

焦虑障碍与人格障碍的共病

黄建军¹, 柏晓利², 杨蕴萍¹

(1.首都医科大学附属北京安定医院,北京 100088;2.首都医科大学附属北京友谊医院,北京 100050)

【摘要】 目的:探讨焦虑障碍患者共病人格障碍的情况。方法:对 127 例符合 DSM-IV 轴 I 焦虑障碍的患者进行了 DSM-IV 轴 II 人格障碍的诊断评估,并进行汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、疾病严重程度(CGI-SI)、社会功能缺陷(SDSS)等评定。结果:①焦虑障碍与人格障碍的共病率为 73.2%;②共病者焦虑障碍的发病年龄更早($P<0.01$),焦虑障碍病程更长($P<0.05$),疾病更加严重($P<0.01$),其焦虑、抑郁水平更高($P<0.05$; $P<0.05$),社会功能更差($P<0.01$)。结论:焦虑障碍与人格障碍有较高的共病率,焦虑障碍与人格障碍共病患者的临床特征更加复杂。

【关键词】 焦虑障碍;人格障碍;共病

中图分类号: R395.2 文献标识码: A 文章编号: 1005-3611(2012)04-0480-05

Comorbid Anxiety Disorders and Personality Disorders

HUANG Jian-jun, BAI Xiao-li, YANG Yun-ping

Beijing An Ding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

【Abstract】 Objective: To get the prevalence rate of personality disorders in patients with anxiety disorders and to get the clinical features of these comorbid patients, the authors conducted a survey among a cohort of patients with anxiety disorder. **Methods:** Personality disorders of 127 patients meeting DSM-IV criteria of anxiety disorders were assessed by structured clinical interview for DSM-IV Axis II, the Hamilton Anxiety Scale, the Hamilton Depression Scale, the Clinical Global Impression-Severity of Illness, and the Social Disability Screening Schedule. **Results:** The prevalence rate of personality disorders in patients with anxiety disorders was 73.2%. Compared with patients with anxiety disorders only, the patients with comorbid anxiety disorders and personality disorders had earlier age of onset of anxiety disorders ($P<0.01$), longer duration of anxiety disorder ($P<0.05$), greater severity of illness ($P<0.01$), worse impaired social function ($P<0.01$) and higher level of anxiety and depression ($P<0.05$; $P<0.05$). **Conclusion:** The prevalence rate of personality disorders in anxiety disorders is high in our research, and the clinical features of the comorbidity are complex.

【Key words】 Anxiety disorder; Personality disorder; Comorbidity

已有研究发现焦虑障碍患者经常共病一种或数种人格障碍,且共病者的临床问题更加复杂和严重^[1-3]。例如,共病者较没有共病者有更高的自杀企图,社会功能更差^[1,4-8]。另外,“焦虑/恐惧”组(C组)人格障碍较其它人格障碍更容易与焦虑障碍共病,尤其是回避型和强迫型人格障碍^[1,2]。不同亚型的焦虑障碍均有较高的人格障碍共病率,如创伤后应激障碍(PTSD)的共病率为 13.3%~79.4%^[9-11],强迫障碍(OCD)的共病率为 15.6%~75%^[11-14],社交恐怖症的共病率为 37%~100%^[5,6,15],惊恐障碍的共病率为 15%~77.8%^[1,2,16-19],广泛性焦虑障碍(GAD)的共病率为 49%~73%^[1,20]。这些研究结果多来自西方国家,且各研究结果间差异较大,国内相关研究较少,且多为小样本数据。本研究将调查国内焦虑障碍患者共病人格障碍的发生率及其临床特点。

1 对象与方法

1.1 对象

被试来自北京安定医院门诊和住院患者以及北

京友谊医院心理门诊就诊患者。所有被试在详细告知研究内容后,填写了知情同意书。入组标准:①年龄 ≥ 18 岁;②符合 DSM-IV 轴 I 焦虑障碍标准;③无心肌梗塞、不稳定心绞痛、充血性心衰、严重肝硬化、急慢性肾功能衰竭、严重糖尿病等严重的躯体疾病者;④无精神分裂症、脑器质性疾病、物质滥用和癫痫。

