

Wie kampt met angst om te blozen is voortdurend bang in sociale- en/of beoordelingssituaties een rood hoofd te krijgen. Meestal worden deze situaties dan ook vermeden of ze worden doorstaan

Wetenschap

Aandacht voor bloosangst

met intense angst. Dit artikel biedt een heuristisch model over ontstaan en

Sandra Mulkens

Wat is bloosangst?

Diagnostisch gezien vormt bloosangst een subcategorie van de sociale fobie. Het belangrijkste kenmerk van sociale fobie is de aanhoudende angst om negatief beoordeeld te worden door andere mensen in sociale situaties (American Psychiatric Association, 1994). Die angst voor negatieve evaluatie kan betrekking hebben op het gedrag (onhandig, niet spontaan), de uiterlijke verschijning (niet aantrekkelijk), het zelfbeeld (niet aardig), en bepaalde lichamelijke reacties (zoals blozen, trillen, zweten) (Bögels, 1997). Nu hebben sociaal-fobici gewoonlijk last van allerlei lichamelijke verschijnselen in afwachting van en/of tijdens sociale situaties, maar in het geval van bloosangst is het lichamelijke verschijnsel zelf – de bloosreactie – tot voornaamste zorg geworden: men is bang negatief beoordeeld te worden *vanwege* het blozen.

Wat is nou die reactie die bloosangstigen zo vrezet? Met blozen wordt bedoeld het spontaan rood of donkerder worden van het gezicht, de oren, de nek en de borst – de zogenaamde bloosregio – als reactie op het ervaren van een kritische blik of sociale evaluatie (Leary, Britt, Cutlip & Templeton, 1992). Fysiologisch gezien vindt blozen plaats wanneer de kleine bloedvaten van (delen van) het bloosgebied zich verwijden, waardoor zich daar meer bloed ophoopt (Leary et al., 1992). Sociaal blozen kan onderscheiden worden van 'rood worden' in het algemeen, in termen van de uitlokkende situatie (Shearn, Bergman, Hill, Abel & Hinds, 1990): in beide gevallen vindt er epitheliële vaatverwijding plaats, maar blozen wordt geïnduceerd door sociale stimulatie terwijl 'rood worden' kan optreden door fysiologische of farmacologische stimulatie (Wilkin, 1993). Zo kan men bijvoorbeeld rood aanlopen door seksuele opwindings, fysieke inspanning, bij opvliegers in de menopauze, bij bepaalde dermatologische aandoeningen en door exogene chemicaliën.

Blozen komt alleen voor in de bloosregio. Dit komt waarschijnlijk door een combinatie van factoren: ten eerste liggen de vaatjes in het gezicht dichter aan de oppervlakte dan de vaatjes elders in het lichaam, hetgeen ervoor zorgt dat blozen in het gezicht beter zichtbaar is (Wilkin, 1988). Ten tweede lijkt het vaatstelsel in het gezicht anders te zijn samengesteld dan dat in de rest van het lichaam, zodat vaatverwijding in het gezicht

instandhouding van bloosangst. Het model wordt vervolgens bijgesteld op grond van enkele onderzoeken. Ook wordt aandacht besteed aan een mogelijke behandeling voor bloosangstigen: taakconcentratietraining.

kan optreden als reactie op stimuli die dat elders in het lichaam niet voor elkaar krijgen (bijv. Ginsburg & O'Reilly, 1987).

Waarom mensen blozen is niet onomstotelijk vastgesteld maar er zijn wel plausibele verklaringen (De Jong, 1998; Mulkens, 1995). De vigerende

