

社交焦慮症的認知行為治療：案例分析

張馥媛

摘要

社交焦慮症是最普遍的焦慮性疾患之一，目前認知行為治療是廣被採用且最多實徵研究證實其有效性的治療方法。本文以文獻及案例合併呈現的方式，先描述社交焦慮症的主要特徵及類別，接著以 Clark 和 Wells (1995) 的認知模式說明社交焦慮症的認知及行為機轉，然後介紹經常運用於治療社交焦慮症的主要認知行為治療技術，包括：暴露療法、認知重建、放鬆技巧及社交技巧訓練等，以及這些技術如何運用於社交焦慮症的治療，最後再對可能影響認知行為療效的因素做簡短討論。

關鍵詞：社交焦慮症、認知行為治療

張馥媛

1. 國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士生
2. 迦南精神護理之家臨床心理師 (faith2008tw@yahoo.com.tw)

<案例>

M 為一位 27 歲男性，大學畢業，無業，目前正在參加政府補助的電腦培訓課程，希望取得證照後從事網路工程方面的工作，一週前，M 首次至 XX 醫院身心科門診就診，他的主要困擾是與人聊天有障礙，因為他擔心別人會注意他，所以會臉紅、心跳加速且全身僵硬，此外，他也覺得因為緊張的關係，自己的眼神很不自然，他擔心自己這種焦慮不安的樣子被人查覺，所以會刻意避免某些人際情境，因此造成他在生活及人際功能上的減損。根據 M 的描述，他幼時個性活潑好動，在課堂上亦常主動發言，但國中時期，有一回於班會時被老師點名上台發表對某新聞事件的看法，M 上台後，感覺嚴重心悸並且手抖，自此之後，M 開始害怕許多社交情境，因為擔心自己會有緊張的反應，尤其擔心自己的緊張反應被他人察覺，故除了盡量克制自己的肢體之外，也會刻意避開沒有把握的人際情境。此次 M 就是在中午用餐高峰時間過後至快餐店用餐時，巧遇一群一起在電腦培訓班受訓的學員，M 當場經驗到強烈的焦慮反應包括頭暈、欲吐、全身僵硬、腦筋一片空白等，因而至醫院求診，經醫師診斷，M 是罹患了所謂的社交焦慮症 (social anxiety disorder, SAD)，評估後，轉介心理師進行心理治療。

壹、社交焦慮症的特徵

SAD 的特徵是明顯而持續的擔心或害怕一種或多種的社交情境，在此社交情境下當事人必須與不熟識的人相處或可能被他人細查，他會害怕自己可能因為行為失當或顯露出焦慮症狀（如：發抖、臉紅、心悸、流汗等）而招致羞辱或困窘，這可能導致 SAD 的人逃避社交及表現的情境，或懷著強烈的焦慮及痛苦忍耐著，而且其逃避行為、預期性焦慮及身處期間的強烈痛苦造成當事人明顯的苦惱並妨礙日常生活 (American Psychiatric Association, 2000)。以 M 的情況而言，他最大的擔心就是在社交情境中顯露其焦慮症狀並被人注意到，因此會有預期性焦慮，為減緩此焦慮，M 會盡可能避開會讓自己產生焦慮的社交情境，例如不與不熟的朋友交談、選擇教室最後一排角落的位置聽課、避開與人眼神接觸、上課時不發問、不與人共桌吃飯、到圖書館看書時不會到人多的閱報區閱報、避免搭乘公共交通運輸工具等，故已明顯影響其生活功能。雖然對大多數人而言，在社交情境感到擔心或害怕是非常普遍的事，而且大部分的人會認為自己比別人緊張，但對 SAD 患者而言，他們的焦慮已使他們感到嚴重苦惱並造成功能損害。

在分類上，SAD 可分為廣泛型 (generalized type) 及非廣泛型 (nongeneralized type)，主要是看所害怕的社交及表現情境的廣度而定：廣泛型是指在大多數的社交及表現情境都會陷入焦慮，如引發或維持會話、參與小團體互動、約會、對權威形象者說話、參與社交活動等；非廣泛型則限於幾個情境，如公開說話。以 M 的狀況來看，應屬廣泛型，也就是幾乎所有的與人際有關的情境都會讓他產生明顯焦慮，如與同學或朋友交談、購物結帳、在路上行走等，只要感覺到有人會注意甚至只是看到他，他都會有明顯的焦慮感受。此外，因為就醫過程本身就是

