

**Skam og selvfølelse: Teoretiske aspekter og psykometriske
egenskaper ved en norsk versjon av Internalisert skam-skala**

Geir Berg og Ståle Pallesen

Skam og selvfølelse: Teoretiske aspekter og psykometriske egenskaper ved en norsk versjon av Internalisert skam-skala

Skam hindrer per definisjon positive følelser og kan dermed være tilstede i et bredt spekter av psykiske lidelser. Det er et viktig terapeutisk mål å bevisstgjøre og gjennomarbeide sterk skamfølelse. Cooks Internalisert skam-skala, et trekkmaal utviklet for klinisk bruk og forskning, kan her være et nyttig verktøy.

Innledning

I møte med mennesker med psykiske lidelser vil skam, til tross for sin almengyldighet, ikke alltid være lett å identifisere. Klienter unngår ofte å snakke om skam. De siste tretti årene er skam i økende grad kommet i fokus i klinisk sammenheng (Berg & Lauvrak, 1997; Broucek, 1982; Claesson & Sohlberg, 2002; Lewis, 1971; Morrison, 1989). I denne artikkelen skilles det ikke begrepsmessig mellom affekt, emosjon og følelse (jf. Basch, 1976). For Freud (1914) var skam særlig knyttet til superegobegrepet og affektene var driftsderivater. I egopsykologien sees skam som svikt i forhold til et egoideal (Lynd, 1958). I følge selvpsykologien oppstår skam når selvorganiseringen trues av sterk grandiositet (Kohut, 1971). Enkelte kognitive teorier legger stor vekt på en sentral, generell aktivering som fortolkes til ulike følelses kvaliteter (f.eks. Schachter & Singer, 1962). Tomkins affektteori (1962, 1963) skiller seg fra de nevnte teoriene ved at den muliggjør en forståelse av affektene *uavhengig* av driftsderivat, strukturmodeller og kognitive fortolkninger. Affektene sees i stedet som medfødte, nevralt (subkortikalt) atskilte opplevelses kvaliteter. Flere studier støtter disse synspunktene (bl.a. Ekman, Levenson, & Friesen, 1983). Tomkins beskriver ni grunnaffekter, seks negative: frykt, tristhet, sinne, avsky, forakt og skam, og to positive: interesse og glede. Overraskelse («startle») kommer i en nøytral mellomposisjon.

Tomkins (1963) framhever to funksjonelle aspekter ved affektene:

- 1) De kan forsterke enhver opplevelse i positiv eller negativ retning og gjøre dem viktige eller mindre viktige.
- 2) De er uavhengige mekanismer og kan knyttes til andre mekanismer som grunnleggende kroppslige behov (tørst, sult og seksualitet), sansemodaliteter (syn, hørsel, lukt, smak, berøring), motorikk, kognitive funksjoner (hukommelse, forestillingsevne, persepsjon og tenkning), andre

biologiske mekanismer og til andre affekter. Via tilbakemeldingssløyfer påvirker affektene de andre mekanismene og vice versa. Eksempelvis kan det å merke at vi rødmer øke skamfølelsen. Den fysiologiske skamresponsen reduserer ansiktskommunikasjonen (uttrykksløshet). Vi mister spenningen i nakke- og ansiktsmuskulaturen, og øyelokk, hode og overkropp senkes.

Skam inntar en spesiell posisjon i affektteorien og opptrer som en tilleggsmekanisme for de to positive affektene interesse og glede. Den oppstår etter at vi har lagt tilstrekkelig interesse og glede i noe, og disse positive affektene delvis blir hindret. Et eksempel er når noen vi liker snur seg bort mens vi snakker med dem. Kilden til positiv affekt vil fremdeles være tilstede, og muligheten for positiv affekt blir bare delvis hindret. I motsatt fall, når kilden til positiv affekt fjernes fullstendig, eksempelvis når en telefonsamtale med en vi liker å snakke med brytes av tekniske årsaker, er det lite sannsynlig at skam utløses.

