

## Особливості харчової поведінки у осіб з нормальною та підвищеною масою тіла

Ю.С. Шевченко, Л.Е. Весніна, І.П. Кайдашев

Українська медична стоматологічна академія, Полтава; E-mail: yulichkash@mail.ru

*За допомогою опитувальників Голландського DEBQ та трифакторного TFEQ-R18 визначено особливості харчової поведінки та їх вплив на якість життя у молодих осіб віком від 18 до 25 років, які були розподілені на дві групи за індексом маси тіла (ІМТ). У групу контролю увійшла 41 особа з нормальною масою тіла (ІМТ=18,5 – 24,9 кг/м<sup>2</sup>), до дослідної – 27 осіб з підвищеною масою (ІМТ вище ніж 25 кг/м<sup>2</sup>). Визначено наявність порушень харчової поведінки у 85,19% осіб дослідної групи та у 41,46% з контрольної. За структурою порушень у людей з підвищеною масою тіла переважали обмежувальний та екстернальний тип харчової поведінки. У осіб з нормальною масою – екстернальний та обмежувальний. Дослідження показників якості життя за допомогою опитувальника SF-36 показали у осіб з підвищеною масою тіла вірогідне зниження рольового фізичного функціонування та інтенсивності болю. Загальний фізичний компонент здоров'я у дослідній групі був вірогідно нижчим – 52,70 щодо 56,11 бази. Зроблено висновок, що порушення харчової поведінки у осіб з нормальною та підвищеною масою тіла потребують індивідуального підходу до формування навичок здорового способу життя та виправлення порушеного харчового стереотипу, що будуть протидіяти подальшому збільшенню маси та сприятимуть підвищенню якості життя.*  
*Ключові слова:* порушення харчової поведінки; якість життя; індекс маси тіла; підвищена маса тіла.

### ВСТУП

Нормальне функціонування організму людини великою мірою залежить від повноцінного харчування. Життєдіяльність поєднується зі значною витратою енергії, яка відновлюється за рахунок поживних речовин. Постійний баланс між споживаною та витраченою енергією – головна умова регуляції нормальної маси тіла та енергетичного обміну. Світовою проблемою стає енергетичний дисбаланс між калоріями, які споживає та витрачає людина, в основі якого глобальна зміна харчування – збільшення споживання висококалорійної їжі та гіподинамія. Для підтримки нормальної маси тіла є важливим адекватна харчова поведінка, коли споживання відповідає потребам в поживних речовинах і енергії за складом, збалансованістю, кількістю, обсягом фізичної активності, харчовою мотивацією. Психологічним факторам відводиться пріоритетна роль у генезі формування надлишкової маси та ожиріння [1]. У клінічній практиці практично не буває випадків надлишкової маси без розладу особистості [2]. Зростання кількості хворих з порушенням харчової поведінки – тенденція останніх років більшості економічно розвинених країн [3]. Саме порушення харчової поведінки вважають одним з домінуючих факторів у становленні та розвитку метаболічного синдрому [4]. Чисельність хворих з ожирінням, у яких переважають вказані розлади, наразі становить до 60% [5].

У 95% випадків формування надлишкової маси та ожиріння провідним фактором є нейрохімічний дефект церебральних систем, що регулюють харчову поведінку та гормональний статус [5]. Нейрохімічні системи гіпоталамуса, який інтегрує інформацію про метаболічний статус організму, що надходить від структур стовбура мозку та лімбічної

© Ю.С. Шевченко, Л.Е. Весніна, І.П. Кайдашев

системи, відіграють ключову роль у функціонуванні харчового споживання. Інтеграція гіпоталамічними нейронами сигналів різної природи є основою активності систем, що контролюють поведінкові та фізіологічні процеси. Сигнальний модуль ядерного фактора транскрипції κВ (IKKβ/NF-κB) є фундаментальним зв'язком між надлишковим надходженням поживних речовин та дисфункцією гіпоталамічної сигналізації [6]. Мета нашого дослідження визначення особливостей харчової поведінки та їх впливу на якість життя у молодих осіб.

