

Effecten van dagbehandeling op schaamte en psychische klachten

M.M.B. Engelbarts, s0037834
Eerste begeleider: Prof. Dr. J.J. Baneke
Tweede begeleider: Dr. L.C.A. Christenhusz

Bachelorthese
Thema 'Veiligheid en Gezondheid'
Opleiding Psychologie
Universiteit Twente, Enschede

26 juni 2006

Samenvatting

Achtergrond

Schaamte kan een belangrijke negatieve invloed hebben op de psychische gezondheid van mensen. In verschillende onderzoeken wordt schaamte in verband gebracht met o.a. depressie, agressie, beperkte interpersoonlijke vaardigheden en een negatief zelfbeeld. In dit onderzoek zijn schaamte en psychopathologie onderzocht bij (ex-)patiënten van een dagkliniek voor psychische problemen. Voorafgaand aan de behandeling is bij deze patiënten een psychologisch onderzoek afgenomen, waardoor effectonderzoek kon worden gedaan. De belangrijkste onderzoeksvraag was of de behandeling een positief effect heeft op psychische klachten. Hieraan gekoppeld was de vraag of er variabelen te benoemen zijn die het succes van de behandeling kunnen voorspellen. Ook is onderzocht in hoeverre de behandeling een vermindering in schaamtegevoelens ten gevolge heeft.

Methode

Voor het onderzoek zijn 61 patiënten die recent een behandeling hadden afgerond schriftelijk benaderd met de vraag om drie self-report vragenlijsten in te vullen. De SCL-90 is gebruikt voor het meten van psychopathologie, de Vragenlijst Actuele Gevoelens (VAG) voor het meten van 'state' schaamte en de Ervaringen met Schaamte Schaal (ESS) voor het meten van de 'trait' schaamte. De vragenlijsten werden door 22 personen ingevuld geretourneerd.

Resultaten

Uit het onderzoek blijkt dat de totaalscore op de SCL-90 na de behandeling (T2) significant lager is dan voor de behandeling (T1) ($p = 0.04$). Met een multiple lineaire regressieanalyse zijn voorspellers van effect onderzocht. Het optimaal voorspellende model bevatte de basisvariabelen behandelgroep, behandelduur en insufficiëntiegevoelens. De verklaarde variantie van het model is 53% ($p = 0.03$). De variabele behandelgroep verklaart 34% van de gevonden verschillen in klachtenrapportage ($p = 0.02$), de overige variabelen laten slechts een trend zien. Het gemiddelde verschil tussen de vijf onderzochte behandelgroepen in verschilscore (SCL-90 T2 – T1) is 33 punten. Het relatief effect van de variabele 'insufficiëntie' is 4.4; bij één punt stijging in de score op de insufficiëntieschaal op T1 stijgt de verschilscore met 4.4 punten. Het relatief effect van behandelduur (gemeten in dagen) is 0.3 punten. De scores op de schaamteschalen na de behandeling verschillen niet significant van de scores vóór de behandeling.

Conclusie / Discussie

Uit het onderzoek blijkt dat de totaalscore op de SCL-90 op T2 significant lager is dan op T1. Dit suggereert – consistent met de hypothese – dat er sprake is van een klachtenvermindering als gevolg van de behandeling. Gezien het lage aantal respondenten kan slechts gesproken worden van een trend, niet van een behandel-effect. De belangrijkste voorspeller van een succesvolle behandeling blijkt behandelgroep te zijn. Op basis van dit aantal respondenten kunnen geen uitspraken worden gedaan over de

effectiviteit van de verschillende behandelingen. De verklaarde variantie van het totale voorspellende model is 53%. Er zullen dus ook andere factoren van invloed zijn geweest op de verschilscore die niet in de regressieanalyse konden worden meegenomen, maar zeker omdat het om gedragsdeterminanten gaat kunnen we spreken van een duidelijke verklaring van de variantie in het effect. De verwachting vooraf was dat de scores op de schaamteschalen voorspellers van succes zouden zijn. Door een te klein aantal waarnemingen konden deze schalen niet worden meegenomen in de regressieanalyse. Verder is er geen significant bewijs gevonden voor een vermindering in schaamte na de behandeling. Wel zijn er significante correlaties gevonden tussen schaamte en alle psychopathologieschalen, consistent met de beschikbare literatuur.

Door het kleine aantal respondenten waren de onderzoeksmogelijkheden beperkt. Het zou zeer waardevol zijn om effecten van behandeling op schaamte en psychische klachten in de toekomst nader te onderzoeken. Structureel effectonderzoek is hierbij aan te bevelen.

Inhoud

Voorwoord	5
1. Inleiding	6
2. Literatuur	7
2.1 Schaamte als ‘state’ – moment	7
2.1.1 Wat is schaamte? – Verschillende perspectieven	8
2.1.2 Aan schaamte verwante emoties	13
2.1.3 Schaamtegedrag	14
2.2 Schaamte als ‘trait’ – persoonlijkheid	17
2.2.1 Schaamte en self-esteem	19
2.3 Invloed van schaamte op gezondheid	22
2.3.1 Psychische gezondheid	22
2.3.2 Fysieke gezondheid	25
2.4 Schaamte in psychotherapie	26
2.5 Vraagstelling en hypothesen	27
3. Methode	28
3.1 Doelgroep en procedure	28
3.2 Instrumenten	29
3.3 Data-analyse	30
4. Resultaten	31
4.1 Respondenten	31
4.2 Onderzoeksvragen	34
4.3 Correlationele verbanden	37
5. Conclusie en discussie	40
5.1 Verantwoording, beperkingen en aanbevelingen	43
Referenties	45

Voorwoord

Begin 2005 werd mij door Prof. Dr. Joost Baneke de mogelijkheid geboden om stage te lopen bij Mediant. Van februari tot en met december 2005 heb ik op afdeling 'Kwaliteit', locatie 'Raiffeissenstraat' psychologische onderzoeken (PO's) afgenomen bij cliënten die in aanmerking kwamen voor een behandeling bij 'de Bremmele'. Deze psychologische onderzoeken worden door de Bremmele als second opinion naast de intake gebruikt. Tevens worden de PO's gebruikt voor langdurig onderzoek van Joost Baneke naar schaamte, schuld, hoop en vertrouwen. Binnenkort zal ook gestart worden met het structureel onderzoeken van patiënten ná de behandeling. Dit onderzoek naar *effecten van dagbehandeling op schaamte en psychische klachten* is onderdeel van het lopende onderzoek naar schaamte en is bedoeld als 'pilot' voor structureel effectonderzoek in de nabije toekomst.

Graag wil ik de personen die betrokken waren bij dit onderzoek hartelijk bedanken. Allereerst mijn begeleiders, Prof. Dr. Joost Baneke en Dr. Lieke Christenhusz. Joost Baneke heeft mij de kans gegeven kennis te maken met de klinische praktijk, waar ik hem zeer dankbaar voor ben. Dit bacheloronderzoek zie ik als een mooie afsluiting van een leerzame en plezierige stageperiode. Lieke Christenhusz ben ik erg dankbaar voor haar adviezen en praktische hulp bij het uitvoeren en uitwerken van het onderzoek. Ik heb haar begeleiding hierbij als zeer prettig ervaren.

Ook wil ik het team van 'de Bremmele' onder leiding van dhr. F.T. van Baar bedanken voor hun medewerking aan het onderzoek. Hopelijk biedt deze 'pilot' bruikbare handvaten voor structureel effectonderzoek van hun behandelingen. Tot slot wil ik de patiënten van de Bremmele bedanken voor hun medewerking. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Enschede, 26 juni 2006

Marieke Engelbarts

1. Inleiding

Schaamte kan een belangrijke negatieve invloed hebben op de psychische gezondheid van mensen. In verschillende onderzoeken wordt schaamte in verband gebracht met o.a. depressie, hostiliteit, beperkte interpersoonlijke vaardigheden en een negatief zelfbeeld. In een grootschalig onderzoek van Prof. Dr. J.J. Baneke naar schaamte, schuld, hoop en vertrouwen, wordt de invloed van schaamte op psychische gezondheid en (on)veilig gedrag nader onderzocht (Baneke, 2002). Tot één van de doelgroepen behoren patiënten van een dagkliniek voor psychische problemen. In het psychologisch onderzoek dat bij deze patiënten voorafgaand aan de behandeling wordt afgenomen, worden zowel schaamte als psychopathologie op verschillende manieren gemeten.

Een interessante vraag is in hoeverre schaamtegevoelens en psychische klachten na afloop van de behandeling zijn afgenomen, oftewel: *Wat zijn de effecten van dagbehandeling op schaamte en psychische klachten?* Als de behandeling inderdaad een positief effect heeft op het klachtenpatroon, zijn er dan variabelen te benoemen die het succes van de behandeling kunnen voorspellen? In dit onderzoek zal worden geprobeerd hier een antwoord op te geven. Tevens zal onderzocht worden of schaamte en psychopathologie ook bij deze populatie aan elkaar gerelateerd zijn.

Voordat de methode, resultaten en conclusies van het onderzoek (in resp. hoofdstuk 3, 4 en 5) worden besproken, zal eerst in hoofdstuk 2 een overzicht worden gegeven van de meest recente en relevante literatuur over schaamte. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen schaamte als ‘state’ – de emotionele ervaring van schaamte op een bepaald moment – en schaamte als ‘trait’ – persoonlijkheid, of de neiging of bereidheid om de emotie schaamte te ervaren. De ‘state’ schaamte wordt besproken in 2.1, waarbij aandacht zal worden besteed aan verschillende schaamtetheorieën, verwante emoties en schaamtegedrag. De ‘trait’ schaamte komt in 2.2 aan bod, waarbij ook gekeken wordt naar de relatie tussen schaamte en het zelfevaluatieve construct ‘*self-esteem*’ (eigenwaarde). Het meest relevant voor dit effectonderzoek zijn 2.3 en 2.4, waarin achtereenvolgens de invloed van schaamte op psychische en fysieke gezondheid en de rol van schaamte in psychotherapie worden uitgediept. In 2.5 worden tenslotte de onderzoeksvragen en hypothesen geformuleerd die getoetst gaan worden.

2. Literatuur

Er bestaat een grote variëteit aan schaamtetheorieën, voortkomend uit verschillende perspectieven (Gilbert & Andrews, 1998). Schaamte is bestudeerd met behulp van psychoanalytische theorieën (bv. Jacoby, 1994; Morrison, 1987; S. Miller, 1996), affecttheorieën (bv. Kaufman, 1989; Nathanson, 1992; Tomkins, 1987a), affectcognitieve theorieën (bv. M. Lewis, 1995), en cognitieve gedragstheorieën (bv. Beck, Emery & Greenberg, 1985; Klass, 1990). Er bestaan ook sociologische en antropologische benaderingen (bv. Scheff, 1988). Ontwikkelingspsychologen verschillen van mening over het ontstaan van schaamte (Barrett, 1995). Sommigen geloven dat schaamte zich kan voordoen in de eerste maanden van het leven (Nathanson, 1992; Schore, 1994). Anderen suggereren dat schaamte een sociale emotie is die zich pas veel later voordoet, zo rond een leeftijd van twee of drie jaar (M. Lewis, 1995; Stipek, 1995).

Naast verschillen in theoretische benadering zijn er ook verschillen in het conceptualiseren en bestuderen van verschillende componenten en mechanismen van schaamte (Gilbert & Andrews, 1998). Schaamte kan bijvoorbeeld worden bestudeerd in termen van emotie (bv. als een primaire emotie, een supplementaire emotie, of samengesteld uit andere emoties als angst, woede of zelfwalging); cognities over het zelf (bv. dat iemand inadequaar, inferieur of gebroken is, of zo wordt gezien door anderen); of gedrag en acties (bv. wegrennen, verstoppen, anderen aanvallen om de eigen schaamte te verbergen). In dit hoofdstuk zal aan de meeste van bovengenoemde aspecten van schaamte aandacht worden besteed.

In de bespreking van de literatuur zal gebruik gemaakt worden van het onderscheid tussen schaamte als ‘*state*’ - de echte emotionele ervaring van schaamte op een bepaald moment - en schaamte als ‘*trait*’ of persoonlijkheid (ook ‘*shame-proneness*’ genoemd) - de neiging of bereidheid om de emotie schaamte te ervaren (bv. Tangney & Dearing, 2002). Het literatuuroverzicht zal zich beperken tot de meest recente en relevante literatuur en is erop gericht de mogelijke rol van schaamte in psychische gezondheid te onderzoeken. In dit literatuuronderzoek is verder speciale aandacht voor de relatie tussen schaamte en ‘*self-esteem*’ (eigenwaarde) en de rol van schaamte in psychotherapie.

2.1 Schaamte als ‘state’ – moment

Schaamte behoort tot de zelfbewuste, of ‘*self-conscious*’ emoties (Tracy & Robins, 2004). Zelfbewuste emoties als schaamte, schuld en trots spelen een centrale rol in het motiveren en reguleren van iemands gedachten, gevoelens en gedrag (Campos, 1995; Fischer & Tangney, 1995). Ze zorgen ervoor dat mensen willen presteren en hard willen werken (Stipek, 1995; Weiner, 1985), en zich moreel en sociaal aanpassen in sociale interacties en intieme relaties (Baumeister, Stillwell & Heatherton, 1994; Leith & Baumeister, 1998). Zelfbewuste emoties verschillen op meerdere fronten van ‘basisemoties’, zoals boosheid, angst, walging, verdriet, vreugde en verrassing (Tracy & Robins, 2004). De basisemoties worden zo genoemd door hun biologische basis, geëvolueerde afkomst, universaliteit en locatie (in de meeste gevallen) op het basisniveau

van de hiërarchische classificatie van emoties (Johnson-Laird & Oatley, 1989). De zelfbewuste emoties zijn minder universeel en hebben minder herkenbare gezichtsuitdrukkingen, wat deze emoties tevens minder goed meetbaar en oproepbaar maakt in experimenten. Er is dan ook veel minder onderzoek gedaan naar zelfbewuste emoties dan naar de basisemoties (Tracy & Robins, 2004). Tracy en Robins (2004) stellen dat het belangrijkste verschil tussen de basis- en de zelfbewuste emoties is, dat voor de ervaring van zelfbewuste emoties zelfbewustzijn en zelfrepresentaties nodig zijn. Deze zelfevaluatieve processen kunnen ook deel uitmaken van basisemoties als angst en verdriet, maar voor de zelfbewuste emoties zijn ze een vereiste (Tangney & Dearing, 2002). Doordat er cognitieve processen nodig zijn voor de ervaring van zelfbewuste emoties, zijn deze tevens complexer dan basisemoties (Tracy & Robins, 2004). Ze doen zich ook later voor dan basisemoties (Izard, 1971).

Emoties doen zich voor in reactie op een relevante gebeurtenis en zetten aan tot gedrag. Vanuit evolutionair standpunt hebben emoties twee soorten functies: overleven en reproductie, en het behoud van sociale doelen. Basisemoties spelen een belangrijke rol in beide doelen; zelfbewuste emoties hebben specifiek de sociale functie (Tracy & Robins, 2004). Gilbert en Andrews (1998) beredeneren dat angstig, onderdanig, schaamtevol gedrag alleen kan zijn geëvolueerd in sociale situaties waarin een onderdanige reactie de 'aanval' van de bedreiger zou verzwakken of stoppen, en zo dus een beschermende functie zou vervullen.

Er zijn veel emoties en toestanden gerelateerd aan schaamte, wat het vaak moeilijk maakt schaamte te onderzoeken en te definiëren. Schaamte kan zich 'binden' met andere emoties door conditionering, en schaamte zelf kan ook worden gezien als een samenstelling uit andere emoties als angst, woede of zelfwalging (Gilbert & Andrews, 1998). Daarnaast heeft schaamte veel te maken met angst om voor schut te staan, verlegenheid en sociale fobie. Schaamte is tevens verwant aan schuld, vernedering en gêne. Angst en afgunst kunnen schaamte veroorzaken, evenals verlies van waardigheid (Gilbert & Andrews, 1998). Ook is het volgens M. Lewis (1992) mogelijk dat wanneer schaamte niet erkend of gevoeld wordt (in zijn model aangeduid met de term '*unfelt shame*'), er een andere emotie voor in de plaats kan komen. Bedroefdheid en woede zijn hierbij de grootste vervangers voor schaamte, door hun nauwe relatie met schaamte (Mills, 2005). Voordat in 2.1.2 een aantal aan schaamte verwante emoties besproken worden, zal eerst in 2.1.1 aandacht worden besteed aan de belangrijkste definities en theorieën over schaamte.

2.1.1 Wat is schaamte? – Verschillende perspectieven

Helen Block Lewis (1971, 1987b), één van de meest vooraanstaande schaamteonderzoekers, definieert schaamte als een gevoel waarbij iemand zich voorstelt dat hij bekritiseerd wordt door een echt of een ingebeeld individu. Zij stelt dat de oorsprong van schaamte ligt in de behoefte aan hechting met anderen. Afwijzing door een dierbare is een prototypische schaamteoproepende ervaring, omdat het vaak wordt ervaren als een globale en oncontroleerbare afwijzing van je hele zelf (Mills, 2005). H.B. Lewis (1971) omschrijft schaamte verder als een acute pijnlijke emotie die gepaard gaat met een gevoel van krimpen of zich 'klein' voelen, en een gevoel van waardeloosheid en machteloosheid. Ook het gevoel om blootgesteld of bekeken te worden hoort bij

schaamte (Fischer & Tangney, 1995; Gilbert & Trower, 1990), evenals het gevoel onwaardig te zijn. Barrett (2000) stelt dat schaamte in essentie gaat om hoe jouw persoon wordt gezien door anderen. Of het nu wordt uitgelokt door een echte sociale interactie of dat het privé wordt ervaren, schaamte kan gezien worden als een sociaal bewuste emotie die draait om de echte of ingebeelde aanvaardbaarheid van jezelf in de ogen van anderen (Mills, 2005). Schaamte is een ongewenste en moeilijk te controleren emotie die leidt tot een verlangen om te ontsnappen of te verstoppen – om door te grond te zakken en te verdwijnen (Tangney & Dearing, 2002).

Schaamte heeft te maken met een discrepantie tussen ‘zelf’ en ‘ideaal’ (bv. Glick & Zigler, 1985), of beter gezegd, nabijheid tot een anti-ideaal of ongewenste zelf (Ogilvie, 1987). Bij schaamte is er sprake van een ongewenste identiteit; je bent wat je niet wilt zijn. Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat om schaamte te voelen, het gevoel op een bepaald gebied echt ‘onaantrekkelijk’ te zijn nodig is, niet alleen het falen in het nastreven van een ideaal (Gilbert, 1997). In een onderzoek van Lindsay-Hartz, de Rivera en Mascolo (1995) werden uitspraken als “Ik ben dik en lelijk” of “Ik ben slecht” gekoppeld aan schaamte, in plaats van “Ik slaag er niet in knap te zijn” of “Ik ben niet zo goed als ik zou willen zijn”. Tangney en Dearing (2002) vonden een significante positieve relatie tussen verschillende vormen van zelfdiscrepantie (waaronder de discrepantie tussen ‘echte zelf’ en ‘ideale zelf’) en de neiging om schaamte te ervaren.

