Behandeling van bloosangst met taakconcentratietraining

Sandra Mulkens*

Inleiding

Bloosangst is een specifieke vorm van sociale fobie. Degene die lijdt aan bloosangst is voortdurend bang om in sociale situaties een rood hoofd te krijgen en daardoor negatief beoordeeld te worden. Deze situaties worden dan ook vermeden of met intense angst doorstaan. De angst en vermijding veroorzaken duidelijke belemmeringen: men kan beroepsmatig en/of sociaal niet goed functioneren of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie [American Psychiatric Association, 1994].

Van alle Nederlanders heeft 7.8% ooit in het leven last gehad van sociale fobie (5.9% van de mannen en 9.7% van de vrouwen). De jaarprevalentie is 4.8% voor de totale bevolking (3.5% voor mannen en 6.1% voor vrouwen apart) [Bijl, Van Zessen & Ravelli, 1997]. Het is onbekend hoe vaak bloosangst precies voorkomt. Volgens Scholing (1993) is bij ongeveer eenderde van de cliënten die zich aanmelden voor behandeling van sociale fobie angst om te blozen, trillen of zweten de hoofdrol. Maastrichts RIAGG-onderzoek wees uit dat 33% tot 43% van de sociaal-fobicia die zich in een periode van een aantal jaren hadden aangemeld last had van bloos-, tril- en/of zweetangst en 16% tot 18% uitstuitend bloosangst had [Bögels & Reith, 1998]. De klinische indruk bestaat dat angst om te blozen niet altijd herkend wordt door therapeuten, omdat cliënten zich meestal schamen daarmee voor de dag te komen. In de meerderheid van de gevallen (70%) begint de angst tussen het tiende en negentiende levensjaar [Kessler et al., 1994].

Sociale fobie komt vaak samen voor met andere psychiatrische stoornissen, zoals enkelvoudige fobie en agorafobie, stemmingsstoornissen en middelenmisbruik [Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992]. Gegeven de hoge mate van belemmering in het, met name sociaal, functioneren is het niet verwonderlijk dat een belangrijk deel van de sociaal-fobicia voldoet aan de criteria van de depressieve stoornis [Sanderson, DiNardo, Rapee & Barlow, 1990]. Indien stemmingsstoornissen samen voorkomen met sociale fobie, is de aanvang ervan meestal later dan de aanvang van de sociale fobie. De meeste sociaal-fobicia die ook voldoen aan een diagnose alcoholmisbruik zeggen overigens alcohol te gebruiken als self-medicatie [Kushner, Sher & Beitzman, 1990]. Comorbiditeitsgegevens zijn alleen beschikbaar voor de bredere categorie sociale fobie, maar er

* Dr. S. Mulkens is verbonden aan de Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie. Correspondentieadres: Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie, dr. S. Mulkens, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: S.Mulkens@psychology.unimaas.nl
zijn geen redenen te veronderstellen dat het bovenstaande niet ook van toepassing is voor de groep bij wie bloosangst de voornaamste reden van zorg is.

Er zijn diverse manieren om van bloosangst af te komen. De radicaalste manier is een operatie waardoor er niet meer bloed kan worden. Deze methode heet ETS [endoscopische transthoracale sympathicectomie] (Drott et al., 1998). Een bepaalde zenuwbaan wordt onderbroken, waardoor er geen prikkeling meer kan plaatsvinden van bloedvaten in het gezicht. Hoewel dit een goede oplossing lijkt voor ernstig blozen, zijn er legio redenen aan te voeren waarom dit de voorkeur zeker niet verdient. Ten eerste lijken de resultaten van studies naar deze methode veelbelovend maar is het onderzoek matig uitgevoerd. Zo is er geen maat voor de ernst of intensiteit van het blozen gebruikt, maar werd afgegaan op de zelfrapportage van de patiënt. Onderzoek heeft echter aangetoond dat mensen maar moeilijk hun eigen bloosintensiteit kunnen inschatten (Mulkens, De Jong & Bögels, 1997; Mulkens, De Jong, Dobbelaar & Bögels, 1999), hetgeen uitspraken over de ernst van het blozen bij potentiële patiënten bemoeilijkt. Daarbij is onduidelijk hoeveel een persoon vóór de operatie bloosde omdat hem/haar dit pas achteraf, na de operatie is gevraagd. Ook werd geen gebruik gemaakt van controlegroepen die een andere behandeling kregen, om het effect van de operatie mee te kunnen vergelijken. Ten slotte is er een niet onaanzienlijk risico op het ontwikkelen van post-operatieve complicaties, zoals het terugkeren van blozen, maar dan op ongebruikelijke momenten (Drummond, 2000).

