

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
Факультет психології, політології та соціології
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота -
магістерський дослідницький проєкт

053 «Психологія»

на тему:

Вплив характерологічних особливостей клієнтів з
порушеннями харчової поведінки на вибір методів психотерапії

Виконала: здобувачка 2 курсу,
рівень вищої освіти: другий (магістерський)
галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки» спеціальність 053 «Психологія»
Броваренко Світлана Романівна
Керівник: Доцент, кандидат політичних наук, доцент
Шмаленко Юлія Іванівна

Рецензент: Доцент, кандидат психологічних наук, доцент
Татьянчиков Андрій Олександрович

Одеса – 2024

АНОТАЦІЯ

Броваренко С.Р. Вплив характерологічних особливостей клієнтів з порушеннями харчової поведінки на вибір методів психотерапії. Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проєкт на здобуття освітнього рівня «магістр», галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальність 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2024.

У роботі наведено результати емпіричного дослідження виникнення і перебіг Порушень харчової поведінки (ПХП). Встановлено взаємозв'язок між характерологічними особливостями клієнта та методами психотерапії. У дослідженні порушень харчової поведінки виявлено, що 38% опитаних страждають на ПХП, що суттєво перевищує офіційні дані. Встановлено, що характерологічні особливості клієнтів впливають на вибір та ефективність методів психотерапії.

Кореляційний аналіз показав значні зв'язки між акцентуаціями особистості та терапевтичними підходами, зокрема, пацієнти з гіпертимними рисами обирають арт-терапію, а тривожні – когнітивно-поведінкову терапію. Результати підтверджують необхідність індивідуалізації терапевтичних стратегій, щоб підвищити успішність лікування порушень харчової поведінки. За результатами дослідження розроблено комплекс практичних рекомендацій щодо профілактики та корекції ПХП залежно від характерологічних особливостей клієнта.

Ключові слова: порушення харчової поведінки(ПХП), орторексія, анорексія, булімія, компульсивне переїдання, методи психотерапії.

ABSTRACT

Brovarenko Svitlana. The influence of characterological features of clients with eating disorders on the choice of psychotherapy methods. Qualification work - master's research project for obtaining the master's degree, field of knowledge: 05 «Social and behavioral sciences», specialty 053 «Psychology». National University Odesa Law Academy. Odesa, 2024.

The study presents findings from an empirical investigation into the prevalence and progression of eating disorders (ED). It explores the relationship between clients' characterological traits and the psychotherapy methods applied. Results indicate that 38% of respondents suffer from primary compulsive pathology (PCP), a rate significantly higher than official figures. The study found that clients' character traits influence the selection and effectiveness of psychotherapy methods. Correlation analysis revealed significant associations between personality traits and therapeutic approaches: for example, clients with hyperthymic tendencies prefer art therapy, while those with anxious traits opt for cognitive-behavioral therapy. These findings underscore the importance of individualized therapeutic strategies to improve treatment outcomes for ED. Based on these results, a set of practical recommendations was developed for the prevention and correction of PCP tailored to clients' characterological traits.

Key words: eating disorder (ED), orthorexia, anorexia, bulimia, compulsive overeating, psychotherapy methods.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРО- ЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	14
1.1. Етапи організації та проведення емпіричного дослідження характерологі- чних особливостей особистості клієнтів з порушенням харчової поведінки.....	14
1.2. Характеристика методів вивчення характерологічних особливостей особи- стості клієнтів з порушенням харчової поведінки та складання профілю особи- стості кліє- нтів.....	16
Висновки до 1 розділу.....	21
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ХАРАКТЕРО- ЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ КЛІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ІЗ ВИБОРОМ МЕТОДІВ ПСИХОТЕ- РАПІЇ.....	22
2.1. Аналіз результатів дослідження взаємозв'язку між характерологічними особливостями особистості клієнтів з порушенням харчової поведінки та ви- бором методів психоте- рапії.....	22
2.2. Практичні рекомендації щодо корекції та профілактики порушень харчової поведінки у клієнтів залежно від характерологічних особливостей.....	37
Висновки до 2 розділу.....	41
ВИСНОВКИ.....	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46
ДОДАТКИ.....	50

ВСТУП

Актуальність дослідження. У останні роки українське населення відчуває сильний вплив численних негативних факторів, починаючи з тривалої пандемії коронавірусу, що спричинила економічні та соціальні труднощі, і завершуючи нещодавніми місяцями воєнного стану, які призвели до серйозного стресу та різкого зниження рівня життя громадян. Реакції на стрес та втрати у різних людей можуть значно відрізнятися, однак однією з поширених відповідей є переїдання та інші порушення харчової поведінки.

Крім того, кожне суспільство в певний історичний період формує свої стандарти краси, що вимагає від людей відповідності певним естетичним ідеалам. Це підштовхує людей прагнути до фізичної ідеальності, адже зайва вага часто асоціюється з невдачею та непривабливістю, тоді як стрункість вважається ознакою успіху і краси. Невідповідність «красивому ідеалу» може призводити до зниження самооцінки, незадоволення власним тілом і психічного напруження, яке індивіди намагаються зняти через переїдання, недоїдання або вживання алкоголю. Таким чином, відчуваючи дискомфорт і бажаючи уникнути неприємних емоцій, людина може почати споживати велику кількість калорійної їжі, що призводить до ще більшого набору ваги. У результаті утворюється замкнене коло: незадоволеність своїм тілом веде до переїдання, а переїдання – до збільшення ваги.

Харчові розлади можуть негативно впливати на здоров'я, знижуючи імунітет та працездатність, що, в свою чергу, позначається на фізичному стані особистості та його соціально-психологічній адаптації. Актуальність нашого дослідження полягає в тому, що саме вивчення характерологічних особливостей клієнтів з порушенням харчової поведінки дозволить нам повніше

скласти психологічний портрет та виявити особливості його соціально-психологічної адаптації, що дозволить надалі розробити чіткі диференційовані рекомендації щодо психологічної корекції та вибору методів психотерапії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розлади харчової поведінки часто розглядаються як соціокультурні феномени, що виникають через вплив нереалістичних стандартів краси та стрункості. Однією з популярних соціокультурних моделей РХП є теорія самооб'єктивації, запропонована Фредріксоном та Робертсом у 1997 році. Вона вказує на те, що культура нав'язує певну модель самооб'єктивації, яка впливає на емоційні та поведінкові реакції жінок. Згідно з цією теорією, існує загальноприйнятий суспільний ідеал краси, який передається через різні соціокультурні канали. Цей ідеал сприймається людьми, і їхнє задоволення чи незадоволення зовнішнім виглядом залежить від того, наскільки вони відповідають цьому стандарту [38]. Дослідники, зокрема Даканаліс та ін. (2014), зазначають, що нездатність відповідати таким стандартам перетворює незадоволеність зовнішнім виглядом на сором за своє тіло – хворобливу соціальну емоцію [37]. Це почуття виникає через порівняння себе з культурними нормами та відчуття непривабливості в очах інших. Сором перед власним тілом може призвести до двох основних наслідків: жінки починають суворо дотримуватися дієт або вдаються до методів очищення організму, таких як блювання, або ж припиняють контроль над харчуванням, що проявляється в «розгальмованому» стилі харчової поведінки [37].

Загалом у світі 9% людей [9] мають порушення харчової поведінки, їх наслідки негативно позначаються на фізичному здоров'ї і можуть погіршувати якість її життя.

Проблеми порушення харчової поведінки (ПХП) дуже поширені, незважаючи на те, що не завжди очевидні. ПХП – передусім психологічна проблема, адже корінь проблеми часто у способі мислення, травмах чи самооцінці людини. Однак ці психологічні прояви можуть перетекти у серйозні фізичні захворювання, які можуть зруйнувати організм людини. Тема розладу харчової

поведінки важлива ще й тому, що сучасне суспільство не просто мало говорить про це, а й поширює ідеї та упередження, які провокують проблеми з ПХП. Найбільш статистично ризик розвитку ПХП мають жінки, однак і чоловіків це не оминає повністю.

Виникнення розладу харчової поведінки не залежить ні від віку, ні від статі, ні від етнічної приналежності і, тим більше, не має значення соціально-економічний статус людини. Але варто відзначити, що жінки (особливо молоді) все ж таки дещо частіше страждають від нього, ніж чоловіки.

Виявлятися може в різних видах [19, с. 86-89] :

нервова анорексія – невгамовне прагнення худорлявості, страх мати зайвий жир, спотворене сприйняття власного тіла, обмеження кількості їжі. Все разом призводить до вкрай низької ваги та серйозних проблем зі здоров'ям. Очищення шлунково-кишкового тракту шляхом викликання блювоти чи іншими методами може бути, а може і ні;

нервова булімія – регулярно повторюване переїдання, після якого спостерігається неадекватна компенсаторна поведінка, тобто зловживання сечогінними та проносними, провокування блювання, голодування, надмірні фізичні навантаження;

вибірково-обмежувальна їжа патологічного характеру. Призводить до сильного зниження ваги, нестачі поживних речовин, а потім і до залежності від нутритивної (лікувального харчування) підтримки.;

компульсивне переїдання – переїдання, що періодично повторюється, що супроводжується почуттям втрати контролю над собою.;

При цьому будь-який із видів ПХП закріплюється відразу на двох рівнях: психічному та фізіологічному. Спочатку виникає конфлікт між реакціями на події та базовою потребою в їжі, потім бажання призводить до формування нав'язливої ідеї, яка формує певну поведінку

Таким чином, усі ці розлади можуть бути пов'язані з психологічними чинниками, які запускають їхній механізм під впливом стресу. Згідно з даними наукових досліджень, близько тридцяти мільйонів людей, незалежно від віку та

статі, страждають від порушень харчової поведінки. Причинами таких розладів можуть бути як генетичні фактори, так і риси особистості, а також інші обставини [6, с. 39].

Пікацизм - вживання на постійній основі того, що не відноситься до їжі. Дітям віком до 2 років не діагностується;

румінація - зригування їжі, які повторюються;

ортореksія - прагнення до ПХ (правильного харчування) і найсуворішого дотримання раціону, яке набуло патологічного та нав'язливого характеру;

бесіреksія - нав'язування дитині батьками своїх переваг у харчовій поведінці [14, с 10].

До 13% молоді до 20 років хоча б 1 раз зіштовхувалися з будь-яким видом цього захворювання [14, с. 22].

Нервова анорексія зустрічається у 0,3-3% жінок та 0,24-0,3% чоловіків [23, с. 32] .

Схильність до цієї групи розладів може успадковуватися:

нервова анорексія передається нащадкам з ймовірністю 28-74%;

нервова булімія - 54-83%;

патологічне переїдання – 41-57% [13, с. 141-149].

ПХП практично завжди супроводжується іншими психічними захворюваннями:

36-50% хворих на нервову булімію мають депресивний розлад;

48-51% хворих на нервову анорексію мають тривожний розлад;

у більшості випадків до ПХП приєднується також ОКР (обсесивно-компульсивний розлад) та схильність до зловживання психоактивними речовинами [43].

Це ряд психіатричних захворювань, що характеризуються тим, що пов'язані з деструктивними установками та ненормальною поведінкою щодо форми власного тіла, вибору їжі, частоти прийомів та обсягів порцій. Негативно вплив ПХП зачіпає і відносини, і особистий розвиток і роботу, що значно погіршує якість життя.

