

Schaamte, angst en sociaal fobische symptomen

Een theoretisch en empirisch onderzoek



Julian Moeller



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Schaamte, angst en sociaal fobische symptomen

Een theoretisch en empirisch onderzoek

Julian Moeller

Begeleiders:

Prof. Dr. H. F. Kraan

Psychiater, Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk
Faculteit Gedragwetenschappen, Universiteit Twente

Prof. Dr. J. J. Baneke

Klinisch en forensisch psycholoog en psychoanalyticus, Mediant, Enschede
Faculteit Gedragwetenschappen, Universiteit Twente

Dr. L. C. H. Christenhusz

Psycholoog, Mediant, Enschede
Faculteit Gedragwetenschappen, Universiteit Twente

Universiteit Twente

Enschede

2007-03-29

Samenvatting

In dit onderzoek worden schaamte, angst en sociaal fobische symptomen bestudeerd met als doel meer inzicht te krijgen in de vraag hoe deze constructen met elkaar in verband staan. Daarbij staat de vraag centraal of implicaties voor de behandeling van patiënten, die gebaseerd zijn op een bij studenten aangetoond positief verband tussen schaamte, angst en sociaal fobische symptomen, handhaafbaar en relevant zijn. Het gaat bijvoorbeeld om implicaties zoals dat bij sociaal fobische patiënten sterker op schaamtegevoelens zou worden gelet (Lutwak & Ferrari, 1997).

Dit onderzoek bestaat globaal uit een theoretisch en een empirisch gedeelte alsook een discussie. In het theoretische gedeelte worden de relevante constructen vanuit verschillend perspectief benaderd. Aansluitend is informatie verzameld omtrent hun onderlinge verband. In het empirische gedeelte worden deze verbanden in een Nederlandse studenten- en patiëntenpopulatie correlatieel onderzocht. Daarvoor zijn drie vragenlijsten bij studenten ($n = 80$) afgenomen en wordt een bestaande patiëntensample ($n = 80$) gebruikt, dat o.a. op dezelfde vragenlijsten is gebaseerd. Het is voorspeld dat in de twee populaties alle gemeten schaamtevormen significant met angst en interpersoonlijke sensitiviteit (sociaal fobische symptoom) correleren. Verder is voorspeld dat deze correlatiecoëfficiënten in de patiëntensample ten minste op hetzelfde niveau significant zijn als hun pendanten in de studentensample. Deze hypothesen zijn bevestigd op één uitzondering na bij de laatstgenoemde voorspelling. Deze blijkt echter weinig relevant te zijn. Bovendien heeft dit onderzoek aangetoond dat bij patiënten de schaamtetoename in het algemeen met een grotere toename van angst en interpersoonlijke sensitiviteit gepaard gaat. Het blijkt dat de bij studenten geobserveerde verbanden zich bij patiënten sterker manifesteren. Door o.a. met deze resultaten rekening te houden, is de vraag of bepaalde implicaties, gebaseerd op onderzoek in studentensamples, voor patiënten handhaafbaar zijn, bevestigend beantwoord.

Verder worden met name twee resultaten gezien. Ten eerste het resultaat dat externe schaamte, zoals voorspeld, veel sterker met interpersoonlijke sensitiviteit correleert dan interne. Op basis van dit resultaat wordt besproken in hoeverre externe schaamte en sociaal fobische symptomen überhaupt kunnen worden onderscheiden. Ten tweede het resultaat dat bij patiënten, anders dan voorspeld, niet significant meer interne schaamte is gevonden, maar deze bij de patiënten met veel meer met angst en interpersoonlijke sensitiviteit hand in hand gaat. Dit is in strijd met de overheersende theorie die stelt dat het juist de hoeveelheid schaamte is die laat zien hoe sterk ze met psychopathologische symptomen gepaard gaat (Tangney & Dearing, 2002). Alternatieve theorieën en overwegingen worden besproken die deze bevinding kunnen verklaren en nieuwe implicaties omtrent de behandeling van patiënten opleveren. Vervolgens worden methodologische beperkingen besproken, o.a. dat met interpersoonlijke sensitiviteit alleen een deelaspect van een sociale fobie kan worden benaderd. Ten slotte worden suggesties voor verder onderzoek gegeven.

Abstract

The subject of this thesis is a comparative study on shame, anxiety and symptoms of social phobia, with the aim being to gain a deeper understanding of the relationships between these constructs. The central question is whether implications for the treatment of patients are relevant and maintainable when based on the positive relationship between shame, anxiety and social phobia symptoms found in student populations. Implications for treatment include, for example, the assertion that in patients suffering from social phobia, feelings of shame ought to be acknowledged and addressed (Lutwak & Ferrari, 1997).

This study is composed of a theory section, an empirical section, and a discussion section. The theoretical portion examines the relevant constructs and their mutual relationships from various perspectives. In the empirical section, these relationships are examined in a student sample and in a patient sample. The students ($n=80$) completed three self-report measures. An existing patient sample ($n=80$), which was based on the same instruments, was also utilized. It was predicted that in both populations the forms of shame measured in this study would correlate significantly with anxiety and interpersonal sensitivity (a symptom of social phobia). In addition, it was predicted that all of the correlation coefficients found in the patient sample would be at least as significant as their counterparts in the student sample. Both hypotheses were supported by the study's findings. However, for the second prediction, one of the ten coefficients measured did not support the hypothesis, although this appears to be less relevant. Besides, this study shows that increased shame in patients is generally accompanied by greater increases in anxiety and interpersonal sensitivity than among students. It appears that the relationships between shame, anxiety and interpersonal sensitivity found in the student population are manifested more strongly in the patient population. These results indicate that implications for treatment based on studies of student populations are relevant for working with patients, thus providing an affirmative answer to the central research question.

Two additional findings of this study are especially interesting. First, the discovery that external shame is much more strongly correlated with interpersonal sensitivity than internal shame. A discussion follows on whether external shame and interpersonal sensitivity measures partially the same. The second finding is that patients did not exhibit significantly more internal shame than students, but that patients showed much higher levels of anxiety and interpersonal sensitivity. This result conflicts with the dominant theory that the level of shame indicates to what extent individuals exhibit psychopathological symptoms (Tangney & Dearing, 2002). Alternative theories are discussed that could explain this second finding and offer new implications for the treatment of patients. In addition, methodological limitations are considered; specifically, that the empirical study addressed only one aspect of social phobia—interpersonal sensitivity. To conclude, recommendations for further research are made.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	3
Inhoudsopgave	4
1 Inleiding	6
2 Theoretisch kader: constructen	7
2.1 Schaamte	7
2.2 Angst.....	10
2.3 Sociale fobie.....	11
3 Theoretisch kader: verbanden tussen de constructen	14
3.1 Verband schaamte en angst.....	14
3.2 Verband schaamte en sociale fobie.....	14
4 Dit onderzoek	17
4.1 Probleemstelling	17
4.2 Voorwaarden en hypothesen	17
5 Methode	20
5.1 Participanten	20
5.2 Procedure	20
5.3 Meetinstrumenten	20
5.3.1 <i>Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen (VRAG)</i>	20
5.3.2 <i>Ervaringen met Schaamte Schaal (ESS)</i>	21
5.3.3 <i>Klachtenlijst (SCL-90)</i>	22
5.4 Data-analyse.....	23
6 Resultaten	24
6.1 Schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit	25
6.1.1 <i>Gemiddelde (\bar{x})</i>	25
6.1.2 <i>Correlatie schaamte en angst</i>	25
6.1.3 <i>Correlatie schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit</i>	26
6.2 Vergelijking van studenten- en patiëntenpopulatie.....	27
6.2.1 <i>Correlatiecoëfficiënten in de twee samples</i>	27
6.2.2 <i>Verbanden in spreidingsdiagrammen</i>	27
7 Conclusies	29
7.1 Scores patiënten sterker op de constructen dan studenten?.....	29
7.2 Bestaan positieve verbanden tussen de constructen ook in de hier onderzochte setting?	29
7.3 Zijn de op onderzoek in studentenpopulaties gebaseerde therapeutische implicaties handhaafbaar?.....	30

8 Discussie	32
8.1 Theorie	32
8.2 Methodologische beperkingen	36
8.3 Suggesties voor verder onderzoek	38
Literatuur	40

1 Inleiding

Schaamte speelt al duizenden jaren een belangrijke rol voor de mensheid. Zo worden al in de Bijbel en Michelangelo's Laatste Oordeel typische schaamtereacties getoond; namelijk als Adam en Eva hun naaktheid met een vijgenblad verhullen en als de veroordeelde zijn hoofd afkeert en zijn ogen met zijn handen bedekt (Baneke, 2005). Desondanks is schaamte in de wetenschap nauwelijks systematisch benaderd, zodat H. B. Lewis schaamte in 1985 (b) nog de "slaper in de psychopathologie" heeft kunnen noemen. Vervolgens is schaamte in theorie en empirie uitvoerig onderzocht zodat schaamte tegenwoordig als een van de meest belangrijke emoties wordt gezien. Daarbij bestaat consensus dat schaamte onder bepaalde voorwaarden een belangrijk effect kan hebben, maar overwegend een negatieve emotie is die nauw met psychopathologie is verbonden (Tangney & Dearing, 2002). In dit verband zijn in theorie en empirie sommige psychopathologische symptomen uitvoerig onderzocht, maar zijn vormen van angst in verhouding weinig aan bod gekomen. Bovendien heeft correlatieve onderzoek dat wel is uitgevoerd, waarbij het verband van schaamte met angstvormen en andere psychopathologische symptomen werd bekeken, vooral in studentenpopulaties plaatsgevonden. De reden hiervoor is vooral dat studenten een populatie vormen die zich hiervoor vrij gemakkelijk leent. Aan de hand van de gevonden resultaten zijn echter implicaties voor de behandeling van patiënten gegeven (Tangney, Burggraf, & Wagner, 1995). Als reactie hebben enkele onderzoekers aangekaart dat het toch een vorm van overgeneralisatie kan zijn om te veronderstellen dat de bevindingen ook in een geheel andere populatie geldigheid hebben (Andrews, 1998).

Dit onderzoek heeft in de eerste plaats het doel meer inzicht te krijgen in het verband tussen schaamte en angstvormen (angst en sociaal fobische symptomen). Daartoe worden op basis van literatuuronderzoek de constructen van schaamte, angst en sociale fobie uitvoerig beschreven. Daarna wordt op basis van het literatuuronderzoek aandacht geschonken aan verbanden tussen de verschillende constructen. Deze worden vervolgens empirisch benaderd. Daarbij worden correlaties van enkele schamtevormen met angst en sociaal fobische symptomen in een studenten- en een patiëntenpopulatie onderzocht. Het tweede doel van dit onderzoek is de in de studenten- en patiëntenpopulatie gevonden resultaten met elkaar te vergelijken om meer inzicht te krijgen in de vraag of de implicaties, gebaseerd op onderzoek in studentenpopulaties, voor patiënten handhaafbaar en relevant zijn.

2 Theoretisch kader: constructen

2.1 Schaamte

Schaamte wordt overwegend als een negatieve zelfbewuste emotie beschreven die het gehele zelf van een individu beïnvloedt. Daarbij worden de volgende fenomenologische ervaringen met schaamte in verbinding gebracht: krimpig, zich klein, waardeloos, blootgesteld, incompetent of onmachtig voelen. Hierdoor ontstaat bij schamende mensen het verlangen in de grond te zakken, het gezicht te verbergen of te vluchten (Tangney & Dearing, 2002, p.25). Het ontstaat volgens Seidler (2001) omdat het zelf van een individu fenomenologisch binnen het gezicht gelokaliseerd staat. Om het zelf te beschermen wordt dan zijn fenomenologische lokalisatie, het gezicht, verborgen.

Schaamte behoort net als schuld, trots en afgunst tot de zelfbewuste emoties waarbij sociale relaties, interacties en oordelen centraal staan (Barrett, 1995; Fischer & Tangney, 1995; Tracy & Robins, 2004). Of schaamte een zogenaemde basisemotie is staat nog ter discussie. Zo hebben Elison (2005) en Nathanson (1992) schaamte onder voorbehoud als een basisemotie beschreven. Plutchik (1980) en Ekman (1992) stellen daarentegen dat schaamte geen basisemotie is wat door andere onderzoekers wordt ondersteund (Ortony & Turner, 1990).

In de literatuur staat eveneens ter discussie in hoeverre schaamte van de affectieve ervaringen schuld en “embarrassment” überhaupt kan worden afgebakend. Volgens Tangney, Miller, Flicker en Barlow (1996) is het namelijk ook voor experts moeilijk deze te onderscheiden. Verder beschrijven ze dat de begrippen schaamte en schuld soms uitwisselbaar worden gebruikt. Ten onrechte volgens hen, omdat via onderzoek is aangetoond dat deze drie begrippen weliswaar gemeenschappelijkheden hebben maar toch essentieel verschillen. Deze veronderstelling is o.a. door Tangney en Dearing (2002, chap. 2) herhaald. Sabini en Silver (2005) hebben daarentegen gesteld dat schaamte en schuld toch soms identieke emoties zijn en dat de woorden schaamte, schuld en ‘embarrassment’ niet drie verschillende ervaringen beschrijven. Emotionele woorden en ervaringen hebben geen één op één relatie en er zijn minder emotionele ervaringen dan emotionele woorden, zo wordt gesteld. Dat zou betekenen dat verscheidene emotionele woorden één emotie beschrijven. Als reactie op het werk van Sabini en Silver (2005) hebben Tangney, Mashek en Stuewig (2005) alsook Davidson en van Reekum (2005) benadrukt dat schaamte, schuld en “embarrassment” toch verschillende ervaringen zijn, die zich niet tot één emotie laten reduceren. Elison (2005), Krause (2002), en Tangney en Dearing (2002, chap. 2) sluiten zich hierbij aan op basis van theoretisch en empirisch onderzoek. Ondersteuning krijgen ze o.a. van Dickerson, Kemeny, Aziz, Kim en Fahey (2004) en Mascolo en Fischer (1995). Zij hebben beschreven dat mensen bij geïnduceerde schaamte een andere lichaamsreactie tonen dan bij geïnduceerde schuld: schaamte correleert negatief en schuld positief met de hartslag van mensen. Binnen dit onderzoek wordt verondersteld dat schaamte essentieel van soortgelijke emoties of ervaringen verschilt, juist ook als schaamte en schuld elkaar overlappen.

Omdat er niet één theorie of één definitie is die schaamte en het ontstaan van schaamte goed kan beschrijven (Tangney et al., 1995) wordt schaamte hierna vanuit cognitief, psychoanalytisch en sociologisch perspectief benaderd. Cognitieve theorieën stellen dat schaamte alsook andere zelfbewuste emoties door bepaalde cognities wordt gedefinieerd. M. Lewis (1995) beschrijft dat zelfbewuste emoties sterk aan cognitieve processen zijn gebonden en dat voor hun ontstaan bepaalde

cognitieve vaardigheden aanwezig moeten zijn. Het eerste vereiste is zelfbewustzijn. Het is de vaardigheid op het eigen zelf te letten en wordt ook weten over het zelf genoemd. Het tweede vereiste is de ontwikkeling van normen, regels en doelen. Het derde vereiste is zelf-focus. Dit is de vaardigheid tussen focus op het eigen zelf, gedrag, of deelaspecten van het zelf te differentiëren. Lewis stelt dat schaamte zich substantieel onderscheidt van andere zelfbewuste emoties door de beschreven variabele zelf-focus. Schaamte wordt dan gekenmerkt door een erg globale attributie en houdt focus op het gehele zelf in. In vergelijking daarmee wordt schuld alleen aan een specifieke handeling van het zelf toegewezen.

Piers en Singer (1971) stellen vanuit psychoanalytisch perspectief dat schaamte ontstaat als iemand er niet in slaagt volgens zijn ego-idealen te leven. In de recente analytische theorie is dit idee overgenomen. Krause (2002) en Seidler (2001) beschrijven dat schaamte sterk met de structuur van het "Ich-Ideal" samenhangt. Schaamte ontstaat als iemand niet aan zijn eigen "Ich-Ideal" kan voldoen. Wurmser (1990) stelt dat het superego voor het ontstaan van het 'Ich-Ideal' een belangrijke rol speelt omdat het moraal, het ideaal en de waarde van de omgeving internaliseert. Verder zeggen Krause en Wurmser dat schaamte ook ontstaat als iemand zijn "Ich-Ideal" door anderen niet herkend voelt. In het bijzonder als liefdevolle herkenning ontbreekt door mensen die door de betrokkenen als voorbeelden worden gezien. Wurmser (2003) noemt dit zielsblindheid (soul blindness) door anderen. Daarbij staat de assumptie centraal dat het alleen mogelijk is een eigen identiteit te creëren via het reciproque zien, verbindingen, en relaties tot andere wezens. Is er een discontinuïteit tussen gezien worden en zichzelf zien dan kan deze massieve schaamte veroorzaken.

