



*'Gewogen en te zwaar bevonden':*

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

Begeleid door:

prof. dr. J.J. Baneke

Faculteit Gedragwetenschappen aan de Universiteit Twente.

en drs. L.C.A. Christenhusz

Faculteit Gedragwetenschappen aan de Universiteit Twente.

M. M. Groffen (0049972)

Enschede, 15 augustus 2005.

*'Gewogen en te zwaar bevonden':*

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

Begeleid door:  
prof. dr. J.J. Baneke  
Faculteit Gedragwetenschappen aan de Universiteit Twente.  
en drs. L.C.A. Christenhusz  
Faculteit Gedragwetenschappen aan de Universiteit Twente.

M. M. Groffen (0049972)  
Enschede, 15 augustus 2005.



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

## **Voorwoord**

Voor u ligt een verslag van een literatuur- en researchstudie naar schaamte onder mensen met een eetstoornis en onder delinquenten. Het onderzoek vond plaats in het kader van de bachelorthese met als thema 'Veiligheid en Gezondheid' van de studie Psychologie aan de Universiteit Twente, vanuit het researchproject van prof. Baneke naar schaamte, hoop en schuld waarin drs. Christenhusz participeert.

Om het overzicht te bewaren is dit rapport in twee delen opgesplitst. Het eerste deel omvat een literatuurstudie naar de begrippen schaamte, eetstoornissen en delinquentie en hun onderlinge relatie, alsmede naar de uitkomsten van eerder empirisch onderzoek. Het tweede deel omvat een kwantitatief onderzoek dat afgenomen is met behulp van vragenlijsten.

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om prof. dr. J.J. Baneke en drs. L.C.A. Christenhusz te bedanken voor hun begeleiding bij dit onderzoek. Zij hebben de conceptversies van dit verslag van kritisch commentaar voorzien en hebben het op belangrijke punten gecorrigeerd en aangevuld.

Ik hoop met dit verslag een beeld te kunnen geven van verwachte verschillen in schaamte en psychische gezondheid tussen (delinquente) mannen en vrouwen (met een eetstoornis).

M. M. Groffen (0049972)  
Enschede, 15 augustus 2005.



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

## **Samenvatting literatuurstudie**

### **Aanleiding**

Doel van deze studie is meer inzicht te krijgen in mogelijke verschillen tussen vrouwen en mannen in schaamte en psychische gezondheid. Meer in het bijzonder: naar de relatie tussen schaamte, eetstoornissen en delinquent gedrag. Volgens diverse auteurs zijn er aanwijzingen voor dergelijke verschillen (Lutwak, Panish, Ferrari en Razzino, 2001; Scheff, 2000). Baneke (2002) verklaart Scheff nader: mannen hebben in onze cultuur meer moeite om schaamte te voelen of te tonen en daardoor komen bij mannen destructieve conflicten vaker voor. Volgens Scheff zou dat kunnen verklaren waarom veel meer mannen crimineel gedrag, in de vorm van destructief gedrag, vertonen dan vrouwen.

Onder begeleiding van prof. dr. J.J. Baneke, heb ik reeds onderzoek gedaan naar de relatie tussen schaamte en het psychisch, biologisch en sociaal functioneren van vrouwen met eetstoornissen in het kader van de minor Psychopathologie van de studie Psychologie aan de Universiteit Twente. Er is voor gekozen om deze groep te gaan vergelijken met mannelijke delinquenten.

In Nederland is ca. 93% van de delinquenten man, terwijl ca. 95% van de eetstoornissen voorkomt bij vrouwen. Dat kan het gevolg zijn van op typisch mannelijke en vrouwelijke reactiewijzen, die informatie kunnen geven over verschillen in psychisch, biologisch en sociaal functioneren tussen vrouwen en mannen.

### **Methode**

Onder begeleiding van prof. dr. J.J. Baneke en drs. L.C.A. Christenhusz van de faculteit Gedragwetenschappen aan de Universiteit Twente is daarom een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd naar de begrippen schaamte, eetstoornissen en delinquentie en hun onderlinge relatie, alsmede naar eerder empirisch onderzoek op het gebied van schaamte, eetstoornissen en delinquentie.

### **Conclusie**

Vrouwen in deze maatschappij willen graag dat hun lichaam voldoet aan de norm die heerst in de samenleving en schamen zich dan ook eerder over hun lichaam dan mannen. En in het bijzonder zullen vrouwen met een eetstoornis zich eerder schamen over het lichaam dan vrouwen zonder eetstoornis en dan mannen. Bovendien zullen vrouwen met een eetstoornis hoger scoren op een depressieschaal dan vrouwen zonder eetstoornis. Er vanuit gaande dat de vrouwen zonder eetstoornis de schaamte voelen en accepteren en daardoor niet depressief worden. Bovendien zou volgens het Cognitieve Schaamte Model een delinquente man minder hoog moeten scoren op een depressieschaal dan een vrouw met een eetstoornis.



## Samenvatting researchstudie

### Aanleiding

Zoals blijkt uit de literatuurstudie, voelen veel vrouwen in onze maatschappij zich beoordeeld op het lichaam. Dit heeft als logisch gevolg dat zij graag willen dat hun lichaam voldoet aan de norm die heerst in de samenleving. Vrouwen zullen zich dan ook eerder schamen over hun lichaam dan mannen. En in het bijzonder zullen vrouwen met een eetstoornis zich eerder schamen over het lichaam dan vrouwen zonder eetstoornis en dan mannen.

Uit het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2002) blijkt dat je als reactie op schaamte (in het model *shame* genoemd), acceptatie (*acceptance*) kan tonen, depressief (*depression*) kan worden of agressief (*rage*) kan worden. Zodra iemand de schaamte accepteert of voelt, heeft dit geen verdere consequenties. Als men echter de schaamte niet accepteert en daardoor depressief of agressief wordt, kan dat volgens dit model leiden tot respectievelijk zelfdestructie (*attack self*) of agressie jegens anderen (*attack other*). Zelfdestructie omvat onder andere zelfkritiek, risicovol gedrag, en mishandeling van het zelf. De vrouw met de eetstoornis zou onder deze groep kunnen vallen. Onder 'agressie jegens anderen' valt verbaal en fysiek geweld. Hierbij zou het in dit onderzoek kunnen gaan om de delinquente man.

Naar aanleiding van het model van Poulson is de verwachting dat vrouwen met een eetstoornis dan ook meer depressieve gevoelens moeten hebben dan vrouwen zonder eetstoornis. Er vanuit gaande dat de vrouwen zonder eetstoornis de schaamte voelen en accepteren en daardoor niet depressief worden. Een delinquente man zou volgens het model minder gevoelig moeten zijn voor depressie dan een vrouw met een eetstoornis.

Uit bovenstaande informatie kunnen de volgende twee onderzoeksvragen afgeleid worden:

- Scoren mannen en vrouwen anders op de verschillende facetten van schaamte?
- Scoren vrouwen hoger op depressie dan mannen?

### Methode

Het empirische gedeelte omvat een kwantitatief onderzoek waarvoor gebruik wordt gemaakt van de Nederlandse vertaling van de Symptom Checklist-90 en de Nederlandse vertaling van de Experience of Shame Scale.

### Resultaten

Uit dit onderzoek is gebleken dat vrouwen significant verschillend score dan mannen wat betreft schaamte in het algemeen ( $p=0,000$ ; CI 95% [-9,053;-24,957]), schaamte die gerelateerd is aan het lichaam ( $p=0,000$ ; CI 95% [-2,410;-5,690]), het karakter ( $p=0,001$ ; CI 95% [-3,121;-11,329]) en het gedrag ( $p=0,000$ ; CI 95% [-2,600;-8.210]). Vrouwen blijken niet significant hoger te scoren op depressie dan mannen.

### Conclusie

Vrouwen hebben een sterker gevoel van schaamte omtrent hun lichaam, hun karakter en hun gedrag dan mannen. Over het algemeen ervaren vrouwen meer schaamte dan mannen. Er is geen verschil wat betreft depressie voor zowel mannen als vrouwen.

### Discussie

We kunnen dus zeggen dat het model van Poulson (2000) door dit onderzoek wordt bevestigd, op het facet depressie na. Volgens Poulson hadden de vrouwen hoger moeten scoren op de depressieschaal dan mannen en hadden specifiekere vrouwen met een eetstoornis hoger op de



**'Gewogen en te zwaar bevonden':**

**Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

depressieschaal moeten scoren dan delinquente mannen. Uit de data-analyse blijkt dit ook wel, maar er is geen significant verschil. De oorzaak van het feit dat de vrouwen niet significant hoger scoren op de depressieschaal dan mannen ligt bij het feit dat de vrouwen met een eetstoornis niet significant hoger scoren dan delinquente mannen.

Delinquente mannen scoren significant hoger op depressie dan niet delinquente mannen, wellicht door het feit dat de delinquente mannen in detentie zaten ten tijde van het afnemen van de vragenlijsten. Een mogelijke verklaring zou zijn dat de mannen in detentie hun woede niet kwijt kunnen en daardoor depressieve gevoelens ontwikkelen. De score op depressieschaal van de SCL-90 stijgt doordat ze leven in onzekerheid over de straf die ze gaan krijgen en doordat ze vaak last hebben van slapeloosheid.

Wellicht zou er voor vervolgonderzoek een grotere groep delinquente mannen en vrouwen met een eetstoornis genomen moeten worden, om zo wel significante verschillen te verkrijgen.

De resultaten van dit onderzoek zouden gebruikt kunnen worden in een vervolgonderzoek naar bijvoorbeeld depressie bij mannen in detentie.



---

## Inhoud

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMENVATTING LITERAATUURSTUDIE</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMENVATTING RESEARCHSTUDIE</b> .....	<b>5</b>
<b>INHOUD</b> .....	<b>7</b>
<b>DEEL I LITERAATUURSTUDIE</b> .....	<b>9</b>
<b>1 INLEIDING</b> .....	<b>9</b>
1.1 AANLEIDING.....	9
1.2 DOELSTELLING.....	9
1.3 ONDERZOEKSVRAGEN.....	10
<b>2 METHODE</b> .....	<b>11</b>
2.1 ZOEKSTRATEGIE.....	11
2.2 SELECTIECRITERIA.....	11
2.3 DATAVERZAMELING EN ANALYSE.....	12
<b>3 SCHAAMTE</b> .....	<b>13</b>
3.1 WAT IS SCHAAMTE NU PRECIES?.....	13
3.2 WELKE THEORIEËN ZIJN ER OMTRENT SCHAAMTE.....	13
3.2.1 <i>H.B. Lewis</i> .....	13
3.2.2 <i>Tangney</i> .....	14
3.2.3 <i>Poulson</i> .....	14
<b>4 EETSTOORNISSEN</b> .....	<b>17</b>
4.1. WAT ZIJN EETSTOORNISSEN NU PRECIES?.....	17
4.1.1 <i>Wat is Anorexia Nervosa?</i> .....	17
4.1.2 <i>Wat zijn de gevolgen van Anorexia Nervosa?</i> .....	18
4.1.3 <i>Wat is Boulimia Nervosa?</i> .....	19
4.1.4 <i>Wat zijn de gevolgen van Boulimia Nervosa?</i> .....	20
4.1.5 <i>Wat zijn de oorzaken van eetstoornissen?</i> .....	21
4.2. WELKE THEORIEËN ZIJN ER OMTRENT EETSTOORNISSEN.....	23
4.2.1 <i>Ranking theory</i> .....	23
4.2.2 <i>Objectification theory</i> .....	23
<b>5 DELINQUENTIE</b> .....	<b>25</b>
5.1 WAT ZIJN DELINQUENTEN NU PRECIES?.....	25
5.2. WELKE THEORIEËN ZIJN ER OMTRENT DELINQUENTIE.....	25
5.2.1 <i>Braithwaite</i> .....	25
<b>6 SCHAAMTE, EETSTOORNISSEN EN DELINQUENTIE</b> .....	<b>26</b>
<b>DEEL II RESEARCHSTUDIE</b> .....	<b>28</b>
<b>8 INLEIDING</b> .....	<b>28</b>
<b>9 METHODE</b> .....	<b>29</b>
9.1 INSTRUMENTEN.....	29
9.1.1 <i>SCL-90</i> .....	29
9.1.2 <i>ESS</i> .....	29
9.2 RESPONDENTEN.....	29



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

9.3 PROCEDURE.....	30
<b>RESULTATEN.....</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSSIE.....</b>	<b>35</b>
<b>LITERATUUR.....</b>	<b>36</b>
<b>BIJLAGEN.....</b>	<b>39</b>
BIJLAGE 1 EXPERIENCE OF SHAME SCALE .....	39
BIJLAGE 2 SYMPTOM CHECKLIST-90.....	40
BIJLAGE 3 BEGELEIDENDE BRIEVEN .....	42





## **DEEL I Literatuurstudie**

### **1 Inleiding**

“We zouden kunnen zeggen wat we dachten, zonder ons in te houden: ‘Goh, wat ben jij een ongelooflijk lekkere vent.’ We zouden nooit meer klungelend met een grote badhanddoek die zwembroek op het strand hoeven aantrekken. Ongegeneerd onze housterige pasjes op de dansvloer doen. Geen boze blikken meer werpen op onze partner, die veel te luidruchtig zit te bellen in de trein. En, o heerlijkheid, we zouden nooit meer hoeven blozen. Als er geen schaamte bestond, zou het leven een stuk simpeler zijn.” (Psychologie magazine, november 2004)

#### **1.1 Aanleiding**

Schaamte is een fenomeen dat de wetenschap al jaren intrigeert. Er zijn in de loop der jaren dan ook vele verschillende theorieën over ontwikkeld. Schaamte wordt volgens onder andere Tangney en Dearing (2002) en H.B. Lewis (1985) geassocieerd met een negatief zelfbeeld. Baneke (2002) zegt dat individuen die zich schamen of schuldig voelen, een besef hebben van falen wat onder andere tot uiting komt door te blozen, de handen voor het gezicht te slaan en het gezicht af te wenden.

