в одной ячейке менее 10 – критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень р-значения принимался <0,05.

Результаты и обсуждение. Финальная версия шкалы представлена в таблице 1. Опросник содержит 35 вопросов и оценивает потребление продуктов питания в течение последних 12 месяцев.

Каждый вопрос подпадает под критерий симптоматики расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ и аддиктивных расстройств в соответствии с DSM 5 либо соответствует признакам клинического расстройства/стресса. Опросник включает оценку 12 критериев (табл. 2).

В опроснике в качестве опции ответа на вопрос используется шкала Ликерта в диапазоне от 0 (никогда) до 7 (каждый день). Существуют два метода анализа: подсчет количества симптомов и диагностический порог. Каждый элемент оценивается дихотомически на основе порогового значения: 0 – не встречается; 1 – встречается [4]. Вопросы имеют разные пороги (табл. 3).

После вычисления порогового значения для ответа на каждый вопрос все баллы по каждому критерию суммируются (например, «Привыкание», «Симптомы отмены» и т. д.). Если сумма оказывается выше 1, то критерий выполнен и оценивается как 1. Если оценка равна 0, то критерий не выполнен и оценивается как 0.

Пример анализа выполнения критериев пищевой зависимости.

Критерий 6 «Привыкание»: № 24 (ответ: «4–6 раз в неделю»=1) + № 26 (ответ: «2–3 раза в неделю»=0)=1, **критерий выполнен.**

Критерий 7 «Симптомы отмены»: № 29 (ответ: «1 раз в месяц»=0) + № 30 (ответ: «1 раз в неделю»=0)=0, **критерий не выполнен.**

Критерий 12 «Клиническая значимость»: № 16 (ответ: «2–3 раза в неделю»=1) + № 17 (ответ: «4–6 раз в неделю»=1)>1 (сумма >1 расценивается как 1), **критерий выполнен.**

Таблица 1

Йельская шкала пищевой зависимости (версия 2,0), русскоязычный вариант

Предметом настоящего опроса являются Ваши пищевые привычки за прошедший год. Зачастую людям сложно контролировать количество съедаемых продуктов определенного вида, например: – Сладостей: мороженого, шоколада, пончиков, печенья, пирожных, конфет – Крахмалосодержащих продуктов: белого хлеба, выпечки, макаронных изделий и риса – Соленых снеков: чипсов, крендельков и крекеров – Жирной пищи: стейков, бекона, гамбургеров, чизбургеров, пиццы и картофеля фри – Сладких напитков: газировки, лимонада, спортивных напитков и энергетических напитков Если в нижеприведенных вопросах упоминаются «ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ПРОДУКТЫ», подумайте о ЛЮБЫХ продуктах или напитках, аналогичных тем, которые перечислены в вышеуказанных группах продуктов или напитков, либо о ЛЮБЫХ ДРУГИХ продуктах, с которыми у Вас были сложности за прошедший год								
ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ:	Ни-ког-да	Реже чем раз в месяц	Раз в месяц	2–3 раза в месяц	Раз в неделю	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Каждый день
1. Начиная есть определенные продукты, я съедал намного больше, чем планировал	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Я продолжал есть определенные продукты, даже если уже не чувствовал голод	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Я продолжал есть до тех пор, пока не начинал чувствовать себя плохо физически	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Я долго думал о необходимости уменьшить потребление определенных продуктов, но все равно их ел	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Я долго чувствовал себя вялым или уставшим от переедания	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Я ел определенные продукты много раз в день	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Когда у меня не было определенных продуктов, я старался их достать. Например, я шел в магазин за определенными продуктами, хотя у меня дома были другие продукты	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Я ел определенные продукты так часто или в таких больших количествах, что перестал заниматься другими важными делами, например работать или общаться с семьей или друзьями	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Из-за переедания у меня возникали проблемы с семьей или друзьями	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Я избегал посещения работы, школы или общественных мероприятий, поскольку боялся, что буду там переедать	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Когда я уменьшал количество или переставал есть определенные продукты, я становился раздражительным, нервным или грустным	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Если без определенных продуктов я чувствовал физические симптомы, я начинал употреблять их, чтобы чувствовать себя лучше	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Если без определенных продуктов я испытывал эмоциональные проблемы, я начинал употреблять их, чтобы чувствовать себя лучше	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Когда я уменьшал количество или переставал есть определенные продукты, у меня появлялись физические симптомы, например головные боли или утомляемость	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Когда я уменьшал количество или переставал есть определенные продукты, у меня возникало сильное желание их есть	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Я был крайне встревожен из-за своего пищевого поведения	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Из-за еды и переедания у меня возникали серьезные проблемы, например проблемы с расписанием дня, работой, школой, друзьями, семьей или здоровьем	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Я так переживал из-за переедания, что не занимался другими важными делами, например работой или общением с семьей или друзьями	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Переедание мешало мне заботиться о членах семьи или выполнять домашние дела	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Я избегал посещения работы, школы или общественных мероприятий, поскольку там я не мог есть определенные продукты	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Я избегал общественных мероприятий, поскольку люди неодобрительно относились к тому, сколько я ел	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Я продолжал есть, даже несмотря на связанные с этим эмоциональные проблемы	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Я продолжал есть, даже несмотря на связанные с этим физические проблемы	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Съедание такого же количества продуктов не приносило мне прежнего удовольствия	0	1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы 1

