

认知治疗之父艾伦·T.贝克经典著作
被誉为治疗焦虑症的“黄金标准”

焦虑症 和 恐惧症

一种认知的观点

(20周年纪念版)

Anxiety Disorders and Phobias
A Cognitive Perspective

(美) 艾伦·T.贝克 / Aaron T. Beck

(美) 加里·埃默里 / Gary Emery

(美) 鲁斯·L.格林伯格 / Ruth L. Greenberg◎著

张旭东 王爱娟◎等译



重庆大学出版社

<http://www.cqup.com.cn>

焦虑症 和 恐惧症



一种认知的观点

(20周年纪念版)

Anxiety Disorders and Phobias A Cognitive Perspective

(美) 艾伦·T. 贝克 / Aaron T. Beck

(美) 加里·埃默里 / Gary Emery

(美) 鲁斯·L. 格林伯格 / Ruth L. Greenberg◎著

张旭东 王爱娟◎等译

重庆大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

焦虑症和恐惧症——一种认知的观点 / (美) 贝克 (Beck, A),
(美) 埃默里 (Emery, G.) 著; 张旭东, 王爱娟 等译.——重庆: 重
庆大学出版社, 2015.8

(心理咨询师系列)

书名原文: anxiety disorder and phobias: a cognitive perspectives
ISBN 978-7-5624-9192-7

I. ①焦… II. ①贝… ②埃… ③张… ④王… III. ①焦虑—研究②
恐惧—精神疗法 IV. ①R749.705 ②R749.405

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第145960号

焦虑症和恐惧症——一种认知的观点

Jiaolüzhèng He Kongjuzhèng

(美) 艾伦·T. 贝克/Aaron T. Beck

(美) 加里·埃默里/Gary Emery 著

(美) 鲁斯·L. 格林伯格/Ruth L. Greenberg

张旭东 王爱娟 等译

策划编辑: 王 斌 敬 京

责任编辑: 敬 京

责任校对: 张红梅

重庆大学出版社出版发行

出版人: 邓晓益

社址: (401331) 重庆市沙坪坝区大学城西路21号

网址: <http://www.cqup.com.cn>

重庆五环印务有限公司印刷

开本: 720×1020 1/16 印张: 23 字数: 342千

2015年8月第1版 2015年8月第1次印刷

ISBN 978-7-5624-9192-7 定价: 69.00元

本书如有印刷、装订等质量问题, 本社负责调换

版权所有, 请勿擅自翻印和用本书制作各类出版物及配套用书, 违者必究

2005年版序言

自本书第一次出版以来，许多研究已经实证了焦虑症的认知理论及其疗法。尽管我们的方法大部分是基于临床观察，但这些原理在研究文献中已找到了广泛的可靠支持。不断的研究进一步完善了认知疗法。同时，认知疗法在焦虑症方面显示了广阔的有效性：广泛性焦虑症（Generalized Anxiety Disorder, GAD）、恐惧症（Panic Disorder, PD）、创伤后应激障碍（Post-traumatic Stress Disorder, PTSD）、社交恐惧症（Social Phobia, SP）、健康焦虑症（疑病症）。现在已经普遍认可，个体焦虑症存在对威胁的认知偏向，这些偏向使得他们对危险过度警惕，并导致他们对威胁状况作出模棱两可的阐释（选择性抽象），或夸大一些很小的威胁（放大）。研究已经证实，这些有关危险的认知偏差是基于机能失调的信念系统。

我和戴维·克拉克在一篇论文中，通过一组三阶段的信息处理顺序¹，拓展了我们原来提出的模式。这一过程由激活认知图式驱动，从自动和无意识到有意识和策略。认知方法进一步的演变特征已经发展出了针对每一个特殊的焦虑症的复杂模式。英国研究者，如D.

