

< [Vorige pagina](https://www-1tijdschriftvoorpsychotherapie-1nl-14d8uitib4c3e.hanhosting.vakliteratuur.info/archief/) (https://www-1tijdschriftvoorpsychotherapie-1nl-14d8uitib4c3e.hanhosting.vakliteratuur.info/archief/)

Schaamte in de naoorlogse generatie: een exploratief onderzoek bij cliënten met tweedegeneratieproblematiek

Jaargang 2021, uitgave 4

Dirk Wepster, Niels van der Aa, Josefien Mooij

Samenvatting

Schaamte is, in maatschappij, cultuur én wetenschap, geleidelijk erkend als een sturende emotie, vaak gerelateerd aan geweld. In een specialistisch centrum voor diagnostiek en behandeling van complexe psychotraumaklachten worden cliënten uit de naoorlogse generatie (*nog*) onderzocht. Schaamte, specifiek als een gevolg van oorlog wordt aan de hand van casuïstiek en literatuur besproken. Centraal in dit artikel staat de vraag naar empirisch bewijs voor schaamte in de *nog*. Een groep *nog* is gedurende een meerjarige dagbehandeling op schaamte-ervaringen onderzocht en vergeleken met relevante normgroepen. De onderzoeksgroep toonde overmatige schaamte-ervaringen. Schaamte-ervaringen werden na behandeling minder gerapporteerd, maar bleven klinisch relevant. Afname in ernst van de psychische klachten kwam vaker voor bij cliënten met verminderde schaamte-ervaringen. Een hard verband tussen aanwezige schaamte en behandelresultaat is echter vooralsnog niet significant aangetoond. Empirisch vervolgonderzoek naar schaamte in transgenerationale processen wordt aanbevolen. Ook wordt aandacht voor schaamte bepleit bij monitoring van traumabehandeling.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

1. heeft u inzicht in diverse facetten van de emotie schaamte;
2. heeft u inzicht hoe schaamte een rol speelt bij kinderen van oorlogsgetroffenen;
3. weet u hoe schaamte geoperationaliseerd kan worden;
4. heeft u inzicht in de samenhang van ervaren schaamte en therapieresultaat (afname van klachten).

Inleiding

De afgelopen decennia is de belangstelling voor schaamte toegenomen onder onderzoekers en behandelaars in de ggz. Over schaamte is echter vooral theoretisch geschreven. Empirische studies over schaamte zijn schaars. Voor zover er theoretisch is geschreven over schaamte binnen families die tijdens de Tweede Wereldoorlog door vervolging of systematisch geweld werden getroffen, beperkt die literatuur zich vooral tot de groep van de eerste generatie: de rechtstreeks getraumatiseerden. Het thema schaamte is bij de kinderen van oorlogsgetroffenen, de tweede generatie, al helemaal onontgonnen terrein. Als behandelaars van cliënten met tweedegeneratieproblematiek trok het thema onze belangstelling door de volgende terugkerende klinische observatie:

Op vragen aan cliënten van de naoorlogse generatie (kinderen van oorlogsgetroffenen) als 'Wat zijn op dit moment je behoeftes en verlangens?' volgen opvallend vaak stiltes. Voor velen van hen lijkt beantwoording lastig, pijnlijk, soms onmogelijk. Het lijkt alsof schaamte opkomt wanneer deze vragen worden gesteld. Behandelaars krijgen al snel het gevoel dat het ongepast is om zelfs een dergelijke vraag ook maar te opperen. We vermoeden een structureel probleem. Men lijkt zichzelf geleerd te hebben onzichtbaar te zijn, onder de radar te blijven en niet op te vallen. Gevolg lijkt vaak een vervreemding van een bestaan met een eigen identiteit. Men lijkt zich te schamen voor het eigen bestaan.

Is deze vervreemding mogelijk een indirect gevolg van een door de eerste oorlogsgeneratie geloofde schaamte, die overgedragen wordt naar de tweede? Kan deze overdracht zijn ontstaan in hun interacties om sociale pijn te vermijden in het besef van het menselijk tekort in en na de Tweede Wereldoorlog, zoals Schreuder (1990) die onder meer in *De conspiracy of silence* en de kinderen van de oorlog uiteenzette? "Niet alleen werd de ellende van de oorlog verzwegen, met het doel zo snel mogelijk te vergeten en te doen vergeten, maar ook werden de gevolgen van die ellende verzwegen" (p. 4).

Epstein (1979) legde als een van de eersten het verband tussen de naoorlogse psychische problemen van de eerste- en die van de tweedegeneratie-oorlogsslachtoffers uit wo2. Zij veronderstelde overdracht van specifieke problemen in de opvoedingsprocessen van de tweede generatie.

Van Ravesteijn (1983) concludeerde: "Dat zij er weet van hebben dat het concentratiekamp mensenwerk is. Dat de ene mens de andere mens onontkoombaar en onherstelbaar kan verwonden. Zij schamen zich voor deze kennis die de wereld onheilspellend maakt. Het zijn deze twee gemoedsbewegingen, die de gesteldheid van de tweede generatie bepalen" (pp. 11,12).

Wij spreken doelbewust over tweedegeneratieproblematiek, en niet over een tweedegeneratiesyndroom. De hieronder beschreven publicaties hebben ons geleerd dat het niet geoorloofd en zinvol is om kinderen van oorlogsgetroffenen met psychische problemen onder te brengen in een afzonderlijke diagnostische categorie.

Schreuder en anderen (1993) melden op basis van literatuuronderzoek dat de psychotraumatisering niet leidt tot een specifiek klachtenpatroon bij hun kinderen. Zij specificeren: "Bij de kinderen van in de Tweede Wereldoorlog getraumatiseerde ouders kunnen zich wel psychiatrische symptomen ontwikkelen die het gevolg zouden kunnen zijn van specifieke factoren in de interactie tussen henzelf en hun getraumatiseerde ouders" (p. 238).

