

SSRIs 药物联合心理干预在社交恐惧症治疗中的临床疗效观察

杨建琼

重庆市垫江县人民医院精神心理科, 重庆 408300

摘要: **目的** 探讨选择性 5-羟色胺回收抑制剂(SSRIs)药物和心理干预联合治疗社交恐惧症的临床效果。**方法** 将 2013 年 1 月至 2014 年 11 月收治的 84 例社交恐惧症患者随机分为 3 组,分别采用 SSRIs 药物治疗(SSRIs 组)、心理干预治疗(心理干预组)和 SSRIs 药物联合心理干预治疗(联合组),每组各 28 例,均连续治疗 8 周。于治疗前后以社交恐惧量表(SPS)和社交焦虑量表(SIAS)用于患者自评,用惧怕否定评价量表(FNE)评价患者的认知能力,用社交功能评估量表(SPRS)评价患者的行为能力。**结果** 治疗前 3 组患者的 SPS 评分、SIAS 评分、FNE 评分和 SPRS 评分比较无统计学差异(P 均 >0.05),治疗后均显著改善(P 均 <0.05),且联合组改善效果明显优于 SSRIs 组和心理干预组(P 均 <0.05)。**结论** SSRIs 药物联合心理干预治疗可以显著改善社交恐惧症患者的临床症状、认知水平以及行为表现,治疗效果优于单独使用药物治疗或心理干预治疗。

关键词: 社交恐惧症; 5-羟色胺回收抑制剂; 心理干预

中图分类号: R 749.7 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0667-03

社交恐惧症(social anxiety disorder)是恐惧症的一种亚型,是在神经生化异常和遗传因素等综合作用下发生的一种神经症^[1]。其主要临床表现为显著的操作性社交恐惧,在自认为容易引起他人关注的场合中表现出过度恐惧,从而出现心跳加快、面红、出汗甚至颤抖等惊恐发作时的症状。研究表明,相比于其他焦虑障碍疾病,社交恐惧症发病早、病程长、自发缓解可能性低,因此需要及时介入科学有效的治疗^[2]。作为社交恐惧症一线治疗药物的 5-羟色胺回收抑制剂(SSRIs)类药物和心理干预治疗是目前临床上常用的两种治疗方法,但目前国内还鲜有采用两者联合的方法治疗社交恐惧症的相关报道。本研究的目的在于观察分析联合应用 SSRIs 药物和心理干预治疗对改善社交恐惧症患者临床症状、认知水平以及行为表现的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象均来源于我院 2013 年 1 月至 2014 年 11 月收治的符合《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3)》中社交恐惧症诊断标准^[3]的 84 例患者。其中男性 39 例,女性 45 例;年龄 16~47(27.6 ± 9.8)岁;病程 6 个月~9 年,平均(5.4 ± 2.6)年。排除标准:(1)临床总体严重程度

(CGI-SI)评分 <3 分者;(2)Hamilton 抑郁评分量表(HAMD)评分 >14 分者;(3)对 SSRIs 类药物过敏者;(4)处于妊娠期和哺乳期的女性;(5)患有严重器质性疾病、抑郁症、癫痫或其他精神疾病者;(6)对其他药物和酒精有依赖者;(7)治疗依从性差,不愿意配合治疗者。随机将所有患者分为 SSRIs 组、心理干预组和联合组 3 组,每组各 28 例。3 组患者性别、年龄、病程、CGI-SI 评分和 HAMD 评分等比较差异无统计学意义(P 均 >0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 3 组患者一般资料比较 ($n=28, \bar{x} \pm s$)

组别	男/女 (例)	年龄 (岁)	病程 (年)	CGI-SI 评分	HAMD 评分
SSRIs 组	13/15	27.9 ± 10.4	5.5 ± 2.7	2.1 ± 0.9	20.2 ± 4.8
心理干预组	12/16	27.4 ± 10.3	5.4 ± 2.9	2.4 ± 0.6	20.4 ± 5.0
联合组	14/14	27.6 ± 9.6	5.3 ± 2.7	2.3 ± 0.5	20.3 ± 4.7