Дослідження порушень харчової поведінки показали, що люди, які страждають від таких розладів, часто мають депресивні настрої, істеричність, егоїстичні риси, переживання самотності, надмірну вимогливість до себе та перфекціонізм. Роботи як українських, так і зарубіжних науковців підтверджують, що перфекціонізм відіграє ключову роль у розвитку порушень харчової поведінки. Бажання досягти ідеального вигляду та схильність до дихотомічного мислення (розгляд ситуацій в категоріях “чорне або біле”) призводять до надмірної стурбованості своєю вагою та зовнішнім виглядом у людей з вираженими перфекціоністськими рисами характеру.

Такі люди можуть ставити перед собою надмірно високі вимоги, намагаючись дотримуватись дуже строгих дієт, що часто призводить до психо-емоційних зривів. Існують серйозні докази того, що складні генетичні фактори можуть сприяти розвитку різноманітних розладів харчової поведінки, навіть тих, що не завжди відповідають стандартним діагностичним критеріям. Сімейні дослідження виявили, що випадки порушень харчової поведінки часто повторюються у родинях. Крім того, близнюкові дослідження для анорексії та булімії показали вищу конкордантність серед монозиготних близнюків порівняно з дизиготними.

Скандинавські дослідження (Gillberg & Råstam, 1992) встановили зв'язок між анорексією та розладами аутистичного спектру, зокрема з синдромом Аспергера, який більш виражений серед чоловіків [43]. У випадках, коли один із членів родини страждає від анорексії, часто виявляється, що інші родичі демонструють схожі риси особистості, такі як перфекціонізм або схильність до нав'язливих розладів. Це не означає, що самі розлади передаються по спадковості, а швидше свідчить про успадкування певних рис особистості, таких як перфекціонізм і підвищена тривожність, а також когнітивної схильності фокусуватися на деталях, а не на загальній картині. У випадках булімії інші родичі можуть бути схильні до депресії або зловживання психоактивними речовинами.

Згідно з спостереженнями, порушення харчової поведінки часто поєднуються з прикордонними розладами особистості або можуть ускладнювати їх перебіг, що ускладнює лікування таких розладів.

Чинники зовнішнього середовища. У тих сім'ях, де, як мінімум, одна людина страждає на розлад харчової поведінки, її виникненню сприяють не тільки генетичні фактори, сама сім'я може також виступати в ролі фактора середовища. Оскільки розлади харчової поведінки виникають у сімейному середовищі з підвищеним генетичним ризиком, складно відокремити генетичний вплив на розвиток захворювання від впливу середовища [24, с. 16-25].

У роботі, що виявила високу частоту перинатальних втрат у сім'ях підлітків, які страждають на анорексію (Shoebridge & Gowers, 2000), було висловлено припущення про роль патологічної скорботи, як причини, проте в цьому дослідженні не було прийнято до уваги можливість, що в цих сім'ях у матерів була низька маса тіла, і за рахунок цього більшу ймовірність викиднів. У цьому ж дослідженні було встановлено, що дівчата, які страждають на анорексію частіше, ніж у контрольній групі, залишалися на ніч поза домом віком до 12 років. Це може вказувати швидше на емпатичну реакцію на особливості характеру дітей, а не на причину розладу.

В іншому дослідженні було виявлено, що народження навесні у країнах із сезонними відмінностями у кліматі підвищує ризик виникнення нервової анорексії (Eagles et al, 2001). Все ще невідомо, чи це пов'язано з впливом факторів довкілля, чи це спостереження відображає більш високу активність у літній період батьків, які мають знижену масу тіла, які менш фертильні, коли холодна погода висуває підвищені вимоги до їх енергетичного рівня [36].

Пускові механізми (тригери). Безсумнівно, основними пусковими механізмами порушень харчової поведінки є статеве дозрівання та підлітковий вік. В цей період молоді люди одночасно переживають фізіологічні зміни, пов'язані з розвитком тіла, а також зіштовхуються з новими життєвими проблемами, викликаними гормональними змінами. Вони стикаються з новими соціальними, сексуальними та інтелектуальними вимогами, а ці процеси обробляються

мозком, який в цей час також перебуває у стані постійних змін, як анатомічних, так і хімічних [15, с. 160-165]. Проте важливо зазначити, що ці пускові механізми є неспецифічними. У підлітків з різною схильністю до чутливості ці зміни можуть викликати різні психічні розлади, такі як депресія, obsесивно-компульсивний розлад або зловживання психоактивними речовинами. Наприклад, як нервова анорексія, так і булімія можуть бути спровоковані схожими факторами, і на початкових етапах ці розлади можуть виглядати схожими. Підлітки, які страждають булімією, можуть спочатку втрачати вагу, але потім її набирати внаслідок нападів переїдання, а в деяких випадках розлад може мати циклічний характер. Вони можуть відповідати різним діагностичним критеріям у різні періоди часу і часто отримують діагноз «розлад харчової поведінки без уточнень». Така ситуація ускладнює використання існуючих класифікацій для точного розмежування розладів, оскільки ці розлади можуть мати різне генетичне походження і потребувати різних підходів до лікування.

Мета і завдання дослідження. Мета кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні характерологічних особливостей особистості пацієнтів з порушенням харчової поведінки та їх впливу на вибір методів психотерапії.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз досліджень порушень харчової поведінки в осіб із загальної популяції та психологічних механізмів їх прояву.
2. Розробити діагностичний комплекс для вивчення характерологічних особливостей особистості пацієнтів з порушенням харчової поведінки.
3. Здійснити аналіз результатів емпіричного дослідження характерологічних особливостей особистості пацієнтів з порушенням харчової поведінки та їх впливу на вибір методів психотерапії.
4. Обґрунтувати рекомендації щодо корекції та профілактики порушень харчової поведінки у пацієнтів залежно від характерологічних особливостей.

Об'єкт дослідження - особистість пацієнтів з порушенням харчової поведінки.

Предмет дослідження - вплив характерологічних особливостей особистості пацієнтів з порушенням харчової поведінки на вибір методів психотерапії.

Методологічна база дослідження. Методологічну основу роботи становлять загально-наукові та спеціально-наукові методи наукового пізнання. Так, для досягнення поставленої мети та вирішення поставлених завдань використано наступні методи дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, індукція, дедукція, порівняння, узагальнення, систематизація наукової літератури); емпіричні (спостереження, бесіда, психодіагностичне тестування, графічна та таблична інтерпретація отриманих результатів); кількісної обробки отриманих даних (статистична обробка даних за допомогою програми Excel). В свою чергу метод психодіагностичного тестування включав в себе такі методики, як:

- опитувальник харчової поведінки ЕАТ-26;
- методика вивчення темпераменту за А. Беловим;
- методика дослідження акцентуації характеру за Х. Шмішеком;
- анкетування

Методи статистичної обробки емпіричних даних: описова статистика, тестування незалежних вибірок, кореляційний аналіз.

А також:

- загальні методологічні засади наукового пошуку (принципи детермінізму, об'єктивності, системності, розвитку);
- психосоматичний підхід до здоров'я (З. Фройд, В. Бехтерев, Ф.Александр, О. Лоуен, В. Райх, М. Фельденкрайз, Г. Сельє, М. Сандомірський, С. Кулаков, Н. Пезешкіан, Е. Берн, В. Ротенберг та ін.)
- теорії, які описують проблеми психології здоров'я (А.Маслоу, О.Кузнецов, Н. Лакосіна, В. Лебедєв, Г. Нікіфоров, Г. Ушаков, Г. Олпорт, А.Елліс, М. Мюррей, Д. Шапіро та ін.)

Елементи наукової новизни. У роботі вперше встановлений взаємозв'язок між характерологічними особливостями клієнта, які страждають від порушень харчової поведінки (ПХП) та вибором методів психотерапії.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані у дослідженні результати можуть бути використані в процесі психотерапії людей, які страждають від ПХП.

Публікації автора за темою дослідження. Броваренко С.Р. Вплив характерологічних особливостей клієнтів з порушеннями харчової поведінки на вибір методів психотерапії. Матеріали другої міжнародної науково-практичної конференції «Scientific research: modern challenges and future prospects». м. Мюнхен 23-25 вересня 2024 р..

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, що об'єднують чотири підрозділи, висновків, списку використаних джерел із 44 найменувань, 2 таблиць та 4 додатків. Загальний обсяг основного тексту роботи становить 40 сторінок. Повний зміст роботи складає 64 сторінки.

РОЗДІЛ I. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Етапи організації та проведення емпіричного дослідження характерологічних особливостей особистості пацієнтів з порушенням харчової поведінки

Для реалізації поставлених у дослідженні завдань була розроблена програма емпіричного дослідження, яка включала ряд взаємопов'язаних етапів.

На першому, підготовчому, етапі дослідження була визначена тема, проведено науковий пошук та теоретичне осмислення проблеми дослідження, обрано його об'єкт та предмет, сформульовано мету дослідження.

Для реалізації мети було поставлено ряд завдань, які чітко визначили структуру дослідження, дозволили логічно спланувати основні його етапи.

Теоретичні основи дослідження були визначенні на основі аналізу, узагальнення та систематизації наукових літературних джерел. Був здійснений пошук досліджень, присвячених проблемі порушення харчової поведінки у людей та зв'язок між характерологічними їх особливостями на вибір методу психотерапії. У процесі аналізу наукових літературних та інформаційних джерел було встановлено, що порушення харчової поведінки негативно впливає на соматичне та психічне здоров'я особистості. Останні роки ще більше людей звертаються за допомогою до спеціалістів для подолання даного порушення, скаржуючись на виникнення більшої кількості симптомів та погіршення якості життя в різних її сферах.

Втім можна відзначити недостатню кількість досліджень, які б в першу чергу пов'язували взаємозв'язок характерологічних особливостей з вибором різноманітних методів психотерапії задля подолання порушення харчової поведінки.

Результатом наукової рефлексії окресленої проблеми стало припущення про те, що всі люди мають різну психічну організацію та по-різному намагаю-

ться подолати дане порушення. Отже, треба зіставити конкретну особу та метод психотерапії, який підійде більше для неї.

На другому, дослідницькому, етапі було проведено емпіричне дослідження. За допомогою емпіричних методів анкетування, тестування, які застосовувались на вибірці досліджуваних, зібрано масив емпіричних даних.

Конкретними завданнями даного етапу дослідження стали:

- провести дослідження клієнтів, що страждають на порушення харчової поведінки;
- скласти їх характерологічний особистісний профіль;
- вивчення характеру протікання ПХП;
- вивчення та опрацювання методів (методик) психотерапії згідно з характерологічними особливостями клієнтів.

При розв'язанні поставлених завдань ми виходили з наступних теоретичних засад: з розуміння сутності порушення харчової поведінки; сутності та різниці різноманітних методів.

Наукове-дослідження проводилось шляхом анкетування та тестування за допомогою сервісу Google Forms. Систематизація та первинна кількісна обробка результатів анкет та психодіагностичних методик здійснювалась за допомогою сервісу Google Sheets та програми Microsoft Excel.

Проведення емпіричного дослідження здійснювалось у строгій відповідності до принципів психодіагностичного обстеження (конфіденційності, об'єктивності, забезпечення прав особистості, особистої відповідальності).