M.Clark, Anke Ehlers, Paul Salkovskis 和 Adrian Wells 已经进一步拓展了这些模式, 而且扩展了细节。比如, Clark 使用“灾难性地曲解身体感觉”这一概念, 完善了原来的恐惧症认知模式²。我们的研究已经证实, 所有的集中在生理和心理经验的注意力妨碍了关于他们善良本性的现实性推理³。

对焦虑障碍和恐惧症的理解

20 多年理论和实验研究促进了我们关于焦虑症和恐惧症的认知观点。新的焦虑症认知模式也吸收了这些核心特征, 诸如认知图式或信念, 在习惯偏见、关于威胁的注意焦点和对模棱两可的刺激灾难性曲解方面产生的个体信息预处理。这些具有独创性的模式提出了许多试验性假说, 其生命力在于对焦虑症现象显著的解释力。

记忆偏向 在书中我们描述了数个设计的实验研究方法, 以证实信息处理方面的偏向。例如, Emery 和我描述的处于焦虑中的个体缩小了他们对威胁的注意力, 忽视了安全线索的方式。斯特鲁普情感测试实验 (Experiments Using Emotional Stroop) 和探针检测任务已经发现, 焦虑症患者总是有选择性地关注威胁性的语义和图像刺激⁴。并且, 使用伪装成威胁和内容不确定的刺激研究, 揭示了注意偏向的无意识发生⁵。这些研究强化了我们的观念, 即这些偏向是自动的、不由意识控制的。同时, 我们提出, 焦虑症患者将不确定性环境错误地评价为危险。许多研究也证实了这一观点, 当焦虑症患者面对模棱两可的情境而卷入潜在危害时, 与非焦虑个体相比更可能对这些事件作出消极或灾难性解释⁶。

我们的理论还提出, 行为适应不良的认知定势会使整个信息处理

序列产生偏向，从感知到提取，再到长时记忆。一些研究者对威胁一般信息的有意回忆进行了检验，发现在广泛性焦虑症中存在着记忆偏向，尽管其他研究者使用不同的研究策略并未发现⁷。但同样的记忆偏向已经在恐惧症和创伤后应激障碍中发现⁸。另一些研究者测试了内隐记忆，如当他（或她）无意识地试图回忆以前呈现的刺激对其行为产生影响的情况。在被试者使用以前等级的词汇而非偶然想到的词汇来完成词干时，内隐记忆已得到证实。而且研究证实，当焦虑症患者在完成与威胁相关的词干时表现得尤其明显⁹。这些在内隐记忆中存在的偏向已经在所有焦虑症中发现¹⁰。

意象 最近的研究证实了我们的理论，即意象是保持焦虑症状的一种重要的认知机制。我们的报告，惊恐障碍患者经历着可怕的伴随着其消极自动思维的意象，例如在急性焦虑症期间¹¹。Wells, Clark 和 Ahmed 的报告提出，社交恐惧症患者主要从一个观察者的视角来回忆社交情形，这种观察视角限制了他们注意其他人的各方面行为的程度，在这些记忆中潜在地否定了有关他们表现的消极信念¹²。Hirsch, Clark 和 Williams 证实，当社交恐惧症个体在社会互动过程中，其头脑里持有消极的、而非中性的意象时，他们的焦虑症状会加强，客观的表现会降低¹³。因此，来自身体检查的结果显示，与焦虑相关的意象提升了激活威胁想象的可能性，这种意象在不同的症状中扮演着本质不同的角色。

内隐联想 焦虑症的研究者使用内隐联想任务来测试具有特殊恐惧症个体与恐惧相关的认知结构或图式¹⁴。IAT 是一种反应时的电脑任务，以测量在记忆中概念之间的联想力，也即图式处理过程的另一种指示物。该任务背后的逻辑依据是，当目标与形容词相吻合（如蜘蛛和坏的），比起不相吻合的情形（如蜘蛛和好的），被试通过自动

联想能更快地将刺激分类。Teachman, Gregg 和 Woody 发现, 怕蜘蛛的被试能更快地在蜘蛛与消极叙词之间, 而不是在蛇与消极叙词之间产生联想。同时, 怕蛇的被试显示出相反的认知模式¹⁵。Teachman 和 Woody 在后续的研究中指出, 这些内隐联想随着心理治疗的进行而减弱了, 这就表明这些与焦虑相关的图式结构随着成功的社会心理的干预而改变了¹⁶。由此, 内隐联想任务就有潜力提出数据来说清不利于适应, 同焦虑障碍相关的图表的参数和结构。