Hafkenscheid (2005) komt tot soortgelijke bevindingen: "Bij kinderen van oorlogsslachtoffers is geen sprake van een rechtstreeks overgedragen 'oorlogssyndroom' maar van ontwikkelingsinterferenties, in het bijzonder op het gebied van de emotionele hechting en de separatie-individueel" (p. 8).

Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg en Sagi-Schwartz (2003) komen op basis van meta-analyses van studies met kinderen van Holocaust-overlevenden zonder psychopathologie eveneens tot de conclusie dat een specifiek patroon van secundaire traumatisering niet kan worden aangetoond.

In meerdere internationale studies (Felsen, 1998; Kellermann, 2001; Solomon, 1998) komt men tot de conclusie dat in het algemeen onder nazaten van oorlogsoverlevenden kwantitatief niet meer signalen van mentale gezondheidsproblemen konden worden vastgesteld ten opzichte van 'gewone nazaten'.

Dashorst en anderen (2019) constateren recent dat de zojuist aangehaalde auteurs "...overigens hieromtrent wel het bestaan erkennen van een groep nazaten die psychopathologische symptomen manifesteerden. Symptomen die direct of indirect te verbinden waren met de ervaringen en oorlogsgelateerde psychopathologie van hun ouders en/of met de impact van het opgroeien in een Holocaust familie" (p. 3).

Zij concluderen op grond van hun review dat bij vergelijking van kinderen opgegroeid in Holocaust-families ten opzichte van 'gewone' families, de nazaten van overlevers meer levenslange symptomen van angststoornissen en depressie in zich meedragen, evenals "symptomen van een lagere zelfachting en moeilijkheden in het interpersoonlijk verkeer" en 'moeilijkheden in de agressie-regulatie en een hogere kwetsbaarheid voor psychologische pijn" (pp. 10-11).

Alhoewel er geen empirische ondersteuning kan worden gevonden voor een vast patroon van transgeneratiele overdracht van psychopathologie van de eerste naar de tweede generatie, is de kans dat kinderen van oorlogsgetroffenen in de omgang met hun emoties problematiek van hun ouders overnemen groot. Dit is mogelijk ook voor schaamte het geval, wetende dat verschillende ernstig getraumatiseerde auteurs van de eerste generatie over schaamte als centrale emotie hebben geschreven.

De psychiaters en ervaringsdeskundigen Tas (overlever van concentratiekamp Bergen-Belsen) en Kaas (overlever van concentratiekamp Buchenwald) publiceren over schaamte in verband met hun oorlogservaringen. Tas (1993) schrijft: "Het besef te horen bij een groep die straffeloos kon worden vernederd en mishandeld, is natuurlijk schaamteverwekkend" (p. 37).

Kaas (1990) schrijft over zichzelf: "Ook ik schaam me. Nu plotseling voel ik het duidelijk. En als ik probeer eerlijk te zijn en mijn gedachten niet te ontvluchten, weet ik dat ik me schaam voor hen die hier (Buchenwald, toevoeging auteur) omkwamen, voor Ernst en Jan, voor Erik en Kees en zovele anderen" (p. 9).

Het is de toen 27-jarige Levi die als Auschwitz-overlevende schaamte op indringende wijze introduceert in de internationale literaire wereld als relevante emotie van kampoverlevende. De eerste publicatie van zijn *Is dit een mens?* in 1947 werd nauwelijks opgemerkt. Vogelaar (2006) beschrijft dat Levi pas in de jaren 80 en 90 van de vorige eeuw is gelezen. Tegenwoordig wordt zijn getuigenis echter beschouwd als een meesterwerk, dat inmiddels aan de 22e druk toe is.

Alvorens wij verslag doen van ons onderzoek naar schaamte bij cliënten van de naoorlogse generatie (kinderen van oorlogsslachtoffers) is het nodig om het concept nader theoretisch en klinisch te definiëren, meer in het algemeen en meer specifiek in relatie tot de late gevolgen van de Tweede Wereldoorlog.

Schaamte ontstaat onder meer door interacties in de belangrijke ontwikkelingsfase van autonomieverwerving en onthechting (Erikson, 1966). In dit artikel richten wij ons tot interpersoonlijke schaamte die vooral voortkomt uit de bepalende impact van herbelevingen, als indringend en voortdurend gevolg van de blik van de Ander. Deze interpersoonlijke schaamte speelt in onze klinische ervaring met psychotraumatisering een opvallende rol en wordt ook door Tas (1993) als veel voorkomende 'misvorming' bij oorlogsgetroffenen benoemd. Hij crediteert Lewis, de founding mother van de schaamte na de Tweede Wereldoorlog hieromtrent nadrukkelijk: "Lewis heeft veel relevants opgemerkt over de relatie tussen het 'zelf' en de Ander – of de anderen – zoals die in het schaamte beleven voelbaar wordt. Er vindt in het [emotionele en interactionele] veld ook een soort verschuiving plaats, waardoor het zelf zich gevoelsmatig verplaatst in, identificeert met, de Ander: het gaat verachtend meekijken naar zichzelf." (p. 58).

Tas haalt dit in zijn artikel aan als toelichting bij de vraag die zijn vader, hij zelf (beiden arts) en zijn oom Hans zich stelden, over het waarom van het zwijgen over wat hen overkomen was van de gevluchte Duitse Joden na de Kristallnacht in 1938. Zijn (wereldse) oom Hans opperde nuchter: "Ze schamen zich omdat ze slecht zijn behandeld" (Tas, 1993, p. 37). Tas ziet daarin de kern van schaamte.

Scheff en Retzinger (2000) maken in hun gehele werk hard dat schaamte zelf de master emotion is. Ons emotionele leven van alledag wordt door schaamte bepaald en aangestuurd. Schaamte is allereerst een sleutelcomponent van het geweten, ten tweede signaleert schaamte problemen in een relatie en ten derde speelt schaamte een centrale rol in het reguleren van de expressie, en inderdaad, het bewustzijn van alle van onze andere emoties.

