



[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)

# Preoccupaties bij sociale fobie: theorie en nieuwe behandeltechnieken

Marisol J. Voncken en Susan M. Bögels\*

---

## Samenvatting

*Bij een sociale fobie staat preoccupatie met afwijzing of afkeuring centraal. Volgens het cognitieve model worden alle emotionele stoornissen gekenmerkt door interpretatiefouten, ofwel biases. Conform het specificiteitsmodel kan uit onderzoek met sociaal-fobische en depressieve cliënten geconcludeerd worden dat depressie geassocieerd is met een algemene interpretatiebias, terwijl sociale fobie gekenmerkt wordt door een specifieke interpretatiebias. We ontwikkelden een korte, zeer gestructureerde therapie om deze bias in sociale fobie te veranderen. Deze therapie liet in de eerste pilot een goede effectiviteit (effect size  $d = 1.4$ ) zien. In dit artikel illustreren we de centrale technieken aan de hand van een casus. De technieken lijken ook bij interpretatiefouten van andere inhoud gebruikt te kunnen worden.*

## Inleiding

Het kenmerk van een sociale fobie is de preoccupatie met het idee negatief te worden beoordeeld door anderen – bijvoorbeeld: anderen vinden mij dom, saai, zwak, onbekwaam of onaardig. Cliënten met een sociale fobie maken zich zorgen over gedrag of angstverschijnselen die deze negatieve reactie kunnen oproepen, zoals blozen, stotteren of het laten vallen van stilletjes. Tijdens sociale interacties richten deze cliënten de aandacht dan ook sterk op zichzelf (Bögels, Mulkens, & De Jong, 1997). Eenmaal 'gevangen' in deze zelfgerichte aandacht is het moeilijk de aandacht terug te richten op een gesprekspartner. Anticiperend op komende sociale interacties bouwen cliënten hun angst op door zich druk te maken over hun gedrag of angstverschijnselen (Hinrichsen & Clark, 2003). Verder piekeren ze na een sociale interactie over hoe ze zijn overgekomen op de ander (post-event rumineren; Abbott & Rapee, 2004). Cliënten ervaren anticipatieangst en post-event rumineren als opdringerig, terugkerend en concentratieverstorend (Rachman, Grueter Andrew, & Shafran, 2000; Vassilopoulos, 2004). Dit scala aan cognitieve processen houdt volgens het cognitieve model van Clark en Wells (1995) de sociale fobie in stand. Biases over negatieve evaluatie liggen echter ten grondslag aan deze cognitieve processen.

---

\* DRS. M.J. VONCKEN is verbonden aan het Departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht. Alle correspondentie kan worden gericht aan Marisol J. Voncken, Departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; E-mail: M.Voncken@dep.Unimaas.nl.  
DR. S.M. BÖGELS is verbonden aan het Departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht.

## Interpretatiebiases

Een interpretatiebias waarbij emotioneel negatieve interpretaties van ambigue informatie de overhand hebben, komt bij elke emotionele stoornis voor. De cognitieve theorie (Beck, 1976) claimt echter dat deze interpretatiebias specifiek is: cliënten zouden niet alle ambigue situaties negatief interpreteren, maar alleen die welke hun specifieke angst of emotionele probleem opwekken. Ook zou de inhoud van de disfunctionele interpretaties specifiek zijn: zo is voor elke angststoornis een specifieke set van disfunctionele interpretaties omschreven (Bögels & Van Oppen, 1999). Bij sociale fobie worden interpretaties rondom 'sociale dood' geactiveerd in situaties waarin een potentiële beoordeling door anderen aan de orde is, terwijl bij agorafobie en paniekstoornis interpretaties rondom 'fysieke dood' worden geactiveerd in situaties waarin lichamelijke sensaties optreden, die daarnaar kunnen verwijzen.

