

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО**

**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: «ИЗБЕГАЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО
ЛИЧНОСТИ»**

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Березовская М.А.
Ординатор: Щетникова А.С.

Красноярск 2020 г.

Оглавление

Введение	4
Исторический обзор	4
МКБ-10 и DSM-5	5
Характеристика избегающей личности	6
Дифференциальная диагностика	9
Лечение	10
Вывод	13
Источники.....	13

Введение

Избегающее расстройство личности (ИРЛ) характеризуется тотальным избеганием в поведении, эмоциях и когнитивной сфере. Это избегание поддерживают такие когнитивные темы, как самоосуждение, ожидание отвержения в межличностных отношениях и убежденность в том, что неприятные эмоции и мысли невыносимы.

Недавние исследования выявили значительные нарушения у пациентов с ИРЛ в психической (низкая самооффективность, психические расстройства), социальной (более низкий уровень образования, более низкий доход) сферах жизни. Даже по сравнению с другими расстройствами личности, ИРЛ было связано с самым высоким уровнем нарушений повседневного функционирования. Несмотря на высокую распространенность и изнурительный характер, ИРЛ относительно мало изучена. Большинство доступных исследований сосредоточено на диагностических аспектах, в то время как эффекты фармакологического лечения в значительной степени неизвестны, а исследования психотерапевтических вмешательств дефицитны.

Исторический обзор

Термин «избегающая личность» впервые использовал Миллон (Millon, 1969). Он описал эту личность как состоящую из паттерна «активной обособленности», проявляющегося в «страхе и недоверии к другим людям». «Эти люди постоянно следят за тем, чтобы их побуждения и стремление к любви не привели к повторению боли и страданий, испытанных ими ранее в отношениях с другими людьми. Они могут защищать себя лишь активным уходом от контактов. Несмотря на желание общаться с людьми, они приучились к тому, что лучше игнорировать эти чувства и поддерживать дистанцию в межличностных отношениях» (Millon, 1981, p. 61). Точку зрения, более близкую к когнитивному подходу, можно найти в работах Карен Хорни (Horney, 1945), которая описала «избегающего в межличностных отношениях» человека более чем за 40 лет до его определения в DSM-III-R: «Имеется невыносимое напряжение при общении с людьми, и одиночество становится главным способом его предотвращения.... Имеется общая тенденция подавлять все чувства, даже отрицать их существование» (p. 73–82). В более поздней работе (Horney, 1950) Хорни дает описание избегающего человека, которое согласуется с когнитивными формулировками: «По малейшему поводу или вообще без такового он чувствует, что другие презирают его, не воспринимают его серьезно, не хотят находиться в его компании и фактически пренебрегают им. Его презрение к самому себе... заставляет его... сильно сомневаться относительно отношения других к нему. Не принимая себя таким, какой он есть, он не может поверить, что другие, зная

все его недостатки, могут проявлять к нему дружеское отношение или хорошо думать о нем».

МКБ-10 и DSM-5

Официально используемый в России международный классификатор болезней «МКБ-10» для диагностики тревожного расстройства личности (ИРЛ) требует наличия общих диагностических критериев расстройства личности, и плюс к ним наличия трёх или более из следующих характеристик личности:

- а) постоянное общее чувство напряжённости и тяжёлые предчувствия;
- б) представления о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;
- в) повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятием в социальных ситуациях;
- г) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;
- д) ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;
- е) уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

Дополнительные признаки могут включать гиперчувствительность в отношении отвержения и критики.

Исключаются: социальные фобии (F40.1).

DSM-5

Справочник DSM-5 Американской психиатрической ассоциации, официально используемый в США для диагностики психических расстройств, определяет избегающее расстройство личности как постоянное стремление к социальной замкнутости, чувство неполноценности, гиперчувствительность к негативным оценкам, и начинающееся в период ранней юности, предстающее во множестве форм, и проявляющееся, кроме общих критериев расстройства личности, четырьмя (или более) приведёнными ниже признаками:

1. Избегание профессиональной деятельности, требующей значимых межличностных контактов, из-за страха критики, осуждения или отвержения.
2. Нежелание человека иметь дело с людьми без уверенности в том, что он им понравится.

