

# **KOGNITIEWE TERAPIE EN HIPNOSE IN DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE**

**Tanya Posthumus**

**Proefskrif ingelewer vir die graad Doktor in die Lettere en  
Wysbegeerte (Sielkunde) aan die Universiteit van Stellenbosch**



**Promotor: Prof. A.T. Möller**

**Maart 2001**

## **VERKLARING**

Ek, die ondergetekende verklaar hiermee dat die werk in hierdie proefskrif vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê is nie.

T. Posthumus

## OPSOMMING

'n Belangrike beswaar teen die kognitiewe gedragsterapie is dat dit grootliks op strategiese kognitiewe prosessering fokus en dat daar nie genoegsaam aan nie-bewustelike, nie-verbale, outomatiese gedagtes aandag gegee word nie. Die kombinasie van hipnose met bestaande kognitiewegegdrage terapeutiese prosedures word toenemend beskou as 'n manier om die probleem op te los.

Die doel van hierdie studie was derhalwe om na te gaan of die effektiwiteit van 'n gestruktureerde groepkognitiewegegdrage terapieprogram vir die behandeling van sosiale fobie beduidend verbeter kan word deur hipnose by die program te inkorporeer, en indien sodanige verbetering plaasgevind het, of dit oor 'n langer termyn gehandhaaf sou word.

Die studie het 'n toets-hertoets-opvolgontwerp behels en 45 pasiënte met 'n DSM-IV-diagnose van sosiale fobie het daaraan deelgeneem. Vyftien pasiënte is met Heimberg (1991) se groepkognitiewegegdrage terapie vir sosiale fobie (bestaande uit kognitiewe herstrukturering en blootstelling en ook die gekombineerde behandeling genoem) behandel, terwyl 16 pasiënte dieselfde behandeling aangevul met hipnose ontvang het. Veertien pasiënte het 'n waglys-kontrolegroep gevorm. Vir behandelingsdoeleindes is die twee behandelingsgroepe in twee subgroepe van 7 of 8 deelnemers elk verdeel.

Die uitwerking van die behandelings is in terme van 13 afhanklike veranderlikes wat in die volgende vier breë kategorieë verdeel is, ondersoek: teikenfobie-veranderlikes (angs/vermyding/ontsnapping ten opsigte van 'n spesifieke fobie), sosialefobie-veranderlikes (wat met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou), kognitiewe veranderlikes (gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie deur ander en aandagsverdraaiing), en graad van depressie.

Behandeling deur twee ko-terapeute het in 12 weeklikse groepsessies van 2 uur elk geskied. Pasiënte is voor behandeling, na afloop daarvan en na 'n opvolgperiode van 3 maande in terme van die afhanklike veranderlikes beoordeel.

Die gekombineerde behandeling (bestaan uit kognitiewe herstrukturering en blootstelling) het, in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, aan die einde van behandeling tot 'n verbetering gelei van al die teikenfobie-veranderlikes, die meeste van die sosialefobie-veranderlikes (met uitsondering van sosialefobie-interaksie-angs en sosialefobie-vermyding/-ongemak), disfunksionele outomatiese gedagtes en graad van depressie. Hierdie verbeterings is gehandhaaf oor die opvolgperiode van 3 maande.

In vergelyking met die waglys-kontrolekondisie het die gekombineerde behandeling met hipnose dieselfde resultate gelewer as die gekombineerde behandeling daarsonder. Addisioneel hiertoe het hierdie groep ook beduidend verbeter in terme van vermyding van en ongemak in sosiale-situasies.

'n Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprosedures het aangetoon dat hulle grootliks dieselfde resultate gelewer het. Die gekombineerde behandeling met hipnose het egter 'n groter verbeterende effek op disfunsionele outomatiese gedagtes gehad as die gekombineerde behandeling daarsonder. Aanduidings is ook gevind dat die byvoeging van hipnose by die gekombineerde behandeling 'n groter verbetering in vermydingsgedrag gefasiliteer het. Die gekombineerde behandeling met hipnose het egter nie 'n groter effek op aandagsverdraaiing as die behandeling daarsonder gehad nie.

## ABSTRACT

Cognitive-behaviour therapy is criticised for focusing almost exclusively on strategic cognitive processing and for not attending sufficiently to non-verbal, automatic thoughts. Combining hypnosis with existing cognitive-behaviour therapy procedures is seen as a way of addressing this problem.

The objective of the present study was therefore to investigate whether the effectiveness of a structured group cognitive behavioural therapy programme could be significantly improved if it is combined with hypnosis and whether such improvements will be maintained.

This study, with a test-retest-follow-up design, involved 45 patients with a DSM-IV diagnosis of social phobia. Fifteen patients were treated with Heimberg's (1991) group cognitive-behaviour therapy for social phobia (the combined programme, consisting of cognitive restructuring and exposure treatment), while 16 patients were allocated to a waiting-list control condition.

The effectiveness of the two treatments was assessed in terms of 13 dependent variables which were divided into the following broad categories: target phobia variables (anxiety/avoidance/escape with regard to a specific target phobia), social phobia variables (degree, nature, aspects and/or consequences of social phobia), cognitive variables (dysfunctional automatic thoughts, fear of negative evaluation and attentional bias), and severity of depression.

Treatment was presented by two co-therapists in 12 weekly group sessions of 2 hours each. Patients were assessed in terms of the dependent variables before and after treatment and again at follow-up after 3 months.

Compared to the waiting-list controls, patients in the combined treatment group (receiving cognitive restructuring and exposure) showed significant improvement at the end of treatment on all the target phobia variables, most of the social phobia variables (except for interaction anxiety and avoidance/distress), dysfunctional automatic thoughts and severity of depression. These improvements were maintained at follow-up.

The combined treatment with hypnosis yielded similar results, when compared to the waiting-list control condition. In addition, this group also showed significant improvement in avoidance of and distress in social situations.

A comparison of the two treatment conditions showed that they largely rendered similar results. However, the combined treatment with hypnosis yielded significantly greater improvement in terms of dysfunctional automatic thoughts compared to the treatment without hypnosis. Tentative indications were also found that adding hypnosis to the combined treatment facilitated its ability to reduce avoidance behaviour in social phobia. The combined treatment with hypnosis did not, however, render greater change in attentional bias as reflected by the emotional Stroop task.

Financial assistance by the National Research Foundation (NRF) towards this research is hereby acknowledged. Opinions expressed and conclusions arrived at, are those of the author and are not necessarily to be attributed to the National Research Foundation.

## VOORWOORD

Verskeie persone was direk betrokke by hierdie navorsingsprojek en ek wil aan hulle erkenning gee en my dank betuig. Professor André Möller het as my promotor opgetree en ek waardeer die deeglikheid en toewyding waarmee hy hierdie rol vervul het. Hierdie navorsing het deel gevorm van 'n groter navorsingsprojek wat ek saam met Charl Nortjé beplan en uitgevoer het. Charl het ook as my ko-terapeut opgetree. My innige dank aan Charl vir die bydrae wat hy gelewer het en die wyse waarop ons kon saamwerk, vir sy vriendskap, sy integriteit en noukeurigheid. Professor Herman Kruijsse was die statistikus van die projek. Monette Grobler, my assistent, het gehelp om die finale produk te tik en af te werk. My dank aan haar vir haar lojaliteit en harde werk.

Hierdie werk is opgedra aan my ouers, my man JHN Hendrik Hanekom en my kinders Jack en Guénola.

**INHOUD**

OPSOMMING	iii
ABSTRACT	v
VOORWOORD	vii
LYS VAN TABELLE	xviii
LYS VAN FIGURE	xx
<b>1. PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLINGS EN HIPOTEESES</b>	<b>1</b>
1.1 SOSIALE FOBIE, DIE KOGNITIEWEGEDRAGSTERAPEUTIESE BEHANDELING DAARVAN EN DIE AANVULLING VAN HIERDIE BEHANDELING MET HIPNOSE	1
1.2 PROBLEEMSTELLING	4
1.3 DOELSTELLINGS	4
1.4 HIPOTEESES	5
1.5 UITEENSETTING VAN DIE PROEFSKRIF	6
<b>2. SOSIALE FOBIE</b>	<b>8</b>
2.1 INLEIDING	8
2.2 KLINIESE KENMERKE EN DIAGNOSTIESE KRITERIA	8
2.3 SUBTIPES	9
2.3.1 Inleiding	9
2.3.2 Die DSM en sosialefobie-subtipies	10
2.3.3 Sosialefobie-subtipies en vermydende-persoonlikheidsversteuring	13
2.4 DIFFERENSIËLE DIAGNOSES	18



2.4.1	Inleiding	18
2.4.2	Sosiale fobie en sosiale angs of skaamheid	19
2.5	GEASSOSIEERDE BESKRYWENDE KENMERKE	20
2.6	KO-MORBIEDE DIAGNOSES	22
2.7	VOORKOMS, GESLAGSVERDELING, VERLOOP EN FAMILIE-PATRONE	23
2.8	ETIOLOGIESE FAKTORE	25
2.9	SAMEVATTTING	28
<b>3.</b>	<b>SOSIALE FOBIE VANUIT 'N KOGNITIEWE PERSPEKTIEF</b>	<b>30</b>
3.1	INLEIDING	30
3.2	TEORETIESE MODELLE, KOGNITIEWE TEORIEË EN KOGNITIEWE FAKTORE MET BETREKKING TOT DIE ETIOLOGIE, HANDHAWING EN AARD VAN SOSIALE FOBIE	30
3.2.1	Teoretiese modelle	30
3.2.2	Beck se kognitiewe teorie van sosiale angs	31
3.2.3	'n Kognitiewe-gedragmodel van angs in sosiale fobie (Rapee & Heimberg, 1997)	32
3.3	NAVORSING OOR KOGNITIEWE MODELLE, TEORIEË EN FAKTORE RAKENDE DIE ETIOLOGIE, HANDHAWING EN AARD VAN SOSIALE FOBIE	33
3.3.1	Inleiding	33
3.3.2	Verwagtings van negatiewe sosiale gebeure	33
3.3.3	Negatiewe kognisies en voor-ingesteldheid in selfbeoordeling	34

3.3.4	Selektiewe en self-gefokusde aandag	35
3.3.4.1	Inleiding	35
3.3.4.2	Self-fokus en belemmerde sosiale optrede	36
3.3.4.3	Self-fokus en verhoogde negatiewe affek	37
3.3.4.4	Self-fokus en negatiewe kognisies	37
3.3.4.5	Slotgedagtes oor self-gefokusde aandag	37
3.4	AANDAGSVERDRAAIING BY SOSIALE FOBIE EKSPERIMENTEEL BINNE DIE RAAMWERK VAN 'N INFORMASIE- PROSESSERINGSPARADIGMA ONDERSOEK	38
3.4.1	Inleiding	38
3.4.2	Die kognitiewe benadering tot die oorsake van aandagsverdraaiing	39
3.4.2.1	Kognitief-eksperimentele en kognitief-kliniese sielkunde	39
3.4.2.2	Die verband tussen kognisie en emosie	39
3.4.2.3	Twee belangrike kognitiewe teorieë oor die oorsake van emosionele versteurings en die verskynsel van aandagsverdraaiing	39
3.4.2.4	Meervoudige vlakke van kognisie	42
3.4.2.5	Die informasie-prosesseringparadigma	42
3.4.3	Gebruik van die emosionele-Strooptaak om die verskynsel van aandagsverdraaiing te ondersoek	44
3.4.3.1	Ontwikkeling van die emosionele-Strooptaak uit die oorspronklike Stroop- taak en die standaard emosionele-Stroopeksperiment	44
3.4.3.2	Die effek van behandeling op emosionele-Strooptaakontwrigting	45

3.4.3.3	Die redes vir die emosionele-Stroopverskynsel: oorsake en die onderliggende meganismes	45
3.4.3.4	Implikasies vir die huidige ondersoek.	51
3.5	'N SAMEVATTING VAN KOGNITIEWE TEORIEË EN NAVORSING RAKENDE SOSIALE FOBIE	52
<b>4.</b>	<b>DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE</b>	<b>54</b>
4.1	INLEIDING	54
4.2	EFFEKTIWITEIT VAN VERSKILLENDE VORME VAN BEHANDELING	55
4.2.1	Dinamies-georiënteerde psigoterapie	55
4.2.2	Kognitiewe gedragsterapie	55
4.2.3	Psigofarmakologiese behandeling	59
4.3	VERGELYKING VAN BEHANDELINGS	60
4.3.1	Verskillende psigoterapieë	60
4.3.2	Kognitiewe gedragsterapie	61
4.3.3	Medikasie en sielkundige behandeling	63
4.4	FAKTORE WAT NAAS TIPE BEHANDELING OOK 'N EFFEK KAN HÊ OP TERAPIE-UITKOMSBEVINDINGS BY SOSIALE FOBIE	64
4.4.1	Verskille in behandelingsformaat	64
4.4.2	Verskille in die bepaling van terapie-uitkoms	65
4.4.3	Verskille wat betref uitkomstriteria versus uitkomsvoorspellers	69

4.4.4	Verskille in tydsduur tussen terapie-uitkomsmetings, behandelingsduur, die aantal sessies en lengte per sessie	70
4.4.5	Attrissie-verskille	71
4.4.6	Deelnemer-verskille	71
4.4.7	Verskille in die aard en kwaliteit van kognitiewe herstrukturering	76
4.4.8	Verskille in steekproefgroottes, aantal afhanklike veranderlikes, statistiese prosedures en beperkings wat verband hou met statistiese krag	77
4.4.9	'n Plafon-effek: Die aantal individue met sosiale fobie wat baat vind by behandeling	78
4.5	<b>TEORIEË OOR ANGSREDUKSIE TYDENS KOGNITIEWEGEDRAGSTERAPEUTIESE BEHANDELING</b>	78
4.5.1	Kognitiewe teorie	79
4.5.2	Sosialeleerteorie	79
4.5.3	Resiproke inhibisie	79
4.5.4	Selfkontrole	79
4.5.5	Habituasie en uitdowing	79
4.5.6	Verharding ("toughening up")	80
4.5.7	Emosionele prosessering	80
4.6	<b>OPSOMMING VAN DIE BELANGRIKSTE STANDPUNTE EN BEVINDINGS WAT DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE BETREF</b>	81
<b>5.</b>	<b>HIPNOSE</b>	<b>83</b>
5.1	INLEIDING	83

5.2	TEORIEË OOR HIPNOSE	83
5.2.1	Inleiding	83
5.2.2	Die Sosiaalsielkundige benadering tot hipnose	84
5.2.3	Die Kognitief-behavioristiese benadering tot hipnose	85
5.2.4	Die Sosiokognitiewe benadering tot hipnose	85
5.2.5	Die Neodissosiasie-teorie van hipnose	86
5.2.6	Samevatting	87
5.3	NAVORSING OOR HIPNOSE	88
5.4	KLINIESE HIPNOSE	90
5.4.1	Inleiding	90
5.4.2	Die Nuwe Hipnose (Araoz, 1982, 1985)	91
5.4.3	Die Kognitiewe Vaardigheidsmodel (Diamond, 1989)	92
5.4.4	Die moderne benadering tot hipnoterapie, soos deur Golden et al. (1987) omskryf	93
5.4.5	Kognitiewegedragsterapieprogramme waarby hipnose geïnkorporeer is	94
5.4.6	Kognitiewe terapie en hipnose	96
5.5	UITKOMSNAVORSING OOR DIE AANVULLING VAN KOGNITIEWE GEDRAGSTERAPIE MET HIPNOSE	97
5.6	UITKOMSNAVORSING OOR DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE MET BEHULP VAN HIPNOSE, MET OF SONDER KOGNITIEWE GEDRAGSTERAPIE	98

5.7	SAMEVATTING	101
5.8	SAMEVATTING VAN DIE LITERATUUROORSIG	102
<b>6</b>	<b>METODE VAN ONDERSOEK</b>	<b>107</b>
6.1	PROBLEEM- EN DOELSTELLING	107
6.2	HIPOTEESES	107
6.3	NAVORSINGSONTWERP	109
6.4	DEELNEMERS	109
6.4.1	Beskrywing van die deelnemers	109
6.4.2	Seleksiekriteria en -proses	110
6.5	EVALUERING- EN MEETINSTRUMENTE	112
6.5.1	Gestruktureerde onderhoud vir die seleksie van deelnemers: Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988)	112
6.5.2	Vraelyste en metingskale	113
6.5.2.1	Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979)	113
6.5.2.2	Teikenfobieskale (TEIK Skale)	115
6.5.2.3	Social Interaction Anxiety and Phobia Scales (SIAS en SPS; Mattick & Clarke, 1988)	118
6.5.2.4	Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel, Dancu, & Stanley, 1989)	120
6.5.2.5	Fear of Negative Evaluation (FNE) en Social Avoidance and Distress (SAD)-skale (Watson & Friend, 1969) as gepaardgaande maatstawwe van sosiale evaluasie-angs	123

6.5.2.6	Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)	126
6.5.3	Gedagtelys-tegniek (Heimberg, Nyman, & O'Brien, 1987)	127
6.5.4	Emosionele-Strooptaak (Hope, Rapee et al., 1990)	130
6.6	PROSEDURE	134
6.7	BEHANDELING	134
6.7.1	Individuele onderhoud ter voorbereiding van die onderskeie groepe	135
6.7.2	Groep terapie-sessies: Kognitiewe Herstrukturering en Blootstelling (KH+BS)	135
6.7.3	Kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineer met hipnose (KH+BS+Hipno)	143
<b>7</b>	<b>RESULTATE</b>	<b>148</b>
7.1	PROBLEEMSTELLING	148
7.2	DOELSTELLING	148
7.3	HIPOTEESES	149
7.4	GROEPERING VAN DIE AFHANKLIKE VERANDERLIKES	150
7.5	BESKRYWENDE STATISTIEK	151
7.6	INTERKORRELASIES TUSSEN VOORMETINGS VAN AFHANKLIKE VERANDERLIKES	158
7.7	TERAPIE-UITKOMS	159
7.7.1	Variansie-homogeniteit van die groepe	160
7.7.2	Verskille tussen groepe in voormetings	162

7.7.3	Die effek van terapie: Vergelyking van groepe ten opsigte van verskille tussen en binne groepe	163
7.7.3.1	Vergelyking van die gekombineerde behandeling (kognitiewe herstrukturering en blootstelling) en die waglys-kontrolekondisie	165
7.7.3.1.1	Die effek van KH+BS op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van terapie-effek	166
7.7.3.1.2	Die effek van KH+BS op die metings wat met graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou, en die instandhouding van hierdie effek	168
7.7.3.1.3	Die effek van KH+BS op kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van hierdie effek	173
7.7.3.1.4	Die effek van KH+BS op die graad depressie en die instandhouding van hierdie effek	175
7.7.3.2	Vergelyking van die gekombineerde behandeling wat met hipnose aangevul is met die waglys-kontrolekondisie	177
7.7.3.2.1	Die effek van KH+BS+Hipno op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van terapie-effek	178
7.7.3.2.2	Die effek van KH+BS+Hipno op die metings wat met graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou, en die instandhouding van hierdie effek	179
7.7.3.2.3	Die effek van KH+BS+Hipno op die kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van hierdie effek	181
7.7.3.2.4	Die effek van KH+BS+Hipno op die graad van depressie en die instandhouding van hierdie effek	183
7.7.3.3	Vergelyking van die gekombineerde behandeling (kognitiewe herstrukturering en blootstelling) en die gekombineerde behandeling aangevul met hipnose	184



7.7.3.3.1	Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprogramme op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van die effekte	184
7.7.3.3.2	Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprogramme op die veranderlikes wat met graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou, en die instandhouding van hierdie effekte	186
7.7.3.3.3	Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprogramme op die kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van hierdie effekte	188
7.7.3.3.4	Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprogramme op die graad van depressie en die instandhouding van hierdie effek	189
<b>8</b>	<b>GEVOLGTREKKINGS EN BESPREKING</b>	<b>191</b>
8.1	INLEIDING	191
8.2	TEIKENFOBIE-VERANDERLIKES	192
8.3	SOSIALEFOBIE-VERANDERLIKES	194
8.4	KOGNITIEWE VERANDERLIKES	196
8.5	GRAAD VAN DEPRESSIE	199
8.6	SAMEVATTING EN BESPREKING VAN RESULTATE	199
8.7	EVALUERING VAN HIERDIE ONDERSOEK EN AANBEVELINGS VIR TOEKOMSTIGE NAVORSING	205
	<b>Verwysings</b>	<b>211</b>

**LYS VAN TABELLE**

Tabel 6.1	Interkorrelasies Tussen Tellings op die Teikenfobieskale en die Fear Questionnaire (Target Phobia) ( $n=60$ )	117
Tabel 7.1	Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS Groep ( $n=15$ ) by Verskillende Metingstadia	152
Tabel 7.2	Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS+Hipno Groep ( $n=16$ ) by Verskillende Metingstadia	153
Tabel 7.3	Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die WLK Groep ( $n=14$ ) by Verskillende Metingstadia	154
Tabel 7.4	Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die Gekombineerde KH+BS en WLK Groepe ( $n=29$ ) by Verskillende Metingstadia	155
Tabel 7.5	Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die Gekombineerde KH+BS+Hipno en WLK Groepe ( $n=30$ ) by Verskillende Metingstadia	156
Tabel 7.6	Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS en KH+BS+Hipno Groepe ( $n=31$ ) by Verskillende Metingstadia	157
Tabel 7.7	Interkorrelasies Tussen Voormetings van die Afhanklike Veranderlikes ( $n=60$ )	158
Tabel 7.8	Variansiehomogeniteit van die Drie Groepe	161
Tabel 7.9	Verskille in Voormetings Tussen die Vier Behandelingskondisies: KH+BS ( $n=15$ ), BSA ( $n=15$ ), KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) en WLK ( $n=14$ )	163
Tabel 7.10	Resultate van MANOVA's vir Teikenfobie-veranderlikes vir die KH+BS ( $n=15$ ) en WLK ( $n=14$ ) Groepe	166

Tabel 7.11	Resultate van MANOVA's vir Sosialefobie-veranderlikes vir die KH+BS ( $n=15$ ) en WLK ( $n=14$ ) Groepe	169
Tabel 7.12	Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die FNE, GLT-SOM en Stroop vir die KH+BS ( $n=15$ ) en WLK ( $n=14$ ) Groepe	173
Tabel 7.13	Resultate van MANOVA vir die Graad van Depressie Gemeet met die BDI vir die KH+BS ( $n=15$ ) en WLK ( $n=14$ ) Groepe	176
Tabel 7.14	Resultate van MANOVA's vir die Teikenfobie-veranderlikes vir die KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) en WLK ( $n=14$ ) Groepe	178
Tabel 7.15	Resultate van MANOVA's vir Sosialefobie-veranderlikes vir die KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) en WLK ( $n=14$ ) Groepe	180
Tabel 7.16	Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die FNE, GLT-SOM en Stroop vir die KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) en WLK ( $n=14$ ) Groepe	182
Tabel 7.17	Resultate van MANOVA vir die Graad van Depressie Gemeet met die BDI vir die KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) en WLK ( $n=14$ ) Groepe	183
Tabel 7.18	Resultate van MANOVA's vir die Teikenfobie-veranderlikes vir die KH+BS ( $n=15$ ) en KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) Groepe	185
Tabel 7.19	Resultate van MANOVA's vir die sosialefobie-veranderlikes vir die KH+BS ( $n=15$ ) en KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) Groepe	187
Tabel 7.20	Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die FNE, GLT-SOM en Stroop vir die KH+BS ( $n=15$ ) en KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) Groepe	188
Tabel 7.21	Resultate van MANOVA vir die Graad van Depressie soos Gemeet met die BDI vir die KH+BS ( $n=15$ ) en KH+BS+Hipno ( $n=16$ ) Groepe	189

## LYS VAN FIGURE

Figuur 6.1	Vorm vir Blootstellingsimulasies	139
Figuur 6.2	Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringvorm	141
Figuur 6.3	Vorm vir Outomatiese Gedagtes en Verbeeldingservarings	145
Figuur 6.4	Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringvorm	147
Figuur 7.1.	Veranderinge oor tyd in die erns van teikenfobie- angs/ -vermyding/-ontsnapping soos gereflekteer deur TEIK I, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe	167
Figuur 7.2.	Veranderinge oor tyd in teikenfobie-vermyding soos gereflekteer deur die FQ-TP, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe	168
Figuur 7.3	Veranderinge oor tyd in subjektiewe ervaring van angs, soos gereflekteer deur die SUD-skaal, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe	168
Figuur 7.4	Veranderinge oor tyd in sosialefobie-vermyding soos gereflekteer deur die FQ-SP, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe	170
Figuur 7.5	Veranderinge oor tyd in sosiale fobie-observasie-angs soos gereflekteer deur die SPS, by die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe	171
Figuur 7.6	Veranderinge oor tyd in sosialefobie-interaksie-angs soos gereflekteer deur die SIAS, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe	171
Figuur 7.7	Veranderinge oor tyd in sosialefobie-algemene-simptomatologie soos gereflekteer deur die SPAI-TS, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe	172
Figuur 7.8	Veranderinge oor tyd in sosialefobie-vermyding/-ongemak soos deur die SAD gereflekteer, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe	172

Figuur 7.9	Verandering oor tyd in sosialefobie-ongemak/-belemmering soos gereflekteer deur die FQ-DS vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK-groepe	173
Figuur 7.10	Veranderinge oor tyd in gedagte-funksionaliteit soos gereflekteer deur GLT-SOM, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK-groepe	174
Figuur 7.11	Veranderinge oor tyd in aandagsverdraaiing soos gereflekteer deur die FNE, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK-groepe	175
Figuur 7.12	Veranderinge oor tyd in vrees vir negatiewe evaluasie soos gereflekteer deur die Stroop, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK-groepe	175
Figuur 7.13	Veranderinge oor tyd in graad van depressie soos gereflekteer deur die BDI, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK-groepe	177

## 1. PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLINGS EN HIPOTHESES

### 1.1 SOSIALE FOBIE, DIE KOGNITIEWEGEDRAGSTERAPEUTIESE BEHANDELING DAARVAN EN DIE AANVULLING VAN HIERDIE BEHANDELING MET HIPNOSE

Sosiale fobie is 'n fobiese angsv versteuring gekenmerk deur 'n intense, oormatige en standhoudende vrees vir en behoefte tot vermyding van sosiale en/of optrede-situasies, waarin die persoon aan onbekende persone of die betragting van ander blootgestel word. Die individu vrees dat hy/sy op 'n vernederende of embarraserende wyse sal optree, of angssimptome sal wys, en blootstelling aan die gevreesde sosiale situasie lei gewoonlik tot intense ang wat die vorm van 'n situasie-gebonde of situasie-gepredisponeerde paniekaanval mag aanneem. Veralgemeende sosiale fobie kan volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) uit 'n diagnostiese oogpunt gespesifiseer word indien die persoon se vrese die meeste sosiale situasies insluit. 'n Addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring moet in sulke gevalle ook in ag geneem en oorweeg word.

Die versteuring is die eerste maal deur Marks (1970) beskryf en het in 1980 deel van die sielkundige en psigiatriese nomenklatuur geword toe dit as versteuring in die derde uitgawe van die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (American Psychiatric Association, 1980) beskryf is. In die middel-tagtigerjare is daar nog in 'n oorsigartikel (Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein, 1985, p. 729) na sosiale fobie as die "neglected anxiety disorder" verwys, maar navorsing oor die versteuring het sedertdien drasties toegeneem.

Dit blyk dat sosiale fobie 'n algemene versteuring is wat tot 13% van die algemene populasie (11,1% van mans en 15,5% van vroue) op 'n stadium van hulle lewe sal beïnvloed (Kessler et al., 1994). Volgens Salaberria en Echeburúa (1998) is sosiale fobie, na agorafobie, die mees algemene fobie wat in die kliniese praktyk aangetref word en verteenwoordig dit 25% van alle fobies. Dit is 'n probleem wat aanleiding kan gee tot ernstige emosionele ontwirgting, verhoogde somatiese opwekking, en ontwirgting, inkorting en benadeling van die akademiese, beroeps-, interpersoonlike en sosiale funksionering van diegene wat daaraan ly (Liebowitz, et al., 1985; Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986). Verhoogde gebruik van alkohol en kalmeermiddels (bensodiasepienes), dikwels ten einde sosiale eise te hanteer, word gerapporteer (Sanderson, DiNardo, Rapee, & Barlow, 1990; Smail, Stockwell, Canter, & Hodgson, 1984; Turder, Beidel, Dancu et al., 1986) en uiteindelijke ko-morbiede diagnoses van alkohol afhanklikheid en -misbruik is algemeen (Chambless, Cherney, Caputo, & Rheinstejn, 1987; Mullaney & Trippett, 1979; Smail et al., 1984).

Die kroniese aard van die versteuring dra by tot die mate waartoe die algemene funksionering van diegene wat daaraan ly benadeel word. Die meeste van hulle is van mening dat die probleem waarskynlik in hulle vroeë adolessensie ontstaan het en rapporteer dat hulle sosiaal angstig is vir so lank as wat hulle kan onthou (Bourdon et al., 1988). Volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) begin dit tipies in die middel-tienerjare, kan dit ook in die vroeë kinderjare ontstaan, is dit meer algemeen by eerstegraadse biologiese verwante, ontwikkel dit soms by persone met 'n kindergeskiedenis gekenmerk

deur sosiale inhibisie en skaamheid, kan dit skielik volg op 'n stresvolle of vernederende ervaring, of kan dit geleidelik ontwikkel, en is dit dikwels deurlopend van aard en lewenslank.

Ongeveer 75% van individue wat vir sosiale fobie behandel word, toon klinies-betekenisvolle verbetering (Hope, Holt, & Heimberg, 1993; Turner, Beidel, Wolff, Spaulding, & Jacob, 1996). Die persentasie sosiaal-fobiese persone wat verbeter verminder egter na byna 50% as dié wat behandeling weier of voortydig uitval, bygetel word (Turner, Beidel et al., 1996). Wat behandeling betref, is daar dus 'n behoefte aan verdere navorsing en is dit steeds 'n uitdaging om meer effektiewe behandelingsprosedures te ontwikkel, bestaande behandelings aan te pas, of om te bepaal watter tipe terapie die beste is vir watter tipe individu met sosiale fobie.

Verskillende behandelingsprosedures blyk wel effektief vir sosiale fobie te wees en daar is aanduidings dat kognitiewe herstrukturering en blootstelling, soos gekombineer in Heimberg en sy kollegas (Heimberg, 1991; Heimberg, Dodge et al. 1990) se Groepkognitiewegegedragsterapie vir Sosiale Fobie, tot op hede die effektiwste is (o.a. Hope et al., 1993). Dit is 'n behandeling wat op Beck se kognitiewe terapie<sup>1</sup> vir angstersteurings (Beck, Emery, & Greenberg, 1985) gebaseer is.

Die kognitiewe benadering word as een van die mees prominente psigoterapieë in die behandeling van angstersteurings beskou en verskeie navorsers is van oordeel dat kognitiewe faktore veral by sosiale fobie relevant is. Beck (Beck et al., 1985) se kognitiewe teorie oor sosiale angster het heelwat steun van daaropvolgende navorsing gekry. Tog word Beck daarvoor gekritiseer dat hy nie voldoende vir die verskillende vlakke van kennis in sy teorie voorsiening maak nie en slegs op die strategiese of bewustelike (teenoor die outomatiese of onbewustelike) aspekte daarvan fokus. Volgens Williams, Watts, MacLeod en Mathews (1997) funksioneer sosiale fobie op die volgende drie vlakke: (a) 'n konseptuele vlak, wat deur bewustelike wilsbesluite gekenmerk word (byvoorbeeld, 'n individu met sosiale fobie rapporteer dat hy weet dat sosialefobie-situasies nie gevaarlik is nie), (b) 'n sensories-motoriese vlak, wat sonder enige wilsbesluite opereer en wat daartoe lei dat die sosiaal-fobiese persoon met sterk sensories-motoriese reaksies reageer as hy in 'n bepaalde sosiale situasie beland, hoewel hy besef dat die situasie nie gevaarlik is nie, en (c) 'n skematiese vlak waarop die persoon duidelike en indringende herinneringe kan hê aan kere toe hy in sosiale situasies paniekerig geraak het. Kognitiewe terapie se uitsluitlik strategiese fokus word as 'n leemte beskou aangesien die sienings bestaan dat (a) die behandeling van 'n emosionele versteuring tot verandering op alle vlakke waarop reaksies afwykend is moet lei om suksesvol te wees, (b) outomatiese prosessering nie noodwendig deur strategiese prosessering gemodifiseer word nie, en (c) outomatiese prosessering onafhanklik van strategiese prosessering kan voortgaan en rigting aan strategiese prosessering kan gee.

---

<sup>1</sup> Die benaming "kognitiewe terapie" sal verderaan gebruik word om die meer tradisionele kognitiewe benaderings van byvoorbeeld Beck (Beck et al. 1985), Ellis (1962, 1970, 1991) en Meichenbaum (1975), wat blootstelling aan gevreesde voorwerpe of situasies insluit, aan te dui. Die term "kognitiewe herstrukturering" sal gebruik word om kognitiewe intervensies te beskryf waar doelbewuste en beplande blootstelling nie aangemoedig word nie, of selfs ontmoedig word. Die begrip "kognitiewe gedragsterapie" sal gebruik word as oorkoepelende naam vir al die verskillende kognitief-terapeutiese, tradisionele gedragsterapeutiese strategieë en spesifieke programme soos groepkognitiewegegedragsterapie waarin kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineer word.

Navorsing oor hipnose, daarenteen, suggereer dat hipnose regter- serebrale hemisferiese funksionering fasiliteer (Dewaraja, Ikezuki, & Sasaki, 1992; Frumkin, Ripley, & Cox, 1978; Gruzelier, Brow, Perry, Rhonder, & Thomas, 1984). Volgens Maultsby (1984) en Roos (1993a) impliseer regterhemisferiese funksionering nie-verbale kognitiewe funksionering wat verbeeldingsvoorstellings behels, nie krities-analities van aard is nie, nie tydsgebonde is nie, outomaties en nie-bewustelik plaasvind, gewoonte-response in stand hou en vinniger as linkerhemisferiese funksionering plaasvind. Die inkorporering van hipnose by kognitiewe terapie word dus toenemend as 'n sinvolle manier beskou om die leemtes in kognitiewe terapie waarna verwys is, te ondervang. By die onlangse International Congress of Cognitive Psychotherapy is hierdie standpunt soos volg deur Dowd (2000) geformuleer: "With its recent emphasis on schemas and tacit knowledge structures, cognitive psychotherapy is well-positioned to take advantage of hypnosis. Hypnotic techniques can assist clients in accessing non-verbal, tacit knowledge structures, and modifying self-statements and distorted cognitive errors" (p. 22). Hierdie standpunt impliseer dat hipnose die behandelingseffek van kognitiewe terapie behoort te verbeter. Ten spyte hiervan is daar egter tot op hede relatief min aandag aan hipnose vanuit die terrein van die kognitiewe terapie geskenk, en is min navorsing nog gedoen oor die uitwerking op behandelingseffek as hipnose met kognitiewe terapie gekombineer word.

Eweneens bestaan daar ook 'n algemene opvatting binne die terrein van hipnose dat hipnose die behandelingseffekte van kognitiewe terapie kan verhoog. Huidige tendense in die kliniese praktyk van hipnose, byvoorbeeld die Nuwe Hipnose benadering, die Kognitiewe Vaardigheidsmodel en die sogenaamde moderne benadering wat deur Golden, Dowd en Friedberg (1987) beskryf word, leen hulle veral tot 'n kombinasie van kognitiewe terapie en hipnose.

Hoewel die aanvulling van kognitiewe terapie met hipnose op teoretiese en praktiese gronde gemotiveer word, word dit nog nie voldoende deur navorsing gerugsteun nie. Daar is nog min studies gepubliseer waarin die effektiwiteit van kognitiewe terapie, met en sonder hipnose, vergelyk is ten einde die effek van die aanvulling van kognitiewe terapie met hipnose te ondersoek. Voorlopige aanduidings van die ondersoek wat wel gedoen is (o.a. Kirsch, 1996; Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, & Pastymak, 1997; Tosi, Rudy, Lewis, & Murphy, 1992), is dat die byvoeging van hipnose wel die effektiwiteit van kognitiewe terapie of kognitiewe gedragsterapie verhoog.

Slegs een studie (Schoenberger et al., 1997) is nog gepubliseer waarin die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie in kombinasie met hipnose by sosiale angs ondersoek is. In hierdie ondersoek is deelnemers met publieke-spraakangst met 'n aangepaste weergawe van Heimberg (1991) se Groepkognitiewegedragsterapie vir Sosiale Fobie behandel. Hierdie studie word egter deur verskeie tekortkominge gekenmerk. Die deelnemers het nie aan die DSM-IV-diagnose van sosiale fobie voldoen nie en Heimberg (1991) se behandelingsprogram is verkort en gewysig waardeur die effektiwiteit van die program benadeel kon word. Slegs enkele van die erkende meetinstrumente wat gewoonlik in navorsing oor sosiale fobie gebruik word, is in die ondersoek ingesluit, terwyl geen opvolgmetings gedoen is nie. Daar was ook 'n ernstige attrisie-probleem deurdat 20 uit 64 deelnemers nie die behandeling voltooi het nie. Ten spyte van hierdie beperkings kom die navorsers nietemin tot die gevolgtrekking dat die



byvoeging van hipnose tot die behandelingsprogram tot 'n groter verbetering in die verwagting en ervaring van angs gelei het en dat dit ook die verwagting van terapie-uitkoms verhoog het.

## 1.2 PROBLEEMSTELLING

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit dat sosiale fobie 'n redelik algemene versteuring is wat tot ernstige benadeling van funksionering kan lei. Uitkomsnavorsing oor die behandeling van sosiale fobie is tot op hede oorwegend vanuit die kognitiewe gedragsbenadering gedoen en die aanduidings is dat die meeste sukses behaal word met kognitiewe herstrukturering en blootstelling soos gekombineer in Heimberg (1991) se Groepkognitiewegedragsterapieprogram vir Sosiale Fobie.

'n Belangrike beswaar teen hierdie behandelingsprosedures, en dus ook teen die kognitiewe teorie oor angsversteurings onderliggend daaraan, is dat dit oorwegend op strategiese kognitiewe prosessering fokus en nie genoegsaam klem plaas op die rol van outomatiese prosessering nie. Hierdie beswaar berus op die aanname dat outomatiese prosessering onafhanklik van strategiese prosessering kan plaasvind en rigting daaraan kan gee en dat outomatiese prosessering nie noodwendig deur strategiese prosessering gewysig word nie.

Hipnose word beskou as 'n prosedure waardeur outomatiese en nie-verbale prosessering aangespreek kan word. Ten spyte daarvan dat hierdie siening toenemend binne die veld van die kognitiewe terapie voorkom, is daar nog min navorsing gedoen oor die vraag of die aanvulling van kognitiewe of kognitiewegedragsterapeutiese prosedures en programme met hipnose die effektiwiteit daarvan verhoog. Ten opsigte van die behandeling van sosiale fobie is een studie, waarin hierdie probleem by 'n populasie met publieke-spraakangs ondersoek is, tot dusver gerapporteer. Dit blyk dus dat daar 'n behoefte is aan navorsing binne die terrein van die kognitiewe gedragsterapie, spesifiek ook ten opsigte van die behandeling van sosiale fobie, oor die vraag of hipnose die effektiwiteit van kognitiewe gedragsprosedures kan verbeter.

## 1.3 DOELSTELLINGS

Op grond van die voorafgaande bespreking het die huidige studie ten doel om die effektiwiteit van 'n kognitiewe gedragsprogram vir sosiale fobie bestaande uit blootstelling en kognitiewe herstrukturering aangevul met hipnose en daarsonder te vergelyk, ten einde na te gaan of die aanvulling met hipnose die effektiwiteit van die program verbeter al dan nie.

Die spesifieke doelwitte was om vas te stel of

- 'n kognitiewe gedragsprogram vir die behandeling van sosiale fobie, bestaande uit blootstelling en kognitiewe herstrukturering, meer effektief aan die einde van behandeling sou wees indien dit met hipnose aangevul word, en of
- die aanvulling met hipnose 'n effek op die langtermyn-uitwerking van die program sou hê.

## 1.4 HIPOTEESES

Na aanleiding van hierdie doelstelling en doelwitte is die volgende hipoteses gestel:

- H1: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling (hierna die gekombineerde behandeling genoem) 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes (*teikenfobie-angs/-vermyding/-ontsnapping, teikenfobie-vermyding en teikenfobie-angs*) aan die einde van behandeling by 'n groep pasiënte met sosiale fobie tot gevolg hê.
- H2: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H3: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie (*sosialefobie-vermyding, sosialefobie-observasie-angs, sosialefobie-interaksie-angs, sosialefobie-algemene-simptomatologie, sosialefobie-vermyding/-ongemak en sosialefobie-ongemak/-belemmering*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê. (Hierdie veranderlikes sal verderaan die sosialefobie- afhanklike veranderlikes genoem word).
- H4: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H5: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes (*gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie en aandagsverdraaiing*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H6: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H7: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H8: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H9: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H10: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die teikenfobie-afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H11: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H12: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die sosialefobie-afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

- H13: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H14: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H15: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H16: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H17: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H18: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H19: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H20: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H21: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H22: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H23: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H24: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

## 1.5 UITEENSETTING VAN DIE PROEFSKRIF

Die proefskrif is soos volg georganiseer:

Die literatuuroorsig is in vier breë afdelings georganiseer, naamlik sosiale fobie as psigiatriese versteuring, konseptualisering van sosiale fobie vanuit 'n kognitiewe perspektief, die behandeling daarvan

vanuit die kognitiewegedragsterapeutiese benadering en die gebruik van hipnose as aanvulling tot kognitiewegedragsterapeutiese prosedures.

Sosiale fobie as versteuring word in Hoofstuk 2 bespreek in terme van kliniese kenmerke en diagnostiese kriteria, differensiële diagnoses, geassosieerde beskrywende kenmerke en etiologiese faktore. Hoofstuk 3 handel oor die kognitiewe modelle en teorieë oor sosiale fobie. Vanweë die sentrale rol wat aandagsverdraaiing in hierdie teorieë speel, word dit omvattend in hierdie hoofstuk bespreek. Die hoofstuk bied ook 'n bespreking van die emosionele-Strooptaak aan, vanweë die gebruik van die prosedure as meting van aandagsverdraaiing. Die behandeling van sosiale fobie vanuit die kognitiewegedragsterapeutiese benadering sowel as die beskikbare navorsing hieroor, word in Hoofstuk 4 bespreek. Hoofstuk 5 handel oor hipnose en die gebruik daarvan as 'n aanvullende psigoterapeutiese tegniek binne die kognitiewe gedragsterapie.

Die uitkomsstudie waarin die effek van die gekombineerde kognitiewe herstrukturering en blootstellingsprogram, met en sonder hipnose, in die behandeling van sosiale fobie ondersoek is, word in Hoofstukke 6 (Metode van ondersoek), 7 (Resultate) en 8 (Gevolgtrekkings en bespreking) aangebied.

## 2. SOSIALE FOBIE

### 2.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word sosiale fobie as psigiatriese versteuring bespreek. Dit word gedoen in terme van kliniese kenmerke en diagnostiese kriteria, subtipes van sosiale fobie, differensiële diagnoses, geassosieerde beskrywende kenmerke, ko-morbiede diagnoses, en voorkoms, geslagsverdeling, verloop en familie-patrone.

### 2.2 KLINIESE KENMERKE EN DIAGNOSTIESE KRITERIA

Sosiale fobie is 'n kliniese versteuring wat deur 'n duidelike en standhoudende vrees vir sosiale of optrede-situasies gekenmerk word. (American Psychiatric Association, 1994).

Dit is relatief onlangs, met die publikasie van die *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980), vir die eerste keer officieel as nosologiese kategorie gedefinieer (Rapee & Heimberg, 1997). Die *DSM-III*-klassifikasie het 'n onderskeiding tussen agorafobie, sosiale fobie en spesifieke fobie, soos deur Marks (1970) aanbeveel, behels (Weiller, Bisserbe, Boyer, Lepine, & Lecrubier, 1996). Sosiale fobie was relatief stadig om die aandag van navorsers te verkry (Antony, 1997; Rapee & Heimberg, 1997), en 'n bietjie meer as tien jaar terug is dit nog as die afgeskepte angstersteuring beskryf (Liebowitz et al., 1985). Navorsing oor die aard en behandeling van sosiale fobie het egter oor die afgelope jare dramaties toegeneem (Rapee & Heimberg, 1997). Navorsers begin nou 'n beter begrip van die aard en etiologie van die versteuring kry en enkele behandelingsmetodes is al effektief bevind. Nietemin word navorsing oor sosiale fobie steeds as 'n paar jaar agter die oor sekere ander angstersteurings (byvoorbeeld paniekversteuring en obsessief-kompulsiewe versteuring) beskou (Antony, 1997).

Daar is volop bewyse dat sosiale fobie 'n onderskeibare versteuring van ander angstersteurings is (Heimberg & Barlow, 1988; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer, & Liebowitz, 1993; Liebowitz et al., 1985; Turner & Beidel, 1989). Gebaseer op die aanvanklike *DSM-III*-definisie (American Psychiatric Association, 1980), wat geringe wysigings in die daaropvolgende *DSM-III-R*- en *-IV*-publikasies (American Psychiatric Association, 1987; 1994) ondergaan het, is gevind dat dit moontlik is om sosiale fobie met 'n hoë graad van betroubaarheid te diagnoseer (Barlow, 1988; DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell, & Blanchard, 1983; Rapee, Sanderson, & Barlow, 1988).

Die diskriminante geldigheid van sosiale fobie is ook gedemonstreer in studies waarin dit met agorafobie en paniekversteuring vergelyk is (Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Bruch, Heimberg, Berger, & Collins, 1987, in Rapee et al., 1988; Mattick & Rapee, 1986).

Voortdurende navorsing het tot enkele aanpassings van die diagnostiese kriteria vir sosiale fobie gelei, wat in die *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) en meer onlangs in die *DSM-IV* (American

Psychiatric Association, 1994) geïnkorporeer is. Volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994, pp. 411 – 417) geld die volgende diagnostiese kriteria vir sosiale fobie:

- A. 'n Duidelike en standhoudende vrees vir een of meer sosiale of optrede-situasies waarin die persoon aan onbekende persone of aan moontlike betragting deur ander blootgestel word. Die individu vrees dat hy/sy op 'n vernederende of embarraserende wyse sal optree (of angssimptome sal wys). **Nota:** By kinders moet daar bewyse van die vermoë tot ouderdomtoepaslike verhoudings met bekendes wees, en die ang moet ook in situasies, en nie net in interaksies met volwassenes nie, voorkom.
- B. Blootstelling aan die gevreesde sosiale situasie moet byna sonder uitsondering ang, wat die vorm van 'n situasie-gebonde of situasie-gepredisponeerde paniekaanval mag aanneem, ontlok. **Nota:** By kinders mag die ang in huil, drifbuie, vrees, of wegstroom van sosiale situasies met onbekende persone uitdrukking vind.
- C. Die persoon sien in dat die vrees oormatig of onredelik is. **Nota:** By kinders mag hierdie kenmerk nog afwesig wees.
- D. Die gevreesde sosiale of optrede-situasies word vermy of word andersins met intense ang of ontsteltenis verduur.
- E. Die vermyding, angstige antisipasie, of ontsteltenis in die gevreesde sosiale of optrede-situasie(s) meng beduidend in met die persoon se normale roetine, beroeps (akademiese) funksionering, of sosiale aktiwiteite of verhoudings, of daar is duidelike ontsteltenis daarvoor dat hy/sy die fobie het.
- F. By individue onder 18 jaar is die duur ten minste ses maande.
- G. Die vrees of vermyding is nie aan die direkte fisiologiese effekte van 'n middel (byvoorbeeld 'n misbruikmiddel, 'n medikasie) of 'n algemene mediese toestand toe te skryf nie en word nie beter voor verantwoord deur 'n ander psigiatriese versteuring (byvoorbeeld paniekversteuring met of sonder agorafobie, skeidingsangsversteuring, liggaamsdismorfiese versteuring, 'n omvattende ontwikkelingsversteuring of skisoïede-persoonlikheidsversteuring) nie.
- H. As 'n algemene mediese kondisie of ander psigiatriese versteuring teenwoordig is, hou die vrees in kriterium A nie daarmee verband nie. Die vrees is byvoorbeeld nie vir haker, bewe by Parkinson se siekte, of die vertoning van abnormale eetgedrag in anoreksia nervosa of bulimia nervosa nie.

Spesifisering as:

**Veralgemeen:** as die vrese meeste sosiale situasies insluit (neem dan die addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring in ag).

## 2.3 SUBTIPES

### 2.3.1 Inleiding

Ten spyte van genoegsame bewyse dat dit 'n onderskeibare versteuring van ander angsversteurings is, blyk sosiale fobie 'n heterogene versteuring te wees (Heimberg, Holt et al., 1993), en soos navorsing oor sosiale fobie uitgebrei het, het die heterogeniteit van die versteuring toenemend erkenning begin geniet. Navorsers het al verskeie diagnostiese subtiperings voorgestel in 'n poging om hierdie heterogeniteit aan te spreek. So het Öst, Jerremalm en Johansson (1981) sosiaal-fobiese persone as "gedragsreageerders" (gedrag-onderbreking sonder kardiële versnelling) of "fisiologiese reageerders" (kardiële versnelling

sonder gedrag-onderbreking) geklassifiseer. In latere werk is fisiologiese reageerders gekontrasteer met "kognitiewe reageerders", wat oormatige irrasionele gedagtes gerapporteer het (Jerremalm, Jansson, & Öst, 1986; Mersch, Emmelkamp, Bögels, & Van der Sleen, 1989). Matige sukses is behaal met pogings om hierdie subtipes te gebruik vir afparing van pasiënte en terapie-modaliteite, byvoorbeeld sosialevaardigheid-intervensies vir gedragsreageerders (sien Hope et al., 1993, vir 'n oorsig). McNeil en sy kollegas het van 'n situasioneel-gebaseerde subtiperingskema gebruik gemaak, deur persone met primêr publiekespraak- of toespraakvrees te onderskei van ander sosiaal-fobiese persone (byvoorbeeld Boone, Lewin, McNeil, & Kahle, 1989; McNeil et al., 1995). Holt, Heimberg en Hope (1992b) het die konsep van situasionele domeine, gegrond op groeperings van soortgelyke situasies wat angs by subgroeperings van sosiaal-angstige persone kan ontlok, ontwikkel en voorlopig ondersoek. Die volgende vier konseptueel afgeleide situasionele domeine is onderskei: formele spraak/interaksie, informele spraak/interaksie, observasie deur ander en assertiwiteit. Heimberg en Holt (1989, in Heimberg, Holt et al., 1993) het drie subtipes voorgestel, terwyl die DSM opstellers 'n verdere alternatiewe benadering van die heterogeniteit van sosiaal-fobiese persone gevolg het. Dit word vervolgens bespreek.

### 2.3.2 Die DSM en sosialefobie-subtipes

Sosiale fobie is aanvanklik in die *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) beskryf as 'n vrees vir betragting of waarneming deur ander in een van 'n verskeidenheid diskrete sosiale situasies, byvoorbeeld publieke-spraak, om jou naam te skryf terwyl iemand jou waarneem, eet of drink in die teenwoordigheid van ander en die gebruik van publieke toilette. Individue met veelvuldige sosiale vrese was kandidate vir die uitsluitlike diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring, eerder as vir sosiale fobie (Heimberg, Holt et al., 1993). Hierdie verdeling het egter min empiriese gronde gehad (Liebowitz et al., 1985), en soos navorsing gevorder het, het dit gou duidelik geraak dat meer omvattende vrese vir negatiewe evaluasie meer tipies by DSM-gedefinieerde sosiaal-fobiese persone is as omskrewe vrese (Amies et al., 1983; Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990; Turner, Beidel, Dancu et al., 1986). Die *DSM-III*-diagnose van sosiale fobie is dan ook volgens bevindings dikwels vir individue wat veelvuldige sosiale situasies vrees gebruik (Spitzer & Williams, 1985). Besorgdheid is ook uitgespreek dat indien sosiaal vreesagtige persone as persoonlikheidsversteurd beskou sou word, farmakologiese intervensie nie aangewend sou word nie (Liebowitz et al., 1985).

Erkenning aan hierdie kwessies het gelei tot die insluiting van 'n veralgemeende sub tipe van sosiale fobie in die *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987), vir gebruik wanneer 'n individu "meeste sosiale situasies" vrees (Heimberg, Holt et al., 1993; Hope, Herbert, & White, 1995). Die *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) het ook sosiale fobie wyer gedefinieer om alle individue met primêre vrese vir vernedering, embarrassering en negatiewe evaluasie in te sluit (Heimberg, Holt et al., 1993), en 'n addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring was nou moontlik. Daar is geen sub tipe toegewys aan of beskryf vir pasiënte wat meer beperkte sosiale situasies vrees nie. Die sosiale fobies van hierdie pasiënte is deur navorsers beskryf as "omskrewe", "diskreet", "beperk", "spesifiek" of "nie-veralgemeen" (byvoorbeeld Heimberg, 1986; Hope, Herbert et al., 1995; Levin et al., 1993; Liebowitz et al., 1988; Turner, Beidel, & Townsley, 1992).

Hoewel daar algemene konsensus was dat die *DSM-III-R* se onderskeiding van sub tipe-spesifisering oop is vir wye interpretasie (byvoorbeeld Turner, Beidel, Long, & Greenhouse, 1992), en navorsing oor die *DSM-III-R*-subtipering beperk is deur die gebrek aan spesifiekheid oor wat bedoel word met "meeste" sosiale situasies (Hope, Herbert et al., 1995), is geen verdere spesifisering of geoperasionaliseerde kriteria hiervoor in die *DSM-IV* verskaf nie.

Heimberg, Holt et al. (1993) wys daarop dat die *DSM-IV* subwerkgroep vir sosiale fobie, na oorweging van verskillende kriteria vir die definisie van subtypes, uiteindelik twee opsies oorweeg het. Die een was om veralgemeende sosiale fobie soos in die *DSM-III-R* te behou en te oorweeg of groter presisie nodig is in die definisie van veralgemeende versus ander sosiale fobies. Die ander opsie was om 'n sisteem van drie subtypes, soos voorgestel deur Heimberg en Holt (1989, in Heimberg, Holt et al., 1993) aan te neem.

### **Die sisteem van drie subtypes**

Die sisteem het behels dat die veralgemeende en omskrewe kategorieë behou word, maar meer konserwatief gedefinieer word. Veralgemeende sosiale fobie word hivolgens steeds gedefinieer as die voorkoms van angs in meeste sosiale situasies. Omskrewe sosiale fobie is gedefinieer as angs in 'n beperkte aantal diskrete situasies. 'n Derde kategorie, die van nie-veralgemeende sosiale fobie, is bygevoeg en sluit individue in wat (a) omskrewe vrese kan hê, maar nie hoef te hê nie; (b) klinies beduidende sosiale interaksie-angst ervaar, maar (c) ten minste in een wye domein van sosiale funksionering nie klinies beduidende angs beleef nie. In die *DSM-IV Options Book* (Task Force on *DSM-IV*, 1991) is die drie subgroepe soos volg benoem/herbenoem en beskryf: (a) Veralgemeende tipe: as die fobiese situasies meeste sosiale situasies insluit (oorweeg ook die diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring). (b) Optrede-tipe (voorheen "omskrewe" tipe): as die fobiese stimulus publieke-optrede of aktiwiteite behels wat die individu met gemak kan uitvoer as hy alleen is (soos om 'n musiekinstrument te speel, 'n toespraak te lewer, urineer, skryf, eet), en daar word nie aan die definisie van veralgemeende tipe voldoen nie. (c) Beperkte interaksie tipe: as die fobiese stimulus beperk is tot een of twee sosiaal interaktiewe situasies soos om met iemand uit te gaan met die oog op 'n moontlike verhouding, of om met outoriteitsfigure te praat.

Drie studies waarin die subtypes volgens Heimberg se driedelige subtiperingssisteem vergelyk is, is gerapporteer (Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Holt, Heimberg, & Hope, 1992a; Hope, Herbert et al., 1995). Al drie studies het egter net twee van die drie subtypes vergelyk, naamlik veralgemeende sosiale fobie (vrese in alle major situasionele domeine) en nie-veralgemeende sosiale fobie (vrese in veelvuldige domeine, maar ten minste een ongeaffekteerde domein). In al drie studies was daar 'n onvoldoende aantal persone met diskrete sosiale fobie.

Hierdie studies bied weinig steun vir die gebruik van Heimberg en Holt (1989, in Heimberg, Holt et al., 1993) se klassifikasie (Hope, Herbert et al., 1995). Opsommendgewys dui bevindings wel daarop dat veralgemeende sosiale fobie 'n vroeër aanvangsouderdomein as nie-veralgemeende sosiale fobie het, swakker sosiale vaardighede toon en meer saamvallende As I en II diagnoses het. Die twee subgroepe het ewe veel vordering getoon met Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie (wat ook in die huidige navorsing gebruik is). Die veralgemeende subgroep was egter meer belemmerend voor terapie en dus ook



na terapie, en die betrokke navorsers (Hope, Herbert et al., 1995) meen dat langer of meer intensiewe groepkognitiewe-gedragsterapie moontlik vir die wyer strekking van gevreesde situasies by die veralgemeende tipe nodig is.

### **Die DSM-IV-subtypesisteem**

Omdat aangetoon is dat veralgemeende sosiaal-fobiese persone verskillend is van ander sosiaal-fobiese persone, terwyl daar nie voldoende data was om te suggereer dat beperkte interaksie- en optrede-tipes werklik verskillend is nie, het 'n DSM-IV werksgroep (Task Force on DSM-IV, 1991) besluit dat die DSM-III-R se onderskeiding tussen veralgemeende en ander sosiale fobies in die DSM-IV behou moes word, met 'n nota in die teks, wat verwys na die moontlike heterogeniteit van nie-veralgemeende sosiaal-fobiese persone (Heimberg, Holt et al., 1993). Vervolgens word bevindings met betrekking tot die demografiese en kliniese kenmerke en patofisiologie van die subtypes volgens die DSM-III-R en DSM-IV verdelings beskryf.

Heimberg, Hope et al. (1990) het die eerste direkte vergelyking van die twee subgroepe gerapporteer (Heimberg, Holt et al., 1993). Hulle het persone met veralgemeende sosiale fobie vergelyk met persone wie se fobies beperk was tot publiekespraak-situasies. Veralgemeende sosiaal-fobiese persone was jonger, hulle opvoedkundige peil was laer, hulle sou minder waarskynlik 'n werk hê, en hulle fobies is deur kliniese onderhoudvoerders as ernstiger as die van persone met publiekespraak-fobies beoordeel. Hulle het ook meer angstig en meer depressief voorgekom en het groter vrese met betrekking tot negatiewe sosiale evaluasie te kenne gegee. Hulle het swakker in 'n geïndividualiseerde gedragstoets gevaar en het ook van publiekespraak-fobiese persone verskil in hulle response op kognitiewe evaluasie-take. Die twee groepe het ook duidelike verskille getoon in hulle patrone van hartklopversnelling tydens 'n gedragstoets (Heimberg, Hope et al., 1990).

Heimberg, Hope et al. (1990) se gedragstoets was geïndividualiseer, om vir elke individu 'n situasie te herskep wat tipies hoë vlakke van angs by hom/haar ontlok. Stimulusverskille sowel as deelnemerverskille kon dus metings met betrekking tot die gedragstoets beïnvloed het. Herhaling met 'n gestandaardiseerde gedragstoets was dus aangedui, en is deur Levin et al. (1993) gedoen. Soos Heimberg, Hope et al. (1990) het hulle bevind dat die veralgemeende sosiaal-fobiese persone gemiddeld jonger was as die publiekespraak-fobiese persone. Anders as in Heimberg, Hope et al. (1990) se studie het die veralgemeende deelnemers hoër angs tydens die toespraak (gestandaardiseerde gedragstoets) gerapporteer as die publiekespraak (en kontrole) deelnemers. Hulle het ook meer gedragstekens van angs as die kontrolegroep getoon. Die publiekespraak-groep het tussen-in gelê. Die publiekespraakgroep het weer groter hartklopverhoging tydens die toespraak getoon. 'n Laer hartklop in die tydperk wat die toespraak vooraf gegaan het, het met hierdie groter verhoging verband gehou. 'n Reeks biochemiese metings kon nie tussen die groepe onderskei nie.

Turner, Beidel en Townsley (1992) het 'n studie gedoen waarin veralgemeende en "spesifieke" subtypes vergelyk is, en waarin veralgemeende sosiaal-fobiese persone met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring vergelyk is. In die lig van die DSM-III-R se onduidelike onderskeiding tussen die veralgemeende sub tipe en ander sosiale fobies, en die verskillende moontlike interpretasies van

hierdie onderskeiding, het Turner, Beidel en Townsley (1992) geoperasionaliseerde kriteria vir die diagnose van *DSM-III-R*-subtipes geformuleer. Die *DSM-III-R* (en *DSM-IV*) se "meeste sosiale situasies" is geïnterpreteer as sosiale situasies wat mees algemeen voorkom (byvoorbeeld gesprekke) teenoor slegs optrede georiënteerde situasies (byvoorbeeld toesprake). Pasiënte is aan die veralgemeende sub tipe toegewys as hulle partytjies (of sosiale byeenkomste), inisiëring van gesprekke of handhawing van gesprekke vrees. 'n Spesifieke sub tipe diagnose is gemaak by pasiënte wat slegs omskrewe situasies, soos toesprake maak, in vergaderings praat, in die openbaar skryf of eet, of die gebruik van publieke toilette, vrees. Pasiënte wat veelvuldige spesifieke tipe situasies (soos toesprake en skryf in die openbaar) vrees, maar nie partytjies of gesprekke vrees nie, word aan die spesifieke sub tipe toegeken (Turner, Beidel, Long et al., 1992; Turner, Beidel, & Townsley, 1992).

Turner, Beidel en Townsley (1992) het die geldigheid van die sosiolefbie-subtipes (soos onderskei deur die *DSM-III-R* en die *DSM-IV*, en soos operasioneel deur hulleself gedefinieer) by 'n groot steekproef van 89 versigtig gediagnoseerde sosiaal-fobiese persone ondersoek. Hulle het bevind dat die onderskeie subtipes betroubaar gediagnoseer kan word en dat die veralgemeende sub tipe 'n konstante patroon van 'n hoër graad van erns van simptome toon as die spesifieke sub tipe. Turner, Beidel, Cooley, Woody en Messer (1994) beskryf die veralgemeende sub tipe as die meer algemene vorm van sosiale fobie.

Soos in die studie van Hope, Herbert et al. (1995), wat in die vorige subafdeling (Die sisteem van drie subtipes) bespreek is, het Brown, Heimberg en Juster (1995) ook die behandelingseffekte by die subtipes ondersoek. Hulle het egter gehou by die *DSM-III-R* en *DSM-IV* se tweeledige sub tipe-sisteem. Soos in vorige navorsing, is groter belemmering by veralgemeende as by nie-veralgemeende sosiale fobie gevind, en, soos deur Hope, Herbert et al. (1995), is die groter mate van belemmering (met hoër tellings in metings van depressie, sosiale angs en vermyding, en vrees vir negatiewe evaluasie) by voortoetsing en natoetsing gevind, met dieselfde mate van verbetering met behandeling by die twee subtipes. Brown et al. (1995) se behandelingsprogram was ook soortgelyk aan wat in die huidige studie gebruik is. Hulle data dui ook op 'n beduidend vroeër aanvangsouderdome by veralgemeende sosiale fobie en bevestig dus vroeëre bevindings in die verband.

Vir die huidige studie is gehou by die *DSM-III-R*- en *DSM-IV*-subtiperings, soos operasioneel gedefinieer deur Turner, Beidel, Long et al., (1992) en Turner, Beidel en Townsley (1992).

### **2.3.3 Sosiolefbie-subtipes en vermydende-persoonlikheidsversteuring**

Die kwessie of sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring wel twee aparte nosologiese entiteite behoort te wees, is skynbaar net so, of moontlik selfs meer, kontroversieel as die sosiolefbie-sub tipevraagstuk, en die afgelope paar jare is vermydende-persoonlikheidsversteuring en die subtipes dikwels in dieselfde navorsingskonteks ondersoek.

Talle skrywers en navorsers wys op 'n hoër mate van ooreenstemming tussen sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring (Heimberg, Holt et al., 1993; Liebowitz et al., 1985; Turner, Beidel, & Townsley, 1992), en persentasies van sosiaal-fobiese persone met vermydende-

persoonlikheidsversteuring van 21,4% tot 90% is bevind (Heimberg, Holt et al., 1993). Vyf onlangse studies, wat die oorvleueling van sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring in die konteks van subtipes ondersoek het, word vervolgens bespreek, waarna die studie van Hofmann (1993, in Hofmann, Newman, Ehlers, & Roth, 1995), waarin verskille tussen 'n sosialefobie-groep met en 'n groep sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring ondersoek is, gerapporteer word. Daarna word vier baie onlangse studies, waarin die relatiewe effek van behandeling by sosialefobie-subgroepe met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring ondersoek is, bespreek. Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer en Liebowitz (1991) het vermydende-persoonlikheidsversteuring (gediagnoseer met behulp van die Structured Clinical Interview for *DSM-III-R* Personality Disorders [SCID; Spitzer, Williams, & Gibbon 1987]) by 70% van 'n steekproef van 50 sosiaal-fobiese persone gevind. Daar was 'n groot verskil in die voorkoms van vermydende-persoonlikheidsversteuring by die twee subtipes, naamlik ko-morditeit by 89% van die veralgemeende sub tipe en by 21% van die "omskrewe tipe". Vyf van die sewe kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring was van toepassing by ten minste 78% van die veralgemeende groep, terwyl slegs een kriterium op so 'n gereelde basis van toepassing was by die omskrewe groep. Daar was 'n beduidend hoër waarskynlikheid vir die veralgemeende subgroep om aan vier van die vermydende-persoonlikheidsversteuringkriteria te voldoen. Die grootste verskille was by die kriteria: "vermy sosiale of beroepsaktiwiteite wat beduidende interpersoonlike kontak behels" en "is onwillig om by mense betrokke te raak sonder sekerheid dat van hom/haar gehou sal word" (Schneier et al., 1991).

Holt et al. (1992a) het gevind dat 39,4% van 'n steekproef van 33 sosiaal-fobiese persone 'n ko-morbiede diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring (gediagnoseer met behulp van die toepaslike items van die Personality Disorders Examination [POE; Loranger, 1988]) gehad het. Vermydende-persoonlikheidsversteuring is by 50% van die veralgemeende subgroep gediagnoseer teenoor 23,1% van die nie-veralgemeende subgroep. Holt et al. (1992a) het ook veralgemeende sosiale fobie met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring en nie-veralgemeende sosiale fobie sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring vergelyk. (Die groep met nie-veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring was te klein vir statistiese analise). Die twee veralgemeende sosiale fobie groepe (met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring) het oor die algemeen tellings behaal wat op groter belemmering gedui het as die nie-veralgemeende groep sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring. Veralgemeende pasiënte met vermydende-persoonlikheidsversteuring het van dié daarsonder verskil deurdat hulle meer waarskynlik aan drie bepaalde kriteria sou voldoen, naamlik vermyding van interpersoonlike kontak, onwilligheid om betrokke te raak sonder sekerheid dat van hom/haar gehou sal word, en oordrywing van die moeilikheidsgraad van aktiwiteite wat buite sy/haar normale roetine val. Hulle het hoër tellings op die Social Anxiety and Distress (SAD)-skaal (Watson & Friend, 1969) en die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clarke, 1988) behaal. Die klinikus-geadministreerde Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987) het op groter vrees in sosiale en optrede-situasies gedui, en kliniese onderhoudvoerders wat blind was vir die As II diagnose het hulle sosiale fobies as ernstiger en meer belemmerend beoordeel. Laastens het hierdie groep ook beduidend meer ko-morbiede diagnoses van affektiewe versteurings gehad.

Herbert et al. (1992) het bevind dat 61% van 'n steekproef veralgemeende sosialefobie-pasiënte aan die kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring voldoen het. Hierdie groep het dan ook hoër tellings

op meetmiddels van sosiale angs, trek-angskomplekse en depressie behaal, asook meer ko-morbiede As I en As II diagnoses, en laer tellings op die Global Assessment of Functioning Scale (American Psychiatric Association, 1987). Hoewel die veralgemeende sosiale fobie groep met vermydende-persoonlikheidsversteuring meer angs gedurende rolspel van sosiale situasies gerapporteer het, het die groepe nie op metings van sosiale vaardigheidskennis of optrede verskil nie. Na hierdie analise het Herbert et al. (1992) hulle deelnemers herverdeel volgens hulle interpretasie van Heimberg en Holt (1989, in Heimberg, Holt et al., 1993) se riglyne vir die subgroepverdeling van sosiale fobie. Hiervolgens is 14 van die oorspronklike 23 veralgemeende sosiale fobie-pasiënte weer geklassifiseer as veralgemeen en nege as nie-veralgemeen. (Diskrete sosiaal-fobiese persone was nie in die steekproef ingesluit nie). Een-en-sewentig persent van die veralgemeende groep en 44,4% van die nie-veralgemeende groep het aan die kriteria van vermydende-persoonlikheidsversteuring voldoen.

Turner, Beidel en Townsley (1992) het gevind dat 61 uit 'n steekproef van 89 sosiaal-fobiese persone betroubaar as veralgemeen gediagnoseer kon word (met hulle operasionele definisie van die *DSM-III-R* [en later *DSM-IV*] sub tipe onderskeiding), en dat 25% van hierdie groep aan die kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring voldoen het. Minimale verskille ('n verskil op slegs een van vier parameters) is tussen die groepe met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring gevind.

Laastens het Brown et al. (1995) in 'n studie, waarin gefokus is op die verhouding tussen sosiale fobie-subtypes en vermydende-persoonlikheidsversteuring asook op die graad van belemmering en uitkoms van behandeling, 44% oorvleueling van veralgemeende sosiale fobie met vermydende-persoonlikheidsversteuring en 14% oorvleueling by "nie-veralgemeende" sosiale fobie gevind. Brown et al. (1995) beskou hierdie bevindings as vergelykbaar met syfers gerapporteer deur Holt et al. (1992a) en binne die strekking van persentasies gerapporteer deur Herbert et al. (1992), Schneier et al. (1991) en Turner, Beidel en Townsley (1992).

Hoewel daar redelike variasie in gerapporteerde persentasies van ko-morbiditeit was, blyk die resultate van hierdie studies grootliks konsekwent te wees. Heimberg, Holt et al. (1993) bied vier moontlike verklarings vir die variasie in resultate:

- Verskille in die graad van belemmering by die steekproewe wat in die verskillende studies gebruik is. (So meen Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz en Weismann (1992) dat die veralgemeende sosiaal-fobiese persone in hulle studie moontlik ernstiger belemmer was as die in ander studies);
- Verskillende definisies van die sosiale fobie-subtypes;
- Verskille in sensitiwiteit van verskillende evaluasie of meetmiddels wat vir die diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring gebruik is, en
- Verskillende toepassings van die kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring deur die klinici in die verskillende studies.

Hoewel daar talle gevalle van veralgemeende sosiale fobie sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring in hierdie studies was, was daar min gevalle van vermydende-persoonlikheidsversteuring sonder veralgemeende sosiale fobie. Holt et al. (1992a) en Turner, Beidel, en Townsley (1992) het hulle steekproewe uit aanmeldings by onderskeidelik 'n sentrum vir stres en

angsversteurings en 'n angsversteuringskliniek getrek, wat die insluiting van persone met slegs vermydende-persoonlikheidsversteuring kon benadeel het. Herbert et al. (1992) se steekproeftrekking is nie op so 'n wyse benadeel nie. Hierdie studies het beduidende verskille tussen die veralgemeende sosiaalfobie-deelnemers met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring gevind. Wat egter oor die algemeen 'n groter indruk op die outeurs van die studies blyk te gemaak het, was die gebrek aan substansiële of kwalitatiewe onderskeidings tussen veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring. Volgens Turner, Beidel, en Townsley (1992) kom die groepe met veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring meer eenders as verskillend voor, en suggereer hulle data dat veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring, soos gegrond op die *DSM-III-R*-diagnostiese kriteria, primêr verskil in terme van die graad van erns van sosiale angs en belemmering van sosiale funksionering. Herbert et al. (1992) het ook tot die slotsom gekom dat geen van die verskille tussen die twee versteurings wat na vore gekom het, op kwalitatiewe dimensies gedui het wat hulle moontlik as twee aparte kategorieë van psigopatologie kon onderskei het nie. Die mees versigtige interpretasie van hulle data is, volgens Herbert et al. (1992), dat veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring twee punte op 'n kontinuum van graad van erns verteenwoordig. Holt et al. (1992) se slotsom was ook dat veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring nie twee aparte kategorieë van sosiaal-fobiese pasiënte aandui nie, en dat vermydende-persoonlikheidsversteuring moontlik slegs die meer ernstige sosiale fobie, op 'n kontinuum, aandui. Widiger (1992) wys daarop dat 'n persoon wat aan die kriteria vir beide veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring voldoen, nie twee ko-morbiede versteurings het nie, maar slegs een wat aan die kriteria vir twee diagnoses voldoen (Volgens Holt et al. [1992] skyn hierdie groep, wat aan die kriteria vir beide diagnoses voldoen, mees belemmerd te wees). 'n Alternatiewe beskouing, wat deur Turner, Beidel, en Townsley (1992) aangebied word, is dat veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring wel twee aparte diagnoses kan wees, maar dat oorvleueling van diagnostiese kriteria verantwoordelik is vir die oorvleueling van diagnoses.

Nog meer onlangs het Hofmann, Newman, Ehlers et al. (1995) 'n studie gedoen waarin 30 sosiaal-fobiese persone, met 'n primêre vrees vir publiekespraak of toesprake, in 'n groep met ( $n=16$ ) en 'n groep sonder ( $n=14$ ) gepaardgaande vermydende-persoonlikheidsversteuring verdeel en met mekaar en 'n kontrolegroep ( $n=22$ ) vergelyk is. Hulle het veral in die psigofisiologiese verskille tussen die groepe belanggestel. Die individue moes voor 'n klein gehoor praat, terwyl spraaktyd, subjektiewe angs, vreesagtige gedagtes en elektografiese en respiratoriese metings aangeteken is. Soos in die vorige studies het die sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring meer sosiale angs as die sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring gerapporteer, wat volgens die skrywers steun bied aan die hipotese dat die diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring 'n ernstiger vorm van sosiale fobie behels. Ook konsekwent met vorige resultate was die bevinding dat sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring op meer metings van die kontrolegroep verskil het as die daarsonder. Hulle het meer subjektiewe angs, volgens tellings op die SPAI se totale skaal en subskale, die FNE en die SAD gerapporteer en wanneer hulle 'n praatjie voor 'n klein gehoor moes lewer het hulle hoër tellings op die staat-angsskaal van die State Trait Anxiety Inventory (STAI-state; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) en die Personal Report of Confidence as a Speaker (PRCS; Paul, 1966)

behaal. Hulle het ook meer vreesgedagtes, soos deur die Social Interaction and Self-Statement Test (SISST; Glass, Merluzzi, Biever, & Larsen, 1982) en die Cognitions during the Talk Questionnaire (CT; Hofmann, 1993, in Hofmann, Newman, Ehlers et al., 1995) gereflekteer, as die ander twee groepe gerapporteer. Fisiologiese metings het egter 'n teenoorgestelde patroon aangeneem. Sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring het 'n laer hartkloptempo as die sonder die vermydende-persoonlikheidsversteuring, en 'n soortgelyke hartkloptempo as die kontrolegroep in die fobiese situasie getoon. Hierdie resultate is soortgelyk aan die wat Levin et al. (1993) en Heimberg, Hope et al. (1990) met veralgemeende teenoor spesifieke sosiale fobie groepe gevind het waar laer hartkloptempo's by persone met veralgemeende sosiaal-fobiese persone gevind is. Hofmann, Newman, Ehlers et al. (1995) het gevind dat die verdeling van persone met sosiale fobie in 'n groep met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring ook geneig het om verdeling in 'n groep met en sonder veralgemeende sosiale fobie te behels, en toe pasiënte in veralgemeende en spesifieke groepe verdeel is, is 'n soortgelyke patroon van resultate gevind.

Die laaste vier en mees onlangse studies wat die verhouding tussen sosialefobie-subtypes en vermydende-persoonlikheidsversteuring ondersoek het, het die relatiewe effek van behandeling nagegaan.

Brown et al. (1995) het sosiale fobie, die subtypes en vermydende-persoonlikheidsversteuring volgens die *DSM-III-R*-kriteria gediagnoseer en volgens die groepkognitiewegedragsterapieprogram wat ook in die huidige studie gebruik is, behandel. Voormetings kon slegs tussen veralgemeende en "nie-veralgemeende" sosiale fobie onderskei. (By individue met veralgemeende sosiale fobie was die aanvangsouderdome laer en hulle het hoër tellings op metings van depressie, sosiale angs en vermyding, en vrees vir negatiewe evaluasie behaal.) Gedurende behandeling het die twee subtypes soortgelyk verbeter, en die veralgemeende groep was steeds meer belemmer na behandeling. Vermydende-persoonlikheidsversteuring was nie 'n voorspeller van terapie-uitkoms nie, en verskeie pasiënte wat voor behandeling 'n diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring ontvang het, het nie meer na behandeling aan die kriteria voldoen nie.

Hope, Herbert et al. (1995) het ook gevind dat veralgemeende en nie-veralgemeende sosiaal-fobiese persone dieselfde mate van vordering in terapie ('n groepkognitiewegedragsterapieprogram soos in die huidige studie gebruik) getoon het, en dat die veralgemeende groep voor en na behandeling meer belemmerd geblyk te wees het as die nie-veralgemeende groep. Hulle kon geen ondersteuning vir hulle hipotese dat sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring swakker op behandeling sal reageer, vind nie.

Feske, Perry, Chambless, Renneberg en Goldstein (1996) het die effek van 'n ko-morbiede vermydende-persoonlikheidsversteuring op die reaksie op blootstellinggebaseerde behandeling by 'n steekproef veralgemeende sosialefobie-pasiënte bestudeer. Persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring het ernstiger belemmering op al die selfverslagmetings getoon, asook 'n hoër frekwensie van saamvallende *DSM-III-R* As I of II diagnoses. Vermydende-persoonlikheidsversteuring het uitkoms by nameting en 3-maande-opvolg voorspel deurdat persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring

telkens ernstiger belemmering gerapporteer het as dié daarsonder, ten spyte daarvan dat hulle wel beduidend verbeter het. Hulle het egter minder verbetering tydens behandeling getoon as die groep sonder die persoonlikheidsversteuring. Vermydende-persoonlikheidsversteuring was skynbaar slegs voorspellend ten opsigte van die verbeteringskoers van eiewaarde en trek-angs, en het blykbaar nie verbetering ten opsigte van sosiale angs en vermyding geaffekteer nie.

Van Velzen, Emmelkamp en Scholing (1997) het, in hulle vergelyking van sosiale fobie groepe met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring, in reaksie op in vivo blootstellingsbehandeling, spesifiek persone met enige ander persoonlikheidsversteuring(s) uitgeskakel. Sodoende kon die invloed van spesifiek vermydende-persoonlikheidsversteuring meer presies bepaal word. Die uitsluiting van ander ko-morbiede persoonlikheidsversteurings by die vermydende-persoonlikheidsversteuring groep, het 'n soortgelyke beeld getoon (met meer belemmering deur die groep met vermydende-persoonlikheidsversteuring en dieselfde mate van verbetering tydens behandeling) as ander studies wat dit nie gedoen het nie (Brown et al., 1995; Feske et al., 1996; Hofmann, Newman, Becker, Taylor, & Roth 1995; Hope et al., 1995). Soos die sosiale fobie groepe met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring, het die sosiale fobie groep met veelvuldige persoonlikheidsversteurings ook beduidende verbetering getoon. Voorts het Van Velzen et al. (1997) gevind dat 'n addisionele angs- of gemoedsversteuring nie die uitkoms van die blootstellingsbehandeling voorspel het nie.

Die addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring blyk dus geen effek op behandeling te hê nie. Dit word deur sommige van die navorsers beskou as bevestiging van ander resultate, waarvolgens die *DSM-III-R*-definisie van vermydende-persoonlikheidsversteuring as 'n nosologiese entiteit apart van sosiale fobie betwyfel word. Daar bestaan egter nog die hipotese van Turner, Beidel en Townsley (1992) dat die diagnostiese kriteria vir sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring te na aan mekaar lê. Op hierdie stadium is al die studies wat oor hierdie vraagstuk gerapporteer word nog op grond van die kriteria van die *DSM-III-R* gedoen. Heelwat wysigings van die meerderheid kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring word in die *DSM-IV* gevind. Of dit sal help om die grens tussen veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring duideliker te onderskei, moet nog vasgestel word.

## **2.4 DIFFERENSIËLE DIAGNOSES**

### **2.4.1 Inleiding**

Sosiale fobie moet onderskei word van paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring, skeidingsangsversteuring, veralgemeende angsversteuring, spesifieke fobie, deurlopende ontwikkelingsversteuring, skisoïede-persoonlikheidsversteuring en vermydende-persoonlikheidsversteuring (American Psychiatric Association, 1994). Van hierdie versteurings kan drie, naamlik paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring en vermydende-persoonlikheidsversteuring as ko-morbiede versteurings by sosiale fobie voorkom. Dit word in 'n volgende afdeling in meer detail bespreek. Baie van die kenmerke van sosiale fobie kan ook heel waarskynlik by die algemene populasie voorkom (Heimberg, Dodge, & Becker,

1987). Daar moet dus onderskei word tussen sosiale fobie en normale vlakke van optree-angs, verhoogvrees, of skaamheid, byvoorbeeld in sosiale situasies met onbekende persone (American Psychiatric Association, 1994; Antony, 1997). Laastens is sosiale angs en vermyding van sosiale situasies geassosieerde kenmerke van talle ander psigiatriese versteurings, byvoorbeeld major depressiewe versteuring, distimiese versteuring, skisofrenie en liggaamsdismorfiese versteuring (American Psychiatric Association, 1994), sodat sosiale fobie van hierdie versteurings ook onderskei moet word. Major depressie en distimie kom ook as ko-morbiede versteurings by sosiale fobie voor. Dit word in 'n volgende afdeling in meer detail bespreek.

#### **2.4.2 Sosiale fobie en sosiale angs of skaamheid**

Hoewel sosiale fobie as diagnostiese entiteit betroubaarheid en geldigheid gedemonstreer het, kan baie van die kenmerke daarvan heel waarskynlik by die algemene populasie voorkom (Heimberg, Dodge et al., 1987). Terwyl 'n onlangs gerapporteerde leeftydsvorkoms van sosiale fobie 13.3% is, wat van die hoër voorkomssyfers is wat vir sosiale fobie gerapporteer word (Antony, 1997; Kessler et al., 1994), het Zimbardo (1977) gevind dat meer as 40% van byna 5000 Amerikaners hulleself as skaam beskou het en oor die 90% het gerapporteer dat hulle een of ander tyd in hulle lewens skaam was (Zimbardo, Pilkonis, & Norwood, 1975). Volgens Pilkonis en Zimbardo (1979) dui studies daarop dat sowat 40% van Amerikaanse kollege- studente hulleself as skaam beskou, terwyl Lazarus (1982) gevind het dat 38% van die kinders in sy steekproef hulleself as skaam beskou het en Caspi, Elder en Bem (1988) gerapporteer het dat 28% seuns en 32% meisies tussen 8 en 10 jaar oud deur hulle ouers as skaam beskou is. Hierteenoor het Stemberger, Turner, Beidel en Calhoun (1995) bevind dat 72% van hulle sosialefobie-steekproef 'n kindergeskiedenis van skaamheid gerapporteer het (teenoor 52% van die normale groep), en dat hierdie geskiedenis meer algemeen by die veralgemeende sub tipe (76%) as by die spesifieke sub tipe (56%) was. Turner, Beidel en Townsley (1990) wys daarop dat hierdie hoër voorkoms van skaamheid aandui dat alle skaam persone nie sosiaal fobies is nie. Rapee en Heimberg (1997) meen dat die hoë voorkoms van skaamheid by die algemene publiek dit moeilik kan maak om sosiale fobie as 'n vorm van psigopatologie te konseptualiseer. Weiller et al. (1996) het gevind dat daar, aan die ander kant, 'n algemene neiging by algemene praktisyns en die publiek is om sosiale fobie as uitermatige skaamheid te beskou.

Die presiese aard van die verhouding tussen skaamheid en sosiale fobie is nog nie duidelik nie. 'n Probleem met die ondersoek van skaamheid teenoor sosiale fobie is dat, in teenstelling met die redelik spesifieke kriteria vir sosiale fobie, skaamheid 'n relatief swak gedefinieerde konstruksie is en eerder 'n sosiale as sielkundige term is. Data wat wel beskikbaar is, suggereer dat skaamheid en sosiale fobie nie identies is nie, maar wel in sommige gevalle mag oorvleuel. Die populasie van skaam individue blyk egter uiters heterogeen te wees, wat moontlik ook daarop dui dat die etiket "skaam" van min waarde in 'n kliniese sin is (Turner et al., 1990).

Na aanleiding van hulle navorsing oor kognitiewe prosesse by sosiale fobie, hipotetiseer Stopa en Clark (1993) dat een van die hoofverskille tussen sosiale fobie en skaamheid in die vraag kan lê of die persoon die sosiale situasie monitor, ten einde die geldigheid van negatiewe self-evaluerende gedagtes te bepaal



of nie. Skaam persone kan dus 'n sosiale situasie met dieselfde tipe en frekwensie van gedagtes as 'n sosiaal-fobiese persoon binnegaan, maar kan dan byvoorbeeld oplet dat ander persone op 'n geïnteresseerde wyse reageer en besluit dat hulle, ten minste in dié situasie, nie vervelend is nie en hulle negatiewe sekvensie van gedagtes laat vaar.

Volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) word sosiale fobie oorweeg wanneer angs en vermyding, vanweë sogenaamde skaamheid, tot klinies beduidende belemmering of duidelike ontsteltenis lei. By kinders, waar demonstrasie van sosiale angs, veral in interaksie met onbekende volwassenes, algemeen is, word sosiale fobie net gediagnoseer as die sosiale angs ook in portuurgroep-situasies duidelik is en vir ten minste 6 maande duur.

Teorieë met betrekking tot skaamheid en die etiologie van sosiale fobie volg in Afdeling 2.7.

## 2.5 GEASSOSIEERDE BESKRYWENDE KENMERKE

Algemene geassosieerde kenmerke van sosiale fobie sluit in: hipersensitiwiteit vir kritiek, negatiewe evaluasie, of verwerping; probleme om assertief te wees; swak selfbeeld of minderwaardige gevoelens (American Psychiatric Association, 1994); asook "pynlike" selfbewustheid (o.a. Alden, Teschuk, & Tee, 1992). Indirekte evaluasie deur ander, soos wanneer 'n toets geskryf word, word ook dikwels gevrees (American Psychiatric Association, 1994).

Soos verwag kan word, hou sosiale fobie dikwels met ernstige sosiale beperking verband (Hope et al., 1993; Liebowitz et al., 1985; Turner, Beidel, Dancu et al., 1986; Turner, Cooley-Quille, & Beidel, 1996) en 'n gebrek aan sosiale of interpersoonlike vaardighede word ook dikwels openbaar (American Psychiatric Association, 1994; Turner, Cooley-Quille et al., 1996). Persone met sosiale fobie het dikwels minder sosiale ondersteuningsnetwerke en sal minder waarskynlik trou (American Psychiatric Association, 1994). Sanderson et al. (1990) rapporteer 'n kliniese steekproef waarvan 50% van die persone nooit getroud is nie, ten spyte van 'n gemiddelde ouderdom van 33,8 jaar. Daarteenoor was 36% van die individue met paniekversteuring en 18% van die individue met veralgemeende angs nooit getroud nie. Volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) is dit dikwels die geval dat persone met sosiale fobie nie vriende het nie of aan onvullende verhoudings vashou, glad nie uitgaan met die oog op 'n verhouding nie, of dikwels by hulle gesin van oorsprong bly.

Persone met sosiale fobie onderpresteer dikwels akademies/op skool (American Psychiatric Association, 1994; Liebowitz et al., 1985; Turner et al., 1986). Die American Psychiatric Association (1994) skryf dit toe aan toetsang of vermyding van deelname in die klaskamer. Onvoltooide opvoedkundige kwalifikasies, gebrek aan beroepsvordering, en onvermoë om te werk is algemene kenmerke by sosiale fobie (American Psychiatric Association, 1994; Liebowitz et al., 1985; Turner, Beidel, Dancu et al., 1986). In 'n gemeenskapsteekproef van sosiale fobiese persone is gevind dat hulle finansiëel meer afhanklik is en swaarder op staatshulp steun (Schneier et al., 1992).

Individue met sosiale fobie ervaar aansienlike somatiese simptome in sosiale situasies. 'n Verhoogde hartklop, bewe, sweet en bloos is die mees prominente simptome (Gorman & Gorman, 1987). Soms word paniekaanvalle in die fobiese situasie ervaar (Gelernter, Stein, Tancer, & Uhde, 1992; Mannuzza, Fyer, Liebowitz, & Klein, 1990).

Volgens Holle, Heimberg, Sweet en Holt (1995) is daar nog verbasend min navorsing oor die alkoholgebruik van sosiaal-fobiese persone gedoen (hoewel die ko-voorkoms van alkoholisme en sosiale fobie goed gedokumenteer is). Turner, Beidel, Dancu et al. (1986) rapporteer dat 'n beduidende persentasie sosiaal-fobiese persone alkohol gebruik om angs in sosiale situasies te verlig. Ses-en-veertig persent het die gebruik van alkohol om meer sosiaal by 'n partytjie te voel gerapporteer, en 50% het alkohol-inname ter verligting van antisipatie-angst voor die bywoning van 'n sosiale funksie gerapporteer. Smail et al. (1984) rapporteer dat 57% van sosiaal-fobiese persone doelbewus alkohol inneem voor hulle met outoriteitsfigure praat, 42% terwyl hulle saam met ander eet, en 43% wanneer hulle voor 'n gehoor praat of optree. In 'n aanvanklike studie van alkohol- en kaffeïen-gebruik deur sosiaal-fobiese persone, het Holle et al. (1995) gevind dat sosiaal-fobiese persone 'n laer tipiese weeklikse inname van alkohol as gemeenskapdeelnemers gerapporteer het. Hulle het egter 'n beduidend groter intensie gerapporteer om alkohol in sosiale situasies met vreemdelinge te drink. Daarenteen het hulle 'n beduidend kleiner intensie om koffie met kaffeïen in vergaderings te drink, gerapporteer, terwyl hulle tipiese weeklikse inname van kaffeëndrankies nie verskil het van die van gemeenskapdeelnemers nie.

Weiller et al. (1996) het in 'n studie wat in Parys, Frankryk gedoen is (met data wat as deel van die Wêreld Gesondheidsorganisasie se Studie oor Sielkundige Probleme in Algemene Gesondheidsorg ingesamel is), bevind dat sosiale fobie met 'n verhoogde gebruik van angswerende middels verband hou. Dit is veral hoog wanneer daar 'n ko-morbiede depressie is, naamlik 'n gebruik van angswerende middels by 74,4% van hierdie persone, teenoor slegs 34,6% van persone met depressie sonder 'n angsversteuring. 'n Derde van die nie-depressiewe sosiaal-fobiese persone het angswerende middels geneem. Sanderson et al. (1990) het gevind dat byna 20% van 'n steekproef sosiaal-fobiese persone benzodiazepines op 'n daaglikse basis gebruik het om hulle sosiale angst te beheer.

'n Hele aantal studies wys op 'n selfmoord-risiko by sosiale fobie (Amies et al., 1983; DeGonda & Angst, 1993; Schneier et al., 1992; Weiller et al., 1996). In 'n studie van Schneier et al. (1992) waarin data van die Epidemiologiese Opvangsarea Steekproef (dit wil sê 'n gemeenskapsteekproef) gebruik is, is gevind dat sosiaal-fobiese persone sonder 'n ko-morbiede versteuring 'n verhoogde koers van selfmoord-idees toon. Daar is ook 'n verhoogde koers van selfmoordpogings by hierdie steekproef gerapporteer – 'n bevinding wat hoofsaaklik (maar nie volkome nie) aan die teenwoordigheid van 'n ko-morbiede versteuring toegeskryf is. Weiller et al. (1996) het in 'n studie met data wat deel uitgemaak het van die Wêreld Gesondheidsorganisasie se Studie oor Sielkundige Probleme in Algemene Gesondheidsorg gevind dat die koers van 'n geskiedenis van selfmoord-idees beduidend hoër was by sosiaal-fobiese persone in vergelyking met 'n kontrolegroep. Dit was die geval beide met ko-morbiede depressie (76,9% teenoor 16,1%;  $p < 0,01$ ) en sonder ko-morbiede depressie (49,2% teenoor 16,1%;  $p < 0,01$ ). Die koers van selfmoordpogings was nie hoër by sosiaal-fobiese persone sonder 'n huidige major depressie as by 'n

kontrolegroep (6,5%) nie. Dit was wel beduidend hoër as by die kontrolegroep by pasiënte met ko-morbiede depressie (41,3%;  $p < 0,01$ ).

### **Geassosieerde beskrywende kenmerke en sosiolefbie-subtipes:**

Persone met veralgemeende sosiale fobie het 'n laer opvoedkundige peil, sal minder waarskynlik 'n werk hê, en sal minder waarskynlik getroud wees as persone met nie-veralgemeende sosiale fobie (Brown et al., 1995). Hoewel Turner, Cooley-Quille et al. (1996) meen dat gebrekkige interpersoonlike vaardighede en beperkte persoonlike kontak veral by persone met die veralgemeende sub tipe van sosiale fobie en by persone met 'n ko-morbiede persoonlikheidsversteuring gevind word, meen Brown et al. (1995) dat die twee subtipes nie ten opsigte van toeskouer-evaluasie van sosiale vaardighede verskil nie. Die meerderheid studies toon wel hoër tellings vir depressie by veralgemeende sosiale fobie, en dit is ook konsekwent bevind dat hierdie groep meer waarskynlik 'n addisionele *DSM-III-R* As I of As II diagnose sal hê as die nie-veralgemeende groep (Brown et al., 1995).

## **2.6 KO-MORBIEDE DIAGNOSES**

Volgens die *DSM-IV* kan sosiale fobie geassosieer wees met paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring, obsessief-kompulsiewe versteuring, gemoedsversteurings, middelverwante versteurings en somatiseringsversteuring. Sosiale fobie gaan gewoonlik hierdie versteurings vooraf. Die *DSM-IV* beskou vermydende-persoonlikheidsversteuring ook as 'n algemene ko-morbiede diagnose by sosiale fobie, veralgemeende tipe. Sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring is in Afdeling 2.2.3 in meer detail bespreek.

Sanderson et al. (1990) het bevind dat byna 60% van 'n steekproef van 24 individue met 'n primêre diagnose van sosiale fobie ook aan die kriteria vir ten minste een addisionele As I versteuring voldoen het. (Een-en-twintig persent van hierdie 60% het aan die kriteria vir distimie voldoen, 25% aan die kriteria vir spesifieke fobie, en 17% aan die kriteria vir paniekversteuring met agorafobie). Turner, Beidel, Borden, Stanley en Jacob (1991) het 'n ietwat laer persentasie van ko-morbiditeit gevind naamlik by 43% van 71 sosiaal-fobiese persone. In hierdie geval was veralgemeende angsversteuring die mees algemene ko-morbiede As I diagnose.

Weiller et al. (1996) het in hulle studie gevind dat by pasiënte met huidige sosiale fobie 33% met 'n huidige major depressiewe episode gepresenteer het, teenoor 10% van niesosiaal-fobiese persone ( $p < .01$ ); 26,8% het 'n veralgemeende angsversteuring gehad, teenoor 12% van niesosiaal-fobiese persone; en 18,5% het aan die kriteria vir agorafobie voldoen, teenoor 3,2% van niesosiaal-fobiese persone ( $p < .001$ ).

### **Sosiale fobie en depressie**

Behalwe vir bogenoemde bevindings met betrekking tot depressie, wys talle studies volgens Davies, Norman, Cortese en Malla (1995) in verskeie opsigte op 'n sterk verband tussen angsversteuring en depressie. Die resultate van hulle eie studie dui daarop dat hierdie verband sterker is by angsversteuring oor sosiale evaluasie en onbekende situasies as by angsversteuring oor fisiese gevaar. Weiller et al. (1996) wys daarop dat substansiële ko-

morbiditeit van major depressie konsekwent in kliniese en gemeenskapsteekproewe van sosiale fobie waargeneem word (Amies et al., 1983; DeGonda & Angst, 1993; Schneier et al., 1992; Solyom, Ledwidge, & Solyom, 1986). Weiller et al. (1996) het ook gevind dat sosiaal-fobiese persone selde hulle algemene praktisyn konsulteer, behalwe as hulle depressief is.

