

Агорафобия: проявления и особенности личности

В статье рассматривается понятие и причины агорафобии, влияние различных видов психогений и фрустрации на формирование агорафобии. Проводится анализ сходств и различий агорафобии и клаустрофобии.

Ключевые слова: агорафобия, фрустрация, панические расстройства, психогения

Агорафобия – это разновидность тревожного расстройства. Данный термин (с греческого «агора») означает «место собрания» или «рынок». Люди, страдающие этой боязнью, часто думают, что они не смогут обратиться за помощью к кому-либо, когда могут возникнуть панические атаки, или они чувствуют, что находиться в переполненном месте будет очень неловко, поскольку они, вероятно, проявят симптомы беспокойства. Люди с агорафобией проявляют крайний страх вне дома.

Агорафобия проявляется впервые в 18-20 лет и развивается в полноценную болезнь к 28-30 годам. В 50% случаев агорафобия – это следствие регулярно переживаемых приступов паники, называемых паническим неврозом. Число агорафобов растет. Так, с 3,5% в 1995 году число людей с этим диагнозом в мире выросло до 4,7% в 2015 году [2].

Исследователи описывают связь агорафобии и врожденных свойств нервной системы – нейротизма и лабильности. Это означает, что склонность к агорафобии до какой-то степени наследуется. Норвежские ученые установили, что у близнецов с одинаковым набором генов в 30% процентах случаев обнаруживается совпадение предрасположенности к агорафобии, тогда как у двойняшек процент совпадений равен нулю. Однако наследственные факторы определяют только предрасположенность, но не саму фобию. В развитии играет роль семейное воспитание и социальное окружение ребенка.

Л. Гольдштейн и П. Чамблесс показали, что агорафобам не хватает самодостаточности, независимости и напористости. Им сложно проследить предшествующие эмоциональные переживания, страх обостряется в ситуации конфликта. Согласно исследованиям С. Минеки, неразвитость этих качеств может быть обусловлена ранним отделением от родителей, функциональным отношением к ребенку в семье.

У человека с агорафобией выходят из-под контроля двигательные функции, и он бывает этим чрезвычайно напуган. У таких людей будут проявляться признаки панической атаки и повышенная тревожность. Может казаться, что они дрожат и находятся в состоянии паники. В социальных ситуациях они ис-

пытывают страх и не способны когнитивно адаптироваться к своему окружению, находясь в определенных общественных местах или в окружении определенных людей.

Влиять на развитие расстройства могут психотравмирующие ситуации. Они бывают острые, подострые и затяжные. К острым и подострым относятся: потеря жилья, смерть близких родственников, развод, операции, увольнение с работы, трудоустройство на новое место с трудностями адаптации, а также выход на пенсию.

Развитие тревожно-фобических расстройств начиналось в одних случаях с панических приступов, манифестирующих в течение нескольких недель после стресса, с дальнейшим образованием агорафобического комплекса и депрессивно-ипохондрических расстройств. В других наблюдениях имело место медленное поступательное развертывание болезненной симптоматики с проявлением гипотимии, к которой присоединялись соматовегетативные расстройства, принимающие впоследствии пароксизмальный характер.

Психотравмирующие события с затяжным характером включают в себя: производственные перегрузки и конфликты, отсутствие работы, дисгармонию семейных отношений, обусловленную супружеской неверностью, алкоголизацией, неудовлетворенностью в сексуальной жизни, материально-бытовыми проблемами. Также сюда относятся тяжелые соматические заболевания у ближайших родственников, нуждающихся в постоянном уходе.

В развитии агорафобии участвует такой фактор, как качество жизни человека. Качество жизни – это достигаемость желаемого и удовлетворенность достигнутым. Изучение качества жизни, степени удовлетворенности различными ее сторонами необходимо, так как дает возможность целенаправленно проводить социально-профилактические мероприятия, ориентированные на снижение психосоциальных факторов риска.

При низкой степени удовлетворенности люди чувствуют психологический дискомфорт, раздражительность, хроническое чувство недовольства, которое связано с невозможностью достичь желаемого. Это состояние соответствует состоянию фрустрации.

Острые и подострые психогении выступают скорее в роли триггерного фактора, а затяжные психотравмы обладают влиянием, истощающим психоадаптационные ресурсы личности, редуцируя возможности индивидуума к восстановлению. Затяжные психотравмирующие события приводят к хронизации агорафобии с паническим расстройством, худшему качеству ремиссии, более частым обострениям.

Что касается соотношения агорафобии и клаустрофобии, обе характеризуются иррациональным и постоянным расстройством («фобос» – с греческого «страх»). Обе фобии связаны с пространственными проблемами и имеют перекрывающиеся симптомы. Причиной часто является сочетание обусловленных и

эволюционных факторов, обычно такие расстройства лечатся с помощью психотерапии [1].

