



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Een cognitief model voor de behandeling van overmatige schuldgevoelens

Colin van der Heiden*

Samenvatting

Schuldgevoel maakt duidelijk dat een morele norm is overtreden, waardoor anderen zijn benadeeld. Dit gevoel kan zowel functioneel als disfunctioneel zijn. Disfunctioneel schuldgevoel wordt geassocieerd met verschillende vormen van psychopathologie. Schuldgevoel wordt beschouwd als het resultaat van de interactie tussen cognitieve en affectieve bestanddelen. Aan de hand van een cognitieve conceptualisatie worden de behandelmogelijkheden van overmatig schuldgevoel geschetst.

Schuld: definities en elementen

Een gevoel van schuld wordt ervaren in situaties waarin een gedragsstandaard is geschonden. Het maakt duidelijk dat een morele norm overtreden is, waardoor anderen in de eigen beleving benadeeld zijn. Schuld gaat gepaard met lichamelijke reacties als versnelde hartslag, onregelmatige ademhaling en een gespannen stemgeluid (Ekman, Levinson, & Friesen, 1983). Het gedrag wordt door schuldgevoelens in een emotiecongruente richting gestuurd, met als gevolg schuld bekennen, spijt betuigen of herstellen van de aangerichte schade (Stegge, 1996). In de psychologische vakliteratuur bestaan verschillende definities van schuldgevoel. Gemeenschappelijk hierin is dat schuldgevoel zowel een affectieve als een cognitieve component omvat (Baumeister, Stilwell, & Heatherton, 1994; Klass, 1990; Kubany, 1994; Kugler & Jones, 1992).

Schuldgevoel dient onderscheiden te worden van schaamte. Ook schaamte wordt ervaren in situaties waarin een morele norm wordt geschonden. Een belangrijk verschil is dat bij schuld de nadruk ligt op de benadeling van de ander, terwijl bij schaamte het eigen falen en incompetentie centraal staan. Schaamte raakt hierdoor meer de kern van de eigen identiteit (Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marchal, & Gramzow, 1996). Ook de lichamelijke reacties die gepaard gaan met beide emoties verschillen. In tegenstelling tot schuld gaat schaamte gepaard met een vertraagde hartslag en een 'dun' stemgeluid (Ekman et al., 1983).

In het dagelijks leven en in de wetenschappelijke literatuur hebben gevoelens van schuld een sterk negatieve klank (zie ook Stegge, Ferguson, & Braet, 1999). Ze worden gezien als bron van neurotische ontwikkeling en psychopathologie (APA, 1994). Schuldgevoel wordt geassocieerd met verschillende vormen van psychopathologie, waaronder depressie (APA, 1994), posttraumatische stress-stoornis (Friedman, 1985), pathologische rouw, burn-out, agressief gedrag, eetstoornissen (Fairburn & Cooper,

* Drs. C. van der Heiden is gezondheidszorgpsycholoog. Hij werkt als therapeut en vestigingsmanager bij de HSK-groep in Rotterdam. Correspondentieadres: HSK Rotterdam, Westersingel 108, 3015 LD Rotterdam.

1984), sociopathie en paranoia (Stegge et al., 1999). Uit een nadere beschouwing van de functies van schuldgevoel blijkt echter ook een sterke adaptieve waarde, terwijl uit diverse onderzoeken tevens bleek dat juist goed functionerende individuen vatbaar zijn voor schuld (zie Bybee & Quiles, 1998; Quiles & Bybee, 1997; Tangney, 1998; Williams, 1998). Schuldgevoel heeft verschillende anticipatoire en corrigerende functies. Het motiveert mensen zich te conformeren aan gedragsstandaarden en rekening te houden met de behoeften van anderen. Schuldgevoel geeft richting aan het handelen en verschaft inzicht in de eigen morele normen en waarden. Ook in de communicatie met de benadeelde(n) speelt schuldgevoel een rol; uit de reacties die samenhangen met schuld blijkt dat men zich bewust is van het feit een morele norm overtreden te hebben.

Op basis hiervan kan gesteld worden dat er functionele en disfunctionele vormen van schuldgevoel bestaan. De resultaten van twee recente onderzoeken naar de relatie tussen schuldgevoel en het ontstaan van psychopathologie ondersteunen deze hypothese (Ferguson, Stegge, Miller, & Olsen, 1999; Stegge, Ferguson, Goossens, & Bokhorst, in druk). Schuldgevoel in reactie op *specifieke* overtredingssituaties, die niet als kenmerkend voor de eigen persoon worden gezien, bleek niet gerelateerd aan probleemgedrag. Daarentegen werd een positieve correlatie gevonden met sociaal aangepast gedrag. In dergelijke situaties zijn schuldgevoelens waardevol in het bewerkstelligen van sociaal geaccepteerd gedrag. Schuldgevoel in reactie op *ambigue* situaties bleek wel gerelateerd aan probleemgedrag, met name aan depressieve gevoelens en een laag gevoel van eigenwaarde. Op basis van deze gegevens kan geconcludeerd worden dat men kan spreken van een problematische schuldontwikkeling als de persoon zich relatief vaak en hevig schuldig voelt in situaties waarin de meeste andere mensen zich niet of veel minder schuldig voelen (zie ook Ferguson & Stegge, 1998). Deze overmaat aan schuld duidt op een overdreven gevoel van verantwoordelijkheid voor het geluk en welzijn van anderen (Zahn-Waxler & Robinson, 1995) en is geassocieerd met depressieve symptomen (Malatesta & Wilson, 1988).

