

SASKO

Vragenlijst voor sociale angst en sociale tekortkomingen bij volwassenen



**Nederlandse
bewerking:
Remy Kooistra
Simon Nak
(Hogrefe Uitgevers)**

Auteurs oorspronkelijke, Duitstalige Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten (SASKO): Sabine Kolbeck en Reinhard Maß

SASKO

Vragenlijst voor sociale angst en sociale tekortkomingen bij volwassenen

Handleiding

Nederlandse bewerking:

Remy Kooistra

Simon Nak

(Hogrefe Uitgevers)

Auteurs oorspronkelijke, Duitstalige Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten (SASKO): Sabine Kolbeck en Reinhard Maß

Eerste druk, 2019

Vormgeving: BVGO Design & Development

Redactie: Remy Kooistra

Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten (SASKO) by Sabine Kolbeck, Reinhard Maß

Copyright © 2009 by Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Nederlandse bewerking: © 2019 Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Artikelnummer: 5706202

Inhoud

1	Theoretische achtergrond	5
1.1	Sociale angst bij volwassenen	5
1.2	Het construct van sociale angst	6
1.3	Resultaat-gerelateerd sociaal gedrag en proces-gerelateerd sociaal gedrag	7
1.4	Sociale tekortkomingen	8
1.5	Interactie tussen sociale angsten en tekortkomingen	9
1.6	Diagnostiek van een sociale-angststoornis	11
1.7	Diagnostische instrumenten voor sociale-angststoornissen en sociale tekortkomingen bij volwassenen	14
1.8	Meetpretentie	15
1.9	Doel en toepassing	16
2	Afname en scoring	19
2.1	Materialen	19
2.2	Afname van de vragenlijst	19
2.3	Scoring	20
	Berekenen van de ruwe scores	21
	Ontbrekende antwoorden	21
	Bepalen van de genormeerde scores	21
	Het bepalen van het betrouwbaarheidsinterval rond de T-score	21
2.4	Afname van de digitale versie van de SASKO	24
3	Interpretatie van de resultaten	25
3.1	Totaalscore	26
3.2	Interpretatie op schaalniveau	26
3.3	Voorbeeldcasus	27
	Achtergrondinformatie	27
	Anamnese	27
	Onderzoek	28
	Behandeling	28
4	Ontwikkeling van de oorspronkelijke vragenlijst en Nederlandstalige bewerking	31
4.1	Ontwikkeling van de oorspronkelijke Duitse versie	31
4.2	Nederlandstalige bewerking	32
	Vertaling van de items	32
4.3	Nederlandse steekproeven	32
	Datacontrole	32
	Kenmerken van de Nederlandse normeringssteekproeven	32

5	Psychometrische eigenschappen	35
5.1	Normconstructie	35
5.2	Betrouwbaarheid	36
	Interne consistentie	36
	Stabiliteit	37
5.3	Validiteit	37
	Constructvaliditeit	37
	Convergente en divergente validiteit	39
	Onderzoek bij klinische groepen	40
	Literatuur	41
	Bijlage A Normtabellen	49
	Bijlage B Percentielen	51

1 Theoretische achtergrond

1.1 Sociale angst bij volwassenen

De diagnose 'sociale fobie' of 'sociale-angststoornis' is pas sinds enkele decennia te vinden in de huidige classificatiesystemen voor psychische stoornissen (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013; ICD-10, Wereldgezondheidsorganisatie / Dilling et al., 2011). De sociale fobie, die in de DSM-5 ook als sociale-angststoornis genoemd wordt, is inmiddels na depressie en alcoholproblemen de meest voorkomende psychische stoornis. Uit epidemiologische studies blijkt de prevalentie bij volwassenen te liggen rond de tien procent van de algemene bevolking (Trimbos instituut, 2015). Hoewel sociale angsten op elke leeftijd kunnen optreden, ligt het begin van een sociale-angststoornis vaak in de kindertijd of in de adolescentie (Fehm et al., 2005; Kessler et al., 2005), waarbij deze meestal voor het eerst tussen het tiende en negentiende levensjaar optreedt (Stein & Stein, 2008; Wittchen, Lieb, Schuster & Oldehinkel, 1999). De stoornis treedt vaker bij jongeren en jongvolwassenen op - zowel bij mannen als vrouwen - dan bij volwassenen op latere leeftijd en kent zonder behandeling over het algemeen een chronisch verloop. Vrouwen hebben vaker een sociale-angststoornis dan mannen (het risico ligt 1,5 tot 2 keer hoger) en comorbide stoornissen komen vaak voor: met name depressies, andere angststoornissen en alcoholproblemen. Doordat de symptomen van het gegeneraliseerde type van de sociale-angststoornis en de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (DSM-5) sterk overlappen, worden beide stoornissen vaak allebei gediagnosticeerd (in 50 tot 90% van alle gevallen; Reich, 2001). Een sociale-angststoornis begint vaak onopvallend, maar verloopt over het algemeen chronisch en verergert over de tijd. Hoe eerder de stoornis optreedt (voor het elfde levensjaar) en hoe langer de stoornis bestaat, hoe stabielere deze wordt (Beesdo et al., 2007; Keller, 2006; Melfsen & Warnke, 2009; Wittchen & Fehm, 2003; Wittchen & Fehm, 2001).

Wat alle sociale-angststoornissen gemeenschappelijk hebben is een overdreven angst om beoordeeld te worden, een angst voor beschaamdheid, kritiek, negatieve beoordeling en falen in het contact met andere mensen (met uitzondering van de familie), alsmede een daarmee verbonden overdreven angst voor afwijzing, begeleid door terughoudendheid en remmingen in het contact met anderen, tot aan volledige vermijding van angst-veroorzakende situaties. Toch is het beeld van deze psychische stoornis uitgesproken heterogeen. De angst kan betrekking hebben op verschillende dingen: dat andere mensen de lichamelijke symptomen opmerken, om iets doms te zeggen, fouten te maken, of gedrag te laten zien dat beschamend of vernederend zou kunnen zijn; of het beschaamende gedrag om plotseling, zonder iets te zeggen uit een angstige situatie te vluchten (Heckelmann & Schneier, 1995).

Tussen individuen bestaat er een groot onderscheid in het soort en het aantal gevreesde situaties, de intensiteit en frequentie van de angstervaring, het al dan niet optreden van lichamelijke symptomen (blozen, trillen, zweten, hartkloppingen, etc.), en de manier waarop de persoon in kwestie op de angst-veroorzakende situatie reageert en ermee omgaat. Er bestaat ook grote verscheidenheid in de gevolgen die een sociale-angststoornis heeft voor het alledaagse leven van een persoon. De lijdensdruk en de beperkingen kunnen extreem zijn en de levenskwaliteit zeer slecht (Stein & Kean, 2000). Vaak wordt pas na secundaire complicaties een behandeling opgezocht (Herrlich & Pflug, 1997), een dramatisch verloop van de stoornis kan iemand bijvoorbeeld drijven tot sociale isolatie (Erwin et al., 2004) of tot suïcidale handelingen (Amies et al., 1983).

De huidige stand van zaken in onderzoek naar de individuele risicofactoren om een sociale-angststoornis te ontwikkelen gaat niet meer zoals vroeger uit van eenvoudige causale verklaringen – tekortkomingen in sociale vaardigheden veroorzaken sociale angst - maar gaat uit van een integratie van diverse benaderingen waarbij meerdere factoren met elkaar samenhangen en op elkaar inwerken. Hierbij wordt uitgegaan van leertheoretische invloeden, cognitieve oorzaken, traumatiserende sociale gebeurtenissen, hechtingstheoretische aspecten, ouderlijke opvoedstijl, temperamentfactoren (gedragsremming, verlegenheid), verminderd zelfbeeld, genetische disposities en neurobiologische factoren (zie ook Heimberg et al., 1995 en Stangier & Fydrich, 2002).

