

УДК 159.9:61

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА В КОНТИНУУМІ «НОРМА – ПАТОЛОГІЯ»

Шебанова В.І., д. психол. н.,
професор кафедри практичної психології
Херсонський державний університет

У статті розглянута важлива полідисциплінарна проблема – харчова поведінка особистості в континуумі «норма – патологія». Презентовано результати теоретичного аналізу визначення поняття «норма» відповідно до різних підходів (нозоцентричного, нормоцентричного; психіатричного; психологічного). Висвітлено розмаїття термінів щодо проблемної харчової поведінки. Обґрунтовано використання терміна «проблемна харчова поведінка».

Ключові слова: харчова поведінка особистості, континуум «норма – патологія», феноменологія, проблемна харчова поведінка.

В статье рассмотрена важная полидисциплинарная проблема – пищевое поведение личности в континууме «норма – патология». Представлены результаты теоретического анализа определения понятия «норма» в соответствии с разными подходами (нозоцентрическим, нормоцентрическим; психиатрическим; психологическим). Описано разнообразие терминов относительно проблемного пищевого поведения. Обосновано использование термина «проблемное пищевое поведение».

Ключевые слова: пищевое поведение личности, континуум «норма – патология», феноменология, проблемное пищевое поведение.

Shebanova V.I. EATING BEHAVIOR IN THE CONTINUUM “NORM – PATHOLOGY”

An important polydisciplinary problem such as eating behavior of the person in the continuum “norm – pathology” is considered in the article. The results of theoretical analysis of the definition of the “norm” in accordance with different approaches (nosocentric, normocentric, psychiatric, psychological) are presented. The variety of terms concerning problem eating behavior is highlighted. The use of the term “problematic of eating behavior” is substantiated.

Key words: eating behavior of the person, continuum “norm – pathology”, phenomenology, problematic of eating behavior.

Постановка проблеми. Харчова поведінка (далі – ХП) особистості є предметом дискусій у різних галузях наукового знання – психології, медицині, валеології, психогієні, філософії, культурології та ін. Основними векторами, які задають критерії оцінювання щодо виявів харчової поведінки, є поняття «норма» й «патологія», «здоров'я» й «хвороба». Разом із тим оцінювання харчової поведінки як нормативної (соціально прийнятної) або порушеної (дезадаптивної, дисгармонійної, хворобливої) тісно пов'язане з концептуально-методологічними підходами тієї чи іншої галузі наукового знання, оскільки в предметній сфері кожної з означених наукових дисциплін був розроблений власний специфічний понятійний апарат щодо визначення критеріїв оцінювання нормативності/ненормативності.

Постановка завдання. Мета статті – теоретичний аналіз визначення поняття «нормальна» (нормалізована) харчова поведінка відповідно до різних підходів (нозоцентричного, нормоцентричного; психіатричного; психологічного); висвітлення розмаїття термінів щодо проблемної харчової поведінки; обґрунтування використання терміна «проблемна харчова поведінка».

Виклад основного матеріалу дослідження. Використання вищезазначених термінів фахівцями різних галузей для визначення відмінностей між станами здоров'я та хвороби або виявів поведінки між «нормою й патологією» щодо психічного та соматичного рівнів тілесності є відображенням загальної семантичної спрямованості зазначених дефініцій щодо одного предмета дослідження – психіки та її станів, які визначають особливості поведінки особистості. Інша річ – рівні професійної компетенції щодо вивчення явищ психічного (зрозуміло, що завдання, методи та формалізована мова щодо описання предмета дослідження фахівцями різних галузей є відмінними) [3; 4].