Een andere vorm van schuldontwikkeling die kan leiden tot probleemgedrag is daarmee nog niet verklaard. Een tekort aan schuld is namelijk geassocieerd met sociopathie en paranoia (Malatesta & Wilson, 1988). Bij sociopathie is het schuldgevoel niet ontwikkeld, waardoor de persoon niet het idee heeft dat zijn handelen moreel gezien onjuist is. Bij paranoia wordt waarschijnlijk het eigen schuldgevoel geprojecteerd op een ander, waardoor de persoon zich gedraagt alsof de ander fout handelt en gestraft moet worden (Stegge et al., 1999). Bij een dergelijke schuldontwikkeling lijkt de persoon zich niet of minder hevig schuldig te voelen in situaties waarin de meeste andere mensen dat wel doen.

Dit artikel gaat over de cognitieve aspecten van disfunctioneel, overmatig schuldgevoel. Deze kunnen met behulp van vijf kernvragen uitgevraagd worden (Abueg, 1993). Aan de persoon wordt gevraagd of hij of zij zich schuldig acht aan:

- 1 ...iets wat hij/zij heeft gedaan?
- 2 ...iets wat hij/zij niet heeft gedaan?
- 3 ...gedachten of beelden die hij/zij heeft (gehad)?
- 4 ...gevoelens die hij/zij heeft (gehad)?
- 5 ...gevoelens die hij/zij niet of onvoldoende heeft (gehad)?

Om te bepalen of het schuldgevoel nuttig dan wel problematisch is, moet worden nagevraagd wat de betekenis van de reactie in *deze* context was.

Cognitieve aspecten van schuld

Kubany & Manke (1995) geven de volgende cognitieve definitie van schuldbesef: een onaangenaam gevoel gepaard gaand met het idee dat men anders had moeten denken, handelen of voelen. Zij stellen dat vier cognitieve factoren bijdragen aan het feit dat de perceptie van een gebeurtenis schuld oproept.

- 1 *Onjuiste opvattingen over voorkennis als gevolg van vertekening achteraf* (Fischhoff, 1975). Deze factor is binnen de sociale psychologie uitgebreid bestudeerd. Informatie over de afloop van een gebeurtenis leidt meestal tot een vertekende herinnering van wat men feitelijk wist voordat de gebeurtenis plaatsvond. De nieuwe informatie wordt als het ware geprojecteerd naar het verleden (Hawkins & Hastie, 1990). Dit kan tot gevolg hebben dat de persoon achteraf de mening is toegedaan dat de gebeurtenis te voorzien was, wat het schuldgevoel (en de gevolgen daarvan) kan doen toenemen.
- 2 *Het idee overmatig verantwoordelijk te zijn voor het veroorzaken van een gebeurtenis of de vervelende uitkomst die daarmee samenhangt*. Naast het bovenbeschreven vertekende oordeel over voorkennis worden drie factoren verondersteld hierin een rol te spelen:
 - a het niet kunnen overzien van alle factoren of personen die hebben bijgedragen aan (de negatieve uitkomst van) de gebeurtenis;
 - b het synoniem stellen van de (subjectieve) opvatting dat men de gebeurtenis had kunnen voorkomen met het veroorzaken van de gebeurtenis (Miller & Porter, 1983);
 - c het stellen van de onmogelijke eis vanuit de eigen sociale positie (bijvoorbeeld hulpverleners, politiebeamten, brandweermensen) over het vermogen te moeten beschikken de uitkomst van een gebeurtenis positief te beïnvloeden. Een voorbeeld van de invloed van deze factor is de bevinding van Jehu (1989). Hij vond in een klinische steekproef onder 51 vrouwen die als kind (veelal voor hun tiende jaar) seksueel misbruikt waren, dat 44 slachtoffers zichzelf verantwoordelijk achten op basis van het feit dat ze het misbruik jarenlang hebben toegelaten.
- 3 *Het subjectieve idee dat het eigen handelen onvoldoende gerechtvaardigd was*. Hierbij spelen algemene denkfouten een rol (Kubany & Manke, 1995). Zo kunnen mensen in zeer bedreigende situaties minder helder denken of verlamd raken van angst. Dit verminderd functioneren wordt door cliënten achteraf ingeschat als een bewuste keuze in plaats van als gevolg van onwillekeurige lichamelijke processen, waardoor ze zich schuldig achten aan de uitkomst van de situatie. Ook focussen cliënten zich uitsluitend op de positieve afloop van een andere opstelling en niet op de eventuele negatieve gevolgen hiervan, waarbij automatisch ervan uitgegaan wordt dat een andere handelwijze tot een positievere uitkomst had geleid. De voordelen van de eigen handelwijze worden genegeerd of afgedaan als niet ter zake doende. Dergelijke beschouwingen worden gemaakt op basis van de uitkomst van de situatie en niet op basis van de ter beschikking staande informatie en keuzemogelijkheden voorafgaand aan, of tijdens de gebeurtenis. Ook wordt voorbijgegaan aan het feit dat bij snelle beslissingen (wat bijvoorbeeld in bedreigende situaties vaak het geval is) andere cognitieve processen een rol spelen dan bij beslissingen waarover rustig nagedacht kan worden. Snelle beslissingen moeten automatisch worden genomen, waarbij geen tijd is voor het beschouwen van alle alternatieven.
- 4 *Het subjectieve idee dat men persoonlijke normen over goed en kwaad heeft geschonden*. In deze beoordeling van de situatie spelen de drie reeds beschreven cognitieve

factoren een rol. Daarnaast is ook bij deze inschatting van belang dat de cliënt zijn oordeel baseert op de uitkomst en niet op zijn intentie toen hij voor zijn handelwijze koos.