3. Сдерживание себя в завязывании близких отношений из страха пристыживания, высмеивания или получения отказа, в связи с заниженной самооценкой.
4. Озабоченность возможной критикой или неприятием в социальных ситуациях.
5. Скованность в новых социальных ситуациях из-за чувства неадекватности.
6. Восприятие себя как человека социально неумелого, неприятного как личность или «второсортного» по отношению к окружающим.
7. Повышенное нежелание брать на себя риски или заниматься новой деятельностью, так как это может укрепить чувство стыда.

Характеристика избегающей личности

Для избегающих пациентов характерны несколько долговременных дисфункциональных убеждений, или схем, которые препятствуют социальному функционированию. Эти убеждения могут быть не вполне ясно сформулированы, но отражают понимание пациентами себя и других. Дети, вероятно, имели значимого человека (родитель, сиблинг, сверстник), который резко критиковал и отвергал их. На почве взаимодействия с этим человеком у них сформировались определенные схемы, например: «Я неадекватен», «Я дефектен», «Я непривлекателен», «Я отличаюсь от других», «Я неприспособленный». У них также формируются схемы относительно других людей: «Людам на меня наплевать», «Люди отвергнут меня». Однако не все дети, столкнувшиеся с критическим, отвергающим значимым другим, станут избегающими личностями. Избегающие пациенты должны делать некоторые допущения, чтобы объяснить негативные взаимодействия: «Должно быть, я плохой человек, раз моя мать так ужасно обращается со мной», «Я, видимо, не такой, как все, или дефектный, — вот почему у меня нет друзей», «Если мои родители не любят меня, как же меня полюбит хоть кто-нибудь?».

Страх отвержения

Детями и позже, в зрелом возрасте, избегающие пациенты делают ошибку, предполагая, что другие реагируют на них тем же самым негативным образом, как и критически важный для них человек. Они постоянно боятся, что другие обнаружат их недостатки и отвергнут их. Они боятся, что не смогут перенести дисфорию, которая, как они полагают, появится в результате отвержения. Поэтому они избегают социальных ситуаций и отношений, иногда строго ограничивая свою жизнь, чтобы не испытывать боли, когда кто-то обязательно (по их мнению) отвергнет их. Это ожидание отвержения вызывает дисфорию, которая сама по себе чрезвычайно болезненна. отношения с людьми.

Самокритика

Находясь в социальных ситуациях либо ожидая столкнуться с такими ситуациями в будущем, избегающие пациенты часто имеют ряд самокритических автоматических мыслей. Эти мысли вызывают дисфорию, но редко оцениваются, поскольку пациенты предполагают, что они справедливы. Эти мысли являются результатом вышеописанных негативных схем. Типичные негативные когнитивные структуры таковы: «Я непривлекателен», «Я скучен», «Я глуп», «Я неудачник», «Я жалок», «Я неприспособленный». Кроме того, и до, и в течение социальных контактов избегающий пациент имеет ряд автоматических мыслей, которые предсказывают (в негативном направлении), что произойдет: «Мне будет нечего сказать», «Я поставлю себя в глупое положение», «Он не будет меня любить», «Он будет меня критиковать».

Основные допущения о взаимоотношениях с людьми

Типичные основные допущения таковы: «Я должен притворяться, чтобы нравиться людям», «Если бы другие действительно знали меня, они бы не захотели общаться со мной», «Как только они узнают меня, они увидят, что я плохой», «Близко подпускать к себе людей опасно — они могут увидеть подлинного меня». Если избегающие пациенты все же устанавливают более-менее близкие отношения, они делают допущения по поводу того, что нужно делать, чтобы эти отношения сохранить. Они могут идти на слишком многое, чтобы избежать конфронтации, и могут быть весьма застенчивыми. Их типичные допущения таковы: «Я должен все время доставлять ей удовольствие», «Он будет любить меня, только если я буду делать все, что он хочет», «Я не могу сказать "нет"». Они чувствуют, что постоянно находятся на грани отвержения: «Если я сделаю ошибку, он изменит свое представление обо мне в негативном направлении», «Если я вызову у него недовольство, он перестанет со мной дружить», «Он заметит во мне какой-нибудь недостаток и отвергнет меня».