Згідно зі Статутом ВООЗ здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювання. Відповідно визначаються кілька критеріїв здоров'я: збереженість оптимального функціонування організму; здатність змінювати поведінку (адаптуватися) відповідно до змін природного та соціального середовища; емоційне й соціальне благополуччя [7]. Водночас психічне здоров'я людини визначається як стан благополуччя, за якого людина здатна реалі-



зувати власний потенціал, долати звичайні життєві стреси, продуктивно й плідно працювати. Відповідно *критеріями психічного здоров'я* є почуття ідентичності, усвідомлення єдності свого фізичного й психічного «Я»; почуття сталості й ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; критичність до себе й результатів власної психічної діяльності/поведінки; адекватність психічного реагування на різноманітні впливи середовища, соціального оточення, життєвих подій; здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати ці плани відповідно до індивідуальних потреб, здатність змінювати поведінку на основі усвідомлення свого попереднього життєвого досвіду й вимог оточення [7]. У цьому сенсі психічне здоров'я є підґрунтям благополуччя й ефективного функціонування людини як для себе самої, так і для суспільства [6; 7]. Отже, здоров'я взагалі й психічне здоров'я зокрема є динамічним утворенням різних показників. Натомість хвороба, навпаки, є звуженням ресурсного потенціалу й навіть зникненням певних характеристик здоров'я (Д.Д. Айстраханов, М.Ф. Гаврилюк, Л.М. Іваненко, Б.Д. Карвасарський та ін.).

Категорія «норма» є базовим критерієм порівняння актуального й звичайного стану (Ю.А. Александровський, В.А. Ананьєв, О.І. Богучарова, Б.В. Зейгарнік, Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитрієва та ін.) Визначення поняття «норма» та «патологія» здебільшого зумовлюється змістом, який у нього вкладається. Загалом виокремлюють два основних підходи [цит. за 3; 4]. Із позицій *нозоцентричного підходу* норма розуміється як відсутність будь-яких патологічних симптомів. Із позицій *нормоцентричного підходу* (поширеного серед психологів) оцінювання психічної діяльності здійснюється щодо її відповідності нормі. За таких умов відхилення від середньостатистичної норми розглядаються як варіант норми або як вияви індивідуальних особливостей особистості. Отже, відповідно до означеного підходу стан хвороби можна визначити як особливий випадок здоров'я (Д.М. Ісаєв, Ф. Кернберг, Н. Маквільямс, В.Д. Менделевич, Б.В. Овчинніков, І.Ф. Д'яконов, Л.В. Богданова та ін.). Переважно стан здоров'я пов'язують із поняттям норми, а хворобу – із поняттям патології. Водночас, на думку В.Д. Менделевича, слід розрізняти спектр «норма – патологія» та спектр «здоров'я – хвороба», які відображують різні за своєю сутністю процеси. Виходячи з поступовості змін, перший є континуумом, другий – ні (тому що в спектрі «здоров'я – хвороба» перехід від одного стану до іншого відбувається стрибкоподібним чином).

Саме тому перехід між непсихотичним і психотичним етапом розвитку хвороби відчувати неможливо [1, с. 83–84]. До того ж стан здоров'я ґрунтується на суб'єктивних відчуттях, а отже, його діапазон може бути значно ширшим, ніж об'єктивні показники норми, які ґрунтуються на середньостатистичних значеннях щодо певної популяції. Доповненням до вищезазначеного є позиція Н.Ф. Шевченко, котра розглядає феноменологію здоров'я та хвороби як полюси континууму людського буття [5]. Такі зауваження в межах нашого дослідження є цінними, оскільки пояснюють, чому на певній стадії розвитку розладів ХП, коли індивід втрачає критичність щодо свого психічного стану та виявів поведінки, він суб'єктивно оцінює свій стан як цілком нормальний/здоровий і не помічає ніяких хворобливих виявів своєї поведінки.

Дискутуючи навколо поняття «нормальної» (нормалізованої) ХП, автори насамперед звертають увагу на відсутність аномальних стереотипно-ритуалізованих патернів ХП, нав'язливих думок про їжу та нав'язливих дій щодо необхідності постійного контролю за харчуванням і вагою свого тіла (О.Е. Беляєва, Т.Г. Вознесенська, А.М. Дорожевець, Н.Ю. Краснопорова, В.Д. Менделевич та ін.). Водночас дослідники підкреслюють, що процес прийому їжі в нормі супроводжується відчуттям комфорту й задоволення. При цьому звертається увага на врівноважене ціннісне ставлення до споживання їжі, регулярність і повноцінність харчування для забезпечення здоров'я й оптимального функціонування (О.В. Бацилева, Л.В. Дудар, М.О. Овдій, О.В. Кузьмінська, М.С. Червона та ін.).