opvatting is dat blozen fungeert als een nonverbale vorm van verontschuldiging wanneer bepaalde regels zijn overtreden (Castelfranchi & Poggi, 1990). Althans, mensen zijn eerder geneigd te blozen wanneer zij bepaalde sociale/morele regels met voeten treden, maar alleen wanneer zijzelf en de observateurs de normen en waarden delen die relevant zijn voor de overtreding (of wanneer de actor *denkt* dat dit het geval is). Bijvoorbeeld iemand komt gehaast een postkantoor binnen en loopt naar het loket. Hij bloost op het moment dat hem opvalt dat er eigenlijk een wachtrij is waar hij achteraan had moeten sluiten. Door te blozen toont de actor dat hij beseft dat hij de regels geschonden heeft (men hoort zijn beurt af te wachten), dat hij deze regels deelt en dat hij gevoelig is voor het oordeel van de aanwezigen. Hij vraagt impliciet aan de aanwezigen zijn gedrag niet te zien als een afspiegeling van zijn totale karakter. Het tonen van schaamte/verlegenheid zou dan verzoeningsdoelen kunnen dienen. Er is inmiddels allerlei onderzoek gedaan over de gezichtsreddende functie van blozen (bijv. De Jong, 1999) en ander submissief gedrag (bijv. Semin & Manstead, 1982).

Wie heeft bloosangst?

In een nationaal onderzoek naar het voorkomen van psychiatrische ziektebeelden (NEMESIS: Bijl, Van Zessen & Ravelli, 1997) werd een lifetime-prevalentie van 7.8% voor sociale fobie vastgesteld (voor mannen apart: 5.9%; voor vrouwen apart: 9.7%). De 12-maandsprevalentie van deze klacht bleek 4.8% (3.5% en 6.1% voor respectievelijk mannen en vrouwen). Het bleek dat de prevalentiebepalingen voor sociale fobie, vergeleken met andere angststoornissen, de op één na hoogste waren (specifieke fobie kwam het meest voor, met een lifetime-prevalentie van 10.1%). Sociale fobie is dus een veel voorkomende angststoornis.

Hoe vaak is er nu sprake van een sociale fobie met als voor-

naamste klacht bloosangst? We baseren ons voor de beantwoording van deze vraag op gegevens uit een Maastrichts Riagg-onderzoek (Bögels & Reith, 1999). Het bleek dat bij 40 van de 92 sociaal-fobici die zich hadden aangemeld in een periode van een aantal jaren, angst om te blozen, trillen en/of zweten als voornaamste klacht genoemd werd. Van die 40 hadden er 15 uitsluitend bloosangst. Volgens deze cijfers, voor zover te generaliseren naar andere populaties dan de Maastrichtse Riagg, lijdt dus ongeveer 16 tot 18% van de mensen met sociale fobie voornamelijk aan bloosangst. De gemiddelde leeftijd van deze mensen was 31,9 jaar en 53,3% was vrouw.

Bloosangst; en dan?

Er is nauwelijks onderzoek naar de gevolgen van bloosangst, terwijl sociale fobie als entiteit veelvuldig onderzocht is. Laten we aannemen dat de komende gegevens ook gelden voor de categorie bloosangstigen onder sociaal-fobici. Gegeven de hoge mate van belemmering in het (sociaal) functioneren (Rapee, 1995), is het niet verwonderlijk dat een belangrijk deel van de sociaal-fobici voldoet aan de criteria voor depressieve stoornis of dysthyme stoornis (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992). Bij een meerderheid begint de depressieve stoornis inderdaad na de aanvang van de sociale fobie (Schneier et al., 1992). Het verhoogde suïciderisico bij sociale fobie kan dan ook vooral verklaard worden door de aanwezigheid van comorbide (stemmings)stoornissen.

Ook excessief alcoholgebruik wordt bij sociale fobie meer waargenomen dan bij andere angststoornissen (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). De meeste sociaal-fobici bij wie ook alcoholmisbruik wordt vastgesteld, rapporteren overigens dit