## МЕТОДИКА

У обстеженні взяли участь 68 осіб віком від 18 до 25 років обох статей, студенти Української медичної стоматологічної академії. На проведення дослідження отримано дозвіл комісії з біоетики та добровільну згоду від учасників. Визначали масу тіла, зріст, напівокружність талії (ПТ), стерон (ПС), індекс маси тіла (ІМТ, WHO, 1998). За ІМТ сформовано дві групи: контрольну складала 41 особа - 20 юнаків та 21 дівчина з нормальною масою тіла (ІМТ=18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>), дослідну - 27 осіб, з них 16 юнаків та 11 дівчат (ІМТ вище 25 кг/м<sup>2</sup>) з підвищеною масою тіла.

Дані особистого та сімейного анамнезу визначали у спеціально розробленій карті спостережень. Харчову поведінку оцінювали за допомогою опитувальників Голландського DEBQ (від англ. Dutch Eating behavior Questionnaire) [7] та трьохфакторного TFEQ-R18 (від англ. Three-factor Eating questionnaire) [8].

Опитувальник DEBQ складається з 33 питань з варіантами відповіді: «ніколи», «зрідка», «іноді», «часто» і «дуже часто» та оцінюється за 5-бальною шкалою, окрім 31-го питання зі зворотним значенням. Він дає можливість визначити екстернальний, емоційний та обмежувальний типи порушення харчової поведінки з середніми значеннями 2,7; 1,8 та 2,4 бала відповідно. Опитуваль-

ник TFEQ містить 18 питань по 4 варіанти відповіді: «однозначно так», «швидше так, ніж ні», «швидше ні, ніж так», «однозначно ні» з оцінюванням за 4-бальною шкалою [8]. Оцінюється когнітивно-обмежувальний, неконтрольований (сила голоду) та емоційний типи порушень.

Якість життя визначали за допомогою опитувальника SF-36 (від англ. Short Form Health Survey) [9], в якому 36 питань згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування; рольове фізичне функціонування; інтенсивність болю та її вплив на повсякденну діяльність; загальний стан здоров'я, загальна активність, енергійність та життєздатність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування, психічне здоров'я. Варіанти за шкалами в балах від 0 до 100, більш високі значення є критерієм високого рівня якості життя.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням програмного пакету Statistika 6.1 («StatSoft Inc.», США). Розраховували середнє арифметичне (M) та його похибку (m). Кореляційні взаємовідносини показників визначали за допомогою рангової кореляції Спірмена. Відмінності вважали статистично вірогідними P<0,05.

## РЕЗУЛЬТАТИ

Слід відмітити вірогідні відмінності маси та ІМТ порівняно з контрольною групою на 34 та 34,5% (табл. 1). Значення ПТ у осіб з підвищеною масою тіла на 21,9%, ПС на 14,2% перевищували контроль.

Нами було використано опитувальники Голландський DEBQ та трифакторний Стункарда TFEQ-18, формат яких надає можливість визначити подібні типи порушень харчової поведінки. За допомогою першого їх виявлено в обох групах у 40 осіб з 68 (58,8%, табл. 2). Вірогідні відмінності між групами визначені за обмежувальним типом. Зміни харчової поведінки спостерігались у 23 (85,19%) осіб з підвищеною масою тіла

Таблиця 1. Порівняльна оцінка антропометричних показників в досліджуваних групах (M±m)

Показники	Особи з нормальною масою	Особи з підвищеною масою
	тіла (n=41)	тіла (n=27)
Вік, роки	18,87 ± 0,17	19,52 ± 0,44
Зріст, см	173,8 ± 0,96	173,59 ± 2,08
Маса тіла, кг	64,39 ± 1,05	86,28 ± 2,72*
Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup>	21,29 ± 0,25	28,63 ± 0,72*
Напівокружність талії, см	71,68 ± 0,92	87,44 ± 2,0*
Напівокружність стегон, см	96,76 ± 0,69	111,0 ± 1,79*

\* P < 0,05 порівняно з особами з нормальною масою тіла.

