

# Дослідження харчової поведінки в осіб із функціональними гастроінтестинальними та соматоформними розладами: пілотний етап

А. Д. Городокін<sup>1,А,В,С,D,E</sup>, В. О. Курило<sup>1,E,F</sup>, Н. Ф. Шевченко<sup>2,E,F</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна; <sup>2</sup>Запорізький національний університет, Україна

А – концепція та дизайн дослідження; В – збір даних; С – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті;  
F – остаточне затвердження статті

## Ключові слова:

функціональні гастроінтестинальні розлади, соматоформні розлади, харчова поведінка, апетит, Adult Eating Behaviour Questionnaire (AEBQ), психометричні властивості, психодіагностика.

Запорізький медичний журнал.  
2026. Т. 28, № 5(158).  
С. 436-443

**Мета роботи** – провести оцінювання внутрішньої узгодженості українського перекладу Опитувальника харчової поведінки дорослих (Adult Eating Behavior Questionnaire, AEBQ) та виявити особливості апетиту та харчової поведінки в осіб із функціональними гастроінтестинальними та соматоформними розладами.

**Матеріали та методи.** Контингент дослідження – 62 пацієнти та 75 умовно здорових осіб. До групи дослідження 1 (ГД1) залучено 29 осіб із функціональними розладами шлунково-кишкового тракту; до групи дослідження 2 (ГД2) – 33 осіб, котрі відповідали діагностичним критеріям «Розладу соматичних симптомів» DSM-5-TR. До групи контролю (ГК) залучено 75 умовно здорових осіб. Використано психодіагностичний і статистичний методи.

**Результати.** Проведено переклад AEBQ українською мовою, обраховано коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха для підшкाल опитувальника. Отримано такі показники: «Голод» ( $\alpha = 0,69$ ), «Харчова реактивність» ( $\alpha = 0,70$ ), «Емоційне переїдання» ( $\alpha = 0,85$ ), «Задоволення від їжі» ( $\alpha = 0,72$ ), «Чутливість до насичення» ( $\alpha = 0,73$ ), «Емоційне недоїдання» ( $\alpha = 0,78$ ), «Вибagливисть до їжі» ( $\alpha = 0,52$ ), «Повільність харчування» ( $\alpha = 0,74$ ). У результаті міжгрупового порівняння отримано такі дані: у ГД2 були вищими показники «Харчової реактивності» (ГД2 > ГК,  $p = 0,02$ ), «Емоційного переїдання» (ГД2 > ГД1/ГК,  $p < 0,01$ ) та нижчими показники «Емоційного недоїдання» (ГД2 < ГД1/ГК,  $p < 0,01$ ). У ГД1 зафіксовано нижчий рівень «Задоволення від їжі» (ГД1 < ГД2/ГК,  $p < 0,01$ ), а також вищі показники «Чутливості до насичення» (ГД1 > ГД2,  $p < 0,01$ ; ГД1 > ГК,  $p = 0,04$ ) і «Повільності харчування» (ГД1 > ГД2,  $p < 0,01$ ).

**Висновки.** Отримані показники внутрішньої узгодженості 6 з 8 підшкाल опитувальника AEBQ показали достатній рівень для використання під час академічних досліджень. Показник підшкали «Голод» ( $\alpha = 0,69$ ) прогнозовано мав межовий рівень; показник підшкали «Вибagливисть до їжі» ( $\alpha = 0,52$ ) характеризувався недостатнім рівнем узгодженості, що пов'язуємо з труднощами опрацювання інвертованих запитань цієї підшкали. У пацієнтів із функціональними гастроінтестинальними розладами виявлено тенденцію до зниження апетиту та уникання прийому їжі, а в пацієнтів із соматоформними розладами шлунково-кишкового тракту – до підвищеного залучення до харчування.

## Keywords:

functional gastrointestinal disorders, somatoform disorders, feeding and eating disorders, appetite, Adult Eating Behaviour Questionnaire, psychometrics, surveys and questionnaires.

Zaporozhye Medical Journal.  
2026;28(5):436-443

## Eating behavior patterns in individuals with functional gastrointestinal and somatic symptom disorders: a pilot study

A. D. Horodokin, V. O. Kurylo, N. F. Shevchenko

**Aim.** To evaluate the internal consistency of the Ukrainian translation of the Adult Eating Behavior Questionnaire (AEBQ), and to identify differences in appetite and eating behavior between individuals with functional gastrointestinal disorders (FGIDs) and somatic symptom disorders (SSDs).

**Materials and methods.** This pilot study enrolled 62 patients and 75 healthy controls. Study Group 1 (SG1;  $n = 29$ ) comprised individuals diagnosed with FGIDs. Study Group 2 (SG2;  $n = 33$ ) comprised individuals meeting DSM-5-TR criteria for SSD. The control group (CG;  $n = 75$ ) consisted of healthy adults without gastrointestinal, somatic, or psychiatric diagnoses. Psychodiagnostic and statistical methods were used.

**Results.** The AEBQ was translated into Ukrainian, and Cronbach's  $\alpha$  coefficients were calculated for the questionnaire subscales. The following values were obtained: Hunger ( $\alpha = 0.69$ ), Food Responsiveness ( $\alpha = 0.70$ ), Emotional Over-Eating ( $\alpha = 0.85$ ), Enjoyment of Food ( $\alpha = 0.72$ ), Satiety Responsiveness ( $\alpha = 0.73$ ), Emotional Under-Eating ( $\alpha = 0.78$ ), Food Fussiness ( $\alpha = 0.52$ ), and Slowness in Eating ( $\alpha = 0.74$ ). Between-group comparisons showed that SG2 had higher scores for Food Responsiveness (SG2 > CG,  $p = 0.02$ ) and Emotional Over-Eating (SG2 > SG1/CG,  $p < 0.01$ ), and lower scores for Emotional Under-Eating (SG2 < SG1/CG,  $p < 0.01$ ). In SG1, lower Enjoyment of Food was found (SG1 < SG2/CG,  $p < 0.01$ ), along with higher Satiety Responsiveness (SG1 > SG2,  $p < 0.01$ ; SG1 > CG,  $p = 0.04$ ) and Slowness in Eating (SG1 > SG2,  $p < 0.01$ ).