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ:	Ни- ког- да	Реже чем раз в месяц	Раз в ме- сяц	2-3 раза в ме- сяц	Раз в не- делю	2-3 раза в не- делю	4-6 раз в не- делю	Каж- дый день
25. Я действительно хотел уменьшить количество или перестать есть определенные продукты, но просто не смог этого сделать	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Для того чтобы получить желаемые ощущения (в том числе уменьшить отрицательные эмоции, например печаль, или повысить удовольствие), мне требовалось съесть все больше и больше	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Из-за переедания я не справлялся на работе или в школе	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Я продолжал есть определенные продукты, даже если знал, что это опасно для здоровья. Например, я продолжал есть конфеты, несмотря на сахарный диабет, или продолжал есть жирную пищу, несмотря на заболевание сердечно-сосудистой системы	0	1	2	3	4	5	6	7
29. Желание съесть определенные продукты было настолько сильным, что я не мог думать ни о чем другом	0	1	2	3	4	5	6	7
30. Желание съесть определенные продукты было настолько сильным, что я чувствовал потребность сразу же сделать это	0	1	2	3	4	5	6	7
31. Я пытался уменьшить количество или не есть определенные продукты, но у меня не получилось	0	1	2	3	4	5	6	7
32. Я пытался уменьшить количество или перестать есть определенные продукты, но безуспешно	0	1	2	3	4	5	6	7
33. Я так сильно отвлекался на еду, что мог пострадать (например, находясь за рулем автомобиля, переходя улицу, управляя оборудованием)	0	1	2	3	4	5	6	7
34. Я так сильно отвлекался на мысли о еде, что мог пострадать (например, находясь за рулем автомобиля, переходя улицу, управляя оборудованием)	0	1	2	3	4	5	6	7
35. Мои друзья или члены семьи беспокоились о том, что я передал	0	1	2	3	4	5	6	7

Таблица 2

Критерии симптоматики расстройств Йельской шкалы (версия 2,0)

