УДК 159.947

DOI 10.31470/2308-5126-2020-44-1-103-115

Єгор Кучеренко,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології,
ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький
державний педагогічний
університет імені
Григорія Сковороди»,
голова ГО «Українська асоціація
психосинтезу та психотерапії»

Yegor Kucherenko,
Candidate of Psychology Sciences,
Associate Professor
of the Department of Psychology
of SHEI «Pereiaslav-Khmelnytskyi
Hryhorii Skovoroda State
Pedagogical University»,
The Chairman of the Ukrainian
Association for Psychosynthesis
Psychotherapy.

E-mail: y.kucherenko@phdpu.edu.ua
ORCID 0000-0002-7462-0638

Любов Півень,
лікарка-дієтологиня,
наукова співробітниця
лабораторії геродієтики
Інституту геронтології
імені Д.Ф. Чеботарьова
НАМН України.

Liubov Piven,
Nutritionist, Researcher,
Laboratory of Gerodietics,
Dmytro F. Chebotarov
Institute of Gerontology
of the National Academy
of Medical Sciences of Ukraine.

E-mail: liubovpiven@i.ua
ORCID 0000-0003-3063-5544

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОСИНТЕЗУ В РОБОТІ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

У статті здійснено аналіз засадничих принципів, етапів та завдань психосинтезу в наданні медико-психологічної допомоги пацієнтам з розладами харчової поведінки (РХП). Наголошено, що виконання пацієнтом дієтологічних рекомендацій часто унеможлиблюється у зв'язку з низьким рівнем розвитку їхньої самосвідомості, рефлексії, вольової саморегуляції та травматизацією особистості, яка переживається як неусвідомлена психологічна проблема, що потребує нагального вирішення. На основі психосинтезу лікарям-дієтологам запропоновано здійснювати професійну допомогу у співпраці з психологом із метою оптимізації цілісного підходу до лікування РХП через психологічний супровід пацієнта (клієнта) безпосередньо під час медичного консультування. Базову методологію психосинтезу представлено через теоретичний аналіз принципів поліпсихізму та самодетермінації, які роз'яснюються через уявлення про психічне за Р. Ассаджіолі, концепцію об'єднуючих центрів та теорію субособистостей. Висунуто припущення, що їжа та харчова поведінка заміщують у самоусвідомості пацієнта його суб'єктність (свідоме «Я») і стають об'єднуючими центрами, навколо яких невротизується цілісна особистість. При цьому витісняється не тільки травматичний досвід, який став причиною розладу, але й незадоволена особистісна потреба, задоволення якої часто ігнорується в сучасній практиці лікування. Авторами розроблено етапи та завдання психосинтезу як його спеціальну методологію в роботі з РХП та розпочато апробацію її у формі програми індивідуальної допомоги в медико-психологічній практиці. Особливу увагу у висвітленні попередніх результатів упровадження своїх розробок приділено розвитку здатності пацієнтів до здійснення вольового акту, який пронизує всі етапи лікування за методом психосинтезу і спрямований не тільки на

Psychology

зміну харчової поведінки, але й на самоактуалізацію особистості. У статті побіжно представлено часткову методологію психосинтезу, яка включає техніки дисидентифікації, трансформації образу та побудови ідеальної моделі..

Ключові слова: розлади харчової поведінки, психосинтез, субособистість, рівні несвідомого, об'єднуючий центр, воля, акт волі, ідеальна модель.

The article analyzes the basic principles, stages and objectives of psychosynthesis in the provision of medical and psychological care to patients with eating disorders (ED). It is noted that a patients' compliance with dietary recommendations is often impossible due to the low level of their self-awareness, reflection, volitional self-regulation and trauma of the individual, which is experienced as an unconscious psychological problem that requires urgent solution. Nutritionists are invited to provide professional assistance based on psychosynthesis in cooperation with a psychologist in order to optimize a holistic approach to the treatment of ED through the psychological support of the patient (client) directly during medical counseling. The basic methodology of psychosynthesis is presented through a theoretical analysis of the principles of polypsychism and self-determination, which are explained through the R. Assagioli's idea of the psyche, the concept of unifying centers and the theory of subpersonalities. It has been suggested that food and eating behavior replace the subject's self-consciousness ("I") and become unifying centers around which the whole personality is neurotized. It leads to the displacement of not only traumatic experience that caused the disorder itself, but also the unmet personal need satisfaction of which is often ignored in modern treatment practice. The authors developed the stages and tasks of psychosynthesis as its special methodology for working with ED and began to test it in the form of an individual care program in medical and psychological practice. Particular attention in highlighting the preliminary results of the implementation of their developments is paid to the development of patients' ability to perform a voluntary act, which permeates all stages of treatment by psychosynthesis and is aimed not only at the change of eating behavior but also at self-actualization of a personality. The article briefly presents a partial methodology of psychosynthesis, which includes techniques of disidentification, image transformation and construction of an ideal model.