**Conclusions.** The Ukrainian version of the AEBQ demonstrated acceptable internal consistency for six of eight subscales, supporting its use in research settings. The Hunger subscale yielded borderline reliability ( $\alpha = 0.69$ ), which was anticipated. In contrast, the Food Fussiness subscale showed insufficient internal consistency ( $\alpha = 0.52$ ), which may be attributed to difficulties in processing reverse-scored items in this subscale. The observed eating behavior profiles suggest a tendency toward reduced appetite and food avoidance in individuals with FGIDs, contrasting with heightened eating engagement in those with SSDs.

Порушення апетиту та харчової поведінки в осіб із неспсихотичними психічними розладами мають високу поширеність і характеризуються значною гетерогенністю. Хоча зазвичай такі прояви не виокремлюють як клінічну категорію, за винятком випадків власне розладів харчової поведінки, вони мають значний вплив на загальний стан і якість життя пацієнтів. Ба більше, в окремих випадках, як-от у контексті іпохондричних і соматизованих розладів, вони можуть мати визначальний вплив на якість життя, функціонування та адаптацію.

У сучасних медико-наукових дослідженнях для оцінювання апетиту та харчової поведінки застосовують кілька інструментів. У профільних публікаціях описують досвід застосування перекладів Dutch Eating Behavior Questionnaire [1], Three-factor Eating questionnaire – 18 [2], Eating Attitudes Test-26 [3], опитувальника SCOFF [4]. Проте дані щодо адаптації та валідації цих інструментів для української популяції обмежені.

Одним із перспективних інструментів, які використовують під час досліджень апетиту та харчової поведінки в різних клінічних обставинах, є Опитувальник харчової поведінки дорослих (Adult Eating Behaviour Questionnaire, AEBQ), що досі не був адаптований і валідований для української популяції [5]. Опитувальник складається з 8 субшкал, які поділяються на чотири субшкали підходу до їжі (Food Approach): «Насолода від їжі» (Enjoyment of Food), «Емоційне переїдання» (Emotional Overeating), «Харчова реактивність» (Food Responsiveness) та «Голод» (Hunger), а також на чотири субшкали уникнення їжі (Food Avoidance): «Емоційне недоїдання» (Emotional Undereating), «Вибгливість у їжі» (Food Fussiness), «Уповільнене харчування» (Slowness in Eating) та «Чутливість до насичення» (Satiety Responsiveness).

AEBQ вже пройшов адаптацію та валідацію в багатьох країнах світу, його використовують під час і психометричних, і клінічних досліджень.

Адаптацію AEBQ у Китаї здійснено у 2019 році; встановлено порівняно високу внутрішню узгодженість (показники  $\alpha$  Кронбаха в межах від 0,76 до 0,97), її прийнято у фінальну версію C-AEBQ у повному 8-факторному складі [6].

Мексиканська адаптація AEBQ 2021 року характеризується достатньою внутрішньою узгодженістю (показники  $\alpha$  Кронбаха – 0,70–0,91) та прийнята у фінальний варіант AEBQ-Esp у повному 8-факторному складі [7].

Адаптація AEBQ, виконана у Саудівській Аравії (AEBQ-Ar) у 2022 році, пов'язана з певними труднощами внаслідок недостатньої внутрішньої узгодженості для підшкал «Голод» ( $\alpha = 0,66$ ) та «Чутливість до насичення» ( $\alpha = 0,66$ ). Автори ухвалили рішення затвердити скорочений варіант опитувальника з 6 підшкалами [8].

Турецька версія AEBQ, адаптована у 2023 році, мала достатні рівні внутрішньої узгодженості (показники  $\alpha$  Кронбаха становили від 0,71 до 0,92) та прийнята у фінальний варіант у повному 8-факторному складі [9].

Італійська адаптація AEBQ здійснена у 2024 році, характеризувалася недостатньою внутрішньою узгодженістю підшкал «Чутливість до насичення» ( $\alpha = 0,69$ ). Зважаючи на це, обрано 7-факторну структуру, а названу підшкалу виключено з фінальної версії [10].

Датську версію AEBQ, адаптовану у 2025 році, нині визначено як таку, що має найбільш деталізовану психо-

метричну валідацію. Згідно з результатами дослідження, підшкали «Голод» ( $\alpha = 0,69$ ) та «Чутливість до насичення» ( $\alpha = 0,68$ ) мають дещо знижену внутрішню узгодженість. Втім, загалом автори рекомендують використання адаптації AEBQ як достатньо надійного психометричного інструменту, наголошуючи при цьому на доцільності обережного трактування результатів підшкал, які мають межовий рівень внутрішньої узгодженості [11].

У відкритому доступі виявлено публікації щодо адаптацій AEBQ у Канаді [12], Польщі [13], Португалії [14] та інших країн.

Отже, з огляду на можливість дослідити апетит і харчову поведінку на обмеженому контингенті умовно здорових осіб, було вирішено здійснити пілотне дослідження, результати якого можуть бути враховані в подальшій повноцінній адаптації AEBQ для української популяції.

## Мета роботи

Провести оцінювання внутрішньої узгодженості українського перекладу Опитувальника харчової поведінки дорослих (Adult Eating Behavior Questionnaire, AEBQ) та виявити особливості апетиту та харчової поведінки в осіб із функціональними гастроінтестинальними та соматоформними розладами.

## Матеріали та методи дослідження

Проспективне дослідження здійснено на базі Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету та Комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької обласної ради. Контингент дослідження становили 62 пацієнти, які перебували під спостереженням у зазначених установах та відповідали критеріям залучення.

До групи дослідження 1 (ГД1) залучено 29 осіб із діагностованими функціональними гастроінтестинальними розладами (ФГР; функціональна диспепсія або синдром подразненого кишечника) та відповідними скаргами з боку шлунково-кишкового тракту. Пацієнти ГД1 перебували на лікуванні на базі Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медико-фармацевтичного університету або зверталися за консультацією до співробітників кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. Форма збору даних – паперові бланки опитувальника.

