

# Groepsbehandeling bij sociale angststoornis

Desirée Kiers





## Groepsbehandeling bij sociale angststoornis

Omslagillustratie: Katie Joy Crawford (2016)

Afstudeerscriptie Toegepaste Psychologie  
Saxion Hogescholen te Deventer  
Begeleiders: M. Kuik en G. Roemer  
Externe begeleider: Dr. M. Kampman

Nijmegen, oktober 2018

D. Kiers (346123)

## Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘groepsbehandeling bij sociale angststoornis’. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Toegepaste Psychologie aan het Saxion te Deventer. De periode van april tot en met oktober ben ik bezig geweest met het uitvoeren en het schrijven van deze scriptie.

Deze scriptie is geschreven in opdracht van M. Kampman, senior onderzoeker van de organisatie waar ik stage gelopen heb en waar ik nu ook mijn afstudeertraject heb afgerond; Pro Persona Overwaal. Ik vond het een leerzame opdracht voor mijn scriptie en heb met veel plezier aan gewerkt.

Ik wil mijn begeleiders, Menso Kuik en Guido Roemer, bedanken voor hun eerlijkheid naar mij toe en daarbij hun feedback. Ook wil ik hier Mirjam Kampman bedanken voor deze mooie opdracht en kans om af te studeren bij Pro Persona Overwaal.

Verder wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun wijze raad. Zij hebben mij moreel ondersteund tijdens het schrijfproces. Tot slot wil ik mijn vriend in het bijzonder bedanken. Zijn motiverende woorden hebben mij geholpen deze scriptie tot een goed einde te brengen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

*Desirée Kiers,*

Nijmegen, 15 oktober 2018

## Samenvatting

In opdracht van Pro Persona Overwaal is er onderzoek gedaan naar de oorzaak van het aanhouden van sociale angstklachten bij patiënten na het volgen van de groepsbehandeling en hoe dit verbeterd kan worden. Het onderzoek heeft tot doel het verkrijgen van kennis en inzicht in de blijvende sociale angstklachten van de patiënten na het volgen van de groepsbehandeling. Hierbij zijn de resultaten van de groepsbehandelingen vergeleken met de resultaten van de individuele behandelingen. Daarnaast zijn de resultaten van de depressieve gevoelens en het ervaren van de kwaliteit van leven in dit onderzoek meegenomen. Ook is er door middel van literatuurstudies kennis verkregen over het aanhouden van sociale angst klachten.

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn er drie klinische vragenlijsten afgenomen bij de patiënten die de behandelingen voor sociale angst klachten hebben gevolgd. Dit zijn de LSAS, OQ-5D en de IDS-SR. Deze vragenlijsten zijn ingevuld door de patiënten bij de start van de behandelingen én na het volgen van de behandelingen, ook wel de voor- en nameting genoemd. Uit de antwoorden van de vragenlijsten van de nameting is er te zien dat er bij beide behandelingen een afname is in sociale angst klachten. Dit duidt erop dat de groepsbehandeling wel leidt tot een afname in sociale angst klachten. Deze resultaten zijn vergeleken met de individuele behandeling en hier is geen significant verschil uitgekomen.

De depressieve gevoelens zijn nog aanwezig na het volgen van de groepsbehandeling en de kwaliteit van leven is niet significant verbeterd ten opzichte van de voormeting.

De groepsbehandeling leidt niet tot volledig verdwijnen van de sociale angstklachten, bij de individuele behandeling is dit wel het geval. Hier zijn de klachten minder ernstig dan bij de groepsbehandeling.

Verder is er een literatuurstudie gedaan naar effectieve behandelingen voor sociale angst klachten en gezocht naar de oorzaken van het niet slagen van de behandelingen. Uit deze studie is gebleken dat er meerdere behandelingen een overlap hebben met die van Overwaal, maar meer toevoegingen hebben in de behandeling. Zoals het geven van communicatietraining of sociale vaardigheidstraining.

Verder is er gevonden dat een behandeling gebaseerd op het Clark en Wells model effectief is en overlap heeft met die van Overwaal. Het boek van Keijsers, Minnen, Verbraak, Hoogduin en Emmelkamp (2017) heeft het Clark en Wells model en de behandeling die Overwaal aanbiedt samengevoegd tot één behandeling. Wellicht is dit een uitkomst van een verbeterende behandelplan voor patiënten met sociale angststoornis.

Verder is er gevonden dat depressie leidt tot het aanhouden van vermijdend gedrag en vermindering van gevoel van eigenwaarde en dat angsten verband houdt met de kwaliteit van leven.

Op basis hiervan wordt aanbevolen om het vernieuwde boek van Keijsers als leidraad te gebruiken voor de behandeling en specifiek aandacht te schenken aan de depressieve gevoelens en kwaliteit van leven van de patiënten.

## Inhoudsopgave

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>HOOFDSTUK 1 – INLEIDING .....</b>                              | <b>7</b>  |
| 1.1 AANLEIDING .....                                              | 7         |
| 1.2 ONDERZOEKSVRAAG.....                                          | 8         |
| <b>HOOFDSTUK 2 – THEORETISCH KADER.....</b>                       | <b>10</b> |
| 2.1 SOCIALE ANGSTSTOORNIS .....                                   | 10        |
| 2.2. PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING VOOR SOCIALE ANGSTSTOORNIS.....   | 10        |
| <b>HOOFDSTUK 3 – METHODEN VAN ONDERZOEK .....</b>                 | <b>15</b> |
| 3.1. ONDERZOEKSDESIGN .....                                       | 15        |
| 3.2. ONDERZOEKSDOELGROEP .....                                    | 15        |
| 3.3. ONDERZOEKINSTRUMENTEN .....                                  | 15        |
| LSAS.....                                                         | 15        |
| IDS-SR.....                                                       | 16        |
| EQ-5D .....                                                       | 16        |
| 3.4. PROCEDURE .....                                              | 16        |
| 3.5. STATISCHE ANALYSES.....                                      | 16        |
| 3.5.1. ANALYSES.....                                              | 17        |
| 3.5.2. DEELVRAGEN .....                                           | 17        |
| <b>HOOFDSTUK 4 – ONDERZOEKSRESULTATEN .....</b>                   | <b>18</b> |
| 4.1. UITVOERING EN RESPONS .....                                  | 18        |
| 4.2. RESULTATEN.....                                              | 18        |
| 4.2.1 DEELVRAAG 1, 2 EN 3.....                                    | 18        |
| 4.2.2 DEELVRAAG 4 EN 5 .....                                      | 19        |
| <b>HOOFDSTUK 5 – CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN .....</b> | <b>21</b> |
| 5.1. CONCLUSIES.....                                              | 21        |
| 5.1.1. DEELVRAAG 1, 2 EN 3 .....                                  | 21        |
| 5.1.2. DEELVRAAG 4 EN 5.....                                      | 21        |
| 5.1.3. DEELVRAAG 6 .....                                          | 22        |
| 5.2. DISCUSSIE.....                                               | 22        |
| 5.3. BEPERKINGEN.....                                             | 23        |
| 5.4. AANBEVELINGEN.....                                           | 23        |
| <b>LITERATUUR.....</b>                                            | <b>24</b> |

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| <b>BIJLAGEN.....</b> | <b>27</b> |
|----------------------|-----------|

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| <b>BIJLAGE 1: DSM SOCIALE ANGSTSTOORNIS .....</b> | <b>27</b> |
|---------------------------------------------------|-----------|

|                                              |                                            |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>BIJLAGE 2: EIGEN WERK VERKLARING.....</b> | <b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b> |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|

# Hoofdstuk 1 – Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Mensen met sociale angststoornis (SAS) vrezen situaties waarin ze mogelijk kritisch worden beoordeeld of met onbekenden te maken krijgen (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010). Daarnaast is het de derde meest voorkomende psychische aandoening na depressie en alcoholverslaving en wordt SAS beschouwd als de meest voorkomende angststoornis (Schulz, Stolz & Berger, 2014).

In 2010 werd de lifetime prevalentie in Nederland van SAS op 9.3% geschat (De Graaf, Ten Have, Van Gool & Van Dorsselaar, 2010). De jaar prevalentie in 2011 in Nederland werd geschat op 7.4% (Volksgezondheid en zorg, 2011). Met de lifetime prevalentie wordt bedoeld het aantal mensen die de aandoening op een bepaald moment in hun leven hebben meegemaakt, gedeeld door het totaal. Met jaar prevalentie wordt bedoeld het aantal mensen die over een bepaalde 12-maanden periode de aandoening hebben meegemaakt, gedeeld door het totaal.

