

美國每年約有 4 千萬名 18 歲及以上的成年人（約占 18%）受**焦慮症**影響<sup>1</sup>，導致他們充滿了恐懼感和不確定。與緊張壓力事件（例如在公共場合發言或第一次約會）造成的較輕微而短暫的焦慮不同，焦慮症持續時間至少為 6 個月，而且如果不加以治療，情況會惡化。焦慮症通常會伴隨酗酒或物質濫用等其他心理或生理疾病發生，這些疾病會掩蓋焦慮症的症狀或使其惡化。某些情況下，患者在接受焦慮症治療之前需要先治療其他疾病。

焦慮症可以有效治療，而且有研究發現，新的治療方案可以幫助多數焦慮症患者恢復豐富充實的生活。如果您認為自己有焦慮症，請立即搜尋相關資訊並接受治療。

### **本手冊將：**

- 描述焦慮症症狀
- 解釋研究對於瞭解病因所扮演的角色
- 描述有效的治療方法
- 幫助您瞭解如何接受治療及如何配合醫生或治療師，以及
- 建議如何提高治療功效

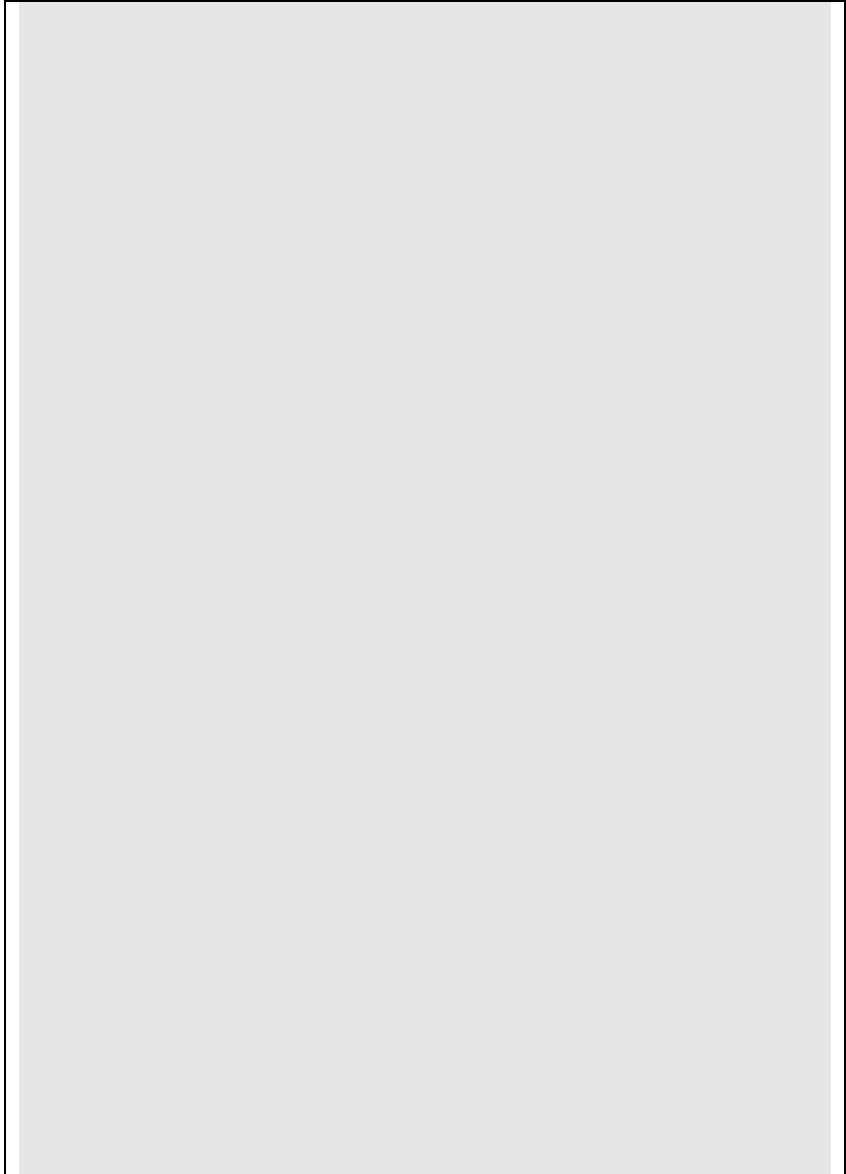
### **本手冊中所討論的焦慮症包括：**

- 恐慌症
- 強迫症（OCD）
- 創傷後壓力症候群（PTSD）
- 社交恐懼症（或社交焦慮症）
- 特定恐懼症，以及
- 廣泛性焦慮症（GAD）

每種焦慮症各有不同症狀，但是所有症狀都是關於過度、非理性的恐懼及擔憂。

# 焦慮症

本手冊詳細描述主要焦慮症的症狀、病因及治療方案，並附有尋求幫助及應對的資訊。



紐約州

州長 Andrew M. Cuomo

心理健康廳

Michael F. Hogan, Ph.D., 廳長

有關本刊物的其他資訊：

**New York State Office of Mental Health  
Community Outreach and Public Education Office**

[紐約州心理健康廳  
社區推廣及公共教育辦公室]

44 Holland Avenue  
Albany, NY 12229  
(免費專線) 866-270-9857  
www.omh.ny.gov

對紐約州心理健康服務如有問題或投訴：

**New York State Office of Mental Health**

Customer Relations

[紐約州心理健康廳

客戶關係部]

44 Holland Avenue  
Albany, NY 12229  
(免費專線) 800-597-8481

查詢所在社區的心理健康服務資訊，  
請聯繫離您最近的 NYSOMH 區域辦公室：

**Western New York Field Office**

[紐約西部區域辦公室]