一個令當事人焦慮的人際情境，所以SAD就醫的比例很低，而且通常是在症狀出現後15至20年才尋求治療，或者是因為其他常與SAD共病的疾病如物質濫用、憂鬱症、其他焦慮性疾患而求助 (Stein & Stein, 2008)，根據調查，大約只有四分之一的SAD會因為情緒或焦慮問題尋求心理衛生專業方面的協助 (Wang et al., 2005)。M的狀況也大致如此，他自國中開始產生社交焦慮症狀，但當時並未就醫，而是到高三時因強迫症的重複檢查症狀才到精神科求治，後來強迫症症狀緩解便停止治療，直到此次社交焦慮嚴重發作，M才針對社交焦慮問題尋求醫療協助。

貳、社交焦慮症的認知模式

有些學者對 SAD 症狀的出現及持續提出了心理學的模式，這些模式不僅提供了解 SAD 的概念架構，也啟發了 SAD 的心理社會治療。在這些模式當中，Clark 和 Wells (1995) 所提出的認知模式最常被引用，在他們的論述中，說明了 SAD 的認知及行為機轉，強調失功能信念系統與逃避行為之間的關係。Clark 和 Wells 指出，通常患有 SAD 的人，會太在意在他人面前要有好的印象或討人喜歡，然而，他們卻又預期自己在社交情境的表現會不夠好，以致 SAD 患者會在他們害怕的情境中，使用不同的方式來保護自己，但不幸的是，他們所使用的方法通常不僅沒有幫助，而且還會增加焦慮，並使焦慮持續 (Wells, 1997)。他們使用的方法包括讓自己繃緊、過於注意自己的行為及生理反應、用觀察者的角色注意自己、過度使用安全行為等。當身處社交情境時，SAD 的人因為會憂慮自己在他人面前的表現，過度地將注意力放在自己身上，因而忽略來自他人有用且必要之社會線索；焦慮之生理性反應（心跳加速、臉紅等），又會使這種注意力往內聚焦的情形更為嚴重，結果導致 SAD 的人根據自己的感覺、他們所認為別人對他們的看法，建構出負面的自我形象。此外，當事人錯誤的預期自己會焦慮或表現不好，以及事後回想傾向為自己及當時情境負面解讀，更進一步地產生認知偏誤。

另外，Clark 和 Wells (1995) 強調，SAD 患者會使用所謂的「安全行為」以避免他們心中認為的災難發生 (Taylor & Alden, 2010)，例如交談時將手放在背後以免手抖被發現，或在事先不斷覆誦要說的話、要做的動作等，其目的是要藉由這些內隱或外顯的所謂安全行為，來獲得安全感或避免產生害怕的結果，但他們試圖用來減緩焦慮所採取的這些安全行為，實際上反而製造了更多的問題，因為那會限制社交互動，帶來更強烈的焦慮，而且沒有機會修正其錯誤信念。

從 M 的例子來看，根據他的描述，一開始時，他發現自己在人前會緊張到臉紅、手抖，而他認為他在人前不可以有這樣的反應，因為在人前會手抖、臉紅、身體僵硬是一件很羞愧的事情，因此他試圖將自己的手握得更緊，以免手抖的反應被他人發現，或低頭不要讓人發現他緊張扭曲的表情。他與人互動時會將過多注意力放在注意自己是否顯露出焦慮反應，例如臉紅、眼神不自然、聲音發抖、

表情僵硬等，然過度聚焦於自己的焦慮反應，不僅無法舒緩焦慮，反而因為運用安全行為及逃避人際情境而使自己的焦慮反應更加嚴重，致妨礙了自己的人際表現。所以從歷程上來看，M 在面臨社交情境之前，就有所謂預期性的焦慮，他希望自己表現好，但又預期自己會表現不佳，認為自己在面對他人時一定會緊張，且會有焦慮的生理反應，如臉紅、眼神不自在、表情僵硬等，於是在與人互動時，他又會用一種他人角度來評價自己，認為別人一定會注意到他的焦慮反應，並認為他有這些反應是不正常、懦弱、膽小的表現，除此之外，他自己也會認為「會緊張」代表他是一個膽怯、無能的人。另外，他也會將別人給他的回應做負面解讀，例如 M 會將別人看他的眼神解讀為對方對他有攻擊性，並給予他負面的評價；當社交互動結束後，他的事後回想亦趨向負面，例如：覺得先前自己的表現很糟、面部表情扭曲可怕，或認為別人當時對他的回應，代表對方認為自己是個怪異、有問題的人。由於 M 在互動過程中過度擔心自己可能有的焦慮反應，以致他沒有機會嘗試去了解別人真正的反應，以及別人到底如何看他，所以更沒有機會去證實其實自己的信念並不正確。