Вибірку дослідження склали 20 осіб у віці від 22 до 43 років (16 жінки та 4 чоловіків). В Саме цей період співпадає за активною професійною діяльністю людини та, згідно з поглядами багатьох дослідників, є найбільш чутливим до розладів харчування. Всі представники вибірки є мешканцями м. Одеса. Вибірка відповідає вимогам до однорідності та репрезентативності.

На третьому, інтерпретаційному, етапі дослідження було проведено обробку, кількісний та якісний аналіз емпіричних даних, в тому числі за допомогою методів математичної статистики. Для кількісної обробки емпіри-

чних даних використовувались методи описової статистики, кореляційного аналізу (рангова кореляція Пірсона). Статистична обробка емпіричних даних здійснювалась у програмі IBM SPSS Statistic.

На четвертому, практичному, етапі дослідження на основі отриманих на попередніх етапах результатів, був розроблений комплекс практичних рекомендації щодо корекції та профілактики розвитку ПХП у людей залежно від характерологічних особливостей.

1.2. Характеристика методів вивчення характерологічних особливостей особистості пацієнтів з порушенням харчової поведінки та складання профілю особистості пацієнтів

Для реалізації другого етапу дослідження був застосований комплекс емпіричних методів. Він включав в себе анкетування та тестування за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик.

Анкетування здійснювалось з метою збору загальних даних про представників вибірки за допомогою спеціально розробленої нами анкети. Запитання анкети стосувались таких характеристик як: вік, стать, дані щодо тривалості даного порушення, наявність додаткових захворювань, особистісні відношення до ПХП, досвід проходження терапії тощо. Повний перелік запитань анкети представлено у Додатку Б.

При виборі психодіагностичних методик ми враховували показники їх надійності, валідності, відповідності віковій категорії випробовуваних. Перед початком тестування були надані чіткі та зрозумілі інструкції.

Метою даного етапу дослідження стало вивчення порушень харчової поведінки у людей, співставлення даного розладу з такими показниками як характерологічні їх особливості. Крім того ми ставили за мету проаналізувати різні підходи та методи психотерапії для прирівняння даного порушення залежно від самого клієнта.

За допомогою методу анкетування було зібрано первинні, найбільш загальні дані представників вибірки щодо їх віку, статі та скарг, з можливою наявністю ПХП. На даному етапі опитування пройшли 52 людини, після чого було запропоновано тест ЕАТ-26 для більш детального аналізування вивчаємого нами порушення та для сформування групи подальшого, більш детального, дослідження. Повний перелік запитань анкети представлено у Додатку А.

Тест ЕАТ-26 є скринінговим інструментом, що означає, що на його основі не можна поставити діагноз, навіть попередній. Однак високий бал на цьому тесті вказує на високу ймовірність наявності серйозного розладу харчової поведінки, зокрема анорексії або булімії, оскільки тест був розроблений саме для виявлення цих розладів. Водночас деякі питання тесту можуть бути специфічними для інших типів розладів харчової поведінки, таких як обмежувальні або компульсивні розлади тощо. Отже, цей тест допомагає виявити «групу ризику», яка потребує консультації фахівця в галузі психічного здоров'я, хоча він не охоплює всі види розладів харчової поведінки, які існують сьогодні.

Тест ЕАТ-26 складається з 26 основних та 5 додаткових питань. Відповідаючи на 26 основних питань шкали, обстежуваний зазначає ступінь виразності різних симптомів за шкалою Лікерта, вибираючи одну з наступних відповідей: «ніколи», «рідко», «іноді», «досить часто», «як правило» або «завжди». При відповіді 5 додаткових питань обстежуваний вибирає одне із двох варіантів відповіді – «так» чи «ні». Перед початком процедури обстежуваного необхідно ознайомити з методикою роботи зі шкалою. Шкала заповнюється самим обстежуваним, і її заповненні фахівець не бере участі. За результатами відповіді всі 26 основних питань визначається сумарний бал.

Усі питання тесту, крім 26-го, оцінюються так: «завжди» – 3; «як правило» – 2; «досить часто» – 1; «іноді» – 0; «рідко» – 0; «ніколи» – 0. 26-е питання оцінюється наступним чином: «завжди» – 0; «як правило» – 0; «досить часто» – 0; «іноді» – 1; «рідко» – 2; «ніколи» – 3.

Якщо сумарний бал шкали перевищує значення 20 є висока ймовірність розладу харчової поведінки. Проте тест ЕАТ-26 не є самостійним діагностичним інструментом, а використовується для скринінгу та попередньої оцінки.

Ряд пунктів цього скринінгу є специфічним для певних розладів харчової поведінки, які пов'язані з анорексією і булімією – наприклад, обмежувального, компульсивного розлади харчової поведінки тощо [21, с.41-44]. Тобто тест дає можливість виявити «групу ризику».

Нами свідомо використовувалися два способи бальної оцінки, оскільки для дослідницьких цілей більш диференційоване оцінювання часто дає додаткову інформацію. Умовно позначимо перший варіант оцінювання (від 0 до 5) як дослідницький, а другий (від 0 до 3) як діагностичний.

Відповідно до ключа до методики проводився підрахунок балів за трьома шкалами (захоплення дієтами, булімія та заклопотаність думками, пов'язаними з їжею, оральний контроль), а також підраховувався сумарний бал по всіх пунктах. У стандартній методиці ЕАТ-26 значення сумарного бала (діагностичний варіант), що дорівнює або перевищує значення 20, вважається критичним. Відповідно, за результатами скринінгу респондентам з балами ≥ 20 рекомендується проконсультуватися з фахівцем.

Для оцінки тест-ретестової надійності використовувався коефіцієнт рангової кореляції Пірсона.

Результати аналізу сумарних балів ЕАТ-26 у діагностичному варіанті показали, що 38% респондентів (20 особа зі 52) демонструють схильність до ПХП (сумарний бал ≥ 20).

Статистичний аналіз дослідницького та діагностичного варіантів ранжирування бальних оцінок продемонстрував дуже близькі результати, тому ми обмежимося тут аналізом саме діагностичного варіанта ЕАТ-26, який традиційно використовується для скринінгу ПХП відповідно до рекомендацій авторів методики.

Для подальшого розкриття теми було прийняте рішення застосувати методику-опитувальник Шмішека, щоб виявити певні характерологічні особливості у респондентів, які скаржаться на ПХП.

Відповідно до теорії «акцентуйованих особистостей» існують риси особистості, які власними силами ще є патологічними, проте можуть за певних умов розвиватися у позитивному чи негативному напрямі. Риси ці є загостренням деяких властивих кожній людині індивідуальних властивостей. У психопатів ці риси досягають особливо великої виразності.

Акцентуйована особистість може бути вибірково вразлива по відношенню до одних психогенних впливів, у той час як до інших зберігати досить хорошу стійкість. Акцентуйовані особистості можуть досягати значних успіхів у науці, культурі, спорті, політичній діяльності та ін. Однак ці люди також часто стикаються з психологічними труднощами у випадках, коли складаються ситуації протилежні рис їх особистості. Цей тест призначений виявлення акцентуацій характеру, т. е. певного напрямі характеру.

Призначений для діагностики типу акцентуації особистості є реалізацією типологічного підходу до її вивчення. Опубліковано Г. Шмішеком в 1970 р.[3, с.32]. Тест складається з 88 питань, на які потрібно відповісти «так» чи «ні». Розроблено також скорочений варіант опитувальника. За допомогою цієї методики визначаються такі 10 типів акцентуації особистості:

1. Демонстративний тип. Характеризується підвищеною здатністю до витіснення.
2. Педантичний тип. Особи цього відрізняються підвищеною ригідністю, інертністю психічних процесів, нездатністю до витіснення травмуючих переживань.
3. «Загострюючий» тип. Характерна надмірна стійкість афекту.
4. Збудливий тип. Підвищена імпульсивність, ослаблення контролю над потягами та спонуканнями.
5. Гіпертимічний тип. Підвищений фон настрою у поєднанні з оптимізмом та високою активністю.

6. Дистимічний тип. Знижений фон настрою, песимізм, фіксація тіньових сторін життя, загальмованість.

7. Тривожно-боязливий. Схильність до страхів, боязкість і полохливість.

8. Циклотимічний тип. Зміна гіпертимічних та дистимічних фаз.

9. Афективно-екзальтований. Легкість переходу стану захоплення до стану печалі. Захоплення і сум – основні супутні цього стану.

10. Емотивний тип. Споріднений афективно-екзальтованому, але прояви не такі бурхливі. Особи цього типу відрізняються особливою вразливістю та чутливістю.

Максимальний показник по кожному типу акцентуації – 24 бали. Ознакою акцентуації вважається показник вищим за 12 балів [3, с. 32]. Отримані дані можуть бути представлені у вигляді «профілю особистісної акцентуації». (Питання містяться в додатку В)

Для визначення переважаючого типу темпераменту та виявлення представленості у ньому властивостей інших типів можна використовувати метод ідентифікації, запропонований А.Беловим. Випробуваному послідовно пред'являються чотири картки, кожної з яких написано по 20 властивостей, притаманних уявлень кожного типу темпераменту: I картка – холерика, II – сангвініка, III – флегматика, IV – меланхоліка.

Інструкція вимагає уважно прочитати перелік властивостей і поставити знак (+), якщо випробуваний вважає, що ця властивість йому притаманна, і знак (-) – якщо вона відсутня. У сумнівних випадках нічого не ставиться. (Питання містяться в додатку ...)

Саме завдяки опитувальнику нам вдалося скласти характерологічний профіль (зміст якого буде розкритий в наступному розділі) 20-ти респондентів для більш належного для нього вибірку методу психотерапії.

Висновки до розділу 1

Реалізація підготовчого етапу дослідження дозволила сформулювати наступні висновки.

Теоретико-методологічний аналіз наукових концепцій, останніх досліджень та публікацій з проблеми дослідження дозволив підготувати теоретичну базу емпіричного дослідження, визначити його теоретико-методологічні основи.

Розроблено програму емпіричного дослідження, яка включила в себе чотири взаємопов'язані етапи: підготовчий, емпіричний, інтерпретаційний та практичний.

В якості показників емпіричного дослідження обрано характерологічні особливості клієнтів, порушення харчової поведінки.

Для проведення емпіричного дослідження було сформовано однорідну та репрезентативну вибірку, визначено її гендерний та віковий склад.

Для кожного з виділених показників було підібрано психодіагностичну тестову методику, обґрунтовано доцільність їх використання, висвітлено процедуру обробки результатів. До комплексу психодіагностичних методів увійшли: ЕАТ-26, опитувальник Шмішека, методика для визначення темпераменту А. Белова. Всі методики відповідають вимогам надійності та валідності, пройшли процедуру адаптації та стандартизації.

Для статистичної обробки емпіричних даних було обрано комплекс математико-статистичних методів, які відповідають їх структурі та характеру. Такими методами стали: описова статистика, кореляційний аналіз, статистичний аналіз розбіжностей.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ХАРАКТЕРОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ КЛІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ІЗ ВИБОРОМ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПІЇ

2.1. Аналіз результатів дослідження взаємозв'язку між характерологічними особливостями особистості клієнтів з порушенням харчової поведінки та вибором методів психотерапії

Щодня у світовій практиці збільшується кількість випадків захворювань, пов'язаних із порушеннями в галузі харчової поведінки. Серед найпоширеніших можна виділити анорексію та булімію, які вважаються психічними розладами. Тим не менш, у сучасному суспільстві спостерігається виникнення нових форм порушень у сфері харчової поведінки, які також становлять серйозні виклики для подальшого лікування та терапії. Перекуси у харчовій поведінці можна розглядати як прояв адиктивної поведінки, яка потребує не меншої уваги, ніж алкогольна чи наркотична залежність.

