

Red, hot and scared? : inquiries into fear of blushing

Citation for published version (APA):

Mulken, S. (2000). *Red, hot and scared? : inquiries into fear of blushing*. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.

Document status and date:

Published: 01/01/2000

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

Social phobia is a serious anxiety disorder. Those suffering from it are characterized by a marked and persistent fear of one or more social or performance situations in which they are exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny by others. The individual fears that he or she will act in a way (or show anxiety symptoms) that will be humiliating or embarrassing. The feared social or performance situations are mostly avoided or else endured with a feeling of intense anxiety or distress. The fear and avoidance significantly interfere with the person's normal routine, occupational (academic) functioning, or social activities or relationships, or there is a marked distress about having the phobia.

The majority of social phobics are troubled by all sorts of bodily symptoms while anticipating and/or enduring social situations, such as palpitations, blushing, trembling, and sweating. However, the fear of negative evaluation, that characterizes social phobia, may also relate specifically to these bodily symptoms. That is, the patient may be afraid of being negatively evaluated because of his/her blushing. In that case, we speak of erythrophobia or fear of blushing. If a person does not blush, he/she will not be suffering from social phobia. At least, that is what most blushing phobics believe. Fear of blushing is the subject of this dissertation.

First some remarks about blushing, the bodily symptom that is the central feature in fear of blushing. Blushing refers to the spontaneous reddening or darkening of the face, the ears, the neck, and the upper chest that occurs in response to perceived social scrutiny or evaluation. It occurs when the small blood vessels of this so-called 'blush-region' dilate, increasing the blood volume in this area. Why blushing typically occurs in this blush region and not elsewhere in the body, is probably due to a combination of factors, such as visibility on site - as blood vessels in the face lie nearer to the surface than elsewhere in the body - and the supposed differential composition of the vascular system in the face and that elsewhere in the body. The conditions under which people tend to blush are somewhat clearer: they may involve threats to the public identity, compliments and other forms of positive attention, scrutiny or staring looks, and accusations of blushing.

Furthermore, theories have been formulated about why people blush. The conditions under which people tend to blush might tell us more about the reasons for blushing. That is, blushing seems to occur especially when people feel that they are in the centre of attention and are concerned with what has happened. Blushing as a communicative function would have remedial effects in this case. From this point of view, blushing should vary along the extent to which one is aware of an incident and the extent to which one lives up to certain social rules. In a model, the factors that might lead to blushing, are brought together (see Chapter 1).

Chapter 2 further examines social phobia and fear of blushing. Among other things, attention is given to the history of the diagnosis, to epidemiologic characteristics, comorbidity, and consequences of the disorder. Several theories aim to explain the

etiology and the maintenance of fear of blushing. It seems plausible that a biological vulnerability to blush relatively easily/intensely plays a role in the development of fear of blushing. However, the experience of negative learning experiences with regard to blushing, the holding of dysfunctional thoughts (cognitions) about blushing, and the tendency to direct the attention to oneself and to the blushing in social situations do not seem unimportant. In a heuristic model, all these potential causal and maintaining factors are assembled and connected. The model assumes that fear of blushing stems from holding dysfunctional cognitions about blushing and social situations and/or having experienced negative learning experiences with regard to blushing. Besides, a biological vulnerability to blush relatively easily/intensely might facilitate having negative learning experiences (e.g. there might be a greater chance of being bullied because of one's blushing). Once a person has developed fear of blushing, this fear might be maintained by the person's tendency to direct his/her attention towards the self (and the potential blushing), which causes self-evaluation ("Am I coming across the way I want to/ should?"). In case the person (thinks that he/she) is not coming across in the desired way, and when there are certain beliefs about how one *should* behave (e.g. "I ought not blush in this situation"), the fear will be maintained. Four research questions refer to the above issues (see Chapter 3).

Concerning the treatment of fear of blushing, several - more or less effective - alternatives can be chosen. These consist of biological methods (surgical techniques and psychopharmacological treatment), and cognitive-behavioural methods. Given the room for improvement of therapeutical methods, and considering the suggestions in the heuristic model, application of attention techniques seems to be an appropriate addition or alternative for the existing treatments. Consequently, a new treatment method, called Task Concentration Training (TCT) has been developed. This technique is based on blushing phobics' supposed tendency to direct their attention too much to themselves during social interactions. The aim is to teach blushing phobics to redirect their attention externally and to the task more often. Two research questions refer to treatment issues (see Chapter 3).