Als typisch voorbeeld van schaamte in relatie tot directe oorlogstraumatisering kan het volgende dienen. In de jaren tachtig van de vorige eeuw vertelde een joodse vrouw, puber in Bergen Belsen in 1945, in een therapie sessie in Centrum '45 over de herinnering aan haar zinloze en doelloze gang die ze met haar lotgenoten in vierkanten maakten tijdens een strafexercitie. Ze herinnerde zich de onverholven minachting en haat in de ogen van de Duitsers. Ze schaamde zich diep bij deze zelfonthulling. Lewis (1987) zegt over deze dynamiek: "Schaamte is een negatieve ervaring van het eigen bestaan, – het is een implosie of plotselinge desintegratie van 'het zelf' in een heftige opwelling van zelfverachting" (vertaling door de eerste auteur).

Genoemde cliënte identificeerde zichzelf te langdurig met die Duitse blik. Dit typische (schaamte-)fenomeen wordt ook wel identificatie met de agressor genoemd. Het doorleven van de herbeleefde schaamte bracht haar opluchting en bevrijding.

Als kenmerkend voorbeeld van transgeneratiele traumatisering mag een deel van de navolgende casus dienen.

Een *nog*-cliënt, die rond 1957 een jongen van tien jaar oud was, verbrak na vijftig jaar zijn zwijgen met het volgende verhaal. Hij was gaan spelen en daarbij vergeten om de geiten te eten te geven, zoals zijn vader hem had opgedragen. Deze vader had zichzelf in Japanse gevangenschap onder andere bij de Pakan Baroe-spoorweg op Sumatra kadaverdiscipline eigengemaakt en wilde als opvoeder dit voor hem zo nuttige overlevingsgedrag ook zijn kind bijbrengen. Geobserveerd falen bewerkstelligde beschamende bestraffing, voor hem het zinnebeeld van zijn ervaring met de Japanse bewaking. Daarom werd het geliefde huisdier van de jongen voor diens ogen naar gene zijde geholpen, als harde straf voor het falen in gehoorzaamheid. Hem werd als zoon daarop geen reactie toegestaan. Hij durfde zijn ongenoegen niet te uiten, maar hij keek vanuit de ogen van zijn vader naar zichzelf in minachting, zo vertelde de cliënt. Hij identificeerde zich met het oordeel van vader.

Als gevolg van op dergelijke wijze geïmplanteerde taboes op het uiten van gevoelens geraakte bij de zoon, analoog aan de vader, het uiten en beleven van de speelimpuls sterk onderdrukt. Schaamtevrees noopte hem sindsdien tot volledige aanpassing en hij vermeed in zijn verdere leven continu het object van observatie te worden.

Was het dankzij deze overaanpassing voor de vader mogelijk gebleken om te overleven, tragisch werd het toen hij deze instelling na de oorlog nog in volle overtuiging aanhield. Het kwam binnen de spreekkamers van *arq* en Centrum '45 vaker voor dat in de oorlog gevormde copingstijlen in vreedstijd werden voortgezet door de overlevenden en ook als zodanig in de opvoeding doorgegeven werden aan de volgende generatie. Simpel gezegd kregen de laatsten het signaal zich aan te passen en zich te onthechten van elke impuls, en zich te schamen voor elke neiging tot het uiten van eigen gevoel, behoefte of zelfs gedachten.

Zoals de vader in het kamp verstomde bij het geweld, zo verstomde de zoon bij de moord op zijn huisdier en was de cirkel in de schaamte rond. In de therapie doorbrak hij deze en het verdriet dat hij vertellend voelde, bracht hem in meer waarachtig contact met zijn sociale omgeving.

Taylor (2015) merkt in zijn review over de invloed van schaamte op psychische problemen die samenhangen met traumatische ervaringen op: "dat pas in de vijfde editie van de *dsm* persisterende negatieve gemoedstoestanden zoals angst, afschuw, boosheid, schuldgevoelens of schaamte voor het eerst in de diagnostische criteria voor de posttraumatische stressstoornis zijn geïncorporeerd. Of, en hoe, deze emotionele toestanden het beloop van de stoornis zouden kunnen beïnvloeden is in de bestaande literatuur beperkt aan bod gekomen" (vertaling door de eerste auteur).

Schaamte wordt, zo vat Taylor (2015) samen, inmiddels beter onderkend dan tevoren, maar is klaarblijkelijk nog steeds niet specifiek onderzocht op zijn invloed op het beloop na het trauma. In ons onderzoek van de literatuur konden we geen empirische studies vinden waarin schaamte expliciet in verband wordt gebracht met de naoorlogse generatie. Wij zochten gedetailleerd naar kwantitatief empirisch onderzoek naar schaamte, de naoorlogse generatie en trauma via Google Scholar, PubMed en de *arq*-bibliotheek, die gespecialiseerd is in psychosociale gevolgen van schokkende gebeurtenissen.

In de rest van dit artikel rapporteren we een poging om dit verband empirisch te exploreren.

Onderzoek

Participanten en procedure

De participanten van dit onderzoek waren cliënten van *arq* Centrum'45 in Oegstgeest, naast het Sinaïcentrum, een van de twee landelijk expertisecentra op het gebied van oorlogstrauma. Sinds de jaren 80 van de vorige eeuw is hier een multimodale groepsdagbehandeling voor de naoorlogse generatie: de Joodse en Indische tweede generatie, kinderen van verzetsouders en kinderen van burgerslachtoffers uit de Tweede Wereldoorlog. Zij waren opgegroeid in een gezin waarin één of beide ouders door oorlogsgeweld was getraumatiseerd.

In het kader van deze studie is een groep cliënten in deze dagbehandeling gedurende een periode van anderhalf jaar onderzocht met als doel meer inzicht te krijgen in de mate van ervaren schaamte en de mogelijke invloed hiervan op het resultaat van de behandeling.

