



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Sociale fobie en sociale angst: uitvoering van de behandeling

Agnes Scholing en Paul M.G. Emmelkamp\*

---

## Samenvatting

*Aansluitend op een eerder artikel over kenmerken en etiologie van sociale fobie en verwante begrippen wordt in dit artikel ingegaan op de behandeling van deze klachten. Algemene punten van belang in de behandeling van sociale fobie worden genoemd, waarna verschillende (cognitief-) gedragstherapeutische procedures, met de nadruk op exposure in vivo, sociale vaardigheidstherapie en cognitieve technieken, de revue passeren. Resultaten van onderzoeken naar de effecten van deze behandelingen worden steeds voorafgegaan door een beschrijving van de praktische uitvoering van de behandeling, met daarbij optredende problemen. Verder worden aandachtspunten genoemd bij de behandeling van angst voor lichamelijke verschijnselen en aspecten van groeps- en individuele behandeling. Besloten wordt met een bespreking van het therapeutisch gebruik van psychofarmaca in de behandeling, met resultaten van onderzoek op dit gebied.*

## Inleiding

In aansluiting op een eerder artikel, waarin werd ingegaan op kenmerken en etiologie van sociale fobie (Scholing & Emmelkamp, 1991), zal in dit artikel een overzicht geboden worden van de behandeling van deze klacht. Daarbij zal vooral aandacht worden besteed aan (cognitief-) gedragstherapeutische strategieën, met nadruk op de praktische uitwerking daarvan. Tot slot zal beknopt het gebruik van psychofarmaca in de behandeling worden besproken.

## Psychologische behandeling

In grote lijnen vallen binnen de gedragstherapie drie soorten behandeling te onderscheiden, elk gebaseerd op een model over het ontstaan en voortduren van sociale fobie. Vanuit het geconditioneerde angstmodel zijn behandelingen geformuleerd die zich direct richten op uitdoving van de angstreactie, waarvan wordt verondersteld dat ze ooit door één of meer traumatische gebeurtenissen is geconditioneerd. Op basis van het zogenaamde vaardigheidstekort-model, waarin wordt gesteld dat een gebrek aan goede sociale vaardigheden aan de basis van sociaal-fobische klachten ligt, zijn behandelingen voorgesteld waarin die vaardigheden worden aangeleerd. Op basis van cognitieve modellen zijn diverse cognitieve strategieën gepropageerd, waarmee wordt

---

\* AGNES SCHOLING is verbonden aan de afdeling Klinische psychologie, Rijksuniversiteit Groningen; Academisch ziekenhuis, Psychiatrische kliniek, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.  
PAUL M.G. EMMELKAMP is verbonden aan de afdeling Klinische psychologie, Rijksuniversiteit Groningen; Academisch ziekenhuis, Psychiatrische kliniek, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.

beoogd verandering te brengen in dysfunctionele veronderstellingen en cognities over sociale situaties en het oordeel van andere mensen.

De behandelingen die op grond van deze modellen ontwikkeld zijn zullen hierna worden besproken. Eerst worden echter enkele punten genoemd die in het algemeen van belang zijn bij de behandeling van sociale fobie. Bij de bespreking van de verschillende strategieën zal eerst een beschrijving worden gegeven van de praktische uitvoering, met daarbij vaak voorkomende moeilijkheden, waarna in het kort zal worden vermeld wat inmiddels uit onderzoek over de effectiviteit van de betreffende behandeling bekend is.

## **Algemene punten tijdens de behandeling van sociale fobie**

Het afspreken van een concreet, haalbaar en realistisch doel van de behandeling verdient veel aandacht. Sociaal fobici komen nogal eens naar een therapeut met de impliciete verwachting dat ze zullen leren om nooit meer gespannen te zijn bij andere mensen, nooit meer te blozen, te trillen of te zweten, en altijd gemakkelijk en ad rem te kunnen reageren. Pas dan, is hun indruk, zijn ze net zo normaal als de mensen in hun omgeving. Ze zijn meestal zo met zichzelf bezig dat ze helemaal niet in de gaten hebben dat 'normale mensen' ook momenten van onzekerheid kennen of last hebben van lichamelijke spanningsverschijnselen. Een concrete opdracht om in het dagelijks leven anderen te observeren kan tijdens de eerste fase van de behandeling een bijdrage leveren aan het bijstellen van deze irreële verwachtingen. Bovendien leidt deze opdracht er meestal toe dat de patiënt minder op zichzelf gaat letten, hetgeen gewoonlijk al een belangrijke stap in de goede richting is. Lange & Van der Velden (1980, p. 84–89) beschrijven behandelingen waarin een dergelijke observatieopdracht wordt gecombineerd met de opdracht om (gedurende een bepaalde periode, bijvoorbeeld een week) helemaal geen contact aan te gaan met andere mensen. Hiermee wordt beoogd de druk die (met name) sterk faalangstige patiënten op zichzelf leggen te verminderen.

Een tweede punt van aandacht is de therapeutische relatie. Diverse aspecten hiervan zijn eerder door ons genoemd (Scholing & Emmelkamp, 1991). In het kort: de therapeut dient erop bedacht te zijn dat de angst voor negatieve beoordeling ook speelt in de therapeutische relatie, hetgeen de patiënt er toe kan brengen om zich weinig kritisch ten aanzien van het verloop van de behandeling te uiten, en de eigen problemen te bagatelliseren. Hoewel dit voor de therapeut in eerste instantie comfortabel kan zijn, zal het de progressie in de behandeling op langere termijn ernstig belemmeren. De voorzichtige en onkritische houding van de patiënt kan tot verschillende reacties leiden bij therapeuten. Sommigen passen zich aan bij de stijl van de patiënt, en worden zelf overdreven voorzichtig in hun woordkeus en houding, uit angst dat de patiënt dingen verkeerd opvat. Op de langere termijn geeft dit een tamelijk verkrampde sfeer, waarmee de therapeut tevens een bedenkelijk model aan de patiënt voorhoudt. Anderen zijn enthousiast dat de patiënt zo goed meewerkt, alles direct begrijpt, en zonder tegenwerpingen allerlei huiswerkopdrachten accepteert. Helaas blijkt vaak na verloop van tijd dat dat begrip schijn was, en dat de huiswerkopdrachten eigenlijk te moeilijk waren en uitliepen op een teleurstelling. De therapeut doet er verstandig aan gebruik te maken van het feit dat de patiënt zich ook ten aanzien van hem regelmatig onzeker of gespannen zal voelen, namelijk door hiernaar expliciet te vragen en dit in een

begrijpende sfeer te bespreken. Hiermee fungeert hij tevens als model hoe het anders kan.

In de derde plaats is van belang dat de patiënt vaak op zoek is naar vaste gedragsregels, manieren waarop hij in moeilijke situaties het beste kan reageren en waarmee hij verwacht de onzekerheid te reduceren. Gezien het wisselende en onvoorspelbare karakter van menselijke interacties zijn vaste regels echter niet of nauwelijks te geven. De therapeut dient door de gehele behandeling heen dan ook de patiënt voor te houden dat het vasthouden aan rigide regels uiteindelijk geen oplossing vormt, en dat hij er wel meer aan heeft om te leren anders met onvoorspelbare situaties om te gaan, bijvoorbeeld door vragen te stellen, of zijn onzekerheid eerder met anderen te delen.

## **Behandeling ter vermindering van geconditioneerde angst**

Volgens het twee-factorenmodel van Mowrer (1960) ontstaan fobieën in twee stappen. Klassieke conditionering wordt gezien als verantwoordelijk voor het aanleren van angstreacties. Na deze eerste stap leidt operante bekrachtiging (angstreductie) tot vermijding van de gevreesde situaties. Aanvankelijk werd er in de gedragstherapie van uitgegaan dat angst eerst moet verminderen voordat vermijding zal afnemen. De eerste gedragstherapeutische procedures voor het behandelen van sociale fobie, te weten systematische desensitisatie en flooding, waren gebaseerd op dit twee-factorenmodel.

### ***Systematische desensitisatie***

Bij systematische desensitisatie wordt de patiënt eerst geleerd om zich te ontspannen. Daarna wordt een hiërarchie geconstrueerd, lopend van 'geen' tot 'veel' angst oproepende situaties. Hoewel desensitisatie zowel in vivo als imaginair kan worden uitgevoerd, is bij sociale fobie gewoonlijk de laatste procedure gebruikt. Bij deze variant wordt in de behandelingssessies steeds één situatie door de therapeut aan de patiënt beschreven. De patiënt zit daarbij met de ogen dicht in een gemakkelijke stoel, en dient zich zo goed mogelijk in de situatie in te leven. Hij moet een vinger opsteken op het moment dat hij spanning voelt opkomen, om zich vervolgens met behulp van de geleerde technieken te ontspannen. Daarbij blijft de therapeut de betreffende situatie zo levendig mogelijk beschrijven. Pas als de patiënt aangeeft zich weer geheel ontspannen te voelen wordt de volgende situatie van de hiërarchie door de therapeut beschreven.

Uit onderzoeken in de jaren zeventig bij vrijwilligers (doorgaans studenten) met sociale angst bleek systematische desensitisatie over het algemeen effectief in het verminderen van de sociale angst (voor een overzicht wordt verwezen naar Emmelkamp, 1982). Deze resultaten bleken scherp af te steken bij de bevindingen uit onderzoek bij echte sociaal fobici: over het algemeen werden bij deze groep slechts in beperkte mate klinisch significant verbeteringen bereikt (Hall & Goldberg, 1977; Marzillier et al., 1976; Van Son, 1978). In het onderzoek van Gelder et al. (1973) bij verschillende 'soorten' fobici bleek dat met name bij sociaal fobici systematische desensitisatie weinig effect had.