Section 4.1 describes an experiment, examining the matter that a high blushing propensity might be a vulnerability factor for the development of fear of blushing. Indeed, self-reported blushing propensity and fear of blushing are strongly associated. However, it is unclear how accurate self-reports about blushing are. For this experiment, subjects who scored high or low on a questionnaire that aims to measure blushing propensity, were invited to the laboratory twice. In the first session, they sang a song ('Lang zal 'ie/ze leven') which was taken on video; in the second session they were shown the video fragment in the presence of two male confederates while blushing was objectively measured by means of a photoplethysmograph. Obviously, subjects were ignorant about the fact that they were going to watch their own video recording. Besides the 'sing' video, they were shown a baseline video (a steady test card) and a general arousal-inducing video (the shower murder scene from Hitchcock's *Psycho*). It appeared that subjects, high and low in blushing propensity, did not differ with respect to physiological indices of blushing, whereas they did with regard to their self-reported blush intensity: high scoring subjects indicated that they had blushed more intensely than the low scoring group. This led to the conclusion that people with high blushing propensity overestimate their blush intensity, and that self-reports about blushing are perhaps not accurate.

Section 4.2 describes an experiment which further explores the theme in Section 4.1, that high blushing propensity might be a vulnerability factor for developing fear of blushing. In the study in Section 4.1, subjects high or low in blushing propensity were asked to participate. Although there is a strong association between self-reported blush intensity and fear of blushing, there is no perfect correlation. Therefore, in Section 4.2, individuals high and low in fear of blushing were subjected to similar tests as described in Section 4.1. Additionally, a mild social stressor was added (watching the test card in the presence of two male confederates), to rule out the possibility that an absence of differential physiological reactions would be due to a ceiling effect in blushing reactions. The results of this study were, however, comparable with those in the first study: no differences between the groups with respect to physiological indices of blushing, but significant differences regarding self-reports. Again, this lead to the suggestion that blushing fearful individuals overestimate their blush intensity. These findings suggest that people have difficulties to reliably estimate their blushing intensity, and, furthermore, they dispute the validity of instruments such as the Blushing Propensity Scale (BPS). Since the high scoring individuals in both experiments also scored higher on a measure of fear of blushing, it is suggested that fear of blushing is based on a fearful preoccupation, rather than on differences in objective blushing intensity.

Section 4.3 describes two studies investigating the learning history of individuals high and low in fear of blushing. In the first study, high and low blushing fearful students filled out a questionnaire, inquiring into conditioning experiences, vicarious learning, and informational learning in connection with blushing. For example, individuals were asked whether they had ever had a nasty experience *because of* blushing, whether they had ever observed in family members or close friends that they were afraid to blush, and whether they had ever heard/ seen/ read negative things about blushing in the media. Individuals completed these questions with 'yes' or 'no'. In the second study, blushing fearful individuals who had applied for treatment and a matched control group, were interviewed using the same questionnaire. In this study, however, there were strict rules concerning the classification of a certain incident as a conditioning experience, vicarious learning experience, and informational learning experience. That is, individuals were asked to report a specific memory with regard to each type of learning experience. In both studies, individuals high in fear of blushing more often reported negative learning experiences in connection with blushing than individuals low in fear of blushing. However, these percentages were remarkably lower in the second (interview) study. Although there seems to be evidence for the role of negative learning experiences in the development of fear of blushing, warnings are given with respect to the retrospective character of both studies. Possibly, high fearful individuals are more biased in their attention, interpretation, and memory of negative events in connection with blushing, because now they are troubled by it. Moreover, the use of strict instruments (interview in which specific experiences should be reported) is preferred above the potential less valid 'yes/'no' questionnaire system.

Section 4.4 discusses the part of the heuristic model relating to negative cognitions. Individuals with fear of blushing have negative thoughts about blushing. However, since nobody actually enjoys blushing, it seemed interesting to investigate non-fearful

individuals' ideas about blushing. Therefore, 'normal' individuals (men and women) were asked to write down their thoughts about blushing. These thoughts concerned situations in which they saw a man blushing, in which they saw a woman blushing, and in which they blushed themselves. In addition, they were asked what they thought other people (men and women) would think about *them* when they themselves blushed. It appeared that normal individuals reported predominantly negative thoughts about blushing, in other people as well as in themselves. Remarkably, both men and women judged blushing less negatively when the actor was someone of the opposite sex than when it was someone of their own sex. Although normals, apparently, also have negative thoughts about blushing (like blushing fearfuls do), they might still differ from blushing phobics with regard to other characteristics. That is, blushing phobics might overestimate the frequency and/or the intensity of their blushing, and the (social) consequences of their blushing, and underestimate themselves and their possibilities. The implications of these findings for cognitive therapy are discussed in Section 4.4.