自我集中注意 实验证明焦虑者将注意力偏向于他们周围环境中的威胁, 以至于他们比非焦虑者能更快地觉察潜在危险, 并集中他们所有的注意力于威胁而忽略了中性和安全的刺激因素。当社交焦虑者处在可能令其尴尬的情形时, 他们将注意力转向他们自身而不是监测周围的环境¹⁷。这种注意力的转换在某种程度上妨碍了社交行为, 增强了消极影响, 激活了消极认知¹⁸。系列研究提升了这种有趣的见解, 即不止一种类型的注意力偏向在社交恐惧症中发生作用, 其中每一种都可能在应用认知疗法的治疗中负有责任¹⁹。

知行统一认为, 不可接受的思想 and 信念对世界有实实在在的影响²⁰。可能性的知行统一认为不可接受的思想信念增强了相反事件发生的可能性, 而道德上的知行统一认为不可接受的思想信念几乎等同于实施行为。根据 Shafran 和 Rachman 的观点, 知行统一反应了一种夸张的对危害负责的知觉。并且, 这些思维的重要性被夸大了。尽管在这领域的临床经验上的研究实例较少, 但已经开展的研究提出知行统一与许多焦虑症相关, 包括强迫症、广泛性焦虑障碍以及抑郁症。

恐惧症

迄今, 恐惧症的认知理论基础是在本书中所描述的通过生理和心

理体验，或者由于如 D.M.Clark 所描述的对这些知觉的灾难性曲解而产生的可怕认知²¹。虽然这类对生理知觉的反应构成了恐惧症的一项重要特征，但它仅仅代表了在恐惧症中发生作用的认知过程之一。适应不良的信念构成了另一认知层次，焦虑者以曲解模棱两可的感觉和带有偏见的信息处理方式进行预处理。最近，我们研究小组提供的证据指出，恐惧症患者在没有处于急性焦虑状态时也认可这些信念，同时持有这些信念的程度成为他们在整个过程中婉拒认知疗法（Cognitive Therapy, CT）的特征²²。当一种信念，比如“心跳加快意味着我得了心脏病”被激活时，个体很可能经历焦虑或恐惧，其提供了第三种构成要素发生的可能性。这第三种构成要素的可能性组成了这些患者整个知觉注意力的固着和他们对此的阐释。Wenzel, Sharp, Sokol 和 Beck 使用一项客观自评测试——注意力固着问卷调查研究，为恐惧症提供了检验方法²³。

在详细描述我们关于恐惧症的认知理论中，我提出恐惧症个体的特点是相对独特的认知问题——他们关注自己的主观体验（晕眩、心悸等）。这种固着导致他们无法使用矫正信息，无法思考和用一种理性的方法来评估他们的恐惧思想²⁴。注意力固着是一种独立于特定思维去处理干扰，并确实瓦解重新评价超价认知的能力。我将这种现象称为“来自自动认知处理的高水平反射过程”。我注意到恐惧症患者缺乏仔细思考问题和在损害中缺乏避免恐惧的能力²⁵。他们对恐惧的自我关注取代了使用技术进行现实评判的能力。

如此，恐惧症的完整模式包括：①与模棱两可的生理或心理体验有关的恐惧认知；②与健康威胁有关的潜在技能失调的看法；③对这些经验意义的全面的关注。

社交恐惧症和其他情况

社交恐惧症的认知模式建立在我们的“恶性循环”概念之上，这一概念提出具有社交焦虑的个体在评估形势过程中会将他们的注意力局限在自己的焦虑症状上²⁶，这种对自我的关注导致他们看不到重要的社会线索，体验到一种社会行为的客观性衰退。Wells 通过区分两种类型的焦虑增加了我们对社交恐惧症的理解²⁷。第一种类型的焦虑指的是担忧外部事件，而第二种类型的焦虑指的是关于他们的担忧的消极信念，例如，“如果我担心，坏事情就将会发生”。Riskind 进一步以实验支持他的“迫在眉睫”的概念——有关在焦虑症中对即将发生的威胁的观点²⁸。研究者还提出了特定的认知模型来解释其他和焦虑症相关的情形。包括一个关于强迫性检查和创伤后应激障碍的构想²⁹。