Volgens Lutwak, Panish, Ferrari en Razzino (2001) is er een verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft schaamte. Vrouwen zijn gevoeliger voor schaamte dan mensen van het mannelijke geslacht. Baneke (2002) meent, verwijzend naar Scheff, dat er een verschil bestaat in de mate van hechting tussen mannen en vrouwen: mannen hebben een ontwijkende hechtingsstrategie en vrouwen een angstige hechtingsstrategie. Deze verschillen in hechting zouden volgens hem tot gevolg hebben dat de man zich over andere dingen schaamt dan de vrouw. Baneke (2002) verklaard Scheff nader: mannen hebben in onze cultuur meer moeite met schaamte te voelen of te tonen en daardoor komen bij mannen destructieve conflicten vaker voor. Volgens Scheff zou dat kunnen verklaren waarom veel meer mannen crimineel gedrag, in de vorm van destructief gedrag, vertonen dan vrouwen.

Het is dan ook interessant om te onderzoeken waar deze delinquente man zich voor schaamt en in hoeverre dat anders is dan waar een vrouw zich voor schaamt. Omdat schaamte een belangrijke rol speelt bij vrouwen met een eetstoornis (Burney & Irwin, 2000) is er in dit onderzoek voor gekozen om deze groep als vergelijkende groep te gebruiken om het verschil in schaamte tussen mannen en vrouwen te onderzoeken.

#### **1.2 Doelstelling**

Het doel van deze studie is tweeledig. Ten eerste wordt met behulp van een literatuuronderzoek getracht inzicht te krijgen in de begrippen schaamte, eetstoornissen en delinquentie en hun onderlinge relatie, alsmede naar eerder empirisch onderzoek op het gebied van schaamte, eetstoornissen en delinquentie.

Ten tweede wordt met behulp van een kwantitatief onderzoek door middel van vragenlijsten getracht de relatie tussen schaamte, eetstoornissen en delinquentie te meten. Voor dit kwantitatieve onderzoek wordt gebruik gemaakt van Nederlandse vertaling van de Symptom Checklist-90 (SCL-90; L.R. Derogatis, 1975; Ned. Vert. W.A. Arrindell & J.H.M. Ettema, 1986) en de Nederlandse vertaling van de Experience of Shame Scale (ESS; B. Andrews et al, 2002; Ned. Vert. J.J. Baneke, 2003). In dit researchonderzoek zullen de op basis van de gegevens uit de literatuur ontwikkelde hypothesen, getoetst gaan worden.



'Gewogen en te zwaar bevonden':

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

*M.M. Groffen*

---

### **1.3 Onderzoeksvragen**

Uit de geformuleerde doelstelling worden de volgende onderzoeksvraag afgeleid:

- Scoren mannen en vrouwen anders op de verschillende facetten van schaamte?

Uit deze vraag vloeien de volgende deelvragen logischerwijs voort:

- Op welke items van de ESS scoren mannen hoger dan vrouwen?
- Op welke items van de ESS scoren vrouwen hoger dan mannen?

Bovendien zal er worden gekeken naar de depressieschaal van de SCL-90 om te kijken of er een verschil is in depressie tussen mannen en vrouwen. Dat maakt de tweede onderzoeksvraag:

- Scoren vrouwen hoger op de depressieschaal van de SCL-90 dan mannen?

Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen vrouwen met een eetstoornis en mannen die in het verleden delinquent gedrag hebben vertoond, en vrouwen zonder eetstoornis en mannen die geen delinquent gedrag hebben vertoond.



## 2 Methode

Binnen het literatuuronderzoek is op systematische wijze gezocht naar theorieën over schaamte, eetstoornissen en delinquentie. De wijze van zoeken en selecteren van de literatuur voor deze studie wordt hieronder uitgewerkt. Dit onderzoek is in combinatie gedaan met L.R. Pool, die in haar literatuuronderzoek meer de nadruk legt op delinquentie, terwijl in dit verslag eetstoornissen een prominenter plaats hebben.

### 2.1 Zoekstrategie

Via het Internet werden diverse informatiebronnen geraadpleegd. Full text bestanden worden verkregen via o.a. PsycArticles en Psychology & Behavioral Sciences Collection en Jstor. Ook via eigen boeken uit de psychologie was de nodige informatie te halen.

Bij het zoeken naar literatuur werd gebruik gemaakt van o.a. (combinaties van) de volgende sleutelwoorden: shame, eatingdisorders, anorexia, bulimia, anger, delinquency, rage, depression, ESS, SCL-90, Andrews, Lewis, Tangney, Gilbert, Braithwaite. Verder werd bij het zoeken naar literatuur gebruik gemaakt van meer algemene zoekmachines zoals scholar.google.com.

Tevens zijn via de UB-catalogus van de Universiteit Twente relevante handboeken gezocht op het gebied van schaamte. Ook heeft één van de begeleiders relevante informatie verstrekt in de vorm van artikelen en boeken.

### 2.2 Selectiecriteria

Binnen het kader van het literatuuronderzoek is ervoor gekozen om de onderzoeksonderwerpen breed te verkennen. Er wordt eerst globaal gezocht op schaamte en delinquentie en op schaamte en eetstoornissen. Vervolgens wordt er steeds specifieker gezocht in deze twee hoofdgroepen met de andere sleutelwoorden zoals boven beschreven.

Uitsluitend artikelen in de Engelse, Nederlandse en Duitse taal worden geselecteerd. Artikelen die niet in de Nederlandse, Engelse of Duitse taal zijn geschreven worden derhalve uitgesloten van deze studie.

Het resultaat van de literatuurstudie is in de volgende tabel weergegeven:

Nummer	Informatiebron	Zoektermen	Hits
1	PsychArticles	Shame and eating disorders	0
2		Shame and eating	2 waarvan 2 relevant
3		Shame and anorexia	0
4		Shame and bulimia	0
5		Shame and anger	19, waarvan 0 relevant
6		Shame and delinquency	0
7		Shame and rage	0
8		Shame and depression	9, waarvan 0 relevant
9		Shame and ESS	0
10		SCL-90 and depression	3 waarvan 0 relevant
11		Andrews and shame	2, waarvan 0 relevant
12		Tangney and shame and anger	2, waarvan 1 relevant
13		Gilbert and shame	0
14		Lewis and shame	1, waarvan 0 relevant
15		Lewis and anger	3, waarvan 0 relevant
16		Braithwaite	3, waarvan 0 relevant
17		Baneke	1, waarvan 0 relevant



'Gewogen en te zwaar bevonden':

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

18	Psychology & Behavioral Sciences Collection	Shame and eating disorders	0	
19		Shame and eating	20, waarvan 10 relevant	
20		Shame and anorexia	7, waarvan 2 relevant	
21		Shame and bulimia	9, waarvan 4 relevant	
22		Shame and anger	57, waarvan 1 relevant	
23		Shame and delinquency	0	
24		Shame and rage	10, waarvan 0 relevant	
25		Shame and depression	43, waarvan 3 relevant	
26		Shame and ESS	1, waarvan 1 relevant	
27		SCL-90 depression	70 waarvan 1 relevant	
28		Andrews and shame	5, waarvan 1 relevant	
29		Tangney and shame	5, waarvan 0 relevant	
30		Gilbert and shame and anger	1, waarvan 0 relevant	
31		Lewis and shame	10, waarvan 1 relevant	
32		Lewis and anger	7, waarvan 0 relevant	
33		Braithwaite and shame	7, waarvan 1 relevant	
34		Baneke	0	
35		Narcism	1, waarvan 1 relevant	
36		Anger and eating disorders	29, waarvan 3 relevant	
37		Psychotherapy and eating disorder	13, waarvan 1 relevant	
38		Offenders and shame and anger	2, waarvan 1 relevant	
39		Scholar.google.com	Tangney, Andrews, Gilbert, Lewis, Braithwaite	5, waarvan 1 relevant
40		Jstor	Shame and Scheff and Lewis and social bond	23, waarvan 1 relevant

### 2.3 Dataverzameling en analyse

Uit de 368 treffers zijn uiteindelijk 25 relevante artikelen geselecteerd. Om te beoordelen of een artikel relevant is of niet, is er onder andere gekeken naar het jaar van uitgave. Er is getracht zoveel mogelijk artikelen op te nemen van na het jaar 2000, zodat de gegevens in dit verslag zo recent mogelijk zijn. Bovendien zijn de artikelen die zowel het onderwerp schaamte behandelen als één van de twee andere sleutelwoorden -eetstoornissen en delinquentie- direct opgenomen in dit literatuuronderzoek. Andere artikelen zijn aan de hand van de samenvatting beoordeeld op hun relevantie voor dit onderzoek. Als het de relatie beschreef tussen schaamte, eetstoornissen, depressie, woede en delinquentie of als het informatie gaf over de validiteit en werking van de ESS en de SCL-90, dan is het opgenomen in dit onderzoek. Door het lezen van de gevonden artikelen, is er verder gezocht naar andere artikelen. Ook deze zijn opgenomen in het literatuuronderzoek.



'Gewogen en te zwaar bevonden':

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

---

### 3 Schaamte

Als we in het woordenboek op zoek gaan naar het woord schaamte komen we de volgende definitie tegen:

**schaam-te** (de ~ (v.), ~n/~s)

1 gevoel van onbehagen dat iemand krijgt bij toestanden die in strijd zijn met de algemeen geldende opvattingen over fatsoen en eerbaarheid, of bij toestanden die hem voor anderen schijnbaar verachtelijk of bespottelijk maken => gêne, schaamtegevoel (Van Dalen taalweb, 2005)

#### 3.1 Wat is schaamte nu precies?

Er is vanaf oudsher veel belangstelling geweest voor de emotie schaamte. Volgens Poulson (2000) heeft Freud ooit de term in één van zijn werken genoemd, maar al niet veel later ontkende hij deze naam voor de emotie en hij heeft vervolgens het woord 'schaamte' zelden nog gebruikt. Zo waren er nog vele andere sociologen die onderzoek gedaan hebben naar schaamte, maar die niet expliciet het woord 'schaamte' gebruikt hebben. Heel vaak werd de term 'tekort aan zelfvertrouwen' gebruikt.

Lewis (1971) is de eerste die de emotie waar al jaren onderzoek naar gedaan werd 'schaamte' noemde. Gilbert (1998) zegt het volgende over schaamte:

"Schaamte gaat over het in de wereld zijn als een ongewenst persoon, een persoon die je niet wilt zijn. Schaamte is een onvrijwillige reactie op het bewust worden dat je minder waard bent geworden. Schaamte is niet langer de 'slapende' zoals Helen Lewis dacht. Door haar werk en dat van mensen als Silvan Tomkins, Gerald Kaufman, Donald Nathanson, Thomas Scheff en vele anderen, is de 'slapende' wakker geworden, maar hij is nog steeds aan het vechten om zijn identiteit en grenzen te ontdekken."

Om de identiteit en grenzen van schaamte te verkennen wordt na Lewis (1971) Tangney behandeld, zij zegt dat schaamte algemeen bekend is als een vooral intense en vaak ongeschikte, negatieve emotie die samen gaat met gevoelens van minderwaardigheid, krachteloosheid en zelfbewustzijn en met het geheimhouden van tekortkomingen (Tangney & Dearing, 2002). Poulson heeft uit vele onderzoeken van onder andere een aantal bovengenoemden een Cognitief Schaamte Model ontwikkeld. Hij geeft aan dat schaamte ontstaat in de kindertijd, maar zich door het hele leven heen verder ontwikkeld (Poulson, 2000).

#### 3.2 Welke theorieën zijn er omtrent schaamte

##### 3.2.1 H.B. Lewis

Helen Block Lewis (1971) heeft de termen 'feeling traps' en de 'shame/anger loop' op de kaart gezet. De 'feeling traps' zijn de emotionele reacties die mensen vertonen op hun emoties. Vaak markeert iemand zijn/haar schaamte met woede en vervolgens schaamt die persoon zich weer over het feit dat hij/zij boos is. Dit is de overgang van de 'shame/anger loop' naar de 'shame/shame' loop. De 'shame/shame loop' heeft volgens Lewis terugtrekking uit de situatie tot gevolg.

Schaamte ontstaat wanneer het sociale verbond bedreigd wordt (Lewis, 1971). Elk persoon heeft angst voor sociale disconnectie en om onbegrepen te worden door anderen. Volgens Lewis is schaamte een lichamelijke en/of mentale reactie op de bedreiging van de verbondenheid met anderen. Schaamte kan een reactie zijn op deze verbondenheid, maar het kan ook ontstaan als reactie op de acties in het 'innerlijke theater', waarin we onszelf zien door de ogen van anderen. Schaamte is het resultaat van globale attributie van falen, oftewel het falen is geattribueerd aan de zelf in zijn totaliteit (Lewis, 1971).



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

Vrouwen bezitten van nature een hogere gezelligheid en die dwingt hen om de culturele waardedaling van deze gezelligheid te verdragen door zichzelf in waarde te doen dalen. Ze worden hierdoor kwetsbaarder voor schaamte en depressie. Vrouwen zijn dus gevoeliger voor depressie dan mannen. Het lagere gevoel voor gezelligheid van de man, verhoogt hun agressieve antwoord op onderbrekingen van hun gevoelens (Lewis, 1985).

### **3.2.2 Tangney**

Het is volgens Tangney (2002) algemeen aangenomen dat schaamte helpt mensen hun sociaal onacceptabele impulsen als agressie en woede te beteugelen. Het lijkt logisch dat iemand die schaamte ervaart minder snel agressief of boos reageert op een ander. Je zou kunnen zeggen dat iemand die goed bekend is met het ervaren van schaamte, zich inhoudt om boos of agressief te worden om zo niet het risico te lopen een schaamtereactie op te roepen. Er is dan ook een sterke positieve relatie tussen het uiten van gevoelens en het ervaren van schaamte.

