

Cognitief-gedragstherapeutische benadering van sociale fobie

CARLA DE SMEDT, GUIDO PIETERS

SAMENVATTING In een cognitief model van sociale fobie wordt ervan uitgegaan dat de angst van een sociaal-fobicus door vier processen wordt onderhouden.

Sociaal-fobici verwerken sociale interacties inadequaaf ten gevolge van een verhoogd zelfbewustzijn. Ze vertonen inadequaaf veiligheidsgedrag en gebruiken indrukken van zichzelf als belangrijkste bewijsmateriaal voor een voortdurende negatieve zelfbeoordeling. Anticipatieangst en post-factum-rumineren versterken het effect van bovengenoemde processen.

Relevant onderzoek en implicaties van het model voor de behandeling van sociale fobie worden besproken. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 11, 00-00]

TREFWOORDEN cognitieve gedragstherapie, sociale fobie

Epidemiologische studies hebben aangetoond dat sociale fobie een economisch en sociaal invaliderende aandoening is met belangrijke implicaties voor de levenskwaliteit. Een sociale fobie kan jarenlang blijven bestaan als er geen behandeling wordt geboden. Dit artikel beschrijft een cognitief model dat vier processen omvat die de sociale angst onderhouden.

KLINISCH BEELD

Sociale fobie werd als diagnostische entiteit geïntroduceerd in de psychiatrische nomenclatuur bij de publicatie van de DSM-III (APA 1980). Tien jaar eerder was het syndroom beschreven door Marks (1970). Het essentiële kenmerk volgens de DSM-IV (APA 1994) is een aanhoudende angst voor sociale situaties waarbij het individu zich geconfronteerd weet met onbekenden of met een kritische beoordeling. De patiënt vreest zich op een beschamende wijze te zullen gedragen. Dergelijke situaties worden zoveel mogelijk vermeden óf met hevige angst, soms in de vorm

van een paniekaanval, doorstaan.

De stoornis interfereert sterk met het normale sociale of beroepsmatige functioneren. Sociaal-fobici blijken eenzamer, zijn minder vaak getrouwd, frequenter gescheiden en hebben vaker seksuele problemen. Ze presteren veelal onder hun niveau, zijn frequenter werkloos en hebben een lager inkomen dan gelijkwaardig opgeleiden (Wittchen & Beloch 1996).

Sociaal-fobici kunnen worden onderscheiden op basis van de volgende kenmerken: de mate van sociale vaardigheid, fysiologische arousal en vermijdingsgedrag, hun angst bij bekende versus onbekende personen, angst voor een publiek versus angst in een één-op-één-contact en rationele versus irrationele denkstijl (Scholing & Emmelkamp 1995).

CASUS

De heer A., een man van middelbare leeftijd, meldt zich aan voor behandeling vanwege een opflakking van een schrijftremor, die ruim

twintig jaar bestaat. Naar aanleiding van het verlies van zijn baan als chauffeur en met het vooruitzicht op verscheidene sollicitaties zijn de klachten erg toegenomen.

Een eerste incident speelt zich af op de leeftijd van 20 jaar. De klachten herhaalden zich sindsdien episodisch. Centraal staat (de angst voor) oncontroleerbaar beven bij het plaatsen van een handtekening of het invullen van een formulier, zowel op het werk als daarbuiten. Anticiperend op moeilijke situaties stelt patiënt zich rampscenario's voor, waarbij hij wordt blootgesteld aan het vernietigende oordeel van anderen. In dergelijke sociale situaties ondervindt patiënt dan ook een aantal lichamelijke klachten: hartkloppingen, zweten, warmteopwelling, toegenomen spierspanning en beven. Een reeks van negatieve cognities wordt geactiveerd: 'Beven is belachelijk. Beven wijst op zenuwachtigheid, angst, tekort aan zelfvertrouwen en zelfcontrole. Iemand die beeft, wordt niet voor vol aangezien'. Patiënt ontwikkelde een uitgebreide vermijdingsstrategie. Zo stuurt hij indien mogelijk zijn echtgenote wanneer een aangetekende zending moet worden afgehaald. Bij het schrijven omklemt hij krampachtig zijn pen, verbergt pen en papier met zijn linkerhand, schrijft traag, met minder krullen, maar erg nauwgezet.

Sociaal-fobische klachten hebben dikwijls een chronisch beloop, met vaak toenemende moeilijkheden. Vooral dit laatste staat in tegenstelling met niet-pathologische sociale angst zoals verlegenheid (Turner e.a. 1990), die frequenter voorkomt en meestal spontaan verbetert.

