

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2413-8843

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я

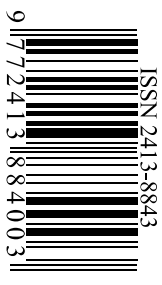
ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

№1-2 (20-21) 2025



«Давид», Мікеланджело (1501-1504)



www.ujmh.net

Городокін А.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ВІСЦЕРАЛЬНОЇ СЕНСИТИВНОСТІ ТА АПЕТИТУ У ПАЦІЄНТІВ
З ПРОЯВАМИ ТРИВОГИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ
ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ7

Городокіна Л.О.

ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ
У ПАЦІЄНТІВ ЧОЛОВІЧОГО ГЕНДЕРУ В КРИЗОВИХ УМОВАХ 14

**Дарій В. І., Білай І. М., Стоянов О. М., Курило В. О., Рибалко Т. П.,
Сікорська М. В., Візір І. В., Дарій І. В., Левченко К. В.**

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНО УСКЛАДНЕНОГО ПІВКУЛЬОВОГО
МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ НА ТЛІ ГІПЕРТЕНЗІЙНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ 22

**Резніченко Ю.Г., Саржевський С.Н., Резніченко Н.Ю.,
Сміян О.І., Філіпова І.О.**

КЛІНІКО-ГОРМОНАЛЬНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ У ОСІБ З РІЗНОЮ
ОСОБИСТІСНОЮ ТРИВОЖНІСТЮ 29

Гнатко О.П., Скурятіна Н.Г., Марущенко Ю.Л.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПСИХОСОМАТИЧНИМ
БЕЗПЛІДДЯМ В АНАМНЕЗІ 38

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ.....

Городокін А.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ВІСЦЕРАЛЬНОЇ СЕНСИТИВНОСТІ ТА АПЕТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ПРОЯВАМИ ТРИВОГИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна***Horodokin A.D.**

FEATURES OF VISCERAL SENSITIVITY AND APPETITE IN PATIENTS WITH ANXIETY SYMPTOMS SUFFERING FROM FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

*Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine***Резюме**

Актуальність. Згідно з біопсихосоціальною моделлю, прийнятою багатьма провідними дослідниками, найбільш поширені функціональні гастроінтестинальні розлади розглядаються як стани, що формуються внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів.

Мета дослідження: встановити загальні характеристики апетиту у взаємозв'язку з вісцеральною сенситивністю у пацієнтів з проявами тривоги, що страждають на функціональні гастроінтестинальні розлади.

Матеріали та методи. Проведено психометричне дослідження серед 22 осіб із різними формами синдрому подразненого кишечника (СПК). Середній вік досліджуваних становив $39,4 \pm 13,4$ року. Методики дослідження: візуальна аналогова шкала (Visual Analogue Scale, VAS), індекс вісцеральної чутливості (Visceral Sensitivity Index, VSI), опитувальник харчової поведінки дорослих (Adult Eating Behaviour Questionnaire, AEBQ).

Результати дослідження. За даними методики VAS пацієнти основної групи (ОГ) продемонстрували середній рівень абдомінального дистресу $6,7 \pm 1,6$ бала, тоді як особи групи порівняння (ГП) – $2,4 \pm 1,3$ бала ($p < 0,05$). За результатами методики VSI рівень дистресу в ОГ становив $3,7 \pm 1,1$ бала, а в ГП – $1,4 \pm 0,5$ бала ($p < 0,05$).

