

Schuldgevoelens in de groep

Frans van Paassen is sociaal psycholoog en klinisch psycholoog-psychotherapeut. Hij werkt bij het Centrum voor Persoonlijheidsproblematiek, PsyQ Haaglanden en in privépraktijk te Hoek van Holland.

Schuld en schaamte spelen een belangrijke adaptieve rol in het onderhouden van interpersoonlijke relaties. Door problemen in de ontwikkeling kunnen zich echter pathogene overtuigingen ontwikkelen die leiden tot irrationele schuldgevoelens, met symptomen, remmingen en persoonlijkheidsproblematiek tot gevolg. In onze klinische praktijk en dus ook in onze groepspsychotherapieën worden wij regelmatig met deze gevoelens geconfronteerd.

Hoewel schuld en schaamte uitgebreid zijn onderzocht in de psychotherapeutische literatuur, is hun rol binnen de groepspsychotherapie nog weinig belicht. Zowel in oudere standaardwerken (Foulkes, 1964; Yalom, 1970) als in recentere leerboeken (Yalom & Leszcz, 2005; Berk, 2005) worden de begrippen nauwelijks vermeld. Een literatuuronderzoek in wetenschappelijke databases (Medline/pubmed, PsycInfo, PiCarta, Embase en Google) met de zoektermen schuld en groeps(psycho)therapie vanaf 2005 in de talen Nederlands, Engels en Duits leverde slechts 31 publicaties op. Deze gaan vooral over behandelingen van seksueel misbruik en verslavingsproblematiek, en de rol van schuld in de psychodynamiek van de groep wordt niet uitgewerkt.

In dit artikel worden allereerst de begrippen schuld en schaamte van elkaar onderscheiden. Conform de opvattingen van Hirsch worden de gevoelens in vier groepen ingedeeld: basisschuldgevoel; schuldgevoel vanuit vitaliteit; separatieschuldgevoel en traumagerelateerd schuldgevoel. Deze worden besproken en geïllustreerd aan de hand van casuïstiek. De rol die schuldgevoelens kunnen spelen in de groepsdynamiek en de mogelijkheden van de therapeut om daarmee om te gaan worden belicht.

In de open psychodynamische groep is door het vertrek van twee groepsleden plek vrij gekomen. De therapeuten melden de komst van een nieuw groepslid, een man.

Een van de basisregels van de groep is dat de groepsleden elkaar niet kennen of op een

of andere wijze aan elkaar gelieerd zijn, omdat zij zich in aanwezigheid van bekenden niet vrij zullen voelen om zich openlijk te uiten. Daarom wordt ter controle de naam van de kandidaat genoemd. Op dat moment gaan er geen belletjes rinkelen.

Er wordt afgesproken dat hij de volgende week zal starten. Enkele dagen later krijgen de therapeuten bericht van groepslid Petra. Zij werkt op de afdeling P&O van een groot bedrijf en heeft ontdekt dat het nieuwe groepslid bij hetzelfde bedrijf werkt. Ze kent hem niet persoonlijk, maar gezien haar functie is het zeer wel mogelijk dat ze in de toekomst met elkaar te maken krijgen. De therapeuten spreken met haar af dat dit probleem in de volgende groepszitting zal worden besproken en dat zij aan de kandidaat zullen melden dat hij (nog) niet kan starten met de groep vanwege deze situatie. Bij aanvang van de volgende groepszitting is de groep nieuwsgierig naar het nieuwe groepslid. Petra licht de situatie toe. Als hij zou gaan deelnemen aan de groep zou zij zich niet vrij voelen om alles te kunnen zeggen. De groep reageert begripvol. De therapeuten besluiten op grond van de basisregel dat de kandidaat niet aan deze groep zal kunnen deelnemen. Ze zullen het met hem bespreken en een andere groep voor hem zoeken.

De groep gaat verder. Ria vraagt aan Dineke of ze al contact heeft opgenomen met de tandarts die ze haar heeft aangeraden. Zelf is ze patiënt bij een tandarts waar ze niet tevreden over is. Als de groep vraagt waarom ze daar dan blijft, zegt ze het zielig voor hem te vinden als ze weg zou gaan. Ze zou zich dan schuldig voelen. Ze denkt dat ze hem dan iets zou afnemen, omdat hij dan minder inkomen zou hebben. Als de groep verder doorvraagt, wordt duidelijk dat ze bang is om de werkelijke reden aan te geven als hij zou vragen

waarom ze weggaat. Dan zou ze tegen hem moeten zeggen dat ze ontevreden is over zijn werk en dat betekent kritiek uiten, hem kwetsen. Ze is bang dat hij boos op haar zal worden. Haar oplossing is het vermijden van het conflict. De groep confronteert Ria met haar gedrag. Ze voelt zich schuldig als ze voor zichzelf kiest en weggaat, omdat ze hem dan tekort doet. Maar nu doet ze zichzelf tekort. Ze is bang voor zijn boosheid, maar eigenlijk is ze zelf boos op hem. De therapeuten leggen een relatie met haar positie in het ouderlijk gezin, waarin ze het voor haar vader nooit goed kon doen en waarvan ze zich emotioneel ook nog niet heeft kunnen losmaken.