De sociologische schaamtetheorie is door Scheff (1998, 2000) samengevat en uitgewerkt. Ze baseert op de veronderstelling dat vele psychologische theorieën individuen isoleren en hun sociale context negeren (Scheff, 2000). Dat zou in het bijzonder bij schaamteonderzoek problematisch zijn, omdat schaamte een eminent sociale emotie is. Scheff benadrukt binnen zijn benadering de rol van sociale verbondenheid. Met die verbondenheid is de relatie bedoeld die iemand tot mensen in zijn omgeving heeft en tot de maatschappij. Scheff (2000) stelt dat schaamte ontstaat als die sociale bond te sterk of te zwak is of als hij bedreigd wordt.

Scheffs perspectief kan ook in verband met de "attachment"-theorie van Bowlby (1982) worden gesteld. Bowlby stelt o.a. dat een kind afhankelijk van hechtingsaspecten verschillende interactie-schemata kan ontwikkelen. Het eerste wordt door veiligheid gekenmerkt, het tweede door vermijding en het derde door ambivalentie. Eens ontwikkeld zijn de interactie-schemata relatief stabiel. Vanuit dit perspectief kan schaamte als een aanhoudend stadium ontstaan als geen veilige hechting wordt ontwikkeld. Dat kan bijvoorbeeld door sociale afwijzing of verlies gebeuren (Tangney & Dearing, 2002, p.160; Wurmser, 1990, 2000). Naar Bowlby verwijzend stelt Nathanson (1992, p.232 - 235) dat liefde misschien het meest machtige product is dat door een intacte hechting kan ontstaan. Maar treden storingen binnen het hechtingsproces op waardoor schaamte in plaats van liefde kan ontstaan. Daarnaast kan ook Wurmser's "zielsblindheid" in het paradigma van Bowlby worden gezien. Zielsblindheid is dan een systematische weigering de behoefte aan emotionele interactie te vervullen waarmee een intacte hechting wordt verhinderd (Wurmser, 2000).

Uit verschillend perspectieven is beschreven hoe sterke schaamtegevoelens kunnen ontstaan. Volgens Andrews (1998) kunnen deze bij "high-shame" individuen weer in drie typen worden geclassificeerd: geneigdheid tot schaamte (shame-prone), algemene of globale schaamte en chronische schaamte. Mensen met een geneigdheid

tot schaamte zijn extreem geneigd in mogelijk schaamte uitlokkende situaties schaamte te voelen. Algemene of globale schaamte wordt gekenmerkt door heel vaak optredende schaamtegevoelens. Ten slotte zijn er nog de individuen die zich chronisch schamen wegens hun gedrag of een personele karakteristiek. Maar Andrews geeft de beperking voor zijn gestelde classificatie dat “high-shame” individuen misschien nooit alleen door chronische schaamte enz. worden gekenmerkt maar door een combinatie. Krause (2002) en Wurmser (2000) beschrijven chronische schaamte ook als een latent en overweldigend schaamtegevoel.

In de literatuur worden ook externe en interne schaamte onderscheiden. Bij externe schaamte speelt de buitenwereld een centrale rol, namelijk hoe mensen door anderen worden gezien. Mensen met externe schaamte voelen zich als een object van minachting en negatieve beoordeling. Essentieel bestanddeel van externe schaamte is daarom angst voor negatieve evaluaties door anderen. Daarentegen heeft interne of geïnternaliseerde schaamte er betrekking op hoe iemand zichzelf beoordeelt. Mensen met interne schaamte voelen zichzelf waardeloos, onaantrekkelijk en slecht. Gesteld wordt dat interne schaamte en externe schaamte vaak sterk correleren maar soms ook überhaupt niet (Gilbert, 1998).

In de literatuur bestaat verder consensus dat schaamte onder bepaalde voorwaarden een positief effect kan hebben. Zo heeft Freud (2000) gesteld dat schaamte de intrinsieke neiging tot exhibitie of voyeurisme onderdrukt. Meer recentelijk is schaamte met een thermostaat vergeleken die relaties reguleert (Barrett, 1995; Retzinger, 1998). Seidler (2001) benadrukt daarentegen dat schaamte via haar kenmerk blikvermijding het zelf van individuen kan beschermen. Volgens Krause (2002) is het vermijden van schaamte een belangrijke reguleringsmechanisme en Scheff (1998, 2000) voegt er nog aan toe dat erkende en gecommuniceerde schaamte sociale relaties kan bevestigen. Baneke (2006) heeft een begrip geïntroduceerd welke voor positieve en adaptieve schaamtefuncties staat: de signaalschaamte. Volgens Baneke is signaalschaamte een voorwaarde waarmee mensen intact “sociaal verkeer” kunnen hebben.

Maar ondanks de positieve schaamte-effecten bestaat er overeenstemming dat schaamte bepaaldelijk een negatieve emotie is die hand in hand gaat met psychopathologische symptomen. Zo wordt in de literatuur overwegend de stelling gehuldigd dat schaamte pathologisch wordt als mensen er te veel van hebben (high-shame individuen). In dit verband wordt geneigdheid tot schaamte (Harder, 1995; Tangney et al., 1995), algemene of globale en chronische schaamte (Andrews, 1998; Greenwald & Harder, 1998; Krause, 2002; Wurmser, 2000) genoemd. Maar er zijn ook andere perspectieven die stellen dat niet alleen de hoeveelheid schaamte bepaalt of ze pathologisch wordt. Volgens Seidler (2001) wordt ze het als mensen zichzelf niet juist kunnen waarnemen en beoordelen en volgens Scheff (2000) als schaamte niet herkend of gecommuniceerd wordt. Redenen waarom schaamte zo'n pathologische emotie is, worden in de literatuur uit verschillende perspectieven gegeven.

In de cognitieve theorie (M. Lewis, 1995) wordt gesteld dat de globale attributiestijl bij schaamtegevoelens daarvoor verantwoordelijk is. Schaamtegevoelens bedreigen het gehele zelf en niet alleen de aspecten van een individu.

Het analytisch perspectief van Wurmser (2003) sluit daarbij aan. Hij zegt dat identiteitsverlies optreedt als iemand niet wordt gezien zoals hij graag wil worden gezien. Dit identiteitsverlies bedreigt dan weer het gehele zelf. Een alternatieve verklaring geeft Seidler (2001). Hij stelt dat als bij mensen het vermogen zichzelf waar te nemen en te beoordelen ontbreekt, ze geen op de achtergrond werkend tactgevoel hebben dat relaties reguleert en mensen beschermt. Als consequentie raken

ze in verschillende conflicten verwickeld en worden daardoor vatbaar voor psychopathologische symptomen.

Vanuit sociologisch perspectief zegt Scheff (1998, 2000) dat niet erkende of niet gecommuniceerde schaamte de basis van ieder collectief conflict is. Ze staat dientengevolge aan het begin van destructiviteit en veroorzaakt ook haatgevoel of afgunst. Scheff stelt dat ze op deze manier sociale relaties verzwakt en mensen meer gevoelig voor psychopathologisch symptomen maakt. Dat het door Scheff beschrevene verband tussen schaamte en conflict voor de mensheid een klassieke thematiek heeft is door Baneke (2003b) uitgevoerd. Hij heeft daarbij het paradigma van de Griekse tragedie "Antigone" gezien.

Talrijke empirische onderzoeken hebben unaniem een positieve samenhang tussen de hoeveelheid schaamte en psychopathologische symptomen getoond (Averill, Diefenbach, Stanley, Breckenridge, & Lusby, 2002; Harder, 1995; Harder, Cutler, & Rockart, 1992; Tangney et al., 1995; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992). Daarentegen is geen empirische ondersteuning gevonden voor Scheff's (2000) stelling dat niet herkende of gecommuniceerde schaamte met psychopathologisch symptomen correleert. Hetzelfde geldt voor Seidler's (2001) stelling dat zich schamende mensen, die niet de vaardigheid hebben zichzelf juist waar te nemen, meer vatbaar zijn voor psychopathologisch symptomen.

2.2 Angst

Angst is een normaal gevoel dat bij dieren en mensen voorkomt en als reactievorm biologisch in het organisme is verankerd. Angst beïnvloedt bij mensen het denken, het gedrag en lichamelijke reacties. Bijvoorbeeld verhoogt ze de bloeddruk, de spierspanning, de ademhaling, selectieve aandacht tegenover bedreigingrelevante stimuli en kan zweten of trillen veroorzaken. Normale angstgevoelens ontstaan door het gevoel toekomstige bedreigende gebeurtenissen niet te kunnen beïnvloeden. Daarbij kan bijvoorbeeld een examen of een financieel knelpunt als een bedreigende gebeurtenis worden ervaren. Aan de andere kant kunnen angstgevoelens ook door bepaalde lichaamsreacties worden veroorzaakt, bijvoorbeeld door een hoge polsslag (Izard, 1992; Wittchen et al., 1995).

Het is belangrijk angst van soortgelijke constructen af te bakenen. Zo hebben bezorgdheid, angst en paniek overeenkomsten maar worden bijvoorbeeld door een model van Craske (1999, p.15) onderscheiden. Het model stelt bezorgdheid aan de ene kant, angst in het midden en paniek aan de andere kant. Bezorgdheid heeft daarbij betrekking op gebeurtenissen die in de toekomst een bedreiging kunnen worden. Kenmerken van bezorgdheid zijn complexe cognitieve processen die met de linker hemisfeer samenhangen. Angst daarentegen is een stemmingsstadium dat ontstaat als een individu bang is om in een bedreigende gebeurtenis te moeten participeren en denkt dat het die gebeurtenis niet kan beïnvloeden. Angst wordt ook gekarakteriseerd door cognitieve processen maar minder sterk. In tegenstelling tot bezorgdheid gaat angst vergezeld met een verhoogde fysische opwindings. Daarentegen heeft paniek betrekking op een directe, zichtbare en eminente bedreiging. Paniek is een emotie die wordt aangestuurd door de rechter hemisfeer. Ze wordt geassocieerd met een plotselinge en nog sterkere stijging van fysische opwindings die essentieel is voor een "fight-or-flight" reactie (Craske, 1999; Wittchen et al., 1995).

Scheidt en Waller (2005), Uhlenhuth, McCarty, Paine en Warner (1999) en Wittchen et al. (1995) zeggen dat normale angstgevoelens duidelijk van latente angststadia of een algemene geneigdheid tot angst moeten worden onderscheiden.

Deze differentiatie kan daarbij in verband met de “state-trait” discussie worden gezien (Larsen & Buss, 2002). Volgens Wittchen et al. gaat het bij latente angstgevoelens om angsten die ongepast vaak optreden of die in een bepaalde mate bijna altijd aanwezig zijn. Daarentegen houdt geneigdheid tot angst een algemene tendentie in negatief te denken en te waarderen (Uhlenhuth et al., 1999). Starcevic en Berle (2006) zeggen dat in dit verband ook de begrippen pathologische bezorgdheid en angstsensitiviteit moeten worden onderscheiden. Pathologische bezorgdheid wordt gekenmerkt door excessieve, onpasselijke en niet controleerbare zorgen. Angstsensitiviteit daarentegen door een latente angst voor symptomen die aan angst zijn gerelateerd. Angstsensitieve mensen denken dat deze symptomen ernstige fysische, psychische of sociale consequenties kunnen hebben.

Wittchen et al. (1995) zeggen dat bij het ontstaan van latente angstgevoelens verschillende factoren een rol kunnen spelen. Bijvoorbeeld kunnen individuen door overerving een bepaalde neiging hebben snel sterke angstgevoelens te ontwikkelen. Verder wordt gesteld dat een te beschermende opvoeding van kinderen kan verhinderen dat kinderen zelf nieuwe ervaringen opdoen en daardoor leren normale angstgevoelens te boven te komen. Scheidt en Waller (2005) benadrukken in deze context ook fout lopende bindingsaspecten binnen de ouder-baby relatie. Anderzijds kunnen volgens Wittchen et al. ook lichamelijke factoren als een schildklierziekte geneigdheid tot angst veroorzaken. Starcevic en Berle (2006) zeggen dat bij het ontstaan van angstsensibiliteit en pathologische bezorgdheid een cognitief aspect een rol speelt, namelijk een abnormaal informatieproces. Craske (1999) en Wittchen et al. (1995) stellen dat de eerst beschrevene normale angstgevoelens belangrijke functies vervullen. Ze brengen teweeg dat mensen gevaarlijk gedrag mijden, bedreigingsrelevante stimuli ontlopen en deze sneller herkennen. Verder wordt het lichaam zo beïnvloed dat een individu op een bedreiging sneller kan reageren.

Overschrijdt angst daarentegen een bepaalde grens, dan kan ze een duidelijk negatieve invloed op een individu uitoefenen zoals bij latente angstgevoelens, geneigdheid tot angst en bij angstsensibiliteit het geval is. Als deze angstgevoelens een te grote betekenis krijgen in het leven van een individu dan worden ze als ziekte beschreven (Craske, 1999). Starcevic en Berle (2006) stellen bijvoorbeeld dat angstsensibiliteit o.a. met paniekstoornissen en sociale fobieën in verband staat en pathologische bezorgdheid met verschillende angststoornissen en psychopathologische symptomen zoals een depressie.

Angststoornissen zijn in het geheel geen zeldzaam fenomeen, aldus Wittchen (1995), die stelt dat angststoornissen een leeftijd prevalentie van bijna 20 procent hebben. Hoeveel verschillende angststoornissen er zijn is van de classificatie afhankelijk. De DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) onderscheidt elf angststoornissen die nog verschillende subtypen hebben. Omdat voor dit onderzoek alleen de sociale fobie relevant is wordt alleen deze beschreven.

2.3 Sociale fobie

Sociale fobie is een klinische uitdrukking van sociale angst (Hofmann, Heinrichs, & Moscovitch, 2004). Ze is 1980 in de DSM-III opgenomen en wordt sindsdien als een unieke klinische entiteit en angststoornis gezien (Hofmann et al., 2004). De sociale fobie is een sociaal probleem omdat ze tijdens sociale interactie of publieke prestatie optreedt (Beidel, Turner, & Dancu, 1985). Ze wordt gedefinieerd als een duidelijke en aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin de persoon te maken heeft met een mogelijke beoordeling door anderen en angst heeft zich vernederend of

beschamend te gedragen (American Psychiatric Association, 1994, p.451). Deze angst kan veroorzaken dat de interactie van mensen door onderworpenheid (Hofmann et al., 2004) en negatieve verwachtingen wordt gekenmerkt (Beidel et al., 1985). Mensen met een sociale fobie vrezen veelal het optreden van fysieke angstsymptomen. Centraal staan daarbij symptomen die niet kunnen worden gestuurd en die voor mensen uit de omgeving zichtbaar zijn. Volgens Fahlen (1996) zijn dat rood aanlopen, trillende stem, spreekproblemen, transpiratie en trillen. Verdere lichamelijke reacties zijn een verhoogde hartslag en bloeddruk (Craske, 1999, p.208). De sociale fobie is een van de meest gangbare angststoornissen met een leeftijdsprevalentie van 6.6 (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005) tot 10 procent (Kessler et al., 1994).

Sociale fobie, verlegenheid en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis hebben veel gemeen maar moeten toch worden onderscheiden. Rapee en Heimberg (1997) stellen dat de drie het best als een continuüm kunnen worden begrepen. Aan de ene kant staat verlegenheid die door milde sociale angst wordt gekenmerkt. In het midden staat de sociale fobie met moderate sociale angst en aan de andere kant de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis die strenge sociale angst inhoudt.