1.2 Het construct van sociale angst

Angst hoort bij de basisemoties (bijvoorbeeld Krohne, 1996, Amelang & Bartussek, 2001). Een angstemotie impliceert de waarneming van een objectief vastgesteld of subjectief ervaren gevaar, waar niet adequaat op kan worden gereageerd. Sociale situaties zijn alleen in zeer zeldzame gevallen objectief gevaarlijk; hier brengt de subjectieve waarneming van de persoon in kwestie het gevaar teweeg. Intensieve angstgevoelens gaan vaak samen met (de behoefte aan) vermijding van de angst-veroorzakende sociale situatie (Morris et al., 1981). Ook de cognitieve anticipatie van een beangstigende situatie kan al leiden tot angst.

De angstemotie kan zich manifesteren op drie niveaus: het cognitieve niveau (gedachten, houdingen, overtuigingen), het motorische niveau (gedrag: vluchten, vermijden) en het fysiologische niveau (bijvoorbeeld hartkloppingen, zweten, ademhalingsproblemen, misselijkheid). Hierbij kan de angst bestaan als een actuele, intra- en interindividueel variërende toestand (state anxiety), of in de vorm van een relatief stabiele, interindividueel variërende gedragsdispositie (trait anxiety). In de literatuur wordt geregeld onderscheid gemaakt tussen angst (anxiety) en vrees (fear) (Krohne, 1996). Diffuse angst (anxiety) wordt meestal verondersteld wanneer geen eenduidige bepaling van een gevaar mogelijk is; vrees (fear) daarentegen wanneer er sprake is van duidelijk herkenbare gevaren. Een primaire angstreactie met samengaande gezichts- en lichaamsexpressie kan echter niet langer dan enkele seconden bestaan, omdat de bijbehorende neurobiologische processen in het organisme van extreem korte duur zijn (Birbaumer & Schmidt, 1991, blz. 591). Wij gebruiken hier de begrippen angst en vrees als overeenkomstige begrippen. De interactie van de drie angstniveaus – het subjectief-cognitieve, motorisch-gedragsmatige en fysiologische niveau – bieden aanwijzingen voor de emotionele toestand van een persoon. De drie niveaus kunnen enerzijds gezien worden als indicatoren van angst, maar ook gelijktijdig als onderliggende en interacterende elementen (Hiemisch, 2000), die als representaties georganiseerd zijn in geassocieerde netwerken in het geheugen (Lang, 1977, 1979). De angstemotie zelf is dus niet direct meetbaar.

De drie angstniveaus hoeven niet overeen te komen, ze kunnen ook uit elkaar vallen (desynchronie). Dit wordt in de literatuur als problematisch voor een betrouwbare angstdiagnostiek beschouwd, want niet-overeenkomende niveaus kunnen de aanwezigheid of het ontbreken van angst verhullen. Hoyer en Margraf (2003, verwijzend naar Lader & Marks, 1971) tonen aan de hand van de mogelijke combinaties van de drie niveaus verschillende angstpatronen, die in een gevaarlijke situatie kunnen voorkomen (Tabel 1).

Tabel 1 Angstpatroon naar het Drie-Niveaus-Model (Hoyer & Margraf, 2003)

Angstpatroon	1	2	3	4	5	6	7
Niveaus							
Subjectief-cognitief	+	+	+	-	-	-	+
Motorisch-gedragsmatig	+	+	-	+	-	+	-
Fysiologisch	+	-	-	+	+	-	+

Patroon 1 is typisch voor zeer uitgesproken angsten, patroon 3 voor zeer milde angsten, patroon 7 kan het resultaat zijn van aangeleerde zelfcontrole (ondanks subjectief-cognitieve waarneming van angst met bijbehorende fysiologische reacties: geen waarneembaar angstgedrag).

In de kern heeft de sociale angst betrekking op sociale situaties, waarin een (vermeend) mislukken van de betroffene of de beperking van diens eigenwaarde mogelijk is (Buss, 1980; Heimberg et al., 1995). De betroffene vreest om pijnlijk op te vallen, dom te lijken of zich voor schut te zetten. De stoornisbeschrijving in de DSM-5 onderscheidt sociale angsten naar prestatie- en interactiesituaties, wat in overeenstemming zou moeten zijn met de indeling van een sociale-angststoornis in een specifiek type en een gegeneraliseerd type. De vraag van het differentiëren naar subtypes is echter wetenschappelijk niet bevredigend beantwoord (zie paragraaf 1.6). Naast de indeling van sociale angsten op basis van soort situatie, bestaan in de literatuur ook andere indelingsvoorstellen, bijvoorbeeld naar heersende doelen (zie Hinsch & Pflingsten, 1998).

1.3 Resultaat-gerelateerd sociaal gedrag en proces-gerelateerd sociaal gedrag

In het algemeen wordt vandaag de dag ervan uitgegaan dat voor gedrag in sociale situaties een proces-gerelateerd en een resultaat-gerelateerd aspect relevant zijn (Kanning, 2003). Deze worden intussen ook in samenhang met klinisch relevante angsten bij de sociale-angststoornis gezien (zie Fydrich, 2002; Hopko, 2001).

Het procesgerelateerde, subjectieve, cognitieve aspect heeft betrekking op de daadwerkelijke sociale competenties (social skills) en kan als “kenniscompetentie” begrepen worden. Daarmee worden alle bewuste en onbewuste, niet direct waarneembare, context- en taakgerelateerde vaardigheden bedoeld, die sociaal-competent gedrag in een complexe sociale situatie genereren en modereren, zoals sociale waarneming, aandachtssturing, decoderen en interpretatie van informatie, empathie en gedragssturing (Morrison & Bellack, 1981; McFall, 1982; Borgart, 1982; Döpfner, 1989). Binnen de social skills maakt Trower (1980) een onderscheid tussen “skill processes” en “skill components”. De skill processes omvatten de bovengenoemde aspecten van sociale waarneming, aandachtssturing, etc. alsmede aanvullende, het gedrag voorbereidende en activerende processen. Een volgend belangrijk cognitief aspect van sociale competenties, die in onderzoek tot nu toe niet in verbinding werd gebracht met sociale-angststoornissen, is de vaardigheid om je in te leven in het denken en de mentale processen van andere mensen – in hun motieven, intenties, doelen, etc. (Theory of Mind, zie Förstl, 2007). De skill components zijn daarentegen niet het vertoonde gedrag zelf, maar het geleerde en in het geheugen opgeslagen, beschikbare gedragsrepertoire: kleinere en grotere gedragscomponenten, die geselecteerd en geactiveerd kunnen worden (verbale en motorische gedragscomponenten, gedragssequenties, complex georganiseerd gedrag). Bij het vertonen van gepast gedrag, behoort ook het snelle en flexibele reageren op specifieke situatie-eisen (Hinsch & Wittmann, 2003). De sociale competenties vormen daarmee de voorwaarde voor het getoonde en waarneembare gedrag.

Het resultaatgerelateerde, objectieve, motorische gedragsaspect wordt gezien als sociale prestatie.