焦虑障碍的认知疗法

自从本书出版以来，已经实施了许多对焦虑障碍的认知疗法应用和行为技术研究。一些研究形成了他们的理论框架和来自本书相关章节的许多技术。其他研究，诸如由 Barlow 和 Borkovec 以及他们的研究小组采用的是行为疗法但是也使用了很多这里提到的认知策略。这些研究者用“认知行为疗法”一次来形容他们的疗法。对该文献的回顾归总了不同的方法，包括认知行为疗法（Cognitive Behavior Therapy, CBT）中的认知疗法。认知行为疗法这个术语在一定程度上会使人产生误解，因为有时它代表以认知模型为基础的治疗，有时又用来描述以行为模型为基础的一类认知和行为技术，或者根本没有

特别的理论框架。

现在采用这些统一方法的研究已足以进行元分析。在元分析中，会把这些研究中的所有样本结合在一起形成一个足够大的样本，来确定认知行为疗法和控制组相比，其优越性是否在统计上显著。这些研究也都产生了“效应值”。例如效应值为 1.0，这意味着在认知行为疗法组中 87% 的被试得到了改善，多于控制组。Chambless and Gillis (1993)，Chambless and Peterman (2004) 以及 Gould et al. (1997) 的元分析指出认知行为疗法和控制组相比，在广泛性焦虑症和恐惧症上占优势³⁰。

为了评估在临床试验中焦虑症的认知疗法的临床效果，我们试图分离那些明确使用一种认知模式的研究。

广泛性焦虑障碍 经验研究已经证实认知疗法对广泛性焦虑障碍是一种有效的治疗方法。一个较早的对照研究 (Butler, Cullington, Hibbert, Klimes and Gelder, 1987) 在一个焦虑控制项目中将患者和候选控制组进行了比较。结果发现焦虑和抑郁存在很大的治疗效应值，并明显地得到了改善。随后，对候选组实施认知行为疗法也得到同样的结果。在平均进行了 8.7 个疗程以后，就会出现治疗效果，并且两个组在接下来的 6 个月内仍有效。在后续的研究中，检测了治疗中认知和行为因素各自的作用³¹。57 个被试被随机分配到我们的认知疗法组、行为疗法组或者控制组中。这些各自进行的治疗结果显示在焦虑、抑郁和认知方面，认知疗法比行为疗法有明显的优势。有趣的是，在行为疗法 (BT, 下同) 组中有 16% 的被试遗失，而在认知疗法 (CT, 下同) 组中却没有观察到被试的遗失。后续 6 个月的数据显示治疗效果得到了保持。

Durham 和 Turvey 在 1987 年已经得出了一个类似的研究。他们

随机分配 41 名 GAD 患者到 CT 或者 BT，结果发现在治疗结束时，两组没有显著的差异。然而，在后续的 6 个月，CT 患者要么保持着治疗效果，要么治疗效果有提高。而 BT 患者却回复到他们治疗前的状态。随后的研究把这个认知疗法的价值和成本效益与心理动力学治疗进行了一个对比³²，结果发现认知疗法优于精神分析法。他们在接下来一年的随访中发现，认知疗法组的患者和焦虑控制组的患者相比，在临床上有较高水平的显著改变³³。接受认知疗法的患者又一次得到了更大的改善。此外，值得注意的是 CT 患者明显地减少了药物的使用，对治疗的态度也更为积极。一项对以 8~14 年的随访数据为基础的认知疗法进行的长期的重要研究显示，那些接受认知疗法的患者显著具有较低水平的症状严重性和负性情感³⁴。