Het ontstaan en het instandhouden van sociale angst wordt via verschillende perspectieven en modellen verklaard. Schlenker en Leary (1982) stellen met hun "self-presentation model" dat sociale angst ontstaat als aan twee voorwaarden is voldaan. Ten eerste moet een individu een sterke motivatie hebben om een bepaalde indruk op anderen te maken. Ten tweede moet het aan zijn vaardigheden twijfelen dit te kunnen doen. Clark en Wells (1995) sluiten zich hierbij met hun cognitieve model aan. Ze verklaren waarom sociaal fobische mensen niet de vaardigheid hebben, hun eigen motivatie en twijfel te bezien en eventueel terug te vallen. Hiervoor zijn aangeboren gedragspredisposities en ervaringen verantwoordelijk. Deze gedragspredisposities en ervaringen sturen een automatische angstprogramma dat cognitie, affectiviteit, gedrag en lichaam van een individu beïnvloedt, zo wordt gesteld. Een centraal aspect van het cognitieve model is dat mensen met sociale angst tijdens problematische situaties hun aandacht op het zelf richten. Ze proberen waar te nemen hoe ze zich voelen of wat met hun lichaam gebeurt. Ze denken dan dat deze informatie ook voor anderen zichtbaar is. Dit proces interfereert dan sterk met de verwerking van externe informatie. Sociaal fobische mensen zien daardoor vaak geen positieve signalen uit de omgeving en concentreren zich op hun eigen angst. Dit verhoogt volgens Clark en Wells inderdaad de waarschijnlijkheid dat sociale ongelukken als ongepast lachen optreden.

Vanuit psychoanalytisch perspectief op de sociale fobie stelt Gabbard (1992) dat schaamte-ervaringen bij sociale fobieën een centrale rol spelen. Sociaal fobische mensen hebben onbewust het verlangen veel aandacht en affirmatie door anderen te krijgen. Automatisch ontstaat daarbij het gevoel door mensen, die door de betrokkenen als voorbeeld worden gezien, te worden afgekeurd of niet begrepen. Om deze ingebeelde vernedering te ontlopen worden sociale situaties vermeden. Dat sociaal fobische mensen zich en hun omgeving vaak niet goed kunnen inschatten wordt door een deficitair zelf verklaard (Hoffmann, 2002, p.54; Zerbe, 1994).

Binnen het psychoanalytische perspectief bestaat er consensus over dat de psychodynamiek van verlies, traumata en bindingsproblemen bij een sociale fobie een essentiële rol kunnen spelen (Zerbe, 1994). Daarbij staat een intacte binding binnen de ouder-kind relatie centraal. Hoffmann zegt dat zich nieuwsgierigheid pas kan ontwikkelen als behoefte aan binding haar gedragsturende rol verliest. Namelijk wanneer de behoefte aan binding is bevredigd (geïnternaliseerd). Een storing tijdens dit proces kan het ontstaan van een sociale fobie begunstigen. Volgens Lampe (2002)

kunnen met name de volgende factoren zo'n storing veroorzaken: afwijzing, overbescherming, ontbrekende emotionele warmte, ontbrekende probleembehandeling en communicatie met mensen die als voorbeelden worden gezien.

Over de vraag via welke begrippen angstwekkende sociaal fobische situaties het best kunnen worden geclassificeerd bestaat geen eenstemmigheid in de literatuur. Zo stelt bijv. Craske (1999, p.208) dat een speech houden, in het openbaar eten, schrijven of presenteren, een afspraak of plotseling oogcontact op party's situaties zijn waar zich sociale angst kan manifesteren. Holt, Heimberg, Hope en Liebowitz (1992) delen alle angstwekkende situaties in vier domeinen in: formele speech/interactie, informele speech/interactie, assertieve interactie en observatie door anderen.

Consensus bestaat daarbij dat de gegeneraliseerde en de niet- gegeneraliseerde sociale fobie twee subtypen van sociale fobie zijn (Craske, 1999, p.211; Curtis, Kimball, & Stroup, 2004; Hofmann et al., 2004). Deze subtypen overlappen sterk maar onderscheiden zich volgens Curtis et al. uiteindelijk door hun pervasieve kwaliteit. Mensen met een niet-gegeneraliseerde sociale fobie ervaren typische symptomen vooral in situaties waar prestatie centraal staat, bijvoorbeeld een speech houden. De gegeneraliseerde sociale fobie heeft daarentegen betrekking op een groot aantal sociaal alledaagse situaties zoals een normaal gesprek voeren (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer, & Liebowitz, 1993; Hofmann et al., 2004). De gegeneraliseerde sociale fobie is volgens Hofmann et al. (2004) een interpersoonlijke storing die algemeen door een maladaptieve interactiestijl wordt gekenmerkt. Ze stellen ook dat verlegenheid een algemene kenmerken van de gegeneraliseerde sociale fobie is maar niet van de niet-gegeneraliseerde sociale fobie. Hofmann et al. stellen dat de gegeneraliseerde vorm het subtype is dat het meest met maladaptief gedrag en andere psychopathologische symptomen gepaard gaat omdat deze het sterkst door sociale angst wordt gekenmerkt.

3 Theoretisch kader: verbanden tussen de constructen

3.1 Verband schaamte en angst

Zoals beschreven hebben geringe schaamte- en angstgevoelens gemeen dat ze een belangrijke functie kunnen vervullen terwijl sterke schaamte en latente angstgevoelens met verschillende psychische problemen vergezeld gaan (M. Lewis, 1995; Scheff, 2000; Seidler, 2001; Starcevic & Berle, 2006; Wurmser, 2000, 2003). Doch de theorie beschrijft niet alleen overeenkomsten tussen de constructen schaamte en angst, maar stelt ook een directe relatie. Zo zegt Tisseron (2000) dat schaamte steeds angst voor verstoting inhoudt. Zich schamende mensen hebben daarom angst dat hun omgeving haar interesse in hen verliest. Zoals hiervoor beschreven wordt dit binnen de psychodynamische benadering angst voor zielsblindheid genoemd en angst dat het 'Ich-Ideal' niet wordt herkend (Krause, 2002; Wurmser, 2003).

Marks (2005) sluit hierbij aan en benadrukt dat schaamte het gehele zelf van een individu bedreigt (zie ook Lewis, 1995; Wurmser, 2003). Die bedreiging brengt met zich mee dat zich schamende mensen zich onbeduidend en waardeloos voelen. Ze hebben angst uit de maatschappij gestoten te worden en angst voor psychische vernietiging. Leibig (1998) voegt er nog toe dat zich schamende mensen ook angst hebben zich belachelijk te maken of afgewezen te worden. Die angst noemt hij schaamteangst en verduidelijkt zo nog een keer de schaamte-angst relatie. Mensen hebben angst voor schaamte-ervaringen en de daaraan verbonden consequenties. Zo wordt ook in de DSM-IV beschreven dat mensen angst hebben gedrag of angstsymptomen te tonen die beschamend zijn (p.479).

Er zijn verschillende onderzoeken die de relatie van schaamte en angst empirisch hebben benaderd. Zo hebben Tangney, Wagner en Gramzow (1992) in een studentenpopulatie (245 en 234 studenten, 71% en 72% vrouwelijk) tussen schaamte en angst correlatiecoëfficiënten van .24, .36 en .34 gevonden ($p < .001$). Schaamte is bij de eerste twee correlatiecoëfficiënten via de Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (SCAAI) gemeten (Tangney & Dearing, 2002, p.34) en bij de derde correlatiecoëfficiënt via de Test of Self-Conscious Affect (TOSCA; Tangney & Dearing, 2002, p.35). Angst is door de Symptom Checklist 90 (SCL-90; Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis, Rickels, & Rock, 1976) gemeten. In onderzoek van Harder, Cutler en Rockart (1992) (71 studenten, 59% vrouwelijk) heeft schaamte en angst met .31 gecorreleerd ($p < .01$). Hierbij is schaamte via de Adapted Shame and Guilt Scale (ASGS; Harder & Zalma, 1990) gemeten en angst weer door de SCL-90. In een klinische sample van 82 psychiatrisch patiënten (51% vrouwelijk) is een schaamte-angst correlatie van .29 gevonden (TOSCA & SCL-90-R) die op het niveau $p < .002$ significant is (Averill et al., 2002).

Op empirisch niveau hebben de onderzoeken unaniem getoond dat schaamte significant positief met angst correleert en zo de beschreven theorie ondersteunt. In de literatuur zijn geen empirische studies gevonden die deze resultaten weerleggen.

3.2 Verband schaamte en sociale fobie

De beschreven benaderingen hebben ook analogieën tussen schaamte en sociale angst naar voren gebracht. Schaamte is een eminent sociale emotie (Hoffmann, 2002; Scheff, 2000) en sociale angst een eminent sociaal probleem (Beidel et al., 1985). Verder wordt schaamte gekenmerkt door globale attributie op het gehele zelf (M. Lewis, 1995) terwijl ook in sociaal fobische situaties de aandacht op het zelf wordt

gericht (Clark & Wells, 1995). Gilbert (1998) zegt dat externe schaamte en sociale angst identieke kernconstructen hebben: angst voor negatieve evaluaties. Verder hebben sociale angst en schaamte gemeenschappelijk dat ze sterk met inferieur en onderdanig gedrag vergezeld gaan (Gilbert & Miles, 2000).

Er zijn niet alleen overeenkomsten tussen schaamte en sociale angst maar er wordt op theoretisch en empirisch niveau ook een relatie tussen de constructen gesteld. Zoals hiervoor beschreven hebben mensen met een geneigdheid tot schaamte angst voor schaamte-ervaringen en angst afgewezen te worden. Om geen schaamte-ervaringen te hebben of om zich niet afgewezen te voelen worden sociale situaties gemeden wat een sociale fobie kan veroorzaken (Leibig, 1998; Marks, 2005). Deze stelling sluit aan op de stelling van H. B. Lewis (1985a). Zij zegt dat mensen met een geneigdheid tot schaamte zich vaak kritisch of negatief door anderen beoordeeld voelen. Zij stelt dat deze ervaring mensen met een geneigdheid tot schaamte aanzet sociale interactie te ontlopen.

Gabbard (1992) en Hoffmann (2002) stellen in hun psychodynamische benadering dat schaamte het centrale affect binnen de psychodynamiek van een sociale fobie is. Volgens Gabbard heeft iemand met een sociale fobie vaak de wens van anderen veel aandacht en affirmatie te krijgen. Neemt hij die wens waar dan ontstaan bij hem zelf automatisch schaamtegevoelens. Om deze schaamtegevoelens te ontwijken worden situaties gemeden waarbij een individu denkt kritisch te kunnen worden beoordeeld. Gabbard stelt dat de wens van anderen veel aandacht en affirmatie te krijgen sociaal fobisch gedrag veroorzaakt. Hoffmann stelt daarentegen dat schaamte individuen tijdens de jeugd voor inmenging in hun intimiteit beschermt, maar tijdens volwassenheid tot een verraderlijk affect kan worden. Verraderlijk omdat ze mensen toont dat ze zelf bestanddeel van inmenging zijn en dat hun eigen intimiteit vaak wordt bedreigd. Om het bedreigde zelf te beschermen worden sociale situaties gemeden, wat wederom tot een sociale fobie kan voeren. In dit verband kan ook het "compass of shame" paradigma van Nathanson (1992, chap. 22 & 25) worden gezien. Daarbij stelt Nathanson dat mensen vier affect managementsystemen ter beschikking hebben om op schaamte-ervaringen te reageren: terugtrekking, zichzelf aanvallen, vermijding en anderen aanvallen. Terugtrekking en vermijding worden daarbij in verbinding gebracht met een zich voortdurend weg bewegen van subjectief onbehaaglijk situaties en staan dientengevolge in verband met het ontstaan van sociaal fobisch gedrag.

Op theoretische basis wordt dus een krachtige relatie tussen sociale angst en schaamte verondersteld. Sociale situaties worden ontlopen om schaamte te mijden. Deze theoretische stelling is door empirisch onderzoek ondersteund. Zo hebben Tangney et al. (1992), Harder et al. (1992) en Averill et al. (2002) in de al beschreven onderzoeken ook de correlatie van schaamte met een deelaspect van de sociale fobie onderzocht. Dit deelaspect heet interpersoonlijke sensitiviteit (wordt ook onzekerheid tijdens sociaal contact genoemd) en wordt via de SCL-90 gemeten (Franke, 1995). In onderzoek van Tangney et al. in een studentenpopulatie hebben schaamte (TOSCA) en interpersoonlijke sensitiviteit (SCL-90) met .46 ($p < .001$) gecorreleerd. Harder et al. hebben een correlatie van .47 gevonden (ASGS & SCL-90; $p < .001$). Daarentegen is in een klinische sample een correlatie van .28 (TOSCA & SCL-90; $p < .002$) aangetoond (Averill et al., 2002).

Lutwak en Ferrari (1997) hebben bij 182 studenten (72 % vrouwelijk) uitsluitend de relatie van adaptieve geneigdheid tot schaamte en sociale angst onderzocht. Sociale angst hebben ze geoperationaliseerd in interpersoonlijke angst, sociale vermijding en angst voor negatieve evaluaties. Daarbij hebben Lutwak en

Ferrari interpersoonlijke angst gemeten via de Interaction Anxiousness Scale (Leary, 1983). Deze vraagt o.a. naar onzekerheid in contact met het andere geslacht (item 3 & 12), naar verlegenheid tijdens interactie (item 6 & 11), en andere interactie problemen. Daarbij hebben geneigdheid tot schaamte en sociale angst volgende correlatiecoëfficiënten opgeleverd: .47 ($p < .01$; interactie angst), .45 ($p < .01$; sociale vermijding) en .32 ($p < .05$; angst voor negatieve evaluaties).

Gilbert (2000) heeft vergelijkend onderzoek gedaan bij 109 studenten (88% vrouwelijk) en bij 50 gehospitaliseerde depressieve patiënten (52% vrouwelijk). O.a. is geneigdheid tot schaamte, externe schaamte en sociale interactie angst gemeten. Voor het meten van geneigdheid tot schaamte is de Personal Feelings Questionnaire 2 (PFQ2) gebruikt, voor externe schaamte de Other as Shamer Scale (OAS) en voor sociale interactie angst o.a. de Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) (zie voor een overzicht Gilbert, 2000). Bij de depressieve patiënten was het gemeten gemiddelde van de genoemde vragenlijsten steeds significant groter dan bij de studenten ($p < .000$). Externe schaamte en geneigdheid tot schaamte hebben met sociale interactie angst als volgt gecorreleerd: .58 ($p < .001$) en .54 ($p < .001$). In beide populaties was sprake van een identieke correlatie.

Op empirisch niveau is uit de beschreven onderzoeken unaniem gebleken dat schaamte significant positief met sociale angst correleert en zo de theorie ondersteunt. In het literatuuronderzoek zijn geen studies gevonden die deze resultaten empirisch weerleggen.

4 Dit onderzoek

4.1 Probleemstelling

Zoals beschreven is sinds 1990 veel empirisch onderzoek naar het verband tussen schaamte en psychopathologisch symptomen gedaan (Harder, 1995; Harder et al., 1992; Lutwak & Ferrari, 1997; Tangney et al., 1995; Tangney & Dearing, 2002, p.174; Tangney, Wagner, Fletcher, & Gramzow, 1992; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992). Uit deze onderzoeken is gebleken dat schaamte significant met psychopathologisch symptomen correleert. Daarmee zijn in de theorie (Andrews, 1998; Krause, 2002; H. B. Lewis, 1985b; M. Lewis, 1995; Nathanson, 1992; Wurmser, 1990, 2003) veronderstelde verbanden bevestigd.

De correlatieve onderzoeken (Harder, 1995; Harder et al., 1992; Lutwak & Ferrari, 1997; Tangney et al., 1995; Tangney & Dearing, 2002, p.174; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992) hebben meestal tot doel gehad mensen te identificeren voor wie schaamte een probleem vormt en te beschrijven hoe die mensen klinisch beter kunnen worden behandeld. Zo zeggen bijvoorbeeld Tangney et al. (1995) dat de consideratie van schaamteproblematiek bij de behandeling van psychopathologische symptomen behulpzaam kan zijn en de effectiviteit van een therapie kan verhogen. Meer specifiek wordt ook gesteld dat bij cliënten met een sociale fobie meer aandacht aan schaamtegevoelens zou worden gegeven (Lutwak & Ferrari, 1997).