Verschillende onderzoeken laten inderdaad zien dat cliënten met een sociale fobie een inhoudsspecifieke sociale interpretatiebias hebben, terwijl mensen die geen last hebben van een sociale fobie, mensen met andere angststoornissen of mensen zonder angststoornissen die niet hebben (Amir, Foa, & Coles, 1998; Foa, Franklin, Perry, & Herbert, 1996; McManus, Clark, & Hackmann, 2000; Stopa & Clark, 2000; Voncken, Bögels, & De Vries, 2003). In geen van de onderzoeken werd een depressieve controlegroep betrokken, terwijl verondersteld wordt dat ook depressie gepaard gaat met interpretatiebiases in een grote variëteit aan situaties, inclusief sociale situaties. Cliënten met een depressie hebben net als sociaal-fobici last van verstoringen in de perceptie van zichzelf tijdens sociale interacties (Gotlib & Meltzer, 1987). Ze zijn zelfkritisch, zelfbeschuldigend en hebben negatieve verwachtingen ten aanzien van de reacties van anderen (zie voor een overzicht: Alden, Bieling, & Meleshko, 1995). De inhoud van de interpretaties van sociaal-fobici en depressieven vertoont dus een duidelijke verwantschap. Beide cliëntgroepen hebben een lage eigendunk en denken als gevolg daarvan snel dat zij niet geliefd zijn. Bovendien rapporteren depressieven spanning in sociale situaties en een neiging tot het vermijden van sociale situaties (Ducharme & Bachelor, 1993). In lijn met de inhoudelijke overlap van de interpretatiebias van sociale fobie en depressie is er sprake van een hoge comorbiditeit tussen beide stoornissen (Brunello et al., 2000; Chartier, Walker, & Stein, 2003).

In een recent onderzoek (Voncken & Bögels, ingediend) hebben we gekeken in hoeverre het negatief interpreteren verschilt tussen cliënten met een sociale fobie en cliënten met een depressie. We vergeleken vier groepen met elkaar: normalen, depressieve cliënten zonder sociale fobie, laagdepressief sociaal-fobische cliënten en hoogdepressief sociaal-fobische cliënten. De resultaten bevestigen het specificiteitsmodel. Cliënten met een depressie interpreteren negatiever dan normalen. Hun interpretatiebias betreft sociale én niet-sociale situaties. Ditzelfde werd gevonden in de hoogdepressief sociaal-fobische groep. Laagdepressief sociaal-fobische cliënten interpreteren niet-sociale situaties op een gelijke manier als de controlegroep, maar laten duidelijk een verhoging van negatieve interpretaties zien in sociale situaties (of te wel een inhoudsspecifieke verstoring). Blijkbaar versterkt een depressie de algemene negatieve kijk op situaties en versterkt sociale fobie specifiek de negatieve kijk op sociale situaties. Inschatten dat men in sociale situaties door anderen negatief wordt beoordeeld, blijkt dus karakteristiek te zijn voor sociale fobie.

Deze inhoudsspecifieke interpretatiebias staat aan het begin van een reeks cognitieve processen, die het dagelijks leven van cliënten met een sociale fobie verstoren. De bias verstoort volgens het cognitieve model (Clark, 2001; Clark & Wells, 1995) de sociale interactie door een verhoogd zelfbewustzijn en zorgt voor opdringerig, terugkerend piekeren voor en na sociale interacties. Verschillende onderzoeken laten daarnaast zien dat het verminderen van dit soort interpretatiebiases de vermindering van sociale-fobieklachten bevordert (Foa et al., 1996; McManus et al., 2000).

## Behandeling

Cognitieve gedragstherapie voor sociale fobie behoeft zeker verbetering. Tot recentelijk was de gemiddelde effect size van cognitieve gedragstherapie 1.0 (range: 0.8-1.3) (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004). Dit lijkt een hoge effectiviteit, omdat een effect size van 0.8 traditioneel als 'hoog' gekwalificeerd wordt. Dit betekent in de praktijk echter dat slechts een klein percentage van de cliënten na behandeling vrij van klachten is. Daarnaast worden in deze onderzoeken de 'drop-outs' (patiënten die gestart zijn, maar de behandeling niet hebben afgemaakt) meestal niet meegenomen in de berekeningen. Bovendien worden cliënten met comorbide diagnoses vaak niet in dit soort onderzoeken betrokken. Anders gezegd: de cliëntgroepen in deze onderzoeken zijn vaak niet de cliënten die we in de dagelijkse praktijk tegenkomen. Daarnaast gaan effect sizes van behandeling van andere angststoornissen tegenwoordig in de richting van 1.5 (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004).