MODELLEN TER VERKLARING VAN HET ONTSTAAN VAN SOCIALE ANGST

Mowrer postuleerde een leertheoretisch model dat veronderstelt dat sociale angst aangeleerd wordt via klassieke conditionering. Het vermijdingsgedrag wordt in stand gehouden door angstreductie (Hofmann e.a. 1995). Andere

auteurs vatten sociale fobie veeleer op als een gevolg van een specifiek tekort aan sociale vaardigheden. De vaststelling dat de meeste sociaal-fobici geen objectief vaardigheidstekort vertonen en dat vastgestelde vaardigheidstekorten niet noodzakelijk aanleiding geven tot het ontstaan van een sociale fobie, zijn in dit verband problematisch (Edelmann 1992). Uit onderzoek naar de ervaren opvoedingsstijl bleek dat sociaal-fobici zowel een gebrek aan emotionele warmte ervoeren als een gevoel van overbescherming (Arindell e.a. 1989). In dit retrospectief onderzoek kan een cognitieve bias echter niet worden uitgesloten daar de negatieve cognitieve schema's van de sociaal-fobici wellicht een somber licht werpen op de eigen geschiedenis (Bruch 1989).

Biologische modellen verwijzen naar een chronisch verhoogde arousal of hyperreactief autonoom zenuwstelsel. Neurofarmacologisch onderzoek geeft aanwijzingen voor hypersensitiviteit van het centrale serotoninesysteem (Tancer 1993).

Sociale fobie blijkt een familiaal patroon te vertonen, wat zowel naar erfelijke als omgevingsfactoren kan verwijzen (Fyer 1993). De hypothese vanuit zuiver sociogeen perspectief dat de opkomst van de sociale fobie kan worden toegeschreven aan de toenemende 'assertificatie' van de samenleving, kan in onderzoek niet worden bevestigd (Van der Molen 1993).

COGNITIEF MODEL VOOR SOCIALE FOBIE

De cognitieve modellen voor angststoornissen in het algemeen hebben een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten (Clark 1997):

(1) Bepaalde neutrale stimuli veroorzaken angst omdat ze als gevaarlijker geïnterpreteerd worden dan ze in werkelijkheid zijn. (2) Dergelijke onrealistische interpretaties persisteren omdat patiënten cognitieve en gedragsmatige strategieën gebruiken om te voorkomen waar ze bang voor zijn. Dit veiligheidsgedrag verhindert dat ze door ervaring het onrealistische karakter van

hun angst ondervinden. (3) Lichamelijke angst-symptomen worden vaak, binnen hetzelfde schema, als gevaarlijk of beschamend geïnterpreteerd, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat die de angst onderhoudt.

Toegepast op sociale fobie kan het volgende cognitief model worden gehanteerd. (Clark 1997; Bögels 1997). Op basis van vroegere ervaringen ontwikkelen sociaal-fobici een reeks irrationele opvattingen over zichzelf en over sociale situaties (bijvoorbeeld: 'Als ik niet de mening deel van mijn gesprekspartner, zal hij me oninteressant vinden en afwijzen'). Deze opvattingen maken deel uit van vrij rigide schema's die aanleiding geven tot negatieve interpretaties van normale sociale interacties. Sociale contacten gaan hierdoor als gevaarsignalen fungeren. Er wordt een 'angst-programma' geactiveerd waarbij vier componenten herkend kunnen worden.

Cognitieve en fysieke symptomen Waarneming van een gevaarsignaal leidt reflexmatig tot een aantal fysieke en cognitieve symptomen, zoals blozen, beven, palpitations, gestoorde concentratie en angstcognities zoals het idee de controle te zullen verliezen of te blokkeren. Deze symptomen vormen vaak een bijkomende bron van angst zowel in anticipatie op als tijdens de sociale interactie, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat.

Patiënt A. merkt op dat hij na een moeilijke situatie vaak nek- en rugpijn heeft als gevolg van de extreme spierspanning tijdens het krampachtig schrijven.

Inadequaate veiligheidsgedrag Patiënten ontwikkelen min of meer uitgebreid veiligheidsgedrag om aan de gevreesde catastrofale afloop te ontsnappen. Dit gedrag kan passief zijn, gericht op het ontwijken van de bedreiging, maar vaak is het eerder inadequaate actief gedrag. Het veiligheidsgedrag verhindert dat irrationele veronderstellingen worden weerlegd, het verhoogt de focus op zich zelf, het veroorzaakt óf versterkt de symptomen of kan er juist de aandacht op vesti-

gen zodat de sociale interactie reëel negatief verloopt. Om deze reden is het voor sociaal-fobici van primair belang om het inadequate veiligheidsgedrag kwijt te raken in plaats van bijkomende sociale vaardigheden aan te leren.

Patiënt A. vertoont naast het reeds vermelde vermijdingsgedrag ook actief veiligheidsgedrag. Bij het schrijven omklemt hij zijn pen erg krampachtig, verbergt zijn schrijven met zijn linkerarm en schrijft erg traag en nauwgezet.