Petra vertelt dan dat ze zich schuldig voelt zowel naar het potentiële nieuwe groepslid als naar de groep. Ze heeft de overtuiging dat ze hun iets heeft afgenomen. De kandidaat ontnemt ze de deelname aan de groep en de groep onthoudt ze een nieuw groepslid. Jan reageert hierop door te zeggen dat er voor de kandidaat een andere groep gezocht zal worden en dat de groep er toch niets aan zou hebben als twee groepsleden zich geremd zouden voelen om te zeggen wat ze denken of voelen. De therapeuten kunnen een parallel leggen met de vorige situatie: ook Petra voelt zich schuldig als ze voor zichzelf kiest, omdat ze de overtuiging heeft dat ze daarmee een ander tekort doet of benadeelt. Petra heeft zich altijd afgewezen gevoeld door haar moeder, die haar broertje idealiseerde. Ze heeft het gevoel dat ze het nooit goed kon doen in de ogen van haar moeder en ook Petra heeft zich emotioneel nog niet los kunnen maken uit deze relatie.

Schaamte versus schuld

Schuld en schaamte zijn zelfbewuste emoties die een belangrijke correctief-regulerende rol spelen in de sociale interactie. Verschillende onderzoeken wijzen uit dat schaamte en schuld van elkaar te onderscheiden zijn. Men hanteert daarbij meestal de definitie van Lewis (1971). Volgens Lewis gaat het bij schuld om de evaluatie van een handeling of een nalatigheid, waardoor men een ander schade heeft berokkend: 'Ik heb iets vreselijks gedaan'. Men heeft niet voldaan aan een norm en dat kan betrokkene verweten worden en hij verwijt het zichzelf. Schuld leidt tot emotionele spanning en gevoelens van spijt, wroeging, berouw en zelfverwijt.

Bij schaamte is er sprake van een negatieve beoordeling van de persoon zelf, van het zelfgevoel: 'Ik heb dat vreselijke gedaan'. Schaamte heeft betrekking op het niet voldoen aan een ideaalbeeld. Men is niet wie men denkt te zijn of zou willen zijn. Het zelf of de identiteit staat ter discussie. Dat maakt schaamte tot een pijnlijkere emotie. Schaamte gaat samen met zich bekeken voelen, rood worden, zich klein voelen en weg willen kruipen om onzichtbaar te zijn. Iemand die zich schuldig voelt zal pogingen doen om de gevolgen van zijn gedrag ongedaan te maken. Reparatie van schaamtegevoelens hangt samen met de behoefte de negatieve aspecten van het zelf ongedaan te maken. In het dagelijkse leven komen beide emoties vaak tegelijkertijd voor.

Weiss (1986) benadrukt de rol van interper-

soonlijke schuld bij het ontstaan van psychologische spanning, remmingen en persoonlijkheidsproblematiek. Als zich in de relatie met de ander traumatische ervaringen voordoen, kunnen irrationele, pathogene overtuigingen ontstaan. Deze overtuigingen waarschuwen mensen dat wanneer zij proberen om normale ontwikkelingsdoelen na te streven, zij daarmee zichzelf of iemand van wie zij houden kunnen beschadigen. Dit leidt tot irrationele schuldgevoelens die vaak onbewust zijn. Een normale ontwikkeling en zelfs de wens om zich verder te ontwikkelen, kan dan leiden tot gevoelens van schuld, schaamte, angst en vrees. Pogingen om deze gevoelens te verminderen of te vermijden kunnen leiden tot verschillende vormen van psychopathologie.

Volgens Hirsch (2000, 2007, 2010) spelen bij alle psychische stoornissen sterke schuldgevoelens een rol. Als agressieve en destructieve gevoelens niet geuit kunnen worden omdat ze tegen een liefdesobject gericht zijn, kan de resulterende ambivalentie ook niet opgelost worden.

Hirsch onderscheidt vier vormen van schuldgevoelens: basisschuldgevoel, schuldgevoel vanuit vitaliteit, separatieschuldgevoel en traumagerelateerd schuldgevoel.

Basisschuldgevoel

Het basisschuldgevoel is het niet gewenst zijn, er eigenlijk niet mogen zijn.

Twee vormen kunnen hier naar oorzaak worden onderscheiden.