Zoals algemeen bekend is, is het hebben van een behandeling voor een psychische stoornis niet voldoende om een succesvol geestelijk gezondheid zorg (GGZ) te zijn. Het succes van een GGZ staat en valt onder meer bij hoe goed de behandeling aansluit bij de patiënt. Als de behandeling niet leidt tot afname van klachten bij de patiënt, dan zijn alle inspanningen zonde van de tijd geweest. Het is daarom voor elke GGZ van levensbelang om de toestand van de patiënten goed in vizier te hebben. Heeft een GGZ dat niet, dan heeft het een probleem. Een dergelijk probleem doet zich ook voor bij Pro Persona Overwaal (hier na te noemen Overwaal). Bij deze organisatie verloopt de groepsbehandeling niet zoals de behandelaars zouden willen en daar moet iets aan veranderen. Daarom is er onderzoek verricht naar de mate van effect van de groepsbehandeling om te achterhalen wat dit met patiënten doet en hoe dit veranderd kan worden. Ook zijn de resultaten van de individuele behandeling voor SAS onderzocht.

In de wetenschappelijk literatuur wordt de groepsbehandeling die Overwaal geeft volgens protocol van het Hofmann en Otto model (2008), omschreven als een effectieve cognitieve gedragstherapie (CGT) (Asghari, Maashhadi & Sepehri Shamloo, 2015). Er was in dit onderzoek een afname na het gebruik van het Hofmann en Otto protocol in angstsymptomen en gedragsremmingsfuncties. Echter, er mist bij dit onderzoek een follow-up na de behandeling. Hierdoor kan er niet worden nagegaan in welke mate de doelstellingen worden bereikt.

Dit dergelijk probleem doet zich ook voor in andere literatuurstudies. Er is ontdekt dat er weinig onderzoek is gedaan naar het Hofmann en Otto protocol en ook hierdoor is er weinig bekend over de effectiviteit van dit model en maakt het moeilijk te zeggen hoe effectief deze behandeling is.

Om de doelstelling te realiseren is kennis nodig. Kennis van hoe de patiënt zich voelt voor en na de behandeling. Om die kennis te verkrijgen is de volgende hoofdvraag geformuleerd: wat de oorzaak is van het aanhouden van sociale angstklachten bij patiënten na het volgen van de groepsbehandeling en hoe dit verbeterd kan worden.

Het antwoord op deze vraag zal Overwaal helpen om haar groepsbehandeling te verbeteren en de afname van sociale angstklachten van de patiënten te verhogen. Kortom, de informatie die dit onderzoek op zal leveren is voor Overwaal relevant.

In hoofdstuk twee zal om te beginnen een analyse worden gegeven van de behandeling zoals het was aan het begin van het onderzoek. Aan de hand van een model, zoals het conceptueel model, zal de verwachte oorzaak-gevolgrelatie visueel worden aangeboden. Verder wordt er beschreven over effectieve behandelingen voor sociale angststoornis.

In het derde hoofdstuk zal theorie besproken worden die gaat over hoe de doelgroep in kaart gebracht wordt en over de aanpak van dit onderzoek.

In het vierde hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek besproken worden. Deze zullen geordend worden in tabel 1, 2 en 3. De uitkomsten vormen tezamen met de theorie de input voor het opstellen van de adviezen welke in hoofdstuk vijf gegeven zullen worden.

## 1.2 Onderzoeksvraag

Op basis van bovenstaande aanleiding is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wat is de oorzaak van de aanhoudende sociale angstklachten na het volgen van de groepsbehandeling en hoe zou deze verbeterd kunnen worden?

Daarnaast zijn er een aantal deelvragen geformuleerd:

1. In hoeverre is er een afname in sociale angst van de groepsbehandeling?
2. In hoeverre is er een afname in sociale angst van de individuele behandeling?
3. Is er sprake van een verschil in klachtenreductie tussen individuele behandeling in vergelijking met groepsbehandeling?
4. In hoeverre is er een verbetering in het kwaliteit van leven na het volgen van de groepsbehandeling?
5. In hoeverre is er een verbetering in het kwaliteit van leven na het volgen van de individuele behandeling?
6. In hoeverre is er een verbetering in de stemming na het volgen van de groepsbehandeling?

### 1.3 Beschrijving organisatie en doelstelling van het onderzoek

Overwaal is een expertise centrum voor angst, dwang en posttraumatische stress stoornis en zit gevestigd in Nijmegen. Dit expertise centrum biedt hoogspecialistische patiëntenzorg aan in combinatie met wetenschappelijk onderzoek wat hen maakt tot een TOPGGz.

Ze bieden behandelingen aan voor jeugdigen, volwassenen en ouderen met psychische problemen.

Het is een ambulante behandeling wat zowel op locatie als thuis toegepast kan worden.

Een TOPGGz instelling voldoet aan strenge criteria betreffende specialistische diagnostiek en behandeling, alsmede wetenschappelijk onderzoek, innovatie en kennisverspreiding (Stichting Topklinische GGz, z.d.). Elke TOPGGz instelling wordt beoordeeld door een onafhankelijke visitatiecommissie.

Bij de groepsbehandeling van SAS zijn er twee vaste behandelaren betrokken die wekelijkse sessies aanbieden. Dit is een gezondheidzorg psycholoog (GZ-psycholoog) en een basispsycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog. Voor individuele behandeling kan er andere medewerkers van Pro Persona van verschillende functies, zoals klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en basispsycholoog, ingezet worden.

Per jaar zijn er ongeveer 25 patiënten die doorverwezen worden of zich aanmelden met SAS.

Het onderzoek heeft tot doel het verkrijgen van kennis en inzicht in de blijvende sociale angstklachten van de patiënten na het volgen van de groepsbehandeling. Hierbij worden de resultaten van de individuele behandelingen vergeleken met de resultaten van de groepsbehandeling. Ook wordt er door middel van literatuur gezocht naar mogelijke antwoorden waarom groepsbehandeling op de manier van Overwaal niet het gewenste effect geeft. Verder wordt er ook gekeken naar wat er dan wel nodig is om tot het gewenste resultaat te komen. Bijvoorbeeld door het huidige behandelprotocol te vergelijken met andere effectieve protocollen van SAS. Door dit onderzoek kan er mogelijk een aanbeveling worden geschreven voor effectieve behandeling van SAS bij Overwaal.

## Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

Dit hoofdstuk gaat dieper in op de stoornis SAS, er is literatuur geparafraseerd over het gebruik van het Hoffman en Otto protocol en andere behandelingen die er voor SAS zijn ontwikkeld. Verder wordt er beschreven hoe SAS in stand gehouden kan worden. Tot slot worden de opgestelde hypotheses geformuleerd.

### 2.1 Sociale angststoornis

Een sociale angststoornis wordt gekenmerkt door een uitgesproken of intense angst voor sociale situaties waarin een persoon vreest zich op een bepaalde manier te gedragen of dusdanig angstverschijnselen te vertonen, zoals blozen, trillen of zweten, dat anderen hierover negatief over zullen oordelen. En zoals eerder benoemd in hoofdstuk één is SAS een invaliderende stoornis die zonder behandeling een chronisch verloop heeft. (APA, 2014, geciteerd in Keijsers, Van Minnen, Verbraak, Hoogduin & Emmelkamp).

In de DSM-V kan de specificatie ‘alleen plankenkoorts’ toegevoegd worden aan de classificatie sociale angststoornis, voorheen in de DSM-IV was dit aangeduid met gegeneraliseerde angststoornis. Het volledige DSM-V overzicht van SAS is te vinden in bijlage 1 (APA, 2014).

In Nederland voldoet negen procent van de mensen boven de 18 jaar ooit in hun leven aan de criteria SAS. SAS komt vaker voor bij vrouwen (11%) dan bij mannen (8%) en ontstaat redelijk vroeg in het leven (De Graaf et al., 2010).

Bij vijftig procent van de mensen met SAS was het voor de leeftijd van 11 jaar aanwezig en tachtig procent van de mensen met SAS is het voor het twintigste levensjaar ontstaan.