737 Delaware, Suite 200  
Buffalo, NY 14209  
(716) 885-4219

**Central New York Field Office**

[紐約中部區域辦公室]

545 Cedar Street, 2nd Floor  
Syracuse, NY 13210-2319  
(315) 426-3930

**Hudson River Field Office**

[哈德遜河區域辦公室]

4 Jefferson Plaza, 3rd Floor  
Poughkeepsie, NY 12601  
(845) 454-8229

**Long Island Field Office**

[長島區域辦公室]

988 Crooked Hill Road, Building, #45-3  
West Brentwood, NY 11717-1087  
(631) 761-2508

**New York City Field Office**

[紐約市區區域辦公室]

330 Fifth Avenue, 9th Floor  
New York, NY 10001-3101  
(212) 330-1671

---

本紐約州心理健康廳感謝國家心理健康研究院提供本手冊所載資訊。

紐約州心理健康廳 2008 年 6 月印製。



## 恐慌症

「對我來說，恐慌發作幾乎是一次暴力經歷。我感覺脫離了現實，徹底失去控制。我心跳劇烈，感覺無法呼吸，內心一片混亂，覺得事情正要把我壓垮。」

「病情始於 10 年前，那時我大學畢業，剛剛開始一份新工作。我正在一家飯店參加商務研討會，這種感覺突然襲來，我感覺自己快要死了。」

「在兩次恐慌發作之間，會有害怕它會再次發生的恐懼和焦慮。我害怕回到曾經發病的地方。除非我得到幫助，否則不久之後就沒有任何地方能讓我感覺安全了。」

恐慌症是一種可以成功治療的真正疾病。恐慌症的特點是：突然感覺恐懼，通常伴有心跳劇烈、出汗、無力、頭暈，或頭昏眼花等。在發作期間，恐慌症患者可能會出現臉紅或發冷，雙手有刺痛感或麻木感；或有噁心、胸痛或窒息感。恐慌發作通常會產生虛幻感，害怕厄運即將來臨，或擔心失去控制。

對自己不明原因的身體症狀感到恐懼也是恐慌症症狀之一。恐慌症患者有時會認為自己心臟病發作、失去理智或處於死亡邊緣。他們無法預測恐慌症會在何時何地發作，在兩次發作之間很多人會對下次病情發作感到極度害怕與擔心。

恐慌發作在任何時候都有可能發生，甚至是在睡覺的時候。一次病情發作通常會在 10 分鐘內達到高潮，但有些症狀可能會持續更長時間。美國有高達 600 萬的成年人受恐慌症影響<sup>1</sup>，該症更常見於女性，是男性發病率的兩倍<sup>2</sup>。恐慌通常在青春期後期或成年早期早期開始<sup>2</sup>，但並非所有經歷過恐慌發作的人都會發展成恐慌症。很多有過一次恐慌發作的人之後就沒有再發生過。恐慌發作發展成恐慌症的傾向似乎具有遺傳性<sup>3</sup>。

具有全面性重複發作的恐慌症患者，可能會嚴重受到自己的情況限制。在患者開始逃避曾經引發恐慌發作的地點或情境之前，應該尋求治療。例如，如果正好在一個電梯裡恐慌發作，恐慌症患者就會對電梯產生恐懼感，進而影響對於工作或公寓的選擇，而且對患者尋求醫療護理或娛樂場所的地點也會有所限制。

某些患者的生活受到極大限制，他們無法正常活動，例如購買雜貨或開車等。約有 1/3 的患者在家裡不敢外出，只有在配偶或其他信任的人陪同之下才敢面對可怕的情況<sup>2</sup>。

如果這種情況進一步發展，就會惡化為恐曠症，或稱曠野恐懼症。

早期治療可以有效預防恐曠症，但有時恐慌症患者在接受正確診斷病情之前可能已求醫多年，並多次前往急診室就診。這是很遺憾的，因為恐慌症是所有焦慮症中最好治療的一種，多數情況下會對某些形式的藥物治療或認知心理治療有所反應，這些治療會幫助患者改變那些可能引發恐懼或焦慮的思維模式。

恐慌症常伴有其他嚴重問題，例如憂鬱、藥物濫用或酗酒<sup>4,5</sup>。這些問題需單獨治療。憂鬱症症狀包括悲觀絕望、食欲或睡眠模式發生改變、精神不振以及注意力難以集中。多數憂鬱症患者可透過抗憂鬱藥物、某些類型的心理治療或是兩者綜合而得到有效治療。

## 強迫症

「若不遵從固定程序，我什麼都做不了。它們已經滲透到我生活的各個層面。計數真的使我陷入了絕境。我洗頭髮要洗三次，而不是一次，因為「3」是幸運數字，而「1」不是。我看書要花更長時間，因為我會數一段有多少行。晚上設定鬧鐘時，我設定的時間點的數字加起來一定不能是不吉利的數字。」

「我知道這些固定程序沒有任何意義，我自己也為此深感羞愧，但直到我接受治療後，才終於能夠克服」。

「早上穿衣服很困難，因為我有一套固定程序，如果不照規矩來，我就會感到焦躁不安，必須重新穿一遍。我經常擔心如果我不做些什麼，我父母就會雙雙死去。我常常會有傷害父母的可怕想法。這些想法如此荒謬，但卻引發了更多焦慮和更無理的行為。由於我在固定程序上花費很多時間，有很多事情我都無法做，即使這些事情對我非常重要。」

強迫症（OCD）患者具有令人心煩意亂的固執想法（強迫觀念），並遵照固定程序（強迫行為）來控制這些想法產生的焦慮。在大多數情況下，這些固定程序會反過來控制他們。

例如，如果患者受細菌或污垢困擾，他們就會強迫自己一遍又一遍地洗手。如果患者有強迫觀念認為會有入侵者，他們會在上床睡覺前一遍又一遍地鎖門。強迫症患者擔心會造成社會尷尬，會情不自禁地在鏡子前面梳頭髮，有時好像被「困」在鏡子裡而不能移開。