1. Het bestaan van het kind is niet gewenst: door het enkele feit dat het bestaat, heeft het kind het gevoel dat het de ouders in de problemen heeft gebracht en schuldig is. Het afgewezen kind voelt zich basaal een slecht kind en is geneigd het goed te maken door zich in verregaande mate aan te passen. Ook een gevoel van verplichting tot zorg voor de ouders is mogelijk (parentificatie). Het kind heeft niet het gevoel het recht te hebben er als zichzelf te mogen zijn. Het moet de behoeften van de ouders vervullen. Het zal echter niet lukken de ouder tevreden te stellen of gelukkig te maken. Het kind voelt dat het faalt en gaat zich ook hierover schuldig voelen. In de groep zal de patiënt het moeilijk vinden om zijn plek in te nemen en geneigd zijn om zich vooral op de behoeften van de anderen te richten. Het is het aangepaste groepslid dat zijn best doet om te behagen. Hij kan de relatie testen door voortijdig de therapie te willen beëindigen. Hij test of de groep en de therapeuten hem laten gaan (wat dan een bevestiging is van het basisschuldgevoel) of dat hij zal worden begrepen in zijn verlangen om tegengehouden te worden (dus wel gezien te worden en de moeite waard te zijn). Gevoelens van kritiek en boosheid of het uiten van woede is beangstigend omdat dan het gevaar van afwijzing en uitstoting dreigt.

Ria excuseert zich bij alles wat ze zegt. Het gaat sommige groepsleden irriteren. Ze lijkt onbewust de reactie op te roepen waar ze bang voor is. Als haar gedrag onderzocht wordt vertelt ze hoe ze zich door haar

vader afgewezen heeft gevoeld. Haar broer heeft gezegd dat hij de lucht die zij uitstoot niet wil inademen.

2. De ouders willen wel een kind, maar dit kind is niet het goede, meestal doordat het niet het gewenste geslacht heeft. Ook bij het ‘vervangkind’ dat de plaats van een overleden kind moet overnemen, is vaak sprake van een basaal schuldgevoel (Ladan & Groen-Prakken, 1997). De ouders hebben dikwijls een geïdealiseerd beeld van het overleden kind en de plaatsvervanger zal onvermijdelijk teleurstellen, tekortschieten en een schuldgevoel ontwikkelen, doordat hij niet aan de irreële verwachtingen kan voldoen. Schuldgevoelens gaan dan vaak gepaard met intense gevoelens van schaamte. Gevoelens van boosheid en verdriet worden sterk afgeweerd. In de groep kan dit conflict spelen als een nieuw groepslid de plek van een vertrokken groepslid heeft ingenomen. De angst om teleur te stellen, onvoldoende inbreng te hebben waardoor de groep weinig aan je heeft, kan remmend werken om een eigen plek in te gaan nemen. Ook hier is sprake van een sterke agressieremming.

Schuldgevoel vanuit vitaliteit

Dit hangt samen met expansieve wensen, begeren, iets willen hebben, succes willen hebben, anderen willen overtreffen. Deze wensen worden als schuldig beleefd als de omgeving deze verlangens afkeurt. Hierbij kunnen drie vormen worden onderscheiden.

1. Schuldgevoel bij succes: succesvol zijn kan schuldgevoel oproepen als men gelooft dat de succeswens iemand anders benadeelt of belemmert. In dit verband wordt ook wel over ongelijkheidsschuldgevoel gesproken. Beter presteren, op school hogere cijfers halen, rijker zijn of je gelukkig voelen kan dan schuldgevoel oproepen. De kinderlijke gedachte is dat er maar een bepaalde hoeveelheid geluk en succes beschikbaar is. 'Als ik er veel van bezit, blijft er voor de ander minder over.'

Enerzijds is er de wens de ander te overtreffen, van de ander te winnen, beter te zijn dan de ander. Dan gaat het om eigen vitale, positief-agressieve wensen. Anderzijds is er de angst daarmee de woede en jaloezie van de ander op te roepen en daarmee de liefde van de ander te verliezen of er niet meer bij te horen. Deze angst kan leiden tot een innerlijk verbod te mogen slagen en vervolgens tot een passieve of onderdanige houding, waarmee de angst voor de boosheid van de ander, maar ook de eigen vitale verlangens worden afgeweerd. We kunnen hierbij denken aan het schuldgevoel van het gezonde kind ten aanzien van een zieke of gehandicapte sibling, van de uitbinker op school ten opzicht van de andere leerlingen. Het genoemde ambivalentieconflict gaat vaak uit van de ouders die enerzijds wensen dat hun kind succes heeft, maar dit door de bejegening van het kind feitelijk frustreren omdat ze het niet verdragen dat hun kind hen overtreft. Het schuldgevoel dat gepaard gaat met de mogelijkheid de ander te overtreffen, kan leiden tot examenangst, problemen op het

werk of problemen in de relatie tot leidinggevenden.