De genoemde onderzoeken zijn op studentensamples gebaseerd. Andrews (1998) en Averill et al. (2002) hebben gezegd dat het problematisch kan zijn studentensamples te gebruiken om implicaties voor klinische fenomenen te herleiden, omdat het niet op voorhand zeker is dat gevonden verbanden ook in een klinische populatie blijven bestaan. Daarom hebben Averil et al. (2002) in een klinische populatie soortgelijk onderzoek gedaan en daarbij vergelijkbare verbanden gevonden. Desalniettemin baseren klinische implicaties met betrekking op het verband tussen schaamte en psychopathologische symptomen toch ook op de aan het begin genoemde onderzoeken.

Omdat klinische implicaties verrijkende consequenties kunnen hebben, wil dit onderzoek verbanden tussen schaamte en symptoomdimensies in een studenten- en een klinische populatie met elkaar vergelijken. Daarbij wordt gekeken of er aanwijzingen voor kunnen worden gevonden dat implicaties gebaseerd op studentensamples handhaafbaar zijn. Hierbij beperkt zich dit vergelijkend onderzoek op de verbanden tussen schaamte met angst en sociaal fobische symptomen. De verbanden tussen deze constructen worden nauwkeurig onderzocht omdat ze in het verleden verhoudingsgewijs weinig aandacht hebben gekregen.

4.2 Voorwaarden en hypothesen

In dit onderzoek wordt van een bestaande klinische steekproef gebruik gemaakt. Dit brengt met zich mee dat de instrumenten voor de studenten populatie niet vrij kunnen worden gekozen. Met de te gebruiken instrumenten kunnen wel de constructen van schaamte en angst goed worden gemeten maar alleen een deelaspect van het sociale fobie construct: interpersoonlijke sensitiviteit (onzekerheid tijdens sociaal contact). Tot op zekere hoogte beperkt dit het onderzoek; het heeft de consequentie dat tot en met het resultaatgedeelte sprake is van een verband tussen schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit. In het discussiegedeelte worden de gevonden resultaten in de context van de sociale fobie gesteld.

Om de studentensample goed met de klinische sample te kunnen vergelijken, bevatten ze ongeveer het gelijke aantal mannen en vrouwen. In de beschreven theorie en het empirisch onderzoek wordt gesteld dat de pathologische invloed van schaamte, angst en sociale angst het best kan worden gemeten door te kijken of mensen er te veel van hebben (Andrews, 1998; Craske, 1999; Harder, 1995; Hofmann et al., 2004; Krause, 2002; Starcevic & Berle, 2006; Tangney et al., 1995; Wurmser, 2000). Het meetinstrumentarium is hier op ingericht met vragen hoe vaak of hoe sterk subjecten met bepaalde karakteristieken van de constructen in contact zijn gekomen.

Gegeven de beschreven literatuur is schaamte een breed construct (Tangney et al., 1995), dat verder onderverdeeld kan worden (Andrews, 1998; Gilbert, 1998). Daarom zijn twee meetinstrumenten gekozen die verschillende aspecten van schaamte meten. Cronbach's alfa wordt voor alle schalen berekend omdat de gevonden betrouwbaarheidscoëfficiënten van de relevante meetinstrumenten steeds op de engelse ordinaal versie betrekking hebben gehad.

Bij dit onderzoek worden volgende aspecten onderzocht:

1. *Hoeveelheid schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit* Gegeven het beschreven onderzoek van Gilbert (2000) en de beschreven theorie (bijv. Wurmser, 2000) wordt verwacht dat het gemeten gemiddelde van schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit in de patiëntenpopulatie significant groter is dan in de studentenpopulatie.
2. *Correlatie schaamte en angst* Gegeven de beschreven theorie (Krause, 2002; Leibig, 1998; Marks, 2005; Tisseron, 2000; Wurmser, 2003) en empirie (Averill et al., 2002; Harder et al., 1992; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992) wordt verwacht dat geneigdheid tot schaamte of chronische schaamte significant positief met latente angstgevoelens correleert.
3. *Correlatie schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit* Gegeven de beschreven theorie (Gabbard, 1992; Hoffmann, 2002; Leibig, 1998; H. B. Lewis, 1985a; Marks, 2005) en empirie (Averill et al., 2002; Gilbert, 2000; Harder et al., 1992; Lutwak & Ferrari, 1997; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992) wordt verwacht dat geneigdheid tot schaamte of chronische schaamte significant positief met interpersoonlijke sensitiviteit correleert. Baserend op de beschreven theorie (Gilbert, 1998) wordt verwacht dat externe schaamte meer met interpersoonlijke sensitiviteit correleert dan interne schaamte.
4. *Correlaties zonder de invloed van schuld* Het is beschreven dat de constructen van schaamte en schuld sterk overlappen (Barrett, 1995; Tangney et al., 1996). Dientengevolge worden de relaties nogmaals bekeken, maar nu wordt de invloed van schuld gecontroleerd (partiële correlatie). Gegeven de beschreven theorie (M. Lewis, 1995) wordt verwacht dat de correlatiecoëfficiënten ten minste op hetzelfde niveau significant blijven.
5. *Correlaties in studenten- en patiëntensample met elkaar vergelijken* Zoals beschreven heeft Gilbert (2000) in een depressieve populatie en een studentenpopulatie gelijke correlaties tussen schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit gevonden. Omdat er geen onderzoeken zijn gevonden die iets anders hebben getoond wordt ook bij dit onderzoek verwacht dat de correlaties uit de twee populaties op het zelfde niveau significant zijn.

6. *Verbanden in spreidingsdiagrammen exploratief bezien* Ten slotte worden de correlaties tussen de beschrevenen constructen nader onderzocht. Er wordt exploratief gekeken hoe de gevonden verbanden in de twee samples precies er uit zien. Daarbij wordt met name gekeken hoe de verbanden in spreidingsdiagrammen kunnen worden beschreven. Aandacht wordt daarbij gegeven aan aanwijzingen die als indicatie kunnen dienen voor het beantwoorden van de vraag of bij patiënten gevonden verbanden ten minste het gelijke belang hebben als bij studenten.

5 Methode

5.1 Participanten

Het onderzoek is uitgevoerd in een studenten- en een klinische populatie. De studentensample heeft uit 80 tweede- en derdejaars bachelor en masterstudenten bestaan die psychologiecursussen hebben gevolgd (49 vrouwelijk, 31 mannelijk, 61 percent vrouwelijk, 22 gemiddelde leeftijd, 1.85 standaarddeviatie leeftijd). De patiëntensample heeft uit 80 patiënten van een dagkliniek bestaan (50 vrouwelijke, 30 mannelijke, 63 percent vrouwelijk, 30 gemiddelde leeftijd, 8.64 standaard deviatie leeftijd). In de studentensample hebben 48 studenten de Duitse en 32 de Nederlandse nationaliteit. In de patiëntensample zijn 61 patiënten in de Nederlanden geboren, één in Bulgarije, één in Engeland en één in Turkije. 16 patiënten hebben hun geboorteland niet aangegeven. De patiëntensample bestaat uit mensen die na testpsychologisch onderzoek naar een dagkliniek zijn gestuurd.

5.2 Procedure

Studenten zijn via e-mail en aan het eind van colleges gevraagd om vrijwillig drie vragenlijsten in te vullen. Voor het invullen van de vragenlijsten is geen tegenprestatie gegeven en de studenten zijn anoniem gebleven. Studenten hebben de mogelijkheid gehad de vragenlijsten na colleges mee te nemen of hebben ze in hun universiteitspostvak gekregen. Teruggegeven zijn de vragenlijsten via een universiteitspostvak. Een deel van de titelpagina kon worden afgeknipt, van een e-mailadres voorzien en apart worden ingeleverd. Studenten die dit hebben gedaan krijgen de resultaten en het theoretische kader van dit onderzoek toegestuurd.

Patiënten hebben de vragenlijsten als onderdeel van de reguliere diagnostiek ingevuld. Dat is aan het begin van hun verblijf gebeurd.

5.3 Meetinstrumenten

5.3.1 *Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen (VRAG)*

De VRAG is de door Baneke (2003c) in het Nederlands vertaalde versie van de Test of Self-Conscious Affect-3 (Tangney & Dearing, 2002; TOSCA-3). De TOSCA-3 is de derde versie uit de TOSCA series die op de Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (Tangney, 1990) is gebaseerd. De TOSCA-3 meet de constructen schaamte, schuld, externalisatie, “detachment”, alfa en bèta trots waarbij voor dit onderzoek alleen schaamte en schuld (partiële correlatie) relevant zijn. De TOSCA schaamteschaal is in veel schaamteonderzoek gebruikt (Averill et al., 2002; Gilbert, 2000; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992) en meet geneigdheid tot schaamte (Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992).

De VRAG presenteert aan de subjecten 11 negatieve en 5 positieve hypothetische scenario's. De subjecten worden gevraagd zich in de scenario's in te leven en daarna via een vijf punten schaal (niet waarschijnlijk – zeer waarschijnlijk) verschillende stellingen te waarderen. Positieve scenario's zijn: “Je bent op een avond uit met vrienden, en je vindt jezelf erg geestig en aantrekkelijk. De partner van je beste vriend of vriendin lijkt erg te genieten van jouw gezelschap” en “je hebt samen met een aantal collega's heel hard aan een project gewerkt. Jouw baas geeft alleen aan jou een extraatje omdat het project zo'n succes was”. Negatieve scenario's zijn: “je bent met een bal aan het spelen en die bal komt in het gezicht van je vriend of

vriendin” en “je maakt een grote fout bij een belangrijke opdracht op je werk. Anderen waren afhankelijk van jou, en je baas levert kritiek op jou”. Bij de beschreven scenario’s wordt schaamte in deze volgorde met deze stellingen gemeten: “Je zou waarschijnlijk een tijd lang oogcontact met anderen vermijden”, “je zou je eenzaam voelen ten opzichte van je collega’s”, “je zou jezelf stom vinden omdat je niet eens met een bal kan gooien” en “je zou jezelf wel willen verstoppen”.

De beschreven stellingen tonen al dat de VRAG geen uitdrukkingen gebruikt als “zich schamen” maar fenomenologische aspecten van schaamte meet. Deze baseren voornamelijk op de beschreven theorie van Lewis (1995) die de globale attributie van schaamte benadrukt. Worden deze aspecten (jezelf ongeschikt, een lafaard, stom, onvolwassen, verschrikkelijk en heel klein vinden) met de beschreven theorie in verbinding gebracht dan is het waarschijnlijk dat ze interne schaamte meten zoals ook door Gilbert (2000) wordt gezegd. Interne schaamte omdat bij de items zelfbeoordeling een grote rol speelt, maar niet de angst voor negatieve oordelen door anderen. Andere door de VRAG gemeten schaamte aspecten hebben betrekking op de wens te ontsnappen (ontslag nemen en zich willen verstoppen of iemand uit de weg gaan). Omdat de VRAG nooit het woord schaamte gebruikt heeft Baneke (2006) gezegd dat het waarschijnlijk is dat onbewuste of niet onderkende schaamtegevoelens worden gemeten.

De TOSCA-3 schaamteschaal bezit volgens Tangney et al (1992) een goede interne consistentie (Cronbach’s alfa = .76) en construct validiteit (Tangney & Dearing, 2002). Er moet rekening mee worden gehouden dat deze resultaten betrekking hebben op de originele versie van de vragenlijst en niet op de vertaalde.

5.3.2 *Ervaringen met Schaamte Schaal (ESS)*

De ESS is de door Baneke (2003a) in het Nederlandse vertaalde versie van de Experience of Shame Scale (ESS) en baseert op voorafgaande interviews (Andrews, Qian, & Valentine, 2002). Subjecten worden gevraagd via een vier punten scala (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = redelijk, 4 = heel erg) aan te geven in hoeverre ze in het afgelopen jaar met 25 schaamte-ervaringen in contact zijn gekomen.

De ESS differentieert tussen karakterologische, gedragsmatige en lichamelijke schaamte. De karakterologische schaamteschaal bevat steeds drie items die betrekking hebben op persoonlijke gewoontes (bijv. geschaamd over bepaalde gewoontes van uzelf), omgang met anderen (bijv. geschaamd over hoe u omgaat met anderen), soort persoon (bijv. geschaamd over wat voor een persoon u bent) en persoonlijke vaardigheid (bijv. geschaamd over uw vermogen dingen te doen). De gedragsmatige schaamteschaal bevat weer steeds drie items die betrekking hebben op iets fout doen (bijv. iets verkeerd doen), iets zeggen wat stom is (bijv. schaamte gevoeld toen u iets stoms zei) en competitief falen (bijv. mensen uit het weg gaan die u hebben zien falen). Ten slotte bevat ook de lichamelijke schaamteschaal drie items (bijv. een deel van uw lichaam willen verbergen).

De ESS vraagt subjecten in hoeverre ze in het afgelopen jaar bepaalde schaamte-ervaringen hebben gehad. Scoort een subject op de items met ‘heel erg’ kan deze volgens Andrews (1998) als een “high-shame” individu worden beschreven. Andrews stelt ook dat de karakterologische, gedragsmatige en lichamelijke aspecten vooral chronische schaamtegevoelens meten. Worden de items van de ESS nader bezien dan valt op dat ten minste 11 stellingen externe schaamte meten die zoals beschreven voornamelijk angst voor negatieve evaluatie inhouden (bijv. het lichaam willen verbergen, zich zorgen maken over wat anderen denken en hoe anderen iemand zien). Er zijn echter weinig items die op interne schaamte betrekking hebben (bijv.

geschaamd over wat voor een persoon u bent). Omdat de ESS direct naar bepaalde schaamte-ervaringen vraagt heeft Baneke (2006) verklaard dat het waarschijnlijk is dat bewuste of onderkende schaamte wordt gemeten.

De ESS heeft een sterke interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .92$) en test-retest betrouwbaarheid (over 11 weken $r = .83$) getoond. De drie subschalen hebben ten minste een interne consistentie van $.86$ en een test-retest betrouwbaarheid van $r = .74$ gehad. Bedacht dient te worden dat deze resultaten betrekking hebben op de originele versie van de vragenlijst en niet op de vertaalde.

5.3.3 Klachtenlijst (SCL-90)

De klachtenlijst (Arrindell & Ettema, 1986) is de Nederlandse vertaling van de Symptom Checklist 90 (Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis et al., 1976). De SCL-90 is een veel gebruikte multidimensionele zelfreport vragenlijst die vraagt in welke mate iemand lichamelijke en psychische klachten heeft gehad. Subjecten worden gevraagd via een vijf punten schaal (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = nogal, 4 = tamelijk veel, 5 = heel erg) 90 items te waarderen. De SCL-90 bevat acht subschalen die o.a. depressie, somatische klachten, obsessief-compulsieve symptomen, angst, fobische angst en interpersoonlijke sensitiviteit meten waarbij voor dit onderzoek alleen de subschalen angst en interpersoonlijke sensitiviteit relevant zijn.

De angstschaal bevat de volgende tien stellingen: 1. zenuwachtigheid of van binnen trillen, 2. trillen, 3. zomaar plotseling schrikken en of bang worden, 4. je bang voelen, 5. hartkloppingen, 6. je gespannen voelen, 7. aanvallen van angst of paniek, 8. je zo rusteloos voelen dat je niet stil kunt blijven zitten, 9. het gevoel dat iets naars je gaat overkomen en 10. gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard. De schaal interpersoonlijke sensitiviteit bevat de volgende items: 1. kritisch staan tegenover anderen, 2. je verlegen en niet op je gemak voelen bij de andere sexe, 3. je gauw gekwetst voelen, 4. het gevoel dat anderen je niet begrijpen of onaardig zijn, 5. het gevoel dat anderen onvriendelijk zijn of je niet mogen, 6. je tegenover anderen de mindere voelen, 7. je niet op je gemak voelen als mensen naar je kijken of over je praten, 8. je pijnlijk bewust zijn van je aanwezigheid bij anderen en 9. je niet op je gemak voelen wanneer je iets eet of drinkt in het openbaar.

De angstschaal blijkt met name op de in het theoriegedeelte beschreven stelling te baseren dat angst met verhoogde fysieke opwinding gepaard gaat en lichamelijke reacties beïnvloedt (items 1, 2, 5, 6). De items 9 en 10 hebben daarentegen betrekking op de typische angst die iemand in de toekomst aan een bedreigende gebeurtenis kan ondergaan. Als een subject hoog scoort op de beschreven stellingen kan dit als teken worden gezien dat hij latente angstgevoelens heeft, omdat hij dan in de afgelopen week vaak typische angstkarakteristieken heeft getoond.