До групи дослідження 2 (ГД2) залучено 33 особи з діагнозами неспсихотичних психічних розладів, що відповідали діагностичним критеріям «Розладу соматичних симптомів» DSM-5-TR. Як основний компонент скарг пацієнти визначили комплекс симптомів з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ), аналогічних до таких при ФГР. Пацієнти ГД2 перебували на лікуванні на базі Комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соці-

Таблиця 1. Запитання за підшкалою «Голод» (Hunger, H)

| №  | Оригінальний текст запитання                                   | Переклад                                                                   |
|----|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 6  | I often notice my stomach rumbling                             | Я часто помічаю бурчання у животі                                          |
| 9  | If I miss a meal I get irritable                               | Якщо я вчасно не поїм, я стаю дратівливим (-ою)                            |
| 28 | I often feel so hungry that I have to eat something right away | Я часто почуваю себе настільки голодним (-ою), що мушу з'їсти щось негайно |
| 32 | I often feel hungry                                            | Я часто відчуваю себе голодним (-ою)                                       |
| 34 | If my meals are delayed I get light-headed                     | Якщо я вчасно не поїм, у мене паморочиться у голові                        |

Таблиця 2. Запитання за підшкалою «Харчова реактивність» (Food Responsiveness, FR)

| №  | Оригінальний текст запитання                                  | Переклад                                                                        |
|----|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | I often feel hungry when I am with someone who is eating      | Я почуваюся голодним (-ою), коли я поруч із тими, хто їсть                      |
| 17 | Given the choice, I would eat most of the time                | Якби моя воля, я б їв (-ла) майже постійно                                      |
| 22 | I am always thinking about food                               | Я постійно думаю про їжу                                                        |
| 33 | When I see or smell food that I like, it makes me want to eat | Коли я бачу або відчуваю запах їжі, яка мені подобається, я починаю хотіти їсти |

Таблиця 3. Запитання за підшкалою «Емоційне переїдання» (Emotional Overeating, EOE)

| №  | Оригінальний текст запитання | Переклад                               |
|----|------------------------------|----------------------------------------|
| 5  | I eat more when I'm annoyed  | Я їм більше, коли я роздратований (-а) |
| 8  | I eat more when I'm worried  | Я їм більше, коли я хвилююся           |
| 10 | I eat more when I'm upset    | Я їм більше, коли я засмучений (-а)    |
| 16 | I eat more when I'm anxious  | Я їм більше, коли я відчуваю тривогу   |
| 21 | I eat more when I'm angry    | Я їм більше, коли я сердитий (-а)      |

ально значущих хвороб» Запорізької обласної ради або зверталися за консультацією до співробітників кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. Форма збору даних – паперові бланки опитувальника.

До групи контролю (ГК) залучено 75 умовно здорових осіб, які взяли участь у дослідженні на добровільних засадах. Учасники ГК – студенти та лікарі-інтерни Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. Форма збору даних – анкета, створена за допомогою сервісу Google forms із забезпеченням доступу за посиланням, яке надавали персонально.

Основний метод дослідження – психодіагностичний, реалізований шляхом структурованого психодіагностичного інтерв'ю за Опитувальником харчової поведінки дорослих (Adult Eating Behaviour Questionnaire, AEBQ; Hunot C., Fildes A., Croker H., Llewellyn C. H., Wardle J., & Beeken R. J., 2016). Опитувальник складається з 35 питань. Результати оцінюють шляхом обчислення середнього арифметичного значення балів у рубриках, отриманих за шкалою типу Лайкерта (Likert R., 1932) від 1 до 5.

Усі обчислення здійснено за допомогою Statistica for Windows 13 (StatSoft Inc., № JPBZ8041382130ARCN10-J). Під час дослідження застосовували статистичні методи, зокрема t-критерій Стюдента, коефіцієнт кореляції Спірмена та коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха.

Значення коефіцієнта  $\alpha$  Кронбаха обчислено за формулою:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( \frac{s_y^2 - \sum s_i^2}{s_y^2} \right),$$

де  $k$  – кількість елементів;  $s_y^2$  – сума дисперсій елементів  $i$ ;  $\sum s_i^2$  – дисперсія загального тестового бала.

## Результати

На першому етапі дослідження проаналізовано публікації за напрямом дослідження апетиту та харчової поведінки у психіатричних та клініко-психологічних дослідженнях, що здійснені в Україні. Згідно з результатами аналізу, не виявлено української адаптації опитувальника АЕВQ. Це обґрунтувало доцільність перекладу та адаптації оригінальної англійської версії опитувальника українською мовою у межах пілотного етапу.

Далі в таблицях 1–8 наведено зіставлення оригінального формулювання запитань та їх адаптований переклад окремо за підшкалами опитувальника. Для кожної підшкали обчислили значення  $\alpha$  Кронбаха (рівень  $>0,70$  визначено як прийнятний для використання під час психодіагностичних досліджень).

Для підшкали «Голод» значення дисперсії загального бала становило 16,57, сума дисперсій елементів – 7,41. Отже, значення  $\alpha$  Кронбаха для опитувальника становить 0,69:

$$\left( \frac{5}{5-1} \right) \left( \frac{16,57 - 7,41}{16,57} \right) = 0,69.$$

Для підшкали «Харчова реактивність» значення дисперсії загального бала становило 8,60, сума дисперсій елементів – 4,06. Отже, значення  $\alpha$  Кронбаха для опитувальника становить 0,70:

$$\left( \frac{4}{4-1} \right) \left( \frac{8,60 - 4,06}{8,60} \right) = 0,70.$$

Для підшкали «Емоційне переїдання» значення дисперсії загального бала становило 24,08, сума дис-

Таблиця 4. Запитання за підшкалою «Задоволення від їжі» (Enjoyment of Food, EF)

| № | Оригінальний текст запитання | Переклад                       |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| 1 | I love food                  | Я полюбляю їжу                 |
| 3 | I enjoy eating               | Я отримую задоволення, коли їм |
| 4 | I look forward to mealtimes  | Я очікую на час прийому їжі    |

Таблиця 5. Запитання за підшкалою «Чутливість до насичення» (Satiety Responsiveness, SR)

| №  | Оригінальний текст запитання                          | Переклад                                                    |
|----|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 11 | I often leave food on my plate at the end of a meal   | Я часто не доїдаю свою порцію до кінця                      |
| 23 | I often get full before my meal is finished           | Я часто наїдаюся раніше, ніж спорожніє тарілка              |
| 30 | I cannot eat a meal if I have had a snack just before | Я не можу повноцінно поїсти, якщо перед цим перекусив (-ла) |
| 31 | I get full up easily                                  | Я швидко наїдаюся                                           |