## ***Flooding***

Bij flooding (Stampfl & Levis, 1967) wordt ook gewerkt met een hiërarchie van moeilijke situaties. In tegenstelling tot de vorige procedure moet de patiënt zich bij imaginaire flooding de meest angstaanjagende sociale situaties ononderbroken en gedurende een lange tijd voorstellen. Hierbij worden geen ontspanningsinstructies gegeven; de therapeut probeert juist de patiënt zo angstig mogelijk te krijgen zodat ten slotte uitdoving van de angst kan optreden. De zitting wordt pas beëindigd nadat een significante afname van de angst is bereikt. Deze procedure heeft als belangrijk nadeel dat het gewoonlijk voor de patiënt vrij gemakkelijk is om de hevigste angst te vermijden doordat de presentatie van de situatie in gedachten plaatsvindt. Flooding in vivo, dus langdurige confrontatie met de moeilijkste situatie in de realiteit, is bij sociale fobie om diverse redenen moeilijk te ensceneren. Het eerste probleem is dat de gevreesde situatie meestal niet lang genoeg kan worden voortgezet om vermindering van angst te laten plaatsvinden. Belangrijker is echter dat de voor de betrokkene moeilijkste situatie gewoonlijk niet in de therapieessie kan worden nagebootst, omdat daarbij voor de patiënt belangrijke mensen aanwezig zouden moeten zijn (bijvoorbeeld bepaalde collega's). Aangezien sociaal fobici nu juist te allen tijde willen voorkomen dat die anderen weten dat zij zich gespannen of onzeker voelen, zullen ze niet snel met een dergelijke sessie instemmen. Ook wanneer ze dat onverwacht toch doen is de situatie in hun perceptie meestal op essentiële punten zodanig veranderd dat generalisatie van het geleerde naar situaties in het dagelijks leven wordt bemoeilijkt.

Bij sociaal fobici werd slechts één onderzoek verricht naar het effect van (imaginaire) flooding in vergelijking met dat van desensitisatie of sociale-vaardigheidstraining (Shaw, 1979). Patiënten in alle drie condities bleken slechts een geringe verbetering te vertonen, terwijl geen verschil in effect tussen de drie verschillende behandelingsstrategieën werd gevonden. Gelet op deze resultaten, en gegeven het feit dat flooding een nogal belastende vorm van behandeling kan zijn, zijn wij van mening dat het gebruik van flooding bij sociaal fobici valt af te raden.

## ***Exposure in vivo***

Evenals de hiervoor besproken technieken is (graduele) exposure gebaseerd op het principe dat mensen geneigd zijn situaties die angst oproepen te vermijden en dat deze vermijding bekrachtigd wordt door de daarbij optredende angstreductie, waarmee de fobische reactie in stand wordt gehouden. Bij exposure in vivo wordt de patiënt gestimuleerd de angstige situaties op te zoeken in langzaam oplopende moeilijkheidsgraad, waarbij wordt uitgelegd dat de angst aanvankelijk weliswaar zal toenemen, maar uiteindelijk zal verminderen. Het werken in kleine stapjes, waarbij er van uit wordt gegaan dat een onoverkomelijk moeilijke situatie minder angst zal opleveren nadat eenvoudiger opdrachten succesvol zijn geoefend, heeft als voordeel dat deze techniek gemakkelijker in reële situaties en zonder aanwezigheid van de therapeut kan worden uitgevoerd. Inmiddels is exposure effectief gebleken voor het verminderen van fobische angst (voor een overzicht wordt verwezen naar Emmelkamp et al., 1989).

Exposure in vivo bij sociaal fobische klachten brengt een aantal specifieke problemen met zich mee. Een aantal daarvan is uitvoerig besproken door Butler (1985, 1989). In

de eerste plaats geven sociaal fobici dikwijls aan dat zij weinig situaties vermijden maar desondanks angstig blijven, hetgeen in eerste instantie hun vertrouwen in de exposure-‘filosofie’ en hun bereidheid om aan de behandeling mee te werken niet vergroot. Zoals beschreven bij flooding in vivo is de vereiste langdurige blootstelling aan moeilijke situaties bij sociale fobie dikwijls niet mogelijk, in tegenstelling tot exposure of flooding bij agorafobie of enkelvoudige fobie. Dit is in de eerste plaats gevolg van het feit dat de meeste sociale situaties kort duren. Kritiek krijgen, jezelf voorstellen aan een ander, of een vraag stellen in een vergadering zijn voorbeelden van situaties die gewoonlijk niet anderhalf uur duren. Een extra moeilijkheid treedt op bij sociaal fobici die overwegend bang zijn een plotselinge aanval te zullen krijgen van lichamelijke symptomen, zoals blozen of trillen. Strikt genomen zou exposure in vivo bij deze klachten moeten bestaan uit blootstelling aan die lichamelijke symptomen in sociale situaties. Het kenmerkende van deze klachten is echter juist dat ze buiten de controle van de patiënt optreden, en dus moeilijk langdurig op te roepen zijn. Integendeel, bewust proberen om te blozen of te trillen heeft het paradoxale effect dat de kans op het optreden van deze verschijnselen vaak juist afneemt. Een ander probleem is dat de interactieprocessen in de meeste sociale situaties moeilijk voorspelbaar zijn, wat het lastig maakt om de moeilijkheidsgraad van exposureopdrachten van te voren te bepalen, en dus ook om te oefenen volgens een hiërarchie. Ook het opstellen van een hiërarchie op zichzelf is vaak niet eenvoudig. Hoewel angst voor kritische beoordeling het centrale kenmerk van de sociale fobie vormt, zijn daarnaast gewoonlijk verschillende thema’s te onderscheiden, bijvoorbeeld angst om in groepen iets te zeggen, of angst om te telefoneren. Verder is het bij sociale fobie, in tegenstelling tot bij agorafobie of hoogtevrees, vaak niet mogelijk om eindeloos een bepaalde situatie achter elkaar te oefenen, omdat dan allerlei andere processen een rol gaan spelen, vergelijkbaar met het probleem zoals beschreven bij de uitvoering van flooding in vivo. De gevreesde situaties zijn bij sociale fobie vaak idiosyncratisch, bijvoorbeeld angst om van belangrijke anderen kritiek te krijgen, of angst om bepaalde personen tegen te komen. Deze situaties vallen in de eerste plaats moeilijk in scène te zetten, en zijn bovendien niet achter elkaar te oefenen zonder dat dit effect heeft op de relatie met die belangrijke ander. Ten slotte krijgen agorafobici tijdens exposure in vivo het bewijs dat de gevreesde gebeurtenis, te weten een paniekaanval, controleverlies of flauwvallen, niet optreedt. Sociaal fobici daarentegen vrezen kritische beoordeling door anderen. Uitblijven van kritiek is voor hen geen bewijs dat die kritiek er ook inderdaad niet is, het betekent alleen dat ze niet openlijk wordt uitgesproken. Ondanks exposure blijven sociaal fobici daarom onzeker over het oordeel dat andere mensen over hen hebben.

Deze bevindingen hebben belangrijke implicaties voor de behandeling met exposure van sociaal fobici. Het is verstandig veel tijd te besteden aan het uitleggen van de gedachtegang die aan de behandeling ten grondslag ligt, waarbij moet worden nagegaan hoe het komt dat de tot nu toe door de patiënt uitgevoerde ‘exposure’ zo weinig heeft opgeleverd. Gewoonlijk heeft dit te maken met meer subtiel vermijdingsgedrag binnen de situatie zelf. Hoewel de patiënt wekelijks een vergadering van twee uur kan bijwonen, zal dit niet leiden tot daling van de spanning als hij zich tijdens die vergadering zo onopvallend mogelijk gedraagt, nooit een vraag stelt, wat achteruit zit op een onopvallende plek, en als hij tijdens de vergadering alleen maar denkt: ‘Als ze mij maar niets vragen’, ‘Als ik maar geen rood hoofd krijg’, en na de vergadering opgelucht constateert dat hij weer eens aan het ergste is ontsnapt. Tijdens de uitleg moet daarom het verschil worden uitgelegd tussen actieve confrontatie met mogelijke beoordeling tegenover lichamenlijk aanwezig zijn maar cognitief vermijden. Hoewel volgens het