In het kader van routine outcome monitoring (*rom*) werd aan cliënten tijdens de intake en daarna eens per zes maanden een serie vragenlijsten voorgelegd, zodat zicht kon worden verkregen op het resultaat van de behandeling. In aanvulling op deze reguliere *rom*-metingen zijn er bij de deelnemende cliënten aan deze studie drie aanvullende metingen met tussenpozen van negen maanden over ervaren schaamte gedaan. In tegenstelling tot de reguliere *rom*-metingen vonden deze aanvullende metingen niet op vaste momenten tijdens de behandeling plaats, maar op drie ingelaste momenten in januari 2014, oktober 2014 en juli 2015. Omdat de startdatum van de dagbehandeling niet voor elke cliënt hetzelfde was, vonden de aanvullende metingen dus op willekeurige momenten in de behandeling van de cliënten plaats.

De totale steekproef bestond uit 31 cliënten die tijdens de looptijd van deze studie werden behandeld in de dagbehandeling voor de *nog*. Hun leeftijd varieerde tussen de 41 en 66 jaar met een gemiddelde leeftijd van 54,9 jaar (standaarddeviatie = 6,4). De steekproef bestond merendeels uit vrouwen (58,1%). Het grootste deel (79,3%) van de cliënten is in Nederland geboren. De overige cliënten (20,7%) zijn geboren in voormalig Nederlands-Indië. De meeste cliënten hadden een middelbaar (47,8%) of hoog (43,5%) opleidingsniveau en betaald werk (58,3%). De overige cliënten hadden een laag opleidingsniveau (8,7%) en geen betaald werk (41,7%); gepensioneerd, arbeidsongeschikt, geen werk, huisman of -vrouw. De duur van de behandeling varieerde tussen 25 en 109 maanden, met een gemiddelde van 44,8 maanden (standaarddeviatie = 20,2).

De onderzoeksvragen

Het onderzoek zocht antwoord op de volgende vragen.

- Hoe verhoudt de mate van ervaren schaamte van de onderzochte naoorlogse-generatiegroep zich tot een gezonde en een klinische referentiegroep?
- Neemt de mate van ervaren schaamte af in een periode van achttien maanden tijdens de dagbehandeling van deze naoorlogse generatiecliënten?
- Is er een relatie tussen de mate van ervaren schaamte en het resultaat van de behandeling op het gebied van psychische klachten?

Meetinstrumenten

De mate van ervaren schaamte is gemeten met de Nederlandse vertaling van de Ervaring met Schaamte Schaal (*ess*) (Baneke, 2003; Andrews, Qian & Valentine, 2002). De *ess* is een zelfrapportagevragenlijst waarbij respondenten wordt gevraagd op een vierpuntsschaal (1 = niet t/m 4 = heel erg) aan te geven in hoeverre zij bekend zijn met 25 uitingen van schaamte. De *ess* maakt onderscheid tussen drie verschillende dimensies van schaamte: schaamte omtrent gedrag (tien items, voorbeeld: Hebt u geprobeerd voor anderen te verbergen wat voor persoon u bent?), karakter (elf items, voorbeeld: Hebt u geprobeerd dingen te verbergen waarover u zich schaamt dat u die gedaan heeft?) en lichaam (vier items, voorbeeld: Hebt u zich zorgen gemaakt over wat anderen van u denken over hoe u eruitziet?). Een totaalscore, alsmede scores op de afzonderlijke dimensies van schaamte worden bepaald door de gemiddelde score te berekenen over de betreffende items.

Om een inschatting te maken van de mate van ervaren schaamte in deze groep hebben we de schaamtесcores in de huidige steekproef afgezet tegen een gezonde en een klinische populatie. Voor zowel de originele als Nederlandse versie van de *ess* zijn er in de wetenschappelijke literatuur echter geen normscores of afkapwaarden beschreven. Om de mate van ervaren schaamte op het gebied van schaamte in de *nog* toch in perspectief te kunnen plaatsen, zijn de schaalscores zoals verkregen met de *ess* in de huidige steekproef vergeleken met zowel een gezonde als een klinische referentiegroep, afkomstig uit de Nederlandse bevolking. Beide referentiegroepen zijn beschreven door Moeller (2007). De gezonde referentiegroep in die studie betrof een steekproef van tachtig tweede- en derdejaars bachelor- en masterstudenten en de klinische referentiegroep betrof een steekproef van tachtig cliënten die zijn verwezen naar een dagklinisch behandelprogramma (Moeller 2007).

De ernst van psychische klachten in het algemeen is gemeten met de Nederlandse vertaling van de brief symptom inventory (*bsi*) (De Beurs, 2011; Derogatis & Melisaratos, 1983). De *bsi* is een zelfrapportagevragenlijst waarbij respondenten wordt gevraagd op een vijfpuntsschaal (met 0 (= helemaal niet) als laagste antwoordalternatief en 4 (= heel veel) als hoogste) aan te geven hoeveel last zij gedurende de afgelopen week hebben gehad van 53 symptomen. Een score voor de ernst van psychische klachten in het algemeen wordt bepaald door de gemiddelde score over de 53 items te berekenen.

Resultaten

Allereerst is geïnventariseerd of de mate van ervaren schaamte bij deze groep *nog*-cliënten op het eerste meetmoment verschilt van de gezonde en klinische referentiegroepen.