Таблиця 6. Запитання за підшкалою «Емоційне недоїдання» (Emotional Undereating, EUE)

| №  | Оригінальний текст запитання | Переклад                              |
|----|------------------------------|---------------------------------------|
| 15 | I eat less when I'm worried  | Я їм менше, коли хвилююся             |
| 18 | I eat less when I'm angry    | Я їм менше, коли я сердитий (-а)      |
| 20 | I eat less when I'm upset    | Я їм менше, коли я засмучений (-а)    |
| 27 | I eat less when I'm annoyed  | Я їм менше, коли я роздратований (-а) |
| 35 | I eat less when I'm anxious  | Я їм менше, коли відчуваю тривогу     |

Таблиця 7. Запитання за підшкалою «Вибгливість до їжі» (Food Fussiness, FF)

| №  | Оригінальний текст запитання                                | Переклад                                                               |
|----|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 2  | I often decide that I don't like a food, before tasting it  | Я часто вирішую, що мені не подобається певна їжа, перш ніж спробую її |
| 7  | I refuse new foods at first                                 | Я спершу відмовляюся їсти нову для мене їжу                            |
| 12 | I enjoy tasting new foods                                   | Я отримую задоволення від того, що пробує нову їжу                     |
| 19 | I am interested in tasting new food I haven't tasted before | Мені цікаво пробувати їжу, яку я ще ніколи не куштував (-ла)           |
| 24 | I enjoy a wide variety of foods                             | Я полюбляю багато різних харчових продуктів                            |

Таблиця 8. Запитання за підшкалою «Повільність харчування» (Slowness in Eating, SE)

| №   | Оригінальний текст запитання                           | Переклад                                   |
|-----|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 14* | I often finish my meals quickly                        | Я часто швидко з'їдаю свою порцію          |
| 25  | I am often last at finishing a meal                    | Я часто закінчую прийом їжі останнім       |
| 26  | I eat more and more slowly during the course of a meal | Я їм дедалі повільніше під час прийому їжі |
| 29* | I eat slowly                                           | Я їм повільно                              |

персії елементів – 7,58. Отже, значення  $\alpha$  Кронбаха для підшкали становить 0,85:

$$\left( \frac{5}{5-1} \right) \left( \frac{24,08 - 7,58}{24,08} \right) = 0,85.$$

Для підшкали «Емоційне переїдання» значення дисперсії загального бала становило 5,33, сума дисперсії елементів – 2,76. Отже, значення  $\alpha$  Кронбаха для підшкали становить 0,72:

$$\left( \frac{3}{3-1} \right) \left( \frac{5,33 - 2,76}{5,33} \right) = 0,72.$$

Для підшкали «Чутливість до насичення» значення дисперсії загального бала становило 13,15, сума дисперсії елементів – 7,58. Отже, значення  $\alpha$  Кронбаха для підшкали становить 0,73:

$$\left( \frac{4}{4-1} \right) \left( \frac{13,15 - 7,58}{13,15} \right) = 0,73.$$

Для підшкали «Чутливість до насичення» значення дисперсії загального бала становило 13,15, сума дисперсії елементів – 7,58. Отже, значення  $\alpha$  Кронбаха для підшкали становить 0,73:

$$\left( \frac{5}{5-1} \right) \left( \frac{20,29 - 7,25}{20,29} \right) = 0,78.$$

Для підшкали «Вибгливість до їжі» значення дисперсії загального бала становило 9,17, сума дисперсії елементів – 5,33. Отже, значення  $\alpha$  Кронбаха для підшкали становить 0,52:

$$\left( \frac{5}{5-1} \right) \left( \frac{9,17 - 5,33}{9,17} \right) = 0,52.$$

**Таблиця 9.** Кореляційні зв'язки сумарних показників підшкाल використаного у дослідженні перекладу опитувальника AEBQ

| Шкала | EF     | FF    | EOE     | H      | SR    | FR   | EUE  | SE |
|-------|--------|-------|---------|--------|-------|------|------|----|
| EF    | 1      | –     | –       | –      | –     | –    | –    | –  |
| FF    | -0,22  | 1     | –       | –      | –     | –    | –    | –  |
| EOE   | 0,25*  | 0,01  | 1       | –      | –     | –    | –    | –  |
| H     | 0,38** | 0,01  | 0,24*   | 1      | –     | –    | –    | –  |
| SR    | -0,20  | 0,24* | 0,01    | -0,05  | 1     | –    | –    | –  |
| FR    | 0,37** | -0,12 | 0,30**  | 0,56** | -0,09 | 1    | –    | –  |
| EUE   | 0,02   | 0,01  | -0,33** | 0,08   | 0,11  | 0,01 | 1    | –  |
| SE    | 0,17   | -0,11 | 0,14    | 0,17   | 0,11  | 0,19 | 0,04 | 1  |

\*: достовірно на рівні 0,05; \*\*: достовірно на рівні 0,01.

**Таблиця 10.** Попарні порівняння показників використаного перекладу опитувальника AEBQ у групах дослідження,  $M \pm SD$ 

| Підшкала                           | ГД1, n = 29 | p (ГД1/ГД2) | ГД2, n = 33 | ГК, n = 75  | p        |          |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
|                                    |             |             |             |             | (ГД1/ГК) | (ГД2/ГК) |
| Підшкали «Залучення до харчування» |             |             |             |             |          |          |
| H                                  | 2,99 ± 1,02 | 0,93        | 2,97 ± 0,97 | 2,65 ± 0,80 | 0,07     | 0,07     |
| FR                                 | 2,71 ± 1,08 | 0,41        | 2,90 ± 0,70 | 2,58 ± 0,69 | 0,29     | 0,02     |
| EOE                                | 2,32 ± 1,06 | <0,01       | 3,23 ± 0,83 | 2,46 ± 0,98 | 0,52     | <0,01    |
| EF                                 | 2,82 ± 1,14 | <0,01       | 3,73 ± 0,47 | 3,78 ± 0,73 | <0,01    | 0,71     |
| Підшкали «Уникнення харчування»    |             |             |             |             |          |          |
| SR                                 | 3,34 ± 1,01 | <0,01       | 2,54 ± 0,33 | 2,93 ± 0,91 | 0,04     | 0,02     |
| EUE                                | 3,50 ± 0,99 | <0,01       | 2,54 ± 0,82 | 3,15 ± 0,90 | 0,08     | <0,01    |
| FF*                                | 2,44 ± 0,83 | 0,44        | 2,58 ± 0,61 | 2,30 ± 0,61 | 0,34     | 0,03     |
| SE                                 | 3,54 ± 1,22 | <0,01       | 2,32 ± 1,11 | 2,78 ± 0,92 | <0,01    | 0,02     |

\*: підшкала FF не мала достатнього рівня внутрішньої узгодженості, тому її результати не інтерпретовано.