In groepstherapie kan dit conflict zich op verschillende manieren uiten. Er kan angst zijn om te rivaliseren. Angst om te mogen verschillen van anderen. Angst om zich te ontwikkelen en om trots te zijn op wat je hebt bereikt omdat dit jaloezie of afgunst kan oproepen. Dit kan leiden tot een passieve, vermijdende opstelling.

In de relatie met de therapeut kan er angst zijn om kritiek te uiten of om de therapeut te overtreffen, omdat de patiënt dan de boosheid of wraak van de therapeut vreest. De patiënt kan ook een autoriteitsconflict uitlokken. Door te rivaliseren met de therapeut (vaderfiguur) weert de patiënt passieve afhankelijkheidsgevoelens en genegenheidsbehoefte af. Het kan leiden tot een onbewuste remming om te mogen profiteren van de behandeling, de negatief therapeutische reactie.

Rob voelt zich schuldig omdat hij het gevoel heeft dat hij niet uit het leven haalt wat erin zit. Hij heeft een hbo-opleiding maar werkt in de dierenopvang. Hij vindt het werk erg leuk, maar hij vindt dat het onder zijn niveau is. Als de groep hem probeert te steunen door aan te geven dat het juist goed is dat hij werk doet wat hij leuk vindt, is dat niet wat hij wil horen. Ook op andere terreinen durft hij geen stappen te maken. Zo zit hij nog steeds op een studentenkamer, terwijl zijn vrienden al hun eigen woning hebben. Een mannelijk groepslid gaat zich aan hem ergeren, omdat hij zich volgens hem als een slachtoffer

opstelt. Als een groepslid aan hem vraagt wat hij zou willen, zegt hij dat niet te weten. Hij voelt zich klein en schaamt zich.

2. De terreur van de lijdende ouder: de terreur die een chronisch zieke ouder op een kind uitoefent in de vorm van hypochondrische angst en regelmatige suïcidale uitingen, kan heel groot zijn. Het kind moet stil zijn en kan niet spelen, omdat het met vader niet goed gaat of omdat moeder weer depressief is. Het heeft geen andere keus dan zich rustig te houden en zijn vitaliteit te onderdrukken, omdat het anders te veel wordt voor de ouder die dan nog zeker kan worden of mogelijk zelfs kan sterven. Het is begrijpelijk dat het kind in een dergelijke situatie gevoelens van woede kan ervaren, soms in de vorm van doodswensen naar de ander. Het kan deze gevoelens echter niet uiten, omdat dit tot een verergering van de situatie kan leiden. Deze gevoelens worden afgeweerd en kunnen leiden tot onbewuste schuldgevoelens. Het kind zou op twee manieren op dit dilemma kunnen reageren: door identificatie (het wordt zelf ook ziek of hypochonder) of door aanpassing (het ontwikkelt een grenzeloze inschikkelijkheid en neemt de rol van levenslange verzorger op zich). In de groep kunnen patiënten het gevoel hebben dat hun ziekte of aanpassing aan de ander de enige manier is om het contact te behouden en om niet in de steek gelaten te worden.

3. Het schuldgevoel van de overlevende: dit schuldgevoel komt zowel voort uit een vitaliteitswens als vanuit een trauma-gerelateerd

schuldgevoel, veroorzaakt door introjectie van geweld en traumatisch verlies. In navolging van Nederland (1961) beschrijft Wepster (2003) overlevingsschuld als het gevoel dat voortkomt uit het besef tekortgeschoten te zijn in levensbedreigende (oorlogs)omstandigheden, waarbij naasten op gewelddadige wijze om het leven zijn gekomen. De overlevende is zonder aanwijsbare reden de dans ontsprongen. Hij verwijt zichzelf nalatigheid bij het voorkomen van het noodlot van de ander. Er ontstaat een innerlijk conflict, waarbij de gedachte opkomt dat hij geen recht heeft nog van het leven te genieten. Men koestert een illusie van macht en weert gevoelens van onmacht af.

Overlevenden van rampen of terreur voelen zich schuldig, omdat ze er niet in geslaagd zijn de anderen te redden, ook als zij daartoe geen enkele mogelijkheid hadden. Sommigen verwijten zichzelf dat ze de ander in de steek gelaten of verlaten hebben, hoewel ze allemaal machteloos waren. De overlevende kan zich ook schuldig voelen over de gedachte dat hij het gelukkig wel gered heeft. Het schuldgevoel is nog sterker als de overlevende iets gewenst heeft of daadwerkelijk heeft gedaan waardoor hij zichzelf ten koste van de ander een levensreddend voordeel heeft verschaft.