Sections 4.5 and 4.6 address the assumption that blushing phobics direct too much attention to themselves in social situations. A treatment (Task Concentration Training, TCT) has been developed, which aims at teaching blushing phobics to redirect their attention; more toward the task and the environment, and less toward themselves and potential blushing. In two studies, the effects of TCT on fear of blushing were investigated. Section 4.5 describes a case study in which the patient is instructed to direct the attention outward and inward, alternately (per week). Section 4.6 describes a treatment study in which six sessions of TCT are compared to six sessions of Exposure in Vivo. In this treatment study, self-reports about fear of blushing were used, as well as objective indices of blushing before and after the treatment (as established during two behavioural tests). Follow-up measurements took place after six weeks and after one year. Half of the patients served as a waiting-list control group. The results indicated that both treatments were effective, but that TCT was somewhat more effective in the long term with regard to decreasing negative cognitions about blushing. Furthermore, it appeared that there was no decrease in actual blushing after treatment. This might implicate that six weeks are too short a period to decrease blushing, that because of the nature of the behavioural tests, these might invariably elicit/ provoke blushing, but also that actual blushing was not as bad as expected before the treatment, which implies that there is not much room for improvement. Nevertheless, TCT might be a welcome addition to the existing behavioural-cognitive repertoire.

In the model, some changes have taken place, based on the reported investigations. However, it should be noted that, since not all components of the model have been investigated, these are merely suggestions, as yet. In the new model, 'a fearful preoccupation' has a more prominent place, beside the role cognitions play with regard to blushing. There seems to be no physiological difference between blushing phobics and non-phobics. The earlier component 'blushing' might preferably be named 'overrepresentation of blushing'.

Samenvatting

Sociale fobie is een ernstige angstklacht. Degene die lijdt aan deze stoornis is voortdurend bang in één of meerdere situaties waarin hij/zij sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarbij hij/zij blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijke kritische beoordeling door andere mensen. De betrokkene is bang dat hij/zij zich op een manier zal gedragen (of angstverschijnselen zal tonen) die vernederend of beschamend is. Meestal gaat de angst gepaard met vermijding van deze sociale situaties of worden deze doorstaan met intense angst. De angst en vermijding belemmeren in belangrijke mate de normale dagelijkse routine, het beroepsmatig functioneren (of studie of school), of sociale activiteiten of relaties met anderen, of er is een duidelijk lijden vanwege het hebben van de fobie.

De meeste sociaal-fobici hebben last van allerlei lichamelijke verschijnselen in afwachting van en/of tijdens sociale situaties, zoals hartkloppingen, blozen, trillen en zweten. Echter, de angst voor negatieve beoordeling, die kenmerkend is voor sociale fobie, kan ook voornamelijk betrekking hebben op deze lichamelijke reacties. Dat wil zeggen, de angst om te blozen kan het onderwerp zijn (geworden) van de sociale fobie; men is bang negatief beoordeeld te worden vanwege blozen. We spreken dan van bloosangst. Als iemand geen last zou hebben van blozen, zou hij/zij geen last hebben van sociale fobie. Althans, dat is wat de meeste mensen met bloosangst menen. Bloosangst is het onderwerp van dit proefschrift.

Maar eerst iets over blozen, het lichamelijke verschijnsel waar het om draait bij bloosangst. Met blozen wordt bedoeld het spontaan rood worden van het gezicht, de oren, de nek en de borst als reactie op het ervaren van een kritische blik of sociale evaluatie. Blozen treedt op wanneer de kleine bloedvaten in dit 'bloosgebied' zich verwijden, waardoor zich hier meer bloed ophoopt. Waarom blozen nou juist in de bloosregio plaatsvindt en niet elders in het lichaam, is waarschijnlijk het gevolg van een combinatie van factoren. Zoals zichtbaarheid ter plekke, onder meer omdat bloedvaatjes in het gezicht dichter aan de oppervlakte liggen dan bloedvaatjes elders in het lichaam, en het veronderstelde verschil in samenstelling van het vaatstelsel in het gezicht en dat elders in het lichaam. Iets duidelijker zijn de omstandigheden waaronder mensen plegen te blozen: bedreiging van de publieke identiteit, complimenten en andere vormen van positieve aandacht, kritisch bekeken of aangestaard worden, en beschuldigd worden van blozen. Voorts zijn er theorieën over het waarom van blozen. Het lijkt erop dat de omstandigheden waaronder mensen zoal blozen ons meer kunnen vertellen over de redenen van blozen. Dat wil zeggen, blozen lijkt vooral voor te komen in situaties waarin mensen zich in het centrum van de aandacht voelen staan en begaan zijn met wat er gebeurd is. Blozen als communicatieve functie zou dan een remediërende werking hebben. Blozen zou in deze optiek moeten variëren met de mate waarin men zich bewust