geconditioneerde-angstmodel habituatie een tamelijk passief proces is (de angstreactie vermindert vanzelf als de blootstelling maar lang genoeg duurt), kost het gewoonlijk bij sociale fobie wat meer moeite dan bijvoorbeeld bij een spinnenfobie om de omstandigheden zo te arrangeren dat die habituatie inderdaad kan optreden. De patiënt dient daarom een aantal extra instructies mee te krijgen, instructies die vooral kunnen worden opgevat als hulpmiddelen om optimale exposure te bereiken, soms ook als handvatten om met de moeilijke situaties en de angst om te gaan (copingstrategieën). Als centraal punt voor het oefenen moet dan ook worden besproken dat de neiging van de patiënt om zich zo onopvallend en passief mogelijk op te stellen moet worden veranderd. Hij dient zich actief in het middelpunt van de aandacht te plaatsen. Een kleine groep sociaal fobici gebruikt overigens al een actieve strategie (bijvoorbeeld veel praten en veel vragen stellen aan anderen), maar dan om controle over de situatie te houden en te voorkomen dat andere mensen moeilijke vragen stellen of kritiek geven. In deze gevallen is het juist verstandig om als opdracht mee te geven minder actief te zijn en 'de gebeurtenissen op zich af te laten komen'. Kortom, steeds dient te worden nagegaan wat de betrokkene nu precies vreest en wat hij doet om dit te voorkomen. Hoewel het belang van langdurige exposure niet wordt afgezwakt, moet daarnaast de nadruk worden gelegd op het belang van het vaak achter elkaar opzoeken van situaties die op zichzelf kort duren, bijvoorbeeld langdurig achter elkaar instanties bellen om informatie op te vragen, of in verschillende supermarkten achter elkaar in de rij voor de kassa staan. Bij blozen en trillen zijn verschillende strategieën mogelijk. In de eerste plaats dient te worden nagegaan in welke situaties, en met welk gedrag, de kans op blozen of trillen zo groot mogelijk wordt. Zo kan het blozen vooral optreden bij gesprekken over bepaalde onderwerpen, bijvoorbeeld seks, of wanneer persoonlijke vragen worden gesteld, of vooral in situaties met vertegenwoordigers van het andere geslacht, of bij het onverwacht tegenkomen van bekenden. Trillen treedt gewoonlijk op in situaties waarin men zich 'op de vingers gekeken voelt', bijvoorbeeld bij het typen, pianospelen, uitschrijven van een cheque, het drinken van koffie of thee, en het eten van (vooral dunne) soep. De patiënt kan gewoonlijk allerlei trucjes noemen waardoor het blozen of trillen minder snel zal optreden of opvallen, bijvoorbeeld veel make-up gebruiken, een zonnebril dragen, zich niet scheren, zich snel bukken, de kamer uitlopen, kopjes half vol doen, niet uit een kopje met schoteltje drinken, etc. Deze aspecten worden dan in de exposure opdrachten opgenomen. Verder is het soms nuttig om de gevreesde symptomen door bepaalde kunstgrepen op te roepen, bijvoorbeeld door de opdracht te geven om een eind hard te lopen (met als resultaat een rood hoofd) en daarna bij iemand op bezoek te gaan of een vergadering binnen te stappen, of door een dag niet te ontbijten en veel koffie te drinken (wat het subjectieve gevoel van trillerigheid gewoonlijk sterk doet toenemen) en daarna cheques uit te schrijven of soep te eten.

Bij het opstellen van de hiërarchie is het dikwijls verstandig om verschillende hiërarchieën te maken die elk zijn gecentreerd rond een bepaald thema (bijvoorbeeld werken terwijl anderen op je vingers kijken, informeel contact met anderen, of situaties met vertegenwoordigers van het andere geslacht). Deze hiërarchieën kunnen onafhankelijk van elkaar geoefend worden, de één na de ander, maar in de meeste gevallen is het praktischer en effectiever om ze te combineren. In alle gevallen is het echter, gezien de onvoorspelbaarheid van veel situaties, verstandig om niet te veel de nadruk te leggen op het vasthouden aan de hiërarchie.

Hieronder volgen voorbeelden van opdrachten die te gebruiken zijn in de behandeling met exposure bij sociaal fobici. Bij elk van de opdrachten dient te worden afgesproken dat de patiënt oefeningen van dezelfde moeilijkheidsgraad net zo lang achter elkaar doet (bijvoorbeeld in verschillende winkels) dat de spanning duidelijk zakt, waarbij 90 minuten een veilige grens is. Verder moet worden opgemerkt dat veel van de hier beschreven opdrachten pas goed kunnen worden geoefend in een plaats of stad van enige omvang. Bij het afspreken van oefeningen in een kleinere plaats zal in overleg met de patiënt moeten worden nagegaan welke opdrachten praktisch haalbaar en relevant zijn.

- Loop in een rechte lijn midden door een drukke winkelstraat. Loop rechtop, ga niet aan de kant voor mensen die je tegemoet komen en kijk de mensen die je tegenkomt recht in de ogen.
- (In de zomer, met mooi weer): Loop door de stad op een drukke tijdstip, loop langs allerlei terrassen. Kijk steeds goed wie er allemaal op het terras zitten.
- Bel verschillende sportclubs om informatie. Vraag naar de sfeer van de club, kosten van het lidmaatschap, trainingen, wedstrijden, wat je moet doen om lid te worden. Doe hetzelfde bij een aantal hobbyclubs.
- Verricht bepaalde werkzaamheden rondom je huis (bijvoorbeeld in de tuin werken, ramen lappen, schilderen, de auto wassen) op een moment dat de burens ook buiten bezig zijn. Begin een gesprekje met de burens.
- Ga naar een kleine buurtwinkel als het rustig is. Begin een gesprekje over de buurt met de verkoper.
- Ga naar verschillende zaken voor hifi-geluidsapparatuur en laat je uitvoerig informeren over diverse soorten cassettedecks. Vraag naar de voor- en nadelen van de verschillende merken, de levensduur, de prijs, garantie, etcetera. Zorg dat je in elke winkel in elk geval vijftien minuten aan de praat blijft. Bezoek minimaal zes verschillende winkels achter elkaar.
- Ga naar een reisbureau en vraag informatie over vakantieritten naar Griekenland voor een bepaalde periode. Je wilt zo goedkoop mogelijk. Vraag naar verschillende vervoersmogelijkheden, accommodaties, data, en dergelijke. Bezoek minimaal zes reisbureaus achter elkaar.
- Ga naar een CD-winkel en vraag naar een (nader te specificeren) CD. Vraag of je er naar mag luisteren. Luister naar een gedeelte, zeker vijftien minuten. Koop hem niet. Bezoek zes winkels achter elkaar.
- Ga naar een supermarkt en koop slechts één klein artikel, houd gepast geld in je hand en vraag een klant bij de kassa of je voor mag. Als het antwoord nee is, probeer het dan weer bij een andere kassa. Doe dit in elk geval tien keer achter elkaar, in verschillende winkels of postkantoren.
- Ga naar een drukke warenhuis naar de afdeling met wekkers. Probeer het geluid van verschillende wekkers. Koop er geen. Doe hetzelfde in een aantal andere winkels.
- Nodig een van de burens uit om iets bij je te komen drinken.
- Ga naar een schoenenwinkel en vraag iemand van het personeel of die je wil helpen. Pas minimaal vijf paar schoenen, maar koop niets.
- Vertel tijdens de koffiepauze op je werk aan je collega's iets over een boek dat je gelezen hebt of over een film die je gezien hebt. Vraag aan je collega's of zij het ook gelezen of gezien hebben en wat ze ervan vonden.
- Ga naar een café en begin aan de bar een gesprek met een onbekende.
- Word lid van een club. Ga er drie maanden wekelijks heen.



### *De effectiviteit van exposure in vivo*

Er is slechts een beperkt aantal onderzoeken verricht naar het effect van exposure in vivo zonder toevoeging van andere behandelingen. In verscheidene studies werden sociale-vaardigheidstrainingen gecombineerd met exposure in vivo, met name in groepsbehandelingen.

Falloon et al. (1981) rapporteerden een pilot-onderzoek bij zestien sociaal-angstige patiënten. De behandeling was erop gericht om vooral in 'echte' situaties te oefenen en werd in kleine groepjes uitgevoerd, ieder bestaande uit twee patiënten en één 'para-professionele' therapeut. Nadat in rollenspel diverse probleemsituaties op de kliniek waren geoefend, werd hetzelfde gedrag herhaaldelijk uitgevoerd in echte situaties. De behandeling duurde vier weken. Volgens de onderzoekers waren de effecten van deze (zeer intensieve) behandeling vergelijkbaar met die van een tien weken durende sociale-vaardigheidstraining (Falloon et al., 1977).

Emmelkamp et al. (1985) vergeleken (1) exposure in vivo, (2) rationeel-émotieve therapie, en (3) zelf-instructie-training (ook een overwegend cognitieve techniek) bij sociaal-fobische patiënten. De behandeling werd uitgevoerd in kleine groepen van ongeveer zes personen. In de exposure-in-vivo-zittingen moesten de patiënten de gevreesde situaties ondergaan in de groep. Patiënten die bang waren om te blozen moesten bijvoorbeeld in het zicht van anderen in een blouse met een open hals zitten totdat de angst daalde. Mensen die bang waren dat hun handen zouden gaan trillen moesten voor het oog van de groep op het bord schrijven en thee serveren. Alle patiënten kregen de opdracht een verhaal voor de groep te houden. In de cognitieve condities werden de groepssessies besteed aan het bespreken en uitdagen van dysfunctionele cognities en aan het formuleren van positieve self-statements. Elk van de methoden resulteerde in significante afname van angst bij de nameting en deze bleek behouden of zelfs verbeterd bij de follow-up. In tegenstelling tot onderzoek bij agorafobici, waar exposure in vivo significant superieur bleek aan cognitieve therapie (Emmelkamp, 1991) bleken bij sociaal fobici weinig verschillen tussen de behandelingen te bestaan. Interessant was dat alleen de cognitieve behandeling tot duidelijke veranderingen leidde in cognities (gemeten door de Irrational Beliefs Test), waarmee de construct-validiteit van de cognitieve therapie werd aangetoond. Exposure leidde tot een significante reductie van de polsslagen, hetgeen overeenkomt met de verklaring van de effecten van exposure in termen van habituatie. Daarentegen leidde exposure niet tot verandering in irrationele gedachten, terwijl deze gedachten wel verbeterden na cognitieve therapie. De veranderingen op de afhankelijke maten bleken in overeenstemming te zijn met de veronderstelde behandelmecanismen. Het verschil in effect na de behandelingen maakt aannemelijk dat de gevonden effecten niet alleen toegeschreven kunnen worden aan placebo-factoren.