入组 130 例,有 3 人未能完成 SCID-II 评估而脱落,共有 127 例完成全部初始评估,均符合焦虑障碍诊断。其中 75 例来自北京安定医院,52 例来自北京友谊医院。两者在性别、教育程度、职业、婚姻及宗教信仰方面无明显差异。总体样本中,GAD 有 46 例(36.2%),OCD 39 例(30.7%),社交恐怖 25 例(19.7%),惊恐障碍 18 例(14.2%),PTSD 11 例(8.7%),特定恐怖症 4 例(3.1%),无惊恐障碍的广场恐怖症 1 例(0.8%),百分比总和超过 100%,是因为有 16 例患者同时诊断有两种及以上亚型的焦虑障碍,占样本量 18.1%。

受试平均年龄 33.6 岁($SD=\pm 13.6$),男性和女性

分别占比 48.8% 和 51.2%。18.9% 为初中及以下学历,33.9% 为高中学历,47.2% 为大学及以上学历;48% 为单身、离异或丧偶,52% 已婚或同居;64.6% 有工作或为学生身份。

1.2 方法

1.2.1 诊断标准及实施过程 先由门诊及病房主管医生根据临床诊断推荐符合入组标准的焦虑障碍患者进入课题组,由课题访谈人员进行 DSM-IV 轴 I 障碍定式临床检查(SCID-I)焦虑障碍扫描部分,并就具体焦虑障碍亚型进一步访谈,同时施测 DSM-IV 轴 II 障碍定式临床检查(SCID-II)^[21],评估汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、疾病严重程度量表(CGI-SI)、社会功能缺陷筛查量表(SDSS)。

1.2.2 统计分析 采用 SPSS12.0 统计软件包进行统计分析,差异性水平为 0.05。

2 结 果

2.1 焦虑障碍与人格障碍的共病率

127 例焦虑障碍患者中,93 例(73.2%)共病人格障碍,43.3% 共病一种人格障碍,29.9% 共病两种及以上人格障碍。共诊断人格障碍 260 个,最常见的

前五种人格障碍亚型依次为强迫型(24.2%)、回避型(16.2%)、消极型(11.2%)、偏执型(11.2%)和抑郁型(10.4%),未发现反社会型人格障碍。见表 1。

表 2 显示各亚型焦虑障碍共病人格障碍的情况。有 16 例焦虑障碍患者同时存在两种或三种焦虑障碍亚型,这部分焦虑障碍与人格障碍的共病率为 81.3%,以回避型人格障碍最多,为 25.0%。由于特殊恐惧症仅收集 4 例,无惊恐障碍史的广场恐惧症仅 1 例,未计算其人格障碍共病率。

表 1 焦虑障碍患者共病人格障碍情况(N=127^a)

人格障碍亚型	数量	百分数(%)
强迫型	63	24.2
回避型	42	16.2
消极型	29	11.2
偏执型	29	11.2
抑郁型	27	10.4
边缘型	22	8.5
依赖型	21	8.1
分裂型	2	0.8
自恋型	18	6.9
分裂样	1	0.4
表演型	6	2.3
反社会	0	0.0

注:^a127 例患者,共诊断人格障碍 260 个。

表 2 各亚型焦虑障碍的人格障碍共病率[n(%)]