這樣的強迫做法令人很不愉快。即使在最好的情況下，它也只能暫時緩解由強迫性思想產生的焦慮。

其它常見的固定習慣是需要反覆檢查東西、觸摸東西（尤其是按照特定的順序），或是數東西。一些常見的強迫觀念包括：經常會有暴力思想並想要傷害所愛的人，執意想要進行自己不喜歡的性行為，或有一些宗教信仰所禁止的思想。強迫症患者也可能會全神貫注於秩序與對稱，很難把東西扔掉（所以不斷累積），或是囤積不必要的物品。

健康的人也有一些固定習慣，例如在離家之前多次檢查瓦斯爐是否已經關掉。不同的是，強迫症患者無法改掉這種習慣，即使他們知道這樣做會使日常生活受到干擾，而且這種重複性令人痛苦。儘管大多數成年患者能夠意識到自己的做法毫無意義，但仍有一些成年患者及大多數的兒童患者無法意識到自己行為異常。

約有 220 萬的美國成人受到強迫症的影響<sup>1</sup>，同時可能伴有飲食失調<sup>6</sup>、其他焦慮症或憂鬱症問題<sup>2,4</sup>。這種疾病常發生於童年期、青少年期或成年早期，男女患者比例大致相等<sup>2</sup>。約有 1/3 的強迫症成年患者在童年時期就表現出症狀。調查顯示，強迫症很可能在家族中發生<sup>3</sup>。

強迫症病程相當多樣。有些症狀出現後隨即消失，有些可能會隨著時間緩解，有些可能會變得嚴重。嚴重的強迫症使患者無法工作或承擔正常的家庭責任。強迫症患者可能嘗試不去那些容易觸發強迫症的地方來幫助自己，或是藉著酒精或藥物使自己平靜下來<sup>4,5</sup>。

通常，強迫症對於某些藥物治療和（或）暴露性的心理治療反應良好，治療過程中，患者面對容易引發恐懼或擔憂的狀況不再那麼敏感（減敏）。有些強迫症患者對於一般沒有良好反應，為此國家心理健康研究院（NIMH）正在研究新的治療方案。這些治療方案包括組合治療、增強（附加）治療以及腦深層電刺激等的現代技術。

## 創傷後壓力症候群（PTSD）

「我在 25 歲時曾被強暴過。有很長一段時間，我談論此事好像是發生在別人身上似的。我很清楚它發生在我身上，但是我卻沒有感覺。」

「然後我開始回憶。它們就像飛濺的水花般向我撲來。我很害怕，像是突然間再次遭受強暴。」

每個瞬間都令人驚悚。我對周圍一切都沒有意識，像在氣泡中，漂浮不定。每次回想都讓我很恐懼，痛苦萬分。」

「強暴發生在感恩節的前一週，每年的這幾天我都無法想像自己經歷的焦慮和恐懼。好像自己看到了一個狼人。我不能放鬆，無法入眠，也不想跟任何人在一起。我不知道自己是否能從這次可怕的經歷中解脫出來。」

創傷後壓力症候群發生在某次可怕的經歷之後，涉及身體傷害或對身體傷害造成的威脅。創傷後壓力症候群患者可能是受害者本人，或是受害者親人，或是傷害事件（發生在親人或陌生人身上）的目擊者。

創傷後壓力症候群最先引起公眾注意是與退伍軍人有關，但它可能起因於各式各樣的創傷性事件，如搶劫、強暴、酷刑、遭綁架或俘虜、兒童虐待、車禍、火車失事、飛機墜毀、爆炸或洪水、地震等自然災害。

創傷後壓力症候群患者易受驚嚇，變得情感麻木（尤其是對曾經親近的人），對於曾經喜歡的事物失去興趣，很難有情感，易怒，好鬥，甚至變得暴力。他們不敢接近可喚起事故記憶的環境，而且事故紀念日那天尤其難熬。如果觸發他們記憶的事件是別人故意製造的，例如搶劫或綁架，患者的創傷後壓力症候群會變得更嚴重。多數創傷後壓力症候群患者在白天會反覆回想所經歷的創傷，晚上睡覺時會在噩夢中再現，這種情況稱為病理性重現。病理性重現包括影像、聲音、氣味或感受的重現，經常由普通事件引發，如砰的關門聲或大街上的汽車逆火。病理性重現的患者可能會與現實脫節，認為創傷事件再次發生。

並不是所有經歷過精神創傷的人都會發展成為全面性或甚至輕微的創傷後壓力症候群。症狀通常會在事件發生後三個月內出現，偶爾也會在幾年後才出現。症狀持續一個多月才會被認為是創傷後壓力症候群。病程不盡相同，有些人會在 6 個月之內痊癒，有些人可能會持續更長時間。還有一些人的病況會轉變成慢性疾病。

美國大約有 770 萬的成年人受創傷後壓力症候群影響，但該症也有可能發生在任何年齡層，包括童年<sup>7</sup>。女性比男性更容易罹患此病<sup>8</sup>，有證據顯示這種精神疾病易感性可能會在家族中發生<sup>9</sup>。創傷後壓力症候群常會伴有憂鬱、物質濫用，或是一種或多種其他焦慮症<sup>4</sup>。

某些種類的藥物治療及心理治療通常能有效治療創傷後壓力症候群。

## 社交恐懼症（社交焦慮症）

「每逢社交場合，我都驚恐萬分。甚至在我離家之前就感到焦慮，越接近大學教室、聚會或其他社交場所等，我就越感到焦慮。感覺胃痛，好像得了流感。心跳加速，手心冒汗，感覺被自己以及所有人遺棄了。」