Butler et al. (1984) vergeleken het effect van exposure met dat van een combinatie van exposure en 'anxiety management' (een cognitieve strategie). Patiënten werden random verdeeld over deze twee condities en een controlegroep (geen behandeling). De (individuele) behandeling bestond uit zeven zittingen, gegeven met een frequentie van eenmaal per week. De exposure werd door de patiënt zelf uitgevoerd in de vorm van huiswerk, waarvoor iedere dag één uur moest worden gereserveerd. In de 'anxiety management'-training leerden patiënten de symptomen van angst te beheersen door ontspanning, afleiding en instructies die zij zichzelf moesten geven. De resultaten bij

de nameting lieten zien dat de behandelde patiënten significant waren verbeterd in vergelijking met de controlegroep. Bij de nameting bleek de combinatie van exposure en 'anxiety management' alleen op de cognitieve maten significant meer verbetering op te leveren dan exposure alleen. Bij de follow-up was dit verschil tussen beide groepen ook zichtbaar op de overige maten. Hoewel de resultaten van dit onderzoek het gebruik van een combinatie van verschillende technieken lijkt te ondersteunen, moet worden opgemerkt dat het effect van het toevoegen van 'anxiety management' marginaal was en dat het verschil slechts na zes maanden significantie bereikte. Dit kan aan verscheidene factoren toegeschreven worden, zoals het kleine aantal patiënten en de korte duur van de behandeling.

Mattick et al. (1989) onderzochten de effecten van (1) door de therapeut begeleide exposure in vivo, (2) cognitieve therapie en (3) een combinatie van deze twee behandelingen. De drie condities bleken alle effectief in vergelijking met een wachtlijst-controlegroep. Bij de nameting bleken slechts weinig significante verschillen tussen de drie behandelingen. De resultaten komen overeen met die uit het onderzoek van Emmelkamp et al. (1985), waaruit bleek dat exposure en cognitieve therapie even effectief waren. Interessant was dat op de gedragsmaat tijdens de nameting de behandeling met exposure superieur was aan de cognitieve behandeling. Daarentegen bleek bij de follow-up, zes maanden later, dat de groep die de cognitieve therapie had gehad verder was verbeterd, terwijl de exposure-groep achteruit was gegaan. Dit effect kwam echter alleen naar voren op de gedragsmaat en niet op de overige (zelfbeschrijvings)maten. De groep met de gecombineerde behandeling had op de gedragsmaat de vooruitgang behouden. In een gedeeltelijke replicatie van dit onderzoek (Mattick & Peters, 1988) bleek de gecombineerde behandelings-procedure opnieuw effectiever dan exposure alleen. Opmerkelijk was dat in beide onderzoeken een verandering in angst voor negatieve evaluatie tussen voormeting en nameting voorspellend was voor de mate van verbetering bij de follow-up. De resultaten van de onderzoeken van Mattick et al. suggereren daarmee dat blijvende verbetering alleen optreedt als de gedachten van sociaal fobici zijn veranderd. Integratie van deze behandelingen, gericht op verandering van zowel irrationele gedachten als van het vermijdingsgedrag, lijkt dan ook gewenst.

## **Behandeling ter verbetering van sociale vaardigheden**

Angst in situaties met andere mensen is soms het gevolg van inadequaat sociaal gedrag. Als een patiënt de vaardigheden mist om een gesprekje te beginnen of zichzelf te handhaven in een groep, betekent dit vaak dat hij gemakkelijk door anderen wordt genegeerd, wat kan leiden tot angst voor negatieve beoordeling. Het alsnog aanleren van deze vaardigheden is dan nuttig om de vicieuze cirkel te doorbreken. Mogelijke ingrediënten van vaardigheidstrainingen zijn (1) instructie van luistervaardigheden, (2) 'modeling' door de therapeut of - bij een groepsbehandeling - door andere patiënten, (3) gedragsherhaling door middel van een rollenspel, en (4) het uitvoeren van de nieuwe vaardigheden in de eigen omgeving in de vorm van huiswerk. In de eerste fase van de behandeling wordt het verband tussen vaardigheden en gevoelens uitgelegd, waarbij wordt benadrukt dat nieuw gedrag valt te leren door vaak oefenen. Aangezien veel patiënten er tegenop zien om rollenspelen uit te voeren wordt getracht om zo snel mogelijk een kort en gemakkelijk voorbeeld uit te voeren, dit om de drempel niet onnodig hoog te laten worden. Sociale-vaardigheidstherapie is over het algemeen een

tamelijk gestructureerde behandeling. De patiënt wordt hierop voorbereid, waarbij tevens wordt verteld dat het oefenen vooral in het begin soms gekunsteld en geforceerd zal aandoen. Verder moet ook hierbij worden benadrukt dat er in het algemeen niet één goede manier van reageren is, omdat reacties mede afhangen van persoonlijke stijl en van de situatie. Het is daarom belangrijk dat de patiënt vaardigheden leert die bij hem passen. Therapeut en patiënt kunnen echter heel verschillende opvattingen hebben over wat sociaal vaardig gedrag is, en het oefenen van gedrag dat alleen door de therapeut als vaardig wordt beschouwd heeft uiteraard weinig zin. Anderzijds valt soms op dat een patiënt van een tamelijk neutraal antwoord vindt dat 'je dat toch niet kan zeggen' (bijvoorbeeld: 'Het komt me op dit moment niet zo goed uit om samen koffie te drinken'). Het is in dat geval nuttig om voor het oefenen te bespreken wat er precies zo onbeleefd is aan dat antwoord. Daarnaast is het aan te bevelen om voor een dergelijke situatie toch te proberen verschillende manieren van reageren te oefenen, zodat de patiënt er geleidelijk achter kan komen welke wijze bij hem past. In het algemeen wordt gezocht naar gedrag waarmee hij enerzijds voldoende voor zichzelf opkomt en anderzijds rekening houdt met de wensen van anderen. Ook bij sociale-vaardigheidstherapie wordt zo mogelijk aan de hand van een hiërarchie geoefend. Gewoonlijk wordt begonnen met basale vaardigheden, zoals oogcontact, houding, verbaal volgen, stellen van open vragen, en een gesprek beginnen, op gang houden en afsluiten. Het uiten van of reageren op kritiek staat gewoonlijk hoog in de hiërarchie. Aangezien dit bij sociale fobie per definitie een centraal thema vormt is het echter verstandig om deze vaardigheden al vroeg in de behandeling in het oefenen op te nemen. Andere belangrijke vaardigheden zijn het uiten van eigen gevoelens en het benoemen van aspecten van de onderlinge interactie (bijvoorbeeld 'Volgens mij praten we nu langs elkaar heen' of 'Ik heb de indruk dat er eigenlijk iets anders aan de hand is'). Veel aandacht moet bij sociale-vaardigheidstherapie worden besteed aan generalisatie naar reële situaties, bijvoorbeeld door steeds expliciet huiswerkopdrachten te verbinden aan het geoefende, met de opdracht deze gedurende de hele behandeling en daarna te laten volhouden. Voor een gedetailleerde beschrijving van de inhoud en het verloop van een sociale-vaardigheidstherapie wordt verwezen naar Van Dam-Baggen & Kraaimaat (1979).

### *De effectiviteit van sociale-vaardigheidstherapie*

Onderzoek heeft inmiddels aannemelijk gemaakt dat sommige sociaal fobici baat hebben bij vaardigheidstrainingen, hoewel het succes van deze behandeling wisselend is en zeker niet overtuigend aangetoond. Uit enkele onderzoeken bleek geen consistent verschil in effect tussen systematische desensitisatie en sociale-vaardigheidstraining (Hall & Goldberg, 1977; Shaw, 1976; Trower et al. 1978); uit ander onderzoek bleek dat sociale-vaardigheidstraining wel effectiever was (Marzillier et al. 1976; Van Son, 1978). Hoewel wordt aangenomen dat het aanleren van adequate sociale vaardigheden de effectieve component in sociale-vaardigheidstraining is, zijn ook andere verklaringen mogelijk. Zoals al eerder besproken (Scholing & Emmelkamp, 1991) is het nog maar de vraag of sociaal fobici en 'normalen' op zichzelf wel verschillen qua sociale vaardigheden. Het verschil lijkt met name op te treden bij de beoordeling van het gedrag: sociaal fobici beschouwen zichzelf (ten onrechte) als minder sociaal competent dan 'normalen', waarmee het eerder gaat om een cognitief probleem dan om een vaardigheidstekort. In de tweede plaats dient te worden opgemerkt dat de effecten van sociale-vaardigheidstraining in ieder geval deels vallen te verklaren in termen van

exposure in vivo. Het is mogelijk dat 'modeling' bij sociaal fobici in feite overbodig is, en dat het essentiële therapeutische ingrediënt van deze procedure exposure in vivo is, in de vorm van de gedragsherhaling en de huiswerkopdrachten in sociaal angstige situaties.

## Cognitieve therapie

Het gebruik van cognitieve technieken binnen de behandeling van sociale fobie is de laatste jaren sterk in de aandacht gekomen. Dit heeft geleid tot ontwikkeling van een aantal procedures, die alle zijn gebaseerd op de veronderstelling dat emotionele stoornissen het gevolg zijn van dysfunctionele cognitieve processen, zoals negatieve gedachten en verkeerde interpretaties, en met elkaar gemeen hebben dat ze direct op deze processen ingaan. Verschillende varianten van cognitieve therapie, zoals rationeel-emotieve therapie (Ellis, 1962), rationele herstructurering (Goldfried, 1979), zelf-instructietraining (Meichenbaum & Cameron, 1983) en 'anxiety management'-procedures (Suinn & Richardson, 1971) werden in onderzoek op hun effect bij sociale fobie onderzocht, waarover later meer. Volgens de definitie van sociale fobie in DSM-III-R speelt angst voor negatieve beoordeling een centrale rol. Eerder noemden we de door Butler (1989) onderscheiden vier facetten: (1) het aangaan van intieme relaties, (2) algemene aanvaarding als persoon, (3) omgaan met figuren met gezag, en (4) optreden in het openbaar. Het lijkt ons dat nog één belangrijk aspect hieraan zou moeten worden toegevoegd, namelijk zorg om lichamelijke verschijnselen, zoals blozen, trillen of zweten in sociale situaties. Een belangrijk kenmerk bij deze angst is dat er een vicieuze cirkel optreedt, waarin de symptomen juist opgeroepen en versterkt worden als gevolg van de negatieve anticiperende gedachten. Tijdens de behandeling is het van belang hier de aandacht op te richten, bijvoorbeeld door niet-realistische behandelingsdoelen ('Ik mag nooit meer blozen of trillen') te veranderen, en door de vicieuze cirkel te bespreken. Op deze behandeling wordt later in dit artikel specifiek ingegaan.

