



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

Cognitieve gedragstherapie bij sociale fobie: nieuwe ontwikkelingen in de theorie en de behandeling

Susan M. Bögels*

Samenvatting

Volgens de cognitieve theorie onderschatten patiënten met een sociale fobie de kwaliteit van hun functioneren en overschatten ze de gevaren van wat hun gedrag bij anderen teweeg zou brengen. De zelfbewustzijnstheorie veronderstelt dat sociaal fobici zich overmatig bewust van zichzelf zijn en te weinig aandacht hebben voor de ander en de sociale taak. Hierdoor baseren zij zich voornamelijk op hun eigen (negatieve) indruk van hoe ze zijn overgekomen op andere mensen. Het doel van cognitieve gedragstherapie voor sociale fobie is dat cliënten een reëel beeld ontwikkelen van zichzelf en hoe anderen hen waarnemen en beoordelen. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van 'taakconcentratietraining', uitdaagtechnieken, experimenten en rollenspel. Het accent van de therapie ligt op het extern gericht verwerken van informatie.

Inleiding

Sociale fobie is een aanhoudende angst om negatief beoordeeld te worden door andere mensen in situaties waarin men sociaal moet functioneren. De angst voor negatieve evaluatie kan betrekking hebben op het gedrag (onhandig, niet spontaan), bepaalde lichamelijke reacties (zoals blozen of trillen), de uiterlijke verschijning (in ieder geval niet aantrekkelijk), of het zelfbeeld (niet aardig). In de DSM-IV wordt onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige sociale fobie, waarbij de angst slechts betrekking heeft op een of enkele sociale situaties (bijv. angst om te plassen op een openbaar toilet) en gegeneraliseerde sociale fobie, waarbij de angst zich in veel situaties voordoet. Een inhoudelijk interessanter onderscheid betreft het verschil tussen 'performance angst', dat wil zeggen de angst om op te treden voor een groep, en interactieangst, dat wil zeggen angst in persoonlijke contacten (Schneier, Spitzer, Gibbon, Feyer & Liebowitz, 1991).

Hoewel sociale fobie vaak wordt gebagatelliseerd ('Iedereen heeft toch wel eens angst in gezelschap', 'Blozen staat toch charmant'), wordt de ernst van het beeld en de noodzaak tot behandeling uit epidemiologische gegevens duidelijk. Sociale fobie komt veel voor; naar schatting zouden 2% tot 14% van de mensen ooit een sociale fobie gehad hebben (zie Montego & Liebowitz, 1994). Na de paniekstoornis is sociale fobie de meest voorkomende angststoornis. De stoornis ontstaat vroeg: gemiddeld tussen het 16e en 21e jaar (zie Scholing, 1993), en komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Een onbehandelde sociale fobie heeft een chronisch verloop; de gemiddelde duur bedraagt ruim twintig jaar (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). Een onbehandelde sociale fobie kan ernstige gevolgen hebben. Sociale fobie gaat vaak vooraf

* DR. SUSAN M. BÖGELS is verbonden aan de vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie, Universiteit Maastricht, en aan het 'dwarsverband academisering' Riagg Maastricht.

aan depressie, suïcidaliteit en alcoholmisbruik (Ameringen, Mancini, Styan & Donison, 1991) en kan negatieve gevolgen hebben voor partnerschap en carrière (Amies, Gelder & Shaw, 1983; Caspi, Elder & Bem, 1988).

Er is dus alle reden om sociale fobie te onderkennen en te behandelen. Hoewel sociale fobie met behulp van directieve methodes, zoals exposure, sociale vaardigheidstraining en cognitieve therapie, behandeld kan worden, zijn de resultaten nogal beperkt (zie bijv. Heimberg, 1993). Er is dus nog wel ruimte voor verbetering van de behandelmethoden. De theorievorming over en behandeling van sociale fobie heeft de laatste jaren belangrijke ontwikkelingen doorgemaakt. Twee aan elkaar gerelateerde theorieën over het ontstaan en de instandhouding van sociale fobie zijn sterk in de belangstelling komen te staan: (1) de cognitieve theorie en (2) de zelfbewustzijnstheorie. Hieronder worden beide theorieën besproken en wordt een behandelmodel gepresenteerd dat ontwikkeld is op basis van deze theorieën.

Het cognitieve model van sociale fobie

Volgens de cognitieve theorie onderschatten sociaal-fobici de kwaliteit van hun sociaal functioneren, en overschatten ze de gevaren van wat hun gedrag bij anderen teweeg zou brengen (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Recente cognitieve modellen van sociale fobie veronderstellen bovendien dat sociaal-fobici last hebben van een negatief zelfbeeld, dat geactiveerd wordt, of dreigt te worden, in het contact met anderen (Clark & Wells, 1995). Zij hebben negatieve opvattingen over zichzelf, ze vinden zich 'niet aardig, niet spontaan, onbekwaam, lelijk'. Ook zijn zij geneigd andere mensen als kritisch en beoordelend te zien. Sociaal-fobici kunnen specifieke ideeën hebben onder welke omstandigheden de negatieve aspecten van henzelf naar voren komen, en met name onder welke omstandigheden deze zouden openbaren tegenover anderen. Een cliënt kan bijvoorbeeld menen dat als hij het oneens is met zijn gesprekspartner, de ander hem zal afwijzen, en (op een fundamenteel niveau) dat een afwijzing betekent dat hij een onaardig persoon is, waarmee zijn droevig zelfbeeld bevestigd is. Een andere cliënt kan menen dat blozen betekent dat de ander haar mening niet serieus zal nemen en (op een fundamenteel niveau) menen dat ze een minderwaardig persoon is. Teneinde de gevreesde negatieve aspecten van zichzelf te verbergen of te compenseren, lijken ze een specifiek gunstige indruk op anderen te willen maken. Tegelijkertijd twifelen zij sterk aan hun eigen capaciteiten om dit voor elkaar te krijgen. Ze hanteren instrumentele opvattingen die hun gedrag sturen, zoals 'Om afwijzing te voorkomen, moet ik zorgen dat ... ik niet opval, alles perfect doe, altijd aardig en inschikkelijk ben'.
Tabel 1