### **Sosiale fobie en alkoholisme**

Studies wat die mate van alkoholisme by sosiale fobie ondersoek, het met 'n wye verskeidenheid persentasies te voorskyn gekom (Holle et al., 1995). Amies et al. (1983) het gerapporteer dat 20% van hulle steekproef sosiaal-fobiese pasiënte alkohol in oormaat geneem het. Schneier, Martin, Liebowitz, Gorman en Fyer (1989) het 98 buite-pasiënte, wat aan die *DSM-III-R*-kriteria (American Psychiatric Association, 1987) vir sosiale fobie voldoen het, se geskiedenis van alkoholisme ondersoek en bevind dat 16 van die 98 ook aan die Research Diagnostic Criteria (Spitzer, Endicott, & Robins, 1978, in Schneier et al., 1989) vir lewenslange diagnose van alkoholisme voldoen het. Schneier et al. (1992) het gerapporteer dat 18% van *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) sosiaal-fobiese persone in die Nasionale Instituut vir Geestesgesondheid Epidemiologie Opvangsaar Studie ko-morbied alkohol misbruik het. Die relatiewe risiko van alkoholisme is bereken as 2.2 keer groter vir sosiaal-fobiese persone as vir persone met geen psigiatriese versteuring nie. Thyer et al. (1986) het die Michigan Alcoholism Screening Test (MAST, Selzer, 1971) op 'n verskeidenheid angspasiënte, insluitende *DSM-III* sosiaal-fobiese persone, toegepas. Hulle bevinding was dat vier uit 11 (36,4%) sosiaal-fobiese persone 'n telling van 5 of hoër op die MAST behaal het, wat as aanduidend van alkoholisme beskou word.

Die voorkoms van sosiale fobie by alkoholiste is ook in 'n paar studies gerapporteer. Chambless et al. (1987) het gevind dat 14 uit 75 (18,67%) binne-pasiënt alkoholiste aan *DSM-III*-kriteria vir sosiale fobie voldoen het. Mullaney en Trippett (1979) het sosiale fobie by 56% van 'n steekproef binne-pasiënt alkoholiste gevind. Smail et al. (1984) het gerapporteer dat 41% van 60 alkoholiste in hulle studie as sosiaal-fobies gediagnoseer is. Stravynski, LaMontagne en Lavalley (1986) se gerapporteerde persentasie van *DSM-III* sosiale fobie was veel laer: 7,8% van 'n steekproef van 173 onthoudende buite-pasiënt alkoholiste. In 'n paar van hierdie studies was die gemiddelde ouderdom van aanvang van sosiale fobie beduidend vroeër as die gemiddelde ouderdom van aanvang van alkoholisme (Chambless et al., 1987; Schneier et al., 1992).

## **2.7 VOORKOMS, GESLAGSVERDELING, VERLOOP EN FAMILIE-PATRONE**

### **Voorkoms**

Daar is heelwat variasie in die gerapporteerde voorkomskoeerse vir sosiale fobie (Antony, 1997; American Psychiatric Association, 1994). Die *DSM-IV* rapporteer wisselings in leeftydsvorkoms van 3% tot 13%, terwyl gerapporteerde voorkomskoeerse volgens Weiller et al. (1996) van 2,4% (Schneier et al., 1992) tot 16% (Wacker, Mülleijans, & Klein, 1992) wissel. Volgens die *DSM-IV* kan hierdie wisselings moontlik toegeskryf word aan die drempel wat gebruik word vir die bepaling van ontsteltenis of belemmering, en die aantal of tipes sosiale situasies wat spesifiek in die studies ondersoek is. Onlangse epidemiologiese data is gebaseer op meer as 8 000 individue in die National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1994), waarvolgens 'n leeftydsvorkoms van 13.3% bereken is, en data bekom deur die Wêreld

Gesondheidsorganisasie se projek oor Sielkundige Probleme in Algemene Gesondheidsorg in Parys, waarin 'n leeftydsvorkoms van 14,4% bevind is (Weiller et al., 1996). Weiller et al. (1996) het ook 'n een maand vorkoms van 4.9% gerapporteer.

Volgens Salaberría en Echeburúa (1998) is sosiale fobie na agorafobie die mees algemene fobie wat in kliniese praktyk gesien word en verantwoord dit vir 25% van alle fobies.

Die meeste individue met sosiale fobie vrees publiekespraak of toesprake (*DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994; Weiller et al., 1996). Weiller et al. (1996) het gevind dat 89,3% van hulle pasiënte met 'n leeftydidiagnose van sosiale fobie vrees vir publiekespraak of toesprake gerapporteer het. Hierdie vrees was teenwoordig by twee-derdes van die pasiënte met slegs een vrees en by byna al die pasiënte met twee of meer vrese.

Volgens die *DSM-IV* vrees die oorgrote meerderheid sosiaal-fobiese persone, wat hulle in 'n kliniese konteks bevind, meer as een tipe sosiale situasie. Weiller et al. (1996) het gevind dat die meeste pasiënte òf een (30,6% van pasiënte) òf twee (39,8%) òf drie (27,2%) situasies vrees. Die veralgemeende sub tipe word deur Turner en sy kollegas as die meer algemene vorm van sosiale fobie beskryf (Turner, Beidel, Cooley et al., 1994; Turner, Beidel, & Cooley-Quille, 1997).

Volgens die *DSM-IV* is sosiale fobie selde die rede vir toelating tot 'n binne-pasiënt opset. Weiller et al. (1996) het bevind dat sosiaal-fobiese persone selde hulle algemene praktisyn met betrekking tot hulle sielkundige probleme konsulteer, behalwe as hulle depressief is, en dat sosiale fobie onder-gediagnoseer word.

### **Geslagverdeling**

Kessler et al. (1994) rapporteer 'n lewensvorkoms van 11,1% vir mans en 15,5% vir vroue. Hierdie verhouding van mans tot vrou lê na aan Weiller et al. (1996) se ratio van 4,3% mans teenoor 5,6% vroue vir huidige vorkoms. Volgens die *DSM-IV* suggereer epidemiologiese en gemeenskapsteekproewe oor die algemeen dat sosiale fobie meer algemeen by vroue voorkom. In die meeste kliniese steekproewe is die geslagte egter òf eweredig verdeel (Antony, 1997; American Psychiatric Association, 1994) òf mans is in die meerderheid (American Psychiatric Association, 1994). Na aanleiding van 'n literatuuroorsig meen Brown et al. (1995) dat die veralgemeende en nie-veralgemeende subtipes van sosiale fobie nie verskil met betrekking tot geslag nie.

### **Verloop**

Sosiale fobie begin tipies, volgens die *DSM-IV*, in die middel-tienerjare, en ontwikkel soms uit 'n kindergeskiedenis van sosiale inhibisie of skaamheid, terwyl sommige individue rapporteer dat dit reeds in hulle vroeë kinderjare 'n aanvang geneem het. Davidson, Hughes, George en Blazer (1994) het bevind dat dit gereeld in adolessensie of die kinderjare 'n aanvang neem. Die studie van Weiller et al. (1996) rapporteer 'n gemiddelde aanvangsouderdrom van 15,1 jaar (SA = 8,0) en 'n mediaan van laer as 14 jaar (ongeweegde syfers). Meer as 90% van hulle pasiënte met 'n leeftydidiagnose het 'n aanvang voor 25 jaar gerapporteer.

Navorsingsbevindings dui daarop dat persone met die veralgemeende subtipe jonger is en dat hulle sosiale fobie vroeër 'n aanvang geneem het (byvoorbeeld Brown et al. 1995; Heimberg, Hope et al., 1990; Levin et al., 1993).

Die aanvang van sosiale fobie kan skielik op 'n stresvolle of vernederende ervaring volg, of dit kan geleidelik plaasvind, en die verloop is dikwels deurlopend en lewenslank (American Psychiatric Association, 1994). Stemberger et al. (1995) vermoed dat 'n gekondisioneerde vreesrespons meer algemeen verband kan hou met die spesifieke subtipe, en dat 'n meer geleidelike aanvang kenmerkend kan wees van die veralgemeende subtipe.

Echeburúa (1993 en 1995, in Salaberría & Echeburúa, 1998) skryf die gewoonlike chronisiteit van sosiale fobie daaraan toe dat hulp nie gesoek word nie, moontlik omdat die probleem toegeskryf word aan skaamheid en dus as onveranderbaar beskou word, of omdat daar eers op 'n gevorderde stadium (vyf tot 10 jaar na aanvang) vir terapie aangemeld word. Davidson et al. (1994) en Schneier et al. (1992) wys ook op 'n lae koers van natuurlike herstel. Die versteuring kan egter wel afneem in erns of in remissie gaan gedurende volwassenheid. Die graad van die erns van belemmering kan fluktueer volgens lewensstressors en eise (American Psychiatric Association, 1994).

### **Familiale patroon**

Sosiale fobie blyk meer algemeen by eerstegraadse biologiese verwante van persone met die probleem as by die algemene publiek voor te kom (American Psychiatric Association, 1994; Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz, & Klein, 1993; Perugi et al., 1990; Reich & Yates, 1988; Turner & Beidel, 1989).

## **2.8 ETIOLOGIESE FAKTORE**

Hoewel daar nog min bekend is oor die etiologie of ontwikkelingsverloop van sosiale fobie, is verskeie faktore in die verband ondersoek en suggereer beskikbare data dat veelvuldige faktore betrokke kan wees (Stemberger et al., 1995).

Daar blyk 'n verhoogde voorkoms van sosiale fobie by familieledede van persone met sosiale fobie te wees (Fyer et al., 1993; Perugi et al., 1990; Reich & Yates, 1988; Turner en Beidel, 1989). Familie-studies suggereer dat genetiese of ander biologiese faktore moontlik 'n rol speel in die ontwikkeling van die versteuring. Die manier waarop dit geskied, is egter onbekend (Stemberger et al., 1995). Van die potensieel belangrike biologiese veranderlikes wat geïdentifiseer is, is dat individue met sosiale fobie se hartklop, in vergelyking met die van normale kontrole-persone, in uitdagende sosiale situasies verhoog is (Beidel, Turner, & Dancu, 1985), en dat hierdie verhogings die grootste is by persone wat aan die spesifieke-sosialefobie-subgroep behoort (Levin et al., 1993). Levin, Schneier en Liebowitz (1989) het gerapporteer dat die responsprofiel van individue met sosiale fobie wat met 'n mono-amienoksidaseremmer behandel word, 'n rol deur die sentrale-dopamienergiese sisteem suggereer. Die studies het egter nie finale uitsluitel gegee nie. Dit moet ook in gedagte gehou word dat fisiologiese verskille die resultaat eerder as die oorsaak van die versteuring kan wees (Stemberger et al., 1995). Wat

angssimptomatologie oor die algemeen betref, blyk daar min twyfel daaroor dat daar 'n substansiële genetiese invloed is.

Oor die spesifieke aard van hierdie genetiese invloed is egter nog min bekend (Rapee & Heimberg, 1997). Omvangryke tweelingstudies het duidelik aangetoon dat 'n groot deel van die genetiese invloed op angssimptomatologie en angsversteurings algemeen te vind is by al die angsversteurings en waarskynlik ook by sommige vorms van depressie (Andrews, 1996; Kendler, Heath, Martin, & Eaves, 1987). Hierteenoor demonstreer familie-studies dikwels diagnostiese spesifiteit binne families (Rapee & Heimberg, 1997). So het Fyer, Mannuzza, Chapman, Martin en Klein (1995) gevind dat individue met sosiale fobie meer waarskynlik eerstegraadse verwante met sosiale fobie as met paniekversteuring of spesifieke fobie sal hê. Die kombinasie van hierdie informasie suggereer dat 'n algemene tendens om situasies as bedreigend te interpreteer geneties gemedieer kan wees, terwyl familie-omgewingsfaktore van belang kan wees in die kanalisering van hierdie prosesseringstyl in spesifieke afsetkategorieë, byvoorbeeld sosiale situasies (Rapee & Heimberg, 1997). In aansluiting hierby het Kendler, Neale, Kessler, Heath en Eaves (1992), na aanleiding van 'n studie waarin van 'n populasie-gebaseerde tweelingregister gebruik gemaak is en 'n oorerflikheidskatting vir fobies by vroue van 30% tot 40% gevind is, tot die slotsom gekom dat sosiale fobie uit die gekombineerde effekte van genetiese en nie-spesifieke omgewingsfaktore spruit.

Wat familie-omgewing en style van ouerskap betref, is daar talle studies wat die verband tussen 'n oorbeskermende of oorbetrokke ouerstyl en angssimptomatologie ondersoek het. Hierdie studies dui breedweg daarop dat oorkontroleerende ouerskap positief verband hou met ang (Rapee, 1997). Die studies wat wel tussen tipes ang onderskei het, het geneig om op 'n ietwat meer konsekwente verhouding tussen oorbeskermende ouerskap en sosiale fobie as tussen oorbeskermende ouerskap en die ander angsversteurings te dui (Arrindell et al., 1989; Bruch, et al. 1987, in Rapee et al., 1988; Rapee & Mellville, 1997, in Rapee & Heimberg, 1997). Modelleringsfaktore kan ook invloedryk wees wat die ontwikkeling van sosiale vrese betref. Een of beide ouers van persone met sosiale fobie sal waarskynlik hoë tellings vir sosiale besorgdheid behaal (Bruch, Heimberg, Berger, & Collins, 1989). Kinders kan dan ook verbale en nie-verbale boodskappe van ouers internaliseer. So is in twee studies (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg et al., 1989) gevind dat volwasse sosiaal-fobiese persone meer waarskynlik in retrospek sal rapporteer dat hulle ouers 'n hoë premie op die opinies van ander geplaas het, as agorafobiese of nie-kliniese kontrole-persone. Barrett, Rapee, Dadds en Ryan (1996) het bevind dat kinders met 'n verskeidenheid angsversteurings, insluitende sosiale fobie, meer waarskynlik vermyding van 'n sosiale bedreiging sal rapporteer na hulle die situasie met hulle ouers bespreek het as daarvoor. Mikro-ondersoek van hierdie ouers-kind interaksies het aangedui dat angstige ouers meer waarskynlik vermydende response by hulle kinders sal steun (Dadds, Barrett, Rapee, & Ryan, in Rapee & Heimberg, 1997). Laastens het verskeie studies getoon dat persone met sosiale fobie meer waarskynlik sal rapporteer dat hulle ouers nie familie-sosialisering aangemoedig het nie, in teenstelling met persone met paniekversteuring of nie-kliniese kontrole-persone (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg et al., 1989; Rapee & Melville, 1997, in Rapee & Heimberg, 1997).

Verdere faktore wat in verhouding tot die ontwikkeling van sosiale fobie ondersoek is, is skaamheid, neurotisme en introversie, inhibisie en traumatiese kondisionering. Eysenck (1982) het voorgestel dat hoë vlakke van introversie en neurotisme beide verband hou met skaamheid en die ontwikkeling van angsversteurings. Empiriese steun vir hierdie verhoudings is in studies van beide mense en nie-menslike primate gevind, waar subgroepe beide geïnhibeerde gedrag en fisiologiese reaktiwiteit in nuwe en sosiale situasies getoon het (Higley & Suomi, 1989; Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons, & Johnson, 1988).

Wat skaamheid betref, is dit steeds onduidelik of dit 'n voorganger of kwesbaarheidsfaktor of alternatiewelik 'n ligter weergawe van 'n sosiale fobie is. Laasgenoemde opsie is problematies in die sin dat skaamheid 'n baie vroeë aanvang het en in baie gevalle van verbygaande aard is, terwyl sosiale fobie as 'n chroniese, standhoudende probleem beskou word. Nietemin blyk daar 'n aansienlike oorvleueling ten opsigte van die kliniese beelde van skaamheid en introversie, en 'n verband tussen skaamheid en sosiale fobie te wees. Volgens die siening van skaamheid as 'n predisionerende faktor, bevorder ander faktore, soos traumatiese kondisioneringservarings, die uiteindelijke ontwikkeling van die versteuring (Stemberger et al., 1995). Stemberger en sy kollegas (1995) het bevind dat skaamheid in die kinderjare, tesame met traumatiese kondisionering, die teenwoordigheid van sosiale fobie voorspel, hoewel ander ongeïdentifiseerde faktore ook relevant geblyk te wees het. Die teenwoordigheid van beide hierdie veranderlikes was slegs by die veralgemeende sub tipe beduidend meer waarskynlik as by die normale kontrolegroep.

Kagan, Snidman en Arcus (1992) verwys na 'n vroeë aanvangspatroon, wat grootliks deur sosiale inhibisie, ongemak met die nuwe of onbekende, en verhoogde fisiologiese opwekking gekenmerk word, met die term gedragsinhibisie. Hierdie sindroom kan so vroeg as op vier maande begin en duur tot ten minste sewe en 'n half jaar (Kagan et al., 1992). Gedragsinhibisie kan moontlik 'n ontwikkelingsvoorganger van sosiale fobie wees, of alternatiewelik kan dit as konstitusionele kwesbaarheid vir die ontwikkeling van sosiale fobie dien, deurdadig dit die individu se sensitiwiteit vir sosiale evaluasie van traumatiese gebeure verhoog (Stemberger et al., 1995). Volgens Stemberger et al. (1995) toon sindrome soos skaamheid, introversie, neurotisme, inhibisie en gedragsinhibisie topografies ooreenstemming met gedrag wat in die angsversteurings en veral sosiale fobie openbaar word. Amies et al. (1983) en Watson, Clark en Carey (1988) het hoë neurotisme en lae ekstraversie – positiewe emosionaliteit by individue met sosiale fobie gerapporteer. Stemberger et al. (1995) het gevind dat hoewel beide die veralgemeende en spesifieke sosialefobie-subtipes hoër neurotisme as 'n kontrolegroep openbaar het, die veralgemeende sub tipe beduidend laer ekstraversie as die kontrolegroep getoon het, terwyl die spesifieke groep nie van 'n normale groep ten opsigte van ekstraversie verskil het nie. Individue met spesifieke sosiale fobie het beduidend laer neurotisme-tellings en beduidend hoër ekstraversie-tellings as individue met veralgemeende sosiale fobie behaal. Volgens Stemberger et al. (1995) is hierdie bevindings konsekwent met die hipotese dat skaamheid die manifestasie van 'n algemene temperamentele neiging tot sosiale inhibisie is. Die meganisme waarvolgens hierdie kenmerke (skaamheid, introversie, neurotisme, inhibisie en gedragsinhibisie) op sigself of in kombinasie kan bydra tot die aanvang van sosiale fobie is egter nog onduidelik (Stemberger et al., 1995).



Die etiologie van sosiale fobie is dus oor die algemeen nog onduidelik. Verskeie faktore blyk waarskynlik relevant in die aanvang van die versteuring te wees. Data met betrekking tot hierdie veranderlikes is egter beperk. Voorts is daar geen bewyse wat slegs een etiologiese weg suggereer nie. Verskillende etiologiese determinante mag van toepassing wees vir verskillende individue. Daar is ook 'n gebrek aan vergelykende etiologie-navorsing met betrekking tot die twee sosialefobie-subgroepe.

## 2.9 SAMEVATTING

Sosiale fobie is 'n kliniese angsversteuring wat in 1980 deel van die sielkundige en psigiatriese nomenklatuur geword het toe dit in die *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) beskryf is. Die versteuring word deur 'n duidelike en standhoudende vrees vir sosiale of optrede-situasies gekenmerk. Die individu vrees dat hy/sy op 'n vernederende of embarraserende wyse sal optree (of angssimptome sal wys). Die gevreesde sosiale of optrede-situasies word vermy, of word andersins met intense angse of ontsteltenis verduur. Blootstelling aan hierdie situasies ontlok byna sonder uitsondering angse, wat die vorm van 'n paniekaanval mag aanneem.

Sosiale fobie hou dikwels met ernstige sosiale beperkings verband. Gebrekkige sosiale vaardighede kom dikwels voor, hierdie persone het minder sosiale ondersteuningsnetwerke en sal minder waarskynlik trou, en akademiese en beroepsfunksionering word dikwels ontweig. Aansienlike somatiese simptome word dikwels in sosiale situasies ervaar en sosiale fobie hou met 'n verhoogde gebruik van angswerende middels verband. Daar is ook aanduidings van verhoogde alkoholgebruik om angse in sosiale situasies te verlig.

Ten spyte van genoegsame bewyse dat dit 'n onderskeibare versteuring van ander angsversteurings is, blyk sosiale fobie 'n heterogene versteuring te wees en verskeie vorme van diagnostiese subtipering is al deur navorsers voorgestel in 'n poging om hierdie heterogeniteit aan te spreek. So is dit in die *DSM-III-R* en *DSM-IV* hanteer deur die insluiting van 'n veralgemeende sub tipe van sosiale fobie, wat aandui dat die persoon se vrese die meeste sosiale situasies insluit.

In sulke gevalle moet 'n addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring ook oorweeg word, hoewel twyfel in die literatuur bestaan oor die definisie of diagnostiese kriteria van vermydende-persoonlikheidsversteuring, en dit ook betwyfel word of vermydende-persoonlikheidsversteuring wel 'n nosologiese entiteit apart van sosiale fobie is. Sosiale fobie kan ook met paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring, obsessief-kompulsiwiese versteuring, gemoedsversteurings, middelverwante versteurings en somatiseringsversteuring geassosieer wees.

Sosiale fobie blyk 'n redelik algemene versteuring te wees en leeftydsvorkoms koerse van tot so hoog as 16% word gerapporteer. Die *DSM-IV* rapporteer wisselings in leeftydsvorkoms van drie persent tot 13%. Volgens Salaberría en Echeburúa (1998) is sosiale fobie na agorafobie die mees algemene fobie wat in die kliniese praktyk gesien word en verantwoord dit vir 25% van alle fobies. Epidemiologiese en gemeenskapsteekproewe suggereer dat sosiale fobie meer algemeen by vroue voorkom, terwyl daar 'n

eweredige verdeling van geslagte of 'n meerderheid van mans in die meeste kliniese steekproewe voorkom.

Sosiale fobie begin tipies in die middel-tienerjare en kan ook in die kinderjare ontstaan. Dit is meer algemeen by eerstegraadse biologiese verwante, ontwikkel soms by persone met 'n kindergeskiedenis gekenmerk deur sosiale inhibisie en skaamheid, kan skielik op 'n stresvolle of vernederende ervaring volg, of kan geleidelik ontwikkel. Die verloop is dikwels deurlopend en lewenslank.

Hoewel daar nog min bekend is oor die etiologie van sosiale fobie, is verskeie moontlike etiologiese faktore ondersoek en suggereer beskikbare data dat veelvuldige faktore betrokke kan wees. Daar is aanduidings dat genetiese of ander biologiese faktore moontlik 'n rol speel, dat familie-omgewingsfaktore 'n belangrike invloed mag wees en daar is sprake van nie-spesifieke omgewingsfaktore.

Hoewel navorsing oor sosiale fobie oor die afgelope jare dramaties toegeneem het en navorsers 'n beter begrip van die aard en etiologie van die versteuring begin kry het en enkele behandelingsmetodes al effektief bevind is, word navorsing oor sosiale fobie steeds as 'n paar jaar agter dié oor sekere ander angsversteurings (byvoorbeeld paniekversteuring en obsessief-kompulsiewe versteuring) beskou.

### 3. SOSIALE FOBIE VANUIT 'N KOGNITIEWE PERSPEKTIEF

#### 3.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk handel oor huidige modelle en teorieë in terme waarvan die etiologie, handhawing en aard van sosiale fobie verstaan kan word, en die navorsing wat op hierdie modelle en teorieë gebaseer is. Die tersaaklike modelle en teorieë word eers bespreek. Soos sal blyk, kry kognitiewe modelle en teorieë vir sosiale fobie veral aandag en erkenning in die literatuur en navorsing. Die tweede deel van die hoofstuk handel oor navorsing oor kognitiewe modelle, teorieë en faktore rakende die aard, etiologie en handhawing van sosiale fobie. Navorsing oor aandagsverdraaiing in die vorm van selektiewe aandag aan die gedrag van ander, asook 'n verhoogde selffokus weens 'n vrees vir kritiek en negatiewe evaluasie deur ander, word ook in hierdie afdeling bespreek. In die derde deel van die hoofstuk word die oorsake van aandagsverdraaiing soos eksperimenteel vanuit 'n informasie-prosesseringsparadigma ondersoek, bespreek. Die klem val veral op die gebruik van 'n bepaalde metingsmetodologie, naamlik die emosionele-Strooptaak. Die hoofstuk word afgesluit met 'n samevatting van die huidige status van kognitiewe teoretisering en navorsing rakende sosiale fobie, en lig vraagstukke wat verdere navorsing vereis uit.

#### 3.2 TEORETIESE MODELLE, KOGNITIEWE TEORIEË EN KOGNITIEWE FAKTORE MET BETREKING TOT DIE ETIOLOGIE, HANDHAWING EN AARD VAN SOSIALE FOBIE

##### 3.2.1 Teoretiese modelle

Hope et al. (1993) het uit 'n oorsig van die literatuur tot die slotsom gekom dat drie omvattende modelle oor sosiale fobie ten minste 'n mate van aanvaarding bereik het:

- (a) **Die Psigobiologiese/Etiologiese Model** is in die vroeë 1980's deur Trower en Turland (1984) ontwikkel. Dit is as 'n stresbeoordelingsmodel beskryf en is later uitgebrei om 'n etiologiese perspektief in te sluit (Trower & Gilbert, 1989). Volgens hierdie model kom sosiale angs voor as deel van 'n verwikkelde skema om intra-spesie bedreiging te hanteer, en het dit ontstaan om die ontwikkeling van komplekse sosiale groepe te fasiliteer.
- (b) **Die Self-Voorstellingsmodel van Sosiale Angs** is deur Schlenker en Leary (1982) beskryf. Volgens hierdie model kom sosiale angs voor wanneer 'n individu 'n bepaalde indruk op ander wil maak en twyfel of hy/sy suksesvol daarin sal wees. In latere verfyning van die model (soos opgesom in Leary, Kowalski, & Campbell, 1988) het Leary situasionele en disposisionele faktore geïdentifiseer, wat die motivering om betrokke te raak in die bestuur van indrukke wat gemaak word, en/of self-werksaamheid om die gewenste indruk te bereik, verhoog.
- (c) **Beck se Kognitiewe Teorie van Sosiale Angs** (Beck et al., 1985) is 'n kognitiewe model van fobies en angs, met spesifieke toepassings op sosiale angs. Die skema-konsep, wat ook in hierdie hoofstuk bespreek word, is sentraal in hierdie model. Beck en sy kollegas se kognitiewe teorieë word verduidelik in hierdie afdeling in meer detail bespreek.

Die kognitiewe benadering word as een van die mees invloedryke benaderings ten opsigte van angsversteurings beskou, en verskeie skrywers soos Butler (1985) en Emmelkamp (1982) stel voor dat kognitiewe faktore veral by sosiale fobie van belang mag wees (Stopa & Clark, 1993). Dit blyk dan ook, wat bogenoemde drie modelle betref, dat Beck se Kognitiewe Teorie van Sosiale Angs heelwat aandag asook steun van daaropvolgende navorsing gekry het. Volgens Hope, Heimberg en Bruch (1995) is Heimberg (1991) se kognitiewe gedragsbehandeling van sosiale fobie in 'n groep-opset, wat ook in die huidige studie gebruik is, op die teorie van Beck gebaseer. Vervolgens word hierdie model en verwante modelle, asook die onlangse Kognitiewe Gedragsmodel van Angs in Sosiale Fobie van Rapee en Heimberg (1997) bespreek, waarna verwante, asook alternatiewe kognitiewe navorsing bespreek word.

### 3.2.2 Beck se kognitiewe teorie van sosiale angs

Volgens die model wat Beck en sy kollegas (Beck et al., 1985) vir sosiale fobie aanbied, raak sosiaal-fobiese persone angstig in antisipasie van of by deelname aan sosiale situasies vanweë oortuigings na aanleiding waarvan hulle voorspel dat hulle wyse van optrede tot verwerping of verlies aan status sal lei. Sodra hierdie negatiewe sosiale gedagtes aan die gang gesit is, dra dit by tot 'n reeks van bese kringlope wat die sosiale fobie handhaaf. Somatiese en gedragsimptome van angs raak verdere bronne vir die persepsie van gevaar en angs. (Bloos word byvoorbeeld deur die persoon geïnterpreteer as bewys dat hy/sy wel 'n gek van hom-/haarself maak.) Die persoon raak gepreokkupeerd met sy/haar negatiewe gedagtes, wat dan met die vermoë om sosiale riglyne te prosesseer inmeng, wat weer tot 'n objektiewe afname in doeltreffendheid van optrede lei. Sommige van die veranderinge in die sosiaal-fobiese persoon se gedrag mag minder vriendelike gedrag van ander ontlok, wat dan ten dele die sosiaal-fobiese persoon se vrese bevestig. Aandagsvoorkeur aan aanduidings van bedreiging beteken dat wanneer hierdie persone nie met hulle interne dialoog gepreokkupeerd is nie, hulle waarskynlik eerder aspekte van hulle eie en ander se gedrag, wat as bewys van werklike of dreigende negatiewe sosiale evaluasie geïnterpreteer kan word, sal waarneem.

Die skemakonsep, wat sentraal in Beck en sy kollegas (Beck et al., 1985) se model is, verwys na 'n basiese kognitiewe struktuur wat die prosessering van informasie rig. Skemata word gekonseptualiseer as reëls wat informasie klassifiseer, prioritiseer en interpreteer. Dit fasiliteer ook die herroep van relevante informasie. Skemata word in modusse gegroepeer, wat 'n algemene voor-ingenomendheid of kognitiewe stel/ingesteldheid skep, wat die individu van een situasie na die volgende oordra. Volgens Beck et al. (1985) funksioneer angsversteurde persone gewoonlik in die kwesbaarheidsmodus. In die kwesbaarheidsmodus word die wêreld as 'n gevaarlike plek, waarin die individu konstant op potensiële bedreiging bedag moet wees, gesien. As gevolg van hierdie hiperwaaksaamheid word neutrale of ietwat positiewe aanduidings negatief geïnterpreteer. Positiewe of veiligheidsaanduidings word misken of geïgnoreer, soos ook herinneringe of beoordelings met betrekking tot persoonlike bronne of suksesse.

Die gevaar vir sosiaal-fobiese persone lê in sosiale interaksie, en sosiaal-fobiese persone is hiperwaaksaam vir aanduidings van sosiale bedreiging (Hope, Rapee, Heimberg, & Dombeck, 1990; Mattia, Heimberg, & Hope, 1991). Hierdie aanduidings kan dan opgeblaas of oordryf word, sodat 'n

skaars merkbare hakkel tydens 'n gesprek as inkoherensie gesien word, en die weiering van 'n versoek om uit te gaan 'n eensame en geïsoleerde bestaan voorspel.

### 3.2.3 'n Kognitiewe-gedragmodel van angs in sosiale fobie (Rapee & Heimberg, 1997)

Hierdie model bied 'n konseptualisasie aan van die ervaring van angs in sosiale of evaluasie-situasies by persone met sosiale fobie. Die manier waarop hierdie persone informasie in verband met potensiële evaluasie waarneem en prosesseer, en die wyse waarop hierdie prosesse verskil by persone met hoë teenoor lae sosiale angs, word beskryf. Daar word geargumenteer dat distorsies en voorkeure in die prosessering van sosiale of evaluasie-informasie tot verhoogde angs in sosiale situasies lei en dan help om die sosiale fobie te handhaaf.

Volgens die skrywers (Rapee & Heimberg, 1997) brei hierdie model uit op vorige modelle (byvoorbeeld die van Carver & Scheier, 1978; Schlenker & Leary, 1982) en sluit dit aan by soortgelyke huidige denke (Clark & Wells, 1995). Hulle gee ook te kenne dat daar verskeie alternatiewe perspektiewe (byvoorbeeld sosiaal, biologies) bestaan waaruit hulle kon kies. Hulle meen egter dat hulle fokus op 'n kognitiewe perspektief, wat op behandelings- en navorsingsmetodes wat algemeen in hierdie veld voorkom gebaseer is, die mees logiese raamwerk vir 'n begrip van sosiale fobie bied. Daar word dan ook in hulle beskrywing en bespreking van die model na talle studies, wat ook in hierdie hoofstuk gerapporteer word, verwys.

Hoewel Rapee en Heimberg (1997) voorlopige aannames, konsepte en komponente van hulle model (toeskouers; kognitiewe voorstelling van die self soos gesien deur die toeskouers; toekenning van aandagsbronne; vergelyking van die toeskouers se waargenome beoordeling met hulle verwagte standaard; beoordeling van waarskynlikheid en gevolge van negatiewe evaluasie; angs), etiologiese oorwegings en behandelingsoorwegings (met verwysing na verwante teoretisering en navorsing) beskryf en bespreek, word daar in hierdie gedeelte slegs kortliks op die model self gefokus.

Die model gaan van die veronderstelling uit dat mense met sosiale fobie aanneem dat ander mense inherent krities is en hulle dus waarskynlik negatief sal evalueer (Leary et al., 1988). Hulle heg dan ook fundamentele belang daaraan om positief deur ander beoordeel te word. Verskeie prosesse, wat sosiale fobie genereer of handhaaf, kan binne hierdie raamwerk voorkom. Hierdie prosesse bly essensieel dieselfde, of 'n persoon hom in 'n sosiale of evaluasie-situasie bevind, dit antisipeer, of in retrospek deurgaen. Wanneer die individu 'n sosiale situasie teëkom, vorm hy/sy 'n kognitiewe voorstelling van hoe hy/sy aanneem die toeskouer(s) sy/haar eksterne voorkoms en gedrag waarskynlik sien, en fokus hy/sy terselfdertyd sy/haar aandagsbronne op enige waargenome bedreiging in die sosiale omgewing. Die voorstelling van die eie voorkoms en gedrag is nie werklik 'n homunculus nie, maar is 'n losweg geïntegreerde amalgaam wat op 'n verskeidenheid insette gebaseer is. Informasie wat uit die langtermyn geheue onttrek word (byvoorbeeld herroeping van algemene voorkoms en vorige ervaring in die situasie), interne informasie (byvoorbeeld fisiese simptome), en eksterne informasie (byvoorbeeld terugvoer van toeskouers) word deur hierdie insette ingesluit. Aandagsbronne word aan prominente aspekte van die selfbeeld (gewoonlik kenmerke wat relevant is in die situasie en potensieel negatief is) en die monitor van

potensiële eksterne bedreiging toegeken. Vir sosiaal-fobiese persone behels potensiële eksterne bedreiging, soos 'n frons of tekens van verveeldheid, aanduidings van moontlike negatiewe evaluasie.

Behalwe vir die toeken van aandagsbronne aan hierdie eksterne bedreigings en die kognitiewe voorstelling van eie voorkoms en gedrag, formuleer die individu terselfdertyd 'n voorspelling van die verwagte standaard of norm vir optrede wat hy van die gehoor verwag om in die spesifieke situasie te handhaaf. Die toeskouers se verwagte siening van die individu en hulle veronderstelde situasionele standaarde word vergelyk ter beraming van die toeskouers se persepsie van die individu se huidige optrede (en, by uitbreiding, van die individu self). 'n Bepaling of die individu optree op 'n wyse wat aan spesifieke, veronderstelde standaarde van 'n gegewe gehoor in 'n gegewe situasie voldoen, word dus gemaak. Die diskrepansie tussen die individu se persepsie van die toeskouers se taksasie van sy/haar optrede (voorkoms en/of gedrag), en die individu se persepsie van die toeskouers se standaard vir die evaluasie van sy/haar voorkoms en/of gedrag, bepaal die waargenome waarskynlikheid van negatiewe evaluasie deur die toeskouers en oorweging van die sosiale gevolge van die verwagte negatiewe evaluasie. Die voorspelde negatiewe evaluasie ontlok verdere angs, wat fisiologiese, kognitiewe en gedragskomponente het, wat dan die individu se kognitiewe voorstelling van sy/haar voorkoms en/of gedrag soos gesien deur die toeskouers beïnvloed, en die siklus word hernu.

### **3.3 NAVORSING OOR KOGNITIEWE MODELLE, TEORIEË EN FAKTORE RAKENDE DIE ETIOLOGIE, HANDHAWING EN AARD VAN SOSIALE FOBIE**

#### **3.3.1 Inleiding**

Kognitiewe manifestasies is opvallend by sosiale fobie (Butler, 1985; Emmelkamp, 1982; Woody, Chambless, & Glass, 1997), en navorsing bevestig dat verskeie kognitiewe verskynsels met sosiale fobie verband blyk te hou (Bruch, Mattia, Heimberg, & Holt, 1993). So het kognitiewe navorsing oor sosiale angs byvoorbeeld wanaangepaste attribusie-style (Leary, Atherton, Hill, & Hur, 1986), bevoordeelde herroeping van negatiewe sosiale terugvoer (O'Bannon & Arkowitz, 1977), diskrepansie in self-evaluasie tussen werklike eienskappe en eienskappe wat die deelnemer glo ander van hom/haar verwag om te hê (Strauman, 1989; Strauman & Higgins, 1988), en 'n verhoogde frekwensie negatiewe self-verwysende gedagtes (Glass et al., 1982), sowel as 'n afname in die frekwensie positiewe self-verwysende gedagtes (Bruch, Gorsky, Collins, & Berger, 1989) geïdentifiseer. Verskeie studies bied ook voorlopige steun vir die kognitiewe model van sosiale fobie (Stopa & Clark, 1993). Vervolgens word kognitiewe faktore en teorieë wat verband hou met die kognitiewe model van sosiale fobie asook relevante navorsing bespreek.

#### **3.3.2 Verwagtings van negatiewe sosiale gebeure**

Lucock en Salkovskis (1988) het gevind dat, in vergelyking met normale persone, sosiaal-fobiese persone die waarskynlikheid dat negatiewe sosiale gebeure sal plaasvind oorskakel en die waarskynlikheid dat positiewe sosiale gebeure sal plaasvind onderskat. Foa, Franklin, Perry en Herbert (1996) het bevind dat persone met veralgemeende sosiale fobie negatiewe sosiale gebeure (voor behandeling) as meer waarskynlik en meer negatief beoordeel het as nie-angstige kontrole-persone. Hulle het ook die sosiale

gebeure as meer waarskynlik en meer nadelig as nie-sosiale gebeure beoordeel, terwyl die nie-angstige kontrole-persone die sosiale en nie-sosiale gebeure as ewe waarskynlik beoordeel het en negatiewe nie-sosiale gebeure as meer nadelig as die sosiale gebeure beskou het. Aandagsverdraaiing, wat met hierdie verskynsels verband hou, word later in hierdie hoofstuk afsonderlik bespreek.

### 3.3.3 Negatiewe kognisies en voor-ingesteldheid in selfbeoordeling

Turner, Beidel en Larkin (1986) het gevind dat sosiaal-fobiese persone meer negatiewe en minder positiewe kognisies in drie interpersoonlike situasies as nie-sosiaal angstige deelnemers gehad het.

Stopa en Clark (1993) se studie oor die kognitiewe prosesse van sosiaal-fobiese persone in vergelyking met die van angstige en nie-pasiënt kontrolegroepe, het video-opnames van gesprekke met 'n pop behels. Hulle het ook 'n verhoogde aantal negatiewe gedagtes by die sosiaal-fobiese persone gevind. Meer spesifiek het hulle bevind dat die sosiaal-fobiese persone se verhoogde aantal negatiewe gedagtes tot gedagtes van negatiewe self-evaluasie beperk was, en dat daar geen groeverskille in negatiewe gedagtes wat eksplisiet oor negatiewe evaluasie deur die pop gaan, was nie. 'n Moontlike verklaring wat die skrywers hiervoor aanbied is dat sosiaal-fobiese persone se gedagtes nie deur data bepaal word nie, maar eerder deur 'n outomatiese program wat in 'n sosiale situasie geaktiveer word. Die persoon gaan dan deur hierdie repetoire van negatiewe gedagtes sonder om werklik aandag te gee aan wat in die situasie gebeur.

Rapee en Lim (1992) het ook gevind dat sosiaal-fobiese persone 'n negatiewe vooroordeel in hulle globale beoordelings van hulle eie algemene sosiale optrede openbaar. Tog was die sosiaal-fobiese persone net so akkuraat soos nie-kliniese kontrole-persone in hulle beoordeling van spesifieke sosiale gedrag. Dit mag dus wees dat, hoewel sosiaal-fobiese persone positiewe en negatiewe aspekte van hulle gedrag akkuraat waarneem, hulle die mate waartoe klein gedragstekorte die algemene indruk wat hulle op ander maak belemmer, oorskat.

Alden en Wallace (1995) het ook, soos Stopa en Clark (1993) en Rapee en Lim (1992), gevind dat sosiaal-fobiese persone 'n negatiewe vooroordeel in hulle beoordelings van hulle eie gedrag, relatief tot waarnemers se beoordeling van hulle gedrag, openbaar. Hulle het egter 'n positiewe vooroordeel in hulle beoordeling van die sosiale gedrag van die persoon met wie hulle in gesprek was, getoon. Hoewel hulle steeds minder vaardigheid as kontrole-deelnemers openbaar het, het die groep sosiaal-fobiese persone wat in interaksie met 'n responsiewe gespreksmaat was, meer effektiewe sosiale gedrag openbaar as die wat met 'n onresponsiewe maat in gesprek was. Nietemin het hierdie twee groepe sosiaal-fobiese persone hulle sosiale optrede tot dieselfde mate onderskat. Volgens Alden en Wallace (1995) dui dit daarop dat sosiaal-fobiese persone se negatiewe voor-ingesteldheid nie met die vaardigheid van hulle eie sosiale gedrag, of die aard van ander se gedrag teenoor hulle, of met ander faktore wat in negatiewe sosiale interaksie gevind word verband hou nie, maar dat dit eerder 'n kenmerk is van die manier waarop hulle hulleself beoordeel. Dit sluit dus aan by Stopa en Clark (1993) se interpretasie van hulle bevindings, soos vroeër in hierdie sub-afdeling genoem, naamlik dat sosiaal-fobiese persone se gedagtes nie deur dit

wat in die sosiale situasie gebeur bepaal word nie, maar dat dit eerder deur 'n outomatiese program van negatiewe gedagtes, wat in die situasie geaktiveer word, bepaal word.

### **3.3.4 Selektiewe en self-gefokusde aandag**

#### **3.3.4.1 Inleiding**

Kognitiewe modelle van sosiale fobie verleen, onder andere, klem aan die rol van selektiewe aandag aan, of verhoogde prosessering van aanduidings van bedreiging (byvoorbeeld Beck et al., 1985; Dodge, Hope, Heimberg, & Becker, 1988; Hope, Rapee et al., 1990; Lucock & Salkovskis, 1988). Hierdie aandagsvoorkeur aan aanduidings van bedreiging beteken dat wanneer sosiaal-fobiese persone nie gepreokkupeer is met hulle interne dialoog nie, hulle waarskynlik sal let op aspekte van hulle eie en ander se gedrag wat as aanduidings van dreigende of werklike negatiewe sosiale evaluasie beskou kan word (Stopa & Clark, 1993). So het Lundh en Öst (1996) gevind dat sosiaal-fobiese persone meer kritiese as aanvaardende gesigte herken het, terwyl kontrole-persone meer aanvaardende as kritiese gesigte herken het. Die sosiaal-fobiese persone het ook die gesigte wat hulle herken het as meer krities beoordeel as die gesigte wat hulle nie herken het nie. Die kontrole-persone het gesigte as meer aanvaarend beoordeel. Volgens Lundh en Öst (1996) is hierdie bevindings in ooreenstemming met die hipotese dat die konsep van krities wees by sosiaal-fobiese persone deel vorm van 'n hoër georganiseerde netwerk van betekenisstrukture as by kontrole-persone, waardeur die gesigte wat as meer krities gekodeer word vir sosiaal-fobiese persone meer herkenbaar gemaak word. Vanweë die navorsingsontwerp van hierdie studie kon 'n alternatiewe teoretiese verklaring egter nie uitgeskakel word nie. Volgens hierdie verklaring mag hier sprake wees van 'n responsvoorkeur, eerder as 'n werklike voorkeur in terme van herkenning. Winton, Clark en Edelmann (1995) het verhoogde akkuraatheid in die bespeuring van negatiewe gesigsuitdrukkings en verlaagde akkuraatheid in die bespeuring van neutrale uitdrukkings by 'n nie-kliniese sosiaal-angstige populasie gevind. Dit het egter weer eens, soos in Lundh en Öst (1996) se studie, geblyk dat hierdie resultate ook aan 'n negatiewe responsvoorkeur toegeskryf kon word. Winton et al. (1995) se resultate het dus nie noodwendig met verhoogde waarneming of prosessering van aanduidings van bedreiging verband gehou nie, en kon ook aan negatiewe responsvoorkeur in die beoordeling van ander se emosionele uitdrukkings toegeskryf word. In ondersoek wat met bogenoemde twee studies verband hou, het Hope, Rapee et al. (1990) en Asmundson en Stein (1994) aanduidings gevind dat sosiaal-fobiese persone selektief aan negatiewe sosiale evaluasie-woorde aandag gee. In die volgende afdeling van hierdie hoofstuk sal informasie-prosessering en die navorsing daaroor verder bespreek word.

Winton et al. (1995) spreek na aanleiding van hulle eie navorsing en met verwysing na die artikel van Clark en Wells (1995) die vermoede uit dat wat prosesseringsvoorkeur betref, sosiaal-fobiese persone meer gewig aan hulle eie indrukke van hulleself as aan negatiewe aanduidings van ander gee, wanneer hulle beoordeel hoe ander hulle sien.

Sosiaal-fobiese persone spandeer dan ook baie van hulle aandag, in sosiale situasies of in antisipasie daarvan, aan negatiewe self-evaluasie (Beidel et al., 1985; Cacioppo, Glass, & Merluzzi, 1979; Glasgow & Arkowitz, 1975; Glass et al., 1982; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993). Sulke verhoogde



selffokus tydens sosiale interaksie is ook by skaam persone gevind (Melchior & Cheek, 1990). Navorsing toon 'n konsekwentheid in die assosiasie van self-gefokusde aandag met sosiale angs, belemmerde sosiale optrede, verhoogde angs en negatiewe selfbeoordeling, wat tot verskeie teorieë ter voorstelling van die rol van self-gefokusde aandag by sosiale fobie gelei het (Carver, Peterson, Follansbee, & Scheier, 1983; Hartman, 1983, 1984; Hope, Gansler, & Heimberg, 1989; Schlenker & Leary, 1982; Woody et al., 1997). Daar sal vervolgens in meer detail op die selektiewe fokus van aandag op die self ingegaan word.

#### **3.3.4.2 Self-fokus en belemmerde sosiale optrede**

Konsekwent met die kognitiewe model het Beidel et al. (1985) gevind dat 'n hoë sosiale-angsgroep minder sosiaal vaardig as 'n lae sosiale-angsgroep in 'n reeks gedragstake was. Individuele metings van gedrag, soos oogkontak en stemtoon, het egter nie tussen die twee groepe onderskei nie. Stopa en Clark (1993) het ook gevind dat, volgens die beoordelings van waarnemers, sosiaal-fobiese persone swakker gevaar het in gesprekvoering as kontrole-deelnemers.

Self-gefokusde aandag blyk 'n nadelige effek op prestasie in sosiale evaluasie-situasies te hê. Liebling en Shaver (1973) het dit selfs by individue, wat nie vooraf geselekteer is vir sosiale fobie nie, gevind en Carver et al. (1983) het dit in 'n reeks eksperimente met hoë en lae toetsang-deelnemers gevind. In studies met sosiaal-fobiese individue is 'n selfbewuste ingesteldheid verbind met swak prestasie in toetse van vermydingsgedrag, die demonstrasie van minder sosiale vaardighede in die betrokke sosiale situasies, rapportering van hoër angs, en rapportering van meer frekwente negatiewe gedagtes (Hope & Heimberg, 1988). Burgio, Merluzzi en Pryor (1986) het gevind dat deelnemers met lae selfvertroue as minder sosiaal-vaardig beoordeel word wanneer self-gefokusde aandag deur middel van 'n videokamera geaktiveer word. Deelnemers met hoë en lae selfvertroue is egter as ewe vaardig beoordeel in afwesigheid van die kamera.

Volgens die teorie belemmer oormatige self-fokus optrede deurdat daar in effek nie voldoende aandag oorbly vir die optimale hantering van die sosiale situasie nie (Hartman, 1983, 1984; Ingram, 1990; Sarason, 1975). Daar word byvoorbeeld gemeen dat die negatiewe interne dialoog, waartoe sosiaal-fobiese persone soos deur navorsing aangedui geneig is, hulle aandag aflei van riglyne of terugvoer oor hulle optrede (byvoorbeeld Dodge et al., 1988). Alden en Wallace (1995) is van mening dat sosiaal-fobiese persone se probleem nie soseer selektiewe aandag aan informasie oor hulle eie optrede is nie, as wat dit 'n afwesigheid van informasie oor hulle optrede is. Hulle meen dit is moontlik dat sosiaal-fobiese persone se selfbeoordelings primêr op voorgestelde idees van hulleself as nie goed genoeg nie, en dus op hulle selfskemas gebaseer is, eerder as op informasie oor hulle werklike gedrag in die spesifieke interaksie.

Verskeie studies het self-gefokusde aandag as 'n afname in die vermoë om gebeure tydens die sosiale situasie te herroep geoperasionaliseer, omdat die hoë mate van self-gefokusde aandag dan tot 'n onvermoë om aan die onderskeie kenmerke van die omgewing of gesprek aandag te skenk, sou lei. Hoewel sommige navorsers soos Daly, Vangelisti en Lawrence (1989) so 'n afname in herroeping gevind het, het ander soos Stopa en Clark (1993) en Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft en Rodney (1994)

dit nie gevind nie. Kimble en Zehr (1982) se navorsing bring 'n vraagteken oor die afleiding dat verhoogde self-fokus verband hou met verminderde aandag aan ander sosiale gebeure. Hulle het bevind dat deelnemers met 'n hoë mate van selfbewustheid wel swak herroeping van visuele informasie openbaar. Dit was egter nie die geval met verbale informasie, wat meer relevant vir sosiale optrede kan wees nie. Hierteenoor, en in aansluiting hierby, het Rapee et al. (1994) in vier studies misluk om 'n geheue-voorkeur by sosiaal-fobiese persone vir sosiaal-bedreigende informasie te demonstreer.

#### **3.3.4.3 Self-fokus en verhoogde negatiewe affek**

Behalwe vir die verband met belemmerde sosiale optrede, is self-fokus ook met verhoogde negatiewe affek geassosieer. In verskeie gemoedsinduksie-studies het negatiewe gemoed tot verhoogde self-gefokusde aandag gelei (Salovey, 1992; Wood, Saltzberg, & Goldsamt, 1990; Wood, Saltzberg, Neale, Stone, & Rachmiel, 1990). Die omkeer van die rigting van oorsaaklike ondersoek, deur self-fokus met behulp van 'n spieël te verhoog, het nie tot die rapportering van verhoogde angs of negatiewe affek gelei nie (Carver & Scheier, 1978, 1981; Fenigstein, 1979). 'n Uitsondering was egter die studie van Gibbons et al. (1985) waarin psigiatriese pasiënte, met major affektiewe versteurings, groter negatiewe affek in die teenwoordigheid van 'n spieël gerapporteer het as dié pasiënte wat nie met 'n spieël gekonfronteer is nie. In twee studies waarin fokus van aandag meer direk gemanipuleer is, het self-fokus tot hoër angs gelei (Wells, 1991; Woody, 1996).

#### **3.3.4.4 Self-fokus en negatiewe kognisies**

Die mees konsekwente domein waarin sosiaal-fobiese persone negatief deur self-gefokusde aandag geaffekteer word, is negatiewe kognisie (Woody et al., 1997). Van die vroegste navorsers van die verskynsel van self-fokus by sosiale angs, Duval en Wicklund (1973), het gevind dat self-gefokusde deelnemers (deur middel van spieëlmanipulasie), in hipotetiese situasies meer verantwoordelikheid aan hulleself toegeskryf het. Self-fokus in sosiale situasies wat in die laboratorium gesimuleer is het tot minder positiewe kognisies (Burgio et al., 1986; Fenigstein, 1979) en laer selfbeoordelings van sosiale vaardigheid (Daly et al., 1989; Johnson & Glass, 1989) gelei. Mahone, Bruch en Heimberg (1993) het in hulle navorsing oor fokus van aandag en sosiale fobie, en meer spesifiek, die rol van negatiewe self-gedagtes en waargenome positiewe eienskappe van ander, bevind dat die persentasie negatiewe self-gedagtes omgekeerd verband gehou het met self-vaardigheidsbeoordeling voor en vroeg tydens 'n tweegesprek met 'n vreemdeling, en positief verband gehou het met subjektiewe angs aan die einde van die interaksie. Na kontrole vir self-gedagtes het dit geblyk dat persepsies van die gespreksmaat se positiewe eienskappe bygedra het tot die voorspelling van gedragstekens van angs, maar nie tot self-vaardigheid ("self-efficacy") of subjektiewe angs nie.

#### **3.3.4.5 Slotgedagtes oor self-gefokusde aandag**

Woody et al. (1997) het 'n studie gedoen waarin aspekte wat met verandering in situasionele self-fokus gepaard gaan, in die verloop van 'n kognitiewegedragsterapieprogram [waarin 'n aangepaste weergawe van Heimberg (1991) en Heimberg en Becker (1984) se handleiding gevolg is] ondersoek is. Analises van resultate het op 'n beduidende afname in self-gefokusde aandag gedui, terwyl fokus op gebeure en stimuli buite die self onveranderd gebly het. Hierdie afname in self-fokus het verband getoon met belangrike terapeutiese baat wat gevind is, naamlik vermindering van angs in diadiese interaksies,

vermindering van negatiewe self-beoordelings en vermindering van gepersonaliseerde sosiale vrese. Daar was 'n sterk verband tussen die afname in self-fokus en 'n afname in spraak-angs by persone met publiekespraak-fobies.

In die bespreking van Beck se kognitiewe teorie van sosiale ang (Beck et al., 1985) in Afdeling 3.2.2 is die kwesbaarheidsmodus waarin sosiaal-fobiese individue funksioneer en die aktivering van kognitiewe skemas, wat die prosessering van sosiaal-bedreigende informasie fasiliteer, bespreek. Rapee en Heimberg (1997) se kognitiewe-gedragsmodel van ang in sosiale fobie, bespreek in Afdeling 3.2.3, gaan van die aanname uit dat mense met sosiale fobie aanneem dat ander mense inherent krities is en hulle dus waarskynlik negatief sal evalueer. In Afdeling 3.3.4 is navorsing bespreek wat verband hou met selektiewe aandag aan, of verhoogde prosessering van aanduidings van sosiale bedreiging. Die klem het geval op aandagsverdraaiing by die individu met sosiale fobie, sy/haar fokus op ander mense se optrede en ook op sy/haar eie gedrag (self-fokus), omdat hy/sy hiperwaaksaam is vir enige aanduidings van kritiek of negatiewe evaluasie deur ander. Die oorsake van, en meganismes betrokke by die proses van aandagsverdraaiing, het in verskillende kognitiewe modelle binne die informasie-prosesseringsparadigma wye aandag geniet. Dit is ook eksperimenteel deeglik ondersoek, onder andere met 'n emosionele-Strooptaak. Vir die doel van die huidige ondersoek, is aandagsverdraaiing soos vanuit 'n informasie-prosesseringsparadigma bestudeer, veral van belang. Dit word vervolgens bespreek.

### **3.4 AANDAGSVERDRAAIING BY SOSIALE FOBIE EKSPERIMENTEEL BINNE DIE RAAMWERK VAN 'N INFORMASIE-PROSESSERINGS PARADIGMA ONDERSOEK**

#### **3.4.1 Inleiding**

Dit is 'n bekende feit dat individue wat aan bepaalde psigiatriese versteurings ly dikwels oorsensitief is vir stimuli wat hulle bepaalde probleem verteenwoordig. Dit geld ook vir die emosionele (angs- en gemoeds-) versteurings (Williams et al., 1997). Uit kliniese waarnemings, en ook volgens die navorsing wat in Afdeling 3.3.4 bespreek is, is dit duidelik dat individue wat aan sosiale fobie ly hipersensitief is vir enige aanduidings of vermeende aanduidings van negatiewe evaluasies deur ander (soos wanneer iemand frons), die demonstrasie van angssimptome (soos om te bloos), sowel as vir simbole verteenwoordigend van die domein van hulle vrees (soos vir die woord "simpel"). Hulle is dus oorsensitief vir aanduidings van sosiale bedreiging (Trower & Gilbert, 1989) en gee maklik, selektief en dikwels onwillekeurig en onbewustelik aandag aan die bedreigende stimuli. Hierdie verskynsel van aandagsafleiding of aandagsverdraaiing ("attentional bias" volgens Williams et al. [1997, p. 85]) word weerspieël deur verlaagde prestasie op 'n bepaalde metingsmetode, die sogenaamde emosionele-Strooptaak (Hope, Rapee et al., 1990). Om navorsing van laasgenoemde aard in perspektief te plaas, is dit nodig om as agtergrond eers die teoretiese verklarings vir die oorsake van aandagsverdraaiing vanuit 'n kognitiewe perspektief te bespreek.

### **3.4.2 Die kognitiewe benadering tot die oorsake van aandagsverdraaiing**

#### **3.4.2.1 Kognitief-eksperimentele en kognitief-kliniese sielkunde**

Daar moet onderskei word tussen die kognitief-eksperimentele sielkunde wat oor veranderlikes soos aandag en geheue handel (byvoorbeeld Anderson & Bower, 1973; Graf & Mandler, 1984; Neisser, 1967) en die kognitief-kliniese sielkunde waar die klem geplaas word op psigoterapie en -patologie (byvoorbeeld Beck et al., 1985). Kognitief-eksperimentele teorieë, -navorsingsmetodes en -paradigmas word toenemend in die toegepaste kognitief-kliniese veld betrek (byvoorbeeld Bower, 1987; Stein & Young, 1992; Williams et al., 1997).

#### **3.4.2.2 Die verband tussen kennis en emosie**

Navorsing oor die verband tussen kennis en emosie (soos angs en depressie) neig om te fokus op óf die invloed van emosie op kognitiewe prosesse, óf op die rol van kognitiewe prosesse in die ontstaan van emosionele toestande (Williams et al., 1997). Studies oor die effekte van kognitiewe prosesse op emosionele toestande het gelei tot teorieë in die kognitief-eksperimentele sielkunde (byvoorbeeld Lazarus, 1991) en die kognitief-kliniese sielkunde (byvoorbeeld Beck et al., 1985), en argumente dat emosie potensieel onafhanklik van kennis kan wees, het in eersgenoemde (byvoorbeeld Zajonc, 1984) en laasgenoemde velde (byvoorbeeld Rachman, 1981) tot uitgebreide debatte aanleiding gegee.

Wat die effek van emosie op kognitiewe funksies betref, is die kwessie van akute versus meer kroniese emosionele opwekkingstoestande by beide "normale" en "versteurde" deelnemers gedurende die tagtigerjare deeglik ondersoek. Dit wil voorkom asof dit deelnemers is met akute emosionele reaksies (soos staat-angst), en wat ook 'n geskiedenis van kronies-verhoogde emosionaliteit het (soos trek-angst), wat die kognitiewe effekte die beste demonstreer (Covington, Omelich, & Schwarzer, 1986). Die algemene beeld wat gedurende die 1980s na vore getree het, was dat langtermyn-versteurings kognitiewe "strukture" skep wat "geaktiveer" word tydens periodes van akute emosionele opwekking (Teasdale, 1988). Daar is egter huidig aanduidings van 'n verskuiwing weg van die konsep "strukture" na die "prosesse" waardeur sulke kognitiewe toestande ingestel word (Williams et al., 1997).

#### **3.4.2.3 Twee belangrike kognitiewe teorieë oor die oorsake van emosionele versteurings en die verskynsel van aandagsverdraaiing**

##### **Beck se kognitiewe (skema-) teorie**

Een van die belangrikste kognitiewe teorieë oor emosionele versteurings is Aaron Beck se kognitiewe (skema-) teorie oor depressie (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) en angs (Beck et al., 1985). In Afdeling 3.2 is Beck se kognitiewe teorie van sosiale angs (Beck et al., 1985) bespreek. Die teoretiese skema-konsep bied 'n belangrike verklaring vir aandagsverdraaiing in die daaglikse lewe van die individu met sosiale fobie, asook vir die verskynsel van aandagsverdraaiing soos gedemonstreer in 'n emosionele-Strooptaak. Die skema-teorie word vervolgens net weer kortliks beklemtoon. Volgens dié teorie ontwikkel emosionele versteurings uit verdraaide en wanaangepaste skemata wat 'n negatiewe effek het op persepsie en denke. Beck et al. (1985) definieer skemata as "cognitive structures that orient the individual to a situation and help him to select relevant details from the environment and to recall relevant data" (p. 54). Ander teoretici gebruik die konsep "self-skema" om na 'n spesifieke kognitiewe skema te verwys.

Marcus (1977) definieer selfskemata as "cognitive generalizations about the self ... that facilitated the processing of self-related information ..." (p. 64).

Beck et al. (1985) voer aan dat die sentrale proses betrokke by angsversteurings verband hou met hiperaktiewe idiosinkratiese langtermyn skematiese geheue-strukture, verteenwoordigend van bedreigende ervarings in die verlede, wat 'n bepalende rol speel by die inname en organisasie van huidige informasie. Hierdie gevaar-skemata struktureer gedurig eksterne en interne ervarings as 'n teken van gevaar. Dit verplaas ander meer toepaslike en beter aangepaste skemata en skep sodoende 'n sistematiese verdraaiing by die informasie-prosesseringsprosesse.

Gevaar-skemata lei tot 'n selektiewe kodering van skema-kongruente (en gevolglik emosioneel-bedeigende) informasie by individue wat kwesbaar is vir angs. Hierdie patroon van selektiwiteit sal outomaties geskied in dié sin dat dit nie enige intensionele bewustelike strategie reflekteer nie.

Beck et al. (1985) gebruik ook die konsep van 'n modus om 'n hoër-orde organiseringsbeginsel aan te dui wat, wanneer dit dominant is, bepaal watter tipe skemata op 'n bepaalde tydstip geaktiveer word. By die angsversteurings domineer die kwesbaarheidsmodus, wat daarvoor verantwoordelik is dat skemata geaktiveer word wat hipersensitief vir aanduidings van gevaar is.

Individue met sosiale fobie is oorsensitief vir aanduidings van sosiale bedreiging (Trower & Gilbert, 1989). Hulle skemata bevat rigiede reëls betreffende aanvaarbare gedrag in sosiale situasies ten einde sosiale verwerping te voorkom. Volgens Beck et al. (1985) verwag hulle dat sosiale situasies sleg sal afloop en is hulle ook geneig om hulle sosiale hanteringsvaardighede te onderskat. Dit lei dan tot aktivering van die kwesbaarheidsmodus wat weer skemata aktiveer wat hipersensitief is vir enige aanduidings van sosiale bedreiging. Dit fasiliteer dan die prosessering van sosiaal-bedeigende informasie.

Volgens Williams et al. (1997) was die primêre doel van Beck se teorie nie om eksperimenteel toetsbare hipoteses te genereer nie, maar om rigting in behandeling aan te dui, wat hy volgens hulle, dan ook baie goed gedoen het. Williams en sy medewerkers het egter ook verskeie punte van kritiek teen Beck se teorie. Hulle noem dat hy die skema-konsep nie duidelik genoeg gedefinieer het nie en dat dit hulle onseker laat oor presies watter voorspellings volgens sy teorie gemaak kan word. Alhoewel Beck kognitiewe prosesse in sy teorie betrek, is dit op die vlak van versteurings van denke soos "oorveralgemening". Daar word min eksplisiete aandag aan die meer bedekte kognitiewe prosesse (soos selektiewe aandag, kodering en herroeping) gegee, en volgens hulle is die kognitief-eksperimentele sielkunde beter toegerus om 'n beskrywing te gee van die kognitiewe prosesse wat kenmerkend is van die emosionele versteurings. Volgens Williams en sy kollegas handel een van die grootste onduidelikhede in Beck se teorie oor die vraag of emosie-verbandhoudende skemata begin figureer slegs (en eers) wanneer die persoon in die relevante emosionele staat verkeer, en of die skemata vooraf reeds aanwesig was om sodoende by te dra tot die ontwikkeling van die emosionele kondisie. Volgens hulle is bewyse dat disfunksionele skemata aanwesig is voordat iemand klinies angstig of depressief raak maar swak. Daar is meer ondersteuning vir die idee dat as iemand eers 'n emosionele versteuring beleef het, die relevante skemata maklik geheraktiveer kan raak (Williams, 1992).

### **Bower se assosiasie-netwerk-teorie**

Gordon Bower het 'n netwerk-model van emosie en kognisie ontwikkel deur die uitbreiding van sy bestaande model van menslike assosiatiewe geheue (Anderson & Bower, 1973). Volgens Bower (1981, 1983, 1985, 1987) word alle informasie in die langtermyngeheue gestoor as nodusse in 'n netwerk, en verbandhoudende nodusse deel assosiatiewe konneksies. Binne die netwerk is daar nodusse wat verband hou met elke emosionele toestand, en hierdie emosionele nodusse deel assosiatiewe konneksies met nodusse wat emosioneel-kongruente informasie bevat. 'n Emosionele nodus word geaktiveer wanneer 'n individu die korresponderende emosionele toestand ervaar en aktivering versprei deur die assosiatiewe konneksies en is dan verantwoordelik vir die gedeeltelike aktivering ("priming") van verbandhoudende nodusse, wat gemoedskongruente informasie bevat. Die gevolg is dat hierdie gemoedskongruente informasie disproporsioneel beskikbaar gemaak word vir alle volgende kognitiewe operasies. Bower voorspel dus dat verhoogde vlakke van enige bepaalde emosie, soos staat-angs, geassosieer sal word met 'n prosesseringsverdraaiing waar voorkeur verleen word aan die kodering van gemoedskongruente stimuli. Aangesien hierdie prosesseringsverdraaiing sy lokus het in laevlak outomatiese aktiverende meganismes wat voorbewustelik opereer, voer die Bower-model aan, soos dié van Beck, dat hierdie patroon van selektiwiteit nie afhanklik is van die operering van bewustelik-gemedieerde intensionele strategieë nie.

### **'n Vergelyking van die Beck- en Bower-modelle**

Alhoewel Beck en Bower se fokus baie verskil (i.e., kognitief-terapeutiese sielkunde versus kognitief-eksperimentele sielkunde onderskeidelik), sluit hulle by mekaar aan wat betref die algemene voorspelling dat angs geassosieer sal word met die selektiewe prosessering van bedreiging-verbandhoudende stimuli. Volgens albei van hulle geskied die verdraaiing outomaties, in dié sin dat dit nie gemedieer hoef te word deur intensie of bewussyn nie. Hulle verskil egter wat betref die klem wat geplaas word op die rolle wat trek- en staat-veranderlikes speel in die bepaling van die mate waarin selektiewe prosessering sal geskied. Volgens Beck sal hierdie kognitiewe verdraaiing geassosieer word met langstaande trek-veranderlikes wat verband hou met angs-kwesbaarheid. Bower is weer van mening dat hierdie hipotetiese prosesseringsverdraaiing, waar voorkeur verleen word aan bedreigende stimuli, 'n kognitiewe korrelaat sal wees van 'n individu se huidige vlak van staat-angs. Daar sal verderaan weer na dié onderwerp teruggekeer word. Intussen kan net genoem word dat daar oorweldigende navorsingsbewyse is dat klinies-angstige pasiënte, wat tipies verhoogde vlakke van beide trek- en staat-angs toon, inderdaad gekenmerk word deur 'n prosesseringsverdraaiing waar voorkeur gegee word aan die selektiewe kodering van emosioneel-bedreigende informasie (byvoorbeeld Broadbent & Broadbent, 1988; Ehlers, Margraf, Davies, & Roth, 1988; MacLeod & Mathews, 1991; MacLeod, Mathews, & Tata, 1986; Mathews & MacLeod, 1985, 1986; Mogg, Mathews, & Weinman, 1989; Watts, McKenna, Sharrock, & Trezise, 1986).

Beide die Beck- en Bower-modelle is redelik algemeen in hulle voorspellings. Albei huldig die standpunt dat kognitiewe prosessering (i.e., aandag, geheue en beoordelings) verdraai word in die emosionele versteurings, maar nie dat verskillende emosies verskillende effekte mag hê of dat 'n bepaalde emosie onderskeibare effekte op verskillende aspekte van prosessering mag hê nie.

#### 3.4.2.4 Meervoudige vlakke van kognisie

Daar is kritici van Beck (byvoorbeeld Williams et al., 1997) wat aanvoer dat hy nie genoegsaam voorsiening maak vir verskillende vlakke van kognisie, soos byvoorbeeld die bewuste en onbewuste aspekte daarvan nie. Hulle noem dat kognitief-kliniese teorieë op veranderlikes soos gedagtes, oortuigings en attribusies fokus. Alhoewel daar volgens Williams en sy kollegas nie pertinent in dié teorieë genoem word dat dié prosesse bewustelik geskied nie, word dit volgens hulle in terme beskryf wat toepaslik is vir die veranderlikes se bewustelike vorms en word dit ook dikwels met selfrapporteringsmetodes gemeet. Volgens Williams en sy kollegas verskaf die informasieprosessering-benadering metodologies 'n eksperimentele paradigma wat die probleme van selfrapporteringsmetodes vermy en verskaf dit 'n reeks van metodologieë om die basisse van disfunksionele gedagtes te meet. Die informasieprosessering-benadering is derhalwe potensieel in staat om 'n breër siening oor veral twee belangrike aspekte te handhaaf. Eerstens is dit nie net geïnteresseerd in bewuste verskynsels soos beoordelings nie, maar ook in kognitiewe prosesse soos die strukturering van materiaal tydens kodering, wat onbewustelik kan geskied. Tweedens is dit minstens net so geïnteresseerd in kognitiewe prosesse as in die inhoud van kognisies.

Williams et al. (1997) bespreek die verskille tussen outomatiese (onbewuste/ implisiete/ subliminale) en strategiese (bewuste/ eksplisiete/ rasionele/ beheerde/ supraliminale) kognitiewe prosesse en is van oordeel dat daar by fobies (onder andere) 'n gedeeltelike dissosiasie tussen dié twee prosesse kan bestaan. Individue met byvoorbeeld sosiale fobie glo dikwels dat hulle geen rede het om bang te wees vir sosiale situasies nie en dat hulle fobie onsinnig en irrasioneel is. Ten spyte hiervan raak hulle outomaties in sosiale situasies bang en kan hulle hul vrees nie keer nie. Williams en sy kollegas beklemtoon die waarde van 'n hiërargiese model van emosie, soos die teorie van Leventhal (1984), waarin onderskei word tussen die effekte van emosie op verskillende vlakke van die kognitiewe sisteem. Volgens Leventhal (1984) is die laagste vlak 'n sensories-motoriese vlak wat sonder enige wilsbesluite opereer. Die volgende is 'n skematiese vlak wat konkrete voorstellings bevat van spesifieke emosionele gebeure en ervarings. Skemata, gevorm uit vorige emosionele episodes, beïnvloed die prosessering van huidige gebeure en word outomaties geaktiveer. Die hoogste vlak is 'n konseptuele een en is gebaseer op die vermoë om proposisionele gevolgtrekkings te maak omtrent twee of meer emosionele episodes; dié vlak opereer deur bewustelike wilsbesluite. As 'n individu met sosiale fobie sê dat hy weet dat sosiale situasies nie gevaarlik is nie, opereer hy op die konseptuele vlak. Ten spyte hiervan reageer hy met sterk sensories-motoriese reaksies as hy in 'n bepaalde sosiale situasie beland. Verder kan hy ook op skematiese vlak duidelike en soms indringende herinneringe hê aan bepaalde kere toe hy in sosiale situasies paniekerig geraak het. 'n Hiërargiese benadering het ook belangrike implikasies vir navorsing oor behandelingsproesse (Greenberg & Safran, 1984). Suksesvolle behandeling van 'n emosionele versteuring moet tot suksesvolle verandering op alle vlakke waarop reaksies versteurd is lei, en die korrekte metingsmetodologie om dit te monitor, is dus ook belangrik (Williams et al., 1997).

#### 3.4.2.5 Die informasie-prosesseringparadigma

Teoretici gebruik 'n bepaalde stel reeds bestaande konsepte en prosesse, sowel as 'n stel aannames wanneer hulle hul teoretiese modelle ontwikkel. Dit vorm die wetenskaplike paradigma wat aangeneem word deur die teoretikus. 'n Wetenskaplike paradigma is nooit reg of verkeerd nie, en daarom word daar

normaalweg ook nie probeer om dit reg of verkeerd te bewys nie. Die waarde daarvan kan egter geskat word in terme van die paradigma se vermoë om te lei tot modelle wat in staat is om relevante data te akkommodeer en te voorspel.

'n Kenmerk van die informasie-prosesseringparadigma is die bestaan van kapasiteitsbeperkings wat in die kognitiewe sisteem noodwendig moet lei tot kompetisie, en dikwels tot selektiwiteit in prosessering. Die differensiële prosessering van bronne van informasie wat gelyktydig beskikbaar raak, word volgens Williams et al. (1997) "selektiewe aandag" genoem, wat 'n kognitiewe vermoë is. Die kognitiewe sisteem kan volgens hulle geaktiveer word ("priming", p.21) om informasie selektief te prosesseer. Negatiewe aktivering, ("negative priming", p.24), dit wil sê inhibering van psigiese voorstellings, is volgens hulle ook moontlik. Bepaalde patrone van selektiewe prosessering, waar voorrang verleen word aan bedreigende informasie, kan onderliggend wees aan verskeie kenmerke van angsversteurings (Mathews & MacLeod, 1994).

Wanneer outomatiese prosessering geskied of eksperimenteel in werking gestel word, kan dit onafhanklik van strategiese prosessering voortgaan (Williams et al., 1997). Dit is nie maklik vir strategiese prosessering om outomatiese prosessering te modifiseer nie, maar volgens Williams en sy kollegas vind die omgekeerde proses wel makliker plaas. As 'n outomatiese aandagsrespons eers in werking is, word aandag outomaties gerig en sodoende gee dit dan rigting aan strategiese prosessering. Individue met angsversteurings se aandag word outomaties na bedreiging-verbandhoudende stimuli getrek (MacLeod & Rutherford, 1992).

Skemata is hoër-vlak kognitiewe aktiwiteit wat 'n invloed uitoefen op laer-vlak (byvoorbeeld sensories-motoriese) operasies en dus 'n rol speel in sogenaamde bo-na-onder ("top-down") informasieprosessering (Williams et al., 1997, p. 33).

Die effekte verkry deur middel van 'n emosionele-Strooptaak word in die volgende afdeling volledig bespreek, maar kom kortliks daarop neer dat die emosionele betekenisvolheid van woorde vir 'n bepaalde individu inmeng met 'n bepaalde taak wat hy/sy moet verrig. Die taak waarmee ingemeng word, is om so vinnig as moontlik die kleure waarin die woorde geskryf is, op te noem. Hierdie effekte (vertraging in die opnoem van die woordkleure gemeet in sekondes) kan volgens Williams et al. (1997) vertolk word as reflekerend van die rol wat disfunksionele kognitiewe skemata (gevaar-skemata) tydens informasieprosessering speel. Wanneer deelnemers met emosionele versteurings in dié tipe eksperimente betrek word, beskryf Williams en sy kollegas sulke studies as navorsing oor die effekte van emosie op kognitiewe funksionering. Vertaal in terme van psigopatologie en die informasie-prosesseringparadigma, beskryf hulle sulke studies ook as navorsing oor die effek van emosionele versteurings, of toestande van emosionele opwekking, op kognitiewe prosessering. Die Stroop- en emosionele-Stroopverskynsel word vervolgens bespreek.



### **3.4.3 Gebruik van die emosionele-Strooptaak om die verskynsel van aandagsverdraaiing te ondersoek**

#### **3.4.3.1 Ontwikkeling van die emosionele-Strooptaak uit die oorspronklike Strooptaak en die standaard emosionele-Strooeksperiment**

Die strategie wat volgens Williams et al. (1997) die meeste gebruik word om aandagsverdraaiing te bestudeer, is die emosionele-Strooptaak. Dit is 'n taak waar prestasie op die afhanklike veranderlike (om die kleure van woorde vinnig te kan opnoem) verlaag word omdat die deelnemer se aandag onwillekeurig verskuif na meer opvallende aspekte van 'n reeks stimuli (die betekenis van die woorde).

In die oorspronklike weergawe van die taak (Stroop, 1935) is van die deelnemer verwag om die inkkleur te noem waarin 'n bepaalde item gedruk is, terwyl hy/sy terselfdertyd moet probeer om die item self te ignoreer. Die items ter sprake is betekenislose stimuli (soos byvoorbeeld 'n reeks "X"e), of werklike kleurname (soos byvoorbeeld "rooi" en "groen"). Die woordname word in antagonistiese inkkleure gedruk, sodat die woord "rooi" byvoorbeeld in groen ink verskyn en die woord "bruin" in rooi ink. Die mees algemene bevinding was dat dit deelnemers langer geneem het om die kleure te noem wanneer die basis-items antagonistiese kleurname was as wanneer dit 'n reeks betekenislose stimuli was (MacLeod, 1991). Die woorde het dus meer as die betekenislose stimuli ingemeng met die taak op hande.

Gedurende die 1980s het verskeie navorsers Stroop-tipe take begin gebruik om kognitiewe prosessering, geassosieer met emosionele verstourings, te bestudeer. Hierdie aangepaste Stroop het bekend geraak as die emosionele-Strooptaak en is gebruik vir die meting van "konstruk-toeganklikheid" (Williams & Nulty, 1986), "aktivering van gevaar-skemata" (Mathews & MacLeod, 1985), "emosionele opvallendheid van woorde" (Watts et al., 1986) of "afleiding deur emosionele stimuli" (Williams & Broadbent, 1986). Wat dié studies in gemeen gehad het, was die meting van vertraging om die kleure van emosioneel-gelaaide woorde op te noem. In die studies is dikwels beide neutrale en positiewe woorde as kontrole-stimuli gebruik, is prestasie van "versteurde" groepe vergelyk met dié van nie-versteurde kontrolegroepe, en is emosionele woorde gekies wat spesifiek verband hou met die tipe psigopatologie wat ter sprake was.

In die standaard emosionele-Strooeksperiment word emosioneel-versteurde deelnemers blootgestel aan woorde wat verband hou met die tema (domein) van hulle vrees, byvoorbeeld bedreigende woorde by angsvorstourings. Die inmenging met die taak, spruitend uit die opdrag "noem die kleure van die woorde" en wat vervolgens gewoonlik deur die Stroop-latenthede gereflekteer word, sou toegeskryf kon word aan die rol van gevaar-skemata in die prosessering van die woorde, dit wil sê, aan die negatiewe emosionele valensie van die woorde, sowel as aan die verbandhoudendheid daarvan met die domein/tema van die persoon se vrees. Deur van die emosionele-Stroopparadigma gebruik te maak, het Mathews en MacLeod (1985) byvoorbeeld gevind dat angstige pasiënte baie stadiger as 'n normale kontrolegroep gevaar het in die kleurbenoeming van bedreigende woorde en dat die prestasie van diegene met fisiese bekommernisse veral deur fisiese-bedreigende woorde ontwig (vertraag) is. Hope, Rapee et al. (1990) het vertraging op sosiale en fisiese-bedreigende woorde (byvoorbeeld "stupid" en "illness" onderskeidelik) vergelyk met afgepaarde neutrale woorde (byvoorbeeld "insert" en "learning" respektiewelik en onder andere met die bedreigende stimulus-woorde afgepaar volgens gebruiksfrekwensie) by 'n groep

deelnemers met sosiale fobie en 'n groep met paniekversteuring. Soos verwag is het diegene met sosiale fobie die grootste vertraging getoon op die sosiaal-bedreigende woorde, en dié met paniekversteuring op die fisies-bedreigende woorde. Hierdie emosionele-Stroopspesifiekheid dui op 'n selektiewe verskuiwing van aandag na (en prosessering van) negatiewe domeinspesifieke (i.e., tema-relevante) stimuli, eerder as bloot net negatiewe emosionele stimuli in die algemeen.

### **3.4.3.2 Die effek van behandeling op emosionele-Strooptaakontwrigting**

Daar kon net een studie (Mattia, Heimberg, & Hope, 1993) in die literatuur opgespoor word wat daarop gemik was om die effek van behandeling op Strooptaak-ontwrigting/-inmenging (geïnterpreteer as reflektierend van die rol wat disfunksionele kognitiewe selfskemata by informasieprosessering speel) by individue met sosiale fobie te ondersoek. Die behandeling wat die deelnemers ontvang het, was óf medikasie (phenelzine) óf kognitiewe gedragsterapie. Deelnemers wat verbeter het, het wel die verwagte effekte op die emosionele-Strooptaak getoon, naamlik minder ontwrigting op die sosiaal-bedreigende woorde. By die nie-reageerders was dit nie die geval nie. Mattia et al. (1993) beveel aan dat hulle studie opgevolg behoort te word met navorsing waar die effek van verskillende behandelingsmodaliteite op die emosionele-Strooptaak ondersoek word. Dit is op dié stadium ook nog onbekend in watter mate wysigings van die genoemde skemata gepaard gaan met veranderinge in die bekende simptomatologie van sosiale fobie (byvoorbeeld subjektiewe angsbeleving, ander kognitiewe veranderlikes as skemata, vermydingsgedrag en die fisiologiese simptome).

### **3.4.3.3 Die redes vir die emosionele-Stroopverskynsel: oorsake en die onderliggende meganismes**

Alhoewel die basiese emosionele-Stroopverskynsel nie te betwyfel is nie, is die presiese rede waarom dit gebeur nog nie heeltemal duidelik nie. Volgens Williams et al. (1997) kan twee vrae betreffende die redes vir die Stroopeffek gevra word. Eerstens, wat is die kognitiewe meganismes onderliggend aan die emosionele-Stroopverskynsel? Watter komponente of fases gee aanleiding tot die ontwrigting? Tweedens, wat veroorsaak dat hierdie meganismes versteur word (byvoorbeeld kenmerke van die persoon, die vlak van trek- of staat-emosie, of dalk die een of ander interaksie tussen die persoon en die situasie)? Meeste navorsing tot dusver was daarop toegespits om Stroop-ontwrigting as 'n merker (teken) van aandagsverdraaiing aan te dui. In minder studies is probeer om die emosionele oorsake en korrelate van die ontwrigting te identifiseer. Laastens is daar nog relatief min navorsing gedoen oor die vraag betreffende oorsake in terme van die onderliggende meganismes betrokke by ontwrigting van die taak. Vervolgens word navorsing betreffende die oorsake en korrelate van aandagsverdraaiing op die emosionele-Strooptaak bespreek.

### **Die oorsake en korrelate van emosionele-Stroopeffekte**

Die verskynsel van aandagsverdraaiing by emosioneel-versteurde persone het gelei tot die vraag waarom hulle selektief aandag skenk aan emosionele stimuli (byvoorbeeld dié met 'n sosiale fobie aan bedreigende stimuli in sosiale situasies). Die vraag kan ook soos volg geformuleer word: in watter tipe persoon, in watter gemoedstemming, in watter situasie of na watter gebeurtenis vind aandagsverdraaiing plaas? Navorsing oor die oorsake en korrelate van die emosionele-Stroopeffekte is gedoen ten einde antwoorde op hierdie vrae te probeer vind.

Williams et al. (1997) het in 'n oorsigstudie gevind dat navorsing grootliks drie potensiële bronne van emosionele inmenging ondersoek het, naamlik variansie wat toegeskryf kan word aan (a) trek- of staat-angs, (b) die spesifieke aard (inhoud en emosionele valensie) van die woordstimuli, en (c) die spesifieke situasie waarin die taak uitgevoer is.

(a) Trek-angs versus staat-angs: Drie tipes studies is gerapporteer waarin die effek van trek- versus staat-angs op die emosionele-Strooptaak ondersoek is, naamlik (a) die gebruik van trek- en staat-angsvraelyste (Mogg, Kentish, & Bradley, 1993; Mogg & Marden, 1990; Mogg, Mathews, Bird, & Macgregor-Morris, 1990; Richards & Millwood, 1989), (b) studies waarin herstelde pasiënte betrek is en waar van die standpunt uitgegaan is dat hulle steeds die verhoogde trek-angs sou gehad het, maar verlaagde staat-angs (Gotlieb & Cane, 1987; Mathews, Mogg, Kentish, & Eysenck, 1995), en (c) studies waarin stresvlakke gemanipuleer is, byvoorbeeld die bestudering van deelnemers wat getoets was voor akademiese eksamens of ná 'n eksperimenteel-geïnduseerde mislukkingservaring (MacLeod & Rutherford, 1992; Mogg et al., 1990).

Dit wil voorkom asof verhoogde trek-angs (soos gemeet met vraelyste), veral as dit in interaksie met staat-angs geskied, in 'n groter mate as staat-angs alleen met kleurbenoemingsontwrigting geassosieer word. Dit lyk dus asof trek-verskille 'n mate van aktivering deur huidige angsvlakke of omstandighede (staat-angs) benodig om die ontwrigtingseffek te demonstreer. Dit wil voorkom asof hierdie interaksie veral gebeur as die huidige omstandighede tyd gehad het om te inkubeer (byvoorbeeld in antisipasie van 'n eksamen), en nie wanneer dit van korte duur was nie (byvoorbeeld net na mislukking in 'n eksperimentele taak nie). Behandeling/herstel-studies met kliniese groepe bied ook steun vir hierdie gevolgtrekking, maar die gebrek aan toets-hertoets onbehandelde kliniese kontrolegroepe beperk, volgens Williams et al. (1997), die waarde wat aan die bevinding geheg kan word. Laastens het dit geblyk dat nie-kliniese deelnemers met hoë vlakke van trek-angs nie inmenging gedemonstreer het nie, terwyl dit in alle studies met kliniese groepe wel gebeur het.

(b) Emosionele-Stroopspesifiekheid: die spesifieke aard (inhoud en emosionele valensie) van die woordstimuli: 'n Belangrike vraag is watter van die volgende faktore, of kombinasie daarvan, die grootste oorsaaklike rol speel by emosionele-Strooeffekte: (a) die emosionele valensie (positief en/of negatief) van die stimuluswoorde, (b) die verbandhoudendheid van die woorde met huidige bekommernisse/sake-van-huidige-belang,<sup>2</sup> of (c) kundigheid (ekspertise) op 'n bepaalde gebied. Die vraag is of enige sterk emosionele stimuli, hetsy positief of negatief, of omdat dit vir die persoon persoonlik relevant is (Riemann & McNally, 1995), kan inmeng met kleurbenoeming in kliniese populasies. As dit wel die geval is, sal dit volgens Williams et al. (1997) 'n vraagteken plaas agter verklarings vir die emosionele-Strooeffekte wat berus op begrippe soos "gevaar-skemata".

In navorsing met angstige pasiënte is groter kleurbenoemingsinmenging (effekte) gevind op beide positiewe en negatiewe (bedreigende) woorde as op neutrale woorde (Martin, Williams, & Clark, 1991),

<sup>2</sup> Volgens Klinger, Barta en Maxeiner (1981) is die begrip huidige bekommernis/saak-van-huidige-belang ("current concern") 'n motiveringskonstruk en hulle definieer dit as die staat waarin 'n individu verkeer terwyl hy/sy strewe na 'n doel.

groter effekte op positiewe as neutrale woorde (Cassiday, McNally, & Zeitlen, 1992; Mogg & Marden, 1990) en groter effekte op bedreigende as positiewe woorde (Cassiday et al., 1992). In ander studies is aangetoon dat dit nie soseer die emosionele valensie van die woorde is wat die grootste rol speel nie, maar eerder die mate waarin die woorde semanties verband hou met die "skemata" van die persoon wat getoets word (McNally, Reimann, Louro, Lukach, & Kim, 1992; Mogg et al., 1989). Verder is daar ook in die studie van McNally et al. gevind dat pasiënte met paniekversteuring groter inmenging op katastroferende woorde getoon het, ten spyte van die feit dat hulle die positiewe woorde as meer emosioneel beoordeel het. Dit is dus duidelik dat die emosionaliteit van die stimuli nie uitsluitlik verantwoordelik vir inmenging kon wees nie.

Mathews en Klug (1993) het 'n groep deelnemers met angsversteurings (veralgemeende angsversteuring, paniekversteuring en sosiale fobie) met vyf stelle woorde getoets, naamlik positief-verbandhoudende, negatief-verbandhoudende, positief-nie-verbandhoudende, negatief-nie-verbandhoudende en neutrale woorde. Die resultate het aangedui dat dit die verbandhoudendheid van die woorde met angs was (hetsy positief of negatief), en nie soseer die emosionele valensie van die woorde nie, wat vir die patrone van kleurbenoemingsinmenging verantwoordelik was. Daar is verskillende maniere hoe die stimuluswoorde verband kan hou met die deelnemers se vrese. Dit kan byvoorbeeld verband hou met die gevreesde onderwerp, voorwerp of situasie, en negatief-verbandhoudende woorde, sowel as hulle antonieme (i.e. positief-verbandhoudende woorde) kan vir dié doel gebruik word. Die woorde sou ook kon verwys na die deelnemers se angssimptome of na trekke wat die persone begeer as gevolg van hulle angssimptome.

Verbandhoudendheid bied egter nie 'n volledige verklaring vir die inmenging nie. Daar is aanduidings dat verskillende tipes versteurings verskil in die mate waarin verbandhoudendheid, eerder as emosionele valensie, die bron van kleurbenoemingsinmenging is. McNally et al. (1994) het by deelnemers met paniekversteuring gevind dat paniekverbandhoudende woorde (byvoorbeeld "fear") groter inmenging as die woorde se antonieme (byvoorbeeld "safe") veroorsaak het, en Lavy, van Oppen en van den Hout (1994) het by obsessief-kompulsiewe versteuring gevind dat negatiewe persoonlik-relevante stimuli meer ontwrigtend was as positiewe persoonlik-relevante materiaal. Segal, Truchon, Horowitz, Gemar en Guirguis (1995) het na 'n ondersoek met depressiewe deelnemers en die emosionele-Strooptaak, en waarin onder andere van 'n aktiveringstechniek ("priming") gebruik gemaak is, tot die volgende gevolgtrekkings gekom. Hulle is van oordeel dat, alhoewel verbandhoudendheid met persoonlik-relevante bekommernisse 'n belangrike veranderlike is, die groter onderlinge verbondenheid van negatiewe huidige bekommernisse by emosioneel versteurde individue daartoe kan lei dat woorde wat met hierdie bekommernisse verband hou, veral aanleiding kan gee tot kleurbenoemingsinmenging.

'n Volgende vraag is of die Strooieffek nie bloot 'n refleksie is van die deelnemers se groter kundigheid ("ekspertise") om informasie binne die domein van hulle kundigheid te prosesseer nie. Emosioneel-versteurde deelnemers is bekend daarvoor dat hulle geneig is om te rumineer op sekere temas, en in die emosionele-Strooptaak word hulle blootgestel aan die woorde waaraan hulle baie dink en wat dalk afkomstig is van 'n stel woorde wat deur hulle onderlinge verbondenheid 'n hegte kategorie vorm (Segal et al., 1995). Dit mag wees dat hulle eksperte geraak het in die prosessering van informasie wat met hulle

probleem verband hou. Baie van die genoemde navorsingsbevindings mag dalk bloot hierdie kundigheid (ekspertise) of die hoër frekwensie waarmee sekere konsepte gebruik word, of die verhoogde interkategoriale assosiasies in die spesifieke domein van belangstelling reflekteer. Steun vir so 'n argument is byvoorbeeld te vind in 'n ondersoek deur Dalgleish (1995) waarin kleurbenoemingsinmenging deur ornitoloë op die name van skaars voëlsoorte aangetoon is. Eksperte word dus gebruik om die genoemde kundigheidshiptese van emosionele-Stroopeffekte te ondersoek omdat daar verwag word dat hulle dikwels die betrokke woorde gebruik en dat hoë interkategoriale assosiasies tussen sulke materiaal sal bestaan. Die probleem is egter dat die woorde waarskynlik ook dikwels vir hulle emosioneel betekenisvol is. Dit is dan feitlik onmoontlik om te bepaal of ontwirting deur die gereelde gebruik van die woorde (dit wil sê 'n hoë gebruiksfrekwensie) of deur die emosionele valensie daarvan veroorsaak is.

Die studie van die effek van terapie maak dit egter moontlik om emosionele belangrikheid, of relevantheid vir huidige bekommernis, van die ekspertise-effekte te skei. Ten spyte van die feit dat individue met 'n fobie vir spinnekoppe (Watts et al., 1986) en individue met 'n veralgemeende angstersteuring (Mathews et al., 1995) tydens terapie baie blootgestel was aan hulle onderskeie domein-verwante bedreigende woorde, en dus in die proses groter eksperte geraak het in die prosessering van die bepaalde informasie, is daar in beide ondersoeke 'n beduidende afname in emosionele-Stroopinmenging na terapie gevind.

Die probleem met hierdie tipe eksperimentele ontwerpe is dat dit onbekend is in watter mate oefeningseffekte op die emosionele-Strooptaak kleurbenoemingsinmenging by die tweede toetsgeleentheid mag verminder. Daar is by Williams et al. (1997) min twyfel dat daar in die studie van Watts et al. (1986) aansienlike toets-hertoets oefeningseffekte plaasgevind het. Die afwesigheid van 'n geen-behandeling kontrolegroep in die studie van Mathews et al. (1995) het daartoe gelei dat hierdie kwessie ook nie in hulle studie aangespreek kon word nie.

Deur deelnemers wat reageer het op behandeling te vergelyk met nie-reageerders, is 'n bruikbare alternatief vir 'n kontrolegroep-benadering. In die studie van Mattia et al. (1993) oor sosiale fobie (vroeër bespreek) waarin so 'n vergelyking getref is, is wel 'n beduidende afname van inmenging op sosiaal-bedreigende woorde by die reageerders gevind, maar nie by die nie-reageerders nie. Op hierdie stadium wil dit dus voorkom asof die frekwensie van die gebruik van die bedreigende woorde of die interkategoriale assosiasie as gevolg van ekspertise nie 'n volledige verklaring vir inmenging op die emosionele-Strooptaak by die emosionele versteurings kan gee nie. In die huidige studie is 'n kontrolegroep betrek en daar is ook 'n enkele stel emosionele-Stroopstimuluswoorde tydens voor-, na- en opvolgtoetsing gebruik. So 'n ontwerp behoort die beste lig te kan werp op die sogenaamde "blootstelling" weergawe van inmenging (i.e., dat inmenging veroorsaak word deur die blootstelling aan die emosionele betekenis van die woorde) versus die "ekspertise" weergawe van inmenging (i.e., dat inmenging veroorsaak word deur kundigheid van die domein waarmee die woorde verband hou).

(c) Situasiegebonde spesifiekheid van Stroopeffekte: Daar is reeds vroeër verwys na 'n studie deur Mogg et al. (1990) waarin aangetoon is dat eksperimenteel-geïnduseerde stres gelei het tot groter inmenging op woorde wat met 'n prestasie-tema verband gehou het. Volgens Williams et al. (1997) postuleer die huidige bekommernis-teorie dat enige omgewingsmanipulasie wat die bekommernis aktiveer, aanleiding

sal gee tot 'n groter mate van inmenging met die kleurbenoeming van die bekommernis-verbandhoudende woorde. Daar is ook gevind dat 'n manipulasie van die "innerlike" konteks van deelnemers, deur hulle vir 24 uur te laat vas, kleurbenoeming van kos-woorde ontwig het (Lavy, Van den Hout, & Arntz, 1993). 'n Belangrike uitsondering op hierdie bevindings is gerapporteer deur Mathews en Sebastian (1993) in 'n studie waarin die konteks gevarieer is deur die voorwerp wat die deelnemers gevrees het ('n slang) in die toetsituasie aan- of afwesig te hê. In hierdie studie het dit duidelik geword dat deelnemers onder sekere omstandighede in staat is om kleurbenoemingsontwrigting by die emosionele-Strooptaak te omseil of te oorkom, die sogenaamde "oorbruggingsverskynsel".