Emery (1985) noemt als principes van cognitieve therapie onder meer dat cognitieve therapie kortdurend, gestructureerd en probleemgericht is, een goede therapeutische relatie als noodzakelijke voorwaarde veronderstelt, een gezamenlijke inspanning is van therapeut en patiënt, en voornamelijk wordt uitgevoerd door middel van de zog. Socratische dialoog. Ook bij sociale fobie wordt in de uitleg van de behandeling benadrukt dat het gewoonlijk niet de gebeurtenissen op zichzelf zijn die spanning oproepen, maar datgene wat de patiënt zichzelf over die gebeurtenissen vertelt. Daarna worden in de therapiesessies concrete situaties besproken, waarbij de therapeut door het stellen van vragen (de Socratische dialoog) probeert om de patiënt zelf tot inzichten te laten komen omtrent zijn cognities en de realiteitswaarde daarvan. Daarbij wordt enerzijds gelet op de inhoud van de cognities (bijvoorbeeld: 'Iedereen ziet dat ik onzeker ben' en 'Ik heb veel minder te vertellen dan anderen') en anderzijds op dysfunctionele denkpatronen (zoals zwart-wit-denken, alles op zichzelf betrekken, altijd uitgaan van het ergste, alleen letten op wat fout ging). Bij het bespreken van de inhoud van cognities, bijvoorbeeld over het krijgen van kritiek op ingeleverd werk, kunnen de volgende vier aspecten worden onderscheiden (Emery, 1985):

- 1 De kans dat een gevreesde gebeurtenis optreedt. Vragen die in dit licht gesteld kunnen worden zijn: Hoe vaak heb ik openlijk kritiek gehad? Was dat echt kritiek?

Hoe zag die kritiek er uit? In wat voor situatie is dat gebeurd? In hoeverre lijkt die situatie op de huidige situatie?

- 2 De rampzaligheid van een gebeurtenis. Vragen hierbij: Wat zou er gezegd kunnen worden, gelet op de ervaringen uit het verleden? Heb ik zoiets wel eens vaker horen zeggen? Hoe erg is het als zoiets wordt gezegd? Wat gebeurt er met mij als dat wordt gezegd? Betekent dat dat ik als persoon helemaal niets meer waard ben? Zouden er ook positieve kanten aan kunnen zitten dat ik kritiek krijg? Zou die kritiek terecht kunnen zijn? Zijn er ook positieve dingen genoemd?
- 3 De mogelijkheden die de patiënt heeft om de gevreesde gebeurtenis te voorkomen. Vragen: Zijn er nu nog dingen die ik zou kunnen doen? Wil ik dat? Wat moet ik er allemaal voor over hebben om altijd kritiek te voorkomen?
- 4 De mogelijkheden die de patiënt heeft om met de ergst mogelijke gebeurtenis om te gaan. Vragen hierbij: Wat zou ik het ergste vinden om te horen? Hoe zou ik daar op kunnen reageren? Wat is de ergste kritiek die ik ooit heb gehad? Hoe heb ik daar op gereageerd? Wat was het effect daarvan? Wat voor invloed heeft die kritiek op mijn leven gehad? Hoe gaan anderen met dergelijke kritiek om?

In termen van de irrationele ideeën van Ellis (1962) blijken bij sociaal fobici vaak de volgende irrationele basisveronderstellingen tot spanning te leiden (1) het idee dat men het absoluut nodig heeft om door ieder ander persoon in de omgeving te worden gerespecteerd en gewaardeerd, (2) het idee dat men pas door anderen wordt gewaardeerd als men in alle opzichten perfect is, en (3) het idee dat men altijd alles onder controle moet hebben.

Belangrijk in de uitvoering van de behandeling is dat therapeut en patiënt vroegtijdig vaststellen welke dysfunctionele veronderstellingen en denkpatronen op de voorgrond staan. Het gevaar is anders groot dat cognitieve therapie vervalt tot een doelloos en oppervlakkig toepassen van bepaalde technieken. De vraag 'Waar is het bewijs voor je gedachten?' is gemakkelijk gesteld, maar dat is lang niet altijd de meest relevante vraag. Tijdens het bespreken van de cognities is het belangrijk dat de therapeut zich zoveel mogelijk beperkt tot het stellen van vragen, zonder zelf antwoorden in te vullen. In deze fase zijn concrete, gesloten vragen dikwijls efficiënter dan heel open vragen. Anderzijds kan het stellen van te veel vragen de patiënt snel de indruk geven dat het om een kruisverhoor gaat, waardoor hij defensief zal reageren. Een strategie die vaak goed werkt is het regelmatig herhalen van datgene wat de patiënt zegt en daarop door redeneren, waarbij de vaak onlogische gedachtensprongen van de patiënt eerder duidelijk kunnen worden.

Cognitieve therapie zal zoveel mogelijk moeten worden verbonden met de realiteit. Het opzetten en laten uitvoeren van experimenten, waarbij de patiënt test of zijn verwachtingen in de werkelijkheid uitkomen, kan in dat opzicht veel bijdragen. Hierbij is het belangrijk dat vooraf zeer concreet wordt vastgesteld wat de patiënt verwacht, liefst zwart op wit, zodat achteraf goed kan worden nagegaan welke verwachtingen wel en welke niet zijn uitgekomen.

Hoewel het binnen de cognitieve technieken van belang wordt geacht dat de patiënt leert om *realistisch* te denken door de eigen gedachten te analyseren door middel van vragen en experimenten, hebben sommigen veel baat bij zogenaamde pep-talk: het inprenten van (en eventueel meedragen van een briefje met) *positieve* gedachten om moeilijke situaties te lijf te gaan. Met name de zelf-instructietraining (ZIT) is in dit

opzicht bruikbaar. Hierin worden vier verschillende fasen onderscheiden: (1) de periode voorafgaand aan confrontatie met de gevreesde stimulus, (2) de confrontatie zelf, (3) het moment waarop de patiënt zich overspoeld voelt door negatieve emoties, en (4) datgene wat de patiënt achteraf tegen zichzelf zegt. In de ZIT wordt voor elk van de fasen geïnventariseerd wat de patiënt gewoonlijk tegen zichzelf zegt, waarna voor elke fase positieve gedachten worden geformuleerd, die de patiënt zichzelf zo goed mogelijk dient in te prenten. Voor een verdere beschrijving wordt verwezen naar Meichenbaum & Cameron (1983) en naar Albersnagel & Boelens (1991).

Paradoxe strategieën, ten slotte, kunnen deels als cognitieve interventies beschouwd worden. Vooral bij angst voor lichamelijke verschijnselen kan het gebruik van deze techniek wenselijk zijn. Bij de bespreking van behandeling van bloos- en trilangst wordt hier op teruggekomen.

### ***De effectiviteit van cognitieve therapie***

Onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve strategieën in de behandeling van sociale fobie leverde aanvankelijk wisselende resultaten op. Uit een literatuuronderzoek van Rachman & Wilson (1980) bleek dat deze therapie effectief was in het reduceren van testangst, spreekangst en zogenaamde interpersoonlijke angst bij vrijwilligers. In een onderzoek van Biran et al. (1981) bleek het gebruik van cognitieve technieken bij drie sociaal fobici met een specifiek probleem (schrijfangst) geheel geen vermindering van de vermijding teweeg te brengen, hoewel de patiënten aangaven dat toevoeging van cognitieve therapie voor hen wel waardevol was geweest bij het verminderen van de angst. Exposure in vivo bleek daarentegen tot duidelijke verbetering te leiden. Inmiddels zijn meer onderzoeken uitgevoerd bij grotere groepen sociaal fobici. Uit onderzoek van Emmelkamp et al. (1985), Mattick et al. (1988) en Mattick & Peters (1988) kan worden opgemaakt dat cognitieve therapie bij sociaal fobici even effectief is als exposure in vivo, dit in tegenstelling tot de effecten van cognitieve therapie en exposure bij agorafobici.

Concluderend valt te zeggen dat zowel exposure in vivo als vaardigheidstraining en cognitieve therapie in aanmerking komen als behandelingsstrategie voor sociale fobie, waarbij in de praktijk de vraag zich voordoet hoe de keuze moet worden gemaakt.

### ***Het combineren van verschillende strategieën***

Scholing & Emmelkamp (1989) onderzochten het effect van exposure in vivo, cognitieve therapie en assertiviteitstraining in single-casestudies met negen sociaal fobici. Elke patiënt kreeg alle drie de behandelingen, maar in een verschillende volgorde. Elke behandeling werd gegeven gedurende zes zittingen in een blok van vier weken. Na een behandelingsblok volgde een blok van vier weken zonder behandeling. Geen van de behandelingen was duidelijk effectiever dan de ander, maar elke behandeling bleek het effect van de andere behandeling te verhogen, wat suggereert dat de combinatie van verschillende technieken wel eens de beste benadering kan zijn. Inmiddels zijn enkele onderzoeken uitgevoerd waarin gecombineerde en enkelvoudige behandelingen met elkaar werden vergeleken.

