

• 教育与心理 •

回避型人格障碍的特征、成因、测量及治疗

张又文 张涛

西华大学心理健康教育中心 四川成都 610039

摘要: 回避型人格障碍会造成个体包括心理健康、社会功能和躯体方面的日常功能损害。其不仅是功能受损最严重的人格障碍之一,也是最为流行的人格障碍之一。文章对回避型人格障碍的特征和症状表现、发展及形成的原因、测量工具及治疗方法的相关研究进行了梳理。从心理动力理论的视角阐述了回避型人格障碍与其他心理障碍的鉴别诊断。指出遗传和气质等生物因素、早期儿童经历、依恋类型和家庭环境等因素都是回避型人格障碍的可能成因。目前一些关于回避型人格障碍的测量工具和治疗方法已被开发出来,但仍存在局限,未来需要更多研究发展更特异性的针对回避型人格障碍的测量与治疗方法。

关键词: 回避型人格障碍; 鉴别诊断; 心理评估与测量; 心理治疗

中图分类号: B846.1; R749.91 文献标志码: A 文章编号: 1672-8505(2022)04-0105-08

doi: 10.12189/j.issn.1672-8505.2022.04.011

Characteristics, Causes, Measurement and Treatment of Avoidant Personality

ZHANG You-wen ZHANG Tao

Mental Health Education Center, Xihua University, Chengdu, Sichuan, 610039, China

Abstract: Avoidant personality disorder (AVPD) can result in impairment of the individuals' daily functions, including mental health, social and physical aspects. AVPD is not only one of the most serious personality disorders, but also one of the most popular personality disorders. This paper reviews the personality characteristics and symptoms, causes, measurement, and treatment of AVPD, further expounds the differential diagnosis of AVPD from other psychological disorders from the perspective of psychodynamic theory, and shows that biological factors such as heredity and temperament, early childhood experience, attachment style, and family environment are all possible causes of AVPD. Some measurement tools and treatment methods for AVPD have been developed, but there are still limitations. More research is needed to develop more measurement and treatment methods specifically for AVPD in the future.

Key words: avoidant personality disorder; differential diagnosis; psychological assessment and measurement; psychotherapy

回避型人格障碍(avoidant personality disorder, AVPD)是一种社交抑制、能力不足感和对负性评价极其敏感的普遍心理行为模式^[1]。AVPD患者最核心的病理症状表现是社交回避,他们由于过于敏感并恐惧来自他人可能的负面评价、被拒绝或不被需要的感受,更倾向不去参与任何社交场景(包括聚会、演讲等)。AVPD患者核心的情感特点是羞耻感,他们可能会投入大量时间学习或工作,以回避人际接触;或

收稿日期: 2022-03-01

基金项目: 国家自然科学基金青年基金项目(项目编号: 62006197); 教育部春晖计划(项目编号: 192625)。

第一作者: 张又文, 男, 助教, 主要从事人格障碍、心理测量、心理咨询与治疗研究。

引用格式: 张又文, 张涛. 回避型人格障碍的特征、成因、测量及治疗[J]. 西华大学学报(哲学社会科学版), 2022, 41(4): 105-112.

压抑自己真实的感受和需求,并表现出讨好、顺从他人的倾向。他们极度的焦虑不仅侵入了他们的情感和认知,干扰了他们的日常行为,而且还使得他们无法享受快乐或拥有改善生活的追求,他们远离他人,以保护自己免受预期的被拒绝或羞辱的精神痛苦^[2]。因此,与其他人格障碍相比,AVPD的日常功能损害程度最严重^[3]。AVPD的形成和发展和其他人格障碍一样,一般始于儿童期或青春期,是一种慢性疾病,如果不加以干预,可能持续终生。AVPD不仅是功能受损最严重的人格障碍之一,也是最为流行的人格障碍之一。Reich和Schatzberg^[4]回顾了1980年至2020年期间关于AVPD的实证研究文献,结果显示AVPD在社区中的患病率为0.8%~5%;男性和女性的加权患病率为3.3%;一项针对25岁以上女性的研究发现,其终生患病率为9.3%;AVPD的家族遗传力范围为0.18~0.56;双胞胎遗传力范围为0.28~0.71。