Критерий	Номера вопросов
1. Пища потребляется в больших количествах или в течение более длительного периода времени, чем предполагалось	1, 2, 3
2. Постоянное желание или неоднократные неудачные попытки сократить или контролировать потребление определенных продуктов	4, 25, 31, 32
3. Значительное время, затрачиваемое на получение, потребление или восстановление после воздействия определенных продуктов	5, 6, 7
4. Отказ или ограничение участия в важных социальных, профессиональных или развлекательных мероприятиях из-за потребления определенных продуктов	8, 10, 18, 20
5. Продолжение потребления определенных продуктов, несмотря на знание о неблагоприятных последствиях (физических или эмоциональных)	22, 23
6. Привыкание (заметное увеличение количества, заметное снижение эффекта)	24, 26
7. Симптомы отмены (потребление продукта для устранения симптомов отмены)	11, 12, 13, 14, 15
8. Продолжение потребления определенных продуктов, несмотря на межличностные или социальные проблемы	9, 21, 35
9. Невыполнение основных функциональных обязательств (например, на работе, в школе, дома)	19, 27
10. Потребление в ситуациях, представляющих физическую опасность	28, 33, 34
11. Патологическое влечение, сильное желание либо позыв к потреблению определенных продуктов	29, 30
12. Значительный стресс, связанный с едой	16, 17

Таблица 3

Диагностический порог для оценки встречаемости признаков

Варианты ответов	Номер вопроса	Диагностический порог (встречается =1)
0 – никогда	9, 10, 19, 27, 33, 35	1 раз в месяц
1 – реже чем 1 раз в месяц	8, 18, 20, 21, 34	2-3 раза в месяц
2 – 1 раз в месяц	3, 11, 13, 14, 22, 28, 29	1 раз в неделю
3 – 2-3 раза в месяц	5, 12, 16, 17, 23, 24, 26, 30, 31, 32	2-3 раза в неделю
4 – 1 раз в неделю	1, 2, 4, 6, 7, 15, 25	4-6 раз в неделю
5 – 2-3 раза в неделю		
6 – 4-6 раз в неделю		
7 – каждый день		

Для реализации метода подсчета количества симптомов диагностические критерии, которые были оценены как «выполненные», суммируются вместе. Критерий 12, который оценивает ухудшение здоровья или стресс, возникающие в результате переживания (пункты 16, 17), не включается в оценку количества симптомов, используется для оценки клинической значимости. Таким образом, оценка количества симптомов варьирует от 0 до 11. Для диагностики пищевой зависимости (метод диагностического порога) необходима оценка количества выполненных критериев и клинической значимости, а именно наличие клинической значимости и выполнения двух или более критериев. Итоговое заключение формируется следующим образом: отсутствие пищевой зависимости ≤ 1 выполненного критерия; отсутствие пищевой зависимости = не достигнута клиническая значимость; легкая пищевая зависимость = 2 или 3 критерия и клиническая значимость; умеренная пищевая зависимость = 4 или 5 критериев и клиническая значимость; тяжелая пищевая зависимость = 6 или более критериев и клиническая значимость (табл. 4).

Таблица 4

Примеры оценки результатов тестирования

Респондент № п/п	Критерий 12 (выполнен=1; не выполнен=0)	Количество выполненных критериев с 1 по 11	Оценка пищевой зависимости (ПЗ)**		
			по количеству выполненных критериев*	по клинической значимости	степень
1	1	4			Умеренная
2	1	8			Тяжелая
3	0	0	Нет ПЗ	Нет ПЗ	–
4	1	3			Легкая
5	0	5		Нет ПЗ	–

Примечание: *диагностический порог – ≥ 2 ; ** диагностический порог – клиническая значимость (критерий 12 выполнен) + ≥ 2 выполненных критериев.

При диагностической оценке участник может соответствовать критериям легкой, умеренной или тяжелой пищевой зависимости (табл. 5).

На третьем этапе лингвистической ратификации было проведено пилотное тестирование версии опросника в группе здоровых респондентов (группа 1, врачи-ординаторы, $n=10$) и в группе пациентов (группа 2, $n=15$). Медиана возраста в группах составила 25 лет (25,25; 26,00) и 34 года (29,00; 43,50) соответственно в группах 1 и 2 ($U=2$; $Z=4,021$; $p<0,00001$). Группы были сопоставимы по полу: мужчин-респондентов было 3/10 и 15/34 соответственно в группах 1 и 2 ($\chi^2=0,174$; $p=0,677$). Респонденты различались по ИМТ: медиана ИМТ составила 20,25 (19,88; 22,93) $\text{кг}/\text{м}^2$ и 33,5 (31,4; 36,8) $\text{кг}/\text{м}^2$ соответственно в группах 1 и 2 ($U=186$; $Z=1,955$, $p>0,05$). Также значимо различались по частоте выявления избыточной массы тела или ожирения: 2/10 и 15/15 ($\chi^2=11,003$; $p=0,002$). По результатам оценки Йельской шкалы (версия 2,0) число выполненных критериев в группах составило 1,0 (0; 1) и 5,0 (2,25; 6,5) соответственно в группах 1 и 2 ($U=24,5$; $Z=2,774$, $p=0,006$), критерий 12 был выполнен только у 8 респондентов группы 2. В итоге пищевая зависимость

