

焦虑症

诊治心悟

JIAOLYUZHENG
ZHENZHI XINWU

包祖晓 主编



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

焦虑症诊治心悟

JIAOLYUZHENG ZHENZHI XINWU

主 编 包祖晓

编 者 张 丽 何贵平 虞安娜
田 青 陈宝君 章永川
李 燕 尹世平 程 燕
钟爱林 李 爽



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

焦虑症诊治心悟 / 包祖晓主编. —北京: 人民军医出版社, 2015.4
ISBN 978-7-5091-8242-0

I. ①焦… II. ①包… III. ①焦虑—中西医结合疗法 IV. ①R749.705

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 051429 号

策划编辑: 王显刚 文字编辑: 宋春宁 袁朝阳 责任审读: 杜云祥

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300 — 8707

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 北京天宇星印刷厂 装订: 三河市京兰印务有限公司

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 14.5 字数: 249 千字

版、印次: 2015 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001 — 3000

定价: 29.80 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



前言

焦虑症（焦虑性障碍）不仅是精神障碍分类中患病率最高的一种，而且还是最为慢性的一种，严重影响着患者的生活质量，同时也给社会带来了沉重的负担。近年来，随着生活节奏的加快，学习、就业、工作压力的增大，竞争加剧，以及个体对自我期望值的提高，精神压力也随之增大，焦虑症的患病率呈上升的趋势。但是，由于焦虑症患者常因各种躯体症状反复就诊于综合性医院非精神科，导致在获得正确诊断前，往往已经进行了许多不必要的检查和治疗，造成巨大的医疗资源浪费。据统计，国内综合性医院非精神科医师对焦虑症的识别率不足 10%，漏诊率高达 90%以上；在高医疗资源利用率者中，21.8%为广泛性焦虑症患者，12%为惊恐障碍患者。因此，充分认识和正确治疗焦虑症已成为突出的公共卫生问题。

我们在长期从事中西医结合精神科的临床和科研工作中发现：现代精神病学对焦虑症虽然有较深入的研究，但有关该病的病因和发病机制仍未完全明确，治疗和复发的干预仍不尽如人意；许多焦虑症患者及家属对现代精神病学常用的治疗方法反感（如担心成瘾）而求助中医药治疗；中医学中关于焦虑症的论述非常丰富，许多治疗焦虑症的方法及药物甚为简便有效。遗憾的是，中医文献中有关焦虑症的记载相对分散，尚未形成完善的体系；有些内容被后世曲解、误解，甚至存在一些望文生义和人云亦云的现象。迄今为止，有关焦虑症的中医学认识和治疗仍是仁者见仁、智者见智。

有鉴于此，我们在多年精神科临床实践的基础上，反复研读与焦虑症有关的中西医文献，本着“古为今用、洋为中用”的原则编写了《焦虑症诊治心悟》，希望对促进中医界正确认识焦虑症以及提高焦虑症的诊治水平有一定裨益。

本书共分 8 章，涵盖了焦虑症的中西医基础、治疗、康复和调护等内容。基础研究方面，在系统介绍焦虑症的概念、流行病学特点、病因和发病机制、临床

表现和早期识别、诊断及评定量表的基础上，本着不“过度诠释”和“过度推演”的原则，对焦虑情绪的中医学认识、焦虑症的中医病名归属和中医证机（证候和病机）进行深入探讨。临床治疗方面，除论述规范的焦虑症西药治疗、心理治疗外，对常用抗焦虑中药的应用心得、焦虑症常用治疗方剂、焦虑症的中医非药物治疗法、焦虑症治疗验案等进行了系统整理。康复和调护方面，介绍了焦虑症的运动疗法、音乐疗法、营养及中医药膳疗法、放松疗法等内容。

本书最大的特点是：在理论阐述方面不强求古训，而是在紧密结合现代精神病学有关焦虑症最新研究成果的基础上，从现象学入手对中医学中有关焦虑症的文献进行重新审视与梳理；在治疗和康复方面，突出中医药特色，强调实用性和可操作性。