Визначення поняття «анормальна (ненормальна) ХП» має певні труднощі, оскільки залежить від концептуально-методологічних підходів і критеріїв визначення «норма – патологія». Більшість авторів визнають, що наявні труднощі пов'язані з такими чинниками: 1) поняття «норма» й «патологія» є нечіткими, розмитими та не мають цілісного розуміння; 2) розмаїття критеріїв і підходів до визначення поняття «норма» і «патологія»; 3) міждисциплінарний характер об'єкта вивчення (Ю.А. Александровський, Ч. Венар, П. Керінг, Г.Д. Золотова, С.А. Овсянніков, Б.Д. Циганков та ін.). У сучасній девіантології будь-яка поведінка, що відхиляється від норми, визначається як девіантна (І.Ф. Аршава, О.О. Назаренко, Л.М. Вольнова, О.Ф. Кернберг, В.О. Худик). Отже, похідним від цього поняття є поняття «девіантна ХП», яка є «проблемною» саме тому, що вона відхиляється від норми.

Із позицій *нозоцентричного підходу* зміст поняття «норма» визначається *статистичним критерієм*. Спираючись на цей критерій, норма визначається як типовий рівень або діапазон рівнів функціонування, що притаманний більшості людей і має найвищу частотність. У побуті поняття «норма» й «нормальна поведінка» є синонімом понять «звичайний», «усереднений», «такий, що репрезентує загальну тенденцію» [3; 4]. Так, Л.М. Вольнова зауважує, що норма є узагальненим соціальним розпорядженням, що віддзеркалюється у звичках, манерах людини, звичаях, традиціях, обрядах, церемоніях, ритуалах, моді, захопленнях, цінностях, ціннісних орієнтаціях, віруваннях, міфах тощо [цит. за 4]. Таке розуміння норми ототожнює соціоприйнятне як «нормальне», за своєю психологічною сутністю воно є регулятором поведінки та соціальної взаємодії. Виходячи із цього, норма – це експектація поведінки відповідно до певних стандартів, еталонів, зразків, які визначають досконалість поведінкових проявів і їх прийнятність. Разом із тим, аналізуючи доступні нам науково-психологічні джерела, ми не знайшли визначення норми щодо ХП.

Інший критерій, що визначає зміст поняття «норма», є *оцінним*. Виходячи з нього, нормою вважають деякі ідеальні взірці поведінки людини (еталони), які прописують, якою саме повинна бути людина, орієнтуючи на узагальнені позитивні якості, оптимальні параметри тіла, поведінки тощо. Водночас науковці наголошують, що надмірна зосередженість на відповідності «ідеальній нормі» зумовлює спрощення й уніфікацію форм життєдіяльності й проявів особистості, звуження кола інтересів, збіднення життя та втрату відчуття радості (С. Броннікова, Н.В. Ковальова, Д.В. Култишев, О.М. Мойзріст, Р.В. Моляко, Є.М. Райзман, В.С. Ротенберг, F. Solmi, H. Sallis, D. Stahl та ін.).

На думку низки авторів (І.Ф. Аршавої, О.О. Назаренко, Ю.Б. Гіппенрейтер, Б.В. Зейгарник, Д.М. Ісаєва, Р. Комера, Ц.П. Короленко, Н. Маквільямс, І.А. Мартинюк, В.Д. Менделевича, В.О. Худик та ін.), вищерозглянуті критерії зумовлюють певні обмеження *нозоцентричного підходу*. Головним недоліком зазначеного підходу є нівелювання варіативності нормальних виявів, які відхиляються від середнього статистичного, оскільки будь-які відхилення від норми розглядаються як патологія й хвороба. Отже, певні форми розмаїття виявів визнаються задовільними, тоді як інші опиняються за межами прийнятного рівня функціонування, тобто всі інші варіан-

ти оголошуються такими, що не відповідають нормі (анормальні, «ненормальні»).