Tabel 1 Gemiddelde scores op en standaarddeviaties van de verschillende schaamte-dimensies bij cliënten in de dagbehandeling voor NOG en voor de gezonde en klinische referentiegroep

	N	Gemiddelde (SD) NOG	Gemiddelde (SD) gezonde referentiegroep	tgezond	Gemiddelde (SD) klinische referentiegroep	tklinisch
Totaal	31	2,73 (0,68)	1,55 (0,38)	9,68*	2,43 (0,59)	2,45*
Karakter	31	2,70 (0,72)	1,48 (0,39)	9,45*	2,44 (0,61)	2,01*
Gedrag	31	2,83 (0,70)	1,63 (0,43)	9,48*	2,47 (0,74)	2,83*
Lichamelijk	31	2,59 (1,00)	1,62 (,64)	5,38*	2,31 (0,91)	1,55

NB. * $p < 0,05$ (eenzijdige overschrijdingskans); tgezond = one-sample t-toets voor het verschil in ervaren schaamte tussen de eerste meting en de gezonde referentiegroep; tklinisch = one-sample t-toets voor het verschil in ervaren schaamte tussen de eerste meting en de klinische referentiegroep.

Tabel 1 geeft de gemiddeldes en standaarddeviaties weer van de eerste meting van de ervaren schaamte in het algemeen (totaalscore), alsmede die op de dimensies karakter, gedrag en lichamelijk. De tabel maakt onderscheid tussen de steekproef van naoorlogse generatiecliënten, alsmede de gezonde en klinische referentiegroep. Met behulp van one-sample t-toetsen is getoetst of de mate van ervaren schaamte tijdens de eerste meting verschilt tussen de steekproef van naoorlogse generatiecliënten en de gezonde en klinische referentiegroep. De gemiddelde mate van ervaren schaamte op elk van de afzonderlijke dimensies is significant hoger bij de naoorlogse-generatiecliënten in vergelijking tot de gezonde referentiegroep. Tevens is de gemiddelde mate van ervaren schaamte op elk van de afzonderlijke dimensies – met uitzondering van lichamelijke schaamte – significant hoger bij de naoorlogse-generatiecliënten in vergelijking tot de klinische referentiegroep. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er bij de naoorlogse generatie cliënten gemiddeld genomen sprake is van een hoge mate van ervaren schaamte in vergelijking tot zowel een gezonde als een klinische populatie.

Vervolgens is onderzocht of de mate van ervaren schaamte is veranderd over een periode van achttien maanden tijdens de dagbehandeling van de *nog*-cliënten.

In tabel 2 staan de gemiddeldes en standaarddeviaties weergegeven van de eerste en laatste meting van ervaren schaamte. Met behulp van gepaarde t-toetsen is getoetst of de gemiddelde mate van ervaren schaamte verschilt tussen beide meetmomenten. Er is een significante afname in de gemiddelde mate van ervaren schaamte op elk van de afzonderlijke dimensies. De effectgrootte gaf een middelgrote afname in de mate van ervaren schaamte weer voor algemene schaamte en schaamte omtrent gedrag, en een kleine tot middelgrote afname van schaamte omtrent karakter en lichaam. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een afname in de mate van ervaren schaamte tijdens de dagbehandeling voor de *nog*-cliënten. Om inzicht te krijgen in de status van ervaren schaamte na een periode van achttien maanden tijdens de dagbehandeling voor onze cliënten is de ervaren schaamte tijdens de laatste meting vergeleken met beide referentiegroepen met behulp van one-sample t-toetsen. De gemiddelde mate van ervaren schaamte op elk van de afzonderlijke dimensies bleek significant hoger te zijn in vergelijking tot de gezonde referentiegroep. Er bleek geen significant verschil te bestaan tussen de gemiddelde mate van ervaren schaamte op elk van de afzonderlijke dimensies en de klinische referentiegroep. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er bij de laatste meting gemiddeld genomen weliswaar sprake is van een lagere mate van ervaren schaamte bij cliënten die deze dagbehandeling hadden gevolgd, maar dat er nog wel sprake is van een klinische mate van ervaren schaamte.

Tabel 2 Gemiddelde scores en standaarddeviaties van de eerste en laatste meting op het gebied van ervaren schaamte tijdens de dagbehandeling voor NOG-clients

	N	Eerste meting		Laatste meting		Verandering	Referentiegroepen		
		Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD		tverandering	Hedges' gav	tgezond
Totaal	24	2,66	0,72	2,25	0,80	4,02*	0,51	4,34*	-1,09
Karakter	24	2,61	0,78	2,26	0,83	2,62*	0,43	4,59*	-1,08
Gedrag	24	2,76	0,72	2,30	0,82	4,18*	0,59	3,90*	-1,09
Lichamelijk	24	2,54	1,01	2,17	0,96	3,07*	0,37	2,79*	-0,73

NB. * $p < 0,05$; tverandering = gepaarde t-toets voor het verschil in ervaren schaamte tussen de eerste en laatste meting; tgezond = one-sample t-toets voor het verschil in ervaren schaamte tussen de laatste meting en de gezonde referentiegroep; tklinisch = one-sample t-toets voor het verschil in ervaren schaamte tussen de laatste meting en de klinische referentiegroep; Hedges' gav: effect size Hedges' g gebaseerd op de gemiddelde standaarddeviatie over de eerste en laatste meting.

Met behulp van de reliable change index (*rci*), zoals beschreven door Jacobson en Truax (1991), is per individuele cliënt berekend of de mate van ervaren schaamte en de ernst van psychische klachten tussen de eerste en de laatste meting is afgenomen, toegenomen of onveranderd is gebleven. Reliable change verwijst naar een statistisch betrouwbare verandering, waarvan sprake is als het verschil tussen twee testscores, afkomstig van twee meetmomenten, groter is dan de meetfout van het meetinstrument waarmee de testscores zijn verkregen (Jacobson & Truax, 1991).

Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal cliënten waarvan de mate van ervaren schaamte is afgenomen, toegenomen of onveranderd is gebleven (gebaseerd op de *rci*) tussen de eerste en laatste meting. Voor elk van de categorieën is tevens het gemiddelde en de standaarddeviatie weergegeven. Bij de meeste cliënten in de dagbehandeling bleef de mate van ervaren schaamte gelijk tussen de eerste en laatste meting. Dit geldt voor elk van de afzonderlijke dimensies. Dat wil zeggen dat de gevonden afname van de schaamte-ervaringen op groepsniveau afkomstig is van slechts een klein aantal deelnemers.