參、社交焦慮症的認知行為治療

認知行為治療 (cognitive-behavioral therapy, CBT) 是目前最廣被使用且最多實徵研究證實對 SAD 具有明顯療效的治療取向 (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Davidson et al., 2004; Hofmann, 2004; Rowa & Antony, 2005)，它是一種具有時間限制且為目標導向的心理治療法，教導當事人認知及行為技術協助他的功能能夠運作良好，CBT 需要治療者與當事人共同合作，形成治療同盟來面對當事人所關注的問題。CBT 在治療 SAD 上主要採取認知模式的概念架構，著重失功能信念與逃避行為之間的關係，不同版本的 CBT 運用在治療 SAD 上內容雖有些許差異，但重點多相同，以 M 為例，其治療計劃大致包含以下重點：1. 蒐集資料，形成個案概念化；2. 教導當事人了解社交焦慮的本質，以當事人的經驗為例說明焦慮的主要生理、認知及行為反應成分，以及以認知行為的角度說明使焦慮持續甚至惡化的認知及行為機轉；3. 矯正失功能想法，找出面對引發焦慮的社交情境時的內在自我對話，辨識出其不合理性，練習合理的自我對話；4. 進行暴露練習，將引發焦慮的情境排序，結合放鬆訓練進行想像或實境練習，一方面對引發焦慮的刺激習慣化，一方面在過程中練習合理的自我對話；5. 預防復發，包括觀念及技巧的回顧，探討未來可能遇到具壓力的人際情境，討論防止復發的因應技巧，復發時的因應策略等。其中主要使用的技巧包括暴露療法、認知重建、放鬆訓練及社交技巧訓練 (Heimberg, 2002)。這些技巧的介紹以及案例說明分述如下。

一、暴露療法

暴露療法是一種行為技術，主要是設計來幫助當事人面對他們害怕的情境，並投入在此情境中（即不能轉移注意力），使造成焦慮或害怕的條件化歷程反應下降，產生所謂的習慣化，故暴露療法假設，讓當事人全然的去經驗它所害怕的情境，則他對此情境的情緒及行為反應會發生改變 (Foa & Kozak, 1986)。過去對於暴露療法作用機轉的解釋，偏重在其條件化、習慣化及消除等學習歷程，但近期對暴露療法的概念化則融入了認知的改變，也就是說暴露療法的作用其實蘊含了讓當事人去驗證自己的負面自動化思考是否為真的認知機轉。例如：不採取逃避或其他安全行為策略自己的表現是否會更糟？在實境練習中自己是否真的無法控制自己的焦慮？自己的表現他人是否會給予負面評價？如果自己表現與原先的想像不一樣時，是否更糟？是否可放寬自己的表現的可接受範圍？

在治療上，一開始當事人和治療者會一起討論並列出引發焦慮的情境的列表，接著為了讓焦慮維持在可承受的範圍，當事人先從焦慮最小的情境開始嘗試，然後逐步進入到較困難的情境，以幫助當事人漸漸獲得掌握感；暴露的方式可以是想像的（如治療者描述一場景請當事人想像）、或在治療時練習角色扮演（治療者扮演聚會中遇到的陌生人，請當事人嘗試與之談話）、或者在治療時間之外進行實境練習（待在一個人多的場合持續一段時間，直到焦慮下降）等。進行暴露療法時，要記得掌握的重要原則：當事人待在他所懼怕的情境之下的時間必須夠長或次數必須夠頻繁，直到他在此情境下的焦慮下降為止，如此才足以讓他產生習慣化或有新的學習。在治療 SAD 方面，不同版本的 CBT 中，暴露技術都是 CBT 重要的部份，為了達到最大成效，當事人必須全然投入在其中，並經驗到焦慮才能達到效果，但因為暴露過程對當事人來說並不舒服，所以有時當事人會利用一些方法轉移注意力，例如在當下的情境讓自己分神注意社交情境外的訊息，而未注意到實際正在發生的事，因此治療者在運用暴露療法時要給予當事人清楚的指示。