та у 17 (41,46%) з нормальною. В дослідній групі екстернальна поведінка визначена у 9 (33,33%) осіб, поєднання екстернальної та обмежувальної – у 3 (11,11%) осіб. Було визначено такі порушення харчової поведінки: у контрольній групі за екстернальним типом спостерігалось у 12 (29,27%) осіб; поєднання екстернальної та обмежувальної – у 2 (4,88%); емоційної та екстернальної – у 5 (12,2%); ізолюване за екстернальним типом визначено у 2 (7,41%) осіб дослідної групи; у 4 (9,76%) з нормальною масою тіла; обмежувальний тип – у 20 (74,07%) осіб дослідної групи (з них у 10 (37,04%) осіб він ізолюваний, у 3 (11,11%) обмежувальний тип поєднувався з екстернальним, у 3 (11,11%) – з емоційним).

У студентів з нормальною масою за обмежувальним типом спостерігалось порушення у 8 (19,51%) осіб, в поєднанні з екстернальним – у 2 (4,88%), з емоційним – у 1 (2,44%) особи, ізолюване – у 4 (9,76%) осіб. Респонденти відмічали, що обмеження у прийомі їжі були досить нетривалі та нерегулярні. Порушення харчової поведінки за емоційним типом було відмічено у 8 (29,63%) осіб з підвищеною масою тіла та у 7 (17,1%) – з нормальною. Поєднання емоційного та обмежувального типів було у 3 осіб (11,11%),

ізолюване порушення – у 1 (3,70%) особи з підвищеною масою. В групі контролю ізолюване порушення за емоційним типом не спостерігалось. У 4 (14,81%) осіб з підвищеною масою тіла та у 1 (2,44%) особи з нормальною відмічені всі три типи порушень.

Опитувальник TFEQ, розроблений у 1985 р., для виявлення стриманості (свідоме обмеження прийому їжі для визначення контролю маси тіла), неконтрольованості (втрата контролю над споживанням їжі у супроводі суб'єктивного відчуття голоду) та емоційності (нездатність протистояти емоційним сигналам) [8]. За цим опитувальником порушення спостерігались у 59,26% осіб з підвищеною масою тіла, з них когнітивний обмежувальний тип переважав та був виявлений у 37,04% студентів, емоційний – у 18,52%, неконтрольований – у 3,7%. У людей з нормальною масою тіла порушення відмічені у 11 (26,83%), з них зміни за когнітивною обмежувальною шкалою – у 6 (14,63%), за емоційною – у 7 (17,1%) та за неконтрольованою шкалою – у 3 (7,32) осіб. Поєднання когнітивної та емоційної шкали було у 1 особи, емоційної та неконтрольованої – у 2, ізолювані порушення за емоційною шкалою у – 3 (7,32%), за когнітивною – у 4 (9,76%) осіб.

Таблиця 2. Структура харчової поведінки за опитувальником DEBQ (M±m)

Тип харчової поведінки	Особи з нормальною масою тіла (n=41)	Особи з підвищеною масою тіла (n=27)
Обмежувальна	1,89 ± 0,15	2,86 ± 0,15*
Емоційна	1,37 ± 0,07	1,45 ± 0,11
Екстернальна	2,62 ± 0,10	2,59 ± 0,10

Дослідження впливу порушень харчової поведінки на якість життя показали, що у осіб з підвищеною масою тіла знижені показники практично за всіма шкалами опитувальника (табл. 3). У осіб з підвищеною масою вірогідно у 1,2 раза зменшено рольове фізичне функціонування та інтенсивність болю. Загальний фізичний компонент здоров'я був недостатньо високим в обох групах, але у осіб з підвищеною масою тіла був меншим у 1,1 раза (52,70 та 56,11 бала відповідно). Психічний компонент здоров'я в обох групах вірогідно не відрізнявся, але за значенням в балах був недостатньо високим.