### **Die meganismes onderliggend aan die emosionele-Strooieffekte**

Die onderliggende meganismes betrokke by aandagsverdraaiing by individue wat aan 'n emosionele versteuring ly, is ook met die emosionele-Strooptaak ondersoek. Algemene verklarings vir die emosionele-Strooieffekte is byvoorbeeld dat dit toegeskryf kan word aan emosionele stimuli wat die "aandagshulpbronne vang" of dat dit meer prosesseringshulpbronne trek as gevolg van die aktivering van bedreiging-verbandhoudende kennisstrukture (skemata). Meer spesifieke verklarings vir die onderliggende meganismes sou kon spruit uit antwoorde op die volgende vraag: op watter deel (fases of komponente) van die informasie-prosesseringsstelsel oefen die oorsake (wat in die vorige afdeling bespreek is) 'n invloed uit om aandagsverdraaiing tot gevolg te hê?

Williams et al. (1997) bespreek in 'n oorsigstudie verskillende meganismes wat moontlik die emosionele-Strooieffekte kan verklaar. Drie hiervan, wat inmenging toeskryf aan (a) afleiding deur taak-irrelevante prosesse (Dawkins & Furnham, 1989), (b) die kognitiewe poging wat ingespan word om te keer dat emosionele materiaal na die bewussyn deurdring (Ruiter & Brosschot, 1994), en (c) 'n algemene probleem wat sommige mense mag hê om hulle aandag gefokus te hou (Eysenck, 1992; Mathews, May, Mogg, & Eysenck, 1990), word deur hulle verwerp op grond van empiriese data.

'n Saak wat lig kan werp op die onderliggende meganismes betrokke by emosionele-Strooieffekte en die prosesseringsfase waarin dit geskied, is die dissosiasie-verskynsel by aandags- en geheueverdraaiing. Daar is byvoorbeeld gevind dat aandagsverdraaiing op bepaalde stimuluswoorde nie noodwendig daartoe lei dat die woorde later in 'n geheue-toets beter onthou word nie. Individue met 'n veralgemeende angstversteuring het bedreiging-verbandhoudende woorde byvoorbeeld nie beter as individue in 'n normale kontrolegroep na 'n emosionele-Strooptaak onthou nie (Mathews & McLeod, 1985). Die genoemde patroon van dissosiasie tussen aandag en geheue het vir Williams et al. (1997) lig gewerp op die meganisme onderliggend aan aandagsverdraaiing. Hulle redeneer dat die aktivering wat aanleiding gee tot so 'n verdraaiing van so 'n aard moet wees dat dit óf vinnig verdwyn (voordat die mnemoniese prosesse wat help met kodering na die geheue begin), óf anders moet die aktivering betrokke in die mediëring van aandagsverdraaiing van 'n ander tipe wees as dié betrokke by strategiese (eksplisiete) mnemoniese kodering. Mathews en McLeod (1994) kom tot die gevolgtrekking dat die resultate van hulle ondersoek (wat die genoemde dissosiasie-verskynsel ten opsigte van aandag- versus geheueverdraaiing illustreer) die beste verklaar word deur 'n prioriteringsmodel soos aanvanklik beskryf deur Oatley en Johnson-Laird (1987). Volgens hulle teorie het basiese emosies by die mens ontwikkel om belangrike biologiese en sosiale funksies te dien en om prioriteite te bepaal wanneer konflikte ontstaan

tydens beplanning en doelwitformulering. Volgens hulle ontstaan angs/vrees wanneer 'n doelwit wat oorlewing en veiligheid verseker, bedreig word en ongelukkigheid/depressie wanneer 'n belangrike plan misluk of 'n bepaalde doel nie bereik is nie. Emosies is verantwoordelik vir die oplegging van 'n relatief stereotipe modus van operasies in die kognitiewe sisteem ooreenkomstig die evolusionêre funksie van die bepaalde emosie. Vrees en angs sal dus 'n konfigurasie in die kognitiewe sisteem opleë wat operasies, wat noodsaaklik vir die vermyding van gevaar is, fasiliteer. In so 'n geval kan angs die prioriteit om komplekse geheue-inhoude te prosesseer verminder en die prioriteit verhoog van operasies wat perseptuele oplettendheid verseker.

Volgens Williams et al. (1997) verteenwoordig angs 'n verskuiwing na 'n modus van hiperwaaksaamheid. Die persoon fynkam die omgewing vir aanduidings van enige bedreigende stimulus, veral vir dié wat vroeër met angs geassosieer is. In hierdie modus prioritiseer die kognitiewe sisteem die aanvanklike outomatiese kodering van bedreigende stimuli, maar nie die strategiese herhaling en inoefening van sulke materiaal sodat eksplisiete kodering na die geheue plaasvind nie. Indien so 'n uitgangspunt korrek is, ontstaan die vraag hoe vroeg in die prosesseringsstelsel hierdie “fynkaming” van die omgewing (aandagsverdraaiing) plaasvind.

Aanduidings dat emosionele-Stroopinmenging geskied tydens die vroegste fase van informasieprosessering, ook genoem vooraandagsverdraaiing, blyk volgens Williams et al. (1997) uit kleurbenoemingseksperimente waarin die semantiese stimuli subliminaal aangebied is (MacLeod & Rutherford, 1992; Mogg et al., 1993).

Williams et al. (1997) gebruik die sogenaamde Parallel Verspreide Prosesseringsmodel (PVP-model) van die klassieke kleurkonflik Stroop (Cohen, Dunbar, & McClelland, 1990) as 'n heuristiese model om die emosionele-Stroopverskynsels mee te verklaar, en hulle is van mening dat opponerende prosesse binne so 'n model verantwoordelik kan wees vir die dissosiasie tussen aandagsverdraaiing en geheueverdraaiing wanneer dit voorkom. Die PVP-model beskryf konflik in die klassieke Strooptaak in terme van twee bane, een vir kleurbenoeming, die ander vir die lees van die woorde. Elkeen van die bane het inset-eenhede (vir die kleure of woorde respektiewelik), intermediêre eenhede, en uitset-eenhede (vir die response om die kleur te noem of die woord te lees). Hierdie bane interageer deur met mekaar se aktiwiteit in te meng of dit te fasiliteer.

Williams et al. (1997) beskryf drie maniere waarop kleurbenoeming-inmenging deur emosionele woorde binne die PVP-model verklaar kan word. Dit is drie prosesse waardeur baie van die vroeër onverklaarbare verskynsels (deur ander modelle) by die emosionele-Strooptaak verduidelik word, naamlik (a) 'n toename in sterkte van prosessering in die woordlees-baan (wat 'n verklaring bied vir die ekspertise-effekte), (b) 'n toename in die rusvlak van aktivering van inset-eenhede vir konsepte van huidige belang (wat 'n verklaring bied vir spesifiekheid-effekte), en (c) 'n toename in inset-aktivering as gevolg van 'n neuromodulêre invloed op die aktiveringsfunksie van daardie inset-eenhede wat met bedreiging geassosieer word (wat 'n verklaring bied vir algemene gemoedseffekte).

Williams et al. (1997) gebruik ook die PVP-model om die dissosiasie tussen aandags- en geheueverdraaiing te verduidelik. In die eerste uitgawe van hulle boek skryf Williams, Watts, MacLeod, en Mathews (1988) die dissosiasieverskynsel toe aan verskille tussen twee prosesse, integrasie en elaborasie, wat 'n effek het op psigiese voorstellings (skemas) van byvoorbeeld woorde (Graf & Mandler, 1984). In die 1997-uitgawe gaan Williams et al. verder en gebruik die PVP-model om meer presies te modelleer hoe dit gebeur. Dit val buite die bestek van die huidige studie en word daarom nie verder bespreek nie.

Navorsing oor aandagsverdraaiing by sosiale fobie met die emosionele-Strooptaak, het sekere implikasies vir die huidige studie. Dit word vervolgens bespreek.

#### **3.4.3.4 Implikasies vir die huidige ondersoek**

Hope, Rapee et al. (1990) het aanbeveel dat die emosionele-Strooptaak in behandelingsuitkomstudies gebruik moet word, terwyl Mattia et al. (1993) aanbeveel het dat hulle studie opgevolg behoort te word met navorsing waar die effek van verskillende behandelingsmodaliteite op die Strooptaak ondersoek word. Die huidige ondersoeker is egter van mening dat die kwessie van oefeningseffekte van een toetsgeleentheid op 'n volgende eers uitgeklaar moet word. In multi-kulturele samelewings soos Suid-Afrika kan dit maklik gebeur dat die tekenpopulasie verskillende huistale praat, byvoorbeeld Afrikaans of Engels. Om genoeg vergelykbare emosionele woorde vir een toetsgeleentheid te vind, is moeilik genoeg; om 'n groot genoeg stel ekwivalente woorde in beide tale te vind om telkens (i.e. tydens verskillende opvolg-toetsessies) ander woorde te gebruik, blyk nie moontlik te wees nie. 'n Ander voordeel, as gevind sou word dat oefeningseffekte nie 'n beduidende rol speel nie en dieselfde stel woorde dus tydens die verskillende toetsgeleenthede gebruik kan word, is die feit dat die woorde dan heeltemal ekwivalent is wat betref semantiese inhoud (en dus emosionele valensie en mate van verbandhoudendheid met die deelnemers se vrese) en strukturele eienskappe (soos gebruiksfrekwensie, aantal lettergrepe, ensovoorts). As dieselfde stel woorde in dieselfde kleure op 'n kaart by elke toetsgeleentheid gebruik kan word, eerder as rekenaaraanbiedings waar die woorde en kleure op toevallige wyse gevarieer word, verseker dit dus ook meer ekwivalensie tussen enige twee toetsgeleenthede. As daar egter wel beduidende toetseffekte by die nie-behandelde kontrolegroep gevind word, kan emosionele Stroop-ontwrigting as aanduiding van aandagsverdraaiing nie verder as afhanklike veranderlike en as 'n meting van behandelingsuitkoms gebruik word nie. Indien oefeningseffekte sou blyk onbeduidend te wees, kan die hele kwessie van 'n ekspertise- versus blootstellingsweergawe van emosionele-Stroopeffekte ook ondersoek word.

Dus, die kwessie van oefeningseffekte behoort eerstens ondersoek te word en die kontrolegroep se emosionele-Stroopprestasies tydens verskillende toetsgeleenthede kan gebruik word om dit te doen. Indien die effekte onbeduidend sou blyk te wees, kan die prestasies (tydens voor- en na-behandeling) van die behandelde groepe vergelyk word. 'n Afname in ontwrigting sal eerstens die ekspertise-weergawe van die Stroopeffekte weerlê. Dit sou steun bied vir die hipotese wat bekend geraak het as die "blootstellingsweergawe" van die Stroopeffekte. Hiermee word bloot bedoel dat aandagsverdraaiing verminder as gevolg van die behandeling (blootstelling) wat die deelnemers ontvang het.



### 3.5 'N SAMEVATTING VAN KOGNITIEWE TEORIEË EN NAVORSING RAKENDE SOSIALE FOBIE

Die kognitiewe benadering word as een van die mees invloedryke benaderings ten opsigte van angsversteurings beskou en verskeie navorsers stel voor dat kognitiewe faktore veral by sosiale fobie relevant mag wees, aangesien kognitiewe manifestasies by hierdie versteuring opval. Beck se kognitiewe teorie van sosiale angs het heelwat aandag asook steun van daaropvolgende navorsing gekry en Heimberg se groepkognitiewegegedragsbehandeling van sosiale fobie, wat in die huidige studie gebruik is, is op hierdie teorie gebaseer. Navorsing is veral oor die volgende kognitiewe faktore en teorieë, wat met die kognitiewe model verband hou, gedoen: verwagtings van negatiewe sosiale gebeure; negatiewe kognisies en voor-ingesteldheid in selfbeoordeling; selektiewe en self- gefokusde aandag. Navorsing het ook bevestig dat verskeie kognitiewe verskynsels met sosiale fobie verband blyk te hou. Die volgende verskynsels is geïdentifiseer: wanaangepaste attribusie-style; bevoordeelde herroeping van negatiewe sosiale terugvoer; diskrepansie in self-evaluasie tussen werklike eienskappe en eienskappe wat die deelnemer glo ander van hom/haar verwag om te hê; 'n verhoogde frekwensie negatiewe self-verwysende gedagtes; 'n afname in die frekwensie positiewe self-verwysende gedagtes. Meer onlangs het Rapee en Heimberg (1997) 'n kognitiewe-gedragsmodel van sosiale fobie aangebied. Volgens die skrywers brei hulle uit op vorige modelle en fokus hulle op 'n kognitiewe perspektief, wat die mees logiese raamwerk vir 'n begrip van sosiale fobie bied, en wat algemeen in die behandelings- en navorsingsmetodes van sosiale fobie voorkom. Die model gaan van die aanname uit dat mense met sosiale fobie aanneem dat ander mense inherent krities is en hulle dus negatief sal evalueer, terwyl hulle fundamentele belang daaraan heg om positief deur ander geëvalueer word. Wanneer die persoon hom/haar in 'n sosiale of evaluasie-situasie bevind (of dit antisipeer, of in retrospek deurgaen) vorm hy/sy 'n kognitiewe voorstelling van hoe hy/sy aanneem die toeskouer(s) sy/haar voorkoms en gedrag sien. Hierdie voorstelling is op 'n losweg geïntegreerde amalgaam van informasie uit die langtermyn-geheue, interne informasie (byvoorbeeld fisiese simptome) en eksterne informasie (byvoorbeeld terugvoer van toeskouers) gebaseer. Terselfdertyd fokus die persoon op enige waargenome bedreiging in die sosiale omgewing, wat vir 'n sosiaal-fobiese persoon veral aanduidings van moontlike negatiewe evaluasie sal behels. Tesame met die voorafgaande formuleer die individu 'n voorspelling van die gehoor se verwagte standaard of norm vir optrede in die situasie. Dit word vergelyk met die gehoor se veronderstelde siening van die individu se voorkoms en optrede. Die diskrepansie wat so gevind word, lei tot die waargenome waarskynlikheid van negatiewe evaluasie deur die toeskouers en die oorweging van negatiewe sosiale gevolge van die verwagte negatiewe evaluasie. So word verdere angs, wat fisiologiese, kognitiewe en gedragskomponente het, ontlok. Die individu se voorstelling van sy/haar voorkoms, soos deur die toeskouers gesien, word beïnvloed deur hierdie manifestasies van angs, en die siklus word hernu.

Die belangrikste kognitiewe teorieë oor die oorsake van aandagsverdraaiing is die skema-teorie van Beck en die assosiasie-netwerk-teorie van Bower. Beide berus op 'n informasie-prosesseringsparadigma. Baie navorsing is met die emosionele-Strooptaak gedoen ten einde die verskynsel van aandagsverdraaiing te bestudeer. Eerstens is studies gedoen waarin emosionele-Strooieffekte by bepaalde kliniese subgroepe, insluitende verskillende angsversteurings (ook sosiale fobie), aangetoon is. Tweedens is die oorsake en korrelate van die emosionele-Strooieffekte ook in verskeie studies ondersoek, asook die onderliggende meganismes wat vermoed word daarvoor verantwoordelik is. Wat betref die oorsake en korrelate van

emosionele-Stroopinmenging is daar, ongeag die meganismes onderliggend aan die verskynsel, vordering gemaak in die identifisering van die kondisies wat daardie meganismes aktiveer. Eerstens kan sekere verklarings op grond van onlangse navorsing uitgeskakel word. Voor hierdie studies mag sommige persone dalk van die standpunt uitgegaan het dat emosionele-Strooieffekte die gevolg is van 'n tydelike ontwigting in prosessering veroorsaak deur 'n tydelike verhoging van angs as gevolg van die sien van 'n bedreigende woord. Die feit dat emosionele-Stroopinmenging ook op positiewe woorde voorkom, maak so 'n verklaring onwaarskynlik. Tweedens het die staat- versus trek-angskwessie verder gevorder as die blote vraag of dit die een of die ander is wat die ontwigting veroorsaak. Huidige vlak van staat-angsblyk nie konsekwent met die vlak van kleurbenoemingsinmenging verbind te wees nie, moontlik weens die feit dat staat-angsn 'n taamlike growwe meting van die staat van 'n persoon se huidige bekommernis is. Verhoogde trek-angswas meer konsekwent met kleurbenoemingsinmenging op bedreigende materiaal geassosieer, en het verband gehou met die omvang van hierdie inmenging by beide klinies-angstige pasiënte en by deelnemers wat binne die normale dimensies van angstigheidgevarieer het. Die vlak van trek-angshet nie geïnterageer met staat-angsnie, en ook nie met die staat veroorsaak deur eksperimenteel-gemanipuleerde mislukking tydens 'n studietaak nie, maar het wel tot gevolg gehad dat deelnemers meer geredelik inmenging gedemonstreer het tydens die langertermynstressor van geantisipeerde eksamens. Herstel van kliniese status is geassosieer met verlaagde kleurbenoemingsinmenging, alhoewel geen stres-toets met sulke herstelde pasiënte gedoen is om te bepaal of emosionele-Stroopprestasie dalk 'n merker van latente kwesbaarheid is nie. Kleurbenoemingsontwigting is egter nie die algemene bevinding by nie-kliniese individue wat ten opsigte van trek-angsverskil nie.

Die afwesigheid van nie-behandelde kontrolegroepe in behandeling-uitkomstudies waarin die emosionele-Stroop gebruik is, veroorsaak dat die hele kwessie betreffende 'n ekspertise-verklaring vir Strooieffekte tot dusver nog nie effektief aangespreek is nie. Die effek van behandeling van sosiale fobie op die emosionele-Stroopontwigting is slegs in een studie ondersoek. 'n Beduidende verlaging van emosionele-Stroopontwigting is vir 'n sosiaal-fobiese groep, wat effektief met kognitiewe herstrukturering plus blootstelling of met antidepressante medikasie behandel is, gedemonstreer. Die effekte op die emosionele-Strooptaak was onbeduidend vir 'n groep wat nie beduidend na dieselfde behandelings verbeter het nie. 'n Kontrolegroep is nie in hierdie ondersoek betrek nie. Die effek van verskillende soorte behandeling op emosionele-Stroopontwigting is nog nooit in enige studie vergelyk nie.

## 4. DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE

### 4.1 INLEIDING

Navorsing oor verskillende behandelingsprosedures vir sosiale fobie word in hierdie hoofstuk krities en vergelykend bespreek. Studies met 'n enkeledeelnemer-ontwerp word egter nie bespreek nie, aangesien dit om verskeie redes vergelyking van verskillende behandelingsmetodes bemoeilik (Hope et al., 1993).

Uit die literatuur blyk dat kognitiewegedragsterapeutiese prosedures in die meerderheid van gekontroleerde sielkundige behandelingsuitkomsnavorsing (voortaan uitkomsstudies genoem) oor sosiale fobie betrek is. Dit sluit verskillende vorme van kognitiewe terapie, soos byvoorbeeld Beck se kognitiewe terapie (Beck et al., 1985), Rationeel-emotiewe gedragsterapie (Ellis, 1962, 1970, 1991) en selfinstruksie-opleiding (Meichenbaum, 1975) in. 'n Aanpassing van Beck se kognitiewe terapie spesifiek vir die behandeling van sosiale fobie, is groepkognitiewegedragsterapie deur Heimberg en sy kollegas (Heimberg, 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg & Becker, 1984). Ander kognitiewegedragsterapeutiese strategieë wat in studies gebruik is en wat in hierdie hoofstuk bespreek sal word, is ontspanningsopleiding soos progressiewe ontspanning en toegepaste-ontspanning, sosialevaardigheid-opleiding, sistematiese desensitisasie en ander vorme van blootstelling, en verskillende kognitiewegedragsterapeutiese strategieë soos byvoorbeeld groepkognitiewegedragsterapie en angshanteringsopleiding (Suinn & Richardson, 1971). Sommige skrywers onderskei tussen sogenaamde Beck-Emery kognitiewe gedragsterapie (Michelson & Marchione, 1991) en Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie wat soms Beck-Heimberg kognitiewe gedragsterapie (Feske & Chambless, 1995) genoem word.

In die meeste studies oor die uitkoms van kognitiewegedragsterapeutiese strategieë by sosiale fobie is 'n vergelyking gedoen van kognitiewe herstrukturering of 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling soos groepkognitiewegedragsterapie, met meer klassieke gedragsterapeutiese strategieë soos variasies en kombinasies van blootstelling en sosialevaardigheid-opleiding (Turner, Cooley-Quille et al., 1996). Een kognitiewegedragsterapeutiese behandelingsmetode spesifiek, naamlik groepkognitiewegedragsterapie, is deeglik ondersoek en blyk effektief te wees in die behandeling van sosiale fobie. Dit is hierdie behandelingsmetode wat in die huidige navorsing met en sonder aanvulling met hipnose toegepas is, juis om na te gaan of hipnose die effek van 'n effektiewe behandelingsprogram verder kan verhoog. Hipnose en groepkognitiewegedragsterapie waarby hipnose geïnkorporeer is word slegs vir die behandeling van individue met toespraak-angst (en dus nie noodwendig 'n kliniese diagnose van sosiale fobie nie) en slegs in 'n enkele studie gerapporteer. Hipnose en die behandeling van sosiale fobie en die aanvulling van groepkognitiewegedragsterapie met hipnose sal in die volgende hoofstuk, wat uitsluitlik oor hipnose handel, bespreek word.

In hierdie hoofstuk word die effektiwiteit van behandelings vir sosiale fobie eerstens bespreek. Die bespreking is in drie breë afdelings georganiseer, naamlik die effektiwiteit van dinamies-georiënteerde terapie, kognitiewe gedragsterapie en psigofarmakologiese behandeling. Daarna word die effektiwiteit

van verskillende behandelings met mekaar vergelyk: eerstens word verskillende (nie-kognitiewegedragsterapeutiese) psigoterapieë vergelyk, dan kognitiewegedragsterapeutiese behandelingsprosedures en laastens word die effektiwiteit van verskillende soorte medikasie en sielkundige behandeling met mekaar vergelyk. Hierna word faktore wat naas die tipe behandeling ook 'n effek op terapie-uitkomsbevindings by sosiale fobie mag hê, bespreek. Teorieë oor die meganismes betrokke by angsreduksie tydens kognitiewe gedragsterapie volg hierna, waarna die hoofstuk met 'n samevatting afgesluit word.

## **4.2 EFFEKTIWITEIT VAN VERSKILLENDE VORME VAN BEHANDELING**

### **4.2.1 Dinamies-georiënteerde psigoterapie**

Slegs een gekontroleerde studie uit 'n ander oriëntasie as 'n kognitiewegedragsterapeutiese benadering by die behandeling van sosiale fobie is gepubliseer (Alström, Nordlund, Persson, Harding, & Ljungqvist, 1984). Daar is gevind dat dinamies-georiënteerde ondersteunende psigoterapie plus 'n minimale aandag-kontrole behandelingskondisie, waar die totale program opvoeding, self-blootstellingsadvies, en angswerende medikasie ingesluit het, meer effektief was as die minimale aandagkontrole alleen.

### **4.2.2 Kognitiewe gedragsterapie**

Soos reeds aangetoon, is die effektiwiteit van 'n verskeidenheid kognitiewegedragsterapeutiese prosedures by sosiale fobie ondersoek. Dit word vervolgens bespreek.

#### **Sosialevaardigheid-opleiding alleen en in kombinasie met ander strategieë**

In verskeie studies in die sewentigerjare is die waarde van sosialevaardigheid-opleiding in die behandeling van sosiale fobie gedemonstreer (Argyle, Bryant, & Trower, 1974; Marzillier, Lambert, & Kellett, 1976; Shaw, 1979; Trower, Yardley, Bryant, & Shaw, 1978). Daar word vermoed dat baie van die deelnemers in hierdie studies uitsluitlik/ook kon gely het aan 'n vermydende-persoonlikheidsversteuring met kenmerkende gebrekkige sosiale vaardighede. Nadat sosiale fobie in 1980 in die DSM-klassifikasiesisteem (American Psychiatric Association, 1980) beskryf is, is meer geldige diagnoses waarskynlik gemaak en is beter gekontroleerde navorsing gedoen.

In die tagtigerjare het die klem in navorsing egter veral op medikasie, blootstelling en kognitiewe herstrukturering as behandelingsmetodes begin val. In die tydperk is die effektiwiteit van sosialevaardigheid-opleiding (Öst et al., 1981) en in die negentigerjare 'n kombinasie van sosialevaardigheid-opleiding en ander strategieë soos intense blootstelling (Turner, Beidel, Cooley et al., 1994) by sosiaal-fobiese individue gedemonstreer, veral by dié met sosiale-vaardigheidstekorte. Turner en sy medewerkers het sosialevaardigheid-opleiding met opvoeding, blootstelling en geprogrammeerde oefening gekombineer in 'n strategie wat hulle sosiale-effektiwiteitsterapie (Turner, Beidel, & Cooley, 1994) genoem het. Hulle het gevind dat 'n groep deelnemers met veralgemeende sosiale fobie volgens 'n bepaalde indeks van eindstaat-funksionering, gebaseer op die gedrag van 'n "normale" (i.e., nie-fobiese) groep, beduidend en betekenisvol verbeter het. Daar is ook gevind dat blootstelling in kombinasie met

opleiding in kommunikasie- en toespraakvaardighede (Newman, Hofmann, Trabert, Roth, & Taylor, 1994), en sosialevaardigheid-opleiding in kombinasie met in vivo blootstelling en Rationeel-emotiewe gedragsterapie tot groter verbetering as 'n waglys-kontrolekondisie by sosiale fobie gelei het (Mersch, 1995).

### **Sistematiese desensitisasie**

Daar is in een van twee studies groter verbetering by behandelde sosiaal-fobiese deelnemers as by 'n onbehandelde waglys-kontrolegroep gevind met behulp van 'n aangepaste weergawe van sistematiese desensitisasie, genoem "selfkontrole-desensitisasie" (Kanter & Goldfried, 1979). Die mislukking om betekenisvolle verskille met die tweede studie (Marzillier et al., 1976) te vind, kan dalk toegeskryf word aan hoë attrissie (deelnemer-uitval) en prosedure-probleme. Dit mag ook wees dat die wysigings wat Kanter en Goldfried (1979) aan die standaard- sistematiese desensitisasiebenadering aangebring het, vir die beter resultate verantwoordelik was.

### **Ontspanningsopleiding (progressiewe ontspanning en toegepaste-ontspanning)**

Daar is geen gepubliseerde navorsing waarin standaard progressiewe ontspanningsopleiding met 'n waglys-kontrolekondisie vergelyk is nie. Dit is egter wel vergelyk met minimale plasebobehandeling ('n aandag-kontrolekondisie) en daar is min aanduidings gevind dat die progressiewe ontspanning bygedra het tot die effektiwiteit van die minimale behandeling (Alström et al., 1984). 'n Aangepaste weergawe van ontspanningsopleiding, naamlik toegepaste-ontspanning (Öst, 1987), het wel geblyk meer voordelig te wees as geen behandeling nie (Jerremalm et al., 1986). Dit is egter belangrik om in gedagte te hou dat toegepaste-ontspanning ook oefening om in die gevreesde situasies te ontspan (en dus blootstelling) insluit.

### **Kognitiewe herstrukturering en blootstelling**

Standpunte dat disfunksionele gedagtepatrone 'n sentrale rol in die ontwikkeling en instandhouding van sosiale angs speel (Beck et al., 1985; Butler, 1989; Emmelkamp, 1982), het daartoe bygedra dat kognitiewe benaderings in die behandeling van sosiale fobie baie aandag gekry het. Die groterwordende hoeveelheid selfgerapporteerde en eksperimentele data is getuigenis van die mate waarin sosiale fobie geassosieer word met kognitiewe psigopatologie (sien oorsig deur Chambless & Hope, 1996), en baie navorsers is van mening dat die disfunksionele kennisies van individue met sosiale fobie verander moet word vir terapie om suksesvol te wees (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen, Jacobs, Mayol, & Cochran, 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990). Daar is argumente dat behandelings waarin kognitiewe intervensies betrek word, beter behoort te vaar as blootstelling alleen omdat eersgenoemde spesifiek daarop gerig is om disfunksionele kennisies direk en sistematies te wysig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982). Daar is ook die standpunt dat sosiale situasies selde so beheer kan word dat optimale omstandighede vir blootstelling geskep kan word (Heimberg, Dodge et al., 1990). Dit sou moeilik wees om 'n persoon geleidelik, herhaaldelik en langdurig bloot te stel aan sommige idiosinkratiese sosiale situasies wat gevrees word, soos byvoorbeeld om hare te laat sny.

Kognitiewe herstrukturering en blootstelling word saam bespreek omdat blootstelling dikwels gebruik word om kognitiewe herstruktureringvaardighede te oefen (en dus in kombinasie daarmee gebruik

word), dit nie altyd duidelik is hoe "suiwer" (i.e. sonder blootstelling) die kognitiewe herstrukturering is wat in sommige studies gebruik is nie en die feit dat studies (waarin dit wel aangedui word) ook van mekaar verskil wat ten opsigte van die mate van "suiwerheid" van die kognitiewe herstrukturering wat gebruik is.

Blootstelling aan gevreesde situasies verteenwoordig 'n standaard-intervensie by die behandeling van fobies en ander angsversteurings (Barlow & Beck, 1984), en dit is alleen of in kombinasie met kognitiewe herstrukturering en/of sosialevaardigheid-opleiding by sosiale fobie nagevors. Die effektiwiteit van laasgenoemde kombinasie is reeds bespreek.

Daar is verskeie kognitiewe herstruktureringstegnieke wat gebruik word, soos byvoorbeeld Sokratiese dialoog, veronderstelling-van-die-ergste, die kamera-kontroletegniek en verbale betwisting (byvoorbeeld die vra van kritiese vrae). Daar is ook verskillende maniere om blootstelling toe te pas, byvoorbeeld (a) blootstelling op verbeeldingsvlak, in gesimuleerde situasies en in vivo (werklike) blootstelling, (b) geleidelike (gegradeerde) versus vinnige, intensiewe blootstelling (oorstimulasie of "flooding"), (c) sporadiese versus herhaalde en gekonsentreerde blootstelling, en (d) terapeut-ondersteunde versus self-blootstelling. Dit wil voorkom asof geleidelike blootstelling dalk verkieslik is omdat dit minder attrissie tot gevolg kan hê, dat herhaalde en gekonsentreerde blootstelling beter as sporadiese blootstelling is, dat self-blootstelling in die vorm van huiswerkopdragte effektief blyk te wees en terugval na behandeling verminder, en dat blootstelling in groepe in gesimuleerde situasies 'n effektiewe strategie is, maar dat in vivo blootstelling uiteindelik die beste resultate behoort te lewer (Barlow, 1988; Marks, 1987), of minstens deel vorm van die effektiefste behandelings (Heimberg & Juster, 1995). Mersch (1995) beskryf in vivo blootstelling as die "gold standard" (p. 260) waarteen ander behandelings gemeet moet word en Turner, Beidel et al., (1996) beskryf blootstelling as waarskynlik die "critical ingredient" (p. 795) van effektiewe terapie vir sosiale fobie.

In die kognitiewe teorie waarop groepkognitiewegegedragsterapie gebaseer is (Beck et al., 1985) word daar gehipotetiseer dat (a) kognitiewe verandering, gedefinieer as remediëring van disfunsionele selfstellings en verdraaide informasieprosessering, essensieel is vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie, 'n standpunt gedeel deur prominente navorsers in die veld van sosiale fobie (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990), en (b) dat kognitiewe herstrukturering die effektiefste (en selfs essensiële) intervensie is om dit te bewerkstellig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982). Volgens Beck et al. (1985) kan kognitiewe verandering direk bewerkstellig word deur rasonale analise en betwisting van disfunsionele gedagtes (dit wil sê met kognitiewe herstrukturering) en indirek deur sukseservarings in voorheen gevreesde situasies (dit wil sê via blootstelling). Hope, Heimberg et al. (1995) is van mening dat blootstelling kognitiewe herstrukturering op twee maniere fassiliteer. Eerstens voorsien blootstelling dikwels sukseservarings wat gebruik kan word om irrasionele gedagtes mee te bevraagteken. Tweedens lok blootstelling angsk uit wat sekere kerngedagtes meer toeganklik vir identifikasie en kognitiewe herstrukturering maak as wat die geval is wanneer die persoon ontspanne is. Aan die ander kant kan kognitiewe herstrukturering op sy beurt weer die terapeutiese effekte van blootstelling moontlik maak deur 'n angshanteringstrategie te voorsien wat individue help om gouer moeilike situasies te betree en daarin te bly sonder om te ontsnap.

Kognitiewe en blootstellingsintervensies is die meeste van alle sielkundige behandelings by sosiale fobie nagevors en in die gepubliseerde studies is gevind dat blootstelling alleen (Al-Kubaisy et al., 1992; Alström et al., 1984; Beidel, Turner, & Cooley, 1993; Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder, 1984; Hope, Heimberg et al. 1995; Mattick, Peters, & Clark, 1989; Mersch, 1995; Turner, Beidel, & Jacob, 1994) of kognitiewe herstrukturering alleen (Jerremalm et al., 1986; Kanter & Goldfried, 1979; Mattick et al., 1989) of kognitiewe herstrukturering plus blootstelling (Butler et al., 1984; Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg, Salzman, Holt, & Blendell, 1993; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick et al., 1989; Scholing & Emmelkamp, 1993a) meer effektief was as waglyskontrole- of plasebo-kondisies (aandagkontrole of pilplasebo).

Daar is verwys na groepkognitiewegedragsterapie as 'n spesifieke behandelingsprogram vir sosiale fobie waarin kognitiewe herstrukturering plus blootstelling die belangrikste aktiewe behandelingskomponent was. Die effek daarvan is met dié van 'n aandag-kontrolekondisie vergelyk. Dit word vervolgens in meer besonderhede bespreek.

### **Groepkognitiewegedragsterapie**

In die aanvanklike evaluasie van groepkognitiewegedragsterapie (Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985) is 7 pasiënte met sosiale fobie in 'n studie met 'n meervoudige basislyn-ontwerp betrek. 'n Vroeëre weergawe van die program het ook blootstelling op verbeeldingsvlak, naas blootstelling tydens rollespel (gesimuleerde blootstelling) en in vivo blootstelling, ingesluit. Die blootstelling-op-verbeeldingsvlak-komponent is later weggelaat as gevolg van prosedure-probleme. Die deelnemers het betekenisvolle verbetering getoon op 'n wye reeks van selfgerapporteerde gedrags- en fisiologiese metings en die behandelingseffekte is gehandhaaf tydens 'n 6-maande-opvolg by 6 van die 7 deelnemers.

Daarna het Heimberg, Dodge et al. (1990) groepkognitiewegedragsterapie vergelyk met 'n aandag-kontrolekondisie wat hulle Educational Supportive Group Psychotherapy genoem het. Dit het opvoeding oor sosiale fobie en ondersteunende groepterapie ingesluit. Alhoewel die deelnemers in beide behandelings op die meeste metings verbeter het, het die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het beter resultate as die aandag-kontrolegroep getoon in terme van klinikus-beoordelings en op verskeie metings verkry uit 'n geïndividualiseerde gedragstoets. In hierdie studie is gerapporteer dat 75% van die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het en 40% van die deelnemers wat die aandag-kontrolekondisie ontvang het volgens klinikus-beoordelings betekenisvolle verbetering getoon het, en dat 81% van eersgenoemde groep en 47% van laasgenoemde groep subkliniese vlakke van sosiale angs na 'n 6-maande-opvolgondersoek getoon het. Na 'n 5-jaar-opvolg (Heimberg, Salzman et al., 1993) was die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het meer geneig om die terapeutiese winste te behou en het ook in dié tydperk groter verdere verbetering getoon as die aandag-kontrolegroep. Hierdie bevinding moet egter met 'n mate van versigtigheid beskou word aangesien aansienlike attrisie tydens hierdie lang periode voorgekom het en die 5-jaar-opvolg steekproef hoofsaaklik bestaan het uit deelnemers wat gemiddeld effens minder benadeeld was as dié tydens die 6-maande-opvolgstadium. Aan die ander kant, die mate van attrisie was vir beide behandelingskondisies dieselfde.

Lucas en Telch (1993) het basies die studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) gerepliseer, maar met die byvoeging van 'n individueel-toegepaste weergawe van groepkognitiewegedragsterapie. Soos in die Heimberg, Dodge et al. (1990) studie het die deelnemers in beide die groepkognitiewegedragsterapie en aandag-kontrolekondisies op die meeste metings verbeter met die deelnemers in eersgenoemde groep wat wel op sekere metings 'n groter mate van verbetering getoon het.

Waar daar in die studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) gedemonstreer is dat groepkognitiewegedragsterapie meer effektief was as 'n aandag-kontrolekondisie, is daar in 'n studie deur Hope, Heimberg et al. (1995) gevind dat groepkognitiewegedragsterapie meer effektief was as 'n waglys-kontrolekondisie.

#### **4.2.3 Psigofarmakologiese behandeling**

Drie hooftipes van medikasie word dikwels vir sosiale fobie voorgeskryf, naamlik bensodiasepienes, beta-adrenergiese blokkeerders en antidepressante. Laasgenoemde is hoofsaaklik afkomstig uit die volgende klasse: mono-amienoksidaseremmers (MAOIs), selektiewe seretonien-heropname-inhibeerders (SRRIs) en meklobemiede (Aurorix).

##### **Bensodiasepienes**

Alprazolam (handelsname: Xanax of Xanor), 'n stadigwerkende bensodiasepiene, mag van waarde wees vir die fisiologiese opwekking en subjektiewe ongemak geassosieer met sosiale fobie. Reich, Noyes en Yates (1989) het die effek van alprazolam by 14 deelnemers met 'n diagnose van sosiale fobie met vermydende-persoonlikheidsversteuring ondersoek. Hulle het beduidende verbetering gerapporteer wat betref sekere kenmerke van vermydende-persoonlikheidsversteuring, soos vermyding van interpersoonlike of alledaagse aktiwiteite, vrees vir verleentheid en vrees om beheer te verloor. Sewe dae nadat medikasie gestaak is, het alle vermydende-persoonlikheidsversteuringskenmerke, buiten vermyding van interpersoonlike aktiwiteite, tot die basislyn-vlakke teruggekeer. In 'n dubbelblinde studie deur Gelernter et al. (1991) is gevind dat deelnemers met sosiale fobie wat alprazolam geneem het beduidende verbeterings getoon het, maar nie meer as dié wat 'n pilplasebo geneem het nie. Die Alprazolam-gebruikers was ook geneig tot terugval sodra die medikasie gestaak is.

##### **Beta-adrenergiese blokkeerders**

In die behandeling van sosiale fobie lyk beta-adrenergiese blokkeerders (soos atenolol) belowend, maar dit is dalk effens minder effektief as die mono-amienoksidaseremmers. Liebowitz et al. (1987) rapporteer dat 9 van 10 deelnemers minstens matige verbetering getoon het na 'n 8 weke behandeling met atenolol. In 'n gekontroleerde dubbelblinde studie met 74 deelnemers met sosiale fobie, het Liebowitz et al. (1992) egter gevind dat die responskoers van 64% vir fenelsien, 'n mono-amienoksidaseremmer, hoër was as vir atenolol (30%), wat nie beduidend van 'n plasebo (23%) verskil het nie. Vir spesifieke sosiale fobie was die responskoers vir atenolol hoër (40%) as die algehele koers (30%). Analises wat 16 weke later uitgevoer is, het 'n toename in effektiwiteit vir atenolol (43% responskoers) en 'n effense afname in effektiwiteit vir fenelsien (52%) getoon. Fenelsien het statisties beter gevaar as 'n plasebo (19%), maar die resultate vir atenolol het nie beduidend verskil van die van fenelsien of 'n plasebo nie. Kritiek teen



laasgenoemde studie was dat verbetering deur 'n enkele klinikus beoordeel is, 'n probleem wat reggestel is deur Turner, Beidel, Cooley et al. (1994) deurdat hulle van saamgestelde indekse (wat verduidelik word) gebruik gemaak het. Wat betref verbetering by deelnemers wat met atenolol behandel is, is drie groepe onderskei: geen of minimale (53,3%), matige (33,3%) en beduidende (13,3%) verbetering, en wat eindstaat-funksionering betref, is hulle in die volgende drie groepe verdeel: lae (55,6%), matige (22,2%) en hoë (22,2%) status. Belangrik egter is dat daar, soos in die studie van Liebowitz et al. (1992), nie beduidende verskille was tussen die resultate van atenolol- en plasebo-behandeling nie. Op hierdie stadium is die resultate van atenolol-behandeling alleen dus nie baie positief nie, maar die gebruik daarvan by 'n bepaalde sub tipe, naamlik spesifieke sosiale fobie, lyk meer belowend.

### **Antidepressante**

Liebowitz en sy kollegas het verskeie ondersoekte uitgevoer waarin die waarde van die mono-amienoksidaseremmers, fenelsien (Nardil) (Liebowitz, Fyer, Gorman, Campeas, & Levin, 1986; Liebowitz et al., 1988; Liebowitz et al., 1992) en trianielsipromien (Versiani, Mundim, Nardi, & Liebowitz, 1988), in die behandeling van sosiale fobie aangetoon is. Schneier, Levin en Liebowitz (1990) het die mening uitgespreek dat fenelsien veral van waarde mag wees vir pasiënte met veralgemeende sosiale fobie en die data van Liebowitz et al. (1992) bied 'n mate van steun vir so 'n standpunt.

Versiani et al. (1992) het fenelsien, moklobemiede (Aurorix) en 'n pilplasebo met mekaar vergelyk by 78 deelnemers met sosiale fobie. Die data het aangedui dat (a) fenelsien en moklobemiede beduidend beter resultate as 'n pilplasebo gelewer het, (b) hulle dieselfde responskoers het, (c) moklobemiede dalk effens langer neem om dieselfde terapeutiese effekte as fenelsien te hê, en (d) daar by beide middels 'n groot terugval was wanneer die pasiënte medikasie gestaak het.

## **4.3 VERGELYKING VAN BEHANDELINGS**

### **4.3.1 Verskillende psigoterapieë**

Slegs een ondersoek kon opgespoor word waarin die effektiwiteit van verskillende vorme van psigoterapie in die behandeling van sosiale fobie vergelyk is. In die studie van Alström et al. (1984) is basale terapie ('n minimale behandeling bestaande uit opvoeding, ondersteuning, instruksie vir self-blootstelling en ongespesifiseerde medikasie), met dinamiesgeoriënteerde ondersteunende psigoterapie, verlengde in vivo blootstelling en standaard ontspanningsopleiding vergelyk. Die skrywers het tot die gevolgtrekking gekom dat blootstelling die mees effektiewe behandeling was, dat ondersteunende psigoterapie effens minder effektief was en dat ontspanning en basale terapie alleen die swakste resultate gelewer het. 'n Probleem met die interpretasie van die resultate is dat alle deelnemers die instruksie ontvang het om hulself aan gevreesde situasies bloot te stel, maar die mate waarin dit gebeur het, is nie gerapporteer en/of dalk gekontroleer nie.

### 4.3.2 Kognitiewe gedragsterapie

In die meeste gekontroleerde uitkomststudies by sosiale fobie is een of ander vorm van kognitiewegegedragsterapeutiese intervensie, soos byvoorbeeld variasies van kognitiewe terapie, Rasioneel-erotiewe gedragsterapie, sosialevaardigheid-opleiding en ontspanningsopleiding, vergelyk. Vervolgens word ondersoek bespreek waar daar nie beduidende verskille tussen die verskillende intervensies gevind is nie, gevolg deur 'n bespreking waarin daar wel verskille in effektiwiteit gevind is.

#### Geen verskille in effektiwiteit tussen behandelingsprosedures

In die meerderheid van studies waarin verskillende kognitiewegegedragsterapeutiese intervensies vergelyk is, is daar nie verskille in effektiwiteit gevind nie (Feske & Chambless, 1995; Hope et al., 1993; Turner, Cooley-Quille et al., 1996). Daar is byvoorbeeld geen verskille in effektiwiteit gevind tussen sosialevaardigheid-opleiding en die volgende kognitiewegegedragsterapeutiese intervensies nie: (a) sistematiese desensitisasie (Marzillier et al., 1976; Shaw, 1979), (b) intense blootstelling ("flooding") op verbeeldingsvlak (Shaw, 1979), (c) 'n kognitiewe herstrukturering plus sosialevaardigheid-opleiding kombinasie (Stravynski, Marks, & Yule, 1982), (d) in vivo blootstelling (Scholing & Emmelkamp, 1989; Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser, & Munchau, 1990), en (e) Rasioneel-erotiewe gedragsterapie sonder blootstelling (Scholing & Emmelkamp, 1989).

Onnoemenswaardige verskille in effektiwiteit is ook in vergelykings van Heimberg se groepkognitiewegegedragsterapie en blootstelling alleen (Hope, Heimberg et al., 1995) en Beck-Emery kognitiewe gedragsterapie en blootstelling alleen (Salaberría & Echeburúa, 1998) gevind. Scholing en Emmelkamp (1993a, 1993b) het geen beduidende verskille in effektiwiteit tussen in vivo blootstelling en Rasioneel-erotiewe gedragsterapie sonder blootstellingsopdragte gevind nie. Die effektiwiteit van die terapie is ook nie verhoog deur die volgorde van aanbeiding nie, met ander woorde, dit het geen verskil gemaak of Rasioneel-erotiewe gedragsterapie eerste aangebied is (voor blootstelling), ná blootstelling of daarmee gekombineer en as 'n geïntegreerde behandeling aangebied is nie. Taylor et al. (1997) het 'n vorm van kognitiewe herstrukturering ontwikkel waar subtiele blootstelling aan gevreesde sosiale situasies in 'n groot mate uitgeskakel is. Hulle het gevind dat 'n kombinasie van hierdie "gesuiwerde" vorm van kognitiewe herstrukturering in kombinasie met blootstelling alleen, en waar die blootstelling ná die kognitiewe herstrukturering aangebied is, nie 'n meer effektiewe behandeling as blootstelling alleen was nie. 'n Geïntegreerde benadering (Mersch, 1995) bestaande uit Rasioneel-erotiewe gedragsterapie plus sosialevaardigheid-opleiding plus blootstelling in vivo het ook nie beter resultate as slegs blootstelling in vivo gelewer nie en die langtermyn-effektiwiteit van die twee tipes behandeling was ook ewe goed.

Verskillende metodes is gevolg ten einde die effekgroottes van behandeling te verhoog en om duideliker differensiële behandelingseffekte te demonstreer. 'n Eerste metode was om verskillende strategieë in sogenaamde "behandelingspakkette", soos byvoorbeeld groepkognitiewegegedragsterapie (Heimberg, 1991), te kombineer. 'n Tweede metode was die afparing van 'n bepaalde tipe terapie met 'n bepaalde sosiaal-fobiese responspatroon. In die meeste gevalle het dit nie die effektiwiteit van die behandeling verhoog nie. Dit het gegeld vir sogenaamde "kognitiewe reageerders" wat Rasioneel-erotiewe

gedragsterapie ontvang het (Jerremalm et al., 1986; Mersch et al., 1989), "fisiologiese reageerders" wat toegepaste-ontspanning ontvang het (Jerremalm et al., 1986), en "gedragsreageerders" (sosiale-vaardigheidstekorte) wat sosialevaardigheid-opleiding ontvang het (Mersch et al., 1989). In hierdie studie is ook gevind dat sosialevaardigheid-opleiding tot beduidende verbeteringe gelei het, nie net wat sosiale vaardighede betref nie, maar ook wat die vermindering van sosiale angs betref. Letwat meer bemoedigende resultate is verkry in die afparing van "gedrags- en fisiologiese reageerders" met sosialevaardigheid-opleiding en toegepaste-ontspanning onderskeidelik in 'n studie deur Öst et al. (1981).

### **Studies wat wel verskille in effektiwiteit van kognitiewegegedragsterapeutiese-strategieë gevind het**

In die bespreking wat volg, dui die onderstaande opskrifte op kognitiewegegedragsterapeutiese-strategieë wat in bepaalde studies gevind is beter as ander te gevaar het in die behandeling van sosiale fobie.

Sosialevaardigheid-opleiding: Daar is gevind dat sosialevaardigheid-opleiding meer effektiewe behandeling was as toegepaste-ontspanning by 'n subgroep van sosiale fobie met sosiale-vaardigheidstekorte as 'n baie prominente simptom. Die deelnemers in hierdie subgroep is beskryf as sogenaamde "gedragsreageerders" omdat versteurde gedrag (gebrekkige sosiale vaardighede) eerder as verhoogde hartklop (fisiologiese opwekking) die mees prominente simptom was (Öst et al., 1981). Trower et al. (1978) het ook sosiaal-onbekwame individue in hulle studie betrek en aangetoon dat sosialevaardigheid-opleiding beter behandelingsresultate gelewer het as sistematiese desensitisasie.

Toegepaste-ontspanning: Toegepaste-ontspanning het geblyk meer effektiewe behandeling te wees as sosialevaardigheid-opleiding by 'n bepaalde subgroep met sosiale fobie, naamlik sogenaamde "fisiologiese reageerders" waar verhoogde hartklop, eerder as gebrekkige sosiale vaardighede, die mees prominente simptom was (Öst et al., 1981).

Selfinstruksie-opleiding en Sistematiese Rationele Herstrukturering: Daar is in een studie gevind dat selfinstruksie-opleiding meer effektiewe behandeling vir sosiale fobie was as toegepaste-ontspanning (Jerremalm et al., 1986). Die selfinstruksie-opleiding in die studie van Jerremalm et al. (1986) is 'n kognitiewe herstruktureringstegniek wat gebaseer is op selfinstruksie-opleiding ontwikkel deur Meichenbaum (1975), terwyl die toegepaste-ontspanning die oefening van ontspanning in sosiaal-fobiese situasies behels het. In 'n ander studie het Kanter en Goldfried (1979) 'n aangepaste weergawe van Rationeel-emosionele gedragsterapie, naamlik sistematiese rationele-herstrukturering, vergelyk met 'n aangepaste vorm van sistematiese desensitisasie, naamlik selfkontrole-desensitisasie, asook met 'n kombinasie van die twee. Die selfkontrole-desensitisasiebenadering is ontwikkel deur Goldfried (1971) waar die klem val op die aanleer van vaardighede om angs in fobiese situasies te leer hanteer, eerder as 'n passiewe dekontisioneringsproses kenmerkend van die klassieke vorm van sistematiese desensitisasie. In teenstelling met wat hulle verwag het, was die kognitiewe intervensie alleen die mees effektiewe behandeling en het dit ook die grootste veralgemening na nie-sosiale situasies getoon.

Blootstelling alleen: In drie studies is aangetoon dat blootstelling alleen die beste resultate gelewer het. Wlazlo et al. (1990) het gevind dat blootstelling alleen tot beduidend groter verbetering as sosialevaardigheid-opleiding by 'n sosiaal-fobiese groep met gebrekkige sosiale vaardighede gelei het.

Dit is vanselfsprekend 'n onverwagte bevinding. Alström et al. (1984) het in 'n vergelyking van blootstelling alleen met tradisionele ontspanningsopleiding die superioriteit van eersgenoemde in die behandeling van sosiale fobie gedemonstreer. Blootstelling alleen het ook in een studie beter uitkomstresultate gelewer as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling aangebied in 'n groepkognitiewegegedragsterapie program (Hope, Heimberg et al., 1995).

'n Kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling: In 'n aantal studies is gevind dat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling beter resultate gelewer het in die behandeling van sosiale fobie as blootstelling alleen (Butler et al., 1984; Mattick et al., 1989; Mattick & Peters, 1988), en kognitiewe herstrukturering alleen (Mattick et al., 1989). Die superieure resultate van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling in vergelyking met blootstelling in die studie van Mattick et al. (1989) is tydens opvolgtoetsing gevind. In die Butler et al. (1984) studie is blootstelling vergelyk met blootstelling plus angshanteringsopleiding (waarvan die kognitiewe intervensie dalk die belangrikste komponent gevorm het). Hope et al. (1993) het na 'n oorsig van uitkomststudies tot die slotsom gekom dat daar aanduidings van die superieure behandelingseffektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling is. Verskeie prominente navorsers in die gebied van uitkomstnavorsing by sosiale fobie is ook van mening dat die kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling wel beter behoort te vaar as ander psigoterapeutiese behandelings.

#### **4.3.3 Medikasie en sielkundige behandeling**

Feitlik geen navorsing is gedoen waarin 'n kombinasie van medikasie en psigoterapie in die behandeling van sosiale fobie met die effekte van elkeen afsonderlik vergelyk is nie. Falloon, Lloyd en Harpin (1981) het sosialevaardigheid-opleiding plus die beta-blokkeerder propranolol (Inderal) vergelyk met sosialevaardigheid-opleiding plus 'n plasebo. Die deelnemers het oor die algemeen verbeter, met geen beduidende verskille tussen die groepe nie.

Turner, Beidel en Jacob (1994) het gevind dat sosiaal-fobiese deelnemers wat met intense blootstelling ("flooding") behandel is, beter op gedragsmetings en saamgestelde indekse gevaar het (na behandeling en tydens opvolg) as dié wat met die beta-blokkeerder atenolol behandel is.

Gelernter et al. (1991) het Heimberg se groepkognitiewegegedragsterapie vergelyk met fenelsien, alprazolam en 'n pilplasebo. Alle deelnemers het ook aanmoediging vir self-blootstelling ontvang. Na 12 weke van aktiewe behandeling het 'n 2-maande-opvolgperiode gevolg. Oor die algemeen het alle deelnemers verbeter met min verskille tussen die groepe aan die einde van behandeling. Daar was aanduidings dat alprazolam-deelnemers geneig was tot terugval sodra die medikasie gestaak is. Fenelsien-deelnemers het die hoogste responskoers getoon en was geneig om die terapeutiese effekte te behou sonder medikasie. Waar deelnemers wat groepkognitiewegegedragsterapeutiese behandeling ontvang het aanvanklik minder verbetering getoon het, was daar tekens van voortgesette verbetering gedurende die opvolgperiode. Die swakker as verwagte reaksie van die groep kognitiewegegedragsterapeutiese intervensie sou toegeskryf kon word aan die feit dat die deelnemers behandel is in groter groepe vir korter sessies (10 per groep, 90-minuutсессies) as wat gewoonlik by dié

benadering gebruik word (6 tot 7 per groep, 2-uursessies). Die skrywers het die verbetering in die plasebo-groep toegeskryf aan die deelnemers se blootstelling waarvan hulself die tempo bepaal het.

Data is ook beskikbaar van 'n multisentrum-studie deur Heimberg en Liebowitz (1992) waarin fenelsien, groepkognitiewegegedragsterapie, 'n pilplasebo en aandagkontrole behandeling vergelyk is. Van die 70 deelnemers wat aktiewe behandeling vir 12 weke ontvang het, is 80% van die deelnemers wat groepkognitiewegegedragsterapie ontvang het en 71% van die deelnemers wat fenelsien ontvang het as positiewe respondeerders geklassifiseer. Hierdie responskoerse is beduidend hoër as vir diegene wat die pilplasebo (37%) of die aandagkontrole behandeling (27%) ontvang het, maar het nie beduidend van mekaar verskil nie.

Op grond van die voorafgaande bespreking blyk dit dat sosiale fobie effektief farmakologies behandel kan word en dat dit veral anti-depressiewe medikasie is wat die belowendste resultate gelewer het. Dit is nog onduidelik of daar beduidende terugvalle na staking van medikasie is, maar daar is wel in 'n paar studies gevind dat terugvalle by kognitiewegegedragsterapeutiese behandelings minder is, en dat daar by laasgenoemde selfs die tendens is van voortgesette verbetering na behandeling (Gelernter et al., 1991).

#### **4.4 FAKTORE WAT NAAS TIPE BEHANDELING OOK 'N EFFEK KAN HÊ OP TERAPIE-UITKOMSBEVINDINGS BY SOSIALE FOBIE**

Dit is belangrik om te beklemtoon dat daar verskillende faktore is wat kon bygedra het tot die inkonsekwente resultate van vergelykende uitkomsnavorsing tussen verskillende kognitiewegegedragsterapeutiese behandelings in die algemeen en kognitiewe herstrukturering, blootstelling alleen en kognitiewe herstrukturering plus blootstelling spesifiek. Hierdie faktore kan beskou word as bronne van "ware" variansie of "fout"-variensie, afhangende van die mate waarin die navorsers in die verskillende studies van die betrokke faktore bewus was en vir die aan- of afwesigheid daarvan probeer kontroleer het. Dit is faktore wat daarvoor verantwoordelik kan wees dat die resultate van studies kan verskil, en dit is ook faktore wat in gedagte gehou moet word wanneer nuwe studies beplan word. Dit verteenwoordig ook areas waarop gefokus kan word ten einde die effek van bepaalde behandelingstrategieë te probeer verbeter en die differensiële effekte van verskillende benaderings te probeer vergroot.

##### **4.4.1 Verskille in behandelingsformaat**

###### **Individuele- versus groepterapie**

Scholing en Emmelkamp (1993b) het nie beduidende verskille tussen individuele terapie en behandeling in groepformaat in verskeie kombinasies van blootstelling en kognitiewe intervensies gevind nie. Wlazlo et al. (1990) het nie verskille tussen groeps- en individuele blootstelling by sosiaal-fobiese deelnemers gevind nie. Lucas en Telch (1993) het 'n individueel-toegepaste weergawe van groepkognitiewegegedragsterapie vergelyk met die oorspronklike groepformaat en gevind dat beide ewe effektief was. In 'n loodsstudie met 'n nuutontwikkelde multikomponent terapeutiese benadering, het Turner, Beidel, Cooley et al. (1994) voorlopige aanduidings gevind dat drie deelnemers met

veralgemeende sosiale fobie beter op individuele behandeling gevaar het as drie ander deelnemers wat in groepformaat behandel is. Taylor et al. (1997) is voorstanders vir die gebruik van kognitiewe herstrukturering op 'n individuele basis en baseer hul standpunt op 'n aanname van Beck et al. (1985) dat baie disfunksionele oortuigings idiosinkraties is en dat dit vir die individu van meer waarde is om aktief betrokke te wees by die herstruktureringsproses, eerder as om bloot net 'n waarnemer te wees wanneer ander dit doen. Feske en Chambless (1995) beklemtoon ook die feit dat kognitiewe herstrukturering dalk meer individuele aandag as blootstelling van die terapeut vereis en die feit dat in die navorsing die meeste kognitiewegegedragsterapeutiese sessies by die behandeling van sosiale fobie in groepformaat aangebied is, het dalk te min tyd gelaat vir die optimale aanwending van kognitiewe herstrukturering. Heimberg en sy medewerkers (Heimberg, 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990) is weer voorstanders van groepterapie, omdat dit blootstelling aan mense, evaluasie en gesimuleerde sosiale situasies vergemaklik.

### **Terapeut-ondersteunde - versus selfgereëide blootstelling**

Met terapeutondersteunde blootstelling word bedoel dat 'n klinikus betrokke is by die blootstellingsoefeninge en tydens selfgereëide blootstelling word die blootstellingsprosedures deur die pasiënte self geadminestrer. Fava, Grandi en Canestrari (1989) het 10 individue met sosiale fobie behandel met blootstelling-opdragte as huiswerk (i.e., selfgereëide blootstelling), sonder enige terapeut-ondersteunde blootstelling en die 7 pasiënte wat die behandeling voltooi het, het beduidende afnames in sosiaal-fobiese simptome en angs gedemonstreer. Al-Kubaisy et al. (1992) wou bepaal of terapeutondersteunde blootstelling die effektiwiteit van 'n selfgereëide blootstellingsprogram sou verhoog. By 'n groep met verskillende fobies is daar nie 'n verskil tussen die twee modaliteite gevind nie, maar by die sosiaalfobie-groep spesifiek wou dit voorkom asof 'n mate van klinikus-betrokkenheid benodig is vir 'n optimale effek. Daar is aanduidings dat terapeut-ondersteunde blootstelling meer effektief is vir deelnemers met duidelik omskrewende, afgebakende fobies (Williams, Doseman, & Kleifield, 1984; Williams, Turner, & Peer, 1985).

### **4.4.2 Verskille in die bepaling van terapie-uitkoms**

#### **Verskillende soorte assesseringsprosedures en die veranderlikes wat gemeet word**

Daar is verskillende assesseringsprosedures (meetmiddels en -metodes) wat in uitkomsnavorsing oor die behandeling van sosiale fobie gebruik word om 'n wye verskeidenheid van veranderlikes te meet (Antony, 1997; Cox & Swinson, 1995; Heimberg, Liebowitz, Hope, & Schneier, 1995). Hierdie prosedures, en die veranderlikes wat dit meet, kan in verskillende kategorieë geklassifiseer word. Antony (1997) onderskei byvoorbeeld tussen die gebruik van (a) 'n kliniese onderhoud, (b) selfrapportering (byvoorbeeld vraelyste en dagboekinskrywings), en (c) gedragsassessering. Daar word ook dikwels 'n onderskeid getref tussen gedragsassessering (Glass & Arnkoff, 1989), 'n baie algemene benaming vir 'n benadering wat ook byvoorbeeld selfrapportering van subjektiewe angs insluit, en kognitiewe assessering (Arnkoff & Glass, 1989; Heimberg, 1994) by sosiale fobie. Feske en Chambless (1995) beklemtoon dat uitkomsdata kan verskil, afhangende daarvan of die resultate bekom is met behulp van vraelyste, klinikusbeoordelings, gedrags- of fisiologiese toetse. Hulle het byvoorbeeld gevind dat klinikusbeoordelings deurgaans geneig was om groter effekgroottes te lewer as vraelyste.

'n Groot verskeidenheid van metingsprosedures (en veranderlikes wat gemeet word), word in sosiale fobie uitkomsnavorsing gebruik. Ter wille van illustrasie, kan genoem word dat Hope, Heimberg et al. (1995) byvoorbeeld die meetmiddels en veranderlikes van hulle studie verdeel het in (a) sosialefobie-metings, (b) kognitiewe metings, (c) metings tydens 'n gedragstoets (wat ook beskryf sou kon word as 'n "teikenfobie meting"), en (d) klinikusbeoordeling. Van Velzen et al., (1997), aan die ander kant, het uit die resultate van hulle metings saamgestelde tellings bereken om veranderlikes te reflekteer wat verband hou met vermyding, kognisies en teikensituasies. Antony (1997) weer, het verkies om 'n onderskeid te maak tussen sogenaamde standaardmetings van sosiale fobie en sosiale angs, en ander verbandhoudende skale en veranderlikes by uitkomsnavorsing oor sosiale fobie (byvoorbeeld depressie en skale om dit te meet).

### **Breë versus smal uitkomstriteria: spesifiekheid van die situasies ten opsigte waarvan die deelnemers beoordeel word**

Taylor (1996) onderskei tussen studies waarin van breë, eerder as van smal uitkomstriteria gebruik gemaak is en het voorkeur aan eersgenoemde gegee in sy meta-analise. Sy argument is dat die meeste individue met sosiale fobie meer as een sosiale situasie vrees (American Psychiatric Association, 1994) en daarom mag 'n smal uitkomsmeting (byvoorbeeld 'n meting van vrees vir die maak van openbare toesprake) nie die effektiwiteit van behandeling akkuraat reflekteer nie. Breë metings, waar 'n reeks sosiale vrese geëvalueer word, verskaf 'n meer akkurate assessering van die algehele erns van sosiale fobie, veral waar die meer veralgemeende sub tipe ter sprake is. Marks en Mathews (1979) onderskei tussen metings gebaseer op beoordelings van baie spesifieke teikenfobie-situasies, en beoordelings van fobiese situasies wat in algemene (i.e., breë en globale) terme beskryf word. Hulle noem dat hoe meer spesifiek die fobiese situasie is wat beoordeel moet word, hoe groter is die kans dat die voorbehandelingstelling maksimaal sal wees, en hoe groter sal die ruimte vir verbetering dan natuurlik wees, veral in die geval van teikengeoriënteerde terapie. Sulke gefokusde terapie behoort herhaalde, langdurige blootstelling (Marks, 1987) aan die teikenfobie te verseker, wat natuurlik deur teikenfobie-metings (smaller kriteria) weerspieël behoort te word. Tussen die twee genoemde uiterstes (baie spesifieke versus baie algemene situasies) sou beoordelings gerig kon word op domein-spesifieke sosialefobie-situasies soos dié onderskei deur Holt et al. (1992b), naamlik (a) formele praat en interaksie, (b) informele praat en interaksie, (c) observasie deur ander en (d) assertiewe interaksie.

### **Beoordelaarskale versus selfrapporteringskale**

In sekere meta-analises is aangetoon dat beoordelaarskale konsekwent groter effekgroottes as selfrapporteringskale gelewer het (Lambert, Hatch, Kingston, & Edwards, 1986; Taylor, 1995). Dit mag 'n refleksie wees van die groter sensitiviteit van beoordelaarskale. Aan die anderkant mag dit, volgens Taylor (1996), 'n artefak daarvan wees dat beoordelaars dalk bewus was van die feit dat hulle besig was om 'n assessering voor of na behandeling uit te voer. Hulle verwagtings dat pasiënte na behandeling minder ernstige simptomatologie behoort te demonstree, mag in sulke gevalle dalk hulle beoordelings beïnvloed het. Van al die eksperimente wat Taylor (1996) in sy ondersoek betrek het, was daar slegs twee wat, addisioneel tot selfrapporteringsmetings, ook van klinikus-beoordelingskale gebruik gemaak het. Taylor het dit op grond van die vorige argument nie by die meta-analise betrek nie.

### **Die gebruik van verskillende selfrapporteringskale**

Studies verskil wat betref die selfrapporteringskale wat gebruik word om behandelingsuitkoms mee te meet. Die volgende ses selfrapporteringskale vir die meting van die globale erns van sosiale fobie is gereeld as uitkomsmaatstawwe in die 42 eksperimente in die meta-analise van Taylor (1996) gebruik: twee skale van Watson en Friend (1969), naamlik (a) die Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) en (b) die Social Anxiety and Distress Scale (SAD), (c) die sosialefobie-subskaal van die Fear Questionnaire (FQ-SP; Marks & Mathews, 1979), (d) die Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Stanley, Beidel, & Bond, 1989), en twee skale van Mattick et al., (1989), naamlik (e) die Social Phobia Scale (SPS) en (6) die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). Al hierdie skale, sowel as ander meetmiddels en -tegnieke, is ook in die huidige ondersoek gebruik.

### **Verskille in mening oor watter veranderlike 'n bepaalde skaal meet**

Die FNE kan hier as voorbeeld dien. Alhoewel die FNE dikwels gebruik word as 'n maatstaf van kognitiewe simptome (byvoorbeeld Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989), is daar baie skrywers wat nie hiermee saamstem nie (byvoorbeeld Feske & Chambless, 1995; Taylor, 1996) aangesien sekere van die items eerder aanduidend is van sosiale angs omdat dit verwys na die ervaring van ongemak of angstigtheid (byvoorbeeld "I become tense and jittery if I know someone is sizing me up"). Die FNE diskrimineer dus swak tussen angs en kognisies (Heimberg, 1994). Verskille oor wat die FNE meet, het belangrike implikasies vir die interpretasie van die resultate van uitkomsnavorsing, veral gesien in die lig van die feit dat in drie afsonderlike studies tot die slotsom gekom is dat die enkele meting wat geassosieer was met verbetering na behandeling, 'n verlaging in vrees-vir-negatiewe-evaluasie was soos gemeet met die FNE (Hope, Heimberg, & Bruch, 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989). Volgens Hope et al. (1993) verklaar hierdie veranderlike byna 25% van die variansie in die eindstaat-funksionering by uitkomsnavorsing, meer as veranderinge in angsbeoordelings en vermydingsgedrag. Hulle noem verder dat hierdie bevinding die waarde van die FNE as 'n hulpmiddel vir klinici beklemtoon, wat dit kan gebruik as 'n enkele indeks van verbetering na behandeling, sowel as om die instandhouding van die terapie-effekte mee te bepaal.

### **Verskille in sensitiwiteit (en dus weerspieëelde effekgroottes) van verskillende metingskale**

Taylor (1996) het in 'n meta-analise van uitkomsstudies oor sosiale fobie die effekgroottes (Cohen se *d*) van verskillende metingskale bereken. Hy het twee groepe uitkomsmetings geïdentifiseer. Groep 1 was dié met 'n relatief hoë sensitiwiteit (wat groter effekgroottes gelewer het): die FQ-SP, SPAI, SPS en SIAS, en groep 2 was dié met relatief lae sensitiwiteit (kleiner effekgroottes): die FNE en SAD. Taylor het nie groep 2-metings in die meta-analise gebruik nie, omdat dit minder sensitief was, in minder studies gebruik is en beskou is as grootliks oorbodig in die aanwesigheid van die groep 1-metings. Cox, Ross, Swinson en Dorenfeld (1998) het die effekgroottes van verskillende metingskale na groepkognitiewegedragsterapie by sosiale fobie ondersoek, insluitende die Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987). Die LSAS is oorspronklik ontwikkel as 'n klinikusbeoordelingskaal, maar Cox et al. (1998) het dit aangepas en gebruik as 'n selfrapporteringsvraelys. Die metings wat die grootste veranderinge na groepkognitiewegedragsterapie getoon het, is in dalende volgorde (met effekgroottes tussen hakies) die volgende: FNE (0.68), FQ-SP (0.59), SPAI-Sosialefobie-subskaal (0.56), SIAS (0.54), LSAS-Avoidance/Performance subskaal (0.51), en die SPS (0.50). Die verskille in die bevindings van Taylor



(1996) en Cox et al. (1998) ten opsigte van die sensitiwiteit en effekgroottes van die FNE is opmerklik, maar onverklaarbaar. Dit is nie duidelik of dit 'n funksie is van die skaal, eienskappe van die deelnemers, 'n kenmerk van die terapieresultate, of van die rol van die veranderlike wat gemeet word nie. As verandering van vrees-vir-negatiewe-evaluasie wel die sentrale rol speel in effektiewe terapie soos sommige spekulêr (byvoorbeeld Mattick & Peters, 1988), behoort hierdie kwessie opgeklar te word.

### **Verskille in korrelasies tussen verskillende selfrapporteringskale**

Cox et al. (1998) het, naas effekgroottes, ook die korrelasies van verskillende selfrapporteringskale voor en na groepkognitiewegedragsterapie by sosiale fobie ondersoek en het onderskei tussen sogenaamde "ouer" skale (FNE en FQ-SP) en "nuwer" skale (SPAI-Totaal/Verskiltelling en Sosialefobie-subskaal, SPS, SIAS en LSAS). Wat die nuwer skale betref, is dit veral die SPAI- en die SPS/SIAS-skale wat volgens hulle belofte inhou as behandelingsuitkomstmetings. Hulle beveel aan dat, aangesien daar substansiële nie-oorvleueling tussen die nuwer en ouer metings van sosiale fobie uit die resultate blyk, en aangesien die ouer metings goeie behandelings sensitiwiteit vertoon het, navorsers ook van die ouer metings in uitkomstnavorsing behoort te betrek ten einde vergelyking met vroeëre studies moontlik te maak. Gesien in die lig van die mate van nie-oorvleueling tussen die nuwer meetmiddels in hulle studie, beveel hulle ook aan dat meer as een van die nuwer meetmiddels in toekomstige navorsing betrek behoort te word. In die huidige ondersoek word aan albei hierdie aanbevelings voldoen. Dit weerspieël 'n doelstelling van die huidige ondersoek, naamlik om terapie-effekte op 'n breë basis by sosiale fobie te ondersoek.

### **Verskille in indekse (kriteria) van terapie-uitkoms**

Statisties-beduidende versus klinies-betekenisvolle verandering. Daar word dikwels in psigoterapie-uitkomstliteratuur onderskei tussen statisties-beduidende en klinies-betekenisvolle verandering (byvoorbeeld Hope et al., 1993). Mattick et al. (1989) het byvoorbeeld klinies-betekenisvolle veranderinge afgelei uit twee selfrapporteringsmetings en 'n gedragsmeting. Heimberg, Dodge et al. (1990) het weer klinies-betekenisvolle verbeteraars beskou as deelnemers wat (a) 'n vermindering van 2 of meer punte op 'n 9-punt globale Klinikus beoordelingskaal behaal het, en (b) wie se telling verskuif het na die nie-kliniese deel van die skaal (i.e., minder as 4) na behandeling. Gelernter et al. (1991) het weer deelnemers se tellings op 'n selfrapporteringsmeting van vermyding van sosiaal-fobiese situasies vergelyk met bepaalde normatiewe data. Rapee (1993) het klinies-betekenisvolle verandering beskou as 'n groter as 20% verlaging in tellings op minstens drie uit vier metings van sosiale angs, naamlik die SPS- en SIAS-skale van Mattick (1989), die FQ-SP (Marks & Mathews, 1979) en die FNE (Watson & Friend, 1969). Hierdie kriteria stem ooreen met dié gebruik in 'n uitkomststudie oor veralgemeende angsversteuring (Barlow, Rapee, & Brown, 1992). Van Velzen et al. (1997) het 'n aanpassing gemaak van 'n formule wat deur Jacobson en Truax (1991) voorgestel is om klinies-betekenisvolle verandering te meet. Hulle het die gemiddeldes van verskillende saamgestelde veranderlikes minus 1 standaard-afwyking as afsnypunt geneem en klinies-betekenisvolle verbeteraars beskou as diene wat aan die criterium voldoen op twee van die drie saamgestelde veranderlikes.

Uitkomstdata versus prosesdata. Patrone van kliniese response (byvoorbeeld reaktiwiteit en/of habituasie na blootstelling) binne 'n enkele sessie of tussen opeenvolgende sessies word soms as sogenaamde

prosesdata in die vorm van profiel-analises gerapporteer en verskil van sogenaamde uitkomdata soos byvoorbeeld die resultate van metings met selfrapporteringsvraelyste. Dit kan lei tot bevindings dat twee groepe met byvoorbeeld verskillende tipes sosiale fobie eenders op behandeling gereageer het (wat die habituasiëproses-patrone betref), maar tog beduidend van mekaar verskil wat bepaalde uitkomstriteria betref en nie beduidend van mekaar verskil wat ander kriteria betref nie. 'n Voorbeeld hiervan is die resultate gerapporteer deur Turner, Beidel et al. (1996).

Saamgestelde indekse by uitkomsnavorsing: samevoeging van die metings van konseptueel-verbandhoudende skale. Ten einde die statistiese krag van variansie-analises by uitkomsnavorsing te verhoog, word die tellings van sekere skale soms saamgevoeg tot sogenaamde saamgestelde veranderlikes. Gebaseer op die korrelasies tussen sekere veranderlikes en die inhoud van die veranderlike, het Van Velzen et al. (1997) byvoorbeeld die gemiddeldes van die gestandaardiseerde tellings behaal op bepaalde skale bereken en gebruik as aanduidend van die volgende drie veranderlikes: vermyding, kognisies en teikensituasies. Laasgenoemde is byvoorbeeld saamgestel uit verskillende teikenfobieskale wat angs en vermyding in idiosinkratiese fobiese situasies meet.

Saamgestelde indekse by uitkomsnavorsing: verbetering versus eindstaatfunksionering. Turner en sy medewerkers het twee saamgestelde indekse vir sosiale fobie uitkomsnavorsing ontwikkel, naamlik die Social Phobia Endstate Functioning Index (SPEFI; Turner, Beidel, Long, Turner, & Townsley, 1993) en die Index of Social Phobia Improvement (ISPI; Turner, Beidel, & Wolff, 1994). Dit vermeerder die aantal indekse wat in uitkomsstudies gebruik kan word en dit is dus 'n faktor wat, naas behandeling, 'n effek kan hê op terapie-uitkomsbevindings.

#### **4.4.3 Verskille wat betref uitkomstriteria versus uitkomsvoorspellers**

Studies verskil in die mate waarin 'n bepaalde veranderlike deel vorm van die indeks (kriteria) van terapie-uitkoms, of as 'n voorspeller van terapie-uitkoms beskou word. Volgens kognitiewe teorie oor angsversteurings in die algemeen (Beck et al., 1995) en sosiale fobie spesifiek (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990) is kognitiewe verandering essensieel vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie, en dus vir suksesvolle behandeling. Volgens Heimberg (1994) is baie navorsers oortuig dat verandering van vrees-ir-negatiewe-evaluasie die beste voorspeller van suksesvolle terapie is, en hierdie standpunt word ook deur uitkomsstudies gesteun (Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989), maar Heimberg (1994) waarsku dat die betekenis van hierdie bevindings onduidelik is, aangesien die meetmiddel wat in hierdie studies gebruik is (die FNE) veranderinge in kognisie, angs, of beide mag reflekteer.

Chambless, Tran en Glass (1997) het die effek van verskillende voorspellers van die uitkoms van groepkognitiewegedragsterapie in die behandeling van 62 deelnemers met sosiale fobie (41 veralgemeende subtepe, 21 nie-veralgemeend) ondersoek. Die veranderlikes wat hulle as sogenaamde "voorspellers" beskou het en waarvan hulle die effek op terapie-uitkoms ondersoek het, was depressie, uitkomsverwagtings, trekke van persoonlikheidsversteuring, die omvang en intensiteit van die ontwrigting

as gevolg van die versteuring (volgens klinikusbeoordelings), en die frekwensie van negatiewe gedagtes gedurende sosiale interaksies. As uitkomstmetings het hulle, onder andere, die resultate van verskillende selfrapporteringsvraelyste en gedragstoetse gebruik. Alhoewel geen voorspeller verband gehou het met uitkoms oor al die domeine van meting nie, het hoër depressie, meer vermydende-persoonlikheidstrekke en laer uitkomsverwagtings elkeen verband gehou met swakker terapie-uitkoms op een of meer van die uitkomstriteria. Kognitiewe verandering was konsekwent geassosieer met die resultate van selfrapporteringsmetings, maar teenstrydig met wat verwag is, het laer frekwensies van negatiewe denke tydens natoetsing nie beter instandhouding van terapie-winste by opvolgmeting voorspel nie.

Wat in die vorige paragraaf beklemtoon wou word, is nie soseer die resultate per se van die genoemde ondersoek nie, maar eerder hoe daar tussen uitkomsvoorspellers en uitkomsindekse (-kriteria) onderskei kan word.

#### **4.4.4 Verskille in tydsduur tussen terapie-uitkomstmetings, behandelingsduur, die aantal sessies en lengte per sessie**

Taylor (1996) het in 'n vergelykende meta-analise van ses behandelingskondisies vir sosiale fobie, naamlik blootstelling, kognitiewe herstrukturering, kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, sosialevaardigheid-opleiding, waglyskontrolle en aandagkontrolle, gevind dat die kondisies nie beduidend van mekaar verskil het wat die duur tussen voor- tot nameting betref nie (gemiddeld = 9.3 weke), en in die meeste van die studies is opvolgmetings na 3 maande gedoen. Volgens Hope, Heimberg et al. (1995) het hulle uit kliniese ervaring geleer dat die meeste behandelingsvordering gedurende die laaste 3 tot 4 van 12 groepkognitiewegedragsterapiesessies van ongeveer 2.5-uur elk gemaak word.

Rapee (1993) het gevind dat 'n verkorte weergawe van groepkognitiewegedragsterapie (6 weeklikse 90-minuutsessies, plus enkele opvolgsessies na 3 en 6 maande) beduidende verbetering tydens na- en opvolgmetings (op 3 en 6 maande) gelewer het. Ongeveer 'n derde van die deelnemers is tydens nameting (33.3%), 3-maande-opvolg (33.3%) en 6-maande-opvolg (31.8 %) as behandelingsreageerders geklassifiseer. Oor die algemeen beskou Rapee die resultate as "matig" en skryf hy dit toe aan die kort duur van die behandeling. Scholing en Emmelkamp (1993a, 1993b) het gevind dat 16 sessies van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling of blootstelling alleen meer effektief as 8 sessies van enigeen van die twee behandelings was. Die aantal sessies, in studies wat in 'n meta-analise deur Feske en Chambless (1995) betrek is, het gewissel van 5 tot 16 vir kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en van 6 tot 16 vir blootstelling alleen, en die meerderheid navorsers het van 10 tot 14 sessies gebruik gemaak. Feske en Chambless kom tentatief tot die gevolgtrekking dat uitkoms na kognitiewe herstrukturering plus blootstelling dalk minder met die duur van behandeling verband hou as wat met blootstelling die geval is, omdat kognitiewe verandering baie wisselvallig kan geskied. Wanneer deelnemers eers die konsep van kognitiewe herstrukturering verstaan, kan hulle vinnig verbeter, terwyl die habituasië van angs tydens blootstelling alleen 'n meer geleidelike en voorspelbare patroon mag volg.

#### 4.4.5 Attrissie-verskille

Taylor (1996) beklemtoon die verskille in attrissie tussen die verskillende behandelingskondisies in studies wat in sy meta-analise geïnkorporeer is. Die gemiddelde persentasie deelnemers wat in elke behandelingskondisie voortydig uitgeval het, verskyn in hakies na elke kondisie: waglyskontrolle (5.7%), aandagkontrolle (14.7%), blootstelling alleen (16.4%), kognitiewe herstrukturering (12.2%), kognitiewe herstrukturering plus blootstelling (18.0%), en sosialevaardigheid-opleiding (16.6%). Uit dié syfers is dit dus duidelik dat die attrissie aansienlik hoog was en Taylor beveel aan dat metodes ontwikkel moet word om hierdie probleem te beperk. Turner, Beidel et al. (1996) het 'n gemiddelde uitvalkoers van 14% vir agt uitkomstudies bereken. In hulle eie studie was die koers 12.7%, met geen verskille tussen diegene wat met intense blootstelling ("flooding") en dié wat met medikasie behandel is nie. Volgens hulle dui hierdie syfer op 'n redelike klein attrissie-koers tydens die behandeling van sosiale fobie.

#### 4.4.6 Deelnemer-verskille

##### **Subtipes sosiale fobie volgens dominante responsstelsel, temaverwante domeïnspesifiekheid, veralgemeenbaarheid en ko-morbiede diagnoses**

Die deelnemers wat in die verskillende uitkomstudies oor die behandeling van sosiale fobie betrek is, verteenwoordig waarskynlik 'n baie heterogene groep. Feske en Chambless (1995) beklemtoon die feit dat studies verskil wat betref die insluitings- en uitsluitingskriteria wat gebruik en/of gerapporteer is. Die studies mag byvoorbeeld van mekaar verskil in die mate wat die volgende deelnemers ingesluit, uitgesluit, of hoegenaamd gespesifiseer word: (a) 'n diagnose van sosiale fobie volgens DSM-kriteria (American Psychiatric Association, 1980, 1994), (b) bepaalde sosialefobie-subgroepe soos byvoorbeeld veralgemeende, nie-veralgemeende, spesifieke, en diskrete sosialefobie-subtipes, en (c) ander ko-morbiede diagnoses op As I (byvoorbeeld 'n gemoedsversteuring of een of meer van die ander angstersteurings) en As II, veral vermydende-persoonlikheidsversteuring. Die behandeling van die verskillende subtipes sosiale fobie kan om verskillende redes en wyses geskied. Een benadering is om subtipes gebaseer op die dominante responsstelsel (byvoorbeeld "kognitiewe reageerders") met bepaalde behandelingsmetodes (byvoorbeeld kognitiewe herstrukturering) af te paar ten einde te ondersoek of sekere behandelings beter as ander by bepaalde subtipes vaar. 'n Ander doel en strategie is om verskillende subtipes (byvoorbeeld veralgemeende versus nie-veralgemeende sosiale fobie) met 'n bepaalde terapeutiese benadering te behandel en om dan die resultate te vergelyk. Indien 'n bepaalde subgroep, soos teoreties verwag word, beter as 'n ander sou vaar, bied die ondersoek steun vir die geldigheid van die bepaalde diagnostiese verdeling. Dit gee dan ook 'n aanduiding van watter sub tipe die beste op 'n bepaalde benadering behoort te reageer. 'n Ander tipe verdeling is sosiale fobie met of sonder bepaalde kliniese kenmerke of ko-morbiede diagnoses. Deur hierdie groepe met 'n bepaalde strategie te behandel, kan die effek van kliniese kenmerke en/of ko-morbiede diagnoses op behandelingsresponse ondersoek word. In sekere vergelykende behandelingsuitkomstudies oor subgroepe sosiale fobie (ingedeel volgens veralgemening en ko-morbiede diagnoses) is groepkognitiewegedragsterapie as behandelingsmetode gebruik (Brown et al., 1995; Chambless, Glass, & Tran, 1993; Chambless et al., 1997; Hope, Herbert et al., 1995). In ander vergelykende uitkomstudies oor die genoemde subgroepe is intense blootstelling alleen/"flooding" (Turner, Beidel et al., 1996), blootstelling alleen by groepe wat

spesifiek die maak van openbare toesprake vrees (Hofmann, Newman, Becker et al., 1995), gegradeerde in vivo blootstelling alleen (Van Velzen et al., 1997) en blootstelling in kombinasie met verskeie ander kognitiewegegedragsterapeutiese intervensies, insluitende progressiewe ontspanning, sistematiese desensitisasie en kognitiewe herstrukturering, (Feske et al., 1996) ondersoek.

Subtipes volgens die dominante responssistiem. Die mate van sukses wat behaal is met die afparing van sogenaamde "kognitiewe -, fisiologiese -, en gedragsreageerders" met gefokusde behandelingsmetodes is reeds in Afdeling 4.3.2 bespreek.

Subtipes volgens temaverwante spesifiekheid. Sosialefobie-subgroepering kan ook geskied ooreenkomstig die tipe situasie wat die persoon vrees. 'n Voorbeeld van so 'n subgroep is persone wat die maak van openbare toesprake vrees en wat van ander tipes sosiale fobie onderskei (Boone et al., 1989; Heimberg, Hope, et al., 1990; McNeil et al., 1995) en behandel is (Hayes & Marshall, 1984; Hofmann, Newman, Becker et al., 1995; Spector, Carey, Jorgensen, Meisler, & Carnrike, 1993). 'n Ander temaverwante domeinspesifieke vorm van sosiale fobie wat ook effektief met kognitiewe herstrukturering plus blootstelling behandel is, is optrede-angs by musikante (Clark & Agras, 1991; Kendrick, Craig, Lawson, & Davidson, 1982). Dit is onbekend in watter mate hierdie deelnemers met hul domeinspesifieke vrese ook aan meer veralgemeende sosiale vrese gelyk het.

Subtipes volgens veralgemening. Verskillende onderskeidings van subtipes in terme van mate van veralgemening, word in die literatuur beskryf (byvoorbeeld Heimberg, Holt et al., 1993; Stemberger et al., 1995). Subtipe-onderskeiding is belangrik omdat 'n groterwordende bron van data daarop dui dat sosiaal-fobiese individue met veralgemeende sosiale fobie erger versteurd is as dié met nie-veralgemeende sosiale fobie of spesifieke sosiale fobie (Brown et al., 1995; Heimberg, Hope et al., 1990; Turner, Beidel et al., 1996). Dit wil voorkom asof die verskillende groepe geneig is om ewe veel vordering tydens terapie te maak, met die gevolg dat die veralgemeende sosialefobie-groepe na behandeling nog steeds, veral wat sekere metings betref, geneig is om swakker as die ander twee groepe te vaar (Brown et al., 1995; Hope, Herbert et al., 1995; Turner, Beidel et al., 1996). Turner, Beidel et al. (1996) het die uitkomstverskille tussen veralgemeende sosiale fobie en spesifieke sosiale fobie ondersoek. Volgens die prosesdata (kliniese response binne sessies en habituasië-patroon oor sessies heen) wil dit voorkom asof intense blootstelling alleen op verbeeldingsvlak ewe groot toenames in subjektiewe ongemak binne sessies en ekwivalente mates van habituasië oor sessies heen by die twee groepe veroorsaak het. Die behandelingsuitkomstdata is in ooreenstemming met die prosesdata. Toe daar vir voorbehandelingsverskille gekontroleer is, het die tellings na behandeling van die twee groepe nie verskil nie, met die uitsondering van die SPAI-Totaaltelling (die verskiltelling tussen die sosiale fobie- en agorafobie-subskale) en die FQ-SP. Op hierdie metings het die veralgemeende sosialefobie-groep, na kontrole vir voorbehandelingsverskille, steeds beduidend hoër tellings behaal (dit wil sê minder verbeter) as die spesifieke sosiale fobie groep. Turner, Beidel et al. (1996) beklemtoon die feit dat hierdie twee skale die meer ernstige kliniese beeld van die veralgemeende subtipe reflekteer. Hierdie bevindings stem ooreen met dié van Brown et al. (1995). Verder, wat betref 'n saamgestelde meting van algehele verbetering (ISPI), was daar nie verskille tussen die persentasies veralgemeende sosiale fobie en spesifieke sosiale fobie wat matige tot beduidende verbetering getoon het nie. Dit wil dus voorkom asof die behandeling tot

ekwivalente mates van verbetering by die twee groepe gelei het. Wat 'n saamgestelde indeks van eindstaatsfunksionering (SPEFI) betref, het die veralgemeende sosialefobie-groep ná behandeling egter nog steeds beduidend swakker as die spesifieke sosialefobie-groep gevaar. Volgens Turner en sy medewerkers (Turner, Beidel, & Cooley, 1994; Turner, Beidel, Cooley, et al., 1994) is sosiale-vaardigheidstekorte veral kenmerkend van individue met veralgemeende sosiale fobie en hulle het by so 'n groep met behulp van 'n kombinasie van sosialevaardigheid-opleiding en blootstelling, naamlik sosiale-effektiwiteitsterapie (Turner, Beidel, & Cooley, 1994), eindstaat-funksioneringsvlakke bewerkstellig wat ooreenstem met dié van normale individue. Dit kon nie met behulp van intense blootstelling alleen behaal word nie. Daar is aanduidings dat diegene met veralgemeende sosiale fobie, in vergelyking met die nie-veralgemeende of spesifieke subtypes, dalk swakker as laasgenoemde subtypes na behandeling vaar (Chambless et al., 1993), of so goed soos hulle na behandeling funksioneer (Hope, Herbert et al., 1995) of soos hulle tydens behandeling reageer (Brown et al., 1995; Turner, Beidel et al., 1996), en ná behandeling steeds swakker as hulle funksioneer (Brown et al., 1995), of steeds swakker op bepaalde uitkomsmetings as hulle funksioneer selfs nadat vir voor-behandelingsverskille gekontroleer is (Turner, Beidel et al., 1996).

Subtypes volgens geassosieerde kliniese kenmerke en ko-morbiede diagnoses. Dit wil voorkom asof bepaalde kliniese kenmerke dalk (as uitkomsvoorspellers) met reaksie op behandeling by sosiale fobie verband mag hou. Voorbeelde hiervan sluit angs en depressie, asook ko-morbiede As I- en As II-diagnoses in. Foa en Emmelkamp (1983) is van mening dat 'n belangrike en interessante uitdaging in psigoterapie-navorsing die identifikasie van individue is wat sukkel om vordering in terapie te maak. Volgens Brown en Barlow (1992) kan die effektiwiteit van behandeling in wisselende mates deur die ko-morbiditeit van verskillende versteurings beïnvloed word. Volgens Hope et al. (1993) is daar veral twee deelnemer-veranderlikes wat, as hulle voor behandeling aanwesig is, behandelingsuitkoms mag voorspel. Deelnemers met 'n swakker prognose is dié met sosiale-vaardigheidstekorte (soos dikwels by vermydende-persoonlikheidsversteuring die geval is) en wat behandel word met intervensies wat nie sosialevaardigheid-opleiding insluit nie, en, tweedens, dié met ernstige depressie. Laasgenoemde standpunt word deur die resultate van verskeie ondersoekte gesteun (Chambless et al., 1997; Feske et al., 1996; Holt, Heimberg, & Hope, 1990). Ligte depressie, 'n algemene gevolg van sosiale fobie, behoort volgens Hope et al. (1993) nie met behandeling in te meng nie en behoort te verbeter soos wat die sosiale fobie verbeter. Daar is aanduidings dat sosiaal-fobiese individue met 'n addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring, of meer vermydende-persoonlikheidsversteuring-treкке, in vergelyking met deelnemers daarsonder, erger sosiale angs mag ervaar en meer geneig tot depressie mag wees (Holt et al., 1992a; Turner, Beidel, Dancu et al., 1986), asook dat hulle dalk swakker op behandeling mag reageer (Chambless et al., 1997; Feske et al., 1996), maar dit is nie in alle ondersoekte gevind nie (Brown et al., 1995; Hofmann, Newman, Becker et al., 1995; Hope, Herbert et al., 1995; Van Velzen et al., 1997). In laasgenoemde studies is ekwivalente verandering by die twee groepe gevind, met die groep met 'n ko-morbiede diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring erger versteurd voor en na behandeling as die groep sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring. Bown et al. (1995) interpreteer die resultate as aanduidend dat 'n ko-morbiede diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring nie 'n effek op terapie-uitkoms by veralgemeende sosiale fobie gehad het nie en volgens Hope, Herbert et al. (1995) dui die resultate daarop dat sosiale fobie en vermydende-

persoonlikheidsversteuring, soos deur DSM-kriteria gedefinieer, dalk nie konseptueel verskillend is nie. Parallele veranderinge tydens behandeling is ook by subgroepe met meervoudige ko-morbiede persoonlikheidsversteurings gevind (Mersch, Jansen, & Arntz, 1995; Turner, et al., 1996; Van Velzen et al., 1997). Turner, Beidel et al. (1996) het die invloed van ko-morbiede diagnoses op sosiaal-fobiese pasiënte se response op behandeling (intense blootstelling alleen, oftewel "flooding") ondersoek. Die na-behandelingsresponse van 'n groep met ko-morbiede diagnoses (verskillende angs- en persoonlikheidsversteurings) is vergelyk met 'n groep sonder ko-morbiede diagnoses. Uit die resultate blyk dit dat ko-morbiditeit nie 'n effek gehad het op die pasiënte se response gedurende die sessies, die mate van habituasië oor sessies heen of op die uiteindelijke hoeveelheid verbetering nie. Ten spyte van hulle ekwivalente reaksie op terapie gedurende die behandelingsessies, was die pasiënte met 'n ko-morbiede diagnose nog steeds na behandeling in terme van verskeie metings beduidend meer versteurd as die groep sonder ko-morbiditeit. 'n Interessante bevinding was die feit dat die verskille gevind is op metings van algemene angs en kliniese beoordelings van erns, nie op direkte metings van sosiale fobie nie. Dit wil dus voorkom asof die ko-morbiede versteurings wat in die studie van Turner, Beidel et al. (1996) ondersoek is, nie ingemeng het met die vermoë van intense blootstelling alleen om die simptomatologie van sosiale fobie te verlig nie, maar die vlak van algemene kliniese verbetering is minder. Volgens Turner, Beidel et al. (1996) sal dit waarskynlik nie help om die behandeling te verleng nie en hulle beveel aan dat intervensies wat spesifiek fokus op die ko-morbiede kondisies eerder gebruik moet word.

### **Terapie-uitkomsverwagtings**

Safren, Heimberg en Juster (1997) het deelnemers met sosiale fobie se verwagtings van terapie-uitkoms met die Reaction to Treatment Questionnaire (RTQ; Holt & Heimberg, 1990) voor groepkognitiewegedragsterapie gemeet, nadat die rasionaal van terapie verduidelik is. Hulle het gevind dat verwagtingstellings nie onderskei het tussen diegene wat uitgeval het uit behandeling (attrissie) en dié wat volgehou het nie, maar dit het beduidend verband gehou met terapie-uitkoms. Laasgenoemde bevinding word ook deur Chambless et al. (1997) gerapporteer.

### **Lokus van kontrole en nakoming van huiswerkopdragte**

Volgens Leung en Heimberg (1996) hou lokus van kontrole, die nakoming van huiswerkopdragte en die interaksie tussen die twee veranderlikes ook verband met terapie-uitkoms. Dit wil voorkom asof die nakoming van huiswerkopdragte veral belangrik is vir uitkomst op die langer termyn (Edelman & Chambless, 1995).