Відповідно до *соціально-нормативного критерію* будь-які відхилення поведінки від соціальної норми позначаються як проблемна, дезадаптована, аномальна поведінка. Таким чином, такі викривлені поведінкові синдроми, як анорексія та переїдання, що зумовлюють деформацію ваги (дефіцит або надлишкову масу тіла) і надмірну зосередженість на питаннях їжі, розглядаються як проміжні форми девіантної поведінки, зокрема *адикції (або форми адиктивної поведінки)* (Г.Д. Золотова, О.О. Марков, А.В. Пріленська, І.І. Федорова та ін.).

Спираючись на вищерозглянуті теоретичні положення, анорексія та переїдання як поведінкові синдроми, що виявляють відхилення в модусі «переїдання – обмеження в їжі», можуть бути охарактеризовані як непереможне бажання пережити інтенсивні емоції та штучно змінювати власний психічний стан шляхом прийому їжі або надмірною фіксованістю уваги на певних стереотипах поведінки щодо контролю харчування та ваги.

На думку низки авторів, кожна з клінічних форм розладів ХП може бути визначена як поведінка, яка є одним із типів девіантної поведінки чи одночасно поєднує кілька типів девіантної поведінки: адиктивну, патохарактерологічну й психопатологічну (О.Е. Беляєва, М.П. Білецька, Є.С. Креславський, І.Г. Малкіна-Пих, А.М. Маслюк, В.Д. Менделевич, О.І. Міхєєнко, О.М. Мойзріст, В.С. Ротенберг, О.І. Салміна-Хвостова, А.Є. Нижник, О.С. Спахов та ін.). У межах *адиктивної мотивації* цінність їжі або певних стратегій поведінки, наприклад, щодо контролю ваги та калорійності добового раціону й окремих прийомів їжі, виходить на передній план, підпорядковуючи собі решту інших цінностей. Зокрема, індивід, орієнтований на надмірну цінність їжі при одночасній цінності щодо контролю маси власного тіла, має амбівалентне ставлення до прийому їжі – бажання споживати їжу поєднується з негативним ставленням до себе та своєї «слабкості». Відхилення в поведінці автори пояснюють формуванням таких феноменів: «змістовий бар'єр», «афект неадекватності», «неузгодженість відносин» (І.Ф. Аршава), «утеча в тіло», «параноя здоров'я», «заїдання стресу» (З. Фрейд, Н. Пезешкіан), «жага гострих відчуттів» (В.А. Петровський), «group-think» – феномен групового мислення або групового духу (Л.Е. Орбан-Лембрик), «феномен дзеркала» (М.В. Коркіна), «бажання знаходитися у світі постійного хар-



чового задоволення» (В.В. Лебединський, В.Д. Менделевич) тощо.

У межах *патохарактерологічної мотивації* порушення ХП зумовлені особливостями характеру індивіда та його реагування на ставлення з боку оточення. При цьому відхилення поведінки дослідники пов'язують із формуванням особистісних новоутворень (за типом *протидії реальності, хворобливого протистояння реальності, відходу від реальності, ігнорування реальності*), які за своєю сутністю є функціональними феноменами, утвореними на ґрунті неусвідомлених установок, що в разі генералізації та надмірної фіксованості зумовлюють процеси дезадаптації й дезінтеграції та заважають нормальному ходу життєдіяльності особистості [цит. за 8; 9]. Ці нові «функціональні органи» детермінують трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності як її знаково-символічної системи, наслідком чого є зміщення орієнтації на задоволення сурогатних штучних потреб замість подолання перешкод на шляху досягнення життєвих цілей (що детально презентовано в наших публікаціях) [3; 4].