Tabel I Voorbeelden van niveaus van cognities bij sociale fobie

Situatie	Toespraak houden voor een groep	Koffie drinken in gezelschap
Automatische gedachten	Dat kan ik niet; –ik sta voor gek	Ik ga trillen; –wat een afgang
Basale assumpties over zelf	Ik ben niet capabel; –ik ben dom	Ik ben machteloos; –ik ben minderwaardig
Basale assumpties over anderen	Anderen zijn erop uit je te beoordelen	Er zijn twee soorten mensen: sterke en zwakke
Conditionele assumpties	Als anderen merken dat ik haper en onzeker ben, zullen ze me afwijzen	Als anderen zien dat ik tril, vinden ze me zenuwachtig en zwak
Instrumentele assumpties	Je moet altijd je onzekerheid verbergen; je moet alles perfect doen	Ik moet controle over mijn lichaam houden

EDI-tot = totaalscore; EDI-BD = ontevredenheid over het eigen lichaam; EDI-I = ineffectiviteit; EDES-tot = totaalscore; LAV-tot = totaalscore; LAV-2 = gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam; DIS-Q-tot = totaalscore; DIS-Q 1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie; DIS-Q 2 = verlies van controle; DIS-Q 3 = psychogene amnesie. A = opname, B = ontslag en C = follow-up na een jaar.

geeft voorbeelden van verschillende niveaus van cognities.

Er zijn verschillende processen die ertoe bijdragen dat de eenmaal gevormde ideeën blijven bestaan, ondanks ervaringen die hiermee in tegenspraak zijn. Ten eerste zouden sociaal-fobici geneigd zijn selectief aandacht te besteden aan schema-congruente informatie. Bijvoorbeeld een zaal mensen toespreken en onmiddellijk de slapende persoon ontdekken. Schema-discongruente informatie wordt niet opgepakt of weggeredeneerd ('toeval', 'vond me zielig', 'durfde er niets van te zeggen'). Selectieve herinnering van schema-bevestigende informatie is een tweede weg waarlangs ideeën in stand kunnen blijven. Een specifieke vorm hiervan beschrijven Clark en Wells (1995) als 'post-mortems', hiermee bedoelen zij de neiging van sociaal-fobici om achteraf hun sociale interacties te (her)evalueren op basis van hun angstige gevoelens en negatieve zelfpercepties ('ik ben enorm afgegaan'). In de derde plaats is het uit de aard van de sociale omgang moeilijk om (spontane) niet-ambigue feedback te krijgen van anderen. Zo is het niet altijd duidelijk of lachen als toelachen, uitlachen, of lachen om iets anders geïnterpreteerd moet worden, en zijn mensen niet altijd eerlijk in wat zij van anderen vinden. Geconfronteerd met ambigue informatie over het sociaal functioneren is de kans groot dat schema-bevestigende informatieverwerking een eenzijdige nadruk legt op de negatieve aspecten. In de vierde plaats vermijden sociaal fobische mensen, uit angst voor afwijzing, bepaalde situaties of bepaald gedrag dat corrigerende informatie zou kunnen geven. Tot slot stoort het hoge angstniveau het optimaal functioneren en leidt veelal tot geremd sociaal gedrag, wat onvaardig en soms onaardig over kan komen. Hierdoor zal de cliënt zichzelf meer negatief evalueren en zullen anderen minder positieve reacties geven dan wanneer de cliënt zonder angst zou functioneren.

Verhoogd zelfbewustzijn en sociale fobie

In sociale interacties kan de aandacht van een persoon intern of extern gericht zijn. Intern gerichte aandacht betreft aspecten van het zelf, zoals emoties, zelf-evaluatieve gedachten, eigen gedrag, eigen uiterlijke verschijning, of arousal. Extern gerichte aandacht betreft andere personen, de sociale taak, of de omgeving. Succesvolle sociale interactie vereist een adequate balans tussen intern en extern gerichte aandacht (zie

Wells, 1994). Wanneer men de aandacht te zeer op zichzelf richt, kan een toestand van 'objective self-awareness' worden geïnduceerd;

'a state in which a person takes himself to be an object'

(Wicklund, 1975, p. 234). Self-awareness kan het best worden vertaald met 'zelfbewustzijn', hoewel de term zelfbewust in het Nederlands ook verwijst naar

'een sterk gevoel van eigen, innerlijke kracht of waarde'

(Van Dale, 1995). Met 'verhoogd zelfbewustzijn' wordt hier bedoeld de toestand waarin iemand kan geraken wanneer hij sterk op zichzelf gaat letten. De persoon wordt dan toeschouwer van zichzelf. Anders gezegd, wanneer iemand zich bewust wordt van zichzelf, ziet de persoon zichzelf door de ogen van de ander en wordt object in plaats van subject.

Verschillende auteurs hebben gesuggereerd dat sociaal fobici excessief zelfbewust zijn gedurende sociale interacties (Bögels, Mulken & de Jong, 1995; Butler, 1989; Clark & Wells, 1995; Hartman, 1983; Hope, Gansler & Heimberg, 1989). Sociaal-fobici beschrijven vaak symptomen die hierop wijzen, zoals dat ze hun stem als van buitenaf horen wanneer ze iets vertellen of dat ze zichzelf als van een afstand waarnemen in voor hen bedreigende situaties. Ze kunnen zich moeilijk concentreren op hetgeen waar ze op dat moment mee bezig zijn. Een recente studie van Wells, Clark en Ahmad (1997) ondersteunt de veronderstelling dat sociaal-fobici in sociale situaties last hebben van een verhoogd zelfbewustzijn. Zij onderzochten of sociaal fobici zichzelf als subject of object zien aan de hand van hun herinneringen van moeilijke sociale en niet-sociale situaties. Vergeleken met 'gewone' mensen beschreven sociaal-fobici zichzelf meer als object in de situatie, zoals anderen hen zouden zien. Dit verschil was specifiek voor hun herinneringen aan sociale situaties. Deze bevinding correspondeert met het idee dat sociaal-fobici last hebben van verhoogd zelfbewustzijn in sociale situaties. (N.B. het verschijnsel dat hier 'zelfbewustzijn' wordt genoemd komt in menig opzicht overeen met het verschijnsel 'depersonalisatie'.)