SAS gaat vaak gepaard met comorbiditeit. Ongeveer twee derde van de mensen met SAS in Nederland heeft een comorbide psychische stoornis zoals een andere angststoornis, depressieve stoornis of middelengerelateerde stoornis. Ongeveer de helft heeft een persoonlijkheidsstoornis, waarbij vermijdende- en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis het meeste voorkomen (Keijsers et al., 2017) (Jansen, Arntz, Merckelbach & Mersch, 1994).

### 2.2. Psychologische behandeling voor sociale angststoornis

Er zijn verschillende therapieën ontwikkeld voor SAS. Volgens het multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen (2013) zijn cognitieve gedragstherapeutische interventies het meest effectief voor klachtenreductie van SAS. Ook laat een meta-analyse zien in het boek van Keijsers dat CGT het meest effectief is in vergelijking met de volgende behandelingen: psychologische placebo-behandeling, psychodynamische psychotherapie, interpersoonlijke psychotherapie, mindfulness en steunende behandeling (Keijsers et al., 2017).

Overwaal heeft het boek van Keijsers, Van Minnen en Hoogduin (2011) gebruikt als leidraad voor de behandeling van SAS. In dit boek wordt er beschreven dat groepsgewijze behandeling voor SAS gegeven kan worden volgens het Hoffman en Otto protocol (Hofmann & Otto, 2008).

Het Hofmann protocol bestaat uit psychoeducatie, presentaties die patiënten moeten uitvoeren voor de andere patiënten die deelnemen aan de groepsbehandeling, gedragsexperimenten en terugvalpreventie. Het is een veertien wekelijkse bijeenkomst en een sessie duurt 2,5 uur.

In dit protocol wordt er gebruik gemaakt van behandeltechnieken voor het vervormen van de cognitieve perceptie van de patiënt vanuit zijn of haar ‘zelf’ in sociale situaties en biedt dit model handvaten voor de patiënt om op een andere manier te reageren op de angst en de verschijnselen van angst op te heffen (Asghari et al., 2015).

Zoals eerder beschreven in hoofdstuk één is dit protocol volgens Asghari et al. (2015) een effectieve

CGT. Zij hebben een onderzoek gedaan naar de effectiviteit van dit protocol in een groepsbehandeling. Hieruit is gebleken dat er een afname was in de sociale angstklachten. Dit is een interessant resultaat voor dit onderzoek aangezien bij Overwaal de afname van sociale angstklachten waarschijnlijk niet verminderen na gebruik van het Hofmann en Otto protocol.

De voorheen besproken onderzoek van Asghari et al.(2015) kende wel wat beperkingen in hun onderzoek. Zo was er geen vergelijkingsmateriaal van andere onderzoeken die het Hofmann protocol als behandeling hebben gebruikt en het mist een follow-up na de behandeling. Hierdoor kan er niet worden nagegaan of de vermindering van klachten aanhield. Ook is er voor dit onderzoek alleen het onderzoek van Asghari en zijn collega's gevonden die heeft geschreven over het Hoffman en Otto protocol.

Er is gekeken naar wetenschappelijk literatuur waarbij er geschreven wordt over andere behandelingen die worden gebruikt voor SAS. De afgelopen jaren is de keuze voor groepstherapie fors toegenomen. De reden voor de toegenomen interesse voor groepstherapie ligt in de voordelen ten opzichte van individuele therapie, namelijk het creëren van een goede therapeutische omgeving voor sociaal leren en blootstellingen. Tevens maakt het mogelijk om meerdere patiënten tegelijkertijd te behandelen en binnen een groep is het ook mogelijk om anderen feedback te geven en het te ontvangen. (Holas, Suszek, Szaniawska & Kokoszka, 2014). Hieronder volgen de gevonden groepsbehandelingen voor SAS.

Een groepsbehandeling volgens het protocol van Antony en Swinson (2000); Heimberg en Becker (2002) is een effectieve groepsbehandeling volgens Nowakowski, Rowa, Antony & McCabe (2016). Dit is een twaalf wekelijkse sessie die bestaat uit psychoeducatie, cognitieve herstructurering, blootstelling aan gevreesde situaties, training in sociale vaardigheden en terugvalpreventie. Deze bevinding is per toeval gevonden door de onderzoekers. Het onderzoek bestond uit een groep patiënten met paniek stoornis (PS) en SAS. Beide kregen zij dezelfde behandeling aangeboden. De interoceptieve behandeling waarbij eigenlijk verwacht werd dat er alleen een afname zal zijn bij de patiënten met PS liet ook een afname zien bij de patiënten met SAS. Hierdoor werd er ontdekt dat deze behandeling ook effectief is voor SAS.

Naast alleen CGT bestaat er ook mindfulness therapie in combinatie met CGT. Piet, Hougaard, Hecksher en Rosenberg (2010) concludeerden na een studie van deze combinatie, dat er geen toename was in de effectgrootte bij patiënten met SAS na het volgen van deze behandeling. Ook na een follow up van zes maanden bleef het effect hetzelfde.

Vyskocilova, Prasko, Novak en Pohlova (2010) ontdekten dat een intensieve groepsbehandeling van zes weken de SAS klachten bij patiënten niet meer actief waren. Deze intensieve behandeling bestaat uit psychoeducatie van angst, cognitieve herstructurering, communicatie training, rollenspellen, blootstellingstherapie, ontspanning, het begrijpen van cognitieve schema's en probleemoplossing. Deze behandeling is een stuk korter dan de eerder genoemde behandelingen. Het interessante aan deze bevinding is dat de hoeveelheid behandelingen niet uit maakt in tegenstelling tot de manier van behandeling.

Deze behandelingen op een rijtje te hebben gezet is er vergeleken met de behandeling van Overwaal. Hierbij is er ontdekt dat er enkele vergelijkingen zijn in het aanbieden van psychoeducatie, vervormen van cognitieve perceptie, gedragsexperimenten en terugvalpreventie. Maar ook zijn er verschillen ontdekt, zoals in het onderzoek van Antony et al. (2000) hebben zij in hun behandeling sociale vaardigheden toegevoegd en deze behandeling heeft geleid tot een afname van klachten. Zo ook bij het onderzoek van Vyskocilova et al. (2010) zorgde de behandeling in afname van klachten. Deze behandeling was korter, namelijk zes weken en naast de oefeningen wat er ook in de behandeling van Overwaal zit, zit er bij deze onderzoekers nog communicatietraining, rollenspellen en ontspanning in de behandeling.

Een andere opvallende ontdekking is dat bij Piet et al. de patiënten geen afname in SAS klachten ervoeren na het volgen van de behandeling. Deze behandeling leek op meerdere gebieden op die van Overwaal alleen had deze behandeling een combinatie met een mindfulness-training.

Door deze bevindingen is het waarschijnlijk dat afname in SAS klachten mede komt door er een training in sociale vaardigheden of communicatie.

Ondanks dat er toename is in groepsbehandeling en er na literatuurstudie onderzoeken zijn gevonden van effectieve groepsbehandelingen, concluderen studies dat individuele behandeling effectiever is dan groepsbehandeling.

Er is onderzoek gedaan naar effectieve individuele behandelingen zodat deze verder in dit onderzoek met de groepsbehandeling van Overwaal vergeleken kan worden.

Mörtberg en Andersson (2014) zijn onder andere twee van de onderzoekers die in hun studie concluderen dat individuele behandeling effectiever is dan groepsbehandeling. 66% van de SAS patiënten zijn klachtenvrij door de individuele behandeling te volgen die gebaseerd is op het Clark en Wells protocol. Dit protocol bestaat uit tegengaan van het handhaven van veiligheidsgedrag, zelfgerichte aandacht en negatieve overtuigingen.

Volgens Lipsitz, Gur, Vermes, Petkova, Cheng, Miller et al. (2008) is CGT (zowel groeps- en individuele behandeling) een effectieve behandeling maar is het niet overtuigend genoeg om andere zorgverleners te overtuigen om dit te gebruiken voor hun patiënten. Dit komt volgens hen doordat de helft van de patiënten met SAS niet positief reageert op CGT. Lipsitz en zijn collega's onderzochten of interpersoonlijke therapie (IPT) een positief effect heeft op patiënten met SAS-klachten. IPT is eerst ontwikkeld voor depressie, later voor eetstoornissen en heeft werkzaamheid aangetoond in talrijke onderzoeken (voor een overzicht zie De Mello et al., 2005).