Overlevingsschuld kan ook volgen op het verlies van een sibling. Gevoelens van jaloezie naar de zieke sibling die alle aandacht krijgt, kan tot heftige schuldgevoelens leiden als de ander overlijdt. De intensiteit van deze gevoelens wordt deels bepaald door de competitieve en agressieve onbewuste fantasieën van het overlevende

kind. De schuldgevoelens kunnen een schaduw werpen over plezierige gebeurtenissen, zoals verjaardagen, vakanties, een huwelijk of de geboorte van een kind (Christian, 2007). Zij kunnen leiden tot een remming op rivaliseren en agressiviteit.

Separatie-schuldgevoel

De autonomiewens van het kind kan met schuldgevoel worden verbonden, wanneer de ouder afstand nemen als een bedreiging ervaart. Bij dit schuldgevoel gelooft het kind dat het geen recht heeft op een eigen, zelfbepaald, afgescheiden leven. De scheiding van het liefdesobject – de symbiotische moeder – leidt in de onbewuste beleving van het kind tot beschadiging of versterking van het liefdesobject, zelfs tot haar dood (Modell, 1965). Separatie van de ouder wordt dan onbewust ervaren als een agressieve daad. Weiss (1986) beschrijft dat alleen het anders zijn, het verschillen van de belangrijke ander, al als separatie en dus schuldgevoel kan worden beleefd. In de separatie-individuatiefase en later in de adolescentie, maar eigenlijk in alle levensfasen, kan een conflict ontstaan tussen enerzijds autonomiewensen en anderzijds de bindingswens. Ouders die vanuit hun eigen behoeften hun kind niet kunnen loslaten, zijn niet in staat de autonomieverlangens van hun kind te accepteren en te ondersteunen. Bij de basisschool zien we hoe moeilijk sommige kinderen zich losmaken van hun moeder en andersom. Ouders kunnen een kind proberen te sturen in de keuze van vrienden, partner, oplei-

ding en beroep. Het uit huis gaan, kan door de ouder als afwijzing worden beleefd ('Je hebt het hier toch goed?'). Het verlangen een zelfstandig leven te leiden, verbergt een boodschap naar de ouders ('Ik heb jullie niet meer nodig'). Het kind kan zich schuldig voelen over de impliciete gedachte: jullie mogen nu doodgaan, want ik kan ook zonder jullie leven. Natuurlijk willen ouders dat hun kind zich ontwikkelt, maar het kind krijgt boodschappen die elkaar tegenspreken, waarmee tegelijkertijd afhankelijkheid en onafhankelijkheid wordt verlangd (dubbele binding). Als het kind succes heeft, wordt het bang dat dit als een scheiding wordt beleefd, waardoor moeder depressief kan worden. Als het kind faalt, is er de angst moeder teleur te stellen.

Nadat Milou iets meer dan een jaar in de groep aanwezig is, mag het eindelijk gaan over de verstikkende band met haar moeder. Eerder maakte ze een afwerende, prikkelbare indruk wanneer er stilgestaan werd bij de rol van haar gezin van herkomst bij het ontstaan van haar problematiek. Met rode wangen vertelt ze dat ze zich aanvankelijk na afloop van de groep schuldig voelde wanneer ze negatieve zaken had gedeeld over haar moeder. Nu slaagt ze erin stil te staan bij hoe haar moeder in haar beleving amper stilstond bij haar binnenwereld en vooral gericht was op het scheppen van een ideaalbeeld voor de buitenwereld. Opvallend is hoe zij zich vandaag gezien voelt door de groep. Eerder had ze meermaals aangegeven dat ze

weinig reacties ontving op haar inbreng; de groep viel stil wanneer ze zaken inbracht. Vandaag verloopt dit anders en er is ook een groepslid dat dit opmerkt en benoemt.

Seksualiteit betekent naast haar vitale kwaliteit ook scheiding van de eerste objecten. Al bij de masturbatie is het kind alleen met zichzelf bezig en heeft het zijn ouders dus niet nodig. Nog duidelijker wordt dat bij de keuze voor een partner. Een te sterke band met de ouders kan leiden tot een incestueuze partnerkeuze. Slagen, succes hebben door werk of door een prestatie die je hebt geleverd, betekent ook separatie. Iedere verandering of overgang naar een nieuwe situatie betekent een scheiding van een voorafgaande situatie. Een ouder die de losmaking tegenwerkt, wil anderzijds ook dat het kind vooruitgaat. De ouder wil dat het kind succesvol is, maar dan alleen onder de voorwaarde dat het succes niet in dienst staat van de eigen identiteit van het kind en op die manier leidt tot verdere scheiding. De ouder maakt zelf aanspraak op het succes. Tegenover het kind wordt de prestatie gekleineerd, terwijl de ouder er met buitenstaanders trots over spreekt ('Mijn zoon!', 'Mijn dochter!'). Het kind is dan een narcistisch verlengstuk van de ouder (Kohut, 1971).