Оцінка апетиту та харчової поведінки за опитувальником AEBQ показала такі результати:

«Задоволення від їжі»: ОГ – $3,6 \pm 0,7$ бала, ГП – $3,4 \pm 0,6$ бала ($p > 0,05$);

«Емоційне переїдання»: ОГ – $2,7 \pm 1,1$ бала, ГП – $2,5 \pm 1,3$ бала ($p > 0,05$);

«Емоційне недоїдання»: ОГ – $2,6 \pm 0,9$ бала, ГП – $2,5 \pm 0,9$ бала ($p > 0,05$);

«Вибагливість до їжі»: ОГ – $3,4 \pm 0,4$ бала, ГП – $2,2 \pm 0,6$ бала ($p < 0,05$);

«Харчова реактивність»: ОГ – $2,6 \pm 1,2$ бала, ГП – $2,3 \pm 0,9$ бала ($p > 0,05$);

«Уповільнення харчування»: ОГ – $3,1 \pm 0,8$ бала, ГП – $2,1 \pm 0,6$ бала ($p < 0,05$);

«Відчуття голоду»: ОГ – $2,9 \pm 0,8$ бала, ГП – $3,5 \pm 0,9$ бала ($p > 0,05$);

«Реакція на насичення»: ОГ – $3,1 \pm 1,1$ бала, ГП – $2,4 \pm 0,9$ бала ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про наявність змін у структурі апетиту та харчової поведінки. Достовірно підвищені показники вибагливості до їжі, уповільнення харчування та реакції на насичення у пацієнтів із СПК порівняно зі здоровими особами вказують на домінування поведінкових стратегій, спрямованих на мінімізацію шлунково-кишкових симптомів.

Відсутність достовірних відмінностей між групами за показниками емоційного переїдання, емоційного недоїдання, харчової реактивності, відчуття голоду та задоволення від їжі свідчить про те, що емоційно-афективна складова апетитивної поведінки не є основним чинником порушень харчування у пацієнтів із СПК. Це дозволяє припустити, що зміни апетиту в цій популяції є не наслідком афективної дисрегуляції, а радше когнітивно-мотивованими адаптаціями, спрямованими на уникнення тілесного дистресу.

Ключові слова: функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, синдром подразненого кишечника, тривога, харчова поведінка, апетит.

Актуальність. Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР), також відомі як розлади взаємодії «кишечник–мозок» (ВКМ), являють собою гетерогенну групу станів, що характеризуються хронічними або рецидивуючими симптомами з боку шлунково-кишкового тракту, які не мають підтвердженої органічної основи. Це означає, що при наявності вираженої клінічної симптоматики, яка може значно знижувати якість життя пацієнтів, не виявляється анатомічних чи структурних змін у травній системі, які могли б пояснити такі симптоми [1].

Основні симптоми найбільш розповсюджених ФГР включають біль у животі, здуття, розлади випорожнення (закрепи, діарею або чергування цих станів) та відчуття дискомфорту після їжі [1]. На відміну від органічних захворювань, ФГР ґрунтуються на порушеннях низки функціональних механізмів [2]. Дослідження показують, що інтенсивність симптомів та необхідність звернення за медичною допомогою зумовлені, зокрема, чинниками, які виходять за межі соматичного статусу, і включають набуті моделі поведінки, психологічний стан та психопатологічну коморбідність [3].

Згідно з біопсихосоціальною моделлю, прийнятою багатьма провідними дослідниками [4], найбільш поширені ФГР розглядаються як стани, що формуються внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів [5]. Біологічний компонент включає зміни в роботі ВНС, порушення на осі ГГН, дисфункції імунної системи, а також інші фізіологічні процеси, які можуть спричинити симптоми ФГР. Психологічний компонент охоплює наявність

стресових факторів, депресії, тривожних розладів і минулого травматичного досвіду, що можуть впливати на виникнення та перебіг ФГР. Соціальний компонент включає вплив життєвих подій, міжособистісних стосунків та соціальної підтримки, що можуть як полегшувати, так і посилювати прояви захворювання. У цьому контексті дослідники підкреслюють важливість ВКМ, яка пояснює взаємодію між мозком і травною системою як один із ключових механізмів у розвитку та підтриманні симптомів ФГР [6].

Результати численних досліджень вказують на значну епідеміологічну коморбідність найбільш поширених ФГР із психопатологічними розладами, зокрема тривожними та депресивними. Деякі дослідження свідчать, що суб'єктивне сприйняття симптомів психічних розладів, коморбідних до ФГР, може бути ключовим чинником, що впливає на вираженість симптомів з боку шлунково-кишкового тракту і знижує якість життя пацієнтів [7].