is van een incident en met de mate waarin men er bepaalde sociale regels op na houdt. In een model worden deze factoren die zouden leiden tot het optreden van blozen, samengebracht (zie hoofdstuk 1).

Hoofdstuk 2 gaat vervolgens in op sociale fobie en de angst om te blozen. Onder meer is er aandacht voor de geschiedenis van de diagnose, voor epidemiologische kenmerken, comorbiditeit en gevolgen van de stoornis. Er zijn diverse theorieën die trachten de etiologie en instandhouding van bloosangst te verklaren. Zo lijkt het aannemelijk dat een eventuele biologische kwetsbaarheid om sneller/intenser te blozen een rol speelt bij de ontwikkeling van bloosangst. Maar ook het meemaken van negatieve leerervaringen met betrekking tot blozen, het er op na houden van disfunctionele gedachten (cognities) over blozen, en de neiging de aandacht steeds op zichzelf en het mogelijke blozen te richten in sociale situaties lijken niet onbelangrijk. In een heuristisch model zijn alle factoren die mogelijk van belang zijn voor het ontstaan en de instandhouding van bloosangst bij elkaar gebracht en met elkaar verbonden. Het model veronderstelt dat bloosangst voortkomt uit het hebben van disfunctionele opvattingen over blozen en sociale situaties en/of het hebben meegemaakt van aversieve gebeurtenissen met betrekking tot blozen. Een biologische kwetsbaarheid om makkelijk/intens te blozen zou een faciliterende werking kunnen hebben op het meemaken van aversieve ervaringen met blozen (bijv. eerder met blozen gepest worden). Wanneer men eenmaal bang is om te blozen, zou deze angst in stand gehouden worden door de neiging van de betrokkene steeds de aandacht op zichzelf te richten (en het mogelijke blozen), hetgeen zorgt voor zelf-evaluatie ("Kom ik over zoals ik over wil/ moet komen?"). Wanneer men niet overkomt (of denkt over te komen) zoals men wenst, en men heeft bepaalde opvattingen over hoe men zou moeten overkomen (bijv. met betrekking tot blozen: "Ik hoor niet te blozen in deze situatie"), blijft de angst in stand. Een viertal onderzoeksvragen in Hoofdstuk 3 richt zich op bovenstaande kwesties.

Wat betreft de behandeling van bloosangst bestaat er een aantal strategieën, meer of minder effectief, die kunnen worden toegepast. Deze technieken behelzen biologische technieken (operatieve technieken en psychofarmaca) en cognitief-gedragstherapeutische technieken. Gezien de ruimte voor verbetering van technieken en gezien de suggesties in het heuristisch model, lijkt het toepassen van aandachtstechnieken een mogelijke aanvulling of een alternatief op de bestaande behandelmethoden. Een nieuwe behandeling, genaamd Taakconcentratietraining (TCT), is dan ook ontwikkeld. Deze techniek is gebaseerd op de veronderstelde neiging van bloosangstigen zich tijdens sociale interacties te veel op zichzelf te richten en stelt zich ten doel bloosangstigen te leren hun aandacht weer meer naar buiten en op de taak te richten. Een tweetal onderzoeksvragen in Hoofdstuk 3 focust op de effectiviteit van TCT als behandeling bij bloosangst (zie Hoofdstuk 3).