在治療中，M 的暴露療法採取的是會談間隔中的實境練習，作法是一開始的時候請他在會談結束後填寫家庭作業，記錄下所有令他感到焦慮的社交情境，然後在下一次會談時與治療師一起依照焦慮程度列表，列表完成後請 M 從焦慮最小的情境開始練習，他一開始的練習作業包括：(1)中午於餐廳用餐時，與他人同桌用餐；(2)下班後到住家鄰近圖書館閱報區閱報或用筆記型電腦上網看資料，直到焦慮下降到 SUDS 至 5 以下(0=非常放鬆,10=非常緊張; Subjective Units of Disturbance Scale, SUDS)，方可離去；(3)每天練習與不熟悉的人眼神接觸三次，然後每次練習都必須紀錄下自己的焦慮程度。過程中 M 表示坐在圖書館閱報區看書報剛開始有一些緊張、無法專注，但後來焦慮可減緩，但與人同桌用餐以及與不熟悉的人眼神接觸對他來說太困難，故需插入中間焦慮階層的情境，於是將與人同桌用餐改為在隔壁桌有人的位置用餐，每天與陌生人眼神接觸三次改為與認識的電腦培訓班學員眼神接觸兩次。練習之後，M 反應這些情境會激發焦慮，但可逐步掌握，過程中 M 也認知到自己的表現其實比預期好，雖然會焦慮，但不是完全無法控制。故順利完成後，M 繼續面對下一步的挑戰。

二、認知重建

大量的實徵研究證實，幫助當事人檢驗自己對害怕情境的想法及其背後的信念非常重要。事實上，當前的認知行為理論模式認為 SAD 是源自於對社交情境潛在危險的錯誤信念，對於社交情境結果的負向預期，以及對社交情境中事件訊息的偏差處理方式。因此在認知重建上，當事人必須被教導：(1)確認在引發焦慮情境之前、當下以及之後的負向思考；(2)透過蘇格拉底對話及所謂的行為試驗來檢視這些訊息的正確性；(3)藉由所獲的訊息來產生替代性的合理想法 (Heimberg, 2002)。由以上描述看來，SAD 的認知重建實際上也運用了暴露過程，但此處的暴露意義在於行為試驗，藉由行為試驗蒐集訊息，讓當事人修正他們對於害怕情境風險評估的判斷。所以，在行為試驗這個部分是要當事人從事一些活動來改變他們的信念，如深信在某些情境下會不知道如何表現、他人會給予嚴厲的批評、他們會被焦慮壓倒以致召來羞辱或感到困窘等。另外，行為試驗有時會要當事人進入焦慮的情境但不能運用安全行為，因為當事人會誤認為他們的安全行為使他們能夠成功地因應焦慮，但事實上這些行為使他們無法了解他們其實不會有事，而且實際上可以表現得不錯。

在 M 的認知部份，從會談資料看來，我們發現了 M 的一些自動化負面思考，例如：(1)與不熟的人交談時我一定會非常緊張，而且會有臉紅、表情僵硬、眼神不自然等反應（預期性焦慮）；(2)我如果感到焦慮，我焦慮的生理反應會非常明顯，別人一定會注意到，而且別人會覺得我不正常、無能、沒有用；(3)我有這些焦慮反應表示我是一個很懦弱、膽怯的人；(4)我必須克制我的生理反應，否則我的焦慮會使我崩潰、瘋狂、失控；(5)我之前的表現確實很不好，別人給我的回應意思是我很糟；(6)我不講話、不要跟人眼神對看，別人就不會發現我是一個焦慮緊張、有問題的人等。所以治療上，一方面以蘇格拉底對話澄清這些想法是否合理，例如：別人是不是一定會注意到我的焦慮反應，如何證明？每個人都會焦慮，怎麼說一個人有焦慮反應就代表他是一個懦弱無能的人？焦慮曾經使我瘋狂嗎？持續的焦慮會有習慣化的反應發生，如何會失控、瘋狂呢？別人曾經給予什麼樣的回饋，這些回饋的意思是指無能、沒有用嗎？另一方面，藉由暴露療法進行行為試驗，釐清這些想法是否為真，例如：在作業上設計每天找一位不太熟的學員或朋友交談，看看對方是否給予負面回饋；放棄安全行為（如：不與他人眼神接觸），注意他人的眼神看看對方的反應如何；練習上課時發問，看看自己是否真的表現很難堪、很糟。經練習後，M 漸漸了解自己的焦慮並非源自社交情境本身，而是因為自己非理性、負面的自動化思考，故可採行合理的思考、減低焦慮，並放棄之前逃避、握緊拳頭等安全行為，藉由這些行為試驗，M 進一步發現自己的表現高過原先的自我評價，因此改善了他的自我形象。