需要指出的是，本书有关中药的剂量是作者经过临床摸索和总结出来，尚需进一步临床和实验验证，谨供执业医师参考，患者和家属必须在执业医师指导下使用。

此外，本书是笔者在参加全国博士服务团援疆期间所著，得到了各级领导的高度支持和重视，浙江省台州医院精神卫生科医生和新疆阿拉尔人民医院心身科医生为书稿的最终完成付出了辛勤劳动，在此一并感谢。

包祖晓

2014年11月



目 录

第 1 章 总论	1
第一节 焦虑与焦虑症的联系与区别	1
一、焦虑	1
二、焦虑症	3
第二节 流行病学特点	4
一、患病率和漏诊率	5
二、社会人口学特征	5
三、共病情况	6
四、疾病负担和危害	8
第三节 病因和发病机制	8
一、遗传因素	8
二、生物学因素	9
三、神经解剖学改变	15
四、神经电生理改变	16
五、社会心理因素	17
第四节 临床表现和早期识别	18
一、临床表现	19
二、早期识别	21
第五节 诊断依据	22
一、《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版 (CCMD-3) 中广泛性 焦虑症和惊恐障碍的诊断标准	22
二、《国际疾病与相关健康问题统计分类》第十版 (ICD-10) 中广泛	

焦虑症诊治心悟

性焦虑症、惊恐障碍和混合性焦虑抑郁障碍的诊断标准	24
三、美国精神病学协会《精神障碍诊断与统计手册》第五版 (DSM-V) 中广泛性焦虑症、惊恐障碍的诊断标准	26
第六节 常用评定量表	28
一、焦虑自评量表	28
二、汉密尔顿焦虑量表	30
三、贝克焦虑量表	31
第2章 中医学对焦虑情绪的认识	39
第一节 焦虑情绪在中医情志中的归属	39
第二节 焦虑情绪的病因病机	40
一、惊的病因病机	40
二、恐的病因病机	42
三、愁忧、思虑、忧思的病因病机	45
第三节 情绪焦虑的影响和危害	45
一、惊的影响与危害	45
二、恐的影响与危害	46
三、愁忧、思虑、忧思的影响与危害	47
四、小结	48
第3章 焦虑症的中医病名归属	50
第一节 焦虑症与中医惊悸病的关系	50
一、惊和悸的基本含义与焦虑情绪的表现相似	50
二、惊悸病与焦虑症的临床表现相似	51
三、惊悸病与焦虑症在治疗方面有一定的相通之处	53
四、小结	53
第二节 焦虑症与中医其他病症的关系	53
一、郁证	53
二、虚劳	55
三、奔豚气病	56

四、不寐	57
五、卑慄	58
六、其他	59
第 4 章 焦虑症的中医证机	61
第一节 焦虑症中医证机概述	61
一、焦虑症的病机概述	61
二、焦虑症的证候分型	63
第二节 焦虑症的脏腑证机分析	68
一、焦虑症与中医肝证机的关系	69
二、焦虑症与中医肾证机的关系	71
三、焦虑症与中医心证机的关系	72
四、焦虑症与中医脾证机的关系	73
五、焦虑症与中医胆证机的关系	74
六、焦虑症与中医心-肝-肾轴的关系	75
七、焦虑症与中医心肾不交证机的关系	75
第 5 章 西药治疗	80
第一节 治疗原则和策略	80
一、治疗原则	80
二、治疗策略	82
第二节 常用治疗药物的作用特点	83
一、抗抑郁药	83
二、苯二氮革类药物	85
三、其他类药物	86
第 6 章 中医治疗	88
第一节 概述	88
一、辨证分型治疗	88
二、基本方加减治疗	92