Для підшкали «Повільність харчування» значення дисперсії загального бала становило 15,22, сума дисперсії елементів – 6,72. Отже, значення  $\alpha$  Кронбаха для підшкали становить 0,74:

$$\left( \frac{4}{4-1} \right) \left( \frac{15,22 - 6,72}{15,22} \right) = 0,74.$$

Загальні дані для використаного під час дослідження перекладу опитувальника AEBQ становили: значення дисперсії загального бала – 168,76, сума дисперсії елементів – 47,29. Обчислене значення  $\alpha$  Кронбаха для опитувальника становило 0,74:

$$\left( \frac{35}{35-1} \right) \left( \frac{168,76 - 47,29}{168,76} \right) = 0,74.$$

Здійснили аналіз кореляційних зв'язків результатів підшкाल використаного у дослідженні перекладу опитувальника AEBQ (табл. 9).

Виявлені кореляційні зв'язки між сумарними показниками підшкाल використаного в дослідженні перекладу опитувальника AEBQ підтверджують очікуваний позитивний зв'язок всередині категорій підшкाल «Залучення до харчування» (EF/EOE,  $r = 0,25$ ; EF/H,  $r = 0,38$ ; EF/FR,  $r = 0,37$ ; H/FR,  $r = 0,56$ ) та «Уникнення харчування» (SR/FF,  $r = 0,24$ ) та негативний зв'язок між цими категоріями (EOE/EUE,  $r = -0,33$ ). Тому вирішено використовувати опитувальник з виключенням результатів, отриманих за підшкалою «Вибгливість до їжі» (FF), для аналізу особливостей апетиту та харчової поведінки контингентів дослідження.

Результати порівняння контингентів дослідження наведено у таблиці 10.

За підшкалою «Голод» показники у ГД1 та ГД2 не мали статистично достовірних відмінностей ані між собою ( $p = 0,93$ ), ані при порівнянні з ГК ( $p = 0,07$  для ГД1/ГК;  $p = 0,07$  для ГД2/ГК). Водночас встановлено недостовірну тенденцію до дещо вищих значень у групах дослідження порівняно з ГК. Імовірно, ця тенденція може бути пов'язана з умовами перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні, що супроводжується зміною звичного режиму та стереотипу харчування.

За підшкалою «Харчова реактивність» статистично вірогідні відмінності виявлено між ГД2 і ГК ( $p = 0,02$ ) – у ГД2 встановлено вищі показники. Відмінності між ГД1 і ГД2 ( $p = 0,41$ ), а також між ГД1 і ГК ( $p = 0,29$ ) не досягали рівня статистичної значущості. Отриманий результат дає підстави припустити, що саме для ГД2 більш характерною є підвищена реактивність на харчові стимули, що може бути проявом схильності використання їжі як способу зниження психологічного напруження.

За підшкалою «Емоційне переїдання» виявлено статистично достовірні відмінності між ГД1 і ГД2 ( $p < 0,01$ ), а також між ГД2 і ГК ( $p < 0,01$ ), при цьому в обох випадках найвищі показники зафіксовано у ГД2. Між ГД1 і ГК достовірних відмінностей не встановлено ( $p = 0,52$ ). Ці дані підтверджують припущення, що у пацієнтів із ГД2 їжа частіше виконує функцію емоційної регуляції, опитані використовували її як засіб зменшення дистресу.

За підшкалою «Задоволення від їжі» встановлено статистично достовірні відмінності між ГД1 і ГД2 ( $p < 0,01$ ), а також між ГД1 і ГК ( $p < 0,01$ ). В обох випадках показники ГД1 були нижчими, а ГД2 і ГК статистично не

відрізнялися ( $p = 0,71$ ). Такий розподіл результатів може свідчити про те, що у пацієнтів із ФГР прийом їжі частіше асоціюється з виникненням або очікуванням симптомів з боку ШКТ. Внаслідок цього сам процес харчування почастіше втрачає позитивне емоційне забарвлення і меншою мірою супроводжується відчуттям задоволення.

За підшкалою «Чутливість до насичення» показники достовірно відрізнялися в усіх трьох групах. Так, у ГД1 значення були вищими, ніж у ГД2 ( $p < 0,01$ ) і ГК ( $p = 0,04$ ), а у ГД2 вони були нижчими, ніж у ГК ( $p = 0,02$ ). Такий розподіл свідчить, що для пацієнтів із ФГР більш характерною є підвищена чутливість до насичення, а у пацієнтів із соматоформними розладами вона навпаки є зниженою. Наведене підтверджує гіпотетичну розбіжність між патернами харчової поведінки в досліджених контингентах, зокрема тенденції до уникнення харчування у пацієнтів із ФГР і підвищеного залучення до харчування у пацієнтів із соматоформними розладами ШКТ.

За підшкалою «Емоційне недоїдання» зафіксовано достовірні відмінності між ГД1 і ГД2 ( $p < 0,01$ ), а також між ГД2 і ГК ( $p < 0,01$ ). В обох парах порівняння показники ГД2 були нижчими, а між ГД1 і ГК статистично значущих відмінностей не встановлено ( $p = 0,08$ ). Отже, схильність до зниження прийому їжі на фоні емоційного напруження більшою мірою властива ГД1 і в цілому наближена до контрольної групи, а в пацієнтів із ГД2 цей механізм виражений слабше. У поєднанні з попередніми даними це додатково свідчить про те, що для ГД2 менш характерне обмеження харчування у відповідь на емоційний дистрес.