Volgens Tangney (2002) zijn er tenminste twee duidelijke paden die men kan bewandelen wanneer iemand zich schaamt: je kunt je terug trekken uit de menigte of je kunt de omgeving de schuld geven in plaats van jezelf. Op deze twee manieren komt je eigenwaarde niet in gevaar. Door de omgeving de schuld te geven, toon je woede. Deze woede is een emotie van macht en gezag, in tegenstelling tot schaamte. Schaamte is juist een gevoel van waardeloosheid en verlamming. Door de woede naar buiten te keren worden beschaamde individuen in plaats van schaamtevol juist boos. Bovendien wordt dit mechanisme van het omzetten van schaamte in woede versterkt door het feit dat de beschamende persoon zich een afkeurende ander inbeeld en een verzwakte capaciteit heeft om zich te kunnen verplaatsen in anderen. Schamende personen hebben een verhoogde gevoeligheid voor de mening van anderen, dus het is een kleine stap om de ander de oorzaak van je schaamte toe te rekenen. Dit mag dan op de korte termijn de beste oplossing lijken, op de lange termijn is het vernietigend voor de interpersoonlijke relaties. Schaamte gevoelens zijn geschikt om defensieve reacties richting een ander op te roepen, zoals het uiten van woede. Mensen die geneigd zijn zichzelf te schamen, geven vaak anderen de schuld van de negatieve gebeurtenis. Uit vele onderzoeken blijkt dat schaamte niet alleen ontwijkend gedrag stimuleert, maar ook defensieve gevoelens van woede en vijandigheid. Bovendien is er een tendens om de schaamte op een ander te projecteren (Tangney & Dearing, 2002)

Een schaamtegevoelig persoon ervaart meer woede jegens anderen dan iemand die minder gevoelig is voor schaamte. Schaamtegevoeligheid is gerelateerd aan kwaadwillige intenties en aan de neiging om terecht te komen in directe lichamelijke- en verbale agressie, in indirecte verplaatste agressie, agressie naar zichzelf en onderdrukte agressie. Een voorbeeld van verplaatste agressie is de woede afreageren op een ander, dan diegene die de woede opgeroepen heeft. Onderdrukte agressie is woede die niet geuit wordt op het moment van het ontstaan, schaamtegevoelige mensen hebben namelijk vaak de neiging om zich terug te trekken uit de woedegerelateerde situatie.

In een onderzoek naar schaamte in specifieke situaties (Tangney & Dearing, 2002) vertonen mannen directe en indirecte vormen van agressie in reactie op schaamte. Vrouwen daarentegen vertonen verplaatste agressie, bijvoorbeeld de woede tegen de partner afreageren op iemand anders, en agressie richting zichzelf. Onder agressie tegen zichzelf valt onder andere zelfdestructie in de vorm van eetstoornissen.

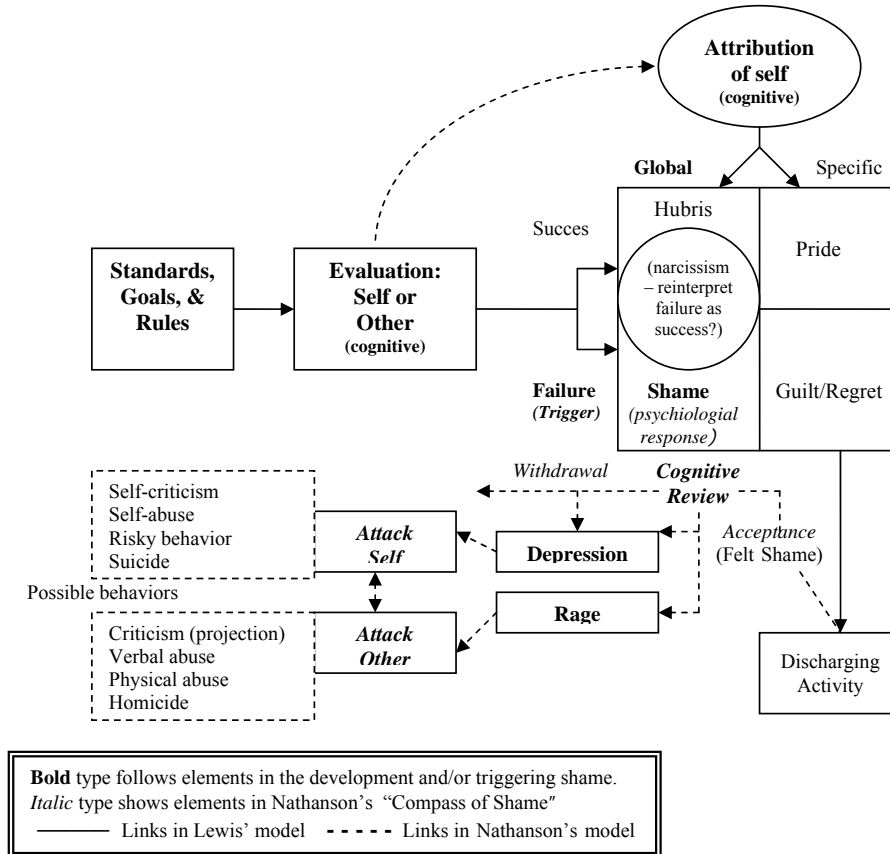
### **3.2.3 Poulson**

Poulson (2000) heeft een model opgesteld over het cognitieve proces van schaamte aan de hand van ideeën van Lewis (1992) over de beoordeling en de effecten van schaamte en aan de hand van het werk van Nathanson (1992) over gevoelens en het proces dat samengaat met een schaamte-



ervaring. Het doel van het model is niet alleen weergeven hoe we iemand anders laten schamen, maar ook hoe we schaamte in onszelf oproepen.

Poulson (2000) zegt dat de onderbreking van het interpersoonlijke verbond, de kern is van afwijkend en weezinwekkend gedrag waarmee hij het eens is met de gedachtegang van Kaufmann en Scheff (Poulson, 2000). Het interpersoonlijke verbond bestaat uit de verbindingen die mensen met elkaar aan gaan (Poulson, 2000). Schaamte is volgens Poulson een krachtige, sociale emotie, aangeleerd door verwachtingen en normen van anderen en versterkt door verwachtingen van onszelf.



**Figuur 1 Cognitive Shame Model (Poulson, 2000)**

Het model van Poulson (2000) heeft de volgende gedachtegang: ieder mens heeft zijn eigen normen, doelen en regels (in het model *standards, goals & rules* genoemd) die ontstaan zijn in de kindertijd. Deze zijn zowel extern als intern gericht. Als een persoon bepaald gedrag vertoont, gaat hij dit evalueren aan de hand van zijn normen, doelen en regels. Dit kan positief (*success*) beoordeeld worden of negatief (*failure*). Als het gedrag als positief beoordeeld wordt, leidt dit globaal tot een gevoel van overmoed (*hubris*). Dit is een gevoel over jezelf als persoon. Op specifiek niveau leidt een positieve beoordeling van het gedrag tot een gevoel van trots (*pride*). Deze trots heeft alleen betrekking op het gedrag en dus niet op de persoon. Als het gedrag negatief beoordeeld wordt, leidt dit globaal tot schaamte (*shame*) en specifiek tot schuld of berouw



**'Gewogen en te zwaar bevonden':**

**Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

(*guilt/regret*). Schaamte is dus een gevoel van falen van jezelf als persoon. Schuld daarentegen heeft alleen te maken met het specifieke gedrag. Hoe een kind met de evaluatie van zijn gedrag omgaat hangt sterk af van de ouders. Kinderen moeten bekritiseerd of geloofd worden om het gedrag, niet om de persoon.

Wanneer iemand schaamte ervaart kan hij hier op vier verschillende manieren antwoord op geven. Het zogenoemde 'kompas van de schaamte' (Nathanson, 1992) omvat de volgende vier reacties: acceptatie, terugtrekking, depressie en woede. Acceptatie betekent door middel van copingstrategieën de schaamte aanpakken, deze reactie is de meest voorkomende. Wanneer je je terugtrekt, ontken je als het ware de schaamte. Lewis (1992) noemt dit het negeren van de schaamte en volgens hem komt de ervaring dan op een ander tijdstip terug. Volgens hem kan dit zelfs tot een depressie leiden. Erkende schaamte zou relaties en de samenleving kunnen verbinden, en onderkende schaamte zou de kracht zijn die hen uit elkaar drijft. (Scheff, 2000).

Depressie is volgens Nathanson (1992) zowel een oorzaak als een gevolg van schaamte. Depressie wordt vaak gezien als agressie richting jezelf, door Nathanson (1992) ook wel 'attack self' genoemd. Hieronder wordt onder andere zelfdestructief gedrag, zoals alcohol- of drugsmisbruik, risicovol gedrag en zelfs zelfmoord, verstaan. Woede leidt echter tot 'attack other', waartoe lichamenlijk, verbaal en emotionele misbruik behoren.

Vaak zie je dat de woede zich opkropt en tot een explosie in de vorm van gewelddadig gedrag leidt.





## 4 Eetstoornissen

Als we in het woordenboek op zoek gaan naar het woord eetstoornis komen we de volgende definitie tegen:

**eet·stoor·nis** (de ~)

1 psychische stoornis in het eetgedrag

Als we vervolgens de eetstoornis opsplitsen in anorexia nervosa en boulimia nervosa vinden we de volgende definities:

**ano·re·xia ner·vo·sa** (de ~ (v.))

1 psychische aandoening waardoor een patiënt weigert voedsel op te nemen => anorexia, anorexie, hongerezucht, magerzucht

**bou·li·mia ner·vo·sa** (de ~ (v.))

1 [med.] psychische stoornis met als voornaamste kenmerk een gestoord eetpatroon waarbij de patiënt extreem vasten afwisselt met extreme eetbuien, gevolgd door braken => boulimia, boulimie (Van Dalen taalweb, 2005)

### 4.1. Wat zijn eetstoornissen nu precies?

Anorexia en Boulimia Nervosa komen voornamelijk voor bij vrouwen; ongeveer 5 tot 10 % van de patiënten is man. Anorexia komt voor bij 1.4 op de 1000 vrouwen. De schattingen voor boulimia zijn aanmerkelijk hoger: 4,5% van de vrouwen en 1,5% van de mannen zou hier aan lijden. De ziektes duren gemiddeld 7,5 jaar, met een spreiding van een half jaar tot dertig jaar. (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000). Treasure, Murphy, Szukler, Todd, Gavan & Joyce (2001) menen, verwijzend naar Herzog et al., dat de weg naar genezing vaak lang is; de gemiddelde duur van een periode van anorexia nervosa is 6 jaar. Ongeveer 40% van de patiënten herstelt volledig, 40% herstelt gedeeltelijk en 20% herstelt niet. Ongeveer 10% van de patiënten overlijdt aan de gevolgen van deze ziektes (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2001).

Lijnen vormt een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van de eetstoornissen anorexia en boulimia nervosa. Tweederde van alle vrouwen wil graag afvallen. Daarom doet 50% van alle vrouwen permanent aan de lijn, want ook al voelen veel vrouwen zich te dik, ze zijn het niet. Er is blijkbaar een verschil tussen een medisch en modisch gewenst gewicht. Wat modisch gewenst is, wordt ons dagelijks via de media voorgehouden (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa). Zo beelden de gedrukte print- en kunstmedia mannen af met meer details van het hoofd en gezicht, terwijl vrouwen afgebeeld worden met de nadruk op hun lichaam, vaak zelfs zonder hoofd of gezicht (Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn & Twenge, 1998).

#### 4.1.1 Wat is Anorexia Nervosa?

De naam anorexia nervosa (verkort tot anorexia) betekent letterlijk 'gebrek aan eetlust door nerveuze oorzaken'. Deze naam is misleidend, omdat de patiënten die hieraan lijden geen gebrek aan eetlust hebben, maar juist doelbewust proberen hun eetlust en hongergevoel te onderdrukken. Het is in essentie geen kwestie van 'niet kunnen' maar van 'niet willen' eten, zoat de anorexia-patiënt er zelf meestal niet over klaagt. Anorexia zou beter 'magerzucht' of 'lijnziekte' genoemd kunnen worden, want de patiënten hebben een onweerstaanbare drang om af te vallen (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken et al., 2000). De pathologie - en dus het onderscheid met een 'normale' slankheidswens - schuilt in het onstuitbare en allesdoordringende karakter van deze neiging: denken, voelen en handelen worden beheerst en bepaald door een niet-ophoudend verlangen extreem mager te zijn (Vandereycken et al., 2000).

Vaak eten anorexia-patiënten iedere dag dezelfde dingen volgens een zichzelf opgelegd ritueel. Iedere afwijking van dit strikte regime kan paniek oproepen en wordt daarom zoveel mogelijk



'Gewogen en te zwaar bevonden':

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

---

vermeden. Omdat sommige patiënten dit regime niet voortdurend kunnen volhouden, hebben ze af en toe last van eetbuien waarbij er in korte tijd veel eten naar binnen gewerkt wordt. Na zo'n eetbui braken ze vaak of gebruiken ze laxeremiddelen om het eten weer kwijt te raken. Om nog meer af te vallen dwingen anorexia-patiënten zichzelf vaak tot overmatige lichamelijke activiteit (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005). Bij anorexia is er sprake van een sterk vertekend lichaamsbeeld, de patiënt blijft zich, onafhankelijk van het gewicht, dik voelen (Vandereycken et al., 2000). Naarmate het gewicht lager wordt, worden de patiënten steeds banger om aan te komen. Hoewel anorexia-patiënten wel bij anderen opmerken dat die te mager zijn, blijven zij hun eigen toestand tegenover zichzelf en anderen vaak lang ontkennen. Ze proberen hun eetgedrag en de lichamelijke gevolgen daarvan voor anderen verborgen te houden. (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken et al., 2000).