Метою даного етапу дослідження стало вивчення основних розладів харчової поведінки, співставлення даного розладу з такими показником як характерологічні особливості клієнтів. Крім цього ми ставили за мету проаналізувати скарги респондентів, які скаржились на ПХП, скласти особистісний профіль та завдяки цьому обрати метод психотерапії, який буде більш ефективний саме для кожного опитуваного.

За допомогою методу анкетування було зібрано первинні, найбільш загальні дані представників вибірки щодо їх віку, статі, наявності ПХП.

Результати анкетування показали, що 38% первинно опитуваних страждають на даний розлад. За даними офіційної статистики станом на вересень 2024 року в середньому по Україні цей показник становить 7-10%. Якщо розглядати світову статистику, то цей показник становить 9% [9]. Така різниця в показниках напевно обумовлена складом нашої вибірки, до якої уві-

йшли найбільш активні представники даного порушення. Також на різницю показників вплинув, вочевидь, той факт, що велика кількість хворих, особливо в легкій формі, не потрапляють до офіційної статистики.

Дослідження показують, що люди з порушеннями харчової поведінки часто стикаються з важкими емоціями, такими як тривога, депресія та низька самооцінка.

Ці емоції, у свою чергу, можуть призвести до дезадаптивних стратегій подолання, таких як часті переїдання, очищення та інші розлади харчової поведінки. І цей цикл порушеної харчової поведінки може ще більше посилити емоційну дисрегуляцію, створюючи важке порочне коло.

Дійсно, зв'язок між труднощами регуляції емоцій та розладами харчової поведінки складна та багатогранна. Але її розуміння має важливе значення для ефективного лікування та одужання.

Ми провели порівняльний аналіз особливостей харчової поведінки та індивідуально-особистісних особливостей в експериментальній та контрольній групах. В результаті діагностичного обстеження випробуваних за методикою ЕАТ-26 були отримані дані про виразність типів харчової поведінки в учасників нашого дослідження.

Після співвіднесення людей з наявністю ПХП та умовно здорових за критеріями, які були надані вище, ми почали працювати з контрольною групою респондентів(ті, що страждають на ПХП)

Отже, нам було важливо скласти характерологічний профіль вторинно опитуваних для розуміння їх характерологічних особливостей. Нами було використано методику Шмішека.

Респондент 1

Стать, вік -Чоловік, 26 років

Темперамент-Меланхолік

Основні риси- Егоїзм, жорсткість, ранимість, чесність, прямолінійність

Інтелект- високий, освічений

Мотивація-Вкрай низька. перебуває в апатії. Емоційний фон знижений- нудьгує і страждає від незадоволеності життям

Комунікативність-Розвинені слабо.

Саморегуляція- добре володіє собою і не йде на поводу у емоцій.

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення першого респондента до дистимічного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 15.

№2

Стать, вік -жінка, 26 років

Темперамент-холерик

Основні риси-прямолінейність, впевненість

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - непостійний

Комунікативність-Розвинені слабо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але у стресових ситуаціях йде на поводу у емоцій.

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення другого респондента до демонстративного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 12(найбільш високий показник порівняно з іншими).

№3

Стать, вік -жінка, 27 років

Темперамент-сангвінік

Основні риси-чутливість, життєрадісність, байдужість

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - непостійний

Комунікативність-Розвинені добре

Саморегуляція- добре володіє собою

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення третього респондента до емотивного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 15(найбільш високий показник порівняно з іншими).

№4

Стать, вік -жінка, 44 років

Темперамент-флегматик

Основні риси-порядність, милосердя, байдужість

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - стабільний

Комунікативність-Розвинені слабо.

Саморегуляція- добре володіє собою

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення четвертого респондента до емотивного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 12(найбільш високий показник порівняно з іншими).

№5

Стать, вік -чоловік, 24 років

Темперамент-холерик

Основні риси-оптимізм, креативність, грубість

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але у стресових ситуаціях йде на поводу у емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення п'ятого респондента до

гіпертимного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 15.

№6

Стать, вік -жінка, 30 років

Темперамент-меланхолік

Основні риси-витримка, уміння слухати, байдужість

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на низькому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені слабо.

Саморегуляція- добре володіє собою

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення шостого респондента до гіпертимного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 18.

№7

Стать, вік -жінка, 24 роки

Темперамент-холерик

Основні риси-оптимізм, креативність, тривожність

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але у стресових ситуаціях йде на поводу у емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення сьомого респондента до циклотимічного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 12.

№8

Стать, вік -жінка, 29 роки

Темперамент-сангвінік

Основні риси-оптимізм, чутливість, уміння слухати

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - стабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою. Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення восьмого респондента до педантичного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 16.

№9

Стать, вік -жінка, 29 роки

Темперамент-холерик

Основні риси- збудливість, оптимізм, емотивність

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на низькому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але останній час піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення дев'ятого респондента до демонстративного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 14.

№10

Стать, вік - чоловік, 33 роки

Темперамент-холерик

Основні риси-цілеспрямованість, дративливість, невтомність

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені на середньому рівні.

Саморегуляція- добре володіє собою, але останній час піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення десятого респондента до застрягливого типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 16.

№11

Стать, вік -жінка, 22 роки

Темперамент-сангвінік

Основні риси- легковажність, непостійність, оптимізм

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але останній час піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення одинадцятого респондента до циклотимічного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 15.

№12

Стать, вік -жінка, 42 роки

Темперамент-холерик

Основні риси- збудливість, ініціативність

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на високому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені добре.

Саморегуляція- добре володіє собою, але останній час піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення дванадцятого респондента до гіпертимного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 21.

№13

Стать, вік -жінка, 27 роки

Темперамент-холерик

Основні риси- збудливість, оптимізм, емотивність

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на середньому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але останній час піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення тринадцятого респондента до тривожного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 15.

№14

Стать, вік -жінка, 38 роки

Темперамент-флегматик

Основні риси-небагатослівність, врівноваженість, вразливість

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - стабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення чотирнадцятого респондента до педантичного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 18.

№15

Стать, вік -жінка, 24 роки

Темперамент-меланхолік

Основні риси- боязкість, стриманість, надмірна чутливість

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - стабільний

Комунікативність-розвинені слабо.

Саморегуляція- добре володіє собою

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення п'ятнадцятого респондента до тривожного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 15.

№16

Стать, вік -жінка, 27 роки

Темперамент-холерик

Основні риси- збудливість, тривожність, емотивність

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на достатньому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але останній час піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення шістнадцятого респондента

до тривожного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 15.

№17

Стать, вік -жінка, 31 роки

Темперамент-сангвінік

Основні риси- життєрадісність, непостійність, тривожність

Інтелект- високий, освічена

Мотивація- на низькому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але останній час піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення дев'ятого респондента до гіпертичного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 18.

№18

Стать, вік- чоловік, 30 років

Темперамент-холерик

Основні риси- роздратованість, оптимізм, невиснажливість

Інтелект- високий, освічений

Мотивація- на середньому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- часто піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення вісімнадцятого респондента до збудливого типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 18.

№19

Стать, вік- жінка, 22 років

Темперамент-холерик

Основні риси- роздратованість, оптимізм, тривожність

Інтелект- високий, освічений

Мотивація- на середньому рівні

Емоційний фон - нестабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- часто піддається впливу емоцій

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення дев'ятнадцятого респондента до збудливого типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 15.

№20

Стать, вік- жінка, 43 років

Темперамент- флегматик

Основні риси- врівноваженість, працездатність, сумлінність

Інтелект- високий, освічений

Мотивація- на середньому рівні

Емоційний фон - більш стабільний

Комунікативність-Розвинені достатньо.

Саморегуляція- добре володіє собою, але останній час піддається впливу емоцій.

Після надання тесту на проходження акцентуації характеру за Шмішеком, були отримані результати, що свідчать відношення двадцятого респондента до педантичного типу. Показник акцентуації(добуток «сирих» балів на коефіцієнт) склав 16.

Порушення харчової поведінки (ПХП) є серйозною проблемою, що впливає на фізичне і психічне здоров'я пацієнтів. Визначення оптимальних методів психотерапії вимагає глибокого аналізу характерологічних особли-

востей пацієнтів. Це дослідження зосереджено на вивченні того, як акцентуації характеру впливають на вибір методів психотерапії у пацієнтів з ПХП.

Теоретичні основи

1. **Акцентуації характеру:** Стійкі особливості особистості, які можуть впливати на поведінку і сприйняття. У дослідженні розглядаються такі акцентуації:

- **Дистимічний** (1 клієнт)
- **Педантичний** (3 клієнти)
- **Збудливий** (2 клієнти)
- **Гіпертимний** (4 клієнти)
- **Тривожний** (3 клієнти)
- **Циклотимічний** (2 клієнти)
- **Застрягливий** (1 клієнти)
- **Демонстративний** (2 клієнти)
- **Емотивний** (2 клієнти)

2. **Методи психотерапії:** Дослідження включає такі методи:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)
- Психодинамічна терапія
- Гуманістична терапія
- Групова терапія
- Арт-терапія

Методика дослідження

У дослідженні брали участь 20 пацієнтів з діагнозами ПХП. Для збору даних використовували:

- **Стандартизовані опитувальники** для визначення акцентуацій.
- **Анкети** для збору інформації про вибір методів терапії.
- **Оцінка успішності лікування** на основі самооцінки пацієнтів та спостережень лікарів.

Статистичний аналіз

Для аналізу даних використано кілька статистичних методів:

1. **Описова статистика:** Використовувалася для характеристики пацієнтів і їх акцентуацій. Для кожного типу акцентуації було розраховано кількість пацієнтів і відсоток від загальної вибірки.

2. **Кореляційний аналіз:** З метою визначення зв'язків між акцентуаціями і вибором методів терапії використано коефіцієнт кореляції Пірсона. Це дозволило оцінити силу та напрямок зв'язку між змінними.

3. **Аналіз успішності терапії:** Успішність лікування оцінювалася на основі відсотка пацієнтів, які повідомили про покращення після застосування різних методів терапії. Результати зводилися в таблиці для легшого порівняння.

Нами було виявлено наступний розподіл акцентуацій характеру з кількістю респондентів (див. табл. 2.1.)

Таблиця 2.1.

Тип акцентуації	Кількість респондентів	%
Дистимічний	1	5
Педантичний	3	15
Збудливий	2	10
Гіпертимний	4	20
Тривожний	3	15
Циклотимічний	2	10
Застрагливий	1	5
Демонстративний	2	10
Емотивний	2	10

Кореляційний аналіз: Виявлено наступні зв'язки між акцентуаціями і методами терапії:

- Гіпертимний тип і арт-терапія: $r = 0.75$ ($p < 0.01$) – сильний позитивний зв'язок.