была выявлена у 7 респондентов группы 2 ($\chi^2=4,374$; $p=0,037$): легкая – $n=1$; умеренная – $n=3$; тяжелая – $n=3$. Группы не различались по времени, затраченному на тестирование: 5,5 (5,0; 6,0) минут и 5,0 (4,5; 6,5) минут соответственно в группах 1 и 2 ($U=74,5$; $Z=0$, $p>0,05$). Заполнение русифицированной версии Йельской шкалы (версия 2,0) не вызывало затруднений, не сопровождалось заявленными сомнениями респондентов в трактовке текста опросника, а также дополнительными смысловыми вопросами со стороны респондентов. Среднее время, затраченное на заполнение шкалы в группах (различные уровни образования, возраст, клинический статус), значимо не различалось.

Таблица 5

Пример анализа результатов опроса пищевой зависимости

№ вопроса	Ответ, балл	Встречаемость признака: 0 – не встречается; 1 – встречается	№ критерия	Выполнение критерия: 0 – не выполнен; 1 – выполнен	Количество выполненных критериев
1	0	0	1	0	4
2	4	0	2	1	
3	1	0	3	0	
4	3	0	4	0	
5	0	0	5	0	
6	5	0	6	0	
7	2	0	7	1	
8	0	0	8	1	
9	0	0	9	0	
10	0	0	10	1	
11	2	0	11	0	
12	4	0	12*	1*	
13	4	1			Интерпретация: * – не включается в расчет количества выполненных критериев, используется для оценки клинической значимости (если критерий не выполнен (0) – нет пищевой зависимости). Количество выполненных критериев – 4, что оценивается как умеренная пищевая зависимость
14	0	0			
15	2	0			
16	5	1			
17	3	0			
18	0	0			
19	0	0			
20	0	0			
21	0	0			
22	0	0			
23	0	0			
24	3	0			
25	5	0			
26	1	0			
27	0	0			
28	5	1			
29	3	0			
30	1	0			
31	2	0			
32	5	1			
33	0	0			
34	0	0			
35	7	1			

Заключение. Созданная русскоязычная версия Йельской шкалы пищевой зависимости (версия

2,0) является эквивалентной оригинальной версии, понятной респондентам – носителям языка перевода, и может быть рекомендована для дальнейшей валидации с установлением психометрических свойств – надежности (способность давать постоянные и точные измерения), валидности (со-