## ОБГОВОРЕННЯ

Харчова поведінка формується компонентами, які забезпечують споживання: підготовчі моделі поведінки для пошуку їжі, фактичне споживання та фізіологічні процеси утилізації поживних речовин. Обмежувальний тип характеризується стримуванням до вживання їжі, яке є необґрунтовано надлишковим та несистемним та не призводить до зниження маси. Строгі дієти чергуються з періодами переїдання з інтенсивним набором маси тіла. Респонденти підтвердили, що обмеження у прийомі їжі, які вони собі призначали, важко витримати відносно тривалий час, використання обмежень виникало у більшості з них спонтанно. Вони часто скаржились на

появу емоційно-афективних розладів – «дієтичної депресії» – роздратованості, на відчуття внутрішньої напруженості, постійної втоми, агресивності, поганого настрою, що сприяло відмові від дієти і набиранию маси.

Розвиток екстернального типу порушення харчової поведінки ґрунтується на культуральнозумовлених стереотипах відношення до їжі як засобу комунікації та заохочення. Його реалізація визначається підвищеною реакцією не на гомеостатичні стимули – вміст глюкози та вільних жирних кислот у крові, моторику та наповненість шлунка, а на зовнішні ознаки та стимули, пов'язані із прийомом їжі [10]. При екстернальному типі бажання поїсти стимулюється зовнішнім виглядом їжі, запахом та текстурою, впливом реклами. Людина з екстернальним типом приймає їжу завжди, коли її бачить [11]. За результатами у осіб з екстернальним типом прийом їжі стимулювався зовнішніми подразниками, а відчуття ситості виникало лише після механічного переповнення шлунка.

Емоційний тип харчування, або гіперфагічна реакція на стрес та емоційне переїдання, розглядається як відповідь на негативні емоції [12], его-загрози або дістрес [13]. Стимулом стає емоційний дискомфорт: тривожність, поганий настрій, смуток, образа, розчарування, самотність. Емоційний тип пов'язується з переїданням, ожерливістю, булімією та ожирінням [12]. У 60% пацієнтів з

Таблиця 3. Структура харчової поведінки за опитувальником SF-36 (M±m)

Показники	Особи з нормальною масою тіла (n=41)	Особи з підвищеною масою тіла (n=27)
Фізичне функціонування	94,33 ± 1,49	92,41 ± 1,26
Рольове фізичне функціонування	88,33 ± 5,66	75,0 ± 3,33*
Біль	89,33 ± 4,30	77,22 ± 3,60*
Загальне здоров'я	70,97 ± 3,13	67,67 ± 3,11
Життєздатність	67,83 ± 2,53	66,30 ± 2,24
Соціальне функціонування	85,0 ± 3,15	82,41 ± 3,30
Рольове емоційне функціонування	75,55 ± 6,87	69,13 ± 4,78
Психічне здоров'я	66,93 ± 3,09	69,78 ± 2,64
Фізичний компонент здоров'я	56,11 ± 1,04	52,70 ± 0,69*
Психічний компонент здоров'я	48,32 ± 1,60	48,49 ± 0,24

ожирілими визначений такий тип порушення харчової поведінки [14]. За опитувальником TFEQ-R18 емоційний тип спостерігався у осіб з нормальною масою тіла, стимулами до прийому їжі ставали погані настрої, почуття образи, нудьга, дратівливість.

Наші результати збігаються з даними досліджень Дудар, Овдій [15], Крапівіної та співавт. [16], що дає змогу зробити висновок, що наявність у осіб з підвищеною масою тіла усіх трьох типів порушень підтверджує необхідність поведінкової терапії та комплексної корекції підвищеної маси тіла.

На наш погляд, переважання обмежувального типу порушень у осіб з підвищеною масою тіла мали значний відсоток. Він характеризується свідомими зусиллями для досягнення або підтримки зниження маси тіла самообмеженням у раціоні. Студенти з таким типом порушень акцентували увагу на бажанні контролювати масу тіла, періодично використовували різноманітні дієти, але відмічали низьку ефективність та повернення до початкової маси тіла.