三、放鬆訓練

放鬆訓練，幫助當事人學習面對並控制因預期及面對害怕事件所引起的生理反應，一般最常採用的是 Wolpe (1958) 所發展出來的漸進式放鬆訓練，教導當事人針對身體不同的部份拉緊 5~10 秒鐘後再放鬆，然後體會這一鬆一緊之間的不同，通常剛開始的時候，當事人必須一個部位接著一個部位的去感覺然後放鬆，待熟練之後可以一下子放鬆多個部位而達到迅速放鬆，當事人還能夠學會快速掃描自己身體的肌肉檢視其鬆或緊的程度，學會控制自己的生理反應。另外，腹式呼吸也是經常採用的放鬆方法，它是利用深而慢的平穩呼吸，減少交感神經活動，達到放鬆的效果。要注意的是，單單教導放鬆訓練對於改善 SAD 並不會有太大的效果，除非他被運用在焦慮情境中。所以在治療上，通常會先教導當事人放鬆技巧，接著再教導他們如何將放鬆技巧運用在引發焦慮的情境當中，換言之，就是結合放鬆與暴露技術來幫助當事人因應引發焦慮的情境。

在 M 的治療上，治療者一開始嘗試教導其漸進式放鬆練習及腹式呼吸（詹佳真、林家興，2006），經一段時間的練習，M 較偏好腹式呼吸，認為對他來說效果較漸進式放鬆來得好，故在治療運用上以腹式呼吸為主，除了每天早晚各練習 10 分鐘之外，在暴露練習中，教導 M 在進入社交情境前（例如與人交談或上課舉手發問之前）先進行腹式呼吸降低焦慮，或進入焦慮情境後（例如出門走在路上或待在圖書館閱報區時）用腹式呼吸緩和生理反應，藉此將腹式呼吸與暴露練習結合幫助 M 因應引發焦慮之情境。

四、社交技巧訓練

SAD 的社交技巧訓練的主要想法：有社交焦慮的患者會顯現行為上的不足，如眼神接觸少、談話技巧不佳，以致引發他人負向回饋，導致社交互動對當事人來說是種折磨並引發焦慮，這種情況可透過示範、行為覆誦、給予回饋、正增強以及家庭作業來教導或練習適當的社交技巧。不過，有另一種情況是，SAD 的患者本身可能已具有適當的社交技巧，但是因為焦慮及負向信念的影響以致行為受到抑制，無法表現出來 (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004)。從這個角度來看，SAD 的社交技巧訓練其實包含了技巧訓練（如重複練習人際互動行為）、暴露練習（面對害怕的情境）以及認知校正（個人社會行為適切性的正確回饋）。

針對 M 的情況，根據其過去史，以及在會談室中與治療者互動的情形來看，M 的社交技巧問題並非出在技巧不足，而是過度的焦慮以及負向認知抑制了行為表現，因此在治療策略上較不著重在技巧的教導，而是將重點放在暴露練習，鼓勵 M 進行社交行為，並從中得到校正性回饋。設計的作業包括：每天找一位不甚熟悉的朋友聊天（至少說一句話）、與迎面而來的人進行眼神接觸、每天上課至少要發問或發言一次。經過練習後，M 覺得與人互動不再那麼緊張，也很高興自己做得好，對自己信心增加，也清楚他人並不會像自己所想像的都是給予

負向回饋，反而正向回饋較多。經過數週練習，M 目前可以自在的在課堂上提出問題，並與同學、老師互動，出門購物結帳或至機構櫃檯洽辦事情時可與人眼神接觸不再躲避，走在路上會嘗試注視迎面而來的人的眼神，雖然主動與人交談仍然覺得有壓力，但還是能夠進行，逃避行為減少許多。