Ten slotte is onderzocht of er in de data aanwijzingen te vinden zijn voor een relatie tussen ervaren schaamte en het resultaat van de behandeling. Daartoe is het beloop van de ernst van psychische klachten over een periode van achttien maanden vergeleken tussen cliënten die een statistisch betrouwbare afname in de mate van ervaren schaamte rapporteerden en cliënten die geen statistisch betrouwbare afname rapporteerden.

Tabel 3 Aantal cliënten waarvan de mate van ervaren schaamte is afgenomen, toegenomen of onveranderd is gebleven tussen de eerste (T1) en de laatste meting (T2), in combinatie met de gemiddeldes en standaarddeviaties op het gebied van ervaren schaamte op beide metingen

	Ervaren schaamte afgenomen			Ervaren schaamte onveranderd			Ervaren schaamte toegenomen				
	n	Gemidd. (SD)	Gemidd. (SD)	n	%	Gemidd. (SD)	Gemidd. (SD)	n	%	Gemidd. (SD)	Gemidd. (SD)
	T1	T2	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Totaal	5 20,8	2,70 (0,52)	1,59 (0,27)	19 79,2	2,64 (0,77)	2,43 (0,80)		0 0,0	--	--	
Karakter	4 16,7	2,83 (0,50)	1,64 (0,28)	18 75,0	2,70 (0,73)	2,39 (0,84)		2 8,3	1,88 (0,91)	2,26 (0,59)	
Gedrag	5 20,8	2,66 (0,55)	1,57 (0,27)	19 79,2	2,65 (0,77)	2,43 (0,79)		0 0,0	--	--	
Lichamelijk	5 20,8	2,80 (0,67)	2,18 (0,78)	19 19,2	2,62 (0,74)	2,27 (0,82)		0 0,0	--	--	

In de linkerhelft van tabel 4 staan de gemiddelde scores en standaarddeviaties met betrekking tot psychische klachten (zoals gemeten met de *bsi*) afkomstig van de eerste en tweede meting, alsmede de verschillen tussen de eerste en tweede meting. De gemiddelde scores en standaarddeviaties zijn uitgesplitst naar cliënten die een statistisch betrouwbare afname in de mate van ervaren schaamte rapporteerden en cliënten die geen statistisch betrouwbare afname rapporteerden. Op elk van de afzonderlijke dimensies van schaamte is er sprake van een lagere (negatieve) waarde van de gemiddelde verschillen op het gebied van de ernst van psychische klachten bij cliënten die een statistisch betrouwbare afname in ervaren schaamte rapporteerden, in vergelijking tot de cliënten die geen statistisch betrouwbare afname rapporteerden. Dit suggereert dat de ernst van psychische klachten sterker afneemt bij cliënten die tijdens de behandeling een afname in de mate van schaamte ervaren in vergelijking tot cliënten die geen afname in de mate van schaamte ervaren.

In de rechterhelft van tabel 4 staat een overzicht van het aantal cliënten waarvan de ernst van psychische klachten is afgenomen, toegenomen of onveranderd is gebleven tussen de eerste en laatste meting. Dit overzicht is wederom uitgesplitst naar cliënten die een statistisch betrouwbare afname in de ervaren schaamte rapporteerden en cliënten die geen statistisch betrouwbare afname rapporteerden. Op elk van de afzonderlijke dimensies van schaamte is te zien dat cliënten die een statistisch betrouwbare afname in ervaren schaamte rapporteerden relatief vaker een statistisch betrouwbare afname in de ernst van psychische klachten rapporteerden in vergelijking tot cliënten die geen statistisch betrouwbare afname in ervaren schaamte rapporteerden. Dit suggereert dat een afname in de ernst van psychische klachten relatief vaker optreedt bij cliënten die een afname in de mate van schaamte ervaren in vergelijking tot cliënten die geen afname in de mate van schaamte ervaren.

Bij de resultaten in tabel 4 is het belangrijk om in acht te nemen dat de vergelijking tussen de groepen cliënten die wel en geen statistisch betrouwbare afname in de mate van ervaren schaamte rapporteerden, gebaseerd is op een zeer klein aantal cliënten. Om deze reden is ervoor gekozen om de mogelijke relatie tussen de mate van ervaren schaamte en het resultaat van de behandeling op het gebied van psychische klachten niet statistisch te toetsen, maar uitsluitend te beschrijven.

Tabel 4 Gemiddelde scores en standaarddeviaties op het gebied van psychopathologie, alsmede het aantal cliënten waarvan de ernst van psychische klachten is afgenomen, toegenomen of onveranderd is gebleven tussen de eerste en laatste meting voor de totale steekproef en uitgesplitst naar cliënten waarvan de mate van ervaren schaamte is afgenomen versus niet is afgenomen

	Eerste meting (T1)	Laatste meting (T2)	Verschil score (T2 - T1)	Psychische klachten afgenomen		Psychische klachten onveranderd		Psychische klachten toegenomen		
				n	%	n	%	n	%	
	Gemidd.	Gemidd.	Gemidd.							
	SD	SD	SD							
Totale steekproef										
Psychopathologie	24	1,19	0,92	-0,27	6	25,0	18	75,0	0	0,0
SD		0,72	0,87	0,50						
Totale mate van ervaren schaamte										
Afname	5	1,06	0,44	-0,62	3	60,0	2	40,0	0	0,0
SD		0,46	0,34	0,50						
Geen afname	19	1,23	1,05	-0,18	3	15,8	16	84,2	0	0,0
SD		0,78	0,93	0,47						
Schaamte omtrent karakter										