Keywords: eating disorders, psychosynthesis, subpersonality, levels of the unconscious, unifying center, will, act of will, ideal model.

Постановка проблеми. Медична допомога попри соціально-психологічні труднощі 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. Однак на сучасному ринку психологічних та інших консультативних послуг наші співвітчизники з РХП часто обирають непрофесійну допомогу, яка ігнорує базові дієтологічні принципи. Це призводить до ускладнень здоров'я, зокрема важких органічних змін. Найбільший запит у такій «допомозі» мають люди з надмірною вагою і програма стрімкого схуднення обирається ними несвідомо, як виклик своїй силі волі у форматі марафонів, коучингу тощо. Популяризація цих заходів підсилює помилкову упередженість у тому, що існує ризик набрати зайву вагу. Як наслідок, зростає увага до проблеми схуднення навіть у тих, хто попередньо не дбав про неї та об'єктивно її не має.

Маючи досвід професійної медико-психологічної допомоги, хочемо наголосити, що психологу та психотерапевту немедичної орієнтації часто бракує дієтологічних знань і навпаки: дієтолог, який замало знається на психологічних причинах порушення харчової поведінки та методах психологічного супроводу в її нормалізації, не може надати пацієнту ефективну програму індивідуального лікування. Брак навичок рефлексії та саморегуляції, слабка воля та переважно зовнішня мотивація призводять до циклічного порушення пацієнтами наданого лікарем режиму харчування та фізичних навантажень – регресивних зривів.

Задля вирішення названих проблем 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. У вітчизняній психологічній науці психосинтез розроблений протягом останніх десяти років як метод психологічного консультування, профілактики та навчання [Кучеренко, 2018; Kucherenko, Rudnieva, 2020; Кучеренко, Задорожна, 2016].

Мета статті –здійснити аналіз теоретико-методологічних засад застосування психосинтезу в роботі з розладами харчової поведінки.

Виклад основного матеріалу дослідження. Психосинтез виник на початку XX століття, але визначити його приналежність до одного з класичних напрямів психотерапії вкрай важко, так само як і назвати його самостійним підходом. Він включає деякі положення психодинамічних теорій, оскільки став однією з перших реакцій на психоаналіз. При цьому Р. Ассаджіолі, узагальнивши свій досвід застосування психоаналізу, в 1910 році заявив, що метод З. Фрейда, окрім переваг, має значні недоліки. На думку автора психосинтезу, пацієнтам постійно бракує завершеності та цілісності, яку не міг дати психоаналітик, орієнтований лише на дослідження ранньої травматизації як причини неврозу. Сам З. Фрейд розумів психосинтез як автоматичне відновлення психічного стану, що передувало невротизації, а тому кваліфікувався ним як нормальний [Шанар, 2009: с. 434].

К. Юнг, з яким активно співпрацював Р. Ассаджіолі, наголошував, що якщо існує психоаналіз, повинен існувати і психосинтез, який створює майбутнє, дотримуючись тих самих законів. [Freud, Jung, 1975: с. 293–294]. Саме К. Юнг вперше надав психосинтезу розвивальної мети, що стало підставою до трактування цього методу як логічного продовження психоаналізу. Однак таке означення могло панувати лише в період зародження нового методу.

Згодом Р. Ассаджіолі до кола прикладних проблем психосинтезу долучив здобутки гуманістичної психології, зокрема теорію самоактуалізації А. Маслоу. Однак не вона увінчала завершеність психосинтетичної концепції. Оскільки психосинтез з'явився раніше, то побутує думка, що Р. Ассаджіолі заклав фундамент для розробки теорії самоактуалізації, а тому в своїх працях часто посилався на А. Маслоу.

Самоактуалізація – це прагнення до найповнішої реалізації потенціалу особистості. Однак Р. Ассаджіолі, на відміну від А. Маслоу, вважав, що задоволення цього базального потягу – це лише перехідний етап на шляху до вищих рівнів самореалізації. Тому в психосинтезі було виокремлено два виміри розвитку: персональний (власне самоактуалізацію) та трансперсональний (духовний). В американській версії психосинтезу стверджується, що вони досягаються не поетапно, а паралельно, відображаючи різні, а не протилежні, аспекти людського буття [Стригин, 2014: с. 133]. Холічний принцип, який відпочатково покладено в основу психосинтезу, було розвинено Р. Ассаджіолі в контексті самоактуалізації як прагнення до цілісного самовиявлення, яке

поєднує тілесні, особистісні, міжособистісні та духовні виміри людини у їх структурно-функціональній єдності.

