

ՕԲՍԵՍԻՎ-ԿՈՄՊՈՒԼՍԻՎ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ԵՎ ՍԱԴՈՄԱԶՈՒԻԶՄԻ ՓՈԽԿԱՊԱԿՅՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ

ՎԻԿՏՈՐԻՅԱ ԱՍՐԻԵՎԱ

Կլինիկական հոգեբան և հոգեթերապևտ
vikaasrieva18@gmail.com

ՍՈՆԱ ՄԵԼԻԿՅԱՆ

Կլինիկական հոգեբան և հոգեթերապևտ
sona.melikyan.87@mail.ru

DOI: 10.54503/978-9939-1-2075-1-85

Համառոտագիր

Այս գիտական հոդվածը նպատակ ունի համապարփակ կերպով ուսումնասիրելու օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարման (ՕԿԽ) և սադո-մազոխիստական վարքագծի միջև կապը՝ ընդգծելով նրանց փոխկապակցվածությունը հոգեբանական, նյարդաբանական, հոգեվերլուծական և վարքային տեսությունների շրջանակներում: Հոդվածը ներկայացնում է այս խանգարումների ընդհանուր հոգեբանական և նյարդաբանական հիմքերը, որոնք պայմանավորում են դրանց հաճախակի համատեղ դրսևորումները:

ՕԿԽ-ն բնորոշվում է կաշուն մտքերով (օբսեսիաներ) և կրկնվող, ծիսական գործողություններով (կոմպուլսիաներ), որոնք հիմնականում ծառայում են անհանգստության նվազեցման կամ իրավիճակը վերահսկելու գործառնություն: Այն դիտարկվում է որպես ինքնակարգավորման մեխանիզմ, որն օգնում է անհատին հաղթահարելու բարձր տագնապայնությունը և ներքին կոնֆլիկտները: Սադո-մազոխիզմը, որը բնորոշվում է ցավի կամ նվաստացման միջոցով հաճույք ստանալու հակումով, հոգեվերլուծական մոտեցումներում կապվում է անհատի զարգացման վաղ փուլերում առաջացած ներանձնային կոնֆլիկտների և տրավմաների հետ:

Հոդվածում քննարկվում է, թե ինչպես է վերահսկողության հարցը դառնում կենտրոնական այս երկու խանգարումների ձևավորման մեջ: ՕԿԽ-ով անձանց մոտ վերահսկողության կարիքը դրսևորվում է պարտադրող մտածողության և ծիսական գործողությունների միջոցով, մինչդեռ սադո-մազոխիստական վարքագիծը, ըստ հոգեվերլուծության, կարող է հանդիսանալ վերահսկողության մոդիֆիկացված ձև, որտեղ անձը ենթարկվում է կամ ենթարկում է ուրիշներին՝ լուծելով ներքին լարվածությունը:

Տարբեր հոգեվերլուծական տեսություններ քննարկվում են՝ բացատրելու այս խանգարումների համատեղ առաջացման մեխանիզմները: Զիգմունդ Ֆրեյդի տեսության համաձայն՝ սադո-մազոխիստական վարքագիծը արմատացած է հոգեսեռական զարգացման անալ փուլում, երբ երեխան սկսում է հանդիպել սոցիալական պահանջներին և սահմանափակումներին [4]: Օտտո Ֆենիխելը մատնանշում է, որ սադո-մազոխիստական դրսևորումները կարող են ձևավորվել որպես ագրեսիայի վերափոխված ձև, որն ուղղված է ինքնիրեն կամ

ուրիշներին: Ռոբերտ Սթոլերը իր ուսումնասիրություններում ցույց է տվել, որ պերվերսիան հաճախ պայմանավորված է մանկության տարիներին վերապրած տրավմատիկ փորձառություններով, որոնց արդյունքում անձը փորձում է վերարտադրել վերահսկողության և անգորության զգացողությունները նոր, հոգեբանորեն «ապահով» միջավայրում [19]:

Հոգվածում շեշտադրվում է նաև նյարդաքիմիական գործոնների դերը՝ ուշադրություն դարձնելով սերոտոնիներգիկ և դոպամիներգիկ համակարգերի դիսֆունկցիաներին: ՕԿԻ-ով անձանց մոտ դիտվում է սերոտոնինի անհավասարակշռություն, ինչը կարող է նպաստել կաչուն մտքերի և կրկնվող վարքագծի զարգացմանը: Միևնույն ժամանակ, սադո-մազոխիստական վարքագիծը կարող է պայմանավորված լինել դոպամինային համակարգի գերակտիվությամբ, որը կապված է վարձատրության և հաճույքի մեխանիզմների հետ:

Վերլուծվում են նաև անձնային գործոնները, որոնք կարող են նպաստել այս խանգարումների ձևավորմանը: Հատկապես ուշադրություն է դարձվում սահմանային (borderline) և նարցիսական (narcissistic) անձնային խանգարումների առկայությանը, որոնք հաճախ հանդիպում են ինչպես ՕԿԻ-ով, այնպես էլ սադո-մազոխիստական վարքագծով անձանց մոտ:

Հոգվածում ներկայացվում են տարբեր թերապևտիկ մոտեցումներ՝ այս խանգարումների կառավարման և բուժման համար: Քննարկվում է կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան (ԿՎԹ), որն արդյունավետ է ՕԿԻ-ով անձանց մոտ, ինչպես նաև հոգեվերլուծական թերապիան, որը կարևոր դեր է խաղում սադո-մազոխիստական վարքագծի բուժման մեջ՝ թույլ տալով անհատին վերանշակել մանկության տարիներին առաջացած կոնֆլիկտները: Դեղորայքային միջամտությունները, հատկապես սերոտոնինի ներծծման հետադարձ արգելակիչների (SSRI) կիրառումը, կարող են նպաստել ՕԿԻ-ի ախտանիշների նվազեցմանը, մինչդեռ հոգեբանական աջակցությունը կարող է օգնել անհատին գիտակցելու և վերահսկելու իր վարքագծային մոդելները:

Այս հետազոտությունը կարևոր է հոգեբանների, հոգեբույժների, նյարդաբանների և կլինիկական թերապևտների համար, որոնք աշխատում են կրկնվող վարքային մոդելների, տագնապային խանգարումների և պերվերսիվ վարքագծերի հետ: Հոգվածը կարող է նաև օգտակար լինել այն մասնագետների համար, որոնք ուսումնասիրում են անձի խանգարումների և տրավմայի հետևանքների ազդեցությունը երկարաժամկետ հոգեկան առողջության վրա:

Քանալի բառեր և բառակապակցություններ՝ օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարում, սադո-մազոխիզմ, կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա, նյարդաքիմիական մեխանիզմներ:

THE CORRELATION BETWEEN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND SADOMASOCHISM

VICTORIYA ASRIEVA

Clinical psychologist and psychotherapist
vikaasrieva18@gmail.com

SONA MELIKYAN

Clinical psychologist and psychotherapist
sona.melikyan.87@mail.ru

Abstract

This scientific article aims to comprehensively explore the connection between obsessive-compulsive disorder (OCD) and sadomasochistic behaviour, emphasising their interrelation within psychological, neurobiological, psychoanalytic, and behavioural theories. The article examines the common psychological and neurobiological foundations that contribute to the frequent co-occurrence of these disorders.

OCD is characterised by intrusive thoughts (obsessions) and repetitive ritualistic behaviours (compulsions), which primarily serve to reduce anxiety or maintain a sense of control. It is viewed as a self-regulation mechanism that helps individuals cope with high anxiety levels and internal conflicts. Sadomasochism, which involves deriving pleasure from pain or humiliation, is associated with early-life interpersonal conflicts and traumas in psychoanalytic approaches.

The article discusses the central role of control in the development of these disorders. In individuals with OCD, the need for control manifests through obsessive thinking and rituals, whereas sadomasochistic behavior, according to psychoanalytic theories, can be a modified form of control, where the individual either submits or dominates to process internal tension.

Various psychoanalytic theories explaining the mechanisms behind the co-occurrence of these disorders are reviewed. According to Sigmund Freud's theory, sadomasochistic behavior originates in the anal stage of psychosexual development, when a child first encounters social demands and restrictions [4]. Otto Fenichel suggests that sadomasochistic manifestations may develop as a transformed form of aggression directed at oneself or others. Robert Stoller's studies highlight that perversions are often rooted in childhood traumatic experiences, leading individuals to recreate feelings of control and helplessness in a new, psychologically "safe" environment [19].

The role of neurochemical factors is also emphasised, with a focus on dysfunctions in the serotonergic and dopaminergic systems. Individuals with OCD exhibit serotonin imbalance, which may contribute to obsessive thoughts and repetitive behaviours. Meanwhile, sadomasochistic behaviour may be linked to hyperactivity of the dopamine system, which plays a role in reward and pleasure mechanisms.

Personality factors contributing to these disorders are also analysed, with

particular attention to borderline and narcissistic personality disorders, which are frequently observed in both OCD patients and those displaying sadomasochistic behaviour.

The article presents various therapeutic approaches for managing these disorders. Cognitive-behavioural therapy (CBT) is discussed as an effective treatment for OCD, while psychoanalytic therapy plays a key role in addressing sadomasochistic behaviour by helping individuals process childhood conflicts. Pharmacological interventions, particularly the use of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIS), can help alleviate OCD symptoms, while psychological support aids individuals in recognising and controlling behavioural patterns.