Anorexia is een mentale ziekte die duidelijk zichtbaar is voor de omgeving. Het aanzicht van iemand die er uitgehongerd, ziek en levenloos uitziet roept een automatische emotionele reactie op. Treasure et al. (2001) menen, verwijzend naar Serpell, dat de omgeving zich bezorgd en angstig voelt en ze bovendien de zieke graag willen helpen. Anorexia-patiënten geven aan dat één van de positieve kenmerken van de ziekte is, dat het hun leed weergeeft. Alhoewel ze wel bang zijn voor de druk die op hen uitgeoefend zou kunnen worden om in gewicht aan te komen. Anorexia-patiënten kunnen daarom lang volhouden dat er niets met hen aan de hand is (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

#### **4.1.2 Wat zijn de gevolgen van Anorexia Nervosa?**

##### *4.1.2.1 De lichamelijke gevolgen*

Anorexia-patiënten kunnen door hun eetgedrag erg vermageren. Door de ondervoeding en vermagering kunnen veel lichamelijke klachten optreden. Zo stopt bij vrouwen de menstruatie doordat de hormonen die zorgen voor de menstruatiecycclus afnemen, dit kan gepaard gaan met (tijdelijke) onvruchtbaarheid (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005). Volgens de diagnostische criteria voor anorexia nervosa (DSM-IV) moet er een afwezigheid zijn van ten minste drie opeenvolgende menstruele perioden (d.w.z. amenorroe). De ademhaling en de hartslag worden trager en de bloeddruk daalt. Dit komt doordat het lichaam bij dalend gewicht en verminderde voedselinname zoveel mogelijk overschakelt op besparing in de stofwisseling. Als gevolg hiervan voelen de patiënten zich dikwijls erg moe, duizelig, lusteloos, depressief (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

Doordat er weinig eten wordt verbrand, daalt de lichaamstemperatuur en hebben de patiënten last van koude, blauwe handen en voeten. Ook kan, als gevolg van de lage lichaamstemperatuur, een donsachtige beharing in het gezicht, op de armen, borst en rug ontstaan. Bovendien verslechtert de conditie van het gebit en de haren en kan er haaruitval optreden. De huid wordt droog en schilferig en verslapt. Bij extreme vermagering ontstaat vaak een vochtophoping (oedeem) in de onderbenen en kan er spierweefsel afgebroken worden. Ook wordt het honger- en verzadigingsmechanisme verstoord, waardoor patiënten op den duur niet meer voelen wanneer ze honger hebben of ze negeren het hongergevoel. Bovendien slapen anorexia-patiënten vaak slecht, zij slapen vaak moeilijk in of zijn al vroeg weer wakker (Vandereycken et al., 2000). Dit probleem wordt dikwijls opgelost door 's morgens vroeg met werk, studie of andere activiteiten te beginnen. (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005)

Door het ontoereikende of eenzijdige dieet kunnen tekorten aan bepaalde mineralen en vitamines ontstaan. Bij patiënten die laxeer- en/of plasmiddelen gebruiken en/of regelmatig braken kunnen ernstige stoornissen in de elektrolytenhuishouding ontstaan, in het bijzonder een tekort aan kalium.



'Gewogen en te zwaar bevonden':

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

---

Dit kan leiden tot nier- en leverbeschadigingen, spierkrampen, hartritmestoornissen en zelfs hartstilstand (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken et al., 2000).

Bijna alle lichamelijke symptomen verdwijnen wanneer de patiënten weer een stabiel, normaal gewicht hebben bereikt. Als de ziekte echter vele jaren duurt, kan onherstelbare schade aangericht worden. Zeker omdat anorexia-patiënten zelf vaak de ernst van hun lichamelijke toestand ontkennen, is dit risico aanwezig. Bij vrouwen die langdurig niet menstrueren, kan op den duur botafbraak (osteoporose) ontstaan. Hierdoor neemt de kans op botbreuken toe. Het is dus beslist niet overdreven om anorexia nervosa als een lichamenlijk gevaarlijke ziekte te beschouwen (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

#### 4.1.2.2 De sociale gevolgen

Mensen met anorexia voelen zich vaak geïsoleerd en verlaten. De vermagering en het abnormale eetgedrag roepen veel onbegrip en bezorgdheid op bij familie en vrienden. Daarom proberen zij hun eetstoornis zo veel mogelijk verborgen te houden en verzinnen ze smoesjes en uitvluchten. De omgeving kan ze hierdoor als leugenachtig of onbetrouwbaar ervaren (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

Anorexia-patiënten zijn voortdurend bezig met het plannen en geheimhouden van hun eetgedrag. Dit veroorzaakt veel stress waardoor ze kwetsbaar, onzeker en snel geïrriteerd raken en ze last van stemmingswisselingen krijgen. Ook kunnen anorexia-patiënten tekenen van een depressie vertonen, deze zijn meestal secundair (bij gewichtsherstel klaart deze depressiviteit snel op) (Vandereycken et al., 2000).

Anorexia-patiënten moeten van zichzelf aan een heleboel regels voldoen en worden in hun denken en doen erg in beslag genomen door hun ziekte. Ze gaan zich op den duur steeds meer afzonderen van de mensen om hen heen. Ze zijn uiteindelijk alleen nog maar bezig met wel of niet eten, met dik of dun zijn en met zoveel mogelijk bewegen. Hoewel ze vaak grote moeite doen om zich zo aangepast mogelijk te gedragen, zijn zij zo sterk door hun ziekte geobsedeerd, dat zij haast niets meer voor andere mensen of zaken kunnen voelen. Zij komen daardoor snel in een sociaal isolement terecht (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Teusch, 1988).

#### 4.1.3 Wat is Boulimia Nervosa?

Boulimia nervosa (afgekort tot boulimia) betekent letterlijk 'eetlust als een os door nerveuze oorzaken'. Ook deze naam klopt niet helemaal, omdat er sprake is van eetbuien die worden afgewisseld met perioden van matig tot zeer matig eten. Bovendien is het vaak niet zo dat mensen met boulimia een grote eetlust hebben voordat ze een eetbui krijgen, het gaat om het eten, niet om het stillen van honger. De drang om te eten lijkt op een verslaving, vandaar ook wel dat boulimia eetverslaving wordt genoemd (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

Tijdens een eetbui worden grote hoeveelheden eten naar binnen gewerkt en hebben de patiënten het gevoel dat zij de controle over hun eetgedrag kwijt zijn. Het voedsel is dikwijls calorierijk en wordt vaak zonder dat ze het proeven doorgeslikt. De drang tot eetbuien is vaak zo groot dat patiënten deze gaan plannen. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld gedurende de dag, op hun werk, nauwelijks iets eten, om zich, wanneer ze alleen zijn, over te geven aan een eetbui. (Sanftner & Crowther, 1996; Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2000). De frequentie van de eetbuien varieert van persoon tot persoon, de ene patiënt(e) heeft twee eetbuien per week, de andere heeft er vele per dag (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005). Volgens de diagnostische criteria voor boulimia nervosa (DSM-IV) moeten deze eetbuien en het daarmee samenhangende compensatiegedrag gemiddeld minstens tweemaal per week gedurende drie maanden voorkomen.

Na een eetbui proberen boulimia-patiënten het eten zo snel mogelijk weer kwijt te raken. Vaak gebeurt dit door zelf opgewekt braken en/of het gebruik van laxemiddelen en/of plasmiddelen.



'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

---

Het kan ook zijn dat er na een periode van eetbuien een periode van streng vasten volgt. Als reactie op het hongergevoel dat door het vasten ontstaat, kunnen weer nieuwe eetbuien volgen.

Net als anorexia-patiënten zijn boulimia-patiënten dus geobsedeerd door voedsel, gewicht en lichaamsomvang. De meeste boulimia-patiënten hebben echter een normaal gewicht, al komt het ook voor dat ze mager of dik zijn. Wat hun gewicht ook is, in hun beleving zijn ze in ieder geval te dik en ze proberen dan ook voortdurend slanker te worden of op gewicht te blijven. Boulimia-patiënten schamen zich vaak erg voor hun eetbuien en proberen deze voor de buitenwereld verborgen te houden. Vandaar dat zij ogenschijnlijk normaal functioneren (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

#### **4.1.4 Wat zijn de gevolgen van Boulimia Nervosa?**

##### *4.1.4.1 De lichamelijke gevolgen*

Bij boulimia nervosa kunnen als gevolg van het onregelmatige eetpatroon, het braken en het laxeren een groot aantal klachten optreden. Zo kunnen bij vrouwen menstruatiestoornissen optreden. De menstruatie is dan erg onregelmatig of blijft uit. Ook kan er een verstoring in het honger- en verzadigingsmechanisme ontwikkeld worden, de patiënten weten dan niet meer wanneer zij honger hebben of wanneer zij vol zitten (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

Door veelvuldig braken komen de slokdarm en de mondholte voortdurend in contact met het maagzuur. Hierdoor wordt het glazuur van het gebit aangetast waardoor cariës kunnen ontstaan. Ook kunnen de speekselklieren opzetten en kan er keelpijn en langdurige heesheid door het braken ontstaan. Door het gebruik van laxeer- en vochtafdrijvende middelen raakt de vochthuishouding verstoord. Een gevolg hiervan kan een lage bloeddruk zijn met klachten als duizeligheid, een licht gevoel in het hoofd en flauwvallen. Door braken of het gebruik van laxeermiddelen kan een tekort aan kalium ontstaan, wat kan leiden tot nier- en leverbeschadigingen, spierkrampen, hartritme stoornissen en zelfs tot een hartstilstand. Bovendien kan er een tekort aan vitamines en mineralen ontstaan en kan er bloedarmoede optreden (Vandereycken et al., 2000) Ook kunnen de patiënten verslaafd raken aan de laxeermiddelen. Bij patiënten die regelmatig veel eten, rekt de maag uit. In het ernstigste geval kan de maagwand scheuren door het plotselinge uitzetten van de maag (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

De meeste lichamelijke symptomen kunnen zich herstellen als de eetstoornis verdwijnt. Dit kan echter wel enige tijd duren. Omdat veel mensen met boulimia nervosa een normaal lichaamsgewicht hebben, is het voor de omgeving vaak moeilijk te zien dat zij een eetstoornis hebben. Omdat de patiënten zich doorgaans over hun eet- en purgeergedrag schamen, spreken zij vaak niet over hun lichamelijke klachten, waardoor deze onopgemerkt blijven. Dit maakt boulimia nervosa tot een lichamenlijk gevaarlijke ziekte (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken et al., 2000).

##### *4.1.4.2 De sociale gevolgen*

Boulimia-patiënten stellen, net als anorexia-patiënten, hoge eisen aan zichzelf. Daarom beschouwen zij het feit dat zij hun eetgedrag niet in de hand kunnen houden als gebrek aan wilskracht en zelfbeheersing. Als ze er daarnaast ook niet in slagen het, in hun ogen, ideale lichaamsgewicht te behouden, kan dit uitlopen op een enorme walging van zichzelf. Omdat ze zich schamen en bang zijn om afgewezen te worden, proberen boulimia-patiënten vaak hun eetbuien voor anderen verborgen te houden. Het braken en het gebruik van laxeermiddelen houden zij ook geheim en zo lijden velen van hen jarenlang een soort dubbelleven, waarbij zelfs de naasten niet op de hoogte zijn van de ziekte. De eetbuien fungeren dan als uitlaatklep om ogenschijnlijk



'Gewogen en te zwaar bevonden':

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

---

probleemloos te blijven functioneren. Boulimia-patiënten voelen zich dan ook vaak erg eenzaam in de strijd met hun ziekte. Ook als ze anderen hun probleem hebben verteld, voelen ze zich nog vaak alleen. Het is moeilijk om aan buitenstaanders duidelijk te maken wat het betekent om met zo'n dwang te moeten leven (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

Veel boulimia-patiënten voelen zich vaak neerslachtig, in de Verenigde Staten wordt dan ook gezegd dat boulimia een vorm van depressie is (Vandereycken et al., 2000). Boulimia-patiënten zijn in gedachten veelvuldig bezig met eten en ze piekeren vaak over hun uiterlijk en gewicht. Hierdoor kunnen ze zich moeilijk op andere dingen concentreren, zoals studie en het onderhouden van relaties. Het maken van afspraken is moeilijk, want ze weten vaak niet van tevoren wanneer een eetbui toeslaat. Als ze laxeremiddelen gebruiken, kunnen ze last hebben van enorme darmkrampen, waardoor ze vaak weer afspraken moeten afzeggen. Mensen met boulimia komen daarom op den duur vaak in een sociaal isolement terecht. Bovendien kost al het eten en de laxeremiddelen veel geld. Boulimia-patiënten komen daarom geregeld in financiële problemen. Dit versterkt het isolement, want het wordt op deze manier moeilijker om iets met anderen te ondernemen. Als de financiële zorgen zeer groot worden, komt het ook voor dat de patiënten voedsel gaan stelen uit winkels. Hier voelen ze zich vervolgens weer erg schuldig over (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken et al., 2000).

#### **4.1.5 Wat zijn de oorzaken van eetstoornissen?**

Er is niet één oorzaak voor het ontstaan van eetstoornissen aan te wijzen. Een combinatie van factoren speelt een rol. Omdat anorexia en boulimia overwegend bij vrouwen en meisjes voorkomen, hebben cultureel-maatschappelijke en sociale verklaringen zich tot nu toe grotendeels toegespitst op hun situatie. Maar ook jongens en mannen lijden aan eetstoornissen. Het zal daarom duidelijk zijn dat geen van de factoren op zichzelf de doorslag geeft. Het gaat altijd om een samenspel, waarbij de invloed van de specifieke factoren bij elke patiënt weer enigszins anders kan liggen. Globaal kunnen de volgende factoren worden onderscheiden: cultureel-maatschappelijke factoren, sociale factoren, psychologische factoren en lichamelijke factoren (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Troop, Allan, Treasure & Katzman, 2003).

##### *4.1.5.1 Cultureel-maatschappelijke factoren*

De toename van het aantal vrouwen met eetproblemen kan in verband gebracht worden met de veranderende rol van vrouwen in de westerse samenleving. Aan de ene kant moeten vrouwen nog steeds het ideaal van de zorgende, zachte en aantrekkelijke echtgenote en moeder naleven, aan de andere kant worden ook steeds meer traditioneel 'mannelijke' activiteiten van hen verwacht, zoals een studie en een loopbaan. Deze vaak tegenstrijdige verwachtingen kunnen leiden tot het onmogelijke streven om 'perfect' te zijn of tot verwarring over de eigen identiteit als vrouw (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005). Werken aan een lichaam dat past bij allebei de rollen, geeft een vrouw de kans om zowel succes te hebben als echtgenote en moeder en als werknemer (McKinley, 1999).

Eén eis die aan vrouwen in de westerse cultuur wordt gesteld speelt daarbij een centrale rol: slank zijn. Het slankheidsideaal lijkt een belangrijke factor in het ontstaan van anorexia en boulimia nervosa. (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Fredrickson & Roberts, 1997).