三、常用治法统计	95
四、焦虑症“病”和“症”的治疗药物统计	96
五、小结	99
第二节 常用中药抗焦虑治疗心得	100
第三节 常用治疗方剂辑要	129
第四节 中医非药物疗法	143
一、针灸疗法	143
二、推拿疗法	146
三、中医心理疗法	148
第五节 验案举例	151
 第7章 心理治疗	168
第一节 认知疗法	168
第二节 行为疗法	173
一、模仿疗法	174
二、系统脱敏疗法	174
三、暴露疗法	175
第三节 森田疗法	176
一、基本理论	176
二、治疗方法	177
三、常用术语	178
第四节 正念疗法	180
一、正念疗法简介	180
二、正念修习的要求	181
三、正念修习的常用方法	182
第五节 精神分析疗法	189
一、自由联想	189
二、梦的解析	190
三、澄清	190
四、联接	190

五、解析	191
第六节 其他心理疗法	191
一、认知领悟疗法	191
二、内隐脱敏训练	192
三、焦点解决短期心理治疗	193
四、社会相关疗法	196
第 8 章 康复与调护	199
第一节 运动疗法	199
一、治疗作用	200
二、运动方案	201
第二节 音乐疗法	203
一、一般原则	203
二、治疗路径	204
三、中医五音疗法	205
四、音乐电针疗法	207
第三节 营养及中医药膳疗法	207
一、营养疗法	208
二、药膳疗法	212
第四节 放松疗法	215
一、放松疗法的治疗原理	215
二、常用放松技术	216

第1章 总论

焦虑症（焦虑性障碍，anxiety disorders）是以发作性或持续性情绪焦虑和紧张为主要临床表现的神经症，常伴有自主神经功能紊乱、肌肉紧张与运动性不安等症状。学者 Anden 称现代社会为“焦虑的年代”，在美国，焦虑性障碍已成为上班族的头号致残性疾病，其致残程度相当于重度抑郁或慢性躯体疾病。近年来，随着社会竞争的日趋激烈与生活压力的不断加大，焦虑症发病率呈上升趋势。我国新近研究表明，普通人群中广泛性焦虑症的发病率为 2%~4.7%，而某些特定人群（如冠心病患者和临考学生等）发病率可高达 10%以上。

但是，由于焦虑症可出现多种躯体症状和体征，而成为躯体疾病的“模仿师”，反复就诊可能找不到满意的医学诊断来解释其症状。再者，与西方人不同，我们中国人更倾向于根据不同环境、“面子”来表现自己，真实情绪在外表往往很难看出来；我们习惯启动否定的机制，焦虑感受一产生就压抑下去，强撑着自己如同什么事儿也没有；我们崇尚和谐与中庸，所以在矛盾出现的时候，往往以为息事宁人更好。这样的文化传统也就构筑了中国特色的焦虑症表现。人们常称之为“体弱”“体虚”“发痧”“亚健康”“神经官能症”或“神经衰弱”等。

此外，躯体疾病患者伴发焦虑症状的比例较高。焦虑症状和躯体症状交织在一起，会使焦虑症的诊断和治疗变得更为复杂。在基层医疗机构，惊恐障碍（又称急性焦虑症）通常不能得到及时诊断，有的甚至在起病几年后才被识别。这类患者也是急诊科的常客，但在发病初期往往被忽视或误诊。

第一节 焦虑与焦虑症的联系与区别

一、焦虑

焦虑（anxiety）意指某种类似担忧的反应，是多种情绪的混合体，除占主导地位的恐惧成分外，还包含有其他多种情绪成分，如抑郁、悲伤、愤怒、害羞、自责、兴奋等。焦虑在英文中是 anxiety 和 worry，与 fear（害怕、恐惧）有关。

如《朗文当代英语大辞典》把 anxiety 解释为: an uncomfortable feeling in the mind usually caused by the fear or expectation that something bad will happen.《英汉双解精选医学词典》释为: fear is often distinguished from anxiety in having a specific object (恐惧与焦虑的区别在于前者是针对某一对象产生的)。可见焦虑情绪是由于害怕、恐惧而产生的一种不适情绪,表现为惊恐,或提心吊胆,或精神紧张。与焦虑相类似的常用术语有:“害怕”(afraid)、“恐惧”(dread)、“恐怖”(phobia/terror)、“惊骇”(fright)、“畏惧”(fear)、“惊恐”(panic)、“担忧”(apprehensiveness)、“苦恼”(agony)、“惊慌失措”(consternation)、“惊慌”(alarm)等。