肆、影響社交焦慮症認知行為治療療效的因素

文獻指出，影響 SAD 之認知行為療效的因素包括：社交焦慮的嚴重程度、家庭作業的配合性、對治療成效的期待、SAD 類型為廣泛型或非廣泛型、是否合併畏避型人格疾患，以及是否有第一軸共病等 (Chambless, Tran, & Glass, 1997; Erwin, Heimberg, Juster, & Mindlin, 2002; Mennin, Heimberg, & Jack, 2000)；以上因素均有可能影響 SAD 的認知行為治療療效。以 M 的情況而言，從他的生活功能看來，M 可完成學業並繼續參加進修課程，其症狀不算極嚴重，家庭作業的執行一週七天平均大約有 4 至 5 天可切實完成，配合度尚可，治療動機部分，雖然 M 是經轉介被動來接受 CBT 治療，但合作度尚佳，其 SAD 雖屬廣泛型，但他的思考有彈性、不僵化、內省性佳，可將治療中學習的認知及行為技巧運用於不同的情境中，此外，M 沒有畏避型人格疾患，之前雖曾罹患強迫症，但已痊癒，故 M 目前可說無其他第一軸共病問題。從以上因素以及 M 目前對治療的反應情形及症狀改善來看，M 應該可以有不錯的預後。

經過 12 次的個別認知行為治療之後，M 的症狀明顯改善，可主動與電腦培訓班的學員打招呼交談，上課時可主動發問，至機關辦事也能主動詢問相關事項而不會感到過度焦慮，走在路上可自然與人眼神交會，不再刻意低頭迴避，搭乘公共交通運輸工具時，雖然還是在意別人會注意到他而感到些許焦慮，但不形成太大的干擾。目前對他來說，眾人面前或上台說話仍然會有很大的壓力，但一般的生活及人際功能已大為改善。於治療結束後第一個月及第二個月進行追蹤，M 的治療效果仍維持，故以認知行為技術治療 M 的社交焦慮疾患成效佳。

伍、結語

SAD 是一個惱人的疾病，根據調查其盛行率大約有 3% 至 13%，是最普遍的焦慮性疾患之一，但患者求助的比例並不高，因為就醫過程對他們來說就是一個讓他們感到焦慮的人際互動情境，因此，「如何有效地幫助他們」是一個值得關切的問題。從文獻看來，CBT 是目前最廣被用來治療 SAD 的治療技術，同時也受到最多實徵研究的支持，它主要包含暴露技術、認知重建、放鬆訓練及社交技巧訓練四個部份，但除了這些之外，目前也有其他不同的認知行為治療技術被運用在 SAD 病人身上，如注意力訓練 (attentional focus training)、辯證行為治療 (dialectical behavior therapy)、靜觀基礎認知治療 (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) 以及其他技術等 (Goldin & Gross, 2010; Linehan, 1993; Schultz &

Heimberg, 2008) , 這些都已逐漸受到專業工作者的重視, 雖然有關這些技術的實徵研究尚待累積, 不過可預見的是, 未來治療 SAD 的技術將會越來越多元, 也越來越精緻, 我們也期待幫助 SAD 當事人克服其困擾並防止復發的方法, 能有更進一步的發展。

參考文獻

- 詹佳真、林家興 (2006) 。*放輕鬆*。台北：財團法人董氏基金會。
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text Revision)*. Washington, DC: Author.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(3), 221-240
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp.69-93). New York: Guilford Press.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry, 61*(10), 1005-1013.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and therapy, 40*(1), 19-35.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83-91.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry, 51*(1), 101-108.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 392-399.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Jack, M. S. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: Symptom severity, functional impairment, and treatment response. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(4), 325-343.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 883-908.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(6), 308-315.
- Schultz, L. T., Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1206-1221.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet, 371*, 1115-1125.
- Taylor, C. T., & Alden, L. E. (2010). Safety behavior and judgmental biases in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*(3), 226-237.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 629-640.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: A Case Study

Fu-Yuan Chang

Abstract

Social anxiety disorder is one of the most prevalent anxiety disorders, and its most widely used psychosocial treatment is cognitive behavioral therapy, which has been proven effective. Based on the cognitive model developed by Clark and Wells (1995), this paper is a a case study to describe the characteristics and subtypes of social anxiety disorder, and explain the cognitive and behavioural mechanisms of social anxiety disorder. In addition, the components of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder are introduced, including exposure therapy, cognitive restructuring, relaxation procedures and social skill training. Predictors of treatment response to cognitive behavioral therapy for treating social anxiety disorder are also briefly discussed.

Keywords: social anxiety disorder, cognitive behavioral therapy

Fu-Yuan Chang 1. Dept. of Guidance and Counseling, National Changhua
University of Education. (faith2008tw@yahoo.com.tw)
2 Jia-nan Psychiatric Nursing Home.