Із позицій *психіатричного підходу* відхилення харчової поведінки розглядаються як психічні розлади, що повною мірою відповідають загальноприйнятим критеріям діагностики відповідних клінічних синдромів (анорексія, булімія, психогенне переїдання). У межах цього підходу термін «патологія» презентується як такий хворобливий (патологічний) стан психіки, що різко відхиляється від норми та має болісно-ненормальні вияви, які суттєво заважають суб'єкту пристосуватися до навколишнього середовища [цит. за 3; 4]. При цьому психопатологічна мотивація розладів ХП (далі – РХП) формується на ґрунті інших психопатологічних розладів (дисморфоманічного, іпохондричного симптомокомплексів). Але серед доступної наукової літератури нам трапилися лише поодинокі роботи, у яких визначається вплив страху на формування розладів ХП (страху ожиріння, сексуальності, власного сексуального тіла, страх дорослішання) [2, с. 9]. Культуральні дослідження виявили відмінності між структурою анорексії в західній і східній культурах. Так, у східній культурі, де відсутній тиск зовнішніх стандартів тіла, відмову від споживання їжі пояснювали дискомфортом відчуттями в шлунку, відсутністю почуття голоду, небажанням їсти або давали інші обґрунтування, не пов'язані зі страхом ожиріння [2, с. 92]. Отже, дослідниками був зроблений висновок, що культурні цінності формують феноменологію РХП (наприклад, фобію ожиріння), пе-

ребіг РХП (наприклад, виникнення булімії) і впливають на інтерпретацію симптомів [2, с. 115]. Проте окрім констатації факту наявності страхів, ми не зустріли пояснень щодо питання виникнення цих страхів. Необхідність заповнення цієї прогалини зумовила наші пошуки з оперттям на роботи авторів семіотичного напрямку та тих, які приділяють увагу переважно пошуку «сенсу» страху, тобто його місця в загальній системі метафізичного, психологічного чи біологічного існування (буття) індивіда (І.В. Журавльов, А. Кемпінські, Є.М. Райзман, Ф. Ріман, О.Ш. Тхостов, О.Є. Хухлаєв та ін.) (див. у [4], підрозділ 2.3.3, с. 119–121).

Отже, у межах психіатричного підходу розлади харчової поведінки – це вид психогенно зумовлених поведінкових синдромів, пов'язаних із порушенням режиму харчування [1; 2; 3; 4]. Лікування спрямоване на відновлення статусу харчування через застосування фармакологічних засобів. Водночас визнається необхідність застосування дієтотерапії, психокорекції/психотерапії (індивідуальної, групової, сімейної) і рухової активності. Зауважимо, що в повсякденній діяльності першими людьми, хто стикається зі змінами поведінкових патернів дитини, є її близьке оточення та педагоги, котрі мають можливість чути окремі висловлювання щодо відповідних тем і спостерігати окремі вияви особливої ХП у шкільній ідальні. Батьки, починаючи шукати допомогу, зазвичай звертаються до психологів-практиків або лікарів (педіатрів, терапевтів, гастроентерологів). До психіатрів, як свідчить практика, особа з проблемною ХП зазвичай потрапляє на таких етапах розвитку хвороби, коли психопатологічний синдром уже має розгорнуту клінічну картину (Г.Т. Сонник, О.К. Напреев, А.М. Скрипніков, К. Ball, С. Lee та ін.).

Основна увага досліджень із позицій *психологічного підходу* зосереджена на вивченні взаємозв'язків між індивідуальними психологічними особливостями процесів сприйняття, емоцій, стереотипів, цінностей і особливостями харчової поведінки. Разом із тим із позицій патопсихології цей підхід розглядає порушення поведінки в її зв'язках із внутрішньоособистісними конфліктами, патопсихологічним розвитком, формуванням патологічно зміненої потреби, порушеннями ієрархії мотивів, деструкціями та потягами особистості до саморуйнування (І.Ф. Аршава, О.О. Назаренко, Л.М. Вольнова, І.А. Мартинюк та ін.).