De combinatie van cognitieve therapie en sociale-vaardigheidstraining bleek niet beter dan sociale-vaardigheidstherapie alleen (Frisch et al. 1982; Hatzenbühler & Schröder, 1982; Stravinsky et al. 1982). Het is echter de vraag of de proefpersonen in deze onderzoeken werkelijk sociaal fobisch waren of eerder gekenmerkt werden door een gebrek aan sociale vaardigheden. Als in de beschouwing de resultaten van de reeds besproken onderzoeken van Butler et al. (1984) en Matticket al. (1988) bij 'echte' sociaal fobici worden betrokken, is er meer reden om het gebruik van een combinatie van procedures als nuttig te beschouwen. Replicatie van deze onderzoeken met grotere steekproeven en langer durende behandelingen lijkt noodzakelijk. Daarnaast is het, in verband met de heterogeniteit van de sociaal fobici, van belang om een vergelijking te maken tussen het effect van een standaardbehandeling versus een combinatie die gebaseerd is op een functionele analyse van het probleem van de individuele patiënt.

## Individuele responspatronen

In de onderzoeken die tot nu toe besproken zijn, werden alle sociaal fobische patiënten op één hoop gegooid en werd de mogelijke rol van individuele verschillen genegeerd. In tegenstelling daarmee werden drie onderzoeken bij sociaal fobici uitgevoerd waarin is gepoogd de behandeling af te stemmen op individuele patiëntkenmerken.

Öst et al. (1981) deelden sociaal fobici in in twee types, elk met een verschillend reactiepatroon. Het ene type werd gekenmerkt door relatief slechte vaardigheden en weinig psychofysiologische arousal. Het tweede type had juist goede sociale vaardigheden, maar toonde veel lichamelijke arousalverschijnselen. In elke groep werd de helft van de patiënten random toegewezen aan een behandeling die gericht was op de gedragscomponent (sociale-vaardigheidstraining), terwijl de andere helft een behandeling ontving die primair gericht was op de fysiologische component (toegepaste relaxatie, Öst, 1989). De hypothese was dat patiënten, behandeld met een methode overeenkomend met hun reactiepatroon, sterker zouden verbeteren dan patiënten die met de tegenovergestelde methode waren behandeld. De resultaten uit dit onderzoek waren over het algemeen in overeenstemming met deze hypothese. In een ander onderzoek van dezelfde onderzoeksgroep (Jerremalm et al., 1986) werden sociaal fobici onderverdeeld in patiënten met relatief sterke lichamelijke arousal tegenover patiënten die vooral veel negatieve cognities rapporteerden. In dit onderzoek werd echter de hypothese, dat het afstemmen van behandelingen (cognitieve therapie versus toegepaste relaxatie) op het individuele reactiepatroon het effect van de behandeling zou vergroten, niet bevestigd.

Mersch et al. (1989), ten slotte, maakten onderscheid tussen sociaal fobici met overwegend slechte sociale vaardigheden tegenover sociaal fobici met veel dysfunctionele cognities. In elke groep kreeg de ene helft van de patiënten sociale-vaardigheidstraining, de andere helft cognitieve therapie. De hypothese dat sociale-vaardigheidstraining het meeste effect zou opleveren bij patiënten met slechte vaardigheden en cognitieve therapie bij patiënten met dysfunctionele cognities werd niet bevestigd: beide behandelingen bleken even effectief.

Samenvattend: zowel cognitieve therapie, exposure in vivo en sociale-vaardigheidstraining lijken aangewezen als behandelingsstrategie bij sociale fobie. Wanneer patiënten over de benodigde sociale vaardigheden beschikken lijkt een

combinatie van exposure in vivo en cognitieve therapie de voorkeur te hebben, ook al omdat juist bij sociale fobie het onderscheid tussen enerzijds exposure in vivo en anderzijds een gedragsexperiment in het kader van cognitieve therapie vaak moeilijk is te maken. Zoals eerder genoemd wordt de effectiviteit van exposure toegeschreven aan uitdoving van de angstreactie en aan lichamelijke gewenning, waarna tevens verandering van cognities plaatsvindt. Verondersteld wordt dat hiervoor langdurige blootstelling aan de angstaanjagende stimulus noodzakelijk is. Van gedragsexperimenten wordt aangenomen dat ze op een ander niveau werken, namelijk door correctie van dysfunctionele cognities in confrontatie met de realiteit, waarna de angstreactie wordt geacht te verminderen. Volgens dit model is het niet nodig om langdurig bloot te stellen, het experiment wordt slechts uitgevoerd totdat een eenduidige uitspraak over de vooraf uitgesproken verwachting van de patiënt kan worden gedaan. Procesgericht onderzoek zal moeten uitwijzen of deze veronderstellingen inderdaad kloppen. Voor de patiënt zal het weinig uitmaken hoe de therapie werkt, zolang hij maar resultaat ziet. Op dit punt willen we nogmaals het belang van een goede uitleg over de wijze waarop de klachten voortbestaan en over de behandeling benadrukken. Gezien de resultaten uit studies naar werkzame factoren in de therapie (zie Van Dyck, Van der Velden & Emmelkamp, 1991) lijkt het onderscheid tussen de gedragsmatige en cognitieve strategieën van ondergeschikt belang, zolang de therapeut er maar voor zorgt dat hij aan de patiënt een begrijpelijk en herkenbaar model voorhoudt.

Wanneer het duidelijk is dat een patiënt basale sociale vaardigheden mist lijkt het verstandig de behandeling eerst te richten op het aanleren van deze vaardigheden en daarna, indien nodig, andere behandelingsprocedures toe te voegen.

## **Behandeling van angst voor lichamelijke spannings-verschijnselen**

Gewoonlijk is bij bloos-, tril- of zweetangst sprake van een aantal vicieuze cirkels (zie onder meer Terluin & Bannink, 1987), waarin de lichamelijke verschijnselen worden opgeroepen en verergerd door anticipatieangst, negatieve cognities en vermijdingsgedrag. Door Terluin & Bannink is een behandelingsstrategie voor deze klachten beschreven, bestaande uit exposure in vivo, cognitieve herstructurering, sociale-vaardigheidstraining, ontspanningstherapie, ego-versterking en zelf-observatie en -registratie. Hoewel zij met deze behandeling goede resultaten bereikten geven de auteurs aan dat dit soort klachten moeilijk te behandelen valt, hetgeen wordt onderschreven door onze eigen ervaringen. Factoren die de behandeling bemoeilijken zijn de negatieve anticiperende cognities en het feit dat de lichamelijke verschijnselen onder invloed staan van het autonome zenuwstelsel, en daardoor niet onder bewuste controle zijn te houden, hetgeen de uitvoering van langdurige exposure in vivo problematisch maakt. Wat de behandeling verder belemmert is dat cliënten met deze klachten vaak zeer perfectionistisch zijn ingesteld, en daarom niet willen dat anderen hun zwakheden, c.q. de lichamelijke verschijnselen, opmerken. Juist de poging te verbergen zorgt echter voor zoveel spanning dat een toename van lichamelijke verschijnselen het gevolg is. Een heretikettering van het probleem, namelijk dat het niet gaat om de verschijnselen zelf maar om de angst ervoor en om de hardnekkige pogingen ze te verbergen, kan de patiënt motiveren om geleidelijk anderen over de klachten te gaan vertellen en het zelfs aan anderen te laten zien ('etaleren', Watzlawick et al. 1974; Lange, 1980), hetgeen de vicieuze cirkel kan doorbreken.



Gezien de specifieke kenmerken van deze klacht is door verscheidene auteurs het gebruik van paradoxale intentie als behandelingsstrategie voorgesteld, waarbij in het algemeen aan patiënten wordt voorgeschreven om precies datgene op te roepen waar ze het meest bang voor zijn (Boeringa, 1983; Lamontagne, 1978). Paradoxale intentie is onder meer geïndiceerd bij klachten waarbij verwachtingsangst en met name vicieuze cirkels een belangrijke rol spelen. Essentieel zijn de instructies dat de patiënt bereid moet zijn om altijd de techniek toe te passen als hij klachten voelt aankomen, en ook bereid om de verschijnselen echt te ondergaan, zonder stiekem te hopen dat ze nu eindelijk zullen wegblijven. Met name dit laatste blijkt meestal het grote struikelblok, een goede motivering is dan ook zeer belangrijk (Van Dyck, 1977). Verder onderschrijven wij de opvatting van Terluin & Bannink (1987) dat het verstandig is om het blozen of trillen te benoemen als een individuele handicap, waar op zichzelf weinig aan valt te doen. Belangrijk is dan ook om de behandeling te starten met het vaststellen van een realistisch doel: niet het blozen zelf, maar de angst ervoor kan tijdens de behandeling verminderen.

De onderzoeksliteratuur ten aanzien van behandeling van dit soort klachten is schaars. Hoewel een aantal casestudies is gepubliceerd (Boeringa, 1983; Lamontagne, 1973) zijn nauwelijks gecontroleerde studies uitgevoerd. In een onderzoek door Van Son (1978) bij veertien blozers bleek sociale-vaardigheidstherapie significant betere resultaten te geven dan systematische desensitisatie.