In de groep kan de patiënt met symbiotische problematiek zich schuldig voelen als hij bang is dat de groep en de therapeut, evenals de ouder in het verleden, zijn autonomie wens niet kan verdragen. Hij kan zich schuldig voelen vanuit de onbewuste angst de groep of de therapeut tekort

te doen of te beschadigen als hij zich meer individueert en losmaakt. Bij een goed verlopen behandeling zal dit conflict voldoende doorgewerkt zijn zodat het bij het afscheid misschien nog wel kan opspelen maar niet meer tot een crisis leiden. Zowel voor de therapeut als voor de groep kan het verlies van een patiënt waar ze een intieme relatie mee hebben gehad moeilijk zijn. Het kan moeilijk te verdragen zijn dat de patiënt zonder hen verder kan en dat ze niet meer zullen horen hoe zijn verdere ontwikkeling zal zijn. De andere groepsleden kunnen gevoelens van jaloezie hebben, omdat zij nog niet zover zijn. Sommigen worden gesterkt in de hoop dat zij in een latere fase ook zelfstandig zullen kunnen functioneren, maar bij anderen wordt de angst versterkt dat zij nooit zover zullen komen. De therapeut zal in staat moeten zijn om de narcistische illusie van een unieke relatie en onmisbaarheid op te geven.

Traumagerelateerd schuldgevoel

Ernstige gewelds- en misbruikervaringen laten een *Fremdkörper* in het Zelf achter; een introject dat leidt tot schuldgevoel. Het trauma is duidelijk, het ontstaat uit extreme conflicten in de betrekking tot de dader als ook tot medeslachtoffers. Hirsch (2000, 2010) wijst op de paradox dat een onschuldig slachtoffer lijdt onder zware schuldgevoelens, terwijl de dader noch schuldgevoelens heeft noch schuld erkent. Volgens Hirsch is de verklaring dat het slachtoffer de dader wezenlijk nodig heeft

om te overleven, zoals het kind de ouders, ook als die hem mishandelen. In een regressieve toestand heeft de politieke gevangene zelfs zijn folteraar en de verkrachte vrouw zelfs haar verkrachter nodig. Het slachtoffer neemt de schuld op zich om de dader als liefdesobject te kunnen behouden. Het kind wil aan het beeld van de ‘goede’ ouders kunnen vasthouden. Het is immers afhankelijk van de ouders en alleen zij kunnen hem redden. De onderliggende overweldigende angst is die van het in de steek gelaten worden, wat dan uiteindelijk de dood zal betekenen.

Deze karakteristieke afweervorm, identificatie met de agressor, is verbonden met de introjectie van het schuldgevoel dat de dader eigenlijk zou moeten hebben. Het slachtoffer kan het geïnternaliseerde geweld tegen zichzelf richten of in een omkering van positie het geleden geweld naar buiten richten op een zwakker iemand (Bettelheim, 1943). Ook hier zien we dat het schuldgevoel een poging is het onbegrijpelijke, onvoorspelbare en onverklaarbare in een begrijpelijke samenhang te brengen. Het schuldgevoel overdekt sterke gevoelens van schaamte over het slachtoffer zijn, gevoelens van machteloosheid, vernedering maar ook van woede. Het schaamte- en schuldgevoel bij seksueel misbruik door een familielid wordt nog versterkt als de patiënt daarin ook een actief aandeel heeft gehad.

Ook bij onverwerkte rouw kan er sprake zijn van schuldgevoelens. Het is hierbij belangrijk dat alle gevoelens die bij verlies en rouw horen, geuit kunnen worden. Naast

verdriet is er vaak ook sprake van boosheid over het in de steek gelaten zijn of over dat wat er niet is geweest. Als deze gevoelens er niet mogen zijn, worden ze onderdrukt en komen ze tot uiting in schuldgevoel. Dit is sterker naarmate er in de relatie met de overledene sprake is geweest van heftige conflicten of misbruik. De agressieve doodswensen jegens de thans overledene zijn dan realiteit geworden, wat tot zeer sterke schuldgevoelens leidt die de rouwverwerking zeer bemoeilijken.

Therapie

In de groepspsychotherapie zijn er drie stappen die belangrijk zijn om de patiënten te helpen met deze gevoelens om te gaan: erkenning, exploratie en de corrigerende ervaring.

