

2014 年加拿大临床实践指南（一）：社交恐怖症

医脉通编译 2014.8.19

	焦虑障碍	惊恐障碍	社交恐怖症	强迫障碍	广泛性 焦虑障碍	创伤后 应激障碍
抗抑郁药						
SSRIs						
艾司西酞普兰				√	√	
氟西汀				√		
氟伏沙明				√		
帕罗西汀		√	√	√	√	√
帕罗西汀控释 片剂（CR）		√	√			
舍曲林		√		√		
TCA s						
氯米帕明				√		
其他抗抑郁剂						
文拉法辛缓释 剂型（XR）		√	√		√	
度洛西汀					√	
AZAPIRONES						
丁螺环酮					√	
苯二氮草类	√					

获加拿大卫生部批准的焦虑治疗药物一览

流行病学

社交恐怖症（SAD）是最常见的焦虑障碍之一，终生患病率约为 8-12%，女性较男性常见，发达国家发病率（6.1%）较发展中国家高（2.1%）。SAD 发病较早，多起病于青春期（平均 12 岁），常呈慢性迁延病程。低教育成就、低社会经济地位、单身或与伴侣分离、共病重性抑郁（MDD）与 SAD 发病率的升高相关。

SAD 常导致严重的功能损害，包括教育及职业表现、家庭功能及生活质量的总体下降。该病同样对个体及社会造成沉重的经济负担。罹患 SAD 的加拿大人在过去两周内报告至少一个残疾日（disability day）的可能性是其他人的 2 倍。

精神科共病

SAD 的精神科共病率很高，72% 的 SAD 患者均满足另一种精神障碍的诊断标准。最常见的共病为 MDD 及其他焦虑相关障碍，共病回避型人格障碍、躯体变形障碍、物质使用障碍、注意缺陷多动障碍（ADHD）及精神分裂症也较为常见。

DSM-5 诊断标准

- 对可能受到他人注视的社会情境的显著恐惧及焦虑
- 害怕行动或表现出焦虑症状导致负性评价（如难堪、羞辱）或冒犯他人
- 社交情境
 - ✓ 几乎总是激起恐惧或焦虑
 - ✓ 患者对此情境主动回避，或带着显著的恐惧和焦虑加以忍受
- 恐惧、焦虑或回避
 - ✓ 与社交情境的真实威胁不相称
 - ✓ 持续性，一般 ≥ 6 个月
 - ✓ 导致严重精神痛苦及功能损害
- 如果存在其他医学情况（如口吃或肥胖），上述功能扰乱应与之无关或不相称
- 若恐惧局限于公共讲话或表演，应指明“仅限于表演”

DSM-IV-TR 将与其他医学状况相关或继发于其他医学状况的社交恐怖及回避行为排除在外。然而，DSM-5 认识到，SAD 完全可能继发于某种医学问题，如口吃、帕金森病导致的震颤、肥胖、烧伤或损伤所致毁容，这些个体同样可能因为社交恐怖导致功能受损。

另外，DSM-5 移除了 DSM-IV-TR 中的“广泛型”社交恐怖症，同时添加了“仅限于表演”这一亚型。原因在于，并无足够证据支持“广泛型”的诊断，同时有证据显示，SAD 的严重程度随恐怖症状数量的变化而处于谱系的不同位置中。

尽管以上呈现的是最新诊断标准，但需要指出的是，以下治疗相关内容均基于满足 DSM-IV 诊断标准的患者。

心理治疗

认知行为治疗（CBT）是 SAD 非药物治疗的金标准。针对 SAD 的 CBT 认知技术包括重构及挑战病态思维，而行为组分主要为暴露疗法。很多随机对照研究（RCTs）及 meta 分析均提示，CBT 针对 SAD 的疗效优于安慰剂、常规治疗（TAU）或等候名单（wait-list）设置。尽管结果有所不同，但仍有多项研究提示，在治疗急性 SAD 方面，CBT 与药物治疗疗效相仿。还有研究显示，在治疗中断后，CBT 疗效的持续时间较药物治疗更长。针对 SAD 的 CBT 包括团体及个人形式。尽管有研究显示，个人 CBT 的疗效优于团体 CBT，meta 分析结果则显示，两者疗效并无显著差异。