Dit uit zich als een fysiek en verbaal - waarneembaar - resultaat van sociale competentie in de vorm van individuele gedragselementen op zeer specifiek niveau (bijvoorbeeld frequentie en duur van oogcontact, gebaren, stemvolume, zwijgen, reactietijd, enz.), in de vorm van gedragssequenties op het globale niveau (bijvoorbeeld een toespraak houden, een gesprek initiëren) als ook gedrag in het kader van complexe interacties (bijvoorbeeld met anderen samenwerken, gesprekken beginnen en voortzetten, bij conflicten naar oplossingen zoeken). In talrijke experimentele onderzoeken werd bij patiënten met sociale angst in rollenspellen onderzocht hoe adequaat hun getoonde sociale gedrag was. De gedragscomponenten werden beoordeeld aan de hand van zelfbeoordelingen en informantenbeoordelingen en vergeleken met andere klinische groepen en gezonde personen (bijvoorbeeld Leary, 1983; Leary et al., 1987; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993; Alden & Wallace, 1995; Baker & Edelman, 2002). Over het geheel genomen zijn de bevindingen van de onderzoeken inconsistent: niet altijd laten patiënten met sociale-angststoornissen prestatietekorten zien in vergelijking met niet-angstige controlegroepen; niet altijd komen zelfbeoordelingen en informantenbeoordelingen overeen, en ook specifieke gedragselementen verschijnen bij sociaal-angstige personen als adequaat, terwijl hun omvattende gedrag inadequaat kan zijn. Becker en Heimberg (1988) verwijzen op basis van verschillende studies op de beperkte betekenis van rollenspellen als

het gaat om het beoordelen van social skills. Rapee (1995) constateert naar aanleiding van het probleem van tegenstrijdige bevindingen, dat zelfs in studies die gedragstekorten tussen angstige en niet-angstige personen vonden, onduidelijk bleef of dat een tekort aan vaardigheden of een remming in vaardigheden betekende, en kende invloeden toe van “nog niet geïdentificeerde parameters”. De niet direct waarneembare tekorten in sociale competenties zijn bij mensen met een sociale-angststoornis niet nader empirisch onderzocht – in tegenstelling tot intensief onderzochte sociale prestaties en prestatietekorten (Fydrich, 2002).

1.4 Sociale tekortkomingen

Een theoretische bepaling van het construct ‘sociale tekortkomingen’ vooronderstelt een oriëntatie naar de definitie van ‘sociale competenties’. Talrijke pogingen in het verleden om dichterbij het construct van sociale competentie(s) of social skills te komen – met of zonder betrekking op de sociale-angststoornis of klinisch relevante sociale angsten – hebben echter geen eenduidige definitie voortgebracht (bijvoorbeeld Dopfner, 1981; Fliegel et al., 1993; Becker & Heimberg, 1988; Schuler & Barthelme, 1995; Seyfried, 1995; Hinsch & Pfingsten, 1998). Sociale competenties zijn te complex en het aantal variabelen in de meest verscheidene sociale situaties te talrijk en oncontroleerbaar dat definities erin resulteerden te specifiek of juist te globaal te zijn en er daarom geen adequate basis was voor een precieze operationalisering van het begrip. De wetenschappelijke omgang met het fenomeen ‘sociale competentie’ wordt ook bemoeilijkt door het feit dat verschillende constructen, concepten en begrippen van sociale competentie(s) min of meer overlappen of door elkaar gebruikt worden (bijvoorbeeld sociale gevoeligheid, sociale vaardigheden, interpersoonlijke competentie, sociale behendigheid, emotionele intelligentie, sociale intelligentie). Kanning (2003) vat uit een reeks van conceptualisering van het begrip ‘sociale competentie’ als “kleinste gemeenschappelijke noemer” samen dat: “sociale competentie ‘iets’ met interacties tussen mensen” te maken heeft. Tegen deze achtergrond is een eenduidige en precieze bepaling van het concept ‘sociale competentie’ nauwelijks mogelijk.

In de persoonlijkheidspsychologie worden competenties opgevat als vaardigheden, die prestaties mogelijk maken. Competenties vormen de voorwaarde voor competent – waarneembaar – gedrag en meetbare resultaten. De beoogde prestatie hangt echter niet alleen van competenties die voorhanden zijn, maar ook van de inspanning van de persoon in kwestie. Prestatieverschillen tussen personen zijn daarom slechts gedeeltelijk te verklaren door verschillen in competenties. “Dit fundamentele probleem wordt ook wel het competentie-prestatie-probleem genoemd: de (gerealiseerde) prestatie in een taak is alleen bij gelijke motivatie een goede maat van competentie” (Asendorpf, 2004). Met betrekking tot het meten van sociale competenties bij een sociale-angststoornis, uitsluitend op basis van de waarneembare gedragsprestaties, kan hierbij uitgegaan worden van verstoorde resultaten, wanneer daarnaast niet ook gelet wordt op de mate van inspanning. Bovendien speelt bij de sociale-angststoornis ook de angstmotie als bestrijder van sociaal competent gedrag een beslissende rol.

Niet alleen angsten, maar ook (primaire) sociale tekortkomingen kunnen een belangrijke rol spelen bij een sociale-angststoornis (Wlazlo, 1989). In de klinische praktijk wordt dikwijls gezien dat angsten en sociale tekortkomingen gemeenschappelijk optreden (Beidel, Turner & Morris, 1999; Kolbeck & Maß, 2009; Wlazlo, 1989). Sociale vaardigheden kunnen (veroorzaakt door de individuele levens- en leergeschiedenis alsmede het verloop van de stoornis) meer of minder ontbreken, omdat deze nooit geleerd en ontwikkeld zijn, onderontwikkeld zijn of bij aanhoudende duur van de stoornis en met toenemend vermijdingsgedrag uiteindelijk verloren zijn gegaan. Ook is het mogelijk dat bepaalde vaardigheden wel aanwezig waren, maar dat deze door angsten beperkt of geblokkeerd zijn: “[...] mensen met een sociale-angststoornis beschikken wellicht over adequate sociale vaardigheden, maar slagen er niet in om deze tot uitvoer te brengen als gevolg van angst of negatieve overtuigingen over de gedragingen, waardoor het lijkt alsof er sprake is van tekortkomingen in sociale vaardigheden, wanneer dit feitelijk niet het geval is” (Rodebaugh et al., 2004, p. 886). Een belangrijke vraag voor de inschatting van de ernst van een sociale-angststoornis is daarom in hoeverre er sprake is van uitingen van componenten van sociale tekortkomingen.

De differentiële meting van sociale angsten en sociale tekortkomingen is des te urgenter, aangezien er samenhang gevonden is tussen de ernst van de stoornis en het slagen van de therapie. Verscheidene onderzoeken naar

de effectiviteit van gangbare therapiemethoden (overzichten hiervan in Taylor, 1996; Harb & Heimberg, 2002; Rodebaugh et al., 2004) tonen hun werkzaamheid bij de behandeling van sociale-angststoornissen. Voor de behandeling van ernstiger beperkte patiënten bereiken echter niet alle therapiemethoden een volledige symptoomreductie of klinisch significante verbeteringen (Brown et al., 1995; Hope et al., 1995; Safren et al., 1997); sommige therapieën worden ook voortijdig afgebroken (Münchau, 2001). Uit een reeks van onderzoeken (Wlazlo, 1989, 1995; Wlazlo et al., 1990, 1992; Münchau, 1988) blijkt dat de samenstelling van de mate van sociale angst en sociale tekortkomingen van belang is voor het succes of falen van de behandeling (Tabel 2).