在一个早期发表的研究中 (Power, Jerrom, Simpson, Mitchell and Swanson, 1989)，101 个广泛性焦虑患者随机接受了 5 种治疗的一种：①服用安定，②安慰剂，③认知行为疗法，④安定加认知行为疗法，⑤安慰剂加认知行为疗法³⁵。治疗后和 6 个月的随访数据都显示了认知行为疗法的优越性。

这些结果在后来的 (Power, Simpson, Swanson, Wallace, Feistner and Sharp, 1990) 研究中找到了支持，这个研究是指在 31 个广泛性焦虑患者中比较认知疗法、安定和安慰剂的相对效应³⁶。研究中发现认知疗法有最大的效应值。在后续的 12 个月随访时，认知疗法患者报告了最低的药物和咨询干预需求。

惊恐障碍 惊恐障碍的认知疗法是根据我们以及 Clark 和 Salkoskis (1991) 后来修改的治疗模型³⁷ 而来的。认知疗法对惊恐障碍的有效性已经在很多研究中进行了验证³⁸。在 Levitt, Hoffman, Grisham 和 Barlow 的研究中提到了认知疗法在惊恐频率、害怕恐惧和

一般焦虑上总体的高效应值³⁹。对于接受认知疗法的患者，在接下来的12个月的随访中保持了良好的治疗效果，有的甚至有更大的改善。

我们研究小组检查了认知疗法对惊恐障碍的短期和长期效应⁴⁰。我们把33个惊恐障碍患者随机分入认知疗法或者简单支持心理治疗组。研究结果显示接受认知疗法的患者在惊恐症状和一般焦虑上有明显的更多的降低。8周的治疗后，认知疗法组保持有71%的患者，而支持疗法组只有25%的患者。应该提到在1年后的随访中，87%的认知疗法患者仍然没有惊恐发生。在接受了认知疗法后，之前接受支持疗法的患者中也报告了相似的结果（79%的没有再出现惊恐现象）。

在后续的研究中，比较了认知疗法和其他心理和药理学疗法。Clark等随机将64个惊恐障碍患者分入认知疗法、应用放松法、服用抗抑郁剂丙咪嗪组和等待控制组中⁴¹。3个月后，认知疗法组优于其他两组被试。15个月后，认知疗法组仍然保持着优势。认知疗法的简化版也被证实对惊恐障碍的治疗是有效的。Clark等（1999）在等待控制组中对完整的认知疗法方案和简化的认知疗法方案的有效性进行了评估⁴²。43个患者的研究显示出了不论是完整还是简化版的认知疗法在所有测试上的优越性。两种疗法都显示出了非常大的和几乎相同的效应值（大约3.0）。在12个月后的随访中两种认知疗法仍然保持着良好的治疗效果。

创伤后应激障碍 Ehlers and Clark（2000）基于认知疗法向创伤后应激障碍患者提供了一个理论导向的患者个人化的治疗。到现在为止，认知疗法对创伤后应激障碍的疗效已经在4个研究中得到了证实（Ehlers, Clark, Hackmann, McManus and Fennellid的研究1、研究2和在编研究；Ehlers, Clark, Hackmann, et al., 2003; Gillespie, Duffy, Hackmann and Clark, 2002）⁴³。报告的总体的治疗前至治疗

后的效应值大小都显著和一致，从 2.5 到 2.82。随访的结果也表明治疗效果得到了很好的保持。

最近的关于认知疗法对创伤后应激障碍疗效的研究是由 Ehlers, Clark, Hackmann, Mcmanus 和 Fennell 进行的⁴⁴。这些研究者之前已经在 20 个创伤后应激障碍患者的连续个案研究中证明了创伤后应激障碍、抑郁和焦虑症状的显著改善。最近，他们报告了他们比较认知疗法和等待条件的随机控制研究结果。认知疗法在创伤后应激障碍症状、无能、抑郁和焦虑上带来的显著性改善在 6 个月后的随访中仍然保持着。治疗结果如认知模型预计的那样在患者异常的创伤后认知上有改变。