Проблемою визначення психічної норми, її відокремлення від патологічних змін психіки займалися видатні вітчизняні та зарубіжні дослідники (П.К. Анохін,

Ю.Ф. Антропов, В.М. Блейхер, В.Й. Бочелюк, Б.С. Братусь, Л.Ф. Бурлачук, Л.С. Виготський, Н.Є. Завацька, Б.В. Зейгарник, О.Р. Лурія, В.Д. Менделевич, В.М. М'ясищев, О.Т. Соколова, Л.В. Спицька, К. Ясперс та ін.).

Завдяки накопиченому за довгі роки багатому теоретичному й емпіричному досвіду були виокремлені так звані «межові» психічні стани (розлади), тобто такі, які є перехідною формою між нормою й патологією. До порушень такого роду відносять аномалії розвитку, які ускладнюють процес пристосування до умов життя, але критичність до власної поведінки зберігається. У таких випадках автори наголошують на підвищенні ризику (схильності) формування захворювання [цит. за 3; 4].

Таким чином, із позицій психологічного підходу порушення ХП є викривленою формою реагування, яке зумовлене акцентуаціями й аномаліями характеру, формуванням патологічно зміненої потреби, порушеннями ієрархії мотивів (що докладно розглядається нами нижче). Іншими словами, порушення ХП входять до групи психогенно зумовлених поведінкових синдромів, які формуються на базі патохарактерологічних аномалій особистості та характеризуються тим, що мають зворотний (мінливий, тимчасовий) характер. Отже, своєчасна й адекватна психокорекція може значно зменшити ризик розвитку поведінкового психопатологічного синдрому ХП у бік психопатологічного розвитку, тобто в бік формування крайніх клінічних варіантів патологічного модусу ХП у континуумі «норма – патологія». Водночас зауважимо, що за умови розвитку психопатогенетичного процесу вияви харчової поведінки набувають стійкого та вкрай неадекватного вигляду й характеризуються сукупними порушеннями всіх сфер психіки (мотиваційної, когнітивної, емоційно-вольової), утратою критичності щодо оцінки як власних дій, так і дій інших. У таких випадках функція психологів може бути лише допоміжною, оскільки рівень розвитку патології виходить за межі професійної компетенції психологів.

Глибинною сутністю порушеної харчової поведінки з позицій психологічного підходу є усвідомлене чи неусвідомлене прагнення відходу від активного способу життя через зосередження на певній тематиці (головними лейтмотивами якої є їжа, харчування, схуднення, контроль ваги й калорійності їжі тощо), небажання самостійно розв'язувати власні проблеми, прагнення ухилитися від реального життя шляхом саморуйнівної щодо власної тілесності поведінки, яка зумовлює підвищення

поведінкової ригідності, значне зниження самоцінності, гнучкості та здатності до продуктивної саморегуляції як здатності адаптуватися до нових умов існування.

Під час опрацювання наукових розвідок, науково-популярних статей і газетно-журнальних публікацій із тематики нашого дослідження ми натрапили на розмаїття термінів щодо проблемної харчової поведінки. Окрім загальновідомих традиційних клінічних термінів (анорексія, булімія, психогенне переїдання), трапляються такі характеристики харчової поведінки, що підкреслюють її відхилення від норми: *особлива, нестандартна, ексцентрична гіперфагічна ХП, неправильна, нераціональна, незбалансована, негармонійна, дисгармонійна, ненормальна, акцентуїтована, аномальна, порушена, хибна, викривлена, перекручена, спотворена, девіантна, адиктивна, залежна, руйнівна, здоров'яруйнуюча, деструктивна, аутодеструктивна, антивітальна, аутоагресивна, дезадаптована, неадаптована, патопсихічна, психопатична, патологічна ХП*.