「當我走進一個滿是人的房間時，臉會刷地變紅，感覺每個人的眼睛都在盯著我。我窘迫地一個人站在牆角，想不起任何話和別人交談。這種情況讓人很難堪。我感覺自己如此笨拙，實在等不及離開。」

當患者對日常的社交場合極度焦慮或過分忸怩時，可以診斷患有社交恐懼症，或稱社交焦慮症。社交恐懼症患者有一種強烈、持續而慢性的恐懼，害怕被其他人注視或評論，或害怕做出讓自己窘迫的事情。在一件害怕的情況發生之前，他們往往會擔心好幾天或好幾個星期。這種憂慮可能會嚴重到對患者工作、學習及其他的日常活動造成影響，甚至會難以結交朋友及維持友誼。

許多社交恐懼症患者意識到與人交往的恐懼是太過分或是不合理的，但就是無法克服。即使他們努力面對自己的恐懼並試圖接近人群，但他們通常在事前就變得非常擔心，並在整個會面過程中感到極不自在，事後幾小時也一直擔心別人會如何評價自己。

社交恐懼症可能限定在一種場合（例如與人交談，在他人面前飲食，或在黑板上寫字），也可能範圍廣泛（如廣泛社交恐懼症），以至於患者在所有人面前（家人除外）都會緊張。

社交恐懼症通常會伴有一些生理症狀，例如臉紅、大量出汗、顫抖、噁心、講話困難。出現這些症狀時，社交恐懼症患者會感覺所有的目光都在盯著他們。

大約有 1500 萬的美國成人受社交恐懼症影響<sup>1</sup>，男女患病的可能性比例相等<sup>10</sup>，多發於童年時期或青少年早期<sup>2</sup>。有證據顯示患病原因包括遺傳因素<sup>11</sup>。社交恐懼症常伴有其他焦慮症或憂鬱症<sup>2,4</sup>，如果患者試圖自行服藥進行治療的話，可能還會引起藥物濫用<sup>4,5</sup>。

社交恐懼症可以透過某些形式的精神治療或藥物治療成功治療。

## 特定恐懼症

「我對搭飛機怕得要死，將來再也不會搭乘了。我過去常常在出差前一個月就開始害怕搭飛機。飛機艙門關閉後，我感覺自己被困住，那種感覺很糟糕。我的心跳加速，不停冒汗。飛機開始起飛時，更強化了我無法出去的感覺。一想起搭飛機，我就會想像自己失去了控制，緊張害怕，坐立不安，但是當然我從未那樣做過。我害怕的不是飛機失事或遇到亂流，而是那種被困住的感覺。每次我想換工作的時候，都不得不考慮『我是否會面臨搭乘飛機的壓力？』這些日子我只去那些自己開車或搭火車可以抵達的地方。我朋友常說，我同樣無法從一列快速行駛的火車上跳下來，為什麼搭火車就沒事呢？我只是告訴他們：這是一種非理性的恐懼。」

特定恐懼症是指對那些幾乎沒有危險或沒有實際危險的事物感到極度害怕。一些較常見的特定恐懼症主要是關於封閉場所、高地、自動扶梯、隧道、公路駕駛、水、飛行、狗及出血的傷口。這些恐懼症不僅僅是極度害怕，而且是對某一特定事物不合常理的害怕。您可能能愜意地在世界最高峰上滑雪，但卻無法上到一棟辦公大樓的五樓。然而恐懼症的成年患者即使意識到這些害怕完全沒有理性，但他們只要一見到或甚至是一想到會遇見那些令人害怕的物品或情景，就會感到恐慌或是嚴重焦慮。

估計有 1920 萬的美國成人受到特定恐懼症的影響<sup>1</sup>。此病更常見於女性，是男性患者的兩倍<sup>10</sup>。病情通常會在童年期或青少年期出現，並可能會持續到成年期<sup>12</sup>。現在對特定恐懼症的病因還不甚明確，但有證據顯示可能會在家族流傳<sup>11</sup>。

如果可以輕易避開害怕的情景或物品，特定恐懼症患者可能無需尋求幫助。但如果為了避開這些事物而影響到工作或個人生活，就有可能導致失去能力，而應接受治療。

具有針對性的心理治療對特定恐懼症很有效。

## 廣泛性焦慮症（GAD）

「我一直以為自己是個杞人憂天者，時常感覺緊張無比，無法平復。有時這種感覺會很快消失，有時會持續數天。我會擔心不知道宴會該準備些什麼食物，或是擔心不知道該送別人什麼禮物。我簡直沒有辦法放鬆下來。」

「我有嚴重的睡眠問題。很多次我從半夜中驚醒。注意力很難集中，甚至在看報或看小說的時候都不能集中注意力。有時我感覺頭昏眼花，心跳非常厲害。這會讓我更擔憂。我時常會把事情想像得比實際情況要糟。當我肚子痛時，會以為自己得了潰瘍。」

廣泛性焦慮症患者，即使在受到很小刺激或根本沒有刺激的情況下，都會整天充滿憂慮和緊張。他們預感會有災難降臨，過於擔心健康問題、金錢、家庭問題，或工作中遇到的難題。有時只要一想到要渡過一整天，他們就會焦慮不安。

如果某人對各式各樣的日常問題過度擔心，而且這種情況持續了 6 個月以上，就可以診斷是廣泛性焦慮症<sup>13</sup>。廣泛性焦慮症患者好像無法擺脫他們的顧慮，即使他們通常意識到自己的焦慮過於強烈。他們無法放鬆，易受驚嚇，難以集中注意力。他們通常難以入睡或保持熟睡。廣泛性焦慮症患者通常會伴有其他一些生理症狀，包括疲勞、頭痛、肌肉緊張、肌肉酸痛、吞嚥困難、顫抖、抽搐、易怒、易出汗、噁心、神志恍惚、尿頻、感覺喘不過氣來，以及潮熱。