Неправильная оценка реакций других людей

Избегающие пациенты испытывают трудности при оценке реакций других людей. Они могут по ошибке воспринять нейтральную или положительную реакцию как негативную. Они могут искать положительные реакции от людей, чье мнение не играет никакой роли в их жизни, таких как продавцы в магазине или водители автобусов. Для них очень важно, чтобы никто не думал о них плохо, что обусловлено следующим убеждением: «Если кто-то оценивает меня негативно, эта критика, должно быть, справедлива». Избегающие личности боятся ситуаций, когда их оценивают, потому что негативная и даже нейтральная реакция других людей подкрепляет убежденность в собственной

«неадекватности» и «дефектности». У них нет внутренних критериев для положительной оценки самих себя: вместо этого они полагаются исключительно на свое восприятие оценок, данных им другими людьми.

Игнорирование позитивной информации

В тех случаях, когда избегающие личности получают неопровержимые доказательства того, что другие принимают и любят их, они склонны игнорировать эти факты и считают, что им просто удалось обмануть другого человека или он имеет неполную информацию. Их типичные автоматические мысли таковы: «Он думает, что я умная, но я просто обманула его», «Если бы она действительно знала меня, я бы ей не понравился».

Основной конфликт:

они хотели бы быть ближе к другим и соответствовать их интеллектуальному и профессиональному потенциалу, но боятся быть обиженными, отвергнутыми и потерпеть неудачу.

Их стратегия (в отличие от зависимых людей) состоит в том, чтобы избегать общения или активного участия в чем-либо.

Представление о себе. Они воспринимают себя как социально неприспособленных и некомпетентных в работе или учебе.

Представление о других. Они воспринимают других как потенциально критически настроенных, незаинтересованных и унижающих.

Убеждения. Нередко люди с этим расстройством имеют такие *глубинные убеждения*: «Я плохой, никчемный, непривлекательный. Я не могу терпеть неприятные чувства». Эти убеждения питают следующий (более высокий) уровень *условных убеждений*: «Если люди приблизятся ко мне, они обнаружат "настоящего меня" и отвергнут меня, — что будет невыносимо». Или: «Если я предприму что-либо новое и у меня это не получится, это будет катастрофой». Следующий уровень, который определяет их поведение, состоит из инструментальных убеждений, или инструкций самому себе, таких как «Лучше не участвовать в рискованных делах», «Я должен любой ценой избегать неприятных ситуаций», «Если я чувствую что-то неприятное или

думаю об этом, я должен попытаться забыть об этом, отвлекшись или приняв дозу (спиртного, наркотика и т. д.)»).

Угроза. Главной угрозой представляется то, что люди будут считать их обманщиками, осудят, унижат или отвергнут.

Стратегия. Их основная стратегия состоит в том, чтобы избегать ситуаций, в которых их могут оценивать. Так, они склонны держаться особняком в социальных группах и не привлекать к себе внимания. На работе они избегают новых обязанностей и продвижения по службе из-за опасения неудачи и последующих репрессий со стороны других.