焦虑具有两面性。一方面,适度的焦虑是个体安全需要的体现(对当前或未来情况的不确定:考试、预期目标、不熟悉的目标、物体、场景等);一定程度的焦虑是维持个体警觉性、促进躯体的代谢活动、维持基本的精神活动的重要因素。从这些方面来说,失去焦虑反应的人倒是不正常的。德国精神病学家 Gebattel 提出:“没有焦虑的生活和没有恐惧的生活一样,照样不是我们真正需要的。”我国当代精神病学家许又新教授也提出:“焦虑是对生活持冷漠态度的对抗剂,是自我满足而停滞不前的预防针,它促进个人的社会化和对文化的认同,推动着人格的发展。”

另一方面,如果焦虑与外界环境不协调(没有相应的刺激源而产生焦虑,或对于刺激源所产生的心理和躯体反应明显与群体中多数面对同样刺激所产生的反应不同);焦虑持续存在,超过所处群体面对同样刺激所出现反应的持续时间;焦虑个体感到自身焦虑出现的不合理性,但没有办法控制;个体为焦虑的出现感到痛苦。从这些方面来说,就是病理性的了。

著名心理学家弗洛伊德将焦虑分为三类。

(1) 客体性焦虑(恐惧):又再分为两种:①原发的客体性焦虑;②继发的客体性焦虑,这不是客体的出现或再现所引起,而是它出现的可能性引起的焦虑。

(2) 神经症性焦虑:这是意识不到的焦虑,是压抑(repressed)于无意识里的焦虑,造成焦虑的威胁来自本能冲动。

(3) 道德性焦虑:危险来自自我,被体验为耻感和罪感。

弗洛伊德关于焦虑的论述唤起了全世界对焦虑的重视,他的思想刺激了广泛的研究。但弗洛伊德关于无意识焦虑的学说也给临床精神病学带来了不利的影响。患者体验到的和别人可以观察到的焦虑,与无法观察和证实的理论构想,采用了焦虑这同一个术语,造成了混乱。因此,我们必须区别两种不同的焦虑概念:当事人体验到的焦虑(现象学的概念)和当事人体验不到的焦虑(精神分析的一个

理论构想)。

A. Lewis (1967) 在复习文献和长期临床实践的基础上, 提出作为精神病理现象的焦虑应具有以下特点。

(1) 焦虑是一种情绪状态, 患者基本的内心体验是害怕, 如提心吊胆, 忐忑不安, 甚至极端惊恐或恐惧。

(2) 这种情绪是不快的和痛苦的, 可以有一种死在眉睫或马上就要虚脱昏倒的感觉。

(3) 这种情绪指向未来, 它意味着某种威胁或危险, 即将到来或马上就要发生。

(4) 实际上并没有任何威胁和危险, 或者用合理的标准来衡量, 诱发焦虑的事件与焦虑的严重程度不相称。

(5) 与焦虑体验的同时, 有躯体不适感、精神运动性不安和自主神经功能紊乱的表现。

本书所讨论的焦虑即指这种精神病理现象的焦虑。

二、焦虑症

焦虑症 (anxiety disorders) 是一组以焦虑为主要临床相的精神障碍, 有主观和客观两方面表现。主观体验是焦虑情绪, 患者表现为整天惊恐不安, 提心吊胆, 总感到似乎大难就要临头或危险迫在眉睫, 但部分患者也知道实际并不存在什么危险或威胁, 却不知道为什么如此不安。客观表现有两方面, 即运动性不安和自主神经功能紊乱。运动性不安时, 患者闭眼向前平伸双臂, 可见手指对称性轻微震颤; 肌肉紧张使患者感到头脑发胀, 头皮发紧, 后颈部僵硬或疼痛, 四肢和腰背酸痛; 严重者坐立不安, 不时做些小动作, 如搓手搔腮, 或来回走动, 一刻也不能静下来。自主神经功能紊乱时, 尤其是交感神经功能亢进, 患者出现各种症状, 如口干、出汗、心悸、窒息感、呼吸急促、胸部发闷、面部一阵阵发红或发白、食欲下降、便秘或腹泻、尿频尿急、昏倒等。