За підшкалою «Повільність харчування» встановлено достовірні відмінності між усіма трьома групами. У ГД1 показники були вищими, ніж у ГД2 ( $p < 0,01$ ) і ГК ( $p < 0,01$ ), а в ГД2 – нижчими, ніж у ГК ( $p = 0,02$ ). Отже, для осіб із ФГР найбільш характерним є сповільнений темп прийому їжі, який може бути проявом як підвищеної настороженості щодо тілесних відчуттів під час харчування, так і дотримання загальних гастроентерологічних рекомендацій щодо повільного харчування. Для ГД2 така особливість була найменш вираженою.

Загалом результати АЕВQ дали змогу встановити відмінності профілів харчової поведінки у пацієнтів ГД1 і ГД2. Для ГД1 більш характерною є тенденція до обмеження харчування, що проявляється меншим задоволенням від їжі, підвищеною чутливістю до насичення, більшою схильністю до емоційного недоїдання та повільнішим темпом харчування. Це може бути і проявом настороженого ставлення до прийому їжі через її асоціацію з виникненням або посиленням гастроінтестинальних симптомів, і наслідком свідомого дотримання поведінкових стратегій, спрямованих на мінімізацію скарг.

Для ГД2 більш характерною є тенденція до підвищеного залучення до харчування, для якої властива вища харчова реактивність і більш виражене емоційне переїдання. Це дає підстави припустити, що в осіб ГД2 їжа частіше залучена до механізмів емоційної регуляції та використовується як спосіб зниження дистресу.

Водночас відсутність значущих відмінностей між ГД1 і ГД2 за підшкалою «Голод» може вказувати на те, що виявлені особливості стосуються не базового апетиту як такого, а насамперед психологічних і поведінкових аспектів харчової поведінки.

## Обговорення

Порівнявши результати пілотного дослідження за частиною психометричних властивостей власного перекладу АЕВQ українською мовою з аналогічними дослідженнями в інших країнах, встановили суттєву схожість за більшістю параметрів, крім очевидного обмеження кількості осіб у вибірці та неочікувано низького показника внутрішньої узгодженості за підшкалою «Вибгливість до їжі».

У нашому дослідженні показник внутрішньої узгодженості підшкали «Голод» мав межове значення ( $\alpha = 0,69$ ). Зіставний показник мали адаптації, розроблені в Саудівській Аравії ( $\alpha = 0,66$ ) [8] та Данії ( $\alpha = 0,69$ ) [11]. Проблема відносно низької внутрішньої узгодженості цієї підшкали відома, її обговорюють саме як проблему оригінальної версії опитувальника, де підшкала «Голод» мала найнижчий показник ( $\alpha = 0,751$ ) [5]. На думку дослідників, які працювали над адаптацією АЕВQ, ця підшкала об'єднує гетерогенні фізіологічні та психологічні ознаки голоду, що позначається на високій дисперсії сумарних показників у популяції.

Отримані нами показники внутрішньої узгодженості підшкал «Харчова реактивність» ( $\alpha = 0,70$ ), «Емоційне переїдання» ( $\alpha = 0,85$ ), «Задоволення від їжі» ( $\alpha = 0,72$ ), «Чутливість до насичення» ( $\alpha = 0,73$ ), «Емоційне недоїдання» ( $\alpha = 0,78$ ), «Повільність харчування» ( $\alpha = 0,74$ ) мають достатній рівень внутрішньої узгодженості. Вони у середньому є нижчими порівняно з даними, що встановлені в аналогічних дослідженнях. Ці відмінності, на нашу думку, можна пояснити обмеженням розміром вибірки на пілотному етапі дослідження.

Очевидною аномалією, за нашими даними, є низький показник внутрішньої узгодженості підшкали «Вибгливість до їжі» ( $\alpha = 0,52$ ). Оскільки в аналогічних дослідженнях не було виявлено такої проблеми, ці дані потребують окремого аналізу. У складі підшкали «Вибгливість до їжі» 3 з 5 запитань, а саме запитання 12, 19 та 24 оцінюються інвертовано, що не було відображено у нашому бланку опитувальника. Натомість ми механічно інтерпретували значення «сирих» балів наступним чином:  $1 \rightarrow 5$ ,  $2 \rightarrow 4$ ,  $3 \rightarrow 3$ ,  $4 \rightarrow 2$ ,  $5 \rightarrow 1$ . Це могло вплинути на реальні позиції респондентів та зумовити високу дисперсію сумарного бала.

Враховуючи це, надалі слід звернути увагу на формування бланку, де змінити черговість варіантів відповіді, та попередити респондента. Після цього доцільно порівняти дисперсії при різних методах інверсії балів.

Схоже обмеження могло позначитися на оцінюванні даних за підшкалою «Повільність харчування», де 1 з 4 запитань, а саме запитання 19 також оцінюють інвертовано. Проте, імовірно, негативний вплив на дисперсію тут був недостатнім для суттєвого зниження показника внутрішньої узгодженості.

Встановлені кореляційні зв'язки між сумарними показниками за підшкалами нашого перекладу АЕВQ загалом відповідають даним, що одержані під час аналогічних досліджень, враховуючи меншу кількість зв'язків, які характеризувалися статистичною достовірністю. Це зумовлено як обмеженням розміром вибірки, так, почасти, і проблемою з інвертованими балами у підшкалах «Вибгливість до їжі» та «Повільність харчування».

Переходячи до обговорення отриманих кількісних результатів та їх міжгрупового зіставлення, зауважимо, що в доступних наукових публікаціях не було виявлено досліджень, аналогічних за дизайном і виконаних із застосуванням АЕВQ. Водночас дані щодо високих рівнів коморбідності між ФГР і порушеннями харчової поведінки, а також неспокійними психічними розладами та порушеннями харчової поведінки наведено у профільних публікаціях.

Більшість досліджень присвячено вивченню поширеності симптомів з боку ШКТ у пацієнтів із розладами харчової поведінки (РХП), оскільки такі розлади мають тяжчі медико-соціальні наслідки порівняно з ФГР. Втім, автори праць, присвячених цьому питанню, часто описують двосторонній зв'язок між порушеннями апетиту та харчової поведінки та симптомами найбільш поширених ФГР, як-от функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника. Кількість публікацій з цієї теми починає зростати з початку минулого десятиліття.