Een algemeen voorkomende denkfout, die bij alle vier beschreven cognitieve factoren een rol speelt, is dat cliënten aannemen dat een emotionele reactie op een gedachte een bewijs vormt voor de juistheid van die gedachte. Genoemde cognitieve factoren worden verondersteld een rol te spelen bij het ontstaan en bij het instandhouden van schuldgevoel. In het nog beperkte onderzoek hiernaar zijn aanwijzingen gevonden die deze veronderstelling ondersteunen. In een onderzoek naar schuldgevoel over concrete traumatische gebeurtenissen vonden Kubany, Abueg, Owens, Brennan en Kaplan (1995) een significante, positieve correlatie met cognities over persoonlijke verantwoordelijkheid, foutief handelen en veronderstelde voorkennis. Een verklaring hiervoor kan gegeven worden met behulp van de informatieverwerkingstheorie. Schuldgevoel zou het gevolg zijn van de neiging de eigen subjectieve rol in een gebeurtenis te beoordelen op een manier die aansluit bij in de loop van het leven gevormde cognitieve schema's over onaanvaardbaar gedrag en de gevolgen daarvan. Door gedrag als onjuist te interpreteren kunnen (zowel functionele als disfunctionele) opvattingen over moreel gedrag instandgehouden worden (zie ook Harvey, Hunt, & Schroder, 1961).

Typerende cognities bevatten vaak de mening dat men zich anders had moeten gedragen, dan wel iets beter had behoren te doen. Veelvoorkomende disfunctionele denkpatronen zijn catastrofale inschattingen van de gevolgen van het eigen handelen, overgeneralisaties, personalisaties en het hanteren van een dubbele standaard. Waardegebonden termen en zelfkritiek vormen een indicatie voor schuld.

Cognitieve therapie

Cognitieve therapie voor (disfunctioneel) schuldbesef is niet gericht op het uit de weg gaan van verantwoordelijkheid voor verkeerd handelen of het veranderen van de gebeurtenis, maar op het nemen van een passende mate van verantwoordelijkheid (Greenberger & Padesky, 1999) en het wijzigen van de interpretatie van de gebeurtenis (Resick & Schnicke, 1992). Cognitieve interventies kunnen op elk van de vier cognitieve factoren die bijdragen aan schuld gericht worden. De verschillende interventies worden met voorbeelden geïllustreerd.

De socratische dialoog

De socratische dialoog is een gesprekstechniek waarbij de therapeut door het stellen van directe en ongecompliceerde vragen de aandacht van de cliënt tracht te richten op relevante informatie, die de cliënt in zijn beoordeling van de situatie of zichzelf niet in ogenschouw heeft genomen. Met behulp van deze gespreksvorm kunnen de bewijzen voor, respectievelijk tegen de opvattingen over schuld in kaart gebracht worden. Op basis van de verkregen informatie kan de cliënt een meer evenwichtige gedachte formuleren, die recht doet aan zowel de bewijzen voor, als de bewijzen tegen zijn opvatting over schuld en die tot een minder negatieve emotie leidt.

Nuttige vragen om een cliënt te laten inzien dat kennis die hij heeft vergaard na de gebeurtenis onmogelijk ten grondslag kan hebben gelegen aan de beslissing voorafgaand aan diezelfde gebeurtenis, zijn: 'Wanneer heb je gemerkt dat je dat had kunnen doen? Hoe had je dat kunnen weten toen de gebeurtenis plaatsvond?' en 'Hoe had je kunnen weten dat er een andere handeling van je verwacht werd?' (Kubany & Manke, 1995). Psycho-educatie over vertekende terugblikken en de invloed daarvan op herinneringen kan deze nieuwe zienswijze ondersteunen.

Met behulp van perspectiefveranderende vragen als: 'Hoe belangrijk is deze gebeurtenis voor je over een maand, een jaar, vijf jaar? Hoe ernstig vinden andere mensen deze gebeurtenis?' en 'Hoe ernstig zou ik deze gebeurtenis vinden als mijn beste vriend dit had gedaan?' kan de dubbele standaard die een cliënt hanteert, worden aangetoond en leert hij een adequatere inschatting van de ernst van zijn handeling(en) te maken.

Mevrouw Bleiswijk wordt aangemeld in verband met rouwproblematiek. Drie jaar geleden is haar elfjarige zoontje overleden als gevolg van een aanrijding door een auto tijdens een fietstochtje. De automobilist bleek te hard te hebben gereden en had de jongen te laat gezien. Sindsdien heeft ze last van huilbuien, somberheid en lusteloosheid. Ze houdt contact met anderen zo veel mogelijk af en is thuis vaak prikkelbaar. Ze vermijdt de plek van het ongeluk en wil er met niemand over praten. De slaapkamer van de jongen is nog altijd onveranderd. Een belangrijke onderhoudende factor van de klachten blijkt het sterke gevoel van schuld dat ze heeft over het overlijden van haar zoontje. Hij had als gevolg van een erfelijke oogafwijking een licht verminderd gezichtsvermogen. De ouders van mevrouw Bleiswijk hadden haar in haar jeugd verboden te fietsen in verband met een soortgelijke afwijking. Op basis van het feit dat cliënte haar zoon wel heeft leren fietsen, voelt ze zich nagenoeg volledig verantwoordelijk voor zijn overlijden.

De cognitie 'het overlijden van mijn zoon is mijn schuld' is voor mevrouw Bleiswijk zeer geloofwaardig (95%). Als bewijzen die deze gedachten ondersteunen, voert ze aan dat ze hem ondanks zijn oogafwijking heeft leren fietsen, dat ze hem alleen heeft laten gaan en dat haar ouders haar ook niet hebben leren fietsen, juist om dit soort ongelukken te voorkomen. Vervolgens worden de bewijzen die in strijd zijn met de gedachte uitgevraagd. Op de vraag of er ook andere personen schuld hebben aan zijn dood, antwoordt ze dat de chauffeur die te hard reed uiteraard schuld heeft. Ze erkent dat haar zoontje eigenlijk goed en veilig kon fietsen. Hij ging vaker alleen fietsen, ook op de betreffende plek, en had nog nooit een ongeluk gehad. Toen ze besloot hem te leren fietsen, heeft ze eerst toestemming aan de oogarts gevraagd. Ook het feit dat zij, met een zelfde oogafwijking als haar zoon, op latere leeftijd probleemloos heeft leren fietsen wordt aan de lijst met bewijzen toegevoegd.