1.2 方法 SSRIs 组:从以下常用 SSRIs 类药物中选择一种:如舍曲林 50 mg/d,氟西汀 20 mg/d,帕罗西汀 20 mg/d,氟伏沙明 50 mg/d,西酞普兰 30 mg/d。合并有严重焦虑情绪或惊恐发作的患者可加服抗焦虑药物,如餐后服用阿普唑仑 1.2 mg/d 或睡前服用氯硝西洋 1 mg/d。用药初期 SSRIs 减半使用,以减少副作用的发生。

心理干预组:(1)主动反复与患者接触、交流,亦强调患者主动与医护人员交流;营造真诚、共情的治疗氛围,对患者的优点和长处给予肯定,与患者建立良好的医患信任关系。(2)纠正患者对疾病的不正

确认识,防止疾病进一步发展成“病理性循环”,安抚患者不良情绪,并站在患者的角度对患者所受的痛苦和折磨表示同情、理解,耐心倾听患者的倾诉^[4]。(3)在充分了解患者的发病经过、治疗情况和认清患者产生不良情绪根源的情况下作针对性的讲解、鼓励,使患者认识到恐惧症只是大脑的一种功能性疾病,并不会对大脑造成损害,只要给予科学合理的治疗完全可以治愈,帮助患者树立起战胜疾病的信心。(4)矫正患者的非理性认知,包括矫正患者不符合实际和有挫败感的负面思维、与人互动中可能出现的负面思维等,同时对负面认识的产生及其对患者情绪和行为的影响进行监察。(5)社交技能训练,为患者提供轻松、愉悦、面对面的与人交流的机会,鼓励患者多在人群中发表讲话,保持和别人的目光接触,勇敢融入商场、公园等公共场合。

联合组:同时给予 SSRI 药物治疗和心理干预治疗。治疗周期均为 8 周。

1.3 观察指标 分别于治疗前和治疗后 2、4、8 周以社交恐惧量表(social phobia scale, SPS)和社交焦虑量表(social interaction anxiety scale, SIAS)用于患者症状自评,用惧怕否定评价量表(fear of negative evaluation scale, FNE)评价患者的认知能力,用社交功能评估量表(social performance rating scale, SPRS)评价患者的行为表现能力。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理。计数资料采用 χ^2 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间和组内比较采用单因素方差分析和重复测量资料的方差分析,两两比较采用 LSD-*t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者治疗前后 SPS 评分比较 治疗前,3 组患者的 SPS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后所有患者 SPS 评分均显著改善(P 均 < 0.05),联合组改善效果显著优于 SSRI 组和心理干预组(P 均 < 0.05)。见表 2。

2.2 3 组患者治疗前后 SIAS 评分比较 治疗前,3 组患者的 SIAS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后所有患者 SIAS 评分均显著改善(P 均 < 0.05),联合组改善效果显著优于 SSRI 组和心理干预组(P 均 < 0.05)。见表 3。

2.3 3 组患者治疗前后 FNE 评分比较 治疗前,3 组患者的 FNE 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后所有患者 FNE 评分均显著改善(P 均 < 0.05),联合组改善效果显著优于 SSRI 组和心理干

预组(P 均 < 0.05)。见表 4。

2.4 3 组患者治疗前后 SPRS 评分比较 治疗前,3 组患者的 SPRS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后所有患者 SPRS 评分均显著改善(P 均 < 0.05),联合组改善效果显著优于 SSRI 组和心理干预组(P 均 < 0.05)。见表 5。

表 2 治疗前后 3 组患者 SPS 评分比较 ($n = 28, \bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 8 周
SSRI 组	57.82 ± 8.32	48.64 ± 8.52 ^{ab}	39.36 ± 7.35 ^{ab}	31.93 ± 6.14 ^{ab}
心理组*	57.35 ± 8.61	47.42 ± 7.73 ^{ab}	37.63 ± 6.64 ^{ab}	29.45 ± 7.72 ^{ab}
联合组	56.97 ± 8.15	42.76 ± 8.17 ^a	33.28 ± 6.92 ^a	26.82 ± 6.26 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与联合组比较,^b $P < 0.05$; * 以下各表均将心理干预组简称心理组。