焦虑症必须具备以上两方面的特征, 单有焦虑情绪是不够的, 同样, 仅有自主神经功能紊乱的表现也非焦虑症。前者可能是人格特征或情境性焦虑, 后者无特异性。换句话说, 同时具备上述两方面表现才能考虑焦虑症。把单纯的自主神经功能紊乱称为焦虑症是错误的。

焦虑症的概念在各分类系统中不尽相同。在《国际疾病与相关健康问题统计分类》第十版 (ICD-10) 中, 将焦虑症分为两大类: 一类是恐怖性焦虑障碍, 包括广场恐怖、社交恐怖、特定的 (孤立的) 恐怖; 另一类是其他焦虑障碍, 包括

惊恐障碍、广泛性焦虑障碍、混合性焦虑和抑郁障碍等。在美国《精神障碍诊断与统计手册》第四版（DSM-IV）中焦虑症所涵盖的种类最多，除焦虑抑郁混合状态外的全部病种，还包括强迫症、急性应激障碍、创伤后应激障碍和躯体疾病或物质应用所致焦虑障碍等。在最近发布的 DSM-V 中，“焦虑障碍”一章不再包括强迫症（归入在强迫障碍和相关障碍章节中）和创伤后应激障碍、急性应激障碍（归入在创伤相关和应激相关障碍中）。DSM-V 的“焦虑障碍”一章除包括社交焦虑症（社交恐惧）、惊恐发作、广泛焦虑障碍、广场恐惧症等障碍外，还纳入了分离性焦虑障碍和选择性缄默症等新的类型。在《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版（CCMD-3）中，焦虑症仅包括惊恐障碍和广泛性焦虑症。

下面介绍几种常见焦虑症类型的概念。

广泛性焦虑症（generalized anxiety disorder, GAD），又称慢性焦虑，是一种缺乏明确对象和具体内容的提心吊胆，及紧张不安的焦虑症，并有显著的自主神经症状、肌肉紧张及运动性不安。患者因难以忍受又无法解脱而感到痛苦。

惊恐发作（panic attack, PD），又称急性焦虑，是一种突然出现的强烈的恐惧体验，往往伴有心悸、气促、头晕、震颤及出汗等多种生理症状，有时伴有濒死感。发作常无明显诱因，可以突然出现和消失，持续时间较为短暂，症状持续 5~20 分钟后自行缓解，并可在短期内反复发作多次。

社交焦虑症（social anxiety disorder, SAD），又称社交恐怖症（social phobia），是指患者在社交场合与社交操作中出现过分的焦虑、害怕，有一种不能胜任、困惑、尴尬和羞辱的感觉，甚至出现回避行为。

广场恐惧症（Agoraphobia），又称“旷野恐怖症”“幽室恐惧症”“聚会恐惧症”等，患者主要表现为不敢进入商店、公共汽车、剧院、教室等公共场所和人群集聚的地方，或者是黑暗空旷的场所，担心忍受不了那种场合下将要产生的极度焦虑，因而回避，甚至根本不敢出门，对配偶和亲属的依赖突出。

本书主要讨论惊恐障碍和广泛性焦虑障碍内容。

第二节 流行病学特点

焦虑症的流行病学研究，由于学术界在疾病分类学和诊断概念方面的认识未能完全统一，在不同地区、不同调查之间所报道的数据差异较大，缺乏可比性。下文仅从近年来的专业著作和文献报道中获得有关信息以供参考。

一、患病率和漏诊率

美国的流行病学调查发现,人群中广泛性焦虑障碍的终生患病率为 5%~6%。德国的 Maier W. 等根据 ICD-10 标准对 14 个国家的广泛性焦虑障碍患病率做了调查,认为广泛性焦虑障碍的患病率为 7.9%。我国大陆地区的调查数据显示,焦虑性障碍(主要为焦虑症)年患病率上海和北京分别是 2.4%和 3.2%。另一项研究表明,普通人群中广泛性焦虑障碍的发病率为 2%~4.7%,而某些特定人群(如冠心病患者和临考学生等)的发病率可高达 10%以上。