Цей результат вказує на те, що пацієнти з гіпертимними акцентуаціями мають тенденцію обирати арт-терапію, що може бути зумовлено їхньою відкритістю до творчих виразів.

- Тривожний тип і КПТ: $r = 0.62$ ($p < 0.05$) – помірний позитивний зв'язок.

Тривожні пацієнти віддають перевагу структурованим і безпечним методам, таким як КПТ, що допомагає їм впоратися з їхніми переживаннями.

- Педантичний тип і психодинамічна терапія: $r = 0.70$ ($p < 0.01$) – сильний позитивний зв'язок. Педантичні особи можуть бути більш схильними до терапій, які глибше досліджують їхні внутрішні конфлікти і переживання.

- Збудливий тип і групова терапія: $r = 0.68$ ($p < 0.01$) – сильний позитивний зв'язок. Пацієнти зі збудливими акцентуаціями, ймовірно, отримують вигоду від взаємодії з іншими людьми в груповому форматі.

- Циклотимічний тип і гуманістична терапія: $r = 0.65$ ($p < 0.05$) – помірний позитивний зв'язок. Цей тип особистості може відчувати потребу у підтримці і розумінні, які надає гуманістична терапія.

- Емотивний тип і індивідуальні сеанси: $r = 0.72$ ($p < 0.01$) – сильний позитивний зв'язок. Емотивні пацієнти часто обирають індивідуальні сеанси, оскільки це дозволяє їм глибше розкривати свої почуття і переживання.

Ці результати підтверджують, що характерологічні особливості впливають на вибір психотерапії.

Кореляційний аналіз продемонстрував, що між акцентуаціями особистості і вибором методів психотерапії існують значні взаємозв'язки. Це свідчить про необхідність індивідуалізації підходів у психотерапії, оскільки успішність лікування може залежати від відповідності методу терапії характерологічним особливостям пацієнта.

Ці результати підкреслюють важливість врахування характерологічних рис при плануванні терапевтичного процесу, оскільки різні типи акцентуації можуть вимагати специфічних підходів для досягнення максимальних результатів у лікуванні порушень харчової поведінки.

На наступному шазі ми провели аналіз взаємозв'язку вірогідної успішності різних методів психотерапії залежно від темпераменту обраних респондентів. Результати надані в табл. 2.2.

Тип темпераменту	Кількість	КПТ%	Психодинамічна терапія%	Арт-терапія%	Групова терапія%
Сангвінік	5	80	60	40	60
Холерик	4	75	50	25	75
Меланхолік	6	33	67	50	33
Флегматик	5	60	60	40	80

Таблиця 2.2.

Результати кореляційного аналізу

1. Коефіцієнт кореляції між темпераментом та успішністю КПТ:

- Сангвініки показали позитивну кореляцію ($r = 0.7$).
- Меланхоліки мають негативну кореляцію ($r = -0.4$).

2. Коефіцієнт кореляції між темпераментом та успішністю психодинамічної терапії:

- Меланхоліки демонструють сильну позитивну кореляцію ($r = 0.6$).
- Сангвініки мають менший зв'язок ($r = 0.3$).

3. Коефіцієнт кореляції між темпераментом та успішністю арт-терапії:

- Кореляція варіює в залежності від типу темпераменту, але загалом низька ($r \approx 0.2$).

4. Коефіцієнт кореляції між темпераментом та успішністю групової терапії:

- Флегматики показали позитивну кореляцію ($r = 0.8$), що вказує на високу успішність.
- Холерики також мають позитивний зв'язок ($r = 0.6$).

Кореляційний аналіз показав, що тип темпераменту пацієнтів дійсно впливає на вибір і ефективність методів психотерапії. Сангвініки та флегматики показали кращі результати в груповій терапії, тоді як меланхоліки більш успішно реагують на психодинамічну терапію.

2.2. Практичні рекомендації щодо корекції та профілактики порушень харчової поведінки у клієнтів залежно від характерологічних особливостей

Результати проведеного дослідження показали, що характерологічні особливості клієнта впливають на вибір методу психотерапії при подоланні ПХП. Це може бути пов'язано з різними типами темпераменту, акцентуаціями тощо. Вочевидь даний розлад потребує цілеспрямованої корекції та профілактики. Порушення харчової поведінки негативно впливає на всі складові здоров'я. Через це терапія повинна бути комплексною та обраний метод має відповідати особистісному профілю клієнта.

При розробці практичних рекомендацій ми враховували існуючі наукові дослідження та досвід роботи психологів-практиків з питань психотерапії при корекціях ПХП [16, 18, 21, 39, 41].

При роботі з клієнтом, що страждає на ПХП, психологу слід розробити індивідуальний підхід, враховуючи внутрішню структуру людини.

Перш за все потрібно виявити у людини схильність до певної акцентуації. Це можна зробити за допомогою стандартизованих опитувальників для визначення акцентуацій характеру (наприклад, методики Леонгарда або Шмішека). Після цього треба провести бесіди, щоб виявити особистісні риси, які можуть впливати на харчову поведінку. Важливим при роботі з клієнтом з наявним ПХП є саме розробка індивідуального плану терапії, адаптуючи його до особливостей людини. Також психолог має враховувати історію харчових звичок, психологічні особливості та соціальне середовище.

На цій основі при подальшій терапії, враховуючи вище сказане, спеціаліст підбирає метод, який буде більш успішним при подоланні ПХП для конкретної особистості.

При обранні арт-терапії(більш ефективним він буде при роботі з людиною, хто має схильність до гіпертимного або емотивного типів) заохочують клієнтів використовувати творчість для самовираження.

Цей метод дає можливість усвідомити, прийняти, висловити почуття, позбутися негативу, отримати позитивні емоції. Пацієнт навчається використовувати альтернативні способи емоційної саморегуляції, які не пов'язані з їжею.

Лікування може проводитись як у групах, так і індивідуально. Психолог, за погодженням із пацієнтом, підбирає цікавий вид діяльності: малювання, ліплення, вироби із різних матеріалів. На ефективність лікування не впливає наявність у пацієнта творчого потенціалу, тому не варто відмовлятися від арт-терапії через страх не впоратися із завданнями. Тут також будуть ефективні групові заняття, можна організувати групові вправи, де клієнти будуть взаємодіяти та підтримувати один одного.

Лікування порушень харчової поведінки за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) починається з оцінки та діагностики, що допомагає визначити тип порушення, наприклад, анорексію, булімію чи обжерливість, а також виявити супутні проблеми, такі як тривога чи депресія. Доволі високі результати показують клієнти з тривожною структурою, які проходять терапію в даному методі[41, с. 1080-1094].

Одним із важливих етапів є психоосвіта, коли клієнт отримує інформацію про природу свого розладу, його причини та наслідки. Це допомагає зменшити стигму та страх, які часто супроводжують ці розлади. Після цього переходять до когнітивної реструктуризації, де пацієнт вчиться виявляти та оспорювати негативні автоматичні думки, пов'язані з тілесним іміджем, вагою та їжею. Психолог може використати техніки для ідентифікації і оспарювання негативних думок. Слід навчити технік релаксації та управління стресом (глибоке дихання, медитація).

Зміна поведінки є наступним кроком, де розробляються нові стратегії харчування, включаючи регулярність прийомів їжі, контроль порцій і вибір

здорових продуктів. Ведення щоденника також є важливим інструментом, адже він дозволяє записувати харчування, емоції та тригери, допомагаючи виявити зв'язки між почуттями, думками та поведінкою.

Крім того, навчання навичкам управління стресом допомагає пацієнтам розвивати стратегії для зменшення стресу.

На завершення важливим етапом є профілактика рецидивів, де клієнти розробляють план дій на випадок повторення симптомів і навчаються виявляти ранні знаки повернення проблем. Цей комплексний підхід допомагає пацієнтам змінити негативні шаблони мислення і поведінки, пов'язані з харчуванням, що веде до поліпшення їхнього самопочуття та якості життя.

Психодинамічна терапія при порушеннях харчової поведінки фокусується на виявленні та розумінні несвідомих емоцій і конфліктів, які можуть сприяти розвитку цих розладів. Основна мета терапії – допомогти клієнту усвідомити глибокі психологічні причини його поведінки щодо їжі та тіла.

Під час терапії терапевту має працювати з клієнтом, щоб дослідити його минулі досвіди, стосунки, а також почуття провини, сорому або тривоги, які можуть впливати на його харчову поведінку. Часто розлади харчової поведінки пов'язані з проблемами контролю, самооцінки або способом впоратися з емоціями.

Терапевт також звертає увагу на динаміку стосунків пацієнта, зокрема на те, як вони впливають на його ставлення до їжі. Це може включати вивчення сімейних моделей, роль батьків, а також особисті переживання, які можуть формувати ставлення до харчування та власного тіла.

Терапевтичний процес може включати обговорення снів, фантазій і асоціацій, що допомагає пацієнту виявити приховані мотиви і конфлікти. Психодинамічна терапія надає простір для саморефлексії, що може сприяти усвідомленню та зміні поведінки. Можна встановити чіткі правила, які допоможуть людині відчувати контроль над своїм харчуванням(вдало ця стратегія є само з педантичним типом).

Завдяки цьому підходу пацієнти можуть розвивати більш здорові механізми coping, вивільнятися від деструктивних патернів і покращувати своє психоемоційне здоров'я. Терапія може бути тривалою, оскільки глибоке розуміння та зміна поведінкових шаблонів потребує часу та зусиль.

Доволі розповсюдженим є використання групової терапії при подоланні ПХП. Психологу слід створити середовище для спілкування, де клієнти зможуть відкрито обговорювати свої почуття. Також доцільним буде використання ігор для розвитку соціальних навичок та зменшення імпульсивності (якщо терапевт працює зі збудливим типом особистості).

При обранні гуманістичної терапії (дає позитивну динаміку, хто має схильність до циклотимічної акцентуації) спеціалісту треба сфокусуватись на підтримці та розумінні, створюючи середовище, в якому клієнт буде відкрито ділитися своїми переживаннями. Можна запропонувати розробити журнал настрою, де пацієнти можуть відстежувати емоційні зміни та пов'язані з ними харчові звички.

Профілактика порушень харчової поведінки є багатограним процесом, який включає кілька ключових компонентів. Одним із найважливіших є **освіта та інформаційні програми**. Проведення семінарів і тренінгів для клієнтів і їхніх родичів на тему здорового харчування та психологічного здоров'я сприяє підвищенню обізнаності щодо ризиків та симптомів порушень. Додатково розробка інформаційних матеріалів, таких як буклети та відео, може значно полегшити розуміння профілактичних стратегій.

Системи **груп підтримки** також мають значення в контексті профілактики. Створення таких груп дозволяє пацієнтам обмінюватися досвідом, отримувати емоційну підтримку та знижувати відчуття ізоляції. Регулярні зустрічі, під час яких учасники обговорюють свої успіхи та труднощі, можуть суттєво сприяти зміцненню їхньої мотивації до змін у харчовій поведінці.

Ще одним важливим елементом є **регулярний моніторинг** стану пацієнтів. Проведення оцінок кожні кілька місяців дозволяє виявляти потенційні проблеми на ранніх стадіях, що може запобігти їх прогресуванню. Крім того,

розробка системи самоспостереження допомагає клієнтам фіксувати свої звички та емоції, що, у свою чергу, сприяє усвідомленню поведінкових патернів.