На нашу думку, таке розмаїття термінів зумовлене тим, що специфічний об'єкт уваги дослідників є точкою перетину різних концептосфер (тобто різних наукових галузей, таких, як психологія, психіатрія, соціологія, акмеологія, педагогіка, філософія, психогігієна тощо). Ступінь синонімічності цих дефініцій є достатньо високим. І хоча, безумовно, більшість із презентованих термінів має певні семантичні акценти, у межах нашого дослідження більш важливим є те, що вони підкреслюють наявність відхилення від норми, тобто її змінений, аномальний, проблемний характер. Виходячи із цього, ми надаємо перевагу терміну «проблемна харчова поведінка». Водночас ми в жодному разі не наполягаємо на вилученні з наукового обігу дефініцій щодо позначень аномальної поведінки, які називалися вище, оскільки вважаємо, що будь-які позначення досліджуваного явища є певною терміносистемою, де окремі споріднені слова, з одного боку, фіксують семантичні відтінки цього явища, а з іншого – відображають якщо не еволюцію, то тенденції розвитку цієї системи та допомагають скласти її цілісний образ, оскільки мають свою історію, несуть у собі певну ідею, яка підкреслює їхній сенс. Говорячи метафоричною мовою, терміносистема подібна до складеного з окремих квітів букета, цілісного мозаїчного полотна з окремих пазлів або барвистого звучання акордів симфонії. Але якщо з букета прибрати хоча б одну квітку, а з мелодії хоча б один звук, то цілісний образ розсиплеться, зникне, стане іншим.



Проте термін «проблемна харчова поведінка», виходячи із завдань нашого дослідження, ми вважаємо найбільш вдалим, оскільки він, по-перше, підкреслює дезадаптивність за формою, ригідність за змістом і непродуктивність за результатом; по-друге, дозволяє розглядати той самий вид поведінкової стратегії в динаміці її розвитку з позиції цілісності – від поганої звички та відхилення до клінічного варіанта розладу (хвороби). При цьому крайні вияви патологічного модусу розглядаються як варіанти ауторуйнівної ХП, яка є реальною загрозою фізичному виживанню індивіда; по-третє, охоплює все розмаїття можливих форм ХП між умовними полюсами континууму «норма – патологія» без намагання приклеїти ярлик у вигляді клінічного діагнозу.

Висновки з проведеного дослідження. Семантика словосполучення «проблемна харчова поведінка», на нашу думку, влучно *зосереджує увагу* на наявності проблеми, яка потребує розв'язання в найширшому сенсі слова, *вказує* на багатовекторність предмета вивчення, *підкреслює* складність цього теоретичного та практичного питання, *акцентує* увагу на необхідності дослідження сутності цього явища з позицій феноменологічного підходу та з урахуванням того, що всі психічні переживання супроводжуються соматичними змінами, а соматичні захворювання завжди відображуються у свідомості хворого, змінюючи його світосприйняття та самосвідомість.

У подальшій перспективі вважаємо доцільним розглянути описову характеристику різних варіантів проблемної харчової пове-

дінки, зокрема крайніх варіантів патологічного модусу, які традиційно розглядаються в психіатрії як розлади харчової поведінки/розлади прийому їжі. Необхідність цього також диктують принципи психології тілесності, виходячи з яких, будь-який розгляд проблемної поведінки поза контекстом симптомів, які індивід проживає та переживає як порушення функціонування свого тіла, є формальним, оскільки не висвітлює патогенетичних взаємодій розвитку порушення/хвороби в рамках континуумів «норма – патологія»/«здоров'я – хвороба».

ЛІТЕРАТУРА:

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
2. Расстройства пищевого поведения / пер. с англ. Б. Бакс, под. ред. М. Мейа. К.: Сфера, 2006. 444 с.
3. Шебанова В.І. Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»: монографія. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2016. 612 с.
4. Шебанова В.І. Психологія харчової поведінки: дис. ... доктора психол. наук: 19.00.01. К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2017. 560 с.
5. Шевченко Н.Ф. Здоров'я – хвороба: полюси континууму людського буття. Психологічні перспективи / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Л. Українки, 2009. Вип. 14. С. 225–232.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2014 рік. Український інститут стратегічних досліджень; головний ред. О. Квіташвілі. К.: Медінформ, 2015. 460 с.
7. WHO (2010) Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/.