Afname	4	1,03	0,42	-0,61	2	50,0	2	50,0	0	0,0
SD		0,53	0,39	0,58						
Geen afname	20	1,23	1,02	-0,20	4	20,0	16	80,0	0	0,0
SD		0,76	0,91	0,47						
Schaamte omtrent gedrag										
Afname	5	1,14	0,46	-0,68	3	60,0	2	40,0	0	0,0
SD		0,30	0,33	0,42						
Geen afname	19	1,21	1,04	-0,17	3	15,8	16	84,2	0	0,0
SD		0,81	0,93	0,47						
Lichamelijke schaamte										
Afname	5	1,28	0,83	-0,46	2	40,0	3	60,0	0	0,0
SD		0,56	0,70	0,44						
Geen afname	19	1,17	0,95	-0,22	4	21,1	15	78,9	0	0,0
SD		0,77	0,92	0,52						

Aan de beschrijving van de resultaten in tabel 4 kunnen dus geen harde conclusies verbonden worden; het betreft een beschrijving die een eerste indicatie geeft van een mogelijke relatie tussen de mate van ervaren schaamte en het resultaat van de behandeling op het gebied van psychische klachten.

Discussie

Allereerst kan worden geconcludeerd dat er bij de onderzochte groep cliënten van de naoorlogse generatie schaamte aanwezig is. Gemiddeld genomen is er sprake van een hoge mate van ervaren schaamte in vergelijking tot zowel een gezonde als een klinische populatie.

Voorts kan worden gezegd dat, hoewel er na een periode van behandeling gemiddeld genomen een afname van schaamte-ervaring is, het niveau van schaamte-ervaring dan nog steeds klinisch aanwezig blijkt en hoog is. Het geringe aantal onderzochte proefpersonen noopt echter tot een bescheiden interpretatie. We zien verder een indicatie van een verband tussen de afname van ervaren schaamte en het resultaat van de behandeling op het gebied van psychische klachten.

Deze studie heeft klinische implicaties.

In deze studie wordt aangetoond dat cliënten die een dagbehandeling volgden gericht op de naoorlogse generatie, allen schaamte ervaarden. De schaamte-ervaringen waren in vergelijking met een gezonde normgroep en een klinische populatie significant meer aanwezig op de dimensies gedrag, karakter en lichaam. Schaamte nam gemiddeld over de deelnemers af over de loop van de behandeling, maar bleef klinisch relevant. Dit lijkt in elk geval een bevestiging van de noodzaak van duurzame aandacht voor schaamte in de behandeling van de naoorlogse generatie. De focus moet daarbij mogelijk gericht zijn op interferenties in de ontwikkeling van cliënten uit de naoorlogse generatie ten gevolge van oorlogsgelateerde psychische beschadigingen van hun ouders.

Om meer inzicht te krijgen in schaamte-ervaringen tijdens de behandeling en de mogelijke invloed ervan op het behandelresultaat, is het ons inziens raadzaam om schaamte-ervaringen structureel te monitoren vanaf het begin van de behandeling. De behandeling kan dan worden bijgestuurd als de schaamte-ervaringen hier aanleiding toe geven.

Tot voor kort werd bij de diagnostiek van de naoorlogse generatie zelden *ptss* geconstateerd. Bij de intakegesprekken ontbraken, zo bleek vaak, de cruciale kernelementen als nachtmerries en herbelevingen. Nu schaamte in de diagnostiek van de *dsm-5*-classificatie van de *ptss* (criterium D 4) is opgenomen, zal deze diagnose waarschijnlijk vaker bij deze groep worden gesteld. Maar sterker nog, schaamte zou als een onderscheidend overgedragen kenmerk specifiek kunnen, en ons inziens dienen, te worden gevolgd.

Welke rol schaamte in de behandeling speelt en hoezeer onopgemerkte, niet besproken noch gecorrigeerde schaamte de behandeling doet stagneren, blijft de vraag. Antwoord hierop kan waarschijnlijk ook nuttig zijn bij de traumabehandelingen van andere groepen, zoals getraumatiseerde vluchtelingen en hun gezinnen uit Syrië, Irak en andere landen van waaruit vervolgde inwoners naar Nederland vluchten.

Globaal is duidelijker geworden dat schaamte na (oorlogs-)geweld als diepe emotie van betekenis is. Dit onderzoek biedt enige empirische bevestiging dat deze emotie voortleeft in volgende generaties. Door haar eigen aard komt ze bepaald niet vanzelf aan de oppervlakte. Ze bleek ook niet vanzelf in onderzoek en therapeutisch gesprek te verschijnen en al helemaal niet in het gewone dagelijkse gesprek.

Het verdient kortom aanbeveling in onderzoek, diagnostiek en het therapeutisch gesprek het thema schaamte en de herkomst en bronnen daarvan actief tegemoet te treden.

DANKWOORD

Dank gaat uit naar Anton Hafkenscheid. De inzet van zijn redactionele vaardigheid ten behoeve van dit artikel zijn zeer gewaardeerd.

LITERATUUR

- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42.
- Baneke, J.J. (2003). Ervaringen met Schaamte Schaal. (Vertaling van: Andrews e.a., 2003. Experiences with Shame Scale). Enschede.
- Beurs, E. de (2011). Brief Symptom Inventory (BSI). Handleiding herziene editie 2011. Leiden: PITS.
- Dashorst, P., Mooren, T.M., Kleber, R.J., Jong, P. J. de, & Huntjens, R.J. (2019). Intergenerational consequences of the Holocaust on offspring mental health: a systematic review of associated factors and mechanisms. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1654065.
- Derogatis, L.R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory; an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Erikson, E.H. (1966). Eight ages of man. *International Journal of Psychiatry*, 2, 281-300.