De schaal interpersoonlijke sensitiviteit wordt ook onzekerheid tijdens sociaalcontact genoemd (Franke, 1995) en blijkt een bepaald aspect van de sociale fobie te meten. Zoals beschreven hebben Gilbert (2000) en Lutwak en Ferrari (1997) al via vergelijkbare instrumenten de sociale fobie gemeten, maar daarbij steeds ook nog van andere vragenlijsten gebruik gemaakt. De schaal interpersoonlijke sensitiviteit blijkt drie van de vier door Holt et al. (1992) gestelde sociaal fobische domeinen te meten. Zo hebben de items 2 en acht betrekking op informele speech/interactie, terwijl de items 3, 5 en 6 met assertieve interactie blijken samen te hangen en de items 7 en 8 met observatie door anderen. Deze drie domeinen zijn kenmerken van een generaliseerde maar niet van een niet-gegeneraliseerde sociale fobie. Daarom kan worden aangenomen dat mensen die hoog op de interpersoonlijke sensitiviteit schaal scoren symptomen van een geeneraliseerde sociale fobie tonen.

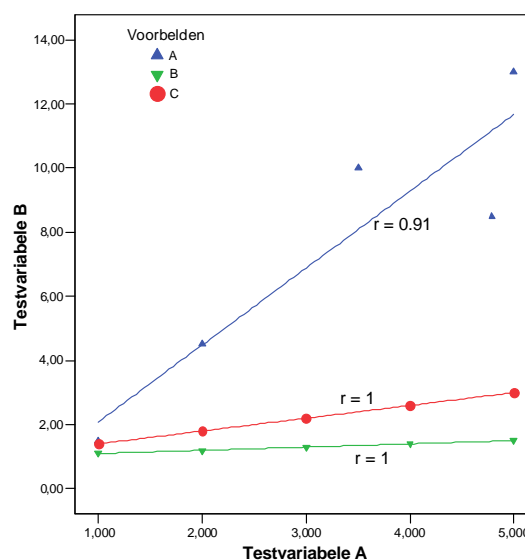
Verder meet de schaal met nadruk ook het aspect “wantrouwen”. Beidel et al. (1985) zeggen dat wantrouwen naast negatieve verwachtingen aan interactie een kenmerk van sociale angst is.

Onderzoek van Tangney et al. (1992) heeft bij de schalen van de Symptom Checklist 90 een interne consistentie (Cronbach's alfa) van .66 tot .89 getoond. Verschillende onderzoeken hebben de validiteit van de schalen aangetoond (Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis et al., 1976). Bedacht dient te worden dat deze resultaten weer betrekking hebben op de originele versie van de vragenlijst en niet op de vertaalde.

5.4 Data-analyse

Het invoeren van de data en alle statistische operaties worden met SPSS 12 gedaan. Aan het begin wordt met tweezijdige t-toets gekeken of in de patiëntensample significant meer schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit wordt gevonden dan in de studentensample. Daarna wordt het correlatieve onderzoek gedaan. Bivariate correlaties tussen de variabelen worden berekend en partiële correlaties om de invloed van schuld te controleren. Daarna wordt aandacht aan spreidingsdiagrammen geschonken om de verdeling van de scores te tonen. Omdat in de theorie een reciproque relatie van de relevante variabelen verondersteld wordt geen regressieonderzoek gedaan.

Bij het correlatieve onderzoek wordt met name aan een aspect aandacht gegeven. Een positieve correlatie houdt in dat bij een stijging van één variabele ook de andere variabele stijgt. Daarbij wordt de sterkte van de correlatiecoëfficiënt bepaald door de vraag hoe dicht de scores langs een rechte lijn liggen. Zo is in figuur 1 te zien dat de scores van de voorbeelden B en C precies op de relevante rechte lijn (kleinste-kwadratenlijn) liggen. Dientengevolge is $r = 1$. In figuur 1 is te zien dat ondanks de perfecte correlatie de testvariabele B bij de voorbeelden B en C geen grote betekenis toegekend mag worden. Bij voorbeeld A is weliswaar de correlatie minder sterk maar de testvariabele B heeft hier een andere betekenis; namelijk dat iemand die sterk op variabele A scoort ook sterk op variabele B scoort, wat bij de voorbeelden B en C niet het geval is. In het bijzonder is hier op dit aspect van correlatieve onderzoek ingegaan, omdat blijkt dat de beschreven onderzoeken hiermee niet expliciet rekening hebben gehouden.



Figuur 1. Het spreidingsdiagram toont de proportie tussen twee variabelen. Daarbij wordt een onderscheid tussen drie hypothetische voorbeelden gemaakt. Bij ieder voorbeeld staat de kleinste-kwadratenlijn en de relevante correlatiecoëfficiënt.

6 Resultaten

Het klinische sample bevat geen ontbrekende waarden. Daarentegen ontbreken in de studentensample 11 relevante waarden. Daarbij bevat alleen één variabeel twee ontbrekende waarden. Toevallige verdeling van deze ontbrekende waarden wijst erop dat ze de eigenschap MCAR (missing completely at random) hebben. Dat betekent dat waarden paarsgewijs weggelaten (pairwise deletion) kunnen worden (Allison, 2002) wat bij dit onderzoek is gedaan. De consequentie is dat n in de studentengroep naar gelang van analyses varieert. Sekse effecten zijn niet gecontroleerd omdat dit een vergelijkend onderzoek is en de twee populaties bijna een identieke aantal mannen en vrouwen bevatten.

Tabel 1 geeft van de relevante variabelen het gemiddelde aan, de standaarddeviatie en Cronbach's alfa en onderscheidt daarbij studenten- en patiëntensample. Verder geeft de tabel aan of de gemiddelden in de twee populaties significant van elkaar verschillen. Cronbach's alfacoëfficiënten wijzen naar een goede betrouwbaarheid van de gebruikte meetinstrumenten. De alfawaarden zijn met een uitzondering (VRAG schaamte) steeds in het patiëntensample groter dan in de studentensample. In tabel 2 is te zien hoe de gebruikte schaamteschalen onderling correleren. Het valt op dat twee schaamtecorrelaties alleen op het niveau $p < .05$ significant zijn. Tabel 3 en 4 geven informatie over correlaties tussen alle relevante variabelen. Tabel 5 toont daarentegen de partiële correlatie van schaamte (VRAG en ESS) zonder de invloed van schuld (VRAG) met angst en interpersoonlijke sensitiviteit. Naast de correlatiecoëfficiënten geven de tabellen 2 tot 5 ook aan op welk niveau de correlaties significant zijn en op hoeveel subjecten ze gebaseerd zijn.

Tabel 1. Aantal, gemiddelde, standaard deviatie, significantie tussen de samples, Cronbach's alfa

Variabelen	n	gemiddelde (SD)	alfa
VRAG			
Schaamte	78 (S)	2.56 (.56)	.79
	80 (P)	2.83 (.61)	.77
ESS			
Schaamte***	73 (S)	1.55 (.38)	.91
	80 (P)	2.43 (.59)	.92
Karakterologische ***	75 (S)	1.48 (.39)	.85
	80 (P)	2.44 (.61)	.86
Gedragsmatige ***	76 (S)	1.63 (.43)	.82
	80 (P)	2.47 (.74)	.89
Lichamelijke ***	78 (S)	1.62 (.64)	.87
	80 (P)	2.31 (.91)	.86
SCL-90			
Angst ***	79 (S)	1.37 (.39)	.79
	80 (P)	2.45 (.93)	.90
Interpersoonlijke s. ***	80 (S)	1.56 (.51)	.82
	80 (P)	2.66 (.87)	.87

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; tweezijdige t-toets

VRAG, Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen; ESS, Ervaringen met Schaamte Schaal; SCL-90, Klachtenlijst; Interpersoonlijke s., interpersoonlijke sensitiviteit; S, studenten; P, patiënten.

6.1 Schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit

6.1.1 Gemiddelde (\bar{x})

Het gemiddelde van alle relevante variabelen is in de patiëntensample steeds groter dan in de studentensample. Met uitzondering van schaamte gemeten via de VRAG is het verschil op het niveau $p < .001$ significant (tabel 2).

Tabel 2. Correlaties tussen VRAG schaamte en de ESS schaamteschalen

Variabelen	ESS Schaamte	ESS Karakterologische schaamte	ESS Gedragmatige schaamte	ESS Lichamelijke schaamte
VRAG				
Schaamte (S)	.57***	.55***	.44***	.45**
n (S)	72	74	75	77
Schaamte (P)	.37**	.26*	.41***	.24*
n (P)	80	80	80	80

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; tweezijdig; Bivariate correlatie

VRAG, Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen; ESS, Ervaringen met Schaamte Schaal; SCL-90, Klachtenlijst; S, studenten; P, patiënten.

6.1.2 Correlatie schaamte en angst

De bivariate correlaties tussen schaamte (VRAG en ESS) en angst zijn in de studenten- en patiëntensample ten minste op het niveau $p < .01$ significant. Op het zelfde niveau zijn in de twee samples ook de correlaties tussen de ESS schaamte-subschalen en angst significant (tabel 3 & 4).

Weer op hetzelfde significantieniveau correleren in de twee populaties schaamte (VRAG en ESS) zonder de invloed van schuld (VRAG) en angst (tabel 5; partiële correlatie).

Tabel 3. Correlaties van schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit in het studenten sample

Variabelen	VRAG Schaamte	ESS Schaamte	ESS Karakterologische schaamte	ESS Gedragmatige schaamte	ESS Lichamelijke schaamte
SCL-90					
Angst	.35**	.49***	.48***	.38**	.42***
n	77	72	74	75	78
Interpersoonl. s.	.45***	.69***	.66***	.54***	.59***
n	78	73	75	76	79

** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; tweezijdig; Bivariate correlatie

VRAG, Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen; ESS, Ervaringen met Schaamte Schaal; SCL-90, Klachtenlijst; Interpersoonl. s., interpersoonlijke sensitiviteit.

Tabel 4. Correlaties van schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit in de patiëntensample

Variabelen	VRAG Schaamte	ESS Schaamte	ESS Karakterologische schaamte	ESS Gedragsmatige schaamte	ESS Lichamelijke schaamte
SCL-90					
Angst	.46***	.53***	.40***	.55***	.37**
n	80	80	80	80	80
Interpersoonl. s.	.48***	.61***	.45***	.58***	.52***
n	80	80	80	80	80

p < 0.01; * p < 0.001; tweezijdig; Bivariate correlatie

VRAG, Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen; ESS, Ervaringen met Schaamte Schaal; SCL-90, Klachtenlijst; Interpersoonl. s., interpersoonlijke sensitiviteit.

6.1.3 Correlatie schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit

De bivariate correlaties tussen schaamte (VRAG en ESS) en interpersoonlijke sensitiviteit zijn in het studenten- en patiëntensample ten minste op het niveau $p < .01$ significant. Op hetzelfde niveau zijn in de twee samples ook de correlaties tussen de ESS schaamte-subschalen en angst significant (tabel 3 & 4).

Eveneens op hetzelfde significantieniveau correleren in de twee populaties schaamte (VRAG en ESS) zonder de invloed van schuld (VRAG) en interpersoonlijke sensitiviteit (tabel 5; partiële correlatie). De correlatie van ESS schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit (.688 en .612) is in de twee populaties steeds sterker dan de correlatie van VRAG schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit (.449 en .485).

Tabel 5. Partiële correlatie van schaamte (VRAG) zonder de invloed van schuld (VRAG) tot angst en interpersoonlijke sensitiviteit in het studenten en het patiënten sample

Variabelen	Studentensample SCL-90		Patiëntensample SCL-90	
	Angst	Interpersoonl. s.	Angst	Interpersoonl. s.
VRAG				
Schaamte	.39***	.53***	.45***	.49***
n	75	75	80	80
ESS				
Schaamte	.49***	.69***	.53***	.61***
n	73	73	80	80
Karakterologische	.47***	.66***	.39***	.45***
n	73	73	80	80
Gedragsmatige	.38**	.54***	.54***	.59***
n	75	75	80	80
Lichamelijke	.42***	.60***	.37**	.52***
n	77	77	80	80

p < 0.01; *p < 0.001; Partiële correlatie

VRAG, Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen; SCL-90, Klachtenlijst; Interpersoonl. s., interpersoonlijke sensitiviteit.

6.2 Vergelijking van studenten- en patiëntenpopulatie

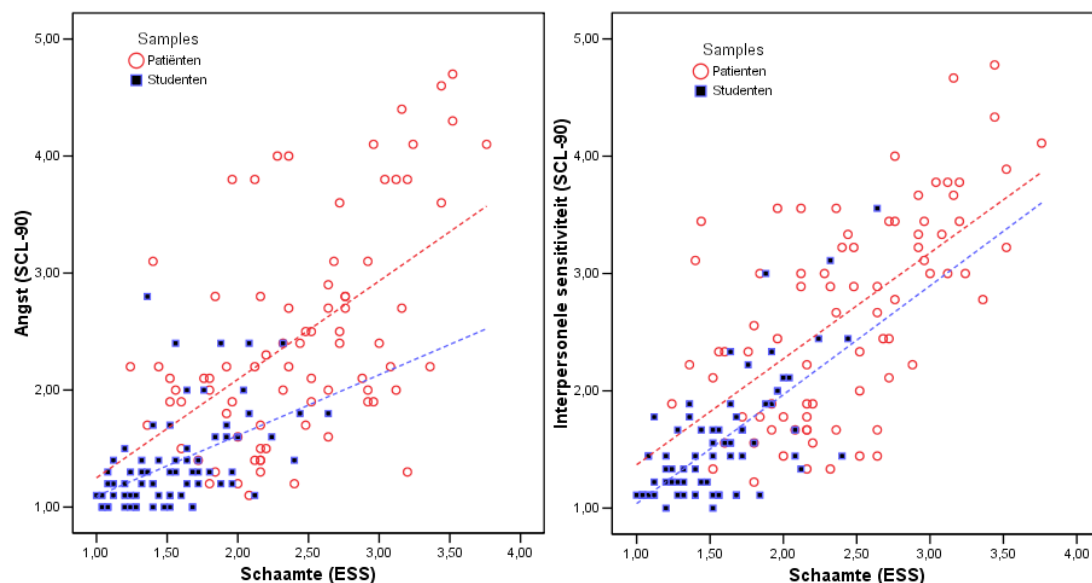
6.2.1 Correlatiecoëfficiënten in de twee samples

Van schaamte en angst zijn in de studentensample twee van de vijf correlatiecoëfficiënten groter dan hun pendanten in de patiëntensample en drie kleiner. Daarentegen zijn in de studentensample drie correlatiecoëfficiënten van schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit groter en twee kleiner dan hun pendanten in de patiëntensample (tabel 3 & 4).

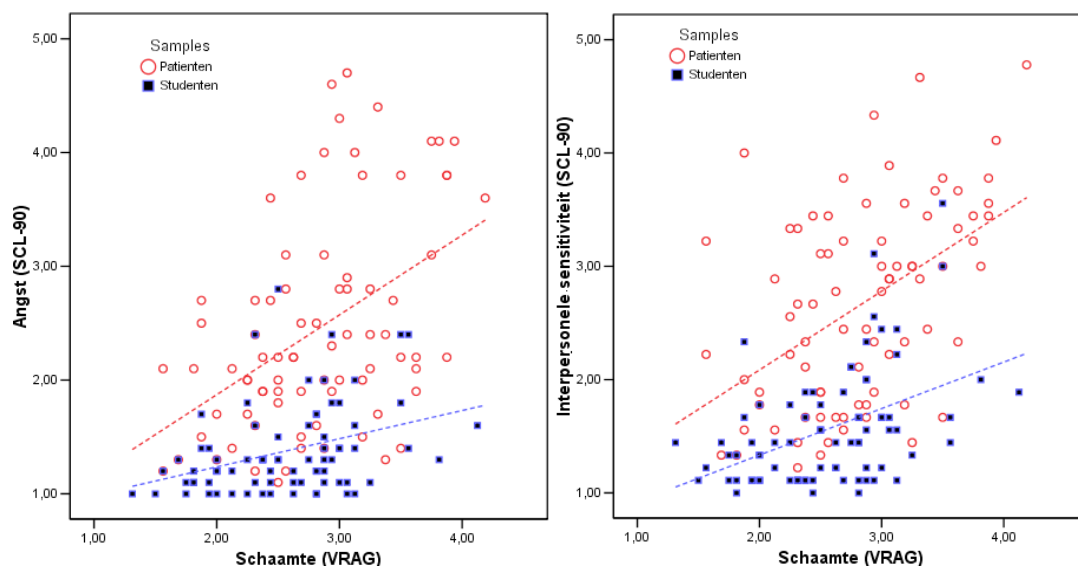
De correlaties van schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit zijn in de twee populaties allemaal op hetzelfde niveau significant ($p < .001$). Dat is bij de correlaties van schaamte en angst niet het geval. Zo zijn in de studentensample drie schaamte-angst correlaties op het niveau $p < .001$ significant en twee op het niveau $p < .01$. In de patiëntensample zijn deze twee correlatiecoëfficiënten dan weer significant op het niveau $p < .001$. Daarentegen correleert lichamelijke schaamte en angst in de patiëntensample minder sterk ($p < .01$; tabel 3 & 4). Schuld vrije schaamte (partiële correlatie) correleert met angst en interpersoonlijke sensitiviteit in de twee populaties steeds op het zelfde significantieniveau (tabel 5).