人格障碍	各亚型焦虑障碍					
	SP(N=25)	GAD(N=46)	PD(N=18)	PTSD(N=11)	OCD(N=39)	≥2种ADs(N=16)
任何人格障碍	22(88.0)	32(69.6)	14(77.8)	9(81.8)	30(76.9)	13(81.3)
各亚型人格障碍						
强迫型	8(32.0)	18(39.1)	3(16.7)	3(27.3)	22(56.4)	3(18.8)
消极型	4(16.0)	12(26.1)	4(22.2)	1(9.1)	8(20.5)	0
抑郁型	2(8.0)	9(19.6)	3(16.7)	0	8(20.5)	3(18.8)
依赖型	3(12.0)	6(13.0)	4(22.2)	1(9.1)	3(7.7)	2(12.5)
表演型	0	1(2.2)	0	1(9.1)	3(7.7)	0
分裂样	0	2(4.4)	0	0	0	0
回避型	8(32.0)	9(19.6)	7(38.9)	2(18.2)	4(10.3)	4(25.0)
偏执型	1(4.0)	9(19.6)	3(16.7)	0	7(17.9)	3(18.8)
边缘型	1(4.0)	9(19.6)	1(5.6)	0	3(7.7)	1(6.3)
自恋型	0	7(15.2)	1(5.6)	2(18.2)	3(7.7)	1(6.3)
分裂型	0	1(2.2)	0	0	1(2.6)	0
反社会型	0	0	0	0	0	0

注:AD:焦虑障碍;SP 社交恐怖症;GAD:广泛性焦虑障碍;PD:惊恐障碍;PTSD:创伤后应激障碍;OCD:强迫障碍

2.2 两组患者临床特点的比较

采用 MANOVA 进行两组间连续变量的比较,固定变量为性别和组别,结果显示两组间性别无显著性差异(Wilks' Lambda=0.944;F=0.996;P=0.438),性别和组别间无显著性交互作用(Wilks' Lambda=0.948;F=0.912;P=0.500),但组间比较有显著性差别(Wilks' Lambda=0.725;F=6.329;P<0.01)。通过组

间主成效果分析,显示两组患者在某些临床特点上具有统计学差异。如表 3,共病组患者焦虑障碍的发病年龄明显早于非共病组,共病组患者的焦虑障碍病程更长,共病组患者的汉密尔顿焦虑和抑郁量表得分更高。共病组患者的临床总体评定量表-严重程度量表(CGI-SI)、社会功能缺陷筛查量表(SDSS)得分更高。两组患者在性别、教育程度、职业、婚姻方

面无统计学差异。见表 3。

2.3 共病的相关因素分析

以是否共病为因变量(共病为 1,非共病为 0),进行 Binary Logistic 回归分析,剔除显著性检验 $P >$

0.05 的因子后,进入回归模型的危险因素有 3 个。见表 4。显示焦虑障碍患者的临床整体严重程度及焦虑程度越重,焦虑障碍的发病年龄越早,共病人格障碍的可能性越大。

表 3 焦虑障碍共病人格障碍组与非共病组临床特点的比较 (N=127)

项目	组别		F/x^2	P
	非共病组 (N=34)	共病组 (N=93)		
年龄	35.8±13.2	32.8±13.6	0.49 (F)	0.495
焦虑障碍发病年龄(岁)	31.7±12.6	22.7±9.0	16.18 (F)	<0.01
焦虑障碍病程(月)	26.3±39.9	56.7±73.0	4.60 (F)	0.034
HAM-A	29.9±11.7	34.9±11.3	6.38 (F)	0.013
HAM-D	19.7±10.8	22.9±9.6	4.10 (F)	0.045
SDSS	10.5±2.5	12.5±3.3	8.28 (F)	0.005
CGI-SI	3.9±0.6	4.6±1.1	11.66 (F)	0.001
性别	男	13 (38.2%)	2.081 (x^2)	0.149
	女	21 (61.8%)		
职业 t	无	10 (29.4%)	0.736 (x^2)	0.391
	有/学生	24 (70.6%)		
婚姻	未婚	14 (41.2%)	2.361 (x^2)	0.307
	已婚	19 (55.9%)		
教育水平	离异/丧偶	1 (2.9%)	1.814 (x^2)	0.404
	初中及以下	2 (5.9%)		
	高中	3 (8.8%)		
	大学及以上	29 (85.3%)		