Р. Ассаджіолі не міг оминати проблему духовності у зв'язку з виходом психосинтезу за межі медицини загалом та психотерапії зокрема. Тому, «психологічна карта», яку він розробив на основі інтеграції наукових пошуків, стала оригінальною теорією психічного, на основі якої психосинтез розвивався в середині XX століття переважно як метод практичної психології та педагогіки. Саме психосинтез заклав традицію групових тренінгів у 70-80 роках в США, коли більшість психотерапевтичних шкіл «розграбували» його терміни та методологічні надбання [Nguen, 2020: с. 129].

У праці «Психосинтез. Принципи та техніки» Р. Ассаджіолі порівнює ключові положення власної концепції з екзистенційним підходом. З поміж спільного, автор зауважує, що людина постійно переживає проблему вибору, прийняття рішення та врешті-решт несе відповідальність за власне життя, зокрема за поведінку [Ассаджіолі, 2008: с. 9]. Однак найбільше вирізняє психосинтез з інших напрямів психотерапії його спрямованість на розвиток волі за допомогою різних технік. У фундаментальній праці «Акт волі» вчений дослідив назване явище як провідну функцію «Я». Саме діалектичний розвиток волі та самосвідомості ми заклали в методологію роботи лікаря-дієтолога з дорослими пацієнтами, які страждали на РХП.

Принципи поліпсихізму (непатологічної множинності) та самоідентифікації стали вихідними в нашій практиці. Нижче ми розкриваємо їх через основні поняття психосинтезу та методичні завдання (етапи) лікування в умовах психологічного супроводу.

Відомо, що харчова поведінка включає всі вербальні та невербальні емоційно-поведінкові акти, які стосуються вживання їжі. Вона поділяється на адекватну (нормальну) та неадекватну (патологічну).

У 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.

Об'єднуючі центри здорової людини в структурно-динамічних моделях психічного (в субособистостях) трансформуються у життєві стратегії. Однак, якщо життєва стратегія передбачає свідоме досягнення результату за мінімальних зусиль суб'єкта, то об'єднуючий центр при РХП втрачає стратегічну спрямованість: він скеровує активність на невротичне задоволення особистісної потреби, що опредмечується як харчовий мотив. Отже, поняття життєвих стратегій стосуються суб'єкта, а об'єднуючих центрів – особистості, яка за визначенням не тотожна йому.

У психосинтезі особистістю вважається взаємодія різних субособистостей, яка забезпечує її цілісність, але не зводиться до «Я» як суб'єктності [Кучеренко, 2018: с. 67]. Ця взаємодія може бути злагодженою або ж конфліктною, але, насамперед, субособистості є лише формовиявами, а не сутністю суб'єкта. Саме «Я» володіє здатністю до зміни як окремої субособистості, так і взаємодії між усіма іншими.

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 у роботі лікаря-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.

Іжа як об'єднуючий центр перестає бути засобом задоволення фізіологічної потреби та «обслуговує» різні соціально-психологічні (вищі) потреби у повазі, любові, самоактуалізації тощо. Їхнє задоволення блокується тривожністю, страхом, невпевненістю в собі, прихованою агресією та іншим травматичним досвідом. Інколи цей досвід включає оцінне ставлення інших або самого пацієнта до власного тіла, про що йтиметься у подальших наших розвідках.

Психотравми та їхні причини були включені Р. Ассаджіолі до нижчого несвідомого, зміст якого вичерпно досліджений у психоаналізі. Субособистості, зокрема ті, що виражають розлад харчової поведінки, на період хвороби сконцентровані у середньому несвідомому. Витіснений внаслідок травматизації особистісний потенціал, який пов'язаний із задоволенням потреб вищого рівня, знаходиться у вищому несвідомому.

На рис. 1 цифрами «1», «2» та «3» показано відповідні рівні несвідомого на схематичній карті психічного (так званій «яйцевидній діаграмі»), яку розробив Р. Ассаджіолі. Ця схема подається в нашій модифікації з метою роз'яснення етапів та завдань психосинтезу в практиці лікаря-дієтолога, про що йтиметься далі.

Отже, особистість переживає розщеплення як універсальний механізм витіснення, в якому три рівні несвідомого відокремлені та не взаємодіють на рівні свідомості. Іншими словами, субособистість, яка усоблює РХП і домінує серед інших, «застрягає в лещатах» між травматичним досвідом минулого та потенційним розвитком в майбутньому (цифра «7» на рис. 1). Вона перебуває поза усвідомленням та відповідальним одужанням.