Op basis van de bewijsvoering formuleert mevrouw Bleiswijk de volgende alternatieve cognitie: 'Dat ik mijn zoon ondanks zijn oogafwijking heb leren fietsen betekent niet dat ik schuldig ben aan zijn dood. Verkeersongelukken gebeuren ook bij mensen zonder oogafwijking. Zijn dood is vooral de schuld van de onoplettende bestuurder, die veel te hard reed.' Deze gedachte is voor haar sterk geloofwaardig (80%) en doet haar schuldgevoel afnemen van 100% naar 40%.

De taartpunttechniek

De taartpunttechniek is bij uitstek geschikt om disfunctionele gedachten over (overmatige) verantwoordelijkheid voor een gebeurtenis bij te stellen. De cliënt wordt gevraagd een lijst van alle personen en omstandigheden die hebben bijgedragen aan de uitkomst van de gebeurtenis op te stellen, waarbij hij zichzelf onderaan de lijst plaatst. Aan elk van de alternatieven wordt een percentage verantwoordelijkheid toegekend, waarbij de som van de scores 100% moet zijn. De percentages worden in een taartpuntdiagram weergegeven, waardoor cliënt zicht krijgt op het feit dat hij niet alleen en niet volledig verantwoordelijk is voor de situatie waaraan hij zich schuldig acht.

Mevrouw Pont voelt zich sinds het overlijden van haar moeder, ruim twee jaar geleden, overmatig verantwoordelijk voor het wel en wee van haar vader. Deze doet op zijn beurt voortdurend een beroep op haar en neemt het haar kwalijk als zij eens geen tijd voor hem heeft of een verzoek van hem weigert. Hij belt haar dan later op, met de mededeling dat er zaken misgelopen zijn of dat hij zich eenzaam voelt. Ze heeft de laatste maanden wat meer afstand van haar vader genomen, mede onder druk van haar echtgenoot. Dit geeft haar echter sterke gevoelens van schuld. Ze vindt dat ze in hoge mate (80%) verantwoordelijk is voor haar vader en dat ze hem niet in de steek mag laten.

Aan mevrouw Pont wordt gevraagd een lijst te maken van alle personen en gebeurtenissen die verantwoordelijk zijn voor het welzijn van haar vader. Ze komt tot de volgende opsomming: vader zelf, haar twee zussen, de medewerkers van het verzorgingstehuis waar haar vader woont, kennissen, burens van vader en zijn broer. De percentages verantwoordelijkheid die ze toekent bedragen respectievelijk 60% voor haar vader, 5% voor elk van haar zussen en eveneens 5% voor de medewerkers van het tehuis, kennissen, burens en zijn broer. Voor haarzelf blijft er aldus slechts 10% verantwoordelijkheid over. De verdeling van verantwoordelijkheid wordt aan de hand van een weergave in een taartpuntdiagram besproken. Mevrouw Pont vindt de verdeling realistisch; ze vindt inderdaad dat haar vader zelf de grootste verantwoordelijkheid heeft, maar vindt ook dat zij meer verantwoordelijkheid heeft dan de anderen. Dit vanwege het feit dat zij altijd een goede band met haar vader heeft gehad en dat zij in vergelijking met haar zussen veel dichter bij hem in de buurt woont. Op basis van deze conclusie neemt haar schuldgevoel af.

Een kosten-batenanalyse

Door cliënt een kosten-batenanalyse te laten maken van alle (tijdens of voorafgaand aan de gebeurtenis) overwogen alternatieven, wordt de gedachte dat een andere keuze zeker tot een gunstiger resultaat had geleid ter discussie gesteld. De aandacht van de cliënt kan hierbij gericht worden op zijn overwegingen voor deze handelwijze te kiezen op het moment van de gebeurtenis. Hierdoor wordt de cliënt een dusdanig perspectief aangeboden dat hij inziet dat geïdealiseerde handelwijzen en achteraf bedachte alternatieven op het moment van handelen geen beschikbare optie waren (Kubany & Manke, 1995). De cliënt leert zijn handelen te beoordelen op basis van een inschatting

Colin van der Heiden

van de kans van slagen die voorafgaand werd gemaakt, in plaats van op basis van de waargenomen uitkomst.

De heer Roelofs is werkzaam als hoofdagent binnen een hectisch korps. Als gevolg van onderbezetting en een reorganisatie is de ervaren werkstress hoog. Op meneer Roelofs is gedurende een periode van ongeveer tweeënhalf jaar geregeld een beroep gedaan om extra diensten te draaien. Uit plichtsbesef en loyaliteit heeft hij hieraan voldaan. Uiteindelijk is hij met oververmoeidheids- en spanningsklachten uitgevallen van zijn werk. Op het moment van aanmelding is hij drie maanden thuis. De klachten zijn niet afgenomen. Meneer Roelofs rapporteert zich erg schuldig te voelen ten opzichte van zijn collega's. Hij is van mening hen in de steek te laten, in een periode waarin de werkdruk hoog is. Twee leden van zijn ploeg zijn inmiddels ook thuis met overspanningsklachten, wat zijn schuldgevoel verder versterkt heeft. Hij heeft het idee dat hun uitvallen mede een gevolg is van het feit dat hij zich ziek heeft gemeld, waardoor de druk voor hen groter werd. Hij is ervan overtuigd dat zij niet uitgevallen waren als hij was blijven werken. Hij neemt het zichzelf kwalijk dat hij het niet langer heeft volgehouden.