Verhoogd zelfbewustzijn kan via verschillende wegen de sociale fobie instandhouden. In de eerste plaats zijn sociaal-fobici, wanneer zij hun aandacht op zichzelf richten, slecht in staat informatie van buiten op te nemen. Hierdoor baseren zij zich op intern gegenereerde informatie, zoals hoe ze zich *voelen*, hoe ze *denken* dat ze zijn ervaren door andere mensen, of op *beelden* over hoe ze eruit zien en zich gedragen (Clark & Wells, 1995). Deze intern gegenereerde informatie wordt geacht gebaseerd te zijn op eenmaal gevormde schema's, die op deze wijze bevestigd worden. In de tweede plaats intensiveert zelfbewustzijn emoties als angst (Scheier, Carver & Matthews, 1983). In de derde plaats maakt verhoogd zelfbewustzijn cliënten meer bewust van hun lichamelijke reacties, intensiveert deze reacties, en leidt tot een overschatting van de sterkte van de eigen lichamelijke reacties (zie Schreier et al., 1983 voor een overzicht). Tot slot heeft verhoogd zelfbewustzijn ook effecten op het sociale gedrag; omdat de cliënt zo met zichzelf bezig is staat hij niet open voor anderen en neemt hij informatie van buiten niet op, waardoor de kans bestaat dat hij niet goed reageert (Burgio, Merluzzi & Pryor, 1986) en zelfs als onaardig ervaren wordt.

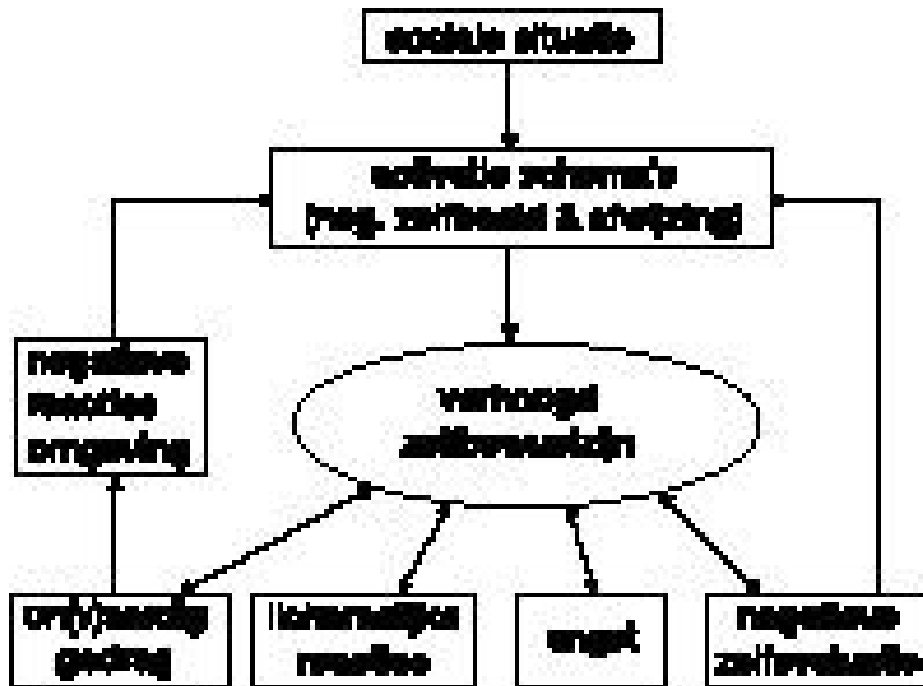
De behandeling

De beschrijving van de onderstaande cognitieve gedragstherapie is deels gebaseerd op eerdere publicaties van de auteur (Arntz & Bögels, 1995; Bögels & Scholing, 1995) en op publicaties van Clark & Wells (1995) en Beck et al. (1985). Voor verdere informatie over de details wordt verwezen naar de betreffende publicaties.

Uitleg en motivering

De therapie start met het zorgvuldig in kaart brengen van de verschillende aspecten, die bij de sociale fobie van de betreffende cliënt een rol spelen. Dit gebeurt aan de hand van enkele kenmerkende voorbeelden uit het leven van de cliënt. Nagegaan wordt in welke situaties de klacht zich voordoet (bijv. in gesprekken met leden van het andere geslacht, of bij autoriteiten, of bij voordrachten), welke lichamelijke reacties optreden (bijv. blozen, trillen, zweten, blokkeren), concentratieproblemen, emoties, overmatig zelfbewustzijn, disfunctionele gedachten, vermijding (waarbij gelet moet worden op subtiele vermijding zoals bijv. snel praten, geen open vragen stellen, gebruik van make-up), en eventuele vaardigheidstekorten.

Aan de hand van deze voorbeelden geeft de therapeut vervolgens uitleg over de vicieuze cirkels waarin de cliënt zich bevindt, met nadruk op de rol van disfunctionele gedachten en verhoogd zelfbewustzijn bij het instandhouden van de angst. Het verdient de voorkeur op een bord een duidelijk schema te tekenen van de verschillende aspecten die de klacht in stand houden, zie figuur 1.



Figuur 1 Schematisch overzicht van de veronderstelde werkzame processen bij de instandhouding van sociale fobie.

Registratie

Bij aanvang van de therapie wordt de cliënten gevraagd om op een dagboekformulier bij te houden, wat zij in voor hen problematische sociale situaties denken, voelen, waar hun aandacht op gericht is, en hoe zij zich gedragen (zie figuur 2

Situatie (waar ben je, met wie, wat gebeurt er?)