AVPD是一个重要的临床心理学问题,因为它在社区流行,并且具有高发病率和高遗传率。社交能力不足、自卑感、对社会排斥的恐惧和不安全感等AVPD症状也是常见的临床问题,会给AVPD患者带来严重的日常功能损害。此外,对AVPD的诊断和治疗也存在不足,且国内针对回避型人格障碍的研究非常少,因此AVPD的相关问题值得引起更多的关注和讨论。

一、回避型人格障碍的特征及成因

(一)回避型人格障碍的特征

回避型人格这个概念最早由Millon于1969年创造用来描述那些非常突出地表现出厌恶社会关系的个体。在早期的临床文献中,与回避型人格相似的人格特质已有不少记载,并经常结合精神分裂人格概念以及恐惧症人格特质的描述。最早与回避型人格类似的描述是Bleuler^[2]于1911年对精神分裂症概念的最初构想中提到的。Bleuler^[5]于1950年对一些病人记录了如下的有关回避型人格的描述:特别在他们患病的初期,这些病人非常有意识地避免与任何的现实接触,因为他们的情感是如此强大,以至于他们必须避免任何可能激起他们情感的事情。这种对外部世界的冷漠是一种次级的,是由一种过度的敏感性引起的。Kahn^[6]在他的一篇重要作品中概述了以下与回避型人格概念十分一致的特征。他无法真正体验自己和他人,他总是陷入一种支离破碎的体验之中。他不能完全坚持自己,也不能屈服。从根本上来讲,他只追求一个目标,即自我保护。他需要保护自己的人格,因为他总是感到软弱,四面受敌。他的目标方向是无能和怨恨,他拒绝行动,拒绝面对环境的危险。他宁愿生活在一个远离生活斗争并受到良好保护的岛屿上。我们可以从Bleuler和Kahn的描述中看到,尽管他们没有正式提出回避型人格这个概念,但是他们借由在临床中对病人的观察所描述出来的回避型情感和行为特征是十分接近目前对回避型人格障碍的定义和诊断描述的,包括过度敏感性、社交回避、内在疏离感等。Schneider^[7]做了一个恰如其分的比喻:就像身体虚弱的病人失去了正常的身体机能,回避特质的病人表现为一种心理上的虚弱,对他们而言,感情似乎并不真实,关系变得毫无生气和空虚。

之后的研究者更为全面和准确地描述了回避型人格特征,Millon^[8]在之前学者对回避特征描述的基础上提出了回避型人格这个概念,并相应提出了描述这种人格类型核心特征的四个标准:情感不和谐(混乱和冲突的情绪)、认知干扰(使人分心和破坏性想法的持续侵入)、疏离的自我形象(感觉被社交孤立和自我拒绝)和人际不信任(对羞辱和背叛的预期与恐惧)。根据上述描述,Millon又在1975年提出了关于回避型人格的临床特征和诊断标准:即这种回避模式的典型特征是对他人的恐惧和不信任,并表现出自我价值的贬低、明显的社交尴尬以及对人际亲密保持距离;初步提出了5个症状标准。这为之后回避型人格障碍开始作为一个特定障碍的诊断出现在精神疾病诊断与统计手册第三版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III, DSM-III)中奠定了基础^[2]。美国精神医学学会(American Psychiatric Association, APA)根据上述初步诊断标准进行不断讨论和修订,正式在DSM-III中对回避型人格障碍的诊断进行了描述^[9]。后面经过DSM系统的不断修订,从DSM-III到DSM-III-R,再到DSM-IV,回避型人格障碍的

定义和诊断标准不断在更新和变化。DSM-IV将回避型人格障碍定义为一种广泛的“社交抑制,不适当感和对不好的评价的过分敏感”的行为模式,强调了情绪上的高焦虑和高敏感^[10]。而最新的精神疾病诊断与统计手册第5版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, DSM-5)基本沿用了DSM-IV的诊断标准,标准共7条,满足4条(或以上)症状即符合AVPD的诊断:(1)因为害怕被批评、否定或排斥而回避涉及人际接触较多的职业活动;(2)不愿与人打交道,除非确定能被喜欢;(3)因为害羞或害怕嘲弄而在亲密关系中表现拘谨;(4)具有在社交场合被批评或被拒绝的先占观念;(5)因为能力不足感而在新的人际关系情况下受抑制;(6)认为自己在社交方面笨拙、缺乏个人吸引力或低人一等;(7)因为可能令人困窘,非常不情愿冒个人风险参加任何新的活动^[1]。

