

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут
Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
« 01 » червня 2022 року

УДК 159.97:616.89-008.441.44

**ПРОЯВИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ ЗІ
СХИЛЬНІСТЮ ДО НІМФОМАНІЇ ТА САТИРІАЗИСУ**

Кваліфікаційна робота бакалавра
за освітньою програмою «Психологія»
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:
студентка 465 групи
ФІЛШЕНКО ВІКТОРІЯ ВІКТОРІВНА

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
МИРОПОЛЬЦЕВА Ніна Ігорівна

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
« 01 » червня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

Студентці **Філіпенко Вікторії Вікторівні**

1. Тема роботи: «Прояви суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 206 від «10» листопада 2022 року.
2. Об'єкт дослідження – особливості проявів суїцидальної поведінки.
3. Предмет дослідження – прояви суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.
4. Завдання дослідження:
 - 1) Аналіз теоретично-методологічних підходів проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.
 - 2) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.
 - 3) Провести психологічно-обґрунтованим способом методологічне формування емпіричної бази.
 - 4) Провести емпіричне дослідження проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.

5) Розробити та проаналізувати доцільність психокорекційної програми для зниження та можливого викорінення детермінантів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатириазису.

5. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
Миропольцева Ніна Ігорівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології	21 вересня 2022 року _____	10 травня 2023 року _____

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРБ	10.10. 2022 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	01.11.2022 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРБ	23.12.2022 р.
3.1	Розділ 1. Теоретичний аналіз проблеми суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатириазису.	01.03.2023 р.
3.2	Розділ 2. Емпіричне дослідження проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатириазису.	28.04.2023 р.
4	Висновки	10.05.2023 р.
5	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист)	16.05.2023 р.
6	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією	21.06.2023 р.

Студент _____

Вікторія ФІЛІПЕНКО

Науковий керівник _____

Ніна МИРОПОЛЬЦЕВА

АНОТАЦІЯ

Філіпенко В. В. Прояви суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра за спеціальністю 053 «Психологія» – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2023.

Кваліфікаційну роботу присвячено теоретичному обґрунтуванню та емпіричному дослідженню проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису. В ході роботи було розкрито всі основні поняття й терміни, проведено психологічне дослідження, розроблено та апробовано психокорекційну програму, спрямовану на знаходження ресурсу, що допоможе позбутися суїцидальної поведінки та стабілізувати сексуальну активність. Усі результати дослідження та корекційної програми були оброблені та перевірені за допомогою методів математичної статистики.

Наукова новизна полягає у тому, що раніше подібні теми не підіймалися на загал і не вивчалися більш детально.

Ключові слова: суїцид, суїцидальна поведінка, німфоманія, сатиріязис, гіперсексуальність, компульсивна сексуальна поведінка.

ANNOTATION

Filipenko V. Manifestations of suicidal behavior in a person with a tendency to nymphomania and satirization.

Qualification work for the bachelor's degree in specialty 053 "Psychology" - Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2023.

The qualification work is devoted to the theoretical substantiation and empirical study of the manifestations of suicidal behavior in a person with a tendency to nymphomania and satyriasis. In the course of the work, all the basic concepts and terms were revealed, a psychological study was conducted, and a psycho-correctional program aimed at finding a resource to help get rid of suicidal behavior and stabilize sexual activity was developed and tested. All the results of the study and the correctional program were processed and verified using mathematical statistics.

The scientific novelty of the study is that such topics have not been raised in public before and have not been studied in more detail.

Keywords: suicide, suicidal behavior, nymphomania, satire, hypersexuality, compulsive sexual behavior.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ ЗІ СХИЛЬНІСТЮ ДО НІМФОМАНІЇ ТА САТИРІАЗИСУ.....	6
1.1. Проблема суїцидальної поведінки в різних психологічних концепціях.....	6
1.2. Психологічний портрет особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.....	24
1.3. Особливості розвитку суїцидальної поведінки у людей із компульсивною сексуальною поведінкою.....	42
Висновки до першого розділу.....	54
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ ЗІ СХИЛЬНІСТЮ ДО НІМФОМАНІЇ ТА САТИРІАЗИСУ.....	56
2.1. Методологічні аспекти проблеми дослідження.....	56
2.2. Аналіз якісних та кількісних характеристик проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю німфоманії та сатиріязису.....	62
2.3. Розробка та апробація психокорекційної роботи.....	72
2.4. Результати психокорекційної роботи.....	77
Висновки до другого розділу.....	82
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	86

ВСТУП

Актуальність дослідження. Суїцидальна поведінка – це те, що зустрічається на кожному кроці, але не завжди є поміченим. Є чимало підтверджень того, що зазвичай особу із суїцидальною поведінкою важко помітити, і це є виключно правда, якщо не знати особливості цієї поведінки, детермінанти та загальні відомості.

Часто люди з проблемами, не розуміючи їх сутність, йдуть на фаталістичний крок, боючись наслідків своєї поведінки. Відповідно, тема дослідження стосується того, що зараз все ще існує і чому люди не завжди дають точну назву. Соціальний осуд вважається одним із головних передумов, тому неможливо не спробувати знайти людей з рідкісним поведінковим розладом, які потерпають від суспільного неприйняття та впадають у глибокий відчай.

Сатиріазис та німфоманія – рідкісні розлади, які нині класифікуються як залежність, гіперсексуальність, КСП, парафілія, девіація, тощо. Проте важливо пам'ятати, що кожен термін має власне пояснення та може бути схожим, проте аж ніяк не таким самим за своїм значенням. Саме тому зараз важливо згадати витoki цієї термінології, знайти суть понять, їх різницю і розмежування, яке б «тонке» воно не було.

Дане дослідження необхідне для стабілізації стану людей зі схильністю до німфоманії та сатиріазису та мінімізації в них суїцидальної поведінки в усіх її проявах.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити прояви суїцидальної поведінки в особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріазису.

Завданнями даного дослідження є:

1) Аналіз теоретично-методологічних підходів проявів суїцидальної поведінки у особистістю зі схильністю до німфоманії та сатиріазису.

2) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.

3) Провести психологічно-обґрунтованим способом методологічне формування емпіричної бази.

4) Провести емпіричне дослідження проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.

5) Розробити та проаналізувати доцільність психокорекційної програми для зниження та можливого викорінення детермінантів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.

Об'єкт дослідження – особливості проявів суїцидальної поведінки.

Предмет дослідження – прояви суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатиріязису.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження).

Для проведення дослідження було обрано такі методики: шкала векторного визначення статевої конституції (Васильченко, Ботнева), тест Роршаха, рівень тривожності Спілбергера-Ханіна; шкала депресії Бека; карта ризику суїциду.

Експериментальна база дослідження. Первинне дослідження для формування коректної вибірки згідно із завданнями досліджень складалося із 83 осіб (44 жіночої статі та 39 – чоловічої), після чого було сформовано вибірку з 32 осіб (16 жіночої статі та 16 – чоловічої) для подальшого вивчення прояву суїцидальної поведінки.

Теоретична та практична значущість. Результати проведеного дослідження можуть бути корисні у розвитку в подальшому форматі психосексуальних напрямів та суїцидальної поведінки. За допомогою детальних результатів та їх опису дослідники в подальшому можуть формувати так звані групи підтримки, будувати більш досконалі корекційні програми.

Також дане дослідження може бути корисним для буденного використання звичайних людей, які таким чином зможуть більше дізнатися про можливі розлади психосексуальної сфери та безпосередньо прояви суїцидальної поведінки (як в осіб з описаної вибірки, так і звичайних людей). Це дозволить запобігти фатальним наслідкам та постійному знеціненню реальних проблем, про які не прийнято відверто висловлюватися в будь-яких колах. А також зверне увагу психологів до даної проблематики.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на I Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Психологічна наука в XXI столітті: перспективи розвитку» (Миколаїв, 25.04.2023).

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у 2 публікаціях, з них: 1 тези на III Міжнародну науково-практичну конференцію MODERN PROBLEMS OF SCIENCE, EDUCATION AND SOCIETY (22-24.05.2023 у Києві, Україна) та 1 тези на I Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих учених «Психологічна наука в XXI столітті: виклики та перспективи розвитку».

Структура роботи. Складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг бакалаврської роботи становить 94 сторінки, з них 82 сторінки основного тексту. Робота містить 7 таблиць, 2 рисунки. Список використаних джерел складає 70 праць українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИТОСТІ ЗІ СХИЛЬНІСТЮ ДО НІМФОМАНІЇ ТА САТИРІАЗИСУ

1.1. Проблема суїцидальної поведінки в різних психологічних концепціях

У сучасних реаліях повсякчас звучать слова суїцид, самогубство або ж словосполучення вбив(вбила) себе, зістрибнув(ла) з даху, повішався(лась) у власному помешканні, отруєння таблетками, що призвело до смерті, тощо. Їх можна зустріти у новинних стрічках, буденних розмовах, наукових чи публіцистичних статтях. Проте мало хто розуміє наскільки це насправді серйозно і те, що сприймається нормою чи «слабкістю» потрібно помічати, підмічати та намагатися допомогти особі, яка має на меті покінчити з собою.

Часто зустрічаються випадки, коли підліток, юна чи зріла особистість прямо говорять про свої наміри, або ж намагаються якнайшвидше закінчити важливі для неї справи. Оточуючі сприймають дані заяви зі сміхом, гнівом чи взагалі ігнорують, вважаючи, що це черговий «вибрик» емоційно незрілої людини, яка все ще не пізнала справжніх страждань й зламалася від не надто травматичної ситуації або ж просто хоче привабити увагу до себе. І часто таке зневажливе ставлення до проблем інших, власної неухважності й упередженості закінчується самогубством того, до кого були проявлені вище перелічені епітети.

Але щоб розуміти, що саме потрібно підмічати й на чому акцентувати увагу, насамперед варто зрозуміти що ж таке суїцид, які його передумови та як проявляють себе справжні суїциденти, а не лише особистості схильні до парасуїциду, що також є доволі небезпечним та потребує негайного обстеження у психіатра[10].

Повертаючись до далекого минулого можна побачити, що дане явище супроводжувало людство завжди. І точно так само завжди засуджувалося як публічно (церквою, владою, інтелегенцією), так і серед простолюду (на вулицях, в тавернах, в будинках за сімейними посиденьками), які були підвласні вищим кастам[66].

Термін «суїцид» вперше був використаний в книзі Т. Брауна «Religio Medici» написаній у 1635 році, а надрукованій у 1642 році [31]. Проте за даними окремих авторів, даний термін з'явився вже в 12 ст [3]. Не дивлячись на те, що в 1651 році він вже був наявний в Оксфордському словнику, на протязі довгого часу (приблизно до середини 18 ст.) термін «суїцид» майже не фігурував у літературі[44].

У «Лексиконі словенороськом» термін «самогубство» перекладається не як «суїцид», а як *homicidium manu Propria sedes manu propria* (дослівний переклад не є точним, але наближено це звучить так: вбивця – свій власний власною рукою). У бібліографічних працях з суїцидології зустрічаються терміни «self-homicide» та «self-murder», які дослівно перекладаються як самогубець або самовбивця. Відповідно, таке поняття самознищення, яке широко використовується в різних мовах та регіонах до нині, означає, що смерть людини настає в результаті його власних дій з мотивом вбивства самого себе[5].

Власне термін «суїцидологія» («сюісюдологія») був вперше використаний в російській науковій літературі ще в 1891 році П.Г. Розановим[67]. В Західних країнах більш коректно використав даний термін Е. Шнейдман у 1929 році. Проте реальне становлення суїцидології, як комплексної мультидисциплінарної науки з вивчення суїцидальної (аутодеструктивної) поведінки, відбулося у середині 20 ст[55].

Визначення самогубства, яке включає в себе найважливіший критерій відмежування цього феномену від схожих з ним явищ, дав французький соціолог Е. Дюркгейм у своїй класичній праці «Самовбивство». Самовбивство – це кожний смертний випадок, котрий безпосередньо чи посередньо є

результатом позитивного або негативного вчинку, вчиненого самим постраждалим, якщо той знав про результат заздалегідь. Спроба самовбивства – це абсолютно те ж саме, тільки незавершене[20].

Більш чітко й лаконічно дав визначення суїцидолог М. Фербер у 1968 році. Самовбивство – це свідоме, навмисне і швидке позбавлення самого себе життя[31]. Кожен з наданих описів є важливим: наявність усвідомленого наміру, конкретних дій чи їх відсутність, які безпосередньо призводять до смерті.

Зазвичай суїцид та спробу суїциду розрізняють як щось схоже між собою, або навпаки приводять купу доказів між їх розбіжністю. Дуже часто бувають випадки випадкового порятунку суїцидента від неминучої смерті, проте такі випадки часто плутають з іншими доволі схожими явищами[24]. В загальному аспекті, за допомогою тих чи інших характеристик, спроби суїциду необхідно спочатку визначити його діагностичне значення, а потім відгородити від схожих з даним випадком явищ.

Констатація наявності наміру вбити себе у випадку будь-яких аутоагресивних дій, дозволяє обмежити коло явищ, які мають визначення «спроба самогубства». В цьому випадку не розглядаються як суїциди випадки, які співпадають з даним феноменом поведінки, а саме там, де безпосередньо цей намір відсутній, а поведінка людини має на меті зовсім інші мотиви[6]. За допомогою клініко-суїцидальної оцінки того чи іншого пацієнта можна виключити наявність суїциду. Тобто людина, яка випробовує свої вміння або хоче показатися сміливою намагається ходити по тонкому карнизу балкону чи даху, в результаті зривається та отримує чисельні травми, що призводить до інвалідності чи навіть смерті. Не дивлячись на оцінку оточуючих, які одразу заклеюють особу як «самовбивцю», тут немає головної характеристики притаманної справжнім суїцидентам[60].

Проте бувають доволі незвичні випадки, коли аутоагресивна поведінка відповідає опису основних критеріїв суїциду. Це буває, коли особа, перебуваючи під тяжкістю психологічних переживань вирішує за хвилину, що

краще припинити страждання таким чином та негайно виконує свій план. Тоді часто близькі стверджують, що людина могла просто зірватися з карнизу чи випасти з вікна по звичайній випадковості, адже жодних передумов, як таких не було[27]. Також нерідко особистості з психічними розладами та з вираженою психотичною симптоматикою (наприклад галюцинації, спровоковані надмірними переживаннями) реалізують свої суїцидальні наміри в одну мить[10].

Як вже було написано вище, головним критерієм самовбивства серед всіх аутогресивних дій – це наявність наміру покінчити з собою. Проте ступені усвідомлення такого наміру можуть істотно відрізнятися: від точного та невідворотного бажання й мети позбавити себе життя (з можливою боротьбою суїцидальних та антисуїцидальних тенденцій) до імпульсивного акту чи афективного стану, коли намір явного суїциду може не усвідомлюватися самим об'єктом. В окремих випадках, діями, які заздалегідь призводять до смерті при будь-якій відсутності сторонніх втручань, людина не може визначити характер власних мотивів, які мали б лежати в основі їх дій [63].

Такий суїцид прийнято називати «миттєвим». Він говорить саме про автоматичні дії, які виринають з глибин підсвідомості аби певним чином змінити ситуацію. Це може відбуватися у моменти сильного стресу, коли людина під впливом сильних переживань діє без будь-яких свідомих думок. Також подібні випадки бувають у моменти потужної загрози, як, наприклад для жінки, згвалтування. Тоді вона вирішує, що краще померти, аніж піддатися ситуації; інших рішень її мозок просто нездатний знайти[46].

В таких випадках у осіб немає мотиву саме загинути, вони просто не змогли знайти іншого виходу з ситуації. Тому питання про те, чи можна це назвати саме суїцидом, досі гостро стоїть у наукових колах[57].

Найбільш вільна і послідовна екстраполяція суїцидальних феноменів на різні моменти життя та поведінки людини відзначається в роботах одного з видатних суїцидологів К. Меннінгера. Відповідно до концепції З. Фрейда про існування інстинктів життя і смерті, К. Меннінгер називає їх конструктивними

та деструктивними тенденціями особистості [44]. Іншими словами, кожна людина схильна до самознищення. Коли ж воедино зводиться ціла низка причин і чинників, це призводить до самогубства. На думку автора, «цілком логічно розглядати всі форми самознищення з погляду домінуючих принципів»[31].

Керуючись цим підходом, К. Меннінгер у кожному з розділів своєї книги «Війна із самим собою» аналізує різні форми саморуйнівної поведінки. У першому розділі розглядаються глибинні причини самогубства у звичному значенні слова. У другому аналізовані причини негаразд очевидні, а третьому увагу акцентується на тих випадках самогубства, де «ознаки хронічних спотворень мають непряму спрямованість»[30].

До хронічних форм самогубства автор відносить аскетизм і мучеництво, неврастенію, алкогольну залежність, антигромадську поведінку та психоз (в останньому випадку «руйнування особистості стає очевидним, коли людина втрачає зв'язок із реальністю»)[57].

Безперечний інтерес викликає виділення К. Меннінгером трьох складових самогубства:

- бажання вбити;
- бажання бути убитим;
- бажання померти.

У перших двох складових передбачається наявність елемента жорстокості, тоді як «процес вмирання супроводжується добровільною задачею життєвих позицій... крім того, потяг до смерті може набувати різних форм, подібно до того, як це відбувається з іншими згаданими спонуканнями»[44]. К. Меннінгер вважає, що в цілому самогубство можна класифікувати як специфічний вид смерті, що передбачає три невід'ємні елементи: вмирання, вбивства та жертви вбивства. Кожен із цих елементів вимагає детального аналізу, бо представляє як свідомі, так і несвідомі мотиви. Одночасна наявність всіх трьох елементів, як правило, призводить до трагічних наслідків, а відсутність будь-якого компонента або їхня тимчасова

розрізненість обумовлює відносно більш «м'які» форми аутоагресивної поведінки [31].

Ще раніше Е. Дюркгейм назвав подібного роду аутодеструктивну поведінку «символічним суїцидом». У сучасному розумінні саморуйнівна поведінка постає як здійснення будь-яких дій, над якими у людини є реальний або потенційний вольовий контроль, що сприяють просуванню індивіда в напрямку більш ранньої фізичної смерті[3]. Терміни, що характеризують так зване непряме самогубство, дуже численні: «часткове», «навмисне», «приховане самогубство», «несвідома суїцидальна поведінка» або «суїцидальний еквівалент»[24]. В усіх випадках непрямого самогубства люди роблять дії, створені задля саморуйнування чи заподіяння собі шкоди при запереченні прагнення цьому. Зовні смерть у таких випадках завжди видається випадковою.

Одним із найпоширеніших непрямих самогубств (прихованих суїцидів) є так званий «автоцид». Тобто самогубство через автомобільну аварію, де транспортний засіб виступає інструментом скоєння суїциду [65].

«Персональні» самогубства (суїциди з особистих мотивів) не виключають можливості добровільного припинення життя відповідно до тих чи інших традицій, звичаїв та, прийнятих у тих чи інших соціальних і релігійних спільнотах, нормами та правилами поведінки [46].

Так званий «інституціональний» суїцид добре відомий з найдавніших часів і, на жаль, зберігся до наших днів. Мова йде про самогубство як соціальний імператив: самоспалення вдів і слуг в Індії та Китаї, жертвне мучеництво ранніх християн, характері в Японії, масові самогубства переможених у релігійних війнах[63]. Самогубство в деяких народів давнини (кельти, германці, зулуси) вважалося природним способом гідної смерті [31].

Самогубства за мотивами особистого характеру і становлять основну масу суїцидів, які потребують клініко-психологічної оцінки. Але й у випадках суїцидологічний аналіз буває ускладнений з різноманітності форм суїцидальної поведінки. Дослідники використовують найрізноманітнішу

термінологію, що відображає різні сторони замаху на самогубство та пов'язані з цим обставини[6].

Тільки в 50-х рр. Е. Стенгаль виявив епідеміологічні відмінності між цими групами і запропонував для розмежування цих форм поведінки терміни «суїцид» і «суїцидальна спроба». Проте для кожної з цих груп він стверджує, що наявність суїцидальних намірів є обов'язковим пунктом, і тому ті, хто пережив спроби самогубства, мають таку ж імовірність вчинити самогубство, як і самогубці, оскільки їх смерть не була спричинена випадковими причинами [50].