Відомі аспекти патофізіології ФГР, таких як синдром подразненого кишечника (СПК), включає порушену моторику, вісцеральну гіперчутливість, змінену цілісність слизової оболонки, а також імунні та мікробіологічні дисфункції. Ці механізми тісно пов'язані з психологічними та психопатологічними факторами, що підкреслює важливість міждисциплінарного підходу до розуміння ФГР [8]. Основним фізіологічним зв'язком між СПК та психопатологією тривожно-депресивного кола вважається ВКМ, щодо інших типів психопатології, які також демонструють помітні рівні коморбідності з ФГР, є менше надійних даних [9].

Поширеність тривоги та депресії серед пацієнтів ФГР та зокрема ФД та СПК, значно перевищує показники в контрольних групах. Зокрема, дослідження Zhang та ін. (2018) і Lee та ін. (2015) продемонстрували суттєве збільшення частоти депресивних і тривожних станів серед пацієнтів із СПК порівняно зі здоровими особами [10, 11]. Багатофакторний аналіз Midenfjord та ін. (2019), проведений серед 769 пацієнтів із СПК, показав, що частота депресії сягала 25,7%, а тривожності – 44,9%, що підкреслює високу коморбідність цих психічних розладів у пацієнтів із СПК [12].

Враховуючи тісний зв'язок апетиту, харчової поведінки, психопатологічних розладів тривожно-депресивного кола та вісцеральної гіперсенситивності у контексті біопсихосоціальної моделі СПК, важливим є дослідження характеру та параметрів цього зв'язку задля подальшої розробки ефективних моделей біопсихосоціального втручання.

Мета дослідження: встановити загальні характеристики апетиту у взаємозв'язку з вісцеральною сенситивністю у пацієнтів з проявами тривоги, що страждають на функціональні гастроінтестинальні розлади.

Матеріали та методи. Проведено психометричне дослідження за участю 22 пацієнтів із функціональними гастроінтестинальними розладами (ФГР), які відповідали критеріям: K58.1 – синдром подразненого кишечника з переважанням діареї; K58.2 – з переважанням закрепів; K58.3 – змішана форма.

Клінічною базою для набору контингенту слугували Науково-навчально-медичний центр «Університетська клініка» Запорізького державного медико-фармацевтичного університету та кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології того ж закладу МОЗ України. Середній вік учасників дослідження становив $39,4 \pm 13,4$ року.

Усі пацієнти досліджуваної групи мали підвищений рівень тривожності згідно зі шкалою тривоги Бека [13], що було підтверджено на етапі формування вибірки.

Групу порівняння (ГП) сформували 22 здорові особи, які, за результатами клініч-

ного опитування та аналізу анамнестичних даних, не мали клінічно значущих скарг на функціонування шлунково-кишкового тракту, апетит, харчову поведінку, а також проявів тривожно-депресивного спектра.

У дослідженні застосовано такі методи: клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-статистичний.

Методики дослідження:

Візуальна аналогова шкала (Visual Analogue Scale, VAS) [14], дубльована модифікованою шкалою обличчя Wong-Baker [15] – використовувалася для кількісної оцінки рівня загального дистресу на момент обстеження у пацієнтів із ФГР (шкала від 0 до 10 балів).

Індекс вісцеральної чутливості (Visceral Sensitivity Index, VSI) [16] в адаптації українською мовою (VSI-UA) [17] – застосовувався для оцінки психологічної та поведінкової реакції на вісцеральні сенсорні відчуття в контексті ФГР. Опитувальник містить 15 запитань. Результати оцінювалися шляхом розрахунку середнього арифметичного балів за рубриками, визначеними за шкалою Лайкерта [18] (від 1 до 5 балів).