(二)回避型人格障碍的鉴别

回避型人格障碍和其他许多心理障碍之间都存在共病的情况,这可能会给其诊断带来麻烦,因此将回避型人格障碍与其他心理障碍进行特异性区分显得十分重要。其中,回避型人格障碍和社交焦虑障碍(social anxiety disorder, SAD)之间的鉴别诊断尤其受到很多研究者的关注。关于AVPD和SAD是否可以被划分为彼此独立的障碍,一直都存在争论,目前也尚未出现统一的结论。关于这个问题,文献中出现了两种假说:“严重性连续体假说”和“特定人格障碍假说”。前一种假说认为两种障碍反映了相同的精神病理学谱(病理性社交焦虑和回避)而不是彼此独立的障碍,后一种假说认为两种障碍的诊断和心理病理具有本质区别^[11]。

有许多证据似乎支持“严重性连续体假说”。首先,SAD和AVPD的诊断存在大量的重叠。其次,SAD是AVPD最常见的共病,元分析的研究结果支持了这一点,SAD患者中有46%的个体共病AVPD^[12]。Reich^[13]综述了AVPD和SAD概念的演变,他认为AVPD和SAD之间没有分界线,AVPD只是更严重形式的社交焦虑障碍,对AVPD最好的概念化是它是一种单维的人格病理表现,SAD类似于它的弱化形式。但仍有一些研究认为AVPD和SAD之间存在质的差异。例如,Marques等^[14]的研究强调了“亲密关系中的拘束”可能是AVPD独有的重要组成部分。可能由于不良的关系史,AVPD患者很难向亲戚、亲密朋友以及心理治疗师敞开心扉。而SAD患者则不一定会遇到这样的困难,他们尽管在社交场合感到非常焦虑并会产生回避行为,但他们可能在信任的亲密关系中是相对亲密和舒适的。此外,Eikenaes等^[15]的研究结果支持了AVPD作为独立人格障碍的假说,而不是一种更严重的SAD。他们对比了AVPD和SAD之间的人格功能差异,发现与无AVPD的SAD患者相比,AVPD患者报告了更多的症状、心理社会问题以及自尊、认同和人际关系方面的人格功能障碍,即AVPD比SAD涉及更严重和更广泛的人格功能障碍领域。综合来看,大部分研究都支持AVPD和SAD在诊断和症状表现上有较大的重合,但AVPD仍有其区分性,一是反映在病理程度的严重性上,二是反映在以亲密关系缺陷为代表的特异性临床表现上。未来仍需更多研究去探寻两种障碍是否存在更有说服力的本质差异。

AVPD和其他人格障碍的共病率也较高,并常常在诊断中存在一定混淆,尤其是与分裂样人格障碍(schizoid personality disorder, SZD)、自恋型人格障碍(narcissistic personality disorder, NPD)和依赖型人格障碍(dependent personality disorder, DPD)相混淆。不过得益于心理动力学理论对人格障碍内在病理的深刻理解,它们在诊断上的独特性仍得以保证。本文从心理动力学的理论视角出发,根据文献证据、临床经验以及人格障碍小组研讨,提炼并总结出以下要点,用于理解并区分AVPD和其他人格障碍之间的差异。与分裂样人格障碍相比,社交快感缺乏是AVPD和SZD共同的特征。但AVPD个体具有爱的能力,内心渴望关系,一旦建立关系,对另一方十分忠诚;而SZD个体没有爱的能力,对关系没有需求和渴望,不愿与人亲近,宁愿独处,往往对批评和拒绝无动于衷。与依赖型人格障碍相比,二者同样对个人能力缺乏信心,它们都以不满足感、需要安慰和对批评过度敏感为特征。不同的是,AVPD和DPD在亲密关系中的亲近度方面可能完全相反。而且在AVPD中,不自信与自我贬损以及被羞辱或拒绝更相关;而

DPD的核心动力是害怕被抛弃。因此,尽管DPD个体和AVPD个体一样会抑制表达内心想法和情感,但DPD个体不会害怕因为表达而感到尴尬或者羞耻,他们选择不表达只是为了避免失去关系。此外,回避可能是依赖的一种防御机制,AVPD个体相对于DPD个体可能功能更高,因为依赖个体自我分化程度低,自我功能更低^[16]。大多数研究只关注了AVPD和SZD与DPD的鉴别诊断,其实NPD中的脆弱型自恋也很可能被误诊为AVPD。AVPD和脆弱型自恋都会在建立关系时感到明显害怕,对于建立和维持社交关系缺乏信心,有着很强的自我挫败感。同时,当需求未在关系中得到满足时,他们都会害怕被羞辱或感到失望。他们都需要被他人喜欢和接受的感觉,但不同的是,不动声色的自大和与众不同的感觉是NPD患者独有的特质,并且NPD患者需要被赞美,不管这是不是他应得的,而AVPD患者更倾向于把自己“藏”起来。