廣泛性焦慮症患者的焦慮程度較輕時，不會影響到社交及工作。儘管廣泛性焦慮症患者不會因為自己的障礙而逃避某些特定環境，但是一旦焦慮加重，他們將連最簡單的日常活動都難以進行。

大概有 680 萬的美國成人受到廣泛性焦慮症的影響，且女性患者數目約是男性的兩倍<sup>2</sup>。這種障礙是慢慢形成的，可能歷經生命週期，但在童年和中年發生的風險率最高<sup>2</sup>。如果某人對很多的日常問題過度擔心，而且憂慮時間最少持續 6 個月之久，就可以診斷為廣泛性焦慮症。有證據顯示基因因素對廣泛性焦慮症的形成具有一定影響<sup>13</sup>。

廣泛性焦慮症很少單獨發生，通常會伴隨其他焦慮症、憂鬱症或物質濫用<sup>2,4</sup>等一同發生。治療廣泛性焦慮症通常採用藥物治療或認知行為治療，但是也要採用適當的治療方法來治療同時發生的病症。

## 焦慮症的治療

一般而言，治療焦慮症通常採用藥物治療、特定類型的心理治療或兩者的結合<sup>14</sup>。治療方案的選擇取決於病症及患者意願。治療開始前，醫生必須進行仔細的診斷評估，以確定患者的症狀是焦慮症引起的，還是生理問題引起的。如果診斷為焦慮症後，還必須界定目前表現出的焦慮類型或組合類型，以及任何其他共同存在的病症（如憂鬱症或物質濫用）。有時候，酗酒、憂鬱症或其他共同存在的症狀對患者影響甚大，以至於在治療焦慮症之前必須先控制其他共同存在的病症。

接受過治療的焦慮症患者應該將治療詳情告訴現在的醫生。如果接受的是藥物治療，他們應該告訴醫生當時使用什麼藥物，治療開始時多大劑量，治療過程中劑量是否有增減，有什麼副作用，焦慮狀況是否得到緩解。如果接受的是心理治療，他們應該描述治療的類型，多常去看醫生以及治療是否有效。

通常患者會認為治療「失敗」，或是治療對他們無效。但實際上，這是由於治療時間不夠長或是護理不當造成的。有時候，患者必須嘗試多種不同的治療或治療組合才能找到最適合的治療方案。

## 藥物治療

藥物治療並不能治癒焦慮症，但是可在患者接受心理治療時使焦慮症得到有效控制。藥物治療必須由內科醫生，通常是精神科醫生來開處方。精神科醫生可能親自提供心理治療，或是與心理學家、社會工作者或心理治療顧問一起合作治療。用於焦慮症治療的主要藥物包括抗憂鬱藥物、抗焦慮藥物以及用來控制一些生理症狀的  $\beta$ -受體阻斷劑。透過適當的治療，許多焦慮症患者可以恢復正常而充實的生活。

## 抗憂鬱藥物

抗憂鬱藥物被開發用來治療憂鬱症，但是對焦慮症同樣有效。雖然這些藥物在服用一劑之後開始改變大腦機能，但是還需要一系列的改變才能全面發揮效力，通常要在 4 到 6 週之後症狀才開始逐漸消失。持續服用這些藥物夠長時間，使其發揮功效，是非常重要的。

## 選擇性血清素再吸收抑制劑（SSRI）

一些最新的抗憂鬱藥物被稱為選擇性血清素再吸收抑制劑（SSRI）。SSRI 使大腦內五羥色胺神經遞質含量發生變化。五羥色胺神經遞質與其他神經遞質一樣，有助於腦細胞進行彼此交流。

氟西汀（百憂解®）、舍曲林（左洛複®）、依他普侖（立普能®）、帕羅西汀（Paxil®）和西酞普蘭（西普蘭®）都是一些 SSRI，通常被用來治療恐慌症、強迫症、創傷後壓力症候群和社交恐懼症。

當恐慌症與強迫症、社交恐懼症或憂鬱症一同發作時，也可使用 SSRI 進行治療。維拉法辛（文拉法新®）是一種與 SSRI 密切相關的藥物，可以用來治療廣泛性焦慮症。這些藥物在開始服用時劑量很低，之後逐漸增加，直到出現明顯效果為止。

相比老式抗憂鬱藥物，SSRI 產生的副作用較少，但患者在開始服用時偶爾會產生輕微的噁心或緊張不安。這些症狀會隨著時間逐漸消失。有些服用 SSRI 的患者也會出現性功能障礙，可能需要調整藥劑量或改用其他類型的 SSRI 以達到緩解。

## 三環類抗憂鬱藥

三環類抗憂鬱藥上市的時間早於 SSRI，對焦慮症（強迫症除外）的作用效果與 SSRI 一樣好。開始服用時同樣要從小劑量開始，之後逐漸增加。有時會產生頭暈、嗜睡、口乾及體重增加的現象，但透過調整劑量或改用其他類型的三環類抗憂鬱藥可得到緩解。