Tabel 2 Uiting van de stoornis en therapie succes (naar Kolbeck & Maß, 2009)

		ANGST	
		weinig	veel
TEKORTKOMINGEN	weinig	normaal gedrag	voornamelijk angst makkelijker te behandelen (omgaan met angst, angstreductie, angstmanagement)
	veel	voornamelijk tekortkomingen moeilijker en langdurig te behandelen (intensieve sociale-vaardigheidstraining)	angsten en tekortkomingen, extreme beperkingen ernstige vormen van de sociale-angststoornis met en zonder vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, uitvoerige en moeizame behandelingen, vaak heeft de therapie geen succes

Stravinsky et al. (1987) concludeerden op basis van de bevindingen van hun onderzoek waarin zij therapieën evalueerden bij patiënten met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (bij wie de symptomen sterk overlappen met de gegeneraliseerde sociale-angststoornis), dat onder het differentiële angst/beperkingen-aspect een uitbreiding van de angstbehandeling (bijvoorbeeld een verlengde exposure-in-vivo) samen met een breed uitgezette sociale-vaardigheidstraining de behandelingsresultaten zouden kunnen verbeteren. Breed uitgezette sociale-vaardigheidstrainingen (Alsleben & Hand, 2006) zijn met name geschikt bij duidelijke sociale tekortkomingen. Voor een gerichte indicatie en de individuele therapieplanning is het dus behulpzaam om de beide stoorniscomponenten (sociale angsten en sociale tekortkomingen) differentieel te meten in het diagnostisch proces. De SASKO is ontwikkeld om aan deze behoefte voldoen.

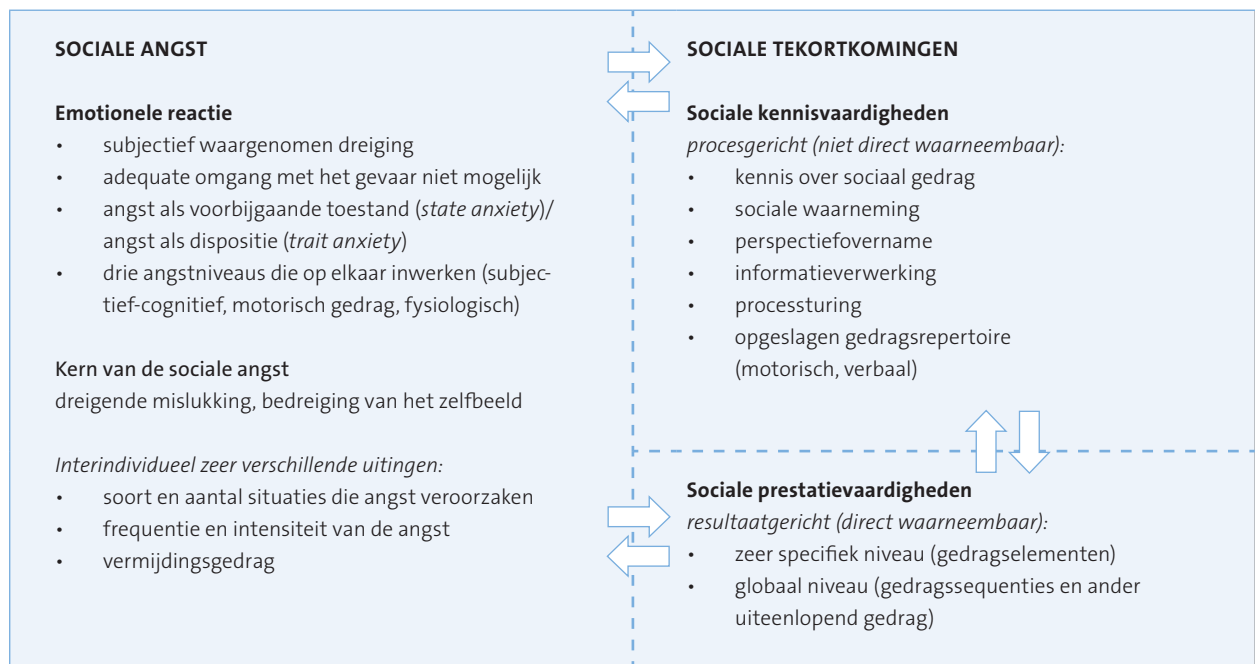
Hoewel sociale tekortkomingen vaak voorkomen in de context van sociaal-angstige symptomen, wordt er in het concept van de stoornis tot nu toe nauwelijks aandacht aan besteed. Dit is enerzijds duidelijk zichtbaar in de tamelijk eenzijdige staat van onderzoek, waarbij in het verleden de nadruk lag op het meten van specifieke globale sociale prestatiegebreken bij de stoornis, terwijl stoornis-specifieke tekortkomingen in sociale competenties niet expliciet werden onderzocht (zie Fydrich, 2002). Anderzijds – of ook als gevolg hiervan – worden sociale tekortkomingen in de classificatiesystemen nog altijd marginaal (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) of helemaal niet (ICD-10: F40.1; WHO, 1993) genoemd.

1.5 Interactie tussen sociale angsten en tekortkomingen

Zoals eerder beschreven, kan worden aangenomen dat sociale angsten en tekortkomingen in sociale vaardigheden in de context van een sociale-angststoornis op elkaar inwerken. Daarom moeten beide elementen niet los van elkaar bekeken worden. In Figuur 1 worden de typische kenmerken van beide componenten van de stoornis getoond en hoe deze op elkaar inwerken.

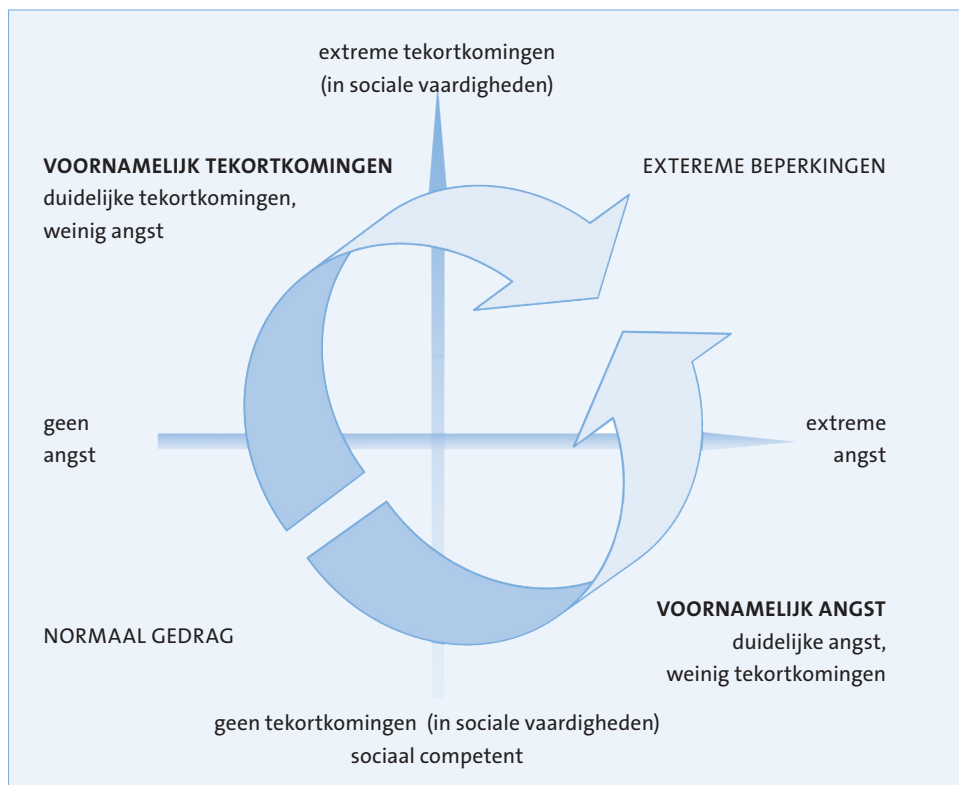
Er zijn veel modellen voor het ontstaan en het in stand houden van een sociale-angststoornis, die elk gericht zijn op verschillende aspecten van de stoornis, bijvoorbeeld: het diagnostisch model van sociale geremdheid (Wlazlo, 1989), het cognitieve model van de sociale-angststoornis (Clark & Wells, 1995), het procesmodel van sociaal

competent/incompetent gedrag (Hinsch & Pfungsten, 1998), het multimodaal verklaringsmodel van sociale angsten (Döpfner, 2000), het competentie- en prestatiegerichte stoornismodel van de sociale-angststoornis (Fydrich, 2002). Van al deze modellen hebben alleen Wlazlo (1989) en Döpfner (2000) het zwaartepunt gelegd op de beide componenten van de stoornis: sociale angst en sociale tekortkomingen.