(三) 回避型人格障碍的成因

AVPD的形成与发展与很多因素都息息相关,其中包括遗传和气质等生物因素、早期儿童经历和依恋类型等成长与家庭环境因素等。

遗传因素方面,人格障碍已被证明在一定程度上是可以遗传的。一项针对双胞胎的研究表明,AVPD的遗传力为0.64^[17]。Reichborn-Kjennerud等^[18]研究发现AVPD与SAD受到相同遗传因素的影响,但是却受到不同环境因素的影响,并且具有高遗传易感型的个体会发展为AVPD而非SAD。气质方面,Kagan和同事们^[19]发现了一种被称为行为抑制(Behavioral Inhibition, BI)的儿童气质风格,这是一种由于恐惧而克制和退缩的反应倾向,这可能和后续发展的AVPD有关。Eggum等^[20]发现AVPD和SAD有一些共同的气质脆弱因素,包括消极情感(神经质)、行为抑制和害羞。这些气质因素可能会增加个体对不良童年经历的脆弱性,从而增加其形成回避特质的风险。

早期儿童经历方面,Millon^[21]认为与父母的早期互动是AVPD的一个重要病因。早期的研究表明,患者的社交抑制(AVPD的核心症状)与他们认为父母对内向的看法是羞耻的、有负罪感的以及不宽容的感受相关。这可能是由于父母这些感受和行为的特征代表了对他们的否认、拒绝或贬低,这会引发他们对被嘲笑或被攻击的恐惧,从而削弱了个体的社会自我功能^[21]。父母的争论和冲突也与AVPD症状密切相关,这也可能是影响到AVPD的最大消极因素。当父母的婚姻关系质量不良时,孩子会更加敏感,同时可能会把父母之间的问题归因到自己身上,产生强烈的自我批评并十分紧张和害怕外界的苛责与评价,进而产生退缩性反应^[22]。AVPD也与早年经历更多的童年忽视有关,被忽视会给个体带来强烈的羞耻感,然后采取逃避作为一种应对策略^[23],随着时间的推移,就可能发展成为人格障碍。此外,父母对儿童的控制和过度投入也是相当重要的风险因素,这可能会阻止儿童自由探索外界的环境,并增加儿童对外界的风险感知,这些都为AVPD的形成和发展增加了风险^[24]。总体而言,父母本身的羞耻感以及冲突的关系,父母对孩子忽视的、批评的或过于焦虑和敏感的养育,都可能是孩子未来患AVPD的预测因素。

依恋类型方面,依恋类型被认为是一种理解人格障碍起源的方法,依恋分为安全型依恋、焦虑-矛盾型依恋、回避型依恋和混乱型依恋,其中回避型依恋和AVPD密切相关。回避型依恋的特点是对亲密关系感到恐惧并过度自力更生^[25]。Sheldon和West^[26]的研究指出,对依恋关系强烈渴望和恐惧的个体更多被诊断为AVPD而不是社交技能差。而依恋关系的问题可能也是日后AVPD患者的亲密关系出现问题的关键原因。Brennan和Shaver^[27]对13种人格障碍和依恋类型的关系进行了大规模的调查,结果显示被诊断为AVPD的个体有20.3%是安全型依恋;38.2%是回避型依恋;25.3%是矛盾-焦虑型依恋;16.2%是混乱型依恋。和预期一致,回避型依恋和AVPD之间的相关性最高,因为它们都以社会抑制行为为主要特征。

总之,生物和心理因素与AVPD均有关联,但是需要注意的是这些关联并不是AVPD所特有的,需要进一步的研究来澄清导致AVPD的特异性因素或机制,尤其是与SAD之间的区分。研究可能造成