У праці, присвяченій встановленню причинно-наслідкового зв'язку між РХП і ФГР, Р. Janssen встановив: ФГР у пацієнтів із РХП доцільно визначати як стан, що може набути відносної автономності щодо первинного психопатологічного процесу. Автор пов'язує це з тим, що патологічна харчова поведінка тісно асоціюється з порушеннями моторної функції ШКТ і вісцеральної сенситивності. Додатково дослідник вивчав роль психопатологічних станів, які, на його думку, є спільним патогенетичним фоном і для розладів харчової поведінки, і для ФГР [15]. Наші результати цілком узгоджуються з подібним підходом, зокрема щодо залучення до порівняння за порушенням апетиту та харчовою поведінкою груп осіб із ФГР та соматоформними розладами ШКТ.

У публікації X. Wang et al., присвяченій виявленню поширеності та предикторів ФГР у пацієнтів із РХП, рівень коморбідності цих станів оцінено як дуже високий. Найчастіше у пацієнтів із РХП реєстрували прояви функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника, а найбільш вагомими предикторами таких проявів були переважно психологічні та поведінкові явища: голодування, соматизація та зловживання проносними [16]. У межах нашого дослідження, хоча і вивчали протилежний напрям зв'язку між ФГР, психопатологією та порушеннями харчової поведінки, також встановлено системність зв'язку цих патологій.

У більш сучасному дослідженні A. Aupetit et al., присвяченому вивченню коморбідних зв'язків, автори визначили статистично значущий зв'язок між ендометріозом, синдромом подразненого кишечника та РХП, а їх поєднання асоціювалося з вищими рівнями тривоги й депресії [17]. Наше дослідження також спрямоване на виявлення механізмів, які зумовлюють взаємозв'язки між порушеннями апетиту та харчової поведінки та функціональними симптомами з боку ШКТ.

Питання щодо лікування функціональних симптомів з боку ШКТ при РХП досліджували K. J. Forney et al. Автори встановили важливу роль рівня тривоги на початку лікування. Зокрема, дослідники показали, що її вищий рівень асоційований із більш вираженим зменшенням проявів функціональної диспепсії на фоні лікування. На підставі цих даних автори дійшли висновку про те, що тривога є імовірним механізмом підтримання функціо-

нальних симптомів з боку ШКТ [18]. Результати нашого дослідження, хоча і показали зворотний напрям зв'язку, узгоджуються з цим висновком, а саме щодо тенденції до підвищеного залучення до харчування (включно з переїданням) саме у пацієнтів із психопатологічними станами, але не у хворих із ФГР.

У найновіших оглядах наукової літератури встановлено тенденцію до вивчення саме взаємозв'язків між ФГР і порушеннями харчової поведінки, зокрема у напрямі від ФГР до РХП. Так, у систематичному огляді A. S. Alsaud et al., до якого залучено англomовні публікації за 2016–2026 роки, показано, що у пацієнтів із розладами харчової поведінки часто виявляють гастроінтестинальні симптоми, а у хворих із ФГР – дезадаптивні харчові патерни. Автори наголошують, що тривога, депресія та порушення функціонування осі «мозок – кишечник» можуть бути спільними патогенетичними чинниками коморбідності ФГР і РХП. Це підтверджує доцільність рутинного скринінгу РХП у пацієнтів із ФГР [19].

## Висновки

1. Проведено пілотне дослідження психометричних властивостей адаптованого перекладу Опитувальника харчової поведінки дорослих (АЕВQ) українською мовою на контингенті умовно здорових осіб та порівняння показників апетиту та харчової поведінки, отриманих з використанням цього інструменту, у пацієнтів із ФГР і соматоформними розладами ШКТ.

2. Показники внутрішньої узгодженості підшкал опитувальника мають достатній рівень для використання під час академічних досліджень: «Харчова реактивність» –  $\alpha = 0,70$ , «Емоційне переїдання» –  $\alpha = 0,85$ , «Задоволення від їжі» –  $\alpha = 0,72$ , «Чутливість до насичення» –  $\alpha = 0,73$ , Емоційне недоїдання –  $\alpha = 0,78$ , «Повільність харчування» –  $\alpha = 0,74$ . Показник підшкали «Голод» ( $\alpha = 0,69$ ) прогнозовано мав межовий рівень внутрішньої узгодженості. Показник підшкали «Вибагливість до їжі» ( $\alpha = 0,52$ ) характеризувався недостатнім рівнем узгодженості, що пов'язуємо з труднощами під час обробки інвертованих запитань цієї підшкали.

3. У пацієнтів із функціональними гастроінтестинальними розладами виявлено тенденцію до зниження апетиту та уникання прийому їжі, а в пацієнтів із соматоформними розладами шлунково-кишкового тракту – до підвищеного залучення до харчування. Це доцільно інтерпретувати у контексті більшого впливу симптомів з боку ШКТ на параметри апетиту та харчової поведінки у пацієнтів з ФГР та схильності до залучення до харчування як способу контролю дистресу у пацієнтів із соматоформними розладами ШКТ.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження в Україні доцільно зосередити на двох основних напрямках: повноцінній адаптації психометричних інструментів із залученням великої вибірки, у межах якої можуть бути враховані результати проведеного нами пілотного дослідження, та вивченні особливостей апетиту й харчової поведінки в пацієнтів із ФГР і соматоформними розладами ШКТ за допомогою адаптованих інструментів.

**Етичне схвалення**

Автори підтверджують, що всі процедури, виконані в межах цієї роботи, відповідали етичним стандартам відповідних національних та інституційних комітетів з питань експериментів за участю людей, а також положенням Гельсінської декларації 1975 року (в редакції 2013 року).

Дослідження схвалено Комісією з біоетики Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (протокол від 16.04.2026 року № 6).

Усі учасники надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

**Фінансування**

Дослідження виконано без фінансової підтримки.

**Декларація щодо використання ШІ**

Під час підготовки статті використано інструмент штучного інтелекту OpenAI ChatGPT. Його застосовано для пошуку літератури та перекладу. Усі фрагменти, опрацьовані з використанням ШІ, перевірено та відредаговано авторами, які несуть повну відповідальність за зміст статті.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Conflicts of interest:** authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 15.04.2026

Після доопрацювання / Revised: 24.06.2026

Схвалено до друку / Accepted: 01.07.2026

**Відомості про авторів:**

Городокін А. Д., д-р філософії, доцент каф. психіатрії, психотерапії та медичної психології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0001-7041-6683

Курило В. О., д-р мед. наук, професор каф. психіатрії, психотерапії та медичної психології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0009-0008-7410-5661

Шевченко Н. Ф., д-р псих. наук, професор каф. психології, Запорізький національний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0002-5297-6588

**Information about the authors:**

Horodokin A. D., MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Kurylo V. O., MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Shevchenko N. F., PhD, DSc, Professor of the Department of Psychology, Zaporizhzhia National University, Ukraine.