Het is van cruciaal belang dat de gevoelens van schaamte en schuld in de therapie erkenning krijgen. De opmerking: ‘U hoeft zich niet te schamen of schuldig te voelen’, houdt een miskennis in van de gevoelens van de patiënt en daarmee wordt de ervaring van schaamte of schuld onbedoeld versterkt. De therapeut zal zorgvuldig proberen reële schuld en irrationeel schuldgevoel van elkaar te onderscheiden. Groen (2003) beschrijft dat bij de behandeling van partners in geweldssituaties de erkenning en bewustwording van schaamte een belangrijk element is. De behandeling heeft volgens haar pas werkelijk effect als deze gepaard kan gaan met een verschuiving van schaamte naar schuld. In de behandeling zien we volgens haar dan een

sequentie die loopt van schaamte naar schuld, naar bekennen en vervolgens naar boete, vergelding, vergeving en eventueel verzoening. Schalkwijk (2012) wijst erop dat aandacht voor schaamte en schuld de patiënt dwingt tot reflectie over zijn zelfbeeld en daarmee tot een observerende positie ten opzichte van het zelf. In de groep is het onder ogen durven komen van de anderen en het de anderen in de ogen durven zien een belangrijke ervaring.

Paul komt aan bod nadat een groepslid hem erop heeft gewezen dat hij zich al een tijd weinig heeft gemanifesteerd in de groep. Hij geeft aan dat hij gehinderd wordt in vrijuit praten, omdat hij zich schaamt voor wat er bij hem speelt: er is sprake van lichamelijk geweld binnen zijn partnerrelatie, waarbij hij zijn partner fysiek domineert wanneer hij zich klein gemaakt voelt. Groepslid Inge zegt razend te kunnen worden wanneer haar moeder haar niet ziet en zij machteloosheid ervaart. Aanvankelijk is er veel begrip voor de kwetsbare kanten van Paul. Paul geeft vervolgens aan geen andere optie te hebben in contact met zijn partner en komt dan defensief, externaliserend over. In de loop van het gesprek confronteren vooral de vrouwelijke groepsleden hem in toenemende mate met mogelijke consequenties van zijn agressieve gedrag. Wanneer Paul in de groep weinig schuldgevoel laat zien over zijn gedrag, leggen die vrouwelijke groepsleden hem het vuur aan de schenen en zodoende fungeren zij als extern geweten. Net als binnen zijn partnerrelatie lijkt hij

het contact met sommige groepsleden te verliezen.

Bij het verder exploreren van schuldgevoelens wordt de aandacht gericht op de relatie met de ander, op het drama dat zich in deze relatie afspeelt of heeft afgespeeld. Zo krijgt de patiënt zicht op het oorzakelijk verband met zijn intrapsychische conflicten. Het verduidelijken van onbewuste motieven, van onderliggende gevoelens en gedachten, kan inzicht geven in de rol van schuldgevoelens in het veroorzaken van neurotisch lijden en zelfbeschadigend gedrag.

Het is belangrijk oog te hebben voor wat zich in de relaties tussen de groepsleden en met de therapeut kan afspeelen in de betekenis van overdracht en tegenoverdracht. Volgens Weiss (1986) proberen patiënten in het therapeutisch proces voortdurend hun onbewuste schuldgevoelens op te lossen door hun pathogene gedachten en overtuigingen te ontkrachten en de traumatische ervaringen die aanleiding hebben gegeven tot deze overtuigingen de baas te worden. Zij testen dit in de relatie met groepsleden en therapeut via overdracht en de strategie van ‘turning passive into active’. De patiënt kan in de relatie met de anderen zowel de rol van slachtoffer (met de anderen als dader), als de rol van dader met de anderen als slachtoffer innemen. In de overdracht kan de patiënt bepaald gedrag vertonen om te kijken of het gevreesde gevaar zich zal manifesteren. Bij ‘turning passive into active’ draait de patiënt de rollen om en doet de patiënt de

ander aan wat hemzelf als kind is overkomen. In de herhaling van de traumatische ervaring kan de patiënt onbewust bang zijn om de therapeut en de groepsleden te beschadigen, zoals hij in zijn beleving zijn ouders en siblings pijn heeft gedaan. De reactie van de groep op deze door de patiënt onbewust gekozen vorm van relatietest is van groot belang. Gaat de traumatische ervaring zich herhalen of kan er een correctieve ervaring optreden? Als de groep en de therapeut kunnen laten zien dat zij het gedrag kunnen verdragen, kan de patiënt geleidelijk tot het besef komen dat zijn schuldgevoelens niet reëel zijn en kan een correctieve ervaring plaatsvinden. In de tegenoverdracht is het belangrijk dat de groep en de therapeut zich niet laten verleiden om de rol van dader op zich te nemen en de patiënt slachtoffer te maken. De therapeut kan de groep helpen om inzicht te krijgen in het proces en de onderliggende dynamiek.