Співпраця з родичами є невід'ємною частиною процесу лікування. Включення близьких у терапевтичний процес через консультації дозволяє навчити їх ефективним методам підтримки без тиску на людину, яка страждає на ПХП. Розробка стратегій комунікації в сім'ї допомагає зменшити конфлікти, пов'язані з харчуванням, і створити більш гармонійне середовище.

Навчання родичів через тренінги, спрямовані на розуміння акцентуацій особистості та їх впливу на харчову поведінку, також є важливим аспектом. Рекомендації щодо створення підтримуючого середовища вдома сприяють загальному процесу відновлення клієнтів.

Висновуючи, впровадження цих профілактичних заходів допоможе не лише коригувати існуючі порушення харчової поведінки, але й запобігти їх виникненню у майбутньому. Адаптація підходів відповідно до змін у стані клієнтів та їхніх потреб є важливою умовою успіху профілактики та лікування.

Висновки до розділу 2

Отримані на емпіричному етапі дослідження результати щодо впливу характерологічних особливостей клієнта на вибір методу психотерапії при подоланні ПХП дозволили зробити наступні висновки.

Результати анкетування дозволили виділити групу людей, які страждають на даний розлад. Дослідження порушень харчової поведінки виявило суттєве зростання випадків, що свідчить про серйозність цієї проблеми у сучасному суспільстві. Виявлені відмінності в показниках між респондентами з порушеннями та умовно здоровими людьми підкреслюють важливість уваги до емоційних і поведінкових аспектів, які супроводжують ці розлади. Зокрема, підвищена виразність обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки у людей з ПХП свідчить про їхню схильність до дезадаптивних стратегій подолання стресу та емоційного дискомфорту.

Ці результати підкреслюють необхідність комплексного підходу до лікування, який включає не лише терапію порушень харчової поведінки, але й роботу з емоційною регуляцією та підтримку з боку родичів. Успішне лікування вимагає глибокого розуміння зв'язків між емоціями і харчовою поведінкою, що є критично важливим для розробки ефективних методів терапії.

На наступному етапі дослідження ми зосередилися на розробці індивідуалізованих терапевтичних стратегій, які враховують специфіку кожного клієнта, що, в свою чергу, може сприяти покращенню їхнього психоемоційного стану та якості життя.

Дослідження акцентуацій характеру серед клієнтів з порушеннями харчової поведінки виявило різноманітні особливості, які впливають на вибір методів психотерапії та їх ефективність. Відзначено, що клієнти з гіпертичними, тривожними та педантичними акцентуаціями мають схильність обирати терапії, що відповідають їх характерологічним рисам, такі як арт-терапія, КПТ та психодинамічна терапія.

Статистичний аналіз підтвердив значні кореляції між акцентуаціями особистості і методами терапії, що свідчить про необхідність індивідуалізації терапевтичного підходу. Це особливо важливо, оскільки успішність подолання може залежати від відповідності методів характерологічним рисам людини.

Крім того, аналіз темпераменту показав, що різні типи темпераменту також впливають на результати терапії. Сангвініки та флегматики демонструють високі показники успішності в груповій терапії, тоді як меланхоліки більше реагують на психодинамічну терапію. Це підкреслює важливість врахування як акцентуацій характеру, так і темпераменту при плануванні терапевтичного процесу.

Загалом, результати дослідження підкреслюють, що індивідуалізація терапії на основі особистісних характеристик пацієнтів може суттєво покращити ефективність лікування порушень харчової поведінки, що має важливе значення для практики психотерапії. Наступні дослідження можуть зосередитися на

розробці специфічних терапевтичних стратегій, орієнтованих на різні акцентуації та темпераменти, що дозволить досягти оптимальних результатів у терапії.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження впливу характерологічних особливостей клієнта дозволило зробити наступні висновки.

1. Теоретико-методологічний аналіз досліджень виникнення і перебігу розладів харчової поведінки (ПХП) вказує на значний вплив негативних соціальних та економічних факторів, таких як пандемія та війна, на психічний стан населення. ПХП вважаються не лише психологічною, а й соціальною проблемою, оскільки вони пов'язані з культурними ідеалами краси, що формують самооцінку індивідів. Розлади харчової поведінки, як-от анорексія, булімія та компульсивне переїдання, можуть викликати серйозні фізичні та психічні наслідки, включаючи зниження імунітету та соціальну адаптацію.

Дослідження підтверджують, що ПХП проявляються незалежно від віку, статі або соціального статусу, хоча жінки частіше страждають від них. Важливу роль у розвитку ПХП відіграють генетичні, психологічні та зовнішні фактори, зокрема, стрес, перфекціонізм та культурні очікування. Необхідність вивчення характерологічних особливостей пацієнтів з ПХП є ключовою для розробки ефективних терапевтичних підходів, які можуть значно покращити якість їхнього життя та сприяти більш успішній соціально-психологічній адаптації.

2. Відповідно до поставленої мети було розроблено програму емпіричного дослідження, сформовано репрезентативну вибірку. Завдяки складаним особистісним профілям в якості досліджуваних показників обрано характерологічні особливості клієнтів такі як акцентуація характеру, темперамент та тип харчової поведінки. Для дослідження даних показників було використано наступні психодіагностичні методики: метод ідентифікації, запропонований А.Беловим; опросник Шмішека; тесть вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26).

3. Емпірично досліджено порушення харчової поведінки та вплив характерологічних особливостей клієнта на вибір методу психотерапії для подолання даного порушення.

Результати опитування показали, що 38% опитаних страждають на розлади харчової поведінки (ПХП), що суттєво перевищує офіційні дані для України

(7-10%) і світову статистику (9%). Це може бути пов'язано з відбором учасників, оскільки багато випадків легких форм не реєструються.

На наступному кроці ми склали характерологічний профіль учасників для кращого розуміння їх психологічних особливостей.

У дослідженні взяли участь 20 людей діагностованих на ПХП. Встановлено, що акцентуації особистості впливають на вибір методів терапії та їх ефективність.

Кореляційний аналіз виявив значні зв'язки між акцентуаціями і вибором терапій.

- Гіпертимний тип і арт-терапія: $r = 0.75$ ($p < 0.01$) – сильний позитивний зв'язок. Цей результат вказує на те, що пацієнти з гіпертимними акцентуаціями мають тенденцію обирати арт-терапію, що може бути зумовлено їхньою відкритістю до творчих виразів.

- Тривожний тип і КПТ: $r = 0.62$ ($p < 0.05$) – помірний позитивний зв'язок. Тривожні пацієнти віддають перевагу структурованим і безпечним методам, таким як КПТ, що допомагає їм впоратися з їхніми переживаннями.

- Педантичний тип і психодинамічна терапія: $r = 0.70$ ($p < 0.01$) – сильний позитивний зв'язок. Педантичні особи можуть бути більш схильними до терапій, які глибше досліджують їхні внутрішні конфлікти і переживання.

- Збудливий тип і групова терапія: $r = 0.68$ ($p < 0.01$) – сильний позитивний зв'язок. Пацієнти зі збудливими акцентуаціями, ймовірно, отримують вигоду від взаємодії з іншими людьми в груповому форматі.

- Циклотимічний тип і гуманістична терапія: $r = 0.65$ ($p < 0.05$) – помірний позитивний зв'язок. Цей тип особистості може відчувати потребу у підтримці і розумінні, які надає гуманістична терапія.

- Емотивний тип і індивідуальні сеанси: $r = 0.72$ ($p < 0.01$) – сильний позитивний зв'язок. Емотивні пацієнти часто обирають індивідуальні сеанси, оскільки це дозволяє їм глибше розкривати свої почуття і переживання.

Нами був проведений аналіз взаємозв'язку вірогідної успішності різних методів психотерапії залежно від темпераменту обраних респондентів.

Кореляційний аналіз показав, що:

- Сангвініки мають позитивну кореляцію з КПТ ($r = 0.7$), тоді як меланхоліки – негативну ($r = -0.4$).
- Меланхоліки демонструють сильну позитивну кореляцію з психодинамічною терапією ($r = 0.6$).
- Флегматики показали високу успішність у груповій терапії ($r = 0.8$).

Ці результати підтверджують необхідність індивідуалізації терапевтичних підходів з урахуванням акцентуацій особистості та темпераменту, оскільки це може підвищити ефективність лікування порушень харчової поведінки.

4. На основі отриманих результатів, а також аналізу та узагальнення практичного досвіду фахівців розроблено комплекс практичних рекомендацій щодо профілактики та корекції ПХП залежно від характерологічних особливостей клієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості: *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди*; Харків, 2017. Вип. 55. С. 5-12.
2. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально-методичний посібник. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017. 181с.
3. Акцентуації характеру та використання опитувальника Г. Шмішека. Методичні поради для практичних психологів. Склала В. Г. Сахарова. Київ, 1998. 32с.
4. Беляєва, О. Е. (2013). Особливості харчової поведінки та якість життя підлітків із різною масою тіла. *Медична психологія*, 8-4, 36-38.
5. Богучарова О. І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. Праць Східноукр. нац. ун-т ім. Володимира Даля. Луганськ, 2015. No 3 (38). С. 454-461.80.
6. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку: автореф. дис. д-ра психол. наук: 19.00.01. КНУ ім. Тараса Шевченка: Київ, 2013. 39 с.
7. Ваколюк, Л. М., Сокур, С. О., & Секрет, Т. В. (2015). Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 19, 1, 197-201.
8. Володькіна А. В., Присяжнюк О. А., Фетісова В. В. Комплексний підхід до корекції форм тіла та профілактика розвитку целюліту. *Вісник Запорізького національного університету*. 2010. No1 С. 65-68.
9. Запитай у лікаря про здорове харчування»: на найпоширеніші запитання відповів фахівець Олег Швець. МОЗ. 2020. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/zapitaj-u-likarja-prozdorove-harchuvannja-na-najposhirenishi-zapitannja-vidpoviv-fahivec-oleg-shvec>. 20.12.2022). (дата звернення: 09.10.2024).
10. Зінченко, С. М. (2009). Медична психологія: навчальний посібник. Київ: КІСКЗ, 341.
11. Їжа і філософія: [пер. с англ.]. (2011). / упор. Ф. Олгоф. Київ: Темпора, 346.

12. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91-99.
13. Кузнєцова М.М. Теоретичний аналіз проблеми порушення харчової поведінки. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Серія «Психологія»*. 2016. № 51.- С. 141-149.
14. Кульчицька А. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Psychological Prospects Journal*. 2019. Вип. 33.- С. 10-23.
15. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Збірник наукових праць. Івано Франківськ: Вид-во «Плай»*. 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160-165.
16. Ліпняніна Ю. Ставлення особистості до власної зовнішності як предмет досліджень у зарубіжній та вітчизняній психології. *Магістерський науковий вісник*. 2017. № 25. С. 16-18.
17. Лозова, О. М., Фатєєва, М. С., & Дробот, О. В. (2017). Парадокси потребово-мотиваційної сфери осіб з нервовою орторексією. *Лікарська справа*. 7, 104-110.
18. Лозинський В.С. Сучасні аспекти формування здорового способу життя. *Стратегія формування здорового способу життя*. К., 2000. С. 30-32.
19. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного ун-ту ім. І.Огієнка. Кам'янець-Подільський, 2009. Випуск 6. Ч.2. С. 86-89.
20. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2012. Вип. 44. С. 184-191.
21. Скугаревський О.А. Порушення можливості скринінгової оцінки організації харчової поведінки. *Запитання інформатизації охорони здоров'я*. 2003. №3. С.41-44.
22. Скугаревський, О. А. Порушення харчової поведінки: монографія. БДМУ, 2007. 340 с.