Onlangs heeft de cognitieve therapie die Clark en collega's hebben ontwikkeld (Clark et al., 2003), wel zijn hoge effectiviteit bewezen (effect size  $d = 2.5$ ) in een populatie van gewone cliënten. De therapeuten werden echter intensief getraind en gesuperviseerd door deze auteur zelf. Dezelfde behandeling in Duitsland, met gelijke training en supervisie, behaalde een lagere, maar nog steeds goede effectiviteit ( $d = 1.8$ ). Het behalen van dezelfde effecten in de alledaagse praktijk lijkt daarom nog steeds moeilijk. Zo bleek uit ons onderzoek bij de Vereniging van Verlegen Mensen dat slechts 15 procent van de leden die hulp zochten, voor hun sociale fobie met cognitieve gedragstherapie werd behandeld. Het lijkt er dus op dat effectieve, gespecialiseerde behandelingen voor sociale fobie moeilijk hun weg vinden naar deze cliënten. Daarom ontwikkelden we recent een eenvoudige, zeer gestructureerde cognitieve therapie van slechts acht sessies voor (gegeneraliseerde) sociale fobie (Voncken & Bögels, in druk). De eerste pilotdata van dertien cliënten met gegeneraliseerde sociale fobie laten een effect size van  $d = 1.4$  zien, wat een conservatieve schatting is, omdat ook de 'drop-outs' hierin meegenomen zijn.

De therapie bestaat uit technieken om de specifieke interpretatiebias en de overschatting van de kans op en de ernst van negatieve beoordeling door anderen aan te pakken. Het zijn echter technieken die ook goed bij biases in een breder scala van situaties of bij biases van andere inhoud te gebruiken zijn. Hieronder wordt de behandeling beschreven en daarna worden aan de hand van een casus de technieken van de therapie geïllustreerd.

## Behandeling gericht op interpretatiefouten

Voorafgaand aan de behandeling formuleren behandelaar en cliënt samen vijf sociale situaties, waarmee de cliënt moeilijk kan omgaan. Ze beschrijven per situatie wat nou precies het gevreesde moment is. Het kan ook een imaginaire situatie zijn, in het geval dat het gevreesde moment zich in de praktijk niet voordoet vanwege (subtiele) vermijding. De cliënt oefent alle in de behandeling aangeleerde technieken op deze vijf situaties, alvorens de technieken op nieuwe situaties in het dagelijks leven toe te passen. Door het in kaart brengen van de vijf situaties worden de essentiële kenmerken van de sociale angst van de cliënt direct opgespoord en tot uniek behandeldoel gemaakt. Dit maakt de behandeling zeer doelgericht. Bovendien kunnen cliënten die nog veel vermijden, de cognitieve technieken toepassen op de van tevoren geformuleerde situaties.

Elke cliënt krijgt een uitgebreid theorieboek met de uitleg van de technieken en een werkboek voor het maken van zijn huiswerk uitgereikt. De behandeling begint met het uitleggen van de cognitieve rationale (zie Bögels & Van Oppen, 1999). Dan volgt het uitdagen van de interpretatiefouten. Het doel van deze techniek is het verbreden van het interpretatiespectrum van de cliënt. Cliënten leren om te brainstormen over andere mogelijke interpretaties (ten minste tien verschillende), eerst in standaard situaties uit het werkboek en vervolgens in de vijf sociale situaties die men zelf heeft geformuleerd. Als het nodig is, helpt de therapeut met het verzinnen van niet-angstige interpretaties door samen met de cliënt te bedenken hoe bijvoorbeeld de koningin, de premier of de buurvrouw de situatie zou interpreteren. De cliënt verzamelt verder bij familie en vrienden andere interpretaties door naar hun kijk op de betreffende situaties te vragen.