Skamaffektens adaptive funksjon er bl.a. å dempe interesse og glede, som uten begrensninger kan innebære fare for oss selv eller andre. Den beskytter privatsfærens grenser (Lewis, 1971) og kan hindre en altfor åpen og selvavslørende kontakt overfor fremmede personer. Det motsatte kan oppfattes som skamløshet. Den brukes (og misbrukes) i sosialiseringen; vi skal skamme oss hvis vi ikke innordner oss. Janteloven er et ekstremt uttrykk for dette.

Skam er knyttet til det vi opplever at vi er. Skam oppleves derfor som mer emosjonelt smertefull enn skyld, og medfører økt utsatthet for psykiske lidelser

Skam rommes typisk i uttalelsen: «Jo, men ...», som gjerne etterfølges av grunner for ikke å gjøre noe vi kanskje ønsker. Det har oppstått en emosjonell barriere som på den ene siden kan hindre oss i å gjøre noe som kan skade oss selv eller andre. På den andre siden kan den lille «men-djevelen» hindre livsutfoldelsen og være tegn på skamfølelsens maladaptive og patologiske sider.

Andre negative affekter som frykt, tristhet og sinne, oppleves selvsagt også som ubehagelige. En forskjell er at skam retter oppmerksomheten innover, mens frykt og sinne vanligvis retter oppmerksomheten mot ytre faktorer. I praksis blandes ofte affektene eller de kan dekke over hverandre. Men i motsetning til andre negative affekter kan skam vanligvis ikke blandes med positive affekter, slik som glede inngår i skrekkblandet fryd når vi ser en skummel film.

Skyld anses av Tomkins (1963, 1987) å være en variant av grunnaffekten skam, selv om de oppleves ulikt på grunn av ulik sammensetning av årsaker og konsekvenser. Skyld følger av noe vi gjør, spesielt noe som kan skade andre. Den innebærer også frykt for straff etter å ha brutt

moralkodekser. Skam er i større grad knyttet til det vi opplever at vi er. Skam oppleves derfor som mer emosjonelt smertefull enn skyld, og medfører økt utsatthet for psykiske lidelser (Tangney et al., 1992).

Begreper som selvfølelse, selvbilde, selvtillit og selvbevissthet, er alle knyttet til selvvurderinger. I følge Strein (1993) vil et viktig skille mellom de ulike begrepene være hvorvidt vurderingene knyttes til spesifikke ytre atferdsområder (situasjoner) eller til en overordnet, global indre karakterisering av oss selv (trekk). Skam internaliseres når skamerfaringer over tid etterlater seg vedvarende og globale negative selvpoppfatninger. Det indikerer en nær forbindelse til selvfølelsen. Cook (1994) hevder at det blir tilfeldig hvorvidt begrepet kalles internalisert skam eller lav selvfølelse, men at det klinisk er nødvendig å bruke det mer erfaringsnære skambegrepet. Claesson og Sohlberg (2002) argumenterer for at det er fraværet eller tilstedeværelsen av skam som er essensen i selvfølelsen.

Måling av skam

Det er to hovedtilnærminger i måling av skam. Den ene er trekksmål som måler skam ut fra globale selvvurderinger som avspeiler personlighetstrekk. Et eksempel på trekksmål er Harders (1987) Personal Feelings Questionnaire (PFQ2), som måler skam ut fra responser på affektladete adjektiver. Den andre er tilstandsmål, der skam måles ut fra beskrivelser av hypotetiske situasjoner hvor alle, i større eller mindre grad, kan oppleve skam. Eksempler er Johnsons (1987) Dimensions of Conscience Questionnaire (DCQ) og Tangneys (1990) Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (SCAAI). Tilstandsmål og trekksmål er vanligvis lavt korrelerte med hverandre (Goss, Gilbert & Allan, 1993). Trekksmål korrelerer generelt høyere med psykopatologi enn tilstandsmål (Cook, 1994) og har derfor større klinisk relevans.