6.2.2 Verbanden in spreidingsdiagrammen

De figuren 2 en 3 tonen via een spreidingsdiagram de proportie tussen schaamte (ESS en VRAG) en angst/interpersoonlijke sensitiviteit. Daarbij wordt een onderscheid tussen studenten- en patiëntensample gemaakt. De spreidingsdiagrammen tonen steeds ook de kleinste-kwadratenlijnen.



Figuur 2. De spreidingsdiagrammen tonen de proportie tussen ESS schaamte (horizontale x-as) en angst/ interpersoonlijke sensitiviteit (verticale y-as) en onderscheiden daarbij studenten en patiënten. De bovenste kleinste-kwadratenlijn is gebaseerd op de patiëntensample en de lijn eronder op de studentensample.



Figuur 3. De spreidingsdiagrammen tonen de proportie tussen VRAG schaamte (horizontale x-as) en angst/ interpersoonlijke sensitiviteit (verticale y-as) en onderscheiden daarbij studenten en patiënten. De bovenste kleinste-kwadratenlijn is gebaseerd op het patiënten sample en de lijn eronder op de de studentensample.

Het gevonden positieve verband tussen schaamte (horizontale x-as) en angst/interpersoonlijke sensitiviteit (verticale x-as) is in alle spreidingsdiagrammen te herkennen (figuur 2 & figuur 3). De kleinste-kwadratenlijn toont het door de correlatiecoëfficiënten (tabel 3 & 4) geformuleerde lineaire verband tussen de relevante variabelen.

In het spreidingsdiagram (figuur 2) van schaamte (ESS) en angst is in de studentensample schuin beneden een vierkantig cluster te herkennen. Dit cluster bevat met uitzondering van 14 studentenscores de scores van alle studenten. De scores van de patiëntensample spreiden ver weg om de kleinste-kwadratenlijn. Zo zijn er subjecten die meer op schaamte hebben gescoord maar duidelijk minder op angst en andersom. Aan de andere kant zijn er 11 patiënten die erg sterk op beide variabelen hebben gescoord. Het is duidelijk dat de helling van de kleinste-kwadratenlijn in de patiëntensample sterker is dan in de studentensample. Het spreidingsdiagram (figuur 2) van schaamte (ESS) en interpersoonlijke sensitiviteit toont van alle diagrammen de meest lineaire relatie tussen de variabelen. Daarbij zitten de meeste scores van de studenten schuin beneden. De helling van de kleinste-kwadratenlijn is in de twee populaties bijna identiek.

In het spreidingsdiagram (figuur 3) van schaamte (VRAG) en angst zijn geen subjecten die heel laag op de twee variabelen hebben gescoord. Verder hebben vele studenten weliswaar sterk op schaamte gescoord maar minder sterk op angst. Bijgevolg zitten vele scores van de studentensample nabij de horizontale x-as. De kleinste-kwadratenlijn heeft een duidelijk grotere helling in het patiëntensample dan in de studentensample. In het spreidingsdiagram (figuur 3) van schaamte (VRAG) en interpersoonlijke sensitiviteit zijn weer geen subjecten die heel laag op de twee variabelen hebben gescoord. Weer hebben vele studenten relatief sterk op schaamte gescoord maar minder sterk op angst. Maar deze keer is de discrepantie minder sterk zodat in vergelijking minder scores nabij de horizontale x-as zitten. De helling van de kleinste-kwadratenlijn is in de klinische sample groter dan in de studentensample.

7 Conclusies

7.1 Scoren patiënten sterker op de constructen dan studenten?

Volgens de voorspelling moeten de gemeten gemiddelden van alle schaamteschalen, van angst en interpersoonlijke sensitiviteit in het patiëntensample significant groter zijn dan in de studentensample. Op een uitzondering na is deze eerste hypothese bevestigd. De uitzondering wordt door VRAG schaamte gesteld. Zo is in het patiëntensample meer VRAG schaamte gemeten ($\bar{x} = 2.83$) dan in de studentensample ($\bar{x} = 2.56$) maar dit onderscheid is niet significant.

Op deze ene uitzondering na is evidentie voor theoretische (bijv. Wurmser, 2000) en empirische (bijv. Gilbert, 2000) stellingen gevonden dat bij patiënten gemiddeld meer schaamte, angst en interpersoonlijke sensitiviteit kan worden verwacht. Maar de uitzondering kan een teken zijn dat de beschreven stelling niet op alle schaamtevormen mag worden toegepast of dat er methodologische problemen zijn.

7.2 Bestaan positieve verbanden tussen de constructen ook in de hier onderzochte setting?

Wat de schaamte-angst relatie betreft is voorspeld dat in de twee samples alle schaamteschalen significant positief met angst correleren. Als van het significantieniveau $p < .01$ wordt uitgegaan is deze tweede hypothese volledig bevestigd. Dit betekent dat alle gemeten schaamtevormen significant met angst in verband staan. Dit resultaat is conform de uitkomsten uit de beschreven onderzoeken (Averill et al., 2002; Harder et al., 1992; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992) en de beschreven theorie (Leibig, 1998; Marks, 2005; Tisseron, 2000; Wurmser, 2003). Het al aangetoonde verband tussen schaamte en angst is dus ook in dit onderzoek significant naar voren gekomen.

Ook wat betreft de relatie schaamte-interpersoonlijke sensitiviteit is voorspeld dat in de twee populaties alle schaamteschalen significant positief met interpersoonlijke sensitiviteit correleren. Deze derde hypothese is bevestigd ($p < .001$). Dit betekent dat alle gemeten schaamtevormen sterk significant met interpersoonlijke sensitiviteit in verband staan. Dit resultaat is weer conform de uitkomsten uit de beschreven onderzoeken (Averill et al., 2002; Gilbert, 2000; Harder et al., 1992; Lutwak & Ferrari, 1997; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992) en theorie (Gabbard, 1992; Hoffmann, 2002; Leibig, 1998; H. B. Lewis, 1985a; Marks, 2005). Dit betekent dat dit onderzoek verdere evidentie voor de al aangetoonde schaamte-interpersoonlijke sensitiviteit relatie heeft gegeven. Er is ook voorspeld dat in de twee populaties externe schaamte (ESS) sterker met interpersoonlijke sensitiviteit in verband staat dan interne schaamte (VRAG). Als er met de gevonden correlatiecoëfficiënten rekening wordt gehouden dan is deze hypothese ondersteund.

Het is voorspeld dat gevonden correlaties blijven bestaan als de invloed van schuld wordt gecontroleerd (partiële correlatie). Deze vierde hypothese is in zoverre ondersteund dat de correlaties meestal bijna identiek zijn gebleven maar in iedere geval op hetzelfde niveau significant blijven. Dat betekent dat uitgesloten kan worden dat de correlaties alleen door ESS en VRAG schaamte die met VRAG schuld overlapt tot stand komen. Veel meer kan dit als indicatie van het feit worden gezien dat het zuivere schaamteconstruct met de twee psychopathologische symptomen in verband staat. Deze stelling is conform relevante onderzoeken (bijv. Averill et al., 2002;

Tangney et al., 1992) en beschreven theorie (bijv. Lewis, 1995).

7.3 Zijn de op onderzoek in studentenpopulaties gebaseerde therapeutische implicaties handhaafbaar?

Wat de twee populaties betreft is voorspeld dat de in de patiëntensample gevonden correlaties ten minste op hetzelfde niveau significant zijn als hun pendanten in de studentensample. Deze vijfde hypothese is op een uitzondering na bevestigd. De uitzondering heeft betrekking op de correlatiecoëfficiënt van lichamelijke schaamte (ESS) en angst. Het is de enige die in de patiëntensample minder significant is ($p < .01$) dan in de studentensample ($p < .001$). Maar gelet op het verschil tussen de twee correlatiecoëfficiënten valt op dat ze zich toch niet sterk onderscheiden (.41 en .37). Dit onderscheid is zo minimaal (.04) dat het meer van rekenkundige aard blijkt te zijn dan dat het zou aantonen dat correlaties die in de studentensample zijn gegeven in een patiëntensample niet gehandhaafd zouden kunnen worden. Wordt alleen gelet op de grootte van de correlatiecoëfficiënten dan kan samenvattend worden gesteld dat in de patiëntensample enkele coëfficiënten kleiner zijn dan hun pendanten in de studentensample. Maar aangezien in het patiëntensample geen correlatiecoëfficiënt kleiner dan .372 is, kan er geen sprake van zijn dat correlaties gevonden in een studentenpopulatie in een patiëntenpopulatie verdwijnen. Dit kan als een eerste indicatie worden gezien van het feit dat de implicaties voor een therapeutische setting, die op correlatiecoëfficiënten uit een studentensample baseren, handhaafbaar en relevant zijn.

Worden de scores exploratief in de vier spreidingsdiagrammen (figuur 2 & 3) bekeken en daarbij de twee samples als een entiteit gezien dan kan worden gezegd dat alle variabelen een belangrijke rol spelen. Daarmee wordt bedoeld dat er bij iedere variabele individuen zijn die er sterk op scoren. Daarom kan worden samengevat dat er geen sprake is van verbanden die weliswaar sterk significant zijn, maar waar de toename van een variabele zo klein is dat deze geen belangrijke rol speelt (zie figuur 1, hypothetische voorbeelden B en C). Dat is conform de theorie die stelt dat sterke schaamtegevoelens ook met sterke psychopathologische symptomen (hier angst en interpersoonlijke sensitiviteit) gepaard gaan (Andrews, 1998; Greenwald & Harder, 1998; Krause, 2002; Tangney et al., 1995; Wurmser, 2000).

Worden daarentegen de samples apart van elkaar gezien dan valt op dat er belangrijke verschillen bestaan. Zo zijn de hellingen van de kleinste-kwadratenlijnen in het patiëntensample op een uitzondering na (ESS schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit) steeds groter dan in de studentensample. Dat betekent dat in de patiëntenpopulatie een toename van schaamte gemiddeld met een grotere toename van angst/interpersoonlijke sensitiviteit gepaard gaat dan in de studentenpopulatie. Wordt dit in verband gezien met de patronen die in de spreidingsdiagrammen herkenbaar zijn dan kan worden gezegd dat het pathologische verband van schaamte met angst/interpersoonlijke sensitiviteit zich vooral eerst in de patiëntenpopulatie manifesteert en in omvang zichtbaar wordt. Er kan worden geconcludeerd dat de voor de behandeling van patiënten gegeven implicaties, die op onderzoek in studentenpopulaties baseren, ten minste handhaafbaar zijn. Daarmee is de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord.

Worden de spreidingsdiagrammen met VRAG schaamte bekeken dan verdient het volgende punt aandacht te krijgen. Zoals beschreven scoren patiënten niet significant meer op de VRAG schaamteschaal dan studenten (tabel 1). Desondanks scoren patiënten veel sterker op de symptoomdimensies van angst en

interpersoonlijke sensitiviteit (figuur 3). Anders gezegd gaat in de studentensample sterke VRAG schaamte niet met sterke angst of interpersoonlijke sensitiviteit hand in hand (ook als de variabelen sterk met elkaar correleren), wat in de patiëntensample wel het geval is. Om die reden kan worden geconcludeerd dat het hier niet de hoeveelheid VRAG schaamte is die voor het merendeel bepaalt of ze sterk met de twee psychopathologisch symptomen hand in hand gaat. Deze bevinding is in strijd met de theorie die stelt dat juist de hoeveelheid geneigdheid tot schaamte (door VRAG gemeten) bepaalt in hoeverre deze met psychopathologische symptomen gepaard gaat (Tangney et al., 1995; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992).

Dat in het spreidingdiagram van ESS schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit de kleinste-kwadratenlijn van de studentensample en de patiëntensample bijna identiek zijn, ondersteunt nog eens de derde hypothese die voorspelt dat externe schaamte (ESS) nauwer met interpersoonlijke sensitiviteit in verband staat dan interne (VRAG).

8 Discussie

8.1 Theorie

In een studenten- en een patiëntenpopulatie heeft dit onderzoek aangetoond dat verschillende vormen van schaamte significant met de psychopathologische symptomen angst en interpersoonlijke sensitiviteit in verband staan. Daarmee sluit dit onderzoek aan op een veeltal theoretische veronderstellingen en empirische onderzoeken. Maar in tegenstelling tot de beschreven onderzoeken heeft deze in een Nederlandse setting (Nederlandse universiteit en Nederlandse dagkliniek) plaatsgevonden en zijn daarbij vergelijkbare correlatiecoëfficiënten gevonden. Dat is belangrijk omdat bijvoorbeeld Okano (1994) heeft aangetoond dat het wel afhankelijk van cultuur is waarvoor mensen zich schamen en wat schaamte voor ze betekent.

Dat in dit onderzoek alle gemeten schaamtevormen (interne en externe schaamte, karakterologische, gedragsmatige en lichamelijke) met de twee pathologische symptomen significant in verband staan rechtvaardigt het feit dat bijv. Tangney en Dearing (2002, p.25) meer in het algemeen zeggen dat schaamte met psychopathologie gepaard gaat en daarbij niet alleen op een bepaalde schaamtevorm van het omvangrijke schaamteconstruct wijzen.

De bevinding dat de gevonden correlatiecoëfficiënten blijven bestaan als zij op de invloed van schuld (VRAG) worden gecontroleerd (partiële correlatie), sluit o.a. aan bij de theorie van M. Lewis (1995). Hij stelt namelijk dat schaamte een dergelijke psychopathologische emotie is omdat ze betrekking heeft op het gehele zelf, wat bij schuld niet is gegeven. Dat juist het schuldvrije schaamteconstruct met angst en interpersoonlijke sensitiviteit in verband staat, is door de beschreven onderzoeken al aangetoond. Maar hier is dit in een Nederlandse setting gebeurd.

In dit onderzoek is voornamelijk gekeken of implicaties voor de behandeling van patiënten die op het onderzoek in studentenpopulaties zijn gebaseerd kunnen worden gehandhaafd. Door met de resultaten van dit onderzoek rekening te houden is geconcludeerd dat deze vraag bevestigend kan worden beantwoord. Dit is gebaseerd op een drietal bevindingen.

Ten eerste dat de correlatiecoëfficiënten in de patiëntensample ten minste op het elfde niveau significant zijn als hun pendanten in de studentensample. Hierbij is weliswaar één correlatiecoëfficiënt (lichamelijke ESS schaamte en angst) in de patiëntenpopulatie iets minder significant. Maar omdat de grootte van de correlatiecoëfficiënten zich slechts minimaal verschilt, blijkt het voor de beantwoording van de vraag irrelevant te zijn.

Ten tweede op de vergelijking van de grootte van de correlatiecoëfficiënten. Deze zijn soms in de ene sample iets groter dan in het andere, maar blijven altijd bestaan en zijn in het patiëntensample nooit kleiner dan .372.