Figuur 1 Sociale angst, sociale tekortkomingen en mogelijke interacties (Kolbeck & Maß, 2009)

Vooraf het model van Wlazlo (1989) is zeer geschikt om de meetpretentie te illustreren van het onderliggende concept van de SASKO, waarin sociale angsten en sociale tekortkomingen gezien worden als aparte dimensies van de sociale-angststoornis. Dit model gaat uit van vier kenmerken (normaal gedrag, primair angst, primair tekortkomingen en extreme beperkingen), die elk voortkomen uit een combinatie van twee gradatievormen (laag versus hoog) van de beide stoorniscomponenten (zie Figuur 2). Hierbij wordt aangenomen dat de gradatievormen op een continuüm liggen, variërend van “niet aanwezig” tot “extreem”. Hoewel dit model de complexiteit van een sociale-angststoornis vermindert door de fenomenologische benadering, brengt het desalniettemin de mogelijke ernst van de symptomen tot uitdrukking. De samenstelling van de beide kenmerken (primaire symptomen) bieden aanwijzingen voor het noodzakelijke zwaartepunt van de therapie: cognitieve-angstbehandeling (Clark & Wells, 1995), sociale-vaardigheidstraining of een combinatie van beide.



Figuur 2 Diagnostisch model van sociale geremdheid (Wlazlo, 1989)

Het model van Döpfner (2000) laat eveneens zien dat bij sociale angsten ook sociale tekortkomingen in de interactie en in de informatieverwerking een belangrijke rol kunnen spelen. In dit multimodale verklaringsmodel van sociale angsten worden vier hoofdcomponenten van sociale angsten beschreven: sociale angst (1), negatief zelfbeeld (2), ineffectief interactiegedrag (3) en ineffectieve sociale informatieverwerking (4). Omdat de componenten elkaar wederzijds beïnvloeden of versterken, brengen problemen in een van de componenten over het algemeen ook moeilijkheden met zich mee in een of meer van de andere gebieden, waardoor het geheel aan symptomen kan verergeren of in stand worden gehouden. In dit model kunnen sociale angsten daarom in verschillende gebieden geplaatst worden.

1.6 Diagnostiek van een sociale-angststoornis

Ondanks het voortschrijdend inzicht in het begrip van sociale-angststoornissen, zijn er aanwijzingen uit onderzoek en klinische waarnemingen, die er op wijzen dat de ernst van de stoornis vaak onderschat wordt (bijvoorbeeld Turner et al., 1986; Stein & Kean, 2000; Erwin et al., 2004). Ook bij ernstige sociale angsten en sociale tekortkomingen wordt niet altijd een sociale-angststoornis gediagnosticeerd (Dally et al., 2005). In de literatuur worden vragen en problemen beschreven, die een precieze diagnostiek van een sociale-angststoornis bemoeilijken (differentiatie van subtypen; afgrenzing van de stoornis tegenover normaal gedrag en de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis; vaak voorkomende comorbide stoornissen; verschillen in de stoornisbeschrijvingen in diagnose-handleidingen). Het lijkt ons noodzakelijk om uitvoerig op deze basismoeilijkheden te wijzen, omdat zij resulteren in mogelijk onnauwkeurige en verkeerde diagnoses.

Subtypen van de sociale-angststoornis: specifiek versus gegeneraliseerd.

In 1980 werd de sociale-angststoornis als op zichzelf staande stoornis opgenomen binnen de angststoornissen in de DSM-III, waarbij de focus vervolgens lag - in nauwe verwijzing naar Marks en Gelder - op specifieke angsten in nauw omschreven situaties: „phobias of social situations, expressed variably as shyness, fears or blushing in public, of eating meals in restaurants, of meeting men or women, of going to dances or parties, or of shaking when in the

center of attention" (Marks & Gelder, 1966, p. 228). Het verdere onderzoek van het stoornisbeeld (zie bijdragen bij Stangier & Fydrich, 2002) leidde met het verschijnen van de DSM-III-R (APA, 1987) tot het onderscheid in een specifiek type van de sociale fobie met angst in een of enkele afgebakende situaties, en een gegeneraliseerd subtype, dat wijst op een algemene sociale angst in de meeste of alle sociale situaties (sociale-angststoornis). Het onderscheid in subtypen werd ook in de DSM-5 gehandhaafd. Het klinische beeld van het gegeneraliseerde subtype overlapt grotendeels met de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis en geldt als ernstige uiting van de stoornis met verstrekkende consequenties voor het alledaagse leven van de betroffene.

Of de subtypen-differentiatie terecht is, daarover is nog geen consensus bereikt. De indeling in subtypen aan de hand van het aantal gevreesde situaties alsook het gebruik van begrippen zoals 'meeste', 'meerdere', 'niet voor bijna alle' wordt bekritiseerd, omdat zulke diagnosecriteria niet eenduidig te interpreteren zijn (bijvoorbeeld Schlenker & Leary, 1982; Turner et al., 1992). Een indeling naar het aantal situaties (niet-gegeneraliseerd, gegeneraliseerd, discreet; Heimberg et al., 1993) heeft zich niet kunnen doorzetten. Een oriëntering op prestatie- en interactiesituaties schijnt op basis van empirische bevindingen voor de hand liggend (Heimberg et al., 1990; Schneier et al., 1991; McNeil et al., 1995; Hughes et al., 2006). Aan de andere kant heeft het beoordelingsaspect dat bij prestatie-angsten op de voorgrond staat wel degelijk - namelijk in impliciete vorm - betrekking op interactie-angsten (gegeneraliseerde type): „[...] most social occasions contain no element of evaluation, at least not explicitly" (Buss, 1980, p. 206). Ook Turner et al. (1992) komen – ondanks waarneembare verschillen tussen de subtypen met betrekking tot de ernst van de stoornis, het aantal gevreesde situaties en de reactie op behandelingen – tot de conclusie: „[...] the core of the disorder (i. e., fear of negative evaluation) appears to be the same for both subtypes" (p. 330). Daarmee moet het beoordelingsaspect, dat in het algemeen voornamelijk in samenhang met het specifieke subtype (angst in prestatiesituaties) gezien wordt, niet tot dit type beperkt zijn. Buss (1980) brengt naar voren dat de meeste sociale situaties niet als expliciete beoordelingsituaties te kwalificeren zijn. Dat betekent echter: impliciet kunnen beoordelingen wel degelijk een rol spelen in verschillende interactiesituaties (bijvoorbeeld kennismaken met iemand van het andere geslacht, kennismaken met je toekomstige schoonouders). Het beoordelingsaspect – expliciet of impliciet – kan daarom een overeenkomst vertegenwoordigen bij alle sociale (interactie- en prestatie-) situaties.