Cooks (1987) Internalisert skam-skala (ISS) er et trekksmål utviklet for klinisk bruk og forskning. Skalaen består av 30 ledd, hvorav 24 er sterkt negativt ladete, selvbeskrivende ledd som utgjør selve skamskalaen (heretter referert til som ISS). De resterende seks leddene er positivt ladete selvbeskrivelser hentet fra Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965). De gir et kortfattet mål på selvfølelsen (heretter referert til som selvfølelseskalaen) og motvirker enighets- eller uenighetsstil i utfyllingen. Svarene skåres langs en fempunkts Likertskala (0 = aldri – 4 = nesten alltid). ISS er validert på både kliniske og ikke-kliniske utvalg. Den amerikanske normeringen viser gjennomsnittsskårer mellom 47 og 53 for kliniske utvalg og mellom 30 og 34 for ikke-kliniske utvalg. Cronbachs alfa i en studie av Cook (1994) var .95 i et ikke-klinisk utvalg og .96 i et klinisk

utvalg. Rybak (1991) rapporterer alfa på .97 i et blandet klinisk og ikke-klinisk utvalg (N = 159), og McFarland (1992) en alfa på .94 i et ikke-klinisk utvalg (N = 173). Goss et al. (1993) fant tilsvarende alfa (.94) i et studentutvalg (N = 156) og en test-retest korrelasjon etter fem uker på .94. En test-retest korrelasjon på .84 ble rapportert for et ikke-klinisk utvalg (N = 44) av Cook (1994). Flere studier har vist sammenheng mellom skam og depresjon (f.eks. Allan et al., 1993) og mellom skam og angst (f.eks. McFarlands, 1992). I en studie (Cook, 1994) korrelerte skam høyere med innoverrettet sinne (.65), enn med utoverrettet sinne (.21). En norsk adaptasjon av ISS er tidligere ikke foretatt. Vi ville undersøke skalaens psykometriske egenskaper i norske utvalg bestående av studenter og pasienter.

Metode

Oversettelsen ble først utført i 1997 og enkelte ledd korrigert 1999, hvorpå den ble tilbakeoversatt av to-språklig oversetter. Den tilbakeoversatte versjonen ble sammenholdt med originalversjonen, og det ble konkludert med at leddene hadde likelydende meningsinnhold.

Utvalg

Et ikke-klinisk utvalg bestod av 149 studenter og et klinisk utvalg av 54 personer som hovedsakelig var i poliklinisk behandling for depresjon og angstproblemer. Det ikke-kliniske utvalget bestod av 111 kvinner (gj.snittsalder 22.9, $SD = 4.90$) og 38 menn (gj.snittsalder 23.1, $SD = 4.14$). Det kliniske utvalget bestod av 34 kvinner (gj.snittsalder 36.0, $SD = 14.97$) og 20 menn (gj.snittsalder 34.8, $SD = 14.78$). Et delutvalg (N = 84; til retest) fra ikke-klinisk utvalg bestod av 62 kvinner (gj.snittsalder 22.4, $SD = 4.33$) og 15 menn (gj.snittsalder 21.5, $SD = 1.95$). Et ikke-klinisk tilleggsutvalg (N = 98) av studenter bestod av 77 kvinner (gj.snittsalder 22.4, $SD = 4.11$) og 21 menn (gj.snittsalder 24.8, $SD = 6.32$).

Måleinstrumenter

Beck Depression Inventory (BDI) er et 21 ledds spørreskjema som måler depressive symptomer langs en fire-punkts skala (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Spørreskjemaet har tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Beck, Steer & Garbin, 1988).

Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI) består av 40 ledd, hvorav 20 måler tilstandsangst (STAI-S) og 20 måler trekkangst (STAI-T) langs en firepunkts-skala. De to subskalaene viser adekvat validitet (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983).

Spielberger State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) består av 54 ledd og har åtte subskalaer. De måler tilstandssinne, trekksinne og ulike måter sinne uttrykkes på, som utoverrettet sinne (Sinne ut) og innoverrettet sinne (Sinne inn), langs en firepunkts-skala (Spielberger, 1988).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) er et selvrporterings-instrument med 14 ledd som måler grad av tilstedeværelse av symptomer på angst (7 ledd) og depresjon (7 ledd). Instrumentet har gode psykometriske egenskaper (Zigmond & Snaith, 1983).

Tabell 1. Cronbachs alfa for skalaer og under-skalaer i klinisk og ikke-klinisk utvalg. Alfa for HAD gjelder for ikke-klinisk tilleggsutvalg.