既往研究同样检视了 CBT 中个别组分的疗效。证据显示，单独的暴露疗法即具有一定疗效。然而，暴露疗法与 CBT 整体疗效的比较结果莫衷一是。

有研究对 CBT 中的若干变量进行了探讨。例如证据显示，录像反馈技术并不能增强暴露疗法的疗效。然而，两项 meta 分析结果显示，CBT 联合个体化虚拟现实暴露疗法（VRE）效果优于等候名单对照，与纳入拟放松及现场暴露法的 CBT 疗效相仿。

在改善社交焦虑方面，一种聚焦于人际间行为的 CBT 形式与 CBT 疗效相仿，同时可改善关系满意度及社交亲近行为。人际疗法（IPT）针对 SAD 的疗效证据不一：有的研究结果为阴性，还有研究显示，IPT 的疗效优于等候名单，劣于传统 CBT。

与之类似，虽然疗效亦不如 CBT，但正念疗法（MBT）同样可改善 SAD 症状。另外，针对注意偏倚训练的小规模研究显示，该疗法有助于患者脱离负性社交线索，但结果同样存在冲突。

整合认知行为治疗（ICBT）是一种相对较新的治疗形式，或有助于提高日后针对焦虑及心境障碍的 CBT 的可获得性。研究显示，ICBT 在改善 SAD 症状方面显著优于等候名单对照。大部分 ICBT 项目中，治疗师与患者的接触程度均维持在最低限度，主要形式为电子邮件或电话。很多项目纳入了与其他参与者通过网络讨论小组互动的成分。然而，

治疗师成分是否必需目前尚不清楚，有无引导的 ICBT 疗效也难分优劣。在一项 RCT 中，医师辅助的 ICBT 效果优于自我引导的 ICBT，后者疗效不显著优于等候名单设置。与之类似，一项有治疗师参与的 ICBT 自助项目疗效优于纯自助的治疗方案。然而也有很多研究显示，两者疗效相仿。

一些 ICBT 项目纳入了面对面的现场暴露成分，但一项 RCT 显示，与单纯的自我引导相比，添加这一组分并未显著改善预后。还有若干项研究显示，ICBT 与面对面形式的 CBT 疗效相仿。一些针对 ICBT 的研究纳入了与患者面对面或电话形式的初筛，以及治疗后的电话评估或患者自评措施。这种设置与自行实施的治疗手段（ICBT 或自助手册）相比疗效如何，目前仍所知甚少。

心理治疗联合药物治疗

一些研究显示，在心理治疗的基础上联合药物治疗的疗效并不优于心理治疗自身。然而，一项研究显示，苯乙肼联合 CBT 疗效优于单用其中任一组分。证据显示，暴露练习的过程中联用 D-环丝氨酸可改善临床预后；另外，一项研究针对心理动力治疗的研究显示，联合氯硝西泮的疗效优于单用该药。

心理治疗的长期疗效

CBT 的疗效可维持 6-12 个月；治疗 5 年后，患者仍有收益。ICBT 的疗效可维持 1-5 年。治疗停止后，心理治疗疗效的维持时间长于药物治疗。

药物治疗

1 级证据	Meta 分析或至少两项随机安慰剂对照研究 (RCTs)
2 级证据	至少一项 RCT，纳入安慰剂或活性对照
3 级证据	非对照研究，样本量 ≥ 10
4 级证据	个案报告或专家意见

一线治疗	1 级或 2 级证据+效能及安全性临床支持
二线治疗	3 级或更高等级的证据+效能及安全性临床支持
三线治疗	4 级或更高等级的证据+效能及安全性临床支持
不推荐	1 级或 2 级证据证明其缺乏疗效

药物	证据等级	药物	证据等级
抗抑郁药		TCA_s	
SSRIs	1	氯米帕明	3
艾司西酞普兰	1	丙咪嗪	3 (-ve)
氟伏沙明	1	MAOIs 及 RIMAs	
氟伏沙明控释剂型	1	苯乙肼	1
帕罗西汀	1	吗氯贝胺	1*
舍曲林	1	其他抗抑郁药	
氟西汀	1*	米氮平	1*
西酞普兰	2	安非他酮	3
帕罗西汀	2		
联用帕罗西汀	3		
SNRIs			
文拉法辛缓释剂型	1		
度洛西汀	2		