AVPD的早期因素也能为AVPD的评估和治疗提供更深入的理解和帮助。

二、回避型人格障碍及人格组织水平的测量

(一) 回避型人格障碍的测量

回避型人格障碍的测量主要分为自陈式问卷和临床评估两种方式。其中,自陈式问卷大致又分为两类。第一类是临床上常用的测量与评估各种人格障碍的问卷,但其并不是专门为回避型人格设计的,只是作为整个人格评估的一个分量表。常用的综合量表有米隆多轴人格问卷第三版(Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III),量表共包含175个条目,包括一个效度指数、三个校正指数和24个临床分量表,用于测量对应的DSM-IV轴I(一般临床症状,如抑郁、焦虑情绪)和轴II(人格障碍)的症状,其具有良好的信效度^[28]。李雅文等^[29]将MCMI-III引入中国并检验了其信效度,结果显示MCMI-III内部一致性系数为0.96,重测信度为0.71,也具有较好的效标关联效度,符合心理测量学要求。而杨蕴萍等^[30]将人格障碍诊断问卷(Personality Diagnostic Questionnaire, PDQ-4+)引入中国,并检验其信效度。该量表最初由Hyerl根据DSM-III编制并用于专门筛查人格障碍,随后杨坚将PDQ-4翻译成中文并根据中国文化背景进行了修改,增加了新的条目,形成了PDQ-4中文版。PDQ-4+中文版共12个分量表,具有良好的信效度,对人格障碍的诊断有较高的灵敏度和较低的特异度。其他常用量表还有明尼苏达多相人格测试(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, MMPI-2),其在所有人格测验中使用率最高,同时也是精神科临床最常用的人格测验^[31]。目前,只有一个自陈式问卷是专门用于测量AVPD的,即五因素回避人格问卷(Five Factor Avoidant Assessment, FFAvA)。该问卷基于大五人格维度(神经质、外向性、开放性、亲和性和尽责性),结合回避型人格的典型特征进行编制,共121个条目。该问卷的优点是具有良好信效度,且提供了一个单独测量AVPD的问卷,并能从不同功能维度的角度评估更为精细的人格特征,这可能更适用于制定针对性治疗方案^[32]。

尽管自陈式问卷具有测量范围广、使用方便等优点,但是临床评估与访谈能更深入、准确地对人格障碍进行评估与诊断。AVPD的评估包括从高度结构化的临床评估到非结构化的访谈,结构化临床评估最常用于研究领域,因为其标准化减少了访谈人员的偏见并提高了访谈的可靠性,而非结构化的访谈更多用于临床实践。其中结构化访谈有最常用的轴II人格障碍临床访谈(Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Personality Disorders, SCID-II),SCID-II以相对用户友好而受欢迎^[33]。DSM-IV人格结构访谈(Structured Interview for DSM-IV Personality, SIDP-IV)是另一个常用的半结构化评估和诊断工具,由101个条目组成,包括对关系、情绪、活动和兴趣等的评估,并关注外部刺激引发的特征功能、状态、情绪和行为^[34]。个性障碍晤谈手册(Personality Disorder Interview-IV, PDI-IV)也是一种常用的临床半定式查询工具,由Thomas A. Widiger博士等人于1994年编制。临床工作者在使用PDI进行评估时会根据被评估者的回答进行打分,并最终评定人格障碍的严重程度(从无到重度)^[35]。上述三种访谈工具都分别对应了DSM-IV中的10种人格障碍。

临床访谈和自陈式问卷都是有效的评估工具。自陈式问卷具有方便、快捷、高效的优势,但结构化访谈仍具有不可替代的评估和诊断效用。未来的研究需要开发更多有效的专门测量AVPD的自陈式问卷和临床访谈,以进行更加简便的、有针对性的测量。

(二) 回避型人格组织水平的测量

上述对AVPD的测量方式有一个共同的局限是只关注了人格类型和症状表现,没有关注人格功能水平(即人格组织水平)。人格组织(personality organization, PO)的概念是当代心理动力学方法对人格发展的核心构建及最新进展。PO指的是一套持久的,主要是无意识的心理结构,它动态地将先天特质(如气质、经历和阶段特定的动机结构)和后天环境(如创伤、忽视等)组成一个连贯的组织。这些动态组织和重复激活的结构和过程被认为与动机、情感和冲动的调节有关。这个模型具有以下三个特质:(1)是混