### **Kognitiewe veranderlikes**

Kognitiewe veranderlikes is veral op twee wyses ter sprake by uitkomsstudies, naamlik eerstens as maatstaf van behandelingsuitkoms (Afdeling 4.4.2), en tweedens as voorspellers (medieërders) van terapie-effekte (Afdeling 4.4.3). Deelnemers begin behandeling met verskille in terme van kognitiewe veranderlikes en hulle verskil ook waarskynlik in die mate wat kognitiewe veranderlikes 'n mediërende rol in hulle sosiaal-fobiese simptomatologie speel. Daarom is besluit om die rol van kognitiewe veranderlikes in uitkomsstudies afsonderlik in meer diepte te bespreek

Die volgende kognitiewe veranderlikes is in sosiale fobie uitkomstudies ondersoek:

- Bekommernis wat betref die opinies van ander (i.e., vrees-vir-negatiewe-evaluasie), gemeet met die FNE (Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989);
- Bekommernis oor die gevaar van sosiale evaluasies deur ander (Poulton & Andrews, 1996);
- Oorskatting van die moontlikheid dat onaangename sosiale gebeure sal plaasvind (Lucock & Salkovskis, 1988);
- Attribusies vir die uitkomst van sosiale suksesse en mislukkings (Heimberg, Becker et al., 1985);
- Aandagsverdraaiing deur en verhoogde prosessering van sosiaal-bedreigende informasie wat teoreties verklaar word as die effek van 'n geheue-struktuur, die sogenaamde gevaar-skema (Mattia et al., 1993);
- Selfgefokusde aandag (Woody et al., 1997);
- Algemene irrasionele denke soos gedefinieer deur Ellis (1962), gemeet met die Irrational Beliefs Test (IBT; Jones, 1968) en ondersoek in uitkomstudies oor sosiale fobie (Emmelkamp, Mersch, Vissia, & Van der Helm, 1985; Heimberg, Becker et al., 1985; Kanter & Goldfried, 1979; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989), of soos gemeet met die Rational Behavior Inventory (RBI; Shorkey & Whiteman, 1977) en ondersoek in 'n ander uitkomstudie (Mersch et al., 1989);
- Die aantal positiewe versus negatiewe gedagtes soos gemeet met endosseringsmetodes soos die Social Interaction Self-Statement Test (SISST; Glass et al., 1982) in bepaalde uitkomstudies (Gelernter et al., 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990; Turner, Beidel, & Jacob, 1994), en 'n soortgelyke meting ("Thoughts About This Test") in ander uitkomstudies (Jerremalm et al., 1986; Mersch et al., 1989); en
- Die aantal positiewe versus negatiewe gedagtes soos gemeet met produksiemetodes soos die gedagtelys-tegniek oorspronklik toegepas op sosiale angs deur Cacioppo et al. (1979) en later gebruik in uitkomstnavorsing by sosiale fobie (Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg & Liebowitz, 1992; Heimberg, Salzman et al., 1993).

Volgens kognitiewe teorie oor angsversteurings in die algemeen (Beck et al., 1985) en sosiale fobie spesifiek (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990) is kognitiewe verandering essensieel vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie, en dus vir suksesvolle behandeling. Daar is ook standpunte dat kognitiewe herstrukturering die beste benadering is om kognitiewe veranderlikes te wysig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982) en dat die belangrikste kognitiewe veranderlike wat verander moet word die kognitiewe "trek" vrees-vir-negatiewe-evaluasie (Heimberg, 1994) is. Dit word beskryf as "the core construct in social phobia" (Hope, Heimberg et al., 1995, p. 642). Daar is inderdaad in drie uitkomstudies gevind dat dit die enkele meting was wat met verbetering na behandeling geassosieer was (Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989). Dit is egter ook so dat die betekenis van hierdie bevindings onduidelik is, aangesien die meetmiddel wat gebruik is (die FNE) veranderinge in kennis, angs, of beide (Heimberg, 1994) mag reflekteer.

Alhoewel endosseringsmetodes (die afmerk van gedagtes op 'n gedagtelys) en produksiemetodes (die rapportering van gedagtes tydens toepassing van 'n gedagtelystegniek) kognitiewe inhoud meet wat volgens Heimberg (1994) meer ooreenstem met kognitiewegedragsterapeutiese teoretisering (Ingram &



Kendall, 1987), is hierdie metodes nog min in sosiale fobie uitkomstudies gebruik. Dit wil egter voorkom asof 'n vermindering van gedagte-disfunktionaliteit (weerspieël deur die aantal negatiewe gedagtes) of 'n verhoging van gedagte-funktionaliteit (weerspieël deur die aantal positiewe gedagtes), gemeet met 'n gedagtelystegniek, gepaard gaan met 'n algemene verbetering van die simptomatologie van sosiale fobie (Bruch, Heimberg, & Hope, 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990). Die Bruch et al. studie was 'n heranalise van die resultate van die studie deur Heimberg et al. in terme van 'n sogenaamde States of Mind Model (SOM; Schwartz & Garamoni, 1986) waarvolgens verskillende mates van funksionele denke in kategorieë ingedeel word. Elkeen van hierdie SOM-kategorieë korrespondeer met 'n bepaalde verhouding tussen die proporsie positiewe, negatiewe en/of neutrale gedagtes wat 'n individu in 'n bepaalde sosiaal-fobiese situasie gedink het, en staan bekend as 'n SOM-ratio. Heimberg, Dodge et al. (1990) het persentasie negatiewe gedagtes as maatstaf van gedagte-disfunktionaliteit gebruik, terwyl Bruch et al. (1991) 'n negatiewe SOM-ratio as maatstaf van dieselfde veranderlike gebruik het. In beide analyses het die groep deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het nie beduidend van die aandag-kontrolegroep by nameting verskil nie, maar wel by opvolg na 6 maande. Die groter verbetering van die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het, is volgehou gedurende 'n opvolgperiode van 5 jaar (Heimberg, Salzman et al., 1993).

Heimberg, Bruch, Hope en Dombeck (1990) noem na 'n oorsig van ondersoeke waarin interne dialoog met endosserings- en produksiemetodes gemeet is dat die valensie van die selfstellings in die meeste van die studies geklassifiseer is as positief (fassiliterend van aangepaste gedrag), negatief (belemmerend van aangepaste gedrag) of neutraal (nie duidelik positief of negatief nie, of nie verbandhoudend met die teikengebeure nie). Volgens Heimberg, Bruch et al. (1990) wil dit volgens hierdie studies voorkom asof die frekwensie van negatiewe selfstellings 'n groter impak het as die frekwensie van positiewe selfstellings, in dié sin dat dit 'n sterker verband toon met metings van psigopatologie of duideliker onderskei tussen funksionele of disfunktionele groepe. Dit het gelei tot die uitdrukking "the power of non-negative thinking" (Arnkoff & Glass, 1989; Kendall, 1984; Kendall & Hollon, 1981), wat impliseer dat dit belangriker is om negatiewe denke te verminder as wat dit is om die frekwensie in die ander kategorieë van selfstellings te verhoog. Later is begin om meer klem op die rol van positiewe gedagtes te plaas en Schwartz en Garamoni (1986) het in hul "States of Mind Model" (SOM) geteoretiseer oor 'n optimale ratio van positiewe gedagtes tot die som van positiewe en negatiewe gedagtes ( $P/P+N = 0,618$ ), wat dan volgens hulle die grootste verband met positiewe aanpassing sou toon. Vyf verskillende kategorieë van funksionele denke ("states of mind") het met verskillende SOM-ratios ooreengestem en dit is in uitkomstnavorsing oor sosiale fobie gebruik as meting van kognitiewe verandering (Bruch et al., 1991; Heimberg, Salzman et al., 1993).

Volgens Hope, Heimberg et al. (1995) mag kognitiewe verandering essensieel wees vir suksesvolle behandeling.

#### **4.4.7 Verskille in die aard en kwaliteit van kognitiewe herstrukturering**

Dit was reeds in die vroeë tagtigerjare dat Biran, Augusto en Wilson (1981), nadat hulle gevind het dat kognitiewe herstrukturering swakker resultate as blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie

gelewer het, erken het dat die kognitiewe herstrukturering wat hulle gebruik het dalk nie 'n getroue weergawe was van die kognitiewe prosedures soos Rasioneel-emotiewe gedragsterapie (Ellis, 1970) nie. Behandelingsintegriteit word dus soms bevraagteken.

Michelson en Marchione (1991) het die mening uitgespreek dat die kognitiewe terapie van Beck (Beck et al., 1985) dalk 'n meer effektiewe terapie vir angs sal wees as die kognitiewe behandelings soos Rasioneel-emotiewe gedragsterapie en selfinstruksie-opleiding omdat dit gefokus is op die wysiging van die proses en struktuur, eerder as die inhoud van kognisies. Feske en Chambless (1995) het hierdie hipotese deur middel van 'n meta-analise ondersoek deur die resultate van studies met Heimberg (1991) se groepkognitiewegedragsterapie (gebaseer op die teorie van Beck) te vergelyk met die resultate van studies waarin Rasioneel-emotiewe gedragsterapie, selfinstruksie-opleiding en selfstellingopleiding gebruik is. Die effektiwiteit van die twee stelle behandelingsbenaderings het nie beduidend van mekaar verskil wanneer voor-na effekgroottes vergelyk is nie, en laasgenoemde groep benaderings het selfs groter voor-opvolg effekgroottes as groepkognitiewegedragsterapie gelewer. Feske en Chambless beklemtoon ook die feit dat navorsers nie in een van die studies wat in hul meta-analise geïnkorporeer is beoordelings van behandelingskwaliteit of terapeut-bevoegdheid gerapporteer het nie, dat kognitiewe herstrukturering omvangryke terapeutiese vaardighede vereis, en dat dit dalk moeiliker en meer tydrowend is om terapeute op te lei om goeie kognitiewe herstrukturering plus blootstelling te doen as om goeie blootstelling alleen te doen. Die gebruik van groepterapie, in plaas van individuele terapie, kon ook die kwaliteit van kognitiewe herstrukturering verlaag het.

#### **4.4.8 Verskille in steekproefgroottes, aantal afhanklike veranderlikes, statistiese prosedures en beperkings wat verband hou met statistiese krag**

Die gebruik van 'n groot aantal afhanklike veranderlikes, wat op verskillende assesseringstadiums gemeet word, skep volgens Hope, Heimberg et al. (1995) 'n belangrike statistiek-verbandhoudende probleem in terapie-uitkomsnavorsing. Dit kan die geldigheid en betroubaarheid van die resultate nadelig beïnvloed. 'n Klein aantal deelnemers per behandelingskondisie verminder weer potensieel die krag van die statistiese analises. Ten einde bekommernisse oor sogenaamde Tipe I- en Tipe II-foute te verminder, het hulle logies-verbandhoudende veranderlikes saamgegroepeer in herhaalde metings multiveranderlike variansie-analises (MANOVAs) waar moontlik. Opvolg-analises is vervolgens slegs gedoen na 'n beduidende omnibus-effek. Hulle het enkelveranderlike analises gedoen om te bepaal watter veranderlikes bygedra het tot die omnibus-effek en om konvergensie met die multiveranderlike resultate te bewerkstellig. Voorkeur is egter gegee aan die interpretasie van multiveranderlike resultate om oorinterpretasie van toevalsbevindings op enkelmetings te voorkom.

Volgens Taylor et al. (1997) was daar in die meeste terapie-uitkomsstudies wat hulle in 'n meta-analise betrek het 9 tot 13 deelnemers per kondisie wat behandeling voltooi het. Dit gee volgens hulle 'n statistiese krag van 0,35 tot 0,50 wat beteken dat hierdie studies slegs 'n 35% tot 50% kans het om groot verskille tussen kondisies op te spoor. Gesien in die lig hiervan, is dit volgens Taylor et al. dus nie so verbasend dat verskillende studies sulke inkonsekwente resultate gelewer het nie. In die studie van Mattick en Peters (1988) was daar tussen 21 en 23 voltooiers per behandelingskondisie en in die studie

deur Taylor et al. omtrent 25 per kondisie wat 'n statistiese krag van 0,54 vir mediumgrootte-verskille en 0,88 vir groot verskille gelewer het. Volgens Kazdin en Bass (1989) is omtrent 30 deelnemers per kondisie nodig vir genoegsame krag om verskille tussen twee aktiewe behandelings te bepaal. Meta-analitiese prosedures behoort die statistiese krag om differensiële effekte op te spoor, te verhoog. Behalwe vir die probleme wat verband hou met relatief klein steekproewe, steun narratiewe (i.e., beskrywende) oorsigstudies swaar op 'n vergelyking van statistiese beduidendheidsvlakke gebaseer op hul prima facie waardes. Dit is egter 'n feit dat twee uitkomstudies wat baie van mekaar verskil wat beduidendheidsvlakke betref, ooreen mag stem wat hulle effekgroottes betref en visa versa (Rosenthal, 1983, 1991). Meta-analitiese prosedures word dus soms gebruik om probleme met klein steekproewe, toevallige beduidendheid en 'n oorinterpretasie van gegewens te beperk.

'n Vraag wat gevra kan word, is of die gebrek aan 'n duidelike aanduiding van watter tipe terapie die beste behandeling is vir sosiale fobie nie dalk verband hou met die feit dat daar by die meeste behandelings in elk geval nie juis ruimte vir verbetering is nie as gevolg van 'n soort plafon-effek. Dit word vervolgens bespreek.

#### **4.4.9 'n Plafon-effek: Die aantal individue met sosiale fobie wat baat vind by behandeling**

Alhoewel baie positiewe resultate in die literatuur gerapporteer is wat betref die kognitiewegegedragsterapeutiese behandelings van sosiale fobie (byvoorbeeld Feske & Chambless, 1995; Hope et al., 1993; Taylor, 1996; Turner, Cooley-Quille et al., 1996), is minder aandag geskenk aan hoeveel pasiënte werklik verbeter as gevolg van behandeling en die proporsie wat nie deur die huidige benaderings beduidend gehelp word nie. Turner, Beidel et al., (1996) het lig probeer werp op albei hierdie vrae. Hulle het 'n weieringskoers van 17% (i.e., diegene wat hulle nie aan 'n voorgestelde behandeling wou onderwerp nie) en 'n gemiddelde attrissie-koers van 14% in hulle ondersoek gevind. Dit wil dus voorkom asof ongeveer 31% van individue met sosiale fobie tans nie met sielkundige behandelings gehelp word nie. Dus, alhoewel 75% van die deelnemers in hulle ondersoek 'n na-behandelingsstatus van minstens matige eindstatusfunksionering bereik het, sal hierdie syfer, inaggenome die weierings- en uitvalsifers, val na 52% (i.e., 75% van die 69% wat die behandeling voltooi en minstens matige eindstatusfunksionering gedemonstreer het). Hierdie syfer stem ooreen met soortgelyke data wat vir ander angsversteurings, soos die obsessieel-kompulsiewe versteuring, verkry is (Stanley & Turner, 1995).

### **4.5 TEORIEË OOR ANGSREDUKSIE TYDENS KOGNITIEWEGEDRAGSTERAPEUTIESE BEHANDELING**

Daar is verskeie teorieë oor die meganismes betrokke by angsreduksie tydens suksesvolle sielkundige behandeling. Enkele van dié teorieë word vervolgens kortliks bespreek.

#### 4.5.1 Kognitiewe teorie

Volgens die kognitiewe teorieë van byvoorbeeld Beck (Beck et al., 1985) en Ellis (1962, 1970, 1991) vind angsreduksie plaas wanneer mediërende kognitiewe strukture en prosesse, soos byvoorbeeld disfunksionele (i.e., irrasionele of wanaangepaste) kognisies, outomatiese gedagtes, oortuigings, skemata en/of denkfoute, gewysig word.

#### 4.5.2 Sosialeleerteorie

Bandura (1977) gebruik in sy sosialeleerteorie die konstruk self-doeltreffendheid ("self-efficacy") om angsreduksie te verklaar. Daar word geteoretiseer dat die verhoging van die pasiënt se ervaring van self-effektiwiteit (i.e., oortuiging dat hy/sy oor die vermoë beskik om die gevreesde situasie te kan bemeester) die enkele resultaat is van alle suksesvolle angsreducerende behandelings. Direkte gedragservarings van sukses is volgens Bandura dalk die kragtigste wyse om 'n persoon se ervaring van self-effektiwiteit te verhoog, maar hy noem dat baie ander prosedures ook tot hierdie persepsie sou kon bydra, soos byvoorbeeld verbale inligting en modellering.

#### 4.5.3 Resiproke inhibisie

Wolpe (1990) gaan van die standpunt uit dat daar verskillende response is wat antagonisties aan en dus onverenigbaar met die angsrespons is (byvoorbeeld spierontspannings-, seksuele- en hongerresponse), en dat angsreduksie plaasvind deur teenkondisionering as gevolg van responskompetisie (die beginsel van resiproke inhibisie). Dit kan aktief bewerkstellig word met prosedures soos sistematiese desensitisasie of assertiwiteitsopleiding. Dit kan ook geskied deur slegs blootgestel te word aan die gevreesde situasie omdat daar in so 'n situasie, volgens Wolpe, baie stimuli is (byvoorbeeld 'n terapeut, vriend, ensovoorts) wat angs-antagonistiese response ontlok.

#### 4.5.4 Selfkontrole

Öst (1987) en Goldfried (1971) is van oordeel dat individue kan leer hoe om angs en angswekkende situasies met selfkontrole-tegnieke soos toegepaste-ontspanning (Öst) en selfinstruksie-opleiding (Goldfried) te hanteer.

#### 4.5.5 Habituasie en uitdowing

Volgens Barlow (1988) verwys die konstruk "habituasie" na die afname in vreesreaksies, en veral na die psigofisiologiese aspekte daarvan (byvoorbeeld galvaniese velweerstand), gedurende herhaalde blootstelling. Dit verwys dus veral na die afname in die intensiteit van onaangeleerde angsreaksies. Uitdowing, daarenteen, behels volgens Barlow die afname in die intensiteit van aangeleerde response deur die herhaling van response wat nie versterk word nie. Hiervolgens is angs deur klassieke kondisionering aangeleer en sal dit afgeleer word as die gekondisioneerde respons (fobiese respons) herhaaldelik voorkom sonder die ongekondisioneerde stimulus (die aanvanklike angswekkende stimulus).

Volgens Marks (1987) volg die verlaging van verdedigende reaksies (insluitende onttrekkingsresponse soos vlug, ontsnapping en vermyding) dieselfde reëls, ongeag of dit oorspronklik aangeleer is (in welke geval die afname uitdowing genoem word) of aangebore is (en die afname met die term habituasie beskryf word). Hy gebruik die term "habituasie" om na beide prosesse te verwys en onderskei dit van ander prosesse wat ook moontlik tot 'n verlaging van verdedigende response sou kon bydra, soos sensoriese adaptasie, neuromaskulêre moegheid, motiveringsveranderinge, bioritmes, veroudering en weefselkade.

#### 4.5.6 Verharding ("toughening up")

Volgens Barlow (1988) behels dit 'n biologiese/biochemiese model van vreesreduksie. Vereenvoudig kom dit daarop neer dat kortstondige blootstelling aan stresvolle of vreeswekkende stimuli tot verhogings in noradrenalienvlakke sal lei, terwyl meer kroniese blootstelling aan die stimuli uiteindelik tot die verlaging daarvan aanleiding sal gee.

#### 4.5.7 Emosionele prosessering

Een van die informasie-prosesseringsteorieë oor vrees- en angstreduksie is gebaseer op die bio-informasieteorie van emosie soos voorgestel deur Lang (1977a, 1977b, 1979, 1985) en uitgebrei deur Rachman (1980) en Foa en Kozak (1986). Hierdie model staan bekend as die "emosionele-prosesseringsmodel". Dit plaas meer klem op die emosionele aspekte van angas as op die gedragsaspekte soos vermyding. Dit beklemtoon ook dieperliggende kognitiewe strukture, asook die verband tussen hierdie kognitiewe strukture en psigofisiologiese response. Hierdie model onderskryf die belangrikheid van blootstelling. Hiervolgens is wat belangrik is tydens blootstelling, die informasie-prosessering wat plaasvind wanneer alle komponente of elemente van 'n bepaalde affektiewe struktuur teenwoordig is. Hierdie affektiewe struktuur bestaan uit 'n stel emosionele en angswekkende proposisies: (a) stimulusproposisies, wat die sensoriese detail van die gevreesde voorwerp of situasie insluit, (b) responsproposisies, wat die verbale (kognitiewe/subjektiewe), fisiologiese en gedragsresponse insluit, en (c) betekenisproposisies, wat stellings oor verbande tussen bogenoemde veranderlikes insluit. Lang beskryf hierdie affektiewe struktuur ook as 'n emosionele beeld, gestoor in die langtermyngeheue, en wat dan tydens terapie volledig en suksesvol geprosesseer moet word. Rachman (1980) het sekere aanduidings (tekens) van bevredigende en onbevredigende emosionele prosessering beskryf. Foa en Kozak (1986) het aangevoer dat die proses van vrees- of angstontloking wat deel vorm van enige blootstellingsgebaseerde behandeling, informasie moet bevat wat onverenigbaar is met minstens sekere van die elemente wat in die pasiënt se angstruktuur aanwesig is. Volgens hulle leer die pasiënte gedurende blootstellingsgebaseerde behandelings deur korttermyn-habituasie van fisiologiese respondering (gewoonlik gedurende 'n enkele sessie) dat (a) die ang nie vir ewig sal voortduur nie. Verder leer hulle ook deur herhaalde blootstelling oor die verloop van verskeie sessies heen dat (b) die moontlikheid van skade of gevaar laag is. Hierdie bepaalde verandering in die angstruktuur word gereflekteer in tussen-sessie-langtermyn-habituasie. Negatiewe affek (die "aversiwiteit" geassosieer met 'n fobiese situasie) verminder ook met herhaalde blootstelling. Hulle leer met ander woorde dat (c) die

ervaring self nie so sleg is nie. Hierdie drie dele van korrektiewe informasie is dan wat "geleer word" tydens emosionele prosessering.

#### **4.6 OPSOMMING VAN DIE BELANGRIKSTE STANDPUNTE EN BEVINDINGS WAT DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE BETREF**

Verskeie effektiewe behandelings is vir sosiale fobie ontwikkel en die beste resultate is met farmakologiese en kognitiewegegedragsterapeutiese intervensies behaal. Dit wil voorkom asof farmakologiese behandeling met 'n anti-depressant soos fenelsien en 'n kognitiewegegedragsterapeutiese intervensie soos Heimberg (1991) se groepkognitiewegegedragsterapie in die geheel beskou naastenby ewe effektief is. Daar is wel in minstens een studie gevind dat groepkognitiewegegedragsterapie selfs tot 'n groter persentasie positiewe reageerders gelei het met geen beduidende terugval nie, terwyl groot terugvalle op fenelsien en moklobemiede na staking daarvan gerapporteer is.

Daar blyk tot op hede nie 'n enkele psigoterapeutiese behandeling te wees wat konsekwent toon om die beste behandeling vir sosiale fobie te wees nie. Hope et al. (1993) het wel na 'n oorsig van uitkomstudies tot die slotsom gekom dat daar aanduidings van die superieure behandelingseffektiwiteit van kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineerd is. Verskeie prominente navorsers in die gebied van uitkomstnavorsing by sosiale fobie is ook van mening dat die kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling wel beter behoort te vaar as ander psigoterapeutiese behandelings.

Wat kognitief-terapeutiese teorie betref is daar standpunte dat (a) kognitiewe verandering essensieel is vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie en dus vir die suksesvolle behandeling daarvan, (b) dit veral die kognitiewe veranderlike vrees-vir-negatiewe-evaluasie is wat moet verander ten einde suksesvolle behandeling te verseker, (c) kognitiewe herstrukturering die beste (en dalk essensiële) benadering is om kognitiewe veranderlikes te wysig, en (d) dat die byvoeging van kognitiewe herstrukturering by blootstelling die effektiwiteit van laasgenoemde in die behandeling van sosiale fobie behoort te verhoog. Daar is egter ook teoretici wat toegee dat alhoewel dit waar mag wees dat kognitiewe verandering essensieel vir suksesvolle behandeling mag wees, kognitiewe intervensie dalk nie essensieel is om dit te bewerkstellig nie omdat die resultate van sommige uitkomstudies daarop dui dat blootstelling dit ook kan bewerkstellig. Dit wil egter ook voorkom asof blootstelling nie altyd daarin kon slaag om kognitiewe veranderinge te bewerkstellig nie. Wat algemene verbetering van sosiale fobie na behandeling met kognitiewe herstrukturering plus blootstelling of blootstelling alleen betref, is superieure behandelingseffektiwiteit vir kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, of ten minste gelyke effektiwiteit tussen die twee behandelingsmetodes, gevind.

Dit is nie heeltemal duidelik watter van individuele of groepterapie die beste behandeling by sosiale fobie is nie, maar laasgenoemde is wel meer ekonomies en het ook sekere praktiese voordele.

Daar is baie faktore wat bronne van "ware" of "fout" variansie kan wees, wat verantwoordelik kan wees vir die uiteenlopende resultate, en waarvoor daar gekontroleer moet word in behandelingsuitkomstudies.

Daar is verskillende assesseringsprosedures (meetmiddels en –metodes) in uitkomsnavorsing oor die behandeling van sosiale fobie gebruik om 'n wye verskeidenheid van veranderlikes te meet, insluitende fisiologiese response, sosiale angs, vermyding, kognitiewe veranderlikes, algemene angs en depressie, in teikenfobie-situasies (idiosinkratiese tonele), spesifieke tipe situasies (byvoorbeeld om in die openbaar te skryf) en in sosiale situasies in die algemeen. In die meeste uitkomsstudies is verskeie afhanklike veranderlikes herhaaldelik gemeet en daar word aanbeveel dat uitkomst op 'n breë basis ondersoek moet word deur onder andere 'n wye verskeidenheid van selfrapporteringsvraelyste in toekomstige navorsing te gebruik om verskeie dimensies van sosiale fobie te meet.

Ongeveer 25 % van individue met sosiale fobie wat kognitiewegedragsterapeutiese behandeling voltooi, vind nie klinies-betekenisvolle baat daarby nie en die persentasie persone met sosiale fobie wat nie gehelp word nie styg na byna 50 % as dié wat behandeling weier of voortydig uitval, bygetel word. 'n Plafon-effek kan dus nie vir uiteenlopende resultate in vergelykende uitkomsstudies verantwoordelik wees nie.

Hoewel blootstelling alleen of in kombinasie met kognitiewe herstrukturering volgens die beskikbare navorsingsbevindings dus oënskynlik die beste resultate in die behandeling van sosiale fobie lewer, is dit uit die voorafgaande bespreking duidelik dat daar steeds 'n behoefte bestaan om meer effektiewe behandelingsprosedures vir sosiale fobie te ontwikkel. Een manier waarop dit gedoen sou kon word, is om van die bestaande prosedures wat in 'n mate effektief bewys is verder te ontwikkel. Die huidige studie handel spesifiek oor hierdie moontlikheid. Die vraag wat gestel word, is of die effektiwiteit van blootstelling gekombineer met kognitiewe herstrukturering verder verhoog kan word deur die toevoeging van hipnose. Soos Williams en sy kollegas (1997) uitwys, fokus kognitiewe terapie op strategiese kognitiewe funksionering en word daar onvoldoende aandag aan outomatiese kognitiewe prosesse gegee. Hipnose word beskou as 'n prosedure waardeur outomatiese prosessering aangespreek kan word en wat dus moontlik hierdie skynbare leemte in kognitiewe terapie kan ondervang. Hipnose word in die volgende hoofstuk bespreek.

## 5. HIPNOSE

### 5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word 'n bespreking van hipnose aangebied. Omdat hipnose egter 'n uitgebreide en komplekse studiegebied verteenwoordig, word die bespreking in terme van drie breë areas waarvan die inligting vir die huidige studie relevant is, aangebied. In Afdeling 5.2 word eerstens 'n oorsig van teorieë oor hipnose gegee ten einde kontemporêre ontwikkelings en huidige sienings te weerspieël. Ten opsigte van navorsing oor hipnose is veral studies oor die kognitiewe aspekte van hipnose vir die huidige ondersoek van belang en dit word in Afdeling 5.3 bespreek. Die klem in die hoofstuk word egter geplaas op die kliniese hipnose (Afdeling 5.4), spesifiek op die kontemporêre kliniese modelle of benaderings wat hulle tot die aanvulling van kognitiewe terapie met hipnose leen. In die verband word uitkomsnavorsing oor die kombinasie van kognitiewe gedragsterapie met hipnose, veral by sosiale fobie in onderskeidelik Afdelings 5.5 en 5.6 bespreek, omdat dit direk met die doelstellings van die huidige ondersoek verband hou.

### 5.2 TEORIEË OOR HIPNOSE

#### 5.2.1 Inleiding

Hoewel daar konsensus oor die basiese observasies met betrekking tot hipnose bestaan (Hilgard, 1987, 1991; Kihlstrom, 1985), word die geskiedenis van hipnose deur merkwaardige meningsverskille oor die interpretasie van hierdie waarnemings gekenmerk (Coe, 1992; Hilgard, 1987; Kihlstrom, 1985, 1992, 1997; Lynn & Rhue 1991b; Turk & Rudy, 1986) en kan debatte rondom die aard van hipnose na die 1700's teruggevoer word (Kihlstrom, 1997; Nadon, Laurence, & Perry, 1991; Rossi, 1986; Turk & Rudy, 1986). Hierdie debatte word deur 'n neiging om die onderskeie teorieë oor hipnose in twee kampe te verdeel gekenmerk (byvoorbeeld Kihlstrom, 1997; Lynn & Rhue, 1991b; Turk & Rudy, 1986). Voorbeelde van sulke verdelings is: dierlike magnetisme teenoor verbeelding, fisiologiese refleks teenoor sielkundige suggestie, geloofwaardigheid teenoor skeptisisme, artefak teenoor essensie, staat teenoor rol, staat teenoor nie-staat (Kihlstrom, 1997) en spesiale proses teenoor nie-staat kognitief-sosiaalsielkundig (Spanos, 1986) wat as wisselvorm van die staat teenoor nie-staat verdeling aangebied is. In die kontemporêre literatuur oor hipnose word nog verwys na die geloofwaardigheid-skeptisisme verdeling, maar word veral nog debat gevoer oor die vraag of hipnose 'n veranderde bewussynstoestand verteenwoordig of nie.

Die verdeling van teorieë oor hipnose in terme van geloofwaardigheid en skeptisisme is deur Kihlstrom (1992) tot by die 1800's teruggevoer, en volgens Sutcliffe (1960, 1961) onderskei dit tussen hipnose-teorieë waarvolgens die sielkundige prosesse wat deur hipnotiese suggestie ontlok word, identies is aan die wat ontlok sou word indien die suggesties werklike stimuli was (geloofwaardigheidsteorieë), en



teorieë met die "skeptiese" siening dat die gehipnotiseerde individu optree asof dit wat gesuggereer word werklikheid is, terwyl bewussyn van die werklikheid gehandhaaf word.

Teorieë word tans verdeel in terme van hulle beskouings oor die aard en gevolge van hipnose as 'n eiesoortige bewussynstoestand (Kihlstrom, 1985). Volgens Hilgard (1969, 1978) kan twee weergawes van hipnose as 'n eiesoortige bewussynstoestand (die sogenaamde staat-konsep) geïdentifiseer word.

Volgens die een siening is sekere verskynsels uniek aan hipnose en het alle hipnotiese verskynsels, of alle gehipnotiseerde individue, 'n stel sielkundige kenmerke in gemeen. Daar is egter nie 'n enkele verskynsel (byvoorbeeld analgesie, amnesie, hiperamnesie, ouderdomsregressie, perseptuele effekte, translogika, die verskuilde waarnemer) wat by alle persone onder hipnose voorkom en nie in enige ander toestand as hipnose waargeneem kan word nie. Dit dien as bewys teen hierdie siening dat hipnose as 'n veranderde bewussynstoestand beskou kan word. Volgens die tweede weergawe van die staat-konsep dien hipnose bloot as 'n etiket wat 'n veld van kenmerkende verskynsels, insluitende gesuggereerde gedrag en selfverslag van ervarings, verteenwoordig. Die term staat behels dan geen oorsaaklike eienskappe of definiërende kenmerke nie (Chaves, 1997; Kihlstrom, 1985).

Volgens Kirsch, Mobayed, Council en Kenny (in Lynn & Rhue, 1991c) baseer teenstanders van die staat beskouing oor hipnose hulle standpunt op die volgende oorwegings: (a) Unieke fisiologiese merkers en korrelate is nog nie vir die gehipnotiseerde toestand geïdentifiseer nie. (b) Die verskynsels wat na induksie deur suggestie geproduseer word, kan ook sonder hipnotiese induksie teweeggebring word. (c) Die toename in suggereerbaarheid na hipnotiese induksie is min en kan deur 'n verskeidenheid ander prosedures (byvoorbeeld taakmotivering-instruksies, plasebo-pille, en verbeeldingsopleiding) gedupliseer of selfs oortref word. Nogtans ontken die meeste van hierdie teoretici nie die subjektiewe realiteit van die hipnotiese ervaring nie en glo hulle ook nie dat hipnotiese response noodwendig voorgegee word of bloot die produk van samewerking is nie (Lynn & Rhue, 1991c).

Kritiek teen die siening van hipnose as 'n veranderde bewussynstoestand kom tans hoofsaaklik van persone in die veld wie se teoretiese perspektiewe oor hipnose as sosiaal-sielkundig (byvoorbeeld Coe, 1992; Spanos, 1986), kognitief-behavioristies (byvoorbeeld Chaves, 1997; Spanos & Chaves, 1989) of sosiokognitief (Lynn & Rhue, 1991a; Spanos & Chaves, 1991) beskryf kan word. (Sien Afdelings 5.2.2, 5.2.3 en 5.2.4). Hilgard (1973, 1979, 1986) het ook 'n alternatief vir die staatkonseptualisasie van hipnose aangebied met sy neodissosiasie-teorie van verdeelde bewussyn (Hilgard, 1987; Kihlstrom, 1985) wat in Afdeling 5.2.5 bespreek word.

## **5.2.2 Die Sosiaalsielkundige benadering tot hipnose**

Verskillende sienings oor hipnose kan binne die sosiaalsielkundige benadering geïdentifiseer word. Een so 'n benadering is die van Sarbin en Coe (1972, 1979; Coe, 1978) wat op die sosiologiese rol-teorie gebaseer is, terwyl 'n ander die uitbreiding van Barber (1979; Barber, Spanos, & Chaves, 1974; Spanos, 1982a, 1982b) se taakmotiveringsweergawe van hipnose behels.

Volgens hierdie sienings spruit die gedrag van 'n gehipnotiseerde individu nie uit 'n verandering in sy/haar interne toestand nie, maar uit 'n strewe om die rol van 'n gehipnotiseerde individu, soos deur die hipnotiseur en wyer sosio-kulturele instansies gedefinieer, te speel (Coe, 1992; Kihlstrom, 1985). Hipnotiese responsiwiteit is dus die resultaat van individue se bedoelde en doelgerigte strewes om hulleself as gehipnotiseerd aan te bied (Coe, 1992).

### 5.2.3 Die Kognitief-behavioristiese benadering tot hipnose

In 1989 het Spanos (Chaves, 1997) die sosiaalsielkundige perspektief na die kognitiewe veld uitgebrei. Hy het van die meganismes, wat skynbaar onderliggend aan suksesvolle respondering op suggesties is, van nader begin ondersoek en 'n breër "kognitiewegegedragsperspektief" in navorsing oor hipnose geartikuleer. So het Spanos en Chaves (1989), gevolg deur ander soos Kirsch, Montgomery en Sapirstein (1995), toerieë oor hipnose wat wegbeweeg het van die tradisionele transparadigma (byvoorbeeld die van Diamond, 1989) of die staat-perspektief, binne die kognitief-behavioristiese perspektief begin klassifiseer. Hierdie perspektief reflekteer volgens Chaves (1997) 'n sterker klem op die belangrikheid van kognitiewe meganismes onderliggend aan die respons op suggestie, asook verhoogde aandag aan faktore wat bydra tot individuele verskille in hipnotiese responsiwiteit. Volgens Spanos en Chaves (1989) was hulle doel met hierdie kognitief-behavioristiese perspektief van hipnose om hipnotiese verskynsels binne die groter velde van sosiale-beïnvloedingsprosesse en kognitiewegegedragsmodifikasie te plaas. Daarom word die meer klinies-georiënteerde Kognitiewe Vaardighedsmodel van Diamond (waarna later verwys sal word), byvoorbeeld by die kognitief-behavioristiese perspektief ingesluit. Volgens Kirsch en Council (1989) is die siening van responsverwagting as 'n essensiële deel van die proses waardeur hipnotiese gedrag gegenereer word, 'n gemeenskaplike element van die nie-staat kognitief-behavioristiese en sosiaalsielkundige perspektiewe. Vanweë die gemeenskaplikhede aan hierdie uitgangspunte oor hipnose het skrywers soos Lynn en Rhue (1991a) en Spanos en Chaves (1991) mettertyd na hierdie perspektiewe as die sosiokognitiewe perspektief begin verwys.

### 5.2.4 Die Sosiokognitiewe benadering tot hipnose

Die sosiokognitiewe teorieë sluit baie van Spanos se werk (Spanos, 1991) asook die werk van Lynn en sy kollegas (byvoorbeeld Lynn & Rhue, 1991b) Coe en Sarbin (1991), Kirsch (1991) en Wagstaff (1991) in. Volgens die sosiokognitiewe teoretici word hipnose as sodanig gedefinieer omdat dit in die konteks van interaksie wat deur die deelnemers as "hipnose" geëtiketteer word voorkom en is dit nie die oorsaak van 'n bepaalde proses wat in werking tree of van 'n vermoë of toestand van die persoon nie (Lynn & Rhue, 1991b). Hierdie teorie behels dan dat die wil, of die gebrek daaraan, gekonseptualiseer word as 'n post-hoc toeskrywing van die hipnose-deelnemer oor die oorsaak van sy/haar gedrag (Woody & Sadler, 1998).

Met betrekking tot die deelnemer se persepsie van kognitiewe inspanning, stel hierdie teorie twee moontlikhede voor (Ruehle & Zamansky, 1997). Volgens die eerste moontlikheid kan deelnemers bewuste kognitiewe strategieë inspan om suggesties uit te voer (soos om te konsentreer op die

verbeeldingsvoorstelling dat 'n heliumge vulde ballon sy/haar hand oplig). Die deelnemer is bewus van sy/haar eie inspanning, maar skryf die beweging van die arm foutiewelik aan die suggestie, eerder as sy/haar eie verbeeldingsinspanning toe (Ruehle & Zamansky, 1997; Spanos, 1991). 'n Tweede moontlikheid, soos deur Lynn en Rhue (1991c) voorgestel, is dat indien deelnemers hulle verbeeldingsvoorstellings as spontaan en outomaties ervaar, hulle moontlik geen inspanning waarneem nie. Die waargenome inspanning om byvoorbeeld 'n armlevitasiesuggestie uit te voer kan óf meer wees as gewoonlik (omdat bewuste kognitiewe strategieë na meer inspanning vra as om eenvoudig die arm te beveel om te lig), óf die waargenome inspanning kan minimaal wees as die verbeeldingsvoorstelling as outomaties ervaar word. Volgens hierdie benadering word voorspel dat die gebrek aan inspanning nie eg is nie en dat die strategie wat deelnemers gebruik kognitiewe inspanning vereis, wat dieselfde of meer is as om onder normale omstandighede die arm te lig, selfs al is die deelnemer nie van hierdie inspanning bewus nie (Lynn & Rhue, 1991c).

Die sosiokognitiewe teorie beklemtoon ook die rol van verwagtings in hipnose. Volgens Kirsch (1991) is daar reeds oortuigend gedemonstreer dat die deelnemer se verwagtings 'n belangrike invloed op sy/haar respondering tydens hipnose kan hê. Kirsch (1991) verklaar dit op grond daarvan dat die verwagting dat 'n suggestie gaan werk deelnemers lei om bepaalde kognitiewe strategieë in te span, of dat verwagtings direk kan lei tot die gevoel dat respondering vanself plaasvind.

### **5.2.5 Die Neodissosiasie-teorie van hipnose**

Soos vroeër genoem, het Hilgard (1973, 1979, 1986), met sy neodissosiasie-teorie van verdeelde bewussyn, 'n alternatief vir die staatkonseptualisasies van hipnose aangebied (byvoorbeeld Hilgard, 1987; Kihlstrom, 1985). Volgens Kihlstrom (1998) behels dit 'n herlewing van 'n standpunt wat vir die eerste keer in die laat 1800's en vroeë 1900's na vore gekom het en is Hilgard se teorie vir die afgelope 25 jaar 'n invloedryke analise van wat gebeur wanneer 'n hoogshipnotiseerbare persoon op suggesties oor die wysigings van persepsie en geheue reageer. Saam met die sosiokognitiewe perspektief wat reeds beskryf is, vorm dit tans die twee mees prominente teoretiese perspektiewe oor hipnose.

Volgens hierdie teorie behels dissosiasie 'n verdeling van bewussyn in veelvuldige, gelyktydige strome van kognitiewe aktiwiteit. Dissosiasie vind plaas wanneer een of meer van hierdie strome die ervarings, gedagtes en gedrag van die individue beïnvloed sonder dat daar bewussyn en willekeurige beheer van die verskynsel is. Baie van die klassieke hipnotiese verskynsels sou op grond van dissosiasie verklaar kon word. Analgesie en amnesie dui op 'n verlies aan bewussyn, terwyl die sogenaamde verskuilde waarnemer (byvoorbeeld in die geval van analgesie) en omkeerbaarheid (in die geval van amnesie) kan aandui dat prosessering wel plaasgevind het. Verlies aan willekeurige beheer word by motoriese outomatismes soos outomatiese skryf of post-hipnotiese suggestie (wat ook dikwels gepaard gaan met gebrek aan bewussyn van die gedissosieerde aktiwiteit) gedemonstreer.

Hilgard (1973, 1979, 1986) se teorie het nie die teoretiese debatte en kritiek binne die veld van hipnose vrygespring nie, en lewer sodoende ook 'n bydrae in die staat/nie-staat debat. Volgens Hilgard (1987) is die voordeel van die konsep van dissosiasie, teenoor 'n veranderde bewussynstaat, dat dit beskryf kan

word volgens beperkte of meer omvattende veranderinge in die kognitiewe of motoriese sisteme wat deur suggestie geaktiveer of verwing word. Wanneer sulke veranderinge omvattend genoeg is, kan dit volgens Hilgard (1987) tog die gebruik van die term trans of veranderde bewussynstaat regverdig.

Bowers (1992; Woody & Bowers, 1994) gevolg deur Ruehle en Zamansky (1997) en Kirsch en Lynn (1998) het die neodissosiasie-teorie in twee variante verdeel naamlik die dissosiasie-ervaringsteorie en die dissosiasie-beheerteorie.

Die dissosiasie-ervaringsteorie beklemtoon die ontwikkeling van 'n kognitiewe versperring, soortgelyk aan amnesie, wat tydens hipnose individue se bewustheid van hulleself en hulle omgewing belemmer. So word eksplisiete ekspressie van byvoorbeeld persepsie en geheue selektief geaffekteer, terwyl implisiete ekspressions grootliks intact gelaat word (Kihlstrom, 1998). Hiervolgens word hipnose dus gekonseptualiseer as 'n fundamenteel verskillende manier van informasie-prosesserings deurdat hoogshipnotiseerbare individue, ten minste onder bepaalde omstandighede, informasie anders prosesseer as individue wat oor lae hipnotiseerbaarheid beskik. Een manier waarop dit kan gebeur is dat die willekeurige bron van die gedrag nie beskikbaar vir die persoon se bewussyn is nie, selfs al is die persoon se gedrag onder hipnose willekeurig (byvoorbeeld die reaksie op 'n suggestie van armrigiditeit). Onder hipnose is die persoon dus onbewus van belangrike informasie met betrekking tot die self-gemedieerde aard van sy/haar gedrag, wat gewoonlik tot sy/haar beskikking sou wees (Woody & Sadler, 1998).

Die dissosiasie-beheerteorie beklemtoon die skynbare outomatisiteit van gehipnotiseerde deelnemers se kognitiewe en gedragsresponse op suggesties (Kihlstrom, 1998). Volgens Bowers (1992) is daar dus moontlik 'n verdere manier waarop hoogshipnotiseerbare individue informasie anders prosesseer. Dit mag wees dat toegang tot subsisteme van beheer relatief direk en outomaties onder hipnose verkry word, sonder dat hoër vlakke van uitvoerende beheer soveel kontrole soos gewoonlik uitoefen. Die ervaring van die individu dat sy/haar reaksies op suggesties (byvoorbeeld armrigiditeit) sonder sy/haar wil plaasvind, is dan korrek, omdat die gedrag hiervolgens plaasgevind het sonder die intervensie van hoër uitvoerende beheer (Woody & Sadler, 1998).

### **5.2.6 Samevatting**

Dit blyk uit die voorafgaande bespreking dat teorieë oor hipnose in terme van belangrike vraagstukke verskil. Een so 'n sentrale vraagstuk waaroor teoretici verskil, is of hipnose 'n veranderde bewussynstoestand verteenwoordig of nie. 'n Tweede vraagstuk hou verband met die aard en korrelate van individuele verskille in die hipnotiese respons (Kihlstrom, 1997). 'n Ander strydpunt behels die vraag of hipnotiese gedrag onwillekeurig plaasvind en verskille tussen teoretici hieroor hang saam met hoe hulle die begrip onwillekeurig omskryf (Lynn & Rhue, 1991c).

Ten spyte van hierdie verskille beklemtoon verskeie skrywers (Chaves, 1997; Kihlstrom, 1997, 1998; Woody & Sadler, 1998) dat, hoewel konvergensie van denke oor hipnose nog nie werklik plaasgevind het nie, daar wel tans pogings tot aansluiting tussen teorieë besig is om plaas te vind. Een voorbeeld

hiervan is juis die vraagstuk van hipnose as 'n veranderde bewussynstoestand. Hoewel dit steeds voorkom dat teorieë op grond hiervan in twee kampe verdeel word (byvoorbeeld Wagstaff, 1996), word daar ook daarop gewys dat die onderskeie teoretiese posisies oor hierdie en verskeie ander kwessies meer soos punte op 'n kontinuum lê en dat baie van die sentrale kwessies in hipnose oor die staat/nie-staat verdeling heen sny (Kihlstrom, 1997; Kirsch & Lynn, 1995). Nieteenstaande bly dit steeds 'n strydvraag of hipnose 'n verandering van bewussyn behels. Kihlstrom (1997) waarsku dat die konvergensie van denke oor hipnose nie die kompleksiteit van die aard daarvan ten opsigte van bewussynstoestand, kognitiewe vaardigheid en sosiale interaksie behoort te verberg nie. Hoewel die huidige teorieë oor hipnose navorsing gestimuleer het (Chaves, 1997; Woody & Sadler, 1998), is daar tans nie 'n enkele volledige teorie oor hipnose wat algemene aanvaarding geniet nie (Hammond, 1992; Kirsch & Lynn, 1998).

### 5.3 NAVORSING OOR HIPNOSE

Bongartz (1992) kom op grond van die verrigtinge van die Vyfde Europese Kongres van Hipnose wat in 1991 in Konstantz plaasgevind het, tot die gevolgtrekking dat die kognitiewe en fisiologiese aspekte van hipnose sowel as posthipnose-effekte die mees relevante onderwerpe in kontemporêre navorsing oor hipnose (op sigself) is. Vir die huidige studie is veral die kognitiewe aspekte van hipnose, spesifiek regter- teenoor linkerhemisferiese prosessering, van belang en derhalwe word slegs navorsing hieroor vervolgens bespreek.

Soos in die literatuuroorsig aangetoon is, word dit aanvaar dat hipnose met outomatiese, nie-verbale kognitiewe prosessering verband hou. Die navorsers oor hipnose gebruik egter nie noodwendig dieselfde terminologie as die kognitiewe sielkundiges nie en verwys eerder na regter- (teenoor linker-) serebrale-hemisferiese funksionering. Roos (1993a) gee 'n opsomming van navorsingsbevindings met betrekking tot regter- teenoor linkerhemisferiese funksionering waaruit blyk dat regterhemisferiese funksies met nie-verbale kognitiewe funksionering verband hou, verbeeldingsvoorstellings behels, nie krities/analities van aard is nie, nie tydsgebonde is nie, outomaties en nie-bewustelik plaasvind, gewoonte-response in stand hou en vinniger as linkerhemisferiese funksionering plaasvind. Linkerhemisferiese kognitiewe funksionering daarenteen hou met verbale kognitiewe funksionering verband, behels selfspraak, is krities/analities en tydsgebonde van aard en vind bewustelik en stadiger as regterhemisferiese funksionering plaas.

Navorsingsbevindings, wat suggereer dat hipnose moontlik regter- serebrale hemisferiese funksionering (by regshandiges) fasiliteer terwyl die betrokkenheid van die linkerhemisfeer in kognitiewe funksionering verminder word, het veral in die 1970's begin akkumuleer (Dewaraja et al., 1992; Frumkin et al., 1978; Gruzelier et al., 1984). Korrelasies is gevind tussen dominansie van linkerhemisferiese funksionering en "normale" bewussyn, en verhoogde regterhemisferiese aktiwiteit en verskillende veranderde bewussynstoestande (Frumkin et al., 1978). Talle studies het ook op 'n verhouding tussen regter hemisferiese voorkeur, in normale bewussyn, en hipnotiseerbaarheid gedui (Dewaraja et al., 1992; Gabel, 1988).

Verskillende indekse is as aanduidings van differensiële hemisferiese aktivering of prosessering in hierdie ondersoek gebruik, soos byvoorbeeld laterale oogbewegings (Jasiukaitis, Nouriani, Hugdahl, & Spiegel, 1997), laterale asimetrie van willekeurige tipe liggaamsresponse in reaksie op suggestie (Dewaraja et al., 1992), EEG ritmes (Dewaraja et al., 1992; Jasiukaitis et al., 1997), en digotiese luistertake (Pango, Akots, & Wall, 1988). Volgens Dewaraja et al. (1992) is daar tot en met hulle ondersoek nog nie van die visuele modaliteit of reaksietipe gebruik gemaak om serebrale funksies tydens hipnose te evalueer nie, en het hulle derhalwe op die werk van Frumkin et al. (1978) en Pango et al. (1988) uitgebrei om die visuele modaliteit in te sluit. Visuele informasie-prosessering in die regterhemisfeer, relatief tot die linkerhemisfeer, was beduidend (14 %) vinniger in deelnemers wat in 'n "diep trans" verkeer het, teenoor deelnemers wat in 'n "vlak trans" verkeer het. Die navorsers het hieruit afgelei dat die regterhemisfeer meer betrokke is in hipnose as die linkerhemisfeer.

Gruzelier et al. (1984) het twee studies oor differensiële hemisferiese prosessering gedoen. In die eerste is elektrodermale response gemeet en in die tweede is die linkshandige, regshandige en bilaterale prosesseringstye vir die diskriminasie van plastiekletters en -syfers, met geslote oë, gemeet. Hulle bevindings het daarop gedui dat hipnotiseerbare deelnemers, anders as nie-hipnotiseerbare deelnemers, laterale asimetrieë ten gunste van die linkerhemisfeer in basislyntoestande getoon het. Elektrodermale response was groter op die linker- as die regterhand en haptiese prosesseringstye was vinniger met die regter- as met die linkerhand. Onder hipnose was daar 'n afname in elektrodermale oriënteringsresponse asook vinnger habitusaie en 'n omkeer in laterale asimetrieë. Haptiese prosessering het verlengde regterhand-prosesseringstye getoon, terwyl linkerhand-tye verkort het. Hierdie bevindings het bevestiging gebied vir die siening dat daar tydens hipnose 'n vrystelling van regterhemisferiese aktiwiteit is. In teenstelling met wat voorheen gerapporteer is, dui hierdie resultate daarop dat hipnotiseerbaarheid met gewysigde laterale asimetrie onder hipnose verband hou. Hierdie resultate dui ook op die kritiese rol van linkerhemisfeer-prosesse in die hipnotiese proses, meer spesifiek in die induksie van hipnose (Gruzelier et al., 1984).

Daaropvolgende ondersoekes het ook bevestigende resultate ten opsigte van 'n linkerhemisferiese rol in sekere hipnotiese verskynsels begin lewer. Hierdie navorsing het die meting van elektrodermale respondering, visuele gebeurtenisverwante potensiale en Stroop-inmenging behels (Jasiukaitis et al., 1997) Volgens Jasiukaitis et al. (1997) is die siening van hipnose as 'n funksie van die een of die ander hemisfeer moontlik 'n oorvereenvoudiging en kan dit wees dat hoogshipnotiseerbare individue die hemisfeer mobiliseer wat die meeste gepas is om 'n bepaalde hipnotiese taak uit te voer. Volgens hulle kan talle algemene aspekte van hipnose ook meer toepaslik as linker- eerder as regterhemisfeer breinfunksies gesien word. Dit geld byvoorbeeld vir die gekonsentreerde fokus van aandag en die rol van taal in die daarstel van hipnotiese realiteit.

Hoewel dit dus deur navorsingsbevindings aangetoon word, en gevolglik algemeen aanvaar word, dat hipnose met verhoogde regterhemisferiese kognitiewe prosessering verband hou, is daar ook aanduidings dat kognitiewe funksionering met betrekking tot hipnose nie heeltemal so eenvoudig verklaarbaar is nie en dat linkerhemisferiese funksionering ook 'n rol speel.

## 5.4 KLINIESE HIPNOSE

### 5.4.1 Inleiding

In die kliniese praktyk blyk 'n siening van hipnose as 'n veranderde bewussynstoestand algemeen te wees (Coe, 1992; Kirsch et al., 1995; Laurence, 1997). So het die American Society of Clinical Hypnosis hipnose in 1992 as 'n veranderde bewussynstoestand, waarin die pasiënt se fokus van aandag gekonsentreer of vernou word en wat waarskynlik verhoogde regterbreinfunksionering behels, beskryf (Hammond, 1992). Die Division of Psychological Hypnosis van die American Psychological Association se amptelike posisie met betrekking tot hipnose was ook nog in 1992 dat dit 'n veranderde bewussynstoestand behels en dat dit deur bepaalde kriteria gekenmerk word (Coe, 1992; Spanos & Chaves, 1989). Die term veranderde bewussynstoestand is egter uitgelaat uit 'n definisie van hipnose wat kort daarna deur die Divisie gepubliseer is.

Ten spyte van teoretiese verskille oor hipnose as verskynsel, is daar binne die kliniese hipnose algemene konsensus oor die kenmerkende kriteria (Coe, 1992) of basiese observasies (Kihlstrom, 1985) of klassieke verskynsels (Hilgard, 1987) van hipnose. Daar bestaan ook nie kontroversie oor die uitwerking en effektiwiteit van hipnose nie. So stel Kirsch et al. (1995) dat sogenaamde staat-teoretici en kognitiewe gedragsteoretici saamstem dat die behandelingseffekte van psigoterapie met behulp van hipnose verhoog kan word, hoewel die redes wat die onderskeie teoretici hiervoor aanvoer mag verskil. Hammond (1992) beskryf hipnose as 'n effektiewe, fasiliterende terapeutiese ingreep en voeg by dat hipnose, soos enige ander terapeutiese modaliteit, van groot waarde vir sekere pasiënte met sekere probleme kan wees, maar dat dit ook, soos enige ander kliniese metode, oneffektief kan wees.

Met betrekking tot die verskillende teorieë oor hipnose, openbaar klinies-geöriënteerde skrywers oor die algemeen 'n meer inklusiewe houding. So stel The American Society of Clinical Hypnosis (Hammond, 1992) dat geen enkele teoretiese model hipnose tans voldoende verklaar nie en dat die verskillende teorieë as komplementêre eerder as eksklusiewe perspektiewe gesien moet word. Golden et al. (1987) beskryf die kliniese hipnose as 'n hoogspragmatiese benadering wat die integrasie van verskeie modelle van hipnose behels. Volgens Diamond (1989), Golden et al. (1987) en Lynn en Rhue (1991b) blyk die tendens in die kliniese praktyk van hipnose na 'n tegniese eklektisisme te wees, wat beteken dat die klinikus vrylik tegnieke van diverse terapeutiese benaderings leen, sonder om noodwendig die onderliggende teorieë met betrekking tot die tegnieke te aanvaar (Golden et al., 1987).

'n Voorbeeld van so 'n toepassingsmodel word deur Diamond (1989) as die Kognitiewe Vaardigheidsmodel beskryf. Dié model is volgens Diamond (1989) dieselfde as Araoz (1982, 1985, 1987) se sogenaamde Nuwe Hipnose. Araoz (1982; Wick, 1982) verwys ook na die Nuwe Hipnose as die kognitiewe vaardigheidsmodel van hipnose en meen ook dat die Nuwe Hipnose baie ooreenstemming toon met wat Golden et al. (1987) as die Moderne Benadering tot hipnose beskryf. Al drie hierdie kliniese toepassings van hipnose word deur die skrywers as verskillend van en in teenstelling met die sogenaamde tradisionele benadering tot hipnose beskryf (Araoz, 1982, 1985, 1987; Diamond, 1989), hoewel daar in die nuwe benaderings van tradisionele metodes of tegnieke gebruik gemaak word.

Hierdie nuwe benaderings tot die kliniese praktyk van hipnose word vervolgens beskryf.

#### 5.4.2 Die Nuwe Hipnose (Araoz, 1982, 1985)

Hoewel Araoz (Wick, 1982) die historiese ontwikkelings in die veld van hipnose erken, omseil hy grootliks die teoretiese vraagstukke en herdefinieer hy hipnose op 'n pragmatiese wyse om sy kliniese, eksperiënsiële model te pas. Volgens sy siening is hipnose 'n psigiese- of kognitiewe toestand waarin eksperiënsiële denke plaasvind, terwyl die funksionering van die logiese, kritiese denke opgehef word. Hierdie eksperiënsiële denke vind doelbewus of spontaan plaas. Dit kom byvoorbeeld voor as dagdroom, fantaseer, verbeelding, 'n konneksie met onbewuste realiteite terwyl gedissosieer word van die onmiddellike omgewing, herlewing en beskouing van ou herinneringe, en ouderdomsregressie of – progressie. Araoz (1982) plaas dus enige psigiese of kognitiewe aktiwiteit wat meer eksperiënsieel as krities is, meer subjektiewe as uiterlike realiteit geöriënteer is, meer primêre prosesdenke as sekondêre prosesdenke behels en meer regter- as linkerhemisferies is binne die terrein van hipnose. Terselfdertyd beklemtoon hy die kognitiewe vaardighede wat by die ervaring van hipnose betrokke is, die werk van die deelnemer in die aktivering van nuwe kognitiewe vaardighede, en die keuse van die deelnemer om 'n bewussynsverandering te ervaar.

In die praktyk word hipnotiseerbaarheid, die diepte van die hipnotiese ervaring en die ritueel van induksie minder beklemtoon, hoewel induksie steeds as 'n belangrike proses beskou word waardeur 'n persoon van sy/haar gewone manier van kognitiewe funksionering na hipnose beweeg. Vir die pasiënt behels dit gewoonlik (a) Instruksie met betrekking tot hipnose; en (b) 'n tegniek om van die gewone manier van denke na eksperiënsiële denke te beweeg (deurdadig dat die persoon hom-/haarself in 'n doelgerigte dagdroom laat gaan, in so 'n mate dat hy/sy dissosieer van sy/haar onmiddellike realiteit en betrokke raak by sy/haar innerlike realiteit).

Araoz (1982) beskou hipnose as 'n modaliteit waarbinne kognitiewe herstrukturering gedoen word en plaas dit derhalwe binne die kognitiewe gedragsterapie-verwysingsraamwerk. Kognisies, volgens hom, behels nie net oortuigings en idees nie, maar sluit ook minder ideologiese en intellektuele denke soos verbeeldingsvoorstellings in. Hy wys op toenemende navorsingsbewyse dat alle denke en oortuigings met verbeeldingsvoorstellings verband hou. Daarom is dit van kardinale belang dat kognitiewe herstrukturering ook hierdie "ander kognisies" betrek.

Volgens Araoz (1981; 1982) brei hy die kognitiewe gedragsterapie uit deur sy klem op die hipnotiese elemente wat in werking is in die kognitiewe proses, wat hy negatiewe (disfunksionele) selfhipnose noem, en deur sy terapeutiese strategieë om dit te verander. Negatiewe selfhipnose verwys na die onbewuste negatiewe gedagtes en belemmerende verbeeldingsvoorstellings wat 'n persoon handhaaf terwyl hy/sy terselfdertyd bewustelik aan hom-/haarself sê dat hy/sy die probleem wil oplos en wil verander (wat natuurlik nie moontlik is terwyl negatiewe selfhipnose aan die werk is nie). Volgens Araoz (1981, 1985) verwys die irrasionele oortuigings wat deur Ellis (1973) beskryf word na 'n aspek van negatiewe selfhipnose. Negatiewe selfhipnose is dan 'n kognitiewe proses wat drie hipnotiese elemente bevat: (a) nie-kritiese denke wat 'n negatiewe aktivering van onbewuste prosesse raak; (b) aktiewe negatiewe



verbeeldingsvoorstellings; en (c) kragtige post-hipnotiese suggesties in die vorm van negatiewe selfstellings wat uit die nie-kritiese denke en die negatiewe verbeeldingsvoorstellings voortspruit.

Roos (1993a) wys daarop dat Araoz (1982; 1985) se siening van hipnose in ooreenstemming met Maultsby (1984) se kognitiewe model is. Maultsby (1984) se bydrae tot die kognitiewe terapie was om die kognitiewe dimensie van Ellis se ABC-model te verfyn deur funksioneel te onderskei tussen wat by die onderskeie serebrale-hemisphere gebeur (Roos, 1993a). (Met verwysing na die serebrale hemisfeer word daar met "linker" en "regter" na funksies eerder as lokaliteit verwys). Hy het sy behandeling op grond hiervan aangepas met die byvoeging van 'n tegniek genaamd "rational emotive imagery" (REI). (Meeste kognitiewe terapeute maak van verbeeldingsprosedures gebruik [Spinhoven, 1987], soos byvoorbeeld "rational-emotive imagination" [Ellis & Harper, 1975], "coping imaginations" [Meichenbaum, 1977] en "spontaneous imagination" [Beck, 1970]). Volgens Roos (1993a) behels REI dat daar gepoog word om via die linker- serebrale hemisfeer die sogenaamde kognitiewe gewoontes of houdings in die regter-serebrale hemisfeer te wysig. Maultsby (1984) ontlok juis linker- serebrale hemisferiese funksionering met stap drie van REI, naamlik om die rasonele kennisies te dink. Roos meen dat die gebruik van hipnose soos deur Araoz (1982, 1985) beskryf 'n meer direkte en dus waarskynlik meer effektiewe inkorporering van die regterhemisfeer behels.

Meichenbaum (1977) het drie stappe beskryf in terme waarvan gedragsverandering tydens enige vorm van terapie verklaar kan word, naamlik (a) self-bewuswording, waarmee 'n nuwe persepsie van simptome, die omstandighede daarom (ekstern en intern) en gedrag bedoel word; (b) nuwe aanpassende gedagtes en verbeeldingsvoorstellings; en (c) in vivo oefening van die nuwe gedrag, wat die resultaat van die nuwe aanpassende selfspraak en verbeeldingsvoorstellings is. Hy het ook drie sielkundige prosesse geïdentifiseer wat verklaar waarom terapieë wat op verbeeldingsvoorstellings gebaseer is bydra tot verandering naamlik die ontwikkeling van selfbeheer, die ontwikkeling van nuwe betekenis en oefening op verbeeldingsvlak. Volgens Araoz (1982) is die meriete wat Meichenbaum (1977) in verbeeldingsvoorstelling gebaseerde terapieë vind dieselfde as wat deur kliniese hipnose, onafhanklik van die nuwe kognitiewe terapieë, toegeëien word. Hy beklemtoon dat mense byna kompulsief betekenis gee of probeer om betekenis aan hulle persepsies te gee. Terwyl kognitiewe terapie ingestel is op die bevraagtekening van die pasiënt se dogmatiese sekerheid oor die geldigheid van sy/haar persepsies, onderbreek hipnose die ononderbroke vloei van interpretasies van die werklikheid en bied dus 'n geleentheid om op 'n nuwe manier met die realiteit kontak te maak.

#### **5.4.3 Die Kognitiewe Vaardigheidsmodel (Diamond, 1989)**

Volgens die Kognitiewe Vaardigheidsmodel is willekeurige en onwillekeurige kognitiewe prosesse die kritiese bestanddele in die ervaring van hipnose. Die vaardigheidsmetafoor word gebruik om te beklemtoon dat kognitiewe prosesse deur hipnose aangeleer of verwerf kan word. Die kognitiewe vaardighede waarna verwys word, sluit die volgende in: absorpsie, fokus van aandag, verbeelding, dissosiasie, rolspel of onwillekeurige respondering en holistiese of primêre prosesdenke (Diamond, 1989). Dit is egter nie bekend watter onderlinge verhoudinge of konfigurasies van die vaardighede waarna verwys word van belang is vir hoë hipnotiseerbaarheid nie (Diamond, 1989; McConkey & Cottee,

1985). Hoewel begrip van die kognitiewe prosesse wat by hipnose betrokke is nog rudimentêr is, dui navorsingsbevindings aan dat die ervaring van hipnose beduidend deur die ontwikkeling van bepaalde kognitiewe vaardighede bevorder word. Hierdie vaardighede behels onder andere strategieë vir die individu om sy/haar realiteitsoriëntasie op te hef, fasilitering van verbeelding en beheer oor verbeeldingsvoorstellings, gefokusde denke met suggesties of stellings van die fasilitator en aanmoediging van spesifieke koverte selfkontrole-vaardighede (byvoorbeeld deur middel van informasie oor hoe om bepaalde tipes suggesties te interpreteer). Die kognitiewe vaardighedsopleiding wat in hierdie studies gedoen is sluit die volgende in: die verskaf van fasiliterende informasie oor hipnose; oordra van informasie om miskonsepsies te korrigeer; operante leerprosedures; modellering; oefening; kognitiewe-selfkontrolestrategie-instruksie. Hipnose word dus as 'n proses of werkwoord, eerder as 'n struktuur of selfstandige naamwoord, beskou (Diamond, 1989).

Die Kognitiewe Vaardighedsmodel gebruik dus ontwikkelings in die kognitiewe gedragssielkunde en hipnoterapie ten einde die individu se kognitiewe prosesse te ontlok en in te span op wyses wat buite sy/haar gewone raamwerk van doelbewuste of willekeurige beheer val, ten einde problematiese kognitiewe prosesse te modifiseer. Volgens hierdie benadering word aandag aan die individu se unieke fenomenologiese wêreld en kognitiewe vermoëns gegee en word daar met die individu saamgewerk om sy/haar talente op ego-sintoniese wyses in te span. In sý beskrywing van hierdie benadering gebruik Aroz (1982, 1985) die akroniem TEAM vir die aspekte wat in orde moet wees vir hetero-hipnose (teenoor selfhipnose). Dit verwys na "trust" (vertroue), "expectations" (verwagtings), "attitudes" (houdings) en "motivation" (motivering).

Soos ook in Aroz (1982) se Nuwe Hipnose beskryf, word daar met hierdie kognitief-gebaseerde model van kliniese hipnose wegbeweeg van die meer tradisionele trans-model, wat afhanklik is van klassieke ritualistiese hipnotiese induksies. Diamond (1989) (soos Aroz, 1982, 1985) beklemtoon egter dat hierdie benadering nie in teenstelling met die idee van 'n trans en/of veranderde bewussynstoestand is nie, maar dat die klem eerder val op wat die trans-ervaring vir die unieke individu wat gehipnotiseer word verteenwoordig.

#### **5.4.4 Die moderne benadering tot hipnoterapie, soos deur Golden et al. (1987) omskryf**

Golden et al. (1987) beklemtoon dat hipnose nie as 'n terapie op sigself gebruik word nie, maar as 'n aanvullende prosedure tot en geïntegreer met ander psigoterapeutiese tegnieke en metodes. Soos Aroz (1982, 1985) en Diamond (1989) beskou hulle die aktiewe samewerking van die kliënt as noodsaaklik en sien hulle alle hipnose as selfhipnose.

Hierdie benadering is op 'n integrasie van huidige asook tradisionele metodes van hipnoterapie, waaronder tradisionele hipnoterapie, hipnoanalise, Eriksoniaanse hipnoterapie, die Hipnogedragmodel, kognitiewegegedrags-hipnoterapie (waaronder hulle na Aroz verwys), en hipnose vaardighedsleer (waaronder hulle na onder andere Diamond [1974, 1977] verwys), gebaseer. Dit fokus op simptomeverligting en insig, maar in teenstelling met tradisionele hipnoanalise behels insig die bewuswording van disfunksionele kognisies en die effek daarvan op emosies en gedrag. Hipnoanalitiese

tegnieke soos ouderdomsregressie en verhoogde herroeping kan gebruik word om te help om disfunksionele gedagtes, houdings en oortuigings te identifiseer. Die moderne benadering is dus 'n pragmatiese kliniese benadering wat tegnies eklekties is.

Soos uit die voorafgaande bespreking blyk oorvleuel die moderne benadering tot hipnoterapie, soos deur Golden et al. (1987) omskryf, met die Kognitiewe Vaardigheidsmodel en die Nuwe Hipnose.

#### **5.4.5 Kognitiewegegedragsterapieprogramme waarby hipnose geïnkorporeer is**

In die voorafgaande afdeling is spesifieke benaderings beskryf waarvolgens hipnose tans in die kliniese praktyk beoefen word. Hierdie benaderings leen hulle daartoe om in kombinasie met kognitiewe herstrukturering gebruik te word. Daar bestaan enkele kognitiewegegedragsterapieprogramme waarby hipnose geïnkorporeer is. Dit word vervolgens bespreek.

#### **Kognitief-eksperiënsiële terapie (KET) (Boutin & Tosi, 1983; Tosi & Baisden, 1984; Tosi et al., 1992)**

Kognitief-eksperiënsiële terapie, vroeër ook as Rational Stage Directed Therapy, Rational Stage Directed Hypnosis of Rational Stage Directed Imagery bekend (Tosi et al., 1992), verteenwoordig 'n integrasie van hipnoterapie, verbeeldingsvoorstellings en Rasioneel-emosiewe of kognitiewe gedragsterapie (Tosi & Baisden, 1984). Tosi en Baisden (1984) wys op die belangrikheid van onbewustelike prosesse en die neiging binne die kognitiewe terapieë om hierdie prosesse te ignoreer. Hoewel kognitiewe herstrukturering skynbaar meer natuurlik of makliker op 'n bewustelike vlak gedoen word, is hulle van oordeel dat herstrukturering aanvanklik neurologies in die serebrale korteks (die struktuur wat as lokus van geheue, logies-kritiese en evaluerende kognisies dien) plaasvind, en dat die subkortikale areas (limbiese sisteem) nie noodwendig aanvanklik beïnvloed word nie. Die integrasie van hipnose met kognitiewe herstrukturering word gesien as 'n manier om onbewustelike sielkundige prosesse en die sogenaamde primitiewe brein te betrek en om kortikale en subkortikale prosesse te integreer.

Volgens Tosi en Baisden (1984) vind hipnose natuurlik plaas en kan self- of deur ander geïnduseer word, afhangende van die mate waarin 'n persoon ontvanklik, suggereerbaar of gewillig is om die moontlikhede of funksies van die brein op 'n sistematiese of onsistematiese wyse te eksploreer. Hipnose word grootliks deur konsentrasie, gefokusde bewussyn, reflektiewe denke, ontspanning en selektiewe aandag of gebrek aan aandag gekemerk. Hierdie prosesse kan gerig word op informasie of feite oor wat in die persoon self of in sy/haar omgewing voorkom, of weg vanaf sodanige feite of informasie.

Ellis se A-B-C-model van emosie (Ellis, 1985) word uitgebrei tot 'n A-B-C-D-E-model deur fisiologies-biochemiese response (D) en gedragsresponse (E) by te voeg. Deur middel van KET vind eksplorاسie van die elemente en sekvensies van ABCDE bo en onder die bewussynsdrumpel plaas.

Bewussynservaring kan uitgebrei word deur middel van hipnose en deur die pasiënt se aandagfokus op ABCDE-elemente wat in tyd (hede, verlede, toekoms) geassosieer is te rig. Die terapeut kan ook direkte of indirekte suggesties met betrekking tot moontlike ABCDE-konneksies, waarvan die persoon moontlik nie bewus is nie, gebruik (Tosi et al., 1992).

Volgens Tosi et al. (1992) fokus KET, anders as die meeste kognitiewe terapieë, op die internalisasie van rasionele hanteringstrategieë. Kognitiewe herstrukturering vind tydens hipnose plaas en word deur ses sogenaamde ontwikkelingsfases gerig, naamlik: bewuswording, eksplorاسie, toewyding aan konstruktiewe aksie, implementasie, internalisasie, en gestabiliseerde gedrag.

Die benadering behels dat die pasiënt met die ABCDE-model vertrouwd gemaak word, waarna hipnose-induksie volg. Wanneer die persoon 'n lig tot matige hipnose-toestand bereik het, moet hy/sy 'n persoonlik ontstellende gebeurtenis en self-belemmerende ABCDE-sekwensie voorstel. Vervolgens word 'n voorstelling van dieselfde ABCDE aangemoedig, maar met die toepassing van die tegniek van kognitiewe herstrukturering, waardeur meer gewenste kognitiewe, affektiewe, fisiologiese, en gedragsresponse ontwikkel en versterk word. Die persoon word aangemoedig om hierdie selfbehartigingsvaardighede in werklike situasies toe te pas (Tosi et al., 1992).

Volgens Boutin en Tosi (1983), Tosi en Baisden (1984) en Tosi et al. (1992) is die effektiwiteit van KET by persone met peptiese ulserasie, toetsangs, bejaardes met selfkonsepprobleme en depressie, persone wat akademies onderpresteer en persone met selfkonsepprobleme en anti-sosiale gedrag gedemonstreer. Uitkomstudies het gewoonlik die vergelyking van KET met 'n kognitiewe herstruktureringprogram en/of hipnose en/of placebo-groep en/of 'n kontrolegroep behels. Oor die algemeen dui resultate daarop dat KET die meer effektiewe behandeling is, veral by langtermyn-opvolg.

#### **Die Hipnogedragsmodel (Kroger, 1984; Kroger & Fezler, 1976)**

Volgens Kornfeld (1985), Kossak (1992) en Spinhoven (1987) is die kombinasie van hipnose en gedragsterapie 'n langstaande en algemene gebruik binne die kliniese hipnose. Die Hipnogedragsmodel is vanuit die kliniese hipnose veld deur Kroger en Fezler (1976) ontwikkel en behels 'n kombinasie van hipnose en gedragsmodifikasie. Die basiese aanname van die model is dat wanaangepaste response deur angs gemedieer word, terwyl hipno-ontspanning as die antitese van angs en spanning beskou word. Hipnose word gedefinieer as 'n "toestand van diepgaande ontspanning en konsentrasie, by wyse van sensoriese herroeping, gekenmerk deur verhoogde ontvanklikheid en objektiwiteit" (Kroger & Fezler, 1976, pp. 86 en 89). Hulle is van mening dat 'n persoon deur middel van hipnose beter in staat is om aksie te neem sonder die inmenging van subjektiewe angs en vrees. Hulle verwys na die Russiese navorser Platonov (1959) se studies asook na navorsing van onderskeidelik Paterson (1976) en Kline (1976) ter bevestiging van hulle bewering dat kondisionering van refleksie onder hipnose meer standhoudend is, vinniger geskied en minder kans het om uitgewis te word. Volgens Kroger (1984) voer die Hipnogedragsmodel hierdie tipe kondisionering verder deur die gebruik van gesofistikeerde hipnose-tegnieke, leerteorie en kondisionering met behulp van verbeeldingsvoorstellings, ten einde gedragsverandering daar te stel.

Kroger (1984) beskryf die kliniese verloop en verskillende aspekte van die model in terme van programfasies. Die eerste fase behels dat 'n geskiedenis afgeneem word, 'n diagnose gemaak word en rapport opgebou word. Die tweede fase behels oriëntasie ten opsigte van hipnose, induksie en verdieping. Feitlik alle pasiënte word selfhipnose aangeleer. Na voldoende oefening vind selfhipnose deur middel van 'n kort gedragsreeks of ritueel plaas. Verbeeldingsvoorstellings word gebruik om 'n

verdieping van hipnotiese ontspanning te bereik, angskondisionering teen te werk en oordrag van dit wat verbeel word na die realiteit te bevorder. Dit word gevolg deur post-hipnotiese suggesties of bevestigings wat deur die aard van die teikengedrag bepaal word en behels dat gewenste response deur middel van introseptiewe kondisionering versterk word. Laastens word daar ook van simptome-manipulasie, wat simptome-vervanging, simptome-transformasie, simptome-versagting en/of simptome-inspanning kan behels, gebruik gemaak. Volgens Kroger (1984) word die beste resultate behaal met chroniese psigosomatiese versteurings soos angstoestande, migraine, asma, rugpyn en gewoontegedragspatrone soos rook en by obesiteit.

#### 5.4.6 Kognitiewe terapie en hipnose

Soos in Afdeling 3.4 oor aandagsverdraaiing by sosiale fobie, en meer spesifiek Sub-afdeling 3.4.2.4 (Meervoudige vlakke van kognisie) beskryf, bestaan die opinie dat die behandeling van 'n emosionele versteuring tot verandering op alle vlakke waarop reaksies versteurd is, moet lei om suksesvol te wees (Williams et al., 1997). Beck, wat saam met Ellis as een van die mees prominente persone binne die kognitiewe terapie beskou word, word ook deur Williams et al. (1997) daarvoor gekritiseer dat hy nie genoegsaam vir verskillende vlakke van kognisie, soos byvoorbeeld die bewustelike en onbewustelike aspekte daarvan, in sy teorie en terapie voorsiening maak nie. Williams et al. (1997) wys daarop dat hoewel dit nie pertinent as sodanig beskryf word nie, die veranderlikes waarop Beck en Ellis se teorieë fokus bewustelike veranderlikes (soos gedagtes, oortuigings en attribusies) is. Hulle wys ook, in hulle bespreking van die verskille tussen outomatiese (onbewuste/implisiete/subliminale) en strategiese (bewuste/eksplisiete/rasionele/ beheerde/supraliminale) kognitiewe prosesse, daarop dat daar by fobies 'n dissosiasie tussen die twee prosesse kan bestaan en dat wanneer outomatiese prosessering in werking is, dit onafhanklik van strategiese prosessering kan voortgaan. Dit is nie maklik vir strategiese prosesse om outomatiese prosessering te modifiseer nie, terwyl 'n outomatiese aandagsrespons, wanneer in werking, rigting kan gee aan strategiese prosessering (William et al., 1997). Roos (1993a; 1993b) lewer soortgelyke kritiek ten opsigte van kognitiewe terapie. Volgens hom is dit die irrasionele kognitiewe gewoontes of houdings van die regter- serebrale hemisfeer is wat in terapie hanteer moet word en nie die irrasionele oortuigings en opvattinge eie aan die linkerhemisfeer nie. Hy is van oordeel dat daar in hipnose direk met die irrasionele kognitiewe gewoontes of houdings gewerk kan word (sien ook Afdeling 5.4.2). Dowd (2000), in 'n onlangse referaat by die International Congress of Cognitive Psychotherapy, huldig 'n soortgelyke standpunt: "With its recent emphasis on schemas and tacit knowledge structures, cognitive psychotherapy is well-positioned to take advantage of hypnosis. Hypnotic techniques can assist clients in accessing non-verbal, tacit knowledge structures, and modifying self-statements and distorted cognitive errors" (p. 22). Die opinie bestaan dus dat die inkorporering van hipnose by kognitiewe terapie 'n sinvolle manier is om nie-verbale, onuitgesproke kognitiewe inhoud aan te spreek en op die wyse beweerde leemtes van kognitiewe terapie soos byvoorbeeld deur Roos (1993a, 1993b) en Williams et al. (1997) geopper is, te ondervang.

Binne die kognitiewe terapie is daar egter nog relatief min belangstelling in die gebruik van hipnose. Bowers en Kornfeld het in 1982 en 1985 onderskeidelik geskryf dat daar 'n byna totale gebrek aan

belangstelling deur eksponente van die kognitiewe terapieë in die kontemporêre ontwikkelings op die gebied van hipnose openbaar word.

Volgens Ellis (Ellis & Dryden, 1997) kombineer hy reeds sedert die vroeë 1950's sy Rasioneel-emosionele gedragsterapie met hipnose. Hy motiveer hierdie praktyk op grond van die beduidende ooreenstemming tussen die basiese teorieë en praktyke van hipnoterapie en Rasioneel-emosionele gedragsterapie en verwys onder andere na die effektiwiteit van Kognitief-eksperiënsiële terapie (KET), wat op die ABC-model van Rasioneel-emosionele gedragsterapie gebaseer is (Ellis & Dryden, 1987). Behalwe vir navorsing oor die effektiwiteit van KET (wat in Afdeling 5.4.5 bespreek is) en gevallestudies deur Ellis (Ellis, 1996) is daar enkele gepubliseerde studies deur ander navorsers soos Boyd (1994) en Stanton (1989a, 1989b) waarin die effektiwiteit van die integrasie van Rasioneel-emosionele gedragsterapie en hipnose ondersoek is. Volgens Stanton (1989b) lei hipnose tot groter tyds-effektiwiteit wanneer dit in kombinasie met Rasioneel-emosionele gedragsterapie toegepas is. Volgens Boyd (1994) het sy Rasioneel-Emosionele Hipnoterapie die effektiwiteit van eklektiese groepterapie, vir deelnemers wat aan die DSM-IV-kriteria vir bulimie voldoen het, verhoog. Hierdie studies het egter nie 'n vergelyking van Rasioneel-emosionele gedragsterapie met en sonder hipnose behels nie.

## **5.5 UITKOMSNAVORSING OOR DIE AANVULLING VAN KOGNITIEWE GEDRAGSTERAPIE MET HIPNOSE**

Hoewel dit uit die bespreking in die vorige afdeling geblyk het dat hipnose op 'n baie beperkte skaal binne die kognitiewe gedragsterapie gebruik word, het Kirsch et al. (1995) in 'n meta-analise van uitkomstudies waarin kognitiewegegedragsterapie met hipnose gekombineer is, 18 studies geïdentifiseer wat tot op daardie stadium oor die onderwerp gepubliseer is. Die probleme en versteurings wat in hierdie ondersoek met kognitiewe gedragsterapie en hipnose behandel is, het die volgende ingesluit (met die aantal ondersoeke in hakies): pyn (2), insomnie (2), essensiële hipertensie (2), angs (1), obesiteit (6), slangfobie (1), duodenale ulserasie (1), toespraak-angst (1), selfkonsep en sportprestasie (1) en gemengde presenterende klagtes (1). Die kognitiewegegedragsterapeutiese prosedures wat met hipnose gekombineer is, het onder andere kognitiewe modellering (2), sistematiese desensitisasie (1), kognitiewe herstrukturering (3) en ontspanning (5) behels, terwyl in die oorblywende ondersoeke prosedures soos stimuluskontrole, self-monitering en verbeeldingsvoorstellings in verskillende kombinasies ingesluit is.

Kirsch et al. (1995) kom tot die gevolgtrekking dat byvoeging van hipnose die uitkomst van behandeling deur middel van hierdie kognitiewe gedragsprosedures substansieel verbeter het. Hierdie effek was veral prominent by pasiënte wat vir obesiteit behandel is, veral by langtermyn-opvolg (gemiddelde gewoegde effekgrootte van 1.96). Hulle mees konserwatiewe berekening van hierdie effek het daarop gedui dat die gemiddelde pasiënt, wat kognitiewe gedragsterapie aangevul met hipnose ontvang het, groter verbetering getoon het as 70 % van die pasiënte wat nie hipnose ontvang het (Kirsch et al., 1995). Alison en Faith (1996) het die data van hierdie studie herontleed en 'n gemiddelde gewoegde effekwaarde van 0.21 verkry, wat dui op 'n klein, maar beduidende positiewe effek wanneer hipnose by kognitiewe gedragsterapie vir obesiteit gevoeg word.

Kirsch (1996) het 'n verdere meta-analise gedoen oor die effek van die byvoeging van hipnose op kognitiewe gedragsbehandeling vir gewigsvermindering. Volgens Kirsch (1996) was die gemiddelde hoeveelheid gewig verloor by finale evaluasie, naamlik 2.74 kg vir die groep sonder hipnose en 6.75 kg vir die groep met hipnose, nie in dispuut nie. Sy vraag was hoe so 'n groot verskil in gewigsverlies so 'n klein effekgrootte, soos deur Allison en Faith (1996) gerapporteer, tot gevolg kon hê. Met die addisionele data wat die werklike standaard-afwykings van twee van die ses vergelykings behels het, die gebruik van ander berekeningsmetodes en die uitskakeling van 'n studie wat Allison en Faith (1996) as betwyfelbaar beskryf het, is 'n gemiddelde gewigsverlies van 2.72 kg sonder en 5.37 kg met hipnose en 'n gemiddelde effekgrootte van 0.66 SA vir die na-behandeling en opvolg-evaluasies bevind. Teen die laaste evaluasieperiodes was die gewigsverlies 2.74 kg sonder en 6.75 kg met hipnose en die gemiddelde effekgrootte was 0.98 SA. Kirsch (1996) se slotsom is dat die byvoeging van hipnose wel 'n beduidende en substansiële effek op die uitkoms van kognitiewe gedragsbehandeling vir gewigsverlies gehad het, en dat hierdie effek oor tyd toegeneem het.

Sedert hierdie meta-analise is twee verdere studies gepubliseer waarin kognitiewe gedragsterapie met en sonder aanvulling met hipnose vergelyk is. In die eerste studie het Van Dyck en Spinhoven (1997) 'n ondersoek gedoen waarin onder andere nagegaan is of die kombinasie van hipnose (wat op sogenaamde Future Oriented Imagery [Van Dyck, 1988] gebaseer is) met blootstelling in vivo meer effektief was as blootstelling alleen in die behandeling van agorafobiese vrees en vermyding. Hulle rasionaal vir hierdie studie was gegrond op verskeie studies wat bevind het dat fobiese pasiënte groter hipnotiseerbaarheid as nie-fobiese kontrolegroepe openbaar het, en op studies met oorwegend spesifieke fobies, wat getoon het dat uitkoms konsekwent met hipnotiseerbaarheid verband gehou het. Hulle resultate het egter nie op enige beduidende verskille in die effekte van blootstelling teenoor blootstelling aangevul met hipnose gedui nie.

Die tweede studie, die van Schoenberger et al. (1997) het oor sosiale fobie gehandel en word in die volgende afdeling bespreek.

## **5.6 UITKOMSNAVORSING OOR DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE MET BEHULP VAN HIPNOSE, MET OF SONDER KOGNITIEWE GEDRAGSTERAPIE**

Fromm het in 1987 tot die gevolgtrekking gekom dat groot vordering in die voorafgaande 25 jaar gemaak is in die behandeling van fobies deur hipnose met sistematiese desensitisasie, visualisasie en verbeeldingsvoorstelling (veral die voorstelling van suksesvolle bemeestering van die gevreesde situasie), of met kognitiewe terapie en kognitiewe herstrukturering, te kombineer. Sy het geoordeel dat hipnose, as 'n tegniek om by die onderliggende bronne van die angs of vrees uit te kom, slegs gebruik behoort te word as eersgenoemde tegnieke onsuksesvol is. Verskeie studies rapporteer dan ook effektiewe behandeling van fobies met behulp van hipnose (byvoorbeeld Gould & Krynicki, 1989). Daarteenoor is daar egter nog weinig navorsing oor die behandeling van sosiale fobie met behulp van hipnose gedoen. Slegs twee empiriese ondersoeke kon in hierdie verband gevind word en in beide gevalle het die behandelingsgroepe uit individue met publieke-spraakangas bestaan en nie uit persone wat met 'n sosiale fobie gediagnoseer is nie. Die een studie, deur Stanton (1991), het die effektiwiteit van

die sogenaamde diagnostiese trans-hipnose by sakemanne met publieke-spraakangas ondersoek. Uit die resultate het hy afgelei dat deelnemers in staat was om met behulp van hierdie prosedure hulle vrees vir publieke spraak beduidend te verminder en dat hierdie verbetering by 3-maande-opvolgmeting gehandhaaf is. Die tweede studie wat deur Schoenberger et al. (1997) gedoen is, het die aanvulling van 'n kognitiewe gedragsbehandeling met hipnose behels en word nou in meer detail bespreek.

In hulle motivering vir die studie sluit Schoenberger et al. (1997) aan by Kirsch et al. (1995) (wie se studie in Afdeling 5.5.2 bespreek is) se bevinding dat die aanvulling van kognitiewe gedragsterapieë met hipnose behandelingsuitkoms oor 'n wye verskeidenheid teikenversteurings substansieel verbeter het. Volgens Schoenberger et al. (1997) was hulle doel dan om te bepaal of hipnose op dieselfde wyse die effek van 'n kognitiewe gedragsprogram vir publieke-spraakangas sal verbeter. (Hoewel die skrywers beweer dat die publieke-spraakangas van hulle deelnemers klinies beduidend was, en hulle dus skynbaar met 'n subgroep van sosiale fobie gewerk het, maak hulle nie van 'n kliniese diagnose van sosiale fobie melding nie). Hulle hipotese was egter dat hipnose groter verwagtings ten opsigte van verbetering sou genereer, veral by deelnemers met positiewe houdings teenoor hipnose, en dat verwagte verbetering met veranderings in verwagte en ervaarde angas verband sou hou.

Twintig manlike en 42 vroulike deelnemers tussen 18 en 56 jaar oud het aan die studie deelgeneem en het of op advertensies in plaaslike en kampuskoerante gereageer of was voorgraadse studente wat genooi was om deel te neem op grond van aanduidings van uitermatige vrees vir publieke spraak in 'n voorlopige vrees-opname. Individuele vooraf-evaluasies is 1 tot 2 weke voor die eerste behandelingsessie gedoen en het skynbaar ook sifting behels in die sin dat slegs persone wat tellings van 19 of hoër op Paul (1966) se modifikasie van die Personal Report of Confidence as a Speaker (PRCS) behaal het ingesluit is in die studie. Volgens die skrywers is deelname ook beperk tot individue wat of uitermatige ongemak in of vermyding van publieke spraak-situasies gerapporteer het. Na voltooiing van die PRCS het slegs deelnemers wat aan die insluitingskriteria voldoen het die res van die evalusaie voltooi.

Om verwagtings ten opsigte van hipnose te evalueer, is 'n aangepaste weergawe van die Attitudes Toward Hypnosis Scale (Spanos, Brett, Menary, & Cross, 1987), wat Schoenberger en haar kollegas (1997) die Attitudes Toward Hypnosis and Hypnotherapy Scale (ATHHS) genoem het, gebruik. Voorts is daar van die Fear of Negative Evaluation (FNE; Watson & Friend, 1969) en die Anxiety Expectancy (AE) skaal (Krugman et al., 1985) gebruik gemaak. Die voltooiing van die PRCS, FNE en AE skale is gevolg deur 'n impromptu toespraak van 4 minute, waarvoor een van twee onderwerpe op onwillekeurige wyse aan deelnemers toegeken is. Na 4 minute vir voorbereiding vir die toespraak is polstempo gemeet en moes die toespraak aan twee waarnemers en 'n videokamera gelewer word. Na elke minuut moes deelnemers 'n beoordeling van subjektiewe angasvlak met behulp van die SUD-skaal (Wolpe & Lazarus, 1996) verskaf. Die videobande van hierdie toesprake is gebruik om Kirsch, Wolpin en Knutson (1975) se aangepaste weergawe van Paul (1966) se Timed Behavior Checklist (TBCL) te voltooi. Dit het behels dat 13 verskynsels van angasverwante gedrag deur evalueerders gekodeer is. Twee van die gedragsitems is egter nie gebruik nie omdat dit nie betroubaar op video waargeneem kon word nie.



Deelnemers is op toevallige wyse binne gestratifiseerde blokke, gebaseer op PRC-tellings, houdingtellings en populasie (gemeenskap of student) aan die behandelingsgroepe of waglys-kontrolegroep toegewys. Behandeling het in groepe van 2 tot 4 persone plaasgevind. Die terapeute was 'n vroulike en twee manlike doktrale studente in kliniese sielkunde met vorige ervaring in die gebruik van kognitiewe gedragstegnieke. Die tweede outeur het, skynbaar vir die doeleindes van studie, opleiding in die gebruik van hipnose verskaf. Die behandeling het bestaan uit 5 2-uur sessies kognitiewe gedragsterapie, wat 'n aangepaste weergawe van Heimberg (1991) se kognitiewe gedragsbehandeling vir sosiale fobie behels het. Die oorspronklike program van Heimberg (1991) is aansienlik verkort en progressiewe ontspanningsopleiding is bygevoeg.

Hipnose is soos volg by die kognitiewe gedragsbehandeling geïnkorporeer:

- Die progressiewe ontspanningsoefening is vervang met 'n ontspanning-gebaseerde hipnose-induksie, wat volgens die skrywers identies was aan die progressiewe ontspanning, behalwe vir die verwysing daarna as hipnose en suggesties dat deelnemers in 'n trans sou gaan.
- Suggesties vir verbetering het op die hipnose-induksie gevolg.
- Die toepassing van hierdie oefening as huiswerk is selfhipnose genoem. (Die behandelingsgroepe wat nie hipnose ontvang het nie moes die progressiewe ontspanning vir huiswerk oefen).
- Outomatiese gedagtes is self-suggesties genoem.

Na die eerste behandelingsessie is 4 van die 5 items van Borkovec en Nau (1972) se Treatment Credibility Questionnaire, asook 'n Outcome Expectancy Scale (OES) toegepas. Die items van laasgenoemde skaal was identies aan die van die Anxiety Expectancy Scale, behalwe dat deelnemers moes voorspel wat hulle reaksies gedurende 'n toespraak, na behandeling, sou wees. Nameting het, weer op individuele basis, tussen 1 en 14 dae na behandeling en volgens dieselfde formaat as voormeting plaasgevind. Deelnemers het egter 'n toespraak-onderwerp gekry wat verskil het van die onderwerp wat hulle by voormeting gekry het. In aparte sessies, wat 1 tot 10 dae na nameting plaasgevind het, is die Stanford Group Scale of Hypnotic Susceptibility: Waterloo Adaptation of Form C, (Bowers, Laurence, & Hart, 1982) toegepas. Geen langtermyn opvolgmeting is gedoen nie.

Twee deelnemers se voorbehandeling-toesprake het verlore geraak, sodat TBCL-data nie vir hulle beskikbaar was nie. Vyf deelnemers het geweier om hierdie voorbehandeling-toesprake te lewer, sodat TBCL sowel sa SUDS-data nie vir hulle beskikbaar was nie. Agt persone se toesprake was korter as die voorgeskrewe 4 minute en tellings gebaseer op die proporsie van die toespraak wat wel voltooi is, is aan hulle toegeken. Verder het 5 persone wat die hipnose-behandeling ontvang het en 4 wat die behandeling sonder hipnose ontvang het, nie die programme voltooi nie. 'n Verdere 5 persone, wat wel die behandeling voltooi het, het nie vir die suggereerbaarheidstoetsing teruggekeer nie. Elf persone in die kontrolegroep het nie vir na-toetsing teruggekeer nie, en van die 10 wat wel teruggekeer het, het vier teruggekeer nadat betaling vir hulle deelname aangebied is. Daar was dus 'n totale attrisie van 20 uit die oorspronklike 62 deelnemers.

Schoenberger et al. (1997) rapporteer dat, ten spyte van die attrisie, beide behandelings, in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, deelnemers se publieke-spraakangs effektief verminder het. Voorts het

'n analise van effekgroottes daarop gedui dat die behandeling met hipnose beduidend meer effektief was as die behandeling daarsonder.

Hoewel beide groepe, in vergelyking met die kontrolegroep, beduidend in terme van selfverslag-metings verbeter het, het slegs die hipnose-groep beduidend van die kontrolegroep verskil in terme van die gedragmeting. Selfgerapporteerde angs het ook vinniger, gedurende die nameting-toespraak, by die hipnose-groep as by die groep wat nie hipnose ontvang het nie afgeneem. 'n Analise van effekgroottes het daarop gedui dat die behandeling met hipnose beduidend meer effektief was as die behandeling daarsonder.

'n Verandering in verwagting-van-angs was die enigste konsekwente voorspeller van verbetering. Die byvoeging van hipnose by die behandeling het deelnemers se terapie-uitkomsverwagtings verbeter en skynbaar groter verbetering in verwagte en ervaarde angs tot gevolg gehad. Laastens was daar 'n tentatiewe aanduiding van 'n verband tussen houdings ten opsigte van hipnose en gedragsverbetering. Geen verdere verbande tussen metings van verandering kon gevind word nie. Suggereerbaarheid het wel verband gehou met meer positiewe uitkomsverwagtings by die deelnemers aan die hipnose-groepe, maar dit het nie met verbetering verband gehou nie.

Schoenberger et al. (1997) wys daarop dat hierdie resultate deur verskeie faktore beïnvloed is. Ten eerste was die steekproef klein. Tweedens, soos gewoonlik die geval met kliniese hipnose is, het die hipnose-behandeling verskeie komponente anders as hipnose ingesluit (byvoorbeeld kognitiewe herstrukturering, blootstelling aan die gevreesde situasie, en ondersteuning en terugvoer van ander groeplede), en kan die effekte hiervan onafhanklik van suggereerbaarheid of houdings teenoor hipnose wees.

Nietemin is Schoenberger et al. (1997) se opsommende bevindings dat hulle studie aangetoon het dat 'n kombinasie van kognitiewe gedragsterapie en hipnose pasiënte met publiekespraak-angs se uitkomsverwagtings van terapie verhoog het en dat dit tot groter verbetering in verwagte en ervaarde angs gelei het.