Verhoogd zelfbewustzijn Een cruciale component wordt gevormd door een verschuiving in de aandacht. Bij waargenomen sociale dreiging schakelen sociaal-fobici over op een selectieve gedetailleerde monitoring van het eigen gedrag: verhoogd zelfbewustzijn. De interoceptieve informatie die hieruit resulteert, wordt samen met informatie uit het geheugen (vroegere 'mislukkingen') gebruikt om een algemeen beeld van zichzelf te construeren. Vervolgens wordt aangenomen dat dit beeld weerspiegelt wat de omgeving waarneemt. De sociaal-fobicus komt daardoor terecht in een gesloten informatiecircuit, waarbij de dreiging van negatieve evaluatie door intern gegenereerde informatie versterkt wordt en de mogelijkheden tot externe toetsing en correctie onbenut blijven. Post factum wordt de sociale interactie negatief geëvalueerd en toegevoegd aan de lange lijst van mislukkingen in het geheugen.

Patiënt A. ervaart hoe hij zich bij het invullen van een formulier niet kan concentreren op wat gevraagd wordt en dat hij gepreoccupeerd is met zijn vrees te beven. Hij stelt zichzelf voor 'bevend en nat van het zweten'. Om te controleren of iemand dit zou opmerken, kijkt hij regelmatig schichtig om zich heen en let hij nauwgezet op zijn hand bij het schrijven.

Anticipatieangst en post-factum-rumineren Terwijl eerdergenoemde componenten verband houden met het gedrag van sociaal-fobici tijdens de blootstelling aan een sociale situatie, hebben anticipatieangst en post-factum-rumineren

betrekking op het gedrag dat daaraan voorafgaat, respectievelijk daarop volgt.

Deze vier processen worden hierna besproken met het desbetreffend experimenteel onderzoek.

COGNITIEVE SYMPTOMEN

Volgens de cognitieve theorie onderschatten sociaal-fobici de kwaliteit van hun sociaal functioneren en overschatten ze de negatieve indruk die ze bij anderen nalaten (Beck e.a. 1985). In het cognitief model van Clark e.a. en Bögels wordt bovendien verondersteld dat bij sociaal-fobici specifieke irrationele veronderstellingen in de vorm van bijvoorbeeld visuele voorstellingen geactiveerd worden (Hackmann e.a. 1998). Dodge e.a. (1988) vonden dat bij een groep sociaal-fobici, die behandeld wilden worden, negatieve gedachten significant correleerden met de mate van angst. Stopa & Clark (1993) toonden aan dat sociaal-fobici meer negatieve zelfbeoordelende gedachten meldden dan zowel patiënten met andere angststoornissen als een controlegroep van niet-patiënten. Het cognitieve model heeft het over irrationele veronderstellingen en gaat dus van uit dat het negatieve oordeel van sociaal-fobici ten minste voor een deel vertekend is. Rapee & Lim (1992) vergeleken zelfbeoordelingen en evaluatie door observatoren en stelden vast dat sociaal-fobici hun functioneren onderschatten, terwijl niet-patiënten vrij accuraat waren. Clark & Wells (1995) onderscheiden drie categorieën disfunctionele opvattingen: sociaal-fobici zijn vaak uitzonderlijk veeleisend met betrekking tot hun sociale prestaties ('Ik moet altijd een intelligente en geestige indruk maken'). Vele sociaal-fobici hebben bovendien voorwaardelijke opvattingen over de sociale beoordeling door anderen. Voorbeelden hiervan zijn: 'Als niemand mij aardig vindt, moet dat wel mijn fout zijn (bijvoorbeeld omdat ik waardeloos, dom of onaantrekkelijk ben)'. Deze opvattingen zijn vaak zelf een gevolg van de veronderstelling dat 'wat mensen van mij denken (of preciezer gezegd, wat ik

denk dat ze van mij denken) wel de waarheid moet zijn'.

Ten slotte hebben sociaal-fobici vaak onvoorwaardelijke opvattingen over zichzelf. Net zoals depressieve patiënten hebben veel sociaal-fobici een negatief zelfbeeld. Bijvoorbeeld: 'Ik ben onaantrekkelijk'. Er is echter een belangrijk verschil tussen het zelfschema van depressieve patiënten en dat van (niet-depressieve) sociaal-fobici. Het zelfschema van depressieve mensen is betrekkelijk stabiel. De persoon met een sociale fobie daarentegen wordt gekenmerkt door een onstabiel zelfschema. Als sociaal-fobici zich in sociale situaties bevinden, hebben zij een onzeker of negatief beeld van zichzelf. Vaak hebben zij echter een positief beeld van zichzelf als zij alleen zijn of in 'veilige' situaties.