合的,因为它在人格分类的基础上增加了维度的方法;(2)包括正常和异常的人格功能;(3)界定了正常和病态基础的一些基本过程和结构。Kernberg^[36]认为,我们只有在可观察行为的基础上,结合个体内在的心理结构,才能真正地理解人格和病理学。人格组织理论假设人格障碍患者的内在人格结构病理程度(即人格组织水平)存在高低水平差异,外显体现于人格障碍的不同严重程度,即个体的人格发展越成熟,其人格组织水平也就越高。Kernberg划分了三种人格组织水平,分别为精神病性水平(psychotic personality organization, PPO)、边缘性水平(borderline personality organization, BPO)和神经症性水平(neurotic personality organization, NPO),其中BPO按照严重程度被进一步划分为高水平和低水平BPO。PO作为维度评估系统非常好地补充了当前针对疾病的分类系统,解决了目前人格障碍诊断缺乏精确性及可靠性差的问题^[37]。因此,在回避型人格障碍的评估与测量中,不能只关注回避型人格的外在症状模式,还需要关注总体的人格功能和内在病理,对回避型人格组织的测量对回避型人格障碍的评估诊断有更深入和指导作用。

Kernberg及其同事在人格组织理论的基础上开发了两个重要的测评工具,一个是结构化访谈——人格组织的结构化访谈(Structured Interview of Personality Organization, STIPO),另一个是自陈式量表——人格组织问卷(Inventory of Personality Organization, IPO)。

常用的人格组织评估工具包括一个自陈式问卷和一个访谈工具。人格组织问卷(Inventory of Personality Organization, IPO)是自陈式问卷,共83个条目,包含三个核心问卷和两个附加问卷。核心问卷评估个体的认同紊乱、原始防御和现实检验,附加问卷评估攻击性、道德观等不同维度的人格功能^[38]。人格组织的访谈工具为人格组织的结构化访谈(STIPO),它是一个用于评估人格组织水平的核心访谈工具。评估的内容包括:认同的稳定性、客体关系质量、防御机制的使用、攻击的质量、僵化与适应性的应对和道德观。STIPO从个体的外显行为水平和内在心理水平对个体进行全面评估,访谈提纲由87道题组成,从0~2分评估人格功能水平的高低,访谈时间约为3~4小时^[39]。尽管STIPO和IPO不是专门为回避型人格障碍设计的,但是其也能反映回避型人格障碍的内在人格功能水平的具体情况。

总之,对于包括回避型人格障碍在内的所有人格障碍的评估与诊断中,需要对外在症状表现和内在人格组织水平进行综合考察,才能帮助人格障碍更全面和精准的临床筛查、诊断和治疗。

三、回避型人格障碍的治疗

回避型人格障碍是一种严重但未得到充分研究的疾病。这可能是由于包括AVPD在内的所有人格障碍是源于早期因素发展而来的长期稳定的心理病理结构,其治疗本身就非常复杂,并且不同治疗形式的形式、时长、治疗深度和治愈程度有着很大的差异,在研究中很难去设计随机对照试验。此外,有关AVPD治疗的证据也更多来源于SAD或合并SAD诊断的研究。因此,关于AVPD的治疗有不少个案报告,但仍缺乏系统的研究证据支持^[40]。

AVPD的治疗主要以心理治疗为主。少数已发表的文献研究了心理治疗对AVPD患者的治疗效果,比如认知行为疗法(CBT)、短程动力疗法(BDT)、心理动力性治疗、短程结构治疗等。Alden^[41]结合认知行为疗法、人际关系技能培训、放松训练等设计了一个短程结构团体治疗方案,结果表明完成了10周治疗的AVPD患者比未接受治疗的对照组在各个方面都有显著的改善,包括社交情境引发的干扰减少、社交焦虑症状减少、对社交活动的满意度更高等。但AVPD在各项症状表现上仍低于正常水平,即虽然治疗是有益的,但AVPD患者并没有达到正常的功能水平。Emmelkamp等^[42]对比了短程动力疗法和认知行为疗法在AVPD门诊治疗中的疗效,结果发现接受两种疗法的AVPD患者与对照组相比,在多项心理指标上均显著改善,并且认知行为疗法比短程动力疗法更有效。短程治疗的问题在于很难彻底治疗其病理性人格结构,只能改善一些外在症状。从临床角度来看,相比短程治疗,心理动力性治疗仍是更深度、更有效的治疗方式。Gabbard^[43]总结了针对AVPD使用心理动力性治疗的要点,包括对AVPD患者对自