- Epstein, H. (1979). CHILDREN OF THE HOLOCAUST: CONVERSATIONS WITH SONS AND DAUGHTERS OF SURVIVORS. Penguin Group USA.
- Felsen, I. (1998). Transgenerational transmission of effects of the Holocaust. In: Y. Danieli (ed), International handbook of multigenerational legacies of trauma, chapter 2 (pp. 43-68). Boston, MA: Springer.
- Hafkenscheid, A. (2005). Het (on)gewone in de diagnostiek en de behandeling van oorlogsslachtoffers. Tijdschrift voor Psychotherapie, 31, .111-122.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19.
- Kaas, A. (1990). De bocht in de weg & Thuiskomst. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.
- Kellermann, N.P. (2001). Transmission of Holocaust trauma: An integrative view. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 64, 256-267.
- Levi, P. (1947). Is dit een mens? Amsterdam: Meulenhoff, 1987.
- Lewis, H.B. (1987). Shame and the Narcissistic Personality. In: D.L. Nathanson (ed) (1987). The many faces of shame (pp. 93-132). New York: Guilford Press,
- Moeller, J. (2007). Schaamte, angst en sociaal fobische symptomen: een theoretisch en empirisch onderzoek. Bachelor's thesis. University of Twente. Online via: http://essay.utwente.nl/58836/1/scriptie_J_Moeller.pdf.
- Ravesteijn, T.L.W. van (1983). Kenmerken van de tweede generatie. In Mourits, H.A.A. (red). 1983. Psychosociale problematiek van de tweede generatie (2) (pp. 11-19). Utrecht: ICODO. Online via: https://psychotraumanet.org/sites/default/files/documents/130_Kenmerken%20van.pdf
- Scheff, T.J., & Retzinger, S.M.(2000). Shame as the master emotion of everyday life. Journal of Mundane Behaviour, 1, 303-324.
- Schreuder, J.N. (1990). De conspiracy of silence en de kinderen van de oorlog, 3-4, (pp. 4-13). Utrecht: ICODO info. Online via: https://psychotraumanet.org/sites/default/files/documents/079312977_De%20conspiracy%20of%20silence%20en%20de%20kinderen%20van%20de%20oorlog%3B%20Schreuder.p
- Schreuder, J.N., Ploeg, H.M. van der, Tiel-Kadiks, G.W. van, Mook, J., & Bramsen, I. (1993). Psychische klachten en kenmerken bij poliklinische patiënten van de naoorlogse generatie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 35, 227-241.
- Solomon, Z. (1998). Transgenerational effects of the Holocaust: The Israeli perspective. In Y. DANIELI (Ed.), International handbook of multigenerational legacies of trauma (pp. 69-83). Boston, MA: Springer
- Tas, L., (1993). Van body-gloss naar schaamte. Psychoanalytisch Forum, 11, 30-74.
- Taylor, T.F. (2015). The influence of shame on posttrauma disorders: have we failed to see the obvious? European Journal of Psychotraumatology, 6, 28847.
- Vogelaar, J.F. (2006). Over kampliteratuur. Amsterdam: De Bezige Bij.
- IJzendoorn, M.H. van, Bakermans-Kranenburg, M.J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. Journal of Traumatic Stress, 16, 459-469.

Abstract

Shame in the post-war generation: an exploratory study of clients with second generation problems

Shame is, in society, culture and science, increasingly regarded as a leading emotion, often related to violence. Clients from the Post-War-Generation (*pwg*) are examined in a specialised diagnostic and treatment centre for complex psychotrauma. Shame as a more specific consequence of war is reviewed in case reports and in literature. Focus here is on empirical evidence of shame in the *pwg*. In a day-group-therapy, over a longer period, *pwg* clients are examined. Results are compared with relevant norm-groups. The *pwg*-group did show excessive shame-experiences. After treatment their shame-experiences had lessened, though remained clinically relevant. A decrease in severity of psychic symptoms was more often observed for clients with a decline in reported shame-experiences. A significant relation however is not yet proved. Empirical follow-up research concerning shame in transgenerational processes is recommendable. More attention for shame in monitoring trauma-treatment is advised.

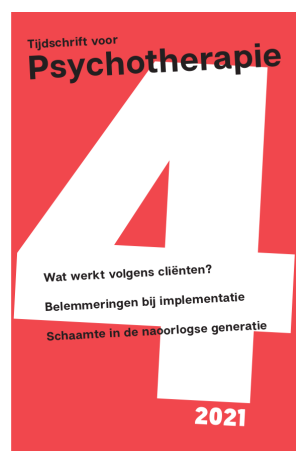
Drs. D. Wepster WAS ALS PSYCHOTHEAPEUT AAN ARQ CENTRUM'45, OEGSTGEEST VERBONDEN; EN IS NU VERBONDEN ALS ONDERZOEKER AAN ARQ CENTRUM'45, DIEMEN. E-mail ■ D.WEPSTER@HOTMAIL.COM

Dr. N. van der Aa IS METHODOLOG/ONDERZOEKER BIJ ARQ CENTRUM'45, DIEMEN.

Drs. J. Mooij WAS TEN TIJDE VAN HET ONDERZOEK VERBONDEN AAN ARQ CENTRUM'45, OEGSTGEEST.

[Naar boven](#)

Jaargang 2021, uitgave 4



[Inleiding \(/archief/jaargang-2021-uitgave-4/11731/\)](#)

[Wat is volgens cliënten werkzaam in klinische schematherapie? \(/archief/jaargang-2021-uitgave-4/11732/\)](#)

[Een kwalitatief onderzoek naar belemmerende factoren bij de implementatie van feedback informed treatment binnen relationele gezinstherapie \(/archief/jaargang-2021-uitgave-4/11733/\)](#)

Schaamte in de naoorlogse generatie: een exploratief onderzoek bij cliënten met tweedegeneratieproblematiek

[Column \(/archief/jaargang-2021-uitgave-4/11735/\)](#)

[Forum \(/archief/jaargang-2021-uitgave-4/11736/\)](#)

[Gelezen \(/archief/jaargang-2021-uitgave-4/11737/\)](#)

[Gelezen \(/archief/jaargang-2021-uitgave-4/11738/\)](#)

[Gehoord \(/archief/jaargang-2021-uitgave-4/11739/\)](#)

[« Naar het archief \(/archief/\)](#)