IPT probeert de klachten te verminderen door te richten op interpersoonlijke problemen. Lipsitz en zijn collega's hebben de IPT aangepast voor SAS en hebben deze getest op negen SAS-patiënten. Zeven van de negen patiënten hadden een vermindering in klachten. Uit deze bevindingen hebben zij deze IPT-sessies toegepast op zeventig SAS-patiënten met als controle groep een ondersteunende therapie zoals psychotherapie. Uit deze studie kwam zowel een positief effect uit de IPT als ook uit de controle groep. Beide hadden zij een afname in klachten van SAS. Echter, er werd geen verschil gezien tussen de controlegroep en de IPT groep. Wel was de afname van klachten lager dan dat van patiënten uit de controle groep.

Als deze bevindingen naast de behandeling van Overwaal wordt gelegd overlapt het Clark en Wells protocol met de behandeling, namelijk het tegengaan van veiligheidsgedrag, negatieve overtuigingen en zelfgerichte aandacht. Hierbij is het opvallend dat het Clark en Wells protocol wel effect heeft en de behandeling van Overwaal niet. Dit is een interessant onderwerp om mee te nemen in het onderzoek om na te gaan of individuele behandeling tot gemiddeld meer afname leidt in sociale angst klachten dan behandeling in een groep.

Uit literatuur onderzoek is er gebleken dat er beperkt aantal wetenschappelijke artikelen te vinden zijn over individuele behandelingen voor SAS en de effectiviteit daarvan. Hierdoor is er een kans dat groepsbehandeling tot meer afname kan leiden dan individuele behandeling. Voor deze studie is het van belang om de individuele behandeling van Overwaal te vergelijken met die van de groepsbehandeling om er uitspraken over te kunnen doen.

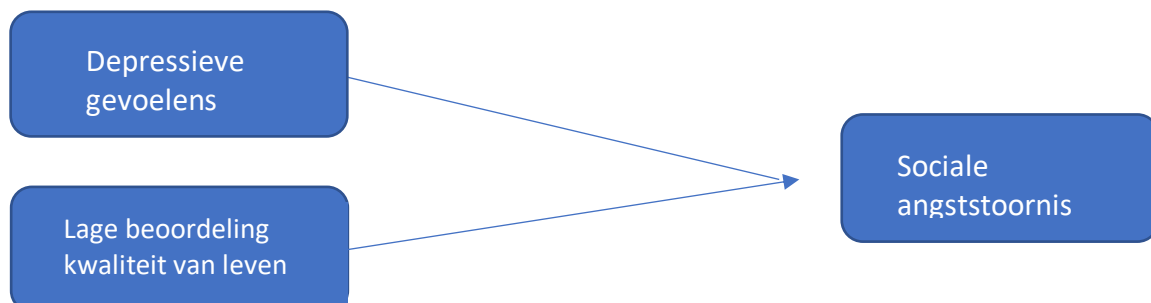
Nu er een helder beeld is ontstaan van behandelingen, inclusief het Hoffman en Otto protocol, die tot afname zorgen in sociale angstklachten, is er gezocht naar andere factoren wat angst in stand kan houden.

Onderzoek heeft aangetoond dat het aantal angsten verband houdt met de kwaliteit van leven (Acaturk, de Graaf, van Straten, ten Have & Cuijpers, 2008). Hoe meer sociale angsten een persoon heeft, hoe slechter de kwaliteit van leven.

In 1996 was er nog geen gepubliceerd artikel over de kwaliteit van leven van een SAS patiënt. Daar hebben Safren, Heimberg, Brown en Holle (1996) verandering in gebracht door een studie te starten over de impact van sociale fobie op iemands zelf waargenomen kwaliteit van leven. Uit deze studie is geconcludeerd dat mensen met SAS hun kwaliteit van leven slecht beoordelen.

De kwaliteit van leven werd geassocieerd met verschillende mate van ernst van sociale angst, functionele beperkingen en depressie. Tijdens deze studie is er een CGT behandeling toegepast van Heimberg (1995), een oudere versie van het protocol wat eerder beschreven staat in dit hoofdstuk. Na het volgen van deze behandeling zijn de levenskwaliteitsscores significant verbeterd in vergelijking met voor de behandeling.

Verder moet er rekening gehouden worden met de stemming van de patiënt, de studie van Tore en Tore (2009) heeft aangetoond dat vermijdend gedrag en vermindering van gevoel van eigenwaarde, kan bijdragen aan depressie. Eerder in dit hoofdstuk beschreven gaat SAS vaak gepaard gaat met andere stoornissen waaronder depressie. Hierbij is het mogelijk dat de depressieve gevoelens van de patiënten van Overwaal de reden zijn van de het aanhouden van sociale angst klachten. Dit is van belang om in dit onderzoek mee te nemen om na te gaan of de stemming en de kwaliteit van leven van invloed zijn op de behandeling van Overwaal. Hieronder in figuur 1 een visuele weergave van de oorzaak-gevolg relatie.



Figuur 1: *Conceptueel model oorzaak-gevolg relatie.*

Naar aanleiding van de bovengenoemde wetenschappelijke onderbouwing zullen de volgende hypothesen getoetst worden in dit onderzoek:

Hypothese 1: Er is geen afname te zien op de symptomen van sociale angst bij de groepsbehandeling.

Hypothese 2: Er is sprake van een positief effect op de afname van de symptomen van sociale angst bij de individuele behandeling.

Hypothese 3: Er is sprake van een verschil in klachtenreductie bij individuele behandeling in vergelijking met groepsbehandeling.

Hypothese 4: Er is sprake van geen verbetering in kwaliteit van leven na het volgen van de groepsbehandeling.

Hypothese 5: Er is sprake van geen verbetering in kwaliteit van leven na het volgen van de individuele behandeling.

Hypothese 6: Er is sprake van geen verbeterde stemming na het volgen van de groepsbehandeling.

## Hoofdstuk 3 – Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt besproken welke methode is toegepast om na te gaan in hoeverre het behandelingseffect is van de groepsbehandeling. Er wordt dieper ingegaan op de doelgroep, de meetinstrumenten en de procedure. Aansluitend wordt de wijze van analyseren beschreven per deelvraag en hypothese.

### 3.1. Onderzoeksdesign

Door middel van deze studie wordt er onderzocht wat de reden is waarom patiënten van Overwaal na de behandeling nog met sociale angstklachten kampen. Om dit te onderzoeken is er gekozen voor kwantitatieve onderzoeksmethode omdat er gewerkt wordt met gestructureerde vragenlijsten.

Er wordt er getoetst of er een afname te zien is in angstklachten bij de Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) vragenlijst. Naast de LSAS worden er ROM vragenlijsten afgenomen bij de patiënten om de mate van somberheid in kaart te brengen en de kwaliteit van leven te meten. Dit zijn de Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR) en de EuroQol 5D (EQ-5D).

Hierbij is gekozen voor een vergelijkend onderzoek waarbij de resultaten op de voor- en nametingen van een groep wordt vergeleken.

Literatuur die tijdens dit onderzoek wordt verzameld kan op meerdere gradaties plaatsvinden.

De gradatie die voor dit onderzoek wordt gebruikt is secundaire literatuur, gezien er voor een deel gebruikt wordt gemaakt van bestaande data en er informatie uit wetenschappelijke artikelen worden gebruikt.

Er worden gegevens verzameld die reeds beschikbaar zijn en het onderzoek bevat geen nieuw onderwerp, maar literatuur over al eerder behandelde onderwerpen die door andere auteurs gerapporteerd worden.

### 3.2. Onderzoeksdoelgroep

De onderzoekseenheden zijn patiënten van Pro Persona Overwaal die een behandeling voor SAS volgen. Dit is zowel groepsbehandelingen en individuele behandelingen. De keuze om beide behandelingen in dit onderzoek mee te nemen heeft te maken met de vraag van Overwaal of individuele behandeling misschien een betere behandeling is dan groepsbehandeling.

Het aantal respondenten is 48 voor de groepsbehandeling en 48 voor individuele behandeling.

De respondenten zijn al benaderd door middel van het volgen van de sociale fobie groep en het volgen van de individuele behandeling.

### 3.3. Onderzoekinstrumenten

#### *LSAS*

De LSAS is het eerste evaluatie instrument dat werd ontwikkeld voor het screenen op de tekenen en symptomen van SAS (Santos, Loureiro, Crippa en Osório, 2015). Dit instrument bestaande uit 24 items meet de symptomen van angst en het vermijden van sociale situaties die de persoon de week voorafgaand ervoer. De score wordt verkregen via een Likert-schaal van 0 tot en met 3 (geen tot heel erg). De LSAS heeft een uitstekende interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid, convergente en discriminante validiteit en is gevoelig voor behandeling (Heimberg, Horner, Juster, Safren, Brown & Schneier, 1999). De resultaten uit dit instrument worden gebruikt om te kijken in hoeverre de klachten na de behandeling zijn afgenomen in vergelijking met de voormeting.