Sectie 4.1 beschrijft een experiment dat inhaakt op de kwestie dat een hoge bloosgeneigdheid een mogelijke kwetsbaarheidsfactor voor de ontwikkeling van bloosangst is. Inderdaad zijn zelfgerapporteerde bloosgeneigdheid en bloosangst sterk geassocieerd. Het is echter niet duidelijk hoe accuraat zelfrapportage over blozen is. Voor het experiment werden proefpersonen geselecteerd die hoog of laag scoorden op

een vragenlijst die bloosgeneigdheid beoogt te meten. Zij werden tweemaal uitgenodigd: in de eerste sessie zongen zij een liedje ('Lang zal 'ie/ze leven'), in de tweede sessie werd hen dit fragment getoond in het bijzijn van twee mannelijke assistenten terwijl blozen objectief werd gemeten met een fotoplethysmograaf. Uiteraard wisten de proefpersonen niet dat zij hun eigen opname zouden terugzien. Naast het zangfilmpje werd ook een baseline video getoond (testbeeld) en een stukje film dat spanning zou opwekken in het algemeen (de douchemoordscène uit Hitchcocks *Psycho*). Het bleek dat de hoog en laag bloosgeneigde proefpersonen niet van elkaar verschilden wat betreft de fysiologische indices van blozen, maar wel in zelfgerapporteerde bloosintensiteit: de hoog scorende groep gaf aan sterker gebloed te hebben dan de laag scorende groep. Dit gegeven leidde tot de conclusie dat hoog bloosgeneigde personen hun bloosintensiteit overschatten en dat zelfrapportage met betrekking tot blozen wellicht niet accuraat is.

Sectie 4.2 beschrijft een studie die voortbordurt op het thema in Sectie 4.1, namelijk dat een hoge bloosgeneigdheid een kwetsbaarheidsfactor zou kunnen zijn voor het ontwikkelen van bloosangst. In de eerste studie werden hoog bloosgeneigden uitgenodigd mee te werken. Hoewel een hoge zelfgerapporteerde bloosgeneigdheid sterk correleert met bloosangst, bestaat er geen perfecte samenhang. Daarom werden voor het tweede experiment hoog en laag bloosangstige individuen onderworpen aan vergelijkbare tests als beschreven in Sectie 4.1; daarnaast werd er nog een mildere sociale stressor toegevoegd (het bekijken van testbeeld in de aanwezigheid van twee mannelijke assistenten), om uit te sluiten dat een mogelijke afwezigheid van verschillen in bloosintensiteit toe te schrijven zou zijn aan een plafondeffect wat betreft bloosreacties. De resultaten van deze studie waren echter vergelijkbaar met de resultaten van de eerste studie: geen verschillen tussen beide groepen wat betreft de fysiologische indices van blozen, wel op zelfrapportage. Wederom leidde dit tot de suggestie dat hoog bloosangstigen hun bloosintensiteit overschatten. Deze bevindingen suggereren dat mensen het moeilijk vinden om hun bloosintensiteit betrouwbaar in te schatten en trekken voorts de validiteit van instrumenten zoals de BPS (Blushing Propensity Scale) in twijfel. Aangezien de hoogscoorders in beide experimenten ook hoger scoorden op een maat voor bloosangst, wordt gesuggereerd dat bloosangst veeleer berust op een angstige preoccupatie dan op verschil in objectieve bloosintensiteit. Wellicht speelt de factor bloosgeneigdheid dan ook niet zo'n belangrijke rol in het ontstaan van bloosangst.

Sectie 4.3 beschrijft een tweetal studies waarin wordt nagegaan in hoeverre hoog en laag bloosangstigen negatieve leerervaringen met betrekking tot blozen hebben meegemaakt. In de eerste studie vulden hoog en laag bloosangstige studenten een vragenlijst in die betrekking heeft op conditionerende ervaringen, leren door observatie, en leren door informatieoverdracht. Zo werd er bijvoorbeeld gevraagd of men ooit een vervelende gebeurtenis *vanwege* blozen had meegemaakt, of men ooit bij familie of goede vrienden had geobserveerd dat zij bang waren om te blozen, en of men ooit negatieve zaken over blozen had gezien/ gehoord/ gelezen in de media. Men antwoordde door ja of nee in te vullen. In de tweede studie werd bij bloosangstige patiënten die zich aangemeld hadden voor een behandelstudie en aan een gematchte controlegroep deze vragenlijst als interview afgenomen. Hierbij golden echter strengere regels bij het

classificeren van een bepaalde gebeurtenis als conditionerende ervaring, model-leren, en informatie-leren. De proefpersoon werd namelijk gevraagd een specifieke herinnering op te halen aan de betreffende soorten van leren. In beide studies rapporteerden hoog bloosangstigen vaker negatieve leerervaringen te hebben meegemaakt in relatie met blozen dan laag bloosangstigen. De percentages waren echter aanmerkelijk lager in de tweede (interview)studie. Hoewel er evidentie lijkt te zijn voor de rol van negatieve leerervaringen in het ontstaan van bloosangst, wordt ook gewaarschuwd voor het retrospectieve karakter van de beide studies. Mogelijk zijn hoog bloosangstigen meer bevooroordeeld in hun aandacht, interpretatie en herinnering van negatieve gebeurtenissen waarbij blozen een rol speelde, omdat ze nu - achteraf - hiermee een probleem hebben. Bovendien wordt het gebruik van strikte methodes (interview met specifieke ervaringen) geprefereerd boven het mogelijk minder valide 'ja/nee'-vragenlijststelsel.