Los van het feit of iemand nou veel of weinig bloost, de angst om te blozen dient in elk geval serieus te worden genomen. Behandelingen die op angstreductie zijn gericht lijken dan ook beter op hun plaats dan behandelingen die bloosreductie nastreven. Vooral vroeg is er slechts een handvolEffect studies naar bloosangst verricht. In feite zijn er maar twee gecontroleerde studies verricht naar het effect van cognitieve gedragstherapie bij bloos-, tril-, en/of zweetangst. De ene studie vergeleek exposure gevolgd door cognitieve therapie, cognitieve therapie gevolgd door exposure en een variant waarbij beide therapieën vanaf het begin geïntegreerd waren (Scholing & Emmelkamp, 1993). De andere studie vergelijkt cognitieve therapie met toegepaste sociale vaardigheidstraining (Bögels, 1994). Alle methoden in deze studies bleken even effectief hoewel de effectgroote matig was. Dat wil zeggen, de ongecontroleerde effectgrootte in de eerste studie was .58 (zie de meta-analyse door Feske & Chambless, 1995). In de studie van Bögels (1994) waren de effectgroottes voor sociale vaardigheidstraining en cognitieve therapie respectievelijk 1.29 en 1.37. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in het laatste geval bloosangstvragenlijsten als uitkomstmaat werden gebruikt, terwijl dat in de studie van Scholing en Emmelkamp niet het geval was. Bij elkaar genomen steunen deze gegevens de klinische indruk dat mensen met bloosangst relatief moeilijk te behandelen zijn met de bestaande technieken. Verder lijkt het belangrijk specifieke uitkomstmaten te gebruiken om veranderingen in bloosangst te meten.

De afgelopen jaren is het idee gerezen dat verhoogde zelfgerichte aandacht een rol speelt in de instandhouding van bloosangst. Een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle sociale interactie is een geschikte balans tussen zelf- en anderbewustzijn (Argyle & Williams, 1969). Sociaal-fobici zouden, vanuit dit gezichtspunt, teveel aandacht op zichzelf richten [op hun emoties, gedachten, gedrag, fysieke verschijning, en lichamelijke gevoelens] hetgeen leidt tot ongewenste uitkomsten in de sociale interactie (bijvoorbeeld fouten maken), hetgeen de angst en het vermijdingsgedrag verder versterkt. Met betrekking tot bloosangst heeft deze zelfbewustzijntheorie verschillende implicaties. Zo is ge-

In dit manuscript wordt een behandelprotocol beschreven om blooangstigen een strategie aan te leren (taakconcentratietraining: TCT) om hun aandacht meer naar buiten en op de taak te richten en minder op zichzelf en het mogelijke blozen. Dit protocol bestaat zes sessies en kan ook gebruikt worden als deel van een behandeling. De klinische indruk is dat TCT het best aan het begin van een behandeling gegeven kan worden aangezien cliënten hiermee een eerste praktisch houvast hebben. Het staat de behandelaar vrij TCT aan te vullen met andere cognitief-gedragstherapeutische interventies, zoals exposure in vivo en cognitieve therapie.

Protocol

Voor de start van de behandeling dient de cliënt als blooangstig gediagnosticeerd te zijn. Deze diagnose kan gebeuren op basis van een intakegesprek, bijvoorbeeld met behulp van een gestructureerd interview voor DSM-IV stormissen (SCID; Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider & Nolen, 1999) ondersteund door de bloo-, tril, en zweetangstvragenlijst (Bögels & Reith, 1999). Uit onderzoek is gebleken dat deze vragenlijst in staat is een betrouwbaar onderscheid te maken tussen sociaal-fobici met en zonder angst voor lichamelijke symptomen.