	Klinisk	Ikke-klinisk
Klinisk	.95	.93
Selvfølelse	.86	.89
BDI	.90	.82
STAI-Tilstand	.96	.94
STAI-Trekk	.94	.93
STAXI-Tilstand	.94	.94
STAXI-Trekk	.87	.84
Sinne-Inn	.84	.82
Sinne-Ut	.75	.78
HAD-Angst		.79
HAD-Depresjon		.71

Prosedyre

Spørreskjemaene var selvinstruerende og ble administrert enkeltvis for pasientene og gruppevis for studentene og ble besvart anonymt. En retest for ISS ble foretatt etter ca. fire uker. Respondenter med manglende data ble utelatt fra statistiske analyser.

Databehandling

Analysene ble utført i SPSS v. 10.1. Indre konsistens ble estimert ved Cronbach's alfa. T-tester ble brukt for å undersøke forskjeller i gjennomsnitt mellom kjønn, og mellom klinisk og ikke-klinisk utvalg. Pearsons produktmoment-korrelasjon ble brukt for å undersøke test-retest reliabilitet og sammenhenger mellom ISS, selvfølelseskalaen, BDI, STAI, STAXI og HAD. En prinsippal komponent faktoranalyse ble brukt for å undersøke faktorstrukturen i skalaen (det vil her si alle 30 ledd fra ISS og

selvfølelsesskalaen). Faktorer med egenvalue høyere enn 1 ble rotert med oblimin rotasjonsmetode som innebærer at faktorene er relaterte til hverandre.

Resultater

Gjennomsnittskåren for ISS i det kliniske utvalget på 52,2 ($SD = 18,5$, spredning 12–82) var høyere ($t = -8.11$, $df = 286$, $p < .001$) enn gjennomsnittskåren på 32,6 ($SD = 14,8$, spredning 4 - 79) i ikke-kliniske utvalg. Gjennomsnittskåren for selvfølelseskalaen i klinisk utvalg på 12,3 ($SD = 4,2$, spredning 4–20) var lavere ($t = 7.65$, $df = 298$, $p < .001$) enn gjennomsnittskåren på 16,9 ($SD = 3,9$, spredning 4–24) i ikke-klinisk utvalg. Det var ikke statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittskåren for ISS mellom kvinner (52.7) og menn (51.1) ($t = -.28$, $df = 48$, $p > .77$) i klinisk utvalg, men statistisk signifikant forskjell mellom kvinner (33.7) og menn (29.5) ($t = 1,8$, $df = 235$, $p < .006$) i ikke-klinisk utvalg.

Indre konsistens: Tabell 1 viser indre konsistens for samtlige skalaer i studien.

Test-retest reliabilitet: En fire ukers test-retest korrelasjon for ISS i delutvalget var .84 ($p < .01$) og for selvfølelseskalaen .82 ($p < .01$).

Faktorstruktur: I alt hadde fem faktorer egenverdi over 1.00. Basert på en analyse av scree-plottet etter Cattell og Vogelmans (1977) retningslinjer, ble to faktorer ekstrahert. Analysen ble gjort med utgangspunktet i at fallkurven som dannes av de høyeste egenverdiene avviker fra en rett linje, scree, som kan trekkes gjennom minst tre egenverdier. Den absolutte vinkelen mellom fallkurven og scree bør være minst 30 grader. Den siste ekstraherte faktoren er den som ligger over scree. Tabell 2 viser de høyeste egenverdiene som utgjør scree.

De aktuelle ekstraherte faktorene ble så utsatt for en oblimin rotasjonsprosedyre. Cronbachs alfa for den første faktoren var .93 og for den andre faktoren .83. Korrelasjonen mellom faktorene var .56.

Tabell 2. Prinsipal komponent analyse av ISS.

Faktor	Eigenverdi	Forklart varians
I	14.58	48.61
II	1.74	5.95
III	1.28	4.26
IV	1.19	3.97

Faktor	Eigenverdi	Forklart varians
V	1.02	3.39
(N = 288)		

Tabell 3. Faktorladninger for de roterte ISSleddene, inkludert leddene for selvfølelseunderskalaen. Faktorladninger på .4 eller høyere er presentert i tabellen.