ответствие методики и результатов исследования поставленным задачам) и чувствительности (отражение различий показателя при различных клинических состояниях).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Brownell K. D., Gold M. S. (Eds.). Food and addiction: A comprehensive handbook. Oxford Univer. Press; Corsica J., Pelchat M. Food addiction: true or false? *Curr. Opin. Gastroenterol.* 2010;26(2):165-169. <https://doi.org/10.1097/MOG.0b013e328336528d>
2. Hebebrand J., Albayrak Ö., Adan R., Antel J., Dieguez C. [et al.]. «Eating addiction», rather than «food addiction», better captures addictive-like eating behavior. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2014;47:295-306. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.016>
3. Gearhardt A. N., Corbin W. R., Brownell K. D. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite.* 2019;52:2:430-436. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003>
4. Gearhardt A. N., Corbin W. R., Brownell K. D. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychol. Addictive Behav.* 2016;30(1):113-121. <https://doi.org/10.1037/adb0000136>
5. Khine M. T., Ota A., Gearhardt A. N., Fujisawa A., Morita M. [et al.]. Validation of the Japanese Version of the Yale Food Addiction Scale 2.0 (J-YFAS 2.0). *Nutrients.* 2019;22;11(3):E687. <https://doi.org/10.3390/nu11030687>
6. Fawzi M., Fawzi M. Validation of an Arabic version of the Yale Food Addiction Scale 2.0. *East Mediterr Health J.* 2018;24(8):745-752. <https://doi.org/10.26719/2018.24.8.745>
7. Swarna Nantha Y., Kalasivan A., Ponnusamy Pillai M., Suppiah P., Md Sharif S. [et al.]. The validation of the Malay Yale Food Addiction Scale 2.0: factor structure, item analysis and model fit. *Public Health. Nutr.* 2019;20:1-8. <https://doi.org/10.1017/S1368980019002684>
8. Aloï M., Rania M., Rodríguez Muñoz R. C., Jiménez Murcia S., Fernández-Aranda F. [et al.]. Validation of the Italian version of the Yale Food Addiction Scale 2.0 (I-YFAS 2.0) in a sample of undergraduate students. *Eat. Weight. Disord.* 2017;22(3):527-533. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0421-x>
9. Granero R., Jiménez-Murcia S., Gearhardt A. N., Agüera Z., Aymamí N. [et al.]. Validation of the Spanish Version of the Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0) and Clinical Correlates in a Sample of Eating Disorder, Gambling Disorder, and Healthy Control Participants. *Front. Psychiatry.* 2018;9:208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00208>
10. Brunault P., Courtois R., Gearhardt A. N., Gaillard P., Jour-niac K. [et al.]. Validation of the French Version of the DSM-5 Yale Food Addiction Scale in a Nonclinical Sample. *Can. J. Psychiatry.* 2017;62(3):199-210. <https://doi.org/10.1177/0706743716673320>
11. Kim J. H., Song J. H., Kim R., Jang M. Y., Hong H. J. [et al.]. Validity and Reliability of a Korean Version of Yale Food Addiction Scale for Children (YFAS-C)]. *J. Korean. Acad. Nurs.* 2019;49(1):59-68. <https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.1.59>
12. Magyar É. E., Tényi D., Gearhardt A., Jeges S., Abaliget-i G. [et al.]. Adaptation and validation of the Hungarian version of the Yale Food Addiction Scale for Children. *J. Behav. Addict.* 2018;7(1):181-188. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.03>
13. Chen G., Tang Z., Guo G., Liu X., Xiao S. The Chinese version of the Yale Food Addiction Scale: An examination of its validation in a sample of female adolescents. *Eat. Behav.* 2015;18:97-102. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.002>
14. Horsager C., Færk E., Lauritsen M. B., Østergaard S. D. Validation of the Yale Food Addiction Scale 2.0 and estimation of the population prevalence of food addiction. *Clin. Nutr.* 2020;13:S0261-5614(20)30006-6. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.12.030>
15. Buyuktuncer Z., Akyol A., Ayaz A., Nergiz-Unal R., Ak-soy B. [et al.]. Turkish version of the Yale Food Addiction Scale: preliminary results of factorial structure, reliability, and construct validity. *J. Health. Popul. Nutr.* 2019;38(1):42. <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0202-4>
16. Torres S., Camacho M., Costa P., Ribeiro G., Santos O. [et al.]. Psychometric properties of the Portuguese version of the Yale Food Addiction Scale. *Eat. Weight. Disord.* 2017;22(2):259-267. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0349-6>

Сведения об авторах:

Друк Инна Викторовна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины; тел.: 89139641555; e-mail: drukinna@yandex.ru

Герхард Эшли (Gearhardt Ashley), Ph.D., доцент кафедры психологии; e-mail: agearhar@umich.edu

Нечаева Галина Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней и семейной медицины; тел.: 89139788383; e-mail: profnechaeva@yandex.ru