VERHOOGD ZELFBEWUSTZIJN

Succesvolle sociale interacties vereisen een adequate balans tussen intern en extern gerichte aandacht (Wells & Matthews 1994). Intern gerichte aandacht betreft iedere zelfevaluatie zoals aandacht voor eigen emoties, gedachten, arousal, gedrag of uiterlijk voorkomen. Extern gerichte aandacht betreft evaluatie van de omgeving of taak. Met verhoogd zelfbewustzijn wordt een overwicht van intern gerichte aandacht aangeduid. De persoon wordt als het ware toeschouwer van zichzelf. Verschillende auteurs hebben gesuggereerd dat sociaal-fobici excessief zelfbewustzijn vertonen gedurende sociale interacties (Bögels e.a. 1995; Butler 1989; Clark & Wells 1995; Hartman 1983; Hope e.a. 1989; Hackmann e.a. 1998).

Wanneer sociaal-fobici hun aandacht te veel intern richten, zijn ze slecht in staat feedback van de omgeving te verwerken. Kimble & Zehr (1982) vonden dat mensen met een uitgesproken sociale angst in vergelijking met mensen met weinig sociale angst een slechter geheugen hebben voor de objectieve bijzonderheden van een recente sociale interactie. Stopa & Clark (1993), die een verschillende methodologie gebruikten, konden

dit verschil in hun onderzoek evenwel niet repliceren.

Bij het beoordelen van een situatie baseren sociaal-fobici zich voornamelijk op interoceptieve informatie, namelijk hoe ze zich voelen en hoe ze denken te worden beoordeeld door anderen óf ze baseren zich op cognitief gegenereerde visuele voorstellingen over hoe ze eruitzien en zich gedragen. Deze voorstellingen, als het ware verwerkt als waarnemingen, zijn dan ook voornamelijk gebaseerd op vroeger gevormde schema's, die op deze manier bevestigd worden (Clark & Wells 1995; Bögels 1997; Hackmann e.a. 1998).

Verhoogd zelfbewustzijn werkt angst-onderhoudend doordat emotionele reacties heftiger worden. Het maakt sociaal-fobici meer bewust van hun arousal, versterkt deze reacties en leidt tot overschatting van de sterkte ervan (Johansson & Ost 1982). Ten slotte werd aangetoond dat verhoogd zelfbewustzijn inadequaet en daardoor onsympathiek sociaal gedrag induceert. De sociaal-fobicus is zo gepreoccupeerd met zichzelf dat hij niet openstaat voor anderen, waardoor de kans groter wordt dat hij niet aangepast reageert (Burgio e.a. 1986). Als verhoogd zelfbewustzijn inderdaad zo inadequaet is, waarom maken sociaal-fobici er dan gebruik van?

Onderzoek in de sociale psychologie (Kenny & De Paulo 1993) geeft aan dat de indruk die mensen hebben van de beoordeling van zichzelf door anderen voor een deel gebaseerd is op zelfperceptie. De grotere gerichtheid van sociaal-fobici op het oordeel van anderen over zichzelf versterkt dan ook deze vorm van verwerking. Niet-sociaal-fobici kunnen evenwel een adequate balans vinden tussen deze zelfperceptie en extern gerichte aandacht. Volgens Stopa & Clark (1993) zou deze adequate balans hét grote verschil zijn tussen sociaal-fobici en verlegen mensen. Vanuit dit tekort profiteren sociaal-fobici, in tegenstelling tot verlegen mensen, onvoldoende van hun alledaagse ervaring óf van blootstellingsoefeningen.

Uit het voorgaande onderzoek kunnen we besluiten dat verhoogd zelfbewustzijn om drie redenen fnuikend is voor het inhijeren van

sociale angst. Het versterkt informatieverwerking die hoofdzakelijk gebaseerd is op introspectieve informatie, waardoor een meer genuanceerde visie op de sociale interactie onwaarschijnlijk wordt. Verhoogd zelfbewustzijn verheft bovendien emotionele reacties zoals angst en leidt tot inadequaet sociaal gedrag.