Het hier beschreven protocol is gebaseerd op casestudies met blooangstigen (Bögels, Mulkins & De Jong, 1997) bij wie de resultaten zeer positief waren. Taakconcentratietraining bestaat uit vijf fases: 1) het uitleggen van de rationale; 2) registratie van de aandacht in sociale situaties; 3) aandachtstraining in de therapiezitting (luister- en vertelopdrachten); 4) aandachtstraining in niet-bedreigende situaties en 5) aandachtstraining in bedreigende situaties.

Fase 1: Uitleg van de rationale

In de eerste fase wordt de rationale uitgelegd aan de cliënt. Deze maakt duidelijk hoe iemand door zelfgerichte aandacht in de problemen kan komen. Model toont het schema waarop de rationale stoelt. De rationale wordt verteld aan de hand van een algemeen voorbeeld en een persoonlijk voorbeeld. Hier volgt een algemeen voorbeeld.
In de rationele wordt ook benadrukt dat het doel van de training NIET is om niet meer te blozen. Blozen is immers een lichamelijke reactie die niet onder bewuste controle staat. De training is er wel op gericht de vicieuze cirkel waarin men terecht is gekomen, te doorbreken. De cliënt zal leren zich beter te concentreren op de taak en minder bezig te zijn met zijn/haar lichamelijke reacties. Daardoor zal het blozen niet meer zo'n probleem zijn.

Fase 2: Registratie van de aandacht in sociale situaties
Na de uitleg van de rationele wordt gestart met het registreren van de aandachtverdeling in angstwekkende sociale situaties. Dit gebeurt met behulp van dagboekformulieren.

Fase 3: Aandachtstraining in de therapietelling
Het [her]richten van de aandacht wordt geofend met luister- en vertelofeningen in de zitting. De therapeut bereidt voor deze sessie(s) een aantal korte, neutrale verhaaltjes voor, bijvoorbeeld over vakanties.

Luister- en vertelofeningen worden hiërarchisch opgebouwd: eerst zonder oogcontact. De therapeut vertelt een neutraal verhaal over de vakantie, de cliënt
dient geconcentreerd te luisteren en wat vervolgens samen. Ook schat de cliënt het percentage aandacht dat hij/zij op zichzelf gericht was, op de taak en op de omgeving tijdens het luisteren. Als dit goed gaat, kan overgegaan worden op de volgende stap. Deze procedure wordt nu herhaald met oogcontact (en andere verhaaljes). De volgende stap bestaat eruit dat de cliënt tijdens het luisteren aan blozen moet denken (opdat hij/zij wordt afgeleid) en zich vervolgens weer op nieuw op de taak moet richten. In het laatste onderdeel van de luisteroefeningen verwerkt de therapeut zelf iets over blozen waardoor de cliënt onverwacht wordt afgeleid. Ook hier dient de cliënt actief de aandacht te hervatten op het verhaal.

De rolls kunnen ook worden omgedraaid: op dezelfde manier als boven beschreven vertelt de cliënt aan de therapeut korte, neutrale verhaaltjes. Het verschil bestaat eruit dat de cliënt daarbij zichzelf op de taak richt en de therapeut niet hoeft samen te vatten.

**Fase 4: Aandachtstraining in niet-bedreigende situaties**


**Fase 5: Naar buiten richten van de aandacht in bedreigende situaties**

In de laatste fase wordt taakconcentratie toegespitst in voor de cliënt bedreigende situaties. Hiertoe wordt een lijst opgesteld met ongeveer 10 situaties uit het dagelijkse leven van de cliënt die zinvol zijn om te oefenen. In en buiten de sessie wordt nu actief geprobeerd de aandacht op de taak te richten. De werkwijze is als volgt: per item in de lijst dat geofend wordt beschrijft de cliënt een voorbeeldvraag die hij/zij reeds meegemaakt heeft of die nog gaat plaatsvinden (bijvoorbeeld het overbrengen van informatie aan een collega). De therapeut vraagt waarop de aandacht in die situatie gericht was en stelt de percentages vast van aandacht gericht op taak, zelf en omgeving (de cliënt antwoordt bijv. dat veel aandacht gericht was op 'als ik maar niet rood word'). Dan wordt de taak gedefinieerd (bijvoorbeeld het overbrengen van de informatie) en wordt besproken waarop, gezien de taak, de aandacht gericht moet zijn (bijvoorbeeld: bedenken wat de voornaamste punten van info zijn die je wilt overbrengen, duidelijk praten, aankijken en observeren hoe de collega de informatie oppakt, eventueel een vraag beantwoorden). Uiteindelijk wordt het rollenspel uitgevoerd zoals voorbesproken, in de sessie of op het werk als huiswerksoefening.