Sectie 4.4 behandelt het gedeelte in het heuristisch model dat betrekking heeft op negatieve cognities. Bloosangstigen hebben negatieve gedachten over blozen. Echter, aangezien niemand het echt prettig vindt om te blozen, leek het interessant om te onderzoeken hoe niet-bloosangstigen tegen blozen aankijken. Daarom werd aan 'normale' individuen (mannen en vrouwen) gevraagd hun gedachten over blozen op te schrijven. Deze gedachten betroffen situaties waarin zij een man zagen blozen, een vrouw zagen blozen, en waarin ze zelf bloosden. Daarnaast werd hen gevraagd wat ze meenden dat anderen (mannen en vrouwen) over *hen* dachten wanneer zij zelf bloosden. Het bleek dat normalen vooral negatieve gedachten over blozen rapporteerden, zowel waar het blozen bij anderen betrof als bij zichzelf. Opmerkelijk was dat mannen en vrouwen blozen minder negatief vonden wanneer de blozer iemand van het andere geslacht was. Hoewel normalen blijkbaar ook negatief over blozen denken, kan het toch zo zijn dat zij zich van bloosangstigen onderscheiden met betrekking tot andere kenmerken. Bloosangstigen overschatten mogelijk de frequentie en/of de intensiteit van hun blozen, overschatten de (sociale) consequenties van hun blozen, en onderschatten hun eigen mogelijkheden. De implicaties van deze bevindingen voor cognitieve therapie worden in Sectie 4.4 besproken.

Secties 4.5 en 4.6 richten zich op de veronderstelling dat bloosangstigen hun aandacht te veel op zichzelf zouden richten in sociale situaties. Er is een behandeling ontwikkeld (Taakconcentratietraining, TCT) die beoogt bloosangstigen te leren hun aandacht weer meer op de taak en de omgeving te richten, en minder op zichzelf en het mogelijke blozen. In een tweetal studies is de effectiviteit van TCT bij bloosangst onderzocht. Sectie 4.5 behandelt een gevalstudie waarbij de patiënt geïnstrueerd werd de aandacht afwisselend naar binnen en naar buiten te richten (afgewisseld per week). Sectie 4.6 beschrijft een behandelstudie waarbij 6 weken TCT met 6 weken Exposure in Vivo werd vergeleken bij bloosangstige patiënten. In deze behandelstudie werd, naast zelfrapportage over bloosangst, ook objectief blozen voor en na de behandeling gemeten gedurende een tweetal gedragstests. Er vonden follow-up-metingen van de vragenlijsten plaats na 6 weken en na 1 jaar. De helft van de patiënten diende als wachtlijstcontroleconditie. De resultaten wezen uit dat beide therapieën effectief waren, maar dat TCT op

de langere termijn beter leek in het verminderen van negatieve cognities met betrekking tot blozen. Voorts kwam naar voren dat er geen vermindering optrad in het daadwerkelijke blozen na behandeling. Dit zou kunnen impliceren dat 6 weken een te korte tijd is om blozen te doen verminderen, dat de gedragstests onveranderlijk blozen zouden uitlokken vanwege de aard van de opdrachten, maar ook dat het daadwerkelijk blozen vóór de therapie al meeviel en er weinig ruimte voor verbetering was. TCT is mogelijk een welkome aanvulling op het bestaande cognitief-gedragstherapeutische repertoire.

In het model heeft een aantal wijzigingen plaatsgevonden op basis van de gerapporteerde onderzoeken. Daarbij moet echter worden aangetekend dat, aangezien niet alle componenten van het model onderzocht zijn, het vooralsnog gaat om suggesties. In het nieuwe model heeft een 'angstige preoccupatie' een prominente plaats ingenomen naast de rol van cognities met betrekking tot blozen. Een fysiologisch verschil tussen wel- en niet-bloosangstigen lijkt niet aan de orde. Bij de vroegere component 'blozen' lijkt het eerder om een 'overrepresentatie van blozen' te gaan.