Dagvoel & sterke gevoel (0-100)

Lichamelijke verschijnselen & sterke (0-100)

Waar richt je je aandacht op?

zelf	%	zaak	%	omgeving	%
-------------	----------	-------------	----------	-----------------	----------

Automatische gedachten & geloofwaardigheid (0-100)

Gedrag (Hoe reageer je? Hoe reageren de anderen op jou?)

Figuur 2 Een formulier voor het registreren van verschillende aspecten van de sociale angst

voor een voorbeeld van een dagboekformulier). Aan de hand van de ingevulde formulieren wordt besproken in hoeverre de eerder genoemde processen (verhoogd zelfbewustzijn, negatieve gedachten, en on(v)aardig gedrag) een rol spelen in het bestaan van de angst.

Taakconcentratietraining

Een van de elementen uit de therapie is de taakconcentratietraining (TCT). Het lijkt goed TCT aan het begin van de therapie te geven, omdat TCT een relatief simpele en voor de cliënt weinig bedreigende procedure is, die tot eerste verlichting van de klachten kan leiden. Bovendien lijkt, zo blijkt uit case-studies (Bögels et al., 1995), TCT een onmiddellijk effect te hebben op het verminderen van negatieve cognities. Het doel van TCT is de cliënt te leren zijn aandacht naar *buiten* te richten in bedreigende en sociale situaties. Eerst leert de cliënt zijn aandacht naar buiten te richten in niet-sociale en weinig bedreigende sociale situaties.

Een voorbeeld van een oefening in een niet-sociale situaties is: 'Loop door een bos en richt al uw aandacht op wat u om u heen ziet, de bomen, het licht, de kleuren... Richt uw aandacht vervolgens op alle geluiden in het bos, de vogels, het geritsel van de bladeren door de wind... Richt uw aandacht vervolgens op alle geuren... Richt uw aandacht op hoe het voelt om door het bos te lopen... uw voeten op de grond, de wind tegen uw gezicht, de lucht in uw longen... Richt uw aandacht tot slot op alles tegelijkertijd, wat u ziet, hoort, ruikt, voelt'. Het resultaat van dergelijke oefeningen is dat cliënten zich meer bewust worden van wat er om hen heen gebeurt, in plaats van piekerend zonder aandacht voor de omgeving door een bos te lopen. Een voorbeeld van een niet-bedreigende sociale oefening is voor iemand met een bloos-fobie: 'Bel uw beste vriendin op, informeer hoe het met haar gaat en luister zo geconcentreerd

mogelijk naar alles wat ze vertelt. Schrijf na afloop van het gesprek alles op wat u zich kunt herinneren over hoe het met haar was.'

In de therapie-zittingen wordt TCT geoefend in luister- en verteloefeningen met de therapeut. We starten met de volgende oefening: therapeut en cliënt zitten met de ruggen naar elkaar en de therapeut vertelt een verhaal van twee minuten over zijn vakantie. De cliënt krijgt de opdracht zich te concentreren op het verhaal en hier vervolgens een samenvatting van te geven. Bij deze oefening geeft de cliënt ook aan hoeveel procent van de aandacht gericht was op de taak (luisteren), zichzelf, en de omgeving. Therapeut en cliënt geven een procentuele score voor de mate van volledigheid van de samenvatting. Deze procedure wordt herhaald met als verschil, dat de luisteroefening complexer wordt; bij het volgende verhaal vindt er wel oogcontact plaats, bij het derde verhaal moet de cliënt na één minuut even de aandacht op zichzelf richten om dan de concentratie weer op de taak te richten. Elke luisteroefening wordt zolang herhaald totdat 80% van de concentratie op de taak gericht is en de samenvatting voldoende volledig is. Op dezelfde wijze wordt geoefend met geconcentreerd vertellen: de cliënt vertelt de therapeut een verhaal, waarbij de aandacht op de taak gericht dient te worden.

Wanneer cliënt goed in staat is zich te concentreren op de taak in weinig bedreigende situaties wordt TCT in bedreigende sociale situaties geoefend. Hiertoe stellen cliënt en therapeut een hiërarchie op van de probleemsituaties van de cliënt, geordend van de laagste tot de hoogste angstscore. Gestart wordt met TCT in de minst beangstigende situatie. Bij de voorbespreking gaan cliënt en therapeut na wat de taak is, en hoe de aandacht op de taak gericht kan worden. De situatie kan eerst in een rollenspel worden geoefend (met de therapeut of een vervanger), waarbij de cliënt de opdracht krijgt zich zoveel mogelijk op de taak te richten. Daarna wordt het huiswerk aan deze situatie gerelateerd. De cliënt houdt van elke oefening bij, hoeveel aandacht op taak, omgeving en zichzelf gericht was, en in hoeverre het lukte de aandacht terug te voeren op de taak, wanneer cliënt tijdelijk teveel op zichzelf gericht was. Tevens noteert de cliënt de mate van angst.

Verandering door inzicht: de socratische dialoog

Bij het 'uitdagen', het toetsen van de opvattingen van de cliënt op logische en empirische houdbaarheid, maakt de therapeut gebruik van de zogenaamde socratische dialoog (zie Arntz, 1991; Arntz & Bögels, 1995 voor meer details over de techniek van het uitdagen). Sociaal-fobici overschatten de gevaren van wat hun gedrag bij anderen teweegbrengt ('Als ik haper, zal iedereen me uitlachen') en onderschatten hun sociaal functioneren ('Ik weet me geen houding te geven'). Ook onderschatten zij hun mogelijkheden om aan de gevreesde gebeurtenis het hoofd te bieden ('Als iemand me uitlacht raak ik totaal in paniek'). Wanneer de disfunctionele gedachten van de cliënt in een specifieke situatie verduidelijkt zijn en op hun geloofwaardigheid beoordeeld, wordt de *waarschijnlijkheid* van de gevreesde gebeurtenis en de *ernst* ervan onderzocht. Vervolgens wordt nagegaan welke *eigen mogelijkheden* de cliënt heeft om aan de gevreesde ramp het hoofd te bieden. Tot slot formuleert de cliënt, op basis van de nieuwe informatie die tijdens de bespreking naar voren is gekomen, een alternatieve, meer reële gedachte.