Ten derde dat de helling van de kleinste-kwadratenlijn die het verband tussen de constructen beschrijft in de patiëntensample drie keer groter en één keer identiek is. Dat betekent dat in de patiëntensample schaamtename gemiddeld met een grotere angst/interpersoonlijke sensitiviteit toename gepaard gaat dan in de studentensample. Alhoewel dat bij het opstellen van de hypothesen niet is voorspeld, past het wel goed in de theorie. Die stelt immers dat “high-shame” individuen ook sterk op de twee psychopathologische symptomen zullen scoren en dat juist geneigdheid tot schaamte of globale en chronische schaamtegevoelens met angst/interpersoonlijke sensitiviteit in verband staan (Andrews, 1998; Harder, 1995; Krause, 2002; Tangney et al., 1995; Tangney & Dearing, 2002; Wurmser, 2000). Daarentegen wordt niet gesteld dat de

toename van schaamte en psychopathologische symptomen helemaal parallel loopt. Op theoretisch niveau wordt bijvoorbeeld niet gesteld dat iemand die gemiddeld met twee op de schaamteschaal scoort ook met twee op de angstschaal scoort (vijf puntenschaal). Aan de andere kant stelt de theorie dat iemand die met vijf op de schaamteschaal scoort (high-shame individual) ook sterk op de angstschaal zal scoren. Daarom is het theoretisch ook verklaarbaar als de verbanden zich het eerst manifesteren bij mensen die sterker op de beschreven constructen scoren, hetgeen bij patiënten het geval is.

Verder is in de eerste hypothese ook voorspeld dat patiënten op alle schaamtevormen, angst en interpersoonlijke sensitiviteit significant sterker scoren dan studenten. Maar met betrekking op VRAG schaamte is deze hypothese gefalsificeerd. De falsificatie kan verschillende redenen hebben, namelijk dat bij patiënten niet significant meer interne of onbewuste VRAG schaamte aanwezig is of dat er methodologische beperkingen naar voren zijn gekomen welke in paragraaf 8.2 worden besproken. Als van de methodologische beperkingen wordt afgezien dan kan dat betekenen dat de theorie, die stelt dat bij patiënten grotere schaamtegevoelens kunnen worden verwacht (bijv. Wurmser, 2000), alleen voor bewuste en externe schaamte (ESS) geldig is, maar niet voor de interne, onbewuste en afgeweerde VRAG schaamte. Maar deze stelling wordt niet per se ondersteund door de theorie. Zo stelt Baneke (2006) dat afgeweerde schaamte ontstaat als mensen zich te veel schamen of te veel gekwetst en gestigmatiseerd worden. Het zijn factoren die eigenlijk meer in verband met patiënten worden gebracht.

Hoe het ook zij, de in de twee samples gevonden VRAG schaamte (2.56; 2.83) is conform vergelijkbare onderzoeken. Zo hebben Tangney en Dearing (2002, p.236) in studentenpopulaties de TOSCA-3 (Engelse origineelversie van de VRAG) afgenomen en schaamtegemiddelden van 2.54 (mannen) tot 2.84 (vrouwen) gevonden. In een patiëntenpopulatie heeft de TOSCA schaamteschaal een gemiddelde van 2.77 gehad (Averill et al., 2002).

Dat er niet significant meer VRAG schaamte in de patiëntensample dan in de studentensample is gevonden, brengt een andere interessante problematiek aan het licht. Wordt namelijk de theoretische benadering gevolgd die stelt dat schaamte pathologisch wordt als ze een bepaalde maat boven gaat (Harder, 1995; Krause, 2002; Tangney et al., 1995; Wurmser, 2000), dan kan worden verwacht dat in de twee samples vergelijkbaar op de twee psychopathologisch symptomen wordt gescoord. Maar aan deze verwachting wordt bij de VRAG schaamteverbanden helemaal niet voldaan. De kleinste-kwadratenlijnen in het patiëntensample hebben een duidelijk grotere helling, wat betekent dat schaamtetoename met duidelijk sterkere toename van angst en interpersoonlijke sensitiviteit gepaard gaat. VRAG schaamte blijkt dus sterk met de twee pathologische symptomen gepaard te gaan als ze bij patiënten optreedt, wat erop duidt dat er andere variabelen zijn die een krachtige invloed doen gelden. Enkele in aanmerking komende worden hieronder besproken.

Zo bestaat de mogelijkheid dat studenten door een meer intacte psychische gezondheid beter met de pathologische invloed van interne schaamte kunnen omgaan dan patiënten. Misschien beschikken patiënten ook vaak niet meer over vergelijkbare beschermingsmechanismen en daardoor over een meer onbeschermd psychisch welbevinden, zodat ze directer aan de negatieve invloed van VRAG schaamte zijn blootgesteld. Dat zou kunnen verklaren waarom bij patiënten VRAG schaamte veel meer met angst en interpersoonlijke sensitiviteit gepaard gaat.

In een vergelijkbaar kader kunnen ook de al beschreven stellingen van Seidler (2001) en Scheff (1998, 2000) worden gezien. Seidler zegt dat niet alleen de

hoeveelheid schaamte bepaalt of deze een pathologische invloed uitoefent, maar ook of mensen het vermogen hebben zichzelf juist waar te nemen en te beoordelen. Als dat ontbreekt zijn mensen volgens Seidler vatbaarder voor psychopathologische symptomen. Seidler volgend zou het verklaarbaar zijn als in het patiëntensample dit vermogen minder voorhanden is en de patiënten daardoor meer ontvankelijk zijn voor de pathologische invloed van schaamte. Soortgelijke thematiek is ook bij de stellingen van Scheff te vinden. Hij zegt dat niet erkende of niet gecommuniceerde schaamte sociale relaties verzwakt en mensen zo meer gevoelig voor psychopathologisch symptomen maakt. In dit verband bestaat er misschien de mogelijkheid dat patiënten schaamtegevoelens minder goed communiceren of erkennen en daarom bij hun dezelfde hoeveelheid VRAG schaamte meer met de twee psychopathologische symptomen in verband staat.

De bevinding dat het niet de hoeveelheid VRAG schaamte blijkt te zijn die bepaalt of deze sterk met angst en interpersoonlijke sensitiviteit in verband staat, kan ook worden gezien in het “compass of shame” paradigma van Nathanson (1992, chap. 22). Volgens Nathanson zijn er namelijk defensieve scripts waarmee mensen schaamte in iets minder pijnlijks kunnen transformeren. Deze scripts kunnen in vier affect managementsystemen worden ingedeeld die verschillende strategieën bevatten om met schaamte om te gaan (zie ook het theoretische kader). Mensen onderscheiden zich er dientengevolge o.a. in van welke affectsysteem ze gebruik maken. Dat heeft de consequentie dat ze niet even goed met schaamte-ervaringen kunnen omgaan omdat Nathanson stelt dat enkele affect managementsystemen duidelijk pathologisch zijn. Hier bestaat theoretisch de mogelijkheid dat patiënten van een meer pathologische affect management gebruik maken en VRAG schaamte bij hen daarom duidelijk meer met de twee psychopathologische symptomen gepaard gaat dan bij studenten.

Een andere verklaring kan worden gegeven als de aandacht wordt gericht op de kwaliteit van de onderzochte verbanden. Zo wordt in de beschreven theorie vaak een direct verband tussen de constructen gesteld. Bijvoorbeeld dat mensen angst voor schaamte-ervaringen hebben (Leibig, 1998) en dat ze sociale situaties mijden om geen schaamte-ervaringen te ondergaan (Leibig, 1998; Marks, 2005). Daarbij bestaat theoretisch ook de mogelijkheid dat de constructen niet direct samenhangen maar dat een “co-occurrence” door derde variabelen wordt veroorzaakt, bijv. door een problematische opvoeding. Onder bepaalde voorwaarden kan dat ook een verklaring vormen voor het feit dat in de klinische sample VRAG schaamte met duidelijk meer angst en interpersoonlijke sensitiviteit gepaard gaat dan in de studentensample. Namelijk wanneer derde variabelen bij patiënten sterker het ontstaan van de twee psychopathologische symptomen beïnvloeden, terwijl ze dat bij VRAG schaamte niet doen.

Naast de beschreven verklaringen kunnen zeker nog andere worden genoemd. Maar worden daarbij mogelijke methodologische beperkingen buiten beschouwing gelaten, dan komt vanzelfsprekend de volgende vraag naar voren: waarom laat de hoeveelheid ESS schaamte veel meer dan de hoeveelheid VRAG schaamte zien of ze sterk met angst en interpersoonlijke sensitiviteit gepaard gaat?

Een reden kan zijn dat ESS schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit feitelijk hetzelfde meten. Deze gedachtegang is niet per se onzinnig. Zo vat Gilbert (1998) stellingen van verschillende wetenschappers samen die zeggen dat externe schaamte en sociale angst dezelfde kern hebben: angst voor negatieve evaluaties. In deze context zou ook het resultaat kunnen worden geplaatst dat ESS schaamte en interpersoonlijke sensitiviteit duidelijk sterker correleren (tabel 3 & 4) dan ESS

schaamte en VRAG schaamte onder elkaar (tabel 2). In het bijzonder omdat Andrews (1998) heeft gesteld dat het gevaar bestaat dat metingen van psychopathologische symptomen en schaamte hetzelfde representeren, vooral als er zeer sterke correlatiecoëfficiënten worden gevonden hetgeen hier het geval is.

Naast de zeer sterke correlatie tussen de constructen is er nog een ander aspect dat verduidelijkt dat schaamte en sociaal fobische symptomen misschien voor een deel het zelfde meten. Aan de ene kant is een “sociale fobie” een door wetenschappers geschapen definitie die 1980 in de DSM-III is opgenomen en pas sindsdien als klinische entiteit en stoornis wordt gezien (Hofmann et al., 2004). Aan de andere kant staat de emotie schaamte die voor de mensheid al eeuwen een grote betekenis heeft. Zo komen al in de Bijbel schaamteaspecten aan de orde. Bijvoorbeeld dat Adam en Eva hun naaktheid met vijgenbladeren verhulden of dat ze zich voor de veroordelende blik Gods verborgen (Baneke, 2005; Seidler, 2001). Ook verschillende kunstenaars en wetenschappers hebben door eeuwen heen vaak fenomenologische schaamtesymbolen voor hun werk gebruikt (voor een overzicht zie Baneke, 2005). Dat verduidelijkt de moeilijkheid schaamte en een sociale fobie op één niveau te benaderen, omdat ze in hun natuur zo verschillend zijn. De consequentie is dat de constructen niet goed van elkaar kunnen worden onderscheiden en dat niet buiten beschouwing kan worden gelaten dat ze voor een deel hetzelfde inhouden. Daarom kan het misschien ook problematisch zijn als er sprake is van een correlatie tussen de twee constructen. Het is in ieder geval wenselijk met hun verschillende aard rekening te houden, wat bijvoorbeeld Gabbard (1992) en Hoffmann (2002) hebben gedaan. Ze stellen dat schaamte het centrale affect van de stoornis sociale fobie is. Schaamte is dientengevolge niet hetzelfde als een sociale fobie, maar een essentieel bestanddeel van sociaal fobische symptomen.

Maar naast een direct verband en identieke elementen kunnen nog andere aspecten voor de gevonden positieve verbanden verantwoordelijk zijn: derde variabelen. Op theoretisch niveau worden namelijk gemeenschappelijke oorzaken verondersteld. Zo blijkt het “attachment” paradigma van Bowlby (1982) een rol te spelen bij het ontstaan van aanhoudende schaamtegevoelens, latente angst en sociaal fobische symptomen (Nathanson, 1992, p.232-235; Tangney & Dearing, 2002, p.160). Tevens wordt naast mislukte bindingsaspecten, zoals beschreven, het ontstaan van schaamte, angst en sociale angst ook met de psychodynamiek van verlies, traumata en een problematische opvoeding in verbinding gebracht (Lampe, 2002; Scheidt & Waller, 2005; Wittchen et al., 1995; Wurmser, 2000; Zerbe, 1994). Zo moet er rekening mee worden gehouden dat bijv. traumata er verantwoordelijk voor kunnen zijn dat een mens op alle drie constructen hoog scoort.

Hieruit kunnen vanzelfsprekend geen veronderstellingen worden afgeleid over de causaliteit van de verbanden en de vraag hoe de gevonden correlaties tot stand zijn gekomen. De bespreking van de gevonden literatuur heeft alleen aangetoond dat het in overeenstemming met de theorie zou zijn als de correlaties zijn ontstaan doordat de constructen elkaar direct beïnvloeden, door derde variabelen en omdat de constructen identieke elementen bevatten. Het laatste punt wordt daarbij met name relevant geacht voor het verband externe ESS schaamte-interpersoonlijke sensitiviteit.

Om nog een keer op de hoofdvraag terug te komen worden met name de drie aan het begin besproken bevindingen als een teken gezien dat implicaties voor een therapeutische setting, die op onderzoek in studentenpopulaties baseren, handhaafbaar zijn. Zoals beschreven zijn implicaties dan “the consistent links observed between shame and psychopathology suggest that a consideration of shame-related issues may be useful in the treatment of a number of psychological problems” (Tangney et al.,

1995, p.360) en “the present study may alert practitioners to the possibility of underlying feelings of shame among clients with social anxiety problems” (Lutwak & Ferrari, 1997, p.339).

In verband met dergelijke implicaties wil ik nog enkele resultaten van dit onderzoek bezien. Zo valt op dat er in de patiëntensample een niet gering aantal patiënten zijn die relatief laag op de schaamteschalen scoren (meer dan een vierde van de patiënten scoren minder dan 2.5 op een vijf of vier puntenscala). Hiermee dient bij het geven van implicaties voor de behandeling van patiënten rekening worden gehouden. Dit betekent dat niet kan worden gesteld dat bij iedere patiënt schaamteproblematiek een grote rol moet spelen. Verder trekt in het klinische sample de grote spreiding van de scores om de kleinste-kwadratenlijn aandacht. Ze verduidelijkt dat patiënten onder elkaar erg verschillen omtrent de vraag in hoeverre externe (ESS) en interne (VRAG) schaamte met de hier benaderde psychopathologische symptomen gepaard gaat. Dat heeft als consequentie dat er bij het geven van implicaties rekening mee moet worden gehouden. Eveneens met het resultaat dat de spreiding om de kleinste kwadratenlijn bij externe schaamte (ESS) en interpersoonlijke sensitiviteit de kleinste is ($r = .688$ en $.612$) en daarbij iedere patiënt die hoog op ESS schaamte scoort ook op interpersoonlijke sensitiviteit hoog scoort.

De verrassendste en al besproken uitkomst van dit onderzoek is zeker dat er in de patiëntenpopulatie niet significant meer interne VRAG schaamte is gevonden maar deze schaamte bij de patiënten veel meer met de twee psychopathologische symptomen gepaard gaat. Ook deze bevinding levert implicaties op, namelijk dat bij patiënten misschien niet alleen op aanwezige schaamtegevoelens moet worden gelet, maar ook veel meer op factoren die ervoor verantwoordelijk zijn dat de schaamte zo sterk met de twee psychopathologisch symptomen vergezeld gaat. Het theoretisch kader van dit onderzoek volgend kunnen misschien de hier benaderde psychopathologische symptomen worden verlaagd door patiënten te helpen schaamte beter te communiceren en te erkennen, met patiënten het eigen waarnemings- en beoordelingsvermogen te oefenen, of door het oefenen van een meer adaptief affectmanagement.

Verassend is dat het juist de VRAG schaamte is waar de hoeveelheid niet voornamelijk blijkt te bepalen of ze sterk met de twee psychopathologische symptomen in verband staat. Dit is verassend omdat de VRAG juist door Tangney (1990) is ontwikkeld om geneigdheid tot schaamte te meten en Tangney et al. (1992), Tangney et al. (1995) en Tangney en Dearing (2002) stellen dat geneigdheid tot schaamte voornamelijk de oorzaak van psychopathologie is. Daarmee stellen ze dat met name de sterkte waarmee mensen scoren op geneigdheid tot schaamte bepalend is voor de vraag hoe sterk ze op psychopathologische symptomen scoren. Voor de hier onderzochte psychopathologische symptomen angst en interpersoonlijke sensitiviteit is deze veronderstelling niet bevestigd.

8.2 Methodologische beperkingen

Een belangrijke methodologische beperking die aandacht dient te krijgen, is de “interpersoonlijke sensitiviteit” schaal (SCL-90). Ze is gekozen om sociaal fobische symptomen te meten, maar heeft daarbij slechts betrekking op een gedeelte van het brede sociale fobie construct, namelijk op symptomen van een gegeneraliseerde sociale fobie en op wantrouwen. Worden de gevonden resultaten en conclusies in verband met een sociale fobie bezien, dan moet hiermee beslist rekening worden gehouden.