Bij de uitdaging van de kans op een negatieve evaluatie wordt gebruikgemaakt van de taarttechniek (zie ook Bögels & Van Oppen, 1999). In de taart zet de cliënt de interpretaties uit de brainstorm, waaraan de therapeut 'overige interpretaties' toevoegt. De taart staat voor de realiteit: 'Stel je laat bij honderd mensen een stilte vallen van vijf seconden, hoeveel mensen zouden de volgende interpretatie opschrijven?' De therapeut stelt het oordeel van de cliënt zo min mogelijk ter discussie. De cliënt mag zoveel wijzigen in de taart als hij of zij wil.

Bij het uitdagen van de overschatting van ernst van een negatieve evaluatie leert de cliënt om zijn gevreesde negatieve evaluatie (saai, dom, onbekwaam) in een breder perspectief te zetten. De cliënt en de therapeut brainstormen samen over verschillende eigenschappen die mensen elkaar kunnen toedichten, van 'heel erge' eigenschappen tot 'niet erge' eigenschappen. Om het brainstormproces op gang te houden introduceert de therapeut verschillende bekende personen met nare eigenschappen (zoals Hitler of Dutroux). Alle verzamelde eigenschappen worden op een schaal van 'helemaal niet erg' tot 'het meest erg' gezet. De schaal staat voor hoe de maatschappij tegen deze eigenschappen aankijkt en niet hoe de cliënt zelf daartegen aankijkt. Als laatste voegt de cliënt zijn gevreesde eigenschap toe. De therapeut helpt om de gevreesde eigenschap te vergelijken met de andere eigenschappen (bijvoorbeeld: 'Is saai erger dan egocentrisch, of minder erg?'). De therapeut stelt opnieuw niet het oordeel van de cliënt ter discussie, maar houdt wel in de gaten dat de cliënt vanuit de maatschappij probeert te redeneren en niet vanuit zichzelf.

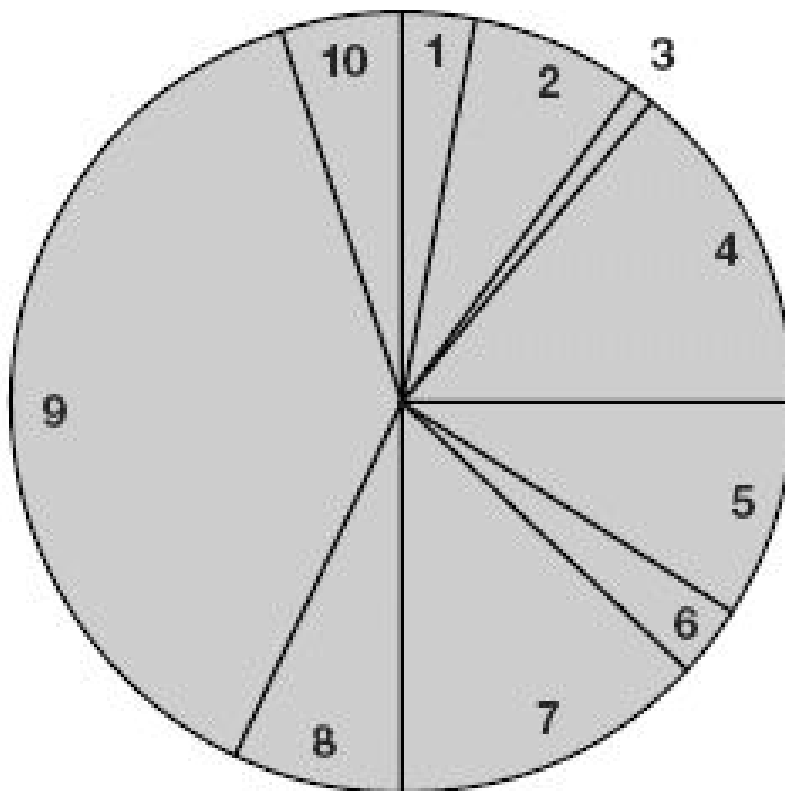
Na het leren van deze technieken besteden therapeut en cliënt tijd aan gedragsexperimenten, die zijn gericht op de vijf centrale situaties (zie voor voorbeelden Bögels, 1999). De behandeling eindigt met het bespreken van wat de cliënt kan doen bij terugval, waarbij het opnieuw doornemen van het werkboek een belangrijk hulpmiddel kan zijn.