Эмоции. Основная эмоция — дисфория, то есть сочетание постоянной тревоги с печалью. Тревогу вызывает возможность подвергнуться критике, а печаль — отсутствие близких отношений и успехов. Их низкая устойчивость к дисфории препятствует развитию методов преодоления застенчивости и более эффективного самоутверждения. Так как они склонны к интроспекции и постоянно следят за своими чувствами, они очень чувствительны к печали и тревоге. Как ни странно, несмотря на их чрезмерно развитое осознание болезненных чувств, они уклоняются от осознания неприятных мыслей — тенденция, которая соответствует их главной стратегии и называется «когнитивным избеганием». Их низкая терпимость к неприятным чувствам и чувствительность к неудаче и отвержению влияет на все их действия. В отличие от зависимых людей, которые справляются со страхом неудачи, стремясь найти поддержку у окружающих, избегающие личности просто снижают свои ожидания и избегают любой активности, которая связана с риском неудачи или отвержения.

Дифференциальная диагностика

Например, и избегающее и шизоидное расстройства личности характеризуются недостатком близких отношений. Однако избегающие пациенты стремятся к установлению дружеских отношений и обеспокоены критикой — два признака, не свойственные шизоидным пациентам, которые удовлетворены своей малой социальной активностью и безразличны к критике.

ИРЛ имеет некоторые общие когнитивные и поведенческие особенности с социальной фобией и агорафобией. Но в то время как люди с социальными фобиями боятся унижения и низко оценивают свои социальные навыки, они избегают не близких отношений, а лишь некоторых социальных обстоятельств (таких как речь перед большой аудиторией или многолюдные вечеринки). У пациентов с агорафобией могут проявляться формы поведения, подобные отмечающимся у пациентов с ИРЛ. Однако избегание агорафобических

пациентов связано с боязнью находиться в месте, где недоступна неотложная медицинская помощь, а не с боязнью близости.

При диагностике ИРЛ также следует учитывать, что такие пациенты часто ищут лечения сопутствующих расстройств Оси I. Это могут быть тревожные расстройства (например, фобия, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство), эмоциональные расстройства (такие как большая депрессия или дистимия), злоупотребление психоактивными веществами и расстройство сна.

Важно, чтобы правильный диагноз ИРЛ был поставлен в начале психотерапии. Как будет указано ниже, расстройства Оси I можно успешно лечить стандартными когнитивными методами, если психотерапевт применяет стратегии, направленные на преодоление типичного избегания, которое в противном случае может блокировать продвижение к успеху лечения.

Соматоформные и диссоциативные расстройства также могут сопутствовать ИРЛ, хотя не так часто. Соматоформные расстройства могут развиваться в связи с тем, что физические проблемы оказываются хорошим поводом для социального избегания. Диссоциативные расстройства имеют место тогда, когда когнитивные и эмоциональные паттерны избегания принимают настолько крайние формы, что пациенты испытывают проблемы с идентичностью, памятью или сознанием.

Лечение

Программы ранней когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) преимущественно проводились в групповом формате. применялись следующие интвенции: упражнения по экспозиции (постепенное воздействие *in vivo*) или систематические десенсибилизация, репетиция поведения в ролевых играх, самооценка, обучение социальным навыкам. Результаты были от умеренных до хороших, в основном стабильные.

В настоящее время есть информация о внедрении когнитивной терапии для расстройств личности и когнитивной модели социальной тревожности, последующие исследования лечения ИРЛ включают больше когнитивных методов. Когнитивные элементы в лечении ИРЛ включает в себя разработку индивидуализированной модели социальных страхов, выявление дисфункциональных основных убеждений, развитие более адаптивных убеждений, а также поведенческие эксперименты, чтобы бросить вызов безопасности.

Психодинамический подход

Большинство исследований, изучающих эффективность психодинамических подходы охватывают пациентов с любым диагнозом кластера C(РЛ) по DSM и не сосредотачиваются исключительно на ИРЛ. На данный момент в двух РКИ сравнивали КПТ с психодинамическими методами психотерапии.

Свартберг и др. нашли краткосрочно одинаково эффективны динамическая психотерапия и КПТ для РЛ. Emmelkamp et al. сравнили 20 еженедельных сеансов КПТ к краткосрочной динамической психотерапии. В отличие от результатов Свартберга и его коллег, 21 человек с ИРЛ, проходивших лечение в методике КПТ показали значительно большее снижение диагностических критериев и улучшение по самоотчетам по сравнению с 23 пациентами, лечившимися краткосрочной динамической психотерапией. Эти результаты сохранились на уровне 6 месяцев наблюдения.