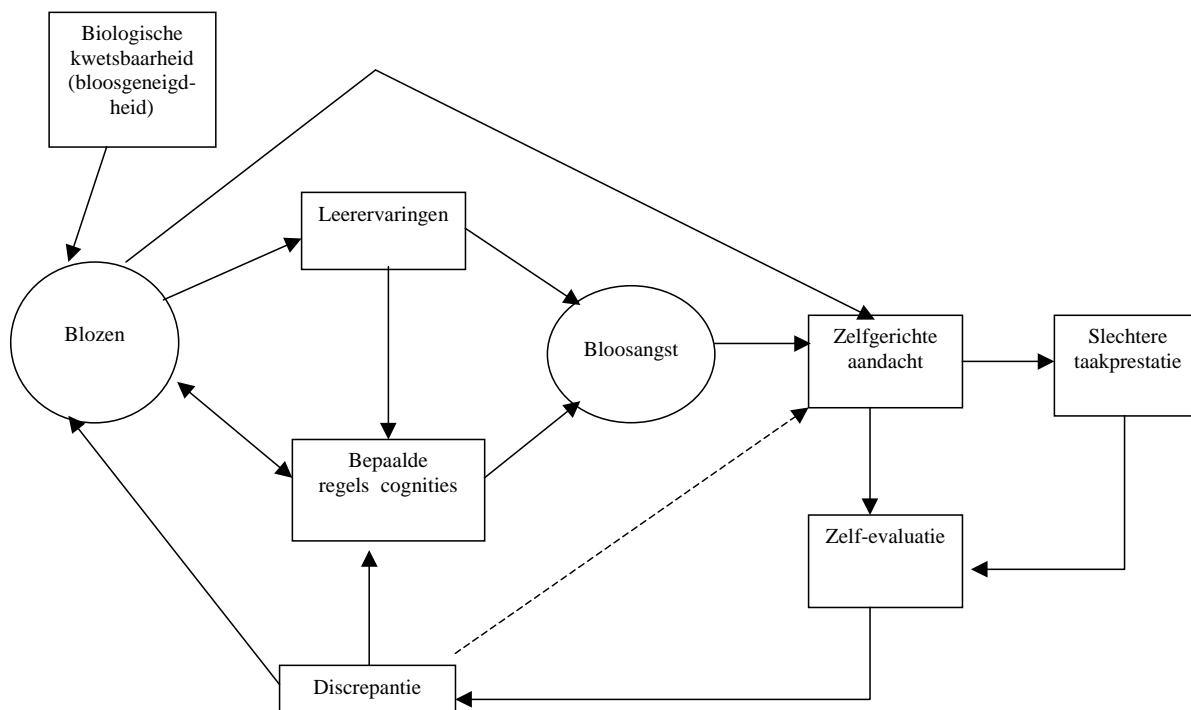
te doen als zelfmedicatie (Schneier, Martin, Liebowitz, Gorman & Fyer, 1989).

Volgens DSM-IV (APA, 1994) is het beloop van de sociale fobie meestal chronisch. De ernst kan evenwel schommelen aan de hand van stressoren en eisen die aan het individu gesteld worden. Zo kan de angst verminderen wanneer iemand met sociale fobie een relatie krijgt/trouwt, maar weer de kop opsteken wanneer de partner overlijdt (APA, 1994). Mensen met sociale fobie blijven, vergeleken met mensen die aan andere angststoornissen lijden, vaak ongetrouwd (Schneier et al., 1992). Eigenlijk worden sociaal-fobici op veel belangrijke gebieden van hun leven gehinderd door hun klacht: opleiding (ze hebben bijvoorbeeld moeite met hardop in de klas iets zeggen en het deelnemen aan discussies), beroep (bijvoorbeeld vanwege het onvermogen informele bijdragen te leveren en presentaties te houden op vergaderingen waardoor geen promoties/carrièreontwikkelingen plaatsvinden) en sociaal (bijvoorbeeld niet kunnen bijwonen van sociale aangelegenheden en moeite hebben met het leggen van contacten) (Turner et al., 1986).

Ontstaan en instandhouding

Waarom krijgt iemand bloosangst? En hoe blijft de angst, eenmaal aanwezig, in stand? In Model 1 is een aantal opvattingen gecombineerd tot een heuristisch model over het ontstaan en de instandhouding van bloosangst.