Een verdere belangrijke overeenkomst tussen de verschillende subtypen is de spreekangst. Empirisch bewijs suggereert dat spreekangst bij mensen met een sociale-angststoornis in beide situaties een bijzonder gewicht heeft, zoals Turner et al. (1986) benadrukten: “[...] formal (public) speaking is the most commonly avoided social situation. It is also the situation most often reported as creating significant distress, whether strict avoidance is present or not. Informal speaking situations (cocktail parties, speaking to co-workers) are also avoided by more than 50 % of the sample, and are described as stressful by more than 75 %” (p. 390). Later stootten Manuzza et al. (1995) op subtypen-overstijgende bevindingen: „Nearly 90 % of patients with generalized social phobia and 79 % of patients with nongeneralized social phobia were diagnosed as having speaking phobia. Also, all of the social situations generally categorized as „interactional“ were significantly more prevalent among patients with generalized social phobia (attending social affairs, dealing with authority figures, speaking to strangers, and asking directions)” (p. 234). De controversiële discussie over de subtypen-differentiatie laat zien dat de kwestie van situationele of subtypen-gerelateerde indeling van de sociale-angststoornis in onderzoek niet afsluitend verhelderd/opgelost is.

Voor het onderscheiden van de subtypen lijkt ook het meten van fysiologische reacties een mogelijkheid te zijn, bijvoorbeeld de hartslagfrequentie als maat voor de sociale angst. Het specifieke type zou in angstige situaties subjectief minder angst ervaren en tegelijk sterker fysiologisch reageren, terwijl dit bij het gegeneraliseerde type omgekeerd zou zijn. In meerdere studies zijn bevindingen gedaan in deze richting (bijvoorbeeld Heimberg et al., 1990; Hofmann et al., 1995; Levin et al., 1993). Gerlach (2002) bericht echter in zijn overzichtswerk over hogere hartslagfrequenties bij mensen met een gegeneraliseerde sociale-angststoornis in vergelijking met het specifieke type. Boone et al. (1999) neemt hogere hartslagfrequenties waar bij mensen met een specifieke sociale-angststoornis versus het gegeneraliseerde type met en zonder vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, terwijl Turner et al. (1992) geen verschillen vonden tussen deze drie groepen. De inconsistente en tegenstrijdige bevindingen

konden volgens Gerlach (2002) het resultaat zijn van verschillende onderzoeksmethoden, of wijzen op een slechte betrouwbaarheid van het toewijzingscriterium (instabiliteit van de psychofysiologische reactie over de tijd; zie ook Birbaumer & Schmidt, 1991, p. 591).

Mensen met een sociale-angststoornis hebben bij sterke stoornisuitingen meestal gelijktijdig aanzienlijke problemen op verschillende gebieden van het leven (zie ook Stein & Kean, 2000; Erwin et al., 2004). In veel onderzoeken is een grotere mate van psychosociale beperkingen (bijvoorbeeld geen relatie, geen vriendenkring; moeilijkheden met sociale contacten in de vrije tijd, in de opleiding, in het beroep; beperkte arbeidsproductiviteit, vaak voorkomende comorbide stoornissen) vooral met een gegeneraliseerde sociale-angststoornis geassocieerd (zie ook Manuzza, 1995; Lieb & Müller, 2002). De toewijzing van het subtype aan de hand van de gerapporteerde psychosociale beperkingen van de patiënt is gebaseerd op de subjectieve beoordeling van de diagnosticus. Voor zover wij weten, zijn er nog geen studies gedaan die een poging hebben gedaan om dit toewijzingscriterium objectief te systematiseren.

Afgrenzing van sociale-angststoornissen versus normaal gedrag en vermijdende-persoonlijkhedenstoornis.

Het heterogene stoornisbeeld van een sociale-angststoornis met onduidelijke grenzen tegenover normaal gedrag enerzijds en de vermijdende-persoonlijkhedenstoornis anderzijds, bergt het diagnostische risico om een aanwezige sociale-angststoornis over het hoofd te zien. Tussen een sociale-angststoornis met lichte kenmerken en normale of subklinische onzekerheden en remmingen alsook verlegenheid in sociale situaties bestaan gelijkenissen en vloeiende overgangen. Over het algemeen wordt er echter van uit gegaan dat beginnende schuchtere terughoudendheid en normale onzekerheden en remmingen met voortschrijdend contact minder worden, terwijl klinisch relevante angsten blijven bestaan of in de situatie kunnen versterken (bijvoorbeeld Buss, 1980; Riedesser, 2003; Fehm & Wittchen, 2004).

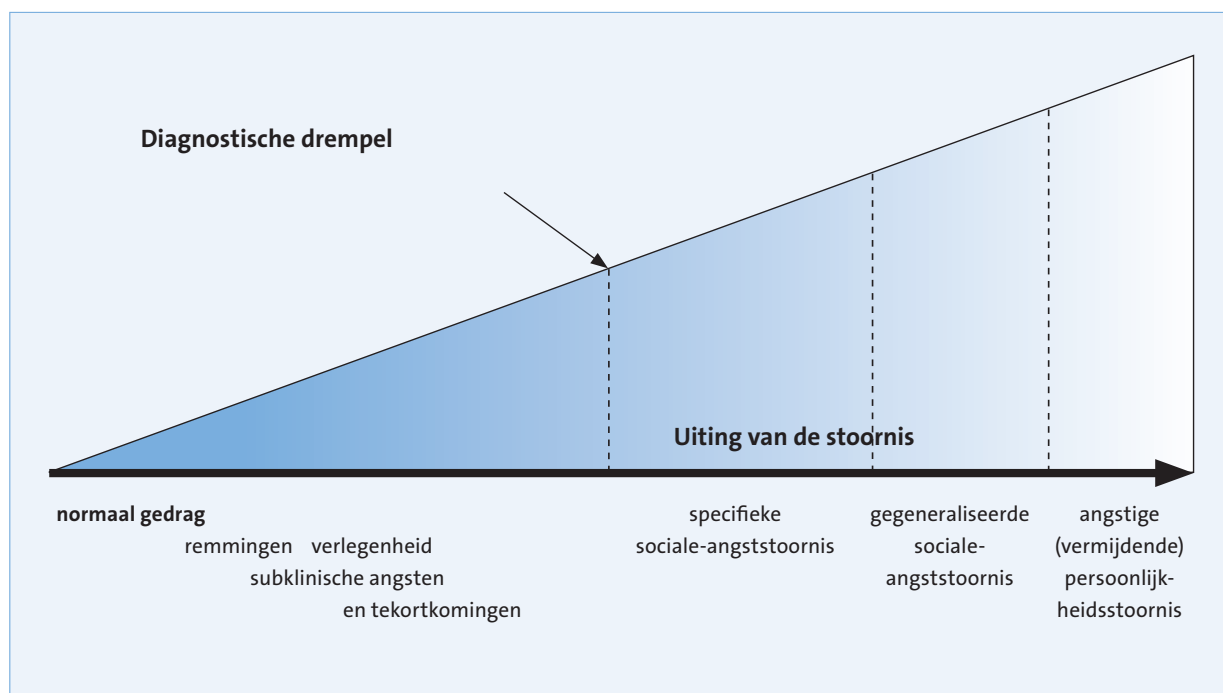
Aan het andere einde van de stoornisuiting bevindt zich een sterke symptoomoverlap met de vermijdende-persoonlijkhedenstoornis (bijvoorbeeld Turner et al. 1992; Widiger, 1992; Boone et al., 1999). Hierop wordt in de DSM-5 bij de differentiaaldiagnostiek uitdrukkelijk gewezen op beide stoornisbeelden (DSM-5, p.311, APA) met de opmerking dat “de sociale-angststoornis vaker comorbide optreedt met de vermijdende-persoonlijkhedenstoornis dan met andere persoonlijkheidsstoornissen, en dat de vermijdende-persoonlijkhedenstoornis vaker comorbide is met de sociale-angststoornis dan met andere angststoornissen”. De open vraag naar hoe persoonlijkheidsstoornissen in hun kern te definiëren zijn (bijvoorbeeld Millon, 1991, 1994; Saß et al., 1997) kan bijdragen aan diagnostische onduidelijkheden.