Найбільш вираженою ознакою розщеплення (сплітінгу) є суб'єктивна депроблематизація харчової поведінки, коли її порушення усвідомлюється пацієнтом як нормальний стан, а не психологічна проблема або хвороба. Саме тому ми наголошуємо на необхідності дисидентифікації пацієнта з суб'єктивною

картиною хвороби, яка охоплює, крім візуально виражених симптомів, типові переживання, тілесні відчуття, явні та приховані емоції, стереотипові думки тощо.

Рис. 1. Етапи застосування психосинтезу в роботі з РХП.

Поступово в уяві пацієнта образ субособистості конструюється з вище названих елементів як окрема частина його особистості, з якою він себе не ідентифікує, оскільки рефлексує її вже з позиції свідомого «Я» (цифра «5» на рис. 1). У стані дисідентифікації він спостерігає за образом, виражає певне ставлення до нього (як правило, негативне або амбівалентне). Згодом пацієнт може включатися в уявний діалог з образом субособистості, прагнути до його кардинальної зміни, оптимальної трансформації або осмисленого прийняття.

Отже, можна виділити перші важливі завдання (етапи) психосинтетичної роботи з пацієнтом у роботі лікаря-дієтолога: аналітичний (пізнавальний) та регуляторний (трансформаційний).

На першому етапі внаслідок дисідентифікації «харчова» субособистість «рухається» по чергово до нижчих та вищих рівнів несвідомого, звільняючи місце для позиції спостерігача, яким у психосинтезі метафорично називають свідоме (особистісне) «Я». Автоматично пацієнт у процесі такої «подорожі» за допомогою спостереження та рефлексії усвідомлює травматичне походження своєї частини та її ресурсні можливості в полі свідомості (цифра «4» на рис. 1).

На другому етапі внаслідок трансформації мотив порушеної харчової поведінки розпредмечується у потребу, задоволення якої стає позитивно сформульованою метою лікування: пацієнт хоче не тільки позбутися 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).

Другий етап завершується побудовою проєкту нової субособистості – її ідеальної моделі, яка змінює свій об'єднуючий центр з харчового на особистісно значущий (цифра «8» на рис. 1).

На третьому етапі важливо інтегрувати вмотивовану активність пацієнта навколо внутрішньо значущого та осмисленого об'єднуючого центру, який відображає його буттєву сутність – «Я» (цифра «6» на рис. 1). Саме його усвідомлення стає новим об'єднуючим центром в ідеальній моделі субособистості (цифра «8» там само).

До «Я» не зводиться жодна з субособистостей, жодна з часткових ідентифікацій, коли пацієнт ототожнює себе лише з тілом, або з мисленням, бажаннями або почуттями. Хибні (субособистості) та часткові ідентифікації – це лише окремі форми маніфестації особистості, в центрі якої утверджується суб'єкт, який володіє здатністю до усвідомлення та волі (цифра «5» на рис. 1).

На другому етапі пацієнт розвиває самоусвідомлення та саморегуляцію, координує прояви своїх емоцій та бажань, аналізує актуальні стани, плин думок, тілесні відчуття та рухи у полі свідомості (цифра «4» там само).

Принцип поліпсихізму діалектично пов'язаний з принципом самодетермінації, на якому базується третій етап роботи. Він полягає в утвердженні та розвитку суб'єктності, що посилює інтеграцію між автономними формовиявами особистості та навпаки.

Третій етап (виконавчий або діяльнісний) тісно пов'язаний з розвитком волі в процесі реалізації пацієнтом ідеальної моделі майбутнього. Насправді ж воля розвивається постійно і пронизує всі етапи психосинтезу. Як зауважив А. Альберті, насамперед у пацієнта важливо розвивати волю до одужання [Alberti, 1975: с. 3]. Пацієнтам зі слабкою волею, Р. Ассаджіолі радив розвивати волю до розвитку волі [Ассаджиоли, 2008: с. 157]. Видається, що за таких настанов неможливо оминати детальний аналіз проблеми самодетермінації. У психосинтезі безпосередньо не порушується питання про самодетермінацію як фундаментальний принцип психічного: він сформульований у системі інших понять (свідоме «Я», воля, трансперсональне «Я» або Самість).