三環類抗憂鬱藥包括用來治療恐慌症及廣泛性焦慮症的丙咪嗪（鹽酸丙咪嗪®），以及唯一一種對強迫症有療效的三環抗憂鬱藥物氯丙咪嗪（氯米帕明®）。

## 單胺氧化酶抑制劑（MAOI）

單胺氧化酶抑制劑（MAOI）是最早的一類抗憂鬱藥物。治療焦慮症最常用的 MAOI 是苯乙肼（Nardil®），其次是反苯環丙胺（帕內特®）和異卡波肼（悶可樂®），這些在治療恐慌症和社交恐懼症方面都很有效。服用 MAOI 的患者不可食用含有酪胺的多種食品 and 飲料（包括乳酪和紅酒），也不可直接服用酪胺藥品，如某些類型的避孕藥、止痛藥（如 Advil®、Motrin®或 Tylenol®）、感冒藥、過敏藥及草本營養補充劑，因為這些物質可與 MAOI 發生反應，引起血壓升高。新型 MAOI 皮膚貼布的研製可能有助於降低這些風險。MAOI 也有可能對 SSRI 發生反應，造成嚴重的「羥色胺症候群」，引起迷亂、幻覺、多汗、肌肉僵硬、癲癇、血壓或心率變化，以及其他潛在的致命情況。

## 抗焦慮藥物

強效苯二氮平類藥物用於治療焦慮症，除了嗜睡之外無其他副作用。因為人們服用這種藥物可能會上癮，需要越來越高的劑量來達到相同效果，所以強效苯二氮平類藥物只可短期服用，尤其對那些藥物濫用或酒精濫用的患者及藥物依賴型患者更是如此。

但是有一個例外情況，恐慌症患者可服用強效苯二氮平類藥物長達一年，而不會產生任何危害。

氯硝西泮（Klonopin®）用於治療社交恐懼症及廣泛性焦慮症，蘿拉西泮（安定文®）對恐慌症很有效，而阿普唑侖（贊安諾®）則對恐慌症和廣泛性焦慮症都有效。

有些服用苯二氮平類藥物的患者如果驟然停藥而非逐漸遞減，會發生戒斷症狀，一旦停藥則會復發焦慮症。這些潛在的問題使得某些內科醫生不再使用這類藥物或只是使用小劑量。

丁螺環酮（阿紮呱隆®）是一種較新型的抗焦慮藥物，可用來治療廣泛性焦慮症。服用這類藥可能會產生一些副作用，包括頭暈、頭痛、噁心等。跟苯二氮平類藥物不同，丁螺環酮必須連續服用至少兩週才可達到抗焦慮效果。

## B 受體阻斷劑

β 受體阻斷劑，例如用於治療心臟病的普萘洛爾（心得安®），可以預防伴隨某些焦慮症（尤其是社交恐懼症）產生的生理症狀。如果預計會發生令人緊張的事情（例如發表演講），可請醫生開 β 受體阻斷劑以控制焦慮症的生理症狀。

## 心理治療

心理治療包括與受過訓練的心理健康專業人員，例如精神科醫生、心理學家、社會工作者或諮詢顧問進行交談，以發現焦慮症的病因及治療。

## 認知行為療法

認知行為療法（CBT）對於治療焦慮症很有效。認知部分協助患者改變產生恐懼的思維模式，行為部分則協助患者改變對引起焦慮的情境做出的反應。

例如，CBT 可以幫助恐慌症患者瞭解他們的恐慌發作並不是心臟病發作，並協助社交恐懼症患者瞭解如何才能克服總是認為別人一直盯著自己並且評頭論足的想法。當患者願意面對自己的恐懼時，他們會看到如何透過曝光技術減少自己在引發恐懼的環境的敏感。

鼓勵害怕污垢和細菌的強迫症患者把手弄髒，逐步增加等待清洗的時間。治療師協助患者應對等候產生的焦慮；這種練習重複數次後，會有效緩解患者焦慮。鼓勵社交恐懼症患者在自已害怕的社交場合度過一段時間，不要屈服於想要逃跑的誘惑；並且犯一些輕微的社交錯誤，觀察周圍人作何反應。



因為人們的反應通常遠比患者擔心的輕很多，所以這樣做可有效緩解患者焦慮。在安全場合讓創傷後壓力症候群患者回憶創傷事件，以此來幫助他們減輕產生的恐懼。CBT 臨床醫師也會教導患者一些運動方式，例如深呼吸或其他類型的運動，來幫助患者緩解焦慮並鼓勵放鬆。

採用以曝光為基礎的行為療法來治療特定恐懼症已有多多年時間。患者慢慢接觸害怕的物品或情景，也許起初只是圖片或錄音，之後則是面對面的實際接觸。通常情況下，治療師需要陪同患者面對他所害怕的情景，並給予支持和引導。

當患者決定願意接受 CBT 並且樂意配合時，可以採用 CBT。為了取得療效，治療必須針對患者的特定焦慮，而且必須符合患者需求。除了會有短暫增加的焦慮引起的不舒服外，沒有其他副作用。

CBT 或行為療法通常會持續治療 12 週。可對患者單獨治療，也可與患有相似疾病的多位患者一起治療。集體治療對於社交恐懼症患者尤其有效。通常在每次治療時，參加者都要完成指派的「家庭作業」。有證據顯示，比起藥物治療，CBT 對恐慌症患者的治療效果持續時間更長，對強迫症、創傷後壓力症候群及社交恐懼症患者也是如此。如果以後病症復發，可採用同樣的療法再次治療。

對特定焦慮症的治療可採用藥物治療與心理治療互相結合的方法，對許多患者來說，這也是最佳的治療方法。

## 服用藥物

服用焦慮症治療藥物之前：

- 詢問醫生有關此藥的藥效及副作用。
- 告訴醫生所有的另類療法以及您正服用的非處方藥。
- 詢問醫生何時停藥，如何停藥。有些藥物不能驟然停用，必須在醫生監督下逐步遞減。
- 配合醫生，找出哪種藥物對您有效，以及何種劑量最佳。
- 需要注意，有些藥物只有在定期服用的情況下才會奏效，而且停止服用時症狀可能會復發。