This study is valuable for psychologists, psychiatrists, neurologists, and clinical therapists working with repetitive behavioural patterns, anxiety disorders, and perversions. It may also be useful for professionals studying the impact of personality disorders and trauma on long-term mental health.

Keywords and phrases: Obsessive-compulsive disorder, sadomasochism, cognitive-behavioural therapy, neurochemical mechanisms.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА И САДОМАЗОХИЗМА

ВИКТОРИЯ АСРИЕВА

Магистр психологии, психотерапевт
vikaasrieval8@gmail.com

СОНА МЕЛИКЯН

Магистр психологии, психотерапевт
sona.melikyan.87@mail.ru

Аннотация

Данная научная статья направлена на всестороннее изучение связи между обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) и садомазохистским поведением, подчеркивая их взаимосвязь в рамках психологических, нейробиологических, психоаналитических и поведенческих теорий. В статье рассматриваются общие психологические и нейробиологические основы этих расстройств, которые обуславливают их частое совместное проявление.

ОКР характеризуется навязчивыми мыслями (обсессиями) и повторяющимися ритуальными действиями (компульсиями), которые в основном служат для снижения тревожности или поддержания чувства контроля. Оно рассматривается как механизм саморегуляции, помогающий человеку справляться с высоким уровнем тревожности и внутренними конфликтами. Садомазохизм, выражающийся в стремлении получать удовольствие через боль или унижение, в психоаналитическом подходе связывается с внутриличностными конфликтами и травмами, возникшими на ранних этапах развития личности.

В статье обсуждается центральная роль контроля в формировании этих

двух расстройств. У людей с ОКР потребность в контроле выражается через навязчивое мышление и ритуалы, тогда как садомазохистское поведение, согласно психоаналитическим теориям, может быть модифицированной формой контроля, где индивид либо подчиняется, либо доминирует, перерабатывая внутреннее напряжение.

Рассматриваются различные психоаналитические концепции, объясняющие механизмы совместного проявления этих расстройств. Согласно теории Зигмунда Фрейда, садомазохистское поведение коренится в анальной стадии психосексуального развития, когда ребенок впервые сталкивается с социальными требованиями и ограничениями [4]. Отто Фенихель указывает, что садомазохистские проявления могут формироваться как трансформированная форма агрессии, направленной на себя или других. Роберт Столлер в своих исследованиях показал, что перверсии часто обусловлены травматическими переживаниями детства, вследствие которых человек пытается воспроизвести ощущение контроля и беспомощности в новой, психологически «безопасной» среде [19].

Также в статье подчеркивается роль нейрохимических факторов, уделяя особое внимание дисфункции серотонинергической и дофаминергической систем. У людей с ОКР наблюдается дисбаланс серотонина, который может способствовать возникновению навязчивых мыслей и повторяющегося поведения. В то же время садомазохистское поведение может быть обусловлено гиперактивностью дофаминовой системы, связанной с механизмами вознаграждения и удовольствия.

Анализируются также личностные факторы, способствующие развитию этих расстройств, с акцентом на пограничное (borderline) и нарциссическое (narcissistic) расстройства личности, которые часто встречаются как у людей с ОКР, так и у тех, кто проявляет садомазохистское поведение.

В статье представлены различные терапевтические подходы к лечению и управлению этими расстройствами. Рассматривается когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), которая эффективна при ОКР, а также психоаналитическая терапия, играющая ключевую роль в работе с садомазохистским поведением, помогая человеку переработать детские конфликты. Медикаментозное лечение, в частности использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI), может уменьшить симптомы ОКР, тогда как психологическая поддержка помогает осознать и контролировать поведенческие модели.

Данное исследование представляет ценность для психологов, психиатров, неврологов и клинических терапевтов, работающих с повторяющимися поведенческими моделями, тревожными расстройствами и перверсиями. Оно также может быть полезно специалистам, изучающим влияние личностных расстройств и последствий травм на долгосрочное психическое здоровье.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, садомазохизм, когнитивно-поведенческая терапия, нейрохимические механизмы.