	Faktorer		
1		-.43	.52
2		-.43	.48
3		-.52	.59
4		.75	.59
5	.46		.40
6	.48		.47
7		-.50	.52
8	.41	-.53	.70
9		.87	.64
10		-.54	.70
11	.52	-.40	.6
12	.40		.43
13	.61		.38
14		.86	.61
15	.46		.17
16	.46		.29
17	.66		.31
18		.77	.74
19	.64		.46
20	.71		.62
21		.69	.64
22	.85		.65
23	.71		.65
24	.60		.47
25	.65		.47
26	.64		.63

	Faktorer	
27	.52	.66
28		.74
29	.52	.55
30	.46	.52
Eigenverdi	14.58	1.74
% av varians	48.61	5.94

Tabell 3 viser faktorladninger, kommunalitet, eigenverdi og forklart varians til faktorene.

Konvergerende/diskriminerende validitet: Tabell 4 viser høye korrelasjoner mellom skam, selvfølelse, depresjon og angst i klinisk og ikke-klinisk utvalg. Det var lave til moderate korrelasjoner mellom skam og sinne, bortsett fra mellom skam og Sinne inn som var høye i begge utvalgene. Det var generelt høyere sammenhenger mellom ISS og andre trekksmål jevnført med tilstandsmål. Bortsett fra trekkangst var det jevnt over høyere korrelasjoner mellom ISS og andre trekksmål i klinisk utvalg sammenliknet med ikke-klinisk utvalg.

Tabell 5 viser høy korrelasjon mellom skam, selvfølelse, angst og depresjon i ikke-klinisk tilleggsetvalg. Selvfølelse viser høyere korrelasjon med skam enn med angst og depresjon.

Diskusjon

Som forventet korresponderte gjennomsnittskårene for den norske ISS-versjonen med normene for amerikanske populasjoner både i klinisk og ikke-klinisk utvalg (Cook, 1994). Cronbachs alpha i begge utvalgene var høy og viste en god indre sammenheng mellom leddene i ISS og selvføleleskalaen, tilsvarende amerikanske utvalg. Den høye test-retest korrelasjonen tilsvarte resultater fra tidligere studier (Goss et al., 1993) og viste ISS-skalaens stabilitet over tid. Kvinner hadde høyere gjennomsnittskåre på ISS enn menn i ikke-klinisk utvalg, mens det ikke var noen forskjell i klinisk utvalg. Den høye sammenhengen mellom skam og trekkmålene for angst og sinne sammenliknet med tilstandsmål ga henholdsvis konvergerende og diskriminerende validitet for ISS som trekksmål.

Tabell 4. Korrelasjoner mellom ISS, selvføleseskalaen, BDI, STAI og utvalgte STAXI skalaer. Skårer for klinisk utvalg er under diagonalen og skårer for ikke-klinisk utvalg er over diagonalen.

	ISS	Selv-følelse	BDI	STAI-Tilstand	STAI-Trekk	STAXI-Tilstand	STAXI-Trekk	Sinne-Inn	Sinne-Ut
ISS		-.71**	.72**	.76**	.85**	.42**	.27**	.60**	.17*
Selvfølelse	-.79**		-.57**	-.66**	-.75**	-.25**	-.14	-.42**	.02
BDI	.82**	-.76**		.68**	.74**	.51**	.30**	.49**	.23**
STAI-Tilstand	.67**	-.60**	.80**		.85**	.45**	.15	.49**	.11
STAI-Trekk	.81**	-.71**	.84**	.84**		.45**	.25**	.55**	.12
STAXI-Tilstand	.30*	-.20	.41**	.52**	.46**		.22**	.47**	.07
STAXI-Trekk	.32*	-.07	.13	.30*	.35**	.42**		.11	.58**
Sinne-Inn	.55**	-.52**	.52**	.54**	.58**	.31*	.34*		.00
Sinne-Ut	.11	.13	-.03	.03	.12	.22	.68**	.02	