## 焦慮症患者如何獲取幫助

如果您認為自己得了焦慮症，首先應該去看您的家庭醫生。內科醫生可以確定令您擔心的症狀是由焦慮症引起的，還是由其他身體狀況引起的，亦或是由兩者共同引起的。

如果診斷為焦慮症，通常下一步是要去看心理健康專業人員。對焦慮症最有幫助的是經過認知行為治療和（或）行為治療訓練的從業人員，以及必要時不會限制用藥的從業人員。

與您所選擇的心理健康專業人員談話，您應該要感到自在。如果不是這樣，您應該另尋專業人員。一旦找到了令您滿意的心理健康專業人員，你們應該互相合作，共同制定方案來治療您的焦慮症。

一旦開始服藥，記得不要驟然停止，這一點很重要。因為這類藥物必須在醫生監督下逐步減量，否則會產生不良反應。務必在停止服藥前與為您開處方的醫生交談。如果產生副作用，可以透過調整藥量或服藥時間來減緩。

多數保險計劃，包括健康維護機構（HMO）都會涵蓋焦慮症的治療。請向您的保險公司查證。如果您沒有保險，您的縣政府的衛生與民眾服務部可能會在公共心理健康中心提供心理健康護理，而且只會根據患者支付能力收費。如果您有公共援助，可以透過醫療補助計劃（Medicaid）得到護理。

## 如何使療效更佳

很多焦慮症患者透過參加自助團體或支援團體，與別他人分享自己的問題和成果而獲益良多。在這方面網路聊天室也很有用，但是透過網際網路獲取的任何建議都應謹慎使用，因為網友通常沒有見過面，而且會有很多虛假身份。與信任的朋友或神職人員進行交談也很有幫助，但是這種做法不能替代心理健康專業人員的治療。

壓力調節技能和藥物治療有助於焦慮症患者平復心情，並且可以加強療效。有初步證據表明，有氧運動具有鎮靜效果。咖啡因、某些禁藥及其他一些非處方感冒藥可能會加重焦慮症的症狀，應避免使用。在服用任何一種額外藥物之前，必須與您的內科醫生或藥劑師確認。

家庭在患者康復過程中扮演重要的角色。理想的情況是家人提供支援，但是不會縱容所愛者的症狀持續存在。家人不應輕視焦慮症，也不應該要求患者不經治療就會好轉。

如果您的家人屬於以上一種情況，請把本手冊拿給他們看，以使他們瞭解情況並幫助您成功治癒。

## 研究在增進焦慮症認識、改善焦慮症治療所扮演的角色

國家心理健康研究院（NIMH）支持研究焦慮症及其他心理疾病的病因、診斷、預防及治療。科學家正在研究基因在焦慮症發作方面扮演哪些角色，以及環境因素（如污染、心理和生理壓力、飲食等）有哪些影響。除此之外，我們正在研究各種焦慮症的「自然史」（如果沒有治療，病情將會如何發展），包括各式各樣的個人焦慮症、焦慮症的組合及伴有其他心理疾病（如憂鬱症）的焦慮症。

科學家目前認為，心理疾病像心臟病和第一型糖尿病一樣，都很複雜，可能是由遺傳、環境、心理、發育因素等綜合引起的。例如，儘管 NIMH 贊助對雙胞胎及家人的研究顯示，基因因素在某些焦慮症發展方面扮演一定的角色，但是創傷後壓力症候群等問題卻是由創傷事件引起的。基因研究可能有助於解釋為什麼一些人經歷創傷事件後會引發創傷後壓力症候群，另一些人則不會。

大腦的幾個部位在產生恐懼和焦慮過程中扮演關鍵的角色<sup>15</sup>。科學家透過使用腦成像技術和神經化學技術，發現扁桃體和海馬體在多數焦慮症中發揮了重要作用。

扁桃體是大腦深層的一個杏仁狀結構，被認為是大腦中處理進入的感官信號的部位以及解釋這些感官信號的部位之間的通信樞紐。它可對大腦其他部位提出危險警告，並引起恐懼或焦慮的反應。情緒記憶似乎存在於扁桃體的中央部位，對涉及各類特殊恐懼（如害怕狗、蜘蛛或飛行等）的焦慮症有一定作用。

海馬體是大腦中將危險事件編碼成記憶的部分。有研究顯示，受過兒童虐待或參加過軍事戰爭的人的海馬體比較小<sup>17,18</sup>。調查研究將確定是什麼原因引起海馬體的體積縮小，以及在病理性重現、外顯記憶缺失及常見於創傷後壓力症候群中的創傷事件記憶片段中，海馬體起了哪些作用。

透過進一步認識大腦如何產生恐懼和焦慮，科學家可能提出更好的焦慮症治療方案。例如，如果發現某一特定的神經遞質在恐懼產生過程中發揮重要作用，就可以研製藥物來阻斷，以降低恐懼的反應。