## **5.7 SAMEVATTING**

Hoewel daar eenstemmigheid bestaan oor die verskynsels wat met hipnose geassosieer word, blyk dit dat daar groot verskille tussen teoretici heers oor hoe hierdie verskynsels verklaar kan word. Een van die belangrike verskilpunte is of hipnose met 'n veranderde bewussynstoestand verband hou. Derhalwe is daar tans nie 'n enkele teorie oor hipnose wat wye en algemene aanvaarding geniet nie. Die twee mees prominente benaderings in hierdie verband is waarskynlik die sosiokognitiewe benadering en die Neodissosiasie-teorie van Hilgard (1986).

Navorsing oor hipnose (opsigself) het tot dusver veral op die kognitiewe en fisiologiese aspekte van die verskynsel sowel as op posthipnotiese effekte gefokus. Navorsingsbevindings suggereer dat hipnose moontlik regter- serebrale hemisferiese funksionering (by regshandiges) fasiliteer, terwyl die

betrokkenheid van die linkerhemisfeer in kognitiewe funksionering verminder word. In die kliniese praktyk word tans verskillende toepassingsmodelle gevind wat grootliks van die tradisionele benadering tot hipnose afwyk deurdat die diepte van die hipnotiese ervaring of transtoestand en die ritueel van induksie minder beklemtoon word. Hipnose word ook as 'n prosedure waarmee kognitiewe herstrukturering gedoen kan word beskou.

Ten spyte hiervan blyk dit dat hipnose tot dusver nie groot belangstelling vanuit die kognitiewe terapie ontvang het nie. Die gevolgtrekking word ook deur die navorsingsliteratuur bevestig waaruit blyk dat relatief min ondersoekes nog gedoen is oor die vraag of die byvoeging van hipnose tot 'n bepaalde kognitiewegedragsterapieprogram die effektiwiteit van laasgenoemde sal verhoog. Meta-analises wat oor hierdie studies gedoen is, impliseer dat dit wel die geval mag wees.

Een sodanige studie oor publiekespraak-angs is tot dusver gepubliseer, maar dit het bepaalde metodologiese tekortkominge gehad. Dit is duidelik dat daar 'n behoefte is aan verdere ondersoekes oor die effektiwiteit van 'n kombinasie van kognitiewe gedragsterapie en hipnose in die behandeling van sosiale fobie.

## 5.8 SAMEVATTING VAN DIE LITERATUUROORSIG

Sosiale fobie is 'n fobiese angsvreuring gekenmerk deur 'n intense, oormatige en standhoudende vrees vir en behoefte tot vermyding van sosiale en/of optrede-situasies, waarin die persoon aan onbekende persone of die betragting van ander blootgestel word. Die individu vrees dat hy/sy op 'n vernederende of embarraserende wyse sal optree, of angssimptome sal wys, en blootstelling aan die gevreesde sosiale situasie lei gewoonlik tot intense ang wat die vorm van 'n situasie-gebonde of situasie-gepredisponeerde paniekaanval mag aanneem. Sosiale fobie is 'n redelike algemene versteuring wat volgens die DSM-IV 3% tot 13% van die algemene populasie (11,1% van mans en 15,5% van vroue) op een of ander tydstip van hulle lewe beïnvloed. Daar is epidemiologiese ondersoekes waar leeftydsvorkoms koerse van tot so hoog as 16 % gerapporteer is. Dit is die mees algemene fobie wat in die kliniese praktyk gesien word, verteenwoordig 25% van alle fobies, en is 'n probleem wat aanleiding kan gee tot ernstige ontwrigting, inkorting en benadeling van die funksionering van diegene wat daaraan ly. Gebrekkige sosiale vaardighede kom dikwels voor, hierdie persone het minder sosiale ondersteuningsnetwerke en sal minder waarskynlik trou, en akademiese en beroepsfunksionering word dikwels ontwrig. Aansienlike somatiese simptome word dikwels in sosiale situasies ervaar en sosiale fobie hou met 'n verhoogde gebruik van angswerende middels verband. Daar is ook aanduidings van verhoogde alkoholgebruik om ang in sosiale situasies te verlig.

Ten spyte van genoegsame bewyse dat dit 'n onderskeibare versteuring van ander angsvreurings is, blyk sosiale fobie 'n heterogene versteuring te wees en verskeie vorme van diagnostiese subtipering is al deur navorsers voorgestel in 'n poging om hierdie heterogeniteit aan te spreek. So is dit in die DSM-III-R en DSM-IV hanteer deur die insluiting van 'n veralgemeende sub tipe van sosiale fobie. Hierdie sub tipe moet diagnosties so gespesifiseer word indien die persoon se vrese die meeste sosiale situasies insluit. In sulke gevalle moet 'n addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring ook oorweeg

word, hoewel twyfel in die literatuur bestaan oor die definisie of diagnostiese kriteria van vermydende-persoonlikheidsversteuring en dit ook betwyfel word of vermydende-persoonlikheidsversteuring wel 'n nosologiese entiteit apart van sosiale fobie is. Sosiale fobie kan ook met paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring, obsessief-kompulsiewe versteuring, gemoedsversteurings, middelverwante versteurings en somatiseringsversteuring geassosieer wees.

Sosiale fobie begin tipies in die middel-tienerjare en kan ook in die kinderjare ontstaan. Dit is meer algemeen by eerstegraadse biologiese verwante, ontwikkel soms by persone met 'n kindergeskiedenis gekenmerk deur sosiale inhibisie en skaamheid, kan skielik volg op 'n stresvolle of vernederende ervaring, of kan geleidelik ontwikkel. Die verloop is dikwels deurlopend en lewenslank.

Hoewel daar nog min bekend is oor die etiologie van sosiale fobie, word verskeie faktore ondersoek en suggereer beskikbare data dat veelvuldige faktore betrokke kan wees. Daar is aanduidings dat genetiese of ander biologiese faktore moontlik 'n rol speel, dat familie-omgewingsfaktore 'n belangrike invloed mag wees en daar is sprake van nie-spesifieke omgewingsfaktore.

Hoewel navorsing oor sosiale fobie oor die afgelope jare dramaties toegeneem het en navorsers 'n beter begrip van die aard en etiologie van die versteuring begin kry het en enkele behandelingsmetodes al effektief bevind is, word navorsing oor sosiale fobie steeds as 'n paar jaar agter dié van ander angsversteurings (byvoorbeeld paniekversteuring en obsessief-kompulsiewe versteuring) beskou.

Die kognitiewe benadering word as een van die mees invloedryke benaderings ten opsigte van angsversteurings beskou en verskeie navorsers stel voor dat kognitiewe faktore veral by sosiale fobie relevant mag wees, aangesien kognitiewe manifestasies by hierdie versteuring opval. Beck se kognitiewe teorie van sosiale angs het heelwat aandag asook steun van daaropvolgende navorsing gekry. Heimberg se groepkognitiewegedragbehandeling van sosiale fobie, wat in die huidige studie as behandelingsprosedure ingesluit is, is op hierdie teorie gebaseer. Navorsing is veral oor die volgende kognitiewe faktore gedoen: verwagtings van negatiewe sosiale gebeure; negatiewe kennisies en voor-ingesteldheid in selfbeoordeling; selektiewe en self-gefokusde aandag. Navorsing het aangetoon dat verskeie kognitiewe verskynsels met sosiale fobie verband blyk te hou waaronder wanaangepaste attribusie-style; bevooroordeelde herroeping van negatiewe sosiale terugvoer; diskrepanse in self-evaluasie tussen werklike eienskappe en eienskappe wat die deelnemer glo ander van hom/haar verwag om te hê; 'n verhoogde frekwensie negatiewe self-verwysende gedagtes; en 'n afname in die frekwensie positiewe self-verwysende gedagtes.

Meer onlangs het Rapee en Heimberg (1997) 'n kognitiewe-gedragmodel van sosiale fobie voorgestel. Volgens die skrywers brei hulle uit op vorige modelle en fokus hulle op 'n kognitiewe perspektief, wat die mees logiese raamwerk vir 'n begrip van sosiale fobie bied, en wat algemeen in die behandelings- en navorsingsmetodes van sosiale fobie voorkom. Die model gaan van die aanname uit dat mense met sosiale fobie aanneem dat ander mense inherent krities is en hulle dus negatief sal evalueer, terwyl hulle fundamentele belang daaraan heg om positief deur ander geëvalueer word. Wanneer die persoon hom/haar in 'n sosiale of evaluasie-situasie bevind (of dit antisipeer, of in retrospek deurgaan) vorm

hy/sy 'n kognitiewe voorstelling van hoe hy/sy aanneem die toeskouer(s) sy/haar voorkoms en gedrag sien. Hierdie voorstelling is op 'n losweg geïntegreerde amalgaam van informasie uit die langtermyn geheue, interne informasie (byvoorbeeld fisiese simptome) en eksterne informasie (byvoorbeeld terugvoer van toeskouers) gebaseer. Terselfdertyd fokus die persoon op enige waargenome bedreiging in die sosiale omgewing, wat vir 'n sosiaal-fobiese persoon veral aanduidings van moontlike negatiewe evaluasie sal behels. Tesame met die voorafgaande formuleer die individu 'n voorspelling van die gehoor se verwagte standaard of norm vir optrede in die situasie. Dit word vergelyk met die gehoor se veronderstelde siening van die individu se voorkoms en optrede. Die diskrepansie wat so gevind word, lei tot die waargenome waarskynlikheid van negatiewe evaluasie deur die toeskouers en die oorweging van negatiewe sosiale gevolge van die verwagte negatiewe evaluasie. So word verdere angs, wat fisiologiese, kognitiewe en gedragskomponente het, ontlok. Die individu se voorstelling van sy/haar voorkoms soos deur die toeskouers gesien, word beïnvloed deur hierdie manifestasies van angs, en die siklus word hernu.

Die oorsake van die verskynsel van aandagsverdraaiing by sosiale fobie vanuit 'n informasie-prosesseringsparadigma is hoofsaaklik ondersoek met behulp van 'n emosionele-Strooptaak. Die belangrikste kognitiewe teorieë oor die oorsake van aandagsverdraaiing is die skema-teorie van Beck en die assosiasie-netwerk-teorie van Bower. Beide berus op 'n informasie-prosesseringsparadigma. Baie navorsing is met die emosionele-Strooptaak gedoen ten einde die verskynsel van aandagsverdraaiing te bestudeer. Eerstens is studies gedoen waarin emosionele-Stroopeffekte by bepaalde kliniese subgroepe, insluitende verskillende angsversteurings (ook sosiale fobie), aangetoon is. Tweedens is die oorsake en korrelate van die emosionele-Stroopeffekte ook in verskeie studies ondersoek, asook die onderliggende meganismes wat vermoed word daarvoor verantwoordelik is. Wat betref die oorsake en korrelate van emosionele-Stroopinmenging, is daar, ongeag die meganismes onderliggend aan die verskynsel, vordering gemaak in die identifisering van die kondisies wat daardie meganismes aktiveer. Eerstens kan sekere verklarings op grond van onlangse navorsing uitgeskakel word. Voor hierdie studies mag sommige persone dalk van die standpunt uitgegaan het dat emosionele-Stroopeffekte die gevolg is van 'n tydelike ontwrigting in prosessering veroorsaak deur 'n tydelike verhoging van angs as gevolg van die sien van 'n bedreigende woord. Die feit dat emosionele-Stroopinmenging ook op positiewe woorde voorkom, maak so 'n verklaring onwaarskynlik. Tweedens het die staat- versus trek-angskwessie verder gevorder as die blote vraag of dit die een of die ander is wat die ontwrigting veroorsaak. Huidige vlak van staat-angsblyk nie konsekwent met die vlak van kleurbenoemingsinmenging verbind te wees nie, moontlik weens die feit dat staat-angsnie 'n taamlike growwe meting is van die staat van 'n persoon se huidige bekommernis. Verhoogde trek-angswas meer konsekwent met kleurbenoemingsinmenging op bedreigende materiaal geassosieer, en het verband gehou met die omvang van hierdie inmenging by beide klinies-angstige pasiënte en by deelnemers wat binne die normale dimensies van angstigheidsvarieer het. Die vlak van trek-angsnie geïnterageer met staat-angsnie, asook nie met die staat veroorsaak deur eksperimenteel gemanipuleerde mislukking tydens 'n studietoek nie, maar het wel tot gevolg gehad dat deelnemers meer geredelik inmenging gedemonstreer het tydens die langertermyn stressor van geantisipeerde eksamens. Herstel van kliniese status is geassosieer met verlaagde kleurbenoemingsinmenging, alhoewel geen stres-toets met sulke herstellende pasiënte gedoen is om te bepaal of emosionele-Stroopprestasie dalk 'n merker van latente kwesbaarheid is nie.

Kleurbenoemingsontwrigting is egter nie die algemene bevinding by nie-kliniese individue wat ten opsigte van trek-angs verskil nie.

Die afwesigheid van nie-behandelde kontrolegroepe in behandeling-uitkomstudies waarin die emosionele-Stroop gebruik is, veroorsaak dat die hele kwessie betreffende 'n ekspertise-verklaring vir Stroopeffekte tot dusver nog nie effektief aangespreek is nie. Die effek van behandeling van sosiale fobie op die emosionele-Stroopontwrigting is slegs in een studie ondersoek. 'n Beduidende verlaging van emosionele-Stroopontwrigting is vir 'n sosiaal-fobiese groep, wat effektief met kognitiewe herstrukturering plus blootstelling of met anti-depressiewe medikasie behandel is, gedemonstreer. Die effekte op die emosionele-Strooptaak was onbeduidend vir 'n groep wat nie beduidend na dieselfde behandelings verbeter het nie. 'n Kontrolegroep is nie in hierdie ondersoek betrek nie. Die effek van verskillende soorte behandeling op emosionele-Stroopontwrigting is nog nooit in enige studie vergelyk nie.

Ongeveer driekwart van individue wat vir sosiale fobie behandel word, toon klinies-betekenisvolle verbetering (en die persentasie persone met sosiale fobie wat gehelp word, val na byna 50 % as dié wat behandeling weier of voortydig uitval, bygetel word). Wat behandeling betref, is daar dus nog ruimte vir verdere ondersoek en dit bly steeds 'n uitdaging om meer effektiewe behandelingsprosedures te ontwikkel, bestaande behandelings aan te pas, of om te bepaal watter tipe terapie die beste is vir watter tipe individu met sosiale fobie. Verskillende behandelingsprosedures van sosiale fobie blyk effektief te wees, soos byvoorbeeld groepkognitiewegedragsterapie deur Heimberg en sy kollegas. Dit is 'n behandeling wat gebaseer is op Beck se kognitiewe terapie vir angsversteurings en behels 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling. 'n Tweede effektiewe behandeling is sosiale-effektiwiteitsterapie deur Turner en sy kollegas, wat 'n kombinasie van sosialevaardigheid-opleiding en blootstelling behels. Derdens blyk farmakologiese behandeling van sosiale fobie met 'n antidepressiewe middel soos fenelsien ook effektief te wees. Samevattend beskou (volgens talle behandelingsuitkomstudies) wil dit voorkom asof hierdie genoemde behandelingsprosedures nie beduidend van mekaar verskil wat effektiwiteit betref nie, alhoewel daar wel beduidende verskille in behandelingseffektiwiteit in individuele vergelykende uitkomstudies gevind is.

Hoewel die kognitiewe benadering as een van die mees prominente psigoterapieë in die behandeling van angsversteurings beskou word, word dit ook gekritiseer omdat dit nie genoegsaam vir die verskillende vlakke van kennis voorsiening maak nie en slegs op die strategiese (of bewustelike) aspekte daarvan fokus. Hierdie uitsluitlik strategiese fokus van kognitiewe terapie word as 'n leemte beskou aangesien die opvatting bestaan dat (a) die behandeling van 'n emosionele versteuring tot verandering op alle vlakke waarop reaksies afwykend is moet lei om suksesvol te wees, (b) outomatiese prosessering nie noodwendig deur strategiese prosessering gemodifiseer word nie, en (c) outomatiese prosessering onafhanklik van strategiese prosessering kan voortgaan en rigting aan strategiese prosessering kan gee.

Hoewel onlangse navorsing aandui dat hemisferiese funksionering ten opsigte van hipnose nie eenvoudig verklaarbaar is nie en dat linkerhemisferiese funksionering ook 'n rol in hipnose speel, veral

wat induksie betref, word algemeen aanvaar dat hipnose veral met regterhemisferiese funksionering geassosieer is. Regterhemisferiese funksionering impliseer nie-verbale kognitiewe funksionering wat verbeeldingsvoorstellings behels, nie krities-analities van aard is nie, nie tydsgebonde is nie, outomaties en nie-bewustelik plaasvind, gewoonte-response in stand hou en vinniger as linkerhemisferiese funksionering plaasvind.

Op grond van hierdie oorwegings bestaan die opinie dat hipnose die effektiwiteit van psigoterapeutiese prosedures soos kognitiewe herstrukturering kan verhoog indien dit daarmee gekombineer word, en dat die leemtes ten opsigte van kognitiewe terapie waarop reeds gewys is, sodoende ondervang kan word. Binne die kontemporêre kliniese praktyk van hipnose is nuwe modelle ontwikkel (byvoorbeeld die sogenaamde Huwe Hipnose, die Kognitiewe Vaardigheidsmodel en die moderne benadering van Golden et al. [1987]) wat hulle leen tot 'n kombinasie van kognitiewe terapie en hipnose. In hierdie modelle word hipnose as 'n kognitiewe toestand beskou waarin eksperiënsiële denke plaasvind terwyl die funksionering van die logiese, kritiese fakulteite opgehef word.

Hierdie ontwikkeling word egter nog nie genoegsaam deur navorsing ondersteun nie, aangesien relatief min studies nog gepubliseer is waarin die effektiwiteit van kognitiewe terapie, met en sonder hipnose, vergelyk is ten einde die effek van die aanvulling van kognitiewe terapie met hipnose te ondersoek. Voorlopige aanduidings van studies wat reeds hieroor gedoen is, is dat die byvoeging van hipnose wel die effektiwiteit van kognitiewe terapie of kognitiewegedragsterapie verhoog.

Slegs een studie, met verskeie metodologiese tekortkominge, is nog gepubliseer waarin die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie in kombinasie met hipnose by publieke-spraakangas ondersoek is. Dit blyk dus dat daar nie alleen 'n behoefte is om verdere navorsing te doen oor die moontlikheid dat hipnose die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie kan verhoog as dit daarmee gekombineer word nie, maar dat daar ook 'n spesifieke behoefte bestaan om die vraagstuk in terme van die behandeling van sosiale fobie te ondersoek.

## 6. METODE VAN ONDERSOEK

### 6.1 PROBLEEM- EN DOELSTELLING

Uit 'n oorsig van die literatuur blyk dit dat daar 'n behoefte bestaan aan navorsing oor die vraag of die byvoeging van hipnose (wat op nie-verbale, outomatiese kognitiewe prosessering gemik is) die effektiwiteit van kognitiewegedragsterapeutiese prosedures (wat oënskynlik slegs op strategiese, bewustelike prosessering fokus) beduidend sal verbeter. Dit blyk ook uit die navorsingsliteratuur dat hierdie vraagstuk tot dusver nog nie ondersoek is by die kognitiewe gedragsbehandeling van pasiënte wat met sosiale fobie gediagnoseer is nie.

Die doelstelling van die huidige studie was derhalwe om die effektiwiteit van 'n kognitiewe herstrukturering en blootstellingsprogram, toegepas in 'n groepformaat, in kombinasie met hipnose en daarsonder, in die behandeling van sosiale fobie te ondersoek.

Die spesifieke doelwitte was om vas te stel of

- 'n kognitiewe gedragsprogram vir die behandeling van sosiale fobie, bestaande uit blootstelling en kognitiewe herstrukturering, meer effektief sou wees aan die einde van behandeling wanneer dit met hipnose aangevul word, en of
- die aanvulling met hipnose 'n effek op die langtermyn-uitwerking van die program sou hê.

### 6.2 HIPOTEESES

Na aanleiding van hierdie doelstelling en doelwitte, is die volgende hipoteses gestel:

- H1: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling (hierna die gekombineerde behandeling genoem) 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes (*teikenfobie-angs/-vermyding/-ontsnapping, teikenfobie-vermyding en teikenfobie-angs*) aan die einde van behandeling by 'n groep pasiënte met sosiale fobie tot gevolg hê.
- H2: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H3: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie (*sosialefobie-vermyding, sosialefobie-observasie-angs, sosialefobie-interaksie-angs, sosialefobie-algemene-simptomatologie, sosialefobie-vermyding/-ongemak en sosialefobie-ongemak/-belemmering*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê. (Hierdie veranderlikes sal verderaan die sosialefobie- afhanklike veranderlikes genoem word).
- H4: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.



- H5: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes (*gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie en aandagsverdraaiing*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H6: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H7: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H8: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H9: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H10: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die teikenfobie-afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H11: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H12: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die sosialefobie-afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H13: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H14: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H15: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H16: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H17: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H18: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die teikenfobie-afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H19: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.

- H20: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die sosialefobie-afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H21: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H22: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H23: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlike depressie aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H24: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die afhanklike veranderlike depressie sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

### **6.3 NAVORSINGSONTWERP**

Hierdie ondersoek is op 'n toets-hertoets-opvolgontwerp gebaseer. Pasiënte wat aan die DSM-IV-kriteria vir sosiale fobie voldoen het, is aan een van twee behandelingskondisies (kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineer of hierdie gekombineerde behandeling aangevul met hipnose) of 'n waglys-kontrolekondisie toegewys. Meting het voor behandeling, direk na afloop daarvan en weer by opvolg (3 maande vanaf die beëindiging van behandeling) plaasgevind.

### **6.4 DEELNEMERS**

#### **6.4.1 Beskrywing van die deelnemers**

Vyf-en-veertig persone wat aan die DSM-IV-kriteria (American Psychiatric Association, 1994) vir sosiale fobie voldoen het, het aan die studie deelgeneem. Die ouderdom van die groep het tussen 18 en 68 jaar (Gem=36.42; SA=11.86) gewissel. Daar was 19 manlike en 26 vroulike deelnemers.

Die deelnemers is aan twee behandelingsgroepe ('n kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsgroep en 'n groep wat kognitiewe herstrukturering en blootstelling aangevul met hipnose ontvang het) van 16 lede elk en 'n waglys-kontrolegroep van 14 lede toegewys. Elke behandelingsgroep is vir behandelingsdoeleindes in twee subgroepe van agt deelnemers elk verdeel. Een subgroep van elke behandelingskondisie en die helfte van die kontrolegroep is eers volgemaak. Die eerste persoon wat as deelnemer gekwalifiseer het, is aan die kognitiewe herstrukturering plus blootstelling subgroep toegewys, die tweede aan die subgroep wat ook hipnose ontvang het en die derde aan die kontrolegroep, waarop daar weer met toewysing by die kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsubgroep begin is. Dieselfde toewysingsproses is herhaal vir die tweede stel subgroepe. Een vroulike deelnemer uit die kognitiewe

herstrukturering plus blootstelling behandelingsgroep het voor die aanvang van die eerste groepsessie uitgeval. Hierdie behandelingsgroep het dus uit 15 deelnemers bestaan wat die behandeling voltooi het.

Die groep wat die kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het ( $n=15$ ), het uit 8 vroue en 7 mans bestaan. Hulle gemiddelde ouderdom was 32.67 jaar ( $SA=7.60$ ). Agt persone was getroud, 6 was enkellopend en 1 was in 'n saamwou-verhouding. Drie deelnemers se hoogste kwalifikasie was Graad 12, terwyl 8 oor 'n diploma of eerste graad beskik het en 4 na-skoolse opleiding van meer as 3 jaar gehad het.

Die groep wat met kognitiewe herstrukturering plus blootstelling aangevul met hipnose behandel is ( $n=16$ ), het uit 8 vroue en 8 mans bestaan. Hulle gemiddelde ouderdom was 34 jaar ( $SA=13.03$ ). Van hulle was 6 getroud, 6 enkellopend, 1 in 'n saamwou-verhouding en 3 geskei. Vyf deelnemers se hoogste kwalifikasie was Graad 12, terwyl 6 'n diploma of 3-jarige graad en 5 na-skoolse opleiding van langer as 3 jaar voltooi het.

Die waglys-kontrolegroep ( $n=14$ ) het uit 10 vroue en 4 mans bestaan, met 'n gemiddelde ouderdom van 43.21 jaar ( $SA=13.44$ ). Ses was getroud, 4 was enkellopend, 1 was in 'n saamwou-verhouding, 2 was geskei en 1 was 'n weduwee. Sewe deelnemers het Graad 12 voltooi, 6 'n diploma of driejarige graad en 1 het meer as 3 jaar na-skoolse opleiding gehad.

#### 6.4.2 Seleksiekriteria en –proses

Die volgende het as insluitingskriteria gedien:

- 'n Kliniese diagnose van sosiale fobie, soos met behulp van die Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988), geëvalueer;
- Aanduidings dat die bywoning van al die evaluasie- en terapie-sessies prakties haalbaar was.

Die volgende uitsluitingskriteria het gegeld:

- 'n Diagnose van 'n kognitiewe versteuring, psigotiese versteuring, middelverbandhoudende versteuring, of enige ander prominente As I- of As II-versteuring (buiten vermydende-persoonlikheidsversteuring), in terme van die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994);
- 'n Geskiedenis van alkohol- of middelmisbruik sonder 'n voorafgaande periode van ten minste ses maande van onthouding;
- Ouderdom van jonger as 18 jaar;
- Die gebruik van anti-depressante vir 'n korter tydperk as drie weke op die stadium toe die seleksie gedoen is;
- Nie Afrikaans of Engels magtig nie;
- Die aanwesigheid van kleurblindheid.

Deelnemers is gewerf deur middel van kennisgewings aan ongeveer 300 algemene mediese praktisyns in die Wes-Kaap en die projek is ook bekendgestel deur middel van 'n brief en 'n artikel, wat onderskeidelik in twee populêre tydskrifte gepubliseer is, en kennisgewings in plaaslike koerante.

Praktiserende kliniese sielkundiges in die Wes-Kaap en die Geestesgesondheid Inligtingsentrum van Suid-Afrika het ook kennis gedra van die projek en potensiële deelnemers verwys.

Ses-en-tagtig potensiële deelnemers is aanvanklik op die wyse geïdentifiseer. Na afloop van die seleksieproses en na onttrekking deur enkele potensiële deelnemers om persoonlike redes, was daar 62 persone wat aan die seleksie-kriteria voldoen het. Ses-en-veertig van hierdie persone is by die huidige studie betrek, waarvan een behandeling voor die eerste groepsessie gestaak het. Die oorblywende 16 persone is aan 'n ander behandelingsprogram toegewys, wat nie deel van die huidige studie uitgemaak het nie.

Die seleksieproses het bestaan uit 'n telefoniese siftingsonderhoud, 'n kliniese onderhoud wat uit 'n gedetailleerde evaluasie bestaan het, en die voltooiing van 'n biografiese vraelys. Die inhoud van hierdie seleksieproses, wat vervolgens in meer detail beskryf sal word, is op die ADIS-R (DiNardo & Barlow, 1988) gebaseer. Meer detail oor die ADIS-R en hoe dit in hierdie studie gebruik is, volg in Afdeling 6.5.2.

Belangstellende persone of diegene wat vir behandeling verwys is, het telefonies geskakel. Tydens die gesprek is 'n voorlopige siftingsonderhoud deur die navorser ('n kliniese sielkundige) met elke potensiële deelnemer gevoer. Hiertydens is 'n voorlopige beoordeling gemaak van die aanwesigheid van sosiale fobie, die afwesigheid van ander angsvorstelings, alkohol- en/of middelmisbruik, vorige en/of huidige psigiatriese of psigotropiese behandeling en kleurblindheid. Praktiese oorwegings is ook bespreek ten einde sekerheid te kry dat die persoon wel die volle behandeling sou kon volg. Van die 86 persone met wie telefoniese siftingsonderhoude gevoer is, is 74 geïdentifiseer wat vir die finale seleksie gekwalifiseer het. Hiervan het vyf persone om persoonlike of praktiese redes uitgeval, sodat 69 persone aan die finale seleksie deelgeneem het.

Na die telefoniese siftingsonderhoud is 'n biografiese vraelys aan die 69 persone wat vir die kliniese onderhoud gekwalifiseer het, gestuur. Met hierdie vraelys is inligting verkry oor adres en telefoonnommer, geboortedatum, ouderdom, geslag, huweliksgeskiedenis, informasie met betrekking tot kinders, die opvoedkundige en beroepsgeskiedenis van die potensiële deelnemer sowel as sy/haar eggenoot/eggenote, kerkverband, huisdokter, huidige sowel as vorige mediese en psigiatriese geskiedenis, tabak-, kafeien- en alkoholgebruik, oefening, stokperdjies en ontspanning en familiegeskiedenis van sielkundige probleme.

'n Individuele onderhoud is hierna geskeduleer en ook deur die navorser gevoer. Die doel met hierdie onderhoud was om met behulp van die ADIS-R (DiNardo & Barlow, 1988) 'n gedetailleerde evaluasie van sosiale fobie te maak, asook om vir die aanwesigheid van ander sielkundige verstelings te evalueer. Daar is, ooreenkomstig die ADIS-R, begin deur 'n beskrywing van presenterende klagtes te bekom, waarop daar vir veranderings of probleme in verskillende lewensareas (gesin/verhoudings, geregtelike sake, werk/studie, finansiële, gesondheid) geëvalueer is. Sosialefobie-simptomatologie en -etiologie is vervolgens in detail geëvalueer. Indien daar ook aanduidings van 'n depressie was, is dit verder geëvalueer met behulp van die Hamiltonskaal vir Depressie (Hamilton, 1960) wat vir opsionele toepassing in die ADIS-R ingesluit word. Die inligting is gebruik om 'n volledige vyf-as diagnose te maak

en die graad van erns van die As I, II en III diagnoses te beoordeel. Indien sosiale fobie wel die mees prominente probleem was, is 'n Kontrolelys vir Uitsluitingskriteria, wat deel vorm van Heimberg (1991) se handleiding vir sy groepkognitiewegedragsterapie-program wat in die studie gebruik is, deurgewerk ten einde 'n finale besluit oor die persoon se deelname aan die studie te neem. Op hierdie wyse is 62 persone geïdentifiseer wat aan die kriteria vir deelname voldoen het en waarvan 45 aan die huidige studie deelgeneem het.

## **6.5 EVALUERING- EN MEETINSTRUMENTE**

### **6.5.1 Gestruktureerde onderhoud vir die seleksie van deelnemers: Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988)**

Die ADIS-R is as siftingsinstrument ingesluit ten einde 'n diagnose van sosiale fobie te bevestig en om te evalueer vir die teenwoordigheid van ander versteurings. Dit is 'n gestruktureerde onderhoud vir die differensiële diagnose van die angsversteurings volgens die DSM-III-R-kriteria, en gee gedetailleerde informasie vir funksionele analyses van die angsversteurings.

Die onderhoud begin met 'n gedeelte oor demografiese en beroepsinligting, gevolg deur 'n verduideliking van die doel van die onderhoud, waarna 'n kort beskrywing van presenterende klagtes bekom word. Die daaropvolgende afdelings behels evaluasies vir die verskillende kategorieë van angsversteurings. Aangesien depressie dikwels deel van die kliniese beeld van angsversteurings vorm, kan die onderhoud ook gebruik word om vir major depressie en distimie te evalueer en om te bepaal of die depressie-simptome primêr of sekondêr tot die angsversteuring is. Daar kan ook vir manie, siklotimiese versteuring, alkoholisme en middelmisbruik getoets word en voorsiening vir die afneem van 'n psigiatriese geskiedenis word ook gemaak. Fisiologiese simptomatologie is ter sprake by angsversteurings en 'n afdeling is ingesluit om vir somatoforme-versteurings te evalueer. Vrae is ook ingesluit oor huidige en vorige gebruik van medikasie, tabak en kaffeïen en oor 'n familie-geskiedenis van psigiatriese versteurings. Inligting uit die onderhoud word gebruik vir die beskrywing van die kliniese beeld en onderhoudsgedrag en lei tot 'n vyf-as DSM-diagnose en 'n beoordeling van die graad van erns van die As I, II en III diagnoses, op 'n 8-punt kliniese beoordelingskaal. Die Hamiltonskale vir angs en depressie is vir opsionele toepassing in die ADIS-R ingesluit en behels 'n omvattende klinikus-beoordeling van huidige angs of depressie-simptomatologie en verskaf kwantifiseerbare resultate vir vergelyking met ander kliniese populasies.

In die evaluasie van 'n bepaalde versteuring bepaal die antwoorde wat die deelnemer verskaf of daar voortgegaan moet word met die evaluasie van die bepaalde versteuring en of daar aanbeweeg word na 'n volgende afdeling. In die afdeling oor sosiale fobie word pasiënte gevra om hulle vlakke van vrees en vermyding in 11 sosiale situasies wat dikwels deur persone met sosiale fobie gevrees word (soos partytjies, vergaderings, gebruik van publieke toilette, eet, skryf en praat in die openbaar, inisiëring of handhawing van 'n gesprek en interaksie met outoriteitsfigure), op 'n 0 tot 4-puntskaal te beoordeel. Hulle word ook gevra wanneer hierdie vrese die eerste maal ervaar is, en of die vrees/angst en vermyding deur die formaliteit van die situasie, die grootte van die groep of die mate van bekendheid beïnvloed word.

Hoewel die ADIS-R op die DSM-III-R gebaseer is, is dit tog moontlik om 'n DSM-IV-diagnose van sosiale fobie met behulp van die ADIS-R te maak. Die diagnostiese kriteria van die DSM-III-R en DSM-IV vir sosiale fobie is wel verskillend, maar volgens die DSM-IV is die enigste noemenswaardige verskil tussen die DSM-III-R- en DSM-IV-diagnoses van sosiale fobie dat die DSM-III-R-diagnose van Vermydingsversteuring van Kindertyd by die DSM-IV-diagnose van sosiale fobie geïnkorporeer is.

Die ADIS-R is 'n internasionaal-erkende instrument vir die diagnose van angsversteurings (Heimberg, Mueller, Holt, Hope, & Liebowitz, 1992), met gedemonstreerde betroubaarheid (Heimberg, Bruch et al., 1990). Barlow (1987) het 'n betroubaarheidsindeks van 0.91 (kappa) vir die diagnose van sosiale fobie gerapporteer. Sedertdien is hoë koerse van interbeoordelaar-betroubaarheid vir die diagnose van sosiale fobie op 'n deurlopende grondslag in die literatuur vermeld. Barlow en DiNardo (1991) het 'n kappakoëffisiënt van 0.87 gerapporteer en in 1993 het DiNardo, Moras, Barlow, Rapee en Brown (1993), 'n kappa van 0.79 gerapporteer. Beidel, Borden, Turner en Jacob (1989), Beidel et al. (1993), Turner, Beidel, Long et al. (1992), Turner et al. (1993), Turner, Beidel en Townsley (1992) en Turner, Beidel en Wolff (1994) het almal kappakoëffisiënte van 1.0 vir interbeoordelaar-betroubaarheid vir sosiale fobie gevind.

Die ADIS-R is soos volg in die seleksie-prosedure van die huidige studie gebruik:

- Die vraelys waarmee die ADIS-R begin, is in die biografiese vraelys opgeneem.
- Die sifting vir die verskillende angsversteurings in die ADIS-R is in die telefoniese siftingsvrae opgeneem.
- Die ADIS-R afdelings oor alkohol, middels, psigiatrisie geskiedenis, medikasie en tabak- en kafeïenverbruik, en familiegeskiedenis van sielkundige versteurings is in die telefoniese siftingsvrae sowel as in die biografiese vraelys opgeneem.
- Die aanvanklike oorsigtelike evaluasie van presenterende klagtes van die ADIS-R is net so ter aanvang van die kliniese onderhoud gebruik, waarna voortgegaan is met die ADIS-R se gedetailleerde evaluasie van sosialefobie-simptomatologie en etiologie.
- Die Hamilton Depressieskaal wat as 'n opsionele afdeling in die ADIS-R ingesluit is, is tydens die kliniese onderhoud gebruik wanneer daar aanduidings van 'n depressiewe versteuring was.

## 6.5.2 Vraelyste en metingskale

### 6.5.2.1 Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979)

Die FQ is deur Marks en Mathews (1979) ontwikkel om die vergelykbaarheid van navorsingsresultate oor fobiese versteurings te fasiliteer. Hulle doel was om 'n kort, betroubare en geldige meetmiddel op te stel waarvan die resultate roetinegewys gebruik sou kon word as kriteria vir erns en uitkoms in studies met fobiese pasiënte. Die resultaat was 'n kort, standaard selfbeoordelaarsvorm.

Die FQ het ontwikkel uit verskillende metingskale vir verskeie fobiese versteurings. Drie bronne van variasie in tellings is in gedagte gehou by die ontwikkeling van hierdie skale en die FQ. Die eerste het verband gehou met die spesifiekheid van die situasie wat beoordeel moes word. Aan die een kant kon dit 'n baie spesifieke situasie (teikenfobie) vir 'n bepaalde individu wees, of 'n meer globale fobiese evaluasie

waar 'n reeks verteenwoordigende situasies beoordeel moes word. 'n Voorbeeld van 'n teikenfobie-situasie wat vir 'n bepaalde pasiënt met sosiale fobie deur 'n klinikus geïdentifiseer kan word, is die volgende: "Om 'n heildronk op 'n bruidspaar in te stel." By 'n meer globale evaluasie van sosiale fobie, sou die beskrywing kon wees "My fobie" en/of 'n hele reeks van tipiese sosiale fobie situasies ten opsigte waarvan die pasiënt dan sy/haar verwagte respons (byvoorbeeld mate van vermyding) op 'n selfbeoordelingskaal moes aandui. Volgens Marks en Mathews (1979) is teikenbeoordelings sensitiewe aanduiders van verandering in spesifieke areas, terwyl globale evaluasies aanduidings gee van die impak van die hele fobiese probleem op die pasiënt.

Die tweede oorweging en bron van variasie van tellings het verband gehou met die spesifikasie van die ankerpunte in die skale. 'n Ankerpunt is 'n punt op 'n beoordelingskaal wat 'n spesifieke kwaliteit (byvoorbeeld "effense") en/of hoeveelheid (byvoorbeeld "2") van 'n eienskap wat beoordeel word (byvoorbeeld "vermyding") verteenwoordig. In die ontwikkeling van die skale wat die voorlopers van die FQ was, het Marks en sy medewerkers aanvanklik fobiese angste en fobiese vermyding gekombineer as ankerpunte (Gelder & Marks, 1966). Daarna het hulle dit geskei en as aparte skale vir die meting van fobiese angste en fobiese vermyding gebruik, maar aangesien die twee veranderlikes so hoog gekorreleer het, byvoorbeeld  $r = .90$  (Watson & Marks, 1971) en  $r = .80$  (Hafner & Marks, 1976), het hulle teruggekeer na die oorspronklike formaat van die ankerpunte waar angste en vermyding gekombineer is. Dit het ontwikkel tot die FQ wat 'n skaal is wat vermyding as gevolg van "vrees en ander onaangename gevoelens" in 'n verskeidenheid van fobiese situasies meet. In die FQ word slegs vermyding in die ankerpunte gebruik (byvoorbeeld "Markedly avoid it", wat ooreentem met 'n waarde van 6 op 'n 9-puntskaal) en die pasiënt moet op hierdie skaal die mate aandui waarin hy/sy dink hy/sy 'n beskryfde fobiese situasie (byvoorbeeld 'n bepaalde sosiale fobie teikensituasie) sal vermy. Die items (fobie-situasies) moet beoordeel word op grond van "(avoidance) because of fear or other unpleasant feelings" (p. 264).

'n Derde oorweging het verband gehou met die aantal ankerpunte wat gebruik word. Marks en Mathews (1979) beveel die gebruik van 9 punte aan (dit wil sê 'n 0 tot 8-puntskaal) en laat hulle soos volg daaroor uit: "Our impression concurs that increasing the number of anchoring points beyond nine probably does not increase discrimination and is a reason for not doing so, though reducing the number of available points to five or less may impair it" (p. 263).

Die FQ lewer die volgende vier metings:

- (a) Hoof-teikenfobie wat die pasiënt behandel wil hê. Die pasiënt beskryf dit in sy eie woorde (byvoorbeeld "Om 'n heildronk op 'n bruidspaar in te stel"). 'n Idiosinkratiese hoof-teikenfobie word vir elke pasiënt geïdentifiseer. Hy/sy dui dan op 'n 0 tot 8-punt Likert-tipe beoordelingskaal die mate aan waarin hy/sy dit sal vermy as gevolg van vrees of ander onaangename gevoelens (waar 0="sal dit nie vermy nie", 2="sal dit effens vermy", 4="sal dit definitief vermy", 6="sal dit sterk vermy" en 8="sal dit altyd vermy"). In die huidige ondersoek is hierdie skaal genoem die Fear Questionnaire – Target Phobia (FQ-TP) en is dit gebruik om die veranderlike teikenfobie-vermyding te meet.
- (b) Globale fobie. Dit word op 'n soortgelyke 9-puntskaal soos vir Teikenfobie beoordeel en verskyn heel laaste op die FQ-vorm. Die pasiënt moet die huidige staat van sy/haar fobiese simptome beoordeel en

die mate aandui wat hy/sy dit as “steurend/belemmerend” beskou; dus ‘n kombinasie van twee veranderlikes as ankerpunte op die skaal, wat volgens Marks en Mathews (1979) beide ongemak en vermyding reflekteer. Marks en Mathews noem ook dat hierdie skaal die ervaring van algemene lewensontwrigting meet en dat die pasiënt se beoordeling afhang van hoe belangrik die vermyde situasie vir hom/haar is. Dit wil dus voorkom asof hierdie subskaal die steurende en belemmerende effek van die fobiese simptome meet, wat subjektiewe ongemak, sowel as die ontwrigtende/benadelende effek op die individu se alledaagse lewe en rolfunksionering insluit. Die subjektiewe ongemak word ook beklemtoon deur Marks en Mathews se verwysing na ‘n veranderlike wat hulle as globale fobiese ongemak beskryf. Op die vorm wat in die huidige ondersoek gebruik is, word die steurende en belemmerende effek van sosiale fobie-vermyding dus gemeet. Die skaal word die Fear Questionnaire – Disturbance Scale (FQ-DS) genoem en word gebruik om die veranderlike sosialefobie-ongemak/-belemmering te meet.

(c) Vrees-vraelys. Die pasiënt gebruik dieselfde 9-puntskaal soos wat in Item 1 (Teikenfobie) gebruik is, ten einde vermyding van ‘n reeks situasies (Items 2-16) te beoordeel. In die volledige FQ lewer dit drie fobiese subtellings, naamlik agorafobie, fobie vir bloed/beserings en sosiale fobie-situasies. Slegs die sosialefobie-subskaal (5 items) is in die huidige ondersoek gebruik en verskyn as Items 2-6 op die vorm. In die huidige ondersoek is die skaal die Fear Questionnaire – Social Phobia (FQ-SP) genoem en is dit gebruik om die veranderlike sosiale fobie-vermyding te meet.

(d) Angs-depressie. Dit behels ‘n beskrywing en beoordeling van vyf algemene nie-fobiese simptome, aanduidend van algemene affektiewe versteuring. Hierdie skaal is nie in die huidige ondersoek gebruik nie.

Marks en Mathews (1979) het die hertoetsbetroubaarheid van die FQ, met ‘n tydsverloop van sewe dae tussen metings, by 20 fobiese pasiënte ondersoek en vermeld koëffisiënte van 0.93 vir die teikenfobie-subskaal (Gem.=7, SA=2.1), 0.82 vir die 5-item-sosialefobie-subskaal (Gem.=15, SA =8.5) en 0.79 vir die globale fobie-subskaal wat die effek van die fobiese simptome (i.e., mate van belemmering) meet (Gem.=15, SA =8.5). Interne betroubaarheid, gereflekteer deur die korrelasie van elke individuele item van die vrees-vraelys met die totale van elke subskaal waarvan dit deel vorm, het koëffisiënte van 0.5 of groter gelewer.

Marks en Mathews (1979) noem dat, in hulle ondersoek, die interkorrelasies tussen die tellings van die vier skale verbasend laag was, maar dat dit waarskynlik toegeskryf kan word aan die feit dat dit veranderlikes meet wat verskillende aspekte van die fobiese probleem vorm. Hulle verwys na navorsing deur ander wat daarop dui dat die vrees-vraelys die kliniese status van pasiënte reflekteer, asook na ‘n studie deur hulself wat aangetoon het dat die FQ sensitief is vir kliniese verbetering na behandeling. In hierdie ondersoek is 26 fobiese pasiente (waarvan 8 met sosiale fobie) met in vivo blootstelling behandel. Die gemiddelde telling vir die hoof-teikenfobie is verlaag van 7.0 na 3.8, die globale fobie-telling van 5.7 na 3.1 en die gemiddelde telling vir die sosialefobie-subskaal vanaf 16 na 13 vir die totale groep en vanaf 21.5 na 15.8 vir die sosialefobie-subgroep.

### **6.5.2.2 Teikenfobieskaal (TEIK Skale)**

Die multidimensionale struktuur van angs en fobies (Barlow, 1988; Lang, 1968, 1971; Marks, 1987) blyk uit die feit dat verskillende dimensies soos subjektiewe belewenis van vrees, verskillende fisiologiese



response, kognisies en vermydingsgedrag onderskei en gemeet kan word. Dit het onder andere bygedra tot die ontwikkeling van die groot aantal meetmiddels wat vandag beskikbaar is vir die meting van angs, fobies en verskillende dimensies van elkeen. Hierby ingesluit is dié waarmee gepoog is om vier responsstels (verbandhoudende, maar onderskeibare dimensies) van angs te meet (byvoorbeeld Koksall & Power, 1990), sowel as talle instrumente, tegnieke en benaderings wat ontwikkel is vir die meting van die verskillende dimensies van sosiale fobie (Glass & Arnkoff, 1989).

Aangesien daar nie 'n skaal beskikbaar is wat die meerdimensionele aard van 'n teikenfobie, wat spesifiek deel van 'n sosiale fobie vorm, kan meet en dus as 'n meer omvattende maatstaf daarvan kan dien nie, is besluit om as deel van die huidige ondersoek 'n reeks skale te ontwikkel wat gebruik sou kon word vir die opstel van 'n indeks van teikenfobie as meerdimensionele veranderlike. Wat formaat betref, is besluit op dieselfde 0 tot 8-punt Likert-tipe beoordelingskale wat in die FQ gebruik is. Toe die FQ beskryf is, is genoem dat 'n idiosinkratiese teikenfobie vir elke deelnemer geformuleer word en dat dit gebruik word by die toepassing van die FQ-TP skaal. Dieselfde teikenfobie word gebruik (dit wil sê, neergeskryf en aan die pasiënt voorgelê) en op grond van die volgende vyf TEIK Skale beoordeel.

Skaal 1 (TEIK1): Angstigheid en vrees vooraf, dit wil sê, in antisipasie van die teikenfobie-situasie;

Skaal 2 (TEIK2): Angstigheid en vrees tydens die situasie;

Skaal 3 (TEIK3): Behoeftes of drang om die situasie te wil vermy of om daaruit te probeer ontsnap;

Skaal 4 (TEIK4): Aktiewe, werklike vermyding van die situasie; en

Skaal 5 (TEIK5): Aktiewe, werklike ontsnapping uit die situasie.

Aangesien die huidige navorser uit kliniese ondervinding bewus was van die feit dat individue se reaksies in teikenfobie-situasies dikwels deur die gebruik van kalmeermiddels (medikasie en/of alkohol) beïnvloed word, is een stel meetmiddels (vyf skale) opgestel vir situasies waarin die deelnemers moes reëlmatig asof hulle geen kalmeermiddels vooraf geneem het nie (of moes beoordeel wat hulle dink hulle reaksies sou gewees het as hulle nie die middels geneem het nie), en 'n ander stel (vyf ander skale) vir situasies waarin hulle dit wel geneem het. Die resultate wat met behulp van laasgenoemde stel skale verkry is, is nie vir die doel van die huidige ondersoek gebruik nie, aangesien daar deelnemers was wat nie middels geneem het nie en ander wat tydens terapie opgehou het om dit te gebruik. Die vyf TEIK Skale wat in die huidige ondersoek gebruik is, met 'n aanduiding by elkeen van watter aspek van die teikenfobie-situasie beoordeel moet word, is in die vorige paragraaf beskryf.

'n Gemiddelde telling vir al vyf TEIK Skale is vir elkeen van die deelnemers in die huidige ondersoek bereken en het gedien as 'n Teikenfobie Indeks (TEIK-I), wat 'n aanduiding gee van die erns van die teikenfobie-simptome van angs, vermyding en ontsnapping (die veranderlike teikenfobie-angst/vermyding/ontsnapping).

'n Cronbach Alpha-model is gebruik om die betroubaarheid van die TEIK Skale te ondersoek. Die voormeting-resultate op die TEIK Skale van al die deelnemers ( $n=60$ ) aan die groter navorsingsprojek oor sosiale fobie waarvan hierdie studie deel vorm, sowel as die tellings deur hulle behaal op 16 ander erkende metingskale (en subskale) van sosialefobie-simptomatologie, is vir hierdie doel gebruik. 'n Alpha-

koëffisiënt is eers bereken vir 'n omvattende skaal wat saamgestel is uit die tellings van die 21 skale en subskale (die vyf TEIK Skale ingesluit). Die waarde van Alpha was 0.77 en gebaseer op die interne konsekwenheid van die skaal. 'n Gestandaardiseerde Alpha, die gemiddelde korrelasie van die items (skale en subskale) nadat dit gestandaardiseer is, is ook bereken. Die waarde daarvan was 0.79. Vir elkeen van die TEIK Skale is 'n Alpha-koëffisiënt bereken vir die groter saamgestelde skaal vir wat dit sou gewees het as die spesifieke skaal se gegewens nie by dié van die saamgestelde skaal ingesluit was nie. As so 'n waarde groter as die Alpha vir die totale skaal (dus 0.77) is, dui dit daarop dat die skaal die betroubaarheid van die saamgestelde skaal verlaag. Afgerond na twee desimale syfers was die Alpha-koëffisiënt van elkeen van die TEIK Skale 0.77, dus dieselfde as die Alpha vir die totale skaal en laer as die gestandaardiseerde Alpha. Dit bied steun vir die interne betroubaarheid van elkeen van die TEIK Skale.

Die interkorrelasies tussen elkeen van die TEIK Skale en die Teikenfobieskaal van die FQ (FQ – TP) is in die huidige ondersoek op die voormeting van 60 individue met 'n diagnose van sosiale fobie bereken. Die resultate verskyn in Tabel 6.1.

Tabel 6.1

Interkorrelasies Tussen Tellings op die Teikenfobieskaal en die Fear Questionnaire (Target Phobia) (n=60)

Skale	TEIK1	TEIK2	TEIK3	TEIK4	TEIK5	FQ-TP
TEIK1	–	.63***	.48***	.21	.25	.37**
TEIK2		–	.57***	.19	.22	.57***
TEIK3			–	.34**	.24	.52***
TEIK4				–	.44***	.36**
TEIK5					–	.17
FQ-TP						–

\*\*  $p < .01$

\*\*\*  $p < .001$

'n Gesaghebbende bron oor statistiese krag-analise en die populasie-effekgroottes van verskillende statistiese toetse (Cohen, 1992) klassifiseer korrelasiekoëffisiënte van 0.10 as klein, 0.30 as medium, en 0.50 as groot. Uit die medium tot redelike hoë korrelasies gerapporteer in Tabel 6.1 is dit dus duidelik dat die TEIK Skale en die FQ – TP verskillende, dog verbandhoudende konstrunkte gemeet het. Die lae korrelasie tussen TEIK5 en FQ – TP was soos verwag is en dui waarskynlik daarop dat as 'n persoon met 'n sosiale fobie en 'n vrees vir negatiewe evaluasie eers in 'n sosiale situasie beland het, dit nie so maklik vir hom/haar is om ongemerk daaruit te ontsnap nie. Die Teikenfobie Indeks (TEIK-I) het korrelasies van 0.51 met die FQ–TP, 0.37 met 'n Subjektiewe Angsskaal (die SUD-beoordeling) en 0.17 met die FQ–SP gelewer. Soos verwag, was die hoogste korrelasie met FQ–TP, die skaal waarop die ontwikkeling van die TEIK Skale gebaseer was. Die spesifieke teikenfobie was by albei hierdie meetmiddels woordeliks

dieselfde. Die korrelasie van 0.51 dui op die hoë verband tussen teikenfobie-vermyding (gemeet met die FQ-TP) en teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping (weerspieël deur TEIK-I). Die tweede hoogste korrelasie was met die SUDS, 'n skaal waarmee teikenfobie-angs na die verbeeldingsvoorstelling van 'n teikenfobie-toneel gemeet is. Die laagste korrelasie was met die FQ-SP, 'n skaal waarmee sosialefobie-vermyding gemeet is. Dit hou verband met situasies wat minder spesifiek gefokus was op dit wat die deelnemer gevrees het. Hierdie resultate ondersteun dus die konstruks- en diskriminante geldigheid van die TEIK Skale en die Teikenfobie Indeks wat daaruit saamgestel is.

Die Teikenfobieskale is met die hulp van die toetsafnemer voltooi. Die geskrewe teikenfobie is hardop aan die deelnemer voorgelees, terwyl hy/sy op 'n ander kopie gevolg het wat gelees word. Daarna is die instruksies ook voorgelees en as daar vrae was is dit verduidelik. Elkeen van die skale is dan met die bystand van die toetsafnemer voltooi.

### 6.5.2.3 Social Interaction Anxiety and Phobia Scales (SIAS en SPS; Mattick & Clarke, 1988)

Die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) en die Social Phobia Scale (SPS) is 'n stel van twee gepaardgaande maatstawwe van sosiale vrese, wat deur Mattick en Clarke (1988) ontwikkel is. Die SIAS evalueer vrese met betrekking tot sosiale interaksie en korrespondeer met die DSM-III-R beskrywing van Sosiale Fobie – Veralgemeende tipe. Die SPS evalueer vrese om waargeneem of dopgehou te word tydens die uitvoer van roetine aktiwiteite (eet, drink, skryf, ensovoorts) en korrespondeer met die DSM-III-R beskrywing van sosiale fobie wat wat nie as veralgemeen gespesifiseer word nie<sup>3</sup>.

Die SIAS en SPS is beide 20-item-selfrapporteringsvraelyste, waarvan die items op 'n skaal van 0 (glad nie kenmerkend of waar van my nie) tot 4 (uiters kenmerkend of waar van my) geëvalueer word. Die SIAS bestaan uit selfstellings wat die persoon se tipiese kognitiewe, affektiewe of gedragsreaksies op 'n verskeidenheid situasies, wat interaksie in pare of groepe behels (byvoorbeeld om na 'n partytjie te gaan, om met 'n aantreklike persoon van die teenoorgestelde geslag te gesels, om uiting te gee aan jou gevoelens), beskryf. SPS-items hou verband met situasies of temas wat observasie deur ander behels (byvoorbeeld om voor 'n groep te praat, om in die openbaar te eet, in die openbaar te skryf, publieke toilette te gebruik).

By die SIAS is drie items positief verwoord en die tellings vir hierdie drie items word verwerk deur die selfbeoordelings om te swaai van positief na negatief. By die SPS is alle items negatief verwoord. Beide vraelyste word gemerk deur die som van die evaluasies te kry en het 'n minimum telling van 0 en 'n maksimum van 80. Hoër tellings verteenwoordig hoër angs.

'n Poel van 164 items is bekom deur die modifikasie van bestaande vrees- en sosiale-angsvraelyste en die generering van nuwe items deur middel van kliniese onderhoude met sosiaal-angstige en fobiese pasiënte. Hieruit is 79 items geselekteer op grond van hulle relevansie ten opsigte van vrese vir sosiale interaksie of waarneming deur ander. Vier verdere items is weggelaat omdat die paneel van beoordelaars

<sup>3</sup> Soos voorheen uitgewys, stel die *DSM-IV* dat die enigste verskil tussen 'n *DSM-III-R*- en *DSM-IV*-diagnose van sosiale fobie die insluiting van die *DSM-III-R*-diagnose van Vermydingsversteuring van Kindertyd by die *DSM-IV*-diagnose is.

nie kon besluit of dié items vrese met betrekking tot sosiale interaksie of waarneming deur ander evalueer nie. Die oorblywende items (38 ten opsigte van interaksie en 37 ten opsigte van observasie) is op steekproewe van 243 DSM-III-gediagnoseerde persone met sosiale fobie, 481 kollege-studente, 315 gemeenskapsvrywilligers en kleiner steekproewe van persone met agorafobie en spesifieke fobie toegepas. Met behulp van 'n item-analise waarin korrelasies tussen elke itemtelling en totaalstelling (na verwydering van die item) bereken is, is die finale 20 SIAS- en 20-SPS items geïdentifiseer. Deelnemers in hierdie analise was die 243 persone met sosiale fobie en die 315 gemeenskapsvrywilligers (Mattick & Clarke, 1988). In die lig van hierdie ontwikkelingstrategie beveel Brown et al. (1997) aan dat die SIAS en SPS as subskale van een groter maatstaf gesien word.

Mattick en Clarke (1988) het interne konstantheid en goeie toets-hertoets-betroubaarheid vir beide skale gerapporteer. Cronbach se Alphas vir die vyf genoemde steekproewe het gewissel van 0.88 tot 0.93 vir die SIAS en van 0.89 tot 0.94 vir die SPS. Toets-hertoets-korrelasies by klein steekproewe van onbehandelde sosiaal-fobiese persone was 0.91 oor 4 weke en 0.93 oor 12 weke vir die SPS, en 0.92 oor beide 4 en 12 weke vir die SIAS.

Heimberg et al. (1992) het soortgelyke syfers vir interne konstantheid (0.85 tot 0.90 vir die SIAS en 0.87 tot 0.93 vir die SPS) gerapporteer in 'n studie van 66 sosiaal-fobie pasiënte, 50 gemeenskapsvrywilligers en 53 voorgraadse studente. In hierdie studie was die toets-hertoets-betroubaarheidskoeffisiënte vir die studentepopulasie oor 'n periode van twee weke 0.86 vir die SIAS, maar slegs 0.66 vir die SPS.

Mattick en Clarke (1988) het ook die saamvallende geldigheid by pasiënte met sosiale fobie bestudeer en gevind dat beide die SIAS en SPS positief gekorreleer het met tellings op die Fear of Negative Evaluation (FNE) skaal, die Social Avoidance and Distress (SAD)-skaal, die sosialefobie-subskaal van die Fear Questionnaire (FQ), asook Leary (1983) se Interactional Anxiety Scale (IAS) en Audience Anxiety Scale (AAS). Ries et al. (in Brown et al., 1997) het positiewe korrelasies tussen tellings van beide skale en die Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) gerapporteer.

Heimberg et al. (1992) het ook konvergente en divergente geldigheid ondersoek en gerapporteer dat die SIAS hoër korreleer met ander metings van sosiale interaksionele angs (naamlik die SAD en Social Interaction subskaal van die Liebowitz Social Phobia Scale, soos toegepas op 'n sosialefobie-steekproef, en die IAS en Social Interaction Self-Statement Test, soos toegepas op gemeenskaps- en voorgraadse steekproewe). Daarteenoor het die SPS hoër gekorreleer met ander metings van optrede-vrees (naamlik die Social Performance subskaal van die Liebowitz Social Phobia Scale en die sosialefobie-subskaal van die FQ, soos toegepas op 'n sosialefobie-steekproef). Die SPS het egter nie hoër gekorreleer met die AAS nie. Hierdie bevindings met betrekking tot konvergente en divergente geldigheid kan nie veralgemeen word na pasiënte se selfverslag van ontsteltenis en angsvlak in spesifieke situasies nie en verdere navorsing in hierdie verband is aangedui (Brown et al., 1997).

Brown et al. (1997) rapporteer dat die aantal gerapporteerde gevreesde sosiale-interaksiesituasies hoër gekorreleer het met tellings op die SIAS, terwyl die aantal gerapporteerde gevreesde optrede-situasies hoër gekorreleer het met tellings op die SPS.

Die diskriminante geldigheid van die twee skale is in 'n aantal studies ondersoek. Mattick en Clarke (1988), sowel as Heimberg et al. (1992), het bevind dat sosialefobie-pasiënte hoër tellings op beide die SIAS en die SPS behaal het as voorgraadse studente en gemeenskaps-kontrolegroepe. In vier studies het pasiënte wat voldoen het aan die kriteria vir die veralgemeende sub tipe van sosiale fobie groter interaksie-angs (SIAS) gerapporteer as pasiënte wat nie aan hierdie kriteria voldoen het nie (Brown et al., 1995; Heimberg et al., 1992; Holt et al., 1992a; Ries et al., in Brown et al., 1997). Wat die SPS betref, is hierdie onderskeiding slegs in een studie gevind (Brown et al., 1995).

Mattick en Clarke (1988) het gevind dat pasiënte met sosiale fobie hoër tellings op beide die SIAS en die SPS behaal het as pasiënte met agorafobie of spesifieke fobie. Rapee, Brown, Antony en Barlow (in Brown et al., 1997) het ook gerapporteer dat pasiënte met sosiale fobie hoër tellings op die SIAS behaal het as pasiënte met verskeie ander angsversteurings of 'n groep sonder enige versteurings. Brown et al. (1997) het bevind dat persone met sosiale fobie hoër tellings as ander angstige pasiënte behaal het met die SIAS sowel as met die SPS. Die SPS kon egter nie tussen persone met sosiale fobie en persone met paniekversteuring en agorafobie onderskei nie. Die rede hiervoor mag wees dat 41 % van die pasiënte met agorafobie en paniekversteuring ook 'n addisionele diagnose van sosiale fobie gehad het. Die waarskynlikheid dat hierdie pasiënte met die SPS geselekteer sou word, was groter as die waarskynlikheid dat agorafobie- en paniekversteuringpasiënte sonder sosiale fobie geselekteer sou word. Voorts is daar deur Brown et al. (1997) gerapporteer dat diagnoses van gemoeds- of paniekversteurings, addisioneel tot sosiale fobie, nie die SIAS- of SPS-tellings geaffekteer het nie. 'n Addisionele diagnose van veralgemeende angsversteuring was wel geassosieer met hoër SIAS-tellings.

Brown et al. (1997) het ook 'n matige verband tussen SIAS- en SPS-tellings en die erns van sosiale fobie, soos gebaseer op kliniese beoordeling, gevind.

Dit blyk ook dat tellings op die SIAS en SPS sensitiewe aanduiders van verandering tydens terapie by sosialefobie-pasiënte kan wees (Brown et al., 1997, Heimberg et al., 1992, Mattick & Clarke, 1988).

#### **6.5.2.4 Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel, Dancu, & Stanley, 1989)**

Die SPAI is 'n 45-item, selfrapporteringsvraelys vir sosiale angs en vrese. Dit bevat twee subskale. Die sosialefobie-subskaal (SP; 32 items) evalueer kognitiewe, gedrags- en somatiese manifestasies van sosiale fobie en angs. Die oorblywende 13 items vorm die agorafobie-subskaal (Ag) en meet verskeie simptome van agorafobie.

Items word elkeen op 'n 7-puntskaal beoordeel vanaf 1 (nooit) tot 7 (altyd). Hoër tellings suggereer sosialefobie-simptomatologie. Sewentien van die SP-subskaalitems evalueer die mate van angs in verskillende sosiale situasies en vra telkens vier aparte beoordelings op grond van die teenwoordigheid van vier verskillende toeskouergroepe. Een gemiddelde telling word vir elkeen van hierdie 17 items bereken. Vier verdere SP-subskaalitems behels dat daar 'n gemiddelde bereken moet word om die itemtelling te bekom: twee items vra na die frekwensie van onderskeidelik vier en vyf tipes gedagtes in die teenwoordigheid van ander, en twee items vra na die frekwensie van onderskeidelik drie somatiese simptome voor en vyf somatiese simptome in sosiale situasies.

Die totaalstelling vir die SP-subskaal word gekry deur die beoordelings van die 32 items saam te tel en dan 32 af te trek, sodat 'n minimum subskaalstelling van 0 moontlik is. Die maksimum telling vir die subskaal is 192. Die Ag-subskaal word bereken deur 13 van die som van die items af te trek. Die maksimum totaalstelling vir die Ag-subskaal is 78. 'n Verskil-subskaalstelling word verkry deur die Ag-subskaalstelling van die SP-subskaalstelling af te trek. Hierdie telling word deur Turner, Beidel et al. (1989) beskryf as die SPAI Totaalstelling. Die aftrek van die Ag-telling van die SP-telling dien as kontrole vir klagtes van sosiale angstigheid wat slegs deel vorm van die groter kliniese beeld van agorafobie en lei dus tot fyner onderskeiding tussen die twee toestande. Volgens Turner, Beidel et al. (1989) dui 'n SPAI-telling van meer as 60 op die moontlikheid van sosiale fobie.

Turner, Stanley et al. (1989) het 'n eksplorerende faktor-analise met resultate van die SP-subskaal gedoen. Vyf faktore met eigenwaardes groter as een het na vore gekom. Hierdie 5-faktormodel het die beste passing vir die data verskaf en die gekombineerde model het 64 % van die totale variansie verantwoord.

Die 5-faktormodel is ook in die huidige navorsing gebruik en lyk soos volg:

- Individuele sosiale-interaksiefaktor: Behels 11 items (9, 12 tot 20, en 23) en verantwoord 45.3 % van die variansie in SP-subskaaltellings. Faktorbeladings wissel van 0.46 tot 0.74.
- Somatiese en kognitiewe faktor: Behels 8 items (20, 21, 26 tot 28, en 30 tot 32) en verantwoord 6.8 % van die variansie. Faktorbeladings vir die vier items wat spesifiek ingesit is om kognitiewe en somatiese faktore te meet wissel van 0.59 tot 0.82, terwyl die ladings van hierdie faktor vir verskeie ander items wissel van 0.47 tot 0.55.
- Groepinteraksie-faktor: Behels 7 items (1 tot 4 en 9 tot 11) wat altesaam vir 5 % van die totale variansie verantwoordelik is, met faktorbeladings van 0.46 tot 0.72.
- Vermydingsfaktor: Behels 5 items (7, 8, 24, 25 en 29). Hierdie faktor verantwoord 3.7 % van die variansie en faktorbeladings wissel van 0.45 tot 0.83.
- Fokus-van-aandag-faktor: Behels 5 items (3 tot 6 en 22) wat altesaam vir 3.4 % van die variansie verantwoordelik is. Faktorbeladingwaardes wissel van 0.45 tot 0.79.

Onafhanklike navorsers (Osman, Barrios, Aukes, & Osman, 1995) het hierdie 5-faktorstruktuur van die 32-item-SP-subskaal ondersoek en ondersteuning vir die model asook vir die 2-faktorstruktuur van die SPAI en die 1-faktormodel van die SP-subskaal gekry.

Turner, Beidel et al. (1989), die ontwikkelaars van die SPAI, het bevind dat die SPAI oor 'n hoë toets-hertoets-betroubaarheid oor 'n twee week periode beskik ( $r=0.86$ ). Hulle het ook bevind dat daar goeie interne konstantheid is. Voorts het die vraelys sensiteif geblyk te wees vir die hele spektrum van moontlike onsteltenis wat deur persone met sosiale fobie ervaar kan word, en het dit tussen pasiënte met sosiale fobie en ander angsversteurings (veral agorafobie en in 'n mindere mate obsessief-kompulsiwiteit) onderskei.

'n Studie deur Beidel, Turner, Stanley en Dancu (1989) het verdere steun vir die saamvallende geldigheid van die SPAI gebied. Hulle het bevind dat die SPAI suksesvol tussen sosiaal-fobiese en nie-sosiaal-

fobiese persone onderskei het sowel as tussen persone met sosiale fobie en persone met ander angsversteurings. Hulle navorsing het ook die beraming van 'n verskiltelling om die SPAI totaaltelling te verkry ondersteun. In 'n tweede saamvallende geldigheidstudie (Beidel, Turner et al., 1989) het hulle resultate gedui op die vermoë van die SPAI om sosiale ontsteltenis, asook in 'n mate die voorkoms van spesifieke gedrag in sosiale situasies, akkuraat te voorspel. Die resultate het ook op groot ooreenstemming tussen beduidende ander en die individu se eie evaluasies van sosiale ongemak gedui. Behalwe vir saamvallende geldigheid het Beidel, Turner et al. (1989) se resultate dus ook gedui op eksterne geldigheid.

Beidel, Borden et al. (1989) het navorsing gerapporteer waarin hulle spesifiek ingegaan het op die saamvallende geldigheid van die SPAI binne 'n kliniese populasie. Hulle resultate het op voldoende saamvallende geldigheid met verwysing na die selfmonitering van daaglikse sosiale gedrag, somatiese respondering en vermydingsgedrag gedui.

'n Laaste geldigheidstudie wat in 1989 gepubliseer is, was die van Turner, Stanley et al. (1989). Hulle het deur middel van verskeie prosedures die SPAI se konstruktorgeldigheid ondersoek. Resultate het die geldigheid van die twee subskale bevestig en steun is ook gekry vir vorige bevindings dat die SPAI tussen sosiale- en agorafobie diskrimineer.

Twee studies, spesifiek oor die betroubaarheid en geldigheid van die SPAI by verskillende populasiegroepe, is in 1994 en 1995 gerapporteer (Clark et al., 1994; Osman et al., 1995). Clark et al. (1994) se steekproef was adolessente uit 'n kliniese sowel as 'n gewone populasie en Osman et al. (1995) se populasiegroep was twee nie-kliniese populasies van voorgraadse kollege-studente. Beide studies het gevind dat die SPAI betroubaar is by die onderskeie populasies. Die geldigheid van die 2-faktorstruktuur is deur beide ondersoeke bevestig. Osman et al. (1995) het ook die 5-faktorstruktuur van die SP-subskaal ondersoek en ondersteuning daarvoor gekry. Clark et al. (1994) se resultate het op goeie konstruktorgeldigheid gewys met statisties beduidende verhoudings met onafhanklike metings van sosiale fobie en ander angsveranderlikes. Osman et al. (1995) het die verhoudings tussen die SPAI-subskale en verwante metings van sosiale fobie, sosiale gewildheid/gewensheid en algemene sielkundige ontsteltenis of patologie ondersoek. Hulle resultate het aangedui dat die SPAI oor voldoende saamvallende geldigheid beskik.

Beidel et al. (1993) het die geldigheid van die SPAI as aanduiders van terapeutiese effek by sosiale fobie ondersoek. Beide die betroubaarheid van verandering na psigoterapie en die kliniese beduidendheid van hierdie verandering is ondersoek. Hulle resultate het aangedui dat die SPAI 'n sensitiewe maatstaf vir behandelingsuitkoms is, wat verandering wat beide betroubaar en klinies beduidend is reflekteer. Volgens hulle bevindings was die SPAI 'n meer geldige instrument as maatstawwe soos die FNE en SAD wat mees algemeen gebruik word. Hierdie gevolgtrekkings berus egter op 'n enkele studie en verdere navorsing oor die onderwerp is nodig.

### 6.5.2.5 Fear of Negative Evaluation (FNE) en Social Avoidance and Distress (SAD)-skale (Watson & Friend, 1969) as gepaardgaande maatstawwe van sosiale evaluasie-angs

Die konstruk "sosiale evaluasie-angs" is aanvanklik gedefinieer as 'n ervaring van ontsteltenis, ongemak, vrees, angs, ensovoorts in sosiale situasies, die doelbewuste vermyding van sosiale situasies en 'n vrees om negatief geëvalueer te word deur ander. Die SAD meet eersgenoemde twee komponente en die FNE die vrees vir negatiewe evaluering. Watson en Friend (1969) het die twee skale gelyktydig ontwikkel. Uit 'n aanvanklike pool van 145 items is 58 deur middel van toetsing geselekteer waarvan 30 items in die FNE en 28 in die SAD opgeneem is. Die FNE en SAD word as twee van die mees algemeen gebruikte maatstawwe van sosiale angs vir navorsings- en kliniese doeleindes beskou (Beidel et al., 1993; Clark et al., 1994; Glass & Arnkoff, 1989; Turner, McCanna, & Beidel, 1987).

Die FNE meet 'n aspek van die konstruk sosiale angs, naamlik vrees vir negatiewe evaluasie. Volgens Watson en Friend (1969) behels dit besorgdheid oor ander se evaluasies, ontsteltenis oor hulle negatiewe evaluasies, en die verwagting om negatief geëvalueer te word. Die FNE kan dus as 'n indeks van die sentrale kognitiewe aspekte van sosiale angs beskou word (Leary, 1991), en word dikwels in navorsing oor sosiale fobie gebruik om kognisies te evalueer (Heimberg, 1994; Hope, Heimberg et al., 1995, ensovoorts). Die vraelys bestaan uit 30 waar-onwaar-items met 'n goeie balans tussen items wat positief en negatief gemerk word, naamlik 17 waar en 13 onwaar items. Tellings varieer tussen 0 (laagste vrees-voor-negatiewe-evaluasie) en 30 (hoogste vrees-voor-negatiewe-evaluasie). 'n Lae telling dui op die afwesigheid van besorgdheid oor ander se evaluasies en dat daar nie noodwendig 'n behoefte of wens is om positief geëvalueer te word nie.

Leary (1983) het 'n verkorte 12-itemweergawe van die FNE, wat 'n korrelasie van 0.96 met die oorspronklike skaal getoon het, ontwikkel. Die 12 items is uit die oorspronklike skaal geneem en word op 'n 5-puntskaal beantwoord (1: glad nie kenmerkend van my nie; 5: uiters kenmerkend van my).

Die SAD-skaal meet sosiale vermyding en ongemak (ontsteltenis), wat verwys na die tendens om sosiale interaksies te vermy en om angstig te voel in sulke interaksies. Met die opstel van die skaal het die skrywers aandag gegee aan die konseptualisering van sosiale vermyding en ongemak. Hulle het onderskei tussen vermyding en die nalaat van toenadering, omdat die teenoorgestelde van vermyding nie sosiale toenadering is nie maar eerder op 'n gebrek aan vermyding dui. Hierdie onderskeidings is van belang omdat helfte van die items so bewoerd moes word dat 'n "onwaar" antwoord dui op die teenwoordigheid van die kenmerk wat ondersoek word. Vermyding verwys na 'n gedragsrespons en ongemak na 'n affektiewe reaksie. Slegs items wat subjektiewe ongemak en vermydingsgedrag (of die behoefte daaraan) evalueer, is ingesluit en enige items wat na fisiologiese aanduiders van angs en belemmerde gedragsfunksionering kon wys, is uitgesluit. Die aanvanklike itempool (vir beide die FNE en SAD) is geselekteer met inagneming van sosiale gewensdheid/gewildheid en 'n omvattende loodstoetsing is gedoen.

Die SAD bestaan uit 28 waar-onwaar-items, waarvan 14 sosiale vermyding en 14 sosiale angstigheid meet. Daar is ewe veel positief en negatief bewoorde items. Tellings varieer tussen 0 (laagste vermyding-en-ongemak-telling) en 28 (hoogste vermyding-en-ongemak-telling). In die lig van die skewe verspreiding



van tellings wat Watson en Friend (1969) in hulle aanvanklike studie gekry het, gebruik heelwat navorsers 'n 5-puntskaal in plaas van die waar-onwaar-formaat (Leary, 1991).

Die FNE en SAD is op 'n voorgraadse studentepopulasie ontwikkel. Die gemiddelde van die oorspronklike steekproef van 205 studente vir die FNE was 15.5 (SA=8.6) en die verspreiding was reghoekig. 'n Tweede steekproef van 128 studente het 'n gemiddelde van 13.6 (SA=7.6) gelewer. Vir die SAD was die gemiddelde telling 9.1 (SA=8.0).

Watson en Friend (1969) het aangetoon dat deelnemers met hoër FNE-tellings geneig was om senuweeagtig te raak in evaluasie-situasies en harder gewerk het om of afkeur te vermy, of goedkeuring te verwerf. Deelnemers met hoër SAD-tellings het geneig om sosiale interaksies te vermy, het verkies om alleen te werk, het gerapporteer dat hulle minder gepraat het in interpersoonlike situasies, minder vertrouwe gehad het en meer bekommerd was oor sosiale verhoudings, maar sou meer waarskynlik opgedaag het vir afsprake. Die twee skale het beduidend gekorreleer met die Taylor Manifest Anxiety Scale, die S-R Inventory of Anxiousness en 'n aantal ander instrumente wat ontwerp is om angs en persoonlikheidsdimensies soos sosiale goedkeuring en affiliasie te evalueer. Watson en Friend se aanvanklike resultate het dus gedui op saamvallende geldigheid. Wat diskrimnante geldigheid betref, het tellings vir beide die FNE en SAD korrelasies van  $-0.25$  met die Marlowe-Crowne Social Desirability Scale getoon.

Ten opsigte van die betroubaarheid van die FNE is hoër interne konstantheid (0.92 en 0.94) in twee steekproewe deur Watson en Friend (1969) gevind. Die een-maand-toets-hertoets-betroubaarheid was 0.78. Hoër interne konstantheid (0.94) is ook vir die SAD gerapporteer. 'n Faktor-analise het die subskaal-struktuur vir vermyding en ongemak bevestig, maar gesuggereer dat die totaalstelling sosiale vermyding sterker reflekteer as sosiale angs (Patterson & Strauss, in Leary, 1991). Die ongemak- en vermydingssubskale het betroubaarheidskoëffisiënte van onderskeidelik 0.85 en 0.87 getoon. Die subskale korreleer 0.54 vir mans en 0.71 vir vroue (Leary, Knight, & Johnson, in Leary, 1991). Die 1-maand-toets-hertoets-betroubaarheid van die SAD was 0.68.

Addisionele saamvallende geldigheidsdata word deur Leary (1991) gerapporteer. Die FNE-tellings korreleer matig met tellings vir die SAD (0.51) en die Interaction Anxiousness Scale (0.32). In vergelyking met mense wat lae tellings op die FNE behaal, was persone met hoër tellings meer ongemaklik daarmee om geëvalueer te word, sou hulle meer waarskynlik irrasionele oortuigings oor die belangrikheid daarvan om geliefd te wees onderskryf, en meer besorg daarvoor wees om 'n goeie indruk te maak (Friend & Gilbert, 1973; Goldfried & Sobocinski, 1975; Leary, Barnes, & Griesel, in Leary, 1991; Smith & Sarason, in Leary, 1991).

Turner et al. (1987) was van mening dat die konstruk-, diskriminasie- en voorspellingsgeldigheid van die SAD en FNE nie voldoende ondersoek is nie en dat dit nie sonder meer vir deelnemerseleksie, graad van erns van sosiale angs en terapeutiese uitkomstmetings aangewend behoort te word nie. Dit geld veral vir studies met kliniese populasies en vir die gebruik van hierdie skale om sosialefobie-pasiënte van pasiënte met ander angsversteurings te onderskei. In hulle eie navorsing het hulle bevind dat pasiënte met sosiale

fobie se FNE en SAD-tellings nie beduidend verskil het van die van pasiënte met ander major angsversteurings nie, met die uitsondering van spesifieke fobie. Tellings op die skale het wel beduidend gekorreleer met ander metings van angs, depressie en algemene emosionele ontsteltenis. Hulle slotsom is dat die FNE en SAD eerder maatstawwe is van algemene emosionele ontsteltenis as van sosiale angs. Heimberg, Hope, Rapee en Bruch (in Glass & Arnkoff, 1989) verskil van hulle en bied data aan wat suggereer dat die FNE en SAD wel van waarde is in die evaluasie van sosiale angs. Volgens Rapee et al. (1988) mag dit wees dat sosiale angs 'n kernprobleem in baie van die angsversteurings is waardeur Turner et al. (1987) se resultate verklaar kan word.

SAD-tellings korreleer hoog (0.75 en hoër) met 'n verskeidenheid van ander maatstawwe van sosiale angs en skugterheid (byvoorbeeld Jones, Briggs, & Smith, in Leary, 1991). Die skaal is met sukses in meer as 100 studies, wat ontwerp is om die effektiwiteit van verskeie intervensies vir chroniese sosiale angs te toets, gebruik (Leary, 1991). In verskeie uitkomstudies is bevind dat die SAD en FNE sensitief is vir behandelingsverandering (Butler et al., 1984; Heimberg, Becker et al., 1985; Heimberg, Dodge et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Schelver, 1982; Schelver & Gutsch, 1983; Stravynski et al., 1982).

Die FNE is ook in talle studies gebruik om die verandering in kognitiewe veranderlikes na aanleiding van die behandeling van sosiale fobie te evalueer (byvoorbeeld Biran et al., 1981; Butler et al., 1984; DiGiuseppe, McGowan, Sutton-Simon, & Gardner, 1990; Gelernter et al., 1991; Heimberg, Acerra, & Holstein, 1985; Heimberg, Bruch et al., 1990; Heimberg & Liebowitz, 1992; Hope, Heimberg et al., 1995; Kanter & Goldfriend, 1979; Marzillier et al., 1976; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989; Turner, Beidel, & Jacob, 1994).

Heimberg (1994) meen dat, ten spyte van die positiewe bevindings, die FNE bepaalde beperkings toon. Klein veranderings en 'n gebrek aan differensiële verandering is kenmerkend van die resultate van uitkomstudies oor sosiale fobie. Dit mag 'n akkurate weergawe van die effek van kognitiewe gedragsterapie op vrees vir negatiewe evaluasie wees. Die waar-onwaar-formaat bemoelijk egter die weerspieëling van sulke veranderings, in teenstelling met 'n formaat wat gegradeerde response toelaat [soos in Leary (1983) se verkorte vorm van die FNE met 'n 1 tot 5-punt beoordelingskaal]. Volgens Heimberg (1994) kan die gebrek aan differensiële behandelingseffekte ook aan die feit dat die FNE 'n kombinasie van kognisie en angs evalueer toegeskryf word, aangesien alle behandelings pog om angs te verminder en net sommiges op kognisie fokus.

Ook die SAD word gekritiseer. Leary (1983) is krities oor die insluiting van gedragsverskynsels (vermydingsgedrag) in die definisie van sosiale angs en argumenteer dat angs en die verskillende vorms daarvan soos sosiale angs, slegs in terme van angs gedefinieer behoort te word. Leary (1991) daarenteen meen egter dat die SAD 'n uitsonderlik goed ontwerpte maatstaf is en dat die skaal se waarde as maatstaf van sosiale angs en vermyding in talle kontekste gedemonstreer is. In die lig daarvan dat items beide subjektiewe en gedragsaspekte van sosiale probleme reflekteer, waarsku hy egter dat die gebruik van die volle SAD-skaal slegs toepaslik is wanneer 'n gekombineerde meting van angs en vermyding verlang word.

### 6.5.2.6 Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)

Die BDI word as een van die gewildste instrumente beskou om die graad van depressie by psigiatris gediagnoseerde depressie te meet (Piotrowski, Sherry, & Keller, 1985), en om depressie in normale populasies uit te ken (Steer, Beck, & Garrison, 1986).

Die skaal het ontwikkel uit kliniese observasies van die houdings en simptome wat dikwels aangetref word by depressiewe psigiatrisiese pasiënte en minder dikwels by nie-depressiewe psigiatrisiese pasiënte (Beck et al, 1961), en is sistematies gekonsolideer in 21 simptome en houdings wat op grond van intensiteit van 0 tot 3 beoordeel kan word. Die volgende afsny punte vir pasiënte wat met 'n gemoedsversteuring gediagnoseer is, is deur Beck, Steer en Garbin (1988, p. 79) beskryf: < 10: geen of minimale depressie; 10-18: ligte tot matige depressie; 19-29: matige tot ernstige depressie; en 30-63: ernstige depressie. Die gemiddelde BDI-tellings vir die minimale, ligte, matige, en ernstige klassifikasies, is volgens Beck (1967, p. 196) 10.9 (SA=8.1), 18.7 (SA=10.2), 25.4 (SA=9.6), en 30.0 (SA=10.4) respektiewelik.

Beck et al. (1988) het 'n oorsig gegee oor die navorsing oor die psigometriese eienskappe van die BDI die afgelope 25 jaar. Hulle noem dat in byna al die studies wat in hulle oorsig betrek is, daar nie 'n onderskeid getref is tussen die oorspronklike (Beck et al., 1961) en hersiene weergawes (Beck et al., 1979) van die BDI nie. In 'n studie met 204 voorgraadse studente het Lightfoot en Oliver (1985) 'n Pearson-produktmomentkorrelasie van 0.94 tussen die 1961 en 1978 weergawes van die BDI gevind en hulle kom tot die gevolgtrekking dat daar dus nie so 'n groot verskil tussen die twee weergawes is nie.

Ten opsigte van interne konsekwentheid, het 'n meta-analise van 25 studies deur Beck et al. (1988) 'n gemiddelde alpha-koëffisiënt van 0.86 vir psigiatrisiese pasiënte en 0.81 vir nie-psigiatrisiese populasies gelewer. Ten einde die stabiliteit van die BDI te ondersoek, beskryf Beck et al. (1988) die resultate van 10 studies, maar hulle kon nie 'n meta-analise op grond van die ondersoekte uitvoer nie aangesien die toets-hertoets-intervalle gevarieer het van ure tot weke. Die Pearson-produktmomentkorrelasies in die studies het vir psigiatrisiese pasiënte gewissel tussen 0.48 en 0.86, en vir nie-psigiatrisiese deelnemers tussen 0.60 en 0.83. Die hoë korrelasies vir die nie-psigiatrisiese groepe dui daarop dat die BDI genoegsame stabiliteit oor 'n weeklange periode gedemonstreer het.

Moran en Lambert (1983) het die BDI se inhoud met die DSM-III-kriteria (American Psychiatric Association, 1980) vir depressie vergelyk en tot die gevolgtrekking gekom dat die BDI ses van die nege DSM-III-kriteria goed reflekteer. Volgens Beck et al. (1988) is daar in die BDI met opset nie oor 'n verhoging van slaap en eetlus navraag gedoen nie. Hulle argument is dat, aangesien 'n verhoging van slaap en eetlus so dikwels by die normale populasie voorkom, die insluiting daarvan tot 'n groot getal "vals positiewe" response aanleiding sou kon gee. Daar word ook nie in die BDI navraag oor agitاسie gedoen nie omdat dit volgens Beck et al. (1988) 'n klinies waarneembare teken is wat nie toepaslik vir 'n self-rapporteringsinstrument sou wees nie.

Beck et al. (1988) haal 35 studies aan waarin die korrelasies tussen die BDI en 'n verskeidenheid van metings met ander meetmiddels- en metodes van depressie gerapporteer is en kom tot die slotsom dat

die saamvallende geldigheid van die BDI hoog is. Hulle het ook aanduidings gevind dat die BDI sterker verbande met kliniese beoordelings van depressie in psigiatriese steekproewe as in normale populasies getoon het.

Beck et al. (1988) rapporteer ook verskeie studies waarin die BDI kon onderskei tussen psigiatriese en nie-psigiatriese populasies, dit wil sê, waar daar beduidende verskille tussen die BDI-tellings van depressiewe pasiënte, nie-depressiewe pasiënte (byvoorbeeld alkoholiste) en normale proefpersone was. Wat die onderskeiding tussen verskillende tipes depressie betref, word een studie gerapporteer waarin die BDI beduidend onderskei het tussen major depressiewe versteuring (hoër BDI-tellings) en distimiese versteuring (laer BDI-tellings).

Beck et al. (1988) kom tot die gevolgtrekking dat die BDI oor sterk konstrukgeldigheid beskik. Hulle baseer hulle gevolgtrekking daarop dat BDI-tellings in talle studies beduidend gekorreleer het met bepaalde fisiologiese, gedrags- en houdingsveranderlikes waarvan verwag is dat dit met verhoogde depressievlakke gepaard sou gaan. Die BDI het byvoorbeeld beduidend positief gekorreleer met REM-slaap-vertraging (aanduidend van 'n slaapversteuring), selfmoordgedrag, alkoholisme, wanaanpassing, 'n verskeidenheid mediese simptome (soos hoofpyn en spysverteringsprobleme), eensaamheid en stres.

Tellings op die BDI het ook beduidend verband gehou met self-gerapporteerde angs (Baker & Jessup, 1980; DeLeon, Skodol, & Rosenthal, 1978). Steer, Beck, Riskind en Brown (1986) het gevind dat pasiënte met depressiewe versteurings (major depressiewe en distimiese versteurings) beduidend hoër BDI-tellings (Gem.=26.37; SA= 6.94) gehad het as pasiënte met 'n veralgemeende angsversteuring (Gem.= 14.46; SA=6.10) ( $t=9.02$ ,  $p<0.001$ ).

Faktor-analise (Clark, Cavanaugh, & Gibbons, 1983) het aangetoon dat BDI-tellings een onderliggende algemene sindroom van depressie verteenwoordig, met drie hoogs-interkorrelerende faktore, naamlik negatiewe selfhoudings, inkorting van werksverrigting ("performance") en somatiese versteuring (Tanaka & Huba, 1984).

### **6.5.3 Gedagtelys-tegniek (Heimberg, Nyman, & O'Brien, 1987)**

Die gedagtelys-tegniek is vir die eerste keer deur Cacioppo et al. (1979) in navorsing oor sosiale angs gebruik. Sedertdien is dit, volgens Arnkoff en Glass (1989), die metode van protokol-analise wat by verre die meeste in sodanige navorsing gebruik word.

Dié tegniek word vir die evaluasie van selfstellings (dus kognitiewe inhoud) met betrekking tot sosiale fobie in die huidige ondersoek gebruik. Dit het behels dat pasiënte hulle eie kognitiewe response ten opsigte van evaluasie-stimuli (in hierdie geval 'n primêre sosiaal-fobiese situasie) moes genereer.

Teen 1989 was Heimberg en sy medewerkers (Arnkoff & Glass 1989) nog die enigste navorsers wat die gedagtelys met gediagnoseerde sosiaal-fobiese persone gebruik het. Hulle eerste studie het behels dat hulle deelnemers, na 'n simulasie van 'n bedreigende sosiale-interaksiesituasie, hulle gedagtes moes lys.

Resultate kon sosiaal-fobiese persone van die normale kontrolegroep onderskei, maar nie van heteroseksueel angstige studente nie (Nyman & Heimberg, 1985). In 'n tweede studie, waarin persone met 'n DSM-III-R-diagnose van veralgemeende en enkelvrees sosiale fobie bestudeer is, het deelnemers met veralgemeende sosiale fobie 'n laer persentasie positiewe gedagtes gehad as die wat net angstig was om in die openbaar te praat (Heimberg, Hope et al. 1990).

Daar bestaan variasies in die prosedures waarvolgens die gedagtelys-tegniek toegepas kan word. Die aanbevelings van Heimberg, Nyman et al. (1987), na aanleiding van hulle navorsing in hierdie verband, is in die huidige studie toegepas en word vervolgens beskryf. Die SUD-skaal van Wolpe (Subjective Units of Distress Scale; Wolpe & Lazarus, 1966), ook bekend as die Subjektiewe Angsskaal (Wolpe, 1990), behels 'n subjektiewe beoordeling van die ervaring van angs op 'n 100-puntskaal en is eers aan elke deelnemer verduidelik. Na 'n verduideliking van die gedagtelys-tegniek is instruksies aan die deelnemer gegee om sy/haar oë te sluit en te ontspan. Ongeveer 10 tot 15 sekondes later is na sy/haar beoordeling van subjektiewe angs op die SUD-skaal gevra. Daarna is hy/sy op verbeeldingsvlak aan 'n idiosinkratiese, primêre teikenfobie, soos geïdentifiseer tydens die ADIS-R onderhoud (DiNardo & Barlow, 1988), blootgestel. Terwyl die deelnemer sy/haar oë toegehou het, is 'n bandopname van die fobiese situasie aan hom /haar voorgespeel. Die beskrywing van die fobiese situasie is vooraf op band opgeneem ten einde dit identies vir voor-, na- en opvolgtoetsing te hou. Die deelnemer moes hom/haar so goed moontlik in die situasie wat beskryf word inleef. Na die beskrywing moes hy/sy weer 'n SUD-telling, vir die hoogste vlak van angs op enige stadium tydens die voorstelling van die situasie, gee. Daarna is die persoon gevra om 'n detailverslag te verskaf van wat hy/sy in die voorgestelde situasie gedink en gevoel het. Hierdie gedagtes moes op 'n gedagtelys-vorm, wat onder andere tien leë raampies bevat het, ingevul word. Die deelnemer moes elke gedagte afsonderlik in 'n raampie, dit wil sê een gedagte per raampie, neerskryf. Daar is aan die deelnemer genoem dat hy/sy genoeg tyd tot sy/haar beskikking het, dat hy/sy twee bladsye met raampies ontvang het, maar nie al die raampies hoef te gebruik nie, of van nog voorsien sou word indien nodig. Hy/sy het ook die opdrag ontvang om seker te maak dat hy/sy nie maar bloot net weer 'n beskrywing van die toneel gee nie. Instruksies het voorts behels dat die deelnemer gevra is om spelling, grammatika en punktuasie te ignoreer en om eerlik te wees.

'n Nasienhandleiding (Heimberg & Juster, 1993) vir die gedagtelys-prosedure wat deur Heimberg gebruik word in sy navorsingsprogram oor sosiale fobie by die Centre for Stress and Anxiety Disorders aan die Staatsuniversiteit van New York (Albany), is gebruik vir die nasien van die gedagtelyste. Twee nasieners, beide ervare kliniese sielkundiges waarvan een die navorser was, het onafhanklik van mekaar die aantal gedagtes bepaal en die gedagtes as positief, negatief of neutraal geklassifiseer. Die korrelasies tussen die twee beoordelaars se beoordelings was beduidend op voormeting ( $r=.96$ ,  $p<.001$ ), na-meting ( $r=.99$ ,  $p<.001$ ) en opvolgmeting ( $r=.98$ ,  $p<.001$ ).

Die resultate van die gedagtelys-tegniek kan op verskillende maniere hanteer word. Die sogenaamde States of Mind (SOM)-ratio (aantal positiewe gedagtes gedeel deur die aantal positiewe plus negatiewe gedagtes) sowel as die Negatiewegedagtes-ratio (aantal negatiewe gedagtes gedeel deur die aantal positiewe, negatiewe plus neutrale gedagtes) is beide deur Heimberg, Bruch et al. (1990) en Bruch et al.

(1991) ondersoek en beskryf. Heimberg, Bruch et al. (1990) het in hulle vergelyking van die twee metodes gevind dat die SOM en Negatiewegegedagtes-ratio's hoog met mekaar gekorreleer het ( $r=-0.79$ ,  $p<.001$ ) en dat beide beduidend verband gehou het met verskeie kriterium-metings, waaronder die SADS, die FNE en SUD-metings vir angs tydens 'n gedragstoets. Aangesien die SOM-ratio met 'n paar kriterium-metings meer as die Negatiewegegedagtes-ratio verband gehou het (waaronder die Beck Depressieskaal), word vermoed dat die insluiting van neutrale gedagtes afbreuk kan doen aan die geldigheid van so 'n ratio. Bruch et al. (1991) het die gedagtelys-data van Heimberg, Dodge et al. (1990) geheranaliseer (Heimberg, 1994) en die voorspellingswaarde van die SOM-ratio met die van die Negatiewegegedagtes-ratio vergelyk. Daar is bevind dat die twee ratio's hoog gekorreleer het in hulle voorspelling van die meeste van die uitkomstmetings. Dit, tesame met Heimberg, Bruch et al. (1990) se resultate, suggereer volgens Bruch et al. (1991) dat neutrale gedagtes van min waarde is vir persone met sosiale fobie. Op grond van die SOM-ratio se meer prominente teoretiese onderleg en die beklemtoning van 'n "relatiewe balans" ('n optimale ratio van 0.618 van positiewe gedagtes tot die som van positiewe en negatiewe gedagtes) is Bruch et al. (1991) van mening dat die SOM-ratio oor groter verduidelikingswaarde as die Negatiewegegedagtes-ratio beskik. Die byvoeging van 'n konstante waarde van 1 by of die frekwensie negatiewe of die frekwensie positiewe gedagtes, wanneer een van die twee frekwensies 'n nulwaarde het word deur Heimberg, Bruch et al. (1990), en Bruch et al. (1991) aanbeveel. In die huidige studie word die SOM-ratio gerapporteer en die aanbeveling ten opsigte van 'n konstante waarde in die berekening is gevolg.

Die gedagtelys-tegniek is nog min in studies oor die behandeling van sosiale fobie gebruik. Volgens Heimberg (1994) is die tegniek nog net deur homself en sy kollegas gebruik om die effek van behandeling op kennisies by sosiale fobie te evalueer (Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg & Liebowitz, 1992; Heimberg, Salzman et al., 1993).