Зміни харчової поведінки дуже часто відображаються на фізичному та особливо психічному стані особистості. Для визначення оцінки критеріїв якості життя та його складових: фізичного, психологічного, рівня самостійності, суспільного життя, функціонування у навколишньому середовищі, духовності, було використано сучасний стандартизований опитувальник, що визначає соціальне, психічне та фізичне самопочуття людини – SF-36 (від. англ. 36-Item Short-Form Health Survey); Nottingham Health Profile, WHOQOL-100, WHOQOLBREF [18].

За нашими результатами найбільш високі значення за шкалою фізичного функціонування – 92,41 бала у осіб з підвищеною масою та 94,33 бала – у осіб з нормальною масою свідчать про відсутність обмежень виконання фізичних навантажень фізичним станом респондентів та відсутність впливу стану здоров'я на фізичну активність. Значення рольового фізичного функціонування нижчі

в обох групах, а у осіб з підвищеною масою вірогідно у 1,2 раза менші, ніж у контролі (75,0 та 88,33 бала відповідно), що свідчить про певне обмеження повсякденної рольової діяльності, пов'язаної з виконанням роботи.

Самопочуття особами з підвищеною масою тіла оцінюється нижче, про що говорить вірогідне зниження інтенсивності болю. Вплив больових відчуттів та їх інтенсивності на здатність займатися повсякденною діяльністю у цих осіб більш значущий, больові відчуття є частішими та інтенсивнішими. За чотирма шкалами фізичний компонент здоров'я є нижчими у осіб з підвищеною масою тіла, що свідчить про певні обмеження їх загального рівня життєдіяльності. Значення цього показника не мали вірогідних відмінностей між групами, але, незважаючи на розуміння особами з підвищеною масою тіла необхідності її контролю та свідомого харчового обмеження, підвищена маса не є для них причиною зниження життєвої та соціальної активності. Але визначені в обох групах практично однакові недостатньо високі показники психічного компонента здоров'я – 48,49 бала у осіб з підвищеною та 48,32 – з нормальною масою тіла свідчать, що в цілому студентська молодь не задоволена якістю життя.

В останні роки спостерігається стійке зниження стану здоров'я студентської молоді [19]. Оцінка якості життя за допомогою опитувальника SF-36 показала, що студенти молодших курсів Мінського медичного університету мають найбільш низькі показники, що відображають незадоволеність якістю життя, зниження фізичних резервів, життєвої активності [19, 20]. Відмічено зниження показників за шкалами «рольове емоційне функціонування» та «психічне здоров'я», що опосередковує перешкоджання емоційного стану виконанню повсякденної роботи – зниження обсягу роботи, збільшення часу її виконання, непрямі ознаки депресії, тривоги. У осіб з підвищеною масою тіла визначено позитивний кореляційний зв'язок між показ-

ником ПТ та показниками неконтрольованої харчової поведінки за опитувальником TFEQ-R18 ( $r=0,426058$ ,  $P<0,05$ ) та емоційний тип ( $r=0,396147$ ,  $P<0,05$ ). Слід відзначити, що наявні кореляційні зв'язки стосуються менш значущих типів порушень, бо провідним у дослідній групі є саме обмежувальний тип. На наш погляд, у відсутності зв'язків можуть відігравати важливу роль спроби контролю за масою тіла, які викликають її коливання у осіб з підвищеною масою з обмежувальним типом. Це підтверджує вірогідний зв'язок між показником обмежувального типу та ПТ ( $r=0,364258$ ,  $P<0,05$ ) у групі контролю.

Опубліковані дані досліджень з використанням анкет Composite International Diagnostic Interview серед 3021 особи віком від 14 до 21 року у Німеччині, які показали відсутність зв'язку між порушеннями харчової поведінки та значеннями ІМТ [21]. Нами не виявлено залежності якості життя від типів змін харчової поведінки у осіб з підвищеною масою тіла. В групі контролю визначені вірогідні позитивні кореляційні зв'язки обмежувального типу з фізичним функціонуванням ( $r=0,425683$ ,  $P<0,05$ ) та фізичним компонентом здоров'я ( $r=0,443754$ ,  $P<0,05$ ), між показниками обмежувального типу та психічного стану – соціального функціонування ( $r=0,577319$ ,  $P<0,05$ ), психологічного здоров'я ( $r=0,516766$ ,  $P<0,05$ ) та психічного компонента здоров'я ( $r=0,384989$ ,  $P<0,05$ ).