---

***Gevalsbeschrijving: Annemiek***

*Annemiek is een 35-jarige receptioniste met een gegeneraliseerde sociale fobie. Ze komt in behandeling vanwege haar angst om saai of dom te worden gevonden en omdat ze het lastig vindt om te blozen. Annemiek is volgens de laatste mode gekleed en is een drukke, gezellige prater. Ze herinnert zich dat ze van kinds af bezorgd is geweest over het oordeel van anderen en dan vooral dat anderen haar saai of dom zouden vinden. Sociale situaties zijn voor haar steeds vermoeiender geworden, omdat ze zich altijd zo leuk mogelijk probeert voor te doen. Ze formuleerde met haar therapeut de volgende sociale situaties:*

- 1 Ik geef mijn mening in een groep en ze zeggen niet meteen dat ze het met me eens zijn. Interpretatie: Deze mensen vinden mij dom.*
- 2 Ik ben met een kennis aan het praten en er valt een stilte van meer dan vijf seconden. Interpretatie: Deze persoon vindt mij saai.*
- 3 Ik ben iets aan het vertellen aan iemand en deze persoon onderbreekt me. Interpretatie: Deze persoon vindt het niet interessant wat ik zeg.*
- 4 Ik ben met iemand aan het praten en ik zeg iets wat niet klopt (bijvoorbeeld uit het nieuws). Interpretatie: Deze persoon vindt mij dom.*
- 5 Ik zeg iets tegen een collega en ik voel dat ik bloos. Interpretatie: Ze vinden me raar.*

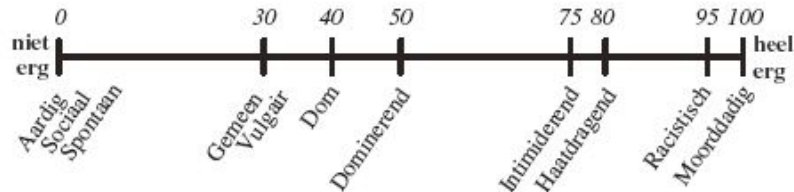


*Figuur 1 De kansuitdaging van sociale situatie 1 van Annemiek: Ik geef mijn mening in een groep en ze zeggen niet meteen dat ze het met me eens zijn. Interpretatie: Deze mensen denken dat ik dom ben (kans dat het waar is: 85%; ernst als het waar zou zijn: 90).*