Gevraagd wordt welke opties hem voorafgaand aan zijn ziekmelding ter beschikking stonden. De heer Roelofs geeft aan zijns inziens drie mogelijkheden te hebben gehad: zich volledig of zich gedeeltelijk ziekmelden, of volhouden — wat betekent op dezelfde voet verdergaan met werken. Van elke optie wordt een kosten-batenanalyse gemaakt:

Kosten-batenanalyse 1: doorgaan met werken ('volhouden').

| kosten | baten |
|--|------------------------|
| — klachten blijven en nemen mogelijk toe | — werk gaat door |
| — kans op herstel is kleiner | — gevoel sterk te zijn |
| — mogelijk andere klachten | |
| — minder goed functioneren | |

Deze stappen verwijzen naar hetgeen beschreven staat op pagina 14-17 in het hoofdstuk 'Chronische vermoeidheid' uit het Handboek Klinische Psychologie (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996)

Kosten-batenanalyse 2: gedeeltelijke ziekmelding.

| kosten | baten |
|---|---|
| — belasting nog te groot, waardoor klachten blijven | — betrokken blijven bij werk en collega's |
| — gedeeltelijk werken in praktijk moeilijkhaalbaar | — gevoel van falen minder |
| — moeilijk om weg te gaan als het druk is | |

Deze stappen verwijzen naar hetgeen beschreven staat op pagina 14-17 in het hoofdstuk 'Chronische vermoeidheid' uit het Handboek Klinische Psychologie (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996)

Kosten-baten-analyse 3: volledige ziekmelding.

| kosten | baten |
|---|--|
| — schaamte ('ik ben zwak') | — afname van klachten |
| — werkdruk collega's hoger | — kans op herstel groter |
| — moeilijk om weg te gaan als het druk is | — op langere termijn weer beter functioneren |
| | — tijdje helemaal rust en afstand van werk |

Deze stappen verwijzen naar hetgeen beschreven staat op pagina 14-17 in het hoofdstuk 'Chronische vermoeidheid' uit het Handboek Klinische Psychologie (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996)

Op basis van deze analyses beseft de heer Roelofs dat zijn keuze op dat moment de beste was. Hij beseft dat zijn klachten waarschijnlijk waren toegenomen en dat hij

slechter was gaan functioneren als hij was blijven werken. Tot zijn verbazing heeft hij het uitvallen van zijn collega's in zijn analyses niet meegewogen. Desgevraagd geeft hij aan dat hij zich gebaseerd heeft op het moment dat hij de keuze moest maken en dat hij de latere ziekmeldingen van collega's op dat moment niet kon voorzien.

Na bespreking van de kosten-batenanalyses formuleert de heer Roelofs een alternatieve cognitie, waarin hij stelt dat op basis van de feiten die hem op het moment van zijn ziekmelding ter beschikking stonden, en op basis van zijn klachtenniveau, de keuze zich volledig ziek te melden een juiste was. Hij kon en kan niet inschatten of dit van invloed is geweest op de latere ziekmeldingen en voegt hieraan toe dat dit eigenlijk ook niet zijn verantwoordelijkheid is. Zijn schuldgevoel neemt als gevolg hiervan sterk af.

Een mini-onderzoek

Een mini-onderzoek kan cliënten helpen een reëler beeld te krijgen van functioneel of disfunctioneel schuldgevoel. Ook kunnen zij de juistheid van hun inschattingen toetsen door een aantal voor hen belangrijke anderen te ondervragen over de situatie waaraan zij zich schuldig achten.

De heer Roelofs ondervraagt drie voor hem belangrijke anderen (te weten een goede collega, zijn broer en een vriend) over zijn gedachte, dat hij mede schuldig is aan de ziekmelding van twee collega's. Als ze alledrie onafhankelijk van elkaar aangeven dat hij niet schuldig is aan hun ziekmelding en dat zijn ziekmelding juist verstandig was, betekent dit een grote opluchting voor de heer Roelofs. Ook de opmerking van zijn collega dat de ziekmelding van de twee anderen niet betekent dat ze schuldig zijn aan eventuele toekomstige ziekmeldingen van weer andere collega's, is voor hem een belangrijk bewijs in strijd met zijn disfunctionele gedachten. Zijn schuldgevoel neemt hierdoor af.

De rechtbankmethode

Met behulp van de rechtbankmethode (Bögels & Van Oppen, 1999) kan de schuldvraag in een rollenspel worden onderzocht. De therapeut speelt de aanklager, terwijl de cliënt de rol van advocaat op zich neemt. De aanklager brengt de bewijzen die pleiten voor de disfunctionele gedachten naar voren, de advocaat verdedigt de bewijzen tegen de juistheid van deze opvattingen. Door te oefenen met het gebruiken van argumenten tegen zijn eigen eenzijdige kijk op de situatie, krijgt de cliënt meer distantie van zijn eigen cognities. Deze techniek wordt in de regel pas in een later stadium van de therapie toegepast, als al bewijzen zijn geformuleerd die in strijd zijn met de disfunctionele gedachten en de geloofwaardigheid van de oorspronkelijke gedachte(n) reeds is afgenomen.

Na verschillende verbale uitdagingen van de gedachte dat ze schuldig is aan de dood van haar zoontje, wordt met mevrouw Bleiswijk een rechtszitting nagebootst. Het volgende fragment is afkomstig uit de dialoog tussen de aanklager (T) en de advocaat (B).

T: 'U kunt nu wel de automobilist de schuld geven, maar u heeft hem leren fietsen terwijl hij een oogafwijking heeft.'

B: 'Dat is inderdaad waar, maar zelf heb ik op latere leeftijd ook leren fietsen terwijl ik zo'n afwijking heb. Trouwens, ik had het met de oogarts overlegd en die zei dat het geen probleem was. En als hij dat zegt, waarom zou ik dat dan niet geloven?'

T: 'Maar uw ouders hebben u toch niet voor niets verboden te fietsen omdat u een verminderd gezichtsvermogen had? Zij zagen wel een risico. Maar toch heeft u het gedaan.'