国外的流行病学研究发现,惊恐发作的终生患病率为 15%,1 年患病率为 7.3%。国内 2001 年浙江省进行的流行病学调查结果显示,惊恐障碍的时点患病率为 0.18%;2005—2006 年昆明市进行的流行病学调查结果显示,惊恐障碍的终生患病率为 0.14%。

与高患病率形成鲜明反差的是,焦虑症的漏诊率很高。美国一项研究资料显示,以心理症状为主诉的患者,内科医师诊断抑郁或焦虑性障碍的正确率为 77%,但以躯体症状为主诉时,正确率仅为 22%。在英国,有学者筛查了 2500 例综合性医院患者,发现 500 例患者同时伴有心理障碍或精神疾病(发生比例为 20%),其中 84%的焦虑或抑郁患者是以躯体症状为主诉,只有 16%的焦虑或抑郁患者是以心理症状为主诉。而在以心理症状为主诉的患者中,内科医师诊断心理障碍的正确率为 94%,但在以躯体症状为主诉的患者中正确率为不足 50%。

2004—2005 年在中国 4 个城市开展了“中国城市非精神科病人抑郁、焦虑及抑郁合并焦虑症状患病率研究”工作,对 2400 名就诊者进行了调查与访谈,结果发现:第一,综合医院患者中抑郁焦虑的患病率非常高,大约 1/5 的患者有抑郁或焦虑;第二,综合医院患者抑郁焦虑的未诊断率很高,在 90%以上;第三,综合医院患者抑郁焦虑的治疗率极低,仅有 1/6 的患者得到相应治疗。国内另有报道综合医院就诊患者中伴发各种精神障碍者达 50%以上,漏诊率高达 90%以上,焦虑障碍的识别率为 6.45%,漏诊率为 93.54%。

二、社会人口学特征

在性别方面,全世界几乎所有的流行病学调查结果均显示,女性患焦虑症的比例约为男性的 2 倍,这可能与性激素、男女心理社会应激以及应对应激的行为模式不同有关。

在发病年龄方面,焦虑症的发病年龄通常较早,80%以上的患者在 35 岁以

前发病，其发病高峰年龄是 10—25 岁，但不同焦虑症亚型发病年龄有所不同。其中广泛性焦虑和惊恐障碍多发病于青春期后期或成年早期，平均首发年龄在 25—30 岁。

生活状况和文化因素对广泛性焦虑症有一定影响。美国一项研究显示，低收入、独居、离异、丧偶的群体广泛性焦虑障碍患病率偏高；亚洲人、拉丁美洲人、黑人的广泛性焦虑障碍患病率偏低。

调查发现，焦虑症的高危人群包括：父母患有焦虑症的儿童，遭受过虐待的儿童，意外事故、暴力行为、战争、灾难或其他创伤性事件的受害者、难民，以及从事易遭受抢劫等危险性较大的职业和从事治疗灾难性创伤受害者的职业人群。

此外，同性恋、双性恋女性广泛性焦虑障碍的患病率为 14.7%，比正常女性（3.8%）显著偏高。但是男性同性恋和正常男性之间无明显差异。

三、共病情况

研究表明，焦虑症的共病率很高，可以同时共病一种或几种精神障碍。全美共病调查（National Comorbidity Survey, NCS）表明，3/4 的焦虑症患者在一生中至少会共病一种其他精神障碍。其中惊恐障碍的共病率为 92.2%，广泛性焦虑症的共病率为 91.3%。

焦虑症与情感障碍两者往往相互共病，尤其是惊恐障碍、广泛性焦虑症与情感障碍有更大的相关性。国外观点认为，广泛性焦虑症通常不是单一性疾病，而是以共患形式出现。其中广泛性焦虑症共患单相抑郁症最常见（67%），其次为心境恶劣（39.5%），广泛性焦虑症共患双相障碍为 17%。临床研究显示，焦虑与抑郁共病与单纯焦虑或抑郁障碍相比具有症状更重、病情慢性化、社会功能损害重、自杀率高和预后差等特征。