Eén van de eerste oorzakelijke aspecten waaraan men denkt bij angst om te blozen, is het blozen zelf. Dat is niet verwonderlijk: als je niet of nauwelijks bloost, heb je niets te klagen. Dus mogelijk zijn mensen die relatief gemakkelijk/intens blozen kwetsbaarder om bloosangst te ontwikkelen. Bijvoorbeeld



Model 1. Heuristisch model over het ontstaan en de instandhouding van bloosangst

omdat ze er negatieve leerervaringen door opdoen (zoals gepest worden met blozen). Ofschoon er geen bewijs voor is, kan niet uitgesloten worden dat biologische factoren een rol spelen bij blozen; zo suggereert Marks (1986) dat mensen met een bepaalde autonome eigenaardigheid, bijvoorbeeld een onstabiele bloedstroom in de wangen, mogelijk sneller blozen als zij angstig zijn en zo sneller een bloosfobie ontwikkelen. Inderdaad is bloosangst geassocieerd met de zelfgerapporteerde mate van 'bloosgeneidheid', het gemak waarmee gebloosd wordt (Bögels, Alberts & De Jong, 1996). In het model leidt een biologische kwetsbaarheid tot veelvuldiger/intenser blozen, hetgeen negatieve leerervaringen in de hand kan werken.

Er zijn aanwijzingen voor het idee dat aversieve leerervaringen een rol spelen in de ontwikkeling van angsten en fobieën (zie voor een overzicht Merkelbach, De Jong, Muris & Van den Hout, 1996). Dit leren kan op een drietal manieren plaatsvinden: (1) direct, via conditionering; (2) indirect, via leren door observeren; en (3) indirect, via leren door negatieve informatieoverdracht ('the three pathways to fear'; Rachman, 1977). In het geval dat klassieke conditionering tot bloosangst leidt, moet er een contingente relatie bestaan tussen een traumatische ervaring (UCS, bijvoorbeeld gepest worden, zoals uitgescholden worden voor 'vuurtoren' of 'tomaat') en een, voorheen, neutrale stimulus (blozen), die vervolgens de gevreesde CS wordt. Leren door observeren verwijst naar het zien van iemand anders die zich angstig gedraagt in aanwezigheid van een bepaald object of situatie; voor bloosangst zou dit kunnen betekenen dat de fobicus zijn/haar moeder altijd duidelijk haar handen voor haar gezicht zag houden wanneer ze bloosde. Leren door informatieoverdracht kan er in het geval van bloosangst uit bestaan dat men in een tijdschrift las dat blozen iets vreemds is of verholpen zou moeten worden.

Ook wordt verondersteld dat regels en cognities met betrekking tot blozen mede worden gevormd door leerervaringen. Iemand wordt bijvoorbeeld met blozen gepest en concludeert dat blozen iets afschuwelijks is en dat hij/zij hierdoor minder leuk is. Het hanteren van bepaalde regels zou ook juist weer meer blozen in de hand kunnen werken (cf. de gezichtsreddende functie van blozen; wanneer men meer/strengere regels heeft, zou de kans op blozen groter moeten zijn). Recente cognitieve modellen van sociale fobie stellen dat sociaal-fobici worden gehinderd door een negatief zelfbeeld dat geactiveerd wordt of dreigt te worden in contact met andere mensen (Clark & Wells, 1995; Bögels & Mulkens, 1997).

Wanneer bloosangst eenmaal ontwikkeld is, door negatieve leerervaringen en/of het hebben van bepaalde (negatieve) cognities omtrent blozen, wordt deze volgens de zelfbewustzijnstheorie in stand gehouden door een teveel aan zelfgerichte aandacht in sociale situaties. Dit behoeft enige uitleg: een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle interactie is een geschikte balans tussen zelf- en ander-bewustzijn (Argyle & Williams, 1969). Vanuit dit oogpunt is gesuggereerd dat sociaal-fobici te veel aandacht richten op zichzelf – dat wil zeggen, hun emoties, gedachten, gedrag, fysieke verschijning en lichamelijke gevoelens – (bijv. Schlenker & Leary, 1982),