## Groepsbehandeling versus individuele behandeling

Juist bij sociale fobie kan groepstherapie een duidelijke meerwaarde hebben boven individuele therapie. In de eerste plaats biedt de groep een continue exposure aan die situatie die voor veel patiënten de moeilijkste is: het functioneren in een groep. In de tweede plaats is het voor veel sociaal fobici prettig om hun probleem met lotgenoten te kunnen delen, aangezien ze er vaak van overtuigd zijn dat niemand anders dit soort angsten kent. Sommigen merken daarbij dat hun probleem in vergelijking met dat van andere mensen niet zo zwaar is als zij altijd hadden gedacht. Een ander voordeel van groepstherapie is gelegen in het feit dat gemakkelijk de hulp kan worden ingeroepen van medegroepsleden. In exposure-groepen kunnen andere groepsleden worden ingezet om moeilijke sociale situaties te arrangeren. Voorbeelden van exposure-opdrachten in een groep zijn: oogcontact houden, complimenten krijgen van anderen in de groep, kritiek krijgen van anderen in de groep, geobserveerd worden door alle groepsleden, etc. Huiswerkopdrachten kunnen eerst door patiënten samen worden uitgevoerd om de drempel te verlagen, alvorens ze alleen gaan oefenen. Bij sociale-vaardigheidstraining heeft de groep als voordeel dat de anderen verschillende modellen kunnen bieden. Bij cognitieve therapie kan de aanwezigheid van anderen worden benut om dysfunctionele gedachten rechtstreeks te toetsen aan die van andere groepsleden. Tenslotte vereist een groepstherapie gewoonlijk minder tijd van een therapeut dan individuele therapie, en is dus efficiënter.

Groepstherapie heeft echter niet alleen voordelen. Eén van de belangrijkste nadelen is dat er onvoldoende ruimte kan zijn om aandacht te besteden aan individuele problemen. Daarnaast kan het ontmoeten van andere mensen met hetzelfde probleem ook negatieve effecten hebben: sommige patiënten kunnen de indruk krijgen dat zelfs in een groep met mensen met vergelijkbare klachten zij de meest angstige zijn. Een

ander nadeel van de groepstherapie is dat deze voor de patiënt meer tijd in beslag neemt dan individuele therapie, wat een reden kan zijn om voortijdig af te haken.

Tot nu toe is bij sociaal fobici opvallend weinig onderzoek verricht naar het effect van individuele therapie in vergelijking met dat van groepstherapie. In onderzoeken bij subassertiële en sociaal angstige patiënten door Linehan et al. (1979) en door Van Son (1978) werden individuele assertiviteitstraining en training in een groep met elkaar vergeleken. In deze onderzoeken bleken beide methoden even effectief. Er is tot nu toe uit onderzoek ook nog niets bekend over de vraag voor welke patiënten groepsbehandeling geïndiceerd is, en voor welke juist niet. Goede selectie van patiënten voor groepstherapie lijkt in elk geval van groot belang. Excessieve sociale angst lijkt een contraïndicatie voor behandeling in een groep. In dergelijke gevallen kan het deelnemen aan de groep eerder angstverhogend dan-verlagend werken en in het gunstigste geval geen effect hebben. Hevige angst voor beoordeling kan ook binnen cognitieve therapie zeer belemmerend werken, bijvoorbeeld als het huiswerk in de groep wordt besproken. Patiënten met sterke angst vinden dit erg moeilijk en zijn geneigd helemaal geen huiswerk te maken om kritiek te vermijden, althans dit niet in te leveren. In dergelijke gevallen kan het verstandig zijn met individuele behandeling te starten en pas over te gaan tot groepstherapie als de patiënt heeft geleerd meer adequaat met deze angst om te gaan.

Groepscohesie wordt over het algemeen gezien als een factor die veel kan bijdragen aan het succes van groepstherapie. Helaas is het effect van cohesie tot nu toe bijna volledig genegeerd door gedragstherapeuten. In slechts twee onderzoeken (Falloon, 1981; Rose, 1981) werd de invloed van groepscohesie op het effect van de behandeling bij sociaal fobici onderzocht. De resultaten zijn voor meerdere uitleg vatbaar. Hoewel Falloon (1981) een relatie vond tussen groepscohesie en afname van de angst, is daarmee niet aangetoond dat de groepscohesie de oorzaak was van het succes van de behandeling. De relatie kan ook andersom zijn: patiënten ervaren de groep als cohesiever omdat de behandeling hun angst had verminderd.

Groepscohesie leidt niet per definitie tot afname van angst. Sommige sociaal fobici ervaren juist sterke groepscohesie als bedreigend, omdat ze zich door de groepsdruk gedwongen voelen tot deelname aan activiteiten waar ze nog niet aan toe zijn, wat ertoe kan leiden dat ze met de behandeling stoppen. Het lijkt van belang te onderzoeken welke factoren wel en niet bijdragen aan groepscohesie, en onder welke condities groepscohesie therapeutisch is en onder welke niet.

Het aantal patiënten dat aan een groep deelneemt varieert van studie tot studie en hangt uiteraard af van de beschikbaarheid van patiënten. In onze ervaring lijkt zes tot acht patiënten per groep een aantal dat voldoende ruimte biedt voor ieder individu om actief aan de groepsactiviteiten deel te nemen. Met kleinere aantallen kan drop-out een ernstig probleem gaan vormen. Verder zijn we van mening dat qua tijd beperkte groepen zijn te prefereren boven zogenaamde 'open' groepen. Het is onze indruk dat het verlengen van de therapie na een bepaald aantal zittingen over het algemeen weinig meer toevoegt aan de effecten die reeds in een zitting of vijftien bereikt zijn. Bovendien kan het inperken in de tijd de motivatie extra verhogen. Een tweede voordeel van in de tijd gelimiteerde groepen is dat de patiënten van het begin af aan voorbereid worden om onafhankelijk van de therapeut en de groep te functioneren. Ten slotte zijn dergelijke groepen meestal zo georganiseerd dat huiswerk een belangrijke plaats inneemt. Daarmee

wordt een actievere bijdrage van de patiënt gevraagd dan in meer traditionele groepstherapieën (Emmelkamp & Kuipers, 1985).

## Farmacotherapie

Het is onze indruk dat sociaal fobici minder vaak een dagelijkse dosis psychofarmaca gebruiken dan bijvoorbeeld agorafobici. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat de moeilijke sociaal fobische situaties (bijvoorbeeld verjaardagsfeestjes of uit eten gaan) niet dagelijks voorkomen en dikwijls worden vermeden, of worden doorstaan met hulp van een andere angstdemper, namelijk alcohol. Van een groep van 108 sociaal fobici die deelnamen aan behandeling bij onze afdeling gebruikten dertien patiënten dagelijks een vaste dosis benzodiazepines, zeven gebruikten bèta-blokkers, en één patiënt tricyclische antidepressiva. Onder de overige 87 patiënten was echter een grote groep die aangaf ook medicijnen in huis te hebben, maar deze incidenteel te gebruiken, bijvoorbeeld voor een vergadering of een receptie. Naar ons bekend is in Nederland tot nu toe geen gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar het effect van psychofarmaca in de behandeling van sociale fobie. Amerikaans onderzoek op dit terrein heeft zich vooral geconcentreerd rond twee soorten psychofarmaca: MAO-remmers en bèta-blokkers. Voor een overzicht van deze studies wordt verwezen naar Emmelkamp et al. (1989) en Welkowitz & Liebowitz (1990). Uit dit onderzoek bleek dat MAO-remmers, met name fenelzine, bij een deel van de sociaal fobici (namelijk patiënten met meer gegeneraliseerde angst) verlaging van subjectieve angst teweegbrachten. Bij deze resultaten dienen enige kanttekeningen te worden geplaatst. In de eerste plaats is het grootste deel van de onderzoeken uitgevoerd bij gemengde groepen patiënten, meestal sociaal fobici en agorafobici. Verder is het effect van MAO-remmers niet vastgesteld onafhankelijk van het effect van exposure in vivo: in die studies waarin effect werd gevonden kregen patiënten tevens instructies om de moeilijke situaties op te zoeken. Een belangrijk gegeven is dat het stoppen met de medicatie in de meeste gevallen tot terugval leidde (Solyom et al., 1973; Tyrer et al., 1973). Ten slotte moet worden genoemd dat van het gebruik van MAO-remmers nogal wat gevaarlijke bijwerkingen zijn gerapporteerd, onder meer in combinatie met gebruik van bepaalde voedingsmiddelen en alcohol (Welkowitz & Liebowitz, 1990; Van den Hoofdakker & Van Berkestijn, 1989). In Nederland werden tot voor kort MAO-remmers niet in de gewone klinische praktijk voorgeschreven.

Het gebruik van bèta-blokkers is aanbevolen voor sociaal fobici die vooral last hebben van somatische verschijnselen, zoals hartkloppingen, zweten, trillen en blozen. De meeste onderzoeken naar bètablokkers zijn echter uitgevoerd bij vrijwilligers, voornamelijk musici met plankenkoorts. Slechts enkele onderzoeken zijn gerapporteerd bij sociaal fobici, en de resultaten zijn niet eenduidig (Falloon et al., 1981; Liebowitz et al., 1985). Daarbij komt dat ook van bèta-blokkers vervelende bijwerkingen, zoals misselijkheid en braken, zijn gerapporteerd, die vooral optreden bij eenmalig gebruik. Langdurig gebruik kan bij astmapatiënten leiden tot verergering van astma en in het algemeen tot ernstige hartritme stoornissen na stoppen. Gesteld kan worden dat bèta-blokkers bruikbaar kunnen zijn bij gevallen van plankenkoorts of spreekangst, waarbij het middel eenmalig een uur voor de voorstelling wordt ingenomen.

Hoewel benzodiazepines relatief vaak worden voorgeschreven is het gebruik hiervan tot nu toe nauwelijks in gecontroleerd onderzoek geëvalueerd. Bij musici met

plankenkoorts bleek gebruik van diazepam niet effectief; het leidde zelfs tot verslechtering van de prestaties, waarschijnlijk als gevolg van het sederende effect van het middel (James & Savage, 1984). Sociaal fobici gaven aan een vermindering van angst te ervaren bij gebruik van alprazolam, maar vielen geheel terug na stoppen met dit middel (Lydiard et al., 1988; Reich & Yates, 1988).