Схематерапия

Этот подход объединяет методы когнитивно-поведенческой, психодинамической и гештальт-терапии. При лечении наиболее соответствующие режимы схемы - это режим *Lonely Child*, который характеризуется чувством одиночества, недостойности и нелюбимости; режим *Avoidant Protector*, в котором активизируется ситуационное избегание; и режим *Detached Protector* для которого характерно избегание внутренних потребностей, эмоций, и эмоциональных контактов. Кроме того, режим *Punitive Parent*, в котором чувство, что сам заслуживает наказания или предполагается, что активизируется обвинение. В первом исследовании Вертман, Арнц представили предварительные доказательства эффективности элементов схематерапии для пациентов с диагнозом кластера С(РЛ). Та же исследовательская группа сравнила терапию индивидуальной схемой (50 сеансов) с психотерапией, ориентированной на разъяснение, и обычным лечением (ТАУ) для пациентов с кластером С диагноз (N = 323 участника, N = 163 с ИРЛ). Авторы сообщили о более высокой скорости выздоровления для схематерапии по сравнению с ориентированной на разъяснение терапии ТАУ для кластера С. 80% пациентов, получавших схематерапию, выздоровели. Восстановление было определено как несоответствие критериям ни для одного РЛ, оценивается с помощью SCID-II слепыми независимыми интервьюерами. Авторы не обнаружили значимого влияния первичной диагностики РЛ на исход, что указывает на то, что 50 сеансов индивидуальной схемы терапии за 2 года привело к улучшению симптомов ИРЛ, а также к вторичным критериям исхода. Через 3 года результаты были стабильными. Схематерапия показывает многообещающий потенциал для лечения ИРЛ. Однако остается неясным: на самом деле схематерапия дает преимущество перед традиционным КПТ. Гривен и коллеги в настоящее время проводят РКИ, сравнивая групповую схематерапию с групповой КПТ. Другие недавние подходы, которые показали потенциал для лечения ИРЛ в индивидуальных исследованиях включает метакогнитивную межличностную терапию, эмоционально-ориентированную психотерапию, терапию принятия ответственности в сочетании с диалектической поведенческой терапией.

Вывод

В этом реферате мы рассмотрели основные аспекты избегающего расстройства личности и причины, по которым специалисту необходимо подробно ознакомиться с этой нозологией. Также приведены актуальные данные по подходам к лечению ИРЛ, в настоящее время есть несколько методов предпочтительных для терапии этого расстройства личности. Сейчас проводят актуальные исследования для получения более детальной информации о преимуществах различных модальностей психотерапии.

Источники

1. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-016-0665-6>
2. Клиническая психиатрия. Избранные лекции : учеб. пособие / ред. Л. М. Барденштейн, Д. М. Пивень, В. А. Молодецких. - М. : ИНФРА-М, 2018. - 432 с.
3. Клиническая психиатрия : учеб. пособие для мед. вузов, интернов, ординаторов, врачей-курсантов / гл. ред. Т. Б. Дмитриева ; пер. с англ. Р. Г. Акжигитова, В. В. Золотухина, Г. Каплан [и др.].
4. Аарон Бек, Артур Фримен «Когнитивная психотерапия расстройств личности».

ФГБОУ «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____

Рецензия _____ зав. Кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия
Щетниковой Анастасии Сергеевны

Тема реферата: «Избегающее расстройство личности».

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	
2. Актуальность	
3. Соответствие текста реферата его теме	
4. Владение терминологией	
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6. Логичность доказательной базы	
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	
8. Источники литература (не старше 5 лет)	
9. Наличие общего вывода по теме	
10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	

Дата: «__» _____ 2020 год

Подпись рецензента _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора _____ Щетникова А.С.