Такі результати свідчать безпосередньо про меншій відсоток обмежувальної поведінки у студентів з нормальною масою тіла, контроль за її постійністю безпосередньо відтворюється на цілій низці критеріїв якості життя, хоча їх значення переважають показники основної групи. Наслідки такого контролю для осіб з нормальною масою виявляються більш дієвими. У осіб з підвищеною масою тіла відсутність зв'язків порушень з показниками якості життя можна пояснити насамперед тим, що студенти, які вже мають підвищену масу тіла, ще не відчувають клінічних проявів розвитку патологічних станів, пов'язаних із зайвою

масою та ожирінням, не мають значного обмеження життєдіяльності та погіршення самопочуття, хоча і оцінюють якість свого життя дещо нижче.

Таким чином, порушення харчової поведінки визначені у 85,19% осіб з підвищеною масою тіла та у 41,46% групи контролю. У студентів з підвищеною масою тіла виявлено усі три типи порушень з переважанням обмежувального та екстернального типу, у осіб з нормальною масою переважають екстернальний та обмежувальний типи. Особливості порушень харчової поведінки у осіб з підвищеною масою сприяють вірогідному зниженню якості життя за показниками ролі фізичного функціонування, болю та загального фізичного компонента здоров'я. Зміни харчової поведінки у осіб з нормальною та підвищеною масою тіла потребують індивідуального підходу до формування навичок здорового способу життя та виправлення порушеного харчового стереотипу, що будуть протидіяти подальшому збільшенню маси та сприятимуть підвищенню якості життя.

Ю.С. Шевченко, Л.Э. Веснина, И.П. Кайдашев

#### ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНОЙ И ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

С помощью опросников Голландского DEBQ и трехфакторного TFEQ-R18 определены особенности пищевого поведения и их влияние на качество жизни у молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет, которые были распределены на две группы по индексу массы тела (ИМТ). В группу контроля вошли 41 человек с нормальной массой тела (ИМТ=18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>), в исследуемую группу – 27 человек (ИМТ выше 25 кг/м<sup>2</sup>) с повышенной массой. Определено наличие нарушений пищевого поведения у 85,19 % лиц с повышенной массой тела и у 41,46 % лиц с нормальной массой. По структуре нарушений у людей с повышенной массой тела выявлено преобладали ограничительный и экстернальный тип. У лиц с нормальной массой преобладали экстернальный и ограничительный типы нарушений пищевого поведения. Исследование показателей качества жизни с помощью опросника SF-36 показало у лиц с повышенной массой тела достоверное снижение ролевого физического функционирования и интенсивности боли. Общий компонент физического

здоровья недостаточно высокий в обеих группах, у лиц с повышенной массой тела был вероятно ниже – 52,70 против 56,11 балла. Сделан вывод, что нарушения пищевого поведения у лиц с нормальной и повышенной массой тела требуют индивидуального подхода к формированию навыков здорового образа жизни и исправления нарушенного пищевого стереотипа, что будет противодействовать дальнейшему увеличению массы и способствовать повышению качества жизни.

Ключевые слова: нарушение пищевого поведения; качество жизни; индекс массы тела; повышенная масса тела.

*Українська медичинська стоматологічна академія,  
Полтава*

**Yu. Shevchenko, L. Vesnina, I. Kaydashev**

### **FEATURES OF EATING BEHAVIOR IN PERSONS WITH NORMAL AND INCREASED BODY WEIGHT**

Using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) and Three-factor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-R18), we defined the peculiarities of eating behavior and their impact on quality of life in young people aged 18-25 years. All participants were divided into two groups according to body mass index (BMI).

The control group included 41 persons with normal body weight (BMI 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>). The group of young adults with increased body weight (BMI over 25 kg/m<sup>2</sup>) consisted of 27 persons.