Schaamte kan een focus hebben op de sociale wereld (overtuigingen over hoe anderen jou zien), op de interne wereld (hoe iemand zichzelf ziet) of beide (hoe iemand zichzelf ziet, als gevolg van hoe iemand denkt dat ánderen hem zien) (Gilbert & Andrews, 1998). Bij een focus op de buitenwereld en zorgen over jouw beeld in de ogen van anderen, spreken we van ‘externe schaamte’ (Gilbert, 1997). Over het algemeen proberen mensen zichzelf in een positief licht te presenteren en aantrekkelijk te zijn voor onze omgeving. Schaamte is gerelateerd aan het geloof dat we geen positief beeld van onszelf kunnen creëren in de ogen van anderen. Negatieve zelfevaluatie heeft te maken met een subjectief gevoel over jezelf en wordt aangeduid als ‘interne schaamte’, omdat het voortkomt uit de beoordeling van het ‘zelf’ over het ‘zelf’ (Gilbert, 1997; H.B. Lewis, 1987a). Iemand ziet zichzelf als slecht, gebroken, waardeloos of onaantrekkelijk.

Verschillende cognities kunnen ten grondslag liggen aan schaamte. Zo blijken een interne focus en zelfbewustzijn hoog gecorreleerd te zijn met schaamte (bv. Gilbert et al., 1994). Schaamte is tevens gerelateerd aan inferioriteit (Tomkins, 1987; Kaufman, 1989; Cook, 1996; Goss et al., 1994), zelfveroordeling (Tangney, 1996), afhankelijkheid (Harper & Hoopes, 1990) en het niet kunnen bereiken van idealen en het niet kunnen halen van standaards (S. Miller, 1996; Reimer, 1996). Andere concepten die in verband zijn gebracht met schaamte zijn (on)controleerbaarheid (Weiner, 1985), verantwoordelijkheid en causaliteit (Gilbert & Andrews, 1998). Ook ongunstige sociale vergelijking blijkt hoog gecorreleerd te zijn met schaamte (Gilbert, Allan, Ball & Bradshaw, 1996).

Ontwikkelingstheorieën over schaamte kunnen worden onderverdeeld in drie algemene oriëntaties: functionalisme, cognitieve attributie en object relationele/ hechtingstheorieën (Mills, 2005). Functionalistische theorieën leggen de nadruk op de adaptieve functie die schaamte vervult in het reguleren van processen tussen zelf en anderen. Ze zijn gebaseerd op Darwin’s evolutietheorie en de veronderstelling dat emoties een adaptieve functie hebben en dienen om overlevingskansen te vergroten. Vanuit dit perspectief worden emoties gezien als regulatieprocessen die de doelen van een persoon dienen (Barrett &

Campos, 1987; Saarni, Mumme & Campos, 1998). Een emotie mobiliseert en organiseert de adaptieve respons van het individu bij gebeurtenissen door het beïnvloeden van denken en gedrag door middel van 'actietendensen'. In Barrett's functionalistische ontwikkelingsmodel van schaamte (Barrett, 1995, 1998) is het adaptieve doel van schaamte het behoud van de acceptatie van anderen en het beschermen van self-esteem, door het leren en handhaven van sociale regels. Hierbij heeft schaamte drie functies: gedragsregulatie (het reduceren van blootstelling aan evaluatie door terug te trekken of afstand te nemen), interne regulatie (aandacht vestigen op sociale standaards en zelfattributies) en sociale regulatie (het communiceren van eerbied naar anderen). De actietendensen bij schaamte zijn: zich terugtrekken, anderen vermijden en zich verstoppen (Mills, 2005). Gilbert en McGuire (1998) menen dat schaamte zich in de loop van de evolutie heeft ontwikkeld als een adequaat psychobiologisch defensiemechanisme, waarmee agressie in het intermenselijk verkeer beperkt kan worden (Baneke, 2003a). Schaamte doet zich voor in reactie op een dreigende afwijzing en geeft een communicatief signaal af; iemand die zich schaamt accepteert (tijdelijk) een daling in sociale status. Hij laat zien dat hij de groepsnormen accepteert en vraagt vergeving door zich aan anderen te onderwerpen.

Cognitieve theorieën richten zich op de cognitieve evaluatieve processen die schaamte oproepen en suggereren dat schaamte te maken heeft met een evaluatie van het zelf in zijn geheel. Volgens attributiemodellen wordt schaamte geactiveerd door negatieve attributies die intern en globaal zijn (M. Lewis, 2000; Weiner, 1986). Bij 'interne' (in plaats van 'externe') attributies wordt het zelf (in plaats van een ander) verantwoordelijk geacht voor negatieve gebeurtenissen. Bij globale attributies gaat het om een focus op het hele zelf als slecht (in plaats een 'specifiek' deel, bijvoorbeeld gedrag). Het ontwikkelingsmodel van M. Lewis (1992) is een cognitief attributiemodel waarin de attributietheorie wordt geïntegreerd met verschillende concepten van H.B. Lewis. Het model onderscheidt emotionele *staten*, die zich voor kunnen doen met weinig of geen cognitieve bewerkingen en de *ervaring* van emotionele staten, welke bewuste of onbewuste evaluaties van emotionele staten zijn (Lewis & Michalson, 1983). Voor emotionele ervaringen zijn cognitieve processen vereist. Volgens het model gaan verschillende zelfattributies gepaard met verschillende emoties. Zo gaan negatieve zelfattributies met betrekking tot het hele zelf gepaard schaamte, en attributies met betrekking tot een specifieke actie gepaard met schuld. Voor de ervaring van schaamte zijn volgens dit model drie cognitieve mijlpalen vereist: ten eerste zelfbewustzijn, of de capaciteit om op zichzelf te reflecteren ('*object self-awareness*'), wat zich niet voordoet tot op anderhalf tot tweejarige leeftijd. Voordat zelfevaluatie kan plaatsvinden is naast zelfbewustzijn ook kennis over voorgeschreven standaards, regels en doelen uit de cultuur nodig. Wanneer deze standaarden (door processen van socialisatie) zijn geïnternaliseerd, zijn kinderen in staat reacties van anderen te voorspellen, zichzelf te evalueren tegen ingebeeelde reacties, en schaamte te ervaren. Dit doet zich volgens Lewis (1992) voor op een leeftijd tussen tweeënhalve en drie jaar. De aard van zelfevaluatie hangt af van een derde cognitieve vereiste: attributies over de oorzaken van gebeurtenissen en of het zelf verantwoordelijk is (interne attributie) of niet (externe attributie). Een interne attributie roept een evaluatie van succes of falen op, en een evaluatie die globaal of specifiek is. Volgens het model zijn zelfbewuste emoties een product van specifieke/globale attributies en succes/falen evaluaties, met trots of schuld

als gevolg van een specifieke attributie, en overmoed of schaamte als gevolg van een globale attributie. Schaamte wordt dus opgeroepen door een globale zelfattributie van falen, in wezen een ervaring van het globale zelf als onwenselijk, onwaardig of fundamenteel gebroken. Een belangrijk punt in het model is de veronderstelling dat het cognitieve proces in plaats van de situatie de emoties uitlokt (Mills, 2005). M. Lewis (1992) komt tot de volgende definitie van schaamte: “Schaamte is het product van een complexe set van cognitieve activiteiten: de evaluatie van de acties van een individu met betrekking tot zijn standaards, regels en doelen, en de globale evaluatie van zich zelf. De fenomenologische ervaring van een persoon die schaamte ervaart is de wens zich te verstoppen, te verdwijnen, of dood te gaan. Schaamte is een erg negatieve en pijnlijke staat die ook resulteert in de verstoring van gedrag, verwarring in denken en beperking in spraak. De fysieke actie die gepaard gaat met schaamte omvat het ineenkrimpen van het lichaam, om zo te verdwijnen uit het zicht van zich zelf of de ander. Deze emotionele staat is zo intens en heeft een dergelijk vernietigend effect op het zelfstelsel, dat individuen die in een dergelijke staat verkeren, zullen proberen het kwijt te raken” (M. Lewis, 1992).

Object relationele / hechtingtheorieën benadrukken de impact van vroege hechting op stijlen van schaamteregulatie en de rol van deze stijlen in zelfontwikkeling en sociale ontwikkeling. ‘Object relationele’ theorieën gaan ervan uit dat sociale relaties een biologische basisbehoefte zijn (Greenberg & Mitchell, 1983). Emoties gerelateerd aan sociale relaties worden gezien als fundamenteel in de ontwikkeling. In de psychoanalytische theorie wordt het ontstaan van schaamte gekoppeld aan de zindelijkheidsstraining (M. Lewis, 1992). Schaamte wordt echter door Freud en de klassieke psychoanalytici niet veel besproken. Freud richt zich vooral op schuldgevoelens die ontstaan door conflicten tussen de morele standaards van het superego en de impulsen van het id of ego (Mills, 2005). Wanneer hij schaamte bespreekt, doet hij dat meestal in de context van driften en impulsen die in bedwang moeten worden gehouden (M. Lewis, 1992). Erik Erikson bespreekt schaamte in zijn levenslooptheorie. Erikson geloofde dat mensen in hun leven met acht grote psychosociale crisissen of conflicten te maken krijgen (Sigelman & Rider, 2003). Of een conflict in een bepaalde fase succesvol wordt opgelost of niet heeft invloed op het verloop van de andere fasen. In de eerste fase – vertrouwen versus wantrouwen – moet het kind erop leren vertrouwen dat zijn opvoeders aan zijn behoeften kunnen voldoen. Het basisvertrouwen - ‘basic trust’ – dat in deze fase moet worden ontwikkeld is volgens Erikson het fundament voor een psychisch gezonde ontwikkeling (Baneke, 2002). De tweede fase (in de leeftijd tussen 1 en 3 jaar) draait om het conflict tussen autonomie versus schaamte en twijfel. In deze fase leren kinderen zichzelf te vertrouwen, hun onafhankelijkheid te demonstreren en hun eigen wil te uiten. Wanneer kinderen in deze fase worden vernederd of gestraft door hun ouders, kan dat volgens Erikson leiden tot twijfel over de eigen capaciteiten of het geloof fundamenteel slecht te zijn; oftewel schaamte (Sigelman & Rider, 2003). Erikson legt hierbij de nadruk op het controleren van de lichaamsfuncties, in het bijzonder toiletgebruik (M. Lewis, 1992). In de derde fase komt schuld aan bod (versus initiatief). Kinderen leren in deze fase initiatief te nemen door het bedenken en uitvoeren van plannen, zonder hierbij anderen te schaden (Sigelman & Rider, 2003).

Verschillende theoretici van de ‘*object relations school*’ hebben ontwikkelingsmodellen van schaamte naar voren gebracht. Bowlby (1973) focuste niet expliciet op schaamte,

maar hij impliceerde een connectie tussen hechting en schaamte toen hij suggereerde dat interne werkmodellen van het zelf complementair zijn aan die van het hechtingsfiguur; een kind dat ongewenst is door zijn ouders heeft de neiging te geloven dat hij niet alleen door zijn ouders, maar door iedereen ongewenst is (Mills, 2005). De grootste theoretische bijdragen aan het object relationele perspectief zijn geleverd door Nathanson (1987, 1992), Kaufman (1985, 1989) en Schore (1994, 1996, 1998). In navolging van H.B. Lewis zien zij schaamte als een interpersoonlijke of hechting emotie die zich voordoet wanneer een relationele band wordt verstoord. Volgens deze theorieën is schaamte een affect wat direct ervaren kan worden, zonder tussenliggende cognitieve processen, vanaf de vroegste kindertijd. Er is geen zelfreflectie voor nodig (Mills, 2005).

Nathanson (1987, 1992) stelt dat vanaf de geboorte, schaamte wordt uitgelokt door verstoringen van het gevoel van verbondenheid van het kind. Schaamte wordt geactiveerd door elke ervaring waarbij een plotselinge vermindering van de aangeboren affecten ‘*interest-excitement*’ of ‘*enjoyment-joy*’ zich voordoet. Het ‘*still face*’ experiment (Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978) wordt door hem aangehaald als bewijs voor de aanwezigheid van schaamte bij tweeënehalf tot drie maand oude baby’s. In dit experiment verandert de ouder plotseling van responsief naar niet-responsief gedurende een face-to-face interactie met hun kind, en het kind kijkt in reactie daarop weg en raakt overstuur. Volgens Nathanson is deze reactie het gevolg van de fysiologische ervaring van schaamte, die zorgt voor een vermindering van de spiertonus in de nek en het bovenlichaam, een verhoging van huidtemperatuur in het gezicht en een gebrek aan coördinatie. De verstoring van het normale functioneren zorgt voor een gevoel van incompetentie, waarmee de aandacht op zichzelf wordt gericht, en waarmee in de loop van de tijd zelfperceptie wordt gevormd. Nathanson stelt dat schaamte het individu alert maakt voor acties of attributies die afwijzing door anderen kunnen uitlokken, en het individu motiveert om pogingen te doen deze afwijzing te voorkomen.

Het model van Kaufman (1985, 1989) is vergelijkbaar met dat van Nathanson. Kaufman stelt dat schaamte interpersoonlijk wordt opgeroepen door “teleurstellende verwachtingen van gemeenschappelijke respons” of “breuken in de interpersoonlijke brug” (Mills, 2005). Kaufman gaat er net als Nathanson vanuit dat wanneer ouders in de vroegste kindertijd anders dan verwacht of boos reageren, dit schaamte teweeg brengt. Kaufman legt verder de nadruk op specifieke interpersoonlijke uitlokkers van schaamte, die volgens hem veranderen gedurende verschillende levensfasen. In de kindertijd wordt schaamte opgeroepen door familie, leeftijdsgenoten en school, wanneer direct en opzettelijk wordt beschaamd, gekleineerd of vernederd (“Schaam je!”, met een uitdrukking van boosheid of walging) (Mills, 2005). Als andere bronnen van schaamte noemt hij de druk om aan verwachtingen van anderen te voldoen, uitingen van teleurstelling bij falen en niet aan waarden van een culturele groep kunnen voldoen. Bij volwassenen is een gevoel van machteloosheid in een levensdomein dat essentieel is voor veiligheid (bv. relaties, werk, thuis of gezondheid) een belangrijke bron voor schaamte (Mills, 2005).

Schore’s (1994, 1996, 1998) regulatietheorie integreert de hechtingtheorie met de affecttheorie en neurobiologisch ontwikkelingsonderzoek. Hij benadrukt de kritieke rol die de ouder speelt in de regulatie van de ‘*state*’ van het kind. Wanneer de ouder zijn affectieve communicatie niet goed afstemt op de behoefte van het kind, wordt de verwachting van het kind geschonden, waardoor een plotselinge deflatie van positief

affect naar een negatieve staat plaatsvindt. Deze snelle overgang van de bestaande positieve staat naar een negatieve staat is schaamte (Schore, 1996). Het gevolg is een stressreactie. Herhaaldelijke ervaring hiervan (zonder het benodigde herstel door de ouders) zal leiden tot onveilige hechting, niet-gereguleerde schaamte en shame-proneness.

2.1.2 Aan schaamte verwante emoties

De termen schaamte en schuld worden vaak inconsequent of door elkaar gebruikt (Tangney & Dearing, 2002). Waarschijnlijk komt dit doordat schaamte en schuld een aantal belangrijke kenmerken delen. Het zijn beide zelfbewuste, negatief geladen emoties die zich vooral voordoen in reactie op persoonlijk falen, of bij zondigen (Tangney, 1996). Verder is er bij beide emoties sprake van interne attributies voor relevante, negatieve gebeurtenissen. H.B. Lewis (1971, 1987b) maakt een belangrijk en invloedrijk onderscheid tussen schaamte en schuld. Zij stelt dat schuld te maken heeft met afwijzing door ongewenst *gedrag* en dat schaamte te maken heeft met afwijzing door *persoonlijke* onwenselijkheid. Ook Tangney benadrukt het verschil tussen schaamte en schuld en meent ook dat schaamte betrekking heeft op jezelf; “Kijk wat *ik* heb gedaan” en dat schuld een negatieve evaluatie is van je gedrag; “Kijk wat ik heb *gedaan*” (Tangney & Dearing, 2002). Schuld lijkt een minder pijnlijke emotie te zijn dan schaamte. Schaamte wordt vaker dan schuld in verband gebracht met psychopathologie (Tangney & Dearing, 2002). Individuen die vaak schaamte (in plaats van schuld) ervaren, zijn vaker geneigd anderen (en zichzelf) als oorzaak aan te wijzen voor negatieve gebeurtenissen, voelen eerder woede en hostiliteit, en hebben minder meelevend vermogen. Individuen die vaker schuld (dan schaamte) ervaren lijken beter in staat empathie te voelen en verantwoordelijkheid te dragen voor negatieve interpersoonlijke gebeurtenissen. Ook zijn individuen die eerder schuld dan schaamte ervaren minder geneigd tot woede en hostiliteit (Tangney & Dearing, 2002). In reactie op schaamte ervaart men passiviteit, hulpeloosheid en het verlangen te verdwijnen; in reactie op schuld een verlangen te herstellen, bekennen of verontschuldigen. Hoewel onderzoek tot nu toe erop wijst dat schuld adaptiever is dan schaamte, is er meer onderzoek nodig om dit te bevestigen (Tangney & Dearing, 2002).

De beschrijving van de ervaring van schaamte is bijna identiek aan die van een verlegen reactie in sociale situaties. Cheek en Melchior (1990) beschrijven verlegen reacties als “algemene gevoelens van spanning, specifieke fysiologische symptomen, pijnlijk zelfbewustzijn, zorgen over een negatieve evaluatie door anderen, ongemak, inhibitie en terughoudendheid”. Zowel verlegenheid als schaamte worden vergelijkbaar met sociale angst omschreven (zie 2.3.1 voor de relatie tussen schaamte en sociale angst). M. Lewis (1992) stelt dat verlegenheid van schaamte en gêne verschilt doordat verlegenheid geen evaluatieve component met betrekking op iemands standaards, regels en doelen bevat. Het ongemak heeft meer betrekking op ‘het gezien worden’, in plaats van op de evaluatie van prestaties ten opzichte van je eigen standaards. M. Lewis stelt tevens dat verlegenheid zich veel eerder voordoet dan schaamte of schuld, en eerder een biologische oorsprong lijkt te hebben dan een psychologische (M. Lewis, 1992).