Ներածություն

Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարումը (ՕԿԽ) քրոնիկ հոգեկան խանգարում է, որը բնորոշվում է կրկնվող, անցանկալի մտքերով (օբսեսիաներ) և ստիպողական գործողություններով (կոմպուլսիաներ), որոնք անձը դժվարանում է վերահսկել: Ըստ ժամանակակից հիվանդությունների դասակարգման (ՀՄԴ-10, DSM-IV)՝ այն համարվում է ներոտիկ սպեկտրի խանգարումների ինքնուրույն կատեգորիա **[8]**: Այն տարածված է բնակչության 1,9%-ից 3,3%-ի մոտ և կարող է լուրջ ազդեցություն ունենալ կյանքի որակի վրա **[6]**:

Մտածողության բովանդակային խանգարումներից սևեռուն կամ կաշուն մտքերը (obsession) ձևավորվում են այն պայմաններում, երբ անձի մոտ առաջանում են գաղափարներ, պատկերներ կամ վախեր, որոնք նա չի կարող կամային ջանքերով ճնշել: Այս մտքերը հաճախ ուղեկցվում են բացասական հուզական ապրումներով և դիսկոմֆորտի զգացումով: Արդյունքում անձը դիմում է կոմպուլսիվ գործողությունների (compulsion)՝ որպես պաշտպանական մեխանիզմ՝ նվազեցնելու հոգեկան լարվածությունը **[3]**:

Սադո-մազոխիզմը, որպես սեռական և վարքային դրսևորում, հաճախ դիտվում է որպես առանձին խանգարում, սակայն որոշ դեպքերում այն կարող է լինել օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարման տարատեսակ կամ դրա ուղեկցող դրսևորում: Զիգմունդ Ֆրեյդը պնդում էր, որ սադո-մազոխիզմի արմատները գալիս են անալ փուլից, երբ երեխայի հոգեկանում զարգանում է վերահսկողության և ենթարկման միջև հակասությունը **[5]**: Սա կապվում է ՕԿԽ-ի հետ, քանի որ վերջինիս պարագայում անձը փորձում է վերահսկել իր մտքերը և վարքը՝ օգտագործելով որոշակի ծիսական գործողություններ:

Պերվերսիվ վարքագծերը, այդ թվում՝ սադո-մազոխիզմը, կարող են դիտարկվել որպես ախտաբանական կոմպուլսիաների դրսևորում, որտեղ անձը վերահսկողություն հաստատելու կամ ենթարկվելու միջոցով փորձում է հաղթահարել ներքին տագնապը **[19]**:

Հոգեբանական տեսանկյունից, այս երկու խանգարումները փոխկապակցված են վերահսկողության մեխանիզմների, տագնապի կարգավորման և պաշտպանական մեխանիզմների տեսանկյունից: Նյարդաբանական ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ՕԿԽ ունեցող մարդկանց մոտ առկա են ֆրոնտոստրիատալ ուղիների դիսֆունկցիաներ, մինչդեռ սադո-մազոխիստական վարքագծի դեպքում փոփոխություններ են դիտվում լիմբիկ համակարգում **[9]**:

Մեր ուսումնասիրության նպատակն է՝ բացահայտել օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարման և սադո-մազոխիստական վարքագծի միջև կապը, վեր հանել նրանց կլինիկական, հոգեվերլուծական և նյարդաբանական փոխկապակցվածությունը, առաջարկել համապատասխան թերապևտիկ մոտեցումներ:

Տեսական մաս

Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարումը քրոնիկ հիվանդություն է: Ըստ ժամանակակից հիվանդությունների դասակարգման (ՀՄԴ-10, DSM-IV)՝ ՕԿԽ-ն անկախ կատեգորիա է: Նրա հիմնական կլինիկական դրսևորումները կաշուն մտքերն են (կրկնվող անցանկալի մտքեր, պատկերներ, հուզական փորձառություններ և ազդակներ) և գործողությունները (կարծրատիպային,

հաճախ ծիսական գործողություններ), որոնք սուբյեկտիվորեն գնահատվում են հիվանդի կողմից՝ որպես «պաշտպանիչ» **[8]**: Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարման տարածվածությունը տատանվում է բնակչության 1,9%-ից 3,3%-ի մոտ: Մտածողության բովանդակային խանգարումներից սևեռուն կամ կաշուն մտքերի (լատ. obsido – օբսեսիա՝ զավթել, տիրանալ) էությունն այն է, որ հիվանդի մոտ պարզ գիտակցության պայմաններում առաջանում են երևույթներ (մտքեր, պատկերացումներ, հիշողություններ, վախեր և այլն), որոնք անընդհատ կրկնվում են, տանջում հիվանդին, նրա կողմից գիտակցվում են որպես հիվանդագին, նրանից հնարավոր չէ կամային կերպով ազատվել և սրանց ծագումը հիվանդի ցանկություններից կախված չէ: Սովորաբար, սևեռուն, կաշուն մտքերը (ինչպես նաև կաշուն երևույթներն ընդանրապես) զուգորդվում են բացասական հուզական ապրումներով, դիսկոմֆորտի զգացումով: Սևեռուն մտքերը դասակարգվում են՝ ըստ ծագման մեխանիզմների և բովանդակության: 1. Ըստ ծագման մեխանիզմների տարբերում ենք՝ իրավիճակային սևեռուն մտքերն առաջանում են հոգեկան տրավմաների արդյունքում (հոգեծին), հոգեբանորեն հասկանալի են, արտացոլում են հոգեծին իրավիճակի բովանդակությունը: Օրինակ՝ յաթրոգենիայի մեխանիզմով առաջացող կանցերոֆոբիան, աուտոլիստոն (ինքնածին) սևեռուն մտքերն առաջանում են առանց որևէ տեսանելի պատճառի, բովանդակությունը հոգեբանորեն անհասկանալի է, վերացական, ծիսակարգային սևեռուն մտքերն առաջանում են նախորդ երկու տեսակներից հետո՝ որպես պաշտպանական արարողություն հոգեկան դիսկոմֆորտից ազատվելու նպատակով: Հաճախակի կրկնվելով՝ այս ծեսը շուտով դառնում է սևեռուն երևույթ: 2. Ինտելեկտուալ մակարդակում առաջացող ախտահարումներն արտահայտվում են հետևյալ կերպ.