### *IDS-SR*

De IDS-SR is ontworpen om depressies te meten en is tevens gevoelig om verbetering in de stemming te meten (Meesters, Duijzen en Nolen, 2016).

Dit instrument, bestaande uit dertig items, meet negen symptoomdomeinen van een depressie.

De algemene factor (ernst van depressie) van de IDS-SR is sterk genoeg zodat de aanwezigheid van eventuele kleinere factoren geen invloed heeft op de meting van depressie en heeft een goede interne consistentie ( $\alpha = .94$ ) (Meesters et al., 2016).

De resultaten van dit instrument worden gebruikt om te kijken wat de stemming is van de patiënt na de behandeling in vergelijking met de voormeting.

### *EQ-5D*

De EQ-5D is ontworpen om vijf gezondheidsniveaus te meten (Horbach, Koomen, Mathijssen & Joeris, 2010). Het bestaat uit 14 items die beantwoord kunnen worden via een Likert-schaal van 0 tot en met 3. Op het eind moet de patiënt aangeven hoe de patiënt zijn of haar gezondheidstoestand op een schaal van 0 tot 100 ervaart, dit is de EQ-5D-VAS. EQ-5D is betrouwbaar en de constructvaliditeit is laag (Sonntag, König & Konnopka, 2013). De convergente validiteit is zeer sterk ( $r_s = .90-.99$ ). (Janssen, Birnie, Haagsma & Bonsel, 2008).

De resultaten worden gebruikt om in te zien in hoeverre de patiënt zijn kwaliteit van leven ervaart, hiervoor wordt alleen de EQ-5D-VAS gebruikt. Dit instrument heeft vijf schalen waaronder angst/depressie waarvan de resultaten meegenomen worden in dit onderzoek.

## 3.4. Procedure

Voordat de patiënt deel kan nemen aan de behandeling, is er bij de patiënt tijdens het intakegesprek de hoofddiagnose sociale angststoornis gesteld. Daarna wordt er bij start van de behandeling wordt er tijdens het behandelgesprek bepaald welke behandeling de patiënt gaat volgen. Dit kan zowel de groepsbehandeling zijn als de individuele behandeling. Dit wordt bepaald door comorbide problemen die de groepsbehandeling kunnen belemmeren of sterke voorkeur van de patiënt om de individuele behandeling te volgen.

Bij Overwaal wordt er op de dag van het behandelgesprek voor beide behandelingen gevraagd om de vragenlijsten in te vullen voor de eerste sessie die zij ontvangen. Deze vragenlijsten krijgen zij via de mail opgestuurd. De tussenmeting en nameting worden ook per mail verstuurd.

Tijdens deze metingen wordt er de LSAS en de twee ROM vragenlijsten ingevuld (IDS-SR en EQ-5D) die in het programma NetQrom staan. De patiënten krijgen een link van NetQrom per mail gestuurd en kunnen de vragenlijsten invullen.

## 3.5. Statistische analyses

De gegevens van de bovengenoemde vragenlijsten worden verwerkt en geanalyseerd met behulp van het programma Statical Package for the Social Sciences (SPSS). De uitkomsten van de vershilanalyses van de angstklachten en de kwaliteit van leven moet een beeld geven of er sprake is van behandel effect na het volgen van de groepsbehandeling en de individuele behandeling. Er is gebruik gemaakt van de independent samples t-test omdat er twee groepen op met elkaar vergeleken worden. De LSAS wordt gebruikt om deelvraag 1, 2 en 3 mee te beantwoorden. De EQ-5D wordt gebruikt om deelvraag 4 en 5 te beantwoorden en IDS-SR wordt gebruikt om deelvraag 6 te beantwoorden.

Bij alle deelvragen wordt er gezocht naar een verschil tussen de voor- en nameting. De tussenmeting is weg gelaten bij de analyses vanwege matige respons.

### 3.5.1. Analyses

Gezien er herhaaldijk dezelfde groep mensen worden gemeten en deze scores vergeleken worden, wordt er gebruik gemaakt van de independent samples t-test en de Mann-Whitney Test. Deelvraag 1, 2, 4, 5 en 6 worden beantwoord door middel van het gebruik van t-test omdat de voor- en nameting worden vergeleken. Deelvraag 3 wordt beantwoord door middel van de Mann-Whitney Test om de vergelijking tussen de individuele- en groepsbehandeling te vergelijken.

### 3.5.2. Deelvragen

#### Deelvragen 1, 2 en 3

Deelvraag één in hoeverre is er een afname in sociale angst van de groepsbehandeling?, deelvraag twee in hoeverre is er een afname in sociale angst van de individuele behandeling? en deelvraag drie is er sprake van een verschil in klachtenreductie tussen individuele behandeling in vergelijking met groepsbehandeling worden getoetst door middel van de resultaten op de LSAS. De mate van ernst is opgedeeld in normaal (0-55), matige sociale fobie (55-65), duidelijke sociale fobie (65-80), ernstige sociale fobie (80-95) en zeer ernstige sociale fobie (hoger dan 95).

De hypothese er is geen afname te zien op de symptomen van sociale angst bij de groepsbehandeling wordt aangenomen bij geen significante afname in sociale angst klachten op patiënten die groepsbehandeling hebben gevolgd op de nameting in vergelijking met de voormeting.

De hypothesen er is sprake van een positief effect op de afname van de symptomen van sociale angst bij de individuele behandeling wordt aangenomen wanneer er een significante afname is bij de patiënten die individuele behandeling hebben gevolgd.

De hypothese er is sprake van een verschil in klachtenreductie bij individuele behandeling in vergelijking met groepsbehandeling wordt aangenomen wanneer er een significante afname is bij de patiënten die individuele behandeling hebben gevolgd.

#### Deelvraag 4 en 5

Deelvraag vier in hoeverre is er een verbetering in het kwaliteit van leven na het volgen van de groepsbehandeling? en deelvraag 5 in hoeverre is er een verbetering in het kwaliteit van leven na het volgen van de individuele behandeling wordt getoetst door middel van resultaten van de EQ-5D. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de VAS-schaal die voor een goede kwaliteit van leven staat. Op de thermometer kan de patiënt aangeven hoe zijn kwaliteit van leven op dit moment ervaart op een schaal van 0 tot en met 100. Voor de EQ-5D-VAS geldt, hoe hoger de score hoe beter de kwaliteit van leven.

De hypothese er is sprake van geen verbetering in kwaliteit van leven na het volgen van de groepsbehandeling wordt aangenomen als er op de nameting geen significant verschil is in vergelijking met de voormeting.

De hypothese er is sprake van geen verbetering in kwaliteit van leven na het volgen van de individuele behandeling wordt aangenomen als er op de nameting geen significant verschil is in vergelijking met de voormeting.

#### Deelvraag 6

Deelvraag zes in hoeverre is er een verbetering in de stemming na het volgen van de groepsbehandeling? wordt getoetst met de IDS-SR.

De mate van ernst van depressie kan worden opgedeeld in normaal tot niet depressief (0-13), mogelijk tot licht depressief (14-21), matig depressief (22-30), ernstig depressief (31-38) en zeer ernstig depressief (>39).

De hypothese er is sprake van geen verbeterde stemming na het volgen van de groepsbehandeling wordt aangenomen als er op de nameting van de groepsbehandeling geen significant verschil is in vergelijking met de voormeting.

## Hoofdstuk 4 – Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven. Er wordt een beschrijving gemaakt over de uitvoering van het onderzoek, de respons van de metingen in het onderzoek en daarna de resultaten van de respondenten geanalyseerd op grond van de zes deelvragen die eerder opgesteld zijn in hoofdstuk twee.

### 4.1. Uitvoering en respons

De resultaten zijn door middel van SPSS software programma op papier gekomen.

De participanten van de groepsbehandeling (n=48) is 56.8 % vrouw. De gemiddelde SAS totaalscore van de voormeting was 81.60 (SD = 29.45). Hiervan waren acht participanten gediagnosticeerd zonder sas, zes participanten met matige sas, negen participanten met duidelijke sas, elf participanten met ernstige sas en vijftien participanten met zeer ernstige sas.