Een voorbeeld van een uitdaging. José is bang dat wanneer zij bloost tijdens een gesprek met haar supervisor, hij zal denken dat zij verliefd op hem is. Zij is er 95% van overtuigd dat hij dit zal denken. De therapeut vraagt haar welke aanwijzingen zij heeft dat hij dat zal denken. Zij komt niet verder dan dat blozen een teken kan zijn dat iemand verliefd op je is. De therapeut vraagt haar of er andere redenen dan verliefd zijn, die maken dat iemand gaat blozen. José noemt: onzekerheid, betrappt worden op een fout, een compliment krijgen, in de aandacht staan, en een aangeleerde gewoonte. De therapeut vraagt haar wat de reden van haar blozen is bij de supervisor. Zij noemt onzekerheid en aangeleerde gewoonte. Dan vraagt hij haar zich te verplaatsen in de supervisor ('distancing'): heeft de supervisor aanwijzingen om te denken dat haar blozen het gevolg is van onzekerheid? Ja, want alle stagiaires zijn in het begin onzeker. De overtuiging daalt dan tot 40%. Vervolgens wordt besproken hoe erg het is als de supervisor dit zou denken. Hij zou het als een compliment kunnen opvatten, of het lastig vinden en haar gaan ontwijken, of avances maken, of erachter proberen te komen of het echt zo is. Wat zou zij vervolgens kunnen doen? Duidelijk maken dat zij niet van zijn avances gediend is en niet verliefd op hem is. José formuleert de volgende alternatieve gedachte: 'Als ik bloos bij mijn supervisor kan hij daar van alles (of niets) van denken, en eventuele misverstanden die door mijn blozen ontstaan kan ik alsnog rechtzetten.' Deze gedachte is voor haar 80% geloofwaardig.

Verandering door ervaring: het experiment

De tweede methode waarmee de cliënt zijn opvattingen op houdbaarheid kan onderzoeken is het experiment. Het doel van een experiment is, net als bij wetenschappelijk onderzoek, gegevens te verzamelen over de empirische steun voor een bepaalde opvatting. De procedure die wordt gevolgd lijkt eveneens op de wetenschappelijke werkwijze. Eerst wordt uit de opvatting (theorie) die de cliënt aanhangt een hypothese geformuleerd. Vervolgens wordt een empirische test ontworpen die uitsluitsel kan geven over de houdbaarheid van die hypothese. Ten slotte wordt de uitkomst van het experiment geëvalueerd en de onderzochte opvatting, indien nodig, bijgesteld of vervangen. Het van te voren formuleren van een alternatieve hypothese (gebaseerd op een andere theorie) is vaak aan te raden, omdat de wetenschap dat een experiment ook minder bedreigend kan aflopen de cliënt zal helpen de sprong te wagen. Een voorbeeld: Ans heeft de stellige overtuiging dat het zeer gevaarlijk is om fouten te maken, want wanneer zij niet perfect is zal zij afgewezen worden. Een alternatieve theorie is dat fouten maken menselijk is, en dat dus andere mensen ook een fout van haar toestaan.

Bij het opzetten van een experiment is het belangrijk om precies af te spreken wat de cliënt gaat doen en welk resultaat tot ondersteuning of verwerping van de hypothese leidt, om interpretatieproblemen achteraf te voorkomen. In het voorbeeld van Ans kan een experiment bestaan uit het opzettelijk maken van een typefout in een brief, die door de baas nagekeken wordt. Als de baas woedend wordt, haar ontslaat, of haar in het vervolg geen brieven meer laat typen, pleit dit volgens Ans voor haar hypothese, als de baas haar vraagt de fout te corrigeren (op neutrale toon of met enige irritatie) en haar niet ontslaat of geen werk meer geeft, pleit dit tegen haar hypothese. Ook bij experimenten wordt de oorspronkelijke en alternatieve hypothese voor en na het experiment op geloofwaardigheid gescoord, om het effect ervan inzichtelijk te maken. Een risico bij het bedenken van experimenten is dat de cliënt ze niet durft uit te voeren

vanwege de vermeende risico's. Het is dan aan te bevelen een serie experimenten op te zetten met een hiërarchische opbouw (van relatief risicoloos tot relatief risicovol).

Een voorbeeld van een experiment. Het veel geuite idee 'Iedereen let op mij' kan als volgt getoetst worden. Iemand die het idee heeft dat iedereen op haar let als ze langs een groep loopt kan dit toetsen door langs een groep te lopen en goed te kijken (te tellen) hoeveel van de mensen naar haar kijken. De conditionele assumptie 'Als ik tril let iedereen op me' kan op dezelfde wijze getoetst worden: trillen (bijv. bij koffie drinken) en dan goed rondkijken en tellen wie er kijkt en wie niet.