У 60-х роках думка про те, що існують значні відмінності між людьми, які вчиняють самогубство, і тими, хто вчиняє самогубство, ґрунтується на одній головній характеристиці – вираженні суїцидального наміру (суїцидальної інтенції). При цьому більшість людей, які намагаються вчинити самогубство, не мають наміру покінчити з власним життям, а їх аутоагресивна поведінка визначається іншими мотивами [5].

У 1977 році британський суїцидолог Н. Кейтман і співавтори ввели термін «парасуїцид» для кваліфікації суб'єктів, які «не ставлять перед собою завдання самознищення і чию поведінку рідко визначають як спрямовану на припинення життя». «З моменту появи слова і до сьогодні існувало кілька поглядів на зв'язок між термінами «спроба самогубства» та «парасуїцид»[57]. Одне з них стверджує, що спроба самогубства – це тип парасуїциду, який характеризується наявністю високого наміру померти (виражений намір покінчити з життям). У цьому контексті парасуїцид – це широка категорія аутоагресивних поведінкових явищ, у тому числі тих, які не пов'язані з наміром покінчити з життям. Інша точка зору полягає в тому, що парасуїцид розуміється як варіант самогубства менш суїцидальна спроба. Третя точка зору полягає в тому, що парасуїцид та спроба самогубства є взаємовиключними поняттями. Кожен із цих феноменів має протилежну суїцидальну спрямованість: низька інтенція смерті у разі парасуїциду та висока – при суїцидальній спробі [24].

Тяжкість (навіть летальний кінець) різноманітних наслідків самоушкодження не завжди може виправдати виразність наміру смерті. Зворотна залежність може спостерігатися і при аутоагресивній поведінці: нібито безпечний і навіть неодноразово «перевірений» спосіб показового суїциду шляхом шантажу призводить до дуже тяжких наслідків і навіть смерті через фатальний збіг обставин. Загалом можуть спостерігатися летальні наслідки з суїцидальним наміром або без нього. Немає чіткого зв'язку між наміром і результатом. Неправильне тлумачення цього стану часто призводить до недооцінки різних суїцидальних проявів, що в свою чергу позначається на лікувальних, діагностичних і профілактичних заходах у роботі з хворими[46].

Як зазначає Р. Дейкстра, численні дослідження показали, що суїцидальна поведінка у формі парасуїциду є одним з найважливіших факторів ризику майбутнього самогубства. Від 10% до 14% тих, хто намагається покінчити життя самогубством, помирають під час наступної спроби, що підвищує ризик самогубства більш ніж у 100 разів порівняно із загальною популяцією[31]. У той же час автори стверджують, що термін «спроба самогубства» (парасуїцид) вводить в оману з ряду причин, оскільки більшість таких дій не мають на меті призвести до смерті чи навіть тілесних ушкоджень, а є просто варіаціями мотивації. Посилаючись на різні дослідження, Р. Дейкстра поділяє всі ці мотивації на три категорії:

1. Смерть – це свідоме завершення життя.
2. Переривання – тимчасове припинення свідомості (відчуття).
3. Заклик змінити поведінку інших і привернути увагу до себе[69].

Наведене вище розуміння спроби суїциду як цілеспрямованої дії шляхом самопозбавлення, що не закінчується смертю, є особливо важливим з огляду на те, що в реальній практиці суїциду людям часто доводиться мати справу з наслідками незавершеного самогубства. Діагностика дозволяє з достатньою визначеністю вирішити практично важливе питання – чи є перехід від суїцидальних тенденцій до прямих суїцидальних спроб.

Зокрема, таким чином можна відрізнити конкретну спробу суїциду від певних готувань (зберігання ліків, виготовлення чи пошук ріжучих предметів та вогнепальної зброї тощо), не пов'язаних із безпосередньою дією з метою позбавлення життя. Очевидно, що як вибір способу самогубства, так і характер суїцидальної підготовки (відкритий чи закритий) відображають наміри особи, виявляючи ознаки аутоагресивної поведінки. Критерії специфічного обов'язку діяти виключають оцінку різноманітних суїцидальних спроб, які припиняються самим суб'єктом і які ініціюють дію таким чином, що забирає життя[31].

Після численних визначень і пояснень, наведених вище, які описують різні аспекти саморуйнівної поведінки, ймовірно, слід назвати спільні ознаки суїциду. Як пише Е. Шнейдман, «ці риси відзначаються принаймні в 95 із 100 самогубців і відносяться до моделей мислення, почуттів або поведінки, які спостерігаються майже у всіх випадках самогубства»[65].

До цих десяти загальних ознак суїциду за Е. Шнейдманом належать:

1. Загальна мета самогубства полягає в тому, щоб знайти рішення.
2. Загальне завдання суїциду – втрата свідомості.
3. Поширеним тригером суїциду є нестерпний душевний (психічний) біль.
4. Загальним стресовим фактором у самогубстві є фрустрація психологічних потреб.
5. Поширеною суїцидальною емоцією є безпорадність – відчай.
6. Переважне внутрішнє ставлення до суїциду амбівалентне.
7. Загальний стан психіки під час суїциду – це зниження когнітивних можливостей.
8. Поширеною поведінкою в самогубцях є втеча.
9. Вираження власних намірів є звичайною комунікативною поведінкою під час суїциду.
10. Загальна закономірність – це відповідність суїцидальної поведінки та поведінки загального способу життя[66].

На думку авторів, загальні риси всіх суїцидів, описані вище, відносяться до суїциду в цілому, незалежно від статі, віку, раси, психіатричного діагнозу та інших обставин і особливостей суїцидальної поведінки. Як пише Е. Шнейдман, ці характеристики допомагають зрозуміти особистість смертника і те, що спонукає його до таких екстремальних вчинків. Отже, аналіз суїциду повинен мати розроблені авторами положення як своєрідну «опорну сітку», що відображає загальні характеристики будь-якого суїциду[30].

Відповідно до нормативних документів, що розробляються, можна запропонувати наступну систему аутоагресивних форм поведінки, пов'язаних із суїцидальною поведінкою та виключення[27]. Суїцидальна поведінка (несмертельна спроба самогубства) включає:

Самогубство: вчинок особи, спрямований проти чітко усвідомленого наміру покінчити з власним життям.

А. Дії, які могли призвести до смерті, але або не мали прямого наміру покінчити з власним життям, або їх мотиви не могли бути чітко продемонстровані (ані самим суб'єктом, ані експертним аналізом того, що сталося). В обох випадках своєрідність мотиваційного компонента в основному залежить від конкретних обставин психічного стану людини під час аутоагресивної поведінки.

Б. Поведінка особи, яка за її відсутності виявляє намір покінчити з власним життям (так звана «демонстрація-самогубство шляхом вимагання», що є найчастіше вживаним у цьому випадку терміном)[5].

Аутоагресивна поведінка, не пов'язана з суїцидальною поведінкою, може виникати з різних мотивів і намірів суб'єкта, за винятком наміру покінчити з власним життям, і це неможливо явно виключити або довести. Поряд із закликком змінити поведінку оточуючих або привернути увагу до себе можуть бути найрізноманітніші спонукання: зняття емоційної напруги, утримання і так далі, аж до експериментів із власним життям у науковому процесі[31].

Аналіз Е. Дюркгейма причин і умов самогубства привів його до висновку, що «відсоток самогубств залежить виключно від соціологічних причин... і визначається моральною організацією суспільства». Самогубство залежить від двох компонентів соціальної організації: інтересів, ступінь узгодженості цілей і думок (соціальна інтеграція), ступінь впливу членів суспільства на індивідів (соціальна адаптація). Суїцид є наслідком істотної зміни інтенсивності цих компонентів у бік зменшення або підвищення. Поведінка, яка здається вираженням «особистого темпераменту», є результатом і продовженням певного соціального стану, в якому вона знаходить «зовнішнє вираження». На думку автора, «твердження про те, що кожне людське суспільство має більш-менш виражену схильність до суїциду, не є метафорою; основою цього уявлення є природа речей». На його думку, кожна соціальна група має свої власні колективні схильності до самогубства, які визначають прояви схильностей особистості, а не навпаки[10].

Ця тенденція формується тими течіями егоїзму, альтруїзму чи аномії, які зараз заповнюють суспільство, і наслідком цього є тенденція до важкої депресії, або до пасивного самозалишення, або до безнадійної втоми. Ці колективні тенденції пронизують індивіда, змушують його. Що стосується нещасних випадків, які зазвичай вважаються безпосередніми причинами самогубства, то всі вони стосуються лише однієї людини, що можливо за наявності певного морального настрою людини, який, у свою чергу, є лише відголосом морального стану суспільства[10]. На думку Е. Дюркгейма, можливість самогубства залежить від ступеня інтеграції індивіда в ту чи іншу групу (суспільство), до якої він належить, або розпаду самого суспільства з точки зору існуючих стійких структур [20].

Егоїстичне самогубство характерне для людей, які недостатньо інтегровані в суспільство, практично не контролюючи їх. Соціальні норми і правила цих самогубців не є обов'язковими і не диктують їх поведінку. По-перше, автори виправдовують цю версію самогубства, відповідаючи на запитання про те, як різні релігії, сім'ї та політичні суспільства впливають на

частоту самогубств. Чим більше соціально відчужених неодружених і нерелігійних людей спостерігається в окремих соціальних групах, тим вище рівень їх самогубств[57].

Альтруїстичне самогубство є повною протилежністю егоїзму та суїциду, описаним вище. Пов'язаний із посиленням інтеграції індивідів у суспільство. Для цього типу суїциду характерна свідомо самопожертва, заснована на усвідомленні необхідності виконання певних соціальних норм і правил. На думку автора, суспільство свідомо заохочує жертвні форми суїциду (в умовах війни, певних релігійних груп тощо). Природно, що альтруїстичне самогубство в різних умовах і навіть у різних групах людей має свої унікальні мотиви і особливості. Чоловік, який вчинив самогубство через старість, хворобу та інвалідність, відрізняється від дружини, яка вчинила самогубство після смерті чоловіка. У тих випадках, коли альтруїзм «приймає особливо гостру форму», поведінка носила більш захоплений і менш задумливий характер. Однак тут те саме: «Релігійний екстаз фанатика, який вважає блаженством бути збитим колісницею свого ідола, не те саме, що розпач ченця чи каяття злочинця, який покінчив життя самогубством, щоб спокутуватись. Винен»[60].

Вважається, що самогубство з анемією є відповіддю людини на аномію (буквально «беззаконня»), різку зміну у відносинах між особою та суспільством, а також серйозну зміну в попередньому соціальному порядку[46]. Соціальне середовище цих самогубців не представляє більш стійких структур і ціннісних орієнтацій, пов'язаних із суспільством, сім'єю, релігією та іншими інститутами. Е. Дюркгейм писав: «Людина, раптово вирвана зі свого звичного оточення, не може не занурюватися у відчай, відчуваючи, що ґрунт, господарем якого він себе вважає, вислизає з-під її ніг; нещастя приписується справжнім чи уявним причинам. Він відповідальний за те, що сталося, тоді його гнів спрямований на нього самого, якщо він невинний, він спрямований на інших»[31].

Автори стверджують, що соціальна аномія є «звичайним і ідіосинкратичним фактором самогубства; це одна з тенденцій, які визначають кількість самогубств на рік... Гнів і всі речі, які зазвичай супроводжують депресію, вступають у гру. У термінах автори посилаються на дані Брієра де Буамонта, який, вивчивши мемуари 1507 самогубців, зазначив, що «більшість із них були охоплені відчаєм і люттям»[5].

Е. Дюркгейм наголошує на загальновідомій подібності між егоїстичним самогубством і аномічним самогубством. Егоїзм і аномія «це лише дві різні сторони одного соціального стану». Однак існує відома різниця між цими самогубствами: в егоїстичному самогубстві людина не потребує суспільства і заперечує будь-який зв'язок із соціальними структурами; анемічна суїцидальна поведінка визначається втратою приналежності до суспільства, що є будь-якою соціальною кризою та «перебудовою» " відповідь[6].

Природно, мікросоціальне середовище для людини набагато важливіше з точки зору можливої аномії, ніж глобальні зміни суспільства та його проблеми. Таким чином, формування суїцидальної аномії має вирішальне значення для істотних змін у найближчому оточенні суїцидента (сім'я, робота, статус, коло спілкування). Погляд Е. Дюркгейма про те, що кількість самогубств може зростати з більшою динамікою соціального та індивідуального життя, підтверджується дослідженнями суїцидологів нашого часу [25].

Теорія Е. Дюркгейма на особливій важливості суспільства та соціальних факторів у суїцидальній поведінці мав і продовжує суттєво впливати на розвиток досліджень суїциду. Широкі дослідження в галузі суїцидології неможливі без урахування соціокультурних чинників. Крім того, огляд літератури з питань суїциду показує, що соціологічно орієнтовані твори домінують у часі. Природно, це виключає значення цих робіт у розвитку суїцидології (як і дослідження інших аспектів проблеми суїциду)[3].

Однак, на думку автора, соціокультурна теорія самогубства Е. Дюркгейма потребує невеликого уточнення, як загальне розуміння і

пояснення суїцидальної поведінки. Легкий перехід від спостережуваної закономірності суїциду як соціального явища в окремих публікаціях (підкреслюють самі автори теорії) до аналізу та пояснення індивідуальної суїцидальної поведінки не сприяє повному розумінню того, що сталося. Акцент тут не тільки на побудові теорії. Не випадково святий Єремія, який безпосередньо спостерігав «згубну нудьгу ченців», вважав, що «цим людям потрібні засоби Гіппократа, а не наші переконання»[63]. Розуміння самогубства, скоєного в рамках відчаю, як альтруїстичного самогубства починається з припущення, що його фатальна неминучість певною мірою пов'язана з умовами життя, а не з конкретними медичними заходами[30].

Знання соціокультурної теорії не викликає сумнівів. Е. Дюркгейму необхідно було зрозуміти деякі особливості розвитку суїцидальних нахилів[20]. При цьому важливо знати, що інтеграція тієї чи іншої соціальної групи в цілому ще не відображає характер зв'язку конкретного індивіда з цим суспільством, а головне, що будь-яка інтеграція або дезінтеграція є лише одним із аспектів дослідницького аналізу є один із факторів формування суїцидальної поведінки. Соціокультурна теорія не може пояснити, чому люди в подібних соціальних умовах, самогубство чи ні (на щастя, переважно останнє)[65]. Згідно з Е. Дюркгеймом, пояснення цього повинно включати прояснення взаємодії між соціокультурними та особистісними факторами[67].

Нижче наведені гіпотези для двох теорій, які були визначені як когнітивні теорії, засновані на природі домінуючих факторів у самогубстві.

Основна концепція А. А. Лінерс стверджує:

- Суїцидальний відчуває, що відчуває нестерпний душевний біль.
- Суїцидальна людина відчуває безнадійність і безпорадність перед обличчям існуючої травми.
- Суїцидально налаштована людина відчуває труднощі у спілкуванні з іншими, що змушує її відчувати розчарування в потребах інших.
- Суїцидальна людина може навіть спрямовувати гнівні імпульси, в тому числі вбивчі спонукання, на іншу людину.

- Суїцидальна людина має знижену здатність адаптуватися до труднощів.
- Суїцидальна людина не може спілкуватися безпосередньо. Це пов'язано з несвідомим елементом розуму.

- Суїцидальна людина ідентифікує себе з іншою людиною, яка не задовольняє її емоційні потреби, що призводить до психологічного дистресу.

- Суїцидальні люди мають довгу історію втрат і невдач.

- Суїцидальна людина має мало можливостей для розвитку конструктивних і зрілих тенденцій своєї особистості.

- Суїцид виявляє закономірність мислення, вузьку спрямованість і неможливість виробити альтернативи суїциду.

Другу концепцію запропонував Аарон Бек:

- Самогубство пов'язане з депресією. Ключовою ланкою між ними є відчуття безнадії.

- Безнадія, визначена як негативні очікування, є ключовим фактором самогубства. Суїцидальна людина бачить самогубство як єдиний можливий вихід зі своєї важкої ситуації.

- Суїцидальні люди мають негативні та часто нереалістичні погляди на майбутнє. Він/вона очікує більше болю, більше розчарування та позбавлення.

- Суїцидальний бачить себе негативним і нереалістичним (невиліковним, безпорадним). Самокритика, почуття провини і жалю пов'язані з низькою самооцінкою.

- Суїцидальна людина відчуває, що в неї щось відібрали. Виникають думки про самотність, марність, матеріальну незахищеність.

- Ці думки можуть бути піддані критиці з боку інших, але він/вона вважає їх єдино правдивими.

- Суїцидальні думки зазвичай несвідомі, без його волі, і часто виявляють когнітивні спотворення (не пов'язані з шизофренією): нічого, ніколи, завжди надмірне узагальнення або мінімізація, нерозуміння, вибіркоче абстрагування, негативне упередження.

- Незалежно від справжньої інтенсивності події, емоційні реакції суїцидентів прямо пропорційні їх оцінці ситуації.

- Незалежно від характеру впливу (тривога, смуток і т.д.), спотворення в ситуації пов'язані з когнітивністю.

- Вважаючи, що для себе немає надії, суїцидальна людина намагається втекти від ситуації, помираючи[31].

Якщо в перших двох концепціях суїцидальна поведінка в основному визначається когнітивними порушеннями, пов'язаними зі змінами настрою, інші теорії суїциду виявляють більший вплив соціальних факторів, особливо навчених факторів, як Д. Лестер[50]. У концепції авторів найбільше значення мають різноманітні види соціального впливу, які відчуває суїцидальна особа в період її соціалізації, починаючи з раннього дитинства[63]. Проте в цілому жертви самогубства характеризуються недостатньою соціалізацією. Вважається, що сама суїцидальна поведінка є навченим процесом, який посилюється та підтримується оточенням суїцидальної людини.

Основні положення концепції Д. Лестера:

- Самогубство – це навчена поведінка. Дитячий досвід або обставини, які формують людину до суїциду та сприяють суїцидальній поведінці.

- Ключем до суїциду є переживання дитиною покарань, коли вона дорослішає. По-перше, суїцидальна людина вчиться пригнічувати гетеросексуальну агресію і звертати її на себе.

- Самогубство можна передбачити на основі вивчених фундаментальних законів. Суїцид - це поведінка, яка розвивається за підтримки оточення.

- Суїцидальні думки є стимулом, за яким слідує відповідь у формі суїциду. Когнітивні здібності (наприклад, самохвала) можуть діяти як підсилювач або якір для такої поведінки.

- Очікування суїцидальної людини відіграють вирішальну роль у самогубстві. Він/вона чекає підтвердження (винагорода за дію).

- Депресія, особливо її когнітивний компонент, сильно корелює з самогубством і важлива для пояснення суїцидальної поведінки (наприклад, депресія може бути викликана навчанням і/або винагородою).

- Самогубство може бути маніпулятивною поведінкою. Його підтримують і зміцнюють інші.

- Суїцидент не соціальний. Він/вона недостатньо соціалізовані в традиційній культурі. Самогубці не вивчають традиційних культурних норм про життя і смерть.

- Багато факторів навколишнього середовища (субкультурні норми), вплив телебачення, сексуальні уподобання щодо певної поведінки, самогубства людей, які були значущими для життя суїцидента (зразки наслідування), сім'я та інші екологічні та культурні моделі[27].

Професійний соціолог Р. В. Маріс у своїй концепції зосередив увагу на так званих копінг-факторах. Теорія базується на зразках життя та незавершених спробах суїциду, які автори перевіряють із психоанатомічної точки зору[5].

Основна увага приділяється переживанням невдалих спроб подолання стресу. Невдала адаптація або досвід подолання тієї чи іншої ситуації пов'язаний з деструктивними методами адаптації, які визначають попередній досвід саморуйнівної поведінки[1].

Основні припущення теорії подолання Р. Маріса представлені в наступній заданій формі:

- Суїцид – результат незадоволеності станом людини та хронічної депресії безнадійності та нездатності контролювати стан людини (її жорстокість, крайнощі, грубість, непередбачуваність, самотність).