Відомо, що самодетермінація на противагу детермінації є однією з ознак неklasичної психології [Чепелєва, 2012: с. 3], до якої належить витвір Р. Ассаджіолі. Але наші науково-пошукові розвідки навели на припущення, що Р. Ассаджіолі у розробці психосинтезу непомітно для сучасних науковців заклад деякі ідеї постнеklasичної раціональності в психології. Однак така гіпотеза вимагає ґрунтовного дослідження. У даній статті ми означимо самодетермінацію

як теоретико-методологічний принцип застосування психосинтезу в роботі з РХП лише з неklasичних парадигмальних засад психологічної науки.

Попередньо нами встановлено, що психосинтетичне розуміння «Я» тотожне академічному поняттю «суб'єкт», оскільки воно цілісне, здатне до самоусвідомлення і володіє вольовою функцією, що може змінити особистість [Кучеренко, 2018: с. 96].

Розрізнення особистості (форми) та суб'єкта (сутності) лежить в основі принципу самодетермінації. Якщо особистість – це множинна форма активності «Я», то власне «Я» – це трансперсональний (в буквальному смислі – «позаособистісний») центр, здатний до усвідомлення та зміни не тільки діяльності, але й особистості як соціально-психологічного утворення (відповідно цифри «5» та «6» на рис. 1).

Таким чином, психосинтез своєрідно означив проблему самодіяльності, в якій об'єктом спрямованої активності є не предметний світ, а власне особистість. Ця своєрідність полягає в тому, що предметна діяльність та самодіяльність не беруться до уваги як різні види активності: дихотомія між ними (між зовнішньою та внутрішньою діяльністю) долається через їх узгодження, синтез.

Р. Ассаджіолі наголошував, що внутрішня діяльність зовні виглядає пасивною, хоча за своїм змістом полягає в активній роботі свідомості. «Критерій, за яким ми сьогодні оцінюємо людську діяльність, в основному зовнішній: діяльна людина визначається тим, якою вона здається на підставі видимих і матеріальних результатів своїх зусиль, таких як достаток та успіх з точки зору популярності в суспільстві. Водночас, людина з вулиці схильна думати, що усвідомлення – це пасивність, сні наяву і, врешті-решт, неефективність. Але подібна думка помилкова у зв'язку з відсутністю ґрунтового розуміння» [Assagioli, 1978: с. 7].

«Ґрунтовне розуміння» в психосинтезі досягається через здійснення вольового акту. Розгортання вольової активності від внутрішнього (самодіяльнісного) до зовнішнього (діяльнісного) вимірів є ключовим завданням не тільки в роботі з пацієнтом, але й в розвитку людини загалом, в її самореалізації. Помилково вважати, що високий рівень самосвідомості є кінцевим результатом ефективної психотерапії або навчання: розвиток волі логічно «завершує» процес цілісного розгортання «Я».

Відомо, що діяльність, як соціально-культурне явище, спрямована на створення та перетворення предметного світу і завжди є особистісною, тобто її здійснює особистість. У цьому переконливо засвідчують праці представників особистісно-діяльнісного підходу в педагогічній психології, наприклад І. Зимньої [Зимняя, 2005]. Натомість самодіяльність – це внутрішня активність свідомості, яка завжди виражається (маніфестує себе) у формі особистісної діяльності, а не замикається на своєму змісті.

Якщо самодіяльність пацієнта обмежується усвідомленням самого себе, тобто завершується на етапах самопізнання та самопроектування, то він не докладе жодних зусиль у переході до реальних змін у своїй поведінці. У цьому

психосинтез вбачає головні недоліки надмірного застосування будь-якої практики самоусвідомлення (медитації, візуалізації, фракційного аналізу тощо), якщо вона не переходить на рівень діяльності – впорядкованої та внутрішньо організованої активності особистості.

Отже, пацієнт з РХП, який «застряг» на аналітичному або регулятивному етапах, залишається в «полі свідомості», коли результати самоусвідомлення – це лише збагнення особистісних причин своєї проблеми та «бачення» шляху її вирішення як чітко означеної мети (наприклад, поступове зменшення ваги на десять кілограмів протягом півроку). Перехід від «поля свідомості» до «поля активності» (в психосинтезі частіше застосовують поняття «поле волі») – це найважчий перехід від «бачення» мети до конкретних дій, від бажання до здійснення, від свідомості до волі (відповідно цифри «4» та «9» на рис. 1). Інколи «поле активності» розвинене у пацієнта більше, ніж «поле свідомості», а тому варто вчасно встановити рівень співвідношення між цими функціональними рівнями його самодетермінації.