ա) ամբիտենդենտությունը միաժամանակ գոյություն ունեցող երկու իրար հակասող մղումները և նպատակներն են. լինում է կատատոնիկ համախտանիշի շրջանակներում,

բ) կաշուն գործողություններն իրականացված կաշուն հակումներն են, որոնք որոշ դեպքերում ձեռք են բերում ռիտուալային (արարողակարգային) բնույթ, հաճախ հանդիպում են ներոտիկ խանգարումների ժամանակ,

գ) կոմպուլսիվ գործողություններն իրականացված կոմպուլսիվ հակումներն են, որոնք հիմնականում դիտվում են արստինենտ համախտանիշի շրջանակներում, որոշ անձնային խանգարումների ժամանակ,

դ) բռնի գործողությունները պարզ գիտակցության ֆոնի վրա առաջացող ակամա, առանց որևէ մոտիվացիայի առաջացող շարժումներն են, որոնք հնարավոր չէ զսպել, անհետանում են քնած ժամանակ և ավելի արտահայտիչ դառնում հուզմունքի պահին. հիմնականում դիտվում է գլխուղեղի օրգանական հիվանդությունների ժամանակ,

ե) իմպուլսիվ գործողությունները հուզականորեն անտարբեր բարդ շարժողական ակտեր են, որոնք առաջանում են հանկարծակի, առանց ներքին մղումների պայքարի և հաճախ արտահայտվում առանց իրավիճակային և հոգեբանական պայմանավորվածության. բնորոշ են կատատոնիկ վիճակներին **[1]**:

Զիգմունդ Ֆրեյդը սադիզմի առաջացումը վերագրում է հոգեսեռական զարգացման անալ փուլին, այսինքն՝ հենց այն ժամանակաշրջանին, երբ ուրիշների պահանջը հայտնվում է սուբյեկտի հոգեկան աշխարհում՝ կապված

կանոնների և նորմերի, մասնավորապես հիգիենայի նորմերի պահպանման հետ: Անալ փուլում երեխայի առաջ հարց է ծագում, թե ինչպես վարվել այն բանի հետ, ինչն իրենից որպես պարտք է գանձվում: Ֆրեյդը մեզ ցույց է տալիս, որ անալային փուլում սուբյեկտը հանդիպում է պահանջի և ցանկության միջև պառակտմանը: Սադիստն ամենևին էլ չի փնտրում իր գոհի տառապանքը, այլ փնտրում է նրա մտավոր պառակտումը, այլ կերպ ասած, սադիստը ցանկանում է ոչ թե բռնանալ գոհին, այլ ստիպել նրան անցնել իր իսկ վրայով: Ստիպել նրան անել մի բան, որը հակասում է իր աշխարհի պատկերին, չի տեղավորվում նրա աշխարհայացքի մեջ, անցնել բարոյական սկզբունքների վրայով, ազատվել դոգմայի բեռից: Ի դեպ, պատահական չէ, որ սադիզմը՝ որպես գաղափարախոսություն, պատմականորեն առաջացել է լիբերտինիզմի, բարոյական կապանքներից ազատագրման դարաշրջանում, և հիմնադիր հայրը միաժամանակ եղել է ֆրանսիական հեղափոխության գլխավոր դեմքը՝ Մարկիզ դը Սադը [20]:

Կամային ոլորտի ախտաբանական երևույթները կարող են առաջանալ կամային գործունեության ցանկացած փուլում՝

- մոտիվացիաների մակարդակում,
- ինտելեկտուալ մակարդակում,
- իրականացման մակարդակում [1]:

Հակումների և մոտիվների աղավաղումներին են պատկանում սադո-մազոխիզմը և տրանսվեստիզմը: Տրանսվեստիզմը՝ հակառակ սեռի զգեստները կրելու, նրան բնորոշ իրերն օգտագործելու մղումն է, որի ժամանակ տվյալ անձը լիովին բավարարում է իր սեռական հակումը: Սադո-մազոխիզմի դեպքում բավարարվածության զգացում է առաջանում ցավ և նվաստացում պատճառելու միջոցով: Եթե անձը գերադասում է ենթարկվել նման ներգործության, կոչվում է մազոխիզմ, հակառակը՝ սադիզմ: Հաճախ անձի մոտ այս երկու ձևերը համատեղվում են [1]:

Դեռևս 1905 թ – ին «Երեք ակնարկ սեքսուալության տեսության վերաբերյալ» հայտնի աշխատության մեջ Զ. Ֆրեյդը ցույց տվեց, որ մենք բոլորս ի սկզբանե «պոլիմորֆ պերվերսիվ ենք»: Այսինքն՝ ունենք կարիքներ՝

- դիտելու սեռական գործողությունները (վուայերիզմ),
- ցուցադրելու սեփական մերկությունը (էքսիբիցիոնիզմ),
- օգտագործելու ինտիմ առարկաները՝ որպես ցանկալի անձին փոխարինող (ֆետիշիզմ),

• մտնելու հակառակ սեռի վիճակի մեջ՝ հագնելով նրա հագուստները (տրանսվեստիզմ),

- գիտակցելու հակառակ սեռին պատկանելու մասին (տրանսսեքսուալիզմ),
- ուրիշներին տանջելու, ֆիզիկապես կամ հոգեպես նվաստացնելու (սադիզմ)

- հալածվելու, տանջվելու (մազոխիզմ) [2]:

Զ. Ֆրեյդը և վաղ հոգեվերլուծաբանները պերվերսիվ գործողություններում տեսնում էին մանկական սեռականության անմիջական շարունակությունը: Ըստ նրանց՝ այս ամենի հետևում թաքնված են երեխային բնորոշ էդիպյան ցանկությունները մոր և հոր նկատմամբ, մասնավորապես՝ ինցեստային և մրցակցային ցանկությունները: Մարդուն առավել հեշտ է պերվերսիաների միջոցով ապրել այն զգացմունքները, որոնք նրան դժվար է տանել (թուլություն,

ոչինչ լինելու զգացում, կախվածություն): Սա հատկապես հստակ դրսևորվում է սադո-մազոխիստական հարաբերություններում: Պերվերսիվ անձը կարծես բաժանվում է երկու մասի, որոնցից մեկը ծայրահեղ լավն է, հզոր և իդեալականացված, իսկ մյուսը՝ ծայրաստիճան վատը, անօգնական: Ինչպես ցույց է տվել Ռ. Ջ. Ստոլլերը [19], պերվերսիվ գործողություններում, հատկապես սադոիզմի մեջ, գտնում է իր արտահայտությունը «ատելության էրոտիկ ձևը»: «Նման ատելությունն իր ուժով բավականին մեծ է և անկառավարելի, քանի որ շատ դեպքերում այն առաջանում է ռեակտիվ, որպես պատասխան տրավմայի, որը պերվերսիվ անձը զգացել է մանկության տարիներին: Հասուն տարիքում տուժողը պաշտպանությունից անցնում է հարձակման և հաղթանակի է հասնում ուրիշների նկատմամբ պերվերսիվ գործողության գործընթացում: Նման հաղթանակ ժամանակին ինչ-որ մեկը զգացել է իր նկատմամբ [2]:

Վերլուծական մաս

Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարման (ՕԿԽ) և սադո-մազոխիզմի միջև կապի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ դրանք կարող են ունենալ ինչպես հոգեբանական, այնպես էլ նյարդաբանական ընդհանուր հիմքեր:

1. Հոգեվերլուծական մոտեցում

Զիգմունդ Ֆրեյդի տեսության համաձայն, սադո-մազոխիզմը արմատավորվում է վաղ մանկության շրջանում՝ կապված իշխանության, վերահսկման և ենթարկման դինամիկայի հետ: ՕԿԽ-ն նույնպես կարող է առաջանալ այս դինամիկայի խախտումից, երբ երեխան իր ներքին վախերը հաղթահարելու համար ձևավորում է վերահսկողության ուժեղ կարիք:

Օրինակ՝ երեխան, որ խիստ վերահսկող կամ պատժող ծնողների հետ է մեծացել, կարող է իր վախերը մեղմելու համար ձևավորել ստիպողական վարքային մոդելներ: Սա հետագայում կարող է վերածվել ՕԿԽ-ի, որի հիմքում ընկած է անհատի ցանկությունը՝ կանխել անցանկալի իրադարձությունները կրկնվող գործողությունների միջոցով [14]:

Սադո-մազոխիզմի դեպքում վերահսկողության դինամիկան արտահայտվում է սոցիալական և սեռական վարքի մեջ. սադոիստը փորձում է վերահսկել դիմացինին, մինչդեռ մազոխիստը հակված է ենթարկվել՝ փոխարենը ստանալով հոգեբանական բավարարվածություն: Սա որոշ դեպքերում կարող է դիտվել որպես ՕԿԽ-ի ծայրահեղ դրսևորում, երբ անհատը վերահսկման կարիքը բավարարում է մազոխիստական կամ սադոիստական վարքագծի միջոցով [19]:

2. Կոգնիտիվ-վարքաբանական վերլուծություն

Կոգնիտիվ-վարքաբանական մոդելների համաձայն՝ ՕԿԽ ունեցող անձիք սխալմամբ հավատում են, որ իրենց մտքերը կարող են ազդել իրականության վրա, ինչի արդյունքում ձևավորում են կոմպուլսիաներ՝ այս մտքերը «չեզոքացնելու» համար [3]:

Սադո-մազոխիզմի դեպքում կարելի է դիտարկել նմանատիպ մեխանիզմ. անհատը փորձում է վերահսկել իր ներքին տագնապը որոշակի ծիսական (ritualistic) վարքագծերի միջոցով: Սադոիստական վարքագծի դեպքում վերահսկողությունը դրսևորվում է ուրիշի նկատմամբ, մինչդեռ մազոխիզմի դեպքում՝ սեփական անձի նկատմամբ [13]:

ՕԿԽ-ի որոշակի դրսևորումներ, օրինակ՝ ինքնավնասող պարտադիր

արարքները (օրինակ՝ մաշկի քերում, ինքնաբռնության գործողություններ), որոշ դեպքերում նման են մազոխիստական վարքագծին: Սա վկայում է այն մասին, որ որոշ դեպքերում հիվանդները ինքնաբերաբար ձևավորում են մազոխիստական վարքագիծ, որպեսզի նվազեցնեն ներքին լարվածությունը [4]:

3. Նյարդաբանական կապերը

Նյարդաբանական ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ՕԿԻ ունեցող անձանց մոտ ֆրոնտոստրիատալ ուղիներում (գլխուղեղի որոշակի շրջաններ, որոնք պատասխանատու են վարքի վերահսկման համար) դիտվում են ֆունկցիոնալ խանգարումներ [9]:

Սադո-մազոխիստական վարքի դեպքում նույնպես դիտվում են նյարդաբանական փոփոխություններ, հատկապես լիմբիկ համակարգում, որը պատասխանատու է հաճույքի և ցավի ընկալման համար [11]: Այս համընկնումները վկայում են, որ երկու խանգարումները կարող են ունենալ ընդհանուր նյարդաբանական հիմքեր, ինչը բացատրում է, թե ինչու են որոշ անհատների մոտ այս խանգարումները լինում զուգահեռ:

4. Թերապևտիկ մոտեցումներ

Քանի որ ՕԿԻ-ն և սադո-մազոխիզմը ունեն որոշակի ընդհանրություններ, նրանց բուժման մոտեցումները նույնպես կարող են համընկնել:

- Կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան (ԿՎԹ) համարվում է արդյունավետ և՛ ՕԿԻ-ի, և՛ սադո-մազոխիստական վարքի բուժման համար: Այն օգնում է վերափմաստավորելու կաշուն մտքերը և նվազեցնելու ծիսական վարքը [3]:
- Դեղորայքային բուժումը, հատկապես սերոտոնինային հետադարձ նեյնգրավման ինհիբիտորները (SSRIs), կարող են օգնել նվազեցնելու անհանգստությունն ու կրկնվող վարքային մոդելները [7]:
- Հոգեվերլուծական թերապիան կարող է օգտակար լինել այն դեպքերում, երբ անձի վարքային մոդելները պայմանավորված են վաղ մանկության շրջանում ձևավորված տրավմաներով [14]:

Եզրակացություն

Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարումը և սադո-մազոխիզմը, թեև սկզբնապես տարբեր հոգեբանական երևույթներ են համարվում, կարող են ունենալ ընդհանուր հիմքեր: Երկու խանգարումների դեպքում էլ առկա են կրկնվող վարքային դրսևորումներ, որոնք ծառայում են որպես տագնապի հաղթահարման միջոց: ՕԿԻ-ի դեպքում անձը փորձում է վերահսկել իր վախերը ստիպողական արարքների միջոցով, մինչդեռ սադո-մազոխիստական վարքագծի դեպքում վերահսկողության և ենթարկման հակասությունն արտահայտվում է սոցիալական և սեռական վարքի մակարդակում [13]:

Հոգեվերլուծական տեսությունների համաձայն, այս երկու խանգարումները կարող են արմատավորվել վաղ մանկության շրջանում՝ կապված վերահսկման, իշխանության և ենթարկման դինամիկայի հետ [5]: ՕԿԻ ունեցող որոշ անձիք կարող են ձևավորել սադո-մազոխիստական վարք՝ որպես պաշտպանության կամ կոմպենսացիայի մեխանիզմ, ինչը արտահայտվում է ենթարկման և վերահսկողության վարքային մոդելներով [14]:

Բացի հոգեբանական կապերից՝ նյարդաբանական ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ այս երկու խանգարումները կարող են ունենալ ընդհանուր կենսաբանական մեխանիզմներ: ՕԿԻ-ի դեպքում հաճախ դիտվում են ֆրոնտոտրիատալ ուղիների դիսֆունկցիաներ, մինչդեռ սադո-մազոխիստական վարքագծի դեպքում՝ լիմբիկ համակարգի փոփոխություններ, ինչը վկայում է նրանց փոխկապվածության մասին [11]:

Բուժման տեսանկյունից, ինչպես ՕԿԻ-ի, այնպես էլ սադո-մազոխիզմի դեպքում արդյունավետ են համարվում կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան (ԿՎԹ) և հոգեվերլուծական մոտեցումները, որոնք օգնում են անձին վերամշակելու իր ներքին կոնֆլիկտներն ու վերահսկման հետ կապված մտավոր պատկերները [3]: Բացի այդ՝ դեղորայքային բուժման մեջ կիրառվում են սերոտոնինային հետադարձ նեյնգրավման ինհիբիտորները (SSRIs), որոնք օգնում են նվազեցնելու տագնապը և կրկնվող վարքային մոդելները [7]:

Անհրաժեշտություն ենք համարում ապագա հետազոտությունները կենտրոնացնել այս խանգարումների միջև կապի ավելի խորը ուսումնասիրման վրա՝ ներգրավելով նյարդաբանական, հոգեվերլուծական և վարքաբանական մոտեցումները, ինչը կնպաստի ավելի արդյունավետ թերապևտիկ ռազմավարությունների մշակմանը:

Օգտագործված գրականության ցանկ

1. Սուքիասյան Ս. Հ., Մարգարյան Ս. Պ., Հոգեբուժություն, մաս 1 – Եր., Ասողիկ, 2006, 193 էջ:
2. Куттер П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов, Санкт-Петербург 1997, 342 стр.
3. Clark, D. A., «Cognitive–Behavioral Therapy for OCD», New York, Guilford Press, 2004, 324 p.
4. Fineberg N., «Self–Harm and Obsessive–Compulsive Disorder», 2018
5. Freud, S. «Three Essays on the Theory of Sexuality. Standard Edition» Vol. 7. London, Hogarth Press, 1905, 130 p.
6. Hollander E., «Obsessive–Compulsive Disorder: Diagnosis, Etiology, Treatment», 1997
7. Hollander E., «The Psychopharmacology of Obsessive–Compulsive Disorder», 2002
8. Hollander, E., Benzaquen, S., «Focus on Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders», Amsterdam, Elsevier Science, 1997, 33–44 p.
9. Kendler, K. S. «Psychiatry and Neuroscience: Bridging the Gap», Oxford: Oxford University Press, 2005, 400 p.
10. Menzies, R. G., de Silva, P., «Obsessive–Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment», Chichester: Wiley, 2003, 456 p.
11. Panksepp J., «Neurobiology of Sexual Behaviour», New York: Oxford University Press. 2004
12. Parks P., «Obsessive–Compulsive Disorder», New York: ReferencePoint Press, 2012, 96 p.
13. Rachman S., «Compulsions and Obsessions: The Theory Behind OCD», London, Psychology Press, 1998
14. Reik, T. «Masochism and the Obsessive Mind», New York, Farrar, Straus & Giroux, 1941
15. Reik T., «Obsessive–Compulsive Disorder», Peggy Parks, 2012, 96 p.
16. Reed, G. F. «Obsessional Experience and Compulsive Behaviour», Orlando, Academic Press, 1985, 246 p.
17. Stein D. J., Fineberg N. A., «Obsessive–Compulsive Disorder», 2007, 154 p.
18. Stein, D. J., Fineberg, N. A., «Obsessive–Compulsive Disorder», Oxford, Oxford University Press, 2007, 154 p.
19. Stoller, R. J. «Perversion: The Erotic Form of Hatred», New York, Pantheon Books, 1975, 224 p.
20. Ольшанский Д. А., «Садизм», Психологическая газета, Санкт-Петербург, 2012, URL: [https://psy.su/feed/2431/#:~:text=\(04.10.2024\)](https://psy.su/feed/2431/#:~:text=(04.10.2024))