- Люди, схильні до самогубства, мають доступні (і знають) способи покінчити з життям.

- Суїцидальна безнадія стосується рецидивуючої депресії, повторних життєвих невдач, хронічних негативних стосунків і соціальної ізоляції.

- Суїцидальні люди часто намагаються адаптуватися або самоізолюватися деструктивними способами (алкоголізм, наркоманія, сексуальні ексцеси, спроби суїциду).

- Суїцидальні люди неоднозначно ставляться до смерті. Хоча вони часто бажають смерті, їхні дії не обов'язково є навмисними.

- Суїцидальна людина дуже раціонально уникає певних речей (біль, нещастя, відчай тощо). Суїцид – це або акт агресії по відношенню до інших, або (рідше) бажання змінити ситуацію чи підвищити цінність власного життя, пожертвувавши собою.

- Суїцидальні люди характеризуються нездатністю вирішувати певні завдання, які постають перед ними на певних етапах життєвого шляху.

- Жертви самогубства мають ранню травму або походять із сімей із багатьма проблемами, особливо коли в центрі перебувають батьки.

- Жертва самогубства, яка має серйозні проблеми на роботі або має фізичне захворювання.

- Люди, схильні до самогубства, не дуже релігійні[3].

Порівнявши 15 суїцидальних теорій, Д. Лестер дійшов висновку, що ці концепції виявляють найкращі «області» застосування для аналізу суїцидальної поведінки. Таким чином, теорія Біна-Свонгера більше підходить для пояснення самогубств у літніх людей[31], тоді як концепція Мюррея або Саллівана більше підходить для пояснення походження самогубств у молодих людей[31]. Теорія Юнга краще підходить для пояснення жіночого самогубства, ніж чоловічого. Як зазначалося вище, різниця між цими поняттями полягає в домінуванні певних факторів, що пояснюють формування суїцидальної поведінки[31].

Підсумувавши все вище вказане, варто зазначити, що суїциди доволі поширена проблема, яка переслідує людство зі стародавніх часів. Суїциду притаманна така основна характеристика, як свідомий намір вбити себе (закінчити те, що викликає негативні почуття, страх). Саме на це варто звертати увагу аби не сплутати суїцид з іншими схожими феноменами.

1.2. Психологічний портрет особистості зі схильністю до німфоманії та сатиризису

Відповідно до сучасних класифікацій психологічної термінології, поняття «німфоманія» та «сатиризис» вважаються застарілими й не є незалежними від гендеру. Тому їх було замінено на: гіперсексуальність, компульсивну сексуально поведінку (КСП), сексуальну залежність тощо. Проте важко сказати чи нові терміни відображають початкове значення історичних понять. Адже якщо детально заглибитись у перелічені поняття, їх характеристики, можна помітити, що вони мають між собою незначні відмінності та певні схожості.

Протягом останнього десятиліття кілька оглядів досліджували та оновлювали поточні знання про запропоновані моделі розладу, включаючи компульсивність, імпульсивність і поведінкову залежність. Проте до цього дня все ще незрозуміло, як найкраще визначити та класифікувати людей із надмірною сексуальною поведінкою, оскільки недостатньо доказів для будь-якої із запропонованих моделей[11].

Німфоманія – це застарілий термін, який раніше використовувався для опису надмірного сексуального бажання у деяких жінок[32].

Німфоманію традиційно визначають як підвищений і, отже, тривожний сексуальний потяг. Це вважалося серйозним медичним захворюванням, яке вражало жінок незалежно від соціального статусу, віку та віросповідання[49]. Використовувалися доволі жорсткі форми лікування, адже дане «захворювання» було нетиповим для жінок та вважалося деградацією або «прокляттям Сатани»[14].

Слово «німфоманія» вперше було надруковано англійською мовою у 1802 році, і на той час воно було визнано досить поширеним жіночим розладом[9]. Воно походить від латини та буквально означає – божевілля німфи[25]. І лікарі, і пацієнти розуміли, що сильний сексуальний потяг жінки до чоловіка або, що більш тривожно, до чоловіка, з яким вона не була заміжня,

може свідчити про захворювання. Вважалося, що жінка, яка страждає на німфоманію, може очікувати, що вона скотиться до божевілля, відмови органів та смерті[19].

До 18 століття німфоманія було практично невідомим захворюванням[45]. Це могло бути тому, що тіла чоловіків і жінок, на той момент, почали уявлятися зовсім по-різному. Протягом більшої частини історії людства вважалося, що чоловіки та жінки мають одне тіло (а жінка була перевернутою версією чоловіка), тому нікому не здавалося дивним, що жінка може бути такою ж хтивою та сексуально підкованою[70].

У Стародавній Греції пророк Тіресей навіть стверджував, що жінки здатні відчувати задоволення в дев'ять разів більше, ніж чоловік, що дозволяло жінкам вести природній сексуальний спосіб життя без надмірного засудження з боку соціуму[17].

До часу Ч. Дарвіна в 1871 році все кардинально змінилося. Тепер вважалося, що природний добір зробив так, що єдине чого бажає та потребує жінка це поважний шлюб та діти[23].

З середини до кінця 19 століття психіатри все більше зосереджувалися на жіночих сексуальних відхиленнях[52]. Німфоманія була діагнозом, який виник на основі існуючих наукових робіт, гендерних відмінностей, сексуальної відповідності та моралі побутових стосунків. Медичні журнали та популярні уявлення про жіночу сексуальність індикатори того, наскільки цей діагноз був упереджений і використовувався виключно для жінок[21].

Діагностичні критерії німфоманії в 19 столітті включали фізіологічні тести, що призвело до патологізації жіночої статевої поведінки[68]. У 1800-х роках стурбовані батьки з молодими дівчатами викликали лікарів, щоб вони обстежили, здавалося б, «ненормальну» та непристойну поведінку[26].

У книзі Тьюка 1892 року «Словник психологічної медицини» він визначив німфоманію як «хворобливий стан, властивий жіночій статі..., який полягає в непереборному пориві задовольнити сексуальний потяг... коли невропатичний стан впливає на неї та домінує над нею, усі враження

привабливості її хворобливого вразливого стану, і вона часто стає рабинєю своїх інстинктів»[12]. За словами доктора Тьюка, це винятково жіноче психіатричне захворювання, що дало жінкам ненаситний статевий потяг, що призводить до її божевілля. Цей діагноз – німфоманія – поставили молодим жінкам лікарі з різних причин. Вони можуть бути одружені і дивлячись на чоловіків, крім свого чоловіка, або ж дівчина в період статевого дозрівання відчуває збудження вперше, або вони просто були «неслухняними». За словами доктора Теофіла Парвіна в Журналі нервових і психічних захворювань німфоманки мають певний погляд на себе[51].

Він пояснює, що у цих жінок товща шкіра, помітніші м'язи, менше жиру та їх тіло більш кутасте, ніж у типової жінки. Далі він пояснює, що існує три етапи, які німфоманка проходить, щоб лікар міг діагностувати пацієнта поза цими стадіями[61].

Перший етап полягає в тому, що жінці постійно сняться її сексуальні думки. Другий етап що жінка шукає чоловіків за допомогою своїх «хтивих поглядів і жестів». І, третя стадія – жінка стає маніакальною і задовольняє свої сексуальні бажання через зв'язок «з чоловіками і навіть із собаками». Той факт, що цей лікар детально описує, як жінка з німфоманією приходить до скотини для задоволення своїх сексуальних потягів є неймовірно дегуманною і сексистською формою діагностичного критерію. Цей принизливий спосіб визначити, чи має жінка німфоманію був продемонстрований і зареєстрованих в медичних випадках протягом 1800-х років[13].

Один приклад цього «діагнозу» походить від каліфорнійського лікаря доктора Томпкінса[29].

У лютому 5-го 1856 року доктора Дж. Томпкінса було викликано, щоб оцінити дівчину на ім'я Кетрін, якій було 17 років. Мати хвилювалася через її судоми. Він пояснює, як дівчина була схвильована, мала почервоніле обличчя, звужені зіниці та прискорений пульс.

Доктор Дж. Томпкінс докладно розповідає про зовнішній вигляд Кетрін: “у хтивому погляді її очей і губ, згинанні її рота та язика, божевілля хтивості,

яке спотворило її обличчя та зробило його страшним у передачі виразу таких сильних страждань та тривоги». Він пояснює, якою є його присутність як чоловіка, що викликав у неї ще більше судом.

Мати Кетрін сказала доктору Дж. Томпкінсу, що її дочка раніше лікувалася від еклампсії, яка є станом високого кров'яного тиску, що викликає судоми у жінок. Доктор Дж. Томпкінс оглянув статеві органи Кетрін, щоб зробити психіатричну діагностику. Він «...дійшов висновку, що вона була залежна від прихильності, і що вона була нецнотлива». Після того, як доктор Дж. Томпкінс оглянув геніталії цієї молододі дівчини, він вирішив, що вона німфоманка через її залежність від досвіду збудження і у неї були надлишки вагінальних виділень.

Тоді Кетрін зізналася лікареві, що вона любила мастурбувати, і доктор Дж. Томпкінс почав свій процес лікування в результаті його діагностичного процесу і сповіді пацієнтки[52].

У 21 столітті це можна зрозуміти. Кетрін була молододю дівчиною, яка переживала те, що ми зараз можемо назвати судомами. У неї також спостерігалися абсолютно нормальні вагінальні виділення, пов'язані із статевим дозріванням.

Та все ж її поведінка була патологічною, і її мати вирішила, що потрібне психіатричне втручання.

Увесь цей діагностичний процес, який пройшла Кетрін, був неймовірно інвазивним і повністю фізіологічним. Коли доктор Дж. Томпкінс вперше зустрічає Кетрін, ще до її огляду, він описує її як неконтрольовану хтиву жінку зі спотвореним обличчям, яке було перекошене через «божевілля хтивості».

На цьому прикладі видно, що лікарі в 19 століття патологізували цілком нормальну жіночу сексуальність як фізичну та психічну хворобу. Лікар Дж. Томпкінс сильно драматизував Кетрін як таку охоплену хіттю, якій вона зазнавала інтенсивне страждання, яке було настільки сильним, що вона навіть не могла це передати словами. Поведінку Кетрін, пов'язану зі статевим дозріванням, вважали «хворобою»[52].

Іншим наслідком зміни природи жіночої сексуальності стало зростання згвалтувань і насильства в романтичній літературі з 1700-х років[34]. Згвалтування завжди було присутнім у літературі, але протягом тривалого часу воно представлялося як злочин із пристрасті, коли жертви згвалтування таємно насолоджувалися їх насильством[38].

Оскільки жіноче лібідо повільно зникало з суспільства, ставлення до згвалтувань також мало змінитися. Замість того, щоб бути взаємно приємною подією, згвалтування натомість стало коротким шляхом до кохання, засобом для жінки подолати власні природні обмеження, щоб приборкати нецивілізованого чоловіка[45].

Ці романтичні історії про «примусове спокушання» залишалися поширеними до 1980-х років, і лише тоді вони зрештою втратили популярність[62]. Зараз все ще можна побачити подібні теми домінуючого чоловіка та неохочої жінки в сучасних роботах, таких як «Троя» та «50 відтінків сірого»[69].

Німфоманія також впала в немилість у 20 столітті, коли такі люди, як М. Гіршфельд, М. Стоупс та Мастерс і Джонсон, стверджували, що жіноче сексуальне бажання є нормальною частиною людської сексуальності[70].

А. Ч. Кінсі якось сказав, що німфоманка – це та, хто займається сексом більше, ніж ти, а А. Ч. Кінсі був людиною, яка знала, про що говорить[47].

Збираючи дані про людську сексуальність протягом більше десяти років, він випустив книгу під назвою «Сексуальна поведінка людини-жінки» в 1953 році[]. Серед іншого, Кінсі стверджував, що жіноча мастурбація є нормою, що вагінальний оргазм не є нормою і що жінки настільки ж здатні до статевого бажання, як і чоловіки; усі твердження, які суперечили прийнятним на той час медичним знанням[19].

Невдовзі книга стала бестселером, але не всі її шанували. М. Мід стверджувала, що у А. Ч. Кінсі був настільки медичний секс, що книга «не пропонує вибору між жінкою та вівцею», і подальше громадське обурення припинило дослідження А. Ч. Кінсі[8].

Можливо, А. Ч. Кінсі легковажно ставився до німфоманії, але століття тому вона вважалася серйозним медичним розладом[64].

Як розлад, його нарешті вилучили з Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації в 1980 році[22]. Сьогодні ми не говоримо про німфоманію чи сатириазис, замість цього ми говоримо про сексуальну залежність або гіперсексуальність[33].

За останні десять років багато політиків і знаменитостей, таких як Р. Бренд і Д. Духовни, шукали лікування від сексуальної залежності[41]. Проте, хоча гіперсексуальний розлад розглядався для включення в DSM-5, багато медичних працівників і вчених сумніваються, що цей розлад дійсно існує[62].

Що стосується суспільної думки, то не можна виокремити щось конкретне. Послідовники Ч. Дарвіна та його теорій, церковних вірувань не раз показували свою зневагу до активного сексуального життя жінки й вважають, що це не є допустимим[2].

Існує гіпотеза, що діагноз німфоманка ґрунтувався на патріархальному бажанні тримати жінок гнобленими. Його походження ототожнюється з чоловічою фантазією, яка носить винятково сексистський характер, оскільки міфічна німфа є карикатурою, яка вважається безтурботною, радісною, сексолюбною істотою, яка часто описується в письмовій порнографії як пристрасна, чуттєва, дуже чуйна істота, яка позбавлена будь-яких ознак скромності, стриманості та занепокоєння щодо сексуальних зв'язків[26]. Дегуманізація, міфізація сексуальних потягів жінок призводить до того, що їхня поведінка повторюється паталогізовано[28]. У чоловіків, з іншого боку, був діагностований стан під назвою сатириазис. Лікарі вікторіанської епохи називали його аналогом німфоманії[39].

Сатириазис – це сексуальне відхилення у чоловіків, що складається з надмірного або ненаситного бажання отримати сексуальне задоволення[1]. Терміни «надмірний» та «ненаситний» важко визначити, оскільки існують великі варіації в інтенсивності та частоті статевого потягу серед нормотипових особистостей. Для прикладу можна взяти високу статеву конституцію (що

безпосередньо стосується і жінок), яка також характеризується високим потягом до сексуальних стосунків[23].

Більшість чоловіків мають бажання мати статеві зносини від одного до шести разів на тиждень, але є чоловіки, які займаються сексом кілька разів на день протягом тривалого часу й не вважають це чимсь ненормальним. До того ж мають потребу в додатковій стимуляції статевого члена (мастурбації)[64]. Саме тому критерії сатириазису не можуть ґрунтуватися лише на частоті сексуальної активності. Більш важливою в даному питанні є терміновість імпульсу. У справжньому випадку людина, здається, перебуває в полоні безперервного та неконтрольованого потягу, і все своє життя зосереджує навколо цієї єдиної форми задоволення[40].

Сатириазис відноситься до хвороби, описаної в давні часи і зараз вважається вигаданою, а також до стану, визнаного сучасною психіатрією. Проте обидва ці стани стосуються примусової сексуальної активності у чоловіків[19].

Стародавня хвороба вважається вигаданою, оскільки описується, що вона викликає не лише зміну поведінки, але й фізичну трансформацію. Хвороба спонукала хворого (званого сатиром) уникати одягу та стати підвладним пожадливості, яка не мала меж або явної дискримінації в своєму об'єкті. Крім того, у сатира швидко виростало надмірна кількість волосся на всіх частинах тіла, на голові з'являлися роги, а його ноги та ступні перетворювалися на козячі копита[18]. Цей стан записаний у багатьох текстах і навіть був предметом для художників протягом століть[33]. Назва хвороби, як фізична трансформація, яка її нібито супроводжує, чітко вказує на зв'язок із сатиром, міфічною істотою[7]. Проте один з описів фізичної трансформації можна віднести до опису високої статевої конституції, що можливо тоді також було помічено, але занадто літературизовано[16].

Сатири є послідовниками Діоніса, грецького бога вина, пов'язаного з тим, що сьогодні можна визнати карнавальною мораллю та розпустою. Сатири відомі своєю жадобою вина та сексуального задоволення, а також своїм

потягом до німф і погоню за ними[52]. У той час як сексуальні смаки сатирів дуже різноманітні, їхня перевага німфам свідчить про те, що вони переважно гетеросексуальні[59].

Сучасний стан сатириазису багато в чому схожий на стародавній, за винятком фізичної трансформації. Його по черзі називали сатиризмом, сатириазом, сатироманією, еротоманією та донжуанством, хоча наразі ці терміни вийшли з ужитку[12]. Сатириазис не обов'язково має об'єкт, окрім самого сатира; компульсивне самозадоволення є таким же можливим проявом, як і бажання сексуального задоволення з партнером або партнерами[34]. Важливо відмітити, що донжуанство – це, зокрема, прагнення до декількох партнерів, яких по-черзі спокушають і покидають, без перспектив на тривалі стосунки[37]. Тож дане поняття можна віднести як одну із складових німфоманії та сатириазису.

Сатириазис не є фізіологічно «надмірно сексуальним», але використовує цю діяльність для задоволення інтенсивних емоційних потреб (що також можна віднести й до німфоманії)[14]. Зазвичай ці потреби знаходяться на несвідомому рівні. Одному чоловікові може знадобитися постійне підкріплення потенції через внутрішні сумніви у своїй адекватності[40]. Інший може займатися надмірною гетеросексуальною активністю, що виглядає як несвідома спроба заперечити приховану гомосексуальну тенденцію[56]. Ще інший може вести дюжину романів одночасно, щоб уникнути занепокоєння, спричиненого емоційним конфліктом, або ж втечу від загрозливих домашніх або ділових проблем[22]. Четвертий може таким чином компенсувати почуття невдачі або розчарування[29]. Інші ніби продовжують доводити, що вони все ще привабливі для жінок, бо мають комплекси стосовно зовнішності (зазвичай нав'язані суспільством або мікросоціумом)[43]. Також бувають випадки сатириазису як складова характеристики ПТСР.[64]

На думку деяких психоаналітиків, чоловіки, які прагнуть завоювання за завоюванням, можуть несвідомо мститися всім жінкам за розчарування пережиті ним від своєї матері. Багато з цих чоловіків не лише займаються

надмірною сексуальною активністю, але стають одержимими темою сексу до такого рівня, що вона домінує над усім їхнім мисленням та розмовою. Це може витіснити будь-які інші інтереси та перешкодити пошукам засобів для життя[40].

Нещодавні дослідження розкрили специфічний центр управління статевим потягом у основі мозку, у структурі, що називається мигдалеподібним тілом. Якщо цей центр руйнується хворобою або блокується хірургічним втручанням, результатом є аномальний статевий потяг. Можливо, що пошкодження мигдалеподібного тіла є причинним фактором у деяких випадках сатириазису, але поки не було достатніх медичних доказів, щоб зробити будь-які позитивні висновки[68].

Для прикладу можна навести випадок Джорджа С..

Джордж С., тридцяти двох років, продавець, розлучений, звернувся до психолога через своє постійне бажання сексуальних стосунків. Він дав своєму психотерапевту наступну інформацію про себе. Основною причиною, чому він звернувся за допомогою, було те, що він не міг продовжувати задовільно працювати. Оскільки він був настільки стурбований отриманням сексуального задоволення, він не міг зосередитися на своїй роботі. За останні два роки він мав принаймні десять поганих вакансій із продажу. Два місяці тому він знайшов роботу, яка йому дуже подобалася. Саме через страх не втриматися на теперішній роботі він звернувся за лікуванням.

Сімейна історія показала, що Джордж ріс у розділеному домі. Його батьки ніколи не ладнали добре. Були моменти, коли сцени між ними були настільки жорстокими, що Джордж був у жаху. Кілька разів були тимчасові розлуки.

Його батько був вимогливою людиною з перфекціоністськими нахилами. Він часто був примхливим і хотів, щоб його залишили на самоті. З батьком ніколи не було близькості чи товариства.

Його мати була дуже емоційною людиною і часто плакала. Обоє батьків карали Джорджа – батько змінював його, а мати відправляла в свою кімнату, іноді на цілий день.