### **Betroubaarheid en Geldigheid**

Volgens Arnkoff en Glass (1989) is die enigste betroubaarheidsindeks vir die gedagtelys-prosedure, wat in die meeste studies oor sosiale angs gerapporteer word, interbeoordelaar-betroubaarheid. Heimberg, Dodge et al. (1990) rapporteer interbeoordelaar-betroubaarheidswaardes van 86 % ( $K=.79$  volgens Cohen se kappas) vir positiewe gedagtes en 95 % ( $K=.93$  volgens Cohen se kappas) vir negatiewe gedagtes.

Wat geldigheid betref, het die tegniek in verskillende studies oor die algemeen konstruktgeldigheid openbaar. Ten opsigte van die saamvallende geldigheid van die gedagtelys-tegniek by sosiale angstigheid, is in 1989 nog gemengde resultate gerapporteer (Arnkoff & Glass, 1989). Teen 1994, in 'n artikel oor geldigheidskwessies by metings van selfstellings in sosiale fobie en sosiale angs, word egter wat kriterium-verwante geldigheid betref, gerapporteer dat studies met verskillende meetmiddels bewys gelewer het van die saamvallende geldigheid van produksiemetings van kennisie in sosiale angs en sosiale fobie (Glass & Arnkoff, 1994). So het Hope, Heimberg, Zollo, Nyman en O'Brien (1987) beduidende verbande tussen gedagtes na in vivo interaksies en die persoon se verslag in terme van die lengte en frekwensies van hierdie interaksies asook die angs wat ervaar is, gevind. Die aantal negatiewe gedagtes is ook geassosieer met meer subjektiewe ongemak (Amsel & Fichten, 1990; Myszka, Galassi, &

Ware, 1986) en laer self-evaluasies (Cacioppo et al., 1979). Laastens hou SOM-ratio's by sosiaal-fobiese deelnemers beduidend verband met die resultate van vraelyste wat sosiale-toestandsangs evalueer, asook met self-evaluasies van angs gedurende 'n gedragsimulasie (Heimberg, Bruch et al. 1990) en met vlakke van toestandsangs en graad van erns van die fobie na behandeling (Bruch et al., 1991).

Volgens Heimberg, Nyman et al. (1987) word die geldigheid van die gedagtelys-tegniek ondersteun deur die mate waartoe dit voorspelling, gegrond op die kognitiewe teorie van Beck (Beck et al., 1985), realiseer. In 1994, na 'n oorsig oor die evaluasie van kognies by sosiale fobie, het Heimberg (1994) herhaal dat produksie-metodes soos die gedagtelys-tegniek, meer in ooreenstemming is met huidige kognitiewe gedragsteoretisering. Die primêre slotsom van sy oorsig was dat metings van kognitiewe inhoud meer gebruik moet word in navorsing oor die behandeling van sosiale fobie. Hy het ook bevestig dat 'n afname in negatiewe gedagtes, soos bepaal met die gedagtelys-tegniek, met verbetering ten opsigte van die kliniese simptome van sosiale fobie verband hou.

#### **6.5.4 Emosionele-Strooptaak (Hope, Rapee et al., 1990)**

'n Emosionele-Strooptaak, soortgelyk aan dié wat deur Hope, Rapee et al. (1990) beskryf is, is in die huidige ondersoek gebruik met die doel om aandagsverdraaiing by sosiale fobie (soos bespreek in Hoofstuk 3) te meet. Dit word vervolgens beskryf.

Wat die meting van aandagsverdraaiing by sosiale fobie betref, het Hope, Rapee et al. (1990) 'n belangrike bydrae gelewer deurdat hulle 'n aangepaste weergawe van die Stroopkleurbenoemingstaak (Stroop, 1935, 1938) gebruik het om 'n bepaalde hipotese van Beck se teorie oor angsversteurings (Beck et al., 1985) te toets. Volgens hierdie teorie is individue met sosiale fobie hiperwaaksam en -sensitief vir sosiaal-evaluerende stimuli, wat hulle as aanduidend van gevaar en dus as bedreigend ervaar, en waaraan hulle dikwels onwillekeurig (outomaties) aandag gee. Hulle hipersensitiwiteit word gekenmerk deur 'n bepaalde kognitiewe prosesseringstyl, die sogenaamde kwesbaarheidsmodus, waardeur die prosessering van gevaar- of bedreigende stimuli gefasiliteer word. Die kwesbaarheidsmodus is 'n organisasie van kognitiewe strukture wat as kognitiewe self-skemas bekend staan. Volgens die Beck-teorie raak die kwesbaarheidsmodus (en dus die betrokke gevaarskemas) in die geval van individue met sosiale fobie in sekere sosiale situasies, of in die teenwoordigheid van bepaalde sosiale prikkels, aktief. Die verskynsel van aandagsverdraaiing is dus die gevolg van die aktivering van 'n kwesbaarheidsmodus en die self-skemas van gevaar wat hierdie modus bevat.

Volgens Hope, Rapee et al. (1990) kan Beck se teorie van angsverbandhoudende skemas nie direk deur middel van die evaluasie van selfstellings (i.e., subjektiewe selfrapportering) getoets word nie, omdat so'n benadering die verbale inhoud van kognitiewe aktiwiteit ondersoek, eerder as 'n bepaalde informasie-prosesseringstyl. Soos reeds genoem, het hulle 'n aangepaste weergawe van die Strooptaak ontwikkel, geskoei op 'n aanpassing daarvan vroeër deur Mathews en MacLeod (1985). In die studie van Hope, Rapee et al. (1990) is kleurbenoeming-latensies (huiwerings/vertragings) vir sosiale en fisiese bedreigende woorde (byvoorbeeld die stimuluswoorde "stupid" en "illness" onderskeidelik) vergelyk met afgepaarde neutrale kontrolewoorde (byvoorbeeld "insert" en "learning") by beide individue met sosiale

fobie en individue met 'n paniekversteuring. Soos voorspel is, het individue met sosiale fobie langer latensies getoon vir sosiaal-bedreigende woorde, en individue met 'n paniekversteuring vir fisies-bedreigende woorde. Beide groepe het ook langer latensies op hul onderskeie groepe bedreigende woorde getoon as op twee stelle kontrolewoorde. Hierdie latensies is geïnterpreteer as aanduidend van 'n groter mate van prosessering van woorde wat verband hou met die self-skemas van die twee groepe (individue met sosiale fobie en paniekversteuring) onderskeidelik. Hierdie studie is gedoen met behulp van kaarte waarop stimuluswoorde in verskillende inkkleure aangebring is.

Hope (1990) het 'n gerekenariseerde weergawe van die emosionele-Strooptaak ontwikkel. Met verwysing na die gebruik van hierdie program, wat nie in die huidige ondersoek gebruik is nie (sien motivering verderaan), beveel sy in 'n persoonlike kommunikasie (18 Maart 1995) aan dat verskiltellings (latensietyd van die stimuluswoorde minus dié van die kontrolewoorde), eerder as die totale- of gemiddelde latensietyd, as meting van die afhanklike veranderlike gebruik behoort te word. Sy motiveer dit soos volg:

The threat and control words are matched on number of letters, number of syllables, and frequency of usage. Therefore I believe the most appropriate dependent measure is the interference index, calculated as the difference between the latency for the threat words and the respective control words. This strategy removes variability due to individual differences in color naming per se. (D.A. Hope, persoonlike kommunikasie, 18 Maart 1995)

In die gerekenariseerde weergawe van die emosionele-Strooptaak (Hope, 1990) word die woorde (die stimuluswoorde of die kontrolewoorde) by elke toepassingsgeleentheid op toevallige wyse gerangskik en aangebied word. Verder is daar ook lang lysse van woorde opgestel waaruit 'n steekproef van woorde op toevallige wyse geneem kan word vir aanbieding by 'n bepaalde toetsgeleentheid. Een van die voordele hiervan is waarskynlik die feit dat dit 'n oefeningseffek, indien dit wel in 'n beduidende mate sou voorkom, tussen twee of meer toetsgeleenthede sou kon verminder. Die nadeel van so 'n benadering sou eerstens wees dat die toetsaak wat een stel woorde betref (byvoorbeeld die stimuluswoorde) dan natuurlik nie dieselfde vir die verskillende deelnemers, asook vir 'n bepaalde deelnemer by verskillende toetsgeleenthede sal wees nie, aangesien die woorde en hul inkkleure elke slag op toevallige wyse gevarieer word. 'n Tweede nadeel van die benadering wat met die rekenaarweergawe gevolg word, en vir die aard en doel van die huidige ondersoek dalk 'n belangriker oorweging is, is die feit dat dit onmoontlik is om sulke lang lysse van korresponderende woorde in die hande te kry, want dit moet stimulus- sowel as kontrolewoorde in beide Afrikaans en Engels wees, wat moet ooreenstem wat inhoud, gebruiksfrekwensie, lengte en aantal lettergrepe betref. (Terloops, die gebruik, al dan nie, van lang lysse woorde wat op toevallige wyse aangebied word, hou nie juis verband met die kaart- versus rekenaaraanbieding van die emosionele-Strooptaak nie; dit sou dalk net makliker wees om dit met die rekenaar te doen.) Dit sou dus in die huidige ondersoek beter wees om dieselfde stelle woorde vir elke individu en herhaaldelik (by voor-, na- en opvolgmeting) te gebruik, mits daar nie 'n beduidende oefeningseffek plaasvind soos byvoorbeeld deur Williams et al. (1997) verwag is nie. 'n Manier om vir 'n oefeningseffek te toets, is om die kontrolegroep vir hierdie doel te gebruik. Aangesien dit, sover die huidige ondersoeker se kennis strek, nog nooit by die emosionele-Strooptaak ondersoek was nie, is die resultate (die verskiltellings van die emosionele-Strooptaak) van die kontrolegroep van die huidige studie,



bekom op drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) en met behulp van 'n meerveranderlike enkelrigting-ANOVA geanaliseer. Geen beduidende hoofeffek vir tyd van assessering, [ $F(2,12) = .05332$ ,  $p > .05$ , Pillais = .00881] is gedemonstreer nie. Dit kan beskou word as aanduidend van die afwesigheid van 'n beduidende oefeningseffek en bied dus steun vir die hermetingsbetroubaarheid van hierdie tegniek.

Daar is reeds verwys na die studie van Hope, Rapee et al. (1990) waarin individue met sosiale fobie en 'n ander groep met 'n diagnose van paniekversteuring betrek is. Soos voorspel, het die groep met 'n diagnose van sosiale fobie langer latensies getoon vir sosiaal-bedreigende woorde, en die groep met 'n diagnose van paniekversteuring vir fisies-bedreigende woorde. Beide groepe het ook, soos verwag is, langer latensies op hulle onderskeie groepe bedreigende woorde getoon as op twee stelle korresponderende kontrolewoorde. Hierdie latensie-verskille kan beskou as aanduidend van aandagsverdraaiing na prikkels wat met die twee kliniese groepe se vrese verband hou en bied dus steun vir die diskriminatiewe geldigheid van die twee weergawes van die emosionele-Strooptaak as meetmiddels van aandagsverdraaiing by paniekversteuring en sosiale fobie onderskeidelik. Teoreties, volgens die Beck-model (Beck et al., 1985), is die emosionele-Strooieffekte aanduidend van 'n groter mate van prosessering van informasie wat verband hou met die gevaarskemas binne die kwesbaarheidsmodus van die genoemde twee kliniese groepe.

### **Materiaal**

Die emosionele-Strooptaak, soos in die huidige ondersoek gebruik, het uit vier wit kaarte, waarop woorde in verskillende kleure met filtpen geskryf is, bestaan. Die kaarte was A4-grootte (21 cm x 29.7 cm) en dié van die letters 0.5 cm. Die volgende inkkleure is gebruik: pienk, blou, oranje, groen, swart.

Keuse en vertaling van woorde: Met uitsondering van die voorbeeldkaart (kaart 1; sien volgende paragraaf) is die Engelse woorde almal geneem uit die artikel van Hope, Rapee et al. (1990). Hope en haar medewerkers het nie genoem watter woorde hulle by die voorbeeldkaart gebruik het nie en vyf neutrale woorde is derhalwe gekies. Die Afrikaanse woorde is na samespreking met twee kliniese sielkundiges wat vertrou is met die teorie van Beck gekies en moes aan verskillende vereistes voldoen. Die sosiaal-bedreigende woorde moes sover moontlik ooreenstem met die Engelse woorde wat betref betekenis, gebruiksfrekwensie, aantal letters en lettergrepe. Die kontrolewoorde moes inhoudelik neutraal wees en op hulle beurt sover moontlik met die kontrolewoorde in die ander taal, sowel as met die sosiaal-bedreigende woorde ooreenstem wat betref gebruiksfrekwensie, aantal letters en lettergrepe.

Kaart 1: Voorbeeldkaart. Hierdie kaart het vyf neutrale woorde, geskryf in verskillende kleure, bevat. Dit het op een reël reg in die middel van die kaart verskyn. Die woorde, op verskillende kaarte vir Engels en Afrikaans, was die volgende:

Engels: donkey, blue, walk, tree, investigate

Afrikaans: donkie, blou, loop, boom, ondersoek

Kaart 2: Oefenkaart. Hierdie kaart het vyf neutrale woorde, geskryf in verskillende kleure, bevat. Die vyf woorde was op toevallige wyse gerangskik en het op 10 reëls verskyn. Elke woord het 10 maal op 'n kaart verskyn, óf eenmaal per reël, óf tweemaal per reël (alhoewel nie opeenvolgend nie), maar dan nie

op die ander reël van die paar nie. Beide die toekenning van die inkkleure van die woorde, sowel as die orde waarin hulle verskyn het, het op 'n toevallige wyse geskied. Die woorde, op afsonderlike kaarte vir Afrikaans en Engels, was die volgende:

Engels: level, book, position, house, thing

Afrikaans: vlak, boek, posisie, huis, ding

Kaart 3: Sosialebedreiging-stimuluskaart. Dit het bestaan uit vyf sosiaal-bedreigende stimuluswoorde in verskillende inkkleure wat 20 maal op 'n kaart, versprei oor 'n totaal van 20 reëls, verskyn het. Die inkkleure, rangskikking en orde waarin die woorde verskyn het, het met dié van die oefenkaart ooreengestem. Die woorde was die volgende (vir Afrikaans en Engels op verskillende kaarte):

Engels: stupid, inferior, failure, pathetic, embarrassed

Afrikaans: simpel, onbekwaam, misluk, pateties, verleentheid

Kaart 4: Sosialebedreiging-kontrolekaart. Dit het bestaan uit vyf neutrale woorde, elkeen afgepaar met 'n ooreenstemmende stimuluswoord (Kaart 3) wat betref die aantal letters, die aantal lettergrepe en die gebruiksfrekwensie van elke woord in 'n bepaalde taal. Die woorde was die volgende (vir Afrikaans en Engels op afsonderlike kaarte):

Engels: insert, exterior, network, sporadic, specialised

Afrikaans: instel, begroting, rondom, fondasie, moontlikheid

### **Toepassing**

Die aangepaste emosionele-Strooptaak is soos volg toegepas. Die deelnemer het op 'n stoel agter 'n tafel gesit en die toetsafnemer het skuins agter hom/haar gesit. Die afnemer plaas die voorbeeldkaart (Kaart 1) voor die deelnemer en verduidelik die aard en doel van die taak, naamlik dat hy/sy die inkkleure waarin die woorde geskryf is opeenvolgend moet opnoem totdat hy/sy klaar is. Die deelnemer mag ook die kaart (en dié wat nog gaan volg) optel en vashou as hy/sy dit sou verkies. Hy/sy kry ook die geleentheid om vrae te vra oor aspekte wat hom dalk mag interesseer of wat vir hom onduidelik is, maar word ook ingelig dat die wyse waarop die resultate verder verwerk gaan word en presies wat dit beteken, vir hom/haar eers na die laaste metingsessie verduidelik sal word. Die oefenkaart (Kaart 2) word dan onderstebo voor die deelnemer op die tafel geplaas. Sodra die afnemer en die deelnemer gereed is, gee die afnemer die volgende instruksie: "Goed, neem die kaart, draai dit om en begin noem die kleure van die woorde op so vinnig as wat jy kan." Sodra hy/sy die eerste kleur noem, stel die afnemer 'n stophorlosie in werking en sodra die deelnemer die laaste kleur noem, stop hy dit en teken die tyd aan. Die afnemer volg die kleure wat gelees word op 'n ander vorm. Die deelnemer is hieroor ingelig omdat dit dalk sy aandag mag aftrek as hy dink die afnemer loer oor sy skouer terwyl hy besig is met die taak. Nadat die oefenkaart voltooi is, en enige verdere onduidelikhede uit die weg geruim is, word of Kaart 3 of Kaart 4 op dieselfde wyse voltooi; die oorblywende Kaart (3 of 4) kom dan laastens aan die beurt. Die helfte van die deelnemers (in elkeen van die verskillende groepe, dit wil sê, die gekombineerde kognitiewe herstrukturering en blootstelling behandelingsgroep, die groep wat blootstelling, kognitiewe herstrukturering en hipnose ontvang het en die waglys-kontrolegroep) voltooi Kaart 3 vóór Kaart 4, terwyl dit by die ander helfte omgekeerd plaasvind. Die rede hiervoor is om vir effekte van die volgorde van toepassing (byvoorbeeld binnessessie-oefeningseffek) te kontroleer.

## 6.6 PROSEDURE

Die 46 persone wat as deelnemers gekwalifiseer het, het nadat hulle soos reeds beskryf geselekteer is, elkeen aan 'n individuele onderhoud deelgeneem. Hiertydens is voorbereidende werk vir die bepaalde groep waaraan die individue sou deelneem gedoen. 'n Beskrywing van die inhoud van hierdie onderhoud volg in Afdeling 6.6.2. Hierdie individuele voorbereidingsonderhoud is deur 'n individuele afspraak vir voormeting gevolg. Tydens hierdie afspraak is metings van al die afhanklike veranderlikes gedoen. Alle metings van die afhanklike veranderlikes (voor-, na- en opvolgmeting) is deur 'n onafhanklike kliniese sielkundige behartig. Daar is met die Teikenfobieskale, wat met behulp van die toetsafnemer voltooi is, begin. Dit is gevolg deur die toepassing van die SUD-skaal (Wolpe & Lazarus, 1966) en die Gedagtelys-tegniek (Heimberg, Nyman et al., 1987), waarna die emosionele-Strooptaak (Hope, Rapee et al., 1990) toegepas is. Hierna het die deelnemers die selfrapporteringsvraelyste voltooi.

Die groepterapie-sessies het binne 'n week nadat die voormetings gedoen is 'n aanvang geneem. Dit het 12 weeklikse 2-uur lange sessies behels en het dus oor 'n periode van 3 maande gestrek. Twee subgroepe van 8 en 7 lede elk het 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling tydens hierdie sessies ontvang, terwyl 'n verdere twee subgroepe van 8 lede elk 'n behandelingsprogram bestaande uit kognitiewe herstrukturering, blootstelling en hipnose ontvang het. Die terapie is gedoen volgens die Handleiding van Heimberg (1991) en elke groep is deur dieselfde twee kliniese sielkundiges, van wie een manlik en een vroulik (die navorser), behartig. Wat die waglys-kontrolegroep betref, was daar geen kontak tussen hulle en die terapeute tydens hierdie periode nie.

Die na-metings het binne 'n week na afsluiting van die groepterapie-sessies plaasgevind en het weer, soos die voormetings, tydens 'n individuele sessie plaasgevind en is deur dieselfde toetsafnemer behartig. Dieselfde meetinstrumente en metingprosedure as by voormeting is gebruik. Na 'n verdere 3-maande-periode, waartydens daar nie met enige van die deelnemers enige kontak was nie, is die opvolgmeting weer op 'n individuele basis gedoen, weer met dieselfde meetinstrumente en prosedure, en deur dieselfde toetsafnemer.

Na afloop van die opvolgmetings is 'n selfhelpprogram, gebaseer op Heimberg (1991) se terapieprogram vir sosiale fobie, aan die deelnemers in die waglys-kontrolegroep verskaf. Volgens ooreenkoms was die terapeute ook vir individuele hulpverlening aan hierdie deelnemers beskikbaar, indien hulle dit sou verkies.

## 6.7 BEHANDELING

Die twee behandelingskondisies wat in die huidige studie ondersoek is, naamlik die gekombineerde kognitiewe herstrukturering en blootstellingsprogram en hierdie gekombineerde behandelingsprogram soos aangevul met hipnose word vervolgens beskryf.

### 6.7.1 Individuele onderhoud ter voorbereiding van die onderskeie groepe

Voor die groepterapie-sessies 'n aanvang geneem het, is 'n individuele onderhoud met elkeen van die deelnemers gevoer, waartydens voorbereidende werk vir die bepaalde groep waarin hy/sy sou deelneem, gedoen is. Hierdie onderhoude is deur een van die kliniese sielkundiges wat as ko-terapeut tydens behandeling opgetree het, hanteer.

Tydens hierdie onderhoude is die volgende gedoen:

- Die deelnemers is opgelei in die gebruik van die Subjektiewe Eenhede van Ongemak-skaal (SUDS), wat by herhaling in die groep gebruik sou word;
- 'n Geïndividualiseerde Vrees- en Vermydingshiërargie is vir elke deelnemer opgestel;
- 'n Ooreenkoms, ten opsigte van watter aspekte van die deelnemer se fobie in die groep aangespreek sou word, is aangegaan;
- Deelnemers se vrae en vrese oor behandeling is ondersoek en bespreek en die voordele van behandeling in groepverband is uitgewys;
- Deelnemers is geïntereesd ten opsigte van hoe die groepsessies sou verloop;
- Die volgende grondreëls van groepdeelname is bespreek:
  - Bywoning
  - Stiptelikheid
  - Voltooiing van huiswerkopdragte
  - Vertroulikheid
  - Deelname en betrokkenheid om die ander groeplede te help om aan hulle spesifieke vrese te werk.

'n Individuele onderhoud is op dieselfde tydstip ook met lede van die waglys-kontrolegroep gevoer.

Hiertydens is:

- Deelnemers se vrae en vrese bespreek;
- 'n Ooreenkoms aangegaan, waarin deelnemers hulle verbind het om die metingprosedure driemaal, met tussenposes van 3 maande, te deurloop, en waarin die terapeute onderneem het om na die derde meting hulle dienste gratis en vir 'n maksimum van 12 terapie-sessies beskikbaar te stel.

Indien 'n deelnemer, van enige van die groepe, op angswerende of anti-depressante medikasie was, is 'n ooreenkoms aangegaan waarvan die bepalings die beïnvloeding van die navorsingsresultate deur medikasie voorkom het. Hierdie ooreenkomste het waar nodig met die kennis en toestemming van die betrokke mediese praktisyn geskied.

### 6.7.2 Groepterapie-sessies: Kognitiewe Herstrukturering en Blootstelling (KH+BS)

Die gekombineerde kognitiewe herstrukturering en blootstellingsbehandeling wat met en sonder hipnose toegepas is, is toegepas ooreenkomstig die handleiding van die gestruktureerde behandelingsprogram wat deur Heimberg (1991) ontwikkel is en bekend staan as die Groepkognitiewegedragbehandeling vir Sosiale Fobie in 'n Groepsformaat. Hierdie program is op Beck (byvoorbeeld Beck et al., 1985) se

kognitiewe teorie gebaseer. Blootstelling, wat 'n sogenaamde gedragsterapeutiese tegniek is, maak 'n belangrike deel van die program uit. In die lig daarvan dat gedragsintervensies en -opdragte 'n integrale deel uitmaak van Beck se benadering (Gurnani & Wang, 1990) kan die program ook bloot 'n kognitiewe groepterapie program genoem word. Die term groepkognitieweterapieprogram maak dit egter duidelik dat 'n sogenaamde gedragsintervensie, naamlik blootstelling, 'n belangrike deel van die program uitmaak en word dan ook deur Heimberg-hulle gebruik in hulle verwysing na die program. Die effektiwiteit van hierdie program is oor die afgelope paar jaar in verskeie studies, oorwegend in die VSA, ondersoek (Brown et al., 1995; Gelernter et al., 1991; Heimberg, Becker et al., 1985; Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg et al., 1994; Heimberg et al., 1993; Hope, Heimberg et al., 1995; Hope, Herbert et al., 1995; Lucas & Telch, 1993).

Volgens Heimberg (1989) bestaan die program uit die volgende komponente:

- Verduideliking van die kognitiewe gedragsmodel van sosiale fobie en van die werking van die behandeling;
- Opleiding van pasiënte in die vaardighede van die identifikasie, analise en betwisting van problematiese kognisies deur die gebruik van gestruktureerde oefeninge;
- Blootstelling van pasiënte aan simulاسies van angsonthokkende situاسies gedurende behandeling in groepe;
- Die gebruik van kognitiewe herstrukturierungsprosedures om pasiënte te leer om hulle disfunksionele denke voor, gedurende en na die gesimuleerde blootstellings te beheer;
- Huiswerkopdragte vir in vivo blootstelling aan situاسies wat reeds gekonfronteer is tydens die blootstellingsimulاسies; en
- Die aanleer van 'n kognitiewe herstrukturierungsroetine, vir gebruik voor en na blootstellingsopdragte.

In die huidige studie is kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineer in 12 weeklikse sessies van twee ure elk aangebied, soos in die handleiding van Heimberg (1991) omskryf word. Soos aanbeveel deur Heimberg (1991) is die groepe aangebied deur twee ko-terapeute, een manlike en een vroulike terapeut (die navorser), beide kliniese sielkundiges met ervaring van die kognitiewe gedragsterapie. Hoewel Heimberg 6 pasiënte per groep aanbeveel, is daar aanvanklik 8 persone per groep toegelaat om voorsiening te maak vir attrisie.

### **Sessie 1**

Die sessie het die volgende ingesluit:

- Bekendstelling van deelnemers en die twee terapeute;
- Herbeklemtone van die grondreëls vir groeplidmaatskap;
- Deel van individuele probleme en doelstellings;
- Bespreking van 'n kognitiewe gedragsmodel van sosiale fobie;
- Bespreking van die komponente van behandeling naamlik blootstellingsimulاسies, kognitiewe herstrukturering en huiswerkopdragte;
- Evaluasie van verwagtings vir behandelingsuitkoms;
- Aanvanklike opleiding in kognitiewe herstrukturering spesifiek met betrekking tot outomatiese gedagtes.

Groepede se ervaring van depressie is ook weekliks kortliks gemonitor deur hulle te versoek om die graad van depressie op 'n 8-puntskaal aan te dui en meer inligting te gee wanneer 'n telling van 4 of meer aangedui is. In sulke gevalle sou die betrokke groeplid in 'n individuele onderhoud (ná die groepterapie-sessie) geëvalueer word om te bepaal of hy/sy nie aan 'n gemoedsversteuring ly wat verder hanteer behoort te word nie. Dit was egter nooit nodig nie. Die depressie-vraelyste is voor die aanvang van die sessies uitgedeel en voor die sessie deur die terapeute nagesien.

Die sessie is met 'n huiswerkopdrag afgesluit. Groeplede moes 'n steekproef van 5 tot 10 outomatiese gedagtes, wat met die ervaring van angs in, of in antisipasie van bepaalde situasies geassosieer word, neerskryf. 'n Self-moniteringsvorm is hiervoor verskaf. Die meeste groeplede sou 'n voldoende aantal angsontlokkende situasies in hulle alledaagse lewe beleef, na aanleiding waarvan hulle die gevraagde outomatiese gedagtes kon identifiseer. Deelnemers wat egter in so 'n mate vermydend was dat hulle nie aan 'n voldoende aantal angsontlokkende situasies in hulle alledaagse lewe blootgestel word nie, moes verbeeldingsvoorstellings maak van situasies op hulle geïndividualiseerde vrees- en vermydingshiërargie en op hulle denke fokus.

## Sessie 2

Die tweede groepsessie het die volgende ingesluit:

- Evaluasie van die graad van depressie;
- Hersiening van sessie 1 se huiswerkopdrag;
- Identifikasie van kognitiewe distorsies;
- Betwisting van outomatiese gedagtes en die ontwikkeling van rasonale response;
- Huiswerkopdragte, wat die invul van die Self-Monitor/Kognitiewe Herstruktureringsvorm, soos deur Heimberg (1991) verskaf, behels het (sien Figuur 6.2). Hierdie vorm bestaan uit agt kolomme waarin die eerste ses kolomme as huiswerk ingevul moes word:
  - Datum
  - Beskrywing van die situasie
  - Outomatiese gedagtes
  - Kognitiewe distorsie(s) in elke outomatiese gedagte
  - Die betwistingsvrae, wat vir elke outomatiese gedagte gebruik is, en die antwoord op elke betwistingsvraag
  - 'n Rasonale respons vir elke outomatiese gedagte.
- Voorbereiding vir die aanvang van blootstellingsimulasies.

## Sessies 3 tot 11

Vanaf sessie 3 is daar telkens binne groepverband op individuele groeplede gefokus. Dit het behels dat 'n blootstellingsimulasie met gepaardgaande kognitiewe herstrukturering gedoen is en dat die groeplid se huiswerk vir die sessie gekontroleer is.

Die seleksie van die situasie wat gesimuleer sou word, het gewoonlik 'n onderhandelingsproses behels. Hierdie proses het meesal begin deurdat die terapeute, op grond van die individu se Individuele Vrees- en Vermydingshiërargie en sy/haar doelstellings vir terapie, asook na aanleiding van inligting wat uit

vorige groep- en huiswerk na vore gekom het, 'n bepaalde situasie, vir die individu om aan blootgestel te word, voorgestel het. Vir 'n eerste blootstelling is 'n situasie wat 'n vreesbeoordeling van ongeveer 50 op die SUD-skaal behaal het, geselekteer. Die situasie moes binne die persoon se vermoë om dit uit te voer wees en nie komplekse of moeilike gedrag van die pasiënt vereis het nie. Met verdere sessies moes die pasiënt geleidelik na situasies hoër op die hiërargie beweeg, sodat sy/haar mees gevreesde situasie (in terme van sy/haar doel met terapie) voor die einde van die behandeling kon konfronteer. Pasiënte is gewoonlik by mekaar se blootstellingsoefeninge betrek. So sou die res van die groep byvoorbeeld die gehoor speel vir iemand wat blootgestel moes word aan 'n toespraak-situasie. Soms is 'n ander groeplid of groeplede op so 'n wyse betrek dat hulle ook relevante blootstelling ontvang het. Byvoorbeeld, iemand wat bang was om 'n vraag voor ander te vra, moes 'n vraag stel as lid van die gehoor vir 'n groeplid wat 'n toespraak moes lewer. Tydens die blootstellingsoefening is die teikenpasiënt(e) elke 60 sekondes na 'n SUD-beoordeling gevra. Die Vorm vir Blootstellingsimulasies, soos deur Heimberg (1991) verskaf, is gebruik (Figuur 6.1).

Die doelstellings tydens die blootstellingsimulasies was om:

- Die pasiënt aan 'n realistiese vlak van sy/haar angsk bloot te stel;
- Die pasiënt te help om in die situasie te bly en voort te gaan met die nodige optrede (dus sonder vermyding), ten spyte van sy/haar angsk;
- Relevante kennisies vir gebruik gedurende kognitiewe herstrukturering te identifiseer, en
- Om die pasiënt geleentheid te bied om kognitiewe behartigingsvaardighede te oefen terwyl hy/sy in 'n angstoestand verkeer;
- Om te verseker dat die pasiënt aan die situasie blootgestel word, en daarby betrokke bly, totdat sy/haar angskpeil (volgens SUD-beoordelings) 'n beduidende verlaging getoon het (i.e. 'n verlaging van minstens 10 tot 20 SUD-tellings, maar verkieslik meer).

Voor elke blootstellingsimulasie is die volgende gedoen:

- Werklike of moontlike outomatiese gedagtes is geïdentifiseer;
- Kognitiewe distorsies in hierdie outomatiese gedagtes is geïdentifiseer;
- Dispuutvrae ('n lys van sulke vrae is aan groeplede verskaf) is gebruik om geselekteerde outomatiese gedagtes te bevraagteken;
- Rationele kognitiewe response vir die geselekteerde outomatiese gedagtes is ontwikkel, en
- 'n Toepaslike doelstelling ten opsigte van optrede in die blootstellingsituasie is geïdentifiseer.

Tydens 'n blootstellingsimulasie is die volgende gedoen:

- Elke 60 sekondes, wanneer 'n SUD-beoordeling van die pasiënt bekom is, moes hy/sy die rasionele response, wat op 'n skryfbord geskryf is, hardop lees;
- Pasiënte moes ook die rasionele response gebruik wanneer disfunksionele outomatiese gedagtes by hulle opgekrom het.

**BLOOTSTELLINGSIMULASIE OPNAME-VORM**

Pasiënt ..... Groep .....

Datum ..... Sessie ..... Blootstelling .....

Beskrywing van Blootstellingsimulasie: .....

.....

Ander betrokke: .....

.....

Pasiënt se doel in Blootstellingsimulasie: .....

.....

.....

Rasionele Respons(e) Gebruik in Blootstellingsimulasie: .....

.....

.....

**SUD-Rekord:**

<u>Tyd</u>	<u>Telling</u>
Aanvanklik	.....
1 Minuut	.....
2 Minute	.....
3 Minute	.....
4 Minute	.....
5 Minute	.....
6 Minute	.....
7 Minute	.....
8 Minute	.....
9 Minute	.....
10 Minute	.....

**Figuur 6.1.** Vorm vir Blootstellingsimulasies



Na afloop van 'n blootstellingsimulasie is:

- Die pasiënt se doelstelling met die blootstellingsoefening en die bereiking daarvan geëvalueer;
- Die voorkoms van outomatiese gedagtes wat voor die blootstellingsimulasie gelys is, ondersoek;
- Die gebruik van rasionele response of ander kognitiewe behartigingsresponse, ondersoek;
- Die voorkoms van onverwagte outomatiese gedagtes en die pasiënt se pogings om dit te hanteer, ondersoek;
- Die ko-variasie tussen outomatiese gedagtes, rasionele response en SUD-beoordelings ondersoek; en
- Het die pasiënt 'n samevatting gegee van sy/haar belangrikste afleidings na aanleiding van die blootstellingsimulasie en kognitiewe herstrukturierungsaktiwiteite.

Ander groeplede is ook by die kognitiewe herstruktureringsoefeninge van 'n bepaalde pasiënt betrek. Dit het behels dat insette ook van hulle gevra is tydens kognitiewe herstrukturering wat voor die blootstellingsimulasie gedoen is en dat by afloop van die blootstellingsimulasie terugvoer oor optrede in die situasie van hulle gevra is.

In sessie 3 is daar op twee groeplede met blootstelling en kognitiewe herstrukturering gefokus en in die oorblywende sessies op drie groeplede in elke sessie.

Wat huiswerk betref, is daar vanaf sessie 3 elke week spesifieke huiswerkopdragte aan elke groeplid gegee. Hierdie huiswerk het in vivo blootstelling aan situasies behels wat verwant is aan dit waaraan daar met die pasiënt in die sessies gewerk is en was in ooreenstemming die pasiënt se doelstellings vir terapie.

Die Opsomming van Huiswerkprosedures, wat deur Heimberg (1991) in sy handleiding verskaf word, is aan pasiënte gegee. Dit het behels dat hulle na kognitiewe voorbereiding, soortgelyk aan wat in die sessies voor blootstelling gedoen is, hulleself moes blootstel aan 'n situasie waarop daar in die voorafgaande sessie besluit is. Die kognitiewe voorbereiding het behels dat die tweede tot die vyfde kolom (situasie, outomatiese gedagtes, kognitiewe distorsies, dispuutvrae en –antwoorde, rasionele response) van die Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringsvorm ingevul moes word (sien Figuur 6.2).

Tydens die in vivo blootstelling moes pasiënte:

- Fokus op hulle doelstellings;
- Die angs wat hulle in die situasie ervaar verdra en in die situasie bly sonder vermyding en totdat die situasie afgehandel is;
- Rasionele response gebruik om hulle angs te beheer;
- Oplet na wat hulle uit die huiswerkopdrag kan leer wat van waarde sal wees in die toekoms.

SELFMONITOR/KOGNITIEWE HERSTRUKTURERINGSVORM

Datum	Situasie	Outomatiese Gedagtes	Kognitiewe Distorsies	Dispuutvrae en -antwoorde	Rasionele Response	Doelstellings	Doelstellings Bereik

Figuur 6.2. Selfmonitor /Kognitiewe Herstruktureringvorm

Na die in vivo blootstelling moes pasiënte:

- Dit wat gebeur het in detail in die Situasië-kolom van die Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringvorm neerskryf;
- Beoordeel of hulle doelstellings bereik is en dit in die Doelstellings Bereik kolom aanteken;
- Die lys van outomatiese gedagtes wat voor die blootstelling opgestel is bestudeer en oplet na watter van hierdie gedagtes wel in die situasie voorgekom het. Hulle moes hulle-self afvra of hulle hulle rasionele response of ander kognitiewe behartigingsvaardighede ingespan het en of dit suksesvol was. Indien nie, moes hulle weer hulle outomatiese gedagtes bestudeer en hulle rasionele response heroorweeg;
- Oplet of ander outomatiese gedagtes as die wat voor die oefening gelys is by hulle opgekom het. Indien wel, moes hulle hulle-self afvra of hulle kognitiewe vaardighede ingespan het om dit te hanteer en of hierdie pogings suksesvol was. Indien hulle die kognitiewe vaardighede nie suksesvol gebruik het nie, moes hulle die gedagtes op die Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringvorm neerskryf en daarmee werk soos hulle voor die blootstellingsoefening gedoen het.
- Oplet of enige outomatiese gedagtes met betrekking tot die huiswerk na afloop daarvan voorgekom het en, indien wel, dit hanteer soos die vorige outomatiese gedagtes.

Hierdie geskrewe huiswerk moes saamgebring word na die volgende groepsessie.

Sessies 3 tot 11 het dus samevattend ongeveer soos volg verloop:

- Evaluasie van vlak van depressie, voor die aanvang van die sessie;
- Hersiening van huiswerkopdragte van pasiënte wat nie vir blootstellingsoefeninge geskeduleer was nie;
- Die uitvoer van blootstellingsimulasies met die gepaardgaande kognitiewe herstrukturering. Dit het behels dat daar telkens op 'n bepaalde groeplid gefokus is, gewoonlik drie per sessie, met die uitsondering van sessie 3, waartydens daar slegs op twee individue onderskeidelik gefokus is. Hierdie fokus op 'n spesifieke pasiënt het ook die hersiening van die betrokke pasiënt se huiswerk behels;
- Die ontwikkeling van huiswerkopdragte vir die volgende week.

### **Sessie 12:**

Een of twee blootstellingsimulasies vir maklike situasies wat die onderskeie pasiënte kort na die afsluiting van die groepsessies moes hanteer, of wat verdere werk aan 'n bepaalde tema behels het, is vir sessie 12 voorberei. Daar is dus gepoog om met sukseservarings af te sluit en nie met werk te begin wat nie deurgevoer kon word nie. Daar is dan ook gewoonlik nie gewerk aan situasies wat nog nie tevore aangespreek is nie. Hierdie sessie is egter hoofsaaklik daaraan gewy om pasiënte voor te berei vir die hantering van hulle angs nadat die behandeling verby was. Die volgende vrae is aan elke pasiënt gestel:

- Watter angsthede het hulle oorkom of beduidend verminder?
- Wat was die belangrikste aspek wat hulle in die groepe geleer het wat bygedra het tot vermindering van angs?
- Watter betwistingsvrae en rasionele response het hulle betekenisvol gevind?
- Watter angsthede het oorgebly?

- Watter spesifieke situasies het hulle nodig om te konfronteer om die oorblywende angs te oorkom?
- Watter spesifieke doelstellings moet hulle vir hulle-self stel om te help om die oorblywende angstighede teen te werk?
- Is daar spesifieke outomatiese gedagtes wat hulle steeds pla wanneer hulle aan hierdie doelstellings en situasies dink?

### **6.7.3 Kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineer met hipnose (KH+BS+Hipno)**

Die tweede groep pasiënte het ook die kognitiewe herstrukturering en blootstellingsbehandeling volgens Heimberg (1991) se handleiding vir die Kognitiewegedragsterapieprogram van Sosiale Fobie in 'n Groepsformaat ontvang, maar hipnose is hierby geïnkorporeer. Hierdie behandelingsprogram het ook uit 12 sessies van 2 uur elk bestaan. Vanweë die byvoeging van hipnose was daar dus minder tyd vir kognitiewe herstrukturering en blootstelling beskikbaar. Elkeen van die subgroepe wat aan die behandeling deelgeneem het, het uit 8 pasiënte bestaan. Dieselfde twee ko-terapeute, bestaande uit een manlike en een vroulike terapeut, het ook hierdie behandelingsprogram aangebied. Die vroulike terapeut (die navorser) was ervare in die gebruik van hipnose.

Die wyse waarop hipnose in hierdie navorsing gebruik is, is in ooreenstemming met die huidige beweging binne die terrein van die kliniese hipnose soos in drie ooreenstemmende modelle beliggaam word, naamlik die Kognitiewe Vaardighedsmodel (Diamond, 1989), die Nuwe Hipnose (Araoz, 1982, 1985) en die moderne benadering tot hipnoterapie, soos deur Golden et al. (1987) beskryf. Hipnose is op 'n pragmatiese wyse as 'n aanvullende tegniek in terapie toegepas. Die navorser het die beginsels van hierdie benaderings, soos in Afdeling 5.4 beskryf, gevolg ten einde 'n behandelingsprogram te ontwikkel waarin Heimberg (1991) se groepkognitiewegedragsterapieprogram vir die behandeling van sosiale fobie met hipnose aangevul word. Die toepassing van hipnose was ook in ooreenstemming met die riglyne van die American Society for Clinical Hypnosis (Hammond, 1992).

#### **Sessie 1**

Hierdie sessie het net soos die eerste sessie van die vorige behandelingsprogram verloop met die volgende uitsonderings:

- Aanvanklike opleiding in kognitiewe herstrukturering het oorgestaan tot sessie 2;
- Die bespreking van 'n kognitiewe gedragsmodel van sosiale fobie is aangevul met die konsep van negatiewe selfhipnose (sien Afdeling 5.4.2);
- Deelnemers is geïntereïreer met betrekking tot hipnose en mites wat oor die aard van hipnose bestaan, is uitgeklaar;
- Daar is begin met hipnotiese vaardighedsleer (Diamond, 1989; Golden et al., 1987) waarna elke deelnemer se mees effektiewe sensoriese modaliteit (visueel, auditief of kinesteties) om op verbeeldingsvlak te gebruik, bepaal is;
- Groephipnose-induksie, soortgelyk aan die Meditational Approach to Hypnosis and Auto-Hypnosis van Ebrahim (1976), is toegepas. Dit het onder andere die daarstel van geïndividualiseerde selfhipnose-tegnieke en die gebruik van egoversterkingstegnieke (Hartland, 1971) behels;

- Huiswerk wat behels het dat die deelnemers selfhipnose-oefeninge met behulp van 'n bandopname moes doen.

## **Sessie 2**

Die tweede groepsessie het die volgende ingesluit:

- Evaluasie van die graad van depressie;
- Hersiening van sessie 1 se huiswerkopdrag;
- Aanvanklike opleiding in kognitiewe herstrukturering, spesifiek met betrekking tot outomatiese gedagtes;
- Opleiding met betrekking tot outomatiese verbeeldingservarings (Die outomatiese verbeeldingservarings waarop gefokus is, het veral herinneringe aan vorige belewenisse in sosiale situasies en verwagtings ten opsigte van toekomstige belewenisse in bepaalde sosiale situasies behels. Deelnemers se selfhipnose-tegnieke is onder andere ingespan om hierdie voorstellings of ervarings op verbeeldingsvlak te identifiseer);
- Identifikasie van kognitiewe distorsies;
- Identifikasie van belemmerende verbeeldingsvoorstellings/-ervarings;
- Huiswerk het behels dat deelnemers hulle selfhipnose-tegniek verder moes inoefen en dit funksioneel moes gebruik ten einde aan die einde van hierdie oefeninge 'n verbeeldingservaring van 'n teikenfobie-situasie te beleef. Hierna moes hulle die Vorm vir Outomatiese Gedagtes en Verbeeldingservarings (sien Figuur 6.3) invul. Die kolomme van laasgenoemde vorm moes in numeries-opeenvolgende volgorde ingevul word.

Vorm vir Outomatiese Gedagtes en Verbeeldingservarings

1. Datum	2. Situasië		
3. Outomatiese Gedagtes	5. Kognitiewe Distorsies	4. Outomatiese Verbeeldingservarings	6. Aangepas/Belemmerd

Figuur 6.3. Vorm vir Outomatiese Gedagtes en Verbeeldingservarings

### Sessie 3

Die derde groepsessie het die volgende ingesluit:

- Evaluasie van die graad van depressie;
- Hersiening van sessie 2 se huiswerkopdragte;
- Betwisting van outomatiese gedagtes en die ontwikkeling van rasonele kognitiewe response en funksionele/aangepaste verbeeldingsvoorstellings;
- Voorbereiding vir die aanvang van blootstellingsimulasies in sessie 4;
- Identifikasie van 'n situasie vir in vivo blootstellingsoefeninge as huiswerk;
- Heimberg (1991) se Opsomming van Huiswerkprosedures is bygewerk om hipnose te inkorporeer en aan deelnemers verskaf;
- Heimberg (1991) se Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringvorm is ook bygewerk om hipnose te inkorporeer (sien Figuur 6.4) en aan deelnemers verskaf om voor en na blootstellingsoefeninge in te vul. Kolomme 1 tot 10 moes voor die oefeninge voltooi word en kolomme 1 tot 11 moes na die oefeninge ingevul word.

### Sessies 4 tot 12

Hierdie groep het eers vanaf sessie 4 in vivo blootstelling ontvang. Van sessie 4 tot sessie 12 het hierdie groep se behandeling dus op dieselfde wyse verloop as sessies 3 tot 12 van die groep wat die kognitiewe herstrukturering en blootstelling in kombinasie ontvang het, behalwe vir die byvoeging van hipnose.

Vanweë die addisionele hipnose is daar egter gewoonlik net op twee in plaas van Heimberg (1991) se aanbevole drie groeplede per sessie gefokus.

Blootstellingsimulasies is op die volgende wyse met hipnose aangevul:

Voor elke blootstellingsimulasie:

- Deelnemers moes na 'n selfhipnose-induksie hulleself op verbeeldingsvlak in die teikensituasie plaas;
- Kognitiewe distorsies sowel as belemmerende verbeeldingservarings is geïdentifiseer;
- Rasonele kognitiewe response sowel as funksionele/gewenste verbeeldingsvoorstellings is ontwikkel;
- Na 'n selfhipnose-induksie het al die deelnemers, saam met die deelnemer op wie daar spesifiek gefokus is, 'n verbeeldingsvoorstelling gemaak van hoe hulle op 'n funksionele/gewenste wyse in die teikensituasie optree en die doelstellings wat vir die blootstellingsimulasie gestel is bereik. (Let op dat hierdie doelstellings nooit die afwesigheid van angs in die teikensituasies nog behels het nie.)

Na afloop van elke blootstellingsimulasie is die volgende gedoen:

- Die vraag is bespreek of die verbeeldingsvoorstelling van die blootstellingsituasie aangepas kon word om dit meer funksioneel of van groter hulp te maak;
- Positiewe ervarings tydens die blootstellingsimulasies is in die funksionele/aangepaste verbeeldingsvoorstellings geïnkorporeer;
- Huiswerk het behels dat hierdie verbeeldingsvoorstelling tydens die selfhipnose-huiswerk (wat soggens en saans en/of voor en na blootstellinghuiswerk gedoen moes word) herbeleef moes word.

Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringvorm

<p><u>1. Datum</u>                  Voor blootstelling?                  Na blootstelling?</p>	<p><u>2. Situasië</u></p>		
<p><u>3. Outomatiese Gedagtes</u></p>	<p><u>5. Kognitiewe Distorsies</u></p>	<p><u>7. Betwisting</u></p>	<p><u>8. Rationele Response</u></p>
<p><u>4. Verbeeldingservarings</u></p>	<p><u>6. Is die Verbeeldingservarings                  Funkisioneel/Belemmerend?</u></p>	<p><u>9. Doelstellings</u></p>	<p><u>10. Funkisionele/Aangepaste                  Verbeeldingsvoorstellings</u></p>
<p><u>11. Doelstellings Bereik:</u></p>			

Figuur 6.4. Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringvorm



## 7. RESULTATE

### 7.1 PROBLEEMSTELLING

Sosiale fobie is 'n redelik algemene versteuring wat tot ernstige benadeling van intrapsigiese en interpersoonlike funksionering aanleiding gee. Uitkomsnavorsing oor die behandeling van sosiale fobie is tot op hede oorwegend vanuit die kognitiewe gedragsbenadering gedoen en aanduidings is dat die meeste sukses behaal word met kognitiewe herstrukturering en blootstelling soos gekombineer in Heimberg (1991) se Groepkognitiewegegedragsterapieprogram vir Sosiale Fobie.

'n Belangrike beswaar teen hierdie behandelingsprosedures, en dus ook teen die kognitiewe teorie oor angsversteurings onderliggend daaraan, is dat dit oorwegend op strategiese kognitiewe prosessering fokus en nie genoegsaam klem plaas op die rol van outomatiese prosessering nie. Hierdie beswaar berus op die aanname dat outomatiese prosessering onafhanklik van strategiese prosessering kan plaasvind en rigting daaraan kan gee en dat outomatiese prosessering nie noodwendig deur strategiese prosessering gewysig word nie.

Hipnose word beskou as 'n prosedure waardeur outomatiese en nie-verbale prosessering aangespreek kan word. Ten spyte daarvan dat hierdie siening toenemend binne die veld van die kognitiewe terapie voorkom, is daar nog min navorsing gedoen oor die vraag of die aanvulling van kognitiewe of kognitiewe gedragsterapeutiese prosedures en programme met hipnose die effektiwiteit daarvan verhoog. Ten opsigte van die behandeling van sosiale fobie is een studie, waarin hierdie probleem by 'n populasie met publiekespraak-angs ondersoek is, tot dusver gerapporteer. Dit blyk dus dat daar 'n behoefte is aan navorsing binne die terrein van die kognitiewe gedragsterapie oor die vraag of hipnose die uitwerking van kognitiewe gedragsprosedures kan versterk.

### 7.2 DOELSTELLING

Op grond hiervan het die huidige studie ten doel om die effektiwiteit van 'n kognitiewe gedragsprogram vir sosiale fobie bestaande uit blootstelling en kognitiewe herstrukturering aangevul met hipnose en daarsonder te vergelyk, ten einde na te gaan of die aanvulling met hipnose die effektiwiteit van die program verbeter al dan nie.

Die spesifieke doelwitte was om vas te stel of

- 'n kognitiewe gedragsprogram vir die behandeling van sosiale fobie, bestaande uit blootstelling en kognitiewe herstrukturering, meer effektief aan die einde van behandeling sou wees indien dit met hipnose aangevul word, en of
- die aanvulling met hipnose 'n effek op die langtermyn-uitwerking van die program sou hê.

### 7.3 HIPOTESES

Na aanleiding van hierdie doelstelling en doelwitte is die volgende hipoteses gestel:

- H1: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling (hierna die gekombineerde behandeling genoem) 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes (*teikenfobie-angs/-vermyding/-ontsnapping, teikenfobie-vermyding en teikenfobie-angs*) aan die einde van behandeling by 'n groep pasiënte met sosiale fobie tot gevolg hê.
- H2: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H3: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie (*sosialefobie-vermyding, sosialefobie-observasie-angs, sosialefobie-interaksie-angs, sosialefobie-algemene-simptomatologie, sosialefobie-vermyding/-ongemak en sosialefobie-ongemak/-belemmering*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê. (Hierdie veranderlikes sal verderaan die sosialefobie- afhanklike veranderlikes genoem word).
- H4: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H5: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes (*gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie en aandagsverdraaiing*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H6: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H7: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H8: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H9: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H10: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die teikenfobie-afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H11: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H12: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die sosialefobie-afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

- H13: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H14: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H15: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H16: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H17: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H18: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H19: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H20: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H21: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H22: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H23: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H24: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

#### **7.4 GROEPERING VAN DIE AFHANKLIKE VERANDERLIKES**

Ten einde hierdie hipoteses te ondersoek, het 15 pasiënte met 'n *DSM-IV*-diagnose van sosiale fobie aan 'n gekombineerde behandelingsprogram bestaande uit kognitiewe herstrukturering en blootstelling (voortaan as KH+BS aangedui) deelgeneem, terwyl 16 pasiënte met sosiale fobie dieselfde gekombineerde behandelingsprogram waarby hipnose geïntegreer is (voortaan as KH+BS+Hipno aangedui) ondergaan het. Veertien pasiënte het as 'n waglys-kontrolegroep gedien.

Dertien meetmiddels is voor behandeling, onmiddellik na afloop daarvan en by opvolg 3 maande later toegepas. Die meetmiddels word op grond van die veranderlikes wat daardeur gemeet word, in vier breë kategorieë gegroepeer, soos vervolgens aangetoon word. Die resultate, sowel as die bespreking daarvan, word deurgaans in terme van hierdie vier kategorieë van veranderlikes aangebied. (Let op dat hoewel die meetmiddels in elkeen van die vier groeperings verband hou deurdat hulle breedweg dieselfde tipe veranderlike meet, daar wel verskille bestaan ten opsigte van die meer spesifieke aspekte van die veranderlike wat deur elke meetinstrument in 'n bepaalde kategorie gemeet word).

#### **Meetmiddels wat met 'n spesifieke teikenfobie verband hou**

- Teikenfobie-Indeks (TEIK-I): Die gemiddelde telling behaal op die teikenfobieskaal, wat 'n aanduiding van die erns van *teikenfobie-angs/-vermyding/-ontsnapping* lewer
- Fear Questionnaire – Target Phobia (FQ-TP): *Teikenfobie-vermyding*
- Subjektiewe Eenhede van Ongemak-skaal (SUDS): Subjektiewe *teikenfobie-angs*

#### **Meetmiddels wat met die graad, aard, aspekte en gevolge van sosiale fobie verband hou**

- Fear Questionnaire – Social Phobia (FQ-SP): Graad van *sosialefobie-vermyding*
- Social Phobia Scale (SPS): *Sosialefobie-observasie-angs*
- Social Interaction Anxiety Scale (SIAS): *Sosialefobie-interaksie-angs*
- Social Phobia Anxiety Inventory – Total Score (SPAI-TS): *Algemene sosialefobie-simptomatologie*
- Social Avoidance and Distress Scale (SAD): *Sosialefobie-vermyding-ongemak*
- Fear Questionnaire – Disturbance Scale (FQ-DS): *Sosialefobie-ongemak/-belemmering*

#### **Meetmiddels wat kognitiewe afhanklike veranderlikes meet**

- Gedagtelystegniek – SOM-ratio (GLT-SOM): *Gedagte-funksionaliteit/-disfunksionaliteit*
- Fear of Negative Evaluation (FNE): *Vrees vir negatiewe evaluasie*
- Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling: *Aandagsverdraaiing*

#### **Beck Depression Inventory (BDI): Graad van depressie**

Die resultate word vervolgens in terme van die beskrywende statistiek, die interkorrelasies tussen die afhanklike veranderlikes, en terapie-uitkoms gerapporteer.

### **7.5 BESKRYWENDE STATISTIEK**

Die beskrywende statistiek (rekenkundige gemiddeldes [RG's] en standaardafwykings [SA's]) van die 13 afhanklike veranderlikes gemeet op die drie metingstadia, word vir elke groep afsonderlik in Tabelle 7.1 tot 7.3 weergegee, met die beskrywende statistiek vir die kombinasie van die KH+BS en WLK groepe in Tabel 7.4 vir die kombinasie van die KH+BS+Hipno en WLK groepe in Tabel 7.5 en vir die kombinasie van die KH+BS en KH+BS+Hipno in Tabel 7.6. (Die beskrywende statistiek word ook vir die laasgenoemde gekombineerde groepe gerapporteer omdat die MANOVA's se hoofeffekte van tyd, wat in verdere afdelings ter sprake kom, op die resultate van hierdie gekombineerde groepe berus.

Tabel 7.1

Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS Groep (n=15) by Verskillende Metingstadia

Meetmiddel	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<b>Teikenfobie</b>						
TEIK-I	5.63	1.43	3.04	1.47	2.99	1.75
FQ-TP	6.93	1.22	2.87	2.13	3.53	2.70
SUDS	85.33	9.72	41.67	16.11	46.67	20.67
<b>Sosiale fobie</b>						
FQ-SP	23.80	8.33	13.27	9.22	15.27	9.75
SPS	41.40	18.00	23.00	16.41	21.87	17.56
SIAS	49.00	18.43	33.13	16.97	33.87	19.81
SPAI-TS	104.27	22.75	68.80	21.90	68.33	27.99
SAD	23.33	6.95	13.87	6.42	14.80	9.13
FQ-DS	6.60	1.45	3.73	1.53	4.20	2.24
<b>Kognitiewe veranderlikes</b>						
GLT-SOM	0.12	0.06	0.48	0.26	0.51	0.30
FNE	26.60	3.09	19.07	6.71	18.87	8.30
STROOP	9.43	7.64	2.99	3.55	4.51	5.53
<b>Depressie</b>						
BDI	16.33	9.04	6.87	5.34	4.73	4.22

Tabel 7.2

Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS+Hipno Groep (n=16) by Verskillende Metingstadia

Meetmiddel	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<b>Teikenfobie</b>						
TEIK-I	5.23	1.02	2.41	1.23	2.00	1.53
FQ-TP	6.75	1.34	1.94	1.57	1.75	1.73
SUDS	77.50	10.49	55.94	18.55	47.19	19.06
<b>Sosiale fobie</b>						
FQ-SP	24.94	10.32	10.94	7.56	11.69	8.28
SPS	42.31	18.61	18.44	11.06	19.00	12.57
SIAS	50.63	17.54	28.31	11.19	29.94	11.52
SPAI-TS	102.94	33.19	62.13	26.66	69.38	32.04
SAD	20.94	7.32	9.56	5.81	10.13	6.82
FQ-DS	6.69	1.20	3.00	1.86	3.19	2.04
<b>Kognitiewe veranderlikes</b>						
GLT-SOM	0.13	0.07	0.67	0.21	0.70	0.23
FNE	25.88	5.71	18.44	8.09	17.88	9.47
STROOP	8.83	14.28	6.24	5.84	5.77	12.81
<b>Depressie</b>						
BDI	12.69	7.91	5.13	4.72	4.56	5.66

Tabel 7.3

Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die WLK Groep (n=14) by Verskillende Metingstadia

Meetmiddel	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<b>Teikenfobie</b>						
TEIK-I	5.61	1.38	5.57	1.32	5.60	1.18
FQ-TP	7.00	1.47	6.93	1.27	6.93	1.27
SUDS	83.36	15.17	81.43	10.08	80.71	13.43
<b>Sosiale fobie</b>						
FQ-SP	25.64	10.18	24.14	9.81	24.21	7.94
SPS	46.21	17.98	42.57	21.60	40.14	22.65
SIAS	46.43	17.47	46.64	22.02	44.36	19.30
SPAI-TS	102.29	23.68	99.36	30.76	94.14	34.66
SAD	21.29	7.64	19.79	7.84	19.93	8.46
FQ-DS	6.86	1.61	6.64	1.74	6.71	1.38
<b>Kognitiewe veranderlikes</b>						
GLT-SOM	0.14	0.11	0.16	0.14	0.17	0.20
FNE	23.29	6.83	21.64	8.42	21.50	9.10
STROOP	8.74	9.13	7.45	15.55	8.20	10.95
<b>Depressie</b>						
BDI	20.29	12.56	20.21	13.91	17.57	10.21

Tabel 7.4

Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die Gekombineerde KH+BS en WLK Groepe (n=29) by Verskillende Metingstadia

Meetmiddel	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<b>Teikenfobie</b>						
TEIK-I	5.62	1.38	4.26	1.88	4.25	1.99
FQ-TP	6.97	1.32	4.83	2.70	5.17	2.71
SUDS	84.38	12.45	60.86	24.20	63.10	24.44
<b>Sosiale fobie</b>						
FQ-SP	24.69	9.15	18.52	10.85	19.59	9.88
SPS	43.72	17.84	32.45	21.22	30.69	21.88
SIAS	47.76	17.70	39.66	20.40	38.93	19.94
SPAI-TS	103.31	22.80	83.55	30.34	80.79	33.49
SAD	22.35	7.23	16.72	7.63	17.24	8.86
FQ-DS	6.72	1.51	5.14	2.18	5.41	2.24
<b>Kognitiewe veranderlikes</b>						
GLT-SOM	0.13	0.09	0.33	0.27	0.34	0.30
FNE	25.00	5.41	20.31	7.56	20.14	8.64
STROOP	9.09	8.24	5.14	11.12	6.29	8.63
<b>Depressie</b>						
BDI	18.24	10.87	13.31	12.25	10.93	10.00



Tabel 7.5

Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die Gekombineerde KH+BS+Hipno en WLK Groepe (n=30) by Verskillende Metingstadia

Meetmiddel	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<b>Teikenfobie</b>						
TEIK-I	5.41	1.20	3.89	2.03	3.68	2.28
FQ-TP	6.87	1.38	4.27	2.90	4.17	3.03
SUDS	80.23	13.00	67.83	19.77	62.83	23.62
<b>Sosiale fobie</b>						
FQ-SP	25.27	10.08	17.10	10.84	17.53	10.21
SPS	44.13	18.11	29.70	20.55	28.87	20.66
SIAS	48.67	17.33	36.87	19.20	36.67	17.00
SPAI-TS	102.63	28.65	79.50	33.89	80.93	35.04
SAD	21.10	7.34	14.33	8.48	14.70	9.00
FQ-DS	6.77	1.38	4.70	2.56	4.83	2.50
<b>Kognitiewe veranderlikes</b>						
GLT-SOM	0.14	0.09	0.44	0.31	0.45	0.34
FNE	24.67	6.29	19.93	8.26	19.57	9.32
STROOP	8.79	11.95	6.81	11.24	6.90	11.84
<b>Depressie</b>						
BDI	16.23	10.86	12.17	15.52	10.63	10.34

Tabel 7.6

Rekenkundige Gemiddeldes en Standaardafwykings van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS en KH+BS+Hipno Groepe (n=31) by Verskillende Metingstadia

Meetmiddel	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<b>Teikenfobie</b>						
TEIK-I	5.42	1.23	2.72	1.37	2.48	1.69
FQ-TP	6.84	1.27	2.39	1.89	2.61	2.39
SUDS	81.29	10.72	49.03	18.59	46.94	19.52
<b>Sosiale fobie</b>						
FQ-SP	24.39	9.27	12.07	8.35	13.42	9.06
SPS	41.87	18.02	20.65	13.86	20.39	15.00
SIAS	49.84	17.69	30.65	14.24	31.84	15.92
SPAI-TS	103.58	28.15	65.36	24.30	68.87	29.65
SAD	22.10	7.12	11.65	6.40	12.36	8.02
FQ-DS	6.65	1.31	3.36	1.72	3.68	2.17
<b>Kognitiewe veranderlikes</b>						
GLT-SOM	0.12	0.07	0.58	0.25	0.61	0.28
FNE	26.23	4.57	18.74	7.34	18.36	8.79
STROOP	9.12	11.37	4.67	5.07	5.16	9.83
<b>Depressie</b>						
BDI	14.45	8.54	5.97	5.02	4.65	4.93

## 7.6 INTERKORRELASIES TUSSEN VOORMETINGS VAN AFHANKLIKE VERANDERLIKES

Die huidige studie het deel gevorm van 'n groter navorsingsprojek oor sosiale fobie waarby 60 deelnemers betrek is. In Tabel 7.7 verskyn die Bravais-Pearson interkorrelasies tussen die voormetings van die afhanklike veranderlikes van die 60 deelnemers.

Tabel 7.7

Interkorrelasies Tussen Voormetings van die Afhanklike Veranderlikes (n=60)

Meetinstrumente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. TEIK-I	–	.51	.37	.33	.17	.18	.09	.25	.28	-.31	-.09	.10	.15
2. FQ-TP		–	.37	.54	.43	.28	.19	.21	.42	-.35	.26	.07	.22
3. SUDS			–	.06	.13	.01	.06	.06	.29	-.10	-.03	.15	.00
4. FQ-SP				–	.81	.67	.41	.56	.23	-.30	.53	.25	.50
5. SPS					–	.72	.47	.57	.25	-.09	.55	.14	.56
6. SIAS						–	.61	.70	.15	-.21	.50	.07	.61
7. SPAI-TS							–	.54	.15	.07	.34	.10	.25
8. SAD								–	.12	-.02	.34	.14	.53
9. FQ-DS									–	-.19	.07	-.12	.19
10. GLT-SOM										–	-.22	-.15	-.23
11. FNE											–	.10	.36
12. STROOP												–	-.01
13. BDI													–

Die afhanklike veranderlikes waarvan die interkorrelasies in Tabel 7.7 aangetoon word, is in die huidige ondersoek ingesluit omdat hulle op teoretiese gronde met sosiale fobie verband hou en daar dus verwag kan word dat hulle ook met mekaar verband sal hou. 'n Meer betekenisvolle metode om hierdie korrelasies te evalueer, is om eerder hulle grootte as bloot hulle statistiese beduidendheid te bestudeer. 'n Gesaghebbende bron op statistiese krag-analise en die populasie-effekgroottes van verskillende statistiese toetse (Cohen, 1992) klassifiseer korrelasiekoëffisiënte van 0.10 as klein, 0.30 as medium, en 0.50 as groot.

Die interkorrelasies tussen die afhanklike veranderlikes word gerapporteer omdat dit eerstens verband hou met die interpretasie van die resultate oor terapie-uitkoms. Wanneer die effekte van twee behandelings, of die van behandeling en die waglys-kontrolekondisie, vergelyk word ten opsigte van 'n relatief groot verskeidenheid van afhanklike veranderlikes, soos in die huidige ondersoek, kan verwag word dat daar veranderlikes gaan wees ten opsigte waarvan die effekte tussen twee van die kondisies beduidend sal verskil, en ander ten opsigte waarvan die verskille weer onbeduidend sal wees. Om te kan verklaar waarom sekere afhanklike veranderlikes met mekaar ooreenstem en met ander verskil ten opsigte van die differensiële effekte van verskillende kondisies, kan dit waardevol wees om te weet wat die korrelasies

tussen hierdie afhanklike veranderlikes was. Daar kan byvoorbeeld verwag word dat veranderlikes wat relatief hoog met mekaar korreleer, meer geneig sal wees om eenders deur 'n bepaalde behandeling of 'n waglys-kontrolekondisie geaffekteer te word as veranderlikes wat relatief laag met mekaar korreleer.

Tweedens word die interkorrelasies gerapporteer weens die kategoriale indeling van die afhanklike veranderlikes in vier groepe, naamlik die teikenfobie-, sosialefobie- en kognitiewe veranderlikes, en graad van depressie. Die verdeling is op konseptuele gronde gedoen, maar om die effekte en differensiële effekte van behandeling binne elkeen van hierdie groepe beter te kan verstaan en dit ook meer sinvol met dié in ander groepe te kan vergelyk, is dit nodig om die ooreenkomste en verskille binne en tussen hierdie kategorieë van veranderlikes in gedagte te hou. Dit word vervolgens bespreek.

Die teikenfobieskaal het medium tot hoë interkorrelasies gedemonstreer. Van die drie skale het die SUD-skaal die laagste met die ander twee gekorreleer. TEIK-I en FQ-TP, wat 'n hoë korrelasie met mekaar toon, stem ooreen ten opsigte van die meting van vermyding van 'n spesifieke teikenfobie, beoordeel op 'n 9-punt Likert tipe skaal. Die SUD-skaal daarenteen meet subjektiewe angs beoordeel na blootstelling op verbeeldingsvlak aan 'n uitgebreide beskrywing van 'n situasie waarvan die teikenfobie deel vorm. Die metingskaal van die sosialefobie-veranderlikes het, met uitsondering van die FQ-DS, hoog met mekaar gekorreleer. Dit is verklaarbaar. Die sosialefobie-metmiddels wat hoog met mekaar korreleer, meet veranderlikes wat met die angs en vermyding van gevreesde sosiale situasies verband hou, terwyl die FQ-DS die mate meet waarin die individu se sosiale fobie sy/haar alledaagse lewe ontwig. Dit beteken natuurlik nie dat die probleem se belemmerende effekte noodwendig min is nie, maar dat angs en vermydingsresponse in gevreesde situasies in 'n groter mate met mekaar as met die ontwrigtende effek op die alledaagse lewe geassosieer word. Die kognitiewe veranderlikes se korrelasies is aan die lae kant. Lae korrelasies van die Stroop met die ander twee kognitiewe meetmiddels is te verstane, omdat die Stroop hoofsaaklik onbewuste kognitiewe prosesse meet terwyl die GLT en FNE kognitiewe inhoud meet. Die negatiewe korrelasies tussen die GLT-SOM en die ander skale en indekse was te wagte, omdat eersgenoemde 'n positiewe verskynsel meet en die ander meetmiddels psigopatologiese verskynsels. Die BDI se korrelasies was geneig om hoër te wees met algemene sosialefobie-simptomatologie en die vrees-vir-negatiewe-evaluasie as met angs, vermyding en die funksionaliteit van gedagtes in teikenfobie-situasies. Die graad van depressie wat 'n individu ervaar, hou dus meer verband met sy/haar algemene sosialefobie-simptomatologie, as met probleme wat hy/sy ten opsigte van spesifieke teikensituasies ervaar. Die redelike lae korrelasie met die FQ-DS dui daarop dat graad van depressie ook minder met die ontwrigtende effek op die alledaagse lewe verband gehou het, as met die spesifieke emosionele en gedragseffekte in verskeie sosiale situasies.

Die interkorrelasies tussen die afhanklike veranderlikes wat in die huidige studie gemeet is, ondersteun dus grootliks die konseptuele basis wat gebruik is om die skale in vier verskillende kategorieë te verdeel.

## 7.7 TERAPIE-UITKOMS

Ten einde terapie-uitkoms na te gaan, is die variansiehomogeniteit van die drie groepe eers ondersoek. Dit is gedoen om vas te stel of die variansies van die groepe beduidend verskil het of nie en of derhalwe aan

die aanname hieromtrent, grondliggend aan herhaalde meting MANOVA, voldoen is. Vervolgens is die groepe in terme van voormetings vergelyk om vas te stel of daar enige verskille in terme van die afhanklike veranderlikes voor behandeling tussen die groepe bestaan het. Die effek van terapie is dan ondersoek in terme van verskille tussen en binne groepe by die verskillende meetingsgeleenthede.

### 7.7.1 Variansie-homogeniteit van die groepe

Die Herhaalde Metingsontwerp Multi-veranderlike Variansie-analise (MANOVA) wat in hierdie ondersoek gebruik is om terapie-uitkoms te ondersoek, berus op sekere aannames, waaronder die aanname dat die variansies van die groepe wat vergelyk word nie beduidend mag verskil nie. Aangesien die resultate van drie kondisies (die twee behandelings en 'n waglys-kontrolekondisie) in pare van twee met mekaar met behulp van Herhaalde Meting MANOVA's vergelyk is, moet die variansie-homogeniteit van drie pare kondisies ondersoek word, naamlik elkeen van die behandelings in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie en die behandelings in vergelyking met mekaar. Ten einde te bepaal of die aanname oor die homogeniteit van variansie van die verskillende groepe nagekom is, word die statistiek Box's M (George & Mallery, 1999) gebruik. Normaalweg word 'n geldigheidspeil van hoër as 10 % ( $p > .10$ ) beskou as aanduiding dat die aanname oor homogeniteit nie geskend is nie (H.W. Kruijse, persoonlike mededeling, Augustus 1998). Die resultate van die homogeniteitstoetse verskyn in Tabel 7.8.

Tabel 7.8

Variansiehomogeniteit van die Drie Groepe

Meetmiddel	KH+BS en WLK		KH+BS+Hipno en WLK		KH+BS en KH+BS+Hipno	
	<u>Box's M</u>	<u>p</u>	<u>Box's M</u>	<u>p</u>	<u>Box's M</u>	<u>p</u>
<b>Teikenfobie</b>						
TEIK-I	4.85	.641	7.46	.361	2.88	.862
FQ-TP	10.93	.143	3.69	.777	5.06	.611
SUDS	17.31	.019	18.97	.010	1.93	.944
<b>Sosiale fobie</b>						
FQ-SP	5.59	.556	7.70	.340	3.29	.819
SPS	5.78	.534	16.67	.023	5.61	.547
SIAS	6.44	.463	12.06	.100	5.97	.506
SPAI-TS	4.90	.636	4.89	.634	3.03	.847
SAD	15.26	.037	8.30	.292	4.56	.671
FQ-DS	12.82	.081	12.39	.091	10.07	.178
<b>Kognitiewe veranderlikes</b>						
GLT-SOM	60.62	.000	39.90	.000	14.13	.051
FNE	17.32	.020	4.44	.688	7.95	.316
STROOP	33.18	.000	15.80	.030	19.27	.009
<b>Depressie</b>						
BDI	26.54	.001	35.47	.000	8.29	.290

Soos genoem, word 'n geldigheidspeil van hoër as 10 % beskou as aanduiding dat die aanname oor gelyke homogeniteit nie geskend is nie. Die Box's M is egter 'n baie kragtige toets en daar kon voortgegaan word met die analisering en rapportering van die gegewens (H.W. Kruijssse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998). Uit Tabel 7.8 blyk dit dat daar egter wel gevalle was waar die variansiehomogeniteit van die groepe in so 'n mate verskil het dat dit 'n nadelige effek op die geldigheid van die resultate van die Herhaalde Meting MANOVA's kon hê. Die vereiste van genoegsame variansiehomogeniteit kan ten opsigte van die volgende groepe en metings bevraagteken word:

1. By die KH+BS en WLK groepe: Vir die afhanklike veranderlikes gemeet met die SUDS, SAD, FQ-DS, GLT-SOM, FNE, Stroop en BDI
2. By die KH+BS+Hipno en WLK groepe: vir die afhanklike veranderlikes gemeet met die SUDS, SPS, GLT-SOM, Stroop en BDI, en

### 3. By die KH+BS en KH+BS+Hipno groepe: vir die afhanklike veranderlikes gemeet met die GLT-SOM en Stroop

By die interpretasie van hierdie resultate moet die volgende in gedagte gehou te word. Eerstens is dit, soos reeds genoem, belangrik om te beklemtoon dat die statistikus wat gekonsulteer is die resultate van die MANOVA's as geldig beskou het. In die geval van oënskynlik teenstrydige resultate, of resultate wat uit 'n logiese redeneringsoogpunt nie sin maak nie, kan die resultate van die homogeniteitstoetse egter gebruik word om dalk meer lig daarop te werp. Daar moet verder in gedagte gehou word dat Box's M 'n multi-veranderlike toets is wat 'n aanduiding van variansiehomogeniteit op drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) gee. Enkelveranderlike toetse, onder andere Cochran's C, is vir elke metingstadium afsonderlik bereken en sal in gevalle waar dit nodig geag word, gerapporteer en bespreek word.

Hoewel hoofeffekte vir tyd nie vir hipotese-toetsing in die huidige ondersoek gebruik word nie, word die resultate tog genoem en kom dit ter sprake in Hoofstuk 8 wanneer die resultate van die huidige studie met dié van ander ondersoeke vergelyk word. In die geval van die hoofeffekte vir tyd vir die MANOVA's waar die effekte van die behandelings- en WLK groepe vergelyk word, sou probleme met variansie-homogeniteit tot foutiewe afleidings kon lei en dit word vervolgens bespreek. Die hoofeffek vir tyd vir die KH+BS/KH+BS+Hipno en WLK groepe gekombineer is vir sekere veranderlikes beduidend vir die periode voor- tot by nameting, maar ten spyte van die feit dat die gemiddeldes van die gekombineerde KH+BS/KH+BS+Hipno en WLK groep vir hierdie veranderlikes verder daal na opvolgmeting, is die hoofeffek vir tyd die transformasie T3 (voor- tot opvolgmeting) nie beduidend nie, en dit sou geïnterpreteer kon word as aanduiding dat die beduidende effekte nie in die opvolgperiode in stand gehou is nie, terwyl dit wel is (H.W. Kruijse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998). Die skale ter sprake is die BDI (by die gekombineerde KH+BS en WLK groep) en SUDS (by die gekombineerde KH+BS+Hipno en WLK groep). In die geval van die BDI is Box's M=26.54,  $p=.001$  vir die KH+BS en WLK groepe en in die geval van die SUDS is Box's M=18.97,  $p=.010$  vir die KH+BS+Hipno en WLK groepe. Variansie-homogeniteitsprobleme sou dus in beide gevalle 'n rede kon wees vir die ongewone resultate van die MANOVA's wat T3 by die hoofeffek vir tyd betref.

Dit is egter nie net probleme met variansiehomogeniteit wat vir ongewone resultate verantwoordelik hoef te wees nie. Veranderinge in die verspreidingswydte van die gekombineerde groep op die verskillende metingstadia (i.e. SA=13.00, 19.77 en 23.62 tydens voor-, na- en opvolgmeting onderskeidelik, wat die SUD-metings van die gekombineerde KH+BS+Hipno en WLK groep betref) kan ook tot die ongewone bevindings bygedra het (H.W. Kruijse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998).

#### 7.7.2 Verskille tussen groepe in voormetings

Om na te gaan of daar verskille in die voormetings tussen die behandelingsgroepe en WLK groep was, is 'n enkelrigting ANOVA op al die groepe wat betrokke was by die groter projek waarvan die huidige studie deel gevorm het, naamlik (a) KH+BS ( $n=15$ ), (b) Blootstelling alleen (BSA;  $n=15$ ), (c) KH+BS+Hipno ( $n=16$ ), en (d) die WLK groep ( $n=14$ ) uitgevoer. Die resultate verskyn in Tabel 7.9. Uit Tabel 7.9 blyk dit dat daar geen verskille ten opsigte van voormetings tussen die groepe voorgekom het nie.

Tabel 7.9

Verskille in Voormetings Tussen die Vier Behandelingskondisies: KH+BS (n=15), BSA (n=15), KH+BS+Hipno (n=16) en WLK (n=14)

Meetinstrumente	F	p
<b>Teikenfobie</b>		
TEIK-I	.33	.803
FQ-TP	.10	.959
SUDS	1.47	.231
<b>Sosiale fobie</b>		
FQ-SP	.11	.953
SPS	.19	.902
SIAS	.16	.926
SPAI-TS	.08	.969
SAD	.45	.721
FQ-DS	1.73	.172
<b>Kognitiewe veranderlikes</b>		
GLT-SOM	.67	.573
FNE	1.73	.172
STROOP	.03	.992
<b>Depressie</b>		
BDI	1.29	.289

gv=3,56

### 7.7.3 Die effek van terapie: Vergelyking van groepe ten opsigte van verskille tussen en binne groepe

Die resultate in terme waarvan hipoteses 1 tot 24 ondersoek is, word in hierdie afdeling gerapporteer. Die drie groepe is vir elk van die 13 metings ten opsigte van effek van ingreep en effek oor tyd (dit is die hoofeffekte), asook ten opsigte van die interaksie van hierdie twee effekte, ondersoek en vergelyk. Die statistiese model wat hiervoor gebruik is, is die Herhaalde Metingsontwerp Multi-veranderlike Variansie-analise (MANOVA).

Streng gesproke is hierdie model eintlik 'n Tweerigting Herhaalde Meting Variansie-analise (ANOVA), waar die term "tweeringting" verwys na twee onafhanklike veranderlikes, naamlik behandeling (dit wil sê behandelingsgroep) en tyd. Die resultate van die meting van een afhanklike veranderlike op 'n slag is met hierdie model ondersoek. 'n "Ware" MANOVA is 'n model waar effekte op meer as een afhanklike veranderlike gelyktydig statisties geanaliseer en ondersoek word. Tweeringting ANOVAS het met verloop



van tyd ook bekend begin staan as "MANOVA's". Alhoewel dit tegnies gesproke nie heeltemal korrek is nie, is dit die term wat meestal in die literatuur gerapporteer en daarom in die huidige ondersoek gebruik word.

Die roudata wat vir Herhaalde Meting MANOVA's ingevoer word, word eers binne die model getransformeer na tellings wat liniêre kombinasies van die herhaalde metings vorm, op so 'n wyse dat die verskille tussen die veranderlikes (in die huidige ondersoek 'n enkele afhanklike veranderlike en twee onafhanklike veranderlikes, naamlik behandelingskondisie en tyd) gemaksimaliseer word. In MANOVA's word na hierdie getransformeerde veranderlikes verwys met simbole soos T1, T2 en T3.

In MANOVA word hoofeffekte, naamlik die hoofeffek behandeling (op twee vlakke, dit wil sê vir twee groepe) en die hoofeffek tyd (op drie vlakke, naamlik voor-, na- en opvolgmeting), sowel as interaksie-effekte (behandeling X tyd) ondersoek. In die geval van die hoofeffek behandeling (soms ook genoem "groep") word verskille-tussen-groepe, ongeag tyd, ondersoek, en in die geval van die hoofeffek tyd word verskille-binne-groepe ondersoek, dit wil sê, ongeag groep, of, uit 'n rekenkundige oogpunt beskryf: verskille oor tyd heen vir die twee groepe gekombineer in een groter groep. By tyd as hoofeffek verwys die transformasie T1 na die resultaat van 'n multi-veranderlike toets van veranderinge in die afhanklike veranderlike oor die totale tydsverloop heen. 'n Beduidende T1 dui daarop dat T2 en/of T3 beduidend sal wees. Die transformasie T2 verwys na die resultaat van 'n enkelveranderlike toets en dan spesifiek vir die tydperk vanaf voor- tot by nameting, en T3 na veranderinge vanaf voor- tot by opvolgmeting, met inagneming wat van voor- tot by nameting gebeur het. Uit 'n rekenkundige oogpunt beskryf, sou ook gesê kon word dat T3 'n toets is van die effekte van die voor- en nametings gekombineer en hierdie kombinasie word dan vergelyk met die opvolgmetings. As dit grafies voorstel sou word, sou dit daarop neerkom dat die gemiddeldes van 'n gekombineerde groep (byvoorbeeld van 'n terapie-groep en 'n waglys-kontrolegroep of van twee terapie-groepe, want dit gaan hier oor die hoofeffek tyd), van voor- na nameting 'n lyn vorm wat óf parallel met die basislyn loop (en dan sal T2 onbeduidend wees), of nie parallel daarmee loop nie (waar T2 dan in so 'n geval beduidend sal wees). T3 is 'n soortgelyke toets as T2, maar vir die periode vanaf die voormeting tot by opvolg. Die beduidenheid van T3 word egter ook beïnvloed deur die tellings by nameting, en hang dus nie net af van hoe parallel die lyn met die basislyn in die grafiese voorstelling is nie.

Wat interaksie-effekte betref, is daar ook die drie toetse van die getransformeerde veranderlikes, naamlik T1 (oor die totale tydsverloop heen), T2 (voor- tot nameting) en T3 (voor- tot opvolgmeting, met inagneming wat vanaf voor- tot nameting gebeur het). Grafies voorgestel sou dit kon beteken dat twee lyne (waar elkeen 'n bepaalde groep se gemiddeldes verbind) byvoorbeeld saam begin by voormeting (dus geen verskille tussen groepe hier nie) en dan met 'n hoek weg beweeg van mekaar na nameting (in so 'n mate dat T2 beduidend is) en dan byvoorbeeld parallel met mekaar beweeg na opvolgmeting toe. Veronderstel die onderste lyn is 'n aktiewe behandeling (noem dit behandeling A) en die boonste lyn is dié van 'n kontrolegroep. Veronderstel verder die kontrolegroep se gemiddeldes vir voor-, na- en opvolgmeting was onderskeidelik 80, 80 en 80, en dié vir behandeling A 80, 60 en 60. In hierdie geval mag die verandering tussen die groepe van voor- na opvolgmeting (T3) beduidend wees, gegee die verandering vanaf voor- tot nameting, maar veronderstel behandeling A se nameting was nie 60 nie, maar byvoorbeeld 10. In so 'n geval mag T3 dalk nie beduidend wees nie. Om prakties te wees: in eersgenoemde geval kan verklaar word dat voor- tot nametingsverskille gehandhaaf is na opvolg toe, maar nie in die tweede geval

nie. As in albei die gevalle bloot net die verandering van voor- tot opvolgmeting getoets is sonder om voor- na nameting in ag te neem, sou dieselfde resultaat verkry word, maar dit is tog duidelik dat in eersgenoemde geval verandering gehandhaaf is en in die tweede geval nie.

Wat tyd as hoofeffek betref, asook wat die interaksie-effekte betref, sal slegs die transformasies T2 en T3 gerapporteer word, aangesien rapportering van T1 in so 'n geval eintlik oorbodig sal wees.

Hoewel die gebruik van tyd as hoofeffek opsigself nie geskik is om die hipoteses van die huidige studie mee te ondersoek nie, kan beduidende veranderinge in die tellings van 'n gekombineerde groep deelnemers (bestaande uit die waglys-kontrolegroep en enige een van die behandelingsgroepe) in die huidige ondersoek aan die veranderinge in die tellings van die behandelingsgroep toegeskryf word (H.W. Kruijse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998). Die hoofeffek vir tyd in MANOVA's waarin die tellings van 'n waglys-kontrolegroep en dié van 'n behandelingsgroep betrek is, is gebruik om te bepaal of die tellings van die veranderlikes beduidend as gevolg van behandeling verander het.

Die volgorde waarin die resultate gerapporteer word, geskied in ooreenstemming met die volgorde van die gestelde hipoteses. Die KH+BS en WLK groepe word eers vergelyk (7.7.3.1); dan die KH+BS en die WLK groepe (7.7.3.2); en laastens die KH+BS en KH+BS+Hipno groepe (7.7.3.3).

In elkeen van hierdie drie afdelings word die hipotese dat 'n bepaalde behandeling ten opsigte van 'n bepaalde groep afhanklike veranderlikes effektief sou wees (voor- tot nameting), en 'n tweede hipotese, naamlik dat as daar beduidende verbetering was, die effekte van die behandeling volgehou sou word (voor- tot opvolgmeting) ondersoek. Die resultate waarmee hierdie twee hipoteses ondersoek word, word telkens onmiddellik opeenvolgend, vir elke groep veranderlikes, gerapporteer.

### **7.7.3.1 Vergelyking van die gekombineerde behandeling (kognitiewe herstrukturering en blootstelling) en die waglys-kontrolekondisie**

Die effektiwiteit van die gekombineerde behandeling is in terme van die volgende hipoteses ondersoek:

- H1: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling (hierna die gekombineerde behandeling genoem) 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes (*teikenfobie-angs/-vermyding/-ontsnapping, teikenfobie-vermyding en teikenfobie-angs*) aan die einde van behandeling by 'n groep pasiënte met sosiale fobie tot gevolg hê.
- H2: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H3: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie (*sosialefobie-vermyding, sosialefobie-observasie-angs, sosialefobie-interaksie-angs, sosialefobie-algemene-simptomatologie, sosialefobie-vermyding/-*

*ongemak en sosialefobie-ongemak/-belemmering*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

(Hierdie veranderlikes sal verderaan die sosialefobie- afhanklike veranderlikes genoem word).

- H4: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H5: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes (*gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie en aandagsverdraaiing*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H6: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H7: In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H8: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

#### 7.7.3.1.1 Die effek van KH+BS op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van terapie-effek

Tellings deur die KH+BS en WLK groepe tydens die drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) behaal op die TEIK-I, FQ-TP en SUDS is met herhaalde meting MANOVA's geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 7.10.

Tabel 7.10

Resultate van MANOVA's vir Teikenfobie-veranderlikes vir die KH+BS (n=15) en WLK (n=14) Groepe

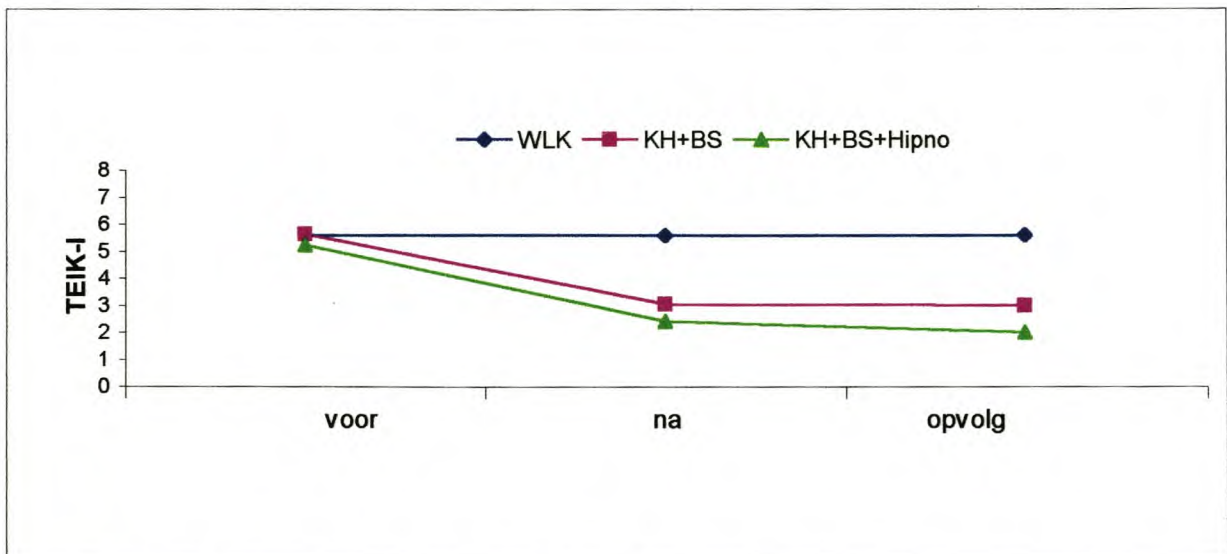
Onafhanklike veranderlikes (effekte)	Teikenfobieskale					
	TEIK-I		FQ-TP		SUDS	
	F	p	F	p	F	p
<b>Hoofeffekte</b>						
Behandeling	14.03	.001	22.54	.000	25.94	.000
Tyd						
T2(voor-na)	24.86	.000	17.26	.000	62.66	.000
T3(voor-opvolg)	12.76	.001	30.94	.000	41.15	.000
<b>Interaksie-effekte</b>						
T2(voor-na)	24.33	.000	15.87	.000	47.65	.000
T3(voor-opvolg)	11.40	.002	29.13	.000	37.24	.000

gv=1,27

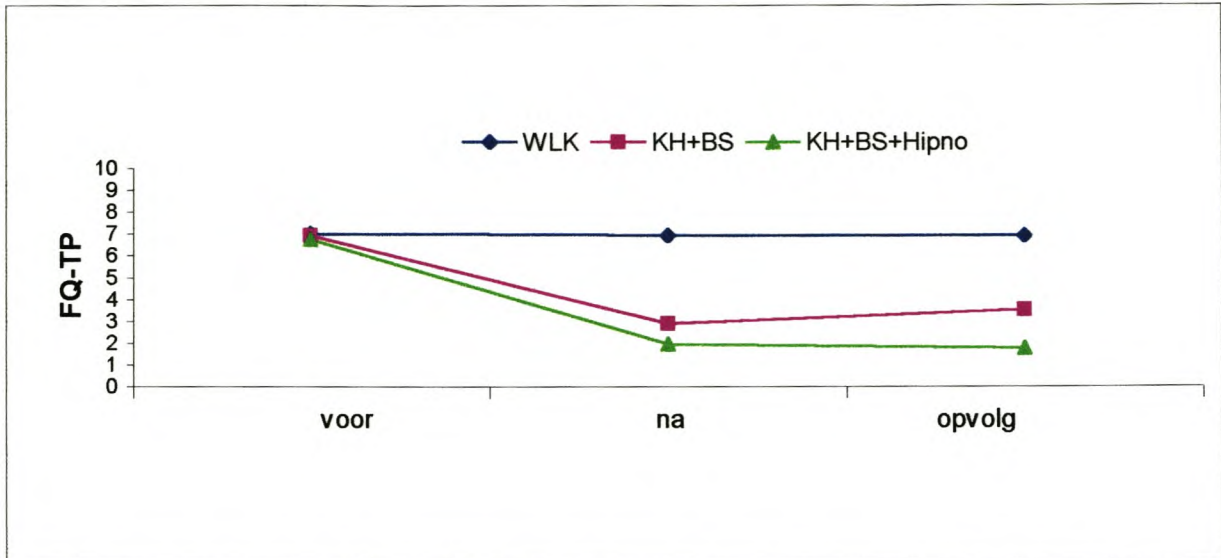
Die analises, waarvan die resultate in Tabel 7.10 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie vir elkeen van die teikenfobie-veranderlikes (soos deur die resultate van TEIK-I, FQ-TP en SUDS weerspieël). Dit dui daarop dat die KH+BS en WLK groepe, wat resultate vir hierdie veranderlikes betref, beduidend van mekaar verskil het, ongeag die effek van die tyd van meting. Dit toon ook beduidende hoofeffekte vir tyd van meting vir elk van die enkelveranderlike toetse, dit wil sê, vir die transformasies T2 (voor- na nameting) en T3 (voor- na opvolgmeting). Dit beteken dat die genoemde veranderlikes in die gekombineerde groep (KH+BS en WLK;  $n=29$ ) oor albei die periodes heen, beduidend verlaag is. Die enkelveranderlike toetse vir interaksie-effekte (behandeling X tyd) vir die twee getransformeerde veranderlikes (T2 en T3) was albei beduidend vir elkeen van die genoemde veranderlikes. Dit dui daarop dat die twee groepe oor tyd heen (en spesifiek by na- en opvolgmeting, want daar was geen verskille in voormetings nie) beduidend van mekaar verskil het.

Die verskille tussen die rekenkundige gemiddeldes van die twee groepe op die drie metingstadias vir die teikenfobie-veranderlikes, word saam met dié van die derde groep (naamlik KH+BS+Hipno, wat in 'n ander afdeling gerapporteer sal word) in Figure 7.1 (TEIK-I), 7.2 (FQ-TP) en 7.3 (SUDS) grafies voorgestel. In vergelyking met die WLK groep, het daar by die KH+BS groep 'n beduidende verlaging van die teikenfobie-metings van voor- tot nameting en van voor- tot opvolgmeting plaasgevind.

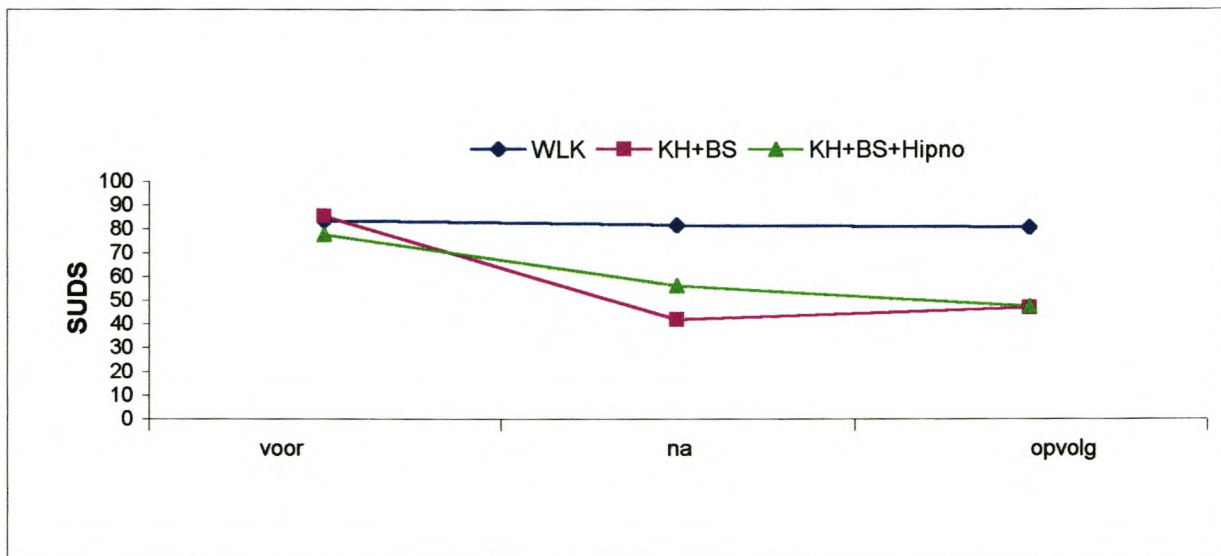
Hierdie resultate bied dus ondersteuning vir hipoteses 1 en 2, naamlik dat die gekombineerde behandeling (KH+BS) tot 'n beduidende verbetering in die teikenfobie-veranderlikes sal lei en dat hierdie verbetering tot by opvolg gehandhaaf sal word.



**Figuur 7.1.** Veranderinge oor tyd in die erns van teikenfobie-angs/-vermyding/-ontsnapping soos gereflekteer deur TEIK I, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.