Anne twijfelt of ze contact zal opnemen met haar vader. Dit is een onderwerp dat ze vaker heeft ingebracht. Ze wil door vader gehoord en gezien worden, maar ze heeft zich altijd door hem ontkend gevoeld. Haar angst is dat dit patroon zich zal herhalen. Gaandeweg verlegt het zwaartepunt van het gesprek zich naar een ander groepslid. In de volgende groepszitting geeft Anne aan dat ze zich vorige week niet gehoord voelde, met name door de therapeuten. De therapeuten geven haar de ruimte om haar boosheid en pijn jegens hen te uiten. Ze heeft het gevoel dat de therapeuten haar verwaarlozen. In de tegen-

overdracht ervaart therapeut Els het door Anne geprojecteerde deel in de vorm van schaamte en schuldgevoel. In het contact met de therapeuten is Anne's intense behoefte aan ouder-figuren die haar verlangens altijd volledig aanvoelen en bevredigen voelbaar. De mate waarin de therapeuten tegemoet kunnen komen aan haar verlangens ervaart ze als tekortschietend.

Als de groep en de therapeut in staat zijn om de gevoelens te verdragen en met begrip en empathie te blijven reageren, dan kunnen zij de patiënt helpen het beschadigde zelfgevoel te herstellen en de realiteitstoetsing te verbeteren (Winnicot, 1960). In de therapie is het belangrijk dat de patiënt kan ervaren dat sterke gevoelens van verlangen en agressie er mogen zijn. Vooral het onderzoeken van agressieve gevoelens, die vaak zeer destructief en moorddadig kunnen zijn, is van groot belang. Het niet kunnen verdragen van deze gevoelens leidt tot of schuldgevoel of tot (mis)daden en in dat geval tot echte schuld. De therapeut die zelf angstig wordt voor deze heftige gevoelens, zal deze niet verder durven onderzoeken. De groep komt in haar proces dan niet verder dan wat de therapeut kan verdragen. De accepterende therapeut die de gevoelens wel kan verdragen, wordt een goedkeurende ouder die de geïnternaliseerde straffende, afkeurende ouder kan vervangen. Het strenge superego kan dan veranderen in een welwillend ego. De patiënten ontwikkelen dan meer empathie en zorg voor zichzelf en leren de spanningen die gepaard gaan met veran-

deringen doorstaan. In de therapie kunnen patiënten hun gevoelens en verlangens ervaren en leren verdragen. Uiteindelijk kunnen zij dan accepteren dat deze gevoelens onlosmakelijk verbonden zijn met ons menselijk bestaan.

Met dank aan Mila Remijsen voor de inbreng van enkele vignetten.

► Reageren? fvanpaassen@upcmail.nl

Literatuur

- Baumeister, R.F. & Tice, D.M. (1990). Anxiety and social exclusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 58, 1062-1072.
- Berk, T. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bettelheim, J. (1943). Individual and mass behaviour in extreme situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38, 417-452.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.
- Bush, M. (1989). The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 97-107.
- Christian, C. (2007). Sibling loss, guilt and reparation: a case study. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 41-54.
- Fairbairn, W.R.D. (1954). *An object relations theory of the personality*. London: Hogarth Press.
- Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: Karnac.
- Friedman, M. (1985). Toward a reconceptualization of guilt. *Contemporary Psychoanalysis*, 21, 501-547.
- Groen, M. (2003). De samenhang van schaamte en geweld. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 255-269.
- Hirsch, M. (2000). Zur Psychoanalyse von Schuld und Schuldgefühl. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 42, 204-230.
- Hirsch, M. (2007). *Scham und Schuld, Sein und Tun*. Voordracht Lindauer Psychotherapiewochen.
- Hirsch, M. (2010). *Schuld und Schuldgefühl; zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt*. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht.
- Hoffman, M.L. (1982). Development of prosocial motivation: empathy and guilt. In N. Eisenberg (Ed.), *The development of prosocial behavior*, 218-231. New York: Academic Press.
- Ladan, A. & Groen-Prakken, H. (1997). *Kinderen en de dood*. Assen: Van Gorcum.
- Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. Madison: International Universities Press.
- Modell, A.H. (1965). On having the right to a life: an aspect of the superego's development. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 323-331.

Niederland, W.G. (1961). The problem of the survivor. *Journal of the Hillside Hospital*, 10, 233-247.

Schalkwijk, F. (2012). Schaamte in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38, 368-380.

Weiss, J. (1986). Unconscious guilt. In J. Weiss, H. Sampson e.a. (Eds.), *The psychoanalytic process*. Guilford Press: New Haven/London.

Wepster, D. (2003). Over tegenoverdracht en empathie bij overlevingsschuld en overlevingsschaamte. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 115-132.

Winnicott, D.W. (1960). The relationship of a mother to her baby. In D.W. Winnicott (Ed.), *The family and the individual development*, 16-20. London: Tavistock.

Yalom, I.D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.