Опитувальник харчової поведінки дорослих (Adult Eating Behaviour Questionnaire, AEBQ) [19] – використовувався для вивчення психологічних аспектів апетиту в осіб із ФГР. Складається з 35 запитань, об'єднаних у 8 рубрик, що дають змогу оцінити такі параметри: наголода від їжі, емоційно зумовлене переїдання, емоційно зумовлене недоїдання, вибагливість у харчуванні, харчова чутливість, уповільненість харчування, відчуття голоду, реакція на насичення.

Оцінювання проводилось шляхом розрахунку середнього арифметичного балів за кожною рубрикою за шкалою Лайкерта (від 1 до 5 балів) [18].

Формат збору даних: усі методики використовувалися в межах структурованого психодіагностичного інтерв'ю. Пацієнти самостійно заповнювали опитувальники, водночас дослідник ставив уточнювальні запитання з метою роз'яснення змісту окремих термінів і положень анкет.

Результати дослідження. У межах дослідження було проведено оцінку рівня абдомінального дистресу за останні два тижні за допомогою візуальної аналогової шкали (Visual Analogue Scale, VAS), із застосуванням модифікованої шкали обличчя Wong-Baker у ході психодіагностичного інтерв'ю. За результатами цієї методики пацієнти основної групи (ОГ) продемонстрували середній рівень абдомінального дистресу $6,7 \pm 1,6$ бала, тоді як особи групи порівняння (ГП) – $2,4 \pm 1,3$ бала ($p < 0,05$).

Оцінку вісцеральної сенситивності здійснювали за допомогою опитувальника «Індекс вісцеральної чутливості» (Visceral Sensitivity Index, VSI), із фіксацією психоемоційного статусу на момент опитування. Пацієнти ОГ продемонстрували середній рівень дистресу $3,7 \pm 1,1$ бала, тоді як у ГП цей показник становив $1,4 \pm 0,5$ бала ($p < 0,05$).

Оцінка характеристик апетиту проводилася за допомогою опитувальника харчової поведінки дорослих (Adult Eating Behaviour Questionnaire, AEBQ). Усі показники також фіксували статус пацієнтів на момент опитування.

За результатами:

- за параметром «Задоволення від їжі»: ОГ – $3,6 \pm 0,7$ бала, ГП – $3,4 \pm 0,6$ бала ($p > 0,05$);
- за параметром «Емоційне переїдання»: ОГ – $2,7 \pm 1,1$ бала, ГП – $2,5 \pm 1,3$ бала ($p > 0,05$);
- за параметром «Емоційне недоїдання»: ОГ – $2,6 \pm 0,9$ бала, ГП – $2,5 \pm 0,9$ бала ($p > 0,05$);
- за параметром «Вибагливість до їжі»: ОГ – $3,4 \pm 0,4$ бала, ГП – $2,2 \pm 0,6$ бала ($p < 0,05$);
- за параметром «Харчова реактивність»: ОГ – $2,6 \pm 1,2$ бала, ГП – $2,3 \pm 0,9$ бала ($p > 0,05$);
- за параметром «Уповільнення харчування»: ОГ – $3,1 \pm 0,8$ бала, ГП – $2,1 \pm 0,6$ бала ($p < 0,05$);
- за параметром «Відчуття голоду»: ОГ – $2,9 \pm 0,8$ бала, ГП – $3,5 \pm 0,9$ бала ($p > 0,05$);
- за параметром «Реакція на насичення»: ОГ – $3,1 \pm 1,1$ бала, ГП – $2,4 \pm 0,9$ бала ($p < 0,05$).

