

*Галимова Э.М., Сарбаева Н.К.*

*Факультет Усовершенствования и переподготовки врачей кафедры  
неврологии, психиатрии, инфекционных болезней,  
фтизиатрии, общей гигиены и эпидемиологии.*

*Кафедра психиатрии и наркологии*

*Андижанский Государственный Медицинский Институт*

**ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ СЕМЬИ ПРИ ОБСЕССИВНО-  
КОМПУЛЬСИВНОМ И СОМАТОФОРМНОМ РАССТРОЙСТВАХ,  
ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ В  
БРАКЕ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ**

*Резюме:* В любом обществе семья как уникальный исторический феномен имеет двойственный характер. С одной стороны — это социальный институт, с другой — малая группа, имеющая свои закономерности функционирования и развития. С институтом семьи тесно связан институт брака.

До сих пор не существует единой нозологической формы для однозначного и исчерпывающего определения ряда расстройств, которые называют «обсесивно-компульсивными».

Более того, намечается довольно своеобразная тенденция к генерированию «новых» ОКР-ов, когда пытаются выделить в отдельные группы такие вариации obsessions как «навязчивое сохранение информации», «навязчивые сомнения в отношениях», «навязчивая ревность» и т. д.

*Ключевые слова:* obsesивно-компульсивное расстройство, семья, компульсивная и соматоформная расстройства, женщина, молодой возраст.

*Galimova E.M., Sarbaeva N.K.*

*Faculty of Advanced Training and Retraining of Physicians, Department  
of Neurology, Psychiatry, Infectious Diseases,*

*phthisiology, general hygiene and epidemiology.*

*Department of Psychiatry and Narcology*

*Andijan State Medical Institute*

**FUNCTIONALITY OF THE FAMILY IN OBSESSIVE-  
COMPULSIVE AND SOMATOFORM DISORDERS MEETING IN  
YOUNG WOMEN LIVING IN MARRIAGE FOR MORE THAN 10  
YEARS**

**Resume:** In any society, the family as a unique historical phenomenon has a dual character. On the one hand, it is a social institution, on the other, a small group that has its own laws of functioning and development. The institution of marriage is closely connected with the institution of the family.

Until now, there is no single nosological form for an unambiguous and comprehensive definition of a number of disorders that are called "obsessive-compulsive".

Moreover, there is a rather peculiar tendency towards the generation of "new" OCDs, when they try to distinguish into separate groups such variations of obsessions as "obsessive preservation of information", "obsessive doubts in relationships", "obsessive jealousy", etc.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder, family, compulsive and somatoform disorders, woman, young age.

**Актуальность.** Обсессивно-компульсивные расстройства, так же невроз навязчивых состояний, характеризуется развитием навязчивых мыслей, воспоминаний, движений и действий, а также разнообразными патологическими страхами и фобиями[2].

Чаще больные осознают свои «странности», но не могут с ними справиться самостоятельно. При этом они испытывают дискомфорт,

дистресс, стресс, патологические страхи, тревогу, снижается их умственная и физическая работоспособность[5].

Обсессивно-компульсивные расстройства могут иметь хронический, прогрессирующий или эпизодический характер[4].

Раньше обсессивно-компульсивное расстройство относили к группе тревожных расстройств, а сейчас его все чаще выделяют в отдельную группу заболеваний, имеющих схожие нейробиологические, феноменологические, психопатологические черты, а также сопоставимые подходы к терапии[1].

При последнем пересмотре американской классификации психических расстройств DSM-5 рядом с тревожными расстройствами и расстройствами, связанными со стрессом, свое место заняла группа обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР).

Нет специфической группы людей, у которых ОКР встречается чаще. Обсессивно-компульсивное расстройство может поражать как взрослых, так и подростков и детей[4].

Наиболее частый возраст диагноза — около 19–20 лет, но есть случаи диагностики и после 35 лет. Считается, что примерно 1,2% взрослого населения США имеют обсессивно-компульсивное расстройство, при этом у женщин оно диагностируется чаще, чем у мужчин: 1,8% против 0,5%[3].

Более половины больных скрывают симптомы обсессивно-компульсивного расстройства. Между началом обсессивно-компульсивного расстройства и обращением к врачу в среднем проходит 12–14 лет.

**Цель исследования.** Изучить причины обсессивно-компульсивных и соматоформных расстройств у молодых женщин, состоящих в браке десять и более лет, проанализировать их и найти решения существующих

проблем, результатом чего станет поиск мер психологического поддержания стабильности семьи.

**Материалы и методы исследования.** Для выполнения поставленной задачи мы отобрали в общей сложности 60 женщин, состоявших в браке десять и более лет и жаловавшихся на обсессивно-компульсивные и соматоформные расстройства, и провели с ними клинико-статистические и эпидемиологические исследования.