Het 'ideale' vrouwelijke figuur, zoals dat in de media veelvuldig wordt getoond, is steeds minder vrouwelijk, dat wil zeggen: heeft steeds minder heupen en billen. Het gewicht van modellen daalt nog steeds en ligt dikwijls ruim onder de norm voor een diagnose van anorexia nervosa. In landen als Japan, waar de invloed van de westerse cultuur toeneemt, neemt ook het aantal anorexia- en boulimiegevallen toe (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

Onder invloed van deze westerse 'ideaalbeelden' doen veel vrouwen dan ook 'aan de lijn', soms een leven lang. Meisjes blijken steeds jonger ontevreden te zijn met hun uiterlijk en proberen hun voedselinname te beperken. Dit vormt een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van eetstoornissen, zeker wanneer men geen of slecht een beetje overgewicht heeft. Voor anorexia-patiënten geldt dat zij doorschieten in hun lijngedrag; voor boulimia-patiënten geldt dat het lijngedrag het ontstaan van eetbuien in de hand werkt (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

#### *4.1.5.2 Sociale factoren*

De invloed van het westerse slankheidsideaal dringt uiteraard niet alleen door via de media, maar manifesteert zich ook in de sociale omgeving. Ongezonder lijngedrag van bijvoorbeeld een ouder kan leiden tot ongezond lijngedrag van een kind. Herhaalde, kritische opmerkingen over lichaamsomvang, uiterlijk en gewicht door familieleden, partners, vrienden, klasgenoten, medestudenten of collega's kunnen aanleiding geven tot onnodig lijngedrag, dat zich kan ontwikkelen tot een eetstoornis. Naarmate de persoon die de kritische opmerkingen maakt een belangrijker rol speelt in iemands leven, zal het schadelijke effect groter zijn (McKinley, 1999; Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005). Maar kritische opmerkingen hoeven niet eens aan een persoon zelf gericht te zijn om een negatief effect te hebben. In een situatie waarin systematisch op uiterlijk wordt beoordeeld, zal men de heersende normen al snel op zichzelf gaan toepassen. Wanneer lichamelijke perfectie van groot belang wordt geacht, zoals in het ballet, de modellenwereld en in de sport, lopen vrouwen het risico door te schieten in hun streven aan die norm te voldoen (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005). Murray, Waller & Legg (1999) menen, verwijzend naar Calham et al. dat een sterke overbezorgdheid van de ouders en weinig verzorging een familieomgeving karakteriseren waarin vrouwen vaak eetstoornissen vertonen.

Behalve druk uit de directe omgeving om aan het slankheidsideaal te voldoen, kan de omgeving ook nog op een andere manier aanleiding geven tot het ontwikkelen van eetproblemen. Vaak komt het voor dat patiënten binnen het gezin niet voldoende geleerd hebben gevoelens te uiten of conflicten op te lossen. De patiënten kunnen dan niet omgaan met emoties, zoals boosheid, verdriet en soms zelfs vreugde, en brengen deze ten onrechte in verband met eten. Ook ingrijpende traumatische ervaringen, zoals incest en lichamelijk of geestelijk geweld, kunnen leiden tot het ontstaan van een eetstoornis (Murray & Waller, 2002; Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken et al., 2000).

#### *4.1.5.3 Psychologische factoren*

Hoewel cultureel-maatschappelijke en sociale factoren voor het ontstaan van eetproblemen zeker een rol van betekenis spelen, kunnen ook meer persoonsgebonden factoren van belang zijn. Mensen met anorexia en boulimia zijn over het algemeen kwetsbaar en ze trekken zich, meer dan anderen, allerlei zaken aan. Ze willen alles erg goed doen, maar slagen hier in hun eigen ogen bijna nooit in. Wanneer vanuit deze onzekerheid conclusies worden getrokken die vervolgens het denken gaan bepalen ('Alleen als ik tien kilo afval, zullen mensen mij aardig vinden'), komen patiënten in een neerwaartse spiraal terecht: al het succes of falen wordt tenslotte in verband gebracht met het lichaamsgewicht. Een vertekend lichaamsbeeld, lage zelfwaardering en extreem perfectionisme zijn dan ook kenmerkend voor patiënten met anorexia en boulimia (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

Het feit dat eetproblemen vaak in de puberteit ontstaan, wijst erop dat juist de grote lichamelijke en psychologische veranderingen van die periode tot een groter risico leiden. Zeker meisjes laten een grote daling in zelfvertrouwen zien. Onzekerheid over de nieuwe rol als vrouw kan leiden tot de behoefte om het meisjeslichaam 'in de hand te houden'. Ook kan het eetgedrag een manier zijn om



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

een besef van autonomie, dat niet voldoende aanwezig is, te ontwikkelen. Controle over het lichaam wordt dan synoniem met controle over het eigen leven (McKinley, 1999; Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

Bovendien, zo verklaart McKinley (1999) is volgens Feingold het uiterlijk van de vrouw zeer belangrijk in deze periode, omdat er dan heteroseksuele relaties ontwikkeld worden.

Eetstoornissen kunnen echter ook na de puberteit ontstaan. In dat geval spelen soms bijzondere gebeurtenissen een rol die op een andere manier kennelijk niet goed verwerkt kunnen worden, zoals een verbroken relatie, het overlijden van een geliefd persoon, het huis uit gaan, seksueel misbruik, een zwaar examen moeten doen of het krijgen van een kind (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken et al., 2000).

#### *4.1.5.4 Lichamelijke factoren*

Tot nu toe zijn er geen duidelijke aanwijzingen dat eetstoornissen een puur lichamelijke oorzaak hebben. Naar zaken als erfelijkheid, zinktekort en de invloed van neurotransmitters wordt onderzoek gedaan, maar vooralsnog zonder eenduidig resultaat (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005; Vandereycken et al., 2000). Wel lijkt het erop dat lijnen een belangrijke risicofactor is, zeker als het gebeurt zonder dat er sprake is van een groot overgewicht. Mensen die zichzelf voedsel ontzeggen dat zij nodig hebben, gaan automatisch aan eten denken - daar zorgt het lichaam wel voor. Een dieet kan dus het begin vormen van een preoccupatie met eten en een verstoring van het honger- en verzadigingsmechanisme.

Zijn mensen eenmaal op deze weg, dan kunnen zij steeds strenger gaan vasten, uit angst om anders de controle over het, steeds meer om voedsel schreeuwende, lichaam te verliezen. Ook kan hongeren tot gevolg hebben dat er eetbuien ontstaan, die meestal uitmonden in een steeds chaotischer eetpatroon. De patiënten komen dan in een vicieuze cirkel terecht (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, 2005).

## **4.2. Welke theorieën zijn er omtrent eetstoornissen**

### **4.2.1 Ranking theory**

Volgens de 'ranking theory' van Troop, Allan, Treasure & Katzman (2003) en Burney & Irwin (2000) komen anorexia nervosa en boulimia nervosa vaak voor in combinatie met onderdanig gedrag en een lage sociale stand. Voorbeelden hiervan zijn weinig zelfvertrouwen, hulpeloosheid en gevoelens van schaamte. Vrouwen die een eetstoornis ontwikkelen laten vaker hulpeloosheid en een passieve coping strategie zien.

Ook tonen Troop et al. (2003) dat depressie sterk aanwezig is bij mensen met een eetstoornis. Depressie zou de psychologische manifestatie zijn van onderdanig gedrag, wanneer er geen uitweg is van de dominante ander of van de dominante situatie (Troop et al., 2003)

### **4.2.2 Objectification theory**

De 'objectification theory' van Fredrickson en Roberts (1997) houdt in dat vrouwen en meisjes door de ogen van een observeerder naar zichzelf gaan kijken. Dat wil zeggen dat ze zichzelf als een voorwerp gaan behandelen waar naar gekeken moet worden en ze evalueren zichzelf op de basis van hun voorkomen. Dit proces wordt 'self-objectification' genoemd en is een vorm van zelfbewustzijn waarbij het een gewoonte wordt om je lichamelijke voorkomen onder controle te houden. Dit kan leiden tot een verhoogde schaamte en angst over het lichaam. Wanneer iemand zijn lichaam als object gaat zien, is de persoon het lichaam en bestaat het lichaam alleen voor het plezier van anderen (Fredrickson, Noll, Roberts, Quinn & Twenge, 1998).



**'Gewogen en te zwaar bevonden':**

**Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

Tiggemann en Kuring (2004) menen, verwijzend naar Fredrickson en Roberts dat dit kan leiden tot drie psychologische stoornissen: depressie, eetstoornissen en seksueel disfunctioneren.

Volgens de 'objectification theory' is de schaamte over het lichaam een aanleiding voor diëten en het gewicht onder controle te houden door te braken. Dit heeft tot gevolg dat een eetstoornis als anorexia of boulimia wordt ontwikkeld. En dit leidt weer tot meer schaamte over het lichaam, waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat. De schaamte over het lichaam wordt dan ook gezien als de mediator tussen 'selfobjectification' en eetstoornissen (Noll & Fredrickson, 1998).





'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

---

## 5 Delinquentie

### 5.1 Wat zijn delinquenten nu precies?

Als we in het woordenboek op zoek gaan naar het woord delinquent komen we de volgende definities tegen:

**de·lin·quent**<sup>1</sup> (de ~ (m.), ~en)

1 pleger van een strafbaar feit => *misdadiger*

**de·lin·quent**<sup>2</sup> (bn.)

1 een strafbaar feit begaan hebbend (Van Dalen taalweb, 2005)

### 5.2. Welke theorieën zijn er omtrent delinquentie

#### 5.2.1. Braithwaite

Braithwaite (1989) heeft de theorie van 'reintegrative shaming' ontwikkeld. Daarmee wil hij laten zien dat een samenleving een grote rol kan spelen in het voorkomen en omgaan met criminaliteit door de communicatie over schaamte. Als het niet schaamtevol is om een misdaad te begaan, dan zal er in een samenleving veel misdaad bestaan (Braithwaite, 1989). Wanneer schaamte op een verkeerde manier wordt gecommuniceerd in de samenleving, kan dit het misdaadcijfer verhogen. Een vorm hiervan is stigmatiseren: de misdadiger wordt gezien als een slecht persoon. Stigmatiseren verhoogt de aantrekkelijkheid van een criminele subcultuur voor het 'slachtoffer' van deze stigmatisering, omdat de samenleving hem/haar links laat liggen. Deze criminele subcultuur neutraliseert de schaamte die anders ervaren zou worden voor het begaan van de misdaad (Braithwaite, 1989).

Bij 'reintegrative shaming' wordt de schaamte dusdanig gecommuniceerd dat het de misdadiger stimuleert om ermee te stoppen. De misdadiger wordt afgekeurd, maar wel met respect voor hem: hij wordt als een 'goed' persoon behandeld, die iets slecht gedaan heeft (Braithwaite, 1989). Het doel is dat de misdadiger de schaamte erkent door excuses te maken. Dit is namelijk beter, meent Braithwaite (2000) verwijzend naar Retzinger en Scheff, dan de schaamte voorbij te gaan en het zich op een andere, ongezonde manier te laten uiten.

Het is belangrijk dat mensen de normen en waarden van belangrijke derden duidelijk worden. Omdat deze personen van ons houden gebeurt dit op een respectvolle en reïntegratieve manier. Een goede hechting aan de ouders/opvoeders zal criminaliteit dan ook verminderen. Braithwaite (2000) geeft aan dat dit vooral geldt voor jongens, omdat die van oorsprong gevoeliger zijn voor een soort van mannelijke identiteit die geleverd wordt in een criminele subcultuur.



## **6 Schaamte, eetstoornissen en delinquentie**

Poulson (2000) maakt in zijn Cognitieve Schaamte Model het volgende onderscheid: je kunt als reactie op schaamte acceptatie tonen, depressief worden of agressief worden. Zodra iemand de schaamte accepteert, heeft dit geen verdere consequenties. Als men echter de schaamte niet accepteert en daardoor depressief of agressief wordt, kan dat volgens dit model leiden tot respectievelijk zelfdestructie of 'agressie jegens anderen'. Deze zelfdestructie omvat onder andere zelfkritiek, risicovol gedrag, en mishandeling van het zelf. De vrouw met de eetstoornis zou hieronder kunnen vallen in dit onderzoek. Onder 'agressie jegens anderen' valt verbaal en fysiek geweld. Hierbij zou het in dit onderzoek kunnen gaan om de delinquente man.

Vrouwen zijn meer geneigd om schaamte te gebruiken als informatie over hen zelf (Poulson, 2000). Poulson (2000) meent, verwijzend naar H.B. Lewis, dat vrouwen gevoeliger zijn voor de mening van anderen dan mannen. Lewis (1992) zegt dat vrouwen vaker depressies als resultaat van schaamte ervaren en mannen vaker woede ervaren als resultaat van schaamte. Depressie is namelijk woede maar dan naar binnen gekeerd.

Scheff (2000) voegt daar, verwijzend naar Howard, aan toe dat vrouwen zich van nature over zichzelf schamen. Ze bevinden zich in een mannenwereld en zullen er daarom zoveel mogelijk aan doen om op het mannelijke ideaal te lijken. Vrouwen mergelen zichzelf dan ook uit om mager te zijn en smalle heupen te hebben. Dit is een teken van schaamte over zichzelf.

Wat blijkt uit de 'ranking theory' (Troop et al., 2003) en de 'selfobjectification theory' (Fredrickson & Roberts, 1997) is dat schaamte een rol speelt bij het ontwikkelen van eetstoornissen en dat dezelfde schaamte er ook voor zorgt dat iemand zich depressief kan gaan voelen.

Burney & Irwin (2000) menen, verwijzend naar Fodor dat een vrouw met een eetstoornis zich schaamt voor het feit dat ze niet kan voldoen aan de verwachtingen van haar zelf en van een ander en voor haar manieren om dun te blijven. Deze gevoelens van schaamte vormen de kern van de eigenwaarde van iemand met een eetstoornis. Baneke (2002) meent, verwijzend naar Scheff, dat elk conflict begint met schaamte. En dat destructieve, negatieve conflicten ontstaan, blijven bestaan en uit de hand lopen doordat de schaamte niet gevoeld, niet bewust wordt ervaren of niet erkend wordt. Braithwaite (1989) voegt hieraan toe dat schaamte inderdaad een rol speelt bij het ontstaan van criminaliteit. Wanneer er de schaamte voor een misdaad niet op de juiste, reïntegratieve manier geuit kan worden, zal dit vaak leiden tot meer criminaliteit.