SITUATIEGEBONDEN INADEQUAET VEILIGHEIDSGEDRAG

Curtis & Miller (1986) toonden in een experiment aan dat studenten die na een kort gesprek met een andere persoon negatieve feedback hadden gekregen, in een tweede gesprek met die persoon als minder vriendelijk, warm en zelfonthullend werden beoordeeld dan de studenten die positieve feedback hadden gekregen. Stopa & Clark (1993) vonden dat onafhankelijke observatoren de prestatie van sociaal-fobici negatiever beoordeelden dan die van patiënten met een andere angststoornis of van een controlegroep van niet-patiënten. Sociaal-fobici gaan zich inderdaad vaak op een heel specifieke manier gedragen in de door hen gevreesde situaties door de onterechte overtuiging dat ze op deze manier de kans op negatieve beoordeling of de confrontatie ermee kunnen vermijden. Wells e.a. (1995) hebben aangetoond dat het veiligheidsgedrag op twee manieren de sociale angst instandhoudt. In de eerste plaats verhindert het dat de irrationele opvattingen over gevreesd gedrag en/of de veronderstelde consequenties weerlegd worden. In de tweede plaats kan het veiligheidsgedrag in bepaalde gevallen juist leiden tot de gevreesde situatie.

ANTICIPATIEANGST EN POST-FACTUM-RUMINEREN

Sociaal-fobici maken melding van een aanzienlijke mate van anticipatieangst. Als ze over een moeilijke sociale situatie beginnen te denken, worden ze angstig en worden hun gedachten beheerst door vroegere 'mislukkingen', hun

negatief zelfbeeld en andere voorspellingen van negatieve beoordeling. Dit brengt met zich mee dat de sociaal-fobicus al erg gespannen is, wanneer hij de situatie binnentreedt. Hij zal via verhoogd zelfbewustzijn bovendien selectief aandacht besteden aan schemacongruente informatie. Schemadiscongruente gegevens worden veeleer weggeredeneerd ('toeval' of 'de gesprekspartner had medelijden'). Selectieve herinnering van schemabevestigende informatie wordt door Clark & Wells (1995) beschreven als 'postmortems'. De sociaal-fobicus gaat achteraf, na het verlaten van de sociale situatie, rumineren over hoe hij is overgekomen, zich baserend op zijn waarneming in een toestand van verhoogd zelfbewustzijn. Hij baseert zich onvoldoende op objectieve informatie en krijgt weinig niet-ambigue feedback van anderen (zoals in sociale situaties meestal het geval is). Geconfronteerd met deze ambigue informatie is de kans groot dat schemacongruente verwerking plaatsvindt. Er ontstaat een ruminatief proces dat de angstige anticipatie op een volgende sociale gebeurtenis weer zal verhogen. Een experiment van O'Banion & Arkowitz (1977) levert steun voor een dergelijke vertekende informatieverwerking. Vrouwelijke sociaal-fobici en vrouwen met geringe sociale angst kregen van een mannelijke onderzoeker dezelfde feedback over hun persoonlijkheidskenmerken. Een herkenningstest achteraf toonde aan dat de sociaal-fobici een beter geheugen hadden voor negatieve feedback, maar niet verschilden in de herinnering van positieve informatie.

IMPLICATIES VOOR DE BEHANDELING

De onderstaande beschrijving van cognitieve gedragstherapie bij sociaal-fobici is gebaseerd op publicaties van Bögels (1997), Beck e.a. (1985) en Clark & Wells (1995). Door patiënten bewust te maken van de processen die de sociale angst onderhouden en ze alternatief gedrag aan te leren, kan effectief afgerekend worden met de sociale fobie.

Afleiden van een idiosyncratisch model De therapie start met het zorgvuldig in kaart brengen van de verschillende processen die bij de sociale fobie van de betreffende patiënt een rol spelen aan de hand van voorbeelden uit het recente verleden met latere aanvullingen uit registratieopdrachten. Nagegaan wordt in welke mate er een adequate balans is tussen interne en externe aandacht bij een sociale taak, welke veiligheidsstrategie wordt gehanteerd, welke disfunctionele gedachten optreden en welke lichamelijke spanningsequivalenten voorkomen.

Oefenen van voldoende extern gerichte aandacht of taakconcentratietraining Deze training neemt in het behandelingsmodel van Bögels een centrale plaats in. Ze benadrukt dat taakconcentratietraining aan het begin van de therapie een weinig bedreigende procedure is, die tot een eerste verlichting van de klachten kan leiden. Eerst leert de patiënt zijn aandacht extern te richten in niet-sociale oefensituaties, later volgen opdrachten bij de therapeut en nog later bij sociale situaties buiten de therapiezitting. De patiënt krijgt bovendien als huiswerkopdracht zichzelf te scoren wat betreft zijn taakconcentratie en mate van angst. Clark slaat het oefenen van taakconcentratie in niet-bedreigende situaties over en gaat onmiddellijk via 'socratische dialoog' en gedragsexperimenten het verhoogd zelfbewustzijn ter discussie stellen. In gedragsexperimenten werkt Clark met opdrachten waarbij enerzijds de focus méér op zichzelf dient te worden gericht (bijvoorbeeld door tijdens een gesprek zichzelf constant te evalueren) en anderzijds een meer externe focus wordt geoefend (bijvoorbeeld via visuele opdrachten, met name door te letten op het uiterlijk en de reactie van de gesprekspartner). De patiënt ondervindt dan aan den lijve hoe verhoogd zelfbewustzijn de angst verheft.