注:HAM-A;Hamilton 焦虑量表,HAM-D:Hamilton 抑郁量表;SDSS:社会功能筛查量表;CGI-SI:疾病严重程度量表

表 4 焦虑障碍共病人格障碍危险因素的 logistic 回归分析^a

危险因素	B	S.E.	Wald	df	P	Odds Ratio	95% CI	
							Lower	Upper
焦虑障碍发病年龄	-0.086	0.020	19.079	1	<0.01	0.918	0.883	0.954
HAM-A	0.039	0.019	4.398	1	0.036	1.040	1.003	1.078
CGI-SI	0.488	0.150	10.634	1	0.001	1.629	1.215	2.184

注:CGI-SI:临床总体评定量表-严重程度量表;HAM-A;Hamilton 焦虑量表,^a因变量为共病;共病组 93 例,非共病组 34 例。

3 讨论

本研究发现焦虑障碍与人格障碍的共病率为 73.2%,其中,84.6%的社交恐怖症、69.3%的 GAD 和 76.2%的 OCD、70%的惊恐障碍和 75.0%的 PTSD 共病一种或多种人格障碍。Sanderson 等对 347 例门诊接受认知治疗的焦虑障碍患者研究发现共病率为 35%^[1],该报道低于本研究结果,可能是因其被试来源于接受认知治疗的患者,评估结果会受到认知治疗的影响。而 Newton-Howes 等对英国伦敦社区使用类似的调查方法也发现高达 71%的焦虑障碍患者共病人格障碍^[22]。我国戴云飞等对 38 例就诊于心理门诊的焦虑障碍患者调查发现人格障碍共病率为 55.3%^[23]。Gokalp 等对 87 例社交恐怖症患者的研究发现 67.8%共病人格障碍^[7], Bollinger 研究发现 79.4%PTSD 共病人格障碍^[10],另有研究发现惊恐障

碍的共病率为 15%-77.8%^[1,2,15-19], GAD 的共病率为 49%-73%^[1,20];我国曹文胜等对 44 例 OCD 患者的调查发现 73%共病人格障碍,其中 57%符合至少两种人格障碍^[12]。

探究国内外各研究结果之间的差异,可能原因有诊断工具及评估方法不同(有的是临床诊断,有的是定式访谈工具,有的根据 DSM-III 或 IV,有的根据 ICD-9 或 10)、样本例数及样本来源不同(有的是门诊患者,有的是住院患者,有的是社区患者)等因素,但所有研究都一致性的提示焦虑障碍患者常常共病一种或多种人格障碍。我们尝试从以下机制来理解二者的共病现象。

第一个可能机制是人格障碍是罹患焦虑障碍的风险因素^[9,20,24-26]。Johnson 等通过前瞻性纵向研究发现成年早期诊断为人格障碍者,到中年时患焦虑障碍的风险就会增加^[24]。Malta 等研究发现有人格障碍

的患者经历交通事故一年后罹患 PTSD 的风险明显增加^[9]。有研究者发现边缘型人格障碍(BPD)患者有较高的罹患焦虑障碍的风险,他们认为 BPD 患者不稳定的情感和行为会导致人际关系紊乱以及职业困难,而这又是引发焦虑障碍的重要应激性因素^[24,26]。

第二个可能机制是人格障碍是早年焦虑障碍的并发症^[2,25-27]。Osone 等认为发生于童年期的焦虑障碍如果一直持续到成年期,就会增加患 C 组人格障碍的风险^[27]。Axelrod 等指出 BPD 是从 PTSD 的症状中发展出来的,而非直接从创伤本身发展而来。如 PTSD 的夜惊和睡眠障碍可以导致易激惹、强烈的愤怒以及不稳定的情绪,而这正是 BPD 的症状^[26]。这种解释反过来也说明了针对轴 I 焦虑障碍的治疗也可以降低轴 II 人格障碍的发生,有待于进一步随访研究证实。