* p < .05,
** p < .01

Den første faktoren i faktoranalysen synes å reflektere internalisert skam slik den kan oppleves psykisk og fysisk. Det gjelder sårbarheten for skam, som lett utløses av opplevde egne feil. Det gjelder opplevelsen av utilstrekkelighet og mindreverd, og tomhet som reflekterte fraværet av positive følelser ved skam. Fysisk kan skam oppleves som å miste kontakten med og kontrollen over egen kropp. Den andre faktoren inneholdt samtlige av leddene fra selvføleseskalaen, samt de leddene fra ISS-skalaen med et meningsinnhold som kan knyttes til selvvurderinger. Det er interessant fordi det viser forbindelse mellom skam og selvvurderinger (i begge skalene) slik det er blitt beskrevet ut fra teori i denne artikkelen. Forbindelsen styrkes av at faktorene er høyt korrelerte med hverandre. Dobbeltladningene på ledd 8 og ledd 11 skyldes trolig at det semantiske innholdet i leddene både kan knyttes til skamopplevelser og til selvvurderinger. I følge Cook (1994) har utviklingen av ISS-skalaen gjennomgått flere revisjoner hvor til slutt én faktor reflekterer kjerneopplevelsen av skam. I denne studien har vi sett på hele skalaen, inkludert selvfølesesleddene, og i våre data fått en faktor som må

sies å reflektere sentrale aspekter ved skamopplevelsen, og en faktor med hovedsakelig selvfølelsesledd og skamledd som inneholder selvvurderinger.

Det var høye korrelasjoner mellom skam, angst og depresjon. Det var generelt lav korrelasjon mellom skam og sinne sammenliknet med korrelasjonene mellom skam, depresjon og angst. Sinne ut korrelerte lavt med skam, mens Sinne inn korrelerte høyt. Det viste at skam og sinne på noen områder er relaterte. Et fellestrekk ved dem er at oppmerksomheten rettes innover. Dette behøver ikke bety at skam er urelatert til utadrettet sinne. Tvert imot kan ydmykelser motivere utadrettet sinne. Overgangen fra skam til sinne kan da gå så fort at forbindelsen til skam ikke registreres (Cook, 1994) og skjules av sinne. Selvfølelse korrelerte høyere med skam enn med depresjon og angst i HAD sammenliknet med BDI og STAI. Resultatene bør undersøkes videre i andre studier.

Tabell 5. Korrelasjoner mellom ISS, selvfølelseskalaen og HAD for ikke-klinisk tilleggsgutvalg.

	ISS	Selv-følelse	HAD-Angst	HAD-Depresjon
ISS	—			
Selvfølelse	-.64**	—		
HAD-Angst	.74**	-.46**	—	
HAD-Depresjon	.59**	-.45**	.56**	—

** p < .01

Den norske versjonen av ISS har en akseptabel test-retest reliabilitet, høy indre konsistens og akseptabel konvergerende og diskriminerende validitet. Dette samsvarer med Cooks (1994) originalvalidering og viser, sammen med en tolkbar faktorstruktur, alt i alt en skala med tilfredsstillende psykometriske egenskaper. De kommersielle rettighetene til skalaen er overført til Multi-Health Systems (www.mhs.com). Vi håper å kunne legge den ut på det nasjonale skalaregisteret: www.nasjonalskalaregister.no.

Kliniske implikasjoner

Skalaen kan gi bedre forståelse av hvor stor del skam utgjør av det kliniske bildet. Skam hindrer per definisjon positive følelser og kan dermed være tilstede i et bredt spekter av psykiske lidelser. Skårer på ISS bør alltid tolkes med forsiktighet, ut fra klinisk skjønn og kunnskap som kan gi mening til data. For eksempel vil høye skårer (det vil si en sumskåre over 50 på skamleddene) vanligvis indikere problematiske nivåer av internalisert skam. Men lave skårer behøver ikke bety at en person ikke har vansker med skam. En svært lav skåre kan i stedet reflektere en narsissistisk unngåelse av den (Cook,

1994). Skam oppleves da som så truende at den blir forsøkt holdt borte fra bevisstheten gjennom grandiositet.