另外的关于认知模型干预的支持来源于另外一个关注最近的交通事故幸存者创伤后应激反应的研究⁴⁵。创伤后应激障碍患者被分入认知疗法组——一本自救的认知行为疗法手则，或者是重复的评定组。研究结果显示在减少创伤后应激障碍症状、无能、抑郁和焦虑上，认知疗法最有效。在 9 个月后的随访中，接受认知疗法患者的治疗效果良好，并且明显地更少被诊断为创伤后应激障碍。

由 Ehlers 和 Clark 提出的认知模型的有效性还在一个以 1998 年 8 月北爱尔兰汽车炸弹事件后的 91 个创伤后应激障碍患者为被试的系列研究中得到了证实⁴⁶。由 Omagh 的受训的社区创伤和康复中心提供的 8 个认知疗程结果显示出了与之前研究一致的结果，认知疗法对创伤性应激障碍的改善效果显著。

我们对于社交恐惧症的认知疗法的研究在过去的 10 年里得到了很大的关注。D. M. Clark 认为有相当多的患者没能从现有的治疗方法中获益⁴⁷。比如，Heinberg 等发现认知行为组中不足 60% 的患者治疗有效⁴⁸。为了治疗那些对联合的认知行为疗法无效的患者，以及得到

整体的认知转变，我们应该去理清社交恐惧症下面的认知因素⁴⁹。基于这个模型的认知疗法疗效已经在—一个顽固的社交恐惧症患者的个案研究中得到了证实⁵⁰。

D. M. Clark 在一个针对社交恐惧症的连续个案研究中测试了认知干预的效果⁵¹。治疗包括了 16 个疗程，治疗前后的效应值显著，意味着有稳定的总体改善。接下来，D. M. Clark 等在社交恐惧症的治疗中比较了安慰剂控制组、认知疗法组和镇静剂组的疗效⁵²。虽然研究结果显示在 3 种条件下，都有明显的改善，但是认知疗法组在治疗中期以及治疗后的各项测试上都更为优越。这种优越性在过后 12 个月的随访中仍然存在。Scholing 和 Emmelkamp 随机将 73 名社交恐惧症患者分入 3 个被试组：①单纯暴露，②暴露后加上认知疗法，③认知疗法和暴露疗法的结合⁵³。3 个月的随访结果显示，在暴露后进行认知疗法组的改善最大。有趣的是，两种方法结合组的效果最差。

健康焦虑症 我们关于焦虑的认知疗法（1985）是为了厘清和治疗疑病症，一种顽固的严重健康恐惧症⁵⁴。健康恐惧症的认知干预目的在于通过讨论和共同设计和实施的行为实验来改变扭曲的思维方式（Barsky, Gerigner and Wool, 1988; Salkovsis, Warwick and Deale, 2003）⁵⁵。Warwick, Clark, Cobb and Salkovkis（1996）随机把 32 个患者分入认知疗法或等待控制组。那些接受积极疗法的被试得到了明显改善，这种改进在 3 个月后仍然保持着。在另一个控制研究中（Clark et al., 1998），比较了认知行为疗法、压力管理疗法和等待控制组⁵⁶。在关键的测试上，认知行为疗法有明显的优势，并且在接下来的 1 年仍然保持这种疗效。另外，Avia et al.（1996）报告了认知教育疗法在减轻与病相关的恐惧、身体症状和不良信念上效果明显。在 1 年后，仍保持了长期积极的效果⁵⁷。基于一个随机将 102 个被试分入 6 个疗

程的认知行为疗法和对 85 个患者进行通常的医学治疗研究, Barsky and Ahem (2004) 报告了接受认知行为干预的被试有显著的临床治疗效果⁵⁸。12 个月后的随访数据显示出显著更低的健康相关的焦虑和疑病的认知。

总的说来, 本书中提到的理论框架已经在很多的研究文献中得到了证实。并且, 基本认知模型的改进和延伸加强了我们对广泛性焦虑、惊恐障碍、创伤后应激障碍、社交恐惧症和疑病症的认知。研究理论和策略在这些障碍中的临床应用显示认知疗法是一种更有效的心理理论方法。

注 释

1. Beck, A. T.; and Clark, D. A. 1997. "An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes." *Behavior Research and Therapy*, 35: 49-58.