Порівняння показників у досліджуваних групах наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняння параметрів апетиту в групах дослідження

Параметр	ОГ	p	ГП
Задоволення від їжі	$3,6 \pm 0,7$	$>0,05$	$3,4 \pm 0,6$
Емоційне переїдання	$2,7 \pm 1,1$	$>0,05$	$2,5 \pm 1,3$
Емоційне недоїдання	$2,6 \pm 0,9$	$>0,05$	$2,5 \pm 0,9$
Вибагливість до їжі	$3,4 \pm 0,4$	$<0,05$	$2,2 \pm 0,6$
Харчова реактивність	$2,6 \pm 1,2$	$>0,05$	$2,3 \pm 0,9$
Уповільнення харчування	$3,1 \pm 0,8$	$<0,05$	$2,1 \pm 0,6$
Відчуття голоду	$2,9 \pm 0,8$	$>0,05$	$3,5 \pm 0,9$
Реакція на насичення	$3,1 \pm 1,1$	$<0,05$	$2,4 \pm 0,9$

Результати аналізу, включно з клінічними даними, отриманими із застосуванням клініко-анамнестичного методу, свідчать про те, що деякі аспекти ставлення

до їжі та стилю харчування у пацієнтів ОГ мають ознаки контрольованості, обережності та гіперреактивності на тілесні сигнали. Зокрема, в осіб із СПК зафіксовано вищі

показники вибагливості до їжі, уповільнення харчування та реакції на насичення. Це вказує на формування специфічних поведінкових стратегій, які, ймовірно, мають адаптивне походження і спрямовані на уникнення або мінімізацію абдомінального дистресу у контексті вісцеральної гіперсенситивності.

Підвищена вибагливість до їжі в цій групі може бути інтерпретована як прояв тривожного контролю: пацієнти схильні уникати певних продуктів, які, на їхню думку, здатні викликати або посилити симптоми СРК. Така поведінка формує своєрідну систему харчових обмежень, що ґрунтується не на фізіологічних потребах, а на очікуванні загрози. Водночас тенденція до уповільненого харчування відображає намагання краще відстежити внутрішні сигнали і контролювати процес прийому їжі, зменшуючи ризик появи симптомів. Підвищена чутливість до насичення вірогідно є прямим наслідком вісцеральної гіперсенситивності. У пацієнтів ОГ насичення сприймається з більшою інтенсивністю, що, ймовірно, сприяє передчасному припиненню прийому їжі та появі відчуття дискомфорту навіть при незначному обсязі спожитої їжі.

Інші параметри харчової поведінки, зокрема задоволення від їжі, емоційне переїдання та емоційне недоїдання, не продемонстрували статистично значущих відмінностей між пацієнтами та здоровими особами. Вказані результати дають підстави припускати, що ключові порушення харчової поведінки у пацієнтів із СРК та тривогою пов'язані не стільки з емоційною регуляцією харчування, скільки з когнітивними схемами уникнення і підвищеним фокусом на тілесних відчуттях.

Висновки.