Momenteel wordt met name in de Verenigde Staten onderzoek uitgevoerd naar de effecten van andere psychofarmaca bij sociale fobie. Hieronder vallen bijvoorbeeld de zogenaamde MAO-A-remmers (zoals brofaromine), aangeprezen als reversibele en selectieve stoffen die minder ernstige bijwerkingen zouden hebben dan de 'klassieke' MAO-remmers (hetgeen bepaald nog niet vaststaat), en verder nieuwe antidepressiva. In het algemeen valt op dat theoretische overwegingen bij dergelijke onderzoeken geheel ontbreken. Studie naar de effecten van psychofarmaca bij sociale fobie lijkt tot nu toe vooral een proces van trial en error, waarbij diverse soorten medicatie wordt uitgeprobeerd. Gezien de resultaten is er op dit moment geen reden om aan sociaal fobici medicatie voor te schrijven, met uitzondering van het incidentele gebruik van bèta-blokkers zoals boven beschreven.

## Tot slot

De behandeling van sociale fobie krijgt met name de laatste jaren de nodige aandacht. Vooral het onderzoek vanuit cognitieve en gedragstherapeutische hoek heeft tot veelbelovende resultaten geleid. De stand van zaken op het gebied van psychofarmaca is minder rooskleurig. Hoewel wij op basis van de onderzoeksresultaten concluderen dat (cognitief-) gedragstherapeutische behandelingen verreweg de voorkeur verdienen boven medicatie kunnen wij ons voorstellen dat het bij sommige patiënten (zij die lijden aan meer gegeneraliseerde angst en verhoogde arousal) zinvol is een psychologische behandeling in eerste instantie te combineren met het gebruik van medicatie. Nader onderzoek op dit gebied is gewenst. Verder is nog weinig bekend over de vraag in hoeverre effecten van behandeling op de lange termijn behouden blijven; follow-up-onderzoek naar de behandeling van sociale fobie ontbreekt nagenoeg geheel (Mersch et al., 1991). Ten slotte is naar onze mening het uitvoeren van onderzoek naar de invloed van persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen op het effect van de behandeling gewenst.

---

### **Abstract**

*Following an earlier publication on characteristics and etiology of social phobia this article concentrates on the treatment of these complaints. First, some general points for attention are mentioned. Then several (cognitive) behavioural strategies, especially exposure in vivo, social skills therapy and cognitive techniques are reviewed. Results of research findings with respect to these treatment strategies are preceded by a description of the practical procedure of the treatment. In addition, aspects of the treatment of fear for bodily symptoms and of*

*group and individual therapy are described. Finally, the use of psychopharmaca in the treatment is discussed, with a review of research findings in this area.*

## Referenties

- Albersnagel, F. A. & Boelens, W. (1991). Cognitieve therapie. In: W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp, *Handboek Psychopathologie, deel 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Biran, M., Augusto, F., Wilson, G. T. (1981). In vivo exposure versus cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. *Behaviour Research & Therapy*, 19, 525–532.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651–657.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies for social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91–106.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642–650.
- Dyck, R. van (1977). De toepassing van paradoxale intentie. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dyck, R. van, Velden, K. van der & Emmelkamp, P. M. G. (1991). Algemene therapievormen, eclecticisme en indicatiestelling. In: W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp, *Handboek Psychopathologie, deel 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle–Stuart.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive–compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York: Plenum.
- Emmelkamp, P. M. G. (1991). Anxiety and fear. In: A. S. Bellack, M. Hersen, A. E. Kazdin (red.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. & Scholing, A. (1989). Angst, fobieën en dwang: Diagnostiek en behandeling. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P. M. G. & Kuipers, A. C. M. (1985). Behavioral group therapy for anxiety disorders. In: D. Upper & M. Ross (red.), *Handbook of behavioral group therapy*. New York: Plenum.
- Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P., Vissia, E. & Van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365–369.
- Emery, G. (1985). Cognitive therapy: Techniques and applications. In: A. T. Beck & G. Emery (red.), *Anxiety Disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Falloon, I. R. H. (1981). Interpersonal variables in behavioral group therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 133–141.
- Falloon, I. R. H., Lindley, P., McDonald, R. & Marks, I. M. (1977). Social skills training of out-patient groups: A controlled study of rehearsal and homework. *British Journal of Psychiatry*, 131, 599–609.
- Falloon, I. R. H., Lloyd, G. G. & Harpin, R. E. (1981). The treatment of social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 180–184.
- Frisch, M. B., Elliott, C. H., Atsides, J. P., Salva, D. M. & Denney, D. R. (1982). Social skills and stress management training to enhance patients interpersonal competencies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 349–358.
- Gelder, M. G., Bancroft, J. H. J., Gath, D. H., Johnston, D. W., Mathews, A. M. & Shaw, P. M. (1973). Specific and non-specific factors in behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 123, 445–462.
- Goldfried, M. R. (1979). Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention. In: P. Kendall & S. D. Hollon (red.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- Hall, R. & Goldberg, D. (1977). The role of social anxiety in social interaction difficulties. *British Journal of Psychiatry*, 131, 610–615.
- Hatzenbühler, L. C. & Schröder, H. E. (1982). Assertiveness training with outpatients: The effectiveness of skill and cognitive procedures. *Behavioral Psychotherapy*, 10, 234–252.
- Hoofdakker, R. H. van den & Berkestijn, J. W. B. M. van (1989). Behandeling van stemmingstoornissen: Biologische behandelwijzen. In: F. A. Albersnagel, P. M. G. Emmelkamp

- & R. H. van den Hoofdakker (red.), *Depressie: Theorie, diagnostiek en behandeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- James, I. & Savage, I. (1984). Nadolol, diazepam and placebo for anxiety in musicians. *American Heart Journal*, 108, 1150–1155.
- Jerremalm, A., Jansson, L. & Öst, L. G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research & Therapy*, 24, 171–180.
- Jong, P. de (1987). Angst voor trillende handen; een behandelingsstrategie. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 7, 51–62.
- Lange, A. (1980). De behandeling van een vrouw met trillende handen. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 11*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. & Velden, K. van der (1980). Afleiding. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 11*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Liebowitz, M. R., Fyer, A., Gorman, J. M., Campeas, R. & Levin, A. (1986). Psychopharmacological treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 93–98.
- Linehan, M. M., Walker, R. O., Bronheim, S., Haynes, K. F. & Yerzeroff, H. (1979). Group versus individual assertion training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1000–1002.
- Lydiard, R. B., Laraia, M. T., Howell, E. F. & Ballenger, J. C. (1988). Alprazolam in the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 17–19.
- Marzillier, J. S., Lambert, C. & Kellett, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 225–238.
- Mattick, R. P. & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251–260.
- Mattick, R. P., Peters, L. & Clarke, J. D. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3–23.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1983). Stress Inoculation Training. In: D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (red.), *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bögels, S. M. & Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421–434.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G. & Lips, C. (1991). Social phobia: individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions. A follow up study. *Behaviour Research & Therapy*, 29, 4, 357–362.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Öst, L.-G., Jerremalm, A. & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1–16.
- Öst, L.-G. (1986). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397–409.
- Rachman, S. & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy*. Oxford: Pergamon Press.
- Reich, J. & Yates, W. (1988). A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam. *American Journal of Psychiatry*, 145, 590–594.
- Rose, S. D. (1981). How group attributes relate to outcome in behaviour group therapy. *Social Work Research and Abstracts*, 16, 25–29.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. G. (1988). Individualized treatment for social phobia. In: P. M. G. Emmelkamp, W. Everaerd, F. Kraaymaat & M. van Son (red.), *Fresh perspectives on Anxiety Disorders*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social Phobia: nature and treatment. In: H. Leitenberg (red.), *Handbook of Social and Evaluation Anxiety*. New York: Plenum Press.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. G. (1991). Sociale fobie en sociale angst: etiologie en diagnostiek. *Directieve Therapie*, 11, 2, 143–166.
- Shaw, P. (1979). A comparison of three behaviour therapies in the treatment of social phobias. *British Journal of Psychiatry*, 134, 620–623.
- Solyom, L., Heseltine, G. F., Mc Clure, D. J., Solyom, C., Ledwidge, B. & Steinberg, S. (1973). Behaviour therapy versus drug therapy in the treatment of phobic neurosis. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18, 25–31.

- Son, M. J. M. van. (1978). Sociale vaardigheidstherapie bij bloosproblemen en slaapproblemen. In: M. J. M. van Son, *Sociale vaardigheidstherapie, gedragstherapie en sociaal gedrag*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Stampfl, T. G. & Levis, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496–503.
- Stravynski, A., Marks, I. & Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378–1385.
- Suinn, R. M. & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non-specific behaviour therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498–510.
- Terluin, B. & Bannink, F. (1987). Een behandelingsstrategie voor bloosangst. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 7, 1, 40–49.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. & Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: A comparison of anxiety reduction and skills-acquisition procedures on two social problems. *Behaviour Modification*, 2, 41–60.
- Tyrer, P., Candy, J. & Kelly, D. (1973). A study of the clinical effects of phenelzine and placebo in the treatment of phobic anxiety. *Psychopharmacology*, 32, 237–254.
- Welkowitz, L. A. & Liebowitz, M. (1990). Pharmacological treatment of social phobia and performance anxiety. In: R. Noyes, M. Roth & G. D. Burrows (eds.), *Handbook of Anxiety, vol. 4; The treatment of anxiety*. Amsterdam: Elsevier.