第三个可能机制是焦虑障碍与所共病的人格障碍很可能是同一种疾病的不同表现^[2]。用谱系障碍的概念可以来理解为什么某些焦虑障碍经常与特定的人格障碍共病,如社交恐怖症与回避型人格障碍同为社交谱系障碍,OCD 与强迫型人格障碍同为强迫谱系障碍;PTSD 与 BPD 同为创伤谱系障碍。这些谱系障碍的概念有待于进一步从遗传、早年心理发展历程和神经影像学等方面的整合性研究来进一步理解^[15,27]。

第四个可能机制是焦虑障碍和人格障碍有共同的心理社会危险因素,如不良的早年成长环境,包括父母的忽视、虐待或过保护等^[2,25-28]。Heffernan 等研究发现父母躯体虐待和言语虐待,尤其是早年经历性虐待的个体除了发展出 PTSD 外,还会发展出 BPD^[28]。创伤、PTSD 和 BPD 相互间的关系绝非线性的,而是相互联系和影响的^[26]。

最后一个可能机制是目前精神疾病分类学尚无法解决的症状学上的交叉性^[2]。如社交恐怖症与回避型人格障碍都有对人际关系的敏感及回避行为。

尽管以上机制在一定程度上解释了焦虑障碍与人格障碍有较高的共病率现象,但就焦虑障碍与人格障碍关系的特定性却缺乏一致性答案。一种多因素模型可能会更好的解释二者共病现象,即焦虑障碍与人格障碍的共病是由于在个体心理发展的过程中,整合了个体内部先天素质因素、儿童期创伤性体验、相对脆弱的神经-生化学基础(而这也可能是早年创伤性经历和个体内部先天素质因素的结果)、应急事件的冲击以及受到不同的社会文化影响,这有待进一步研究证实。

本研究的另一个目的是探讨共病人格障碍的焦虑障碍患者的临床特点。本研究发现共病者的社会功能更差,焦虑抑郁的程度更重,焦虑障碍的发病年龄更早且病程更长,与西方国家的研究结果基本一致^[5,25,29]。如 Marteinsdottir 等研究发现共病回避型人格障碍的社交恐怖症患者有更高的社交焦虑和攻击抑制^[5]。也有研究指出共病 C 组人格障碍将增加惊恐障碍患者的自杀观念。Fricke 等发现共病人格障碍的 OCD 患者其 OCD 病程更长^[29]。

本研究通过 Logistic 回归分析发现临床总体严重程度和焦虑程度越重以及焦虑障碍发病年龄越早的焦虑障碍患者,提示其越有可能共病人格障碍。本研究所引用的变量主要是从临床方面来考虑,不是严格的病因学探究,故尚不能说明以上变量是影响焦虑障碍共病人格障碍的决定因素。总之,面对共病人格障碍的焦虑障碍患者,临床医生如果能及时甄别,将有利于制定更加合理的治疗方案。

参 考 文 献

- 1 Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, et al. Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 1994, 51:167-174
- 2 Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychiatry Research*, 2005, 39: 1-9
- 3 黄建军,杨蕴萍. 焦虑障碍患者共病人格障碍的 6 个月随访调查. *首都医科大学学报*, 2008, 29: 1-5
- 4 Denys D, Tenney N, van Megen HJ, et al. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2004, 80: 155-162
- 5 Marteinsdottir I, Furmark T, Tillfors M, et al. Personality traits in social phobia. *European Psychiatry*, 2001, 16: 143-150
- 6 王丽颖,杨蕴萍,林涛. 社交焦虑障碍与人格障碍的共病及父母养育方式的影响. *中国临床心理学杂志*, 2004, 12(2): 196-200
- 7 Gokalp PG, Tukul R, Solmaz D, et al. Clinical features and comorbidity of social phobias in Turkey. *European Psychiatry*, 2001, 16: 115-121
- 8 Sareen J, Stein MB, Cox BJ, et al. Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior: findings from two large community surveys. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2004, 192: 178-186
- 9 Malta LS, Blanchard EB, Taylor AE, et al, Freidenberg BM. Personality disorders and posttraumatic stress disorder in

motor vehicle accident survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2002, 190: 767-774