Особиста історія показала, що Джордж був гіперактивною та непосидючою дитиною. Він неспокійно спав і вночі скрипів зубами. До дванадцяти років він був хворий на сечовипускання.

Він пам'ятає, що займався мастурбацією, коли йому було близько восьми років. У нього був майже на два роки старший брат, з яким він часто займався спільною мастурбацією. У тринадцять років він був примусовим мастурбатором, займаючись практикою кілька разів на день. Він стверджує, що перший досвід сексуальних стосунків з дівчиною мав у чотирнадцять років. У підлітковому віці були лише випадкові статеві стосунки.

У дев'ятнадцять він пішов на службу і протягом двох років мав численні романи з жінками, які зазвичай були старші за нього. Він одружився, коли йому було двадцять чотири, і розлучився через чотири роки. У нього була одна дитина, син, який живе з матір'ю. Його сильні сексуальні бажання ніколи не вщухали. Мастурбація продовжується щодня. Він зрозумів, що це не шкідливо, тому його не турбує страх того, що з ним станеться. Його турбує насамперед його захоплення сексом, і з цієї причини він шукає психологічної допомоги[52].

Як вже й було зазначено, у наукових посібниках замість термінів «сатириазис» та «німфоманія» наразі використовується більш загальний та гендерно нейтральний термін – гіперсексуальність[1]. Це порушення пов'язане з частою стимуляцією статевих органів. У пацієнтів, у яких стимуляція не призводить до сексуального задоволення, може виникнути бажання подальшої стимуляції, що призводить до циклу, який може бути виснажливим[]. Пацієнти, які досягають сексуального задоволення навряд чи будуть надалі вдовольнятися лише одним партнером. Така безладність у статевих зносинах може бути фізично ризикованою, оскільки може призвести до більшої кількості випадків небезпечної сексуальної практики, а також може спричинити соціальний ризик у культурах, які приписують нормативну моногамію[56].

Гіперсексуальність може бути виснажливим станом, особливо коли вона пов'язана з іншим серйозним розладом. Його часто діагностують разом із біполярним розладом і манією, а також нейронними дисфункціями, такими як синдром Клювера-Бьюсі (спричинений двостороннім пошкодженням скроневої частки)[4].

Сексуальна активність рідко вважається шкідливою, але її перевага в повсякденній діяльності може призвести до серйозних порушень у житті гіперсексуала. Найчастіше основне захворювання лікують за допомогою психотерапії, хоча психофармакологія може використовуватися для контролю симптомів[15]. Крім того, існує кілька програм у стилі дванадцяти кроків, які стверджують, що успішно лікують те, що вони називають сексуальною залежністю, хоча клінічних доказів на підтримку цих тверджень мало[25].

З часом дослідження сексуальної поведінки призвело до змін у мові, яка використовується для опису гіперсексуальної поведінки, на такі терміни, як розлад гіперсексуальності, компульсивна сексуальна поведінка (КСП) та сексуальна залежність[34]. Виявлення, лікування та дослідження гіперсексуальної поведінки можуть бути складними, адже без формалізованого списку симптомів і критеріїв – це зробити дуже важко[8].

Сексуальна залежність визначається як будь-яка нав'язлива сексуальна поведінка, яка заважає нормальному життю та спричиняє сильний стрес для сім'ї, друзів, партнера та робочого середовища[68].

За будь-якою назвою це вид поведінки, яка повністю домінує в житті. Сексуально залежні люди вважають секс важливішим за решту сфер життя. Секс стає організуючим принципом буття. Вони готові пожертвувати тим, що найбільше цінують, щоб зберегти та продовжити свою нездорову поведінку[29].

Гіперсексуальне бажання було засноване на оцінці частоти сексуальної поведінки протягом життя та часу, проведеного в пов'язаних сексуальних фантазіях[17]. У чоловіків оцінка гіперсексуального бажання була визначена Г. Кафкою та Б. Ханненом як найвищий тривалий період (мінімальна

тривалість щонайменше шість місяців) постійної сексуальної поведінки. Насправді, тривалий анамнез гіперсексуального бажання, операційно визначений, як описано вище, і був виявлений у 72–80% чоловіків, які шукали лікування парафілії та пов'язаних з парафілією розладів[16].

Встановлено, що в людському сексуальному співтоваристві та в літературі сексуальне бажання капітулювало, як наявність сексуальних фантазій, активностей або потягів і мотивації людини брати участь у сексуальній поведінці. Існують як внутрішні, так і зовнішні відповідні підказки[21].

Прихильники еволюційної теорії стверджують, що чоловіки та жінки мають різні плани, коли йдеться про сексуальну активність[45]. Численні дослідження виявляють чіткі відмінності між чоловіками та жінками. Чоловіки мають підвищену сексуальну фантазію, підвищену частоту мастурбації, підвищену схильність до зовнішнього візуального сексуального збудження, поблажливе ставлення до випадкового сексу, легкість збудження і внутрішню мотивацію[42].

На відміну від цього, жінки демонструють інший сексуальний ландшафт із сексуальною мотивацією, сексуальним збудженням і сексуальною поведінкою, сформованими еволюційними чинниками і більшими біологічними, емоційними та часовими інвестиціями у відтворення та виховання дітей[37]. Жінки менш вразливі до гіперсексуальності і пристосовані до сприяння партнерським стосункам і довгостроковій прихильності партнера. Хоча сексуальна залежність, за оцінками, вражає від 3% до 6% населення, чітке розуміння нейробіологічних передумов обмежене, як і клінічні оцінки[62].

Для німфоманок характерна неординарна поведінка, знижений рівень втоми та сонливості. Їх основна мета – знайти того, хто зможе повністю задовольнити їх потреби та заспокоїти (нормалізувати) внутрішні стани.[47]

Є теорія, що німфоманкам властиве затуплення зв'язку лімбічної системи та неокортексу, через що вибір статевого партнера не має ніякого значення, а

лишається тільки інстинктивна реакцію, яку майже неможливо притлумити або контролювати. Маючи слабку волю вони або піддаються потребам організму, або мають проблеми із психосоматикою[36].

Через частий осуд та грубі вислови у свою адресу, жінки з підозрою на німфоманію впадають у два стани (залежно від стресу та самоконтролю): суїцид або роботу у публічному домі. Обидва варіанти однаково поширені, хоча жоден з них не можна назвати виходом із ситуації. Лікування частіше всього відкидають на задній план, адже німфоманки не розуміють, що з ними відбувається і хто може їм допомогти[7].

До 50-х років минулого століття, причинами німфоманії вважалися різноманітні чинники. Оскільки жінки вважалися залежними від свого тіла, німфоманія могла виникнути через вживання бренді, читання надто великої кількості книг, почуття бажання іншої жінки, огляд дзеркалом, розлучення і навіть фригідність[33]. Лікування німфоманії включало холодні клізми та ванни, м'яку їжу, кровотечу, п'явок і навіть радикальні та незворотні хірургічні втручання[49].

Сексуальний досвід, як і повторне вживання наркотиків, викликає довгострокові зміни, включаючи сенсibiliзацію прилеглого ядра і спинного смугастого тіла. Б. Т. Естфорд за допомогою мікроматричного аналізу для вивчення хом'яків вперше виявив, що статевий досвід як у самців, так і у самок тварин по-різному підвищує або знижує експресію мРНК[9]. Вони виявили, що порівняно з тваринами, які не були сексуально налаштовані, у хом'яків із сексуальним досвідом, які отримували самця стимулятора на 7-му тижні, виявилось збільшення великої кількості генів. І навпаки, самки хом'яків із сексуальним досвідом, які не отримували стимуляційного самця на 7-му тижні, продемонстрували зниження експресії багатьох генів. На думку авторів, це перше в історії генне профілювання у самок хом'яків може дати розуміння механізмів, за допомогою яких як поведінка (стать), так і зловживання наркотиками викликають довгострокові зміни в мезолімбічних і нігростріарних дофамінових шляхах[40].

У більшості джерел зазначається, що конкретних умов для формування КСП не існує. Кожен випадок особливий і має свої нестандартні аспекти, які іноді можуть викреслюватися у ряд неважливих[52].

Проте деякі випадки все ж мають певну синхронність. З десяти різних випадків німфоманії – три можуть мати схожий початок: невдалий перший досвід. Як відомо більшість жінок після подібного схильні до повної відмови від сексу, проте в окремих випадках жінки бажають повторити, аби зрозуміти, що тоді було не так і як воно насправді має бути[54].

Не можна не зазначити проблеми з батьками, зокрема з батьком, що також певною мірою вносить певні порушення у подальший розвиток життя дівчинки. Вона починає шукати у чоловіках прихисток та батьківську любов, яку не отримала в дитинстві (зокрема на ранніх стадіях розвитку). Кожен чоловік для такої жінки уособлення її батька і тому вона часто шукає нових відчуттів[68].

В інших випадках жінка схильна навпаки, таким чином, мстити чоловікам. Вона бачить в них тільки миттєву втіху, а опісля відчуває порожнечу, яку намагається заповнити все новими й новими статевими зв'язками[15].

Бувають жінки, які в дитинстві виховувалися в постійних заборонах і займаючись сексом з незнайомим чи малознайомим чоловіком (чоловіками в даному випадку), відчувають присмак свободи, який був під забороною завжди. Після перших разів їм складно зупинитися або, частіше всього, майже неможливо[23].

Особливий внесок приносять нещасні випадки. Втрата родини, коханої людини чи дитини. Після такого травматичного досвіду жінка віддається єдиній насолоді, яка здатна бодай ненадовго заглушити біль. Відчуття сорому зникає, Супер-Его зникає. Лишається суцільний тваринний інстинкт (Воно)[56].

Проте далеко не завжди обставини для формування німфоманії є тільки зовнішніми. В першу чергу це є психічним порушенням, яке вчені

досліджували багато років, вивчаючи роботу мозку німфоманок та сатирів, порівнюючи її з роботою залежних людей[12].

Слід зазначити, що Г. Кафка і Б. Ханнен виявили, що середній вік початку стійкої гіперсексуальної поведінки становив 18,7 років у сексуально активних чоловіків, а віковий діапазон початку гіперсексуальної поведінки становив від 7 до 46 років. Середня тривалість цієї найвищої постійно підтримуваної частоти поведінки сексуального апетиту становила $12,3 \pm 10,1$ років. Однак середній вік цих активних сексуальних чоловіків із гіперсексуальністю, які звернулися за лікуванням, становив 37 ± 9 років[39].

Існує велика кількість супутніх захворювань між гіперсексуальним розладом (тепер це частина DSM-5) та іншими залежностями, такими як розлади вживання психоактивних речовин[18]. Зокрема, М. Гарсія і Дж. Тібо запропонували класифікувати феноменологію надмірного непарафілічного сексуального розладу як адиктивну поведінку, а не як обсессивно-компульсивний розлад або розлад контролю імпульсів. Вони правильно зазначають, що критерії досить близькі до критеріїв залежних розладів, які також пропонуються іншими[64]. Ці дослідники стали поштовхом для включення гіперсексуального розладу в DSM-5[21].

У літературних джерелах зазначається, що особи, які вживають метамфетамін повідомляють, що цей стимулятор посилює сексуальне бажання, як особливо ризиковану поведінку. Однак було показано, що амфетамін знижує сексуальну активність самок щурів[26]. Маючи це на увазі, Н. Холдер оцінила роль метамфетаміну у самок щурів. Вона виявила, що, навпаки, метамфетамін полегшує жіночу сексуальну поведінку, і цей ефект пояснюється посиленням дофамінергічної передачі та навіть можливої нейротрансмісії через комбінацію гормонів яєчників і метамфетаміну. Зокрема, вони виявили посилення сексуальної мотивації в поєднанні з активацією нейронної активності в медіальній мигдалині та вентромедіальному ядрі гіпоталамуса[51].

Більше того, вчені з Нідерландів досліджували супутню патологію зловживання психоактивними речовинами у самовизначених свінгерів. У цьому дослідженні було зроблено висновок, що 79% свінгерів повідомили про вживання наркотиків (включаючи алкоголь і препарати для лікування еректильної дисфункції); 46% з них повідомили про багаторазове вживання наркотиків. Фактично, рекреаційне вживання наркотиків (за винятком алкоголю та препаратів для лікування еректильної дисфункції) було суттєво пов'язане з сексуальною поведінкою високого ризику у чоловіків і жінок. Крім того, вживання наркотиків було незалежно пов'язане з інфекціями, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) у жінок-свінгерів, особливо тих, хто бере участь у груповому сексі[35].

Х. де. А. Кастело-Бранко оприлюднив, що молоді дорослі жінки сприймають сексуальність як важливу частину їхнього життя, але не головну турботу (77,6%). Вони також повідомили, що алкоголь усуває перешкоди для сексу (62,3%). Важливо, що вони також виявили, що зловживання алкоголем є прогностичною змінною у посиленні ризикованої поведінки незалежно від віку жінки[19].

Слід зазначити, що вчені повідомили про небезпечну сексуальну поведінку серед тих, хто зловживає психостимуляторами та героїном, включаючи багаторазові статеві зносини, випадкових сексуальних партнерів, гомосексуальних партнерів і ніколи або час від часу практикуючи безпечний секс[11].

Головне переконання полягає в тому, що наркотики, такі як метамфетамін, кокаїн, героїн і алкоголь, можуть стимулювати сексуальний потяг у людей, які не є залежними. У наркоманів це зовсім інакше; ті самі препарати можуть викликати ангедонію на хронічній основі. Однак після звикання під час фази відновлення у багатьох випадках спостерігалася поведінка, схожа на афродизіак[37].

Наркомани, які одужують, повідомляють про збільшення споживання їжі та апетиту до певної межі та зловживання цигарками під час тривалої

абстиненції. Збільшення ваги також було продемонстровано та задокументовано у тварин і людей, які нещодавно або тривало утримувались. Було зроблено цікаве спостереження, що гостра відміна опіатів може призвести до спонтанного оргазму. Важливо, що було припущення, що симптоматика відміни від наркотиків і, можливо, хронічна інтенсивна сексуальна активність, можуть бути пов'язані з безперервною функцією передачі сигналів опіоїдного каппа-рецептора, який пригнічує вивільнення дофаміну, одночасно збільшуючи норадреналін у ланцюгах винагороди мозку[41].

Статті в літературі страждали від недостатньої строгості щодо гострої та тривалої абстиненції та утримання, підтверджених аналізом сечі. Програми клінічного лікування дедалі більше переходили від лікування обох статей до ізоляції двох статей, забезпечуючи програми лікування з урахуванням статі. Вони також пропонують навчання щодо раннього та тривалого підвищення сексуального інтересу та активності[53].

Деякі дослідники повідомляли про симптоми абстинентного синдрому, спричинені гіперсексуальністю, різного ступеня тяжкості та супутні захворювання зловживання психоактивними речовинами. У результаті цього пошуку не було знайдено жодної статті, яка б описувала фактичні симптоми абстиненції, пов'язані з утриманням від активних сексуальних контактів[58].

Зростає інтерес до доказів того, що жінки активно беруть участь у поліандрії або щоб уникнути генетичної несумісності, або щоб змінити батьківство на користь генетично вищих чоловіків. Існує ймовірність того, що вибір найкращої чоловічої фізичної форми може бути зумовлений епігенетичними ефектами. На відміну від варіації на основі послідовності ДНК, на епігенетичну варіацію можуть сильно впливати екологічні та стохастичні ефекти, які відчуються протягом життя індивіда. Вони припускають, що епігенетичні варіації можуть бути важливими для посткопуляційного статевого відбору та можуть пояснювати результати, що

пов'язують конкурентоспроможність сперматозоїдів із придатністю потомства[29].

Г. Айзенк запропонував позитивну кореляцію між екстраверсією та посиленою сексуальною поведінкою, а також між нейротизмом і проблемами сексуальної поведінки (антисоціальна поведінка)[43]. Попереднє дослідження з одруженими людьми не виявило жодної з цих кореляцій. Було висунуто гіпотезу, що цей зв'язок існує лише для неодружених людей, які не мають тривалих стосунків, оскільки якість стосунків визначає сексуальну взаємодію[59].

У вибірці молодих неодружених чоловіків була позитивна кореляція між екстраверсією та пунктами, в яких особа описувала більш ранню сексуальну активність з більшою кількістю осіб і з більшою частотою. Кореляції з невротизмом виявлено не було. Були також незначні кореляції з іншими шкалами особистості та соціального ставлення. Через кореляцію зі шкалою особистості, що діє, результати були інтерпретовані з соціально-психологічної точки зору[7].

У сучасному суспільстві очікується, що молодий чоловік буде проявляти ініціативу в сексуальній взаємодії, що екстравертний молодий чоловік може реалізуватись краще, ніж той, хто інтроверт[13]. Ця перспектива прямо узгоджується з ідеєю Р. Броді про егоїстичні гени розуму. З точки зору ДНК, звичайно, антропологи погодяться, що «ми все ще тут лише з однієї причини; виходити і розмножуватися»[61]. Хоча еволюційний прогрес повільний, один крок кожні 20 років або близько того, порівняно з «еволюцією мемів, ідея мутує за час, потрібний для прочитання речення»[38]. Наш мозок не має нічого спільного з генетичною еволюцією, за винятком того, що вона пов'язана з тим, що розумні люди народжують менше дітей. Насправді, якщо є гени, які дають людям схильність приймати меми, які обмежують кількість їхніх нащадків, вони вимруть через кілька поколінь на користь генів, які дають людям схильність до народження дітей. На жаль, низка досліджень показує, що *Homo sapiens* за останні 42 000 років знизив свій IQ через вибіркоче спарювання[19].

Отже, проаналізувавши чималу кількість літературних джерел різних епох можна дійти висновку, що німфоманія та сатириазис справді мають відмінності від сучасних класифікацій. Вони характеризуються сексуальним бажанням, яке неможливо задовольнити. Також цей феномен можна віднести до адиктивної поведінки або взаємопов'язаної з нею.

1.3. Особливості розвитку суїцидальної поведінки у людей із компульсивною сексуальною поведінкою

Феномен суїциду пояснюється на загальнопсихологічному рівні як поведінка людини з метою самознищення. Це складна форма поведінки, на яку впливають психологічні, соціальні, ідейно-філософські, біологічні, географічні та інші фактори. Присутність молодої людини в суспільстві охоплює різноманітні асоціації, що означає наявність у неї набору поведінкових реакцій[48].

У даному аспекті розгляду питання потрібно враховувати в якому вигляді досліджується КСП. Як було викладено у попередньому підрозділі: КСП, гіперсексуальність, німфоманія, сатириазис – мають широкий спектр розуміння[26]. Їх розглядають як захворювання, залежність, парафілію або девіацію, розлад, і, відповідно до цього, необхідно зазначити розвиток суїцидальної поведінки у всіх спектрах досліджень[18].

Чимало дослідників знайшли прямі докази того, що компульсивна сексуальна поведінка призводить до чималого зросту суїцидів як серед молоді, так і серед старших осіб[70].

Компульсивна сексуальна поведінка (КСП) – це поширений розлад, який характеризується повторюваними, нав'язливими та тривожними сексуальними думками, потягами та поведінкою, які негативно впливають на багато аспектів життя людини[1].

Незважаючи на те, що КСП роками обговорюється в психологічній літературі, воно продовжує кидати виклик легкій класифікації в рамках

психічного здоров'я. Необхідно провести подальші дослідження, щоб зрозуміти, де саме КСП відноситься до психіатричної нозології (вчення про психіатричні захворювання, а також їх етіологію, патогенез, номенклатуру і класифікації)[69].

Компульсивна сексуальна поведінка, також відома як сексуальна залежність, гіперсексуальність, надмірна сексуальність або проблемна сексуальна поведінка, яка характеризується повторюваними та інтенсивними захопленнями сексуальними фантазіями, потягами та поведінкою, які викликають стрес у людини та/або призводять до психосоціальних порушень.

Хоча важко порівняти можливі історичні поняття КСП з тим, що ми зараз вважаємо поведінкою (через постійну зміну характеристик і термінології проблемної сексуальної поведінки), певна форма КСП, здається, сягає століть[21].