Дотримання режиму харчування, сну та фізичних навантажень є одним з найбільших ускладнень, які виникають у роботі з РХП після перших оглядів пацієнта. Часто пацієнти припиняють лікування, жаліючись на неефективність медичної допомоги. На нашу думку, це пов'язано з тим, що дієтологічні рекомендації як заклик до вольового акту надаються без урахування аналітичного та регулятивного етапів роботи.

Ігнорування перших етапів психосинтезу призводить до неготовності пацієнта змінювати свою харчову поведінку, оскільки в свідомості вона залишається безвідносно до особистості (субособистості) як її суб'єкта (пацієнт втрачає можливість нести персональну відповідальність за поведінку, яку вимушено перекладає на лікаря). До того ж, без достатньої рефлексії себе в трансперсональному вимірі (як «Я», а не як особистості), пацієнт залишається сам на сам у боротьбі проти самого себе.

Внутрішній конфлікт між «Я» та «харчовою» субособистістю посилюється намаганням подолати її вплив без можливості вплинути на неї у відповідь. Тобто вольовий акт, спрямований на зміну харчової поведінки, блокується неусвідомленими механізмами, про що йшлося вище. Водночас пацієнти з розвинутою волею можуть досягнути бажаної мети і залишитися в зоні ризику, оскільки попередньо так і не усвідомили потребно-мотиваційні детермінанти розладу своєї особистості.

Отже, пацієнт без готовності перейти до «поля активності» так само приречений на зриви, як і пацієнт з надміру розвинутою волею, але без змін у «полі свідомості». Ось чому дієтологу важливо дотримуватися всіх етапів психосинтезу і вчасно модифікувати не тільки режим харчування, але й стежити за готовністю пацієнта до поведінкових змін за умови збалансованого розвитку свідомості та волі, тобто функцій «Я».

Р. Ассаджіолі в структурі вольового акту виділив шість функціональних процесів або послідовних стадій (варто не плутати стадії з аспектами волі, її видами та властивостями). Він зауважив, що запропонував ідеальний варіант

здійснення акту волі, зразок його завершеності [Assagioli, 1974: с. 135-136]. Саме на цей зразок ми послідовно орієнтували пацієнтів у своїй роботі.

Нижче, у табл. 1 нами представлено досить спрощений варіант основних стадій волі у відповідності до етапів застосування психосинтезу та завдань медико-психологічної допомоги.

Наш досвід медико-психологічної допомоги засвідчив, що не всі шість стадій потребують однакових вольових зусиль пацієнта, адже деякі з них він може досягти досить легко. Наприклад, стадія планування режиму харчування (п'ята) вимагає пасивного ознайомлення з порадами дієтолога. Водночас утвердження віри у здатність регулювати свою поведінку на попередній (четвертій) стадії може супроводжуватися вольовим напруженням пацієнта в роботі з психологом.

Р. Ассаджіолі також наголошував, що у докладанні сили волі існує різниця на кожній стадії досягнення буденних завдань, наприклад, відвідування ресторану [Assagioli, 1974: с. 135-136].

Таблиця 1

Стадії вольового акту на різних етапах психосинтезу

Етапи психосинтезу	Основні завдання	Стадії вольового акту 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 у собі;
3. Виконавчий (діяльнісний)	5) включення ідеальної моделі харчування в діяльність; 6) розвиток нових емоційно-поведінкових навичок у «полі активності».	- планування конкретних дій, побудова деталізованої програми; - планомірне втілення програми та контроль над виконанням.

Перша стадія (стадія постановки мети) часто здійснюється пацієнтом задовго до початку лікування і в процесі психологічного супроводу включає оцінку неусвідомлених мотивів. Тут акт волі лише частково збігається з уявленнями про складну вольову дію в академічній психології. Його перша стадія не починається з імпульсу чи потягу, який переходить у свідому мету [Максименко, 2013: с. 401]. Радше навпаки: спершу людина усвідомлює задум, формулює свою мету, а вже потім досліджує приховані мотиви. Тобто в психосинтезі мотивація включає усвідомлення більш глибоких спонук, які підсилюють прагнення до мети на основі ціннісних орієнтацій (або ж призводять до формулювання альтернативної мети). Наприклад, пацієнтка з компульсивним переїданням, яка хоче схуднути та оцінила важливість такої мети, на першій стадії може усвідомити, що насправді вона переїдала внаслідок ранньої травматизації, коли їда стала домінуючим способом задоволення потреби у прийнятті та схваленні з боку родичів. Це посилює свідоме бажання нормалізувати вагу.