Hier kunnen de volgende conclusies uit getrokken worden:

Vrouwen in deze maatschappij willen graag dat hun lichaam voldoet aan de norm die heerst in de samenleving en schamen zich dan ook eerder over hun lichaam dan mannen. En in het bijzonder zullen vrouwen met een eetstoornis zich eerder schamen over het lichaam dan vrouwen zonder eetstoornis en dan mannen. Bovendien zullen vrouwen met een eetstoornis naar verwachting hoger scoren op de depressieschaal van de SCL-90 dan vrouwen zonder eetstoornis. Er vanuit gaande dat de vrouwen zonder eetstoornis de schaamte voelen en accepteren en daardoor niet depressief worden. Optimaal voor dit onderzoek zou het zijn geweest als er een vragenlijst had bestaan die woede/agressie meet, zodat er gekeken had kunnen worden of een delinquente man meer woede ervaart dan een niet delinquente man. Helaas is die er niet en is er voor gekozen om ook bij de mannen naar de depressieschaal te kijken. Want een delinquente man zou volgens het Cognitieve Schaamte Model minder hoog scoren op de depressieschaal dan een vrouw met een eetstoornis.

Deze conclusies leiden tot de volgende hypotheses:



**'Gewogen en te zwaar bevonden':**

**Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

1. Vrouwen met een eetstoornis scoren hoger op de items van de ESS die gerelateerd zijn aan het lichaam, dan vrouwen zonder eetstoornis.
2. Mannen scoren lager op de items van de ESS die gerelateerd zijn aan het lichaam, dan vrouwen.
3. Vrouwen met een eetstoornis scoren hoger op de depressieschaal van de SCL-90, dan vrouwen zonder een eetstoornis.
4. Delinquente mannen scoren lager op de depressieschaal van de SCL-90, dan vrouwen met een eetstoornis.

Met het researchonderzoek in het volgende deel van dit verslag zal geprobeerd worden om een antwoord te kunnen geven op de hypothesen.



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

## **Deel II Researchstudie**

### **8 Inleiding**

Vrouwen in deze maatschappij willen graag dat hun lichaam voldoet aan de norm die heerst in de samenleving en schamen zich dan ook eerder over hun lichaam dan mannen. Tevens zullen vrouwen met een eetstoornis zich eerder schamen over het lichaam dan vrouwen zonder eetstoornis en dan mannen. Bovendien zullen vrouwen met een eetstoornis naar verwachting hoger scoren op de depressieschaal van de SCL-90 dan vrouwen zonder eetstoornis. Er vanuit gaande dat de vrouwen zonder eetstoornis de schaamte voelen en accepteren en daardoor niet depressief worden. Een delinquente man tenslotte zou volgens mijn interpretatie van het Cognitieve Schaamte Model minder hoog scoren op de depressieschaal dan een vrouw met een eetstoornis

Deze conclusies leiden tot de volgende hypotheses, die in dit deel getoetst zullen worden door middel van Superior Package for Statistical Services- software (SPSS, 10.0):

1. Vrouwen met een eetstoornis scoren hoger op de items van de ESS die gerelateerd zijn aan het lichaam, dan vrouwen zonder eetstoornis.
2. Mannen scoren lager op de items van de ESS die gerelateerd zijn aan het lichaam, dan vrouwen.
3. Vrouwen met een eetstoornis scoren hoger op de depressieschaal van de SCL-90, dan vrouwen zonder een eetstoornis.
4. Delinquente mannen scoren lager op de depressieschaal van de SCL-90, dan vrouwen met een eetstoornis.



**'Gewogen en te zwaar bevonden':**  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

*M.M. Groffen*

---

## **9 Methode**

### **9.1 Instrumenten**

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de Symptom Checklist-90 en de Nederlandse vertaling van de Experience of Shame Scale.

#### **9.1.1 SCL-90**

De Symptoms CheckList-90 (SCL-90) is in 1975 ontwikkeld door L.R. Derogatis en is in 1986 naar het Nederlands vertaald door W.A. Arrindell, en J.H.M. Ettema. De SCL-90 is een zelfbeoordelingschaal met 90 items die lichamelijke en psychische klachten meet ten behoeve van de screening en het evalueren van algemene psychopathologie. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten, waarbij de onderzochte moet aangeven op een vijfpuntsschaal in welke mate hij of zij daar de afgelopen week - 'helemaal niet' (1), 'een beetje' (2), 'nogal' (3), 'tamelijk veel' (4), of 'heel erg' (5) - last van heeft gehad. De SCL-90 bestaat uit de volgende negen subschalen:

Ang= Angst

Ago= Agorafobie; het vermijden van plaatsen waar men angstig wordt

DEP= Depressie

SOM= Somatische (lichamelijke) klachten

IN= Inadequatie; het gevoel tekort te schieten

SEN= Sensitiviteit; hecht veel waarde aan het oordeel van anderen

HOS= Hostiliteit; vijandigheid

SLA= Slaapstoornissen

PsNeur= algemeen niveau van klachten

Omdat voor dit onderzoek alleen een screening op de aanwezigheid van depressieve gevoelens van belang is, is er alleen gekeken naar de depressieschaal van de SCL-90. Deze schaal omvat een groot aantal symptomen die gewoonlijk bij het klinische syndroom 'depressie' worden opgemerkt. In de schaal zijn vooral symptomen met betrekking tot neerslachtige stemming, onvermogen om te genieten, verlaagde zelfwaardering, gedachten van schuld, hopeloosheid en dood en zelfmoord aanwezig, alsmede lichamelijke aspecten zoals verlies van eetlust, gebrek aan energie en vermindering van seksuele interesses.

#### **9.1.2 ESS**

De Experience of Shame Scale (ESS) is opgesteld door Andrews (2002) en is in het Nederlands vertaald door Baneke (2003). De vragenlijst bestaat uit 25 stellingen die betrekking hebben op schaamte. De ESS meet drie verschillende gebieden die betrekking hebben op schaamte; karakter, gedrag en lichaam (Andrews, Qian, Valentine, 2002). Op een vierpunt Likertschaal kan voor ieder item worden aangegeven in welke mate de respondent daar het afgelopen jaar mee te maken heeft gehad. De ESS zegt depressie te kunnen voorspellen.

Er is gebruik gemaakt van de ESS in plaats van de Test of Self-Conscious Affect (TOSCA; Tangney, Wagner & Gramzow, 1989), omdat de ESS specifieke gebieden van schaamte meet, terwijl de TOSCA schaamte alleen in het algemeen meet. (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

### **9.2 Respondenten**

Voor dit onderzoek is er gezocht naar 25 vrouwen met als inclusiecriteria: het hebben van een eetstoornis en 25 vrouwen zonder eetstoornis die zoveel mogelijk overeen kwamen qua leeftijd, opleiding en nationaliteit.



**'Gewogen en te zwaar bevonden':**  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

*M.M. Groffen*

---

Deze vrouwen met een eetstoornis zijn geworven door contact op te nemen met een 11-tal instanties die werken met mensen met eetstoornissen.

Ook zijn er 25 mannen geselecteerd uit de dossiers van prof. dr. J.J. Baneke. Voor deze mannen gelden de volgende inclusiecriteria: er moet een ESS en een SCL-90 bij afgenomen zijn en ze moeten een geweldsdelict begaan hebben zonder zeden. Bovendien moet blijken uit de NEO Personality Inventory -Revised (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992) dat er geen sprake is van narcisme. Dit vanwege de tendens die bij narcisten heerst om alle schaamte te ontkennen (Poulson, 2000). Bij deze 25 mannen zijn 25 passende niet-delinquente mannen gezocht die qua leeftijd, opleidingsniveau en nationaliteit zoveel mogelijk gelijk waren.

### **9.3 Procedure**

Er is aan de vrouwen die zoveel mogelijk overeen kwamen met de eetstoornispopulatie gevraagd of ze de twee vragenlijsten, de SCL-90 en de ESS, in wilden vullen. Bovendien hebben deze vrouwen ook allemaal een demografische vragenlijst (geslacht, leeftijd, nationaliteit, geboorteland en hoogst afgeronde opleiding) ingevuld. Ze hebben de vragenlijsten in een enveloppe mee naar huis gekregen met de vraag of ze deze zo snel als mogelijk weer wilde retourneren. Alle deelnemers zijn er vooraf over geïnformeerd dat de antwoorden anoniem en vertrouwelijk verwerkt zouden worden.

Aan de 25 mannen die zoveel mogelijk overeen kwamen met de delinquente mannen is ook gevraagd of ze de twee vragenlijsten in wilde vullen. Ook zij hebben de demografische vragenlijst in gevuld.



'Gewogen en te zwaar bevonden':

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

## Resultaten

Uiteindelijk heb ik naar 4 van de 11 verschillende instanties in Twente mijn vragenlijsten mogen sturen en ben ik er bij 1 langs gegaan om mijn verhaal te doen en de vragenlijsten af te geven. Van de 36 vragenlijsten die zijn verstuurd heb ik er 21 terug gekregen in een vooraf geadresseerde en gefrankeerde enveloppe. Dit is een responspercentage van 58,33%. Omdat de groep vrouwen met een eetstoornis 21 mensen beslaat, bestaat ook de groep vrouwen zonder eetstoornissen uit 21 mensen.

Van de 25 delinquente mannen bleek dat het educatieniveau gemiddeld laag was en daarom is het grootste gedeelte van de niet-delinquente mannen verworven door langs bedrijven te gaan waar mensen werken die een ambachtsschool genoten hebben. De 25 vragenlijsten zijn allen geretourneerd.

Om te kijken of de groepen onderling met elkaar te vergelijken zijn volgen nu de baselinekarakteristieken van de onderzochte groepen:

**Tabel 1 Basiskenmerken van de mannen en de vrouwen uitgedrukt in gemiddelden en standaarddeviaties**

	Mannen N=50	Vrouwen N=42
Leeftijd (jaren)	31,70 ± 9.892	30,12 ± 10,523
Nationaliteit (aantal / %)		
Nederlandse	49 (98%)	41 (97,6%)
Italiaanse	0 (0%)	1 (2,4%)
Turkse	1 (2%)	0 (0%)
Educatieniveau (aantal / %)		
Laag	16 (32%)	3 (7,1%)
Middel	23 (46%)	30 (71,5%)
Hoog	3 (6%)	9 (21,4%)
Niet bekend	8 (16%)	0 (0%)

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen waardoor de groepen goed vergelijkbaar zijn.

**Tabel 2 Basiskenmerken van de subgroepen delinquente mannen en niet-delinquente uitgedrukt in gemiddelden en standaarddeviaties**

	Delinquente mannen N=25	Niet-delinquente mannen N=25
Leeftijd (jaren)	31,80 ± 9,372	31,60 ± 10,579
Nationaliteit (aantal / %)		
Nederlandse	24 (96%)	25 (100%)
Italiaanse	0 (0%)	0 (0%)
Turkse	1 (4%)	0 (0%)
Educatieniveau (aantal / %)		
Laag	12 (48%)	4 (16%)
Middel	9 (36%)	14 (56%)
Hoog	2 (8%)	1 (4%)
Niet bekend	2 (8%)	6 (24%)



**'Gewogen en te zwaar bevonden':**  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

*M.M. Groffen*

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen delinquente mannen en niet-delinquente mannen waardoor de groepen goed vergelijkbaar zijn.

**Tabel 3** Basiskennmerken van de subgroepen vrouwen met een eetstoornis en vrouwen zonder eetstoornis uitgedrukt in gemiddelden en standaarddeviaties

	Vrouwen met een eetstoornis N=21	Vrouwen zonder eetstoornis N=21
Leeftijd (jaren)	30,05 ± 8,930	30,19 ± 12,135
Nationaliteit (aantal / %)		
Nederlandse	21 (100%)	20 (95,2%)
Italiaanse	0 (0%)	1 (4,8%)
Turkse	0 (0%)	0 (0%)
Educatieniveau (aantal / %)		
Laag	2 (9,5%)	1 (4,8%)
Middel	15 (71,4%)	15 (71,4%)
Hoog	4 (19,1%)	5 (23,8%)
Niet bekend	0 (0%)	0 (0%)

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen vrouwen met een eetstoornis en vrouwen zonder eetstoornis waardoor de groepen goed vergelijkbaar zijn.

**Tabel 4** Basiskennmerken van de subgroepen vrouwen met een eetstoornis en delinquente mannen uitgedrukt in gemiddelden en standaarddeviaties

	Vrouwen met een eetstoornis N=21	Delinquente mannen N=25
Leeftijd (jaren)	30,05 ± 8,93	31,80 ± 9,372
Nationaliteit (aantal / %)		
Nederlandse	21 (100%)	24 (96%)
Italiaanse	0 (0%)	0 (0%)
Turkse	0 (0%)	1 (4%)
Educatieniveau (aantal / %)		
Laag	2 (9,5%)	12 (48%)
Middel	15 (71,4%)	9 (36%)
Hoog	4 (19,1%)	2 (8%)
Niet bekend	0 (0%)	2 (8%)

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de vrouwen met een eetstoornis en delinquente waardoor de groepen goed vergelijkbaar zijn.

Omdat de groepen 'delinquente mannen' en 'niet delinquente mannen' en 'vrouwen met een eetstoornis' en 'vrouwen zonder eetstoornis' niet normaal verdeeld zijn op opleidingsniveau en leeftijd is er gebruik gemaakt van de non-parametrische Mann-Whitney U toets (SPSS, 10.0). De groepen 'mannen' en 'vrouwen' zijn wel normaal verdeeld en zijn derhalve getoetst met een onafhankelijke t-toets (SPSS, 10.0). In onderstaande tabellen staan de uitkomsten van deze toetsen.