We found eating behavior disorders in 85,19 % of overweight people and in 41,46 % of persons with normal weight. The restrictive eating behaviors as well as a significant percentage of violations by external type had predominated in overweight individuals by the structure of disorders. The external and restrictive types of eating behavior disorders were predominated in persons with normal weight. Investigation of quality of life using the SF-36 questionnaire showed a significantly decline in the physical role functioning and pain. Index of general physical health component, being not high enough in both groups, was significantly lower in overweight people with 52,70 points against 56,11.

We concluded that the eating behavior disorders in persons with normal weight and in overweight people required an individual approach to forming healthy lifestyle and fixing broken food stereotype. It will counteract the further increase of body weight and contribute to improving the quality of life. Keywords: eating behavior, eating behavior disorders, quality of life, body mass index, increased body weight.

*Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava,  
Ukraine*

### **REFERENCES**

1. Petrov DP Psychological and social aspects of obesity. Obesity (clinical essays). Baranovsky AY, Vorobobina

NV, editors. St. Petersburg: Dialect, 2007. [Russian].

2. Sansone R, Wiederman M, Sansone L. The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity: a critical review of the literature. *J Eat Behav.* 2000; 1: 93-104.
3. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc.* 2001; 7: 810-19.
4. Lazebnik LB, Zvenigorodskaya LA. [Metabolic syndrome and digestive organs]. Moscow: Anaharsis; 2009. [Russian].
5. Voznesenskaya TG, Safonova VA, Platonova NM. Eating disorders and comorbid syndromes in obesity and methods of their correction. *J Neurol Psychiatry named of SS Korsakov.* 2000; 12:49-52. [Russian].
6. Zhang X, Zhang G, Zhang H, Karin M, Bai H, Cai D. Hypothalamic IKK $\beta$ /NF- $\kappa$ B and stress link overnutrition to energy imbalance and obesity. *Cell.* 2008 Oct 3; 135(1): 61-73.
7. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *IJED.* 1986; 5: 295-315.
8. Stunkard A J, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom.* 1985; 29: 71-83.
9. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Status Survey. Manual and interpretation guide. Lincoln R.I.: Quality Metric Incorporated. 2000.
10. Schachter S. Obesity and eating. *Science* 1968 Aug. 23; 361: 751-6.
11. Voznesenskaya TG. Eating disorders in obesity and their correction. *J Obcs Metabol.* 2004; 2: 91-4. [Russian].
12. Lindeman M, Stark K. Emotional eating and eating disorder psychopathology. *J Eat Disord.* 2001; 9: 251-9.
13. Van Strien T, Ouwens MA. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *J Eat Behav.* 2007; 8: 251-7.
14. Dedov II, Melnichenko GA, editors. Obesity: etiology, pathogenesis, clinical aspects. Moscow: Medical Information Agency; 2006. [Russian].
15. Dudat LV, Ovdij MO. The role of eating behavior and diet in the development of overweight of young people. *J Modern Gastroenterol.* 2013, 4(72): 31-4. [Ukrainian].
16. Krapivina NA, Artymuk NV, Tachkova OA. The influence of certain hormones on the reproductive function and eating behavior of the obese women. *Vest Novosibirsk Med Univ.* 2007; 5 Suppl 3:19-23. [Russian].
17. de Lauzon B, Romon M, Deschamps V, Lafay L, Borys JM, Karlsson J, et al. The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *J Nutr.* 2004; 134 Suppl 9: 2372-80.
18. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;

- 41: 1403-09.
19. Shagina I R. Improving the health of young people. Proceedings of the All-Russian scientific and practical conference with international participation "The actual problems of population policy and the state of population health of the Russian federation". Astrahanj: 2009: p. 23-7.
20. Zelezinskaya GA, Korenko PN, Kravchenok MR, Sallum RI. The quality of life of medical students and medical residents. J Med of MSTU. 2006; 4:20-6. [Russian].
21. Lamertz C, Jacobi C, Yassouridis A, Arnold K, Henkel AW. Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders? A community survey. Obes Res. 2002; 11: 1152-60.

*Матеріал надійшов  
до редакції 04.06.2014*