*Annemiek had een levendige fantasie en het lukte goed om een gevarieerde brainstorm te krijgen (zie figuur 1). Vooral het verzinnen van extreem positieve interpretaties ('Ze vinden mijn mening heel erg leuk en moedigen mij aan door stil te zijn'; 'Ze zijn onder de indruk van mijn zeer interessante mening') en het inbrengen van andere figuren (een dictator: 'Ze durven niet te reageren, omdat ze bang zijn dat ik boos word als ze tegen me ingaan'; Gandhi: 'Ze denken na over wat ik heb gezegd') hebben haar erg geholpen. Ze vond het een prettige techniek, die ze ook in andere situaties ging gebruiken (bijvoorbeeld bij autopech). Annemiek vertelde daarnaast veel geleerd te hebben van de interpretaties van haar familie en vrienden. Ze ontdekte bijvoorbeeld dat haar moeder ook best sociaal angstig was (Interpretatie moeder: 'Ze vinden mijn mening niet goed'). Een vriendin van haar had nog een interpretatie die ze plausibel vond: 'Ze zijn het niet met me eens en zijn zo beleefd om dat niet te zeggen.' Tijdens de ernst-uitdaging (zie figuur 2) leerde ze genuanceerder te kijken naar de eigenschap 'domheid'. Hoewel ze 'dom' erger vond dan de eigenschappen 'vulgair' en 'gemeen', realiseerde Annemiek zich wel dat het erger was om 'dominerend', 'intimiderend', 'haatdragend', 'racistisch' en 'moorddadig' gevonden te worden. Ze vertelde dat ze nog nooit op deze manier naar 'dom' had gekeken. Ze realiseerde zich dat er wel ergere dingen zijn dan dom gevonden worden.*

*Annemiek bedacht zich dat ze beter dom kon worden gevonden dan een nare handicap hebben, of iemand van haar familie verliezen.*

*Twee maanden na de therapie voldeed Annemiek niet meer aan de DSM-IV-criteria van een sociale fobie. Ze had geen verdere hulpvraag. Ze vertelde zich rustiger te voelen in sociale situaties en was ten opzichte van anderen opener geworden over haar onzekerheid. Verder gebruikte ze het brainstormen nog regelmatig.*



*Figuur 2 Ernst-schaal van Annemiek: Welke eigenschappen kunnen mensen elkaar toedichten in de wereld?*

## Discussie

Preoccupaties over afwijzing en afkeuring staan centraal in sociale fobie. Ze liggen ten grondslag aan verhoogde zelfgerichte aandacht, anticipatieangst en post-event rumineren. We ontwikkelden een behandeling voor sociale fobie om in te grijpen in deze interpretatiefouten met als thema 'negatieve evaluatie'. De behandeling verminderde in een eerste pilot effectief sociale angst. Daarnaast verminderde de vermijding van de meest gevreesde sociale situatie (effect-size  $d = 1.3$ ) en verhoogde het zelfbeeld ( $d = 0.9$ ). In hoeverre deze effectiviteit ook in vervolgonderzoek kan worden gevonden is nog onduidelijk. Het merendeel van de cliënten in de pilot die de behandeling afmaakten ( $N = 10$ ; 77%), had inderdaad na deze korte behandeling geen verdere hulpvraag ten aanzien van sociale-angstklachten ( $N = 8$ ; 80%), maar een aantal cliënten had meer sessies nodig ( $N = 2$ ; 20%).

We realiseren ons dat er andere goede cognitieve technieken bestaan voor de behandeling van sociale fobie. We denken dat de technieken van onze behandeling de kern van sociale angst aanpakken, maar andere cognitieve technieken zijn zeker een zinvolle aanvulling op de behandeling van sociale fobie, zeker wanneer een langere behandeling nodig is. Er zijn ook technieken voor de behandeling van sociale fobie die ingrijpen op andere cognitieve processen, zoals aandacht. Deze technieken beïnvloeden *indirect* interpretatiefouten. Te denken valt aan taakconcentratietraining (Bögels et al., 1997; Bögels, 1999), waarin cliënten leren om hun aandacht te richten op waar zij mee bezig zijn, in plaats van op hun angsten. Daarnaast is recent mindfulness training voor sociale fobie ontwikkeld (Bögels, Sijbers, & Voncken, in druk). Hierin leren cliënten een observerende en accepterende houding aan te nemen ten opzichte van hun eigen gedachten, emoties en lichamelijke sensaties.