Manipulatie van inadequaate veiligheidsgedrag Eerst wordt aan de patiënt nogmaals gevraagd wat het ergste is dat hem zou kunnen overkomen in een gevreesde situatie en hoe hij dit tracht te

verhinderen. Bij het identificeren van veiligheidsstrategieën dient de therapeut zich te concentreren op zowel mentale strategieën (bijvoorbeeld zichzelf voortdurend geruststellen) als gedragsstrategieën (bijvoorbeeld bij angst om bij het drinken te trillen het kopje krampachtig omklemmen). Vervolgens helpt de therapeut de patiënt in te zien dat veiligheidsgedrag de symptomen kan verergeren en/of weerlegging kan verhinderen.

Ten slotte worden deze suggesties getoetst door doelbewust dit gedrag te manipuleren in een rollenspel en later tijdens een huiswerkopdracht.

Manipulatie van het negatieve zelfbeeld Door middel van rollenspel met rolomkering wordt getracht te tonen hoe de patiënt overkomt. Er kan gebruik worden gemaakt van simultane videofeedback of eenvoudiger van een spiegel waarbij gevraagd wordt zichzelf te observeren samen met de therapeut om schemacongruente informatieverwerking te verhinderen. Er wordt geoefend mét veiligheidsgedrag en zonder, mét de focus op zichzelf en zonder, enzovoort. Het moet duidelijk worden dat het niet nodig is steeds aan zelfmonitoring te doen, dat wegkijken van jezelf en je niet enkel richten op de innerlijke gewaarwordingen minder stroef overkomt en dat de manier waarop de patiënt zich voorstelt over te komen, verschilt van de realiteit.

Op dit moment van de therapie is er nog niet veel veranderd aan de betekenis die de gevreesde symptomen voor de patiënt hebben. De angst is meestal niet gedaald, maar er is een eerste vorm van coping ontstaan, die de volgende stap gemakkelijker maakt.

Exposure in sociale situaties en informeren bij de omgeving Clark raadt aan om eerst samen met de patiënt experimenten uit te voeren. Zo kan de therapeut voorstellen samen een café te bezoeken en hierbij zelf extreem te gaan beven en morsen terwijl hij de patiënt vraagt de omgeving te observeren. De patiënt leert zo zijn aandacht

extern te richten en kan vaststellen dat wat opgemerkt zou kunnen worden door de omgeving, vaak niet of met weinig belangstelling bekeken wordt.

In een hiërarchie van in moeilijkheidsgraad stijgende exposure-oefeningen laat de therapeut de patiënt zelf opdrachten uitvoeren. Vooraf worden voorspellingen van de patiënt besproken, en na het uitvoeren en achteraf registreren worden deze voorspellingen getoetst. Clark spoort zijn patiënten ook aan zich op een 'onaanvaardbare manier' te gedragen en de reacties van anderen te observeren en daarnaar ook te vragen. Hij meent dat dergelijke experimenten, waarbij de cliënt leert vanuit de ervaring, de sleutel van de therapie zijn.

Afrekenen met anticipatieangst, post-factum-rumineren en irrationele veronderstellingen Hierbij staan de cognitieve technieken op de voorgrond. Anticiperende gedachten worden geregistreerd en ter discussie gesteld. Het zichzelf bevestigen-de karakter van het post-factum-rumineren wordt uitgelegd en daarna wordt het post-factum-denken uitgebannen.

Irrationele veronderstellingen worden in de loop van de therapie blootgelegd door de rode draad op te sporen in de geregistreerde automatische gedachten en door dóór te vragen naar de betekenis van een gevreesde gebeurtenis. De volgende cognitieve technieken zijn hierbij bruikbaar: bepalen van de kans dat een gevreesde afloop zich voordoet; ontdekken van het belang van multidimensioneel denken in plaats van zwart-wit-denken (door bijvoorbeeld jezelf en anderen op bepaalde dimensies te meten, schalen op te maken en deze gegevens te vergelijken) en ten slotte bespreken van de dubbele standaard: de manier waarop de patiënt met verschillende maten en gewichten zichzelf en anderen beoordeelt.

Opbouw van een geloofwaardig en stabiel sociaal zelfbeeld Ook dit kan nagestreefd worden door allerlei cognitieve technieken te gebruiken

en daarnaar te verwijzen bij gedragsexperimenten. De patiënt kan gevraagd worden een positief feitenlogboek op te stellen en te observeren en registreren welke gedragingen van mensen uit de omgeving zijn negatieve zelfbeeld tegenspreken, waarna een positief zelfbeeld kan worden ingeoefend (Hackmann e.a. 1998).