M. Lewis (1992) bespreekt verschillen tussen schaamte en gêne (*'embarrassment'*), en suggereert dat het best waarneembare verschil tussen schaamte en gêne het intensiteitsniveau is. Gêne is volgens hem minder intens en heeft niet de verstoring in denken en spraak tot gevolg, wat wel bij schaamte het geval is. Ook zijn er verschillen in lichaamshouding te vinden. Bij schaamte is er de neiging ineen te krimpen en de wens te verdwijnen of door de grond te zakken. Typisch voor gêne is vaak kijken, gevolgd door wegstaren en lachen. M. Lewis onderscheidt twee vormen van gêne. De eerste is vergelijkbaar met verlegenheid, en is niet gerelateerd aan negatieve evaluatie. Dit soort gêne voelt men bijvoorbeeld wanneer men wordt gecompimenteerd, of wanneer men in het openbaar wordt bekeken; in situaties waarin men erg zelfbewust is. Lewis noemt het tweede type gêne 'minder intense schaamte'. Dit soort gêne heeft net als schaamte te maken met een negatieve zelfevaluatie en het falen in nasterven van een standaard, regel of doel. Lewis legt uit dat sommige doelen en standaards die erg belangrijk worden gevonden, geassocieerd worden met je diepste zelf, en dat bij falen schaamte wordt gevoeld. Falen bij minder belangrijke en centrale standaards, regels en doelen zal echter eerder resulteren in gêne dan in schaamte. Of schaamte en dit laatste type gêne alleen verschillen in intensiteit of dat ze ook in andere opzichten van elkaar verschillen is nog onduidelijk (M. Lewis, 1992).

Veel onderzoekers hebben de neiging om schaamte en vernedering (*'humiliation'*) samen te nemen (bv. H. Lewis, 1987b; Nathanson, 1992), maar er zijn mogelijk belangrijke verschillen tussen deze twee. Eén van deze verschillen is de rol van sociale macht. Bij vernedering gaat het om de directe ervaring 'omlaag te worden gehaald' door een andere persoon met meer macht. Bij schaamte haal je jezelf omlaag. Een ander verschil met schaamte is dat het bij vernedering niet om secundaire reflecties gaat. Bij schaamte gaat het primair om een reflectie van jezelf door jezelf, en jezelf beoordelen als inferieur, inadequaats of zielig (S. Miller, 1988). Gilbert (1997) noemt meerdere domeinen waarin gevoelens van schaamte en vernedering kunnen verschillen. Schaamte en vernedering focussen beide op schade aan het zelf, maar vernedering lijkt een minder zelfbewuste en zelfgefocuste ervaring dan schaamte. Bij vernedering is er sprake van (1) een focus op de ander als slecht, in plaats van jezelf; (2) externe in plaats van interne attributies over schadelijke gebeurtenissen; (3) een gevoel van onrechtvaardigheid en oneerlijkheid; (4) een brandend verlangen naar wraak. Bij vernedering is het niet nodig om zelfevaluaties te veranderen, omdat men de oorzaak van de externe aanval niet bij een fout van zichzelf zoekt.

2.1.3 Schaamtegedrag

Gedrag geassocieerd met schaamte kan worden onderverdeeld in vier aspecten. Ten eerste gedrag dat opgewekt wordt als deel van de schaamterespons. Tomkins (1963, 1987) geloofde dat emoties direct zichtbaar worden in gezichtsuitdrukkingen, en dat specifieke emoties gerelateerd zijn aan specifieke expressies. Dit blijkt echter niet zo eenvoudig te zijn als Tomkins geloofde. Russell (1995) vond bijvoorbeeld dat emoties zich kunnen voordoen zonder gezichtsuitdrukkingen, en dat gezichtsuitdrukkingen zich kunnen voordoen zonder emoties. Ook is het door affectcombinaties vaak moeilijk om één emotie te 'meten'. Woede, angst en/of walging kunnen deel uitmaken van de ervaring

van schaamte, en dus ook van het non-verbale gedrag. Toch is men het er wel over eens dat tekenen van schaamte het vermijden van oogcontact en het buigen van het hoofd zijn (Gilbert & Andrews, 1998). De handen voor het gezicht slaan, zich bukken en een andere kant opkijken zijn karakteristieke lichamelijke reacties op schaamte (Baneke, 2003a). M. Lewis (1992) noemt als fysieke actie bij schaamte het ineenkrimpen van het lichaam, om zo te verdwijnen uit het zicht van zichzelf of de ander. Bovengenoemde reacties kunnen worden gezien als schuilgedrag, een veelvoorkomende reactie op dreigingen. Als iets jou kan schaden is het hulpvol om je zo klein en onzichtbaar mogelijk te maken. De functie hiervan is het beperken van schade en het kan in sommige gevallen sympathie en vergeving opwekken. Het is nog onduidelijk waarin dit gedrag bij schaamte verschilt van verlegen reacties, uitingen van sociale angst of pogingen om woede te verbergen (Gilbert & Andrews, 1998). Autonome reacties op schaamte zijn o.a. een versnelde hartslag, blozen en zweten (Mills, 2005). De fysiologische reactie op schaamte zorgt voor een vermindering van de spiertonus in de nek en het bovenlichaam, een verhoging van huidtemperatuur in het gezicht en een gebrek aan coördinatie (Nathanson, 1992). Schore (1996) beschrijft schaamte in zijn regulatietheorie als een stressreactie. Fysiologisch is schaamte volgens hem “de plotselinge inhibitie van opwinding waarbij een snelle shift van energiemobiliserende sympathisch-dominante autonome zenuwstelselactiviteit naar energieconserverende, parasymphatisch-dominante autonome zenuwstelselactiviteit plaatsvindt”.

Een tweede aspect van schaamtegedrag is het gedrag dat wordt opgeroepen om met schaamte om te gaan of het te verbergen wanneer het zich voordoet. M. Lewis (1992) noemt verschillende manieren om met schaamte om te gaan wanneer het zich voordoet: de emotie toestaan en uit zichzelf weer laten verdwijnen, de aandacht op iets anders richten om zo de ervaring te vergeten, of humor of bekentenissen gebruiken om de emotie van zich af te zetten. Gilbert en Andrews (1998) bespreken het belang van het verbergen van schaamte. In veel situaties kan het wenselijk zijn om schaamte te verbergen, omdat het uiten van schaamte de ander het signaal kan geven dat jij jezelf als verkeerd, in inferieure positie, angstig of emotioneel verstoord ziet. Een dergelijke uitstraling kan tegengesteld zijn aan wat je wenst uit te stralen - bijvoorbeeld zelfverzekerdheid. Een manier om schaamte te verbergen is het vervangen van schaamte door een andere emotie. Verschillende onderzoekers (bv. Nathanson, 1992) geloven dat schaamte vervangen kan worden door boosheid of agressie – men wordt boos omdat iemands tekortkomingen of fouten opgemerkt of becommentarieerd worden. Sociale rang speelt hier ook een belangrijke rol, omdat dominante individuen hun schaamte makkelijker kunnen verbergen in boosheid dan ondergeschikten dat kunnen.

Een derde type schaamtegedrag is het gedrag gericht op het vermijden van schaamte (beschermingsgedrag) of het verbergen van schaamte na de gebeurtenis. H.B. Lewis (1971, 1987b) stelt dat schaamte zo pijnlijk en bedreigend voor het zelf is, dat de directe ervaring van schaamte vaak wordt onderdrukt. Zij noemt dit fenomeen ‘*by-passed shame*’. Zij geeft als voorbeelden van bescherming tegen schaamte: geheugenverlies, identificeren met de ander, of het vervangen van schaamte door emoties die draaglijker zijn, zoals schuld, verdriet, depressie of woede. Kaufman (1985, 1989) noemt als beschermingsstrategieën tegen schaamte: woede, minachting, streven naar perfectie of macht, beschuldigen, interne terugtrekking, humor en ontkenning. Hij wijst inadequate bescherming tegen schaamte aan als potentiële oorzaak van psychische ziekte. Ook

Nathanson (1992) stelt dat de manier van omgaan met schaamte significante invloed heeft op de manifestatie en vorm van psychopathologie. Tangney & Dearing (2002) noemen twee reacties op de pijnlijke ervaring van schaamte: boos worden op de wereld en op deze manier proberen de schuld af te schuiven op anderen, of terugtrekken van anderen en de schaamte binnenhouden of internaliseren. Bij deze laatstgenoemde reactie ontstaat een kwetsbaarheid voor een reeks psychologische symptomen, in het bijzonder depressie. De relatie tussen schaamte en psychopathologie wordt in 2.3 besproken.

Gilbert en Andrews (1998) noemen het vermijden van schaamte als beschermingsgedrag. Om moeite te willen doen om schaamte te vermijden, moet er het gevoel zijn dat het investeren in vermijdingsstrategieën de moeite waard is – dat schaamte zo pijnlijk of schadelijk voor het zelf is dat het moet worden vermeden. Schaamte kan worden vermeden door terugtrekking uit situaties waarin het ervaren kan worden. Voorbeelden zijn het vermijden van het zoeken van hulp, socialiseren, seks of competitie. Nathanson (1992) suggereert dat personen proberen schaamte te vermijden door te compenseren voor potentiële bronnen van inferioriteit en door het nastreven van hoge doelen, in plaats van het vermijden van schaamte-ervaringen. Perfectionistische standaards worden bij zichzelf of anderen opgelegd en komen voort uit het geloof dat anderen hoge standaards eisen en verwachten van zichzelf – sociaal voorgeschreven perfectionisme (*'socially prescribed perfectionism'*) genoemd. Gezien de relatie tussen schaamte en het niet halen van standaards, lijkt perfectionisme juist een dispositie rijk aan potentiële schaamte te zijn. Nathanson (1992, 1994) noemt verder prestatiegerichtheid, of de constante behoefte om aandacht te trekken naar iemands positieve aspecten als symptoom van schaamte. Het is onduidelijk of alle prestatiegerichtheid schaamtegerelateerd is. Nathanson maakt tevens de observatie dat schaamte vermeden kan worden door hyperseksualiteit, alcoholgebruik en het gebruik van drugs.

Een manier om met schaamte om te gaan, is de gebeurtenis na de tijd geheimhouden. Deze geheimhouding kan persoonlijk (Kelly & McKillop, 1996), op familieniveau (Fossum & Mason, 1986) of zelfs op samenlevingsniveau zijn (Robins, 1993). Met deze schaamte wordt omgegaan door te zwijgen of het bedreigen van mogelijke onthullers. Wanneer schaamte niet wordt besproken, kan het niet hersteld worden (Gilbert & Andrews, 1998).

Het herstellen van schaamte is een vierde aspect van schaamtegedrag (Gilbert & Andrews, 1998). Tangney en Dearing (2002) geven een aantal voorbeelden van het omgaan met en het herstellen van het pijnlijke gevoel van schaamte. Eén daarvan is het corrigeren van jezelf door zelfbeschuldigende gedachten om te zetten in positievere gedachten; een strategie die ook bij cognitieve gedragstherapie wordt gebruikt. Een ander voorbeeld is het 'externaliseren' van de schuld van schaamte, door de oorzaak van jouw slechte of nalatige gedrag buiten jezelf te zoeken (bijvoorbeeld: "Doordat mijn baas mij over liet werken en ik al last van mijn rug had, kon ik mijn vriend niet helpen"). Erover praten en steun zoeken bij familie en vrienden kan ook het pijnlijke gevoel verminderen. Tangney en Dearing noemen tevens het deelnemen aan aangename of trotsbevorderende activiteiten, om zo weer een positiever zelfbeeld te krijgen. Ook Gilbert en Andrews (1998) stellen dat mensen in reactie op schaamte zullen proberen hun zelfbeeld en sociale reputatie te herstellen. Zij geven als voorbeeld het vertonen van extra behulpzaam gedrag, bijvoorbeeld door het steunen van een goed doel (Steele, 1975). Het vergeven van jezelf en het geloof in de vergevingsgezindheid van anderen kan deel uitmaken van het herstel

van schaamte (Gilbert & Andrews, 1998). Herstel is deels gebaseerd op het idee dat iemand zijn sociale imago kan herstellen (als aantrekkelijk, wenselijk en betrouwbaar) en dat de ander geen wrok of wantrouwen houdt. Dit is verwant aan verzoening. Gilbert (1992) suggereert dat één van de problemen bij depressieve en schaamtegevoelige personen is, dat zij een gebrek aan verzoeningsvaardigheden en –mogelijkheden hebben. In de klinische praktijk blijkt dat sommige individuen met schaamteproblemen geloven dat anderen nooit zullen kunnen vergeven en vergeten. Hoewel de literatuur over vergeving vooral gericht is op anderen, zijn psychologische therapieën zijn vaak gericht op zelfvergeving, het reduceren van aanvallen op zichzelf en het geloof dat iemand wordt vergeven (Gilbert, 1997).

2.2 Schaamte als ‘trait’ - persoonlijkheid

Naast schaamte als (eenmalige) emotionele ervaring op een bepaald moment (zoals in 2.1 besproken) kan schaamte ook gezien worden als deel van de persoonlijkheid. Vanuit een functionalistisch perspectief is het zo dat emotionele ervaringen die zich herhaaldelijk voordoen in het dagelijkse leven, de basis vormen voor een affectieve bias of ‘trait’ (Fischer, Shaver & Carnochan, 1990; Jenkins & Oatley, 2000; Malatesta & Wilson, 1988). De herhaalde ervaring van een discrete emotie bekrachtigt zijn effecten op cognitie en gedrag, totdat het een karakteristieke manier van voelen en doen wordt, en een schema wordt ontwikkeld waarin de emotie sneller dan andere emoties wordt waargenomen, ervaren en geuit (Mills, 2005). Zo kan de ‘trait’ schaamte – ‘*shame-proneness*’ of schaamtegevoeligheid genoemd – ontstaan. De trait schaamte wordt door affecttheoretici gerelateerd aan 1) het gemak waarmee schaamte wordt opgeroepen - de bereidheid of neiging om schaamte te ervaren en bepaald gedrag te vertonen en 2) de hevigheid van de negatieve affecten en het gedrag dat wordt opgeroepen in potentieel schaamtevolle situaties.

Als gekeken wordt naar de oorzaken van individuele verschillen in shame-proneness, zijn de meeste schaamtetheorieën het er over eens dat shame-proneness voortkomt uit de effecten van schaamtebevorderende ervaringen en karaktereigenschappen die de sterkte van de reactie op deze ervaringen beïnvloeden (Mills, 2005). Kagan (1994) deed onderzoek naar temperamentverschillen bij kinderen en vond dat ongeveer 15 % de aangeboren ‘trait’ gedragsinhibitie (*‘behavioral inhibition’* – *BI*) had, geassocieerd met angst voor het onbekende. Zulke kinderen zijn mogelijk meer geneigd tot schaamte en timiditeit vanaf het begin van hun leven. Hoewel zulke karaktereigenschappen afgezwakt kunnen worden door bepaalde opvoedstijlen, blijven deze kinderen vatbaarder voor latere verlegenheid en angst. Meer onderzoek is echter nodig om de exacte relatie tussen shame-proneness en aangeboren eigenschappen vast te stellen (Gilbert & Andrews, 1998).

Een breed scala aan situaties blijkt schaamtebevorderend te kunnen zijn. De meeste literatuur richt zich primair op ouders, maar ook familiesystemen, andere volwassenen (dan de ouders), broertjes en zusjes, vrienden en cultuur kunnen een significante rol spelen in het ontstaan van shame-proneness. Ten eerste worden ervaringen van afwijzing in de literatuur in verband gebracht met shame-proneness (bv. Schore, 1996). Onveilige hechting, voortrekken van broertjes of zusjes, mishandeling, trauma en andere

stigmatisering kunnen schaamtebevorderend zijn. Ten tweede kan de ervaring van schaamte zelf ook weer een bron van schaamte zijn. Te denken valt aan schaamte in de thuissituatie. M. Lewis (1992) stelt dat kinderen chronisch schaamte ervaren wanneer de ouders zelf shame-prone individuen zijn en herhaaldelijk schaamte ervaren. Door middel van ‘*modeling*’ kunnen deze zelfbeschuldigende attributies en gevoelens van hulpeloosheid worden overgenomen. Onderzoek waarin dit bevestigd wordt ontbreekt nog. Ook schaamte-woede cycli in de familie (Scheff, 1995) of in de ouder-kind relatie (Mills et al., 2002) kunnen schaamte bevorderen (voor verdere uitleg over schaamte-woede cycli, zie 2.3). Verder worden in de literatuur kwetsende uitspraken of acties van de ouders (Gilbert et al., 1996; Hoglund & Nicholas, 1995) en schaamte in de ouder-kind interactie ten gevolge van opvoedmethoden genoemd als schaamtebevorderende ervaringen (Mills, 2005). Een voorbeeld is psychologische overcontrole door de ouders, wat op twee manieren schaamte kan bevorderen. Wanneer het kind als zwak en incapabel wordt beschouwd (overbezorgdheid) kan dit leiden tot een gevoel van oncontroleerbaarheid en inefficiëntie (Chorpita & Barlow, 1998). Bij het direct devalueren van het kind (bv door het niet tonen van liefde, bekritisieren, kleineren, negeren of mishandelen) wordt het gevoel gecreëerd niet belangrijk, nabij of waardevol te zijn voor anderen (Leary, Koch & Hechenbleiker, 2001). Beide vormen van overcontrole kunnen bijdragen aan shame-proneness. In sommige domeinen wordt er op meisjes meer (psychologische) controle uitgeoefend dan op jongens, wat een oorzaak kan zijn voor geslachtsverschillen in shame-proneness (Pomerantz & Ruble, 1998).

Naast ervaringen van afwijzing en schaamte-ervaringen in de thuissituatie, kan volgens het cognitieve attributiemodel van M. Lewis (1992) de socialisatie van standaards, regels, doelen en attributies een rol spelen in de ontwikkeling van shame-proneness. Wanneer ouders het ‘falen’ van hun kind in het nastreven van standaards toeschrijven aan zijn of haar karaktereigenschappen, zal het kind later zelf ook interne, stabiele en globale attributies maken, die kunnen resulteren in schaamte (M. Lewis, 1992). Hierbij kunnen negatieve feedback of juist een overvloed aan complimenten van de ouders zorgen voor te hoge verwachtingen, waardoor de kans op herhaaldelijke ervaringen van schaamte wordt vergroot. Tot slot spelen culturele verschillen, de omgang met emoties en temperament een rol. Voorbeelden hiervan zijn dat een levenshouding waarbij emoties worden geaccepteerd adaptiever blijkt dan een levenshouding gericht op het vermijden van emoties (Gottman et al., 1996), en dat kinderen met een interne focus eerder geneigd zijn schaamte te ervaren dan kinderen met een externe focus (Mills, 2005).