B: 'Maar mijn ouders hebben nooit met een oogarts overlegd. En als kind vond ik het verschrikkelijk dat ik niet kon fietsen. Dat wilde ik mijn kind niet aandoen, tenzij het volgens de arts niet kon. Maar die zei dat mijn zoon voldoende kon zien, om aan het verkeer deel te kunnen nemen. En hij had ook nog nooit eerder een ongeluk gehad, terwijl hij toch heel veel fietste. Dus ik blijf erbij, het is vooral de schuld van die automobilist die veel te hard reed.'

Op deze wijze leerde mevrouw Bleiswijk de argumenten, die ze aanvankelijk zelf aanvoerde ter ondersteuning van haar schuldopvatting, te ontkrachten. De eerder geformuleerde alternatieve gedachten namen hierdoor in geloofwaardigheid toe, terwijl de schuldgevoelens verder afnamen.

Het rationeel-emotioneel rollenspel

Een hieraan verwante techniek is het rationeel-emotioneel rollenspel (Young, 1990). Dit wordt vooral toegepast als de cliënt, ondanks herhaalde uitdaging van zijn gedachten aangeeft dat de alternatieve gedachten niet goed aanvoelen. De therapeut kan hierbij uitleggen dat emoties geen bewijs zijn voor de juistheid van een gedachte en dat emoties het vermogen objectief te oordelen negatief kunnen beïnvloeden. In het rollenspel speelt de cliënt eerst zijn emotionele deel, waarop de therapeut reageert met de rationele argumenten die de cliënt zelf eerder heeft geformuleerd. Als de argumenten zijn uitgeput, worden de rollen in een tweede rollenspel omgedraaid, waardoor de cliënt leert rationeel te reageren op zijn eigen, door emoties ingegeven inschatting van schuld. Zowel de therapeut als de cliënt praten in deze rollenspelen in de ik-vorm. Het is zinvol cliënten te stimuleren uitspraken over eventuele schuld voortaan te formuleren in termen van 'ik denk/vind' in plaats van 'ik voel'.

Het volgende fragment is afkomstig uit het tweede deel van een rollenspel met mevrouw Pont (P), waarbij zij haar rationele deel speelt.

T: 'Het klinkt allemaal hartstikke logisch, maar ik voel me toch schuldig als ik dat beeld voor me zie van mijn vader die eenzaam in zijn huisje een sigaar zit te roken.'

P: 'Ik weet best dat dat nergens voor nodig is. Hij is nog goed ter been en kent genoeg andere bewoners, die hij op kan zoeken of die hij uit kan nodigen.'

T: 'Jawel, maar hij heeft altijd goed voor me gezorgd en nu hij mij nodig heeft ben ik er niet voor hem.'

P: 'Ik ben er genoeg voor hem geweest. Na de dood van mijn moeder heb ik hem goed opgevangen en hem geholpen met alle regelzaken. Het is nu meer dan twee jaar geleden en hij is best in staat zijn leven weer op te bouwen. Ik ben niet verantwoordelijk voor hem.'

T: 'Daar ben ik het niet mee eens. Hij geeft vaak genoeg aan dat hij zich eenzaam voelt en dan moet ik hem gewoon helpen, anders voel ik me zo schuldig.'

P: 'Maar als ik hem steeds blijf helpen leert hij het nooit. Het is niet mijn schuld als hij zich eenzaam voelt. Ik kan niet meer doen dan ik nu doe. Ik heb ook mijn eigen leven, net zo goed als hij dat heeft en daar hoef ik me niet schuldig over te voelen.'

Door met haar eigen eerder geformuleerde rationele argumenten te reageren op haar op emoties gebaseerde overwegingen, leerde mevrouw Pont haar schuldgevoel niet langer als bewijs te nemen voor de juistheid van haar gedachte schuldig te zijn aan de eenzaamheid van haar vader. Na afloop van het rollenspel had de alternatieve cognitie voor mevrouw Pont aan geloofwaardigheid gewonnen en waren de gevoelens van schuld afgenomen.

Het historisch rollenspel en imaginatie met rescripting

In geval van lang bestaand schuldgevoel kunnen het historisch rollenspel en imaginatie met *rescripting* uitkomst bieden bij het bijstellen van cognities. Het gaat dan om situaties uit de kindertijd waaraan cliënten zich schuldig achten. In het historisch rollenspel wordt een vroege ervaring die heeft geleid tot het schuldbesef in drie rollenspelen nagespeeld. In het eerste speelt de cliënt zichzelf als kind, waardoor de oorspronkelijke gedachten en gevoelens geactiveerd en verder verhelderd worden. Vervolgens worden de rollen omgekeerd, waarbij de cliënt gestimuleerd wordt zich in te leven in de gedachten en gevoelens van de ander. De cliënt krijgt hierdoor een ander perspectief op de situatie aangeboden, wat kan bijdragen tot een herevaluatie van de oorspronkelijke interpretatie. Op basis van deze herevaluatie speelt de cliënt in een afsluitend rollenspel zichzelf weer als kind in een nieuwe rol. De andere afloop van de situatie kan bijdragen aan het verder wijzigen van de oorspronkelijke interpretatie.

De heer Kars is in zijn jeugd door zijn ouders langdurig fysiek en geestelijk mishandeld. Zijn vader drukte hem altijd op het hart dat hij dit verdiend had, omdat hij een vervelend en ondankbaar kind was. Door hem waren zijn ouders ongelukkig. Hij kostte alleen maar tijd en geld en vormde eigenlijk een blok aan hun been. Hij kreeg de schuld van nagenoeg alles wat misging in het ouderlijk gezin. In de loop van de behandeling komen er diverse situaties uit zijn jeugd ter sprake, waarover de heer Kars zich nog altijd schuldig voelt ten opzichte van zijn inmiddels overleden ouders. Enkele van deze situaties worden in een historisch rollenspel nagespeeld.