У своїй книзі «Німфоманія або дисертація про здуття матки» Д. Т. де Б'єнвіль (перекладена англійською мовою в 1775 році) стверджував, що надмірна стимуляція жіночих нервів через нечисті думки, надмірну кількість шоколаду та дорогу їжу або, навіть, читання романів може призвести до надмірного статевого потягу. Німфоманію діагностували у жінок, які демонстрували дошлюбний статевий акт, еротичні фантазії, спокусливість, нецензурну лексику та оргазмічне збудження[21]. Як метод «вилікування» хвороби лікарі заходили так далеко, що виконували кліторектомію або видаляли статеві губи, стверджуючи, що вони ніколи не бачили повторного виникнення надмірних сексуальних потягів після цієї процедури[25]. Концепція німфоманії демонструє, наскільки наше розуміння сексуальної поведінки було ускладнене соціокультурними цінностями, мораллю та гендерною політикою[56].

П. Генрі Шавасс у своїй книзі «Фізичне життя чоловіків і жінок, або Поради обом статям» стверджував, що крайня сексуальна стриманість як у чоловіків, так і у жінок може призвести до німфоманії та сатириазису[43]. Ж.-Е. Д. Ескіроль стверджував, що німфоманія виникає не через відсутність

сексуальності, а скоріше через фізичний розлад, що походить від репродуктивних органів, що вражає мозок[52].

Лише коли Р. фон Крафт-Ебінг писав про сексуальну поведінку чоловіків, де ми отримали опис сексуальної поведінки, який чітко відображає наше сучасне розуміння КСП: «статевий інстинкт... [який] пронизує всі його думки та почуття, не допускаючи жодного іншого має життєві цілі, бурхливо й невгамовно, вимагаючи задоволення, не даючи можливості моральних і праведних контрпрезентацій, і перетворюючись на імпульсивну, ненаситну послідовність сексуальної насолоди»[2].

Як правило, нав'язлива сексуальна поведінка характеризується надмірними сексуальними фантазіями, потягами та певними виявами, а також імпульсом діяти відповідно до них за згодою осіб[15].

Характеристики включають:

- Нав'язливі та повторювані думки чи бажання.
- Труднощі зі зменшенням або припиненням поведінки.
- Участь у фантазіях, потягах або поведінці як засіб втечі або подолання складних емоцій або стресових ситуацій.
- Кілька статевих партнерів одночасно (не враховуючи «одноразових» актів).
- Тривога.
- Депресія.
- Провина і сором.
- Продовження поведінки без урахування шкоди собі чи іншим.
- Заклопотаність або витрачання надмірної кількості часу на роздуми про сексуальні стосунки або на них[64].

Ці характеристики часто є руйнівними та можуть значно вплинути на загальну якість життя людини.

Для німфоманок це означає певного роду порожнечу, яку викликають вище вказані характеристики й для них єдиним виходом заповнити цю

порожнечу залишається проміскуїтет (сексуальна нерозбірливість), при якому вони втрачають почуття сорому та зовнішнього тиску[38].

Інші ускладнення можуть включати ризик інфекцій, що передаються статевим шляхом, і зниження соціальної підтримки. У деяких випадках у людини можуть виникати суїцидальні думки[32].

Немає чіткої причини для німфоманії, сатириазису або примусової сексуальної поведінки. Кожен окремих випадок унікальний. Проте дослідження пролили світло на фактори, які можуть сприяти гіперсексуальній поведінці, зокрема:

- Стресові життєві події;
- Травма, в тому числі сексуальне насильство;
- Дисбаланс хімічних речовин мозку, які називаються нейромедіаторами;
- Тригери навколишнього середовища;
- Неврологічні захворювання та ліки, що використовуються для їх лікування. Наприклад хвороба Паркінсона[47].

Деякі дослідження вказують на такі риси характеру, як нерозсудливість, імпульсивність і заклопотаність надмірними сексуальними фантазіями, потягами або поведінкою[42].

Крім того, гіперсексуальна поведінка може виникати разом із симптомами психічних розладів. Наприклад, людина може стати гіперсексуальною та мати ризиковані сексуальні контакти під час маніакального епізоду біполярного розладу[40].

Особи з гіперсексуальністю повідомили про високі показники психіатричних супутніх захворювань, таких як розлади настрою, розлади вживання психоактивних речовин і тривожні розлади, а також високі показники спроби самогубства в минулому[15].

Література щодо зв'язку між сексуальною залежністю та суїцидальною поведінкою на диво обмежена. Хаціттофіс виявив, що чоловіки з гіперсексуальним розладом і історією спроб суїциду повідомили про більш високі шанси пережити негаразди в дитинстві (включаючи сексуальне

насильство) і піддатися насильству в дорослому віці[49]. В іншому дослідженні автори стверджували, що непарафілічна проблемна сексуальна поведінка була пов'язана з імпульсивністю, порушенням регуляції емоцій, проблемним використанням Інтернету, поточною суїцидальною поведінкою, симптоматикою тривоги та депресії та низькою самооцінкою[69]. Проте Ширк не виявив значного зв'язку між проблемним використанням порнографії та суїцидальними ідеями[37].

Можливим поясненням найвищої ймовірності спроб суїциду при сексуальній залежності може бути те, що учасники цієї вибірки продемонстрували гірший психопатологічний стан, і останній, як повідомляється, є відповідним внеском у спроби самогубства. Цей висновок вказав на більшу серйозність цих двох розладів з точки зору суїцидального ризику. У вибірці гіперсексуальних чоловіків автори виявили, що 12% повідомили про спроби самогубства, що є рівнем поширеності, подібним до того, який було виявлено в цьому дослідженні раніше. На жаль, література про суїцид при цих двох розладах дуже обмежена, тому подальші дослідження цієї теми є пріоритетом[24].

З клінічної точки зору можна додати, що, загалом, пацієнти з сексуальною залежністю зазвичай мають більшу обізнаність про хворобу та мотивацію до змін (через тяжкі та негативні наслідки, які вони мають, досвід, отриманий внаслідок їх залежного розладу)[61].

Краще знання клінічних корелятив, пов'язаних із суїцидальною поведінкою в поведінкових залежностях, може сприяти виявленню пацієнтів із особливим ризиком і може допомогти розробити втручання для його зниження. За допомогою порівняльного підходу автори цього дослідження намагалися визначити певні змінні, які можуть бути тригерами суїцидальних подій у деяких поведінкових залежностях, приділяючи особливу увагу впливу жіночої статі, безробіттю, відсутності підтримки сім'ї та депресивній симптоматиці як найбільш перспективним факторам[25].

З точки зору особистості, лише вимір спрямованості на себе був пов'язаний із суїцидальною поведінкою у всіх поведінкових залежностях, хоча у протилежному напрямку у випадку сексуальної залежності. Попередні дослідження повідомляли про нижчі рівні самоспрямованості, тобто відсутність тенденції до цілеспрямованості та впевненості в собі, як фактор ризику суїцидальної поведінки при різних психічних розладах, включаючи великий депресивний розлад, біполярний розлад та розлади харчування. Результати цього дослідження повторюють актуальність низької самоспрямованості як клінічного кореляту, пов'язаного із самогубством у поведінкових залежностях. Пацієнти із сексуальною залежністю продемонстрували вищий соціально-економічний та освітній рівень, і цей профіль осіб більш схильний до вищого рівня самоспрямованості. Тим не менш, необхідні додаткові дослідження, щоб краще зрозуміти роль особистості та суїцидальності у пацієнтів із сексуальною залежністю[38].

Пацієнти з сексуальною залежністю піддаються особливому ризику суїцидальних думок і спроб. Жодних трансдіагностичних клінічних корелятів суїцидальної поведінки не виявлено в усіх поведінкових залежностях, але безробіття та відсутність підтримки сім'ї є важливими факторами. Поточне дослідження може сприяти кращому розумінню суїцидального феномену в цьому профілі пацієнтів і має чіткі клінічні та дослідницькі наслідки для вдосконалення програм профілактики та лікування[12].

Загалом КСП можна визначити як сексуальну поведінку, яка підвищує ймовірність негативних наслідків для здоров'я (наприклад, інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСС; небажана вагітність; онкологічні захворювання, включаючи рак голови та шиї, шийки матки, вульви, піхви, передміхурової залози та порожнини рота) та психосоціальні наслідки (наприклад, сімейні конфлікти, розрив стосунків, судові суперечки, фінансові проблеми)[49].

Обов'язково варто зазначити, що у особистостей схильних до німфоманії та сатириазису часто зустрічаються когнітивні упередження на фоні постійного

емоційного напруження, стресу та неприйняття себе[23]. Ментальні спотворення (когнітивні упередження) – це дефіцит сприйняття інформації, який призводить до викривлених суджень про навколишній світ, що, у свою чергу, призводить до неправильних дій, поведінки, думок тощо. Тобто в цьому випадку людина створює власну суб'єктивну реальність, яка може сильно відрізнятись від об'єктивних елементів навколишньої дійсності[39].

Ментальні спотворення є протилежністю свідомого сприйняття та обробки інформації. Когнітивні спотворення легко виявляються під час аналізу поведінкових ланцюжків, які включають ідентифікацію стимулу для конкретної поведінкової реакції, а також думок, почуттів і відчуттів, які виникають між стимулом і реакцією[40].

Найпоширеніші когнітивні спотворення, які притаманні особам з КСП включають:

1. Надмірне узагальнення.

Ми говоримо про надмірне узагальнення, коли робимо висновки про загальні речі на основі вузької або окремої події чи факту.

Часто ознакою надмірного узагальнення може бути вживання в мові таких слів: «ніколи», «як завжди», «усі», «завжди». Надмірне узагальнення сприяє такому сприйняттю інформації, коли ми фільтруємо певні події відповідно до наших уявлень[16].

2. Персоналізація.

Мова йде про самозвинувачення за події, які не входять у сферу їхнього впливу. В антропоморфному стані людина переконується, що все, що говорять або роблять інші, спрямоване на неї і що вона сама є причиною певних подій[8].

3. Фільтр.

Зосередьтеся на негативі та ігноруйте позитив. Фільтрація не дозволяє людині отримати доступ до ресурсів, тому що увага зосереджена на негативних подіях. Такий погляд на дійсність часто призводить до депресії[26].

4. Ігнорування позитивних моментів.

Це також когнітивне упередження. Воно полягає в тому, що всі сприятливі події в житті пояснюються везінням, удачею, збігом обставин і т.д.. Ця позиція теж програшна, тому що людина вважає, що все, що вона заслуговує, це погане, а все хороше трапляється з нею випадково[56].

5. Мислення «все або нічого».

Йдеться про крайнощі. Чорно-біле мислення часто використовується як форма маніпуляції, оскільки воно базується на тому, що людина оцінює лише тут і зараз, не враховуючи минулого досвіду.

Це когнітивне спотворення створює сприйнятту полярність і призводить до емоційної нестабільності[23].

6. Катастрофізація

Жартома кажучи, що «з мухи робить слона». Однак, хтось передбачив найгірший результат закінчення події. Катастрофізація полягає в масштабуванні та перебільшенні «поганих» ідей[68].

7. Емоційна рефлексія

Особа існує в надмірній залежності від емоцій, при якій реакції людини на події неможливо відрізнити від об'єктивних фактів[38].

8. Формулювання «має бути»

Це почуття провини за те, що вони не «такі, як ви повинні бути» (як вони повинні відчувати, почувати, думати тощо)[19].

Когнітивні викривлення можуть суттєво вплинути на самооцінку, спровокувати тривогу та стати причиною депресії[11].

Що стосується самооцінки, то однозначну відповідь жоден науковець не здатен нам надати. Адже особистість зі схильністю до німфоманії та сатириазису часто є амбівалентною, що відчувається надто загострено та наближене до прикордонних станів[9].

Всі ці фактори мають потужний вплив на формування суїцидальної поведінки як чоловіків (сатирів), так і жінок (німфоманок)[22].

До детермінантів суїцидальної поведінки належать аспекти широкого кола травм, подій та й загалом досліджень в цій області, які визнали, що кожен випадок індивідуальний хоч і має певні схожості[58].

Наприклад, в одному з досліджень було з'ясовано, що негаразди в дитинстві пов'язані зі схильністю до суїциду, а спроби самогубства порівняно зі здоровими добровольцями повідомили про більшу схильність до насильства в дитинстві та досвід насильства в дорослому віці, виміряний за допомогою Каролінської шкали міжособистісного насильства (KIVS). Крім того, дослідження показали зв'язок між досвідом насильства, виміряним за допомогою KIVS, і підвищеним ризиком суїцидальної поведінки в різних групах пацієнтів, включаючи пацієнтів з алкогольною залежністю[28].

Основна мета цього дослідження полягала в тому, щоб дослідити, чи чоловіки з гіперсексуальністю повідомляли про більше міжособистісного насильства порівняно зі здоровими добровольцями та чи був досвід насильства пов'язаний із суїцидальною поведінкою в тій самій групі. Оскільки негаразди в дитинстві є пропонованим індикатором розвитку гіперсексуальності, перша гіпотеза полягала в тому, що чоловіки з гіперсексуальністю повідомлятимуть про більшу схильність до міжособистісного насильства в дитинстві, виміряному за допомогою KIVS, ніж здорові добровольці. Крім того, оскільки імпульсивність/агресивність є частиною ендотипу суїцидальної поведінки, друга гіпотеза полягала в тому, що гіперсексуальні чоловіки з історією спроб суїциду повідомлятимуть про більше міжособистісного насильства порівняно з гіперсексуальними чоловіками без суїцидальної поведінки[27].

Внутрішня суїцидальна поведінка включає суїцидальні думки, переживання та суїцидальні тенденції, включаючи ретельні задуми та наміри[34].

Антивітамінні переживання – це думки про відсутність цінності життя, виражені такими фразами, як «не варто жити», «ти не живий, але ти існуєш»,

в яких ще немає чіткого уявлення про власну смертність, але є заперечення життя[7].

Антивітамінні переживання найбільш притаманні особам з КСП, адже їх життя переважно зосереджено на одному факторі існування й без нього вони почуваються неживими, навіть аморфними оболонками з однією метою – отримати бажане задоволення, що заганяє їх у ще більш невизначений стан[9].

Пасивні суїцидальні думки характеризуються думками та фантазіями про смерть, а не про самогубство як добровільну діяльність. Прикладом можуть бути такі вирази, як: «добре бути мертвим», «сплю і не прокинувся» тощо[21].

Пасивність в думках суїцидентів з сатиризисом та німфоманією можна зустріти вкрай рідко й лише на початкових етапах розвитку даного розладу (залежності)[62].

Суїцидальні думки є активним проявом суїцидальних тенденцій, тобто суїцидальних нахилів, глибина яких зростає зі ступенем розвитку реалізованого плану. Як, коли і як покінчити життя самогубством, все розглядається[14].

Суїцидальний намір передбачає включення в думку рішення і вольового компонента, що спонукає до прямого переходу до зовнішньої поведінки[29].

Передсуїцидальний період – від появи суїцидальних думок до спроби самогубства. Воно може тривати від кількох хвилин («гострий передсуїцид») до кількох місяців («хронічний передсуїцид»)[35].

Найбільш поширеним серед сатирів та німфоманок є саме гострий передсуїцид. Адже їх основна мета не піти з життя, а саме позбутися страждань, тяжких душевних станів. Зазвичай вони знаходять способи (зазвичай напряду пов'язані з розладом) боротися з провокуючими факторами, але іноді відбувається певне затуманення мислення в моменти слабкості (часто після випадкових сексуальних зв'язків або конфлікту в одній із сфер життя), після чого настає мить відмови від кордонів та синдрому відкладення й всі їх переживання накочують разом, що викликає бажання негайно позбутися непомірної тяжкості.[26]

Що стосується зовнішніх впливів на розвиток суїцидальної поведінки, то можна вказати саме на неприйняття суспільством надмірно активної сексуальної поведінки (вже звісно менше, але все ще зустрічається консерватизм, особливо у пострадянських країнах)[52]. Чималий вплив мають віросповідання та власне розуміння себе у соціумі[51].

Люди живуть у суспільстві і зазнають впливу соціального середовища, яке також впливає на них самих. Постійні труднощі, які вона відчувала, послабили її здатність до адаптації. Це може призвести до агресії особистості, порушення регуляції, депресії та низької самооцінки. Поєднання мотивацій (особистісних і ситуативних) може призвести до суїцидальної поведінки людини[31].

Під час стрімкого розвитку мас-медіа та комп'ютерних ігор суїцидальні нахили поглибились із широким поширенням насолоди смертю, включно з самогубством[42]. «Гіпнотизм» ЗМІ може навіть спровокувати епідемії самогубств серед молоді, оскільки вмикаються механізми наслідування та емоційного зараження[12].

Серед молодих людей найбільш поширеними психосоціальними детермінантами були: соціальна ізоляція (вимушена залишатися в умовах обмежених стосунків і повної відсутності соціальних зв'язків протягом тривалого часу); групова відчуженість; знижена толерантність до «важливих інших»; статус і міжособистісні переслідування конфлікт між індивідами; самотність (спричинена розчаруванням у людях, втратою соціальних зв'язків, несхваленням особистості на міжособистісному рівні); психосоціальна відчуженість (збіднення комунікативної поведінки); зростаюча незадоволеність (статусно-рольові відмінності); недостатнє ціннісне ставлення та самопочуття; повага; нездатність до спілкування; зниження престижу, авторитету; міжособистісні конфлікти та конфлікти, пов'язані з асоціальною поведінкою[40].

Особистість з КСП для скоєння самогубства зазвичай обирає способи миттєвої смерті. До них належать:

- Автоцид. Особа зазвичай випиває надмірну кількість алкоголю або вживає психоактивні речовини для послаблення душевного болю. В результаті біль тільки посилюється та набирає обертів, через що людина приймає рішення сісти за кермо транспортного засобу. Хоча в більшості досліджень вказується, що автоцид обирають особи з хронічним передсуїцидом, саме випадок німфоманок та сатирів є винятком. Дія імпульсивна та характерна для певної вибірки[31,29].

- Стрибок з даху, мосту, вікна. Цей вид можна назвати найпоширенішим серед людей з КСП. Це пов'язано з доступністю та невідворотністю. Для даного вчинку немає необхідності вживати психоактивні речовини чи алкоголь (хоча іноді зустрічаються винятки), достатньо сильно травмуючої події, яка вплине на надійно вибудовані стіни навколо больових почуттів[47].

- Передозування пігулками медичного призначення. Зазвичай цей спосіб обирають саме жінки, адже їм властиве певне естетичне бачення навіть власної смерті. Чоловіки до даного способу самогубства майже не вдаються[69].

- Перерізання вен. Найменш привабливий спосіб для визначеної вибірки людей. Велика ймовірність порятунку, що далеко не завжди є бажаним[41].

- Повішання. Спосіб який займає не останнє місце. Особа з КСП вдається до даного виду суїциду у крайньому випадку з обмеженим ресурсом дій[49].

Названі способи самогубства визнані в наукових колах поширеними та безвідмовними в будь-яких намірах. Під намірами мається на увазі бажання суїцидента вбити себе, що говорить про істинний суїцид, та демонстративний – де розкривається суть розладу, тобто нестача уваги зі сторони значимих осіб чи суспільства загалом[51].

Згідно з результатами статистичних досліджень було виявлено, що німфоманки значно частіше використовують демонстративний суїцид як спосіб приваблення уваги до своєї проблеми[62]. Натомість сатири надають перевагу справжньому суїциду з реальним наміром вбити себе[61].

Це обумовлено тим, що жінки більше схильні до виявлення та обговорення своїх проблем. В той самий час, як чоловіки звикли замовчувати

чи взагалі не визнавати наявність аналогічної проблеми, не дивлячись на серйозність наслідків. Відповідно німфоманка здатна маніпулятивним чином отримати допомогу та нейтралізувати негативізм, спричинений надмірною сексуальною поведінкою. В свою чергу, сатир – бажає позбутися проблеми фаталістичною дією[17].

Цілком логічним дослідженням виявилось у канадських вчених, які намагалися виявити взаємозв'язок між локусом контролю та суїцидальною поведінкою у людей із КСП. Відповідно до результатів, було виявлено, що переважна більшість мала екстернальний локус контролю, що свідчить про перекладення відповідальності за власні вчинки на зовнішні причини, а не власну некомпетентність у певних діях[38].