EFFECTONDERZOEK

Bestaand onderzoek naar psychologische behandelingsvormen betreft het effect van interventies enkel steunend op 'exposure in vivo', zuivere cognitieve therapie, geïntegreerde therapievormen of socialevaardigheidstraining. Onderlinge vergelijking levert geen eenduidige resultaten. Wel lijkt een of andere vorm van 'exposure in vivo' een duidelijk effect te hebben (Scholing & Emmelkamp 1995, 1996; Vandersteen e.a. 1998).

Taylor (1996) vergeleek 42 therapie-effectstudies. Cognitieve therapie in combinatie met exposure bleek effectiever dan placebo. 'Zuivere' cognitieve therapie, 'zuivere' exposure en socialevaardigheidstraining gaven met placebo vergelijkbare resultaten.

Bij behandelingen met psychofarmaca werden gunstige resultaten behaald met antidepressiva uit diverse klassen (tricyclische, SSRI's, MAO-remmers). Benzodiazepines dienen met omzichtigheid te worden gebruikt vanwege een reëel risico op afhankelijkheid. Ook bèta-blokkers zouden een positief resultaat geven voornamelijk op de lichamelijke angstequivalenten bij specifieke vormen van sociale fobie (Oosterbaan e.a. 1995; Vandersteen e.a. 1998).

CONCLUSIE

Deze cognitief-gedragstherapeutische behandeling van sociale fobie steunt op een cognitief model dat specifiek aandacht schenkt aan vier processen die verhinderen dat sociaal-fobici hun negatieve opvattingen over zichzelf in bepaalde sociale situaties aanpassen. Deze vier

processen omvatten: verhoogd zelfbewustzijn, inadequaate veiligheidsgedrag, cognitieve symptomen en ten slotte anticipatieangst en post-factum-rumineren. Het model maakt gebruik van publicaties van eerdere theoretici (Beck e.a. 1985; Butler 1989; Hartman 1983; Heimberg & Barlow 1988; Teasdale & Barnard 1993), maar onderscheidt zich door de synthese die het biedt.

Hoewel het model werd ontwikkeld vanuit en past in een visie van 'symptoom-techniek-afstemming', waarbij diagnostische categorieën worden gekoppeld aan standaardmethoden, laat de hier beschreven visie ook ruimte voor de grote individuele variatie in de opbouw van sociale angst, die bestaat uit (een combinatie van) geconditioneerde angst, één of meer vaardigheidstekorten en/of cognitieve factoren (Van Dam-Baggen e.a. 1997). De hier beschreven therapeutische interventies laten zich dan ook goed inpassen in een benadering die uitgaat van een individuele probleemformulering, waarbij probleem-samenhang en functionele analyse een vertrekpunt vormen voor een geïndividualiseerde aanpak. De beperkte effectiviteit van afzonderlijke therapeutische benaderingen biedt een bijkomend argument voor een dergelijke geïntegreerde visie.

Bij de behandeling die op dit model is gebaseerd, speelt de presentatie ervan in voor de patiënt begrijpelijke taal een cruciale rol. Het aanbieden van een rationale voor de verschillende interventies verhoogt daarbij de motivatie voor het uitvoeren van gedragsexperimenten of blootstellingsopdrachten. De sociale angst die in de therapeutische situatie aanwezig is, kan daarbij constructief worden aangewend, zowel bij het aantonen van angst onderhoudende en moduleerende factoren als bij het uitproberen van nieuwe hanteringsstrategieën. Bij het toepassen van het model is het dan ook opvallend hoe opgelucht en begrepen patiënten zich voelen bij het presenteren van het model. Opmerkelijk in de benadering van Bögels (1997) is haar aandacht voor de subgroep van patiënten met een sociale fobie die gebaseerd is op een traumatiserende ervaring en

het expliciete gebruik van taakconcentratietraining.

Gezien de recente ontwikkeling van het geschetste model is het effectonderzoek nog vrij beperkt (Taylor 1996; Clark 1997). Verder onderzoek is noodzakelijk. Intussen biedt het model alvast verschillende technieken waardoor bestaande behandelingen van sociale fobie effectiever kunnen worden. Hoewel we reeds te maken hebben met een specifiek cognitief model van sociale fobie, ingebed in een meer algemeen theoretisch kader van angststoornissen, is de 'theoretische integriteit' van de hier beschreven behandeling nog beperkt. Gehoopt wordt dat nieuwe modellen, die dichter aansluiten bij de experimentele cognitieve psychologie, en die processen van informatieverwerking verbinden met schematheorie, nieuwe implicaties voor de cognitief-gedragstherapeutische behandeling van angststoornissen met zich zullen meebrengen.