hetgeen resulteert in een verstoorde balans. Hierdoor zou de angst in stand gehouden worden. Met betrekking tot bloosangst heeft deze zelfbewustzijnstheorie verschillende implicaties. Zo is gebleken dat fysiologische opwindning (of bewustzijn van fysiologische processen, zoals blozen) tot zelfgerichte aandacht leidt (Wegner & Giuliano, 1980). Verder suggereren 'gelimiteerde capaciteitsmodellen' (bijv. Wine, 1980) dat excessieve zelfgerichte aandacht resulteert in verminderde taakprestatie omdat er onvoldoende capaciteit over is om de taak adequaat uit te voeren. Inderdaad bleek dit uit verschillende experimenten, maar alleen onder bepaalde voorwaarden: wanneer de persoon onzeker was over zijn kundigheden en een lage zelfwaardering had (Burgio, Merluzzi & Pryor, 1986). Ook intensiveert zelfgerichte aandacht emotionele reacties zoals angst en blozen (Scheier & Carver, 1977). Ten slotte is geopperd dat zelfgerichte aandacht de waarschijnlijkheid verhoogt van het maken van interne attributies (bijv. zichzelf de schuld geven van sociaal falen, en mogelijk van blozen) (Duval & Wicklund, 1973). Dit gebeurt waarschijnlijk via een proces van zelfevaluatie. Samengevat lijkt zelfgerichte aandacht, ironisch genoeg, tot blozen te leiden, terwijl het blozen die zelfgerichte aandacht weer verder vergroot, waardoor een negatieve spiraal ontstaat.

Het heuristisch model heeft implicaties voor de behandeling van bloosangst. Indien bloosangstigen zich tijdens een sociale interactie inderdaad te veel op zichzelf richten en te weinig op de (sociale) taak, zouden zij geholpen kunnen worden door het leren herrichten van de aandacht in sociale situaties.

Kanttekeningen bij het heuristisch model

Hoewel het aannemelijk lijkt dat het blozen zelf het grootste probleem is bij mensen met bloosangst, zijn hier ook kanttekeningen bij te plaatsen. De bovengenoemde relatie tussen bloosgeneidheid en bloosangst berust immers op zelfrapportage. Het is niet duidelijk of mensen in staat zijn hun blozen betrouwbaar in te schatten. Om te onderzoeken of zelfrapportage van bloosgeneidheid accuraat is, werd een tweetal experimenten uitgevoerd (Mulkens, De Jong & Bögels, 1997; Mulkens, De Jong, Dobbelaar & Bögels, 1999). In het eerste experiment werden hoog- en laagscorers op de bloosgeneidheidsvragenlijst (Bögels et al., 1996) tweemaal uitgenodigd om deel te nemen aan een experiment 'over de relatie tussen emoties en muziek'. In de eerste sessie werden de proefpersonen geïnstrueerd 'lang zal 'ie/ze leven' te zingen waarbij ze enthousiaste armbewegingen dienden te maken. In de tweede sessie werd hun dit fragment getoond – naast een neutraal fragment en een algemeen spanningsopwekkend fragment – in het bijzijn van twee toeschouwers. Blozen werd gemeten met een fotoplethysmograaf op de wang (cf. Shearn et al., 1990). Proefpersonen werd ook gevraagd zelf aan te geven hoe sterk zij meenden te hebben gebloosd. De uitkomsten van het eerste experiment gaven geen verschil aan in fysiologisch blozen tussen de hoog- en de laagbloosgeneigde groep, maar wel een significant verschil in zelfrapportage: de hoogbloosgeneigde groep meende veel sterker

voorbeeld de drempel voor het ervaren van interoceptieve signalen kunnen verlagen en/of kunnen leiden tot een 'overpresentatie van bloosgebeurtenissen' in het geheugen.