De deelvragen 1 t/m 3 is geanalyseerd door middel van de independent samples t-test.

### 4.2. Resultaten

#### 4.2.1 deelvraag 1, 2 en 3

In hoeverre is er afname in sociale angst bij de groepsbehandeling en de individuele behandeling en is er een verschil in klachtenreductie tussen deze twee behandelingen?

**Tabel 1: Gemiddelde scores sociale angst klachten op voor- en nameting**

|                                                | N  | Voormeting    | Nameting      | Afname | %     | P    |
|------------------------------------------------|----|---------------|---------------|--------|-------|------|
|                                                |    | M (SD)        | M (SD)        | M      |       |      |
| <i>Groepsbehandeling LSAS totaalscore</i>      | 48 | 81.60 (29.45) | 57.55 (30.54) | 24.05  | 29.47 | .000 |
| <i>mate van ernst</i>                          |    | Ernstig       | matig         |        |       |      |
| <i>Individuele behandeling SAS totaalscore</i> | 48 | 72.43 (33.35) | 48.13 (31.25) | 24.3   | 33.55 | .000 |
| <i>Mate van ernst</i>                          |    | Duidelijk     | Normaal       | -      |       |      |
| <i>Vershil beide behandelingen</i>             |    |               |               | 0.25   |       | .210 |

Noot. **LSAS**: meetinstrument voor sociale angstklachten. **M**: gemiddelde score. **SD**: spreidingsmaat. **Afname**: afname tussen gemiddelde score voor- en nameting. **%**: percentage afname. **P**: mate van significant verschil tussen voor- en nameting.

#### 4.2.1.1. Kwaliteit van gegevens

De Cronbach's alpha van de LSAS totaalscore in de groepsbehandeling ( $\alpha = 0.97$ ) voldeed eveneens als de Cronbach's alpha van de SAS totaalscore in de individuele behandeling ( $\alpha = 0.97$ ). Het was niet nodig om een vraag weg te laten om de Cronbach's alpha te laten toenemen vanwege de hoge samenhang.

#### 4.2.1.2. Resultaten

De resultaten van de groepsbehandeling die uit tabel 1 te lezen zijn, tonen aan dat de sociale angst klachten van de participanten van ernstig (80-95) naar matig (55-65) zijn gedaald. Er is een significant verschil tussen de voormeting en nameting van de totaal score en de Cohens d (d-waarde) is 0.80, dit betekend dat er een groot effect is.

Van de individuele behandeling toont tabel 1 dat er een significant verschil te zien is tussen de voormeting en de nameting van de totaalscore, namelijk de sociale angstklachten van de participanten zijn van duidelijk (65-80) naar normaal (0-55) gedaald. Deze resultaten hebben een d-waarde van 0.75 en dit betekend dat het een groot effect is.

Hiermee wordt de vraag in hoeverre is er een afname in sociale angst bij de groepsbehandeling beantwoordt met: de sociale angstklachten in vergelijking met de voormeting en nameting zijn met 24.05 punten afgenomen.

De vraag in hoeverre is er een afname in sociale angst bij de individuele behandeling wordt beantwoordt met: de sociale angstklachten in vergelijking met de voormeting en nameting zijn met 24.3 punten afgenomen.

De laatste vraag is er sprake van een verschil in klachtenreductie tussen individuele behandeling in vergelijking met groepsbehandeling kan worden beantwoordt met: nee, er is geen sprake van een verschil in klachtenreductie tussen de individuele behandeling in vergelijking met de groepsbehandeling omdat deze niet significant is.

#### 4.2.2 deelvraag 4 en 5

In hoeverre is er een verbetering in het kwaliteit van leven na het volgen van de groepsbehandeling en in hoeverre is er een verbetering in het kwaliteit van leven na het volgen van de individuele behandeling?

**Tabel 2: Gemiddelde scores kwaliteit van leven op voor- en nameting**

|                                                      | N  | Voormeting    | Nameting      | Vershil | %     | P    |
|------------------------------------------------------|----|---------------|---------------|---------|-------|------|
|                                                      |    | M (SD)        | M (SD)        | M       |       |      |
| <i>Groepsbehandeling EQ-5D-VAS totaalscore</i>       | 48 | 57.98 (19.7)  | 63.73 (19.37) | 5.75    | 9.92  | .084 |
| <i>Individuele behandeling EQ-5D-VAS totaalscore</i> | 48 | 59.48 (20.36) | 66.37 (19.93) | 6.89    | 11.58 | .068 |

Noot. **EQ-5D**: meetinstrument voor kwaliteit van leven. **M**: gemiddelde score. **SD**: spreidingsmaat. **Vershil**: verschil tussen gemiddelde score voor- en nameting. **%**: percentage afname. **P**: mate van significant verschil tussen voor- en nameting.

#### 4.2.2.1 Resultaten

Er is een geen significant verschil te zien tussen de voor- en nameting van beide behandelingen op de EQ-5D-VAS.

Uit tabel 2 is te zien dat de kwaliteit van leven bij de groepsbehandeling bij de nameting 5.75 punten hoger wordt ingeschat dan in vergelijking met de voormeting. De d-waarde is 0.29, dit betekend dat het een klein effect is.

Bij de individuele behandeling schatten participanten de kwaliteit van leven bij de nameting 6.89 punten hoger in dan in vergelijking met de voormeting. De d-waarde van de individuele behandeling is 0.34, dit betekend dat er een klein effect is.

De vraag in hoeverre is er een verbetering in het kwaliteit van leven na het volgen van de groepsbehandeling kan beantwoordt worden met: de kwaliteit van leven bij de groepsbehandeling is met 5.75 punten toegenomen maar deze resultaten zijn niet significant.

De vraag in hoeverre is er een verbetering in het kwaliteit van leven na het volgen van de individuele behandeling kan beantwoordt worden met: de kwaliteit van leven bij de individuele behandeling is met 6.89 toegenomen maar deze resultaten zijn niet significant.

#### 4.2.3 deelvraag 6

In hoeverre is er een verbetering in de stemming na het volgen van de groepsbehandeling in vergelijking met de individuele behandeling?

**Tabel 3: Gemiddelde scores depressieve klachten op voor- en nameting**

|                                                       | N  | Voormeting    | Nameting      | afname | %     | P    |
|-------------------------------------------------------|----|---------------|---------------|--------|-------|------|
|                                                       |    | M (SD)        | M (SD)        | M (SD) |       |      |
| <i>Groepsbehandeling IDS-SR<br/>totaalscore</i>       | 45 | 33.63 (12.40) | 25.16 (13.8)  | 8.5    | 25.22 | .001 |
| <i>mate van ernst</i>                                 |    | Ernstig       | Matig         |        |       |      |
| <i>Individuele behandeling<br/>IDS-SR totaalscore</i> | 45 | 33.78 (15.96) | 26.37 (18.71) | 7.41   | 21.94 | .001 |
| <i>mate van ernst</i>                                 |    | Ernstig       | Matig         |        |       |      |

Noot. **IDS-SR**: meetinstrument voor mate van depressie. **M**: gemiddelde score. **SD**: spreidingsmaat. **Afname**: afname tussen gemiddelde score voor- en nameting. **%**: percentage afname. **P**: mate van significant verschil tussen voor- en nameting.

#### 4.2.3.1 Resultaten

Uit tabel 3 is te zien dat er bij de groepsbehandeling de depressieve gevoelens van de participanten van ernstig (31-38) naar matig (22-30) zijn gedaald. De d-waarde is 0.65, dit betekend dat het een gemiddelde effect is.

Er is een significant verschil tussen de voor- en nameting bij beide behandelingen van de IDS-SR.

Bij de individuele behandeling zijn de depressieve gevoelens van de participanten ook van ernstig (31-38) naar matig gedaald (22-30). D d-waarde is 0.43.

De vraag in hoeverre is er een verbetering in de stemming na het volgen van de groepsbehandeling in vergelijking met de individuele behandeling? kan beantwoordt worden met: bij de groepsbehandeling is er een afname te zien van 8.5 punt in depressieve stemming. Bij de individuele behandeling is dat 7.41. Dit maakt een verschil van 1.9 tussen de groepsbehandeling en de individuele behandeling.

## Hoofdstuk 5 – conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt op basis van de onderzoeksresultaten conclusies geschreven en worden de hypothesen verworpen of aangenomen. Ook wordt hier de hoofdvraag beantwoordt. Als slot worden er aanbevelingen gedaan voor de opdrachtgever.