Het dagelijkse leven van shame-prone individuen is vaak doordrongen met gevoelens van waardeloosheid en ontoereikendheid (Mills, 2005). Volgens H.B. Lewis (1971) is een shame-prone persoon vaak in een staat van emotioneel leed en niet in staat goed te functioneren in het alledaagse leven. Er kan onder andere sprake zijn van pijnlijke zelfveroordeling, een gevoel van waardeloosheid en schande, een verlangen om zich te verstoppen of te verdwijnen, moeite met sociale interactie en zelfs moeite met vloeiend spreken en coherent denken (H. Lewis, 1971). Ook kunnen negatieve zelfoverpeinzingen deel uitmaken van shame-proneness (Joireman, 2004). Op lange termijn kan shame-proneness een belangrijke rol spelen in psychopathologie (H. Lewis, 1971, 1987) en fysieke gezondheid (Dickerson, Gruenewald & Kemeny, 2004; Dickerson, Kemeny, Aziz, Kim & Fahey, 2004). Hier wordt verder op ingegaan in 2.3.

2.2.1 Schaamte en self-esteen

Schaamte en 'low self-esteem' (laag gevoel van eigenwaarde) worden in de literatuur vaak met elkaar in verband gebracht (bv H.B. Lewis, 1971) en lijken veel met elkaar gemeen te hebben. Beide hebben betrekking op een globale negatieve evaluatie van het zelf. In de literatuur over self-esteen zijn definities en beschrijvingen van self-esteen te vinden die erg lijken op de concepten schaamte en shame-proneness. Leary, Tambor, Terdal & Downs (1995) stellen dat self-esteen een 'sociometer' is die gevoelig is voor sociale interacties, in het bijzonder hoe men staat in relaties tot anderen. Self-esteen controleert volgens hen sociale interacties en brengt de persoon in een staat van alertheid voor bepaalde soorten van sociale dreigingen. In hun model is de belangrijkste dreiging sociale buitensluiting. Ook schaamte heeft een signaalfunctie in sociale situaties. In Barrett's functionalistische ontwikkelingsmodel van schaamte (Barrett, 1995, 1998) is het adaptieve doel van schaamte het behoud van de acceptatie van anderen en het beschermen van self-esteen, door het leren en handhaven van sociale regels (zie 2.1.1). Schaamte werd eerder al in verband gebracht met een discrepantie tussen 'zelf' en 'ideaal' (bv. Glick & Zigler, 1985). Er is tevens empirisch bewijs gevonden dat self-esteen direct beïnvloed wordt door de ervaren discrepantie tussen iemands 'echte' zelf en iemands 'ideale' zelf (Harter, 1987; Rosenberg, 1979). Ook hebben zowel schaamte als self-esteen te maken met het beeld van jezelf in de ogen van significante anderen (Harter, 1987; Rosenberg, 1979). Een geaccepteerde definitie van Scheff is dat self-esteen "de balans is tussen staten van trots en schaamte in iemand's leven, rekening houdend met zowel duur als intensiteit" (Tracy & Robins, 2004).

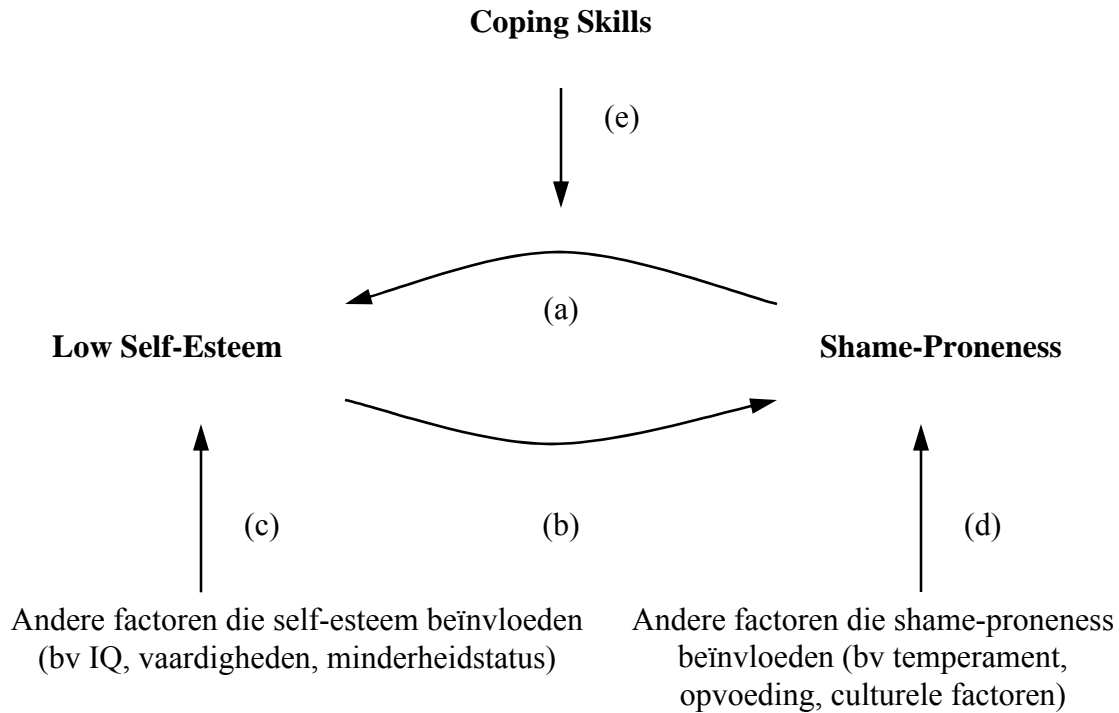
Toch worden schaamte en self-esteen door Tangney en Dearing (2002) gezien als verschillende constructen. Zij omschrijven self-esteen als een stabiele 'trait' met betrekking tot iemands algemene evaluatie van zichzelf, grotendeels onafhankelijk van specifieke situaties. Theoretische definities verschillen wat betreft de nadruk op affectieve en cognitieve componenten (en de beschouwing in domeinen als fysieke verschijning en academische kwaliteiten), maar self-esteen is in essentie een zelfevaluatief construct, waarin gerepresenteerd is hoe een persoon zichzelf waardeert, over het algemeen, in verschillende situaties en tijden. Schaamte is daarentegen een emotie – een affectieve staat. Het *voelen* van schaamte heeft te maken met een negatieve evaluatie van je globale zelf, maar wel een evaluatie in reactie op een specifiek falen of zondigen, die geen afspiegeling hoeft te zijn van iemand's algemene niveau van self-esteen. De corresponderende 'trait' of dispositie is shame-proneness, de neiging om in reactie op specifieke negatieve gebeurtenissen de emotie schaamte te ervaren (in tegenstelling tot bijvoorbeeld schuld) (Tangney & Dearing, 2002).

Uit onderzoeken naar de relatie tussen 'low self-esteen' en 'shame-proneness' komen verschillende resultaten. Er is een aantal onderzoeken waarin een hoge correlatie tussen beide constructen naar voren komt. Gilbert en Andrews (1998) noemen een niet-gepubliceerde studie waarin 'Cook's Internal Shame Scale' (ISS), de 'Other as Shamer scale' (OAS) en een situationele schaamteschaal (Gilbert et al., 1994) worden gebruikt. In dit onderzoek onder studenten bleek een aantal self-esteen meetinstrumenten erg hoog gecorreleerd (boven $r = .7$ in meeste gevallen) met de ISS en de OAS. Tangney en Dearing (2002) leveren echter kritiek op Cook's Internal Shame Scale. Zij stellen dat

Cook geen duidelijk onderscheid maakt tussen self-esteem en wat hij ‘*internalized shame*’ noemt. Sommige items meten duidelijk self-esteem kwesties (bv “Ik heb het gevoel dat ik nooit goed genoeg ben”, “Ik heb het gevoel dat ik me niet kan meten aan andere mensen.” en “Ik zie mezelf streven naar perfectie, om vervolgens steeds tekort te schieten”), wat de zeer hoge correlaties tussen shame-proneness en self-esteem (tot $r = .88$) kan verklaren (Tangney & Dearing, 2002).

Tangney en Dearing (2002) vonden in hun onderzoek naar de relatie tussen shame-proneness en self-esteem een gemiddelde negatieve correlatie van ‘slechts’ $r = -.42$. Dit kan als bewijs worden aangevoerd voor de stelling dat shame-proneness en self-esteem gerelateerde, maar verschillende constructen zijn. Tangney en Dearing (2002) veronderstellen vier mogelijke combinaties tussen beide constructen, waarbij zowel laag als hoog self-esteem gecombineerd kan zijn met zowel de aanwezigheid als de afwezigheid van de trait shame-proneness. Gezien de gemiddelde correlatie van $r = -.42$ komen shame-prone individuen met een laag self-esteem en niet shame-prone individuen met een hoog self-esteem het vaakst voor. Hoewel (gezien diezelfde correlatie) de andere combinaties ook genoeg voorkomen, kan over het algemeen gezegd worden dat shame-prone personen geneigd zijn een lager self-esteem te hebben dan personen die niet shame-prone zijn. Er is op dit moment nog geen empirisch bewijs voor een causale oorsprong in de relatie tussen schaamte en self-esteem. Wel zijn er theorieën over de relatie tussen beide constructen.

Sommige auteurs zien shame-proneness (gebaseerd op verschillende vroege ervaringen) als de bron van laag of slecht self-esteem (Jacoby, 1994). Sommige onderzoekers stellen dat low self-esteem onderdanig gedrag op gang kan brengen en kan zorgen voor een schadebeperkende houding. Self-esteem kan van daaruit gevoeligheid voor veel sociale emoties vergroten, zoals schaamte, sociale angst en verlegenheid (Gilbert & Andrews, 1998). Tangney en Dearing (2002) speculeren dat de relatie tussen schaamte en self-esteem een complexe relatie is waarin verschillende factoren (zoals persoonlijkheidstrekken) een rol spelen. Zij stellen dat er ten minste drie soorten factoren zijn die invloed hebben op de relatie tussen schaamte en self-esteem, wat ook kan verklaren dat sommige mensen in de categorieën ‘shame-prone – high self-esteem’ of ‘non-shame-prone – low self-esteem’ vallen. In figuur 2.2.1 staan deze factoren schematisch weergegeven. De paden *a* en *b* geven de directe effecten van schaamte op self-esteem en vice versa weer. Het is goed voor te stellen dat shame-proneness kan leiden tot een gebrek aan eigenwaarde. Herhaaldelijke en frequente schaamte-ervaringen zullen waarschijnlijk op lange termijn iemands eigenwaarde “afbreken”. De zelfbeschuldiging die een rol speelt bij schaamte vormt een dreiging voor het zelfbeeld, en zo ook voor het algemene niveau van self-esteem (Tangney & Dearing, 2002). Tegelijkertijd is het waarschijnlijk dat laag self-esteem de weg bereidt voor herhaaldelijke ervaringen van schaamte. Individuen met een laag niveau van eigenwaarde zullen bij negatieve gebeurtenissen eerder geneigd zijn hun “slechte zelf” de schuld te geven.



Figuur 2.2.1 Factoren die van invloed kunnen zijn op de relatie tussen shame-proneness en low self-esteeem (Tangney & Dearing, 2002).

Er zijn echter veel andere factoren die invloed kunnen hebben op iemands self-esteeem, naast schaamte (pad *c*). Voorbeelden van factoren die direct bijdragen aan het niveau van self-esteeem zijn academisch succes, bijzondere gaven of vaardigheden, of respect en goedkeuring van significante anderen. Deze positieve eigenschappen zullen vooral bijdragen aan een hoog self-esteeem wanneer deze in domeinen liggen die door het individu belangrijk gevonden worden. Aan de andere kant zijn er ook veel tekortkomingen die kunnen zorgen voor een laag self-esteeem, zoals cognitieve beperkingen, fysieke onaantrekkelijkheid, gebrekkige sociale vaardigheden of het behoren tot een minderheidsgroep. Ook hier is de invloed op self-esteeem het grootst wanneer het domein door het individu belangrijk gevonden wordt (Tesser, 1999). Pad *d* staat voor de factoren die van invloed zijn op schaamte, naast self-esteeem. Eerder is ingegaan op het ontstaan van shame-proneness, maar samengevat spelen temperament, opvoeding, andere socialisatiefactoren en (culturele) omgeving een rol. Tot slot is er een aantal vaardigheden of eigenschappen die invloed kunnen hebben op de mate waarin shame-proneness bijdraagt aan laag self-esteeem (de invloed van pad *e* op pad *a*). Het is waarschijnlijk dat sommige mensen beter met schaamte om kunnen gaan en ervan kunnen herstellen dan anderen (zie 2.1.3), waardoor de invloed van schaamte-ervaringen op self-esteeem per persoon verschilt.

2.3 Invloed van schaamte op gezondheid

Een belangrijke vraag in het onderzoek naar schaamte is in hoeverre schaamte invloed heeft op mentale en fysieke gezondheid. Ervaringen van schaamte maken normaal gesproken deel uit van ons alledaagse leven en spelen een belangrijke rol in gezonde ontwikkeling. De continue ervaring van schaamte kan echter ongezond zijn. Bij volwassenen blijkt shame-proneness gerelateerd te zijn aan een variëteit van psychologische symptomen, waaronder angst, sociale fobie, angst voor negatieve sociale evaluatie, depressie, woede, agressie, middelenmisbruik, gevoelens van inferioriteit, somatiseren en symptomen van eetstoornissen (Andrews, Qian & Valentine, 2002; Lutwak & Ferrari, 1997; Sanftner, Barlow, Marschall & Tangney, 1995; Scheff, 1995; Tangney, Burgraf & Wagner, 1995). In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relatie tussen schaamte en verschillende vormen van psychopathologie, in het bijzonder depressie, agressie en sociale angst. Ook zal de invloed op fysieke gezondheid besproken worden.

2.3.1 Psychische gezondheid

Uit veel onderzoeken blijkt dat schaamte gerelateerd is aan depressie (bv. Andrews, Qian & Valentine, 2002; Gilbert, Pehl & Allan, 1994; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992). De vraag is *hoe* schaamte precies bijdraagt aan depressie. Volgens de cognitieve attributietheorie is schaamte een affectieve staat die ontstaat door interne, stabiele en globale attributies over de oorzaken van negatieve gebeurtenissen. Wanneer schaamte-ervaringen zich vaak over een langere periode voordoen, wordt deze attributiebias een algemene cognitieve stijl. Cognitieve theorieën over depressie omschrijven een depressieve attributiestijl als een stijl waarbij interne, stabiele, globale attributies worden gemaakt voor negatieve gebeurtenissen, en externe, onstabiele, specifieke attributies worden gemaakt voor positieve gebeurtenissen. Volgens de *'hopelessness'* theorie van depressie (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) is een depressieve attributiestijl een kwetsbaarheidfactor voor depressie. Stressvolle gebeurtenissen kunnen een depressieve, pessimistische manier van denken uitlokken, wat op zijn beurt depressie kan uitlokken. In een onderzoek bij volwassen studenten bleek schaamte uniek geassocieerd te zijn met depressie, bovenop het effect van depressieve attributiestijl (Tangney et al., 1992), wat suggereert dat schaamte additioneel bijdraagt aan depressie, naast de cognitieve stijl zelf. Onderzoek naar de wisselwerking tussen depressie en cognitie suggereert dat depressie zelf kan leiden tot een nog negatievere cognitieve stijl (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1992), mogelijk door piekeren over iemands leed en leidend tot verhoogde zelfkritiek (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Pomerantz & Rudolph, 2003). Het is waarschijnlijk dat schaamte wordt geactiveerd in dit proces, waardoor het piekeren, de zelfkritiek en het depressieve gevoel wordt verergerd. Schaamte kan ook een bemiddelende rol spelen in de ontwikkeling van depressie. Deze hypothese moet echter nog getest worden (Mills, 2005).

Schaamte wordt naast depressie vaak in verband gebracht met agressie. Onderzoekers onderscheiden verschillende vormen van agressie waarvan de oorsprong in de kinderjaren ligt (Mills, 2005). Eén subtype wordt gekarakteriseerd als een temperamentstijl van hoge

emotionele reactiviteit (gedragsinhibitie of angst), samengaan met een hogere vatbaarheid voor boosheid en blootstelling aan ondercontrole door de ouders, waardoor de ontwikkeling van zelfcontrole en het internaliseren van regels wordt verstoord (Frick et al., 2003). Een ander subtype wordt gekarakteriseerd door lage emotionele reactiviteit (lage gedragsinhibitie of onbezorgdheid), wat gepaard gaat met niet kunnen ontwikkelen van zorg voor anderen, en dwangcycli in de ouder-kind interactie waardoor agressief gedrag wordt bekrachtigd en hostiliteit en afwijzing door de ouders wordt veroorzaakt (Shaw et al., 2003). Schaamte is mogelijk een belangrijke factor in het ontstaan van één of beide subtypes, door de nauwe samenhang met woede. M. Lewis (1992) maakt onderscheid tussen boosheid als reactie op de belemmering van een doel en woede in reactie op intense belediging van het zelf, en suggereert dat ‘*shame-rage*’ (schaamte-woede) zich voordoet in reactie op intense belediging als gevolg van continue beschaming door anderen. Shame-rage leidt waarschijnlijk tot agressie gericht op de persoon die de schaamte bevorderde, of agressie verplaatst naar veiliger doelwitten. Over een langere periode kan verwacht worden dat shame-rage reacties zorgen voor een vijandige interpersoonlijke stijl, gekenmerkt door behoedzaamheid, wantrouwen in anderen, de neiging om vijandige intenties toe te schrijven aan anderen en de neiging om vijandige oplossingen te genereren voor interpersoonlijke problemen.

Mishandeling waarbij er een aanval op het zelf plaatsvindt (fysiek en/of psychologisch) bevordert waarschijnlijk shame-rage en agressie. Hoewel bewijs voor een causale relatie ontbreekt, is er wel bewijs gevonden voor een relatie tussen mishandeling en shame-proneness (Alessandri & Lewis, 1996) en tussen mishandeling en vijandige attributieprocessen (Price & Glad, 2003). Een vijandige attributiebias blijkt bij te dragen aan agressieve daden (Burks, Dodge, Price & Laird, 1999a; Burks, Laird, Dodge, Pettit & Bates, 1999b). Schaamte speelt waarschijnlijk een bemiddelende rol in de relatie tussen mishandeling en de ontwikkeling van een vijandig subtype van agressie. Shame-rage kan de ontwikkeling een kant opsturen waarbij terugkerende schaamte-woede-schaamte processen een vijandige cognitieve stijl bevorderen, waarbij een disinhibitie van agressieve daden plaatsvindt en waarbij empathie en zorg voor anderen wordt ondermijnd (Mills, 2005).