Verskillende studies hebben aangetoond dat zelfgerichte aandacht het bewustzijn van fysiologische reacties verhoogt en leidt tot de neiging om de intensiteit van zulke lichamelijke prikkels te overschatten. Dit pleit voor een aanpak van bloosangst waarbij zelfgerichte aandacht niet onberoerd dient te worden gelaten. Over de oorsprong van zo'n angstige preoccupatie kan overigens weer worden gespeculeerd. Het meemaken van negatieve leerervaringen blijft een van de mogelijkheden. Daarbij kan nog gedacht worden aan allerlei persoonlijkheidsvariabelen en aanleg.

Behandeling

Een manier om bloosangstigen te behandelen is, zoals reeds genoemd, hun vaardig te maken in het herrichten van de aandacht. Verschillende auteurs hebben varianten ontwikkeld van aandachtstrainingen (bijv. Taakconcentratietraining (TCT); cf. Bögels, Mulkens & De Jong, 1997; Attention Training; cf. Wells, White & Carter, 1997).

Taakconcentratietraining (TCT) heeft als doel bloosangstigen te leren hun aandacht in sociale situaties niet op zichzelf te richten maar op hun taak en de omgeving. De techniek beslaat een aantal fases: 1. het uitleggen van de rationale, 2. registratie van de aandacht in sociale situaties, 3. aandachtsstraining in de therapiezitting (luister- en verteloefeningen), 4. aandachtsstraining in niet-bedreigende situaties, en 5. aandachtsstraining in bedreigende situaties.

In de eerste fase wordt de behandeling uitgelegd. Aan de hand van een voorbeeld van de cliënt (bijv. proberen zich in een gesprek te mengen) wordt nagegaan hoe zelfgerichte aandacht zich bij hem/haar manifesteert. Sommige mensen horen zichzelf van een afstand praten, of zien zichzelf als door de ogen van een ander, of ze voelen zichzelf heel erg in het middelpunt staan. Op dat moment is (bijna) al hun concentratie op het zelf gericht, waardoor er weinig aandacht overblijft voor het gesprek. Samen met de cliënt wordt vervolgens nagegaan welke gevolgen dit heeft voor het gevoel, de lichamelijke reacties en het gedrag. Als gevoel worden vaak spanning en angst gerapporteerd, als lichamelijke reactie blozen, warmte enzovoort en het gedrag kan onvaardig zijn. Bijvoorbeeld men zegt niets ofschoon dat wel de bedoeling is wanneer men zich in een gesprek wil mengen. Overigens betekent dit niet dat bloosangstigen sociaal onvaardig zouden zijn, maar wel dat zij hun vaardigheden als gevolg van zelfgerichte aandacht niet goed kunnen toepassen. De bovengenoemde negatieve gevolgen (gevoel, lichamelijke reacties, gedrag) zorgen ervoor dat de zelfgerichte aandacht in stand blijft. Door de uitleg wordt duidelijk dat het herrichten van de aandacht de sleutel is tot angstvermindering en het op bevredigende wijze deelnemen aan sociale interacties. Cliënten herkennen zich meestal goed in deze uitleg.

In de tweede fase is het belangrijk dat cliënten in sociale situaties gaan opletten waarop zij hun aandacht richten. Dit

wordt op dagboekformulieren genoteerd. Zo wordt duidelijk welke situaties moeilijk zijn en het ondersteunt eveneens de uitleg van de behandeling.

Het leren herrichten van de aandacht wordt in eerste instantie tijdens therapiezittingen geoefend, met luister- en verteloefeningen (fase 3). Zo vertelt de therapeut de cliënt korte neutrale verhaaltjes die de cliënt vervolgens moet samenvatten. Ook maakt de cliënt een schatting van het percentage aandacht dat op de taak, het zelf en de omgeving gericht was. Er wordt een oplopende moeilijkheidsgraad gehanteerd. Zo is er bij het eerste verhaal geen oogcontact, bij het tweede wel, in een volgend verhaal wordt iets over blozen verwerkt enzovoort. Er wordt overgegaan op een volgende moeilijkheidsgraad wanneer ongeveer 80% van de concentratie op de taak gericht was en het verhaal voldoende is samengevat. Men kan ook de cliënt in oplopende moeilijkheidsgraad verhaaltjes aan de therapeut laten vertellen.