1. Отримані дані свідчать про наявність змін у структурі апетиту та харчової поведінки. Достовірно підвищені показники вибагливості до їжі, уповільнення харчування та реакції на насичення у пацієнтів з СРК порівняно зі здоровими особами вказують на домінування поведінкових стратегій, спрямованих на мінімізацію шлунково-кишкових симптомів.
2. Відсутність достовірних відмінностей між групами за показниками емоційного переїдання, емоційного недоїдання, харчової реактивності, відчуття голоду та задоволення від їжі свідчить про те, що емоційно афективна складова апетитивної поведінки не є основним чинником розладів харчування у пацієнтів із СРК. Це дає підстави припустити, що зміни апетиту в цієї категорії пацієнтів зумовлені не афективною дисрегуляцією, а радше когнітивно-мотивованими адаптаційними механізмами, спрямованими на уникнення тілесного дистресу.
3. Достовірні відмінності у параметрах апетиту та харчової поведінки при СРК можуть свідчити про складну взаємодію вісцеральної гіперчутливості, тривожності та формування патернів харчової поведінки. Особливої уваги заслуговує параметр реакції на насичення, який, імовірно, опосередковано відображає підвищену вісцеральну сенситивність і може бути використаний як індикатор тяжкості реакцій у межах осі «кишечник–мозок». Таким чином, перспективним напрямом подальших досліджень є з'ясування зв'язків між суб'єктивною чутливістю до ситості, харчовим униканням та психофізіологічними механізмами абдомінального дистресу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Drossman, D. A., Chang, L., Schneck, S., Blackman, C., Norton, W. F., & Norton, N. J. (2009). A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Digestive diseases and sciences*, 54(7), 1532–1541. <https://doi.org/10.1007/s10620-009-0792-6>
2. Back, C. J., & Ford, A. C. (2020). Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 17(8), 473–486. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0286-8>
3. Chitkara, D. K., van Tilburg, M. A., Blois-Martin, N., & Whitehead, W. E. (2008). Early life risk factors that contribute to irritable bowel syndrome in adults: a systematic review. *The American journal of gastroenterology*, 103(3), 765–775. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01722.x>
4. Woods Choi, Y. J., Kim, N., Yoon, H., Shin, C. M., Park, Y. S., Kim, J. W., Kim, Y. S., Lee, D. H., & Jung, H. C. (2017). Overlap between irritable bowel syndrome and functional dyspepsia including subtype analyses. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 32(9), 1553–1561. <https://doi.org/10.1111/jgh.13756>
5. Tanaka, Y., Kanazawa, M., Fukudo, S., & Drossman, D. A. (2011). Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 17(2), 131–139. <https://doi.org/10.5056/jnm.2011.17.2.131>
6. Person, H., & Keefer, L. (2021). Psychological comorbidity in gastrointestinal diseases: Update on the brain-gut-microbiome axis. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 107, 110209. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110209>
7. Goodoory, V. C., Ng, C. E., Black, C. J., & Ford, A. C. (2022). Impact of Rome IV irritable bowel syndrome on work and activities of daily living. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 56(5), 844–856. <https://doi.org/10.1111/apt.17132>
8. Grover, M., & Drossman, D. A. (2011). Centrally acting therapies for irritable bowel syndrome. *Gastroenterology clinics of North America*, 40(1), 183–206. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2010.12.003>
9. Margolis, K. G., Cryan, J. F., & Mayer, E. A. (2021). The Microbiota-Gut-Brain Axis: From Motility to Mood. *Gastroenterology*, 160(5), 1486–1501. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.10.066>
10. Zhang, Q. E., Wang, F., Qin, G., Zheng, W., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Yuan, Z., Mei, S., Wang, G., & Xiang, Y. T. (2018). Depressive symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a meta-analysis of comparative studies. *International journal of biological sciences*, 14(11), 1504–1512. <https://doi.org/10.7150/ijbs.25001>
11. Lee, S. P., Sung, I. K., Kim, J. H., Lee, S. Y., Park, H. S., & Shim, C. S. (2015). The effect of emotional stress and depression on the prevalence of digestive diseases. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 21(2), 273–282. <https://doi.org/10.5056/jnm14116>
12. Midenfjord, I., Polster, A., Sjövall, H., Törnblom, H., & Simré, M. (2019). Anxiety and depression in irritable bowel syndrome: Exploring the interaction with other symptoms and pathophysiology using multivariate analyses. *Neurogastroenterology and motility*, 31(8), e13619. <https://doi.org/10.1111/nmo.13619>
13. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
14. Aitken R. C. (1969). Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62(10), 989–993.
15. Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L. and Schwartz, P. (2001) *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 6th Edition, Mosby, Inc., St. Louis, MO, 1301.
16. Labus, J. S., Bolus, R., Chang, L., et al. (2004). The Visceral Sensitivity Index: Development and validation of a gastrointestinal symptom-specific anxiety scale. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 20(1), 89–97.
17. Neverovskyi, A., Shypulin, V., & Mikhnova, N. (2023). Translation and validation of the Ukrainian version of the visceral sensitivity index for patients with irritable bowel syndrome. *Przegląd gastroenterologiczny*, 18(3), 313–319. <https://doi.org/10.5114/pg.2023.131391>
18. Likert R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Arch. Psychol.* 140 5–53.
19. Hunot, C., Fildes, A., Croker, H., Llewellyn, C. H., Wardle, J., & Beeken, R. J. (2016). Appetitive traits and relationships with BMI in adults: Development of the Adult Eating Behaviour Questionnaire. *Appetite*, 105, 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.024>

SUMMARY

FEATURES OF VISCERAL SENSITIVITY AND APPETITE IN PATIENTS WITH ANXIETY SYMPTOMS SUFFERING FROM FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

HORODOKIN A.D.