In één situatie is de heer Kars negen jaar. Hij heeft 's avonds in zijn bed geplast en gaat naar de woonkamer om het aan zijn ouders te vertellen. Zijn vader reageert furieus. Hij scheldt de heer Kars uit en vraagt of hij het leuk vindt dat zijn ouders nu weer zijn bed moeten verschonen en zijn spullen wassen, terwijl ze het al zo druk hebben. Door hem is hun hele avond bedorven. Hij moet zich in de kamer uitkleden, krijgt een pak slaag, waarna hij zijn natte pyjama weer aan moet trekken en in zijn onverschoonde bed moet gaan liggen. De heer Kars heeft zich over deze (en meer van dergelijke situaties) altijd schuldig gevoeld ten opzichte van zijn ouders.

In het eerste rollenspel schrikt de heer Kars van de agressie van zijn vader tegen hem als kind. Hij geeft aan nu meer woede te voelen dan schuld. Als de heer Kars in het tweede rollenspel zijn vader moet spelen, kost hem dit veel moeite. Het lukt hem nauwelijks de woorden die zijn vader hem toeschreeuwde uit te brengen. In de nabespreking geeft hij aan niet te begrijpen hoe zijn vader zich zo heeft kunnen gedragen tegenover zijn eigen zoontje. Hij voelt zich erg boos op zijn vader. In een afsluitend rollenspel zegt de heer Kars dit ook tegen zijn vader. Ondanks dat hij erkent dat hij dit in werkelijkheid nooit had gedurfd, ervaart hij dit toch als prettig. Zijn visie op de gebeurtenis is rigoreus gewijzigd. Hij vindt niet langer dat hij zijn ouders ellende heeft bezorgd, waarover hij zich schuldig moet voelen. Zijn ouders zijn degenen die hem in de steek hebben gelaten. Voor het eerst zijn gevoelens van boosheid geactiveerd, die in het vervolg van de behandeling bewerkt worden.

Bij imaginatie met rescripting stelt de cliënt zich de situatie in de eerste fase zo levendig mogelijk voor als kind (zie onder meer Layden, Newman, Freeman, & Byersmorse, 1993; Smucker, Dancu, Foa, & Niederee, 1995). In de tweede fase wordt de cliënt gevraagd zich de gebeurtenis voor te stellen als volwassene die getuige is van de situatie en die kan ingrijpen in de situatie. Eventueel kan de cliënt zich in een derde fase de situatie opnieuw voorstellen als kind, waarbij de interventies die hij als volwassene in fase twee uitvoerde, worden toegepast. De cliënt ervaart deze interventies als kind en merkt wat deze voor het kind betekenen. Het gevoel van controle over en invloed op de situatie wordt vergroot en disfunctionele kinderlijke interpretaties van schuld worden gecorrigeerd.

Mevrouw Te Braak wordt aangemeld met klachten behorend bij een posttraumatische stress-stoornis. Ze is als kind jarenlang seksueel misbruikt door haar vader. Ze heeft zich nooit hiertegen durven verzetten en heeft nooit iemand over het misbruik durven vertellen. Dit heeft geleid tot het idee dat ze mede schuldig is aan het misbruik, hetgeen weer leidde tot steeds sterkere schuldgevoelens. Mevrouw Te Braak wordt behandeld volgens het PTSS-protocol van Dancu en Foa (1992), waarin imaginaire exposure het hoofdbestanddeel is. Hoewel de klachten in het algemeen afnemen, blijven de schuldgevoelens aanwezig. Besloten wordt deze te behandelen met imaginatie met rescripting.

Als mevrouw Te Braak zich in de tweede fase als volwassene getuige laat zijn van een misbruiksituatie, ervaart ze een grote woede. Ze grijpt in door haar vader van het kind af te trekken en hem enkele klappen te verkopen. Ze troost het kind en belt de politie om aangifte te doen. Vervolgens stelt ze zich de situatie nogmaals voor vanuit haar perspectief als kind, waarbij ze als volwassene ingrijpt. In de nabespreking geeft ze aan zich opgelucht te voelen door haar handelwijze als volwassene. Door als volwassene getuige te zijn van de situatie, beseft ze dat zij als kind volkomen machteloos en hulpeloos was tegen een volwassen man. Ze ziet door deze ervaring in dat haar vader volledig verantwoordelijk was voor het misbruik. Haar schuldgevoelens maken hierdoor plaats voor gevoelens van boosheid.

Tot besluit

Schuldgevoelens zijn in wezen functionele ervaringen, die nagenoeg iedereen kent. Ze maken onderdeel uit van een normale cognitieve en emotionele ontwikkeling. Een ontwikkeling wordt pas problematisch door een overmaat of juist een tekort aan schuldgevoel. Alvorens interventies toe te passen is het dus van belang goed te taxeren of gerapporteerd schuldgevoel disfunctioneel dan wel functioneel is. In het laatste geval is het van belang cliënten uitleg te geven over het normale karakter en de functies van schuldgevoel.

In dit artikel zijn de cognitieve aspecten en behandelmogelijkheden geschetst van een overmaat aan schuldgevoel. Gezien het feit dat bij schuldgevoel zowel een cognitieve als een affectieve component een rol speelt en beide elementen aanwezig moeten zijn om van schuldgevoel te kunnen spreken, is deze keuze enigszins arbitrair. Belangrijkste overweging bij deze keuze was de aangetoonde effectiviteit van cognitieve interventies bij een scala aan stoornissen waarin eveneens een affectieve component een rol speelt. Overmatig schuldgevoel komt veel voor in de klinische praktijk. Met het geschetste cognitieve model kunnen de disfunctionele opvattingen die hieraan ten grondslag liggen, effectief gewijzigd worden in evenwichtiger alternatieve cognities. Problematisch schuldgevoel is echter over het algemeen niet een op zichzelf staande klacht. Vaak is het een van de symptomen van een psychische stoornis. De geschetste behandelmethode kan dan geïntegreerd worden in de behandeling van deze stoornis.