Антон Городокін (Anton Horodokin)  
antongorodokin@gmail.com

**References**

- van Strien T, Frijters J, Bergers G, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord.* 1986;5(2):295-315. doi: [10.1002/1098-108x\(198602\)5:2%3C295::aid-eat2260050209%3E3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198602)5:2%3C295::aid-eat2260050209%3E3.0.co;2-t)
- Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000;24(12):1715-25. doi: [10.1038/sj.ijo.0801442](https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801442)
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982;12(4):871-8. doi: [10.1017/S0033291700049163](https://doi.org/10.1017/S0033291700049163)
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 1999;319(7223):1467-8. doi: [10.1136/bmj.319.7223.1467](https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467)
- Hunot C, Fildes A, Croker H, Llewellyn CH, Wardle J, Beeken RJ. Appetitive traits and relationships with BMI in adults: development of the Adult Eating Behaviour Questionnaire. *Appetite.* 2016;105:356-63. doi: [10.1016/j.appet.2016.05.024](https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.024)
- He J, Sun S, Zickgraf HF, Ellis JM, Fan X. Assessing appetitive traits among Chinese young adults using the Adult Eating Behavior Questionnaire: factor structure, gender invariance and latent mean differences, and associations with BMI. *Assessment.* 2021;28(3):877-89. doi: [10.1177/1073191119864642](https://doi.org/10.1177/1073191119864642)
- Hunot-Alexander C, Arellano-Gómez LP, Smith AD, Kaufer-Horwitz M, Vázquez-Garibay EM, Romero-Velarde E, et al. Examining the validity and consistency of the Adult Eating Behaviour Questionnaire-Español (AEBQ-Esp) and its relationship to BMI in a Mexican population. *Eat Weight Disord.* 2022;27(2):651-63. doi: [10.1007/s40519-021-01201-9](https://doi.org/10.1007/s40519-021-01201-9)
- Alruwaitaa MA, Alshathri A, Alajllan L, Alshahrani N, Alotaibi W, Elbarazi I, et al. The Arabic version of the Adult Eating Behavior Questionnaire among Saudi population: translation and validation. *Nutrients.* 2022;14(21):4705. doi: [10.3390/nu14214705](https://doi.org/10.3390/nu14214705)
- Yardımcı H, Ersoy N, Aslan Çin NN. Validity and reliability of Turkish version of the Adult Eating Behaviour Questionnaire for adult participants. *Public Health Nutr.* 2023;26(11):2218-25. doi: [10.1017/S1368980023001751](https://doi.org/10.1017/S1368980023001751)
- Gritti ES, Cionti L, Cortesi F, Torelli A, Gambarini A, Hunot-Alexander C, et al. Validation of the Adult Eating Behavior Questionnaire in an Italian community sample. *Nutrients.* 2024;16(6):829. doi: [10.3390/nu16060829](https://doi.org/10.3390/nu16060829)
- Kolind M, Windedal TM, Andersen BV, Drøgdahl Ryg N, Berg-Beckhoff G, Juhl CB. Validity and reliability of the Danish version of the Adult Eating Behavior Questionnaire-results from the South Danish Obesity Initiative. *Nutrients.* 2025;17(24):3824. doi: [10.3390/nu17243824](https://doi.org/10.3390/nu17243824)
- Jacob R, Tremblay A, Fildes A, Llewellyn C, Beeken RJ, Panahi S, et al. Validation of the Adult Eating Behaviour Questionnaire adapted for the French-speaking Canadian population. *Eat Weight Disord.* 2022;27(3):1163-79. doi: [10.1007/s40519-021-01229-x](https://doi.org/10.1007/s40519-021-01229-x)
- Guzek D, Skolmowska D, Głowska D. Appetitive traits in a population-based study of Polish adolescents within the PLACE-19 study: validation of the Adult Eating Behavior Questionnaire. *Nutrients.* 2020;12(12):3889. doi: [10.3390/nu12123889](https://doi.org/10.3390/nu12123889)
- Warkentin S, Costa A, Oliveira A. Validity of the Adult Eating Behavior Questionnaire and its relationship with parent-reported eating behaviors among adolescents in Portugal. *Nutrients.* 2022;14(6):1301. doi: [10.3390/nu14061301](https://doi.org/10.3390/nu14061301)
- Janssen P. Can eating disorders cause functional gastrointestinal disorders? *Neurogastroenterol Motil.* 2010;22(12):1267-9. doi: [10.1111/j.1365-2982.2010.01621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2010.01621.x)
- Wang X, Luscombe GM, Boyd C, Kellow J, Abraham S. Functional gastrointestinal disorders in eating disorder patients: altered distribution and predictors using ROME III compared to ROME II criteria. *World J Gastroenterol.* 2014;20(43):16293-9. doi: [10.3748/wjg.v20.i43.16293](https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i43.16293)
- Aupetit A, Grigioni S, Roman H, Coëffier M, Bréant A, Hennequet C, et al. Association between endometriosis, irritable bowel syndrome and eating disorders: ENDONUT pilot study. *J Clin Med.* 2022;11(19):5773. doi: [10.3390/jcm11195773](https://doi.org/10.3390/jcm11195773)
- Forney KJ, Burton Murray H, Himawan L, Juarascio AS. Preliminary data that psychological treatment and baseline anxiety are associated with a decrease in postprandial fullness and early satiation for individuals with bulimia nervosa and related other specified feeding or eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2023;56(12):2343-8. doi: [10.1002/eat.24068](https://doi.org/10.1002/eat.24068)
- Alsaud AS, Aldoweesh OH, Aljurayyed SM, Alharbi FB, Alaqeel SA, Alkhuwailid HS, et al. Association between eating disorders and functional gastrointestinal disorders: a systematic review. *Front Psychol.* 2026;17:1785045. doi: [10.3389/fpsyg.2026.1785045](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1785045)