Відповідно до вищесказаного можна зробити висновок, що суїцидальна поведінка у чоловіків та жінок схильних до сатириазису та німфоманії займає не останнє місце. Це пояснюється психологічним станом особистості та наявними паралельними проявами психологічних розладів. Детермінанти суїцидальних тенденцій серед даної вибірки неможливо назвати однозначно, адже кожен випадок індивідуальний, до того ж враховується різниця в суїцидальній поведінці між німфоманками та сатирами.

Висновки до першого розділу

Суїцид – це досить поширена проблема, яка переслідує людство з давніх часів. Істотною ознакою суїциду є навмисне пошкодження тіла з метою вбивства себе (частіше всього, припинення того, що викликало негативну емоцію, страх). На це варто звернути увагу, щоб не сплутати суїцид з іншими подібними явищами. Проаналізувавши значну кількість літературних джерел різних епох, можна зробити висновок, що поняття німфоманії і сатириазису дійсно відрізняються від сучасних класифікацій. Для них характерне ненаситне лібідо, що призводить до суттєвих порушень всіх сфер життя. Крім того, це явище можна віднести до адиктивної поведінки або пов'язати з нею.

Суїцидальна поведінка серед чоловіків і жінок, схильних до німфоманії та сатириазису часто виникає в результаті постійного емоційного та фізичного напруження. Це пояснюється паралельними проявами певного психологічного стану особистості та наявністю психологічних розладів. Детермінанти суїцидальності в даній вибірці неможливо назвати остаточно, оскільки кожен випадок індивідуальний. Крім того, були розглянуті відмінності в суїцидальній поведінці сатирів та німфоманок, де можна побачити тенденції до різного характеру суїцидальної поведінки.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ ЗІ СХИЛЬНІСТЮ ДО НІМФОМАНІЇ ТА САТИРІАЗИСУ

2.1. Методологічні аспекти проблеми дослідження проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатириазису

Німфоманія та сатириазис вважаються одним розладом (аналогами одне одного) з основною відмінністю в гендерному аспекті. Це надмірне або ненаситне бажання людини отримати сексуальне задоволення. Статева активність з однією особою визнається недостатньою, і людина починає шукати багато інших сексуальних партнерів, незалежно від соціальної взаємодії з ними.

Таким особам зазвичай характерна ціла низка характеристик та емоційних станів, які негативно впливають на життєдіяльність. Сатиром та німфоманкою керує одне бажання – отримати фізичне задоволення від сексуальних зносин, аби відтермінувати істинну проблему, коріння якої сягає певної глибини.

Проте чим далі відкладається вирішення проблеми, тим гірший стає стан. Надалі в хід вступають депресивні стани, які поступово призводять до суїцидальної поведінки.

Для проведення емпіричної частини було обрано низку методик: починаючи з методик для обмеження коректної вибірки, закінчуючи методиками, які підтверджують розвиток суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до КСП.

Відповідно до обширної теми та обмежених ресурсів етапи було розподілено по принципу максимальної деталізації і точності дослідження.

Перший етап: вибір психодіагностичного інструментарію для формування вибірки та коректної оцінки суїцидальної поведінки у осіб зі схильністю до німфоманії та сатириазису. До них належать:

1) Шкала векторного визначення статевої конституції у чоловіків, яку розробив і вперше апробував професор Г.С. Васильченко (1970). Пізніше аналогічна шкала для жінок була запропонована його співробітницею І.Л. Ботневой.

Статева конституція – сукупність стійких біологічних властивостей організму, що склалися під впливом спадковості та умов розвитку у внутрішньоутробному періоді і ранньому дитинстві. Вона визначає індивідуальний рівень сексуальних потреб, межа статевої активності і опірність статевої сфери патогенним впливам. Є одним з аспектів загальної конституції людини і визначає інтенсивність сексуальних проявів, тобто статевої темперамент. Від статевої конституції залежить індивідуальна стійкість сексуальної функції до негативних впливів ряду факторів (сильних стресів, інтоксикацій, ряду захворювань та ін.) Сексуальні розлади при сильній статевої конституції можуть виникнути лише під впливом потужних факторів, які тривалий час впливають на різні ланки забезпечення сексуальної сфери. При низьких параметрах статевої конституції навіть слабке шкідливий вплив може послужити поштовхом до розвитку порушень сексуальної функції. Впливом статевої конституції пояснюється відсутність прямої залежності між давністю і виразністю таких захворювань, як алкогольна залежність, хронічний простатит та ін, і наявністю або відсутністю сексуальних дисфункцій. Визначення статевої конституції може бути корисно для оцінки сексуальних проявів конкретної людини, розмежування їх патологічного зниження або підвищення та індивідуальної норми, для розробки гігієнічних рекомендацій при виборі режиму статевого життя.

2) Тест Роршаха на визначення сексуалізації об'єктів. Тест Роршаха – одна з найвідоміших та найпопулярніших проєктивних рисункових методик, яка була розроблена психіатром зі Швейцарії Г. Роршахом. Перша згадка про

цю методику була у 1921 році. Тоді Роршах випустив книгу «Психодіагностика».

Тест складається з 10 карток (наполовину кольорових, наполовину чорно-білих) із симетричними зображеннями, які створені чорнильними ляпками. Психолог показує карти у певному порядку та запитує, що це могло бути. Учасник тесту повинен докладно описати те, що він бачить на зображенні, де він це бачить і чому пляма викликає таку асоціацію. Картинку можна обертати, нахилити чи перевертати. Термін складання тесту не обмежений.

Існує думка, що зображення, яке людина бачить, свідчить про індивідуально-психологічні особливості та характеристики особистості. Таким чином, згідно з відповідями, можна судити про психіку, розуміти минуле і навіть частково передбачати майбутню поведінку.

Важливо, що ляпки на картках не схожі на щось конкретне. Це спричиняє асоціативне мислення. Якщо виходить описати картинку, це може означати наявність певних психологічних проблем.

Відповіді оцінюються за 5 категоріями:

- Локалізація (аналізується усі зображення чи деталі);
- Детермінанти (на що звертається увага: форма, колір тощо);
- рівень форми (адекватність відображення форми зображення у відповіді);
- зміст (відповідь стосується: людей / тварин / предметів / фантастичних образів тощо);
- Оригінальність – популярність (відповідь рідкісна або зустрічається більш ніж у 30% обстежуваних).

3) Шкала депресії Бека – один з перших тестів для оцінки депресії. Його головна перевага в тому, що він був розроблений спираючись на реальні відчуття депресивних пацієнтів. Це дозволило зробити шкалу Бека виключно придатної для самодіагностики шкалою депресії. Аарон Бек. Автор Шкали депресії Бека. Шкала депресії Бека – була розроблена і опублікована в 1961 році доктором Аароном Т. Беком і його колегами.

Шкала депресії Бека була розроблена для кількісної оцінки інтенсивності депресії. Така оцінка дозволяє об'єктивно відслідковувати що відбуваються з часом зміни і може бути використана для оцінки ефективності того чи іншого виду лікування. (Результати вашого онлайн тесту і його інтерпретація будуть зберігатися на унікальній, сформованій тільки для вас, сторінці. Додайте її в закладки, щоб мати можливість поділитися отриманими даними з фахівцем або перевірити динаміку свого стану пізніше.)

Шкала залишається широко використовується – в 1998 році вона використовувалася в більш ніж 2000 емпіричних дослідженнях. Шкала Бека була перекладена кількома європейськими мовами, а також на арабську, китайську, японську та перську.

Розробка тесту була здійснена на основі клінічних спостережень, що виявили основні симптоми депресії і зафіксували найбільш часті скарги пацієнтів. Тест кілька разів коректувався, одна з його останніх версій вийшла в 1996 р Перша публікація опитувальника відбулася в 1961 р

Тест Бека використовують не тільки для оцінки стану дорослих, але і для діагностики депресії у підлітків від 13 років. Для підлітків існує адаптований варіант опитувальника.

Тест на депресію (шкала Бека) має на увазі відповідь на 21 запитання. За словами фахівців, саме в них і, звичайно, у відповідях закладений 21 ознака депресивного стану людини. В цілому дану шкалу можна розділити на дві субшкали: одна відповідає за соматичне прояв психічного розладу (розлад прийому їжі, сну, статевого життя), а друга – за афективно-когнітивний (маніакально-депресивний психоз). При цьому перша з них розташована між пунктами 14-21, а друга – 1-13.

За підсумками тесту фахівець підсумовує набрані бали і виносить попередній вердикт з подальшим призначенням лікування. Примітно, що сума набраних балів може коливатися від 0 і до 63. І чим більше буде підсумкова сума, тим важче ступінь депресивного стану у випробуваного. Ось так і визначається рівень депресії за шкалою Бека.

4) Тест Спілбергера-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Що розуміє Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: "Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи". Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю. Л. Ханіна (1976).

Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

5) Метод визначення ризику суїцидальності (Методика «Карта ризику суїциду»)

Ця карта має на меті визначити ризик самогубства та величину цього ризику для людей, які живуть у важких умовах.

Запропоновано використання досліджень гострої афективної реакції в медичній документації в контексті загострення особистості, а також для визначення суїцидального ризику в осіб без вираженої патології особистості в

умовах життєвої кризи. Картка містить 31 фактор суїцидального ризику, наявність кожного з яких необхідно виявити у досліджуваного. Цю картку повинен заповнювати психолог, знайомий з історією та особистістю людини, на основі вільної бесіди з нею.

«0» - Фактори 7-10 були оцінені для тих, хто був молодше середнього віку початку статевого життя та одружився до 21 року. Обчислює алгебраїчну суму "ваг" усіх факторів. Якщо отримане значення менше 8,86, ризик самогубства незначний.

Якщо значення знаходиться в межах від 8,86 до 15,48, існує ризик спроби самогубства. Якщо сума «ваг» перевищує 15,48, суб'єкт має дуже високий ризик самогубства, а якщо в анамнезі були спроби самогубства, високий ризик повторення.

Якщо сума «ваг» перевищує 20 (граничне значення) або поведінкові риси починають проявлятися сильніше, клієнт направляє до психіатра для повного клініко-психологічного обстеження.

Другий етап: підбір експериментальної бази. Суть цього етапу полягає у тому, аби з маси людей обрати саме тих, хто справді має схильність до німфоманії та сатириазису. Відповідно з 83 осіб (44 жіночої статі та 39 – чоловічої), було сформовано вибірку з 32 осіб (16 жіночої статі та 16 – чоловічої).

Третій етап: проведення психодіагностичного зрізу за допомогою вищезазначених методик для виявлення суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатириазису.

Четвертий етап: розробка та апробація корекційної програми щодо зменшення рівня суїцидальної поведінки серед учасників експериментальної групи.

П'ятий етап: якісний та кількісний аналіз отриманих результатів та ефективність психокорекційної програми у психологічній практиці.

Отже, розробка плану експериментального дослідження, підбір психодіагностичного інструментарію та вибіркової сукупності дозволяють перейти до наступного етапу – проведення та аналізу тестових методик.

2.2. Аналіз якісних та кількісних характеристик проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатириазису

Оскільки тема є доволі специфічною та підбір експериментальної групи для коректної оцінки дослідження забрав багато ресурсу та часу, то варто зазначити даний процес особливо унікальним по-своєї сутності.

Для формування вибірки було обрано 83 людини різних верств населення та соціального статусу з усієї України, які погодилися пройти первинне дослідження, а саме 44 жінки та 39 чоловіків віком від 19 до 43 років.

Безпосередньо пошук респондентів відбувався за допомогою знайомих, які надали контакти «цікавих» (на їх погляд) осіб та пошуком даної групи людей в будинках розпусти. Звісно ж все відбувалося в ускладненій формі у зв'язку з умовами в країні.

Методики проводилися в онлайн режимі. Першим було проведено оглядовий вступ, аби респонденти розуміли навіщо проводиться саме дослідження. Їх було попереджено про конфіденційність та пояснено правила проведення емпіричного дослідження.

Наступним етапом було проведення методики Васильєва на ступінь сексуальної конституції. Результати можна розглянути у *таблиці 2.1*. «Шкала векторного визначення статевої конституції (Г. С. Васильченко та І. Л. Ботнева)».

**Шкала векторного визначення статевої конституції
(Г. С. Васильченко та І. Л. Ботнева)**

№, респондент	Кількісний показник	Якісний показник
1. Ганна Л.	7.6	Високий
2. Віта Н.	8.2	Високий
3. Валентина К.	8	Високий
4. Діана В.	7.8	Високий
5. Анастасія Д.	7.7	Високий
6. Олена А.	8.4	Високий
7. Ніна Р.	7.7	Високий
8. Анастасія Н.	7.9	Високий
9. Ліна Х.	7.6	Високий
10. Дарія У.	8.1	Високий
11. Карина Б.	8	Високий
12. Катерина О.	7.9	Високий
13. Віолета Р.	8.3	Високий
14. Аліна К.	8.4	Високий
15. Анджела А.	8.1	Високий
16. Наталія Х.	8.3	Високий
17. Артем У.	7.6	Високий
18. Анатолій Р.	8.1	Високий
19. Микола А.	8.3	Високий
20. Владислав К.	7.9	Високий
21. Іван В.	8	Високий
22. Кирило О.	8.4	Високий
23. Микита Р.	7.9	Високий
24. Андрій С.	7.8	Високий

25.	Віктор Л.	8.3	Високий
26.	Руслан А.	8.1	Високий
27.	Олексій С.	8.2	Високий
28.	Олександр І.	8	Високий
29.	Дмитро К.	7.8	Високий
30.	В'ячеслав Ш.	8.1	Високий
31.	Максим Р.	7.9	Високий
32.	Артур Л.	8.3	Високий

Згідно з отриманими результатами, було виявлено, що високу статеву конституцію мають 32 особи, а саме 16 – жіночої та 16 – чоловічої. Решта респондентів отримали високий з тенденцією до середнього та середній показники. Оскільки даний результат навряд може говорити про необхідний для визначення коректної вибірки результат, то їх було відсіяно. В свою чергу, решта респондентів отримали високі показники, що може свідчити про здоровий чи нездоровий сексуальний потяг. Також можна відмітити, що у чоловіків у своїй більшості показники дещо вищі. Жінки ж мають більше варіюються та мають переважно стабільний результат, без значних відхилень.

Далі з 32 особами проводилося тестування Роршаха. Безпосередньо саме тестування інтерпретувалася для дослідження сексуалізації об'єктів.

Респонденти з надвисокою статевою конституцією (показниками, що дещо перебільшували максимум чи були на рівні максимуму) сприймали зображення деталізовано, не помічаючи всієї картини. Вони відповідали, що на деяких зображеннях бачать статеві органи, оголені тіла чи частини тіла. Респонденти з високою статевою конституцією в середньому показали, що з 10 карток – на кожній є деталь сексуального характеру, проте вони відповідали спочатку за картинку в цілому (без виділення чогось конкретного), а після

додаткового питання відказували, що картка справді має деталі сексуального чи порнографічного змісту.

Це може свідчити про доволі звужений напрям думок та фантазії, що і є однією з характеристик німфоманії та сатиризису. Надмірна сексуалізація об'єктів з певною деталізацією, тобто виокремленням дрібних частин з повної картини, відповідає поглядам теоретичних відомостей і тому теорія про високі показники статевої конституції отримали ґрунтовне підтвердження про правильність формування специфічної вибірки серед маси людей без явних показників необхідного сексуального розладу.

Відповідно з дослідженням 32 респонденти, а саме 16 жінок віком від 20 до 39, які показали схильність до німфоманії та 16 чоловіків віком 19 до 37, які виявили схильність до сатиризису.

Основна частина емпіричного дослідження стосується безпосередньо проявів суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до сатиризису та німфоманії.

Для отримання даних 32 респонденти пройшли ряд тестувань на вияв основних ознак депресії, тривожності та безпосередньо суїцидальної поведінки.

Першою була проведена методика на рівень тривожності Спілбергера-Ханіна. Отримані результати можна побачити нижче, *таблиця 2.2.* «Оцінка рівня тривожності Спілбергера-Ханіна».

Таблиця 2.2.

Оцінка рівня тривожності Спілбергера-Ханіна

Респондент	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Ганна Л.	45	49
Віта Н.	44	35
Валентина К.	46	50
Діана В.	38	34

Продовження таблиці 2.2.

Анастасія Д.	39	41
Олена А.	47	50
Ніна Р.	43	42
Анастасія Н.	36	38
Ліна Х.	41	42
Дарія У.	45	49
Карина Б.	40	35
Катерина О.	38	29
Віолета Р.	42	32
Аліна К.	39	28
Анджела А.	46	41
Наталія Х.	37	36
Артем У.	40	36
Анатолій Р.	45	29
Микола А.	38	39
Владислав К.	40	24
Іван В.	39	32
Кирило О.	44	46
Микита Р.	42	48
Андрій С.	47	50
Віктор Л.	37	28
Руслан А.	45	35
Олексій С.	45	32
Олександр І.	35	35
Дмитро К.	47	46
В'ячеслав Ш.	43	48
Максим Р.	39	36
Артур Л.	46	45

Згідно з обробкою результатів методики на тривожність Спілбергера-Ханіна, можна сказати, що більшість респондентів мають саме ситуативну тривожність, що можна пояснити ситуацією в країні. Особистісна тривожність має дещо менший рівень по кількісних показниках. Це ще не говорить про депресивний стан, але розвиток тенденції цілком можливий.

Також важливо відмітити гендерний аспект результату. У чоловіків у своїй більшості високі показники саме ситуативної тривожності. В той самий час у жінок цей показник трохи менший, ніж у особистісної.

Можна зробити висновок, що потужною різницею у виявлених результатах під час розгляду гендерного аспекту є певною мірою детермінанти розвитку самої тривожності та розгляд історії розвитку особистості в умовах не тільки сімейного інституту, а й також соціальний аспект в рамках роботи, навчальних закладів, тощо.

Наступною методикою із переліку стала шкала депресії Бека, яка є розповсюдженою та достовірною у своїх результатах. Тому результати надані у таблиці 2.3. «Шкала депресії Бека».

Таблиця 2.3.

Шкала депресії Бека

Респондент	Кількісний показник	Якісний показник
Ганна Л.	36	Високий
Віта Н.	38	Високий
Валентина К.	41	Високий
Діана В.	22	Середній з тенденцією до високого
Анастасія Д.	25	Високий
Олена А.	29	Високий
Ніна Р.	24	Середній з тенденцією до високого

Продовження таблиці 2.3.

Анастасія Н.	36	Високий
Ліна Х.	22	Середній з тенденцією до високого
Дарія У.	49	Високий
Карина Б.	20	Середній з тенденцією до високого
Катерина О.	16	Середній
Віолета Р.	14	Середній
Аліна К.	19	Середній з тенденцією до високого
Анджела А.	45	Високий
Наталія Х.	24	Середній з тенденцією до високого
Артем У.	21	Середній з тенденцією до високого
Анатолій Р.	27	Високий
Микола А.	25	Високий
Владислав К.	51	Високий
Іван В.	22	Середній з тенденцією до високого
Кирило О.	26	Високий
Микита Р.	39	Високий
Андрій С.	47	Високий
Віктор Л.	21	Середній з тенденцією до високого
Руслан А.	27	Високий
Олексій С.	24	Середній з тенденцією до високого

Олександр І.	49	Високий
Дмитро К.	35	Високий
В'ячеслав Ш.	20	Середній з тенденцією до високого
Максим Р.	30	Високий
Артур Л.	46	Високий

Відповідно до отриманих даних, можна зазначити, що особистості з високою особистісною тривожністю отримали високі показники депресії. В свою чергу, є також і винятки, проте середній результат з тенденцією до високого є також доволі небезпечним та потребує втручання психолога для стабілізації стану.

Важливо відмітити, що сама депресія складається з трьох основних компонентів і не є можливим говорити про повноцінний високий показник без прояву всіх трьох компонентів, що краще всього дізнатися через бесіду або психологічне інтерв'ю.