我暴露的羞耻感给予同情性的认可,同时坚定地鼓励患者面对令他害怕的情境等。最新的研究报告了一种前瞻性的疗法,这种新疗法结合了每两周一次的元认知人际关系疗法(MIT)和每周一次的以心智化为基础的团体疗法(MBT),平均治疗时间为13个月。研究结果验证了其治疗效果,并为未来大规模随机对照试验提供了强有力的候选治疗方案^[44]。

结语

回避型人格障碍是一种相对常见的人格障碍,与社交抑制为主的行为特征和显著的痛苦相关。这是一种慢性疾病,发病年龄很小,患病率相对较高,并会影响终生。然而,由于对回避型人格障碍的认识和研究不足,使其在诊断的精度上存在一些问题,尤其是与社交焦虑障碍之间的复杂关系目前仍有许多争论,还需要更多的研究讨论是否它们之间存在质的差异,以及如何进行有效的鉴别诊断^[16]。回避型人格障碍的病因非常复杂,基因、气质、早期儿童环境、依恋方式、父母人格特质等都可能与回避型人格障碍有关,未来的研究可能需要找到更特异性的、影响最为显著的变量,这有助于更具针对性和操作性的干预或治疗。回避型人格障碍的测量主要是访谈评估和问卷测量。人格组织的测量是目前人格评估中的新进展,在对回避型人格障碍的类型特点和症状表现进行评估的基础上,还需要对回避型人格组织(也就是人格功能水平)进行评估,以获得对该人格障碍更全面、更多维同时也更深度的理解。由于回避型人格障碍病理及治疗的复杂性,目前针对其治疗方法及效果的研究,尤其是随机对照试验还十分缺乏,未来的研究需要设计更标准化、有操作性的治疗方案,并针对不同的疗法进行疗效比较,以找出治疗回避型人格障碍的金标准。

参考文献:

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5[M]. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
- [2] MILLON T. Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal[M]. New Jersey: John Wiley & Sons, 2011.
- [3] WEINBRECHT A, SCHULZE L, BOETTCHER J, et al. Avoidant personality disorder: A current review[J]. Current psychiatry reports, 2016, 18(3): 1-8.
- [4] REICH J, SCHATZBERG A. Prevalence, factor structure, and heritability of avoidant personality disorder[J]. The journal of nervous and mental disease, 2021, 209(10): 764-772.
- [5] BLEULER E. Dementia praecox[M]. New York: International Universities Press, 1950.
- [6] KAHN E. Psychopathic personalities[M]. New Haven CT: Yale University Press, 1931.
- [7] SCHNEIDER K. Psychopathic personalities[M]. London: Cassell, 1958.
- [8] MILLON T. Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning[M]. Philadelphia PA: Saunders, 1969.
- [9] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3th ed.(DSM-III)[M]. Washington DC: Author, 1980.
- [10] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.(DSM-IV)[M]. Washington DC: Author, 1994.
- [11] PELLECCIA G, MORONI F, COLLE L, et al. Avoidant personality disorder and social phobia: Does mindreading make the difference?[J]. Comprehensive psychiatry, 2018(8): 163-169.
- [12] FRIBORG O, MARTINUSSEN M, KAISER S, et al. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research[J]. Journal of affective disorders, 2013, 145(2): 143-155.
- [13] REICH J. Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia[J]. Personality disorders, 2009(11): 89-93.
- [14] MARQUES L, PORTER E, KESHAVIAH A, et al. Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: What does it add?[J]. Journal of anxiety disorders, 2012, 26(6): 665-672.
- [15] EIKENAES I, HUMMELEN B, ABRAHAMSEN G, et al. Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia[J]. Journal of personality disorders, 2013, 27(6): 746-763.
- [16] LAMPE L. Avoidant personality disorder: Current insights[J]. Psychology research and behavior management, 2018(11): 55-66.
- [17] GJERDE L C, CZAJKOWSKI N, RØYSAMB E, et al. The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire[J]. Acta psychiatrica scandinavica, 2012, 126(6): 448-457.
- [18] REICHBORN-KJENNERUD T, CZAJKOWSKI N, TORGERSEN S, et al. The relationship between avoidant personality disorder and social