**Onderzoek**

Taakconcentratietraining is reeds bij verschillende casestudies uitgetest (Bögels et al., 1997) en lijkt goede resultaten te geven. Dat wil zeggen, bloosangst en vermijding van sociale situaties verminderen in belangrijke mate, alsook de gevoeligheid van negatieve cognities omtrent blozen. Verder bleek dat de subjectieve ge rapporteerde bloosfrequentie eveneens was gedaald na de therapie, ofschoon dit geen behandeldoel was. Deze daling kan betekenen dat cliënten daadwerkelijk minder zijn gaan blozen na de behandeling maar ook dat ze er na de behandeling minder aandacht aan zijn gaan schenken.
In TCT vindt, onder andere, hierarchische blootstelling plaats aan de gevreesde bloossituaties. Om te onderzoeken in hoeverre TCT afwijkt van exposure in vivo werd een therapie-effect studie uitgevoerd waarin deze beide varianten met elkaar werden vergeleken bij 31 cliënten (Mulkens, Bögels, De Jong & Louwers, 2001). Het hier beschreven protocol is gebruikt in deze effectstudie. De resultaten ervan komen grofweg op het volgende neer: beide behandelingen bleken effectief te zijn in het verminderen van bloosangst, maar patiënten profiteerden meer van TCT. Dat wil zeggen, meteen na de behandeling bleek TCT beter in het verminderen van angst om te blozen, ofschoon dit verschil na zes weken verdwenen was. Zes weken na de behandeling was het effect van TCT groter wat betreft het verminderen van irrationele cognities over blozen. Dus op de kortere termijn had TCT iets meer invloed op de mate van angst en op de wat langere termijn veranderden ook negatieve cognities sterker in de TCT-conditie. Het is mogelijk dat TCT (via het effectief richten van de aandacht) bewerkstelligt dat men beter in staat is tot het oppikken van informatie die in strijd is met bestaande negatieve ideeën over blozen en zo de angst doet dalen. Dus het zou kunnen dat TCT als cognitieve strategie werkt, zonder dat men cognitieve therapie uitoefent.

De effectgroottes van TCT op nameting, 6 weken follow-up en 1-jaar follow-up waren 1.14, 1.4 en 1.5, respectievelijk. Daarentegen waren de effectgroottes van exposure in vivo op die drie momenten respectievelijk 0.5, 1.2 en 1.2. Ondanks de veelbelovende uitkomsten is het uiteraard belangrijk de huidige studie te herhalen met meer patiënten om zo meer zicht te krijgen op de werkzame mechanismen in de behandeling van bloosangst.

Conclusie

Taakconcentratietraining is gestoeld op het idee dat mensen met bloosangst teveel aandacht richten op zichzelf en het mogelijke blozen en daardoor te weinig aandacht richten op de taak en de omgeving. Hierdoor blijft de angst in stand. Een manier om bloosangstige mensen te helpen is hen te leren hun aandacht te herrichten in sociale situaties.

Taakconcentratietraining beslaat een vijftal fases. De training is effectief, blijkt verscheidene studies. Het is relatief makkelijk aan te leren aan cliënten en therapeuten. De geloofwaardigheid van negatieve, irrationele cognities daalt ten gevolge van TCT eveneens, ofschoon geen cognitieve therapie wordt toegepast. Mogelijk zorgt het herrichten van de aandacht ervoor dat disconfirmerende informatie eender wordt opgepikt.

Noten


2 Het hier beschreven protocol kan als (onderdeel van een) behandeling voor bloosangst gebruikt worden door therapeuten die werken met gedragstherapeutische technieken.
Bloosangst

Literatuur


Archives of General Psychiatry, 49, 282-288.