表 3 治疗前后 3 组患者 SIAS 评分比较 ($n = 28, \bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 8 周
SSRI 组	51.73 ± 7.15	47.36 ± 7.47 ^{ab}	37.43 ± 6.63 ^{ab}	31.83 ± 6.38 ^{ab}
心理组	52.26 ± 7.76	46.83 ± 6.93 ^{ab}	39.92 ± 6.72 ^{ab}	32.56 ± 7.05 ^{ab}
联合组	51.92 ± 7.35	43.76 ± 7.06 ^a	33.64 ± 7.01 ^a	26.27 ± 7.93 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与联合组比较,^b $P < 0.05$ 。

表 4 治疗前后 3 组患者 FNE 评分比较 ($n = 28, \bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 8 周
SSRI 组	97.73 ± 14.15	85.36 ± 11.47 ^{ab}	80.43 ± 9.63 ^{ab}	71.83 ± 10.38 ^{ab}
心理组	97.26 ± 14.76	87.83 ± 10.93 ^{ab}	78.92 ± 9.72 ^{ab}	72.56 ± 9.05 ^{ab}
联合组	97.92 ± 13.35	79.76 ± 11.06 ^a	68.64 ± 9.01 ^a	56.27 ± 8.93 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与联合组比较,^b $P < 0.05$ 。

表 5 治疗前后 3 组患者 SPRS 评分比较 ($n = 28, \bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 8 周
SSRI 组	21.73 ± 3.15	18.36 ± 3.47 ^{ab}	15.43 ± 3.63 ^{ab}	11.83 ± 3.38 ^{ab}
心理组	22.26 ± 3.76	19.83 ± 2.93 ^{ab}	14.92 ± 3.72 ^{ab}	10.56 ± 3.05 ^{ab}
联合组	21.92 ± 3.35	16.76 ± 3.06 ^a	12.64 ± 3.01 ^a	7.27 ± 2.93 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与联合组比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

社交恐惧症属于一种轻度精神障碍疾病,患者在面对特定对象时恐惧心理常反复发作,且在精神的交互作用下,症状表现越来越明显,对患者的生活质量造成了严重影响。目前医学界对社交恐惧症的发病机制尚没有统一、全面的认识,大多数学者认为恐惧症的发生是多种因素综合作用的结果,这些因素包括遗传因素、个体因素和社会心理因素等,通常认为社会心理因素是导致社交恐惧症发作的最主要原因^[5]。随着对恐惧症发病机制研究的深入, Aouizerate 等^[6]指出,社交恐惧症患者 5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)神经系统存在显著的系统功能变化,从神经生物学方面解释了社交恐惧症的发生机制。国内学者韩惠民等^[7]研究指出患者体内 5-HT、

NE、自然杀伤细胞(NK)和白介素-2(IL-2)等神经递质和炎性因子的浓度与社交恐惧症患者焦虑、恐惧等症状存在一定关联。也有许多学者认为人格特征与社交恐惧症的发生具有密切的联系,患者年幼时期受到的挫折及不良的家庭教育方式如过度保护、控制、批评和虐待等都是产生社交恐惧的原因^[8]。

社交恐惧的治疗药物多种,主要有苯二氮革类和非苯二氮革类为代表的抗焦虑药、三环类抗抑郁药(TCA)和单胺氧化酶抑制剂(MAOI)为代表的第一代抗抑郁药和以SSRIs为代表的第二代抗抑郁药等,其中一线治疗药物SSRIs治疗社交抑郁症,对缓解患者自卑情绪、提高患者应激能力效果显著,且无其他心血管和抗胆碱能作用的副作用,具有较高的安全性,因此在临床上广泛应用^[9-10]。心理治疗是社交恐惧症的另一种治疗方法,由于社交恐惧症患者本身对引起其恐惧的东西的认知、判断以及评价存在一定程度的缺陷,因此只要弥补了这些缺陷,不良情绪即可得到改善^[11]。心理治疗注重于在疾病的治疗和康复过程中对患者的心理状态和不良情绪进行疏导,提高患者在治疗过程中的配合度,逐渐消除患者的担忧、恐惧;对患者不健康和不正确的思维方式、信念和行为进行矫正,从而改变患者的对特定事物、场所或者情景的错误认知,达到消除不良情绪的目的^[12]。