- phobia: A population-based twin study[J]. *American journal of psychiatry*, 2007, 164(11): 1722 – 1728.
- [19] KAGAN J, REZNICK J S, CLARKE C, et al. Behavioral inhibition to the unfamiliar[J]. *Child development*, 1984, 55(6): 2212 – 2225.
- [20] EGGUM N D, EISENBERG N, SPINRAD T L, et al. Predictors of withdrawal: Possible precursors of avoidant personality disorder[J]. *Development and psychopathology*, 2009, 21(3): 815 – 838.
- [21] STRAVYNSKI A, ELIE R, FRANCHE R L. Perception of early parenting by patients diagnosed avoidant personality disorder: A test of the over-protection hypothesis[J]. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1989, 80(5): 415 – 420.
- [22] MEYER B, CARVER C S. Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: A study of avoidant personality disorder features in college students[J]. *Journal of personality disorders*, 2000, 14(3): 233 – 248.
- [23] EIKENAES I, EGELAND J, HUMMELEN B, et al. Avoidant personality disorder versus social phobia: The significance of childhood neglect[J]. *PloS one*, 2015, 10(3): e0122846.
- [24] HUDSON J L, RAPEE R M. Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study[J]. *Behaviour research and therapy*, 2001, 39(12): 1411 – 1427.
- [25] AINSWORTH M D S, BLEHAR M C, WATERS E, et al. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation[M]. London: Psychology Press, 2015.
- [26] SHELDON A E R, WEST M. Attachment pathology and low social skills in avoidant personality disorder: An exploratory study[J]. *The Canadian journal of psychiatry*, 1990, 35(7): 596 – 599.
- [27] BRENNAN K A, SHAVER P R. Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving[J]. *Journal of personality*, 1998, 66(5): 835 – 878.
- [28] BUTCHER J N, ROUSE S V. Personality: Individual differences and clinical assessment[J]. *Annual review of psychology*, 1996, 47(1): 87 – 111.
- [29] 李雅文, 杨蕴萍, 姜长青. 米隆临床多轴问卷第三版的信效度研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 2010, 18(1): 11 – 13+17.
- [30] 杨蕴萍, 沈东郁, 王久英, 等. 人格障碍诊断问卷(PDQ-4+)在中国应用的信效度研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 2002(3): 165 – 168.
- [31] BUTCHER J N. Minnesota multiphasic personality inventory[J]. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences (Second Edition)*, 2015, 42(3): 566 – 568.
- [32] LYNAM D R, LOEHR A, MILLER J D, et al. A five-factor measure of avoidant personality: The FFAvA[J]. *Journal of personality assessment*, 2012, 94(5): 466 – 474.
- [33] FIRST M B, BENJAMIN L S, GIBBON M, et al. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders[M]. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.
- [34] PFOHL B, BLUM N, ZIMMERMAN M. Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV[M]. Washington DC: American Psychiatric Pub, 1997.
- [35] WIDIGER T A, CORBITT E M, ELLIS C R, et al. Personality disorder interview--IV[M]. Odessa FL: Psychological Assessment Resources, Incorporated, 1995.
- [36] KERNBERG O F. Severe personality disorders[M]. New Haven CT: Yale University Press, 1984.
- [37] CALIGOR E, KERNBERG O F. A psychoanalytic theory of personality disorders[J]. *Major theories of personality disorders*, 2005(2): 114 – 145.
- [38] LENZENWEGER M F, CLARKIN J F, KERNBERG O F, et al. The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample[J]. *Psychological assessment*, 2001, 13(4): 577.
- [39] STERN B L, CALIGOR E, CLARKIN J F, et al. Structured interview of personality organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample[J]. *Journal of personality assessment*, 2010, 92(1): 35 – 44.
- [40] LAMPE L. Avoidant personality disorder as a social anxiety phenotype: Risk factors, associations, and treatment[J]. *Current opinion in psychiatry*, 2016, 29(1): 64 – 69.
- [41] ALDEN L. Short-term structured treatment for avoidant personality disorder[J]. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1989, 57(6): 756.
- [42] EMMELKAMP P M G, BENNER A, KUIPERS A, et al. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioral therapies in avoidant personality disorder[J]. *The British journal of psychiatry*, 2006, 189(1): 60 – 64.
- [43] GABBARD G O. Psychodynamic psychiatry in clinical practice[M]. Washington DC: American Psychiatric Pub, 2014.
- [44] SIMONSEN S, POPOLO R, JUUL S, et al. Treating avoidant personality disorder with combined individual metacognitive interpersonal therapy and group mentalization-based treatment: A pilot study[J]. *The journal of nervous and mental disease*, 2022, 210(3): 163 – 171.