如果對於大腦在整個生命週期中如何生成新細胞有足夠的認識，則有可能刺激創傷後壓力症候群患者生成新的海馬體神經元<sup>23</sup>。

NIMH 目前進行的焦慮症研究包括：藥物治療和行為治療對強迫症的治療效果，藥物治療對於患有焦慮症組合及注意力不足過動症的青少年患者及兒童患者的安全性和功效。

## 參考文獻

- 1 Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. *Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. Archives of General Psychiatry, 2005 Jun;62(6):617-27.
- 2 Robins LN, Regier DA, eds. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991.
- 3 The NIMH Genetics Workgroup. *Genetics and mental disorders*. NIH Publication No. 98-4268. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1998.
- 4 Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al. *Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders*. British Journal of Psychiatry Supplement, 1998; (34): 24-8.
- 5 Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. *The relation between alcohol problems and the anxiety disorders*. American Journal of Psychiatry, 1990; 147(6): 685-95.
- 6 Wonderlich SA, Mitchell JE. *Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications*. Psychopharmacology Bulletin, 1997; 33(3): 381-90.
- 7 Davidson JR. *Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder*. Journal of Psychopharmacology, 2000; 14(2 Suppl 1): S5-S12.
- 8 Margolin G, Gordis EB. *The effects of family and community violence on children*. Annual Review of Psychology, 2000; 51: 445-79.
- 9 Yehuda R. *Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder*. Canadian Journal of Psychiatry, 1999; 44(1): 34-9.
- 10 Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, et al. *Gender differences in phobias: results of the ECA community survey*. Journal of Anxiety Disorders, 1988; 2: 227-41.
- 11 Kendler KS, Walters EE, Truett KR, et al. *A twinfamily study of self-report symptoms of panic-phobia and somatization*. Behavior Genetics, 1995; 25(6): 499-515.
- 12 Boyd JH, Rae DS, Thompson JW, et al. *Phobia: prevalence and risk factors*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1990; 25(6): 314-23.
- 13 Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. *Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study*. Archives of General Psychiatry, 1992; 49(4): 267-72.
- 14 Hyman SE, Rudorfer MV. *Anxiety disorders*. In: Dale DC, Federman DD, eds. Scientific American® Medicine. Volume 3. New York: Healthon/WebMD Corp., 2000, Sect. 13, Subsect. VIII.
- 15 LeDoux J. *Fear and the brain: where have we been, and where are we going?* Biological Psychiatry, 1998; 44(12): 1229-38.
- 16 Rauch SL, Savage CR. *Neuroimaging and neuropsychology of the striatum*. Bridging basic science and clinical practice. Psychiatric Clinics of North America, 1997; 20(4): 741-68.
- 17 Bremner JD, Randall P, Scott TM, et al. *MRIbased measurement of hippocampal volume in combat-related posttraumatic stress disorder*. American Journal of Psychiatry, 1995; 152: 973-81.
- 18 Stein MB, Hanna C, Koverola C, et al. *Structural brain changes in PTSD: does trauma alter neuroanatomy?* In: Yehuda R, McFarlane AC, eds. Psychobiology of posttraumatic stress disorder. Annals of the New York Academy of Sciences, 821. New York: The New York Academy of Sciences, 1997.
- 19 Molavi DW. The Washington University School of Medicine Neuroscience *Tutorial for First-Year Medical Students*. (1997) Washington University Program in Neuroscience. Retrieved November 16, 2005, from <http://thalamus.wustl.edu/course>.
- 20 *Understanding Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Stanford University School of Medicine. Retrieved November 16, 2005, from <http://ocd.stanford.edu/about/understanding.html>.
- 21 Rolls ET. *The functions of the orbitofrontal cortex*. Neurocase. 1999;5:301-312.
- 22 Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, et al. *Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder*. British Journal of Psychiatry Supplement. 1998;35:26-37.
- 23 Gould E, Reeves AJ, Fallah M, et al. *Hippocampal neurogenesis in adult Old World primates*. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 1999, 96(9): 5263-7.

**資源**

**National Institute of Mental Health (NIMH)**

Office of Communications and Public Liaison  
[國家心理健康研究院 (NIMH) 通訊與公共聯絡辦公室]

6001 Executive Blvd.,  
Room 8184, MSC 9663,  
Bethesda, MD 20892-9663

免費電話資訊服務：

焦慮症：

1-88-88-ANXIETY

憂鬱症：1-800-421-4211

一般查詢：(301) 443-4513

TTY: (301) 443-8431

電子郵件：nimhinfo@nih.gov;

網址：www.nimh.nih.gov

**Anxiety Disorders Association of America**

[美國焦慮症協會]

8730 Georgia Ave, Suite 600  
Silver Spring, MD 20910  
(240) 485-1001  
www.adaa.org

**Freedom from Fear**

[免於恐懼的自由]

308 Seaview Avenue Staten Island,  
NY 10305  
(718) 351-1717  
www.freedomfromfear.com

**Obsessive Compulsive (OC) Foundation**

[強迫症 (OC) 基金會]

337 Notch Hill Road  
North Branford, CT 06471  
(203) 315-2190  
www.ocfoundation.org

**American Psychiatric Association**

[美國精神病協會]

1400 K Street, NW  
Washington, DC 20005  
(888) 357-7924  
www.psych.org

**American Psychological Association**

[美國心理協會]

750 1st Street, NE  
Washington, DC 20002-4242  
(202) 336-5510 (800) 374-2721  
www.apa.org

**Association for Advancement**

[協進會]

305 7th Avenue, 16th floor  
New York, NY 10001-6008  
(212) 647-1890  
www.aabt.org

**National Alliance for the Mentally Ill**

[國家精神病患者聯盟]

Colonial Place Three  
2107 Wilson Blvd.,  
Suite 300 Arlington, VA 22201  
1-800-950-NAMI (-6264) /  
(703) 524-7600  
www.nami.org

**National Mental Health Association**

[國家心理健康協會]

2001 N. Beauregard St, 12th floor,  
Alexandria, VA 22311  
1-800-969-NMHA (-6642) /  
(703) 684-7722  
www.nmha.org

**National Center for PTSD, U.S.**

[美國退伍軍人事務部

全國創傷後壓力症候群中心]

116D VA Medical and Regional Office Center  
215 N. Main St.  
White River Junction, VT 05009  
(802) 296-6300  
電子郵件：ncptsd@ncptsd.org;  
網址：www.ncptsd.org

**有關臨床試驗的資訊**

**NIMH 臨床試驗網頁**

www.nimh.nih.gov/studies/  
index.cfm

**醫學臨床試驗資料庫全國圖書館**

www.clinialtrials.gov