黄建军等对 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。结果发现，焦虑障碍与人格障碍的共病率为 73.2%；共病者焦虑障碍的发病年龄更早，焦虑障碍病程更长，疾病更加严重，其焦虑、抑郁水平更高，社会功能更差。

同样，躯体疾病与焦虑症的共病率也很高。Culpepper 在控制性别、共患物质滥用、依赖和重性抑郁后，发现终生广泛性焦虑症或惊恐障碍患者比无焦虑个体的内科疾病发生率高，其中偏头痛、胃肠疾病、心脏病和呼吸障碍发生率特别高。

在心血管内科共病方面：据国内心血管内科门诊调查，高血压伴有焦虑的发病率大约为 38.5%，而正常人群中 5% 患者有急、慢性焦虑症，尽管国内外报道不同，但是总体上讲，高血压伴发焦虑的发病率高于正常人群。Kayono 等研究表明，焦虑症与夜间和清晨高血压有关，并且可能是发生心血管事件的一个危险因素。Harter 等发现，20% 的心脏病男性患 GAD，其中 62% 是先发 GAD，后患心脏病。出现这种情况的可能原因是：GAD 患者相信自己的心功能弱，易患心脏病，他们反复关注自己的心脏，尤其是静止时或入睡前的心脏生理变化，并将之错误地解释为心律失常，从而产生恐惧。因为锻炼会引起心悸，故 GAD 患者避免锻炼，长期不锻炼导致心脏的储备力不足，就真的易患心脏病了。另有学者推测，焦虑影响心脏功能的一个可能机制是，焦虑个体的心率变化降低了，进而引起心律不齐。

在神经内科共病方面：偏头痛是焦虑症常见的共病类型。GAD 患者容易把疼痛看作不确定性、不可预测性和不可控制性，导致对疼痛的敏感性增加或感觉增强。有人分析了美国国家样本资料（3032 例成人，25—74 岁），发现关节炎、偏头痛或背痛者比无疼痛者的 GAD 发生率高。国内有研究发现，帕金森病（PD）患者伴抑郁和焦虑的发生率较高。其中 PD 组中抑郁的发生率（19.4%），明显高于正常对照组（5.7%）；焦虑的发生率（30.4%）明显高于正常对照组（14.3%）；抑郁和焦虑共病的发生率（15.8%），也明显高于正常对照组（5.7%）。

在胃肠疾病共病方面：①消化性溃疡。焦虑症患者容易因焦虑激动交感神经，释放去甲肾上腺素，激动 α_1 受体，收缩血管，引起胃黏膜缺血，胃蠕动减慢，刺激 G 细胞分泌胃酸，久而久之就引起了消化性溃疡。美国成人国家共病调查资料表明，GAD 者比无 GAD 者的消化性溃疡差异比为 4.5 : 1，在校准社会人口学特征、躯体疾病和共患精神障碍后，GAD 者的消化道溃疡率是无 GAD 者的 2.8 倍。②肠易激综合征。肠易激综合征是一种以腹痛、腹胀或腹部不适及大便习惯改变为特征的慢性功能性肠道疾病，GAD 患者因交感神经兴奋引起腹胀、便秘，交感神经持续兴奋功能暂时衰退时副交感神经兴奋，引起腹痛、排气和腹泻，等交感神经功能恢复时再度兴奋，如此交替发作。故 GAD 患者的肠易激综合征频度较高。

在呼吸系统疾病共病方面：焦虑可促进组胺和其他引起变态反应的物质释放，引起或加重哮喘，反复哮喘导致肺气肿，这可解释焦虑症患者比无焦虑者的哮喘率和慢性阻塞性肺疾病（COPD，包括支气管炎、肺气肿和肺心病）发生率高。而 COPD 和缺氧体验又引发焦虑，故 COPD 患者的终生 GAD 患病率比常人为高