

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОСИНТЕЗУ У МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДОПОМОЗІ ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Л. В. Півень

Лікар-дієтолог, науковий співробітник Інституту геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України.

Є. В. Кучеренко

Кандидат психологічних наук, доцент; доцент кафедри психології Університету Григорія Сковороди в Переяславі

Медична допомога пропри соціально-психологічні труднощі в умовах подолання пандемії здійснюється в усіх напрямках охорони здоров'я, серед яких дієтологія займає чільне місце в роботі з розладами харчової поведінки (РХП). Окрім дієтологів, у цій царині працюють психіатри, психотерапевти та психологи. Нашу медико-психологічну допомогу ми опирали на психосинтезі – методі психотерапії, що виник на основі концепції самореалізації особистості, яку розробив італійський психіатр та психолог Роберто Ассаджіолі на початку ХХ століття.

В контексті психосинтезу їжа та їда, так само як інші атрибутивні цінності (праця, родичі, захоплення, ідеї, матеріальні речі), може стати центром хибної самоідентифікації (об'єднуючим центром), навколо якого формується автономна частина особистості – субособистість. Вона виражається як захисна модель поведінки, коли будь-яка потреба вимушено задовольняється через вживання їжі або відмову від нього. Отже, субособистість, що виражається в порушеній харчовій поведінці (харчова субособистість), є симптомокомплексом неусвідомленої (витісненої) потреби, яка безпосередньо не пов'язана з голодом.

Хибна самоідентифікація (наприклад, «я занадто гладкий») є наслідком домінування харчової субособистості, яка заміщує справжнє Я, знижуючи рівень самосвідомості та суб'єктності як вольового центру,

а тому пацієнт має надзвичайно низькі навички рефлексії та саморегуляції.

Основним недоліком в роботі дієтолога є те, що на перших етапах збору анамнезу поза увагою він залишає процес дисидентифікації пацієнта з субособистістю, яка страждає на РХП (наприклад, переїдає чи голодує). «Хворіє» не вся особистість, а лише її домінуюча частина (хибна самоідентичність), яка виявляється в типових емоційних, мовленнєвих та, насамперед, тілесно-рухових паттернах і соматичних симптомах [2, с. 179-186]. Саме тому важливо залучати професійний психологічний супровід в роботу лікаря.

Іжа як об'єднуючий центр перестає бути засобом задоволення фізіологічної потреби і «обслуговує» різні соціально-психологічні (вищі) потреби у прийнятті, повазі, любові, самоактуалізації тощо (вище несвідоме). Їх задоволення блокується тривожністю, страхом, невпевненістю в собі, прихованою агресією та іншим травматичним досвідом (нижче несвідоме). Інколи цей досвід включає оцінне ставлення інших чи самого пацієнта до власного тіла.

На першому етапі застосування психосинтезу внаслідок дисидентифікації «харчова» субособистість «рухається» почергово до нижчих та вищих рівнів несвідомого, звільняючи місце для позиції спостерігача, яким в психосинтезі метафорично називають свідоме Я. Автоматично пацієнт в процесі такої «подорожі» за допомогою спостереження та рефлексії усвідомлює травматичне походження своєї частини (з нижчого несвідомого) та її ресурсні можливості (з вищого несвідомого) [2, с. 158-166].

На другому етапі внаслідок трансформації мотив порушеної харчової поведінки розпредмечується у потребу, задоволення якої стає позитивно сформульованою метою лікування: пацієнт хоче не тільки позбутись розладу (негативно сформульована мета), але й отримати більше, ніж власне одужання. Тобто особистісна потреба «звільняється» від невротичної (харчової) форми задоволення та стає усвідомленим мотивом реалізації потенціалу особистості – життєвою стратегією, прагненням до самоактуалізації (позитивно сформульована мета).

Третій етап (виконавчий або діяльнісний) тісно пов'язаний з розвитком волі в процесі реалізації пацієнтом ідеальної моделі майбутнього. Нижче, у таблиці 1. нами представлено досить спрощений варіант основних стадій волі у відповідності до етапів застосування психосинтезу та завдань медико-психологічної допомоги.

Таблиця 1.

Стадії вольового акту на різних етапах психосинтезу

Етапи	Основні завдання:	Стадії вольового акту
-------	-------------------	-----------------------

психосинтезу		за Р. Ассаджіолі:
1. Аналітичний (пізнавальний)	1) самоусвідомлення, виявлення «харчової» субособистості; 2) розвиток рефлексії в «полі свідомості»;	● задум, намір та постановка мети на основі оцінювання, мотивації та системи цінностей; ● осмислення мети, визначення реальних умов її досягнення;
2. Регуляційний (трансформаційний)	3) трансформація «харчової» субособистості, проєктування її ідеальної моделі; 4) розвиток навичок саморегуляції;	● вибір та прийняття позитивно сформульованого рішення; ● утвердження прийнятого рішення через віру та впевненість в собі;
3. Виконавчий (діяльнісний)	5) включення ідеальної моделі харчування в поведінку; 6) розвиток нових емоційно-поведінкових навичок в «полі активності».	● планування конкретних дій, побудова деталізованої програми; ● планомірне втілення програми та контроль над виконанням.

Наш практичний досвід засвідчив, що не всі шість стадій потребують однакових вольових зусиль пацієнта, адже деякі з них він може здійснити досить легко. У пацієнта в залежності від віку та досвіду будь-яка фаза волі може мати низький рівень розвитку, що суттєво впливає на тривалість та ефективність лікування загалом.

Список використаних джерел:

1. Кучеренко Є.В. Психосинтез: теорія і практика психотерапії. Вінниця : ТОВ «ТВОРИ», 2018. 296 с.