In fase vier oefent de cliënt het herrichten van de aandacht in alledaagse, neutrale situaties. Zo kan hij/zij bijvoorbeeld een stukje van het journaal of een net gelezen stukje krant voor zichzelf proberen samen te vatten. Ook kan men de cliënt de opdracht geven door het bos te lopen en alle aandacht te richten op alles wat hij/zij om zich heen ziet: de bomen, het licht, de kleuren. Vervolgens moet de aandacht gericht worden op alle geluiden in het bos: de vogels, het geritsel van de bladeren door de wind. Dan wordt de aandacht gericht op alle geuren, en daarna op hoe het voelt om door het bos te lopen (de voeten op de grond, de wind tegen het gezicht). Tot slot moet de cliënt de aandacht richten op alles tegelijkertijd: wat hij/zij ziet, hoort, ruikt en voelt. Het resultaat van een dergelijke oefening is dat cliënten ervaren dat zij hun aandacht kunnen richten op één aspect van een geheel, dat zij naar believen kunnen switchen naar andere aspecten, en dat zij zich op alle aspecten geïntegreerd kunnen richten. Dat besef maakt de overstap naar het herrichten van de aandacht in bedreigende situaties makkelijker.

Voor de laatste fase wordt een hiërarchie van oefensituaties opgesteld. Het herrichten van de aandacht wordt vervolgens toegepast in deze situaties, te starten met de minst moeilijke. Vooraf wordt steeds samen met de cliënt de taak gedefinieerd waarop de aandacht gericht dient te worden. Sommige van deze situaties zullen zich lenen voor de therapiezitting, andere moeten door de cliënt als huiswerk uitgevoerd worden. Zie Bögels, Mulkens en De Jong (1997) voor een uitgebreidere beschrijving van TCT en meer voorbeelden.

In een behandelstudie (Mulkens, Bögels, De Jong & Louwers, in press) met wachtlijstcontroleconditie waarin bloosangstigen ofwel TCT ofwel exposure in vivo werd aangeboden, bleek dat beide behandelingen effectief waren maar dat patiënten meer profiteerden van TCT. Dit effect was het grootst op het verminderen van irrationele cognities met betrekking tot blozen. Het is goed mogelijk dat, door het effectief richten van de aandacht, men beter in staat is tot het oppikken van disconfirmerende informatie in verband met ideeën over blozen.

Natuurlijk zijn er nog andere behandelingen om van bloosangst

af te komen, zoals cognitieve therapie. In het model wordt immers ook verondersteld dat irrationele cognities een bijdrage leveren aan het ontstaan en de instandhouding van bloosangst. Cognitieve therapie is echter een tamelijk moeilijke techniek om aan te leren, voor zowel therapeuten als cliënten. TCT daarentegen is een relatief simpele techniek die gelijksoortige resultaten laat zien: het verminderen van negatieve irrationele cognities met betrekking tot blozen. Overigens zouden gecontroleerde therapiestudies met meer cliënten uitgevoerd moeten worden om goed onderbouwde conclusies te trekken, maar vooralsnog lijkt TCT een veelbelovende therapievorm.