Verandering door feedback

Sociaal-fobici zijn geneigd hun sociale prestaties te onderschatten. Het is daarom belangrijk dat zij *objectieve* feedback krijgen over hun gedrag, in plaats van zich te baseren op hun eigen indrukken van hoe zij zijn overgekomen op andere mensen. Er zijn verschillende mogelijkheden om cliënten van objectieve feedback te voorzien: video-opnames van hun gedrag, feedback vragen van mensen uit de omgeving, feedback door de therapeut. Nu kan het probleem ontstaan dat dergelijke feedback schema-congruent wordt verwerkt en derhalve niet tot bijstelling van cognities leidt. Er zijn verschillende methoden om te zorgen dat de feedback meer objectief verwerkt wordt. Voordat feedback wordt gevraagd is het goed de negatieve opvatting van de cliënt over zijn eigen gedrag te expliciteren. Bijvoorbeeld: Hans heeft moeite met spreken in het openbaar. Zijn idee is 'Ik maak een zeer onzekere en ondeskundige indruk'. Vervolgens bedenkt de cliënt, samen met de therapeut, wie hij om feedback kan vragen en welke vragen hij zou moeten stellen om een zo objectief mogelijk beeld te krijgen van hoe hij overkomt. Hans kan, bijvoorbeeld nadat hij een praatje heeft gehouden, aan een aantal mensen die geluisterd hebben vragen hoe hij is overgekomen met betrekking tot zekerheid en deskundigheid. Daarbij is het belangrijk dat de cliënt goed (geconcentreerd) luistert en alle informatie onthoudt (bijv. opschrijft nadien). Vervolgens wordt deze informatie gebruikt om de oorspronkelijke negatieve opvatting over hoe cliënt overkomt te evalueren.

Bij videofeedback is het eveneens raadzaam de informatieverwerking te sturen. Om bij het voorbeeld van Hans te blijven: Hans maakt samen met de therapeut een lijst met gedragingen die bepalen in hoeverre iemand zeker en deskundig overkomt tijdens een praatje. Op deze lijst dienen zowel gedragingen die wijzen op onzekerheid (blozen, trillen, haperen) en ondeskundigheid (inhoudelijke fouten, vragen niet kunnen beantwoorden) te staan als aspecten van zekerheid (vloeiend praten, publiek aankijken) en deskundigheid (goede kennis van zaken). Hans bekijkt daarna zijn video en geeft zichzelf op alle items een score, en herevalueert tot slot zijn opvatting 'ik kom ondeskundig en onzeker over'.

Clark en Wells (1995) noemen het probleem dat videofeedback soms voorstellingen oproept bij cliënten over hoe zij denken te zijn overgekomen op anderen, en deze verward kunnen raken met wat ze op video zagen. Zij lieten een zakenman, die vreesde angstig over te komen als hij een voordracht hield, een voordracht houden die op video werd opgenomen. Vervolgens moest de man zich inbeelden, hoe hij naar zijn idee was overgekomen op andere mensen. Dit door hem gevormde beeld werd daarna vergeleken

met de video-opname. In zijn beeld was de angst goed zichtbaar, maar tot zijn verbazing kon hij die angst niet waarnemen op de video.

Rollenspelen

Rollenspel is een belangrijke methode bij de cognitieve therapie van sociale fobie, vanwege het interpersoonlijke karakter van de schema's. In de cognitieve gedragstherapie dienen rollenspelen niet primair om nieuwe vaardigheden aan te leren, maar om tot nieuwe interpretaties te komen. Door moeilijke sociale interacties na te spelen, waarbij de cliënt zichzelf speelt en de therapeut (of iemand anders) de ander, worden automatische gedachten of veronderstellingen van de cliënt opgespoord. Vervolgens wordt de cliënt in de gelegenheid gesteld zich in te leven in het perspectief van de ander, door middel van rolomwisseling. Deze rolomkering is om twee redenen zinvol. Ten eerste hebben sociaal-fobici vaak geen goed beeld van hoe hun gedrag door anderen ervaren wordt. Door naar zichzelf te kijken (gespeeld door de therapeut) kan de cliënt bepaalde interpretaties bijstellen. Ten tweede kunnen sociaal-fobici zich, vanwege hun verhoogd zelfbewustzijn en de egocentriciteit van hun schema's, vaak slecht inleven in het perspectief van de ander. Het in de huid van de ander kruipen helpt bij het opbouwen van nieuwe interpretaties. In de derde ronde oefent de cliënt met nieuw gedrag, gebaseerd op de nieuwe interpretatie. Na elke ronde wordt het rollenspel besproken, waarbij de therapeut steeds vraagt wat de cliënt ervan kan leren met betrekking tot zijn oorspronkelijke en alternatieve interpretatie. De geloofwaardigheid van de oorspronkelijke en alternatieve interpretatie worden daarbij gescoord.

Een voorbeeld: Henk durft zich niet in een gesprek te mengen omdat hij denkt dat de anderen hem niet interessant vinden. De therapeut vraagt hem hoe hij bij dit idee komt. Henk noemt diverse voorbeelden waarin anderen niet of nauwelijks reageerden als hij iets zei. Cliënt en therapeut spelen zo'n interactie na, waaruit Henk de conclusie heeft getrokken dat de gesprekspartner hem niet de moeite waard vond. De rollen worden omgewisseld waarbij de therapeut Henks gedrag (zachte stem, ineengedoken houding, geen oogcontact, korte vraag) zo precies mogelijk naspeelt. Henk ontdekt dan dat hij zo zacht praat en zo op de achtergrond blijft, dat dit gedrag een meer waarschijnlijke verklaring is voor het feit dat er weinig op hem gereageerd werd. In een derde rollenspel praat Henk harder en is meer aanwezig, hetgeen tot gevolg heeft dat er meer op hem gereageerd wordt. Henk concludeert dan: 'Je bent zo interessant als je je voelt en gedraagt'.

Vooronderstellingen

Gedurende de therapie trachten therapeut en cliënt de kern van het onderliggende schema te verduidelijken, door de centrale vooronderstellingen op te sporen (zie tabel 1 voor voorbeelden). Centrale vooronderstellingen worden blootgelegd door de rode draad uit de automatische gedachten op te sporen, door dóór te vragen op de diepere betekenis van een gevreesde gebeurtenis, en/of door de eerste herinnering op te roepen dat de cliënt zo angstig was (zie Arntz & Bögels (1995) of Beck et al. (1985) voor meer informatie). Bij sociaal-fobici speelt het negatieve zelfbeeld een grote rol, reden waarom

het expliciteren en bewerken van de negatieve zelf-assumpties een belangrijke plaats in de therapie heeft.