На другій стадії пацієнт у супроводі психолога осмислює мету стосовно всіх позитивних наслідків, які він отримає після досягнення конкретних результатів. Тут мислення та уява пацієнта поєднуються у переживанні очікуваних досягнень «тут і зараз» як трансформаційна підготовка до третьої стадії – прийняття рішення про зміну харчової поведінки. Вона може потребувати вольових зусиль, оскільки вірити у свої сили (четверта стадія) може не кожен пацієнт.

На п'ятій стадії дієтолог розробляє найбільш оптимальну програму режиму харчування з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Вона потребує значних вольових зусиль у пацієнтів з нервовою анорексією або ж у людей, що демонструють психологічні провокації, наприклад, примхливість у виборі запропонованих варіантів раціону.

Шоста стадія настає у проміжках між безпосередньою роботою лікаря-дієтолога та психолога, яка у нашому випадку здійснювалася в парі на кожній консультації. Ця стадія потребує надзвичайно великої сили волі пацієнта в повсякденній діяльності, а також розвитку її якостей, про які говорив Р. Ассаджіолі: інтенсивності, уважності, рішучості, ініціативності, організованості тощо.

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.

Висновки. Лікування розладів харчової поведінки може стати більш ефективним за умови його провадження як співпраці з професійним психологом, що надає психологічний супровід пацієнту (клієнту) одночасно з медико-консультативною роботою лікаря-дієтолога. Такий супровід спрямований на виявлення психологічних причин порушення харчової поведінки; здійснення психотерапевтичних заходів, спрямованих на розвиток особистісних, зокрема вольових, ресурсів у нормалізації харчування; підтримку зворотного зв'язку з

пацієнтом у разі виникнення зривів та інших труднощів у дотриманні дієтологічних рекомендацій.

Однією з найбільш комплексних методологій здійснення такої медико-психологічної допомоги є психосинтез, оскільки він поєднує медичні, психологічні та педагогічні науково-прикладні орієнтації, зважаючи на цілісність фізичної, особистісної та духовної природи людини як самоорганізованої системи, що прагне до вичерпного самоздійснення через поєднання зовнішніх (діяльнісних) та внутрішніх (самодіальнісних) аспектів свого «Я».

За результатами здійснення теоретичного аналізу літератури та на підставі узагальнення власного емпіричного досвіду, теоретичні засади психосинтезу представлені нами як принципи поліпсихізму та самодетермінації. Виходячи з множинної природи психічного, особистість пацієнта з РХП в психосинтезі мислиться як така, що ідентифікує себе лише з однією домінуючою субособистістю – «харчовою» і тому не здатна до самодетермінованих змін, які включають глибоке самоусвідомлення (дисидентифікацію) та здійснення вольового акту (трансформацію та досягнення ідеальної моделі).

Зважаючи на специфіку сучасної медико-психологічної допомоги, нами було враховано традиційне уявлення про чотири етапи психосинтезу, які запропонував Р. Ассаджіолі, та впроваджено індивідуальну програму для пацієнтів, що включала три етапи: пізнавальний (аналітичний), регуляційний (трансформаційний) і виконавчий (діяльнісний).

Названі етапи відповідають основним методологічним завданням психосинтезу, які спрямовані на розвиток самосвідомості, рефлексії, саморегуляції, цілепокладання та волі пацієнтів (клієнтів). З метою досягнення ними максимально можливих результатів лікування та психотерапії всі етапи психосинтезу збігалися з відповідними стадіями здійснення вольового акту, який є узагальненим алгоритмом не тільки у подоланні РХП, але й у досягненні самоактуалізації, блокування якої часто є причиною цих розладів.

У подальших наукових публікаціях ми плануємо представити результати розпочатих емпіричних досліджень, спрямованих на перевірку ефективності застосування психосинтезу в роботі з різними розладами харчової поведінки дорослих.

ЛІТЕРАТУРА

- Ассаджіолі, 2008 – Ассаджіолі Р. Психосинтез: принципы и техники. Москва : Психотерапия, 2008. 384 с.
- Зимняя, 2005 – Зимняя И. А. Педагогическая психология: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по педагогическим и психологическим направлениям и специальностям. Изд. 2-е, доп., испр. и перераб. Москва : Логос, 2005. 382 с.
- Кучеренко, 2016 – Кучеренко С. В., Задорожна Т. Ю. Метод психосинтезу в підготовці учнів дитячої музичної школи до концертних виступів. *Гуманітарний корпус*: збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії. Випуск 6. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2016. С. 123–127.
- Кучеренко, 2018 – Кучеренко С. В. Психосинтез: теорія і практика психотерапії : навчально-методичний посібник. Вінниця : ТОВ «ТВОРИ», 2018. 296 с.