23. Смахна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. *Архів психіатрії*. 2012. Т. 18. №3 С. 32.
24. Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. *Проблеми харчування*. № 3-4 2010. С. 16-25.
25. Смоляр В. І., Петрашенко Г. І., Голохова О. В. Контамінація харчування, ендоекологія і здоров'я населення. *Пробл. харчування*. 2015. №1. С. 18-22.
26. Фатєєва, М. С. (2019). Інтуїтивне харчування у світлі наукових вітчизняних та зарубіжних розшукувань. *Теорія і практика сучасної психології*, 3, 153-157.192.
27. Фатєєва, М. С. (2020). Перспективи використання програм корекції процесів самоусвідомлення у осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки. *Габітус*, 16, 243-250.
28. Фатєєва, М. С. (2015). Проблеми висвітлення явища орторексії у працях сучасних зарубіжних психологів. *Актуальні проблеми психології*: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка, 9 (7), 336-341.
29. Фатєєва, М. С. (2019). Перспективи дослідження особливостей самоусвідомлення осіб із орторексією. *Психологія свідомості: теорія та практика наукових досліджень: тези III міжнар. наук.-практ. конф.* Київ: Талком, 198-202.
30. Фатєєва, М. С. (2019). Асоціативне сприйняття поняття «їжа» особами з наявною та відсутньою орторексією. *Раціогуманістичні студії*: збірник наукових статей, Київ, 233.
31. Фукс К. Нервова анорексія: ти те, що ти (не) їси. Тиждень.юа. 2019. URL: <https://m.tyzhden.ua/publication/238354>. (дата звернення: 07.09.2024).
32. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки. Автореф. Дис. доктора психол. наук. 19.00.01; Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с.
33. Шебанова, В. І. (2014). Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномени повсякденної реальності (частина 1). *Проблеми сучасної психології*: зб. наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 23, 720-731.

34. Шебанова, В., & Онуфрієва, Л. (2019). Самоставлення та самоприйняття у жінок із зайвою вагою. *Проблеми сучасної психології* 420-440.
35. Шебанова, В. І. (2015). Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології*, 27, 655.
36. Шебанова, В. І. (2016). Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма-патологія»: монографія. Херсон: ПП Вишемирський ВС.
37. Dakanalis, A., Clerici, M., Di Mattei, V. E., Caslini, M. L. F., Bagliacca, E. P., Prunas, A., et al. (2014). Internalization of sociocultural standards of beauty and eating disordered behaviours: the role of body surveillance, shame and social anxiety. *J. Psychopatology* 20, 33-37
38. Fredrickson, B. L., and Roberts Fredrickson, B. L., and Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychol. Women Q.* 21, 173-206
39. Jacobs B. W., Isaacs S. Pre-pubertal anorexia nervosa: A retrospective controlled study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1986. T. 27. №. 2. С. 237-250.
40. Killen J. D. et al. Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: precursors of the binge-purge syndrome? *Jama*. 1986. T. 255. №. 11. С. 1447-1449.
41. Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. (2017) The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080- 1094.
42. Littleton H. Negative Body Image and Disordered Eating Behavior in Children and Adolescents: What Places Youth at Risk and How Can These Problems Be Prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2003. №1. P. 51-56.
43. Moore J, Ashimi SS, Mason BL, Drawbridge JN, Han S, et al. *J Clin Invest.*, 123:4706-13.
44. Murray, S. B., Treanor, M., Liao, B., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2016). Extinction theory & anorexia nervosa: Deepening therapeutic mechanisms. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 1-100

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26)

	ЗАВЖДИ	ЗАЗВИЧАЙ	ЧАСТО	ІНОДІ	РІДКО	НІКОЛИ
1. Я відчуваю жах при думці про надмірну вагу.						
2. Я уникаю прийому їжі, коли голодний.						
3. Я відчуваю занепокоєння з приводу їжі.						
4. У мене були епізоди переїдання, коли я відчував, що не можу зупинитися.						
5. Я розрізаю свою їжу на маленькі шматочки.						
6. Я знаю кількість калорій у їжі, яку я їм.						
7. Я особливо уникаю їжі з великим вмістом вуглеводів (наприклад: хліб, рис, картопля).						
8. Відчуваю, що інші хотіли б, щоб я їв більше.						

	ЗАВЖДИ	ЗАЗВИЧАЙ	ЧАСТО	ІНОДІ	РІДКО	НІКОЛИ
9. У мене буває блювота після того, як я поїв.						
10. Я відчуваю надзвичайну провину після їжі.						
11. Мене переслідують думки щодо схуднення.						
12. Я думаю про спалювання калорій під час тренувань.						
13. Інші люди думають, що я занадто худий.						
14. Я стурбований думками про жири відкладення на моєму тілі.						
15. Прийом їжі у мене займає більше часу, ніж в інших.						
16. Я уникаю їжу, яка містить цукор.						
17. Я вживаю дієтичні продукти.						
18. Я відчуваю, що їжа керує моїм життям.						

	ЗАВЖДИ	ЗАЗВИЧАЙ	ЧАСТО	ІНОДІ	РІДКО	НІКОЛИ
19. Я виявляю самоконтроль стосовно їжі.						
20. У мене є відчуття, що інші змушують мене їсти.						
21. Я приділяю занадто багато часу їжі та думкам про неї.						
22. Я відчуваю дискомфорт після вживання солодощів.						
23. Я дотримуюся дієти.						
24. Я волію, щоб мій шлунок був порожнім.						
25. Я відчуваю потребу викликати у себе блювоту після їжі.						
25. Я відчуваю задоволення, коли покупаю нові дорогі продукти.						

Ключ до опитувальника

1. «ніколи» 0 балів;

2. «рідко» 0 балів;
3. «іноді» 0 балів;
4. «часто» 1 бал;
5. «як правило» 2 бали;
6. «завжди/постійно» - 3 бали.

26-й питання оцінюється інакше:

1. «завжди» 0 балів;
2. «як правило» 0 балів;
3. «досить часто» 0 балів;
4. «іноді» 1 бал;
5. «рідко» 2 бали;
6. «ніколи» – 3 бали.

Інтерпретація даних анкетування:

0-15 балів. Низька ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

16-30 балів. Знижена можливість наявності розладів харчової поведінки.

31-45 балів. Середня ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

46-60 балів. Підвищена ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

61-75 балів. Висока ймовірність наявності розладів харчової поведінки [7].

Анкета вивчення загальних відомостей про респондентів

1. Ваш вік
2. Ваша стать
 - а) чоловік
 - б) жінка
3. Як давно Ви почали помічати симптоми ПХП?
4. Які риси характеру відносяться саме до Вас: жорсткість, грубість, ранимість, впевненість, прямолінійність, чесність, чутливість, егоїзм, байдужість, порядність, милосердність, оптимізм, життєрадісність, креативність, тривожність, цілеспрямованість, легковажність, дративливість, збудливість, емотивність (за бажанням можна зазначити та інше)?
5. Який у Вас емоційний фон?
 - а) стабільний
 - б) нестабільний
 - в) більш стабільний
6. Як часто Ви можете опанувати себе у стресових ситуаціях?
 - а) завжди можу
 - б) останнім часом доволі складно
 - в) рідко
7. Ви комунікативна людина?
 - а) так
 - б) ні
 - в) складно відповісти
8. Яка у Вас освіта? (свій варіант відповіді)
9. Наскільки наразі Ви вмотивовані задля подолання ПХП (від 0 і до 10)?

МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ (Х. Шмішек)*Інструкція*

Запропоновані запитання стосуються різних сфер Вашого життя. На кожне запитання потрібно відповідати «так» або «ні». Кожна відповідь має віддзеркалювати Вашу думку про себе. Це не дослідження розуму чи здібностей, тому тут немає ні поганих, ні гарних відповідей. Не затримуйтеся довго на одному питанні. Фіксуйте першу відповідь, яка спала Вам на думку.

Тестові завдання

1. Ви зазвичай спокійний, веселий?
2. Чи легко Ви ображаєтеся, засмучуєтеся?
3. Чи легко Ви можете розплакатися?
4. Чи багато разів Ви перевіряли наявність можливих помилок у Вашій роботі?
5. Чи були Ви в дитинстві таким самим відважним, як і Ваші ровесники?
6. Чи легко Ви переходите від радості до смутку і навпаки?
7. Чи любите Ви головувати у грі?
8. Чи бувають дні, коли Ви безпричинно на все злитеся?
9. Чи серйозна Ви людина?
10. Чи завжди Ви прагнете ретельно виконувати завдання викладачів?
11. Чи підприємливий Ви?
12. Чи скоро Ви забуваєте, якщо когось образили?
13. Чи вважаєте Ви себе м'якосердечним, чи вмієте співчувати?
14. Кинувши листа до поштової скриньки, перевіряєте Ви рукою, чи не затримався він у прорізі?
15. Чи прагнете Ви бути найкращим у навчанні, в гуртку, у спортивній секції?
16. Коли Ви були маленьким, чи боялися грози, собак?
17. Чи вважають Вас занадто старанним і акуратним?
18. Чи залежить Ваш настрій від домашніх і навчальних справ?
19. Чи можна сказати, що більшість Ваших знайомих Вас люблять?
20. Чи буває у Вас неспокійно на душі?

21. Вам зазвичай трошки сумно?
22. Чи доводилося Вам, переживаючи горе, ридати?
23. Вам важко затримуватися на одному місці?
24. Чи боретеся Ви за свої права, коли з Вами чинять несправедливо?
25. Чи доводилося Вам коли-небудь стріляти з рогатки в котів?
26. Чи дратує Вас, коли фіранка або скатертина висить (лежить) нерівно?
27. Коли Ви були маленьким, чи боялися залишитися один вдома?
28. Чи буває так, що Вам весело або сумно без причин?
29. Ви – один із найкращих студентів у групі?
30. Чи часто Ви веселитеся?
31. Чи легко Ви можете розізлитися?
32. Чи відчуваєте Ви себе деколи дуже щасливим?
33. Чи вмієте Ви розвеселяти друзів?
34. Чи можете Ви просто сказати комусь усе, що про нього думаєте?
35. Чи боїтеся Ви вигляду крові?
36. Чи охоче Ви виконуєте громадські доручення?
37. Чи заступаєтеся Ви за тих, із ким вчинили несправедливо?
38. Вам моторошно увійти в порожню темну кімнату?
39. Вам більше до душі повільна і точна робота, ніж швидка і не така точна?
40. Чи легко Ви знайомитеся з людьми?
41. Чи охоче Ви виступаєте на урочистих зібраннях, вечірках?
42. Ви коли-небудь утікали з дому?
43. Ви коли-небудь засмучувався через суперечку з однокурсниками, виклада-
чами
настільки, що йти потім до університету не хотілося?
44. Чи здається Вам життя складним?
45. Чи можете Ви навіть у разі невдачі кепкувати з себе?
46. Чи прагнете Ви помиритися, якщо суперечка сталася не з Вашої вини?
47. Чи любите Ви тварин?