Het fenomeen van de symptoomoverlap leidt niet alleen tot veel voorkomende dubbeldiagnoses (Reich, 2001), maar ook tot controversiële discussies over of een indeling in verschillende stoorniscategorieën (angststoornis versus persoonlijkheidsstoornis) gerechtvaardigd is, of dat een onderliggende stoornis met verschillende gradaties van uitingen veel aannemelijker is en daarmee een dimensionale benaderingswijze adequater is (zie Figuur 3). Hoewel enkele stoorniskenmerken vóór een categoriale indeling spreken (zie bijvoorbeeld ook Fiedler, 2001; Arntz, 1999; Stravynski et al., 1987), blijven valide empirische bewijzen voor een kwalitatief onderscheid tot dusverre uit (zie ook Heidenreich & Stangier, 2002). Over het algemeen heeft men de neiging om de symptoomoverlap dimensionaal op een continuüm te zien.

Comorbiditeit

Of de vermijdende-persoonlijkhedenstoornis een comorbide stoornis in de eigenlijke zin vertegenwoordigt, moet na de bovenstaande uiteenzettingen nog maar de vraag blijven. Afgezien daarvan komt een sociale-angststoornis gemeenschappelijk voor met diverse andere stoornissen. Comorbiditeit bij een sociale-angststoornis is volgens Lieb en Müller (2002) eerder de regel dan de uitzondering, en wordt in het bijzonder met eetstoornissen, andere angststoornissen (vooral specifieke fobieën) en agorafobie waargenomen, en eveneens in hoge mate met

depressieve stoornissen, autismespectrumstoornissen en verder met verslavingsstoornissen (alcohol, drugs), post-traumatische-stressstoornissen, paniekstoornis en minder vaak met dwangstoornissen.



Figuur 3 Continuümhypothese (Kolbeck & Maß, 2009)

Betrouwbare informatie over het tijdsverloop van comorbiditeitspatronen (treedt de sociale-angststoornis eerst op of de comorbide stoornis?) zijn bij doorsnee-onderzoeken moeilijk af te leiden. Merikangas en Angst (1995, geciteerd door Lieb & Müller, 2002) gaan ervan uit dat de sociale-angststoornis meestal voorafgaat aan de comorbide stoornis. Dit is waarneembaar bij comorbide affectieve stoornissen in 95% van de gevallen, overeenkomstig bij comorbide andere angststoornissen (80-90%) en comorbide alcoholverslaving (65%). Een uitzondering vormt de specifieke fobie, die bij meer dan de helft van de gevallen optreedt voorafgaand aan de sociale-angststoornis.

1.7 Diagnostische instrumenten voor sociale-angststoornissen en sociale tekortkomingen bij volwassenen

Er zijn enkele andere instrumenten die ingezet kunnen worden voor het meten van de symptomen van sociale-angststoornissen bij volwassenen. Sommige instrumenten zijn specifiek gericht op het meten van deze symptomen, bij andere instrumenten is één van de subschalen gericht op het in kaart brengen van symptomen van sociale-angststoornissen of angststoornissen in het algemeen. Hieronder volgt een beschrijving van de betreffende instrumenten.

De Sociale Angst Schaal (SAS) (Willems et al., 1973) is een zelfbeoordelvragenlijst voor volwassenen die bestaat uit 24 items. De items verwijzen naar sociale situaties waarin men opvalt, beoordelingssituaties, nieuwe en onverwachte situaties en gezelligheids- en informele contactsituaties. De uitslag wordt gegeven als 'normaal', 'sociaal angstig' of 'zeer sociaal angstig'. Voor deze vragenlijst zijn geen normgroepen beschikbaar, waar door de uitkomst lastig te interpreteren is.

De Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, 1990) is een zelfbeoordelvragenlijst voor adolescenten en volwassenen vanaf 16 jaar en meet angst in sociale situaties. De vragenlijst bestaat uit twee delen van 35 items (70 items totaal). In het eerste deel wordt bepaald hoeveel spanning een situatie oproept, in het tweede deel wordt de frequentie van het uitvoeren van de sociale respons gemeten. De vragenlijst

bevat vijf subschalen: kritiek geven, aandacht vragen voor eigen mening, waardering uitspreken voor de ander, initiatief nemen tot contact en jezelf waarderen. De uitslag wordt gegeven op een zevenpuntsschaal lopend van 'zeer hoog' tot 'zeer laag'. Deze vragenlijst is minder goed bruikbaar omdat deze verouderd is, deze heeft al 15 jaar geen update meer gehad.

De Vierdimensionale klachtenlijst (Terluin, 1996) is een zelfbeoordelingsvragenlijst voor adolescenten en volwassenen vanaf 15 jaar gericht op psychosociale klachten. De vragenlijst bestaat uit 50 items die onder te verdelen zijn in vier subschalen: distress, depressie, angst en somatisatie. De Angst-schaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst. De vragenlijst meet dus niet sociale angst specifiek maar onderscheidt angstklachten van klachten van stress, depressie en somatisatie. Ook deze vragenlijst heeft al lange tijd geen update meer gehad en is dus zeer sterk verouderd.

De Zelfbeoordelingsvragenlijst (Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 2000) is een vragenlijst voor volwassenen en is ontwikkeld om angst te onderzoeken. De lijst bestaat twee delen van 20 uitspraken (40 uitspraken in totaal). De schaal van het eerste deel geeft inzicht in de toestandsangst (state anxiety) van de persoon. De schaal van het tweede deel geeft inzicht in de angstdispositie (trait anxiety). Ook deze vragenlijst is inmiddels sterk verouderd. De Symptom Questionnaire 48 (Carlier et al, 2012) is een zelfrapportagevragenlijst voor volwassenen die algemene psychopathologie in kaart brengt. De vragenlijst heeft 48 items waarbij gevraagd wordt aan te geven in hoeverre de respondent last had van het probleem dat in het item beschreven wordt. Eén van de subschalen brengt sociale-angst in kaart en bevat vijf items.

Uit bovenstaande kan opgemaakt worden dat er geen ruime keuze is uit vragenlijsten die specifiek sociale angst en sociale tekortkomingen meten. De meeste vragenlijsten hebben maar een enkele schaal welke (sociale) angst in kaart brengt, deze bestaat vaak uit niet meer dan een paar items. Bovendien zijn veel van deze vragenlijsten verouderd waardoor de uitkomsten lastig te interpreteren zijn. Daarnaast zijn er geen vragenlijsten beschikbaar die tekortkomingen in sociale vaardigheden in beeld brengen. Uit voorgaande kan opgemaakt worden dat er op dit moment nog geen psychodiagnostisch instrument bestaat waarmee sociale angsten én tekortkomingen met één instrument en onafhankelijk van elkaar kunnen worden gemeten. Het unieke van dit instrument (SASKO) is dus ook dat deze twee bij elkaar gebracht worden in dit instrument en hiermee is de SASKO een nieuwe aanvulling op het gebied van sociale-angst bij volwassenen.