**Результаты исследования.** При проведении системно-структурного анализа состояния семейного функционирования, сексуального здоровья, здоровья семьи установлено, что причиной развития обоих вариантов семейной дезадаптации служит стержневое поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья, здоровья семьи вследствие наличия ОКР у женщины. Нарушение остальных компонентов и составляющих служит либо патопластическим фактором, способствуя возникновению семейной дезадаптации, либо усугубляет её течение.

Для лиц с изучаемым типом расстройства типичны импульсивность, склонность к сомнениям, и нарушение стереотипа полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Одним из первых признаков нарушения адаптации является нарушение межличностной коммуникации, особенно с представителями противоположного пола. При установлении первичного «до-сексуального» контакта, это проявляется в эмоциональной неустойчивости, неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб получению удовольствия.

Таким образом, данные системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья супружеских пар этой группы свидетельствуют о его нарушении почти по всем критериям и о сочетанном поражении его компонентов и составляющих.

Социальный компонент сексуальной адаптации нарушен за счет информационно-оценочной составляющей вследствие недостаточной и неправильной осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни и расхождения типов сексуальной культуры супругов.

При обследовании супругов с помощью карт эрогенных зон мужчины и женщины оказалось, что подавляющее большинство обследованных не только не знали о наличии таких зон, но и считали неприемлемым такой вид сексуального контакта, игнорировали их роль в сексуальном возбуждении и удовлетворении. Все супружеские пары имели неточное представление о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции.

Психологический и социально-психологический компоненты состояния сексуального здоровья были нарушены вследствие несоответствия психосексуальных типов мужчины и женщины, а также неблагоприятного сочетания типов сексуальной мотивации. У 21,8% женщин это приводило к развитию сексуальной, а затем и психологической аверсии.

Поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья, которое и явилось непосредственной причиной развития нарушений функциональности семьи, супружеской дезадаптации, является следствием наличия ОКР у женщин и личностной реакции мужчин на не удовлетворяющее их представлениям сексуальное поведение супруги и развитие сексуальной дезадаптации.

В ходе выполнения работы клинико-динамическое изучение больных было дополнено клинико-психологическим исследованием важных аспектов их психического состояния. Анализ полученных результатов позволяет сделать заключение, что клиническая симптоматика, имеющаяся у больных, тесно сопряжена с глубокими нарушениями когнитивной регуляции аффектов и потребностей. Причем для различных клинических

подтипов ОКР имеются свои специфичные варианты таких нарушений и их сочетаний.

Так, больных с навязчивостями завершенности действия характеризует повышенная эмоциональная напряженность, сочетающаяся с невысокой способностью к интеграции поведения и неразвитостью коммуникативных навыков, что патологически компенсируется при помощи чрезмерного и интеллектуализированного самоконтроля. При этом прослеживается взаимосвязь между навязчивостями контроля над завершенностью действий и неспособностью больных адекватно воспринимать сигналы обратной связи из внешней среды. Вместо этого у них отмечается чрезмерное усиление внимания к изменению своего внутреннего состояния. Однако свойственная им низкая дифференциация эмоциональной сферы создает условия для неэффективности такого контроля и для «подмены» качественных эмоциональных оценок сенсорными и пространственными.

**Вывод.** При семейной дисфункциональности, сексуальной дезадаптации наблюдались преимущественно два способа урегулирования конфликтов - соревнование и избегание, при социально-психологической дезадаптации соревнование и приспособление, но и в значительной части супругов наблюдались такие способы урегулирования конфликтов, как избегание и компромисс.

Таким образом, выявленные в ходе комплексного обследования нарушение функциональности семьи, уровня семейной адаптации, обусловленные наличием патохарактерологических особенностей женщин с ОКР, несоответствие психосексуальных типов.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Гришина Н.В. Психология конфликта / Н.В. Гришин. - СПб. : Питер, 2003. - 464 с.

2. Кришталь В.В. Сексуальная гармония и варианты ее нарушения / В.В. Кришталь // Сексол. и андрол. - 2005. - № 1. - С. 136-137.

3. Либих С.С. Руководство по сексологии / С.С. Либих. - СПб. : Питер, 2001. - 480 с.

4. Райгородский В.В. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / В.В. Райгородский. - Самара : БАХРАХ-М, 2002. - 672 с.

5. Fowler C.J. The neurology of male sexual dysfunction and its investigation by clinical neurophysiological methods / C.J. Fowler // B.J. Urol. - 1998. - V. 81 (6). - P. 785-795.