- Максименко, 2013 – Максименко С. Д., Євтух М. Б., Коваленко В. В., Цехмістер Я. В., Лазуренко О. О. Психологія та педагогіка. Підруч. для студ. ВНЗ. За ред. С. Д. Максименка. Київ : «Слово», 2013. 578 с.
- Стригин, 2014 – Стригин И. Альтернатива выживанию. Введение в психосинтез. Москва : PubMix, 2014. 170 с.
- Чепелева, 2012 – Чепелева Н. В. Розвиток особистості у контексті постнекласичного методологічного підходу. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 12: Психологічні науки, 2012. Вип. 37. С. 3–6.
- Шапар, 2009 – Шапар В. Б. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів. Харків : Прапор, 2009. 672 с.
- Alberti, 1975 – Alberti A. The Will in Psychotherapy. Greenville, Del.: Psychosynthesis Research Foundation (Issue 35), 1975. p. 11.
- Assagioli, 1974 – Assagioli R. The Act of Will: A Guide to Self-actualisation and Self-realisation. Baltimore: Penguin Books Inc, 1974. p. 278.
- Assagioli, 1978 – Assagioli R. Martha and Mary. A Study of Outer and Inner Action. Tunbridge Wells: Sundial House, 1978. p. 36.
- Kucherenko, 2020 – Kucherenko Y., Rudnieva K. Development of Stress Resistance of Medical Multiprofile Workers by the Psychosynthesis Method. *Interdisciplinary Approaches in Peace Studies. Levels of Analysis: from Individual to General*. Editors: David Schwartz, Binyamin Gurstein, Daniel Galily. University of National and World Economy Bulgaria, Sofia: Unwe Publishing Complex, 2020. P. 167–186.
- Nguyen, 2020 – Nguyen T. Psychosynthesis, a Way of Openness. *Interdisciplinary Approaches in Peace Studies. Levels of Analysis: from Individual to General*. Editors: David Schwartz, Binyamin Gurstein, Daniel Galily. University of National and World Economy Bulgaria, Sofia: Unwe Publishing Complex, 2020. P. 122–136.
- Freud, 1975 – Sigmund Freud et C. G. Jung. Correspondance. Tome 1: 1906-1909, Traduit par R. Fivaz-Silbermann. Paris: NRF Gallimard, 1975. p. 364.

REFERENCES

- Assadzholi, 2008 – Assadzholi R. Psikhosintez: printsipy i tekhniki. Moskva : Psikhoterapiya, 2008. 384 s.
- Zimnyaya, 2005 – Zimnyaya I. A. Pedagogicheskaya psikhologiya: uchebnoye posobiye dlya studentov vuzov, obuchayushchikhsya po pedagogicheskim i psikhologicheskim napravleniyam i spetsial'nostyam. Izd. 2-ye, dop., ispr. i pererab. Moskva : Logos, 2005. 382 s.
- Kucherenko, 2016 – Kucherenko Ye. V., Zadorozhna T. Yu. Metod psykhosyntezu v pidhotovtsi uchniv dytyachoyi muzychnoyi shkoly do kontsertnykh vystupiv. *Humanitarnyy korpus: zbirnyk naukovykh statey z aktual'nykh problem filosofiyi, kul'turolohiyi, psykholohiyi, pedahohiky ta istoriyi*. Vypusk 6. Vinnytsya : TOV «Nilan-LTD», 2016. S. 123–127.
- Kucherenko, 2018 – Kucherenko Ye. V. Psykhosyntezy: teoriya i praktyka psykhoterapiyi : navchal'no-metodychnyy posibnyk. Vinnytsya : TOV «TVORY», 2018. 296 s.
- Maksymenko, 2013 – Maksymenko S. D., Yevtukh M. B., Kovalenko V. V., Tsekhmister Ya. V., Lazurenko O. O. Psykholohiya ta pedahohika. Pidrukh. dlya stud. VNZ. Za red. S. D. Maksymenka. Kyiv : «Slovo», 2013. 578 s.
- Strigin, 2014 – Strigin I. Al'ternativa vyzhivaniyu. Vvedeniye v psikhosintez. Moskva : PubMix, 2014. 170 s.
- Chepelyeva, 2012 – Chepelyeva N. V. Rozvytok osobystosti u konteksti postneklasichnoho metodolohichnoho pidkhu. *Naukovyy chasopys NPU imeni M. P. Drahomanova*. Seriya 12: Psykholohichni nauky, 2012. Vyp. 37. S. 3–6.
- Shapar, 2009 – Shapar V. B. Psykholohichnyy tлумachnyy slovnyk naysuchasnishykh terminiv. Khar'kiv : Prapor, 2009. 672 s.