1.8 Meetpretentie

De SASKO is een instrument dat op basis van zelfbeoordeling de symptomen van een sociale-angststoornis bij volwassenen van 18 tot en met 70 jaar in kaart brengt. De symptomen die gemeten worden zijn in eerste instantie gerelateerd aan de sociale-angststoornis (mogelijk ook de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis; zie de DSM-5 of ICD-10). Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds sociale angsten en anderzijds tekortkomingen in sociale vaardigheden. Hierbij geldt dat sociale angsten een noodzakelijk symptoom vormen voor de stoornis volgens de DSM-5 (Nederlandse uitgave: American Psychiatric Association, 2014) en de ICD-10 Wereldgezondheidsorganisatie/Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2011), terwijl tekortkomingen in sociale vaardigheden niet altijd aanwezig hoeven te zijn – hoewel dit wel vaak voorkomt bij een sociale-angststoornis. In deze context is het van belang dat de SASKO kan worden ingezet voor de diagnostiek van de classificatiecriteria van een sociale-angststoornis, om zo de waarschijnlijkheid van de diagnose in te kunnen schatten. Het meten van sociale tekortkomingen naast de classificatiecriteria van de sociale-angststoornis maakt het mogelijk om ook het behandelplan te verbeteren.

Op basis van de relatief hoge correlaties tussen de schalen (zie paragraaf 5.3) kan aangenomen worden dat sociale angsten en sociale tekortkomingen vaak gemeenschappelijk voorkomen. Veel volwassenen laten echter ook intra-individuele verschillen zien tussen de schalen en dimensies. De SASKO biedt de mogelijkheid om de individuele samenstelling van de symptomen in beeld te brengen en kan daardoor betere informatie leveren voor het opstellen van een behandelplan dan veel andere instrumenten. Daarnaast kan de SASKO ingezet worden tijdens een behandeling (voor-/nameting), ook al is dit nog niet specifiek in studies onderzocht.

In totaal bestaat de SASKO uit 44 vragen, die binnen vijf tot tien minuten beantwoord kunnen worden en door de clinicus gescoord kunnen worden met behulp van het doordrukformulier. Digitale afname via HTS 5 is ook mogelijk. De vragenlijst bestaat uit vijf schalen, waarvan er vier kunnen worden ingedeeld bij de dimensie Angst of de dimensie Tekortkomingen in sociale vaardigheden. De schalen Spreek- en middelpuntangst (12 items) en Angst voor afwijzing (10 items) hebben betrekking op sociale angst; de schalen Interactieproblemen (9 items) en Informatieverwerkingsproblemen (8 items) meten sociale tekortkomingen. De totaalscore van de SASKO bestaat zodoende uit 39 items. Daarnaast is er een vijfde, aanvullende schaal die betrekking heeft op Eenzaamheid (5 items). Hoewel bij de empirische beoordeling werd aangetoond dat de vijf items van de aanvullende schaal niet van toegevoegde waarde zijn voor de totaalscore (Kolbeck & Maß, 2009), levert deze schaal toch waardevolle informatie op, aangezien het ervaren van eenzaamheid dikwijls voorkomt. De beslissing om de aanvullende schaal Eenzaamheid te behouden is daarmee meer genomen vanuit klinisch-inhoudelijke oogpunt dan op test-theoretische gronden.

De schaal Spreek- en middelpuntangst heeft voornamelijk betrekking op angsten en onzekerheden aangaande spreken in sociale situaties (bijvoorbeeld op studie of werk), falen in interactie- en communicatiesituaties (bijvoorbeeld met collega's) en situaties waarin de persoon in het middelpunt staat. Daarnaast worden met deze schaal angsten gemeten, die samen kunnen gaan met de genoemde situaties (bijvoorbeeld de angst om een slechte indruk te maken). De hier beschreven angsten omvatten daarbij zowel sociale situaties, waarin gestructureerde prestaties vereist zijn (bijvoorbeeld het geven van een presentatie), als ook ongestructureerde interactiesituaties (bijvoorbeeld ongedwongen gesprekken in de vriendenkring).

De schaal Angst voor afwijzing heeft betrekking op angsten om anderen te irriteren of tot last te zijn, maar ook angst voor negatieve kritiek, gezichtsverlies en afwijzing. Hierbij richten enkele items zich op het beoordelingsaspect, oftewel de reactie van anderen. Ook deze schaal weerspiegelt in bepaalde mate de cognitieve componenten van angstervaringen in sociale situaties (bijvoorbeeld het idee om te worden bekritiseerd of afgewezen is moeilijk te verdragen). Kolbeck en Maß (2009) wijzen erop dat met deze schaal mogelijk een meer fundamentele angst voor algemene afwijzing aangesproken wordt, die verband houdt met het zelfbeeld.

De schaal Interactieproblemen bevat items die voornamelijk betrekking hebben op afstandelijk, geremd interactiegedrag. Voorbeelden hiervan zijn items die zich richten op het praten over koetjes en kalfjes en het maken van oogcontact tijdens gesprekken. Verder wordt met twee items het angst-veroorzakende effect van menigtes mensen beschreven, wat een aanwijzing kan zijn voor de aanwezigheid van agorafobie (Kolbeck & Maß, 2009).

De schaal Informatieverwerkingsproblemen representeert onzekerheden en beperkingen ten aanzien van een adequate waarneming en interpretatie van gedrag, verwachtingen, intenties en motieven van andere mensen. Daarnaast worden concentratieproblemen en de zorgen om het eigen gedrag in sociale situaties met deze schaal gemeten.

De aanvullende schaal Eenzaamheid beschrijft een subjectief waargenomen tekort aan sociale contacten (privé en/of op werk) met een gerelateerde lijdensdruk en wens naar meer contacten.

1.9 Doel en toepassing

Sociale angsten gaan vaak (echter niet altijd) gepaard met sociale tekortkomingen. Niettemin vereisen zij een andere psychotherapeutische aanpak, bijvoorbeeld blootstellingsoefeningen bij sociale angsten versus sociale-vaardigheidstraining bij sociale tekortkomingen. Omdat aan elke effectieve therapie een precieze diagnostiek vooraf dient te gaan, zou het wenselijk en eigenlijk noodzakelijk zijn om sociale angst en sociale tekortkomingen onafhankelijk van elkaar in kaart te brengen en te beslissen of er een overheersend stoornisgebied is.

De SASKO is ontwikkeld voor de klinische diagnostiek van een sociale-angststoornis bij volwassenen volgens de criteria van de DSM-5 en de ICD-10, waarbij de vragenlijst sociale angsten en sociale tekortkomingen in kaart brengt. De SASKO is vooral bedoeld als ondersteunend hulpmiddel in de diagnostiek en voor het opstellen van

behandelplannen. Met behulp van de vragenlijst kan de samenstelling en uiting van de symptomen van sociale angsten en sociale tekortkomingen in kaart worden gebracht. Daarnaast kunnen aanwijzingen voor noodzakelijke aandachtspunten voor de behandeling worden afgeleid uit de resultaten (behandeling van angsten of sociale-vaardigheidstraining of beide). Ook kan de SASKO worden ingezet om het effect van een behandeling inzichtelijk te maken. Ten slotte is het instrument ook geschikt voor onderzoeksdoeleinden.