Conflict theoristen (Retzinger, 1991; Scheff, 1995) suggereren dat niet-erkende schaamte leidt tot schaamte-woede cycli (*‘shame-rage cycles’*), zowel intra- als interpersoonlijk. Socioloog Scheff (1991) is ervan overtuigd dat elk conflict begint met schaamte. Destructieve, negatieve conflicten ontstaan, blijven bestaan en lopen uit de hand doordat de schaamte niet gevoeld, niet bewust of niet erkend wordt (Baneke, 2002). Scheff stelt dat het vermijden van schaamte samenhangt met 'avoidant attachment' en veel vaker bij mannen dan bij vrouwen voorkomt. Dat zou volgens hem ook de reden zijn dat mannen veel meer delinquent gedrag vertonen dan vrouwen (Baneke, 2003a)

De omschrijving van schaamte is vergelijkbaar met die van sociale angst. Leary & Kowalski (1995) zeggen dat het karakteristieke van sociale angst is, dat sociale angst - in tegenstelling tot andere angsten - voortkomt uit het vooruitzicht op of de aanwezigheid van interpersoonlijke evaluatie in echte of ingebeelde sociale settings. Sociale angst zou volgens Leary & Kowalski evengoed “evaluatieangst” genoemd kunnen worden (1995, p. 6). Beck et al. zien sociale angst niet alleen als evaluatieangst, maar relateren het ook direct aan schaamte: “De ervaring van schaamte is belangrijk in discussies over sociale angst omdat de sociaal angstige persoon bang is zich te schamen in veel situaties” (1985,

p. 156). Schaamte is, net als sociale angst, verbonden met gevoelens van onzekerheid en angst over negatieve evaluatie door anderen (bv. Buss, 1980, Schlenker & Leary, 1982). Er is bewijs gevonden voor een relatie tussen schaamte en sociale angst bij volwassenen (bv Gilbert & Miles, 2000; Lutwak & Ferrari, 1997). Mills (2005) geeft een theoretische verklaring voor deze relatie:

Angst wordt omschreven als een gevoel van oncontroleerbaarheid, gefocust op mogelijke bedreigingen in de toekomst of potentiële negatieve gebeurtenissen (Barlow, 2002). Ontwikkelingstheorieën over angst schrijven de ontwikkeling van angst toe aan interacties tussen factoren die bijdragen aan een gevoel van oncontroleerbare en onvoorspelbare dreiging (Albano, Chorpita & Barlow, 2003). Barlow (2002) neemt aan dat angst voortkomt uit de effecten van aangeboren gevoeligheid voor negatieve emoties, een verleden met overcontrole door anderen waardoor percepties van oncontroleerbaarheid worden versterkt, en vroege leerervaringen die in specifieke angsten resulteren. In een ander model, specifiek gericht op sociale angst, stellen Rubin en Burgess (2001) dat interacties tussen een kind met een geremd temperament en ouders die psychologisch overcontrolerend zijn, onzekerheid en angst aanwakkeren. Hierdoor worden sociale verkenning en het aanleren van sociale vaardigheden bemoeilijkt, met negatieve sociale zelfpercepties en sociale angst als gevolg. In 2.2 werd de ontwikkeling van shame-proneness op dezelfde manier in verband gebracht met overcontrole door de ouders.

Ervaringen van oncontroleerbaarheid of angst bevatten beide een gevoel van dreiging (angst) en een gevoel van inefficiëntie (schaamte) (Buss, 1980; Schlenker & Leary, 1982). Daarbij kunnen beide emoties elkaar activeren door hun effecten op cognitie. In staat van angst zal er langer aandacht worden besteed aan interne gevoelens van ongemak. Als gevolg zal iemand eerder de neiging hebben interne attributies te maken voor gedrag en vatbaarder zijn voor zelfbeschuldiging en schaamte. In staat van schaamte zal de aandacht worden gericht op de onacceptabelheid voor anderen, waardoor men zich meer zorgen zal maken over negatieve evaluatie door anderen, en gevoelens van angst over sociale situaties worden versterkt. Op lange termijn kan schaamte dus bijdragen aan een verhoging van sociale angst. Gezien de rol die schaamte waarschijnlijk speelt in de ontwikkeling van depressie, kan schaamte mogelijk ook een belangrijke factor zijn in de hoge co-morbiditeit tussen sociale angststoornissen en depressie (Mills, 2005).

Schaamte wordt naast depressie, agressie en sociale angst met veel andere vormen van psychische stoornissen in verband gebracht. In onderzoeken van Tangney en Dearing (2002) bleken alle 12 psychopathologieschalen van de SCL-90 significant positief gecorreleerd te zijn met shame-proneness. Schaamte blijkt tevens gerelateerd te zijn aan persoonlijkheidstrekken als neuroticisme (Johnson, et. al., 1987) en kan als component gezien worden van narcistische, antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornissen (Harder, 1995).

Er zijn veel onderzoeken aan te halen waarin de relatie tussen schaamte en psychopathologie naar voren komt. Een voorbeeld is dat schaamte in een onderzoek onder ex-gevangenen en oorlogsveteranen gerelateerd bleek te zijn aan posttraumatische stressstoornis (Leskela, Dieperink & Thuras, 2002). Ook de link tussen schaamte en eetstoornissen wordt vaak gelegd. Sanftner, Barlow, Marschall en Tangney (1995) vonden bijvoorbeeld in een onderzoek onder studenten dat shame-proneness geassocieerd was met een reeks eetstoornissymptomen, waaronder boulimia, ontevredenheid over het

lichaam, drang naar slankheid en eetpatronen. Schaamte speelt bij zowel anorexia als boulimia nervosa een rol (bv. Grabhorn, Stenner, Stangier & Kaufhold, 2006). Schaamte kan tevens een bemiddelende rol spelen tussen verschillende psychische stoornissen. Een voorbeeld is een onderzoek van Frank (1991) waarin schaamte over eetgedrag sterk geassocieerd bleek te zijn met depressie bij een groep vrouwelijke studenten met eetstoornissen.

2.3.2 Fysieke gezondheid

Shame-proneness zou gezien kunnen worden als een chronische stressor. In de mate waarin schaamte inderdaad een stressor is, kan het implicaties hebben voor fysieke gezondheid. Excessieve of langdurige stress kan zorgen voor een overbelasting van het stressrespons systeem, en zijn tol eisen op het lichaam (bv. McEwen, 1998). Het lichaam wordt vatbaarder voor ziekte (bv. Dickerson, Gruenewald & Kemeny, 2004). Eén van de kenmerken van een stressreactie is de aanmaak van het hormoon cortisol. In een meta-analyse van stressreacties bij gezonde volwassenen (Dickerson & Kemeny, 2004) werd de omvang van cortisolreacties op verschillende typen stressoren onderzocht (waaronder spreken in het openbaar), als een functie van de context waarin de stressor zich voordeed. Cortisolreacties bleken meer uitgesproken te zijn in een context waarin negatieve evaluatie plaats kon vinden, en nog uitgesprokener wanneer dit gekoppeld was aan oncontroleerbaarheid (wanneer mislukking de waarschijnlijke uitkomst was). Direct bewijs dat negatieve zelfevaluatie stressvol is, wordt gegeven door een studie waarin 4-jarigen een aantal taken kregen, waarvan ze sommige succesvol volbrachten en bij sommigen faalden (M. Lewis & Ramsay, 2002). Kinderen die op falen reageerden met expressieve tekenen van negatieve zelfevaluatie (schaamte of vernedering), hadden een meer uitgesproken cortisolreactie dan kinderen die geen negatieve zelfevaluatie lieten zien.

Er is tevens bewijs gevonden voor het idee dat negatieve zelfevaluatie invloed heeft op het immuunsysteem, en dat het effect specifiek toe te schrijven is aan schaamte. Dickerson, Kemeny et al. (2004) vergeleken studenten in twee condities; één waarin zelfbeschuldiging werd uitgelokt (het schrijven over traumatische ervaringen die hen een slecht gevoel over zichzelf gaven) en een neutrale (objectief schrijven over activiteiten in de laatste 24 uur). Bij beide groepen werden er vóór en na de tijd speekselmonsters afgenomen en emotionele staten gemeten. Een bepaalde immuuncel (sTNF α RII) bleek te zijn verhoogd in de zelfbeschuldiginggroep, maar niet in de andere groep. Bovendien bleken alleen verhogingen in schaamte (niet in schuld of algemene negativiteit) significant gerelateerd te zijn aan de verhoging van deze immuuncel.

Schaamte blijkt tevens een rol te spelen in de gezondheid van mensen met een sociaal stigma. Uit onderzoeken onder slachtoffers van fysieke mishandeling (Feiring, Taska & Lewis, 2002) en HIV-positieve mannen (Kemeny, 2002) bleek dat de proefpersonen een slechtere emotionele en fysieke gezondheid hadden wanneer ze zich schaamden voor hun stigma.

2.4 Schaamte in psychotherapie

Schaamte speelt waarschijnlijk in veel, of volgens Wurmser (1981) zelfs in bijna alle therapeutische ontmoetingen een rol. Schaamte kan op verschillende manieren invloed hebben op psychotherapie. Allereerst zijn de personen die therapie nodig hebben vaak shame-prone individuen. In 2.3 is ingegaan op de relatie tussen schaamtegevoeligheid en psychopathologie, waaruit afgeleid kan worden dat bij cliënten met psychische problemen schaamte om te beginnen al een grote rol speelt. Daarnaast roept de context van psychotherapie vaak schaamte op. Patiënten met psychische problemen worden in onze cultuur nog steeds gestigmatiseerd. Mensen die psychologische hulp zoeken zien zichzelf vaak als zwak, gebrekkig en niet in staat om zelf met het leven om te gaan, en nemen ook aan dat anderen zo over hen denken. Een veelvoorkomende angst van cliënten in therapie is dat anderen erachter komen dat ze problemen hebben en in therapie zijn (Tangney & Dearing, 2002). Men wil niet worden gezien als “psychiatrisch patiënt”. Misschien wel daarom dat veel mensen die baat zouden kunnen hebben bij therapie, toch niet de stap zetten om hulp te zoeken. Kushner en Sher (1991) onderzochten bestaande literatuur over het zoeken van psychologische hulp en concludeerden dat slechts $\pm 20\%$ van de personen met een significante psychische stoornis hulp zoekt. Een aantal barrières weerhoudt mensen ervan hulp te zoeken (Fee, 1998). Uit een onderzoek onder studenten blijkt dat schaamte een barrière kan zijn; 51 % van de studenten gaf aan dat de verwachting van schaamte op zijn minst ‘redelijk belangrijk’ was in de beslissing om wel of niet in therapie te gaan. Bij shame-prone individuen waren de barrières nog eens groter dan bij minder schaamtegevoelige personen.

Als eenmaal de stap is gezet tot therapie, kan men hierin een reeks van schaamtevolle interacties verwachten. Psychotherapie is een proces waarbij de focus ligt op het zelf, en in het bijzonder de gevreesde, problematische aspecten van het zelf. Cliënten worden aangespoord hun diepste en pijnlijkste geheimen te vertellen. Wat het vaak nog schaamtevoller maakt is dat deze onthullingen worden gedaan tegenover een therapeut, van wie vaak wordt aangenomen dat hij het voorbeeld is van psychische gezondheid. Vanuit het perspectief van veel cliënten is dit een schaamtevolle vergelijking – een incompetente, fragiele, “zieke” cliënt tegenover een alleswetende, gezonde, wijze therapeut (Tangney & Dearing, 2002). Groepstherapie kan hier het voordeel bieden van hulpvolle sociale vergelijking en het delen van negatieve informatie over jezelf met mensen die hetzelfde doen (Gilbert & Andrews, 1998).

Als laatste bestaat er nog de mogelijkheid dat cliënten schaamtegebaseerde relaties projecteren op de cliënt - therapeut relatie (Stadter, 1996; I.B. Weiner, 1998). Het komt vaker voor dat cliënten vorige relaties – vaak niet de meest positieve – ‘overbrengen’ naar de relatie met de therapeut. Dit kan nog meer schaamte brengen in een situatie die al schaamtevol was.

Reacties op schaamte kunnen het therapeutische proces bemoeilijken. De wens om te verdwijnen en de neiging om zich terug te trekken kunnen bij patiënten leiden tot gedrag dat vaak onder de algemene term “resistentie” kan worden geschaard. Wanneer een patiënt te laat komt, afspraken niet nakomt, plotseling van onderwerp veranderd of niet wil praten, kunnen dit tekenen zijn van schaamte (Tangney & Dearing, 2002). Baneke (2003a) heeft de klinische ervaring en overtuiging dat wanneer een patiënt iets geheim houdt, het bijna altijd om schaamte gaat. Schaamte kan ook leiden tot woede, wat zich in

de context van therapie vaak uit in de vorm van irrationele boosheid naar de therapeut, of het vroegtijdig beëindigen van de therapie.

2.5 Vraagstelling en hypothesen

Het doel van dit onderzoek is het meten van effecten van dagbehandeling. De belangrijkste uitkomstmaat is hierbij het effect op psychische klachten. Hieruit volgt de hoofdvraag: *(1) Heeft de behandeling een positief effect op psychische klachten, gemeten met de SCL-90?* Indien er inderdaad een positief effect op de klachten wordt gevonden: *(2) Zijn er variabelen te benoemen die het succes van de behandeling kunnen voorspellen?* De derde onderzoeksvraag luidt: *(3) Heeft de behandeling een positief effect op de ervaring van schaamte, gemeten met de VAG en ESS?*

Bij deze onderzoeksvragen zijn de volgende hypothesen opgesteld: *(1) De behandeling zorgt voor een klachtenvermindering.* Het reduceren van klachten is de belangrijkste doelstelling van de behandeling, dus de verwachting is dat de behandeling inderdaad een klachtenvermindering tot gevolg heeft. *(2) Hoe meer schaamtegevoelens vóór de behandeling (gemeten op de ESS en VAG), hoe minder behandel-effect.* In 2.4 kwam naar voren dat schaamte het therapeutische proces kan bemoeilijken. De verwachting is dat de scores op de ESS en VAG voorspellers van een succesvolle behandeling kunnen zijn (lage score: meer effect). *(3) Na de behandeling zal er minder schaamte gerapporteerd worden dan vóór de behandeling.* Gezien de in de literatuur gevonden samenhang tussen schaamte en psychische klachten wordt er een vermindering van zowel psychische klachten als schaamte verwacht. Hierbij worden grotere verschillen verwacht in ‘state’ schaamte (gemeten met de VAG) dan in ‘trait’ schaamte (gemeten met de ESS), omdat persoonlijkheid minder te beïnvloeden is.

3. Methode

3.1 Doelgroep en procedure

De doelgroep bestaat uit (ex-)patiënten van Mediant, locatie “de Bremmele”; centrum voor psychiatrische en psychotherapeutische deeltijdbehandeling en polikliniek. De patiënten zijn in één van vijf verschillende behandelgroepen in dagbehandeling geweest (zie tabel 3.1.1). Beide structurerende groepen zijn opgedeeld in twee groepen.

Patiënten zijn vóór de behandeling (T1) al onderzocht met de relevante meetinstrumenten. Voor de meting van de effecten na behandeling (T2) zijn patiënten die de behandeling tussen 1 oktober 2005 en 17 mei 2006 hebben afgerond, schriftelijk benaderd met de vraag om de toegestuurde vragenlijsten in te vullen. Voorwaarde was dat de behandeling in wederzijds overleg was beëindigd; dit om te voorkomen dat de behandeling niet afgerond was. Er zijn in totaal 61 personen benaderd.

Tabel 3.1.1 Dagbehandelingen de Bremmele

Naam groep	Leeftijd	Dagen per week	Aantal maanden	Soort therapie
1 Psychotherapiegroep volwassenen	28-55 jr	4-daags programma	12 maand	-inzichtgevend -ontdekkend -openlegend -interne verandering
2 Psychotherapiegroep jong-volwassenen	18-28 jr	4-daags programma	12 maand	-inzichtgevend -ontdekkend -openlegend -interne verandering
3 Structurerende groep volwassenen (2 groepen)	28-55 jr	3-daags programma	6 maand	-steunend -ik-versterkend -directief -gedragsverandering
4 Structurerende groep jong-volwassenen (2 groepen)	18-28 jr	3-daags programma	6 maand	-steunend -ik-versterkend -directief -gedragsverandering
5 Resocialisatiegroep	18-60 jr	3-daags programma	3 maand	-structurerend -steunend -stabiliserend -symptoomreductie

3.2 Instrumenten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van drie self-report vragenlijsten. Voor het meten van psychopathologie is gekozen voor de SCL-90. Schaamte wordt gemeten met twee instrumenten; de VAG om 'state' schaamte te meten en de ESS voor de 'trait' schaamte.

De **Klachtenlijst SCL-90** (W.A. Arrindell, J.H.M. Ettema en Swets & Zeitlinger B.V., 1986; vert. van Symptom Checklist-90, Derogatis et al., 1973) is een veelgebruikte klinische vragenlijst, bestaande uit 90 symptomen. Op een vijfpunts-Likertschaal (van 1: 'helemaal niet' tot 5: 'heel erg') moet de respondent aangeven in welke mate hij in de afgelopen week is gehinderd door verschillende psychische en lichamelijke klachten. Er wordt bijvoorbeeld gevraagd in hoeverre de ondervraagde werd gehinderd door "hoofdpijn", "het gevoel in de put te zitten", "aanvallen van angst of paniek", of "het gevoel dat anderen je in de gaten houden of over je praten". De vragenlijst bevat negen klinische subschalen: angst (10 items), agorafobie (7), depressie (16), somatische klachten (12), insufficiëntie van denken en handelen (9), interpersoonlijke sensitiviteit en wantrouwen (18), hostiliteit (6), slaapproblemen (3) en overige klachten (9 items, met name met betrekking tot psychoticisme). De totaalscore op de SCL-90 ligt tussen de 90 en 450 en wordt aangeduid als psychoneuroticisme. De totaalscore kan worden opgevat als een aanduiding van het algehele niveau van psychisch en (daarmee samenhangend) lichamelijk disfunctioneren over de recente tijdsperiode.

De **Vragenlijst Actuele Gevoelens (VAG)**; Baneke, 2003c; vert. van Marschall, Sanftner & Tangney, 1994) is gekozen voor het meten van de 'state' schaamte. De lijst bevat 18 vragen over gevoelens op dit moment en bevat de schalen schaamte, schuld en trots. In deze vragenlijst wordt hoofdzakelijk indirect naar schaamte gevraagd. Voorbeelden van items zijn: "Ik zou wel door de grond willen zakken en verdwijnen" en "Ik voel mezelf waardeloos en zwak". Op een zespunts-Likertschaal (van 0: 'helemaal niet' tot 5: 'heel sterk') geven respondenten aan in hoeverre de uitspraak op het moment van invullen op hen van toepassing is. Op de subschalen van de VAG is de minimumscore 0 en de maximumscore 30.