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Relevance. According to the biopsychosocial model adopted by many leading researchers, the most common functional gastrointestinal disorders are viewed as conditions resulting from the complex interaction of biological, psychological, and social factors.

Objective: To determine the general characteristics of appetite in relation to visceral sensitivity in patients with anxiety symptoms suffering from functional gastrointestinal disorders.

Materials and Methods. A psychometric study was conducted among 22 individuals with various forms of irritable bowel syndrome (IBS). The mean age of the participants was 39.4 ± 13.4 years. Research tools included: the Visual Analogue Scale (VAS), Visceral Sensitivity Index (VSI), and the Adult Eating Behavior Questionnaire (AEBQ).

Results. According to the VAS results, patients in the main group (MG) reported a mean level of abdominal distress of 6.7 ± 1.6 points, while those in the comparison group (CG) reported a level of 2.4 ± 1.3 points ($p < 0.05$). The VSI assessment showed that MG participants had a mean visceral sensitivity score of 3.7 ± 1.1 points compared to 1.4 ± 0.5 points in the CG ($p < 0.05$).

Assessment of appetite and eating behavior via the AEBQ revealed the following:

- «Enjoyment of food»: MG – 3.6 ± 0.7 , CG – 3.4 ± 0.6 ($p > 0.05$);
- «Emotional overeating»: MG – 2.7 ± 1.1 , CG – 2.5 ± 1.3 ($p > 0.05$);
- «Emotional undereating»: MG – 2.6 ± 0.9 , CG – 2.5 ± 0.9 ($p > 0.05$);
- «Food fussiness»: MG – 3.4 ± 0.4 , CG – 2.2 ± 0.6 ($p < 0.05$);
- «Food responsiveness»: MG – 2.6 ± 1.2 , CG – 2.3 ± 0.9 ($p > 0.05$);
- «Slowness in eating»: MG – 3.1 ± 0.8 , CG – 2.1 ± 0.6 ($p < 0.05$);
- «Hunger»: MG – 2.9 ± 0.8 , CG – 3.5 ± 0.9 ($p > 0.05$);
- «Satiety responsiveness»: MG – 3.1 ± 1.1 , CG – 2.4 ± 0.9 ($p < 0.05$).

Conclusions. The data obtained indicate alterations in the structure of appetite and eating behavior. Significantly elevated levels of food fussiness, slowness in eating, and satiety responsiveness in IBS patients compared to healthy individuals suggest the dominance of behavioral strategies aimed at minimizing gastrointestinal symptoms.

The absence of significant differences between the groups in emotional overeating, emotional undereating, food responsiveness, hunger, and enjoyment of food suggests that the emotional-affective component of appetitive behavior is not the primary factor in disordered eating among IBS patients. This implies that appetite changes in this population are not the result of affective dysregulation, but rather cognitively motivated adaptations aimed at avoiding bodily distress.

Key words: functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, anxiety, eating behavior, appetite.

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

• Городокін Антон Дмитрович

Доктор філософії, асистент кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

Адреса: вул. Седова, 31, Запоріжжя, Запорізька область, Україна, 69061

Тел.: +380950484022

E-mail: antongorodokin@gmail.com

• Horodokin Anton

PhD, assistant of department of Psychiatry, psychotherapy and medical psychology at Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Address: str. Sedova, 31, Zaporizhzhia, Zaporizhzhia region, Ukraine, 69061

Tel.: +380950484022

E-mail: antongorodokin@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 10.01.2025 р.

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу info@ujmh.net