LITERATUUR

- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III*. Washington, DC: APA Press.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Washington, DC: APA Press.
- Arindell, W.A., Kwee, M.G.T., Methorst, G.J., e.a. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bögels, S. (1997). Cognitieve gedragstherapie bij sociale fobie: nieuwe ontwikkelingen in de theorie en behandeling. *Tijdschrift voor Directieve therapie en Hypnose*, 15, 39-56.
- Bögels, S., Mulkens, S., & de Jong, P. (1995). Overmatig zelfbewustzijn en taakconcentratie: een nieuw model voor behandeling van bloosangst. *Gedragstherapie*, 28, 153-172.
- Bruch, M. (1989). Familial and developmental antecedents of social phobia: Issues and findings. *Clinical Psychology Review*, 9, 37-47.
- Burgio, K.L., Merluzzi, T.V., & Pryor, J.B. (1986). Effects of performance expectancy and self-focused attention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 250, 1216-1221.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioural strategies to the treatment of social phobia. Special issue: Social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope e.a., *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York, London: Guilford Press.
- Clark, D.M. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 121-153). Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.
- Curtis, R.C., & Miller, K. (1986). Believing another likes or dislikes you: Behaviors making the beliefs come true. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 284-290.
- Dam-Baggen, R. van, Kraaimaat, F., & van Emmerik, A. (1997). Sociaalvaardigheidstherapie en cognitieve gedragstherapie even effectief bij sociaal angstige psychiatrische patiënten? *Gedragstherapie*, 30, 253-266.
- Dodge, C.S., Hope, D.A., Heimberg, R.G., e.a. (1988). Evaluation of social interaction self-statement test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211-222.
- Edelmann, R.J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester: John Wiley & sons.
- Fyer, A.J. (1993). Heritability of social anxiety: A brief review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (suppl.), 10-12.
- Hackmann, A., Suroway, C., & Clark, D.M. (1998). Seeing yourself through others eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Hartman, L.M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 435-456.
- Heimberg, R.G., & Barlow, D.H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Hofmann, S.G., Ehler, A., & Roth, W.T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 567-572.
- Hope, D.A., Gansler, D.A., & Heimberg, R.G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 49-60.
- Johansson, J., & Ost, L.G. (1982). Perception of autonomic reactions and actual heart rate in phobic patients. *Journal of Behavioural Assessment*, 4, 133-143.
- Kenny, D.A., & De Paulo, B.M. (1993). Do people know how others view them? An empirical and theoretical account. *Psychological Assessment*, 4, 145-161.
- Kimble, C.E., & Zehr, H.D. (1982). Self-consciousness, information-load, self-presentation and memory in a social situation. *Journal of Social Psychology*, 118, 39-46.

- Marks, I.M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Molen, H. van der (1993). Sociogene zienswijze gefalsificeerd. *De Psycholoog*, 32-33.
- O'Banion, K., & Arkowitz, H. (1977). Social anxiety and selective memory for affective information about the self. *Social behavior and Personality*, 5, 321-328.
- Oosterbaan, D., van Balkom, A., & Van Oppem, P. (1995). Sociale fobie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 51, 2641-2652.
- Rapee, R.M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G. (1995). *Sociale fobie*. Diegem: Boon Stafleu Van Loghum.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G. (1996). Treatment of fear of blushing, sweating or trembling. Results at long-term follow-up. *Behaviour Modification*, 20, 338-356.
- Stopa, L., & Clark D.M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Tancer, M.E. (1993). Neurobiological of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (suppl.), 26-30.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Teasdale, J.D., & Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition and change*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 497-505.
- Vandersteen, K., Pieters, G., & Depreeuw, E. (1998). De behandeling van sociale fobie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 54, 681-688.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wells, A., Clark, D.M., Salkowskis, P.M., e.a. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviours in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wittchen, H.-V., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 15-23.

AUTEURS

C. DE SMEDT is geneesheer-assistent en G. PIETERS is diensthoofd gedragstherapie in het U C St. Jozef te Kortenberg.
Correspondentieadres: dr. G. Pieters, U C St. Jozef, Leuvensesteenweg 517, B 3070 Kortenberg, België.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-4-1999.

SUMMARY A cognitive-behavioural approach of social phobia – C. De Smedt, G. Pieters – A cognitive model of social phobia describes processes that maintain anxiety in these patients.

Self-focused attention causes inadequate processing of social interactions. Safety behaviours prevent the challenging of irrational thoughts. Interoceptive information is used to construct a negative impression of oneself as a social object. Anticipation anxiety and post-factum rumination complete the picture.

Research underpinning the model and implications for cognitive-behavioural treatment of social phobia are discussed. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 11, 00-00]

KEYWORDS cognitive behaviour therapy, social phobia