Het meerdimensioneel evalueren is een handige techniek bij het veranderen van negatieve zelf-assumpties. Een afdelingschef had bijv. de idee dat hij onbekwaam was voor zijn functie, en op een dieper niveau een onbekwaam persoon. Hem werd gevraagd iemand in gedachte te nemen die hij zeer bekwaam vond ('mijn baas') en ook iemand die hij zeer onbekwaam vond ('mijn vader'). Van beide mensen gaf hij aan welke eigenschappen maakten dat hij ze bekwaam danwel onbekwaam vond. Daarna werd hij gevraagd zichzelf een schoolcijfer te geven op al deze eigenschappen. Tot slot evalueerde hij opnieuw in hoeverre hij een onbekwaam persoon is. De uitdaging staat weergegeven in tabel 2.

Tabel 2 Voorbeeld van een meerdimensionale evaluatie van een negatieve zelfassumptie geuit door een afdelingschef

Geloofwaardigheid van de gedachte 'Ik ben een onbekwaam persoon' vooraf: 80%	
Eigenschappen van een bekwaam persoon (baas), volgens cliënt	Zelfbeoordeling op deze eigenschappen (in schoolcijfers)
Punctueel	7
Betrouwbaar	7
Kennis van zaken	6
Origineel	6
Intelligent	6
Aardig	6
Eigenschappen van een onbekwaam persoon (vader), volgens cliënt	
Slordig	5 = 5 ¹
Onbetrouwbaar (hield zich niet aan afspraken, vertelde dingen door)	3 = 7
Overal een mening over zonder kennis van zaken	2 = 8
Andere mensen naar de mond praten	4 = 6
Geen eigen ideeën	5 = 5
Dom	4 = 6
Agressief	2 = 8
Egocentrisch	3 = 7
Gemiddelde bekwaamheid	6,4
Geloofwaardigheid van dezelfde gedachte: 40%	

EDI-tot = totaalscore; EDI-BD = ontevredenheid over het eigen lichaam; EDI-I = ineffectiviteit; EDES-tot = totaalscore; LAV-tot = totaalscore; LAV-2 = gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam; DIS-Q-tot = totaalscore; DIS-Q 1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie; DIS-Q 2 = verlies van controle; DIS-Q 3 = psychogene amnesie. A = opname, B = ontslag en C = follow-up na een jaar.

Traumatische ervaringen

Bij sommige cliënten met sociale fobie spelen traumatische ervaringen een belangrijke rol in het ontstaan en de instandhouding van de klacht. Jan bijvoorbeeld is een rechtenstudent die last heeft van gegeneraliseerde sociale fobie. Met name bij vrouwen

voelt hij zich zeer angstig, en ondanks dat hij al dertig is, heeft hij nog geen enkele seksuele ervaring met vrouwen. De klacht is begonnen toen hij ongeveer twaalf was. In die periode was hij het object van ernstige pesterijen door enkele meisjes uit zijn klas. Ze schopten hem en bedreigden hem, en vernederden hem ook eenmaal seksueel. Een ander voorbeeld: Angela is een Spaanse vrouw die naar Nederland verhuisd is en als tolk-vertaalster werkt. Ze heeft veel last van angst om te trillen. In haar jeugd was haar vader vaak verbaal agressief naar haar, en schold haar uit voor domoor en nietsnut. Haar angst om 'ontdekt' te worden als domoor of nietsnut, maakte haar erg onzeker in de uitvoering van haar werk.

In dergelijke gevallen is het raadzaam de oorspronkelijke traumatische ervaringen te bewerken in de therapie. Hiertoe kan de therapeut gebruik maken van het historisch rollenspel en/of imaginatie (zie bijv. Bögels & Arntz, 1996; Edwards, 1990; en Young, 1990) voor voorbeelden van deze techniek. Ook kan via de weg van inzicht (de Socratische dialoog) verandering worden bewerkstelligd. Het gaat doorgaans om twee veranderingen: 1) verandering van de oorspronkelijke kinderlijke interpretatie; en 2) inzicht in de (onterechte) koppeling van de toenmalige kinderlijke interpretatie aan huidige situaties. Ter illustratie de casus van de tolkvertaalster. Drie inzichten hielpen haar haar angst om als domoor/niksnuut ontdekt te worden te overwinnen. Ten eerste het inzicht in haar angst om 'ontdekt' te worden als domoor of niksnuut gekoppeld was aan de scheldpartijen van haar vader, maar dat de mannen voor wie zij nu werkte in niets leken op haar vader en zich evenmin gedroegen als haar vader. Ten tweede dat zij had geleerd te denken dat zij een domoor of nietsnuut is, maar dat haar prestaties en gedrag daar in geen enkel opzicht op wijzen (Kan een domoor de tolk-vertalersopleiding voltooien? Werkt een nietsnuut 60 uur per week?). Integendeel, uit angst voor de woorden van haar vader werkte zij harder dan de meeste mensen. Ten derde ging de therapeut met haar na wat haar kinderlijke interpretatie was van de scheldpartijen van haar vader: 'Ik moet wel een erg dom en lui kind zijn, dat mijn vader mij zo uitfoetert'. De therapeut vroeg haar vervolgens wat zij wist over haar vader in die periode en wat mogelijke andere redenen zouden kunnen zijn dat haar vader haar dit toeriep. Zij bedacht dat haar vader met alle vrouwen minachtend omging, ook met haar moeder, dat zij de enige dochter was, dat hij bovendien veel te veel dronk, en erg gefrustreerd was over het faillissement van zijn eigen bedrijf. Deze redenen leken haar waarschijnlijker dan haar oorspronkelijke verklaring van het gedrag van haar vader, namelijk dat zij een dom en lui kind was.