**Figuur 7.2.** Veranderinge oor tyd in teikenfobie-vermyding soos gereflekteer deur die FQ-TP, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.



**Figuur 7.3.** Veranderinge oor tyd in subjektiewe ervaring van angs, soos gereflekteer deur die SUD-skaal, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.

#### **7.7.3.1.2 Die effek van KH+BS op die metings wat met graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou, en die instandhouding van hierdie effek**

Tellings deur die KH+BS en WLK groepe tydens die drie metingstadia op die volgende meetmiddels behaal, is met behulp van Herhaalde Metings MANOVA geanaliseer: FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS. Hierdie resultate verskyn in Tabel 7.11.

Tabel 7.11

Resultate van MANOVA's vir Sosiaiefobie-veranderlikes vir die KH+BS (n=15) en WLK (n=14) Groepe

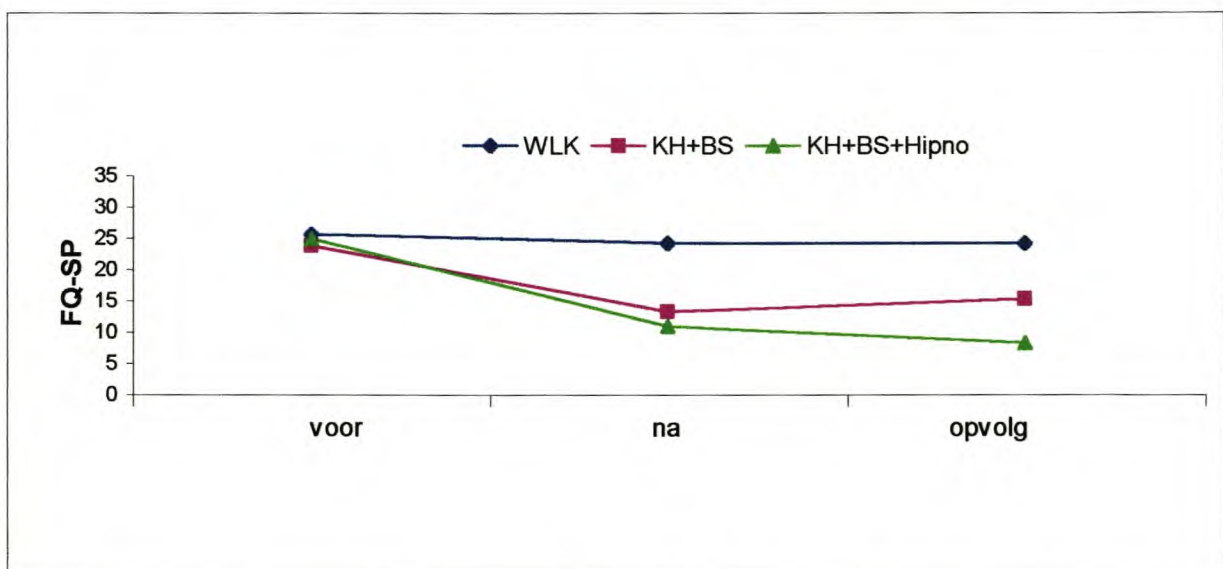
Onafhanklike veranderlikes (effekte)	Sosiaiefobie-skale					
	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
	<u>FQ-SP</u>		<u>SPS</u>		<u>SIAS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	5.53	.026	4.89	.036	1.14	.294
Tyd						
T2(voor-na)	10.31	.003	19.67	.000	13.58	.001
T3(voor-opvolg)	14.81	.001	5.49	.027	5.94	.022
Interaksie-effekte						
T2(voor-na)	5.25	.030	5.44	.027	7.83	.009
T3(voor-opvolg)	8.94	.006	4.15	.052	10.91	.003
	<u>SPAI-TS</u>		<u>SAD</u>		<u>FQ-DS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	4.41	.045	1.38	.250	15.77	.000
Tyd						
T2(voor-na)	17.10	.000	14.33	.001	10.78	.003
T3(voor-opvolg)	6.62	.015	18.49	.000	11.03	.003
Interaksie-effekte						
T2(voor-na)	6.80	.015	7.58	.010	8.49	.007
T3(voor-opvolg)	8.59	.007	9.74	.004	7.82	.009

gv=1,27

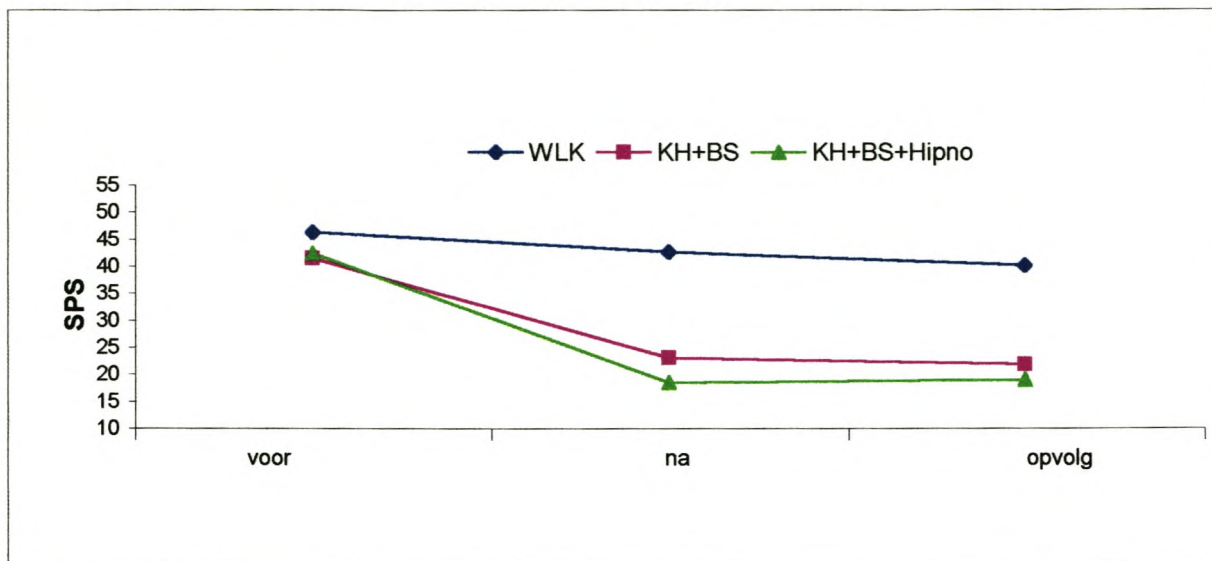
Die resultate in Tabel 7.11 toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie en tyd (beide T2 en T3), sowel as beduidende interaksie-effekte (beide T2 en T3) vir tellings op elkeen van die volgende meetmiddels wat met graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou: FQ-SP, SPS, SPAI-TS en FQ-DS. Dit beteken, in die lig van die onbeduidende verskille in die voormetings, dat die tellings op hierdie meetmiddels beduidend van voor- tot nameting en van voor- tot opvolgmeting by die gekombineerde KH+BS en WLK groep verander het, en dat die KH+BS groep se tellings beduidend meer as die van die WLK groep van voor- na nameting en van voor- na opmeting op hierdie meetmiddels verbeter het. Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS en WLK groepe oor die drie metingstadia heen, wat hierdie afhanklike veranderlikes betref, verskyn in Figure 7.4 (FQ-SP), 7.5 (SPS), 7.7 (SPAI-TS) en 7.9 (FQ-DS).

Wat die twee uitsonderings (SIAS en SAD) betref, was die hoofeffekte vir behandelingskondisie onbeduidend wat daarop dui dat die groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van hierdie veranderlikes nie. In die lig hiervan behoort geeneen van die beduidende interaksie-effekte, soos wat wel deur hierdie twee skale gedemonstreer is, gebruik te word om die akkuraatheid van enige van die navorsingshipoteses te ondersoek nie. Wat vermyding en ongemak in sosiale situasies (soos met die SAD gemeet) betref, sou probleme met variansie-homogeniteit vir die onverwagse beduidendheid van die interaksie-effek vir die transformasies T2 ( $p=.010$ ) en T3 ( $p=.004$ ) verantwoordelik kon wees (Box's  $M=15.26$ ;  $p=.037$ ). Die beduidende hoofeffek vir tyd kon dit egter ook veroorsaak het (sien verderaan). In die geval van die veranderlike sosiale-interaksie-angs (met die SIAS gemeet), is dit onduidelik waarom die hoofeffek vir behandelingskondisie onbeduidend is, veral vanweë die feit dat variansie-homogeniteit nie 'n probleem blyk te wees nie (Box's  $M=6.44$ ;  $p=.463$ ). Verskillende aspekte van die data en aannames van die model interageer, en in die proses is dit dus moontlik dat beduidende interaksie-effekte kan volg op 'n beduidende hoofeffek vir tyd, selfs al was die hoofeffek vir behandelingskondisie nie beduidend nie (H.W. Kruijse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998). Dit was dan ook die geval vir die interaksie-effekte van die T2- en T3-transformasies by die SAD (i.e., dit was beduidend, sowel as die hoofeffekte vir tyd) en vir die twee T2- en twee T3-transformasies (vir tyd- en interaksie-effekte) by die SIAS. Grafiese voorstellings van die gemiddeldes van die twee groepe vir die SIAS en SAD verskyn in Figure 7.6 en 7.8 onderskeidelik.

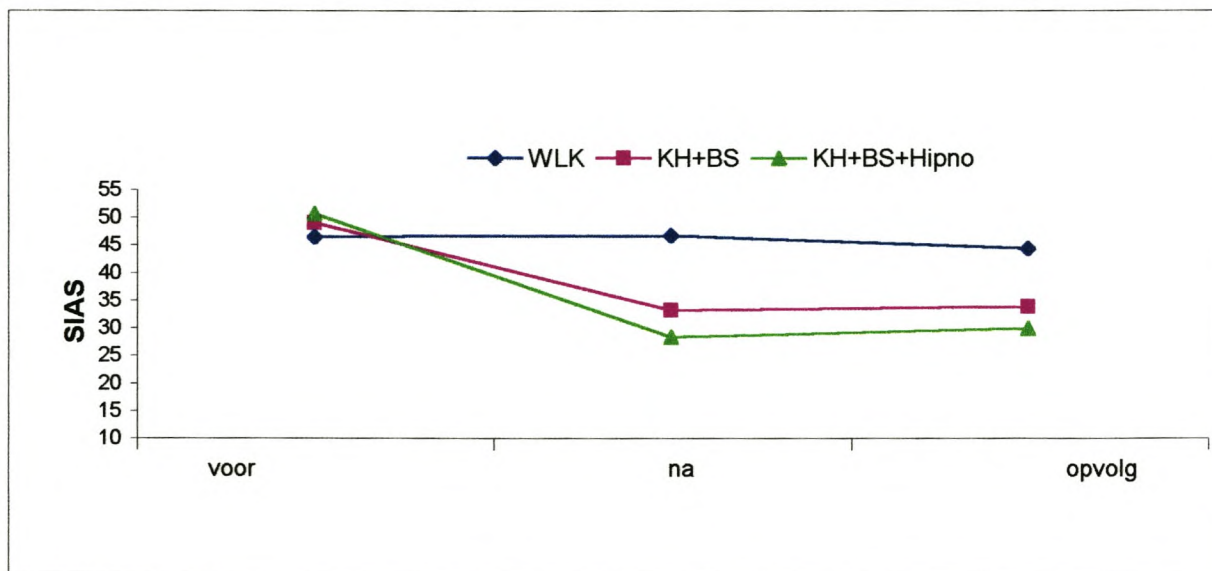
Met uitsondering van die metings op die SIAS en SAD, bied die resultate van die FQ-SP, SPS, SPAI-TS, en FQ-DS steun vir hipotese 3, naamlik dat KH+BS effektief sou wees om die tellings behaal op die meetmiddels van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie, beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na nameting te verlaag. Dit bied ook steun vir hipotese 4, naamlik dat die terapie-effekte op die genoemde afhanklike veranderlikes tot by opvolgmeting volgehou sou word.



Figuur 7.4. Veranderinge oor tyd in sosialefobie-vermyding soos gereflekteer deur die FQ-SP, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.

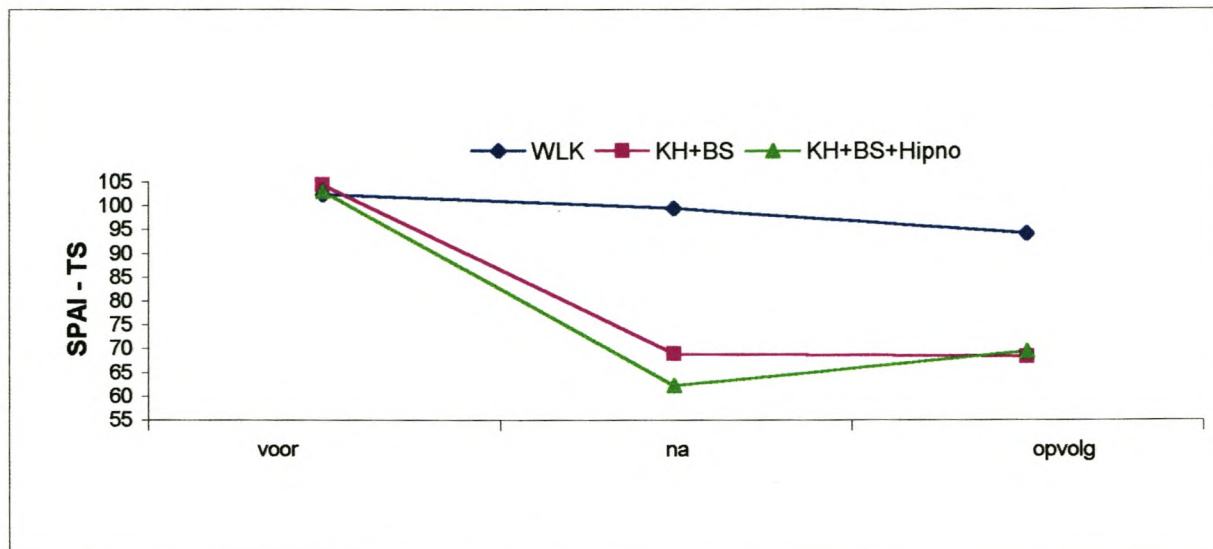


**Figuur 7.5.** Veranderinge oor tyd in sosialefobie-observasie-angs soos gereflekteer deur die SPS, by die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.

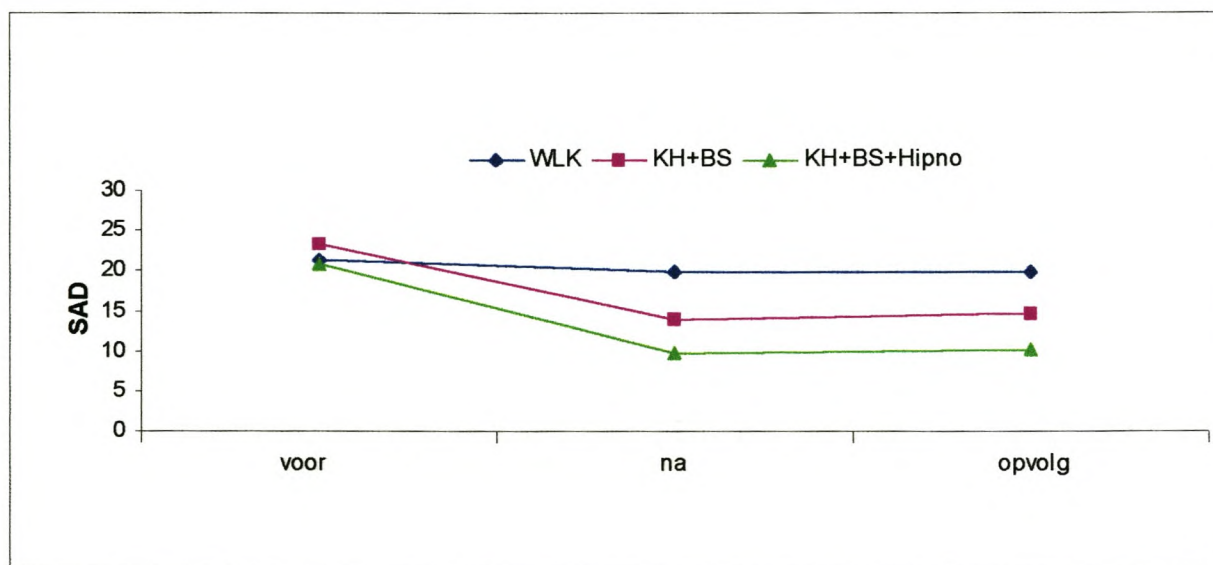


**Figuur 7.6.** Veranderinge oor tyd in sosialefobie-interaksie-angs soos gereflekteer deur die SIAS, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.

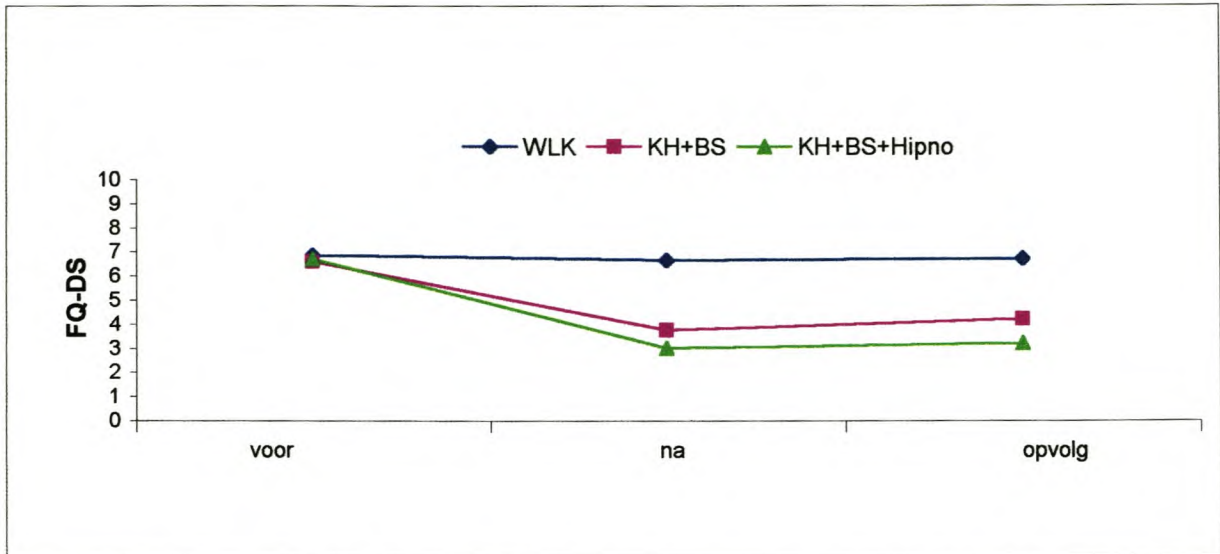




**Figuur 7.7.** Veranderinge oor tyd in sosiaiefobie-algemene-simptomatologie soos gereflekteer deur die SPAI-TS, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.



**Figuur 7.8.** Veranderinge oor tyd in sosiaiefobie-vermyding/-ongemak soos deur die SAD gereflekteer, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.



**Figuur 7.9.** Veranderinge oor tyd in sosialefobie-ongemak/-belemmering soos gereflekteer deur die FQ-DS vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.

### 7.7.3.1.3 Die effek van KH+BS op die kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van hierdie effek

Die tellings van die KH+BS en WLK groepe tydens die drie metingstadias op die GLT-SOM, FNE en Stroop behaal, is met behulp van Herhaalde metings MANOVA geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 7.12.

Tabel 7.12

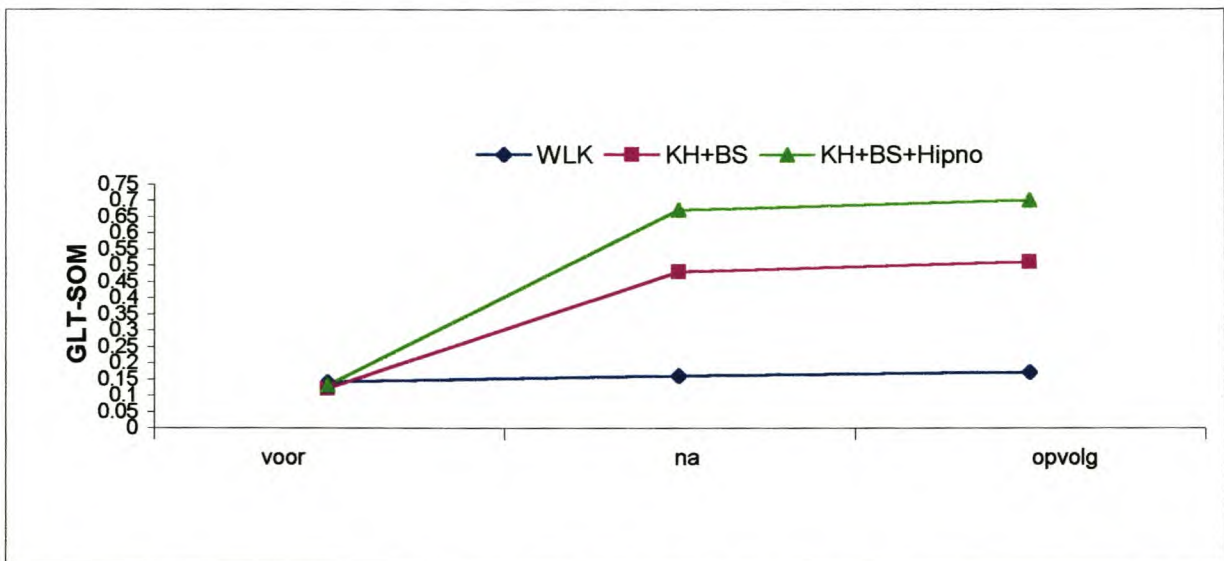
Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die FNE, GLT-SOM en STROOP vir die KH+BS (n=15) en WLK (n=14) Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	GLT-SOM		FNE		STROOP	
	F	p	F	p	F	p
<b>Hoofeffekte</b>						
Behandeling	14.04	.001	.07	.793	0.84	.366
<b>Tyd</b>						
T2(voor-na)	25.29	.000	13.41	.001	3.01	.094
T3(voor-opvolg)	5.63	.025	7.48	.011	1.68	.207
<b>Interaksie-effekte</b>						
T2(voor-na)	20.06	.000	5.24	.030	1.95	.174
T3(voor-opvolg)	4.68	.040	3.26	.082	.448	.448

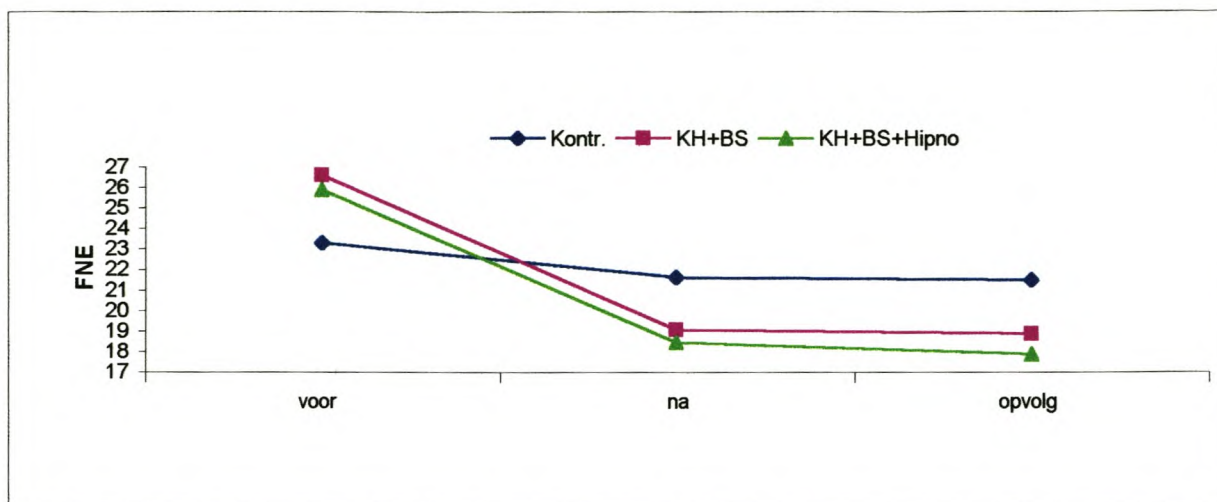
Ten opsigte van die GLT-SOM, wat gedagte-funksionaliteit reflekteer, toon die resultate in Tabel 7.12 beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie en tyd (vir T2 en T3), sowel as beduidende interaksie-effekte (vir T2 en T3). Dit beteken dat KH+BS en die WLK kondisie beduidend van mekaar verskil het wat effek op GLT-SOM-tellings betref, dat die gekombineerde KH+BS en WLK groep se GLT-SOM-tellings beduidend van voor- tot na-toetsing en voor- tot opvolgtoetsing verlaag/verbeter het, en dat die KH+BS groep se tellings beduidend meer as die van die WLK groep van voor- tot na-toetsing en voor- tot opvolgtoetsing verbeter het.

Die hoofeffekte vir behandelingskondisie was vir beide die FNE en die Stroop onbeduidend. Daar was ook by beide hierdie skale probleme met variansie-homogeniteit, soos blyk uit die multi-veranderlike toets Box's M ( $p < .1$  in beide gevalle). Geen opmerkings sal dus oor enige beduidende resultate ten opsigte van die hoofeffek tyd en interaksie-effekte gemaak word nie.

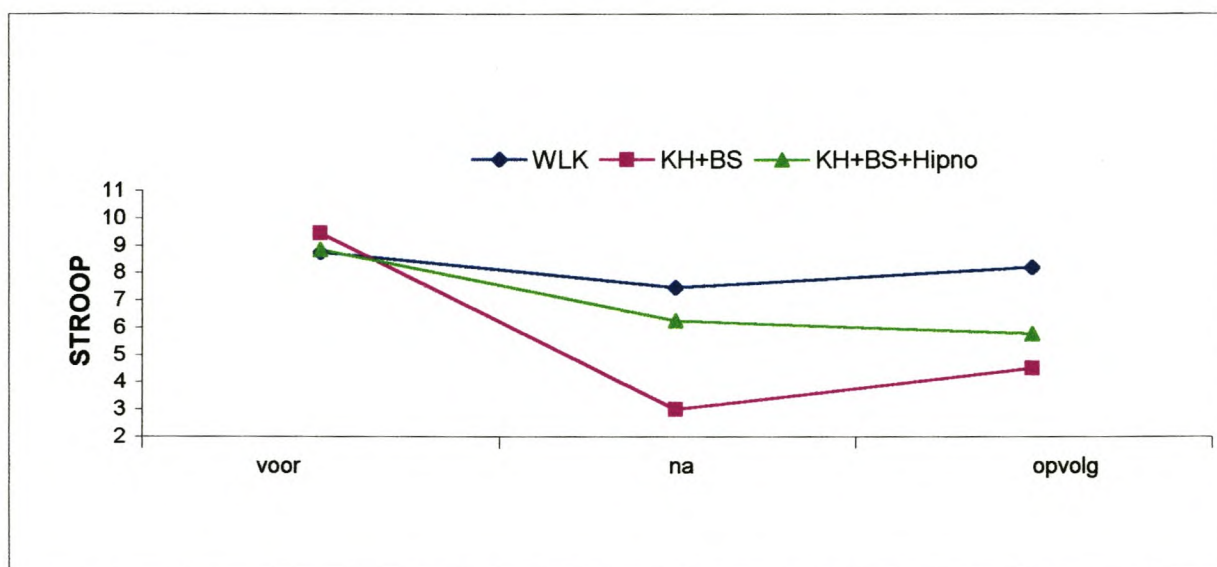
Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS en WLK groepe oor die drie metingstadia heen vir die GLT-SOM, FNE en Stroop verskyn in Figure 7.10, 7.11 en 7.12 onderskeidelik. Wat die kognitiewe metings betref, bied slegs die resultate van die GLT-SOM steun aan die hipoteses dat KH+BS effektief sou wees om die tellings behaal op die kognitiewe veranderlikes beduidend meer as die WLK van die voor- tot die nameting te verlaag (hipotese 5) en dat hierdie effekte in stand gehou sou word by opvolg (hipotese 6).



Figuur 7.10. Veranderinge oor tyd in gedagte-funksionaliteit soos gereflekteer deur GLT-SOM, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.



**Figuur 7.11.** Veranderinge oor tyd in vrees vir negatiewe evaluasie soos gereflekteer deur die FNE, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.



**Figuur 7.12.** Veranderinge oor tyd in aandagsverdraaiing soos gereflekteer deur die Stroop, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.

#### 7.7.3.1.4 Die effek van KH+BS op die graad depressie en die instandhouding van hierdie effek

Tellings deur die KH+BS en WLK groepe tydens die drie metingstadia op die BDI behaal, is met behulp van herhaalde meting MANOVA geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 7.13.

Tabel 7.13

Resultate van MANOVA vir die Graad van Depressie Gemeet met die BDI vir die KH+BS (n=15) en WLK (n=14) Groepe

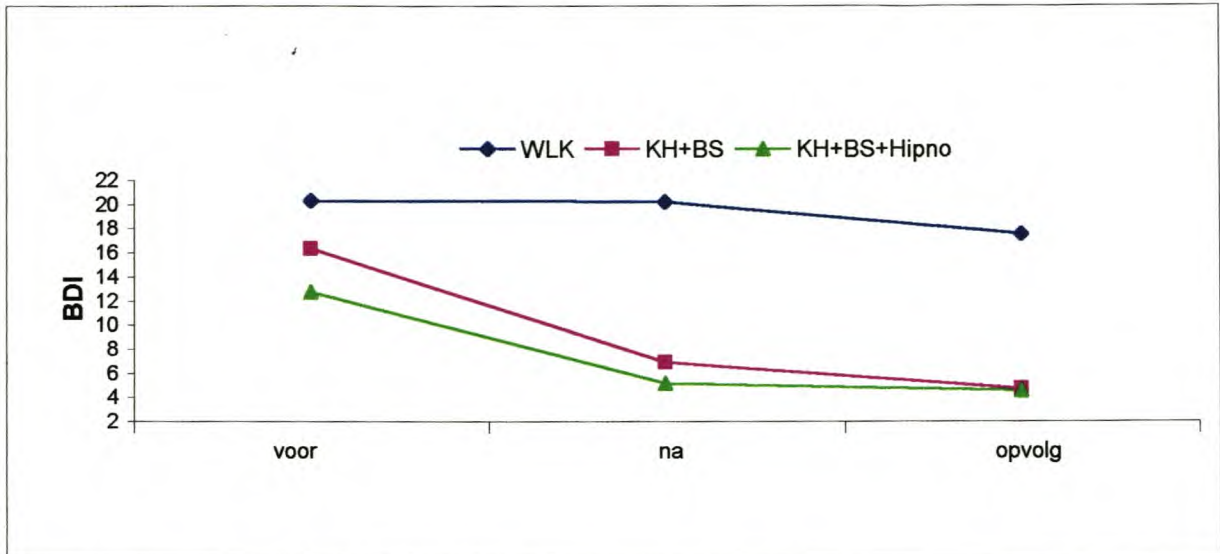
Onafhanklike veranderlike (effekte)	BDI	
	F	p
Hoofeffekte		
Behandeling	8.69	.007
Tyd		
T2 (voor-na)	43.33	.000
T3 (voor-opvolg)	1.70	.204
Interaksie-effekte		
T2 (voor-na)	16.70	.000
T3 (voor-opvolg)	7.34	.012

gv=1,27

Die resultate in Tabel 7.13 toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie en tyd (vir T2) en beduidende interaksie-effekte (vir T2 en T3) vir die graad van depressie gemeet met die BDI. Dit beteken dat die KH+BS en WLK groepe beduidend verskil het wat behandelingseffekte op die BDI betref, dat die gekombineerde KH+BS en WLK groep beduidend van voor- tot nameting verander (verbeter) het, en dat die KH+BS groep 'n beduidend groter verbeter as die WLK van voor- tot nameting en voor- tot opvolgmeting getoon het. 'n Grafiese voorstelling van die verskille tussen die KH+BS en WLK groepe oor die drie metingstadia heen ten opsigte van depressie, verskyn in Figuur 7.13.

Wat T3 vir tyd as hoofeffek betref, was dit onbeduidend ten spyte van 'n verdere verlaging van beide gemiddelde BDI-tellings van na- na opvolgtoetsing. (Sien Figuur 7.13.). Dit hou egter nie veel implikasies vir die ondersoek van die navorsingshipoteses in nie en kan met probleme van variansie-homogeniteit verband hou [Multi-veranderlike toets  $\text{Box's } M=26.54$ ,  $p=.001$ ; enkelveranderlike toetse  $\text{Cochrans } C(14.2)=.871$ ,  $p=.001$  vir na-toetsing en  $\text{Cochrans } C(14.2)=.854$ ,  $p=.002$  vir opvolgtoetsing].

Die BDI resultate bied steun aan hipoteses 7 en 8 en toon aan dat, in vergelyking met die WLK kondisie, KH+BS tot 'n beduidend groter verbetering in die graad van depressie gelei het en dat hierdie verbetering by opvolg gehandhaaf is.



**Figuur 7.13.** Veranderinge oor tyd in graad van depressie soos gereflekteer deur die BDI, vir die KH+BS, KH+BS+Hipno en WLK groepe.

### 7.7.3.2 Vergelyking van die gekombineerde behandeling wat met hipnose aangevul is met die waglyskontrolekondisie

Die effektiwiteit van die gekombineerde behandeling wat met hipnose aangevul is, is in terme van die volgende hipotese ondersoek:

- H9: In vergelyking met 'n waglyskontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H10: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H11: In vergelyking met 'n waglyskontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H12: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H13: In vergelyking met 'n waglyskontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H14: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H15: In vergelyking met 'n waglyskontrolekondisie sal die gekombineerde behandeling met hipnose 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- H16: Die beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling met hipnose op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

### 7.7.3.2.1 Die effek van KH+BS+Hipno op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van terapie-effek.

Die tellings deur die KH+BS+Hipno en WLK groepe tydens die drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) behaal op die TEIK-I, GQ-TP en SUDS is met herhaalde meting MANOVA's geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 7.14.

Tabel 7.14

Resultate van MANOVA's vir die Teikenfobie-veranderlikes vir die KH+BS+Hipno (n=16) en WLK (n=14)

#### Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	Teikenfobieskaal					
	TEIK-I		FQ-TP		SUDS	
	F	p	F	p	F	p
<b>Hoofeffekte</b>						
Behandeling	37.68	.000	71.46	.000	21.83	.000
<b>Tyd</b>						
T2(voor-na)	38.66	.000	52.24	.000	45.19	.000
T3(voor-opvolg)	13.12	.001	35.84	.000	2.31	.140
<b>Interaksie-effekte</b>						
T2(voor-na)	37.98	.000	49.34	.000	31.24	.000
T3(voor-opvolg)	11.65	.002	33.69	.000	1.58	.219

gv=1,28

Die resultate wat in Tabel 7.14 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie vir elkeen van die teikenfobie-veranderlikes (soos gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS). Die KH+BS+Hipno en WLK groepe se tellings vir hierdie veranderlikes, ongeag die effek van die tyd van meting, het dus beduidend van mekaar verskil.

Hoofeffekte vir tyd van meting, dus vir T2 (voor- tot nameting) en T3 (voor- tot opvolgmeting) is beduidend vir TEIK-I en FQ-TP. Dit beteken dat die gekombineerde KH+BS+Hipno en WLK groep beduidend van voor- tot nameting en van voor- tot opvolgmeting op hierdie teikenfobie-skaal verbeter het. T3 vir die SUD-skaal is onbeduidend, ten spyte van 'n verdere verlaging van beide KH+BS+Hipno en WLK groepe se gemiddeldes van na- tot opvolgmeting. Hierdie bevinding is reeds in Afdeling 7.7.1 bespreek en hou waarskynlik verband met variansie-homogeniteitsprobleme wat, volgens enkelveranderlike toetse, by nameting voorgekom het, asook met 'n toename in die verspreidingswydte van die SUD-tellings op die verskillende metingstadia.

Die beduidende verskille (T2 en T3) vir interaksie-effekte (behandeling x tyd) dui, weer eens met die uitsondering van T3 vir die SUD-skaal, daarop dat die twee groepe oor tyd heen (en spesifiek by na- en opvolgmeting, want daar was geen verskille in voormeting nie) beduidend van mekaar verskil het wat die teikenfobie-metings betref. In Figure 7.1, 7.2 en 7.3, waarin die verskille tussen die groepe oor tyd heen grafies voorgestel word, blyk dat dit die KH+BS+Hipno groep is wat telkens beduidend meer as die WLK groep verbeter het.

Hierdie resultate bied steun vir hipotese 9 waarvolgens KH+BS+Hipno, in vergelyking met die WLK kondisie, tot 'n beduidend groter verbetering in terme van die teikenfobie-veranderlikes (gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS) sal lei. Hipotese 10, naamlik dat hierdie verbetering op die teikenfobie-veranderlikes by opvolg gehandhaaf sal word, word met die uitsondering van die SUD-skaal deur die resultate gesteun.

#### **7.7.3.2.2 Die effek van KH+BS+Hipno op die metings wat met graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou, en die instandhouding van hierdie effek**

Die tellings deur die KH+BS+Hipno en WLK groepe tydens die drie metingstadia op die volgende meetmiddels behaal, is met behulp van Herhaalde Metings MANOVA geanaliseer: FQ-TP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS. Hierdie resultate verskyn in Tabel 7.15.



Tabel 7.15

Resultate van MANOVA's vir Sosiaiefobie-veranderlikes vir die KH+BS+Hipno (n=16) en WLK (n=14)

Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	Sosiaiefobie-skale					
	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
	<u>FQ-SP</u>		<u>SPS</u>		<u>SIAS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	8.97	.006	7.79	.009	2.86	.102
Tyd						
T2(voor-na)	23.38	.000	32.68	.000	24.31	.000
T3(voor-opvolg)	18.37	.000	11.90	.002	10.78	.000
Interaksie-effek						
T2(voor-na)	15.17	.001	11.25	.002	16.27	.000
T3(voor-opvolg)	11.97	.002	9.76	.004	16.39	.000
	<u>SPAI-TS</u>		<u>SAD</u>		<u>FQ-DS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	4.66	.040	7.63	.010	21.90	.000
Tyd						
T2(voor-na)	11.95	.002	30.97	.000	46.46	.000
T3(voor-opvolg)	11.70	.002	31.55	.000	18.60	.000
Interaksie-effek						
T2(voor-na)	4.44	.044	18.70	.000	39.46	.000
T3(voor-opvolg)	14.15	.001	18.13	.000	13.84	.001

gv=1,28

Die resultate in Tabel 7.15 toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie en tyd (vir beide T2 en T3), sowel as interaksie-effekte (vir beide T2 en T3) vir elkeen van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolgde van sosiale fobie soos met die FQ-SP, SPS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS gemeet. Hierdie resultate impliseer dat die groepe, ten opsigte van die veranderlikes wat deur hierdie skale gemeet word, beduidend van mekaar verskil het vanaf die voor- tot nameting sowel as vanaf die voor- tot opvolgmeting.

Die hoofeffek vir behandelingskondisie was egter onbeduidend ten opsigte van die veranderlike sosialefobie-interaksie-angs, soos met die SIAS gemeet. Dit dui daarop dat die groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van hierdie veranderlike nie en daarom kan die beduidende interaksie-effekte wat wel vir die skaal gevind is, nie verder geïnterpreteer word nie. Aangesien die hoofeffek vir die veranderlike op die 10%-peil beduidend was, sou dit as aanduidend van 'n tendens kon dien dat die behandeling ook 'n effek op interaksie-angs kon hê. Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS+Hipno en WLK groepe oor die drie metingstadia, ten opsigte van die veranderlikes wat met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou, verskyn in Figuur 7.4 tot 7.9.

Hieruit blyk dat die resultate met die uitsondering van die op die SIAS, steun bied vir hipotese 11, naamlik dat die gekombineerde behandeling met hipnose tot 'n beduidende verbetering in die veranderlikes wat met die aard, graad, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou, sal lei (in vergelyking met 'n waglys-kontrolegroep). Dit bied ook ondersteuning vir hipotese 12 (weer eens met uitsondering van die resultate van die SIAS) dat hierdie verbetering tot by opvolg gehandhaaf sal word.

#### **7.7.3.2.3 Die effek van KH+BS+Hipno op die kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van hierdie effek**

Die tellings van die KH+BS+Hipno en WLK groepe tydens die drie metingstadia op die Stroop, GLT-SOM en FNE behaal, is met behulp van Herhaalde Metings MANOVA geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 7.16.

Tabel 7.16

Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die FNE, GLT-SOM en Stroop vir die KH+BS+Hipno (n=16) en WLK (n=14) Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	GLT-SOM		FNE		STROOP	
	F	p	F	p	F	p
Hoofeffekte						
Behandeling	42.48	.000	0.28	.604	0.11	
	.742					
Tyd						
T2(voor-na)	68.59	.000	17.14	.000	1.99	
	.169					
T3(voor-opvolg)	50.06	.000	8.38	.007	0.19	
	.670					
Interaksie-effek						
T2(voor-na)	58.51	.000	6.91	.014	0.98	
	.330					
T3(voor-opvolg)	44.39	.000	3.45	.074	0.00	
	.993					

gv=1,28

Die resultate in Tabel 7.16 toon 'n beduidende verskil in behandelingseffek tussen die KH+BS+Hipno en WLK groep vir GLT-SOM, asook 'n beduidende verandering, van die gekombineerde KH+BS+Hipno en WLK groep, van voor- na meting en voor- na opvolgmeting (T2 en T3 vir tyd as hoofeffek). Beduidende interaksie-effekte dui op 'n beduidende verskil tussen die twee groepe van voor- tot meting en voor- tot opvolgmeting (T2 en T3 vir interaksie-effekte), met die KH+BS+Hipno groep wat oor tyd 'n beduidend groter verbetering as die WLK groep in terme van meer funksionele gedagtes gelewer het. (Sien Figuur 7.10.)

Wat die FNE- en Stroop-resultate betref, is hoofeffekte vir behandelingskondisie vir beide onbeduidend en daarom word die beduidende interaksie-effekte vir die FNE, nie geïnterpreteer nie.

In terme van die kognitiewe veranderlikes bied slegs die resultate wat met die Gedagtelys-tegniek verkry is ondersteuning vir hipoteses 13 en 14. Hiervolgens het die gekombineerde behandeling met hipnose, in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, tot groter gedagte-funksionaliteit gelei na behandeling en die verbetering is by opvolg gehandhaaf.

#### 7.7.3.2.4 Die effek van KH+BS+Hipno op die graad van depressie en die instandhouding van hierdie effek

Die KH+BS+Hipno en WLK groepe se tellings tydens die drie metingstadia op die BDI behaal, is met behulp van Herhaalde Metings MANOVA geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 7.17.

Tabel 7.17

Resultate van MANOVA vir die Graad van Depressie Gemeet met die BDI vir die KH+BS+Hipno (n=16) en WLK (n=14) Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	BDI	
	F	p
<b>Hoofeffekte</b>		
Behandeling	13.37	.001
Tyd		
T2 (voor-na)	12.58	.000
T3 (voor-opvolg)	6.07	.004
<b>Interaksie-effekte</b>		
T2 (voor-na)	4.73	.038
T3 (voor-opvolg)	8.32	.007

gv=1,28

Uit Tabel 7.17 blyk dat die KH+BS+Hipno en WLK groepe beduidend van mekaar verskil het wat behandelingseffekte op die BDI betref, en dat daar by die gekombineerde KH+BS+Hipno en WLK groepe 'n beduidende verandering van voor- tot nameting asook vanaf voor- tot opvolgmeting plaasgevind het (T2 en T3 vir tyd as hoofeffek). Die twee groepe het beduidend van voor- tot nameting (T2 vir interaksie-effek) asook van voor- tot opvolgmeting (T3 vir interaksie-effek) van mekaar verskil. Soos uit Figuur 7.13 blyk, het daar 'n beduidend groter verbetering by die KH+BS+Hipno groep as by die WLK groep in terme van die graad van depressie, soos gemeet met die BDI, plaasgevind.

Hierdie resultate toon dus aan dat, in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, die gekombineerde behandeling aangevul met hipnose tot 'n beduidende verbetering in die graad van depressie gelei het wat oor 'n periode van 3 maande tot by die opvolgmeting gehandhaaf is. Dit bied bevestiging vir hipoteses 15 en 16.

### **7.7.3.3 Vergelyking van die gekombineerde behandeling (kognitiewe herstrukturering en blootstelling) en die gekombineerde behandeling aangevul met hipnose**

Die effekte van die twee behandelingsprogramme is vergelykenderwys ondersoek na aanleiding van die volgende hipoteses:

- H17: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H18: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H19: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H20: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H21: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H22: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- H23: Die gekombineerde behandeling met hipnose sal 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlike depressie aan die einde van behandeling tot gevolg hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- H24: Die beduidend groter verbeterende effek van die gekombineerde behandeling met hipnose (in vergelyking met die gekombineerde behandeling daarsonder) op die metings van die afhanklike veranderlike depressie sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

#### **7.7.3.3.1 Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprogramme op die teikenfobie- veranderlikes en die instandhouding van die effekte**

Die tellings van die twee behandelingsgroepe op die volgende meetmiddels, tydens die drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) verkry, is met behulp van 'n Herhaalde Metings MANOVA geanaliseer: TEIK-I, FQ-TP en SUD-skaal. Die resultate verskyn in Tabel 7.18.

Tabel 7.18

Resultate van MANOVA's vir die Teikenfobie-veranderlikes vir die KH+BS (n=15) en KH+BS+Hipno (n=16) Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	Teikenfobieskale					
	TEIK-I		FQ-TP		SUDS	
	F	p	F	p	F	p
<b>Hoofeffekte</b>						
Behandeling	2.34	.137	3.56	.069	0.22	.639
<b>Tyd</b>						
T2(voor-na)	109.07	.000	91.25	.000	124.99	.000
T3(voor-opvolg)	88.40	.000	102.05	.000	51.05	.000
<b>Interaksie-effekte</b>						
T2(voor-na)	1.09	.306	3.31	.079	1.83	.186
T3(voor-opvolg)	.06	.801	0.01	.908	17.36	.000

gv=1,28

Die resultate in Tabel 7.18 toon aan dat daar nie 'n beduidende hoofeffek vir behandeling by enige van die drie metingskale voorgekom het nie. Dit beteken dat die KH+BS en KH+BS+Hipno groepe, wat behandelingseffekte (sonder inagnome van tyd) op die teikenfobieskale betref, nie beduidend van mekaar verskil het nie.

Die gekombineerde (KH+BS en KH+BS+Hipno) groep toon beduidende hoofeffekte vir tyd van meting vir elk van T2 en T3 op elkeen van die teikenfobieskale. Dit beteken dat die gekombineerde groep, soos verwag kon word na aanleiding van vorige resultate met betrekking tot die effektiwiteit van die onderskeie behandelings, beduidend van voor- tot nameting en voor- tot opvolgmeting verbeter het, ten opsigte van teikenfobie-metings.

Ten opsigte van interaksie-effekte (behandeling X tyd) is geen beduidende verskille tussen die twee groepe gevind nie, met die uitsondering van T3 by die SUD-skaal ( $p=.000$ ). In die lig daarvan dat, wat behandelingseffekte betref daar geen beduidende verskil tussen die twee groepe vir die SUDS was nie word hierdie bevinding nie verder gebruik om die navorsingshipoteses te ondersoek nie.

Dit blyk egter dat die hoofeffek vir behandeling vir die FQ-TP sowel as die interaksie-effek vir T2 (voor tot na behandeling) op die 10%-peil beduidend was. Dit sou hoogstens beskou kon word as 'n tentatiewe aanduiding dat die gekombineerde behandeling met hipnose moontlik 'n groter effek op teikenfobie-angs en -vermyding en/of -ontsnapping (soos gemeet met die FQ-TP) kon hê as die gekombineerde behandeling daarsonder.

Grafiese voorstellings van die gemiddelde tellings van die KH+BS en KH+BS+Hipno groepe op die teikenfobie-skale oor die drie metingstadia heen is reeds in Figure 7.1 (TEIK-I), 7.2 (FQ-TP) en 7.3 (SUDS) aangetoon. Die resultate ondersteun dus nie hipoteses 17 en 18 nie.

#### **7.7.3.3.2 Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprogramme op die veranderlikes wat met graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou en die instandhouding van hierdie effekte**

Die tellings van die twee behandelingsgroepe tydens die drie metingstadia op die volgende meetmiddels behaal, is met behulp van Herhaalde Metings MANOVA geanaliseer: FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS. Die resultate verskyn in Tabel 7.19.

Tabel 7.19

Resultate van MANOVA's vir Sosiaiefobie-veranderlikes vir die KH+BS (n=15) en KH+BS+Hipno (n=16)

Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	Sosiaiefobie-skale					
	F	p	F	p	F	p
	<u>FQ-SP</u>		<u>SPS</u>		<u>SIAS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	0.34	.564	0.19	.663	0.21	.650
Tyd						
T2(voor-na)	39.68	.000	58.79	.000	44.73	.000
T3(voor-opvolg)	44.49	.000	30.48	.000	41.35	.000
Interaksie-effekte						
T2(voor-na)	1.86	.183	0.46	.504	1.08	.308
T3(voor-opvolg)	0.29	.592	0.90	.350	1.35	.254
	<u>SPAI-TS</u>		<u>SAD</u>		<u>FQ-DS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	0.08	.783	3.09	.089	1.23	.276
Tyd						
T2(voor-na)	42.38	.000	49.71	.000	53.68	.000
T3(voor-opvolg)	33.92	.000	48.33	.000	67.40	.000
Interaksie-effek						
T2(voor-na)	0.05	.826	0.65	.428	1.87	.182
T3(voor-opvolg)	0.84	.367	0.25	.620	0.38	.542

gv=1,28

Die resultate in Tabel 7.19 toon aan dat daar geen beduidende verskille in terme van hoofeffek vir behandeling op die sosiaiefobie-veranderlikes gevind is nie.

Hoofeffekte vir tyd (T2 en T3) is beduidend vir elkeen van die sosiaiefobie-veranderlikes. Dit beteken dat die gekombineerde KH+BS en KH+BS+Hipno groep oor tyd heen (van voor- tot nameting en van voor- tot opvolgmeting) beduidend verbeter het, soos wat op grond van die resultate van elke groep afsonderlik verwag is.

Ook die interaksie-effekte (behandeling X tyd) was onbeduidend vir elkeen van die sosiaiefobie-veranderlikes. Dit beteken dat die behandelingsgroepe nie beduidend van mekaar verskil het wat hulle effek op hierdie metings op verskillende metingstydspunte betref nie.



Grafiese voorstellings van die gemiddelde tellings van die KH+BS en KH+BS+Hipno groepe oor drie metingstadia heen is reeds aangetoon in Figure 7.4 (FQ-SP), 7.5 (SPS), 7.6 (SIAS), 7.7 (SPAI-TS), 7.8 (SAD) en 7.9 (FQ-DS). Die resultate bied dus nie ondersteuning vir hipoteses 19 en 20 nie.

### 7.7.3.3.3 Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprogramme op die kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van hierdie effekte

Die tellings van die behandelingsgroepe tydens die drie metingstadia op die Stroop, GLT-SOM en FNE behaal, is met behulp van Herhaalde Metings MANOVA geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 7.20.

Tabel 7.20

Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die FNE, GLT-SOM en Stroop vir die KH+BS (n=15) en KH+BS+Hipno (n=16) Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	GLT-SOM		FNE		STROOP	
	F	p	F	p	F	p
<b>Hoofeffekte</b>						
Behandeling	6.45	.017	0.13	.721	0.25	.618
Tyd						
T2(voor-na)	97.97	.000	29.36	.000	6.79	.014
T3(voor-opvolg)	31.01	.000	17.94	.000	2.00	.168
<b>Interaksie-effekte</b>						
T2(voor-na)	3.41	.075	0.01	.927	0.37	.549
T3(voor-opvolg)	1.43	.242	0.02	.892	0.67	.419

gv=1,28

Die analyses waarvan die resultate in Tabel 7.20 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandeling ( $p=.017$ ) by GLT-SOM. Dit beteken dat KH+BS+Hipno 'n beduidend groter behandelingseffek op die GLT-SOM as KH+BS gehad het (sien Figuur 7.10). By die Stroop en FNE het die twee groepe nie beduidend van mekaar verskil wat behandelingseffekte betref nie.

Wat tyd as hoofeffek op die GLT-SOM betref, dui die resultate in Tabel 7.20 aan dat daar by die gekombineerde KH+BS en KH+BS+Hipno 'n beduidende verlaging (sien Figuur 7.10) van hierdie tellings van voor- tot nameting en voor- tot opvolgmeting (T2 en T3;  $p=.000$ ) was. Die gekombineerde KH+BS+Hipno en KH+BS groep het dus beduidend oor tyd heen verbeter in terme van funksionele kognisies. Op die Stroop-metings het 'n beduidende (T2) en onbeduidende (T3) hoofeffek vir tyd voorgekom. Verbetering by die gekombineerde behandelingsgroepe van voor- tot nameting kon wel groter wees as van voor- tot opvolgmeting (vanweë skynbare terugval van die KH+BS groep by opvolgmeting)

soos in Figuur 7.12 waargeneem kan word. By die Stroop-tellings was ook sprake van homogeniteitsprobleme. By die FNE het die gekombineerde KH+BS en KH+BS+Hipno groep beduidend van voor- tot nameting (T2 vir tyd as hoofeffek) asook vanaf voor- tot opvolgmeting (T3 vir tyd as hoofeffek) verbeter, soos in Figuur 7.11 gesien kan word.

Geen beduidende interaksie-effekte (behandeling x tyd) is vir enige van die drie metings van die kognitiewe veranderlikes gevind nie. Dit is vreemd aangesien 'n beduidende hoofeffek vir behandeling vir die GLT-SOM gevind is. Die interaksie-effek vir die GLT-SOM was wel by T2 op die 10% beduidend, maar dit sou hoogstens as 'n neiging tot 'n groter verbetering in gedagte-funksionaliteit vanaf voor tot na behandeling deur die KH+BS+Hipno groep geïnterpreteer kon word. Hierdie neiging word gereflekteer deur die grafiese voorstelling in Figuur 7.10.

Ten opsigte van hipotese 21 kan dus gestel word dat daar aanduidings is dat die gekombineerde behandeling wat met hipnose aangevul is tot 'n groter verbetering in gedagte-disfunksionaliteit aan die einde van behandeling gelei het. Hipotese 22, dat behandelingseffekte volgehou sou word to by opvolg, kon egter nie bevestig word nie.

#### 7.7.3.3.4 Vergelyking van die effekte van die twee behandelingsprogramme op die graad van depressie en die instandhouding van hierdie effek

Die behandelingsgroepe se tellings wat tydens die drie metingstadia op die BDI behaal is, is met behulp van Herhaalde Metings MANOVA geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 7.21.

Tabel 7.21

Resultate van MANOVA vir die Graad van Depressie soos Gemeet met die BDI vir die KH+BS (n=15) en KH+BS+Hipno (n=16) Groepe

Onafhanklike veranderlikes (effekte)	BDI	
	F	p
<b>Hoofeffek</b>		
Behandeling	1.07	.309
<b>Tyd</b>		
T2 (voor-na)	49.15	.000
T3 (voor-opvolg)	15.31	.001
<b>Interaksie-effekte</b>		
T2 (voor-na)	1.53	.227
T3 (voor-opvolg)	0.01	.928

Die resultate in Tabel 7.21 dui aan dat daar geen beduidende hoofeffek vir behandeling of beduidende interaksie-effekte vir die BDI-tellings gevind is nie. Die gekombineerde KH+BS en KH+BS+Hipno groep toon wel beduidende hoofeffekte vir tyd (T2 en T3) wat beteken dat dié groep wel beduidend oor tyd heen (van voor- tot nameting en van voor- tot opvolgmeting) verbeter het.

'n Grafiese voorstelling van die gemiddelde tellings van die KH+BS en KH+BS+Hipno groepe op die BDI oor die drie metingstadië heen verskyn in Figuur 7.13. Die resultate bied nie steun vir Hipoteses 23 en 24 nie.

## 8. GEVOLGTREKKINGS EN BESPREKING

### 8.1 INLEIDING

Navorsing binne die terrein van die kognitiewe gedragsterapie fokus tans baie sterk op die angsversteurings. Dit geld vir sowel die kognitiewe konseptualisering van spesifieke angsversteurings as vir navorsing oor die effektiwiteit van behandeling. Sosiale fobie word as een van die angsversteurings beskou waarin kognitiewe faktore 'n belangrike rol by die ontwikkeling en instandhouding daarvan speel (Butler, 1985; Emmelkamp, 1982; Stopa & Clark, 1993). Dit is veral Beck se kognitiewe teorie oor sosiale angs en angsversteurings wat in navorsing oor sosiale fobie ondersoek word. Eweneens is sy kognitiewe terapie tans een van die mees prominente benaderings in die behandeling van angsversteurings.

Tog word daar kritiek teen die kognitiewe konseptualisering van sosiale fobie en spesifiek ook teen Beck se teorie en terapeutiese benadering uitgespreek. Hierdie besware handel daarvoor dat Beck in sy teorie nie voldoende vir verskillende vlakke van kognisie voorsiening maak nie en dat daar slegs op die strategiese (bewustelike) en verbale aspekte van kognisie by sosiale angs klem geplaas word.

Volgens Williams et al. (1997) manifesteer sosiale fobie op drie vlakke: (a) 'n konseptuele vlak, gekenmerk deur bewustelike wilsbesluite en 'n besef by die pasiënt dat bepaalde sosiale situasies nie gevaarlik is nie; (b) 'n sensories-motoriese vlak, sonder enige wilsbesluite, wat daartoe lei dat die pasiënt met intense sensories-motoriese reaksies in sulke situasies reageer ten spyte van die wete dat sulke situasies nie gevaarlik is nie; en (c) 'n vlak van onbewustelike kognitiewe skemas met herinneringe aan en beelde van vorige sosiaal-bedreigende situasies. Hiervolgens bestaan die siening dat (a) die behandeling van 'n emosionele versteuring soos sosiale fobie op al hierdie vlakke gerig moet wees en tot verandering op al die vlakke moet lei, (b) strategiese kognitiewe prosessering outomatiese prosessering moeilik modifiseer, en (c) dat outomatiese prosessering onafhanklik van strategiese prosessering kan voortgaan en rigting aan strategiese prosessering kan gee.

Dit blyk ook uit die navorsingsliteratuur oor terapie-uitkoms by sosiale fobie dat veral prosedures soos kognitiewe herstrukturering en blootstelling deur navorsers ondersoek en effektief bevind is in die behandeling van sosiale fobie. Die groepkognitiewegedragsterapie vir sosiale fobie wat deur Heimberg en sy kollegas (Heimberg, 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990) ontwikkel is, sluit hierdie twee prosedures in en verskeie studies het aangetoon dat dit 'n effektiewe behandeling vir sosiale fobie is. Die program behels egter prosedures wat op strategiese kognitiewe prosessering berus en skenk geen spesifieke aandag aan die outomatiese en nie-verbale aspekte van kognisie nie.

Die inkorporering van hipnose by kognitiewe gedragprosedures word toenemend as 'n sinvolle manier beskou om hierdie leemtes te ondervang. Die uitgangspunt binne die kognitiewe gedragsterapie sowel as binne die moderne benadering tot hipnose is dat hipnose die pasiënt kan help om toegang tot nie-verbale, onbewustelike kennisstrukture te verkry en dat dit die wysiging van disfunksionele selfspraak en kognitiewe distorsies kan fasiliteer.

Die implikasie van hierdie standpunt is dat die integrasie van hipnose by bestaande kognitiewe gedragsterapeutiese prosedures die effektiwiteit van laasgenoemde behoort te verbeter. Ten spyte hiervan is nog min ondersoek in die navorsingsliteratuur gerapporteer waarin die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie met en sonder hipnose vergelyk is. Tentatiewe aanduidings van studies wat wel hieroor gedoen is, is dat die byvoeging van hipnose die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie verhoog het.

Slegs een studie, die van Schoenberger et al. (1997), waarin die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie in kombinasie met hipnose by sosiale angs ondersoek is, is nog gepubliseer. Die ondersoek word egter gekenmerk deur bepaalde metodologiese tekortkominge. Dit is dus steeds 'n vraag of die effektiwiteit van kognitiewegedragsterapeutiese prosedures soos kognitiewe herstrukturering en blootstelling, wat as die mees effektiewe psigoterapeutiese behandelingsprosedures vir sosiale fobie beskou word, deur die aanvulling met hipnose verder verbeter kan word.

Op grond hiervan was die doelstelling van die huidige studie om na te gaan of die effektiwiteit van 'n gestruktureerde kognitiewegedragsterapieprogram vir sosiale fobie, bestaande uit kognitiewe herstrukturering en blootstelling, beduidend verbeter kon word deur hipnose in die program te inkorporeer, en indien sodanige verbetering in effektiwiteit wel plaasgevind het, of dit oor 'n langer termyn gehandhaaf sou word.

Hierdie vraag is ondersoek in 'n studie met 'n toets-hertoets-opvolgontwerp waaraan 45 pasiënte met 'n DSM-IV-diagnose van sosiale fobie deelgeneem het. Vyftien pasiënte is met Heimberg se groepkognitiewegedragprogram (bestaande uit kognitiewe herstrukturering en blootstelling) behandel, terwyl 16 pasiënte dieselfde behandeling aangevul met hipnose ontvang het. Veertien pasiënte het 'n waglys-kontrolegroep gevorm.

As afhanklike veranderlikes is verskeie aspekte of dimensies van sosiale fobie met 13 meetmiddels of -skale voor behandeling, onmiddellik na afloop daarvan en na 'n verdere opvolgperiode van 3 maande gemeet. Hierdie veranderlikes is in vier breë kategorieë verdeel, naamlik teikenfobie-veranderlikes, veranderlikes wat met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou, kognitiewe veranderlikes en die graad van depressie. Daar was geen beduidende verskille tussen die drie groepe ten opsigte van hierdie veranderlikes by voormeting nie.

Die resultate van die studie word vervolgens in terme van hierdie breë kategorieë van veranderlikes bespreek.

## **8.2 TEIKENFOBIE-VERANDERLIKES**

Hierdie veranderlikes sluit teikenfobie-angst en -vermyding en/of -ontsnapping (soos met die Teikenfobieskaal gemeet), teikenfobie-vermyding (met die Fear Questionnaire – Target Phobia gemeet) en teikenfobie-angst (met die SUD-skaal gemeet) in. In die huidige studie is 'n idiosinkratiese teikenfobie-situasie in samewerking met elke deelnemer vir hom/haar geïdentifiseer en die voorafgaande metings

hou hiermee verband. Hierdie veranderlikes weerspieël derhalwe 'n deelnemer se subjektiewe ervaring van angs in 'n spesifieke idiosinkratiese teikenfobie-situasie en die mate waarin hy/sy die situasie vermy en/of uit sulke situasies ontsnap.

In vergelyking met die waglys-kontrolegroep het die pasiënte wat met Heimberg se groepterapie, bestaande uit kognitiewe herstrukturering en blootstelling (en voortaan die gekombineerde behandeling genoem) behandel is, beduidend vanaf voor tot na behandeling verbeter op al die teikenfobie-veranderlikes. Hierdie beduidende verbetering is by die opvolgmeting na 3 maande gehandhaaf. Dit beteken dat die gekombineerde behandeling die pasiënte se subjektiewe angs in 'n spesifieke teikenfobie-situasie sowel as hulle vermyding en ontsnapping van die situasie effektief verminder het en dat hierdie beduidende verbetering 3 maande na afloop van behandeling gehandhaaf is.

Hierdie bevinding stem ooreen met die resultate van ander uitkomsstudies oor die effektiwiteit van Heimberg se behandelingsprogram vir sosiale fobie, wat aangetoon het dat die program effektief is om teikenfobie-angst en teikenfobie-vermyding te verminder (Heimberg et al., 1985; Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1995). In die studies deur Heimberg, Dodge et al. (1990) en Hope, Heimberg et al. (1995) is die beduidende verbeteringe in subjektiewe angst en vermyding selfs oor 'n langer periode as in die huidige studie, naamlik oor 6 maande, gehandhaaf.

Die gekombineerde behandeling aangevul met hipnose het soortgelyke resultate gelewer. In vergelyking met die waglys-kontrolekondisie is beduidende verbeterings op al die metings van teikenfobie-angst en -vermyding en/of -ontsnapping aan die einde van behandeling gevind. Hierdie verbeterings is ook by die opvolgmeting gehandhaaf, behalwe vir die deelnemers se beoordelings van hulle angst tydens die teikenfobie-situasie, soos met die SUD-skaal gemeet. Nogtans was teikenfobie-angst/-vermyding/-ontsnapping, soos met die Teikenfobieskaal gemeet, wel beduidend laer by na- en opvolgmeting vergeleke met die voormeting, wat daarop dui dat die gekombineerde behandeling aangevul met hipnose wel subjektiewe angst in die teikenfobie-situasie beduidend verbeter het en dat die effek oënskynlik gehandhaaf is.

Soortgelyke resultate is deur Schoenberger et al. (1997) vir individue met publiekespraak-angst gerapporteer. Hulle het gevind dat 'n aangepaste weergawe van die Heimbergprogram, aangevul met hipnose, ook teikenfobie-angst (met die SUD-skaal gemeet) in vergelyking met 'n kontrolekondisie beduidend van voor tot na behandeling verminder het. Hulle het egter nie 'n opvolgmeting by hulle ondersoek ingesluit nie.

'n Vergelyking van die resultate van die twee behandelingsprogramme het aangetoon dat daar nie beduidende verskille by die na- of opvolgmetings voorgekom het nie. Dit impliseer dat die byvoeging van hipnose nie die effektiwiteit van die bestaande kognitiewe gedragsprogram om die angst wat in teikenfobie-situasie ervaar word en die mate van vermyding en ontsnapping van die situasie verder verbeter het nie. Dit het egter geblyk dat die hoofeffek vir behandeling vir die FQ-TP sowel as die interaksie-effek van voor tot na behandeling op die 10%-peil beduidend was. Dit sou egter hoogstens beskou kon word as 'n tentatiewe aanduiding dat die gekombineerde behandeling met hipnose moontlik

'n groter verbeterende effek op teikenfobie-angs en vermyding en/of ontsnapping (soos met die FQ-TP gemeet) kon hê as die gekombineerde behandeling daarsonder.

Schoenberger et al. (1997) het in hulle studie, waarin die effektiwiteit van die gekombineerde behandeling met en sonder hipnose by publiekespraak-angs vergelyk is, gevind dat subjektiewe angs tydens 'n toespraak vinniger gedaal het by diegene wat met die gekombineerde program met hipnose behandel is. Volgens die navorsers is hierdie resultaat van terapeutiese belang, omdat dit aantoon dat dit vermyding (wat anti-terapeuties inwerk) kan verminder. Die tendens wat in die huidige studie gevind is, naamlik dat diegene wat met die gekombineerde program en hipnose behandel is, moontlik groter verandering ten opsigte van teikenfobie-vermyding getoon het, sowel as soortgelyke resultate wat met die SAD behaal is en later bespreek word, is in ooreenstemming met die bevinding van Schoenberger et al. (1997).

### 8.3 SOSIALEFOBIE-VERANDERLIKES

Die afhanklike veranderlikes in hierdie kategorie sluit die volgende (met die meetinstrumente en -skale in hakies) in: die graad van sosialefobie-vermyding (Fear Questionnaire – Social Phobia), angs in sosiale situasies waarin observasie deur ander ter sprake is, dus sosialefobie-observasie-angs (Social Phobia Scale), angs in sosiale-interaksiesituasies, dus sosialefobie-interaksie-angs (Social Interaction Anxiety Scale), die graad van sosiale fobie soos gereflekteer deur algemene simptome in 'n wye verskeidenheid situasies, dus sosialefobie-algemene-simptomatologie (Social Phobia and Anxiety Inventory – Totale Score), sosiale vermyding en ongemak in sosiale situasies, dus sosialefobie-vermyding/-ongemak (Social Avoidance and Distress Scale) en die steurende en belemmerende effek van sosialefobie-vermyding, dus sosialefobie-ongemak/-belemmering (Fear Questionnaire – Disturbance Scale). In teenstelling met die vorige groep veranderlikes wat handel oor subjektiewe angs en vermyding/ontsnapping in 'n spesifieke, idiosinkratiese fobiese situasie, dui hierdie groep veranderlikes op angs tydens sosiale interaksie en observasie, die graad van vermyding in die algemeen, die ongemak/belemmering weens sosiale fobie en die erns van algemene symptomatologie van sosiale fobie.

Die gekombineerde behandelingsprogram, in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, het tot 'n beduidende verbetering vanaf voor tot na behandeling ten opsigte van sosialefobie-vermyding (FQ-SP), die angs om deur ander waargeneem of dopgehou te word (SPS), algemene sosialefobie-simptomatologie (SPAI-TS) en ongemak of belemmering vanweë sosialefobie-simptome (FQ-DS) gelei. Die verbetering is tot by die opvolgmeting gehandhaaf. Hierdie bevindings van 'n positiewe effek op sosialefobie-vermyding, sosialefobie-observasie-angs, algemene sosialefobie-simptomatologie en sosialefobie-ongemak/-belemmering stem ooreen met die resultate wat ander navorsers met Heimberg (1991) se program gerapporteer het (Cox et al., 1998; Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1995; Hope, Herbert et al., 1995). Cox et al. (1998), Heimberg, Dodge et al. (1990), Hope, Heimberg et al. (1995) en Hope, Herbert et al. (1995) het ook beduidende verbetering van sosialefobie-vermyding (met die FQ-SP gemeet) gerapporteer en Heimberg, Dodge et al. (1990) het gevind dat hierdie effek tot by 6-maande-opvolg volgehou is. (In Cox et al. [1998] se studie is behandeling egter nie met 'n kontrolekondisie vergelyk nie). Cox et al. (1998) het ook 'n beduidende verlagende effek op sosialefobie-observasie-angs (met die SPS gemeet) gerapporteer. Hoewel hulle nie van Heimberg se program gebruik

gemaak het nie, het Mattick en Peters (1988) ook kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineer en beduidende effekte in terme van die SPS gedemonstreer. (Hulle het egter ook nie hulle behandeling met 'n kontrolekondisie vergelyk nie). Soos in die huidige studie, het Mattick en Peters (1988) ook gevind dat die vermindering in observasie-angs vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou is. Cox et al. (1998) sowel as Hope, Herbert et al. (1995) het ook 'n beduidende "verbetering" in sosialefobie-algemene-simptomatologie (soos met die SPAI-TS gemeet) gevind. Geen studies kon geïdentifiseer word waarin die effek van die gekombineerde behandeling op sosialefobie-ongemak/-belemmering (met die FQ-DS gemeet) ondersoek is nie.

Die onvermoë van Heimberg (1991) se program om 'n beduidende effek op vermyding van sosiale-interaksiesituasies en ongemak of ontsteltenis in sulke situasies (soos met die SAD-skaal gemeet) te hê, is ook in ander navorsing oor hierdie program gevind (byvoorbeeld Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1995). Die program kon ook nie tot 'n verbetering in angs in sosiale-interaksiesituasies (met die SIAS gemeet) aanleiding gee nie. Dit is in teenstelling met wat Cox et al. (1998) gevind het, hoewel vergelyking met hulle studie deur verskille in eksperimentele ontwerp (hulle het byvoorbeeld nie 'n kontrolegroep gehad nie) en die gebruik van verskillende statistiese modelle bemoeilik word.

Die gekombineerde behandeling met hipnose het, net soos die gekombineerde program sonder hipnose, tot 'n verbetering van voor tot na behandeling gelei in sosialefobie-vermyding (FQ-SP), die angs om deur ander waargeneem te word (SPS), algemene sosialefobie-simptomatologie (SPAI-TS) en die ongemak of belemmering vanweë sosialefobie-simptome (FQ-DS). Net soos by die program sonder hipnose is hierdie verbeteringe tot by opvolg gehandhaaf.

Addisioneel hiertoe het die groep wat die gekombineerde program aangevul met hipnose ontvang het ook beduidende verbetering van voor tot na behandeling getoon in terme van sosiale vermyding en ongemak in sosiale situasies, soos gemeet met die SAD. Hierdie verbetering is gehandhaaf by die opvolgmeting. Net soos die groep wat slegs die gekombineerde behandeling ontvang het, het die deelnemers wat die gekombineerde program en hipnose ontvang het ook geen verbetering in sosialefobie-interaksie-angs (gemeet met die SIAS) getoon nie.

'n Vergelyking van die effekte van die twee behandelingskondisies het aangetoon dat daar geen beduidende verskille tussen die resultate van die groepe aan die einde van behandeling of by die opvolgmeting was nie. Dit het ook geblyk dat hoewel die gekombineerde behandeling met hipnose, in vergelyking met die kontrolegroep, tot 'n beduidende verbetering op die metings van die SAD-skaal gelei het (wat nie by die gekombineerde behandeling sonder hipnose gevind is nie), hierdie verskil tussen die behandelingsgroepe slegs op die 10 %-beduidendheidspeil betekenisvol was. Dit sou derhalwe hoogstens as 'n tentatiewe aanduiding beskou kon word dat die gekombineerde behandeling aangevul met hipnose potensieel 'n groter effek op vermyding/ongemak in sosiale situasies (soos gemeet met die SAD) kon hê as die behandelingsprogram daarsonder. Soos reeds aangetoon by die bespreking van die resultate oor die teikenfobie-veranderlikes, het 'n soortgelyke tendens geblyk ten opsigte van angs en vermyding in 'n spesifieke teikenfobie-situasie soos gemeet met die FQ-TP. Hierdie twee tentatiewe bevindings mag aanduidend wees van die sterker vermoë van die gekombineerde program met hipnose



om die ang en ongemak en gepaardgaande vermyding by sosiale fobie te verminder. Dit is ook in ooreenstemming met die bevinding van Schoenberger et al. (1997). Dit sou as 'n hipotese kon dien wat verder ondersoek behoort te word.

Dit het ook uit die voorafgaande resultate geblyk dat die SIAS, wat sosialefobie-interaksie-angs meet, die enigste meetmiddel was waarop daar nie enige verskille tussen die groepe by enige van die metingsgeleenthede gevind is nie. Die behandelingsprogramme het primêr bestaan uit blootstelling en kognitiewe herstrukturering met betrekking tot 'n hiërargie van idiosinkratiese gevreesde situasies wat uiteindelik gelei het tot blootstelling aan die primêre teikenfobie-situasie. Hierdie hiërargie en teikenfobie-situasies het beide sosiale optrede en -interaksie situasies ingesluit. Tentatiewe verklarings vir die gebrek aan effekte op die SIAS, wat op hierdie stadium vir verdere ondersoek aangebied kan word, is dat die blootstellingsoefeninge waarop die kognitiewe herstrukturering (met of sonder hipnose) in die groepsessies gebaseer was, hulle meer geleen het tot die hantering van optrede-angs as tot die hantering van interaksionele ang. Dit sou ook kon wees dat daar in die behandelingsessies meer optrede- as interaksionele-situasies vir blootstelling en kognitiewe herstrukturering geselekteer is, moontlik omdat dit makliker met die oog op blootstelling gesimuleer kan word, en daar dus nie voldoende aandag aan interaksionele-angs kenmerkend van sosiale fobie geskenk is nie.

#### **8.4 KOGNITIEWE VERANDERLIKES**

Die volgende kognitiewe veranderlikes is in hierdie studie ingesluit: die funksionaliteit/disfunksionaliteit van outomatiese gedagtes (met die Gedagtelystegniek gemeet en as SOM-ratio uitgedruk), vrees vir negatiewe evaluasie (Fear of Negative Evaluation Scale) en aandagsverdraaiing (met die emosionele-Strooptaak gemeet en as 'n verskiltelling in latensietyd uitgedruk).

In vergelyking met die waglys-kontrolegroep het die gekombineerde behandeling tot 'n beduidende verbetering in die funksionaliteit van outomatiese gedagtes (soos met die Gedagtelysprosedure gemeet) van voor tot na behandeling gelei. Die beduidende verbetering is by die opvolgmeting gehandhaaf. Hierdie beduidend groter effekte van die gekombineerde behandeling in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie in terme van gedagte-funksionaliteit, stem ooreen met bevindings van Heimberg (1994) na aanleiding van sy oorsigstudie ten opsigte van onder andere die effek van die gekombineerde behandeling op gedagte-funksionaliteit. Soortgelyke resultate van voor tot na behandeling is ook deur Hope, Heimberg et al. (1995) gevind. Heimberg, Dodge et al. (1990) daarenteen het gevind dat hulle groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het sowel as hulle aandag-kontrolegroep by nameting beduidend verbeter het wat gedagte-funksionaliteit betref en dat daar nie beduidende verskille tussen die groepe na behandeling was nie. Teen 6-maande-opvolgmeting het die groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het egter beduidend meer funksionele gedagtes en beduidend minder disfunksionele gedagtes as die aandag-kontrolegroep gedemonstreer.

Die gekombineerde behandeling aangevul met hipnose het, in vergelyking met die kontrolegroep, tot 'n beduidende verbetering in funksionaliteit van outomatiese gedagtes gelei. Daar is egter tot dusver nie 'n

soortgelyke studie in die literatuur gerapporteer waarmee die huidige ondersoek se resultate vergelyk kon word nie.

'n Vergelyking van die twee behandelingsprogramme in terme van hulle effek op die funksionaliteit van outomatiese gedagtes toon 'n beduidende hoofeffek vir behandeling. Die interaksie-effekte vanaf voor tot na behandeling en vanaf voor-behandeling tot by opvolg was egter onbeduidend op die 5%-peil. Die interaksie-effek vanaf voor tot na behandeling was egter wel op die 10%-peil beduidend. Hierdie resultaat kan dus hoogstens as 'n tentatiewe aanduiding dien dat die gekombineerde behandeling met hipnose van voor tot na behandeling 'n groter effek op disfunksionele outomatiese gedagtes gehad het as die gekombineerde behandeling daarsonder. Die gemiddelde SOM-ratios weerspieël die aanduidings dat die behandeling met hipnose 'n groter effek gehad het. By die gekombineerde behandelingsgroep was die gemiddelde SOM-ratios 0.12, 0.48 en 0.51 by voor-, na- en opvolgmeting onderskeidelik, terwyl die ooreenstemmende waardes vir die groep wat die gekombineerde behandeling en hipnose ontvang het 0.13, 0.67 en 0.70 was.

Die groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het, het nie beduidend beter resultate as die waglys-kontrolegroep met betrekking tot vrees-vir-negatiewe-evaluasie, soos met die FNE gemeet, behaal nie. Dit stem ooreen met die bevinding van Hope, Heimberg et al. (1995) en sluit aan by 'n studie van Heimberg (1994) waarin hy, na aanleiding van 'n oorsig van 12 sosialefobie-uitkomsstudies waarin die FNE gebruik was, die klein behandelingseffekte op die FNE beklemtoon het. Hierteenoor het Heimberg, Dodge et al. (1990) gevind dat die gekombineerde behandeling, in teenstelling met 'n aandag-kontrolekondisie, met 'n beduidende verlaging van die FNE-tellings verband gehou het en dat behandelingseffekte by 6-maande-opvolgmeting instand gehou is. Cox et al. (1998) het gevind dat die gekombineerde behandeling 'n relatief groot behandelingseffekgrootte (.68) op die FNE gedemonstreer het. Hulle het egter nie hierdie behandeling met 'n kontrolekondisie vergelyk nie.

Die gekombineerde behandeling met hipnose het soortgelyke resultate aan dié van die behandelingsgroep sonder hipnose gelewer, ten opsigte van die vrees-vir-negatiewe-evaluasie soos met die FNE gemeet. 'n Vergelyking van hierdie twee behandelingsgroepe se resultate het geen beduidende verskille aangetoon nie. Daarenteen het Schoenberger et al. (1997) se navorsingsresultate aangedui dat beide hulle behandelingsgroepe (wat 'n aanpassing van Heimberg (1991) se behandelingsprogram, met of sonder hipnose, ontvang het) na behandeling beduidend van die kontrolegroep verskil het wat hulle vrees-vir-negatiewe-evaluasie (met die FNE gemeet) betref.

Die onbeduidende resultate wat in terme van die veranderlike vrees-vir-negatiewe-evaluasie in die huidige ondersoek verkry is, mag 'n resultaat wees van die meetmiddel (FNE) wat gebruik is en dui dus nie noodwendig daarop dat die behandelingsprosedures nie hierdie kognitiewe veranderlike kon wysig nie. Soos reeds aangetoon het Heimberg (1991), op grond van 12 uitkomsstudies, gevind dat die FNE oor die algemeen klein behandelingseffekte reflekteer. Volgens hom word die FNE se vermoë om behandelingseffek te meet belemmer deur die waar-onwaar-formaat waarvolgens die vraelys beantwoord moet word. Hy wys ook daarop dat die FNE moontlik nie 'n suiwer meting van kognisie verskaf nie, aangesien dit ook items insluit wat eerder aanduidend van sosiale angs is. Die FNE diskrimineer dus

swak tussen angs en kognisies. Daarbenewens kan die variansie in FNE-resultate wat in verskillende studies gerapporteer is, dalk ook verband hou met die mate waarin aan die disfunksionele kognisies wat met negatiewe evaluasie geassosieer is tydens behandeling aandag gegee is.

Dit bly egter 'n vraag of die FNE nog in toekomstige uitkomstudies as meetmiddel vir die vrees-vir-negatiewe-evaluasie gebruik behoort te word, veral in die lig van die feit dat drie ondersoeke reeds aangetoon het dat die enkele veranderlike wat geassosieer was met verbetering in sosiale fobie na behandeling juis vrees-vir-negatiewe-evaluasie was (Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989).

In terme van die veranderlike aandagsverdraaiing (met die emosionele-Strooptaak gemeet), wat 'n aanduiding van onbewuste kognitiewe prosesse gee, toon die resultate van die huidige studie dat die gekombineerde behandeling nie 'n beduidende effek gehad het nie. Ook die gekombineerde behandeling aangevul met hipnose het nie aandagsverdraaiing, in vergelyking met die kontrolekondisie, beduidend verminder nie. Daar was ook geen beduidende verskil tussen die twee behandelingsprosedures betreffende hulle effekte op aandagsverdraaiing nie.

Dit moet in gedagte gehou word dat die emosionele-Strooptaak nog nie as 'n geldige en betroubare meetmiddel van terapie-uitkoms bewys is nie. Daar kon net een studie, die van Mattia et al. (1993), geïdentifiseer word waarin die emosionele-Strooptaak gebruik is om die effektiwiteit van behandeling by sosiale fobie te ondersoek. Beduidende Stroop-effekte, dus minder ontwrigting op sosiaal-bedreigende woorde, is by reageerders op behandeling gevind, maar nie by nie-reageerders nie. Dit was juis vanweë hierdie oorweging dat die emosionele-Strooptaak in die huidige ondersoek ingesluit is. Soos in Hoofstuk 3 aangetoon, bestaan daar die moontlikheid van oefeningseffekte wanneer die emosionele-Strooptaak in uitkomsnavorsing gebruik word. Daarbenewens is daar ook bepaalde praktiese probleme ondervind betreffende die ontwerp en toepassing van die taak (soos in Afdeling 3.4.3.4 aangetoon), waardeur die resultate wat met die emosionele-Strooptaak in die huidige ondersoek behaal is, beïnvloed kon word.

In die lig van die voorafgaande oorwegings behoort die resultate ten opsigte van die emosionele-Strooptaak wat in die huidige studie verkry is nie as afdoende getuigenis vir 'n standpunt oor die differensiële effektiwiteit van die twee behandelings op aandagsverdraaiing beskou te word nie. Inspeksie van die resultate toon aan dat die gemiddelde latensietye vir die gekombineerde behandeling by die drie metingsgeleenthede 9.43, 2.99 en 4.51 onderskeidelik was. Ooreenstemmende gemiddelde latensietye vir die gekombineerde behandeling met hipnose was 8.83, 6.24 en 5.77. Die korter latensietye vir beide groepe na behandeling en by opvolg dui op minder aandagsverdraaiing, dus minder bedreiging deur sosiaal-bedreigende stimuli, hoewel die afnames nie statisties beduidend was nie. Uit hierdie gemiddelde latensietye is dit duidelik dat daar pasiënte was by wie daar klinies-betekenisvolle verbeterings in aandagsverdraaiing plaasgevind het. Hierdie sogenaamde kliniese reageerders (teenoor nie-reageerders) behoort geïdentifiseer te word, soos in die ondersoek van Mattia et al. (1993). 'n Vergelyking van reageerders en nie-reageerders ten opsigte van die voormetings sou daartoe kon bydra dat moontlike veranderlikes geïdentifiseer kon word wat verband hou met verbeteringe in aandagsverdraaiing.

Die gemiddelde latensietye van die kontrolegroep (8.74, 7.45 en 8.20 by die drie meetingsgeleenthede onderskeidelik) het nie beduidend verskil nie. Dit dui aan dat daar nie 'n oefeningseffek plaasgevind het nie. As sodanig is dit 'n belangrike bevinding aangesien dit impliseer dat die emosionele-Strooptaak wel in uitkomsnavorsing aangewend kan word aangesien veranderinge in latensietye na herhaalde toepassings van die taak nie noodwendig aan 'n oefeningseffek te wyte is nie.

## 8.5 GRAAD VAN DEPRESSIE

Die gekombineerde behandeling het, in vergelyking met die kontrolegroep, tot 'n beduidende verbetering van die graad van depressie (soos met die BDI gemeet) van voor behandeling (Gem=16.33, matige depressie) tot na behandeling (Gem=6.87, normaal) gelei. Hierdie verbetering is gehandhaaf by opvolg (Gem=4.73, normaal).

Soorgelyke resultate, in vergelyking met die waglys-kontrolegroep (waar die gemiddelde tellings op die BDI by die drie metingsgeleenthede 20.29, 20.21 en 17.57 onderskeidelik was), is vir die gekombineerde behandeling, aangevul met hipnose, gevind. By dié groep het die gemiddelde BDI-tellings beduidend van voor behandeling (Gem=12.69, ligte depressie) tot na behandeling (Gem=5.13, normaal) verbeter wat in stand gehou is by opvolg (Gem=4.56, normaal).

Geen beduidende verskille in behandelingseffekte ten opsigte van die graad van depressie het tussen die twee behandelingsgroepe voorgekom nie.

Soos in die huidige ondersoek, is daar ook in ander studies beduidende verlagings in die graad van depressie (met die BDI gemeet) na die gekombineerde behandeling gerapporteer (Cox et al., 1998; Heimberg, Dodge et al., 1990). Cox et al. (1998) het 'n middelmatige, beduidende ( $p=.011$ ) behandelingseffekgrootte van 0.30 op die BDI na die gekombineerde behandeling by 'n groep subjekte met sosiale fobie ( $n=25$ ) gevind. Heimberg, Dodge et al. (1990) het gevind dat 'n groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het, sowel as 'n aandag-kontrolegroep beduidende verlagings van BDI-tellings gedemonstreer het en dat hierdie verbetering vir beide groepe oor 'n 6-maande-opvolgperiode in stand gehou is. Die gekombineerde behandelingsgroep se graad van depressie is in die huidige studie met dié van 'n waglys-kontrolegroep vergelyk en in teenstelling met Heimberg, Dodge et al. (1990) se bevinding is 'n beduidende verskil tussen die twee kondisies van voor- tot nameting en voor- tot opvolgmeting gevind.

## 8.6 SAMEVATTING EN BESPREKING VAN RESULTATE

Die groepkognitiewegedragprogram het, in vergelyking met die waglys-kontrolegroep, tot die volgende resultate by pasiënte met sosiale fobie gelei:

Op al die teikenfobie-veranderlikes wat in die huidige studie ingesluit is, naamlik teikenfobie-angs/-vermyding/-ontsnapping (soos deur die TEIK-I weerspieël), teikenfobie-vermyding (met die FQ-TP gemeet) en teikenfobie-angs (met die SUD-skaal gemeet), het 'n beduidende verbetering van voor tot na

behandeling plaasgevind. Hierdie verbetering is gehandhaaf tot by die opvolgmeting 3 maande na die einde van die behandeling.

Beduidende verbeterings, van voor tot na behandeling, het ook op die volgende veranderlikes wat met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie verband hou voorgekom: sosialefobie-vermyding (met die FQ-SP gemeet), sosialefobie-observasie-angs (met die SPS gemeet), sosialefobie-algemene-simptomatologie (met die SPAI-TS gemeet) en sosialefobie-ongemak/-belemmering (met die FQ-DS gemeet). Hierdie beduidende verbetering is volgehou oor die opvolgperiode. Die gekombineerde behandelingsprogram het egter nie enige beduidende effek op sosialefobie-interaksie-angs (met die SIAS gemeet) en sosialefobie-vermyding/-ongemak (met die SAD gemeet) gehad nie.

Wat die kognitiewe veranderlikes betref, het die gekombineerde behandeling tot 'n beduidende verbetering van die behandelingsgroep se funksionele teenoor disfunksionele outomatiese gedagtes (met die Gedagtelysprosedure gemeet) gelei, wat tot by die opvolgmeting gehandhaaf is. Geen verbetering is egter gedemonstreer ten opsigte van die gedagtes wat met 'n vrees vir negatiewe evaluasie (met die FNE gemeet) verband hou nie. Ook is geen effek ten opsigte van die onbewuste kognitiewe proses van aandagsverdraaiing (soos met die emosionele-Strooptaak gemeet) gevind nie.

Die behandelingsprogram het die groep se matige graad van depressie voor behandeling beduidend tot op 'n normale vlak na behandeling verlaag. By die opvolgmeting na 3 maande was die groep se graad van depressie steeds op 'n normale vlak.

Hierdie resultate toon aan dat (a) Heimberg se kognitiewegegedragsterapieprogram 'n effektiewe psigoterapieprogram vir die behandeling van sosiale fobie is, en (b) dat die beduidende verbetering in sosialefobie-simptomatologie, wat deur middel van die behandeling verkry is, oor 'n periode van ten minste 3 maande gehandhaaf is.

Hierdie gevolgtrekkings bevestig die resultate van verskeie vorige studies waarin die effektiwiteit van Heimberg se behandelingsprogram (Heimberg, Dodge et al., 1995; Heimberg, Salzman et al., 1993; Hope, Heimberg et al., 1995) of ander soortgelyke behandelingsprogramme vir sosiale fobie (Butler et al., 1984; Mattick et al., 1989; Scholing & Emmelkamp, 1993a) ondersoek is. In studies soos hierdie waarin die effektiwiteit van Heimberg se kognitiewegegedragsterapieprogram of ander soortgelyke kombinasies van blootstelling en kognitiewe herstrukturering ondersoek is, is ook gevind dat teikenfobie-angs en -vermyding beduidend deur die behandeling verbeter is (Heimberg et al., 1985; Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1995), en dat hierdie verbetering selfs oor 'n langer opvolgperiode as in die huidige ondersoek (6 maande) gehandhaaf is (Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1995). Hierdie studies het ook beduidende verbetering in sosialefobie-vermyding (Cox et al., 1998; Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Herbert et al., 1995), wat oor 'n 6-maande-opvolgtydperk gehandhaaf is (Heimberg, Dodge et al., 1990), sosialefobie-observasie-angs (Cox et al., 1998; Mattick & Peters, 1988), wat oor 'n opvolgtydperk van 3 maande gehandhaaf is (Mattick & Peters, 1988), en algemene sosialefobie-simptomatologie (Cox et al., 1998; Hope, Herbert et al., 1995) gerapporteer, asook beduidende verbetering in die graad van depressie na behandeling (Cox et al., 1998; Heimberg,

Dodge et al., 1990), wat oor 'n 6-maande-opvolgperiode instand gehou is (Heimberg, Dodge et al., 1990). Hope, Heimberg et al. (1995) en Heimberg, Dodge et al. (1990) het ook beduidende veranderinge in funksionele teenoor disfunksionele outomatiese gedagtes gevind en hierdie verbetering is oor 'n opvolgperiode van 6 maande gehandhaaf.

Hoewel die gekombineerde behandeling in die huidige en in ander studies 'n beduidende effek op sosialefobie-vermyding (met die FQ-SP gemeet) gehad het, is daar soos in ander navorsing met Heimberg se program (Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1995) nie 'n beduidende effek, in vergelyking met die kontrolegroep, op vermyding en ongemak in sosiale-interaksiesituasies (soos met die SAD gemeet) gevind nie. Die program het ook nie tot enige beduidende verbetering van vrese ten opsigte van sosiale interaksie (met die SIAS gemeet) gelei nie. Een moontlike verklaring hiervoor kan wees dat daar nie genoegsaam tydens die behandeling aan sosiale-interaksiesituasies aandag gegee is nie. 'n Ander moontlikheid is dat die behandeling dit meer leen tot die hantering van optrede-angs as tot die hantering van interaksionele ang.

In die huidige ondersoek kon die gekombineerde behandelingsprogram ook nie daarin slaag om die sosialefobie-pasiënte se vrees vir negatiewe evaluasie te verander nie. Binne die kognitiewegegedragsterapeutiese benadering word die vrees vir negatiewe evaluasie as 'n sentrale kognitiewe komponent van sosiale fobie gesien en word die verandering van hierdie vrees as 'n voorwaarde vir suksesvolle behandeling beskou (Leary et al., 1988). Dat die behandelingsprogram tot beduidende verbetering op die meeste veranderlikes wat in die huidige studie ingesluit is gelei het sonder enige beduidende verbetering in die vrees vir negatiewe evaluasie, sou daarop kon dui dat hierdie kognitiewe komponent nie so 'n belangrike rol in sosiale fobie speel nie en dat die wysiging daarvan nie 'n voorwaarde vir suksesvolle terapie is nie. 'n Meer waarkynlike verklaring vir hierdie bevinding het te make met die meetinstrument, die Fear of Negative Evaluation Scale van Watson en Friend (1969), wat in die huidige ondersoek gebruik is om die vrees vir negatiewe evaluasie te evalueer. Soos reeds aangetoon, het Heimberg (1994) op grond van 12 uitkomsstudies gevind dat die FNE oor die algemeen klein behandelingseffekte reflekteer. Volgens hom word die FNE se vermoë om behandelingseffekte te meet belemmer deur die waar-onwaar-formaat waarvolgens die vraelys beantwoord moet word.

Daarbenewens twyfel hy of die FNE 'n suiwer meting van kognisie verskaf, aangesien dit ook 'n meting van ang kan wees. Turner et al. (1987) is ook van mening dat die konstruk-, diskriminasie- en voorspellingsgeldigheid van die FNE nie voldoende ondersoek is nie en dat dit nie sondermeer vir 'n meting van die graad van sosiale ang en terapeutiese uitkoms aangewend behoort te word nie. Volgens hulle het dit veral gegeld vir studies met kliniese populasies. Na aanleiding van hulle eie navorsing daarmee het hulle tot die slotsom gekom dat die FNE eerder 'n maatstaf van algemene emosionele ontsteltenis as van sosiale ang is. Die variasies in FNE-resultate wat in verskillende studies gevind is, kan egter ook verband hou met die mate waarin aan die disfunksionele kognisies wat met negatiewe evaluasie geassosieer is tydens behandeling aandag gegee is. Hierdie oorwegings, sowel as die bevinding met betrekking tot die FNE in die huidige studie, hou belangrike implikasies in vir toekomstige uitkomsnavorsing oor sosiale fobie. Eerstens impliseer dit dat in sulke ondersoeke die mate waarin tydens behandeling op die vrees vir negatiewe evaluasie gefokus is duidelik aangedui moet word. 'n Tweede implikasie is dat die gebruik van die FNE om die vrees vir negatiewe evaluasie te meet in die

toekoms met omsigtigheid hanteer behoort te word. Dit lyk ook wenslik dat in toekomstige uitkomsstudies oor sosiale fobie ondersoek ingestel moet word na die verband tussen veranderinge in die vrees vir negatiewe evaluasie en terapie-uitkoms.

'n Ander betekenisvolle bevinding in die huidige ondersoek is dat hoewel gunstige terapeutiese effekte, wat ook beduidende verbetering in funksionele teenoor disfunksionele outomatiese gedagtes behels het, deur middel van die gekombineerde behandelingsprogram verkry is, daar nie enige verandering ten opsigte van aandagsverdraaiing (met die emosionele-Strooptaak gemeet) was nie. Hierdie resultate is vir 'n periode van 3 maande gehandhaaf sonder dat daar oënskynlik veranderinge in onbewuste informasie-prosessering plaasgevind het. Dit bevestig die vrae oor die gebruik van die emosionele-Strooptaak (soos reeds bespreek), maar laat ook die vraag ontstaan of veranderinge in informasie-prosessering 'n essensiële voorwaarde vir suksesvolle terapie is. Vanweë die sentrale rol wat hierdie standpunt in die kognitiewe benadering van psigopatologie, en spesifiek ook sosiale fobie speel, behoort hierdie vraagstuk in toekomstige navorsing ondersoek te word.