### 5.1. Conclusies

In dit onderzoek is de vraag wat is de oorzaak van de aanhoudende sociale angstklachten na het volgen van de groepsbehandeling en hoe zou deze verbeterd kunnen worden onderzocht. Er is gebruik gemaakt van kwantitatief onderzoek naar sociale angstklachten, depressieve klachten en de kwaliteit van leven.

#### 5.1.1. Deelvraag 1, 2 en 3

Uit de resultaten is er naar voren gekomen dat participanten bij de groepsbehandeling na het volgen van de behandeling minder sociale angstklachten ervaren dan voor de behandeling. De participanten die de individuele behandeling hebben gevolgd, kwam op dit zelfde resultaat. De individuele behandeling heeft gezorgd voor het verdwijnen van sociale angstklachten bij de participanten. Hier moet wel rekening gehouden worden met het feit dat participanten die individuele behandeling hebben gevolgd, met mindere mate sociale angst symptomen ervoeren voor de behandeling dan de participanten van de groepsbehandeling.

In vergelijking met de groepsbehandeling is het verschil niet significant en kan er niet gesproken worden van een verschil tussen deze behandelingen.

Hieruit kan opgemaakt worden dat beide behandelingen dus wel zorgen voor een afname in klachten, maar dat in vergelijking geen uitspraken kunnen gedaan worden in welke behandeling leidt tot effectievere behandeling.

Uit deze conclusie kan de hypothese er is geen effect in afname op de symptomen van sociale angst bij de groepsbehandeling worden verworpen.

De hypothesen er is sprake van een positief effect op de afname van de symptomen van sociale angst bij de individuele behandeling kan worden aangenomen.

De hypothese er is sprake van een verschil in klachtenreductie bij individuele behandeling in vergelijking met groepsbehandeling kan worden verworpen.

#### 5.1.2. Deelvraag 4 en 5

Uit de resultaten van de kwaliteit van leven van de participanten is er bij de groepsbehandeling en bij de individuele behandeling in cijfers een toename te zien. Maar bij beide groepen zijn deze resultaten niet significant en kan er geen uitspraak worden gedaan over hoe effectief de behandeling is geweest op de kwaliteit van leven. Hierdoor kunnen de opgestelde hypothesen niet beantwoordt worden met aangenomen of verworpen. Het gaat om de volgende hypothesen:

De hypothese er is sprake van geen verbetering in kwaliteit van leven na het volgen van de groepsbehandeling.

De hypothese er is sprake van geen verbetering in kwaliteit van leven na het volgen van de individuele behandeling.

### 5.1.3. Deelvraag 6

Bij de laatste deelvraag is er gekeken of de depressieve gevoelens van de participanten van de groepsbehandeling en de individuele behandeling zijn afgenomen na het volgen van de behandeling. Gemiddeld namen de klachten af van de participanten in de groepsbehandeling van ernstig naar matig. De depressieve gevoelens van de participanten van de individuele behandeling zijn ook afgenomen na het volgen van de behandeling.

Hieruit kan opgemaakt worden dat beide behandelingen zorgen voor een afname in depressieve gevoelens maar niet leidt tot het volledig verdwijnen van een sombere stemming.

De hypothese er is sprake van geen verbeterde stemming na het volgen van de groepsbehandeling kan hiermee verworpen worden.

## 5.2. Discussie

Voor dit onderzoek zijn er drie verschillende klinische vragenlijsten gebruikt om de symptomen van sociale angstklachten van de participanten in kaart te brengen. Deze vragenlijsten zijn ingevuld door participanten die de behandeling hebben gevolgd tussen de periode van 2011 tot en met 2017. Hiervan hebben 48 participanten van de groepsbehandeling de vragenlijsten ingevuld bij zowel de voormeting als nameting. Hiervan is er bij de individuele behandeling een steekproef gedaan van 48 participanten die de voormeting en nameting hebben ingevuld. Op basis hiervan kan gesteld worden dat de samenhang van de resultaten van de instrumenten te vergelijken zijn met de andere resultaten. Uit de antwoorden van de klinische vragenlijst de LSAS is er een significante afname te zien is bij beide behandelingen voor patiënten met sociale angstklachten. Echter, deze beide behandelingen hebben geen significant verschil van elkaar. Door deze resultaten, is dit niet in overeenstemming met de verwachting dat de groepsbehandeling geen afname zal hebben en dat individuele behandeling effectiever zal zijn.

Een mogelijk verklaring voor dit resultaat biedt het onderzoek van Asghari et al. (2015) dat concludeert dat een behandeling gebaseerd op het Hofmann en Otto protocol leidt tot afname in sociale angstklachten. Deze resultaten komen overeen met data verkregen uit dit onderzoek. Aan dit resultaat ligt mogelijk ook ten grondslag dat ondanks andere behandelingen die eerder in hoofdstuk twee zijn besproken effectiever is dan groepsbehandeling van Overwaal, het protocol van Hofmann en Otto werkt met videofeedback. Videofeedback is effectiever in het corrigeren van indrukken over jezelf (Clark, 2001).

De belangrijkste bevinding is dat de behandeling van Overwaal wel leidt tot afname van klachten in sociale angst, maar hoe kan het dat het niet leidt tot volledig verdwijnen van deze klachten?

Een mogelijke verklaring voor deze vraag kan uit de tabel 3 gehaald worden die het verloop van depressie van de participanten laat zien. Tabel 3 laat zien dat participanten die de groepsbehandeling hebben gevolgd, nog in een matige vorm last ervaart van depressieve gevoelens. Door deze bevinding kan het mogelijk er voor zorgen dat de angstklachten in stand blijven. Zoals eerder beschreven in hoofdstuk twee leidt depressie tot het aanhouden van vermijdend gedrag en vermindering van gevoel van eigenwaarde (Tore en Tore, 2009). Dit kan mogelijk ervoor zorgen dat de behandeling niet leidt tot het volledig verdwijnen van de angstklachten.

Uit tabel twee is er te zien dat de kwaliteit van leven bij de nameting geen significant verschil heeft ten opzichte van de voormeting. Dit kan betekenen dat de kwaliteit van leven niet is toegenomen na het volgen van de behandeling. Acaturk et al. (2008) hebben aangetoond in hun studie dat angsten verband houdt met de kwaliteit van leven en dit kan er mogelijk voor zorgen dat de behandeling niet tot de gewenste uitkomsten heeft geleid.

### 5.3. Beperkingen

De beperkingen waarmee rekening gehouden moet worden is de grootte van de populatie bij de groepsbehandeling. Bij de groepsbehandeling waren er 60 respondenten, waarvan 48 met een ingevulde voor- en eindmeting.

Bij de individuele behandeling is er een schatting gemaakt van 1000 respondenten. Om een idee te krijgen van deze schatting is er van uitgegaan dat een respondent gemiddeld drie metingen heeft ingevuld. De metingen wat de gehele behandeling ingevuld moet worden zijn de voor-, tussen- eind- en follow-up metingen. Er zijn 3000 ingevulde metingen ontvangen. Dit kan betekenen dat er van die 3000 respondenten ongeveer 1000 patiënten een behandeling hebben gevolgd. Van die respondenten is er gekeken welke respondenten er een voor- en nameting hebben ingevuld en uit deze respondenten is er een steekproef getrokken van 48 respondenten. Door middel van een steekproefgrootte berekening die berekend is door de website van Checkmarket, is er voor een populatie van 48 respondenten, 240 deelnemers nodig om tot relevante resultaten te komen.

Ook moet er rekening gehouden worden met het feit dat patiënten die de individuele behandeling hebben gevolgd minder sociale angst symptomen ervoeren. Deze patiënten hadden voor de behandeling een duidelijke sociale angststoornis (zie tabel 1). De patiënten die de groepsbehandeling hebben gevolgd hadden voor de behandeling gemiddeld een ernstige vorm van sociale angst. Hierdoor maakt de vergelijking met elkaar minder betrouwbaar.

### 5.4. Aanbevelingen

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de groepsbehandeling wel voor een afname zorgt in sociale angstklachten maar niet leidt tot het verdwijnen van de stoornis.

Wel is dit te zien bij de patiënten bij de individuele behandeling maar hier is de stoornis van de patiënten voor de behandeling geen ernstige sociale angst stoornis maar een duidelijke sociale angststoornis.

Patiënten met ernstige depressie of een lage kwaliteit van leven lopen het grootste risico om ten einde van de behandeling niet vrij te zijn van de stoornis.