De therapeutische relatie

Vanwege het interpersoonlijke karakter van de schema's van sociaal-fobici kunnen deze schema's ook een rol spelen in de therapie. Dit kan een positief effect hebben op de werkrelatie; zo houden sociaal-fobici zich meestal goed aan hun afspraken, maken hun huiswerk, en zijn aardig tegen de therapeut, onder meer om kritiek van de therapeut te vermijden. Voor zover deze schema's een gunstig effect op de therapie hebben is het doorgaans niet geïndiceerd ze aldaar te bewerken. De schema's kunnen echter ook een belemmerend effect op de therapie hebben, bijvoorbeeld wanneer de cliënt zijn huiswerk niet durft te maken of dit op een te perfectionistische manier doet, uit angst voor afwijzing door de therapeut, of wanneer het angstniveau van de cliënt tijdens de zitting zo hoog is, dat veel van wat de therapeut zegt of doet, de cliënt ontgaat. In

dergelijke gevallen is het zinvol het probleem te signaleren en met de cliënt na te gaan welke disfunctionele cognities er in de therapie meespelen.

Het bewerken van disfunctionele cognities die actief zijn in de therapeutische relatie gebeurt met hierboven beschreven technieken: de Socratische dialoog, het experiment, en soms met rollenspelen. De gedachte 'Als ik mijn huiswerk niet helemaal gedaan heb wijst de therapeut mij af', bijvoorbeeld, kan worden uitgedaagd (Hoe is de therapeut eerder omgegaan met fouten van de cliënt? Zou de therapeut meer cliënten behandelen die hun huiswerk niet helemaal maken? etc.). Ook kan de therapeut de cliënt stimuleren deze gedachte te toetsen door middel van een experiment; een keer het huiswerk niet volledig maken en nagaan hoe de therapeut daarop reageert. Tot slot kan een rollenspel worden gedaan waarbij de cliënt aan de therapeut vertelt dat hij zijn huiswerk niet helemaal gemaakt heeft en de therapeut daarop een eerlijke (!) reactie geeft. Via rolomwisseling kan de cliënt zich ook verplaatsen in de positie van de therapeut (Hoe en waarop beoordeelt hij zijn cliënten?)

Tot slot

De hier beschreven cognitieve gedragstherapie voor sociale fobie (of elementen daaruit) wordt op dit moment op haar effectiviteit onderzocht, onder andere bij de RIAGG Maastricht en bij het Department of Psychiatry, University of Oxford. Hoewel case-studies lieten zien dat de gebruikte procedures de angstklachten sterk verminderden (Bögels et al., 1995; Clark, 1995) moet de effectiviteit in gecontroleerde studies nog worden aangetoond.

Abstract

According to the cognitive theory, social phobics underestimate their social skills and overestimate the risk of rejection by others. Self-awareness theory assumes that social phobics are excessively self-focused. As a result, their perception of how others view them is mainly based on (negative) self-perceptions. The purpose of cognitive-behaviour therapy for social phobia is to help patients to develop realistic self-impressions as well as realistic ideas about how other view and judge them. In order to establish cognitive change, attentional training, Socratic questioning, experiments, and roleplays are applied. The focus of the therapy is on shifting to externally focused processing of information.

Noot

- 1 De cijfers op de negatieve eigenschappen worden omgedraaid, om een totaalscore te kunnen berekenen

Referenties

- Ameringen, M. v., Mancini, C., Styan, G., & Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, 21, 93-99.
- Amies, P.L., Gelder, M.G., & Shaw, P.M. (1983). Social Phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve therapie*, 11(4), 252–268.
- Arntz, A., & Bögels, S. (1995). Cognitieve therapie bij angststoornissen: een overzicht. In J.A. d. Boer & H.G.M. Westenberg (Eds.), *Leerboek angststoornissen* (pp. 323–357). Utrecht: De Tijdstroom BV.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bögels, S., & Arntz, A. (1996). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Handboek psychopathologie deel 3* (pp. 242–264). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bögels, S., Mulkens, S., & Jong, P. de. (1995). Overmatig zelfbewustzijn en taakconcentratie: een nieuw model voor de behandeling van bloosangst. *Gedragstherapie*, 28(3), 153–172.
- Bögels, S.M., & Scholing, A. (1995). Behandeling van angst om te blozen, trillen of zweten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21(4), 248–267.
- Burgio, K.L., Merluzzi, T.V., & Pryor, J.B. (1986). Effects of performance expectancy and self-focused attention on social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 250(6), 1216–1221.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. Special Issue: Social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9(1), 91–106.
- Caspi, A., Elder, G.H.J., & Bem, D.J. (1988). Moving away from the world: life-course patterns of shy children. *Developmental Psychology*, 24(6), 824–833.
- Clark, D.M. (1995). Cognitive therapy for social phobia. Workshop gehouden op de Najaarsconferentie van de Nederlandse en Vlaamse Vereniging voor Gedragtherapie–Veldhoven, 9–10 november.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 69–93). New York, London: Guilford Press.
- Dale, J.H. van (1995). Groot woordenboek der Nederlandse taal. G. Geerts & H. Heestermans. Utrecht: Van Dale Lexicografie.
- Edwards, D.J.A. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4(1), 33–50.
- Hartman, L.M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3(4), 435–456.
- Heimberg, R.G. (1993). Specific issues in the cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(12), 36–45.
- Hope, D.A., Gansler, D.A., & Heimberg, R.G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications from social psychology. Special Issue: Social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9(1), 49–60.
- Montego, J., & Liebowitz, M.R. (1994). Social phobia: anxiety disorder comorbidity. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(suppl A), 21–42.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Matthews, K.A. (1983). Attentional factors in the perception of bodily states. In J.T. Cacioppo & R.E. Petty (Eds.), *Social Psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Schneier, F.R., Spitzer, R.L., Gibbon, G.M., Feyer, A.J., & Liebowitz, M.R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 1–5.
- Scholing, A. (1993). *Social phobia: cognitive and behavioural treatment*. Enschede: Febodruk.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Keys, D.J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 389–394.
- Wells, A., Clark, D.M., & Ahmad, S. (1997). How do I look with my minds eye: Perspective taking in social phobic imagery. In preparation.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wicklund, R.A. (1975). *Objective self-awareness*. (Vol. 8). New York: Academic Press.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.