К общим симптомам этих фобий можно отнести иррациональный страх, который сохраняется в течение по крайней мере 6 месяцев; чрезмерный страх, который значительно нарушает рутину и отношения; бегство и избегание поведения в ответ на источник страха; тревожные реакции, такие как панические атаки, цепляние или плач; переживание страха приводит к потливости, ознобу, частому пульсу, головокружению, удушью, боли в груди и/или дезориентации [3].

Различие состоит в том, что агорафобия – это страх перед открытыми пространствами, в то время как клаустрофобия – это страх перед замкнутыми пространствами. Следовательно, многие агорафобы предпочитают находиться в безопасности своих комнат, в то время как клаустрофобам, наоборот, комфортно находиться на широких и открытых местах. Так, люди с агорафобией страдают в просторных и многолюдных местах, таких как парки аттракционов и аэропорты, а люди с клаустрофобией опасаются замкнутых пространств, которые часто ограничивают движения, таких как МРТ-сканеры, общественные туалеты и лифты.

По сравнению с агорафобией клаустрофобия более тесно связана с медицинскими процедурами, поскольку проявления клаустрофобии происходят при использовании МРТ-сканеров и гипербарических камер кислорода. Некоторые могут также чувствовать выраженную тревогу при проведении рентгеновских процедур.

Агорафобия более тесно связана с паническим расстройством, поскольку упреждающее беспокойство, вызванное необходимостью быть рядом с другими людьми, приводит к панической атаке. Что касается специфической фобии, какой является клаустрофобия, то панические расстройства не были определены в соответствии с сопутствующими заболеваниями. Часто у таких людей наблюдается депрессия.

Лечение агорафобии начинается с посещения психолога или психотерапевта. Его задача – помочь выявить травмирующее состояние, которое стало толчком к появлению агорафобии. Только когда будет найдена отправная точка, можно приступить непосредственно к терапии. Врач поможет выработать правильную реакцию на стресс, успешно подавить психические атаки и улучшить психологическое состояние человека.

Некоторые пациенты пытаются использовать самолечение. Однако для лучшего результата рекомендуется работа с психологом. Он отслеживает состояние пациента и помогает ему постепенно адаптироваться к жизни в обществе, вне четырех стен.

Особенную осторожность следует проявлять с так называемой шоковой терапией, когда пациент сознательно помещает себя в стрессовую ситуацию, надеясь ее преодолеть. Это может усилить паническую атаку и агорафобию.

Психотерапевт, в отличие от психолога, может также прописать медикаменты, понижающие тревожность. Схема терапии подбирается индивидуально и корректируется при необходимости. Это позволяет достичь наилучшего результата без побочных эффектов. Также необходимо соблюдать длительность приема препаратов. Для закрепления эффекта их рекомендуют использовать в течение 3-6 месяцев после исчезновения симптомов.

Однако одни лекарства не могут справиться с агорафобией. Психотерапия – обязательный элемент лечения, так как страх перед людными местами «записан» в подсознании и медикаментозное лечение способно только приглушить симптомы, но не убрать первопричину.

Друзья зачастую обижаются и не понимают, что происходит, почему предложение сходить в театр или даже в магазин агорафоб отвергает. Агорафобы же, избегая таких предложений, лгут. Те, кто решается рассказать о своих переживаниях, зачастую не получают понимания. Вместо этого звучат советы: «Возьми себя в руки», «Ты же не трус». Близким сложно понять, как можно бояться так сильно. В конечном счете агорафоб становится зависимым от близких в бытовом отношении, поскольку не способен выйти в магазин, банк или на родительское собрание. Часто это приводит к ухудшению отношений в семье, скандалам и даже разводу.

В России люди мало знают о психических нарушениях, в том числе о клинических проявлениях такого заболевания, как агорафобия. Важно понимать, что, хотя психика агорафоба работает иначе, он остается другом, партнером или коллегой. Правильно подобранное лечение скорректирует то, что раньше считалось сложностями характера, и перед нами окажется человек со своими особенностями, меньше следующий за импульсами страха и открытый к диалогу и полной жизни.

От данного недуга никто не застрахован. Уменьшить риск заболевания можно, если вести правильный образ жизни, больше находиться на свежем воздухе, избегать стрессов и анализировать свои поступки и действия, особенно в нестандартных ситуациях.

Литература

1. Брехуненко Л. А., Лазаренко Л. А. Психологические особенности подросткового возраста и их влияние на переживание стресса // На пересечении языков и культур. Актуальные вопросы гуманитарного знания. 2020. № 3(18). С. 493–498.
2. Дурасова Е. А., Лазаренко Л. А. Дисформофобия и факторы ее возникновения // На пересечении языков и культур. Актуальные вопросы гуманитарного знания. 2021. № 1(19). С. 306–313.
3. Орлов Р. А., Михайлова Д. А., Лазаренко Л. А. Теоретические аспекты депрессии у детей и подростков // На пересечении языков и культур. Актуальные вопросы гуманитарного знания. 2020. № 3(18). С. 515–522.