Verder is het geven van implicaties aan de hand van correlatieve onderzoek zeker problematisch. Correlatiecoëfficiënten geven geen informatie omtrent hun totstandkoming. Zo zijn tussen allerhande dingen verbazingwekkende verbanden gevonden die uiteindelijk alleen op onzichtbare derde variabelen berusten (Moore & McCabe, 2001). Deze problematiek is ook toepasbaar op de hoofdvraag van dit onderzoek, namelijk of de implicaties die op het onderzoek in studentensamples berusten ook voor een patiëntensample gelden. Worden in de twee populaties identieke correlatiecoëfficiënten gevonden, dan betekent dat bijvoorbeeld niet dat ze ook door dezelfde factoren tot stand komen. Hoewel deze problematiek nu eenmaal bestaat zijn er toch goede gronden die de opzet van dit onderzoek kunnen verantwoorden. Ten eerste hebben erkende onderzoekers als Averill et al. (2002), Harder (1995) en Tangney et al. (1995) de beschreven implicaties zelf aan de hand van correlatieve onderzoek opgesteld. De tweede reden is dat Gilbert (2000) in zijn bekende onderzoek over schaamte, sociale angst en depressie ook twee populaties met elkaar heeft vergeleken door te kijken of correlaties op hetzelfde niveau significant zijn, hetgeen ook in dit onderzoek is gebeurd. Ten derde omdat in dit onderzoek niet alleen naar correlatiecoëfficiënten is gekeken, maar ook naar de verdeling van de scores in de spreidingsdiagrammen en naar de helling van de daartoe behorende kleinste-kwadratenlijn, wat zoals beschreven meer informatie oplevert (zie figuur 1).

Het is ook belangrijk te benadrukken dat conclusies en suggesties gevonden of gegeven in dit onderzoek alleen geldig zijn voor de in het methodengedeelte beschreven Nederlandse setting en voor de door de instrumenten gemeten constructen. Ook moet er rekening mee worden gehouden dat de betrouwbaarheid van de gebruikte instrumenten in deze studie weliswaar is aangetoond maar dat de validiteit alleen bij de originele Engelse meetinstrumenten is gedemonstreerd. Daar de instrumenten door ervaren wetenschappers zijn vertaald en inmiddels ook veel zijn gebruikt hoeft dit niet per se als probleem te worden gezien.

Binnen het kader van methodologische beperkingen dient ook het resultaat aandacht te krijgen dat bij patiënten niet significant meer VRAG schaamte is gevonden dan bij studenten. Misschien kan in dit verband een stelling van Averill et al. (2002) worden gezien. Ze zeggen dat het problematisch kan zijn de TOSCA in een psychiatrische populatie af te nemen. De redenen zijn dat bijna de helft van de hypothetische VRAG scenario's betrekking hebben op werksituaties en vele patiënten in het onderzoek van Averill et al. werkloos waren. Daar wil ik graag aan toevoegen dat ook studenten vaak op zijn best een studentenbaan hebben. Maar misschien kunnen studenten zich beter in werkscenario's inleven dan patiënten. Een reden zou kunnen zijn dat werksituaties soms lijken op situaties die studenten tijdens hun studie tegenkomen (bijv. 11. VRAG scenario: "Je hebt samen met een aantal collega's hard aan een project gewerkt. Jouw baas geeft alleen aan jou een extraatje omdat het project zo'n succes was"). Hier kan echter niets worden gezegd over de vraag of dit een asymmetrisch effect op de twee sample zou kunnen hebben en zo een vergelijking tussen de samples zou bemoeilijken. Een van de redenen hiervoor is dat niet bekend is hoeveel van de patiënten en de studenten geen werk hebben. Misschien is het in dit verband ook zinvol de opleidingsvariabele nader te bezien, omdat de mogelijkheid bestaat dat hoogopgeleiden zich anders in de scenario's inleven of in de scenario's systematisch meer of minder schaamte voelen.

Maar omdat de TOSCA-3 (Engelse origineelversie van de VRAG) een van de meest gebruikte en erkende instrumenten bij schaamteonderzoek is (Andrews, 1998; Gilbert, 2000; Tangney & Dearing, 2002) wordt de beschreven problematiek niet als

te bepalend geacht.

Zoals beschreven kunnen methodologische problemen vooral optreden door derde variabelen die niet constant kunnen worden gehouden (bijv. leeftijd, nationaliteit, sociaal-economische status), zodat ze de correlaties in de twee samples ongelijk kunnen beïnvloeden. Deze mogelijke invloed wordt nog een keer aan de hand van de leeftijdsvariabele besproken (studenten $\bar{x} = 22$; patiënten $\bar{x} = 30$). Larsen en Buss (2002, chap.11) stellen bijvoorbeeld dat de persoonlijkheid tijdens de ontwikkeling van adolescentie tot volwassenheid kan veranderen, inbegrepen het voor schaamte belangrijke aspect zelfrespect (self-esteem). Dit kan theoretisch de correlatiecoëfficiënten in de samples ongelijk beïnvloeden.

Verder kan de variabele leeftijd op theoretisch niveau misschien zelfs verklaren waarom de correlatiecoëfficiënt van lichamelijke ESS schaamte en angst in het patiëntensample iets minder groot en daarmee op een lager niveau significant is. Zo stelt Erikson (1995) dat jonge volwassenen de levensfase “intimiteit versus isolatie” doorlopen. Het is mogelijk dat in deze fase lichamelijke schaamte sterk met de essentiële wens naar intimiteit in conflict komt en daarom sterker met angst in verband staat dan bij volwassenen, die volgens Erikson een andere levensfase doorlopen, namelijk de fase “generativiteit versus stagnatie”, waarbij meer centraal staat of iemand iets geschapen heeft waar hij echt waarde aan hecht. Erikson stelt dat dit vaak de carrière is. In de patiëntenpopulatie is de correlatie tussen gedragsmatige schaamte (iets fouts doen, fouts zeggen en competitief falen) en angst duidelijk groter dan in de studentenpopulatie. Misschien is het bij volwassenen meer de gedragsmatige schaamte die bedreigt waar men waarde aan hecht en bij jonge volwassenen meer de lichamelijke. Maar in het geheel wordt ook hier niet geacht dat dit de resultaten relevant vertekent, o.a. omdat geen correlatiecoëfficiënt kleiner dan .37 is, ze zich ten opzichte van de grootte van hun pendanten niet sterk onderscheiden en omdat Gilbert (2000) er in het geheel geen rekening mee heeft gehouden, hoewel het leeftijdsverschil tussen de samples in zijn onderzoek duidelijk groter is.

8.3 Suggesties voor verder onderzoek

Dit onderzoek had als hoofdvraag of de beschreven implicaties voor de behandeling van patiënten, die op onderzoek in studentenpopulaties berusten, gehandhaafd kunnen worden. Daarbij heeft dit onderzoek zich beperkt tot schaamte en de twee psychopathologische symptomen angst en interpersoonlijke sensitiviteit. Maar implicaties zijn ook vaak voor de andere psychopathologische symptomen gegeven die door de SCL-90 worden gemeten (Tangney et al., 1995; Tangney & Dearing, 2002). Daarom zou het interessant zijn in soortgelijk onderzoek na te gaan of ook deze implicaties handhaafbaar zijn.

Verder zou het zinvol zijn soortgelijk onderzoek uit te voeren en daarbij meer aspecten van een sociale fobie te bekijken, zoals bijvoorbeeld Lutwak en Ferrari (1997) hebben gedaan. Ze hebben via drie vragenlijsten interpersoonlijke angst, sociale vermijding en angst voor negatieve evaluaties gemeten.

Ook zou het interessant zijn resultaten te bezien die met de net besproken methodologische problemen rekening houden. Bijvoorbeeld als door matching de samples vergelijkbaar worden gemaakt voor leeftijd, nationaliteit en sociaal-economische status.

Het zou ook interessant zijn onderzoek te doen naar de vraag of in een patiëntenpopulatie niet significant meer interne schaamte wordt gevonden als daar direct naar wordt gevraagd. Dus als interne als bewuste schaamte worden gemeten in

plaats van interne en onbewuste (VRAG). Verder zou het informatief zijn empirisch te onderzoeken of bijvoorbeeld het oefenen van een meer adaptief affectmanagement er daadwerkelijk toe leidt dat interne schaamte bij patiënten minder sterk met angst en interpersoonlijke sensitiviteit vergezeld gaat.

Literatuur

- Allison, P. D. (2002). *Missing data*. London: Sage Publications.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B. (1998). Methodological and definitional issues in shame research. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* (pp. 39-54). New York: Oxford University Press.
- 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(Pt 1), 29-42.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). Klachtenlijst (SCL-90). (Vertaling van: L. R. Derogatis, 1975. Symptom Checklist 90). Lisse.
- Averill, P. M., Diefenbach, G. J., Stanley, M. A., Breckenridge, J. K., & Lusby, B. (2002). Assessment of shame and guilt in a psychiatric sample: A comparison of two measures. *Personality and Individual Differences*, 32, 1365-1376.
- Baneke, J. J. (2003a). Ervaringen met Schaamte Schaal. (Vertaling van: Andrews e.a., 2003. Experiences with Shame Scale). Enschede.
- Baneke, J. J. (2003b). Schaamte, conflict en gezondheid [Shame, conflict and health]. *De Psycholoog*, 38, 298-303.
- Baneke, J. J. (2003c). Vragenlijst Reacties op Alledaagse Gebeurtenissen. (Vertaling van: Tangney e.a., 2002. Test of Self Conscious Affect). Enschede.
- Baneke, J. J. (2005). Dialogical shame, conflict and self in personal narratives. In P. K. Oles & H. J. M. Hermans (Eds.), *The dialogical self: Theory and research* (pp. 245-255). Lublin: Wydawnictwo.
- Baneke, J. J. (2006). Signaalschaamte, afgeweerde schaamte en geweld. In T. I. Oei & M. S. Groenhijsen (Eds.), *Capita selecta van de forensische psychiatrie anno 2006* (pp. 15-37). Deventer: Kluwer.
- Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 25-63). New York: Guilford Publications.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Vol. 1, attachment* (2d ed.). New York: Basic Books.
- Clark, D. M., & Wells, A. A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. New York: Basic Books.
- Curtis, R. C., Kimball, A., & Stroup, E. L. (2004). Understanding and treating social phobia. *Journal of Counseling & Development*, 82, 3-9.
- Davidson, R. J., & van Reekum, C. M. (2005). Emotion is not one thing. *Psychological Inquiry*, 16, 16-18.

- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Dickerson, S. S., Kemeny, M. E., Aziz, N., Kim, K. H., & Fahey, J. L. (2004). Immunological effects of induced shame and guilt. *Psychosomatic Medicine*, 66, 124-131.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Elison, J. (2005). Shame and guilt: A hundred years of apples and oranges. *New Ideas in Psychology*, 23, 5-32.
- Erikson, E. H. (1995). *Childhood and Society*. London: Vintage.
- Fahlen, T. (1996). Core symptom pattern of social phobia. *Depress Anxiety*, 4, 223-232.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H.-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*.
- Fischer, K. W., & Tangney, J. P. (1995). Self-conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 3-22). New York: Guilford Press.
- Franke, G. (1995). *Die symptom-checkliste von Derogatis -Deutsche version- manual*. Goettingen: Beltz Test.
- Freud, S. (2000). *Three essays on the theory of sexuality*. New York: Basic Books.
- Gabbard, G. O. (1992). Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56(2 Suppl A), A3-13.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to social put-down: Its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*.
- Greenwald, D. f., & Harder, D. W. (1998). Domains of shame. Evolutionary, cultural, and psychotherapeutic aspects. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 225-245). New York: Oxford University Press.
- Harder, D. W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 368-392). New York: Guilford.
- Harder, D. W., Cutler, L., & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 584-604.
- Harder, D. W., & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55, 729-745.

- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. D. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Hoffmann, S. O. (2002). Die Psychodynamik der Sozialen Phobien: Eine Übersicht mit einem ersen 'Leitfaden' zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis*, 18, 51-71.
- Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, 769-797.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychol Rev*, 99, 561-565.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III--R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Krause, R. (2002). Affekte und Gefühle aus psychoanalytischer Sicht *Psychotherapie im Dialog. Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie*(2), 120-126.
- Lampe, L. A. (2002). Social phobia: Common, disabling and treatable. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 169-175.
- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2002). *Personality psychology: domains of knowledge about human nature*. New York: McGraw-Hill. .
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Personality Assessment*, 47, 66-75.
- Leibig, B. (1998). Aspekte der Scham in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 26-31.
- Lewis, H. B. (1985a). The role of shame in depression over the life span. In H. B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 29-50). New York: Lawrence Erlbaum.
- Lewis, H. B. (1985b). Shame – The sleeper in psychopathology. In H. B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 1-28). New York: Erlbaum.
- Lewis, M. (1995). Embarrassment: The emotion of self-exposure and evaluation. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride* (pp. 198-218). New York: Guilford Publications.
- Lutwak, N., & Ferrari, J. (1997). Shame-related social anxiety: Replicating a link with various social interaction measures. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 10, 335-340.
- Marks, S. (2005). Von der Beschämung zur Anerkennung. *Bildung & Wissenschaft*, 10, 6-13.
- Mascolo, M. F., & Fischer, K. W. (1995). Developmental transformations in appraisals for pride, shame, and guilt. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* New York: Guilford.
- Moore, D. S., & McCabe, G. P. (2001). *Statistiek in de praktijk*. Den Haag: Academic service.

- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride. Affect, sex, and the birth of the self*. New York: W.W. Norton & Company.
- Okano, K. (1994). Shame and social phobia: A transcultural viewpoint. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 1-12.
- Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions. *Psychological Review*, 97, 315-331.
- Piers, G., & Singer, M. B. (1971). *Shame and guilt*. New York: Norton.
- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience: Vol. 1. Theories of emotion* (pp. 3-33). New York: Academic.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Retzinger, S. M. (1998). Shame in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* New York: Oxford University Press.
- Sabini, J., & Silver, M. (2005). Why emotion names and experiences don't neatly pair. *Psychological Inquiry*, 16, 1-10.
- Scheff, T. J. (1998). Shame in the labeling of mental illness. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 191-205). Oxford: Oxford University Press.
- Scheff, T. J. (2000). Shame and the social bond: A sociological theory. *Sociological Theory* 18, 84-99.
- Scheidt, C. E., & Waller, E. (2005). Angststörungen und Bindungsforschung. *PiD - Psychotherapie im dialog*, 6, 362-369.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychol Bull*, 92, 641-669.
- Seidler, G. H. (2001). Phänomenologische und psychodynamische Aspekte von Scham- und Neidaffekten. *Psyche*, 55, 43-62.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depress Anxiety*, 23, 51-61.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: development of the self-conscious affect and attribution Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 102-111.
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A., & Wagner, P. E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343-367). New York: Guilford.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Mashek, D., & Stuewig, J. (2005). Shame, guilt and embarrassment: Will the real emotion please stand up? *Psychological Inquiry*, 16, 44-48.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256-1269.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 669-675.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.
- Tisseron, S. (2000). *Phänomen Scham*. München: Reinhardt.

- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry, 15*, 103-125.
- Uhlenhuth, E. H., McCarty, T., Paine, S., & Warner, T. (1999). The revised Anxious Thoughts and Tendencies (AT&T) scale: A general measure of anxiety-prone cognitive style. *Journal of Affective Disorders, 52*, 51-58.
- Wittchen, H. U., Bullinger-Naber, M., Dorfmueller, M., Hand, I., Kasper, S., Katschnig, H., et al. (1995). *Angst, Angsterkrankungen, Behandlungsmoeglichkeiten*. Basel: Karger.
- Wurmser, L. (1990). *Die Maske der Scham*. Berlin: Springer.
- Wurmser, L. (2000). Magic transformation and tragic transformation - Splitting of ego and superego in severely traumatized patients. *Clinical Social Work Journal, 28*, 385-402.
- Wurmser, L. (2003). "Abyss calls out to abyss": Oedipal shame, invisibility, and broken identity. *The American Journal of Psychoanalysis, 63*, 299-316.
- Zerbe, K. J. (1994). Uncharted waters: Psychodynamic considerations in the diagnosis and treatment of social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic, 58*(2 Suppl A), A3-20.