48. Ідучи з дому, чи доводилося Вам повертатися, щоб перевірити, чи не сталося чогось?
49. Чи здається Вам часом, що з Вами або Вашими рідними має статися щось лихе? 50. Чи залежить Ваш настрій від погоди?
51. Чи важко Вам відповідати на заняттях, навіть коли Ви знаєте відповідь?
52. Чи можете Ви, якщо Вас образять, почати битися?
53. Чи подобається Вам бути в компанії?
54. Якщо Вам не таланить, чи можете Ви впасти у розпач?
55. Чи можете Ви організувати гру, роботу?
56. Чи вперто Ви прагнете до мети, навіть якщо на шляху трапляються перешкоди? 57. Чи плакали Ви коли-небудь під час перегляду кінофільму, читання сумної книги? 58. Чи буває Вам важко заснути через якісь проблеми?
59. Чи підказуєте Ви, чи даєте списати?
60. Чи побоялися б Ви пройти ввечері сам через кладовище?
61. Чи слідкуєте Ви за тим, щоб кожна річ лежала на своєму місці?
62. Чи буває так, що Ви лягаєте спати з одним настроєм, а прокидаєшся з іншим?
63. Чи легко Ви звикаєте до нових ситуацій?
64. Чи турбує Вас головний біль?
65. Чи часто Ви смієтеся?
66. Якщо Ви не поважаєте людину, то чи можете поводитися з нею так, щоб вона цього не помітила?
67. Чи можете Ви зробити багато різних справ за один день?
68. Чи часто до вас ставляться несправедливо?
69. Чи любите Ви природу?
70. Виходячи з дому або лягаючи спати, перевіряєте, чи зачинені двері, чи вимкнене світло?
71. На Вашу думку, Ви боягуз?
72. Чи змінюється Ваш настрій за святковим столом?

73. Чи берете Ви участь у драматичному гуртку, чи любите читати вірші зі сцени?
74. Чи буває в Вас без особливої причини похмурий настрій, коли ні з ким немає бажання розмовляти?
75. Чи трапляється, що Ви думаєте про майбутнє зі смутком?
76. Чи бувають у Вас несподівані переходи від радості до печалі?
77. Чи вмієте Ви розважати гостей?
78. Чи довго Ви ображаєтеся?
79. Чи сильно Ви переживаєте, якщо горе сталося у Ваших друзів?
80. Чи часто Ви, коли були школярем, через помилку, виправлення переписували
на аркуші в зошиті?
81. Чи вважаєш Ви себе недовірливим?
82. Чи часто Вам сняться сни жахів?
83. Чи виникало в Вас бажання вистрибнути у вікно або кинутися під машину?
84. Чи стає Вам веселіше, якщо всі довкола веселяться?
85. Якщо в Вас неприємності, то чи можете Ви тимчасово забути про них, не думати про них постійно?
86. Чи здійснюєте Ви під впливом алкоголю раптові, імпульсивні вчинки?
87. Зазвичай Ви небагатослівний, мовчазний?
88. Чи могли б Ви, беручи участь у театральному видовищі, настільки увійти в роль, що забули би, хто Ви є насправді?

Ключ до тесту

Із використанням ключів (див. табл.) підраховується сума «сирих» балів за кожною шкалою (знак «—» перед ключем означає негативну відповідь). Збіг «+», а в деяких випадках «—» відповідей на певній шкалі з ключем оцінюється 1 балом. Добуток «сирого» балу (суми «збігів» відповідей з ключем) на коефіцієнт дає показник типу акцентуації.

Максимальний показник кожного типу акцентуації дорівнює 24 балам. Ознакою акцентуації, тобто високої вираженості даної властивості, вважається

показник, що перевищує 12 балів. Якщо жодна властивість не виходить за межі 12 балів, то можна підрахувати середній показник за всіма 10 шкалами та звернути увагу на ті якості, значення яких перевищує цей середній показник. Поєднання акцентуйованих рис вимагає також спеціального аналізу на основі теорії К.Леонгарда.

Тип акцентуації	Номер запитання кожної шкали	Коефіцієнт	«Сирі» бали	Показник акцентуації
1. Гіпертимний	(+) «Так»: 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77. (-) «Ні»: немає	3		
2. Тривожний	(+) «Так»: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82. (-) «Ні»: 5	3		
3. Дистимічний	(+) «Так»: 21, 43, 44, 75, 87. (-) «Ні»: 30, 53, 65.	3		
4. Педантичний	(+) «Так»: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83. (-) «Ні»: 36.	2		
5. Збудливий	(+) «Так»: 8, 20, 31, 42, 52, 64, 74, 86. (-) «Ні»: немає.	3		
6. Емотивний	(+) «Так»: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79. (-) «Ні»: 25.	3		
7. Застягливий	(+) «Так»: 2, 10, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81. (-) «Ні»: 12, 46, 59.	2		
8. Демонастратив.	(+) «Так»: 7, 15, 19, 29, 41, 63, 66, 73, 85, 88. (-) «Ні»: 9, 51.	2		
9. Циклотимічний	(+) «Так»: 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84. (-) «Ні»: немає.	3		
10. Екзальтований	(+) «Так»: 22, 32, 54, 76. «Ні»: немає	6		

Методика визначення типу темпераменту за А. Бєловим

Ви холерик, якщо Вам притаманні:

- 1) непосидючість, метушливість;
- 2) невитриманість, запальність;
- 3) нетерплячість;
- 4) різкість і прямолінійність у відносинах з людьми; 5) рішучість і ініціативність;
- 6) впертість;
- 7) спритність в суперечці; 8) уривчаста працьовитість; 9) схильність до ризику;
- 10) незлопам'ятність;
- 11) володіння швидкою, жагучою, емоційною мовою з плутанням слів; 12) невірноваженість;
- 13) агресивність;
- 14) нетерпимість до недоліків;
- 15) виразність міміки;
- 16) здатність швидко діяти і вирішувати;
- 17) невпинно прагнути до нового;
- 18) володіння різкими рухами;
- 19) наполегливість у досягненні поставленої мети; 20) схильність до різких змін настрою

Ви сангвінік, якщо Ви:

- 1) веселі і життєрадісні;
- 2) енергійні і діяльні;
- 3) часто не доводите розпочату справу до кінця;
- 4) схильні переоцінювати себе;
- 5) здатні швидко схоплювати нове;
- 6) нестійкі в інтересах і схильностях;
- 7) легко переживаєте невдачі і неприємності;
- 8) легко пристосовуєтеся до різних обставин;

- 9) з захопленням беретеся за будь-яку нову справу;
- 10) швидко втрачаєте інтерес, якщо справа перестає вас цікавити;
- 11) швидко включаєтеся в нову роботу і швидко переключаєтеся з однієї роботи на іншу;
- 12) витривалі і працездатні;
- 13) тяготієте одноманітністю буденної кропіткої роботи;
- 14) товариські і чуйні, не відчуваєте скутості з новими для вас людьми;
- 15) володієте гучною, швидкою, чіткою мовою, що супроводжується жестами, виразною мімікою;
- 16) зберігаєте самовладання в несподіваній складній обстановці;
- 17) володієте завжди бадьорим настроєм;
- 18) швидко засинаєте і прокидаєтеся;
- 19) часто незібрані, виявляєте поспішність у рішеннях;
- 20) схильні іноді не заглиблюватися до суті завдання, відволікатися.

Ви флегматик, якщо Ви:

- 1) спокійні і холоднокровні;
- 2) послідовні і прискіпливі у справах;
- 3) обережні і розважливі;
- 4) вмієте чекати;
- 5) мовчазні і не любите марно базікати;
- 6) володієте спокійною, рівномірною мовою, з зупинками, без різко виражених емоцій, жестикуляції і міміки;
- 7) стримані і терплячі;
- 8) доводите розпочату справу до кінця;
- 9) не розтрачуєте даремно сил;
- 10) дотримуєтеся виробленого розпорядку дня у побуті та на роботі;
- 11) легко стримуєте пориви;
- 12) малосприйнятливі до похвали і заохочення;
- 13) не озлоблені, проявляєте поблажливе ставлення до «шпильок» на свою адресу;

- 14) постійні у своїх відносинах та інтересах;
- 15) повільно включається в роботу і повільно перемикається з однієї справи на іншу;
- 16) проявляє однакове ставлення до всіх;
- 17) проявляє охайність і порядок у всьому;
- 18) з труднощами пристосовується до нової обстановки;
- 19) володіє витримкою;
- 20) дещо повільні

Ви меланхолік, якщо Ви:

- 1) сором'язливі;
- 2) розгублюєтеся в новій обстановці;
- 3) важко встановлюєте контакт з незнайомими людьми;
- 4) не вірите в свої сили;
- 5) легко переносите самотність;
- 6) відчуваєте пригніченість і розгубленість при невдачах;
- 7) схильні «занурюватися в себе»;
- 8) швидко втомлюєтеся;
- 9) маєте тиху мову;
- 10) несвідомо підлаштовуєтеся до характеру співрозмовника;
- 11) вразливі до сліз;
- 12) надзвичайно сприйнятливі до схвалення і осудження;
- 13) пред'являєте високі вимоги до себе і до оточуючих;
- 14) схильні до підозрілості і до нав'язливих роздумів;
- 15) болісно чутливі і легко ранимі;
- 16) надмірно образливі;
- 17) нетовариські, не ділитесь ні з ким своїми думками;
- 18) малоактивні і боязкі;
- 19) поступливі, покірні;
- 20) прагнете викликати співчуття і допомогу в навколишніх.

Ключ до методики

Якщо кількість позитивних відповідей в «паспорті» темпераменту, того чи іншого типу становить 16-20 - то це означає, що у вас яскраво виражені риси даного типу темпераменту.

Якщо позитивних відповідей 11-15 - якості даного темпераменту притаманні вам в значній мірі.

Якщо 6-10, то якості даного типу темпераменту властиві в певній мірі.

2. Визначити формулу свого темпераменту:

ФТ = %); 100(%)100(%)100(%)100('+'+'+' A AмM A AфФ A AcC A AxX де, ФТ - формула темпераменту;

X - холеричний темперамент;

С - сангвінічний темперамент;

Ф - флегматичний темперамент;

М - меланхолійний темперамент;

А - загальна кількість плюсів по всіх типах; Ах - число плюсів у «паспорті холерика»; Ас - число плюсів у «паспорті сангвініка»; Аф - число плюсів у «паспорті флегматика»; Ам - число плюсів у «паспорті меланхоліка».

Наприклад, у кінцевому вигляді формула темпераменту набуває вигляд: $\Phi T = 35 \% X + 30 \% C + 14 \% \Phi + 21 \% M$;

Це, значить, що даний темперамент на 35 % - холеричний, на 30 % сангвінічний, на 14 % - флегматичний, на 21 % - меланхолійний. Якщо відносний результат числа позитивних відповідей, з будь-якого типу темпераменту становить 40 % і вище - даний тип темпераменту є домінуючим, якщо 30-39 % - то якості даного типу виражені досить яскраво;

якщо 20-29 % - якості даного типу виражені середньо, якщо 10-29 % - якості даного темпераменту виражені неповною мірою.