De **Ervaringen met Schaamte Schaal (ESS)**; Baneke, 2003b; vert. van Andrews, Qian & Valentine, 2002) is een vragenlijst met 25 items, waarin gevraagd wordt naar ervaringen met schaamte in het afgelopen jaar. Met deze vragenlijst wordt de 'trait' schaamte gemeten. Met gebruik van een vierpunts-Likertschaal (van 1: 'helemaal niet' tot 4: 'heel erg') wordt schaamte gemeten met betrekking tot lichaam, karakter en gedrag. In deze vragenlijst wordt direct naar schaamte gevraagd. Er zijn 12 items die schaamte met betrekking tot karakter ('*characterological shame*') meten; bijvoorbeeld: "Heeft u zich geschaamd over bepaalde gewoontes van uzelf?". Schaamte met betrekking tot gedrag ('*behavioral shame*') wordt door 9 items gemeten; een voorbeeld: "Heeft u zich zorgen gemaakt over wat anderen van u denken als u iets verkeerd doet?". Tenslotte zijn er 4 items over schaamte voor het lichaam ('*bodily shame*'); "Heeft u uw lichaam of een deel van uw lichaam willen verbergen?". De totaalscore op de schaal ligt tussen 25 en 100.

3.3 Data-analyse

Om de hoofdvraag – *Heeft de behandeling een positief effect op psychische klachten, gemeten met de SCL-90?* – te beantwoorden, zal getoetst worden of de scores op de SCL-90 vóór de behandeling (T1) significant verschillen van de scores ná de behandeling (T2). Voor het vergelijken van twee gerelateerde groepen kan gekozen worden uit de gepaarde t-toets voor een normaal verdeelde populatie en de Wilcoxon Signed Rank-toets voor een niet-normaal verdeelde populatie.

Indien er een effect wordt gevonden op de SCL-90, wordt met gebruik van een multiple lineaire regressieanalyse de tweede onderzoeksvraag onderzocht; *Zijn er variabelen te benoemen die het succes van de behandeling kunnen voorspellen?* Als afhankelijke variabele wordt de verschilscore op de SCL-90 (verschil tussen de totaalscores op T2 en T1) genomen, op voorwaarde dat deze normaal verdeeld is. De basisvariabelen (gemeten op T1) ‘state’ schaamte (schaamteschaal VAG), ‘trait’ schaamte (totaalscore en subschalen karakter, gedrag en lichaam van ESS), psychopathologie (subschalen en totaalscore op SCL-90), geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, behandelgroep, behandelduur en diagnose worden met gebruik van een correlatieanalyse onderzocht op hun samenhang met de afhankelijke variabele. Bij een bivariate normale verdeling wordt de Pearson correlatiecoëfficiënt gebruikt, bij een niet-normale verdeling de Spearman. Variabelen worden op basis van een lineair verband en een correlatie van $>.25$ als onafhankelijke variabelen in de regressieanalyse opgenomen. Hierbij kunnen onafhankelijke variabelen met een te hoge onderlinge correlatie ($>.65$) niet in het model worden opgenomen, omdat er dan sprake is van multicollineariteit. Er wordt één regressievergelijking berekend met alle opgenomen variabelen (methode: Enter). Vervolgens worden alle variabelen die geen onafhankelijke voorspellers voor een succesvolle behandeling blijken te zijn stuk voor stuk verwijderd uit het model, totdat het best voorspellende model overblijft.

De onderzoeksvraag: *Heeft de behandeling een positief effect op de ervaring van schaamte, gemeten met de VAG en ESS?* wordt net als de hoofdvraag getoetst met de gepaarde t-toets (bij een normale verdeling) of de Wilcoxon Signed Rank-toets (bij een niet-normale verdeling).

Naast bovengenoemde toetsen zal tevens een correlatieanalyse worden gedaan om verbanden tussen de verschillende variabelen – met name tussen de SCL-90 en de schaamteschalen - te onderzoeken. Bij variabelen met een bivariate normale verdeling wordt de Pearson correlatiecoëfficiënt gebruikt, bij een niet-normale verdeling de Spearman.

4. Resultaten

4.1 Respondenten

Voor het onderzoek zijn in totaal 61 patiënten benaderd. Van deze groep hebben 22 personen de vragenlijsten ingevuld geretourneerd. Vijf andere personen verklaarden schriftelijk niet mee te willen werken aan het onderzoek, of vielen om andere redenen uit (bijvoorbeeld door onjuiste adresgegevens t.g.v. verhuizing). De basiskarakteristieken van de totale groep benaderde patiënten en de groep respondenten staan weergegeven in tabel 4.1.1. De verdeling over de verschillende behandelgroepen staat weergegeven in tabel 4.1.2.

Tabel 4.1.1 Basiskarakteristieken groep benaderde patiënten en groep respondenten

	Benaderde patiënten (n=61)	Respondenten (n=22)
Man/Vrouw, aantal (%)	20 (33)/ 41 (67)	8 (36)/ 14 (64)
Leeftijd in jaren (SD) Range: 19 – 54	32 (9,05) Range: 19 – 54	32 (9,45) Range: 21 – 54
Opleidingsniveau, n (%)	LBO: 10 (16) MBO: 23 (38) HBO: 16 (26) WO: 2 (3) Onbekend: 10 (16)	LBO: 1 (5) MBO: 7 (32) HBO: 7 (32) WO: 2 (10) Onbekend: 5 (23)

Tabel 4.1.2 Respondenten per behandelgroep

Groep:	Aantal benaderde patiënten	Aantal respondenten	Respons in % per groep
Psychotherapiegroep volwassenen	7	3	43%
Psychotherapiegroep jong-volwassenen	5	2	40%
Structurerende groep volwassenen (totaal van 2 groepen)	14	6	43%
Structurerende groep jong-volwassenen (totaal van 2 groepen)	18	8	44%
Resocialisatiegroep	17	3	18%
Totaal:	61	22	36%

Als gekeken wordt naar de basiskarakteristieken van beide groepen, zijn de man/vrouw verhoudingen en de leeftijd in beide groepen gelijk te noemen. Wel is er een ondervetegenwoordiging van lager opgeleiden in de groep respondenten ten opzichte van de totale groep benaderde patiënten. Als gekeken wordt naar de respondenten per behandelgroep, valt op dat de respons in de resocialisatiegroep (18%) een stuk lager is dan in de overige behandelgroepen (40 tot 44%).

Bij 89% (54/61) van de benaderde patiënten werd er (vóór of tijdens de behandeling) een diagnose gesteld op As I van de DSM-IV. Bij 36% (22/61) werd er naast deze eerste diagnose (of 'basisdiagnose') een tweede diagnose gesteld op As I. Een derde diagnose werd in 15% (9/61) van de gevallen gegeven. Bij 38% (23/61) van de patiënten werd er naast de diagnose(s) op As I een diagnose gesteld op As II van de DSM-IV. Twee patiënten (3%) kregen alleen een diagnose op As II (in beide gevallen de Borderline persoonlijkheidsstoornis). Om een overzicht te geven van de problematiek die bij deze patiënten een rol speelt, zijn de frequenties van alle diagnoses op As I van de groep benaderde patiënten weergegeven in tabel 4.1.3. Tabel 4.1.4 geeft een overzicht van de diagnoses op As II bij deze groep. Om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de verschillende soorten stoornissen zijn de diagnoses per respondent weergegeven in tabel 4.1.5. In deze tabel (en in verdere analyses) zijn de diagnoses op As I ingedeeld in categorieën.

Tabel 4.1.3 Diagnoses op As I van de DSM-IV, groep benaderde patiënten

Diagnose As I DSM-IV	Aantal 1e diagnoses	Aantal 2e diagnoses	Aantal 3^e diagnoses
Dysthyme stoornis	9	3	1
Depressieve stoornis: Eenmalige episode	9	2	
Depressieve stoornis: Recidiverend	6		
Bipolaire I stoornis	4		
Aanpassingsstoornis (met depressieve of gemengd angstige en depressieve stemming)	4		
Identiteitsprobleem	3	4	2
Posttraumatische stress-stoornis	3	1	1
Afhankelijkheid / misbruik van middel	3	1	
Somatoforme stoornis (NAO)	3		
Gegeneraliseerde angststoornis	2	3	
Ouder-kind relatieprobleem	2	1	
Eetstoornis NAO	1	3	
Paniekstoornis met agorafobie	1	1	1
Anorexia Nervosa	1	1	
Sociale fobie	1		
Obsessieve-compulsieve stoornis	1		
Beroepsprobleem	1		
Relatieproblemen		1	3
Levensfaseprobleem		1	
Angststoornis NAO			1
Totaal	54	22	9

Tabel 4.1.4 Diagnoses op As II van de DSM-IV, groep benaderde patiënten

Diagnose As II DSM-IV	Aantal diagnoses
Persoonlijkheidsstoornis NAO	16
Borderline persoonlijkheidsstoornis	6
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	1
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	1
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	1
Totaal	25

Tabel 4.1.5 Diagnoses per respondent op As I en As II DSM-IV

Resp.	Stemmingsstoornis	Angststoornis	Somatoforme stoornis	Aanpassingsstoornis	Eetstoornis	Afhankelijkheid/ misbruik van middel	Identiteitsprobleem	Overige stoornissen	Persoonlijkheidsstoornis NAO	Borderline persoonlijkheidsstoornis	Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
1	D1											
2	D1											
3	D1											
4	D1											
5	D1											
6	D1								D			
7	D1										D	
8	D1							D2				
9	D1							D2	D			
10	D2							D1		D		
11	D1					D2						
12	D2	D3				D1			D			
13	D2				D1	D3						
14	D2				D1							
15	D1	D3			D2							D
16	D3	D1,2							D			
17		D1							D			
18		D1										
19			D1									
20				D1	D2				D			
21												
22												

Noot. D1 = 1^e diagnose As I; D2 = 2^e diagnose As I; D3 = 3^e diagnose As I; D = diagnose As II
Resp. = respondent

Uit tabel 4.1.5 valt af te lezen dat eetstoornissen, identiteitsproblemen en overige stoornissen (m.n. relatieproblemen) in de respondentengroep altijd gepaard gaan met een stemmingsstoornis. In de totale groep zijn hier uitzonderingen op; hier worden deze stoornissen niet alleen in combinatie met stemmingsstoornissen, maar ook bijvoorbeeld in combinatie met angststoornissen gezien. Om de groepen verder te vergelijken is in tabel 4.1.6 een overzicht gegeven van de diagnoses per groep.

Tabel 4.1.6 Prevalentie stoornissen As I (totaal van 1^e, 2^e en 3^e diagnoses)

	Benaderde patiënten n = 61	Respondenten n = 22
	aantal (%)	aantal (%)
Stemmingsstoornis	34 (56)	16 (73)
Angststoornis	16 (26)	5 (23)
Somatoforme stoornis	3 (5)	1 (5)
Aanpassingsstoornis	4 (7)	1 (5)
Eetstoornis	6 (10)	4 (18)
Afhankelijkheid / misbruik van middel	4 (7)	-
Identiteitsprobleem	9 (15)	3 (14)
Overige stoornissen	9 (15)	3 (14)

Opvallend is dat bij de respondentengroep in 73% van de gevallen (primair of secundair) sprake van een stemmingsstoornis. In de groep benaderde patiënten ligt dit percentage op 56%. Verder valt op dat onder de respondenten geen personen zijn met een middelenverslaving (afhankelijkheid of misbruik van alcohol, drugs of medicijnen).

4.2 Onderzoeksvragen

Hoewel normaliter voor aanvang van de behandeling bij iedereen een psychologisch onderzoek wordt afgenomen, is niet bij alle respondenten een voormeting gedaan (nadere toelichting in de discussie). Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen waren de volgende data beschikbaar (zie tabel 4.2.1). Gezien het kleine aantal personen met zowel een vóór- als een nameting, zal bij de beantwoording van de onderzoeksvragen alleen gesproken worden over ‘trends’ (in plaats van over ‘behandeleffecten’).

Tabel 4.2.1 Beschikbaarheid data (n per toets)

	SCL-90 (n)	ESS / VAG (n)
Data op T1 en T2	15	9
Toetsen alleen T1	50	29
Toetsen alleen T2	22	22

Heeft de behandeling een positief effect op psychische klachten, gemeten met de SCL-90?
 Voor beantwoording van de hoofdvraag is de verdeling van de scores op de SCL-90 onderzocht. De scores bleken niet normaal verdeeld, dus is de Wilcoxon Signed Rank-toets gebruikt om te toetsen of de scores vóór en na de behandeling significant van elkaar verschillen. De resultaten van de toets staan weergegeven in tabel 4.2.2.

Tabel 4.2.2 Wilcoxon Signed Rank Test: SCL-90 T2 – SCL-90 T1

	Agorafobie	Angst	Depressie	Somatische klachten	Insufficiëntie
p-waarde	.64	.02	.05	.01	.07
	Wantrouwen / sensitiviteit	Hostiliteit	Slaap-problemen	Overige	Totaalscore
p-waarde	.18	.30	.07	.03	.04

De totaalscore op de SCL-90 op T2 is significant lager ($p = 0.04$) dan de totaalscore op T1. Ook op de subschalen zijn significante verschillen te vinden. In alle gevallen is er sprake van een vermindering van klachten. Verschillen op de subschalen ‘somatische klachten’, ‘angst’, ‘overige klachten’ en ‘depressie’ zijn significant op niveau $\alpha = 0.05$. De p-waarden van de overige schalen zijn niet significant.

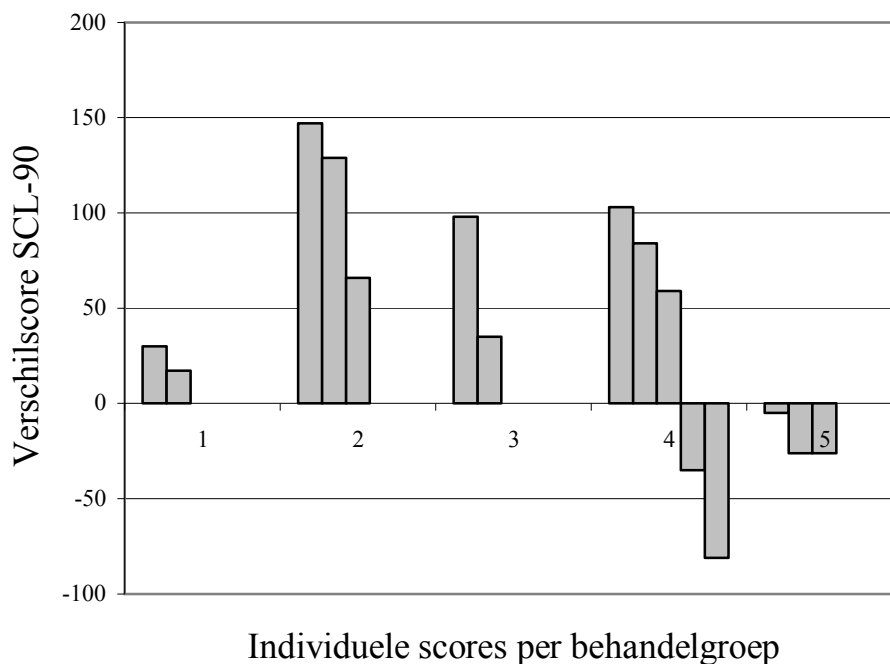
Zijn er variabelen te benoemen die het succes van de behandeling kunnen voorspellen?

De verschillscore op de SCL-90 (afhankelijke variabele) bleek normaal verdeeld te zijn (skewness ligt dicht bij 0: -0.088), waardoor een multiple lineaire regressieanalyse kon worden gedaan. Alle basisvariabelen (zie 3.3) zijn onderzocht op hun samenhang met de afhankelijke variabele. Hiervoor is de Spearman correlatiecoëfficiënt gebruikt, gezien de niet-normale verdeling van deze variabelen. De variabelen behandelgroep, behandelduur, diagnose, totaalscore op SCL-90, insufficiëntie, wantrouwen, hostiliteit en overige klachten lieten een lineair verband met de afhankelijke variabele zien en hadden een correlatie van $>.25$. De schalen karakter, gedrag en lichaam van de ESS voldeden tevens aan deze voorwaarden, maar konden (als gevolg van een te klein aantal waarnemingen) niet worden opgenomen in het model. De onafhankelijke variabelen zijn getoetst op hun onderlinge samenhang om multicollineariteit uit te sluiten. De onderlinge correlaties van de onafhankelijke variabelen waren niet hoger dan $.65$, dus konden alle eerder genoemde variabelen in de regressieanalyse worden opgenomen. Na het verwijderen van alle variabelen die geen onafhankelijke voorspellers voor een succesvolle behandeling bleken te zijn, bevatte het optimale model de variabelen behandelgroep, behandelduur en insufficiëntie. De verklaarde variantie van dit model is 53% ($p = 0.03$). De best voorspellende variabele, namelijk ‘behandelgroep’ verklaart 34% van de gevonden verschillen op de SCL-90 ($p = 0.02$). De variabelen behandelduur en insufficiëntie laten slechts een trend zien. Het relatief effect van de variabele ‘insufficiëntie’ is 4.4 ; bij één punt stijging in de score op de insufficiëntieschaal op T1 stijgt de verschillscore met 4.4

punten. Het relatief effect van behandelduur (gemeten in dagen) is 0.3 punten; een maand langer in behandeling zou voor 9 punten stijging in de verschilscore zorgen.

De verschillen tussen de behandelgroepen zijn nader onderzocht. Allereerst is gekeken naar de gemiddelde verschilscore per groep. Van de respondenten uit de 'psychotherapiegroep jong-volwassenen' en de 'structureerende groep jong-volwassenen 1' konden geen verschilscores worden berekend door het ontbreken van de voormeting. Bij de structureerende groep volwassenen 1 werd de hoogste gemiddelde verschilscore gevonden (114). In deze groep is dus sprake van de grootste klachtenvermindering. De structureerende groep volwassenen 2 heeft een gemiddelde verschilscore van 67. De psychotherapiegroep volwassenen en de structureerende groep jong-volwassenen 2 hebben vergelijkbare gemiddelde verschilscores (resp. 24 en 27). Als gekeken wordt naar de individuele scores per groep (zie grafiek 4.2.1) blijken deze gemiddelden op verschillende manieren tot stand te komen. In de 'psychotherapiegroep volwassenen' (1) worden alleen kleine positieve verschillen gemeten. In de 'structureerende groep jong-volwassenen' (4) zijn zowel grote positieve als grote negatieve verschillen in klachtenrapportage waar te nemen. In de resocialisatiegroep zijn alleen negatieve verschillen gevonden (gemiddelde verschilscore is -19).