Een valkuil bij de cognitieve therapie van schuldgevoel is de inschatting van de cliënt dat het schuldgevoel een functie heeft in relatie met de benadeelde persoon (of anderen), waardoor hem vervelender gevolgen bespaard blijven. De cliënt kan bijvoorbeeld het

idee hebben dat het schuldgevoel ervoor zorgt dat anderen niet boos op hem worden of hem niet afwijzen. Dit maakt het uitdagen van de cognities die ten grondslag liggen aan het schuldgevoel tot een lastig proces. Het is dan van belang de cognities over de vermeende negatieve gevolgen van het opgeven van het schuldgevoel te identificeren en uit te dagen.

Abstract

Feelings of guilt make clear that a moral standard has been broken. These feelings can be functional as well as dysfunctional. Dysfunctional guilt is associated with several psychological disorders. Feelings of guilt are considered to be the result of the interaction between cognitive and affective elements. On the basis of a cognitive conceptualization various possible therapeutic interventions to aid a patient in dealing with a surplus of guilt are described.

Referenties

- Abueg, F.R. (1993). Development of a sources of combat-related guilt survey. In E.S. Kubany (Chair), *Assessment of trauma-related guilt*. Symposium 27^e jaarlijkse bijeenkomst van de AABT.
- APA, American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th edition)*. Washington DC: APA.
- Baumeister, R.F., Stilwell, A.M., & Heatherton, T.F. (1994). Guilt: an interpersonal approach. *Psychology Bulletin*, 115, 243-267.
- Bögels, S.M., & Oppen, P. van (1999). Specifieke aspecten van cognitieve therapie. In S.M. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk* (49-69). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bybee, J., & Quiles, Z.N. (1998). Guilt and mental health. In J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (269-291). San Diego: Academic Press.
- Dancu, C.V., & Foa, E. (1992). Posttraumatic stress disorder. In A. Freeman & F. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (79-88). New York: Plenum Press.
- Ekmann, P., Levinson, R., & Friesen, W. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes between emotions. *Science*, 221, 1208-1210.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 238-246.
- Ferguson, T.J., & Stegge, H. (1998). Assessing guilt in children: A rose by any other name still has thorns. In J. Bybee (Ed.), *Guilt and children*. San Diego: Academic Press.
- Ferguson, T.J., Stegge, H., Miller, E.R., & Olsen, M.E. (1999). Guilt, shame and symptoms in children. *Developmental Psychology*, 35, 347-357.
- Fischhoff, B. (1975). Hindsight does not equal foresight: The effect of outcome knowledge on judgement under uncertainty. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 1, 288-299.
- Friedman, M. (1985). Toward a reconceptualization of guilt. *Contemporary Psychoanalysis*, 21, 501-547.
- Greenberger, D., & Padesky, C. (1999). *Je gevoel de baas*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Harvey, O.J., Hunt, D.E., & Schroder, H.M. (1961). *Conceptual systems and personality organization*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hawkins, S.A., & Hastie, R. (1990). Hindsight: Biased judgements of past events after outcomes are known. *Psychological Bulletin*, 107, 211-327.
- Jehu, D. (1989). Mood disturbances among women clients sexually abused in childhood: Prevalence, etiology, treatment. *Journal of interpersonal violence*, 4, 164-184.
- Klass, E.T. (1990). Guilt, shame and embarrassment: cognitive-behavioral approaches. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (385-414). New York: Plenum.
- Kubany, E.S. (1994). A cognitive model of guilt typology in combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 3-19.

- Kubany, E.S., Abueg, F.R., Owens, J.A., Brennan, J.M., & Kaplan, A. (1995). *Trauma-related guilt and its relation to PTSD and depression severity among combat veterans and battered women*.
- Kubany, E.S., & Manke, F.P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual basis and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27-61.
- Kugler, K., & Jones, W.H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.
- Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A., & Byersmorse, S. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston: Allyn & Bacon.
- Malatesta, C.Z., & Wilson, A. (1988). Emotion and cognition interaction in personality development: A discrete emotions functionalist analysis. *British Journal of Social Psychology*, 27, 91-112.
- Miller, D., & Porter, C. (1983). Self-blame in victims of violence. *Journal of Social Issues*, 39, 139-152.
- Quiles, Z.N., & Bybee, J. (1997). Chronic and predispositional guilt: relations to mental health, psychosocial behavior and religiosity. *Journal of Personality Assessment*, 69, 104-126.
- Resick, P.A., & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Smucker, M.R., Dancu, C., Foa, E.B., & Niederee, J.L. (1995). Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 49, 3-17.
- Stegge, H. (1996). De invloed van emoties op cognities en gedrag. In J.D. Bosch, H.A. Bosma, D.N. Oudshoorn, J. Rispens & A. Vyt (red.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 2* (163-183). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stegge, H., Ferguson, T., & Braet, C. (1999). Gevoelens van schuld en schaamte: nuttig of problematisch? *Gedragstherapie*, 32, 271-296.
- Stegge, H., Ferguson, T.J., Goossens, F.A., & Bokhorst, A. *Adaptive and maladaptive aspects of guilt and shame* (in voorbereiding).
- Tangney, J.P. (1998). How does guilt differ from shame? In J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 1-17). San Diego: Academic Press.
- Tangney, J.P., Wagner, P.E., Hill-Barlow, D., Marchall, D.E., & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive anger across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 797-809.
- Williams, C. (1998). Guilt in the classroom. In J. Bybee (Ed.), *Guilt and children*. (233-243). San Diego: Academic Press.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota: Professional Resources Exchange.
- Zahn-Waxler, C., & Robinson, J. (1995). Empathy and guilt: Early origins of feelings of responsibility. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Selfconscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (143-173). New York: Guilford Press.