Також депресивним особистостям притаманна низка поведінкових характеристик, які також неможливо діагностувати без повноцінної розмови, де в подальшому ці якості розкриватимуться, можливо навіть з урахуванням характеру чи поведінкових особливостей самого індивіда.

Остаточною в цьому переліку є метод визначення ризику суїцидальності (Методика «Карта ризику суїциду»). Зазвичай вона використовується для дослідження суїцидальної поведінки у військових, але результати вважаються достатньо коректними та достовірними, що і стало остаточним для вибору саме цієї методики. Результати показано в *таблиці 2.4.* «Карта ризику суїциду».

Карта ризику суїциду

Респондент	Кількісний показник	Якісний показник
Ганна Л.	9.56	Ризик спроби самогубства
Віта Н.	15.88	Ризик самогубства
Валентина К.	16.00	Ризик самогубства
Діана В.	14.84	Ризик спроби самогубства
Анастасія Д.	7.90	Ризик незначний
Олена А.	16.26	Ризик самогубства
Ніна Р.	11.08	Ризик спроби самогубства
Анастасія Н.	12.18	Ризик спроби самогубства
Ліна Х.	13.44	Ризик спроби самогубства
Дарія У.	17.04	Ризик самогубства
Карина Б.	15.98	Ризик самогубства
Катерина О.	7.64	Ризик незначний
Віолета Р.	8.32	Ризик незначний
Аліна К.	9.56	Ризик спроби самогубства
Анджела А.	16.32	Ризик самогубства
Наталія Х.	14.74	Ризик спроби самогубства
Артем У.	10.02	Ризик спроби самогубства

Анатолій Р.	15.92	Ризик самогубства
Микола А.	12.84	Ризик спроби самогубства
Владислав К.	17.01	Ризик самогубства
Іван В.	8.98	Ризик спроби самогубства
Кирило О.	9.76	Ризик спроби самогубства
Микита Р.	15.98	Ризик самогубства
Андрій С.	17.04	Ризик самогубства
Віктор Л.	11.64	Ризик спроби самогубства
Руслан А.	15.87	Ризик самогубства
Олексій С.	8.97	Ризик спроби самогубства
Олександр І.	13.23	Ризик спроби самогубства
Дмитро К.	16.02	Ризик самогубства
В'ячеслав Ш.	12.26	Ризик спроби самогубства
Максим Р.	9.76	Ризик спроби самогубства
Артур Л.	15.49	Ризик самогубства

Згідно з результатами, можна зробити висновок, що з 34 респондентів – лише 3 показали незначний показник суїцидальної поведінки. Решта ж мають ризик спроби самогубства, або власне скоєння самогубства.

Знову ж таки обробка результатів може коливатися в певних моментах, які неможливо визначити та сказати, що це справді так без бесіди чи психологічного інтерв'ю.

Власне сам термін «ризик самогубства», можна назвати недостатньо коректним, адже в тестуваннях (в тому числі і даній методиці) питання часто стосуються тривалої суїцидальної поведінки. А значить у випадку миттєвого самогубства – точних гарантій дати неможливо.

Також важливим аспектом результатів є те, що особистість, яка пішла на проходження даних методик та і загалом на контакт з практикуючим психологом, говорить про те, що в даний момент вона має на меті все ж пропрацювати та позбутися суїцидальних думок або характеристик, що їх супроводжують. Проте таке твердження підходить для певної кількості, а аж ніяк не для всієї вибірки.

Загалом дані результати говорять про прямий взаємозв'язок між депресією, тривожністю та власне суїцидальною поведінкою, але звісно ж є винятки.

2.3. Розробка та апробація психокорекційної роботи

Розробка психокорекційної програми з самого початку не входила в план емпіричного дослідження, але у зв'язку з особистими проханнями 14 осіб провести консультації, для покращення їх психоемоційного стану та пропрацювати додаткові запити, було прийнято рішення провести всі необхідні заходи для подальшого дослідження.

Психокорекція проходила в онлайн режимі та для ефективності була розподілена на 6 етапів.

Під час першого етапу було проведено групову психоедукацію, де бенефіціари в повному складі (14 осіб), отримали змогу зрозуміти, що таке німфоманія та сатириазис, які їх детермінанти та як це пов'язано із суїцидальною поведінкою в цілому.

Другий етап, як і решта, проводився індивідуально з кожним. Проводилася консультативна бесіда в ході якої формувався запит, використовувалося активне слухання.

На третьому етапі проводилася методика кристал Пезешкіана, оскільки у кожного було помічено суттєва зміщення у деякі сфери життя. Відповідно для того, аби бенефіціари мали змогу побачити як це відбувається насправді, дана методика проводилася на двох зустрічах. На першій безпосереднє пояснення виконання та ознайомлення з детальними моментами для правильності виконання. На другій ми переходили до детального обговорення кожної сфери життя, її компоненти та що саме було вирішальним у формуванні картини.

Життя людини відбувається та може бути описане у чотирьох сферах:

1. Тіло/відчуття. Сфера «Тіло» – людина тілесна, яка володіє певною фізичною формою і фізіологією. Потреби, що задовільняються в цій сфері: сон, харчування, сексуальність, розслаблення.

2. Діяльність/досягнення. Сфера «Діяльність» – потреба структурувати, змінювати, перетворювати світ – є однією з базових потреб людини. Основні поняття цієї сфери: діяльність, робота, досягнення, успіхи.

3. Контакти. Сфера «Контакти/Традиції» – потреба у визнанні свого існування з боку інших, соціалізація, спілкування з собі подібними.

4. Майбутнє/фантазії/сенси. Сфера «Фантазій» – потреба в духовному житті реалізується людиною через інтуїції, сни, містичний досвід, фантазії, спогади.

Ці сфери є способами реагування на виникаючі конфлікти і проблеми. Для прикладу, батько при конфлікті «втікає» в роботу (діяльність), мати через образу, нав'язливі думки (фантазії), уникає соціальних контактів (контакт), а як наслідок, дитина починає хворіти (тіло).

Позитивна психотерапія – метод, який сповідує цілісність людини, різноманіття його життя. Умовно можна виділити чотири сфери особистості та реалізації людського потенціалу.

Основним описовим та операційним інструментом диференціального аналізу (один з розділів Позитивної Психотерапії) є актуальні здібності, які характеризують найважливіші параметри у становленні характеру людини, у змісті та мотивах людської поведінки та у міжособистісній взаємодії. Актуальні здібності диференціюються і розвиваються з базових здібностей до любові і пізнання під впливом навколишнього середовища, епохи (екзогенні фактори) і стану організму (ендогенні фактори).

Від здатності любити розвиваються первинні здібності (терпіння, товариськість, сексуальність, довіра, оптимізм, віра, впевненість, скептицизм, цілісність, здатність відчувати час і т.д.), від здатності пізнавати – вторинні (пунктуальність, охайність, акуратність, послух, ввічливість, чесність, вірність, справедливість, старанність, ощадливість, обов'язковість, точність, сумлінність і т.д.).

Очевидно, що при такій складності і багатофакторності впливів здібності розвиваються нерівномірно і по-різному у різних людей. Якісь з них можуть виявитися розвиненими до віртуозності, а інші перебувати в зародковому стані. Можна, наприклад, любити порядок, але бути нетерплячим. Якщо певні очікування щодо розвитку своїх або чужих актуальних здібностей не виправдовуються, це може стати причиною конфлікту. Унікальність особистості людини обумовлюється поєднанням по-різному виражених актуальних здібностей, що утворюють своєрідний профіль здібностей.

Відповідно до теорії Позитивної Психотерапії формування людини, розвиток його профілю актуальних здібностей проходить в чотирьох сферах моделі «Наслідування» або «Ідентифікації»:

1. Сфера «Я» – ставлення людини до себе, самооцінка. Виділяють жіночу частину Я і чоловічу частину Я, що впливає на оцінку не тільки себе, але й інших людей, наприклад жінка, що відкидає жіночу частину Я, характеризується «чоловічою» поведінкою. У якійсь мірі можна говорити про вплив концепцій К. Юнга, що описують вплив базових архетипів людини на розуміння структури даної сфери. На формування сфери Я також впливає

ставлення близьких людей до дитини, але це ставлення не закінчується в дитячому віці. Протягом життя на розвиток «Я» людини впливають прочитані ним книги, улюблені фільми, з героями яких він себе ідентифікує. Перефразовуючи відомий вислів, можна сказати: *«Я – те, що дивлюся і читаю»*.

2. Сфера «ТИ» — стосунки людини з партнером, «ТИ» – це більше, ніж «Я + Я». Це стосунки, які мають спільні зовнішні кордони, і внутрішні межі. На формування цієї сфери впливає приклад того, як батьки дитини ставилися один до одного. Сфера «ТИ» розвивається протягом всього людського життя і безпосередньо пов'язана з процесом дорослішання. Відносини, що складаються в психотерапії між консультантом і клієнтом, є не тільки діагностичними, а й корегувальними для сфери «ТИ», іншими словами в Позитивній Психотерапії увага приділяється не тільки аналізу переносу клієнта на консультанта, але і переформовування цього переносу.

3. Сфера «МИ» – відносини з іншими людьми, які не входять до групи приналежності, сповідують інші цінності, проявляють незвичну для особистості поведінку. Поняття «спільності» і «чужості» формуються в дитинстві під впливом відносин близьких нам дорослих до «чужих». Межі толерантності в цій сфері переглядаються протягом усього життя під впливом не тільки психологічних, а й соціальних факторів.

4. Сфера «Пра-МИ» – відносини з предками і нащадками, архаїчний досвід, що формує до-психологічні концепції та впливає на власне бачення існування людини, усвідомлення себе ланкою в ланцюжку життя, почуття приналежності до певного роду. На формування сфери «Пра-МИ» впливає світогляд батьків та близьких людей, їх ставлення до релігії, віри, смерті або вічного життя.

На четвертому етапі було проведено методика на визначення локусу контролю. Власне дана методика прекрасно комбінується із попередньою та має прямий взаємозв'язок. Тобто локус контролю говорить про сприйняття світу та проблем, силу та змогу їх вирішення. Відповідно скомбінувавши її з

«кристалом Пезешкіана» процес вирішення запиту пришвидшується і людина має змогу самостійно зрозуміти чи впливає світогляд на перевіс у певну сферу життя.

Методика дослідження локусу контролю запропонована Джуліаном Роттером у 1966 році на основі власної теорії суб'єктивної локалізації контролю. Під «локусом контролю» розуміється стійка особистісна характеристика, що відображає схильність людини пояснювати причини подій зовнішніми чи внутрішніми факторами. Опитувальник діагностує локалізацію контролю за значними подіями, іншими словами – рівень особистої відповідальності.

Дана методика виділяє два типи локусу контролю: екстернальний та інтернальний.

Інтернальний тип. Людина вважає, що події, що відбуваються з нею, залежать передусім від її особистісних якостей (компетентності, цілеспрямованості, рівня здібностей тощо) і є закономірними наслідками її власної діяльності.

Екстернальний тип. Людина переконаний, що її успіхи та невдачі залежать передусім від зовнішніх обставин – умов довкілля, дій інших людей, випадковості, везіння чи невдачі тощо.

Будь-який індивід займає певну позицію на континуумі, що задається цими полярними локусами контролю.

П'ятий етап характеризується певним здобуттям нових сенсів та виявлення потреб і бажань. Для цього було обрано такі методики, як пошук ідентичностей та 16 асоціацій Юнга. Їх основна мета полягає у тому, аби допомогти особі поговорити зі своєю підсвідомістю та виявити те, чого насправді бажає душа та тіло. Ідентичність же говорить про моменти куди варто направити свою енергію.

Шостий етап включає в себе безпосередньо повторний зріз результатів тестувань та рефлексію.

Це важливо для повного розуміння користі психокорекції та можливих адаптацій під певні випадки, які є індивідуальними.

Отже, корекційна програма створювалася відповідно до основних потреб бенефіціарів. Для більш продуктивної роботи її було розподілено на шість послідовних етапів з урахуванням індивідуальних особливостей кожного.

2.4. Результати психокорекційної роботи

Для розуміння результатів психокорекційної роботи важливо вказати не лише результати основних зрізів, а й пройтися по результатах кожного етапу.

Під час першого етапу, а саме психоедукації бенефіціарів у груповому форматі в онлайн режимі, були присутні всі 14 осіб, які погодилися на подальшу роботу. В процесі ставилися питання як загального характеру, так і особистого. Всі особистості отримали необхідний обсяг інформації для розуміння того, що з ними відбувається, та які детермінанти могли викликати суїцидальну поведінку у їх складному стані, пов'язаному з німфоманією та сатириазисом.

Другий етап проходив в індивідуальному порядку, що трохи полегшило формування запиту та пізнання необхідної інформації про особистість. Відповідно готовність та швидкість розкриття під час консультативних бесід також були включення в діагностичну консультацію.

На третьому етапі проводилася методика «Кристал Пезешкіана, результати якої можна побачити у гістограмі 2.5. «Кристал Пезешкіана».

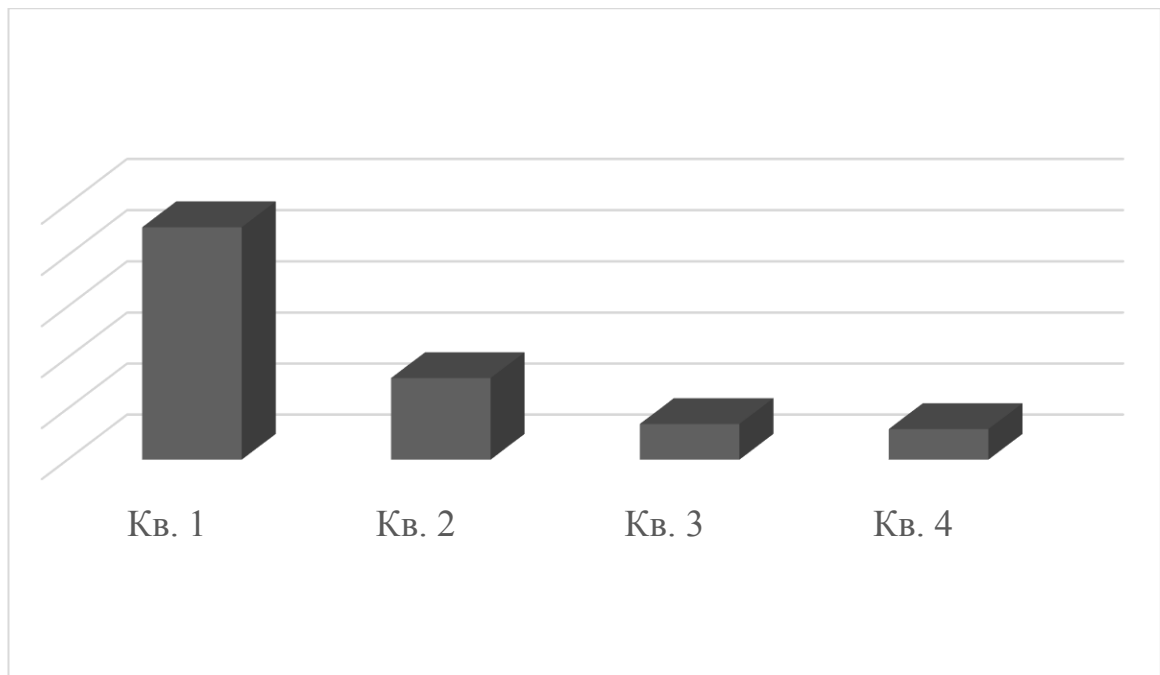


Рис. 2.1. Результати методики «Кристал Пезешкіана»

На Рис. 2.1. показано відповідність між чотирма сферами життя: сенси, тіло, контакти та діяльність. Бенефіціари відмітили про себе, що отримали правдивий результат, оскільки суттєве зміщення майже у всіх відбулося у сферу сенсів, що говорить про певну адиктивну сторону німфоманії та сатириазису. На другому місці виявилось тіло, що говорить про бажання завжди самовдосконалюватися, а також комплекси стосовно зовнішності. Контакти посіли третє місце, що відповідає постійному підтриманню зв'язків з близькими особами та страху втратити його з ними. Лише в однієї людини значний перевіс вийшов у сторону діяльності, та постійні статеві зв'язки є лише способом відволіктися та відновити втрачений баланс.

Надалі з кожним бенефіціаром консультації проводилися відповідно від їх готовності перейти на новий рівень самоусвідомлення.

На четвертому етапі було проведено методику на визначення локусу контролю. Результати зображено на діаграмі 2.6. «Локус контролю».

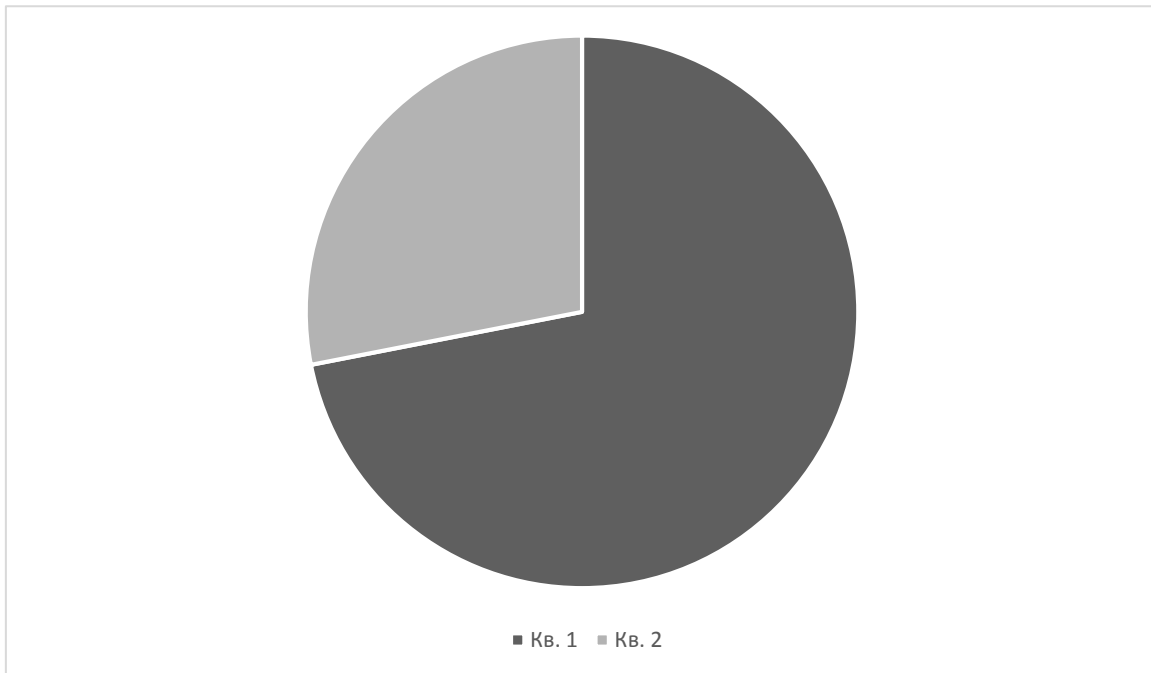


Рис. 2.2. Локус контролю

Згідно з результатами локус контролю зміщений у всіх ближче до екстернального і лише 5 з 14 осіб показали більш врівноважений вектор схилений до інтернального.

На п'ятому етапі бенефіціари нарешті проявили певну живість та зацікавленість, тому було використано методику на ресурс, а саме пошук ідентичності та 16 асоціацій Юнга. Проте до даного етапу дійшло 3 особи. Решта не проявили готовності до подальшої просування. Вони все ще знаходяться на четвертому етапі.

На шостому буде проводитися рефлексія та контрольний аналіз результатів. Проте корекційна робота все ще триває, у зв'язку зі складністю когнітивних порушень. Можливо доведеться корегувати дану програму, адже для кожного необхідний індивідуальний підхід, що показали перші етапи корекції.

Проте для того, аби довести, що процес психокорекції все ще триває, було зроблено повторний зріз результатів за методиками, які стосуються саме прояву суїцидальної поведінки.

Відповідно результати зрізу після корекції зображено у наступних таблицях.