Grafiek 4.2.1 Verschilscores SCL-90 per behandelgroep



Noot. ■ = verschilscore SCL-90: totaalscore T1 – totaalscore T2 van 1 respondent
 1 = Psychotherapiegroep volwassenen; 2 = Structureerende groep volwassenen 1;
 3 = Structureerende groep volwassenen 2; 4 = Structureerende groep jong-volwassenen 2;
 5 = Resocialisatiegroep

Het gemiddelde verschil tussen deze vijf behandelgroepen is 33; de verschillscore van de groep die de grootste trend laat zien is gemiddeld 33 punten hoger dan de verschillscore van de daarna meest veranderde groep.

De Kruskal-Wallis toets voor niet-normale populaties is gebruikt om verschillen tussen de behandelgroepen - en daarmee ook de gevonden trends in verschillscores - verder te onderzoeken. De basisvariabelen die significant verschillen tussen de behandelgroepen zijn behandelduur ($p = 0.00$), leeftijd ($p = 0.00$), agorafobie ($p = 0.05$) en insufficiëntie ($p = 0.05$). Als naar de rangordes wordt gekeken valt verder op dat de groep met de laagste gemiddelde verschillscore – de resocialisatiegroep – tevens de groep is met de kortste behandelduur, de hoogste gemiddelde leeftijd, het grootste aantal mannen, het laagste opleidingsniveau en de hoogste totaalscore op de SCL-90 op T1. Hoewel de verschillen bij deze variabelen niet allemaal significant zijn, zouden ze wel de gevonden trends kunnen helpen verklaren.

Heeft de behandeling een positief effect op de ervaring van schaamte, gemeten met de VAG en ESS? Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag is de Wilcoxon Signed Ranks Test voor niet-normaal verdeelde populaties gebruikt. De resultaten van deze toets staan weergegeven in tabel 4.2.3.

Tabel 4.2.3 Wilcoxon Signed Rank Test: VAG en ESS: T2 – T1

	VAG schaamte	ESS karakter	ESS gedrag	ESS lichaam	ESS totaal
p-waarde	.80	.24	.15	.47	.24

De verschillen in scores tussen T1 en T2 zijn het grootst op de subschaal ‘gedrag’ van de ESS ($p = 0.15$). De overschrijdingskansen zijn geen van allen significant te noemen.

4.3 Correlationele verbanden

Er is een correlatieanalyse gedaan om de samenhang tussen verschillende variabelen te onderzoeken. Op basis van de literatuur werd een samenhang verwacht tussen de psychopathologieschalen van de SCL-90 en de schaamteschalen van de VAG en ESS. De scores op deze schalen bleken niet-normaal verdeeld te zijn, dus is gekozen voor de Spearman correlatiecoëfficiënt. De resultaten van de correlatieanalyse van zowel de scores op T1 als T2 staan weergegeven in tabel 4.3.1. Uit deze tabel kan afgeleid worden dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen de schaamteschalen van de VAG en ESS en de psychopathologieschalen van de SCL-90. Slaapproblemen zijn het minst gerelateerd aan schaamte, de overige schalen vertonen een vergelijkbare samenhang met de schaamteschalen. Wat opvalt, is dat er bij de schalen karakter, gedrag en totaal van de ESS sprake is van grotere samenhang met de SCL-90 op T2 dan op T1. De subschaal lichaam van de ESS vertoont een grotere samenhang met de totaalscore op de SCL-90 op T1 dan op T2.

Tabel 4.3.1 Correlatieanalyse SCL-90 met VAG en ESS, T1 en T2

		VAG		ESS		ESS		ESS		ESS	
		schaamte		karakter		gedrag		lichaam		Totaal	
		T1 / T2		T1 / T2		T1 / T2		T1 / T2		T1 / T2	
Agorafobie	C	.39	.76	.32	.60	.43	.78	.12	.24	.31	.74
	P	.04	.00	.11	.00	.03	.00	.53	.28	.16	.00
Angst	C	.50	.65	.52	.75	.57	.71	.37	.26	.59	.79
	P	.01	.00	.01	.00	.00	.00	.05	.24	.00	.00
Depressie	C	.67	.68	.62	.82	.43	.69	.38	.36	.56	.79
	P	.00	.00	.00	.00	.03	.00	.04	.10	.01	.00
Somatische klachten	C	.51	.53	.48	.61	.63	.62	.37	.31	.55	.70
	P	.01	.01	.01	.00	.00	.00	.05	.15	.01	.00
Insufficiëntie	C	.39	.65	.33	.72	.27	.65	.13	.38	.19	.77
	P	.03	.00	.10	.00	.20	.00	.50	.07	.40	.00
Wantrouwen/ Sensitiviteit	C	.54	.73	.53	.77	.40	.74	.22	.23	.45	.77
	P	.00	.00	.01	.00	.05	.00	.26	.29	.04	.00
Hostiliteit	C	.54	.45	.53	.60	.45	.58	.47	.58	.56	.73
	P	.00	.03	.01	.00	.03	.00	.01	.00	.01	.00
Slaap- problemen	C	.08	.30	.42	.55	.39	.41	.29	.32	.46	.55
	P	.69	.16	.03	.01	.06	.05	.13	.14	.03	.01
Overige klachten	C	.51	.66	.58	.79	.63	.75	.49	.45	.69	.83
	P	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.01	.03	.00	.00
Totaal	C	.59	.75	.59	.85	.59	.76	.36	.36	.63	.85
	P	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.05	.10	.00	.00

Noot. C = correlatiecoëfficiënt Spearman's rho; P = p-waarde

Ook is gekeken naar de onderlinge correlaties tussen de subschalen van de SCL-90 en ESS op T1. Op de SCL-90 zijn de onderlinge correlaties (nagenoeg) allemaal significant op niveau $\alpha = 0.05$. De meeste hebben een overschrijdingskans van $p = 0.00$. De correlatiecoëfficiënten liggen gemiddeld tussen de .40 en .70, dus in de meeste gevallen is sprake van een redelijke relatie. Er zijn enkele uitzonderingen: bijvoorbeeld agorafobie en slaapproblemen (.22; bijna geen relatie) en somatische klachten en angst (.84; zeer goede relatie). Ook de correlaties tussen de subschalen van de ESS zijn significant. De hoogste correlatie werd gevonden tussen de subschalen lichaam en gedrag (.81), de laagste tussen lichaam en karakter (.40). Zowel de scores op de subschalen als de totaalscore vertonen een significante samenhang met de schaamteschaal van de VAG. De sterkste samenhang werd gevonden met de totaalscore (.63) de zwakste met de karakterschaal (.39). De scores van de genoemde schalen vertonen op T2 een vergelijkbare samenhang.

Verder is een correlatieanalyse gedaan met alle variabelen, dus zowel de basiskarakteristieken als de scores op de vragenlijsten op T1 en T2. Wat hier opviel was

dat de variabele ‘behandelgroep’ (naast een significante correlatie met leeftijd) alleen een significante correlatie liet zien met de verschilscore (dus niet met scores op de SCL-90 op T1 of T2). Omgekeerd correleerde de verschilscore alleen significant met de variabele behandelgroep.

5. Conclusie en discussie

Door het kleine aantal respondenten waren de onderzoeksmogelijkheden beperkt. Van de 61 benaderden hebben 22 personen de vragenlijsten ingevuld geretourneerd. Bij het verwerken van de data bleek dat bij 7 van de 22 respondenten geen voormeting beschikbaar was en van 6 personen alleen de voormeting op de SCL-90. Voor het meten van effect op de SCL-90 konden de scores van 15 personen vergeleken worden; voor het meten van verschillen in schaamte de scores van 9 personen. Een verklaring voor het ontbreken van voormetingen is dat desbetreffende patiënten voor aanvang van de behandeling recent elders zijn onderzocht, en het psychologische onderzoek overbodig was.

Opvallend is dat in totaal ‘maar’ 11 voormetingen ontbraken, en dat juist 7 van deze personen zonder voormeting wel de vragenlijsten hebben teruggestuurd. In de begeleidende brief bij de vragenlijsten is uitgelegd dat het onderzoek een vervolg op het eerder afgenomen psychologische onderzoek was, dus zou het begrijpelijk zijn geweest wanneer deze personen zich niet aangesproken voelden en dus niet zouden reageren. Een mogelijke verklaring voor het feit dat de respons bij deze mensen hoog (en bij de overige benaderden juist laag) was, is dat de patiënten het invullen van de vragenlijsten vooraf als vervelend hebben ervaren. De testbatterij die bij de voormeting wordt afgenomen is vrij groot, waardoor misschien een soort ‘vragenlijstmoeheid’ kan ontstaan. Wellicht is er bij de groep zonder voormeting geen of minder sprake van een negatieve associatie met vragenlijsten, of is deze in ieder geval niet gekoppeld aan deze behandeling.

Ondanks het beperkte aantal respondenten zijn er wel significante resultaten gevonden. Allereerst de hoofdvraag: *Heeft de behandeling een positief effect op psychische klachten, gemeten met de SCL-90?* Uit het onderzoek blijkt dat de totaalscore op de SCL-90 op T2 significant lager is dan op T1. Dit suggereert – consistent met de hypothese - dat er sprake is van een klachtenvermindering als gevolg van de behandeling. Gezien het lage aantal respondenten kan echter slechts gesproken worden van een trend, niet van een behandel-effect.

Gezien de gevonden trend op de SCL-90 kon ook de tweede onderzoeksvraag worden onderzocht: *Zijn er variabelen te benoemen die het succes van de behandeling kunnen voorspellen?* De hypothese die bij deze onderzoeksvraag was opgesteld, was dat de scores op de ESS en VAG voorspellers van een succesvolle behandeling zouden zijn: *Hoe meer schaamtegevoelens vóór de behandeling (gemeten op de ESS en VAG), hoe minder behandel-effect.* Door het te lage aantal respondenten was het niet mogelijk deze hypothese te toetsen. Wel zijn in een multiple lineaire regressieanalyse andere voorspellers van succes onderzocht. De basisvariabelen behandelgroep, behandelduur en insufficiëntie bleken de beste voorspellers van een succesvolle behandeling te zijn. De best voorspellende variabele – behandelgroep - verklaart 34% van de gevonden trends. De verklaarde variantie van het hele model is 53%. Er zullen dus ook andere factoren van invloed zijn geweest op de verschilscore die niet in de regressieanalyse konden worden meegenomen, maar het model voorspelt - zeker voor psychologische gedragsdeterminanten - toch een groot gedeelte van de uitkomstmaat.

Interessant is dat de variabele behandelgroep de belangrijkste voorspeller is. Gezien het kleine aantal respondenten per groep is het lastig de gevonden verschillen tussen de behandelgroepen te verklaren. Naast de invloed van toeval moet rekening gehouden worden met een eventuele 'bias' in de respondentengroep. Mogelijk is het invullen en opsturen van de vragenlijsten voor de patiënten met de meeste klachtenvermindering een minder grote opgave dan voor patiënten die nog steeds veel klachten ervaren. In dit geval zouden relatief veel positieve veranderingen worden waargenomen. De vraag die dan gesteld kan worden is in hoeverre de grote positieve verschillen (bijvoorbeeld bij de respondenten uit de structurerende groepen voor volwassenen) representatief zijn voor de hele behandelgroep. Een andere mogelijkheid is dat de patiënten die de behandeling het meest als positief en prettig hebben ervaren de vragenlijsten opsturen (bijvoorbeeld uit sympathie voor hun therapeut, of vanuit een gevoel dit verschuldigd te zijn na alle tijd en energie die er in hen is gestoken). In dit geval zou ook het sociaal wenselijk invullen van de vragenlijsten een rol kunnen spelen. Een motivatie voor het opsturen van de vragenlijsten voor mensen die juist méér klachten ervaren, zou het uiten van ontevredenheid over de behandeling of een hulpvraag kunnen zijn.

De combinatie tussen de twee genoemde mogelijke tendensen zou een verklaring kunnen geven voor het feit dat in de structurerende groep jonge volwassenen zowel grote positieve als grote negatieve verschillen te vinden zijn. Een andere verklaring voor deze verschillen en waarom ze juist in deze groep voorkomen kan op basis van dit onderzoek niet worden gegeven. Het is echter ook goed mogelijk dat bij meer respondenten de overige groepen een soortgelijke verdeling laten zien. In dat geval is de meest simpele verklaring dat een behandeling bij de ene persoon nou eenmaal beter werkt dan bij de andere persoon. In de regressieanalyse kwamen 'insufficiëntiegevoelens' als voorspeller van effect naar voren. Mogelijk zijn er meer kenmerken te identificeren die individuele verschillen verklaren.

Bij de respondenten uit de resocialisatiegroep zijn helemaal geen positieve veranderingen waargenomen als gevolg van de behandeling. Een verklaring hiervoor (naast toeval) zou kunnen zijn dat de behandelduur in deze groep relatief kort is (normaliter 3 maanden). In de structurerende groepen (behandelduur normaliter 6 maanden) zijn grote positieve verschillen waar te nemen, maar in de psychotherapiegroep (behandelduur normaliter 12 maanden) zijn de verschillen veel kleiner. 'Hoe langer, hoe beter' hoeft dus niet per sé op te gaan. De resocialisatiegroep is tevens de groep met de hoogste gemiddelde leeftijd. Mogelijk zijn oudere patiënten minder flexibel en in staat tot verandering. Het is ook waarschijnlijk dat 'oudere' patiënten al een lange geschiedenis hebben met zowel psychische problemen als behandelingen hiervoor, waardoor ook steeds minder effect van een afzonderlijke behandeling verwacht kan worden. Gegeven is dat de resocialisatiegroep gemiddeld de meeste psychische klachten rapporteren in de voormeting. Dat kan worden gebruikt als verklaring voor het waarnemen van zowel *wel* als *geen* positieve veranderingen; Enerzijds kan gezegd worden dat de groep met de meeste klachten 'het diepst in de put' zit, en hier dus ook het moeilijkst uitgehaald kan worden. Anderzijds zou je bij deze groep de grootste veranderingen moeten kunnen waarnemen, omdat de beginwaarde het hoogst ligt, en er dus ook het meest te verbeteren valt. De gevonden trends in dit onderzoek lijken op het eerste te wijzen. Opvallend is ook dat de respons in de resocialisatiegroep twee keer zo laag is als in de overige groepen. Gezien het feit dat de rapportage van klachten in deze groep het hoogst is, zou de eerder

genoemde redenering - dat het invullen en opsturen van de vragenlijsten een grotere opgave is voor patiënten met veel klachten – hier een verklaring voor kunnen geven.

De schalen ‘wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit’, ‘hostiliteit’, ‘overige klachten’ (met name psychoticisme) en de totaalscore van de SCL-90 zijn op basis van een correlatie van $>.25$ als mogelijke voorspellers van effect in de regressieanalyse opgenomen. Opvallend is dat alleen positieve correlaties werden gevonden tussen de verschilscore en scores op de SCL-90 op T1; geen van de klachten op de SCL-90 lijkt dus een succesvolle behandeling te belemmeren. Van de genoemde klachten – wantrouwen, hostiliteit en psychoticisme – zou misschien juist verwacht worden dat ze voor resistentie, en dus voor een minder succesvolle behandeling zouden zorgen. De gevonden positieve correlatie hoeft overigens niet te betekenen dat er *geen* sprake is van resistentie bij hoogscorenden op de schalen wantrouwen, hostiliteit en overige klachten; alleen het eindeffect wordt immers gemeten. Misschien vormen deze klachten aanvankelijk een belemmering voor de behandeling, maar is er juist nadat deze is opgeheven bij deze mensen veel ruimte voor verandering. Een verklaring voor hun mogelijke voorspellende waarde zou kunnen zijn dat deze klachten goed behandelbaar zijn. Deze hypothese komt echter (wat betreft wantrouwen en hostiliteit) niet overeen met de gevonden verschillen op de subschalen, waarbij alleen de scores op de schalen angst, depressie, somatische klachten en overige klachten significant waren verminderd. Een andere verklaring voor waarom juist wantrouwen en hostiliteit mogelijke voorspellers van effect zijn ontbreekt. Ook is nog geen verklaring gevonden voor de voorspellende waarde van de variabele ‘insufficiëntie’. Misschien zou over het algemeen kunnen gelden dat hoe meer klachten vooraf worden gerapporteerd, hoe meer verbetering er mogelijk is (en dus ook gevonden wordt). Mogelijk zorgen veel klachten tevens voor een grotere motivatie om te veranderen. Ook zou het kleine aantal respondenten (en een eventuele bias) wederom een rol kunnen spelen.

Opvallend is dat uit de correlatieanalyse geen samenhang tussen behandelgroep en psychische klachten op de voormeting naar voren komt, terwijl deze klachten juist de aanleiding zijn om in behandeling te gaan. Hoewel in veel gevallen het te kleine aantal respondenten als oorzaak kan worden aangewezen voor het niet vinden van de veronderstelde relatie, is dat in dit geval een minder waarschijnlijke verklaring. Het aantal personen dat kon worden meegenomen in de correlatieanalyse van T1 was 50. In de correlatieanalyse van T2 zijn 22 personen opgenomen; hier zijn wel significante correlaties tussen psychische klachten en behandelgroep gevonden. Blijkbaar worden er dus andere criteria dan de gerapporteerde klachten op de voormeting gebruikt om te bepalen welke behandeling de patiënt gaat volgen.

De zelfde correlatieanalyse is gebruikt om mogelijke confounders te onderzoeken. De variabele behandelgroep is significant gecorreleerd met de verschilscore en met de variabele leeftijd. De verschilscore vertoont alleen een significante samenhang met behandelgroep, dus speelt leeftijd waarschijnlijk geen bemiddelende rol in het gevonden verschil in effect tussen de verschillende behandelgroepen. Verder laten de variabelen behandelgroep en verschilscore geen significante correlaties zien.

Dan de derde onderzoeksvraag: *Heeft de behandeling een positief effect op de ervaring van schaamte, gemeten met de VAG en ESS?* De volgende hypothese hoorde bij deze onderzoeksvraag: *Na de behandeling zal er minder schaamte gerapporteerd worden dan vóór de behandeling.* In het onderzoek is geen significant bewijs gevonden voor deze

hypothese. Er werd verwacht dat de verschilscore op de VAG het grootst zou zijn, maar op deze schaal is juist het minste verschil waar te nemen. De grootste verandering werd gemeten op de subschaal 'gedrag' van de ESS. Dit verschil is echter niet significant, dus kunnen hier geen verdere conclusies aan verbonden worden.