10 Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, et al. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Trauma Stress*, 2000, 13: 255-270

11 黄建军, 杨蕴萍, 武江. 边缘型人格障碍与早年创伤性经历的关系研究进展. *中国临床心理学杂志*, 2010, 18: 769-771

12 曹文胜, 于宏华, 焦志安. 强迫障碍患者的共病人格障碍. *中国心理卫生杂志*, 2011, 25(2): 98-101

13 王振, 肖泽萍, 邹政, 陈珏, 徐勇. 强迫症与人格障碍的共病研究. *中国心理卫生杂志*, 2003, 17(6): 409-411

14 曹文胜, 于宏华, 焦志安, 傅文青. 强迫障碍与人格障碍共病及其与童年期创伤性经历的关系. *中国临床心理学杂志*, 2010, 18: 690-471

15 Dyck IR, Phillips KA, Warshaw MG, et al. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personal Disorder*, 2001, 15: 60-71

16 Iketani T, Kiriike N, Stein MB, et al. Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002a, 106: 171-178

17 Iketani T, Kiriike N, Stein MB, et al. Personality disorder comorbidity in panic disorder patients with or without current major depression. *Depression and Anxiety*, 2002b, 15: 176-182

18 Massion AO, Dyck IR, Shea MT, et al. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59: 434-440

19 Barzega G, Maina G, Venturello S, et al. Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic disorder. *European Psychiatry*, 2001, 16: 173-179

20 Mavissakalian MR, Hamann MS, Haidar SA, et al. Correlates of DSM-III personality disorder in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1995, 9: 103-115

21 戴云飞, 肖泽萍, 王振, 张海音, 等. 人格障碍诊断问卷(SCID-II)第2版的信度和效度. *上海精神医学*, 2006, 18(1): 1-4

22 Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, et al. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010, 45: 453-460

23 戴云飞, 肖泽萍. 心理门诊人格障碍共病调查. *中国心理卫生杂志*, 2008, 22(1): 5-7

24 Johnson JG, Cohen P, Kasen S, et al. Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 2006, 20: 408-426

25 Brandes M, Bienvenu OJ. Personality and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 2006, 8: 263-269

26 Axelrod SR, Andrew Morgan III C, Southwick SM. Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of operation desert storm. *The American Journal of Psychiatry*, 2005, 162: 270-275

27 Osone A, Takahashi S. Possible link between childhood separation anxiety and adulthood personality disorder in patients with anxiety disorders in Japan. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, 67: 1451-1457

28 Heffernan K, Cloitre M. A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: Etiological and clinical characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000, 188: 589-595

29 Fricke S, Moritz S, Andresen B, et al. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *European Psychiatry*, 2006, 21: 319-324

(收稿日期:2012-02-28)

(上接第 529 页)

9 Peterson C, Seligman ME. *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press, 2004. 625-644

10 王征宇. 症状自评量表(SCL-90). *上海精神医学*, 1984, 2: 68-70

11 杨廷忠, 黄汉腾. 社会转型中城市居民心理压力的流行病学研究. *中华流行病学杂志*, 2003, 24(9): 760-764

12 丛中, 高文凤. 自我接纳问卷的编制与信度效度检验. *中国行为医学科学*, 1999, 1: 20-22

13 Ma M, Kibler JL, Dollar KM, et al. The relationship of character strengths to sexual behaviors and related risks among African American adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2008, 15(4): 319-327

14 Fredrickson BL. *Cultivating research on positive emotions*. Prevention and Treatment, 2000. 3

15 Raps CS. The necessity of combined therapy in the treatment of shame: A case report. *International Journal of Group Psychotherapy*, 2009, 59(1): 67-84

(收稿日期:2011-12-16)