SPS量表是辅助临床诊断社交恐惧症患者病情严重程度以及治疗效果的重要工具。随着对社交恐惧症研究的深入,不断有新的评价量表出现,但一般都是从躯体、认知和行为这三个角度对患者的思维和行为进行综合评判,而评价方式主要有评估被试者被人注视下的反应和评估被试者与人交往的情境中的反应两种^[13]。但单一的量表往往不能正确评估社交恐惧症患者的病情,因此联合使用两种甚至多种评价量表是评价社交恐惧症严重程度的趋势所在,在加深对社交恐惧症的认识中具有重要意义^[14-15]。

本研究联合应用了患者症状自评量表SPS和SIAS,社交恐惧症认知评估量表FNE以及社交恐惧症行为表现评估量表SPRS。结果显示,治疗后患者的SPS评分、SIAS评分、FNE评分和SPRS评分均下降,提示无论是单纯的药物治疗或者心理干预治疗均对缓解社交恐惧症患者病情有一定作用。联合组各项评分改善效果显著优于SSRIs组和心理干预组,提示在SSRIs药物和心理干预的联合治疗作用下,更加

有助于帮助患者重建健康的心态、正确的思维,有助于改善患者的精神状态、认知能力和行为活动,具有显著的缓解或者消除恐惧的作用。

参考文献

- [1] Bögels S M, Alden L, Beidel DC, et al. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V [J]. *Depress Anxiety*, 2010, 27(2):168-189.
- [2] 陈冠军, 杨兴洁, 夏莉华, 等. 伴与不伴敏感性关系妄想的社交恐惧症症状及个性因素研究 [J]. *精神医学杂志*, 2012, 25(2):95-97.
- [3] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准(第3版) [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001.
- [4] 艾丹, 李红霞, 焦亚辉, 等. MRI检查中发生幽闭恐惧症的心理疏导对策探讨 [J]. *现代生物医学进展*, 2014, 14(5):947-950.
- [5] Chapman LK, Vines L, Petrie J. Fear factors: Cross validation of specific phobia domains in a community-based sample of African American adults [J]. *J Anxiety Disord*, 2011, 25(4):539-544.
- [6] Aouizerate B, Martin-Guehl C, Tignol J. Neurobiology and pharmacotherapy of social anxiety disorder [J]. *Encephale*, 2004, 30(4):301-313.
- [7] 韩惠民, 李荐中, 崔光成. 社交恐惧症患者治疗前后神经递质免疫学特点的研究 [J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2010, 31(10):1518-1520.
- [8] Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V [J]. *Psychiatr Clin North Am*, 2009, 32(3):483-524.
- [9] Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress [J]. *J Clin Psychiatry*, 2010, 71(7):839-854.
- [10] 徐银辉, 刘庭君. 舍曲林对抑郁症患者血清细胞因子及C反应蛋白水平的影响 [J]. *中国临床研究*, 2013, 26(3):222-223.
- [11] Acarturk C, Cuijpers P, van Straten A, et al. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis [J]. *Psychol Med*, 2009, 39(2):241-254.
- [12] 周凤娟, 李凤君. 综合医院患者心理障碍的临床分析 [J]. *中国临床研究*, 2011, 24(8):705-706.
- [13] Moscovitch DA. What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment [J]. *Cogn Behav Pract*, 2009, 16(2):123-134.
- [14] Osório FL, Crippa JA, Loureiro SR. Evaluation of the psychometric properties of the Social Phobia Inventory in university students [J]. *Compr Psychiatry*, 2010, 51(6):630-640.
- [15] 孙金明. 人本疗法与认知行为疗法相结合的探讨——社会工作介入社交恐惧症的案例报告 [J]. *社会工作(学术版)*, 2011(12):41-44.

收稿日期:2014-12-05 修回日期:2015-01-09 编辑:王宇