**'Gewogen en te zwaar bevonden':**  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

*M.M. Groffen*

**Tabel 5 Gemiddelden en standaarddeviaties van de score op de afzonderlijke componenten van de ESS en de depressieschaal van de SCL-90 van de subgroepen mannen en vrouwen**

	Mannen N=50	Vrouwen N=40
<b>ESS</b>		
Karakter (range:12-48) **	19,20 ± 7,85	26,34 ± 11,68
Gedrag (range:9-36) **	15,02 ± 5,39	20,43 ± 7,96
Lichaam (range:4-16) **	6,00 ± 2,99	10,05 ± 4,79
Totale schaamte (range:25-100) **	40,42 ± 14,50	57,43 ± 23,21
	Mannen N=50	Vrouwen N=41
<b>SCL-90</b>		
Depressie (range:16-80)	28,12 ± 11,68	31,44 ± 15,60

\* p < 0,05

\*\* p < 0,01

Op de karaktercomponent van de ESS werden significante verschillen gevonden tussen de mannen en vrouwen (p=0,001; CI 95% [-3,121;-11,329]). Ook op de gedragscomponent (p=0,000; CI 95% [-2,600;-8,210]), de lichaamscomponent (p=0,000; CI 95% [-2,410;-5,690]) en op de totale schaamte van de ESS (p=0,000; CI 95% [-9,053;-24,957]) werden significante verschillen gevonden tussen de mannen en de vrouwen.

**Tabel 6 Mediaan van de score op de afzonderlijke componenten van de ESS en de depressieschaal van de SCL-90 van de subgroepen delinquente mannen en niet-delinquente mannen**

	Delinquente mannen N=25	Niet-delinquente mannen N=25
<b>ESS</b>		
Karakter (range:12-48)**	19,00	16,00
Gedrag (range:9-36)**	16,00	12,00
Lichaam (range:4-16)*	5,00	4,00
Totale schaamte (range:25-100)**	43,00	33,00
<b>SCL-90</b>		
Depressie (range:16-80)**	33,00	21,00

\* p < 0,05

\*\* p < 0,01

Op de karaktercomponent van de ESS werden significante verschillen gevonden tussen de delinquente mannen en de niet-delinquente mannen (p=0,003) Ook op de gedragscomponent (p=0,001), de lichaamscomponent (p=0,015) en op de totale schaamte van de ESS (p=0,001) werden significante verschillen gevonden tussen de delinquente mannen en de niet delinquente mannen. Ook op de depressieschaal van de SCL-90 zijn significante verschillen gevonden tussen deze twee groepen (p=0,000).



'Gewogen en te zwaar bevonden':

Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

**Tabel 7 Mediaan van de score op de afzonderlijke componenten van de ESS en de depressieschaal van de SCL-90 van de subgroepen vrouwen met een eetstoornis en vrouwen zonder eetstoornis**

	Vrouwen met een eetstoornis N=20	Vrouwen zonder eetstoornis N=20
ESS		
Karakter (range:12-48)**	35,00	17,00
Gedrag (range:9-36)**	28,00	14,00
Lichaam (range:4-16)**	15,00	6,00
Totale schaamte (range:25-100)**	76,00	36,50
	Vrouwen met een eetstoornis N=20	Vrouwen zonder eetstoornis N=21
SCL-90		
Depressie (range:16-80)**	45,00	20,00

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

Op de karaktercomponent van de ESS werden significante verschillen gevonden tussen de vrouwen met een eetstoornis en vrouwen zonder eetstoornis ( $p=0,000$ ). Ook op de gedragscomponent ( $p=0,000$ ) de lichaamscomponent ( $p=0,000$ ) en op de totale schaamte van de ESS ( $p=0,000$ ) werden significante verschillen gevonden tussen de vrouwen met een eetstoornis en de vrouwen zonder eetstoornis. Ook op de depressieschaal van de SCL-90 zijn significante verschillen gevonden tussen deze twee groepen ( $p=0,000$ ).

**Tabel 8 Mediaan van de score op de depressieschaal van de SCL-90 van de subgroepen vrouwen met een eetstoornis en delinquente mannen**

	Vrouwen met een eetstoornis N=20	Delinquente mannen N=25
SCL-90		
Depressie (range:16-80)	45,00	33,00



## **Discussie**

De vier hypothesen zijn getoetst met het volgende resultaat:

1. Vrouwen met een eetstoornis scoren significant hoger op de items van de ESS die gerelateerd zijn aan het lichaam, dan vrouwen zonder eetstoornis
2. Mannen scoren significant lager dan vrouwen op de items van de ESS die gerelateerd zijn aan het lichaam.
3. Vrouwen met een eetstoornis scoren significant hoger dan vrouwen zonder eetstoornis op de depressieschaal van de SCL-90.
4. Delinquenten scoren niet significant lager op de depressieschaal van de SCL-90, dan vrouwen met een eetstoornis. Dit is tegengesteld aan onze verwachtingen vooraf.

We kunnen dus zeggen dat het model van Poulson (2000) door dit onderzoek wordt bevestigd, op het facet depressie na. Volgens Poulson hadden de vrouwen hoger moeten scoren op de depressieschaal dan mannen en hadden specifiek vrouwen met een eetstoornis hoger op de depressieschaal moeten scoren dan delinquenten. Uit de data-analyse blijkt dit ook wel, maar er is geen significant verschil. De oorzaak van het feit dat de vrouwen niet significant hoger scoren op de depressieschaal dan mannen ligt bij het feit dat de vrouwen met een eetstoornis niet significant hoger scoren dan delinquenten.

Delinquenten scoren significant hoger op depressie dan niet delinquenten, wellicht door het feit dat de delinquenten in detentie zaten ten tijde van het afnemen van de vragenlijsten. Een mogelijke verklaring zou zijn dat de mannen in detentie hun woede niet kwijt kunnen en daardoor depressieve gevoelens ontwikkelen. De score op de depressieschaal van de SCL-90 stijgt doordat ze leven in onzekerheid over de straf die ze gaan krijgen en doordat ze vaak last hebben van slapeloosheid.

Wellicht zou er voor vervolgonderzoek een grotere groep delinquenten en vrouwen met een eetstoornis genomen moeten worden, om zo wel significante verschillen te verkrijgen.

Een uniek element van deze studie is dat er, voor zover bekend, nooit eerder onderzoek gedaan naar het verschil in schaamte tussen delinquenten en vrouwen met een eetstoornis.

De resultaten van dit onderzoek zouden gebruikt kunnen worden in een vervolgonderzoek naar bijvoorbeeld depressie bij mannen in detentie.



## Literatuur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychological Association.

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*. Proefschrift. Enschede: Universiteit Twente.

Braithwaite, J. (1989). *Crime, Shame and reintegration*. Melbourne: Cambridge University Press.

Braithwaite, J. (2000). Shame and criminal justice. *Canadian Journal of Criminology*, 281-298.

Burney, J. & Irwin, H.J. (2000). Shame and Guilt in Women with Eating-Disorder Symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 51-61.

Fredrickson, B.L., Noll, S.M., Roberts, T., Quin, D.M. & Twenge, J.M. (1998). That Swimsuit Becomes You: Sex Differences in Self-objectification, Restrained Eating, and Math Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (1), 269-284.

Gilbert, P. & Andrews, B. (Eds) 1998. *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. Oxford: Oxford University Press.

Lewis, H.B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.

Lewis, H.B. (1985). Depression vs. Paranoia: Why are there sex differences in mental illness? *Journal of Personality*, 53 (2), 150-178.

Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.

Lutwak, N., Panish, J.B., Ferrari, J.R. & Razzino, B.E. (2001). Shame and guilt and their relationship to positive expectations and anger expressiveness. *Adolescence*, 36 (144), 641-653.

McKinley, N.M. (1999). Women and Objectified Body Consciousness: Mothers' and Daughters' Body Experience in Cultural, Developmental, and Familial Context. *Developmental Psychology*, 35 (3), 760-769.

Milligan, R. & Waller, G. (2000). Anger and Bulimic Psychopathology Among Nonclinical Women. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 446-450.

Morrison, D. & Gilbert, P. (2001). Social rank, shame and anger in primary and secondary psychopaths. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12 (2), 330-356.



'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

Murray, C. & Waller G. (2002). Reported Sexual Abuse and Bulimic Psychopathology Among Nonclinical Women: The mediating Role of Shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 186-191.

Murray, C., Waller, G. & Legg, C. (2000). Family Dysfunction and Bulimic Psychopathology: The Mediating Role of Shame. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 84-89.

Nathanson, D. (1992). *Shame and Pride: Affect, sex, and the birth of the self*. New York: Norton.

Noll, S.M. & Fredrickson, B.L. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 623-636.

Poulson, C. (2000). Shame: The Master Emotion? *School of management working paper series*, 20 (3).

*Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). (2001). Washington, DC: American Psychological Association.

Sanftner, J.L. & Crowther, J.H. (1996). Variability in Self-esteem, Moods, Shame, and Guilt in Women Who Binge. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 391-397.

Scheff, T.J. (2000). Shame and the Social Bond: A Sociological Theory. *Sociological Theory*, 18 (1), 84-99.

Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa. Verkregen op 3 januari 2005, van <http://www.sabn.nl>.

Tangney, J.P. & Dearing, R.L. (2002). Shamed into anger? The Special Link between Shame and Interpersonal Hostility. In Tangney, J.P. & Dearing, R.L. *Shame and Guilt* (pp. 90-111). New York/ London: The Guilford Press.

Comment [FG1]: nog opzoeken

Teusch, R. (1988). Level of Ego Development and Bulimics' Conceptualizations of Their Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (5), 607-615.

Tiggemann, M. & Kuring, J.K. (2004). The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 299-311.

Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K. & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiology*, 36, 343-347.

Troop, N.A. (2001). Disgust Discussed II: This Time it's (Inter)personal. *European Eating Disorders Review*, 9, 66-68.

Troop, N.A., Allan, S., Treasure, J.L. & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 237-249.

Van Dalen Taalweb. Verkregen op 20 februari 2005, van <http://www.woordenboek.nl>.



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

---

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (red.) (2000). *Handboek Psychopathologie; deel 1 Basisbegrippen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V. & Leung, N. (2002). Anger and Core Beliefs in the Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 118-124.

Zaitsoff, S.L., Geller, J. & Srikameswaran, S. (2002). Silencing the Self and Suppressed Anger: Relationships tot eating Disorder Symptoms in Adolescent Females. *European Eating Disorders Review*, 10, 51-60.

### **Vragenlijsten**

#### **SCL-90**

Ontwikkeld door: L.R. Derogatis (1975)  
Nederlandse vertaling: W.A. Arrindell en J.H.M. Ettema (1986)

#### **ESS**

Ontwikkeld door: B. Andrews  
Nederlandse vertaling: J.J. Baneke (2003)



'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

## Bijlagen

### Bijlage 1 Experience of Shame Scale

(ESS; B. Andrews et al, 2002; Ned. Vert. J.J. Baneke, 2003).

ESS

**ERVARINGEN MET SCHAAMTE SCHAAL** B. Andrews, Ned. Vert. J.J. Baneke 2003

Iedereen kan zich wel eens schamen of verlegen voelen. De vragen hieronder gaan over zulke gevoelens en in hoeverre u die in het afgelopen jaar heeft gehad. Er bestaan geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Kruis het antwoord aan dat voor u geldt.

Naam: ..... V/M: .... Geboortedatum: ..... Datum: .....

Opleiding/beroep: .....

	Helemaal Niet	Een beetje	Redelijk	Heel erg
1. Heeft u zich geschaamd over bepaalde gewoontes van uzelf?	1	2	3	4
2. Heeft u zich zorgen gemaakt over wat andere mensen denken van bepaalde gewoontes van u?	1	2	3	4
3. Heeft u geprobeerd bepaalde gewoontes van uzelf te verbergen?	1	2	3	4
4. Heeft u zich geschaamd over hoe u omgaat met anderen?	1	2	3	4
5. Heeft u zich zorgen gemaakt over wat andere mensen denken van hoe u omgaat met anderen?	1	2	3	4
6. Bent u anderen uit de weg gegaan vanwege uw manier van omgaan met anderen?	1	2	3	4
7. Heeft u zich geschaamd over wat voor persoon u bent?	1	2	3	4
8. Heeft u zich zorgen gemaakt over wat andere mensen denken over u als persoon?	1	2	3	4
9. Heeft u geprobeerd voor anderen te verbergen wat voor persoon u bent?	1	2	3	4
10. Heeft u zich geschaamd over uw vermogen of vaardigheid dingen te doen?	1	2	3	4
11. Heeft u zich zorgen gemaakt over wat anderen denken van uw vermogen of vaardigheid dingen te doen?	1	2	3	4
12. Bent u anderen uit de weg gegaan vanwege uw onvermogen of gebrek aan vaardigheid om dingen te doen?	1	2	3	4
13. Voelt u schaamte als u iets verkeerd doet?	1	2	3	4
14. Heeft u zich zorgen gemaakt over wat anderen van u denken als u iets verkeerd doet?	1	2	3	4
15. Heeft u geprobeerd dingen te verbergen waarover u zich schaamde dat u die gedaan heeft?	1	2	3	4
16. Heeft u schaamte gevoeld toen u iets stoms zei?	1	2	3	4
17. Heeft u zich zorgen gemaakt over wat anderen over u denken toen u iets stoms zei?	1	2	3	4
18. Bent u het contact uit de weg gegaan met iemand die wist dat u iets stoms had gezegd?	1	2	3	4
19. Heeft u zich geschaamd toen u faalde in een situatie waarin u met iemand anders moest concurreren?	1	2	3	4
20. Heeft u zich zorgen gemaakt over wat anderen over u denken toen u faalde in een situatie waarin u met anderen moest concurreren?	1	2	3	4
21. Bent u andere mensen uit de weg gegaan die u hebben zien falen?	1	2	3	4
22. Heeft u zich geschaamd voor uw lichaam of een bepaald deel van uw lichaam?	1	2	3	4
23. Heeft u zich zorgen gemaakt over wat anderen denken van hoe u er uit ziet?	1	2	3	4
24. Heeft u vermeden naar uzelf in de spiegel te kijken?	1	2	3	4
25. Heeft u uw lichaam of een deel van uw lichaam willen verbergen?	1	2	3	4



'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

M.M. Groffen

## Bijlage 2 Symptom Checklist-90

(SCL-90; L.R. Derogatis, 1975; Ned. Vert. W.A. Arrindell & J.H.M. Ettema, 1986)

# Klachtenlijst (SCL-90)

W. A. Arrindell  
J. H. M. Ettema

### HOE DEZE VRAGENLIJST IN TE VULLEN?

In deze vragenlijst wordt U gevraagd in welke mate U last heeft van lichamelijke en psychische klachten. Wilt U voor elk van de onderstaande klachten aangeven, in hoeverre U last heeft, door een cirkel te plaatsen rondom het antwoord, dat het meest van toepassing is?