2. Clark, D. M. 1986. "A cognitive model of panic." *Behaviour Research and Therapy*, 24: 461-470.

3. Beck, A. T. 1988. "Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy." In S. Rachman and J. D. Maser, eds., *Panic: Psychological Perspectives* (pp.91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum. Wenzel, A.; Sharp, I. R.; Sokol, L.; and Beck, A. T. 2004. "An Investigation of Attentional Fixation in Panic Disorders." Manuscript submitted for publication.

4. MacLeod, C.; Mathews, A.; and Tata, P. 1986. "Attentional bias in emotional disorders." *Journal of Abnormal Psychology*, 95: 15-20.

Mogg, K.; and Bradley, B. P. 2002. "Selective orienting of attention to

masked threat faces in social anxiety.” *Behaviour Research and Therapy*, 40: 1403-1414.

5.Mogg, K.; Bradley, B. P.; Williams, R.; and Mathews, A. 1993. “Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression.” *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 304-311.

6.Amir, N.; Foa, E. B.; and Coles, M. E. 1998. “Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia.” *Journal of Abnormal Psychology*, 107: 285-290.

7.Greenberg, M. S.; and Beck, A. T. 1989. “Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis.” *Journal of Abnormal Psychology*, 98: 9-13.

8.Coles, M. E.; and Heimberg, R. G. 2002. “Memory biases in the anxiety disorders: Current status.” *Clinical Psychology Review*, 22: 587-627.

9.Mathews, A.; Mogg, K.; May, J.; and Eysenck, M. 1989. “Implicit and explicit memory bias in anxiety.” *Journal of Abnormal Psychology*, 98: 236-240.

10.Coles, M. E.; and Heimberg, R. G. 2002. “Memory biases in the anxiety disorders: Current status.” *Clinical Psychology Review*, 22: 587-627.

11.Ottaviani, R.; and Beck, A. T. 1987. “Cognitive aspects of panic disorder.” *Journal of Anxiety Disorders*, 1:15-28.

12.Wells, A.; Clark, D. M.; and Ahmed, S. 1998. “How do I look with my mind’s eye: Perspective taking in social phobic imagery.” *Behaviour Research and Therapy*, 36:631-634.

13.Hirsch, C. R.; Clark, D. M.; Mathews, A.; and Williams, R. 2003. "Self-images play a causal role in social phobia." *Behaviour Research and Therapy*, 41: 909-921.

14.Greenwald, A. G.; McGhee, D. E.; and Schwartz, J. L. K. 1998. "Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test." *Journal of Personality and Social Psychology*, 74: 1464-1480.

15.Teachman, B. A.; Gregg, A. P.; and Woody, S. R. 2001. "Implicit associations for fear-relevant stimuli among individuals with snake and spider fears." *Journal of Abnormal Psychology*, 110: 226-235.

16.Teachman, B. A.; and Woody, S. R. 2003. "Automatic processing in spider phobia: Implicit fear associations over the course of treatment." *Journal of Abnormal Psychology*, 112: 100-109.

17.Hope, D. A.; Gansler, D. A.; and Heimberg, R. G. 1989. "Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications from social psychology." *Clinical Psychology Review*, 9: 49-60.

18.Woody, S. R. 1996. "Effects of focus of attention on social phobic anxiety and social performance." *Journal of Abnormal Psychology*, 105: 61-69.

19.Woody, S. R.; Chambless, D. L.; and Glass, C. R. 1997. "Self-focused attention in the treatment of social phobia." *Behaviour Research and Therapy*, 35: 117-129.

20.Shafran, R.; and Rachman, S. 2004. "Thought-action fusion: A review." *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35: 87-107.