Mw dr. A.A.N. Mulkens is gedragstherapeut/gezondheidszorgpsycholoog. Zij is als universitair docent werkzaam bij de Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Argyle, M. & Williams, M. (1969). Observer or observed? A reversible perspective in person perception. *Sociometry*, 32, 396-412.
- Bijl, R.V., Zessen, G. van & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Bögels, S.M. (1997). Cognitieve gedragstherapie bij sociale fobie: nieuwe ontwikkelingen in de theorie en behandeling. *Directieve Therapie*, 17, 39-56.
- Bögels, S.M., Alberts, M. & Jong, P.J. de (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences*, 21, 573-581.
- Bögels, S.M. & Mulkens, S. (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met een sociale fobie: taakconcentratietraining en cognitieve therapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (reds.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (p. 127-157). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bögels, S. M., Mulkens, S. & Jong, P. J. de (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251-258.
- Bögels, S.M. & Reith, W. (1999). Validity of two questionnaires to assess social fears: the Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Fear of Blushing, Trembling, and Sweating Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 51-66.
- Burgio, K.L., Merluzzi, T.V. & Pryor, J.B. (1986). Effects of performance expectancy and self-focused attention on social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1216-1221.
- Castelfranchi, C. & Poggi, I. (1990). Blushing as a discourse: was Darwin wrong? In W.R. Crozier, (Ed.), *Shyness and embarrassment: perspectives from social psychology* (p. 230-251). New York: Cambridge University Press.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. New York, London: The Guilford Press.
- Duval, S. & Wicklund, R.A. (1973). Effects of objective self-awareness on attributions of causality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 17-31.
- Ginsburg, J. & O'Reilly, B. (1987). Are blushes the same as flushes? *Clinical science*, 72(Suppl. 16, 65P, Abstract No. 184), 65.
- Jong, P.J., de (1998). Een rood hoofd als excuus. Blozen beschouwd vanuit functioneel perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 53, 117-125.
- Jong, P.J., de (1999). Communicative and remedial effects of social blushing. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23, 197-217.
- Leary, M.R., Britt, T.W., Cutlip, W.D. & Templeton, J.L. (1992). Social blushing. *Psychological Bulletin*, 112, 446-460.
- Marks, I.M. (1986). Genetics of fear and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 149, 406-418.
- Merkelbach, H., Jong, P.J. de, Muris, P. & Hout, M.A. van der (1996). The etiology of specific phobias: a review. *Clinical Psychology Review*, 16, 337-361.
- Mulkens, S. (1995). Waarom blozen mensen eigenlijk? *De Psycholoog*, 30, 490-495.
- Mulkens, S. & Bögels, S.M. (1999). Learning history in fear of blushing. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1159-1167.
- Mulkens, S., Jong, P.J. de & Bögels, S.M. (1997). High blushing propensity: fearful preoccupation or facial coloration? *Personality and Individual Differences*, 22, 817-824.
- Mulkens, S., Jong, P.J. de, Dobbelaar, A. & Bögels, S.M. (1999). Fear of blushing: fearful preoccupation irrespective of facial coloration. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1119-1128.
- Mulkens, S., Bögels, S.M., Jong, P.J. de & Louwers, J. (in press). Fear of blushing: effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Öst, L.G. & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 439-447.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387.
- Rapee, R.M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (p. 41-66). New York, London: The Guilford Press.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1977). Self-focused attention and the experience of emotion: attraction, repulsion, elation, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 625-636.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schneier, F.R., Martin, L.Y., Liebowitz, M.R., Gorman, J.M. & Fyer, A.J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 15-23.
- Semin, G.R. & Manstead, A.S.R. (1982). The social implications of embarrassment displays and restitution behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 12, 367-377.
- Shearn, D., Bergman, E., Hill, K., Abel, A. & Hinds, L. (1990). Facial coloration and temperature responses in blushing. *Psychophysiology*, 27, 687-693.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. & Keys, D.J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Wegner, D.M. & Giuliano, T. (1980). Arousal-induced attention to self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 719-726.
- Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention training: effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Wilkin, J.K. (1988). Why is flushing limited to a mostly facial cutaneous distribution? *Journal of the American Academy of Dermatology*, 19, 309-313.
- Wilkin, J.K. (1993). The red face: flushing disorders. *Clinics in Dermatology*, 11, 211-223.
- Wine, J.D. (1980). Cognitive-attentional theory of test anxiety. In I. Sarason (Ed.), *Test anxiety: Theory, research, and application*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Summary

A focus on fear of blushing A.A.N. Mulkens

Individuals with fear of blushing 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. Sufferers are afraid to blush in those situations, which is considered as humiliating or embarrassing. This paper aims to provide information about the disorder, its prevalence, and its consequences. Besides, a heuristic model about the etiology and maintenance of blushing phobia is proposed, and will be adjusted on the basis of scientific research. Finally, a treatment method, called 'Task Concentration Training', is brought to your attention.