Et viktig mål i terapi er å bevisstgjøre og gjennomarbeide internalisert skam. En for ensidig fokusering på (intellektuelle sider ved) selvfølelsen kan lett oppfattes som kritikk og befeste skamfølelsen. Det må tas hensyn til ulike former for forsvar mot skam, og forholdet til andre affekter. Skam kan skjules bak depresjon, angst eller sinne, som ofte oppleves som mer sosialt akseptable følelser (Morrison, 1989). Et nyttig utgangspunkt kan være bruk av affektbevissthetsintervju (Monsen, 1991). Klienten kan gjennom dette oppnå en dypere forståelse av hvordan han eller hun opplever skam, gjenkjenner og reagerer på den (Morrison, 1989).

Terapisituasjonen i seg selv kan aktivere skam både hos klient og terapeut. For mange er det skamfullt bare å snakke om skam, og dette er det viktig å respektere. Terapeutens ansvar innebærer å være oppmerksom på klientens individuelle krenkbarhet, som ofte er forsterket hos personer med mye internalisert skam. Dette kan være en vanskelig balansegang. Det å forstå skamfølelsens betydning for den enkelte kan være et viktig bidrag til en mer positiv selvfølelse og bedre psykisk helse.

Geir Berg
 Fjell og Årstad DPS
 Psykiatrisk Ungdomsteam
 Solheimsgaten 23, inngang B
 5824 Bergen
 Tlf 55 38 41 02
 E-post geir.berg@helse-bergen.no

Referanser

- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1993). An exploration of shame measures: 2: Psychopathology. *Personality and Individual Differences, 17*, 719–722.
- Basch, M. F. (1976), The concept of affect: A re-examination. *Journal of American Psychoanalysis, 24*, 759–777.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Berg, G., & Lauvrak, N. P. (1997). *Narsissisme, skammens maske: En analyse av skamfølelsens rolle i narsissistisk psykopatologi sett i lys av Tomkins scriptteori*. Hovedoppgave, Universitetet i Bergen.
- Broucek, F. J. (1982). Shame and its relationship to early narcissistic developments. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 369–378.
- Cattell, R. B., & Vogelmann, S. (1977). A comprehensive trial of the scree and KG criteria for determining the number of factors. *The Journal of Multivariate Behavioral Research*, 12, 289–325.
- Claesson, K., & Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 277–284.
- Cook, D. R. (1987). Measuring shame; The Internalized Shame Scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4, 197–215.
- Cook, D. R. (1994). *Internalized Shame Scale; Professional Manual*. Menomonie: Channel Press.
- Ekman, P., Levenson, R., & Friesen, W. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208–1210.
- Freud, S. (1914/1957). *On narcissism: An introduction*. Standard Edition. London: Hogarth Press.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1993). An exploration of shame measures: The other as shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17, 713–717.
- Harder, D. W., & Lewis, S. J. (1987). The assessment of shame and guilt. I J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (ss. 89–114). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Johnson, R. C. (1987). Guilt, shame and adjustment in 3 cultures. *Personality and Individual Differences*, 8, 357–364.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lynd, H. M. (1958). *On shame and the search for identity*. New York: Harcourt, Brace & World.

- McFarland, W. G. (1992). *A multitrait-multimethod validation and factor analysis of an experimental shame proneness scale*. Doctoral dissertation. The University of New Mexico.
- Monsen, J. T. (1991). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*. Oslo: Tano.
- Morrison, A. P. (1989). *Shame, the underside of narcissism*. London: The Analytic Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rybak, C. J. (1991). *A validation study of the internalized shame scale: Theoretical origins and implications*. Master thesis, Southern Illinois University.
- Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, *69*, 379–399.
- Spielberger, C. D. (1988). *State-trait anger expression inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychological Press.
- Strein, W. (1993). Advances in research on academic self-concept: Implications for school psychology. *School Psychology Review*, *22*, 273–284.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 102–111.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 469–478.
- Tomkins, S. (1962). *Affect, imagery and consciousness*. Vol. I. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. (1963). *Affect, imagery and consciousness*. Vol. II. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. (1987). Shame. I D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (ss. 133–161). New York: Guilford Press.
- Zigmond, A. B., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361–370.