Таблиця 2.5

Оцінка рівня тривожності Спілбергера-Ханіна

Респондент	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Віта Н.	42	35
Валентина К.	46	50
Олена А.	46	51
Ніна Р.	43	43
Анастасія Н.	34	37
Дарія У.	45	48
Карина Б.	40	37
Катерина О.	37	30
Віолета Р.	42	33
Аліна К.	39	30
Анджела А.	43	42
Наталія Х.	36	35
Анатолій Р.	44	30
Кирило О.	44	46

Результати, які зазнали змін, увійшли в зону значущості впливу на рівні 0,95. Різниця $t_{\text{емпіричного}} = 1,84$ більші за емпіричне значення (1,76) і є тенденція до покращення різниці. Отже, бачимо, що такі критерії як Ситуативна тривожність і Особистісна тривожність зазнали змін після проведення корекційної програми.

Шкала депресії Бека

Респондент	Кількісний показник	Якісний показник
Віта Н.	38	Високий
Валентина К.	41	Високий
Олена А.	24	Середній з тенденцією до високого
Ніна Р.	24	Середній з тенденцією до високого
Анастасія Н.	36	Високий
Дарія У.	49	Високий
Карина Б.	18	Середній
Катерина О.	16	Середній
Віолета Р.	14	Середній
Аліна К.	19	Середній з тенденцією до високого
Анджела А.	45	Високий
Наталія Х.	24	Середній з тенденцією до високого
Анатолій Р.	27	Високий
Кирило О.	26	Високий

Результати, які зазнали змін, увійшли в зону значущості впливу на рівні 0,95. Різниця $t_{\text{емпіричного}} = 1,71$ менша за емпіричне значення (1,76), але є тенденція до покращення різниці. Це може свідчити про необхідність подальшої корекційної роботи з учасниками.

Карта ризику суїциду

Респондент	Кількісний показник	Якісний показник
Віта Н.	15.88	Ризик самогубства
Валентина К.	14.51	<i>Ризик спроби самогубства</i>
Олена А.	16.26	Ризик самогубства
Ніна Р.	10.08	Ризик спроби самогубства
Анастасія Н.	12.17	Ризик спроби самогубства
Дарія У.	17.04	Ризик самогубства
Карина Б.	13.88	<i>Ризик спроби самогубства</i>
Катерина О.	7.64	Ризик незначний
Віолета Р.	8.32	Ризик незначний
Аліна К.	9.56	Ризик спроби самогубства
Анджела А.	16.32	Ризик самогубства
Наталія Х.	14.74	Ризик спроби самогубства
Анатолій Р.	15.88	Ризик самогубства
Кирило О.	9.76	Ризик спроби самогубства

Значних змін зазнали результати двох респондентів, що може свідчити про необхідність продовження корекційної роботи, або її модернізації.

Стосовно бесіди, всі відмовилися для надання оприлюднення їх ситуації і, відповідно до кодексу психолога, не маю права без згоди бенефіціарів та респондентів надавати на огляд особисті історії кожного з них.

Висновки до другого розділу

Для проведення емпіричного дослідження було розроблено кілька етапів, аби отримати коректні результати для розуміння чи справді у особистості зі схильності до німфоманії та сатириазису є прояви суїцидальної поведінки.

Спочатку було обрано такі методики: шкала векторного визначення статевої конституції у чоловіків, яку розробив і вперше апробував професор Г.С. Васильченко (1970). Пізніше аналогічна шкала для жінок була запропонована його співробітницею І.Л. Ботневой; тест Роршаха; рівень тривожності Спілбергера-Ханіна; шкала депресії Бека; карта ризику суїциду.

Спочатку було сформовано вибірку з 32 осіб зі схильністю до німфоманії та сатириазису (16 – жіночої, 16 – чоловічої), за допомогою двох вищезазначених методик. Надалі проводилася основна частина дослідження, тобто визначення прояву суїцидальної поведінки у цих особистостей.

Відповідно до результатів можна сказати, що рівень тривожності, депресії та суїцидальної поведінки мають взаємозв'язок у особистості зі схильністю до німфоманії та сатириазису. Вони отримали доволі високі результати з певними (одиначними) винятками.

Психокорекційна робота формувалася в залежності від результатів дослідження та особистісних побажань бенефіціарів. Остаточних результатів її впливу поки не можна вказати, адже відповідно зі складністю теми та самого дослідження корекція все ще продовжується.

ВИСНОВКИ

1) Суїцидальна поведінка у чоловіків і жінок, схильних до німфоманії і сатириазису, часто виникає внаслідок тривалого емоційного і фізичного стресу. Це пояснюється паралельним проявом певного психологічного стану особистості та наявністю психологічного розладу. Детермінанти суїциду в цій вибірці неможливо назвати остаточно, оскільки кожен випадок індивідуальний та може відрізнятися найрізноманітнішими характеристиками. Крім того, розглядалися відмінності в суїцидальній поведінці сатирів і німфоманок, з яких видно схильність до різних типів суїцидальної поведінки.

2) Розробка емпіричного дослідження включала в себе низку методик як для грамотного формування вибірки, так і для проведення основної частини дослідження. До них входять: шкала векторного визначення статевої конституції (Васильченко, Ботнева), тест Роршаха, рівень тривожності Спілбергера-Ханіна; шкала депресії Бека; карта ризику суїциду.

3) Згідно з результатами первинного дослідження на вияв схильності німфоманії та сатириазису у 83 осіб, лише 32 особи дали необхідні результати для проведення подальшого дослідження. Для коректного визначення було обрано методики: шкала векторного визначення статевої конституції та тест Роршаха на сексуалізацію об'єкта.

4) Провівши емпіричне дослідження на прояв суїцидальної поведінки у особистості зі схильністю до німфоманії та сатириазису, було отримано результати, які підтверджують теорію, що такі особи справді схильні до суїцидальних тенденцій у когнітивній сфері.

Для виявлення цього було обрано такі методики, як рівень тривожності Спілбергера-Ханіна; шкала депресії Бека; карта ризику суїциду. Відповідно результати були не втішні. Більшість показала високий рівень тривожності як особистісний, так і ситуативний, також шкала депресії значною мірою перевищувала показник середнього значення. Методика «Карта ризику

суїциду» також показала високий ризик самогубства серед особистостей зі схильністю до німфоманії та сатиризису.

5) Психокорекційна програма була розроблена на підґрунті результатів досліджень та особистісних характеристик кожного індивіда. На неї погодилося 14 осіб з 32 з якими проводиться й на сьогоднішній день корекційна робота.

Програма була розподілена на умовні етапи, згідно з якими особи дізнавалися про свій стан, отримали змогу стабілізуватися на перших кроках, дізнатися про своє відношення до світу, а також слабкі й сильні сторони своєї особистості. Робота проводиться з кожним бенефіціаром окремо, для побудови довірливих стосунків та ефективної роботи. Швидкість просування вперед в усіх різна, тому важко сказати про остаточні результати корекції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. Діагностично-статистичний посібник психічних розладів (5-е вид.). Арлінгтон, Вірджинія: Американське психіатричне видання. 2013. Ст. 271-273.
2. Апчерч Д.М., Мейсон В.М., Кусунокі Ю., Кріхбаум М.Дж. Соціальні та поведінкові детермінанти ЗПСШ, що проявляються самостійно, серед підлітків. *Перспективи сексуального та репродуктивного здоров'я*. 2004. Вип.№ 36. 87-276 с.
3. Арнаутовська У, Град ОТ. Ставлення до суїциду серед підлітків. 2010. 132-147 с.
4. Барт Р. Дж. і Кіндер Б. Н. Неправильне визначення сексуальної імпульсивності. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13(1). 1987. 15-22 с.
5. Бердяєв М. Про самогубство. Київ. 1996.
6. Бернбург Й.Г., Торліндссон Т., Зігфусдоттір І.Д. Поширення суїцидальної поведінки: контекстуальний вплив бідності домогосподарств у громаді на суїцидальну поведінку підлітків і посередницька роль навіювання суїциду. 2009. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.020> .
7. Браун Р. Сексуальність підлітків на зорі ХХІ століття. *Adolescent Medicine*. Філадельфія, 2000. Вип. №11(1).19-34 с.
8. Братство Августина. Анонімні наркозалежні від сексу та кохання. Братство Августина. Аудіозапис засідання. 1987.
9. Брікен П., Хаберманн Н., Бернер В. і Хілл А. Діагностика та лікування сексуальної залежності: опитування серед німецьких сексотерапевтів. Сексуальна залежність і компульсивність: Журнал лікування та профілактики, 14(2). 2007. 131-143 с.
10. Вассерман Д. Марна смерть. Харків. 2003. 243-256 с.
11. Гальперін Д.Т. Гетеросексуальний анальний контакт: Поширеність, культурні фактори, ВІЛ-інфекція та інші ризики для здоров'я. Догляд за хворими на СНІД. Т. 2. Львів, 1999. 30-717 с.

12. Гарн С.М. Фізичний ріст і розвиток. /за ред. С.Б. Фрідмана, М. Фішера, С.К.Шонберга. Сент-Луїс: якісне медичне видавництво, 1992. 119 с.
13. Garric A. Медіа та технології у статевому вихованні та безпеці підлітків. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2011. Вип. №40. Ст. 42-235. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01218.
14. Голдберг А. Притулок Ебербах і практика(и) німфоманії в Німеччині, 1815-1849. Жіноча історія. 1998;9(4):35-52 с.
15. Грант Дж. Е., Атмака М., Файнберг Н. А., Фонтенелл Л. Ф., Мацунага Х., Джанардхан Редді Ю. К., Сімпсон Х. Б., Томсен П. Х., ван ден Гейвел О. А., Веле Д., Вудс Д. В. і Стайн Д. Дж. Розлади контролю над імпульсами та «поведінкові залежності» в МКХ-11. Світова психіатрія, 13 (2). 2014. 125-127 с.
16. Грант Дж. Е. і Стейнберг М. А. Компульсивна сексуальна поведінка та патологічна схильність до азартних ігор. Сексуальна залежність і компульсивність: Журнал лікування та профілактики, 12(2-3), 235-244 с.
17. Громадські програми сприяння розвитку молоді. 2002: стат. зб./ Національна наукова рада. Національна академічна преса. Вашингтон, 2002. Ст. 185-204.
18. Гудман А. Сексуальна залежність: призначення та лікування. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18(4), 1992. 303-314 с.
19. Гудмен А. Сексуальна залежність: діагностика та лікування. *Psychiatric Times*, 15(15), 1998. 1-9 с.
20. Гюнель Л. Бог завжди подорожує інкогніто. Видавництво КСД. Київ. 2019.
21. Де Б'єнвіль Д. Т. Німфоманія, або дисертація про ураження матки. Переклав Слоун Вілмот Едвард. Лондон, Англія: 1775. 59-71 с.
22. Дейв С., Дейв А. Психосексуальний розвиток та сексуальність людини. Комплексний підручник з сексуальної медицини. Харків, 2014. 42-53 с.

23. Діксон-Мюллер Р. Починаючи з молодих: статеве розповсюдження та профілактика ВІЛ у ранньому підлітковому віці. *СНІД*. Київ, 2009. Вип. №13. 9-100 с.
24. Дюркгейм Е. Самогубство: дослідження з соціології (Дж. А. Сполдінг і Г. Сімпсон, пер.). Glencoe: Free Press. (Оригінальна робота опублікована 1897 р.). 1951. 57-82 с.
25. Едвардс С., Карне К. Оральний секс та передача вірусних ППСШ. *Інфекції, що передаються статевим шляхом*. Київ. 1998. Вип. № 74. 6-10 с.
26. Едвардс С., Карне К. Оральний секс та передача вірусних ППСШ. *Інфекції, що передаються статевим шляхом*. Київ. 1998. Вип. № 74. 95-100 с.
27. Єфремов В. С. Основи суїцидології. Харків. 1998. 57-156 с.
28. Калічман С. К. і Кейн Д. Взаємозв'язок між показниками сексуального примусу та сексуальними практиками високого ризику серед чоловіків і жінок, які отримують послуги в клініці інфекцій, що передаються статевим шляхом. *Журнал сексуальних досліджень*. 2004. 235-241 с.
29. Калічман С. К. і Ромпа Д. Шкали пошуку сексуальних відчуттів і сексуальної пристрасності: валідність і прогнозування ризикованої поведінки щодо ВІЛ. *Journal of Personality Assessment*, 65(3). 1995. 586-601 с.
30. Камю А. Міф про Сізіфа. Харків. 2003.
31. Каневський В.І. Суїцидологія в соціальній роботі. Миколаїв. 2014.
32. Кануга М, Розенфельд В. Сексуальність підлітків та Інтернет: хороші, погані та URL. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*. 2004. Вип. №17. Ст. 24-117. DOI: 10.1016/j.jpag.2004.01.015.
33. Карнес П. Дж. Сексуально залежні сім'ї: клінічне використання циркумплексної моделі в Олсен Д. Х. Рассел К. С. і Спренкл Д. Х. (Ред.), *Циркумплексна модель: системна оцінка та лікування сімей*. Бінгемтон, Нью-Йорк: Haworth. 1996. 13-18 с.

34. Карнес П. Не називайте це коханням: відновлення від сексуальної залежності. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Bantam. 1992. 21-32 с.
35. Карнес П. Дж. З тіні: розуміння сексуальної залежності. 3-е вид. Центр-Сіті, Міннесота: Хазелден. 2003. 193-208 с.
36. Кафка М. П. Гіперсексуальний розлад: запропонований діагноз для DSM-V. Архіви сексуальної поведінки, 39(2). 2010. 377-400 с.
37. Кор А., Фогель Ю. А., Рейд Р. К. та Потенца М. Н. Чи слід класифікувати гіперсексуальний розлад як залежність? Сексуальна залежність і компульсивність: Журнал лікування та профілактики, 20(1-2). 2013. 27-47 с.
38. Коулман Е. Імпульсивна/компульсивна сексуальна поведінка: оцінка та лікування. У Grant J. E. & Potenza M. N. (Ред.), Оксфордський довідник з розладів контролю імпульсів. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Oxford University Press. 2011. 148-161 с.
39. Купер А., Путнам Д. Е., Планшон Л. А. та Бойс С. К. Сексуальна пристрасть онлайн: заплутатися в мережі. Сексуальна залежність і компульсивність: Журнал лікування та профілактики, 6(2) 1999. 79-104 с.
40. Люта І. Німфи та німфоманія: міфологічна медицина та класична нагота в Британії дев'ятнадцятого століття. Жіночий стад. 18(3). 2017. 35-50 с.
41. Майнер М. Х. і Коулман Е. Комппульсивна сексуальна поведінка та її зв'язок із ризикованою сексуальною поведінкою. Сексуальна залежність і компульсивність: Журнал лікування та профілактики, 20(1-2). 2013. 127-138 с.
42. Макінтайр П. Бачимо, але не чуємо: Дуже маленькі підлітки 10-14 років. Оксфорд. 2004. 189 с.
43. Мангрулкар Л., Вітмен К.В., Познер М. Підхід життєвих навичок до здорового розвитку дитини та підлітків. Вашингтон. 2001. 253 с.
44. Менінгер К. Війна з самим собою. Харків. 2005. 267-283 с.

45. Одлауг Б. Л., Ласт К., Шрайбер Л. Р., Крістенсон Г., Дербішир К., Харванко А., Голден Д. і Грант Дж. Е. Компульсивна сексуальна поведінка у молодих людей. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(3). 2013. 193-200 с.
46. О'Коннор Р. К. До інтегрованої мотиваційно-вольової моделі суїцидальної поведінки. В: Міжнародний посібник із запобігання самогубствам: дослідження, політика та практика; 2011. 24-36 с.
47. Пачанкіс Дж. Е., Рендіна Х. Дж., Вентунеак А., Гров К. і Парсонс Дж. Т. Роль дезадаптивної когніції в гіперсексуальності серед дуже сексуально активних геїв і бісексуалів. *Архіви сексуальної поведінки*, 43 (4). 2014. 669-683 с.
48. Рейд Р. К., Брамен Дж. Е., Андерсон А. та Коен М. С. Уважність, емоційна дисрегуляція, імпульсивність і схильність до стресу серед гіперсексуальних пацієнтів. *Журнал клінічної психології*, 70 (4). 2014. 313-321 с.
49. Реймонд Н. К., Коулман Е. і Майнер М. Х. Психіатрична супутня патологія та компульсивні/імпульсивні риси компульсивної сексуальної поведінки. *Комплексна психіатрія*, 44 (5) 2003. 370-380 с.
50. Руссо Ж.-Ж. Про мимовільну смерть. Київ. 1996. 5-9 с.
51. Сандберг Д.Є., Гарднер М., Коен-Кеттеніс П.Т. Психологічні аспекти лікування пацієнтів із порушеннями статевого розвитку. *Семінари з репродуктивної медицини*. Вип. 30. 2012. 443-452 с.
52. Сбрага Т. П. та О'Донох'ю В. Т. Робочий зошит із сексуальної залежності. Перевірені стратегії, які допоможуть вам відновити контроль над своїм життям. Окленд, Канада: New Harbinger. 2003.
53. Сканавіно М. Д. Т., Вентунеак А., Абдо К. Х. Н., Таварес Х., Амарал М. Л. С. А. Д., Мессіна Б., дос Рейс С. К., Мартінс Дж. П. і Парсонс Дж. Т. Компульсивна сексуальна поведінка та психопатологія серед чоловіків, які шукають лікування, у Сан-Паулу, Бразилія. *Psychiatry Research*, 209(3). 2013. 518-524 с.

54. Сміт С. Препарати, що викликають статеву дисфункцію. Психіатрія, 6 (3). 2007. 111-114 с.
55. Старшенбаум Г. В. Суїцидологія та кризова психотерапія. Харків. 2006. 364-402 с.
56. Сусман Е.Й., Дорн Л.Д., Шифельбейн В.Л. Статеве дозрівання, сексуальність та здоров'я. / за ред. М.А. Студента, М.А. Істербрукса, Дж. Місті. Всебічний довідник з психології. Нью-Йорк. 2003. 198 с.
57. Феєрбах Л. Думки про смерть. Львів. 2004. 211 с.
58. Фройд З. Психологія сексуальності. Київ. 2009. 288 с.
59. Хайдон А.А., Оселедець А.Х., Хальперн К.Т. Асоціації між моделями сексуальної поведінки, що формується, та репродуктивним здоров'ям молодих дорослих. *Перспективи сексуального та репродуктивного здоров'я*. Вип.№ 44. 2012. 27-218 с.
60. Хальбвакс М. Причини суїциду. Харків. 1999. 101-112 с.
61. Халперн К. Т., Уоллер М. В., Спріггс А, Холлфорс Д. Д. Підлітки-провісники нових сексуальних моделей дорослих. *Журнал здоров'я підлітків*. Маріуполь. Вип.39. 2006. 10-96 с.
62. Хіндін М., Фатусі А. Статеве та репродуктивне здоров'я підлітків у країнах, що розвиваються: огляд тенденцій та заходів. *International Perspectives on Sexual Reproductive Health*. Вашингтон. Вип. №35. 2009. 58-62 с.
63. Хорні К. Невротична особистість нашого часу. Харків. 2001. 58-62 с.
64. Шнайдер Дж. П. і Шнайдер Б. Х. Відновлення пари від сексуальної залежності/співзалежності: результати опитування 88 шлюбів. Сексуальна залежність і компульсивність: Журнал лікування та профілактики, 3(2). 1996. 111-126 с.
65. Шнейдман Е. Душа самогубця. Вид. 8(4). Київ. 2016. 58-137 с.
66. Шнейдман Е. Крик про допомогу. Київ. 2015. 126-243 с.

67. Шпільрейн С. Деструкція як причина становлення. Харків. 2001. 63-82 с.
68. Шрайбер Л. Р. Н., Одлауг Б. Л. і Грант Дж. Е. Компульсивна сексуальна поведінка: феноменологія та епідеміологія в Grant J. E. & Potenza M. N. (ред.), Оксфордський довідник з розладів контролю імпульсів. Нью-Йорк: Oxford University Press. 2011.
69. Шоуолтер Е. Вікторіанська жінка і божевілья. Вікторіанські дослідження, 23 (2). 1980. 157-181 с.
70. Masters W., Virginia J. Human Sexual Response. New York: Bantam Books, 1966.