Aanbeveling voor Overwaal is om specifiek aandacht te schenken aan depressie en kwaliteit van leven van de patiënten. Dit kan in de vorm zijn van een positief dagboek bij houden. Een positief dagboek kan een boost geven aan je zelfvertrouwen en geluk, schrijft auteur Milou Slenders op haar website van gznd enzo (Slenders, 2017). Of een andere mogelijkheid is aandacht te schenken aan de zelfcompassie van de patiënt.

Verder kan er worden aanbevolen om het nieuwe boek van Keijsers et al. (2017) ‘protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten’ te gebruiken als leidraad voor de behandeling. Het protocol van Hofmann en Otto (2008) en het model van Clark en Wells (1995) zijn in dit boek samengevoegd voor het behandelen van sociale angst. Eerder is er beschreven in hoofdstuk twee dat het model van Clark en Wells een effectieve behandeling is voor sociale angst. Deze behandeling werd in een studie van Mortberg en Andersson (2014) aangeboden als individuele behandeling, maar was er veel overlap te zien in die van de groepsbehandeling van Overwaal. Ook kan er met deze combinatie meerdere patiënten tegelijkertijd worden bereikt dan in een individuele behandeling. Deze samenwerking van modellen kan zorgen voor een verbeterd behandeltraject voor SAS patiënten bij Overwaal.

## Literatuur

- Acatürk, C., Graaf, de R., Straten, van A., Have, ten M., & Cuijpers, P. (2008). *Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking*: A population-based study. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. (1<sup>e</sup> ed.). Amsterdam: Boom
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Asghari, P., Mashadi, A., & Shamloo, Z.S. (2015). *Effect of group cognitive behavioral therapy based on Hofmann model on anxiety symptoms and brain behavioral systems in adults suffering from social anxiety disorder*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- Clark, D.M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier, & L. E. Alden (Eds), *Handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405–430). New York: Guilford Press
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. New York: Guilford press.
- Cognifit. (2018). Wat is Remming?. Geraadpleegd van <https://www.cognifit.com/nl/wetenschap/cognitieve-vaardigheden/remming>
- De Mello ,M.F., De Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., & Neugebauer ,R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry* 255:75–82.
- Graaf, de R., Have, ten M., Gool, van C., & Dorsselaer, van S. (2010). *Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=4&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=70330485&db=pbh>
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York, NY: Guilford Press.
- Heimberg, R.G., Homer, K.J., Juster, H.R., Safren, S.A., Brown, E.J., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (1999). *Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale*. Geraadpleegd op <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10077308>
- Heimberg, R.G., Juster, H.R., Hope, D.A., Mattia, J.I. (1995) *Cognitive- behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support*. In Stein M (ed): *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, pp. 293–321.
- Hofmann, S.G., & Otto, M.W. (2008) *Cognitive behavioral therapy of social anxiety disorder*. USA: Routledge.
- Holas, P., Suszek, H., Szaniawska, M., & Kokoszka, A. (2015). *Group Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders With Personality Disorders in Day Clinic Setting*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- Horbach, T., Koomen, K., Mathijssen R., & Joeris, S. (2010). EuroQol 5D (EQ-5D). *Uitgebreide toelichting van het meetinstrumenten*. Geraadpleegd van: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument9/9\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument9/9_1_N.pdf)

- Jansen, M. A., Arntz, A., Merckelbach, H., & Mersch, P. P. A. (1994). *Personality disorders and features in social phobia and panic disorder*. Journal of Abnormal Psychology, 103(2), 391-395.
- Janssen, M. F., Birnie, E., Haagsma, J. A., & Bonsel, G. J. (2008). Comparing the standard EQ-5D three-level system with a five-level version. Value in Health, 11(2), 275-284. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00230.x
- Joycrawford, K. *a captive of my own mind. the instigator of my own thoughts. the more i think, the worse it gets. the less i think, the worse it gets. breathe. just breathe. drift. it'll ease soon*. [Fotograaf]. Geraadpleegd van <https://katiejoycrawford.wordpress.com/2015/05/12/my-anxious-heart/>
- Keijsers, G.P.J., van Minnen, A., Verbraak, M.J.P.M., & Hoogduin, C.A.I. (2011). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom
- Keijsers, G.P.J., Minnen, van A., Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.I., & Emmelkamp, P.M.G (2017). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom
- Lipsitz, D., Gur, M., Vermes, D., Petlova, E., Cheng, J., Miller, N., Laino, J., Liebowitz, M.R., & Fyer, A.J. (2008). *A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- Meesters, Y., Duijzer, W.B., Nolen, W.A., Schroevers, R.A., & Ruhé, H.G (2016). Inventory of Depressive Symptomatology en verkorte versie in routine outcome monitoring van Stichting Benchmark GGZ. *Tijdschrift voor psychiatrie*. Geraadpleegd van: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/497/articles/10751>
- Molen, van der H., Perreijn, S., & Hout, van den M. (2010). *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie*. (2<sup>e</sup> ed.). Groningen.Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Mörtberg, E., & Andersson, G. (2014). *Predictors of response to individual and group cognitive behaviour therapy of social phobia*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- MDR Angststoornissen. (2013). *Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Geraadpleegd van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/cc5b0f4e-9398-452d-8792-1453a38bf0a8.pdf>
- Nowakowski, M.E., Rowa, K., Antony, M.M., & McCabe, R. (2016). *Changes in Anxiety Sensitivity Following Group Cognitive- Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, S., & Rosenberg, K. N. (2010). *A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- Safren, S.A,m Heimberg, R.G., Brown, E.J., & Holle, C. (1997). *Quality of life in social phobia*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=42&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- Santos, L.F., Loureiro, S.R., Crippa, J.A.S., & Osório, F.L. (2015). *Can the Liebowitz Social Anxiety Scale - Self- Report Version Be Used to Differentiate Clinical and Non-Clinical SAD Groups among Brazilians?* Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=45&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- Schulz, A., Stolz, T., & Berger, T. (2014). *Internet-based individually versus group guided self-help treatment for social anxiety disorder: protocol of a randomized controlled trial*. Geraadpleegd van Ebsco website:

- <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=2&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=95641710&db=aph>
- Slenders, M. (2017). Boost je zelfvertrouwen en geluk met een positief dagboek. Geraadpleegd van <http://gzndenzo.nl/boost-zelfvertrouwen-en-geluk-positief-dagboek/>
- Stichting top klinische GGz. (z.d.). Wat is TOPGGz?. Geraadpleegd van: <https://www.topggz.nl>
- Tore, A., & Tore, C. (2009). *The Effects of Depression and Stressful Life Events on the Development and Maintenance of Syndromal Social Anxiety: Sex and Age Differences*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>
- Volksgezondheid en zorg. (2011). *Angststoornissen in bevolkingsonderzoek NEMESIS*. [Brochure]. Geraadpleegd van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/angststoornissen/cijfers-context/huidige-situatie#bronverantwoording>
- Vyskocilova, J., Prasko, J., Novak, T., & Pohlova, L. (2010). *Is there any influence of personality disorder on the short term intensive group cognitive behavioral therapy of social phobia*. Geraadpleegd van Ebsco website: <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=3fc0ee56-46d0-4427-b8b3-32f2757c181e%40sessionmgr102>

## Bijlagen

### Bijlage 1: DSM sociale angststoornis

- 1 Er is sprake van een duidelijke en aanhoudende situatiegebonden angst voor afkeuring of vernedering door anderen, in situaties waarin de betrokkene iets moet presteren of sociaal moet functioneren.
- 2 Blootstelling aan de gevreesde situaties leidt tot angst, die de vorm kan aannemen van een paniekaanval.
- 3 De persoon ziet in dat de angst overdreven of onredelijk is.
- 4 De persoon vermijdt de gevreesde situaties of doorstaat ze met intense angst.
- 5 Het vermijdingsgedrag of de angst veroorzaakt duidelijk lijden of houdt een ernstige belemmering in van het dagelijks functioneren in persoonlijk, beroepsmatig of sociaal opzicht.
- 6 De klachten zijn niet het directe gevolg van middelengebruik of een somatische aandoening en kunnen niet worden toegeschreven aan een andere psychische stoornis.
- 7 Als de persoon jonger is dan 18 jaar, duren de klachten ten minste zes maanden.

Specificeer indien:

gegeneraliseerd: de angst heeft betrekking op de meeste 'sociale' situaties.