Het gaat er hierbij steeds om: hoe U zich **gedurende de afgelopen week, met vandaag erbij, voelde.**

#### Voorbeeld:

In welke mate werd U gehinderd door:

Hiermee al  
veel  
aan Loeftie  
nuttig  
tamelijk veel  
aan erg

1 2 3 4 5

Copyright © 1975 by L. R. Derogatis.  
Dutch translation and adaptation © 1986 by W. A. Arrindell, J. H. M. Ettema and Swets & Zeitlinger D.V. Lisse.  
Translated and adapted by permission.

Niets uit deze uitgave mag worden vervaerdigd door middel van druk, inspraak, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Alle rechten voorbehouden





**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

M.M. Groffen

1 In welke mate wordt U gehinderd door:

	Heel vaak niet	Heel vaak	Veel	Wenig	Heel weinig		Heel vaak niet	Heel vaak	Veel	Wenig	Heel weinig
1. Hoofdpijn	1	2	3	4	5	24. Woedeuitbarstingen die je niet in de hand hebt	1	2	3	4	5
2. Zenuwachtigheid of van binnen trillen	1	2	3	4	5	25. Bang zijn om alleen uit huis te gaan	1	2	3	4	5
3. Nare gedachten of ideeën niet kwijt kunnen raken	1	2	3	4	5	26. Jezelf van allerlei dingen de schuld geven	1	2	3	4	5
4. Duizeligheid	1	2	3	4	5	27. Pijn onder in de rug	1	2	3	4	5
5. Geen seksuele interesse meer hebben of er geen plezier aan beleven	1	2	3	4	5	28. Je belemmerd voelen in het uitvoeren van allerlei dingen	1	2	3	4	5
6. Kritisch staan tegenover anderen	1	2	3	4	5	29. Je eenzaam voelen	1	2	3	4	5
7. Het idee dat iemand anders je gedachten kan beheersen	1	2	3	4	5	30. Het gevoel in de put te zitten	1	2	3	4	5
8. Het gevoel dat anderen schuld hebben aan de meeste van je problemen	1	2	3	4	5	31. Te veel over de dingen piekeren	1	2	3	4	5
9. Moeilijk iets kunnen ophouden	1	2	3	4	5	32. Nergens meer belangstelling in hebben	1	2	3	4	5
10. Plekeren over een stordigheid of iets wat je vergeten bent	1	2	3	4	5	33. Je bang voelen	1	2	3	4	5
11. Je gemakkelijk vervuld of geïrriteerd voelen	1	2	3	4	5	34. Je gauw gekwetst voelen	1	2	3	4	5
12. Pijn in borst of hartsreek	1	2	3	4	5	35. Het idee dat andere mensen je geheime gedachten kennen	1	2	3	4	5
13. Je angstig voelen in open ruimten of op straat	1	2	3	4	5	36. Het gevoel dat anderen je niet begrijpen of onaardig zijn	1	2	3	4	5
14. Weinig puff (energie) hebben	1	2	3	4	5	37. Het gevoel dat anderen onvriendelijk zijn of je niet mogen	1	2	3	4	5
15. Denken om er maar een eind aan te maken	1	2	3	4	5	38. Iets langzaam moeten doen om er zeker van te zijn dat je het goed doet	1	2	3	4	5
16. Stemmen horen die andere mensen niet horen	1	2	3	4	5	39. Hartkloppingen	1	2	3	4	5
17. Trillen	1	2	3	4	5	40. Misselijkheid of een maag die van streek is	1	2	3	4	5
18. Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	1	2	3	4	5	41. Je tegenover anderen de mindere voelen	1	2	3	4	5
19. Weinig eetlust hebben	1	2	3	4	5	42. Pijnlijke spieren	1	2	3	4	5
20. Gauw huilen	1	2	3	4	5	43. Het gevoel dat anderen je in de gaten houden of over je praten	1	2	3	4	5
21. Je verlegen en niet op je gemak voelen bij de andere sexe	1	2	3	4	5	44. Moeilijk in slaap kunnen komen	1	2	3	4	5
22. Verstrikt zijn of gevangen voelen	1	2	3	4	5	45. Steeds maar moeten controleren wat je doet	1	2	3	4	5
23. Zomaar plotseling schrikken of bang worden	1	2	3	4	5	46. Moeilijk beslissingen kunnen nemen	1	2	3	4	5

ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SFN	HQS	SLA	OVER



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

M.M. Groffen

2. In welke mate werd U gehinderd door:

	helemaal niet	1	2	3	4	5	helemaal niet	1	2	3	4	5
	helemaal niet	1	2	3	4	5	helemaal niet	1	2	3	4	5
47. Bang zijn om te reizen in bussen, treinen of trams	1	2	3	4	5		70. Je niet op je gemak voelen in menigten, zoals bij het winkelen of in de bioscoop	1	2	3	4	5
48. Moelijk adem kunnen krijgen	1	2	3	4	5		71. Het gevoel dat alles moeite kost	1	2	3	4	5
49. Je soms erg warm, dan weer erg koud voelen	1	2	3	4	5		72. Aanvallen van angst of paniek	1	2	3	4	5
50. Bepaalde plaatsen of dingen moeten vermijden, omdat je er angstig van wordt	1	2	3	4	5		73. Je niet op je gemak voelen, wanneer je iets eet of drinkt in het openbaar	1	2	3	4	5
51. Een gevoel van leegte	1	2	3	4	5		74. Vaak in ruzies verzeild raken	1	2	3	4	5
52. Een verdoofd of tintelend gevoel ergens in je lichaam	1	2	3	4	5		75. Je zenuwachtig voelen als je alleen gelaten wordt	1	2	3	4	5
53. Een brok in je keel	1	2	3	4	5		76. Het gevoel dat anderen je niet op juiste waarde schatten	1	2	3	4	5
54. Je wanhopig over de toekomst voelen	1	2	3	4	5		77. Je alleen voelen, zelfs bij andere mensen	1	2	3	4	5
55. Je moeilijk kunnen concentreren	1	2	3	4	5		78. Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kunt blijven zitten	1	2	3	4	5
56. Je lichamelijk ergens slap voelen	1	2	3	4	5		79. Gevoelens dat je niets waard bent	1	2	3	4	5
57. Je gespannen voelen	1	2	3	4	5		80. Het gevoel dat iets naars je gaat overkomen	1	2	3	4	5
58. Zwaar voelen in armen of benen	1	2	3	4	5		81. Schreeuwen of met dingen smijten	1	2	3	4	5
59. Denken aan dood of sterven	1	2	3	4	5		82. Bang zijn om in het openbaar flauw te vallen	1	2	3	4	5
60. Te veel eten	1	2	3	4	5		83. Het gevoel dat mensen misbruik van je zullen maken, als je ze hun gang laat gaan	1	2	3	4	5
61. Je niet op je gemak voelen, als mensen naar je kijken of over je praten	1	2	3	4	5		84. Gedachten over seks die je erg hinderen	1	2	3	4	5
62. Gedachten hebben die niet van jezelf zijn	1	2	3	4	5		85. De gedachte, dat je voor je zonden gestraft zou moeten worden	1	2	3	4	5
63. Aandring voelen anderen te slaan, te verwonden of pijn te doen	1	2	3	4	5		86. Gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard	1	2	3	4	5
64. Te vroeg wakker worden	1	2	3	4	5		87. De gedachte dat er iets erg verkeerd is met je lichaam	1	2	3	4	5
65. Alsmaar hetzelfde moeten doen, zoals dingen even aanraken, tellen of wassen	1	2	3	4	5		88. Je nooit met iemand anders nauw verbonden voelen	1	2	3	4	5
66. Een onrustige of gestoorde slaap	1	2	3	4	5		89. Schuldgevoelens	1	2	3	4	5
67. Aandring voelen dingen te ver nielen of stuk te gooien	1	2	3	4	5		90. De gedachte dat je psychisch niet helemaal in orde bent	1	2	3	4	5
68. Gedachten of opvattingen hebben die anderen niet met je delen	1	2	3	4	5							
69. Je pijnlijk bewust zijn van je aanwezigheid bij anderen	1	2	3	4	5							

ANG	AGO	DFP	SOM	IN	SEN	HOG	SLA	OVER



**'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).**

*M.M. Groffen*

Naam : .....

Geslacht : .....

Geboortedatum : .....

Leeftijd : .....

Datum van afname : .....

*Nationaliteit* : .....

*hoogst afgeronde opleiding* : .....

*geboorteland* : .....

		Vergeleken met normgroep .....						is deze score	
ruwe score		zeer laag	laag	beneden	gemiddeld	boven	hoog	zeer hoog	
pag. 1 pag.2				gemiddeld	gemiddeld	gemiddeld			
ANG	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
AGO	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
DEP	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
SOM	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
IN	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
SEN	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
HOS	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
SLA	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
OVER	: + =	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
PSNEUR	: .....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	



**'Gewogen en te zwaar bevonden':**  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

*M.M. Groffen*

---

### **Bijlage 3 Begeleidende brieven**

#### Brief 1 Brief naar vrouwen met een eetstoornis

Geachte lezer(es),

Voor de Universiteit Twente doe ik onderzoek naar schaamte bij mensen met eetstoornis. Voor dit onderzoek zijn een aantal praktijken voor voeding- en eetadvisering in Twente benaderd. U bent één van de mensen die advies krijgt van zo'n praktijk.

Bijgaand treft u een vijftal vragenlijsten. Ik wil u vragen de vragenlijsten nauwkeurig en naar waarheid in te vullen. Er bestaan geen goede of foute antwoorden. Over de antwoorden moet u niet te lang nadenken, maar invullen wat er het eerste in u opkomt. Het is belangrijk dat u de vragenlijsten alleen invult en niet met anderen overlegt.

Ik vraag u uw persoonlijke gegevens alleen op de vragenlijst 'algemene gegevens' in te vullen. Op de andere vragenlijsten hoeft u uw naam niet in te vullen. Uw naam is voor mij niet van belang omdat uw antwoorden anoniem zijn. Dat betekent dat anderen niets over uw gegevens en antwoorden te weten zullen komen.

Boven elke vragenlijst staat een korte uitleg over hoe u de vragenlijst in moet vullen. Het is belangrijk dat u deze rustig doorleest.

Het invullen van de vragenlijsten zal ongeveer twintig minuten duren. Zodra u de vragenlijsten heeft ingevuld, kunt u ze afgeven bij uw diëtiste. Zij zal de vragenlijsten in een gesloten enveloppe naar mij terugsturen.

Als u iets onduidelijk is over mijn onderzoek of als u meer wilt weten, kunt u een e-mail sturen naar het volgende adres:

[m.m.groffen@student.utwente.nl](mailto:m.m.groffen@student.utwente.nl)

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Met vriendelijke groet,  
Maartje Groffen



**ALGEMENE GEGEVENS**

Datum:.....

1. Wat is uw geslacht?

.....

2. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

3. Wat is uw geboorteland?

.....

4. Wat is uw nationaliteit?

.....

5a. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Basisschool | <input type="checkbox"/> VWO                   |
| <input type="checkbox"/> IVBO        | <input type="checkbox"/> MBO                   |
| <input type="checkbox"/> VBO         | <input type="checkbox"/> HBO                   |
| <input type="checkbox"/> MAVO        | <input type="checkbox"/> WO                    |
| <input type="checkbox"/> HAVO        | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk..... |

6. Wat is uw beroep?

.....

7. Door wie bent u opgevoed?

- Vader en moeder
- Vader
- Moeder
- Anders, nl. ....



'Gewogen en te zwaar bevonden':  
Een exploratieve literatuur- en researchstudie naar schaamte, eetstoornissen en agressie aan de hand van het Cognitieve Schaamte Model van Poulson (2000).

*M.M. Groffen*

Brief 2 Brief naar niet-delinquente mannen en vrouwen zonder eetstoornis

Enschede, 25 april 2005

Geachte lezer(es),

In opdracht van de Universiteit Twente voeren wij, Maartje en Leonieke, een onderzoek uit naar schaamte en depressie.

Het onderzoek bestaat onder andere uit het afnemen van vragenlijsten bij mannelijke delinquenten en vrouwen met een eetstoornis. Zoals bij vrijwel elk onderzoek is er een controle groep nodig om verschil aan te kunnen tonen. Wij zijn daarom op zoek naar mannen die nooit veroordeeld zijn tot een bepaalde straf en naar vrouwen die nooit een eetstoornis hebben of hebben gehad.

Inmiddels hebben wij voldoende vragenlijsten af kunnen nemen bij delinquente mannen en vrouwen met een eetstoornis maar hebben we nog niet voldoende respondenten voor de controle groep.

Daarom willen wij u vragen om uw medewerking. Bijgaand treft u een tweetal vragenlijsten. Wij willen jullie vragen deze nauwkeurig en naar waarheid in te vullen. Let wel; er bestaan geen goede of foute antwoorden. Het is het beste niet te lang na te denken over de antwoorden, maar invullen wat er als eerste in u opkomt. Het is belangrijk dat u de vragenlijsten alleen invult en niet met anderen overlegt.

De vragenlijsten zijn anoniem en u hoeft uw naam dus ook **niet** in te vullen. De andere persoonlijke gegevens waar naar gevraagd wordt zijn echter wel van groot belang!

Het invullen van de vragenlijsten zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen.

Wij willen u alvast heel erg bedanken voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Maartje Groffen en Leonieke Pool  
Studenten Psychologie aan de Universiteit Twente