Hoewel op basis van dit onderzoek geen antwoord kan worden gegeven op de onderzoeksvragen met betrekking tot schaamte, is er in de correlatieanalyse wel een significante samenhang tussen de schaamteschalen en de psychopathologieschalen naar voren gekomen. Dit is consistent met de gevonden literatuur.

5.1 Verantwoording, beperkingen en aanbevelingen

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de ESS om de 'trait' schaamte te meten. Een ander veelgebruikt instrument voor het meten van 'shame-proneness' is de scenario-gebaseerde Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen (VRAG; Baneke, 2003d; vert. van Tangney et al., 2000). Er is echter voor gekozen om deze vragenlijst niet te gebruiken. Een belangrijke reden in deze overweging was dat veel van de gebruikte scenario's in de VRAG niet of minder van toepassing zijn op de onderzochte populatie. Zo zijn vijf van de 16 vragen werkgerelateerd, terwijl de cliënten geen baan kunnen hebben in de periode dat ze in dagbehandeling zijn. De VRAG is tevens achterwege gelaten om het aantal vragen niet te groot te maken, en daarmee de drempel tot respons zo laag mogelijk te houden.

Een beperking van dit onderzoek is dat het enige inclusiecriteria het 'in wederzijds overleg beëindigen van de behandeling' was. Er is niet gekeken naar de reden van beëindiging. Het zou kunnen dat (in wederzijds overleg) wordt besloten te stoppen met de behandeling omdat de patiënt zich niet prettig voelt bij de behandeling of in de groep, of dat door andere omstandigheden (bijvoorbeeld ziekte) de behandeling moet worden gestaakt. Ook is geen rekening gehouden met een mogelijk traject aan behandelingen dat vooraf is gegaan of met eventuele vervolghandelingen die de patiënt krijgt. Het is mogelijk dat een patiënt na het (succesvol) beëindigen van een behandeling in de ene groep overstapt op een andere groep - bijvoorbeeld van de resocialisatiegroep naar een structurerende groep. Wanneer hier geen rekening mee wordt gehouden in het analyseren van de gegevens zal de resocialisatiegroep vaak (ten onrechte) als minst effectief uit de bus komen; bij een nameting zou het 'succes' van de resocialisatiegroep worden toegeschreven aan de laatste behandeling (in dit voorbeeld aan de structurerende groep). Dit scenario zou ook een verklaring kunnen geven voor het ontbreken van respondenten met een positieve verandering in de resocialisatiegroep bij dit onderzoek (in het geval dat alle patiënten met 'succes' verder gaan in een andere groep).

De grootste beperking van het onderzoek is het kleine aantal respondenten. Ik zou dan ook voor vervolgonderzoek aanbevelen om de nameting op te nemen in de standaardprocedure bij beëindiging van een behandeling. Ik verwacht dat patiënten de vragenlijsten eerder in zullen vullen wanneer zij door hun eigen therapeut (bijvoorbeeld tijdens het eindgesprek of nagesprekken) worden gevraagd dit te doen. Op deze manier zou de uitval en de kans op een respondentenbias worden beperkt. Tevens zou de tijd tussen het beëindigen van de behandeling en de meting dan voor iedereen gelijk zijn, en kan een grote database worden opgebouwd. Ook zou ik aanbevelen in vervolgonderzoek

rekening te houden met de reden van beëindiging, en alleen een nameting te doen wanneer een patiënt ‘uitbehandeld’ is (niet wanneer om andere redenen de behandeling wordt beëindigd), zodat ook echt gesproken kan worden van een behandel-effect. Voor vervolgonderzoek is samenwerking met het behandelteam erg belangrijk, gezien hun contact met de patiënten en kijk op factoren die al dan niet bijdragen aan een succesvolle behandeling.

Tot slot zou ik aanbevelen om de rol van schaamte in psychotherapie verder te onderzoeken. In dit onderzoek kon helaas niet gekeken worden naar schaamte als voorspeller van effect, maar een opvallend gegeven is dat de samenhang tussen drie schaamteschalen en psychopathologie na de behandeling nog groter was dan vóór de behandeling. Het zou zeker waardevol zijn om dit (bij een groter aantal respondenten) nader te onderzoeken.

Referenties

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Albano, A.M., Chorpita, B.F. & Barlow, D.H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E.J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (2e editie, pp. 279-329). New York: Guilford.
- Alessandri, S.M. & Lewis, M. (1996). Development of the self-conscious emotions in maltreated children. In M. Lewis & M.W. Sullivan (Eds.), *Emotional development in atypical children* (pp. 185-201). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42.
- Baneke, J.J. (2002). *Het Antigone-Paradigma. Conflict, Communicatie en Gezondheid*. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidspsychologie, in het bijzonder de psychosociale aspecten van conflict, communicatie en gezondheid, aan de Universiteit Twente vanwege de Stichting bevordering wetenschappelijk onderzoek en onderwijs geestelijke gezondheidszorg Twente op 12 september 2002 te Enschede.
- Baneke, J.J. (2003a). Schaamte, conflict en gezondheid. De Antigone als paradigma. *De Psycholoog*, 38 (6), 298-303.
- Baneke, J.J. (2003b). *Ervaringen met Schaamte Schaal*.
- Baneke, J.J. (2003c). *Vragenlijst Actuele Gevoelens*.
- Baneke, J.J. (2003d). *Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen*.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2e editie). New York: Guilford.
- Barrett, K.C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-Conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 25-63). New York: Guilford Press.
- Barrett, K.C. (1998). A functionalist perspective to the development of emotions. In M.F. Mascolo & S. Griffin (Eds.), *What develops in emotional development?* (pp. 109-133). New York: Plenum.
- Barrett, K.C. (2000). The development of the self-in-relationships. In R.S.L. Mills & S. Duck (Eds.), *The developmental psychology of personal relationships* (pp. 91-107). Chichester, UK: Wiley.
- Barrett, K.C. & Campos, J.J. (1987). Perspectives on emotional development II; A functionalist approach to emotions. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 555-578). New York: Wiley.
- Baumeister, R.F., Stillwell, A.M. & Heatherton, T.F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115, 243-267.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger* (Vol. 2). Harmondsworth, UK: Penguin Books.

- Burks, V.S., Dodge, K.A., Price, J.M. & Laird, R.D. (1999a). Internal representational models of peers: Implications for the development of problematic behavior. *Developmental Psychology*, 35 (3), 802-810.
- Burks, V.S., Laird, R.D., Dodge, K.A., Pettit, G.S. & Bates, J.E. (1999b). Knowledge structures, social information processing, and children's aggressive behavior. *Social Development*, 8, 220-236.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.
- Campos, J.J. (1995). Foreword. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. ix-xi). New York: Guilford.
- Cheek, J.M. & Melchior, L.A. (1990). Shyness, self-esteem and self-consciousness. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 47-82). New York: Plenum.
- Chorpita, B.F. & Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Cook, D.R. (1996). Empirical studies of shame and guilt: The Internalized Shame Scale. In D.L. Nathanson (Ed.), *Knowing feeling: Affect, script and psychotherapy* (pp. 132-165). New York: Norton.
- Derogates, L.R., Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Dickerson, S.S., Gruenewald, T.L. & Kemeny, M.E. (2004). When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of Personality*, 72 (6), 1191-1216.
- Dickerson, S.S. & Kemeny, M.E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130, 355-391.
- Dickerson, S.S., Kemeny, M.E., Aziz, N., Kim, K.H. & Fahey, J.L. (2004). Immunological effects of induced shame and guilt. *Psychosomatic Medicine*, 66, 124-131.
- Fee, R.L. (1998). [Help-seeking behaviors among clinical psychology graduate students in the Washington, DC, metropolitan area.] Unpublished raw data, George Mason University, Fairfax, VA. In J.P. Tangney & R.L. Dearing (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford.
- Feiring, C. Taska, L. & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38, 79-92.
- Fischer, K.W., Shaver, P.R. & Carnochan, P. (1990). How emotions develop and how they organize development. *Cognition and Emotion*, 4, 81-127.
- Fischer, K.W. & Tangney, J.P. (1995) Self-Conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-Conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 3-22). New York: Guilford Press.
- Fossum, M.A. & Mason, M.J. (1986). *Facing shame: Families in recovery*. New York: Norton.
- Frank, E.S. (1991). Shame and guilt in eating disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, (2), 303-305.

- Frick, P.J., Cornell, A.H., Bodin, S.D., Dane, H.E., Barry, C.T & Loney, B.R. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental Psychology*, 39, 246-260.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147.
- Gilbert, P., Allan, S., Ball, L. & Bradshaw, Z. (1996). Overconfidence and personal evaluations of social rank. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 59-68.
- Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). *Shame. Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Gilbert, P. & McGuire, M.T. (1998). Shame, status, and social roles. Psychobiology and evolution. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame. Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (p. 99-125). Oxford: Oxford University Press.
- Gilbert, P. & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to social put-down: It's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gilbert, P., Pehl, J. & Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 23-36.
- Gilbert, P. & Trower, P. (1990). The evolution and manifestation of social anxiety. In W.R. Crozier (Ed.), *Shyness and embarrassment: Perspectives from social psychology* (pp. 144-177). Cambridge: Cambridge University Press.
- Glick, M & Zigler, E. (1985). Self-image: A cognitive-developmental approach. In R. Leahy (Ed.) *The development of the self* (pp. 1-47). New York: Academic Press.
- Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures: 1 The „Other as Shamer Scale“. *Personality and Individual Differences*, 17, 713-717.
- Gottman, J.M., Katz, L.F. & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U. & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 12-19.
- Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harper, J.C. & Hoopes, M.H. (1990). *Uncovering shame: An approach integrating individuals and their family systems*. New York: Norton.
- Harder, D.W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 368-392). New York: Guilford.
- Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. In N. Eisenberg, (Ed.), *Contemporary issues in developmental psychology* (pp. 219-242), New York: Wiley.

- Hoglund, C.L. & Nicholas, K.B. (1995). Shame, guilt, and anger in college students exposed to abusive family environments. *Journal of Family Violence, 10*, 141-157.
- Izard, C.E. (1971). *The face of emotion*. East Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Jacoby, M. (1994). *Shame and the origins of self-esteem: A Jungian approach*. London: Routledge.
- Jenkins, J.M. & Oatley, K. (2000). Psychopathology and short-term emotion: The balance of affects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 463-472.
- Johnson, R.C., Danko, G.P., Huang, Y.H., Park, J.Y., Johnson, S.B. & Nagoshi, C.T. (1987). Guilt, shame and adjustment in three cultures. *Personality and Individual Differences, 8*, 357-364.
- Johnson-Laird, P.N. & Oatley, K. (1989). The language of emotions: An analysis of a semantic field. *Cognition and Emotion, 3*, 81-123.
- Joireman, J. (2004). Empathy and the self-absorption paradox II: Self-rumination and self-reflection as mediators between shame, guilt, and empathy. *Self and Identity, 3*, 255-238.
- Kagan, J. (1994) *Galen's prophecy*. New York: Free Association Books.
- Kaufman, G. (1985). *Shame: The power of caring (rev. ed.)*. Rochester, VT: Schenkman Books.
- Kaufman, G. (1989). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York: Springer.
- Kelly, A.E. & McKillop, K.J. (1996). Consequences of revealing personal secrets. *Psychological Bulletin, 120* (3), 450-465.
- Kemeny, M.E. (2002). *The impact of threats to social self on cognition, emotion, physiology and health*. Paper presented at the Department of Psychology, University of California, Davis.
- Klass, E.T. (1990). Guilt, shame and embarrassment: Cognitive-behavioral approaches. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluative anxiety* (pp. 385-414). New York: Plenum.
- Kushner, M.G. & Sher, K.J. (1991). The relation of treatment fearfulness and psychological service utilization: An overview. *Professional Psychology: Research and Practice, 22*, 196-203.
- Leary, M.R., Koch, E.J. & Hechenbleikner, N.R. (2001). Emotional responses to interpersonal rejection. In M.R. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection* (pp. 145-166). New York: Oxford University Press.
- Leary, M.R. & Kowalski, R.M. (1995). *Social Anxiety*. New York: Guilford Press.
- Leary, M.R., Tambor, E.S., Terdal, S.K. & Downs, D.L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 519-530.
- Leith, K.P. & Baumeister, R.F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt-prone people are better at perspective taking. *Journal of Personality, 66*, 1-37.
- Leskela, J., Dieperink, M. & Thuras, T. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 15* (3), 223-226.
- Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.

- Lewis, H.B. (1987a). Shame- the "sleeper" in psychopathology. In H.B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 1-28). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lewis, H.B. (1987b). The role of shame in depression over the life span. In H.B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 29-50). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- Lewis, M. (1995). Self-Conscious emotions. *American Scientist*, 83, 68-78.
- Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2e editie, pp 623-636). New York: Guilford.
- Lewis, M., Alessandri, S.M. & Sullivan, M.W. (1990). Violation of expectancy, loss of control, and anger expressions in young infants. *Developmental Psychology*, 26, 745-751.
- Lewis, M. & Michalson, L. (1983). *Children's emotions and moods: Developmental theory and measurement*. New York: Plenum.
- Lewis, M. & Ramsay, D. (2002). Cortisol response to embarrassment and shame. *Child Development*, 73, 1034-1045.
- Lewis, M. & Ramsay, D. (2004). Infant emotional and cortisol responses to goal blockage. *Child Development*, 76 (2), 518-530.
- Lindsay-Hartz, J., de Rivera, J. & Mascolo, M.F. (1995). Differentiating guilt and shame and their effects on motivation. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 274-300). New York: Guilford Press.
- Lutwak, N. & Ferrari, J.R. (1997). Shame-related social anxiety: Replicating a link with various social interaction measures. *Anxiety, Stress, and Coping*, 10, 335-340.
- Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.
- Malatesta, C.Z. & Wilson, A. (1988). Emotion cognition interaction in personality development: A discrete emotions, functionalist analysis. *British Journal of Social Psychology*, 27, 91-112.
- Marschall, D., Sanftner, J. & Tangney, J.P. (1994). *The State Shame and Guilt Scale*. George Mason University, Fairfax, VA.
- McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- Miller, S.B. (1988). Humiliation and shame: Comparing two affect states as indicators of narcissistic stress. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 52, 40-51.
- Miller, S.B. (1996). *Shame in context*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mills, R.S.L. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25, 26-63.
- Mills, R.S.L., Nazar, J. & Farrell, H.M. (2002). Child and parent perceptions of hurtful messages. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19, 723-746.
- Morrison, A.P. (1987) The eye turned inward: Shame and the self. In D.L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame*. (pp. 271-291). New York: Guilford Press.
- Miller, S.B. (1996). *Shame in context*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Nathanson, D.L. (1987). A timetable for shame. In D.L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (pp. 1-63). New York: Guilford.
- Nathanson, D.L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex and the birth of the self*. New York: Norton.
- Nathanson, D.L. (1994). Shame, compassion, and the “borderline” personality. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 785-810.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. & Seligman, M.E.P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.
- Ogilvie, D.M. (1987). The undesired self: A neglected variable in personality research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 379-388.
- Pomerantz, E.M. & Ruble, D.N. (1998). The role of maternal control in the development of sex differences in child self-evaluative factors. *Child Development*, 69, 458-478.
- Pomerantz, E.M. & Rudolph, K.D. (2003). What ensues from emotional distress? Implications for competence estimation?. *Child Development*, 74, 329-345.
- Price, J.M. & Glad, K. (2003). Hostile attributional tendencies in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 329-343.
- Reimer, M.S. (1996). “Sinking into the ground”: The development and consequences of shame in adolescence. *Developmental Review*, 16, 321-363.
- Retzinger, S.M. (1991). *Violent emotions; shame and rage in marital quarrels*. Newbury Park, CA: Sage.
- Robins, K. (1993). The politics of silence: The meaning of community and the uses of the media in the new Europe. *New Formations*, 21, 80-101.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rubin, K.H. & Burgess, K.B. (2001). Social withdrawal and anxiety. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 407-434). New York: Oxford University Press.
- Russell, J.A. (1995). Facial expressions of emotion: What lies beyond minimal universality? *Psychological Bulletin*, 118, 379-391.
- Saarni, C., Mumme, D.L. & Campos, J.J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology* (5e editie, Vol. 3, pp. 237-309). Wiley: New York.
- Sanftner, J.L., Barlow, D.H., Marschall, D.E. & Tangney, J.P. (1995). The relation of shame and guilt to eating disorder symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 315-324.
- Scheff, T.J. (1988). Shame and conformity: The deference-emotion system. *American Review of Sociology*, 53, 395-406.
- Scheff, T. & Retzinger, S. (1991, 2001). *Emotions and violence. Shame and rage in destructive conflicts*. Lexington: Lexington Books. (Repr. 2001). Lincoln: iUniverse, Inc.
- Scheff, T.J. (1995). Conflict in family systems: the role of shame. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 393-412). New York: Guilford.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.

- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schore, A.N. (1996). The experience-dependant maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Schore, A.N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.) *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 57-77). London: Oxford University Press.
- Shaw, D.S., Gilliom, M., Ingoldsby, E.M. & Nagin, D.S. (2003). Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology*, 39, 189-200.
- Sigelman, C.K. & Rider, E.A. (2003). *Life-Span Human Development* (4e editie). Thomson Learning.
- Stadter, M. (1996). *Object relations brief therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Stam, J.L. (1978). The meaning of humiliation and its relationship to fluctuations in self-esteem. *International Review of Psychoanalysis*, 5, 425-433.
- Steele, C.M. (1975). Name calling and compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 361-369.
- Stipek, D. (1995). The development of pride and shame in toddlers. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.) *Self-Conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 237-252). New York: Guilford Press.
- Sullivan, M.W. & Lewis, M. (2003). Contextual determinants of anger and other negative expressions in young infants. *Developmental Psychology*, 39, 741-754.
- Tangney, J.P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 741-754.
- Tangney, J.P., Burggraf, S.A. & Wagner, P.E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343-367). New York: Guilford.
- Tangney, J.P. & Dearing, R.L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford.
- Tangney, J.P., Dearing, R.L., Wagner, P.E. & Gramzow, R. (2000). *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*. George Mason University, Fairfax, VA.
- Tangney, J.P., Wagner, P.E. & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 469-478.
- Tesser, A. (1999) Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. In R.F. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology* (pp. 446-460.) Philadelphia: Psychology Press.
- Tomkins, S.S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: 2. The negative affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S.S. (1987a). Shame. In D.L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame*. (pp. 133-161). New York: Guilford Press.
- Tracy, J.L. & Robins, R.W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15 (2), 103-125.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S. & Brazelton, T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of Child Psychiatry*, 17, 1-13.

- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92 (4), 548-573.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Weiner, I.B. (1998). *Principles of psychotherapy*. New York: Wiley.
- Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.