De hier beschreven korte, zeer gestructureerde behandeling voor sociale fobie zou goed passen in een stepped-care aanpak. Een deel van de cliënten heeft voldoende aan acht



sessies, anderen behoeven aanvullende sessies. Cliënten met meerdere problemen kunnen doorstromen naar een behandeling voor andere AS-I-klachten of naar een behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen. Naast een behandeling voor sociale fobie zouden deze zeer gestructureerde technieken ook breder inzetbaar kunnen zijn bij andere stoornissen. Denk bijvoorbeeld aan eetstoornissen, waarbij cliënten bang zijn voor de (hypothetische) situatie: 'Ik ben iemand met overgewicht en iemand ziet mij'. Interpretatie: 'Deze persoon vindt mij zwak'. Hierbij kan men brainstormen over wat mensen nog meer kunnen denken van mensen met overgewicht.

---

### Abstract

*Central to social phobia are preoccupations with rejection or disapproval. According to the cognitive model all disorders are characterised by interpretation biases. In research with depressed and socially phobic patients it was found that, in agreement with the specificity model, depression is associated with general interpretation biases, whereas the hallmark of social phobia is a very specific bias. We developed a short, highly structured treatment to alter this interpretation bias in social phobics. In a pilot study, this treatment yielded promising results (effect size  $d = 1.4$ ). In this article we describe the main interventions, illustrated by a case history. The intervention techniques also appear useful for the treatment of other disorders.*

### Referenties

- Abbott, M.J., & Rapee, R.M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 136-144.
- Alden, L.E., Bieling, P.J., & Meleshko, K.G.A. (1995). An interpersonal comparison of depression and social anxiety. In: K.D. Craig & K.S. Dobson (eds.), *Anxiety and depression in adults and children* (pp. 57-81). USA: Sage Publications, Inc.
- Amir, N., Foa, E.B., & Coles, M.E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36(10), 945-957.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press.
- Bögels, S.M., Sijbers, G., & Voncken, M.J. (in druk). Mindfulness- and task concentration training for social phobia: A pilot study of 10 patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- Bögels, S.M., Mulken, S., & Jong, P.J. de (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 4(4), 251-258.
- Bögels, S.M., & Oppen, P. van (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bögels, S.M. (1999). *Cognitieve therapie bij sociale fobie*. In: S.M. Bögels & P. van Oppen (eds.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brunello, N., Boer, J.A. den, Judd, L.L., Kasper, S., Kelsey, J.E., Lader, M., et al. (2000). Social phobia: Diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 61-74.
- Chartier, M.J., Walker, J.R., & Stein, M.B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(12), 728-734.
- Clark, D.M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In: W.R. Crozier & L.E. Alden (eds.) (2001). *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). New York, NY, USA: John Wiley & Sons.
- Clark, D.M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive Therapy Versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1058-1067.

- 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: The Guilford Press.
- Ducharme, J., & Bachelor, A. (1993). Perception of social functioning in dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 17(1), 53-70.
- Foa, E.B., Franklin, M.E., Perry, K.J., & Herbert, J.D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 433-439.
- Gotlib, I.H., & Meltzer, S.J. (1987). Depression and the perception of social skill in dyadic interaction. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 41-54.
- Hinrichsen, H., & Clark, D.M. (2003). Anticipatory processing in social anxiety: Two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 205-218.
- McManus, F., Clark, D.M., & Hackmann, A. (2000). Specificity of cognitive biases in social phobia and their role in recovery. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 201-209.
- Rachman, S., Grueter Andrew, J., & Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 611-617.
- Rodebaugh, T.L., Holaway, R.M., & Heimberg, R.G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883-908.
- Scholing, A., Bögels, S.M., & Van Velzen, C. (1995). The Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). Authorized translation.
- Stopa, L., & Clark, D.M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 273-283.
- Vassilopoulos, S.P. (2004). Anticipatory Processing in Social Anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(3), 303-311.
- Voncken, M.J., & Bögels, S.M. (in druk). Changing interpretation and judgmental bias in social phobia: a short, highly structured cognitive treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- Voncken, M.J., & Bögels, S.M. (ingediend). Specificity of Interpretation and Judgmental Biases in Social Phobia versus Depression.
- Voncken, M.J., Bögels, S.M., & de Vries, K. (2003). Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1481-1488.