抗焦虑药		抗惊厥药	
苯二氮草		普瑞巴林	1
氯硝西洋	1	加巴喷丁	2
阿普唑仑	2	左乙拉西坦	2 (-ve)
溴西洋	2	双丙戊酸盐	3
联用氯硝西洋	2 (-ve)	噻加宾	3
		托吡酯	3
其他治疗			
阿替洛尔	1 (-ve)	非典型抗精神病药	
丁螺环酮	1 (-ve)	奥氮平	2
阿托莫西汀	1*	喹硫平	2 (-ve)
普萘洛尔	2 (-ve)	联用阿立哌唑	3
司来吉兰	3	联用利培酮	3
培高利特	3 (-ve)		
联用丁螺环酮	3		
联用吲哚洛尔	2 (-ve)		

一线治疗 艾司西酞普兰、氟伏沙明、氟伏沙明控释制剂 (CR)、帕罗西汀、帕罗西汀控释制剂 (CR)、普瑞巴林、舍曲林、文拉法辛缓释制剂 (XR)
二线治疗 阿普唑仑、溴西洋、西酞普兰、氯硝西洋、加巴喷丁、苯乙肼
三线治疗 阿托莫西汀、安非他酮控释制剂 (SR)、氯米帕明、双丙戊酸盐、度洛西汀、氟西汀、米氮平、吗氯贝胺、奥氮平、司来吉兰、噻加宾、托吡酯
联合治疗 三线治疗：阿立哌唑、丁螺环酮、帕罗西汀、利培酮 不推荐：氯硝西洋、吲哚洛尔
不推荐 阿替洛尔*、丁螺环酮、丙咪嗪、左乙拉西坦、普萘洛尔*、喹硫平

*：结果存在冲突；-ve：结果为阴性

药物维持治疗

一项纳入了 4 项预防复发研究、共 760 名个体的 meta 分析结果显示，与安慰剂相比，SSRIs 可大幅降低 3-6 个月内的复发风险，相对危险度 (RR) 为 0.39 (95% CI 0.30-0.49)，需治数 (NNT) 为 3.57 (95%CI 2.94-4.76)。抗惊厥药普瑞巴林也显示出降低复发风险的作用。

RCT 研究中，与安慰剂相比，艾司西酞普兰、氟伏沙明 CR 及文拉法辛 XR 均可持续改善症状。另一项开放式随访研究则显示，吗氯贝胺在 6-24 个月内具有长期疗效。

生物及替代疗法

生物疗法：在一项开放标签研究中，神经心理躯体优化——无线电不对称式输送设备（NPPO-REAC，一种脑刺激技术）治疗 SAD 的疗效与舍曲林相仿，证据等级为 3 级。

替代疗法：圣约翰草提取物的疗效不优于安慰剂，不推荐用于 SAD 的治疗（2 级证据，阴性）。

总结

SAD 是最常见的焦虑障碍之一，对生活质量及功能/职业预后具有消极影响，常共病其他精神科疾病。该病的特征为针对暴露于注视环境的高强度恐惧及焦虑，患者常主动回避这些场合。

CBT 与单独的暴露疗法是 SAD 的一线治疗。VRE 和基于网络的治疗项目同样有效。CBT 治疗的收益可维持 1-5 年，针对急性 SAD 的疗效与药物治疗相仿，但治疗中止后疗效维持时间长于后者。在大部分研究中，CBT 联用药物治疗疗效并不优于 CBT 自身。

药物治疗应从一线药物开始，包括艾司西酞普兰、氟伏沙明等。若最优剂量效果欠佳，或患者不能耐受，应考虑换用另一种一线药物，随后再考虑二线药物。

对多种药物/CBT 应答不良的患者可能为难治性。针对此类患者应重新评估诊断，考虑可能影响治疗应答的躯体及精神科共病。必要时可考虑尝试三线药物。



指南全文下载：[2014 加拿大临床实践指南：焦虑障碍、创伤后应激障碍与强迫性障碍的管理](#)