Die beduidende effek wat die gekombineerde behandelingsprogram op die graad van depressie gehad het, hou waarskynlik met die verbetering van die sosialefobie-simptome verband, aangesien die behandeling op sosiale fobie en nie op die graad van depressie gerig was nie. Hierdie bevinding bied bevestiging vir die standpunt dat die matige depressie wat voor behandeling by die pasiënte aanwesig was sekondêr tot die sosiale fobie was.

Soos reeds herhaaldelik aangetoon, word kritiek teen bestaande kognitiewegegedragsterapeutiese prosedures uitgespreek omdat sodanige prosedures oorwegend op strategiese, bewustelike kognisies fokus. Die rasionaal waarop die huidige ondersoek gebaseer is, was derhalwe dat deur hipnose by die gekombineerde program (blootstelling en kognitiewe herstrukturering) te voeg nie-bewustelike, outomatiese gedagtes sodoende terapeuties hanteer sal word en dat beter resultate as met die gekombineerde behandeling sonder hipnose dus verkry behoort te word. Dit kom basies neer op die volgende twee vrae: Het die gekombineerde program met hipnose beter resultate gelewer as die gekombineerde program daarsonder? Het die gekombineerde program met hipnose tot 'n beduidende verbetering in die funksionaliteit van nie-bewustelike, outomatiese gedagtes (met die Gedagtelystegniek gemeet) gelei?

Ten einde hierdie vrae te beantwoord, word die resultate wat met die gekombineerde behandeling en hipnose, in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, verkry is eers bespreek, waarna 'n vergelyking van die effekte van die twee behandelingskondisies aangebied word.

In vergelyking met die waglys-kontrolekondisie het die gekombineerde behandeling met hipnose die volgende resultate gelewer.

- Beduidende verbeterings vanaf voor tot na behandeling is vir die volgende veranderlikes gevind: teikenfobie-angs-/vermyding-/ontsnapping (met die TEIK-I gemeet), teikenfobie-vermyding (met die FQ-TP gemeet) en teikenfobie-angs (met die SUD-skale gemeet). Hierdie beduidende verbetering is

tot by die opvolgmeting na 3 maande gehandhaaf, behalwe vir die SUD-skaal meting van teikenfobie-angs waar daar nie 'n beduidende verskil tussen die groepe by opvolgmeting gevind is nie.

- Op die volgende sosialefobie-veranderlikes het die behandeling tot 'n beduidende verbetering aan die einde daarvan gelei wat tot by die opvolgmeting gehandhaaf is: sosialefobie-vermyding (met die FQ-SP gemeet), sosialefobie-observasie-angs (met die SPS gemeet), sosialefobie-algemene-simptomatologie (met die SPAI-TS gemeet), sosialefobie-ongemak/-belemmering (met die FQ-DS gemeet) en sosiale vermyding en ontsteltenis/ongemak in sosiale situasies (met die SAD gemeet). Hierbenewens was die hoofeffek vir die resultate van die SIAS (vrees met betrekking tot sosiale interaksie) op die 10%-peil beduidend, met beduidende interaksie-effekte vir T2 en T3. Hoewel dit nie as 'n beduidende effek beskou kan word nie, kan dit geïnterpreteer word as aanduidend van 'n tendens by die gekombineerde behandeling met hipnose om ook sosialefobie-interaksie-angs te verminder.
- Ten opsigte van die kognitiewe veranderlikes het die gekombineerde behandeling met hipnose tot 'n beduidende verbetering in funksionele teenoor disfunksionele outomatiese gedagtes (met die Gedagtelystegniek gemeet) gelei wat by die opvolgmeting gehandhaaf is. Geen verbetering is egter ten opsigte van die vrees vir negatiewe evaluasie (met die FNE gemeet) of aandagsverdraaiing (met die emosionele-Strooptaak gemeet) gevind nie.
- Die gekombineerde behandeling met hipnose het die deelnemers se ligte simptome van depressie voor behandeling tot 'n normale vlak na behandeling verbeter wat in stand gehou is tot by die opvolgmeting.

Uit hierdie samevatting blyk dat wanneer die behandelings met 'n waglys-kontrolekondisie vergelyk is, die twee behandelings grootliks tot dieselfde resultate gelei het. Die gekombineerde behandeling met hipnose het addisioneel ook tot 'n beduidende verbetering in sosiale vermyding en ontsteltenis/ongemak in sosiale situasies (met die SAD gemeet) aanleiding gegee, terwyl daar ook tentatiewe aanduidings van verbetering in sosialefobie-interaksie-angs (met die SIAS gemeet) was. Wat hierdie resultate insiggewend maak, is dat dit verkry is ten spyte daarvan dat die byvoeging van hipnose die tyd wat aan kognitiewe herstrukturering en blootstelling bestee kon word verminder het. Dit laat die vraag ontstaan of die behandelingsprogram van Heimberg ingekort kan word om dit meer ekonomies te maak en of dit dan nog soortgelyke resultate as die bestaande program sou lewer. So 'n stap sou egter veronderstel dat die byvoeging van hipnose geen effek gehad het nie en dat die resultate wat met die gekombineerde program met hipnose verkry uitsluitlik aan kognitiewe herstrukturering en blootstelling te wyte was. Alternatiewelik ontstaan die vraag of die behandeling met hipnose nie selfs meer effektief sou wees indien daar meer tyd vir kognitiewe herstrukturering en blootstelling was nie.

Soos verwag is, het die gekombineerde behandeling met hipnose in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie tot 'n beduidende verbetering van funksionele teenoor disfunksionele outomatiese gedagtes (soos met die Gedagtelystegniek gemeet) gelei. Dit het egter nie tot 'n beduidende verbetering van aandagsverdraaiing (met die emosionele-Strooptaak gemeet) gelei nie.

Daar is slegs een vorige studie, die van Schoenberger et al. (1997), waarmee die resultate wat met die gekombineerde behandeling en hipnose in die huidige ondersoek verkry is vergelyk kan word. Soos



reeds aangetoon het die pasiënte in hulle ondersoek met publiekespraak-angs gepresenteer en is daar nie getoets of hulle aan die DSM-kriteria vir sosiale fobie voldoen het nie. Van die meetmiddels wat in die huidige ondersoek ingesluit was, het hulle slegs die SUD-skaal en die FNE gebruik. Hulle het ook, soos in die huidige studie, gevind dat die gekombineerde behandeling met hipnose in vergelyking met 'n kontrolekondisie tot 'n beduidende verbetering in die subjektiewe ervaring van angs, met die SUD-skaal gemeet, gelei het. In teenstelling met die resultate van die huidige studie het Schoenberger en sy kollegas 'n beduidende verbetering in vrees vir negatiewe evaluasie (soos met die FNE gemeet) gevind.

Uit die voorafgaande vergelykings van elkeen van die behandelingskondisies met die waglys-kontrolekondisie afsonderlik, het geblyk dat die twee behandelings grootliks tot dieselfde resultate aanleiding gegee het. 'n Beduidende verskil is egter tussen die groepe gevind ten opsigte van hulle effekte op gedagte-funksionaliteit (met die Gedagtelystegniek gemeet). Die gekombineerde behandeling met hipnose het tot beduidend meer funksionele outomatiese gedagtes gelei as die behandelingsprogram sonder hipnose. Aanduidings is dat hierdie groter effek van voor tot na behandeling voorgekom het.

Die resultate wat in die huidige ondersoek met behulp van die Gedagtelystegniek verkry is, moet egter met omsigtigheid hanteer word. Vraelyste as selfverslagmetodes om kognisies te meet, meet oorwegend strategiese gedagtes. Tydens kognitiewe herstrukturering word die pasiënt geleer om sy/haar disfunksionele gedagtes met meer funksionele kognisies te vervang. Wanneer selfverslagmetodes in uitkomsnavorsing gebruik word, kan 'n verhoging in funksionele gedagtes na behandeling bloot 'n refleksie daarvan wees dat die pasiënt geleer het om disfunksionele kognisies te vermy en met funksionele gedagtes te reageer. Positiewe veranderinge op sulke meetmiddels na behandeling impliseer dus nie noodwendig ware kognitiewe verandering nie. Daarom word die gebruik van vraelyste om die uitwerking van terapie op gedagtes te ondersoek vermy. Dieselfde beswaar sou ook vir die gebruik van die Gedagtelystegniek kon geld. Hoewel die tegniek as 'n geldige en betroubare prosedure bewys is vir die identifisering van outomatiese gedagtes (Arnkoff & Glass, 1989), is dit nog relatief min as meting van veranderinge in outomatiese gedagtes na behandeling gebruik en is die geldigheid daarvan vir hierdie doel nog nie bewys nie.

Hoewel die groter effek van die gekombineerde behandeling met hipnose op outomatiese gedagtes die enigste beduidende verskil is wat tussen die effekte van die twee behandelingsmetodes voorgekom het, was daar ook ander verskille in behandelingseffek hoewel net op die 10%-peil van beduidenheid. Dit het gegeld vir teikenfobie-vermyding (met die FQ-TP gemeet) en sosialefobie-vermyding/-ongemak (met die SAD gemeet). Hierdie resultate kan hoogstens beskou word as 'n tendens of tentatiewe aanduiding dat die gekombineerde behandeling met hipnose moontlik tot 'n groter verbetering op hierdie veranderlikes kon lei as die behandeling sonder hipnose.

Dis egter insiggewend dat beide hierdie tendense met 'n vermindering van sosialefobie-vermyding verband gehou het. Schoenberger et al. (1997) beskou die vermindering van vermyding as van groot terapeutiese belang. Hulle het 'n vinniger daling in die subjektiewe ervaring van angs tydens 'n toespraak (na behandeling) geïnterpreteer as dat dit tot 'n groter afname in vermyding sou lei by hulle pasiënte wat met die Heimbergprogram, aangevul met hipnose, vir publiekespraak-angs behandel is. Dat die

aanvulling van die gekombineerde program met hipnose 'n groter effek op die vermydingsgedrag wat met sosiale fobie geassosieer word sal hê, sou op hierdie tydstip egter bloot as 'n hipotese beskou moet word wat in verdere uitkomsstudies ondersoek behoort te word.

## **8.7 EVALUERING VAN HIERDIE ONDERSOEK EN AANBEVELINGS VIR TOEKOMSTIGE NAVORSING**

Samevattend kan die volgende breë gevolgtrekkings oor die resultate wat uit die huidige studie na vore gekom het, gemaak word.

- Die huidige ondersoek bied bevestiging vir Heimberg se behandelingsprogram, bestaande uit kognitiewe herstrukturering en blootstelling, as 'n effektiewe psigoterapieprogram vir die behandeling van sosiale fobie. Die effekte wat deur middel van die program verkry is, is grootliks in ooreenstemming met die wat deur vorige ondersoeke oor die effektiwiteit van hierdie behandelingsprogram gerapporteer is.
- Aanvulling van hierdie behandelingsprogram van Heimberg met hipnose het dieselfde resultate gelewer as die program sonder hipnose. Hierdie eenderse resultate is verkry ten spyte daarvan dat die byvoeging van hipnose die tyd wat aan Heimberg se program bestee is ingekort het. Inkorting van die tyd wat aan hierdie program spandeer is, het dus nie die effektiwiteit van die program in enige opsig benadeel nie. Alternatiewelik kon die byvoeging van hipnose gekompenseer het vir enige benadeling vanweë die inkorting van die program. Indien dít die geval was, sou die program met hipnose selfs meer effektief kon wees as Heimberg se oorspronklike program met hipnose aangevul was sonder om die hoeveelheid tyd wat aan kognitiewe herstrukturering en blootstelling gespandeer is in te kort.
- Aanvulling van Heimberg se behandelingsprogram met hipnose het addisioneel tot 'n beduidende verbetering van die program se vermoë gelei om disfunksionele outomatiese gedagtes te wysig en/of funksionele outomatiese gedagtes te bevorder. Daar is ook tentatiewe aanduidings gevind dat die gekombineerde behandeling met hipnose 'n groter uitwerking op die vermydingsgedrag van pasiënte met sosiale fobie mag hê as die gekombineerde behandeling sonder hipnose.
- Hoewel die vrees vir negatiewe evaluasie as 'n sentrale komponent van sosiale fobie deur kognitiewe teoretici beskou word en verandering daarvan byna as 'n voorwaarde vir suksesvolle terapie gesien word, was beide behandelingsprogramme effektief in die verbetering van die simptome van sosiale fobie sonder dat hulle die pasiënte se vrees vir negatiewe evaluasie beduidend verbeter het.
- Ten spyte van die gunstige terapeutiese effekte, wat ook beduidende verbetering ten opsigte van funksionele denke ingesluit het, by beide behandelingsprogramme, was daar geen beduidende effekte op aandagsverdraaiing nie.

Die resultate van die huidige studie en die gevolgtrekkings wat daarop gebaseer is, moet egter teen die agtergrond van die volgende oorwegings asook bepaalde beperkings van die ondersoek gesien word.

- Die getal pasiënte wat by elkeen van die behandelings-kondisies betrek is, was relatief klein hoewel hierdie steekproefgrootte goed vergelyk met die van vorige soortgelyke ondersoeke. Die probleem van 'n klein steekproef is dat wanneer 'n verskeidenheid veranderlikes met 'n groot groep meetmiddels gemeet word (soos in die huidige studie) die waarskynlikheid van vals positiewe resultate verhoog word. Hierdie probleem kan voorkom word deur die meetmiddels te verminder en van afhanklike beoordelaars gebruik te maak wat die aan- of afwesigheid van simptome voor en na behandeling beoordeel. Aan die anderkant moet onthou word dat groot steekproewe met hierdie pasiënte nie altyd haalbaar is nie, omdat pasiënte met sosiale fobie nie gereedlik vir navorsing beskikbaar is nie, omdat hulle juis vanweë hulle psigopatologie nie graag vir behandeling aanmeld nie.
- 'n Verdere beperking van die huidige studie het te make met metodologiese tekortkominge. Daar word tans streng kriteria vir die metodologie van uitkomstondersoeke gestel wat 'n belangrike invloed op die gehalte van sulke ondersoeke het en die veralgemeenbaarheid van die resultate daarvan bepaal. 'n Belangrike criterium waaraan die studie nie voldoen het nie, is dat die diagnostiese status van die pasiënte en die erns van die simptome nie voor én na behandeling deur onafhanklike beoordelaars in 'n blinde assesseringsproses bepaal is nie. In die huidige studie is die pasiënte voor behandeling deur die navorser geassesseer. Dit word algemeen aanvaar dat om slegs die aanwesigheid van simptome voor behandeling te evalueer nie genoegsaam is nie. Tweedens is die pasiënte nie op 'n toevallige wyse aan die behandelingskondisies toegewys nie, hoewel die feit dat daar geen verskille tussen die groepe ten opsigte van die voormetings gevind is nie deels vir die leemte mag kompenseer. 'n Derde en ernstige leemte is dat daar nie vir terapie-integriteit gekontroleer is nie. Dit is 'n belangrike criterium in uitkomstnavorsing dat die terapie op 'n "suiwer" wyse toegepas moet word sodat daar geen twyfel oor die aard van die behandeling kan bestaan nie en sodat die veralgemeenbaarheid van die resultate van 'n bepaalde behandeling verhoog kan word. Therapie-integriteit word bepaal deurdat klank- of video-opnames van sessies gemaak word en 'n onafhanklike beoordelaar dan beoordeel in watter mate die terapeut die voorskrifte en riglyne van die bepaalde terapie-handleiding gevolg het. Hoewel Heimberg se handleiding vir die behandeling van sosiale fobie vir die gekombineerde behandeling en 'n gestandaardiseerde program vir die gekombineerde behandeling met hipnose gebruik is, is daar nie in hierdie studie vir terapie-integriteit gekontroleer nie.
- Daar is reeds daarop gewys dat, in terme van die kognitiewe konseptualisering van sosiale fobie, die vrees vir negatiewe evaluasie 'n sentrale rol in die versteuring speel. Hoewel die Fear of Negative Evaluation Scale gereed in uitkomstnavorsing gebruik is om vrees vir negatiewe evaluasie te meet, blyk daar probleme met die geldigheid van hierdie instrument te wees.
- Dit is moontlik dat hipnose nie optimaal in die program, waarin dit by die gekombineerde behandeling geïntegreer is, aangewend is nie, omdat dit by Heimberg se program ingepas moes word.

Subjektiewe indrukke deur die navorser was dat meer tyd as wat toegelaat was nodig was vir hipnose-vaardigheidsleer. Hipnose sou waarskynlik ook meer effektief kon wees indien daar ook individuele hipnoterapeutiese aandag aan die deelnemers gegee kon word.

- Behandeling is dus in hierdie ondersoek in groepformaat aangebied, vanweë die groepformaat van Heimberg se behandelingsprogram, maar juis ook omdat sosiale fobie essensieel met probleme in sosiale interaksie verband hou. By behandeling in groepformaat is daar egter veranderlikes, byvoorbeeld sosiale ondersteuning, ter sake wat 'n invloed op die effekte van die behandeling mag hê. In die huidige ondersoek is geen beoordelings van die ervarings van sosiale ondersteuning gedoen nie en derhalwe kon die verband daarvan met die effekte van behandeling nie bepaal word nie.
- Soos is die literatuurstudie aangetoon, is in enkele studies gevind dat pasiënte met sosiale fobie se verwagtings omtrent terapie voor die aanvang van behandeling met die resultate van terapie gekorreleer het. Geen beoordelings van die deelnemers se verwagtings oor behandeling is in die huidige ondersoek gemaak nie.

Ten spyte van hierdie leemtes en beperkings is daar ook positiewe aspekte aan hierdie studie verbonde.

- Alle deelnemers aan die ondersoek het aan die DSM-IV-kriteria vir sosiale fobie voldoen en geeneen het enige prominente ko-morbiede psigopatologie (behalwe vermydende-persoonlikheidsversteuring) getoon nie.
- In teenstelling met verskeie ander ongekontroleerde ondersoeke is 'n kongrolegroep ingesluit.
- Die meetinstrumente wat in die studie gebruik is, is so geselekteer dat dit nie alleen die instrumente weerspieël wat tans algemeen in uitkomsnavorsing by sosiale fobie gebruik word nie, maar dat dit ook optimale vergelyking met die resultate van vorige ondersoeke verseker.
- Hierdie is slegs die tweede uitkomsstudie by sosiale fobie waar die emosionele-Strooptaak ingesluit is om aandagsverdraaiing te meet. Deurdat die taak ook by die drie metingsgeleenthede deur die kontrolegroep voltooi is en geen oefeningseffek gevind is nie, mag meewerk om die emosionele-Strooptaak te bevorder as 'n geldige meetinstrument vir gebruik in uitkomsnavorsing.
- Die behandelingskondisies is in 'n gestandaardiseerde programformaat aangebied. Dit bevorder vergelyking van die resultate van die huidige studie met die van ander ondersoeke oor die effektiwiteit van Heimberg se behandelingsprogram vir sosiale fobie, asook verdere ondersoeke oor die integrasie van hipnose by 'n kognitiewegegedragsterapieprogram vir die behandeling van sosiale fobie.
- Attrisie uit behandeling hou nadelige implikasies vir uitkomsstudies in. Die implikasie is dat diegene wat dan uiteindelik die behandeling voltooi nie meer verteenwoordigend van die populasie met die spesifieke vorm van psigopatologie mag wees nie deurdat diegene met "swaarder" of ernstiger

psigopatologie die behandeling vroegtydig verlaat. Dit is veral 'n probleem in die behandeling van sosiale fobie en attrisiekoerse tydens die behandeling van sosiale fobie so hoog as 18% en 25% is al gerapporteer. In die huidige studie het daar geen attrisie plaasgevind nie, moontlik omdat daar tydens die seleksieproses gekontroleer is vir omstandighede wat die bywoning van behandeling kon bemoeilik.

- Waarskynlik die grootste bydrae van hierdie studie is dat dit die eerste ondersoek oor die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie in kombinasie met hipnose by sosiale fobie is. Terselfdertyd is dit een van 'n baie beperkte getal studies oor hierdie gekombineerde behandeling in die algemeen. Die aanduidings wat in die huidige studie gevind is, naamlik dat die byvoeging van hipnose moontlik die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie verbeter, mag tot verdere navorsing lei, siende dat daar juis nou vanuit sowel die geledere van hipnose as die kognitiewe gedragsterapie steun ontwikkel vir die integrasie van die twee prosedures.
- Hierdie is die eerste studie wat die effek van die integrasie van hipnose by kognitiewe gedragsterapie op outomatiese gedagtes (soos met die Gedagtelystegniek gemeet) ondersoek het. Die Gedagtelystegniek was dan ook die enigste meetmiddel waarop die behandeling met hipnose wel 'n beduidende groter effek in vergelyking met die program sonder hipnose gehad het.

Op grond van die resultate van die huidige studie en die voorafgaande bespreking behoort daar in toekomstige navorsing aan die volgende vrae en onderwerpe aandag gegee te word.

- Die gevolgtrekkings oor behandelingseffekte wat in hierdie studie gerapporteer word, is gebaseer op statistiese vergelykings tussen gemiddelde veranderings as gevolg van die behandelings. Statistiese betekenisvolheid verskaf egter nie inligting oor die veranderlikheid van behandelingsrespons binne 'n steekproef nie. Om hierdie rede word daar die afgelope dekade binne die veld van uitkomstnavorsing al groter klem op kliniese betekenisvolheid naas statistiese betekenisvolheid geplaas. Ontleding van uitkomstdata in terme van kliniese betekenisvolheid stel die navorser in staat om daardie pasiënte wat op 'n bepaalde behandeling reageer het, teenoor die wat nie verbeter het nie, te identifiseer.

Die data van die huidige ondersoek behoort in terme van kliniese betekenisvolheid heranaliseer te word. Sodoende kan die persentasie reageerders vir elkeen van die behandelingskondisies, die gekombineerde behandeling met of sonder hipnose, geïdentifiseer word. Die voormetingsveranderlikes wat tussen reageerders en nie-reageerders onderskei, kan dan geïdentifiseer word as moontlike voorspellers van terapie-uitkoms. So 'n analise mag byvoorbeeld aantoon dat kognitiewe herstrukturering en blootstelling, in kombinasie met hipnose, sterker aangedui is mits die pasiënt aan bepaalde kriteria (voorspellers) voor behandeling voldoen.

- Op dieselfde wyse kan daardie pasiënte wat in die huidige studie klinies betekenisvolle verbetering in terme van aandagsverdraaiing, gemeet met die emosionele-Strooptaak, gemaak het geïdentifiseer word. Vanweë die klein steekproefgroottes sal dit nie moontlik wees om die twee behandelingskondisies in terme van reageerders en nie-reageerders op aandagsverdraaiing te

vergelyk nie. 'n Vergelyking van reageerders en nie-reageerders in terme van voormetingsveranderlikes mag egter tot die identifisering van sodanige veranderlikes lei wat met verbetering van aandagsverdraaiing geassosieer is.

- Die resultate van die huidige studie sowel as die bevindings van Schoenberger et al. (1997) het tentatiewe aanduidings verskaf dat die byvoeging van hipnose by 'n kognitiewegegedragsterapieprogram moontlik 'n verbetering van spesifiek vermydingsgedrag by pasiënte met sosiale fobie fasiliteer. Hierdie hipotese behoort verder in toekomstige navorsing ondersoek te word.
- Soos reeds aangetoon, word die kognitiewe gedragsterapie gekritiseer vir sy sterk fokus op bewustelike, strategiese kognitiewe prosessering. Hierdie kritiek berus op die aannames dat outomatiese, onbewustelike prosessering onafhanklik van strategiese prosessering kan voortgaan en rigting daaraan kan gee en dat outomatiese prosessering nie noodwendig deur strategiese prosessering gomodifiseer word nie. Hierdie standpunt impliseer dat ware terapeutiese verandering afhanklik is van veranderinge in disfunksionele outomatiese kognitiewe prosessering. In die huidige ondersoek is statisties betekenisvolle verbetering by die behandelingsgroepe ten opsigte van hulle simptomatologie gevind sonder dat daar enige beduidende veranderinge in onbewuste outomatiese informasieprosessering (aandagsverdraaiing) plaasgevind het. Meer nog: volgens die resultate van die huidige ondersoek het beide behandelingskondisies 'n beduidende verbetering van outomatiese gedagtes tot gevolg gehad, wat plaasgevind het sonder veranderinge in aandagsverdraaiing. Sulke resultate is eintlik strydig met die kognitiewe teorie van Beck wat 'n wederkerige verhouding tussen outomatiese gedagtes en outomatiese informasie-prosessering veronderstel. In toekomstige studies behoort ondersoek ingestel te word na die vraag of verandering van outomatiese prosessering 'n voorwaarde vir terapie-sukses, veral oor die langtermyn, is en of standhoudende verbetering in disfunksionele outomatiese gedagtes kan plaasvind sonder verandering in outomatiese informasie-prosessering.
- Dit het uit die literatuuroorsig geblyk dat die vrees vir negatiewe evaluering deur ander as 'n sentrale komponent van die kognitiewe funksionering van 'n pasiënt met sosiale fobie beskou word. Hou wysiging hiervan verband met terapie-uitkoms? Sal 'n behandelingsprogram wat slegs hierop fokus die beste terapeutiese effekte lewer?

Uit die huidige studie het ook vrae rondom meetinstrumente na vore gekom wat verdere navorsing regverdig.

- Dit het geblyk dat daar probleme met die geldigheid van die Fear of Negative Evaluation Scale is, aangesien dit nie net kognisies (die vrees vir negatiewe evaluasie deur andere) meet nie, maar ook items insluit wat angs meet. Hierdie skaal is reeds in 1969 deur Watson en Friend ontwikkel, lank voordat die kognitiewe konseptualisering van die angsversteurings prominent geword het. Aangesien die vrees vir negatiewe evaluasie so 'n sentrale rol in die psigopatologie van sosiale fobie speel,

aldus die kognitiewe benadering, behoort 'n betroubare en geldige meetmiddel van hierdie konstruk ontwikkel te word wat in uitkomsnavorsing oor sosiale fobie gebruik kan word.

- Die geldigheid en betroubaarheid van die emosionele-Strooptaak as 'n meting van terapie-uitkoms behoort verder ondersoek te word, aangesien die taak tot op hede slegs in enkele uitkomsstudies gebruik is. Daar is reeds daarop gewys dat daar onsekerheid bestaan oor moontlike oefeningseffekte en ekspertise-effekte indien die taak herhalend toegepas word soos in uitkomsnavorsing. Die huidige studie is, sover vasgestel kon word, die tweede waarin hierdie taak gebruik is om effek van behandeling op aandagsverdraaiing by sosiale fobie te ondersoek en een van slegs enkele studies waarin gevind is dat daar geen oefeningseffekte met herhaalde toepassing van die taak voorgekom het nie.
- Die meting van outomatiese gedagtes lewer ook probleme in uitkomsstudies. Soos aangetoon is daar twyfel oor die gebruik van selfrapporteringsprosedures (soos vraelyste) vir hierdie doel, omdat 'n terapie soos kognitiewe herstrukturering die pasiënt leer om met meer funksionele gedagtes na behandeling te reageer. Die resultaat wat met so 'n meetmiddel na behandeling behaal word, mag derhalwe bloot 'n produk van 'n leerproses wees en nie noodwendig ware kognitiewe verandering weerspieël nie. Juis vanweë hierdie oorweging is die Gedagtelystegniek in die huidige studie gebruik. Omdat die prosedure nog in so min uitkomsstudies gebruik is, bestaan daar geen sekerheid oor die geskiktheid van die metode om veranderinge in outomatiese gedagtes na behandeling te meet nie. Trouens, daar sou geredeneer kon word dat dit ook maar 'n selfverslagprosedure is en dat dieselfde beswaar as teen vraelyste ook op die Gedagtelysprosedure van toepassing is. Om hierdie rede behoort die geldigheid van die Gedagtelysprosedure as meetmiddel van verandering in outomatiese gedagtes na behandeling ondersoek te word.

Samevattend: Die standpunt van 'n groter integrasie tussen die kognitiewe gedragsterapie en hipnose word toenemend binne beide hierdie terreine uitgespreek. Vanweë die beperkte getal uitkomsstudies waarin die effektiwiteit van kognitiewe gedragsterapie in kombinasie met hipnose ondersoek is, bestaan daar nie afdoende navorsingsbewyse wat so 'n integrasie regverdig nie. Dit is daarom belangrik dat hierdie tipe navorsing in die toekoms voortgesit word. Dit is egter noodsaaklik dat toekomstige navorsing moet voldoen aan die streng metodologie-kriteria vir uitkomsnavorsing wat oor die afgelope jare ontwikkel is. In die verband is 'n baie belangrike eerste stap dat daar met gestandaardiseerde behandelings vir bepaalde verstourings gewerk word. Dit behels dat terapie-handleidings geskryf word waarin stap vir stap aangetoon word hoe hipnose met 'n bepaalde kognitiewegegagterapeutiese prosedure geïntegreer word en dat sulke handleidings, sowel as dié een wat vir die huidige studie geskryf is, dan as basis behoort te dien vir verdere navorsing oor die kombinasie van kognitiewe gedragsterapie en hipnose.

## VERWYSINGS

Alden, L.E., Teschuk, M., & Tee, K. (1992). Public self-awareness and withdrawal from social interactions. Cognitive Therapy and Research, 16, 249 - 267.

Alden, L.E., & Wallace, S.T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. Behavior Research and Therapy, 33, 497 – 505.

Al-Kubaisy, T., Marks, I.M., Logsdail, S., Marks, M.P., Lovell, K., Sungur, M., & Araya, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. Behavior Therapy, 23, 599-621.

Allison, D.B., & Faith, M.S. (1996). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy for obesity: a meta-analytic reappraisal. Journal of Consulting and Clinical psychology, 64, 513 – 516.

Alström, J.E., Nordlund, C.L., Persson, G., Harding, M., & Ljungqvist, C. (1984). Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. Acta Psychiatrica Scandanavia, 70, 97-110.

American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.

Amies, P.L., Gelder, M.G., & Shaw, P.M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. British Journal of Psychiatry, 142, 174 – 179.

Amsel, R., & Fichten, C.S. (1990). Ratio versus frequency scores: focus of attention and the balance between positive and negative thoughts. Cognitive Therapy and Research, 14, 257 – 277.

Anderson, J., & Bower, G.H. (1973). Human associative memory. Washington, D.C.: Winston.

Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: the similarities are more important than the differences. In R.M. Rapee (Ed.). Current controversies in the anxiety disorders (pp. 3 – 20). New York: The Guilford Press.

Antony, M.M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. The Canadian Journal of Psychiatry, 42, 826 – 834.



Araoz, D.L. (1981). Negative self-hypnosis. Journal of Contemporary Psychotherapy, 12, 45 – 51.

Araoz, D.L. (1982). Hypnosis and sex therapy. New York: Brunner/Mazel Publishers.

Araoz, D.L. (1985). The new hypnosis. New York: Brunner/Mazel Publishers.

Araoz, D.L. (1987). Foreword. In W.L. Golden, E.T. Dowd & F. Friedberg (Eds.), Hypnotherapy: A Modern Approach (pp. ix – x). New York: Pergamon Press.

Argyle, M., Bryant, B.M., & Trower, P. (1974). Social skills training and psychotherapy: a comparative study. Psychological Medicine, 4, 435-443.

Arnkoff, D.B., & Glass, C.R. (1989). Cognitive assessment in social anxiety and social phobia. Clinical Psychology Review, 9, 61 – 74.

Arrindell, W.A., Kwee, M.G.T., Methorst, G.J., Van der Ende, J., Pol, E., & Moritz, B.J.M. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. British Journal of Psychiatry, 155, 526 – 535.

Asmundson, G.J.G., & Stein, M.B. (1994). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia: evaluation using a dot-probe paradigm. Journal of Anxiety Disorders, 8, 107 – 117.

Baker, L.L., & Jessup, B.A. (1980). The psychophysiology of affective verbal and visual information processing in depression. Cognitive Therapy and Research, 4, 135 – 148.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Barber, T.X. (1979). Suggested (“hypnotic”) behavior: the trance paradigm versus an alternative paradigm. In E. Fromm & R.E. Shor (1979) (Eds.), Hypnosis: developments in research and new perspectives, (pp. 217 – 274). Chicago: Aldine.

Barber, T.X., Spanos, N.P., & Chaves, J.F. (1974). Hypnosis, imagination, and human potentialities. New York: Pergamon.

Barlow, D.H. (1987). The classification of anxiety disorders. In G.L. Tischler (Ed.). Diagnosis and classification in psychiatry: a critical appraisal of DSM-III, (pp. 223-242). Cambridge: Cambridge University Press.

Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York: The Guilford Press.

Barlow, D.H., & Beck, J.G. (1984). The psychosocial treatment of anxiety disorders: current status, future directions. In J.B.W. Williams & R.J. Spitzer (Eds.), Psychotherapy research: where are we and where should we go? New York: Guilford Press.

Barlow, D.H., & DiNardo, P. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: development, current status, and future directions. In R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety, generalized anxiety disorder and mixed anxiety depression, (pp. 95 – 118). New York: Guilford Publications.

Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, *23*, 551-570.

Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.R., & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: threat bias and the FEAR effect. Journal of Abnormal Child Psychology, *24*, 187 – 203.

Beck, A.T. (1967). Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. (1970). Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. Journal of Nervous and Mental Disorders, *150*, 3 – 17.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L.. (1985). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, *8*, 77 – 100.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M.J., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, *4*, 561 – 571.

Beidel, D.C., Borden, J.W., Turner, S.M., & Jacob, R.G. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: concurrent validity with a clinic sample. Behavior Research and Therapy, *27*, 573 – 756.

Beidel, D.C., Turner, S.M., & Cooley, M.R. (1993). Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. Behavior Research and Therapy, *31*, 331 – 337.

Beidel, D.C., Turner, S.M., & Dancu, C.V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. Behavior Research and Therapy, *23*, 109 – 117.

Beidel, D.C., Turner, S.M., Stanley, M.A., & Dancu, C.V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: concurrent and external validity. Behavior Therapy, *20*, 417 – 427.

Biran, M., Augusto, F., & Wilson, G.T. (1981). In vivo exposure vs cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. Behavior Research and Therapy, *19*, 525 – 532.

Bongartz, W. (1992). Hypnosis: 175 years after Mesmer. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz GmbH.

Boone, M.L., Lewin, M.R., McNiel, D.W., & Kahle, A.L. (1989). Differentiating circumscribed speech anxiety and generalized social anxiety using psychophysiological and cognitive methods. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Borkovec, T.D., & Nau, S.D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, *3*, 257 – 260.

Bourdon, K.H., Boyd, J.H., Rae, D.S., Burns, B.J., Thompson, J.W., & Locke, B.Z. (1988). Gender differences in phobias: results of the ECA Community Survey. Journal of Anxiety Disorders, *2*, 227-241.

Boutin, G.E., & Tosi, D.J. (1983). Modification of irrational ideas and test anxiety through rational stage directed hypnotherapy (RSDH). Journal of Clinical Psychology, *39*, 382 – 391.

Bower, G.H. (1981). Mood and memory. American Psychologist, *36*, 129-148.

Bower, G.H. (1983). Philosophical transactions of the Royal Society, London, B302, 387-402.

Bower, G.H. (1985). A review of research on mood and memory. Paper presented at the Symposium on Affect and Cognition, Cognitive Psychology Section, British Psychology Society, Oxford.

Bower, G.H. (1987). Commentary on mood and memory. Behaviour Research and Therapy, *25*, 443-456.

- Bowers, K.S. (1982). The relevance of hypnosis for cognitive-behavioral therapy. Clinical Psychology Review, *2*, 67 – 78.
- Bowers, K.S. (1992). Imagination and dissociation in hypnotic responding. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *40*, 253 – 275.
- Bowers, P.G., Laurence, J.R., & Hart, D. (1982). A group scale of hypnotic susceptibility: revision and expansion of Form C (ASIS-NAPS). New York: National Auxiliary Publication Service.
- Boyd, J.D. (1994). Potentiating group psychotherapy for bulimia with ancillary rational-emotive-hypnotherapy. Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, *12*, 229-236.
- Broadbent, D.E., & Broadbent, M. (1988). Anxiety and attentional bias: state and trait. Cognition and Emotion, *2*, 165-183.
- Brown, E.J., Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. Behavior Therapy, *26*, 467 – 486.
- Brown, E.J., Turovsky, J., Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. Psychological Assessment, *9*, 21 – 27.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *60*, 835-844.
- Bruch, M.A., Gorsky, J.M., Collins, T.M., & Berger, P.A. (1989). Shyness and sociability revisited: a multicomponent analysis. Journal of Personality and Social Psychology, *57*, 904 – 915.
- Bruch, M.A., & Heimberg, R.G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and non-generalized social phobics. Journal of Anxiety Disorders, *8*, 155 – 168.
- Bruch, M.A., Heimberg, R.G., Berger, P., & Collins, T.M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. Anxiety Research, *2*, 57 – 65.
- Bruch, M.A., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1991). States of Mind Model and cognitive change in treated social phobics. Cognitive Therapy and Research, *15*, 429 – 441.
- Bruch, M.A., Mattia, J.I., Heimberg, R.G., & Holt, C.S. (1993). Cognitive specificity in social anxiety and depression: supporting evidence and qualifications due to affective confounding. Cognitive Therapy and Research, *17*, 1 – 21.

Burgio, K., Merluzzi, T.V., & Pryor, J. (1986). Effects of performance expectancy and self-focused attention on social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, *50*, 1216 – 1221.

Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: some instructive difficulties. Behavior Research and Therapy, *23*, 651 – 657.

Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of 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.

Cacioppo, J.T., Glass, C.R., & Merluzzi, T.V. (1979). Self-statements and self-evaluations: a cognitive-response analysis of heterosocial anxiety. Cognitive Therapy and Research, *3*, 249 – 266.

Carver, C., Peterson, L., Follansbee, D., & Scheier, M. (1983). Effects of self-directed attention on performance and persistence among persons high and low in test anxiety. Cognitive Therapy and Research, *7*, 333 – 354.

Carver, C., & Scheier, M. (1978). Self-focusing effects of dispositional self-consciousness, mirror presence, and audience presence. Journal of Personality and Social Psychology, *36*, 324 – 332.

Carver, C., & Scheier, M. (1981). The self-attention-induced feedback loop and social facilitation. Journal of Experimental Social Psychology, *17*, 545 – 568.

Caspi, A., Elder, G.H., & Bem, D.J. (1988). Moving away from the world: life course patterns of shy children. Developmental Psychology, *24*, 824 – 831.

Cassiday, K.L., McNally, R.J., & Zeitlen, S.B. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. Cognitive Therapy and Research, *16*, 283-295.

Chambless, D.L., Cherney, J., Caputo, G.C., & Rheinstein, B.J.G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: a study with inpatient alcoholics. Journal of Anxiety Disorders, *1*, 29 – 40.

Chambless, D.L., Glass, C.R., & Tran, G.Q. (1993). Effects of avoidant personality and subtype on outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. In D.L. Chambless (Ed.), Social phobia and avoidant personality disorder. Symposium conducted at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA.

Chambless, D.L., & Hope, D.A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. In P.M. Salkovskis (Ed.), Frontiers of cognitive therapy (pp. 345-382), New York: Guilford Press.

Chambless, D.L., Tran, G.Q., & Glass, C.R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 11, 221-240.

Chaves, J.F. (1997). The state of the "state" debate in hypnosis: a view from the cognitive-behavioral perspective. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XLV(3), 251 – 265.

Clark, D.B., & Agras, W.S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. American Journal of Psychiatry, 148, 598-605.

Clark, D.B., Turner, S.M., Beidel, D.C., Donovan, J.E., Kirisci, L., & Jacob, R.G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. Psychological Assessment, 6, 135 – 140.

Clark, D.C., Cavanaugh, S.V., & Gibbons, R.D. (1983). The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. Journal of Nervous and Mental Diseases, 171, 705 – 713.

Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In M. Liebowitz, D. Hope, F. Schneier and R.G. Heimberg (Eds.), Social phobia: diagnosis, assessment and treatment, (pp. 69 – 93). New York: Guilford Press.

Coe, W.C. (1978). The credibility of posthypnotic amnesia: a contextualist's view. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 26, 218 – 245.

Coe, W.C. (1992). Hypnosis: wherefore art thou? The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XL(4), 219 – 237.

Coe, W.C., & Sarbin, T.R. (1991). Role theory: hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives (pp. 303 – 323). New York: The Guilford Press.

Cohen, J.D. (1992). A power primer. Psychological Bulletin, 112, 155 – 159.

Cohen, J.D., Dunbar, K., & McClelland, J.L. (1990). On the control of automatic processes: a parallel processing account of the Stroop effect. Psychological Review, 97, 332-361.

Covington, M.V., Omelich, C.L., & Schwarzer, R. (1986). Anxiety, aspirations and self-concept in the achievement process: a longitudinal model with latent variables. Motivation and Emotion, 10, 71-88.

Cox, B.J., Ross, L., Swinson, R.P., & Direnfeld, D.M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. Behavior Modification, *22*, 285-297.

Cox, B.J., & Swinson, R.P. (1995). Assessment and measurement. In M.B. Stein (Ed.), Social phobia: clinical and research perspectives (pp. 261-292). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Dalgleish, T. (1995). Performance on the emotional Stroop task in groups of anxious experts and control subjects: a comparison of computer and card presentation formats. Cognition and Emotion, *9*, 341-362.

Daly, J.A., Vangelisti, A.L., & Lawrence, S.G. (1989). Self-focused attention and public speaking anxiety. Personality and Individual Differences, *10*, 903 – 913.

Davidson, R., Hughes, D., George, L., & Blazer, D. (1994). The boundary of social phobia: exploring the threshold. Archives of General Psychiatry, *51*, 975 – 983.

Davies, F., Norman, R.M.G., Cortese, L., & Malla, A.K. (1995). The relationship between types of anxiety and depression. The Journal of Nervous and Mental Disease, *183*, 31 – 35.

Dawkins, K., & Furnham, A. (1989). The color naming of emotional words. British Journal of Psychology, *80*, 383-389.

DeGonda, M., & Angst, J. (1993). The Zurich study: xx. social phobia and agoraphobia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, *243*, 95 – 102.

DeLeon, G., Skodol, A., & Rosenthal, M.S. (1978). Phoenix House: changes in psychopathological signs of resident drug addicts. Archives of General Psychiatry, *28*, 131 – 135.

Dewaraja, R., Ikezuki, M., & Sasaki, Y. (1992). Right hemispheric information processing speed and the depth of hypnosis: evidence from reaction times to a laterally presented visual matching test. In W. Bongartz (Ed.), Hypnosis: 175 years after Mesmer (pp. 47 – 51). Konstanz: Universitätsverlag Konstanz GmbH.

Diamond, M.J. (1974). Modification of hypnotizability: a review. Psychological Bulletin, *81*, 180 – 198.

Diamond, M.J. (1977). Hypnotizability is modifiable: an alternative approach. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *25*, 147 – 166.

Diamond, M.J. (1989). The cognitive skills model: an emerging paradigm for investigating hypnotic phenomena. In N.P. Spanos & J.F. Chaves (Eds.), Hypnosis: the cognitive-behavioral perspective, (pp. 380 – 399). Buffalo, NY: Prometheus Books.

DiGiuseppe, R., McGowan, L., Sutton-Simon, K., & Gardner, F. (1990). A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety. Journal of Relational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, *8*, 129 – 146.

DiNardo, P.A., & Barlow, D.H. (1988). Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R), Albany, N.Y: Graywind Publications.

DiNardo, P.A., Moras, K., Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R). Archives of General Psychiatry, *50*, 251 – 256.

DiNardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T., & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of *DSM-III* anxiety disorder categories using a new structured interview. Archives of General Psychiatry, *40*, 1070 – 1074.

Dodge, C.S., Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Becker, R.E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. Cognitive Therapy and Research, *12*, 211 – 222.

Dowd, E.T. (2000, June). Cognitive hypnotherapy: a new direction in cognitive psychotherapy. Paper presented at the International Congress of Cognitive Psychotherapy, Catania, Italy.

Duval, S., & Wicklund, R. (1973). Effects of objective self-awareness on attributions of causality. Journal of Experimental Psychology, *9*, 17 – 31.

Ebrahim, D.W. (1976). A meditational approach to hypnosis and autohypnosis. Proceedings of the British Society of Medical and Dental Hypnosis, *2*(3).

Edelman, R.E., & Chambless, D.L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. Behaviour Research and Therapy, *33*, 573-577.

Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., & Roth, W.T. (1988). Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. Cognition and Emotion, *2*, 201-219.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1970). The essence of rational psychotherapy: a comprehensive approach to treatment. New York, N.Y.: Institute for Rational Living.



Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy. New York: McGraw-Hill.

Ellis, A. (1985). The use of hypnosis with Rational-emotive therapy (RET). The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis, *6*, 85 - 92.

Ellis, A. (1991). Rational-emotive treatment of simple phobias. Psychotherapy, *28*, 452-456.

Ellis, A. (1996). Using hypnosis in rational-emotive behavior therapy in the case of Ellen. In S.J. Lynn, I. Kirsch & J.W. Rhue (Eds.), Casebook of clinical hypnosis (pp. 335 – 347). Washington DC: American Psychological Association.

Ellis, A., & Dryden, W. (1987). The practice of Rational-emotive therapy, (pp. 208 – 215). New York: Springer.

Ellis, A., & Dryden, W. (1997). The practice of Rational-emotive therapy, New York: Springer.

Ellis, A., & Harper, R. (1975). New guide to rational living. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Emmelkamp, P.M.G. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders: theory research and practice. New York: Plenum Press.

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.

Eysenck, H.J. (1982). Personality, genetics, and behavior. New York: Praeger.

Eysenck, M.W. (1992). Anxiety: the cognitive perspective. Hove, N.J.: Erlbaum.

Falloon, I.R.H., Lloyd, C.G., & Harpin, R.E. (1981). The treatment of social phobia: real-life rehearsal with non-professional therapists. Journal of Nervous and Mental Disease, *169*, 180-184.

Fava, G.A., Grandi, S., & Canestrari, R. (1989). Treatment of social phobia by homework exposure. Psychotherapy and Psychosomatics, *52*, 209-213.

Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, *37*, 75 – 86.

Feske, U., & Chambless, D.L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. Behavior Therapy, *26*, 695-720.

- Feske, U., Perry, K.J., Chambless, D.L., Renneberg, B., & Goldstein, A.J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor of treatment outcome among generalized social phobics. Journal of Personality Disorders, *10*, 174 – 184.
- Foa, E.B., & Emmelkamp, P.M.G. (1983). Failure in behavior therapy. New York: Wiley.
- Foa, E.B., Franklin, M.E., Perry, K.J., & Herbert, J.D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. Journal of Abnormal Psychology, *105*, 433 – 439.
- Foa, E.B., & Kozak, M.S. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychological Bulletin, *99*, 20-35.
- Friend, R.M., & Gilbert, J. (1973). Threat and fear of negative evaluation as determinants of locus of social comparison. Journal of Personality, *41*, 328 – 340.
- Fromm, E. (1987). Significant developments in clinical hypnosis during the past 25 years. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *XXXV*(4), 215 – 230.
- Frumkin, L.R., Ripley, H.S., & Cox, G.B. (1978). Changes in cerebral hemispheric lateralization with hypnosis. Biological Psychiatry, *13*(6), 741 – 750.
- Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R., & Klein, D.F. (1993). A direct interview family study of social phobia. Archives of General Psychiatry, *50*, 286 – 293.
- Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Martin, L.Y., & Klein, D.F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. Archives of General Psychiatry, *52*, 564 – 573.
- Gabel, S. (1988). The right hemisphere in imagery, hypnosis, rapid eye movement sleep and dreaming. The Journal of Nervous and Mental Disease, *176*, 323 – 331.
- Gelder, M.G., & Marks, I.M. (1966). Severe agoraphobia: a controlled prospective trial of behavior therapy. British Journal of Psychiatry, *112*, 309 – 319.
- Gelernter, C.S., Stein, M.B., Tancer, M.E., & Uhde, T.W. (1992). An examination of the syndromal validity and diagnostic subtypes in social phobia and panic disorder. Journal of Clinical Psychiatry, *53*, 23 – 27.
- Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimbalic, P., Arnkoff, D.B., Vittone, B.J., Tancer, M.E., & Bartko, J.J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: a controlled study. Archives of General Psychiatry, *48*, 938 – 945.

George, D., & Mallery, P. (1999). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. Boston: Allyn and Bacon.

Gibbons, F.X., Smith, T.W., Ingram, R.E., Pearce, K., Brehm, S.S., & Schroeder, D.J. (1985). Self-awareness and self-confrontation: effects of self-focused attention on members of a clinical population. Journal of Personality and Social Psychology, *48*, 662 – 675.

Glasgow, R.E., & Arkowitz, H. (1975). The behavioral assessment of male and female social competence in dyadic heterosexual interactions. Behavior Therapy, *6*, 488 – 498.

Glass, C.R., & Arnkoff, D.B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. Clinical Psychology Review, *9*, 75 – 90.

Glass, C.R., & Arnkoff, D.B. (1994). Validity issues in self-statement measures of social phobia and social anxiety. Behavior Research and Therapy, *32*, 255 – 267.

Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L., & Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnaire. Cognitive Therapy and Research, *6*, 37 – 55.

Golden, W.L., Dowd, E.T., & Friedberg, F. (1987). Hypnotherapy: a modern approach. New York: Pergamon Press.

Goldfried, M.R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *37*, 228-234.

Goldfried, M.R. & Sobocinski, D. (1975). Effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *43*, 504 – 410.

Gorman, J.M., & Gorman, L.F. (1987). Drug treatment of social phobia. Journal of Affective Disorders, *13*, 183 – 192.

Gottlieb, I.H., & Cane, D.B. (1987). Construct accessibility and clinical depression: a longitudinal investigation. Journal of Abnormal Psychology, *96*, 199-204.

Gould, R.C., & Krynicky, V.E. (1989). Comparative effectiveness of hypnotherapy on different psychological symptoms. American Journal of Clinical Hypnosis, *32*, 110 – 117.

Graf, P., & Mandler, G. (1984). Activation makes words more accessible, but not necessarily more retrievable. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, *23*, 553-568.

Greenberg, L., & Safran, J.D. (1984). Integrating affect and cognition: a perspective on the process of therapeutic change. Cognitive Therapy and Research, 8, 559-578.

Gruzelier, J., Brow, T., Perry, A., Rhonder, J., & Thomas, M. (1984). Hypnotic susceptibility: a lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2, 131 – 139.

Gurnani, P.D., & Wang, M. (1990). Some reservations concerning the current cognitive emphasis in therapy. Counselling Psychology Quarterly, 3, 21 – 41.

Hafner, R.J., & Marks, I.M. (1976). Exposure in vivo of agoraphobics: contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. Psychological Medicine, 6, 71 – 88.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23, 56 – 62.

Hammen, C.L., Jacobs, M., Mayol, A., & Cochran, S.D. (1980). Dysfunctional cognitions and effectiveness of skills and cognitive behavioral assertion training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 659-685.

Hammond, D.C. (1992). Hypnotic induction and suggestion: an introductory manual. Illinois: The American Society of Clinical Hypnosis.

Hartland, J. (1971). Medical and dental hypnosis (2<sup>nd</sup> Ed.), (pp. 201 – 202). London: Bailliere Tindall.

Hartman, L. (1983). A metacognitive model of social anxiety: implications for treatment. Clinical Psychology Review, 3, 435 – 456.

Hartman, L.M. (1984). Cognitive components of social anxiety. Journal of Clinical Psychology, 40, 137 – 139.

Hayes, B.J., & Marshall, W.L. (1984). Generalization of treatment effects in training public speakers. Behaviour Research and Therapy, 22, 519-533.

Heimberg, R.G. (1986). Predicting the outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting for the Society for Psychotherapy Research, Wellesley, M.A.

Heimberg, R.G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobia: a critical analysis. Clinical Psychology Review, 9, 107-128.

Heimberg, R.G. (1991). Cognitive-behavioral treatment of social phobia in a group setting: a treatment manual. Unpublished manuscript, Center for Stress and Anxiety Disorders, University at Albany, State University of New York.

Heimberg, R.G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. Behavior Research and Therapy, *32*, 269 – 280.

Heimberg, R.G., Acerra, M.C., & Holstein, A. (1985). Partner similarity mediates interpersonal anxiety. Cognitive Therapy and Research, *9*, 443 – 453.

Heimberg, R.G., & Barlow, D.H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. Psychosomatics, *29*, 27 – 37.

Heimberg, R.G., & Becker, R.E. (1984). Cognitive-behavioral treatment of social phobia in a group setting: a treatment manual. Unpublished manuscript, Center for Stress and Anxiety Disorders, University at Albany, State University of New York.

Heimberg, R.G., Becker, R.E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J.A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring and homework assignments. The Journal of Nervous and Mental Disease, *173*, 236 – 245.

Heimberg, R.G., Bruch, M.A., Hope, D.A., & Dombek, M. (1990). Evaluating the States of Mind Model: comparison to an alternative model and effects of method of cognitive assessment. Cognitive Therapy and Research, *14*, 543 – 557.

Heimberg, R.G., Dodge, C.S., & Becker, R.E. (1987). Social phobia. In L. Michelson & M.L. Ascher (Eds.), Anxiety and stress disorders: cognitive-behavioral assessment and treatment (pp. 280 – 309). New York: Guilford Press.

Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L.J., & Becker, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. Cognitive Therapy and Research, *14*, 1 – 23.

Heimberg, R.G., Holt, C.S., Schneier, F.R., Spitzer, R.L., & Liebowitz, M.R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. Journal of Anxiety Disorders, *7*, 249 – 269.

Heimberg, R.G., Hope, D.A., Dodge, C.S., & Becker, R.E. (1990). *DSM-III-R* subtypes of social phobia: comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. The Journal of Nervous and Mental Disease, *173*, 172 – 179.

- Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1993). Thought-listing scoring manual: social phobia program. Unpublished manuscript. Center for stress and Anxiety Disorders. New York: State University of N.Y. (Albany).
- Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: literature review. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.), Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment (pp. 261 – 309). New York: Guilford Press.
- Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, E.J., Holle, C., Makris, G.S., Leung, A.W., Schneier, F.R., Gitow, A., & Liebowitz, M.R. (1994). Cognitive-behavioral versus pharmacological treatment of social phobia: posttreatment and follow-up effects. Presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego.
- Heimberg, R.G., & Liebowitz, M.R. (1992). A multi-center comparison of the efficacy of phenelzine and cognitive-behavioral group treatment for social phobia. Research presentation at the annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Houston, TX.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., & Schneier, F.R. (1995). Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R.G., Mueller, G.P., Holt, C.S., Hope, D.A., & Liebowitz, M.R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. Behavior Therapy, 23, 53 – 73.
- Heimberg, R.G., Nyman, D., & O'Brien, G.T. (1987). Assessing variations of the thought-listing technique: effects of instructions, stimulus intensity, stimulus modality, and scoring procedures. Cognitive Therapy and Research, 11, 13 – 24.
- Heimberg, R.G., Salzman, D.G., Holt, C.S., & Blendell, K.A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: effectiveness at five-year follow-up. Cognitive Therapy and Research, 17, 325 – 339.
- Herbert, J.D., Hope, D.A., & Bellack, A.S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 101, 332 – 339.
- Higley, J.D., & Suomi, S.J. (1989). Temperamental reactivity in non-human primates. In G.A. Kohnstamm, J.E. Bates & M.K. Rothbart (Eds.). Temperament in childhood. (pp. 153 – 167). New York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1969). Altered states of awareness. Journal of Nervous and Mental Disease, 149, 68 – 79.

- Hilgard, E.R. (1973). A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. Psychological Review, 80, 396 – 411.
- Hilgard, E.R. (1978). States of consciousness in hypnosis: divisions or levels? In F.H. Frankel & H.S. Zamansky (1978). Hypnosis at its bicentennial: selected papers. New York: Plenum.
- Hilgard, E.R. (1979). Divided consciousness in hypnosis: the implications of the hidden observer. In E. Fromm & R.E. Shor (Eds.), Hypnosis: Developments in research and new perspectives (pp. 45 – 80). Chicago: Aldine.
- Hilgard, E.R. (1986). Divided consciousness: multiple controls in human thought and action. New York: Wiley-Interscience.
- Hilgard, E.R. (1987). Research advances in hypnosis: issues and methods. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 35, 248 – 264.
- Hilgard, E.R. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives (pp. 83 – 104). New York: Guilford Press.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Becker, E., Taylor, C.B., & Roth, W.T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. Journal of Anxiety Disorders, 2, 427 – 438.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A., & Roth W. (1995). Psycho-physiological differences between subgroups of social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 1, 224 – 231.
- Holle, C., Heimberg, R.G., Sweet, R.A., & Holt, C.S. (1995). Alcohol and caffeine use by social phobics: an initial inquiry into drinking patterns and behavior. Behavior research and Therapy, 33, 561 – 566.
- Holt, C.S., & Heimberg, R.G. (1990). The Reaction to Treatment Questionnaire: measuring treatment credibility and outcome expectancies. The Behavior Therapist, 13, 213 – 214, 222.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1990). Success from the outset: predictors of cognitive-behavioral therapy outcome among social phobics. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1992a). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 101, 318 – 325.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1992b). Situational domains of social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 6, 63 – 77.

- Hope, D.A. (1990). The revised stroop color-naming task for social phobics. University of Nebraska-Lincoln.
- Hope, D.A., Gansler, D., & Heimberg, R.G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology. Clinical Psychology Review, *9*, 49 – 60.
- Hope, D., & Heimberg, R.G. (1988). Public and private self-consciousness and social phobia. Journal of Personality Assessment, *52*, 626 – 639.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Bruch, M.A. (1990). The importance of cognitive interventions in the treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting of the Phobia Society of America, Washington, DC.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Bruch, M.A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Behavior Research and Therapy, *33*, 637 – 650.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., Zollo, L.J., Nyman, D.J., & O'Brien, G.T. (1987). Thought-listing in the natural environment: valence and focus of listed thoughts among socially anxious and nonanxious subjects. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Hope, D.A., Herbert, J.D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Cognitive Therapy and Research, *19*, 399 – 417.
- Hope, D.A., Holt, C.S., & Heimberg, R.G. (1993). Social phobia. In T.R. Giles (Ed.), Handbook of effective psychotherapy (pp. 227 – 251). New York: Plenum Press.
- Hope, D.A., Rapee, R.M., Heimberg, R.G., & Dombek, M.J. (1990). Representations of the self in social phobia: vulnerability to social threat. Cognitive Therapy and Research, *14*, 177 – 189.
- Ingram, R. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. Psychological Bulletin, *107*, 156 – 176.
- Ingram, R.E., & Kendall, P.C. (1987). The cognitive side of anxiety. Cognitive Therapy and Research, *11*, 523-536.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *59*, 12-19.



- Jasiukaitis, P., Nouriani, B., Hugdahl, K., & Spiegel, D. (1997). Relateralizing hypnosis: or, have we been barking up the wrong hemisphere? The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XLV(2), 158 – 177.
- 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. Behavior Research and Therapy, 24, 171 – 180.
- Johnson, R.L., & Glass, C.R. (1989). Heterosocial anxiety and direction of attention in high school boys. Cognitive Therapy and Research, 13, 509 – 526.
- Jones, R.G. (1968). A factored measure of Ellis's irrational belief system with personality and maladjustment correlated. Wichita: Test Systems Inc.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N., Gibbons, J., & Johnson, M.O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. Child Development, 59, 1580 – 1589.
- Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D.M. (1992). Initial reactions to unfamiliarity. Current Directions in Psychological Science, 1, 171 – 174.
- Kanter, N.J., & Goldfried, M.R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. Behavior Therapy, 10, 472 – 490.
- Kazdin, A.E., & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 138-147.
- Kendall, P.C. (1984). Behavioral assessment and methodology. In G.T. Wilson, C.M. Franks, K.D. Brownell, & P.C. Kendall (Eds.), Annual review of behavior therapy (Vol. 9, pp. 39 – 94). New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C., & Hollon, S.D. (1981). Assessing self-reverent speech: methods in the measurement of self-statements. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions (pp. 287-312). New York: Academic Press.
- Kendler, K.S., Heath, A., Martin, N.G., & Eaves, L.J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: same genes, different environments. Archives of General Psychiatry, 44, 451 – 457.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, L.J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in woman: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. Archives of General Psychiatry, 49, 273 – 281.

- Kendrick, M.J., Craig, K.D., Lawson, D.M., & Davidson, P.O. (1982). Cognitive and behavioral therapy for musical-performance anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *50*, 353-362.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of *DSM-III-R* psychiatric disorders in the United States: results from the National Commodity Survey. Archives of General Psychiatry, *51*, 8 – 19.
- Kihlstrom, J.F. (1985). Hypnosis. Annual Review of Psychology, *36* 385 – 418.
- Kihlstrom, J.F. (1992). Hypnosis: a sesquicentennial essay. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *XL* (4) 301 – 314.
- Kihlstrom, J.F. (1997). Convergence in understanding hypnosis? perhaps, but perhaps not quite so fast. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *XLV*, 324 – 332.
- Kihlstrom, J.F. (1998). Dissociations and dissociation theory in hypnosis: comment on Kirsch and Lynn (1998). Psychological Bulletin, *123*, 186 – 191.
- Kimble, C.E., & Zehr, H.D. (1982). Self-consciousness, information load, self-presentation, and memory in a social situation. The Journal of Social Psychology, *118*, 9 – 46.
- Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives, (pp. 439 – 465). New York: The Guilford Press.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments – another meta-reanalysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *64*, 517 – 519.
- Kirsch, I., & Council, J.R. (1989). Response expectancy as a determinant of hypnotic behavior. In N.P. Spanos & J.F. Chaves (Eds.), Hypnosis: the cognitive-behavioral perspective (pp. 360 – 379). Buffalo NY: Prometheus.
- Kirsch, I., & Lynn, S.J. (1995). The altered state of hypnosis: changes in the theoretical landscape. American Psychologist, *50*, 846 – 858.
- Kirsch, I., & Lynn, S.J. (1998). Dissociating the wheat from the chaff in theories of hypnosis: reply to Kihlstrom (1998) and Woody and Sadler (1998). Psychological Bulletin, *123*, 198 – 202.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *63*, 214 – 220.
- Kirsch, I., Wolpin, M., & Knutson, J.L. (1975). A comparison of *in vivo* methods for rapid reduction of “stage-fright” in the college-classroom: a field experiment. Behavior Therapy, *6*, 165 – 171.

Kline, M.V. (1976). The effect of hypnosis on conditionability. In E. Dengrove (Ed.), Hypnosis and Behavioral Therapy, (pp. 131 – 147). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Klinger, E., Barta, S.G., & Maxeiner, M.E. (1981). Current concerns: assessing therapeutic relevant motivation. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions (pp. 161 – 196). New York: Academic Press.

Koksal, F., & Power, K.G. (1990). Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ): a self-report measure of somatic, cognitive, behavioral, and feeling components. Journal of Personality Assessment, 54, 534 – 545.

Kornfeld, A.D. (1985). Hypnosis and behavior therapy II: contemporary developments. International Journal of Psychosomatics, 32, 13 – 17.

Kossak, H.C. (1992). Behavior therapy and hypnosis: methods of self-management. In W. Bongartz (Ed.), Hypnosis: 175 years after Mesmer (pp. 189 – 199). Konstanz: Universitätsverlag.

Kroger, W.S. (1984). Hypnotherapy and behavior modification and behavior modification. In W.C. Wester, & A.H. Smith (Eds.), Clinical hypnosis: a multidisciplinary approach (pp. 115 – 122). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Kroger, W.S., & Fezler, W.D. (1976). Hypnosis and behavior modification. imagery conditioning. Philadelphia: Lippincott.

Krugman, M., Kirsch, I., Wickless, C., Milling, L., Golicz, H., & Toth, A. (1985). Neurolinguistic programming treatment for anxiety: magic or myth? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 526 – 530.

Lambert, M., Hatch, D., Kingston, M., & Edwards, B. (1986). Zung, Beck, and Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: meta-analytic comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 54-59.

Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), Research in psychotherapy (Vol. 3) (pp. 90 – 103). Washington, DC: American Psychological Association.

Lang, P.J. (1971). The application of psycho-physiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification (pp. 75 – 125). In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 75 – 125). New York: Wiley.

- Lang, P.J. (1977a). Imagery in therapy: an information processing analysis of fear. Behavior Therapy, 8, 862-886.
- Lang, P.J. (1977b). Physiological assessment of anxiety and fear. In J.D. Cone & R.A. Hawkins (Eds.), Behavioral assessment: new directions in clinical psychology. New York: Brunner/Mazel.
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. Psychophysiology, 16, 495-512.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 130 – 170). Hillside, NJ: Erlbaum.
- Laurence, J.R. (1997). Hypnotic theorizing: spring cleaning is long overdue. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XLV, 314 – 323.
- Lavy, E.H., Van den Hout, M., & Arntz, A. (1993).. Attentional bias and spider phobia: conceptual and clinical issues. Behaviour Research and Therapy, 31, 17-24.
- Lavy, E.A., Van Oppen, P., & Van den Hout, M. (1994). Selective processing of emotional information in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 32, 243-246.
- Lazarus, P.J. (1982). Incidence of shyness in elementary-school age children. Psychological Reports, 51, 904 – 906.
- Lazarus, R.L. (1991). Emotion and adaptation. Oxford: Oxford University Press.
- Leary, M.R. (1983). Social anxiousness: the construct and its measurement. Journal of Personality Assessment, 47, 66 – 75.
- Leary, M.R. (1991). Social anxiety, shyness, and related constructs. In J. Robinson, P. Shaver & L. Wrightsman (Eds.), Measures of personality and social psychological attitudes, (pp.161 – 194). New York: Academic.
- Leary, M.R., Atherton, S.C., Hill, S., & Hur, C. (1986). Attributional mediators of social inhibition and avoidance. Journal of Personality, 54, 704 – 716.
- Leary, M.R., Kowalski, R.M., & Campbell, C.D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: the role of generalized impression expectancies. Journal of Research in Personality, 22, 308 – 321.

- Leung, A.W., & Heimberg, R.G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. Behaviour Research and Therapy, *34*, 423-432.
- Leventhal, H. (1984). A perceptual-motor theory of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology, *17*, 118 – 173. New York: Academic Press.
- Levin, A.P., Saoud, J.B., Strauman, T., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Crawford, R., & Liebowitz, M.R. (1993). Responses of “generalized” and “discrete” social phobics during public speaking. Journal of Anxiety Disorders, *7*, 207 – 221.
- Levin, A.P., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (1989). Social phobia: biology and pharmacology. Clinical Psychology Review, *9*, 129 – 140.
- Liebling, B.A., & Shaver, P. (1973). Evaluation, self-awareness, and task performance. Journal of Experimental Social Psychology, *9*, 297 – 306.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. Modern Problems of Pharmacopsychiatry, *22*, 141 – 173.
- Liebowitz, M.R., Campeas, R., Levin, A.P., Sandberg, D., Hollander, E., & Papp, L. (1987). Pharmacotherapy of social phobia: a condition distinct from panic attacks. Psychosomatics, *28*, 305-308.
- Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Campeas, R., & Levin, A.P., (1986). Phenzazine in social phobia. Journal of Clinical Psychopharmacology, *6*, 93-98.
- Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Campeas, R., Levin, A.P., Sandberg, D., Hollander, E., Papp, L., & Goetz, D. (1988). Pharmacotherapy of social phobia. a placebo controlled comparison of phenzazine and atenolol. Journal of Clinical Psychiatry, *49*, 729 – 736.
- Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., & Klein, D.F. (1985). Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. Archives of General Psychiatry, *42*, 729 – 736.
- Liebowitz, M.R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. (1992). Phenzazine vs. atenolol in social phobia: A placebo controlled comparison. Archives of General Psychiatry, *49*, 290-300.
- Lightfoot, S.L., & Oliver, J.M. (1985). The Beck Inventory: psychometric properties in university students. Journal of Personality Assessment, *49*, 434 – 436.
- Loranger, A.W. (1988). Personality Disorder Examination (PDE) manual. Yonkers, N.Y.: D.V. Communications.

Lucas, R.A., & Telch, M.J. (1993). Group versus individual treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, G.A.

Lucock, M.P., & Salkovskis, P.M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. Behavior Research and Therapy, 26, 297 – 302.

Lundh, L., & Öst, L. (1996). Recognition bias for critical faces in social phobics. Behavior Research and Therapy, 34, 787 – 794.

Lynn, S.J., & Rhue, J.W. (1991a). An integrative model of hypnosis. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives, (pp. 397 – 438). New York: The Guilford Press.

Lynn, S.J., & Rhue, J.W. (1991b). Theories of hypnosis: an introduction. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives, (pp. 1 – 15). New York: The Guilford Press.

Lynn, S.J., & Rhue, J.W. (1991c). Hypnosis theories: themes, variations and research directions. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives. New York: The Guilford Press.

MacLeod, C.M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. Psychological Bulletin, 109, 163-203.

MacLeod, C., & Mathews, A.M. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: accessibility of information or assignment of processing priorities. Behaviour Research and Therapy, 29, 599-610.

MacLeod, C., Mathews, A.M., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. Journal of Abnormal Psychology, 95, 15-20.

MacLeod, C., & Rutherford, E.M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. Behaviour Research and Therapy, 30, 479-491.

Mahone, E.M., Bruch, M.A., & Heimberg, R.G. (1993). Focus of attention and social anxiety: the role of negative self-thoughts and perceived positive attributions of the other. Cognitive Therapy and Research, 17, 209 – 224.

Mannuzza, S., Fyer, A.J., Leibowitz, M.R., & Klein, D.F. (1990). Delineating the boundaries of social phobia: its relationship to panic disorder and agoraphobia. Journal of Anxiety Disorders, 4, 41 – 59.

- Marks, I.M. (1970). The classification of phobic disorders. British Journal of Psychiatry, 116, 377 – 386.
- Marks, I.M. (1987). Fears, phobias, and rituals. New York: Oxford University Press.
- Marks, I.M., & Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. Behavior Research and Therapy, 17, 263 – 267.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 63-78.
- Martin, M., Williams, R.M., & Clark, D.M. (1991). Does anxiety lead to selective processing of threat-related information? Behaviour Research and Therapy, 29, 147-160.
- Marzillier, J.S., Lambert, C., & Kellett, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. Behavior Research and Therapy, 14, 225 – 238.
- Mathews, A.M., & Klug, F. (1993). Emotionality and interference with color-naming in anxiety. Behaviour Research and Therapy, 31, 57-62.
- Mathews, A.M., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. Behavior Research and Therapy, 23, 563 – 569.
- Mathews, A.M., & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. Journal of Abnormal Psychology, 95, 131-138.
- Mathews, A.M., & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and the emotional disorders. Annual Review of Psychology, 45, 25-52.
- Mathews, A.M., May, J., Mogg, K., & Eysenck, M. (1990). Attentional bias in anxiety: selective search or defective filtering? Journal of Abnormal Psychology, 99, 166-173.
- Mathews, A.M., Mogg, K., Kentish, J., & Eysenck, M.W. (1995). Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy, 33, 293-303.
- Mathews, A.M., & Sebastian, S. (1993). Suppression of emotional Stroop effects by fear arousal. Cognition and Emotion, 7, 517-530.
- Mattia, J.I., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1991). The revised Stroop color-naming task as an indicator of treatment outcome for social phobia. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.

Mattia, J.I., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics. Behavior Research and Therapy, *31*, 305 – 313.

Mattick, R.P., & Clarke, J.C. (1988). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. Unpublished manuscript.

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.C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. Behavior Therapy, *20*, 3 – 23.

Mattick, R.P., & Rapee, R.M. (1986). Carbon dioxide induced panick attacks: a comparison of panic disorder, social phobia and normal controls. Paper presented at the Annual Meeting of the Australian Psychological Society, Townsville, Queensland.

Maultsby, M.C. (1984). Rational behavior therapy. New Jersey: Prentice-Hall.

McConkey, K.M. & Cottee, H.E. (1985). Clinical hypnosis and cognitive skills. The Cognitive Behaviorist, *7*, 6 – 8.

McNally, R.J., Amir, N., Louro, C.E., Lukach, B.M., Riemann, B.C., & Calamari, J.E. (1994). Cognitive processing of idiographic emotional information in panic disorder. Behaviour Research and Therapy, *32*, 199-222.

McNally, R.J., Reimann, B.C., Louro, C.E., Lukach, B.M., & Kim, E. (1992). Cognitive processing of emotional information in panic disorder. Behaviour Research and Therapy, *30*, 143-149.

McNeil, D.W., Ries, B.J., Taylor, L.J., Boone, M.L., Carter, L.E., Turk, C.L., & Lewin, M.R. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. Journal of Anxiety Disorders, *9*, 47 – 57.

Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), Helping people change (pp. 357-391). Elmsford, NY: Pergamon Press.

Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification: an integrative approach. New York: Plenum Press.

Melchior, L.A., & Cheek, J.M. (1990). Shyness and anxious self-preoccupation during a social interaction. Journal of Social Behavior and Personality, *5*, 117 – 130.



Mersch, P.P.A. (1995). The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure *in vivo* and an integration of exposure *in vivo*, rational emotive therapy and social skills training. Behavior Research and Therapy, *33*, 259-269.

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. Behavior Research and Therapy, *27*, 421 – 434.

Mersch, P.P.A., Jansen, M.A., & Arntz, A. (1995). Social phobia and personality disorder: severity of complaint and treatment effectiveness. Journal of Personality Disorders, *9*, 143-159.

Michelson, L.K., & Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *59*, 100-114.

Mogg, K., Kentish, J., & Bradley, B.P. (1993). Effects of anxiety and awareness on color identification latencies for emotional words. Behaviour Research and Therapy, *31*, 559-567.

Mogg, K., & Marden, B. (1990). Processing of emotional information in anxiety subjects. British Journal of Clinical Psychology, *29*, 227-229.

Mogg, K., Mathews, A.M., Bird, C., & Macgregor-Morris, R. (1990). Effects of stress and anxiety on the processing of threat stimuli. Journal of Personality and Social Psychology, *59*, 1230-1237.

Mogg, K., Mathews, A.M., & Weinman, J. (1989). Selective processing of threat cues in anxiety states: a replication. Behaviour Research and Therapy, *27*, 317-323.

Moran, P.W., & Lambert, M.J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M.S. Lambert, E.R. Christensen & S.S. DeJulio (Eds.), The assessment of psychotherapy outcome (pp. 263 – 303). New York: Wiley.

Mullaney, J.A., & Trippett, C.J. (1979). Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. British Journal of Psychiatry, *135*, 565 – 573.

Myszka, M.T., Galassi, J.P., & Ware, W.B. (1986). Comparison of cognitive assessment methods with heterosocially anxious college women. Journal of Counseling Psychology, *33*, 401 – 407.

Nadon, R., Laurence, J.R., & Perry, C. (1991). The two disciplines of scientific hypnosis: a synergistic model. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives (pp. 485 – 519). New York: The Guilford Press.

Neisser, U. (1967). Cognitive psychology. New York: Appleton.

Newman, M., Hofmann, S., Trabert, W., Roth, W., & Taylor, C. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? Behavior Therapy, 25, 503-517.

Nortjé, C. (2000). Kognitiewe terapie en blootstelling in die behandeling van sosiale fobie. Proefskrif ingelewer vir die graad Doktor in die Lettere en Wysbegeerte (Sielkunde) aan die Universiteit van Stellenbosch.

Nyman, P., & Heimberg, R.G. (1985) Heterosocial anxiety among college students: a reasonable analogue to social phobia? Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston.

Oatley, K., & Johnson-Laird, P. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. Cognition and Emotion, 1, 29-50.

O'Bannon, K., & Arkowitz, H. (1977). Social anxiety and selective memory for affective information about the self. Social Behavior and Personality, 5, 321 – 328.

Osman, A., Barrios, F.X., Aukes, D., & Osman, J.R. (1995). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory in college students. Journal of Clinical Psychology, 51, 235 – 243.

Öst, L-G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. Behaviour Research and Therapy, 25, 397-405.

Öst, L-G., Jerremalm, A., & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. Behavior Research and Therapy, 19, 1 – 16.

Pango, R.R., Akots, N.J., & Wall, T.A. (1988). Hypnosis, cerebral laterality and relaxation. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 36 350 – 358.

Paterson, A.S. (1976). Acquisition of voluntary control over automatic nervous functions by conditioning and hypnosis. In E. Dengrove (Ed.), Hypnosis and behavior therapy, (pp. 83 – 103). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Paul, G.L. (1966). Insight vs. desensitization in psychotherapy. an experiment in anxiety reduction. Stanford, CA: Stanford University Press.

Perry, C. (1992). Theorizing about hypnosis in either / or terms. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XL, 238 – 252.

Perugi, G., Simonini, E., Savino, M., Mengali, F., Cassano, G.B., & Akiskal, H.S. (1990). Primary and secondary social phobia: psychopathologic and familial differentiations. Comprehensive Psychiatry, *31*, 245 – 252.

Pilkonis, P.A., & Zimbardo, P.G. (1979). The personal and social dynamics of shyness. In C.A. Izard (Ed.). Emotions in personality and psychopathology (pp. 133 – 160). New York: Plenum Press.

Piotrowski, C., Sherry, D., & Keller, J.W. (1985). Psycho-diagnostic test usage: a survey of the Society for Personality Assessment. Journal of Personality Assessment, *49*, 115 – 119.

Platonov, K. (1959). The word as a physiological and therapeutic factor. Moscow: Foreign Language Publishing House.

Poulton, R.G., & Andrews, G. (1996). Change in danger cognitions in agoraphobia and social phobia during treatment. Behaviour Research and Therapy, *34*, 413-421.

Rachman, S.J. (1980). Emotional processing. Behaviour Research and Therapy, *18*, 51-60.

Rachman, S.J. (1981). The primacy of affect: Some theoretical implications. Behaviour Research and Therapy, *19*, 279-290.

Rapee, R.M. (1993). Recent advances in the treatment of social phobia. Australian Psychologist, *28(3)*, 168-171.

Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clinical Psychology Review, *17*, 47 – 68.

Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behavior Research and Therapy, *35*, 741 – 756.

Rapee, R.M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. Journal of Abnormal Psychology, *100*, 74 – 77.

Rapee, R.M., McCallum, S.L., Melville, L.F., Ravenscroft, H., & Rodney, J.M. (1994). Memory bias in social phobia. Behavior Research and Therapy, *32*, 89 – 99.

Rapee, R.M., Sanderson, W.C., & Barlow, D.H. (1988). Social phobia features across the *DSM-III-R* Anxiety Disorders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, *10*, 287 – 299.

Reich, J., Noyes, R.M., & Yates, W. (1989). Alprazolam treatment of avoidant personality traits in social phobic patients. Journal of Clinical Psychiatry, *50*, 91-95.

- Reich, J., & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. Comprehensive Psychiatry, *29*, 72 – 75.
- Richards, A., & Millwood, B. (1989). Colour-identification of differentially valenced words in anxiety. Cognition and Emotion, *3*, 171-176.
- Riemann, B.C., & McNally, R.J. (1995). Cognitive processing of personal relevant information. Cognition and Emotion, *9*, 325-340.
- Roos, S.S. (1993a). Hypnosis as cognitive therapy. Hypnosis SA, *3*, 1 – 6.
- Roos, S.S. (1993b). Dr. Simon Roos replies as follows. Hypnosis SA, *3*, 9 – 12.
- Rosenthal, R. (1983). Assessing the statistical and social importance of the effects of psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *51*, 4-13.
- Rosenthal, R. (1991). Meta-analytic procedures for social research (rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Rossi, E.L. (1986). The psychobiology of mind-body healing. New York: Norton.
- Ruehle, B.L., & Zamansky, H.S. (1997). The experience of effortlessness in hypnosis: perceived or real? The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *XLV*, 144 – 157.
- Ruiter, C., & Brosschot, J.F. (1994). The emosional Stroop effect in anxiety: attentional bias or cognitive avoidance? Behaviour Research and Therapy, *32*, 315-319.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *65*, 694-698.
- Salaberría, K., & Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. Behavior Modification, *22*, 262 – 284.
- Salovey, P. (1992). Mood-induced self-focused attention. Journal of Personality and Social Psychology, *62*, 699 – 707.
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M., & Barlow, D.A. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a *DSM-III-R* anxiety disorder. Journal of Abnormal Psychology, *99*, 308 – 312.
- Sarason, I. (1975). Anxiety and self-preoccupation. In I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.), Stress and anxiety (Vol. 2, pp. 27 – 44). New York: Hemisphere.

Sarbin, T.R., & Coe, W.C. (1972). Hypnosis, a social psychological analysis of influence communication. New York: Holt, Rinehart, Winston.

Sarbin, T.R., & Coe, W.C. (1979). Hypnosis and psychopathology: replacing old myths with fresh metaphors. Journal of Abnormal Psychology, 88, 506 – 526.

Schelver, S.R. (1982). A controlled study to assess the effects of self-administered cognitive therapy on social-evaluation anxiety, state-trait anxiety, and locus of control. Dissertation Abstracts International, 42.

Schelver, S.R., & Gutsch, K.U. (1983). The effects of self-administered cognitive therapy on social evaluative anxiety. Journal of Clinical Psychology, 39, 658 – 666.

Schlenker, B.R., & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. Psychological Bulletin, 92, 641 – 669.

Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R., & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Archives of General Psychiatry, 49, 282 – 287.

Schneier, F.R., Levin, A.P., & Liebowitz, M.R. (1990). Pharmacotherapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), Handbook of comparative treatments of adult disorders (pp.219-239). New York: Wiley.

Schneier, F.R., Martin, L.Y., Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., & Fyer, A.J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 3, 15 – 23.

Schneier, F.R., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Fyer, A.J., & Liebowitz, M.R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. Comprehensive Psychiatry, 32, 1 – 5.

Schoenberger, N.E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & Pastyrnak, S.L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. Behavior Therapy, 28, 127 – 140.

Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G. (1989). Treatment of social phobia: an analysis in single cases. In P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, S.W. Kraaimaat, & M.H.M. Son (Eds.), Fresh perspectives on anxiety disorders (Annual series of European research in behavior therapy). Lisse: Zwets & Zeitlinger.

Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G. (1993a). Cognitive and behavioral treatment of fear of blushing, sweating or trembling. Behaviour Research and Therapy, 31, 155-170.

- Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. Behaviour Research and Therapy, *31*, 667-681.
- Schwartz, R.M., & Garamoni, G.L. (1986). A structural model of positive and negative states of mind: asymmetry in the internal dialogue. In P.C. Kendall (Ed.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy (Vol. 5, pp. 1-62). New York: Academic Press.
- Segal, Z.V., Truchon, C., Horowitz, L.M., Gemar, M., & Guirguis, M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. Journal of Abnormal Psychology, *104*, 205-213.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry, *127*, 1653 – 1658.
- Shaw, P. (1979). A comparison of three behaviour therapies for social phobia. British Journal of Psychiatry, *134*, 620-623.
- Sheehan, P.W. & McConkey, K. (1982). Hypnosis and experience: the exploration of phenomena and processes. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Shorkey, C.T., & Whiteman, V.L. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: initial validity and reliability. Educational and Psychological Measurement, *37*, 527-534.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S., & Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobia anxiety states: I. a prevalence study. British Journal of Psychiatry, *144*, 53 – 57.
- Solyom, L., Ledwidge, B., & Solyom, C. (1986). Delineating social phobia. British Journal of Psychiatry, *149*, 464 – 470.
- Spanos, N.P. (1982a). A social psychological approach to hypnotic behavior. In G. Weary & H.L. Mirels (Eds.), Integrations of clinical and social psychology. New York: Oxford.
- Spanos, N.P. (1982b). Hypnotic behavior: A cognitive social psychological perspective. Research Communication in Psychology, Psychiatry and Behavior, *7*, 199 – 213.
- Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behavior: a social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and "trance logic". The Behavioral and Brain Sciences, *9*, 449 – 502.
- Spanos, N.P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives (pp. 324 – 361). New York: The Guilford Press.

Spanos, N.P., & Barber, T.X. (1974). Toward a convergence in hypnosis research. American Psychologist, *29*, 500 – 511.

Spanos, N.P., Brett, P.J., Menary, E.P., & Cross, W.P. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: relationships with absorption and hypnotic susceptibility. American Journal of Clinical Hypnosis, *30*, 139 – 150.

Spanos, N.P., & Chaves, J.F. (1989). Hypnosis: the Cognitive behavioral perspective. Buffalo, NY: Prometheus Books.

Spanos, N.P., & Chaves, J.F. (1991). History and historiography of hypnosis. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives (pp. 43 – 78). New York: The Guilford Press.

Spector, I.P., Carey, M.P., Jorgensen, R.S., Meisler, A.W., & Carnrike, C.L.M. (1993). Cue-controlled relaxation and "aromatherapy" in the treatment of speech anxiety. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, *21*, 239-253.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spinhoven, P. (1987). Hypnosis and behavior therapy: a review. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *35*, 8-31.

Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1985). Proposed revisions in the *DSM-III* classification of anxiety disorders based on research and clinical experience. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 759 – 773). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Gibbon, M. (1987). Structural Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Stanley, M.A. & Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. Behavior Therapy, *26*, 163 – 186.

Stanton, H.E. (1989a). Stress relief through emotive therapy and hypnotic induction. Experimentelle-und-Klinische-Hypnose, *5* (2) 83 – 90.

Stanton, H.E. (1989b). Hypnosis and Rational-emotive therapy – a de-stressing combination. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *37*, 95 – 99.

Stanton, H.E. (1991). Overcoming fear of public speaking with the diagnostic trance. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *19*, 41 – 47.

Steer, R.A., Beck, A.T., & Garrison, B. (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. In N. Sartorius & T.A. Ban (Eds.), Assessment of depression (pp. 121 – 142). Geneva: World Health Organization.

Steer, R.A., Beck, A.T., Riskind, J.H., & Brown, G. (1986). Differentiation of generalized anxiety and depression disorders by the Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, *42*, 475 – 478.

Stein, D., & Young, G. (1992). Cognitive science and clinical problems. New York: Academic Press.

Stemberger, R.T., Turner, S.M., Beidel, D.C., & Calhoun, K.S. (1995). Social phobia: an analysis of possible developmental factors. Journal of Abnormal Psychology, *104*, 526 – 531.

Stopa, L., & Clark, D.M. (1993). Cognitive processes in social phobia. . Behavior Research and Therapy, *31*, 255 – 267.

Strauman, T.J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: cognitive structures that underlie emotional disorders? Journal of Abnormal Psychology, *98*, 14 – 22.

Strauman, T.J., & Higgins, E.T. (1988). Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress. Journal of Personality, *56*, 685 – 707.

Stravynski, A., LaMontagne, Y., & Lavalley, Y.J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. Canadian Journal of Psychiatry, *31*, 714 – 719.

Stravynski, A., Marks, I.M., & Yule, W. (1982). Social skill problems in neurotic outpatients. Archives of General Psychiatry, *39*, 1378 – 1385.

Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. Journal of Experimental Psychology, *18*, 643-662.

Stroop, J.R. (1938). Factors affecting speed in serial verbal reactions. Psychological Monographs, *50*, 38-48.

Suinn, R.M., & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: a nonspecific behavior therapy program for anxiety control. Behavior Therapy, *2*, 498-510.



- Sutcliffe, J.P. (1960). "Credulous" and "sceptical" views of hypnotic phenomena: a review of certain evidence and methodology. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2, 73 – 101.
- Sutcliffe, J.P. (1961). "Credulous" and "sceptical" views of hypnotic phenomena: experiments in esthesia, hallucination, and delusion. Journal of Abnormal and Social Psychology, 62, 189 – 200.
- Tanaka, J.S., & Huba, G.J. (1984). Confirmatory hierarchical factor analysis of psychological distress measures. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 621 – 635.
- Task Force on *DSM-IV* (1991). DSM-IV options book: Work in progress 9/1/91. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: reliability, validity, and sensitivity to treatment effects. Clinical Psychology Review, 15, 261-296.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 1-9.
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W.J., McLean, P., Paterson, R.J., & Anderson, K.W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. Behavior Modification, 21, 487-511.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to depression. Cognition and Emotion, 2, 247-274.
- Thyer, B.A., Parrish, R.T., Himle, J., Cameron, O.G., Curtis, G.C., & Ness, R.M. (1986). Alcohol abuse among clinically anxious patients. . Behavior Research and Therapy, 24, 357 – 359.
- Tosi, D.J., & Baisden, B. (1984). Cognitive experiential therapy and hypnosis. In A.H. Smith & W.C. Wester, (Eds.), Comprehensive and clinical hypnosis: a multidisciplinary approach (pp. 155 – 180). Philadelphia: J.D. Lippencott.
- Tosi, D.J., Rudy, D.R., Lewis, J., Murphy, M.A. (1992). The psychobiological effects of cognitive experiential therapy, hypnosis, cognitive restructuring and attention placebo control in the treatment of essential hypertension. Psychotherapy, 29, 274 – 284.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. Clinical Psychology Review, 9, 19 – 35.
- Trower, P., & Turland, D. (1984). Social Phobia. In S.M. Turner (Ed.), Behavioral theories and treatment of anxiety (pp. 321 – 365). New York: Plenum.

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. Behavior Modification, *2*, 41-60.

Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1986). Hypnotic behavior dissected or ... pulling the wings off butterflies. The Behavioral and Brain Sciences, *9*, 485.

Turner, S.M., & Beidel, D.C. (1989). Social phobia: clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. Clinical Psychology Review, *9*, 3 – 18.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Borden, J.W., Stanley, M.A., & Jacob, R.G. (1991). Social phobia: axis I and II correlates. Journal of Abnormal Psychology, *100*, 102 – 106.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Cooley, M.R. (1994). Social Effectiveness Therapy. Mount Pleasant, SC: Turndel, Inc.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., Woody, S.R., & Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: social effectiveness therapy. Behavior Research and Therapy, *32*, 381 – 390.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Cooley-Quille, M.R. (1997). A program for overcoming social anxiety and social phobia: Social effectiveness therapy. Behavior Research and Therapy. New York: Multi-Health Systems.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Keyes, D.J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, *95*, 389 – 394.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, *1*, 35 – 40.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Jacob, S.G. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *62*, 350 – 358.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Larkin, K.T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: physiological and cognitive correlates. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *54*, 523 – 527.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Long, P.J., & Greenhouse, J. (1992). Reduction of fear in social phobics: an examination of extinction patterns. Behavior Therapy, *23*, 389 – 403.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Long, P.J., Turner, M.W., & Townsley, R.M. (1993). A composite measure to determine the functional status of treated social phobics: the Social Phobia Endstate Functioning Index. Behavior Therapy, *24*, 265 – 275.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. Behavior Research and Therapy, *28*, 497 – 505.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1992). Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, *101*, 326 – 331.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Wolff, P.L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: the Index of Social Phobia Improvement. Behavior Research and Therapy, *32*, 471 – 776.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Wolff, P.L., Spaulding, S., & Jacob, R.G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. Behaviour Research and Therapy, *34*, 795-804.

Turner, S.M., Cooley-Quille, M.R., & Beidel, D.C. (1996). Behavioral and pharmacological treatment for social phobia. In M.R. Mavissakalian & R.F. Prien (Eds.), Long-term treatments of anxiety disorders, (pp. 343 – 371), Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Turner, S.M., McCanna, M., & Beidel, D.C. (1987). Validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation scales. Behavior Research and Therapy, *25*, 113 – 115.

Turner, S.M., Stanley, M.A., Beidel, D.C., & Bond, L. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: construct validity. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, *11*, 221 – 234.

Van Dyck, R. (1988). Future oriented hypnotic imagery: description of a method. Hypnos, *15*, 60 – 67.

Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behavior Modification, *21*, 172 – 186.

Van Velzen, C.J.M., Emmelkamp, P.M.G., & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. . Behavior Research and Therapy, *10*, 889 – 900.

Versiani, M., Mundim, F.D., Nardi, A.E., & Liebowitz, M.R., (1988). Tranylcypromine in social phobia. Journal of Clinical Psychopharmacology, *8*, 279-283.

- Versiani, M., Nardi, A.E., Mundim, F.D., Alves, A., Liebowitz, M.R., & Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia: a controlled study with meclobemide and phenelzine. British Journal of Psychiatry, *161*, 353-360
- Wacker, H.R., Müllejans, R., & Klein, K.H. (1992). Identification of anxiety disorders in the community according to ICD – 10 and *DSM-III-R* by using the Composite International Diagnostic Interview (CID). International Journal of Methods in Psychiatry Research, *2*, 91 – 100.
- Wagstaff, G.F. (1991). Compliance, belief, and semantics in hypnosis: a nonstate, sociocognitive perspective. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives. New York: The Guilford Press.
- Wagstaff, G.F. (1996). Compliance and imagination in hypnosis. In R.G. Kunzendorf, N.P. Spanos, & B. Wallace (Eds.), Hypnosis and imagination (pp. 19 – 40). Amityville, New York: Baywood.
- Watson, D., Clark, L.A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. Journal of Abnormal Psychology, *97*, 346 – 353.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *33*, 448 – 457.
- Watson, J.P., & Marks, I.M. (1971). Relevant and irrelevant fear in flooding – a crossover study of phobic patients. Behavior Therapy, *2*, 275 – 293.
- Watts, F.N., McKenna, F.P., Sharrock, R., & Trezise, L. (1986). Colour naming of phobia related words. British Journal of Psychology, *77*, 97-108.
- Weiller, E., Bisserbe, J.C., Boyer, P., Lepine, J.P., & Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: an underrecognised undertreated disabling disorder. British Journal of Psychiatry, *168*, 169 – 174.
- Wells, A. (1991). Effects of dispositional self-focus, appraisal and attention instructions on responses to a threatening stimulus. Anxiety Research, *3*, 291 – 301.
- Wick, E.W. (1982). Foreword. In D.L. Arazo (Ed.), Hypnosis and sex therapy, (pp. xiii – xvii). New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Widiger, T.A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies. Journal of Abnormal Psychology, *101*(2), 340 – 343.
- Williams, J.M.G. (1992). The psychological treatment of depression: a guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy. London: Routledge.

Williams, J.M.G., & Broadbent, K. (1986). Distraction by emotional stimuli: use of a Stroop task with suicide attempters. British Journal of Clinical Psychology, *2*, 221-234.

Williams, J.M.G., & Nulty, D.D. (1986). Construct accessibility, depression and the emotional Stroop test: Transient emotion or stable structure? Personality and Individual Differences, *7*, 485-491.

Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). Cognitive psychology and emotional disorders. Chichester: John Wiley.

Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). Cognitive psychology and emotional disorders (Second edition). Chichester: John Wiley.

Williams, S.L., Doseman, G., & Kleifield, E. (1984). Comparative effectiveness for guided mastery and exposure treatments for intractable phobias. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *52*, 505-518.

Williams, S.L., Turner, S.M., & Peer, D.F. (1985). Guided mastery and performance desensitization treatments for severe acrophobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *53*, 237-247.

Winton, E.C., Clark, D.M., & Edelmann, R.J. (1995). Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. Behavior Research and Therapy, *33*, 193 – 196.

Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I, Kaiser, G., & Munchau, N. (1990). Exposure *in vivo* vs. social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects. Behaviour Research and Therapy, *28*, 181-193.

Wolpe, J. (1990). The practice of behavior therapy (4<sup>th</sup> ed.). New York: Pergamon Press.

Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). Behavior therapy techniques. Oxford: Pergamon Press.

Wood, J., Saltzberg, J., & Goldsamt, L. (1990). Does affect induce self-focused attention? Journal of Personality and Social Psychology, *58*, 899 – 908.

Wood, J., Saltzberg, J., Neale, J., Stone, A., & Rachmiel, T. (1990). Self-focused attention, coping responses and distressed mood in everyday life. Journal of Personality and Social Psychology, *58*, 1027 – 1036.

Woody, E., & Sadler, P. (1998). On reintegrating dissociated theories: comment on Kirsch and Lynn (1988). Psychological Bulletin, *123*, 192 – 197.

Woody, S. (1996). Effects of focus of attention on social phobic's anxiety and social performance. Journal of Abnormal Psychology, *105*, 61 – 69.

Woody, S.R., & Bowers, K.S. (1994). A frontal assault on dissociated control. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), Dissociation: clinical and theoretical perspectives, (pp. 52 – 79). New York: Guilford Press.

Woody, S.R., Chambless, D.L., & Glass, C.R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. . Behavior Research and Therapy, *35*, 117 – 129.

Zajonc, R.B. (1984). On the primacy of affect. American Psychologist, *39*, 117-123.

Zimbardo, P.G. (1977). Shyness: what it is, what to do about it. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Zimbardo, P.G., Pilkonis, P.A., & Norwood, R.M. (1975). The social disease called shyness. Psychology Today, *8*, 68 – 72.