



Skamtilbøyelighet hos voksne barn av rusmisbrukere

En eksplorativ pilotstudie med bruk av TOSCA-3
som måleinstrument i et klinisk utvalg

Spesialistoppgave til spesialiteten i klinisk psykologi med fordypningsområde
psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer

Forfattere:

Odd Axel Aronsson

Kjell Agnar Karlsen

Veileder:

Gunnar Oland Åsen, Spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi

Forskningsserie fra A-klinikken

Kristiansand S.

2006

Nr. 24

Kontaktinformasjon:

*Sørlandet Sykehus HF
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand
Serviceboks 416
4604 Kristiansand*

*Kontaktperson:
Kjell Agnar Karlsen
kjell.karlsen@sshf.no
Tlf. 38148050*

Hjemmeside: www.avhengighetsbehandling.no

Optrykk ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand, 2006

ISBN 82-91191-22-0

Skamtilbøyelighet hos voksne barn av rusmisbrukere

En eksplorativ pilotstudie med bruk av TOSCA-3 som måleinstrument
i et klinisk utvalg

Spesialistoppgave til spesialiteten i klinisk psykologi med
fordypningsområde psykologisk arbeid med rus- og
avhengighetsproblemer

Forfattere:

Odd Axel Aronsson

Kjell Agnar Karlsen

Veileder:

Gunnar Oland Åsen

Spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi

Sørlandet Sykehus HF

Avdeling for Rus- og Avhengighetsbehandling

Poliklinikk

Service boks 416

4604 Kristiansand

Telefon: 38 14 80 00

Fax: 38 09 53 30

Innhold

ABSTRACT	3
INNLEDNING	4
Skam	4
Definisjoner av skam	5
Skam og skyld	5
Skammen er relasjonell i sitt vesen	7
Skam som reguleringsmekanisme	8
Skam og selvfølelse	8
Barn av rusmisbrukere	10
Å vokse opp med foreldre som misbruker rusmidler	10
Skam i familier med rusmisbruk: Tabuer og manglende bekreftelse	11
Samspillet i familien	12
Hva skjer når det går bra	13
Voksne barn av misbrukere	13
Defensivt skamforsvar	13
Offensivt skamforsvar	14
Kjemisk skamforsvar	14
Oppsummering	15
Problemstillinger	15
METODE	16
Utvalg	16
Prosedyrer	16
Måleinstrumenter	16
Databehandling	17
RESULTATER	18
Skamtilbøyelighet	18
Andre skalaer i TOSCA-3	18
SCL-90-R	18
Power analyse	18
DISKUSJON	19
Skam i behandlingsrommet	21
Klinisk verdi av TOSCA-3	21
Begrensninger ved vår eksplorerende studie	22
Videre forskning	23
Konklusjon	23
REFERANSER	24

ABSTRACT

In this explorative pilot study, theoretical aspects of shame are presented. In addition we point to the role of shame in the development of psychological difficulties children experience in families with substance abuse and possible maladaptive consequences in adulthood.

Method: A clinical outpatient sample (N=21), is compared to a non-clinical sample consisting of college-students (N=23). Shame proneness is measured with TOSCA-3, a scenario-based questionnaire. Psychiatric symptoms are measured with SCL-90-R.

Results: No between sample differences in shame-proneness are found. However, in the clinical sample women shows significantly more shame-proneness than men. Women in the clinical sample also displays higher shame-proneness than women in the non-clinical sample. SCL-90-R scales reveals no significant sample- or sex differences.

The findings are discussed in relation to theoretical framework and clinical practice. Limitations are pointed out and suggestions for further research given.

INNLEDNING

Utgangspunktet for denne oppgaven er at skam og skamfølelse har vært et lite belyst tema i den psykologiske faglitteraturen, samtidig har begrepene høy klinisk relevans, ikke minst i rus- og avhengighetsfeltet. I den kliniske hverdagen har vi sett skam som et viktig tema for både rusavhengige og deres pårørende. Fra 1989 har vi i klinikken forelest for rusavhengige om skam ut fra en oppfatning om at begrepet er vesentlig både i den individualpsykologiske dynamikken og det sosiale samspillet rundt avhengighet, og at begrepet er like relevant for familiemedlemmer som er berørt av avhengighetsproblemet som for den avhengige selv.

I vår familieorienterte tilnærming har vi tatt familiemedlemmer i behandling, i første omgang i et familieprogram i tilknytning til behandling av den rusavhengige selv. Senere ble dette utvidet til et eget behandlingstilbud for barn som lever i familier med rus (Kjøstvedt & Kristensen, 1996). I likhet med flere andre poliklinikker i rusfeltet har vi definert voksne med oppvekst i rusfamilier som målgruppe. Den kliniske erfaringen tilsa at en oppvekst i sammenhenger der misbruk eller avhengighet av rusmidler er en viktig del av tilværelsen, for noen kan gi en grunnleggende skamfølelse, som i voksen alder kan ytre seg som selv devaluering og frykt for å bli eksponert slik at ens mangler blir tydelige for andre.

Skam

Begrepet skam har hatt ulikt innhold og betydning alt etter hvilken sammenheng det har forekommet i. Det finnes derfor mange forskjellige innfallsvinkler til begrepet skam. Det er beskrevet innenfor ulike fagdisipliner som antropologi, filosofi, teologi og sosiologi (Skårderud, 2001; Wyller (red.), 2001). Skam har også blitt brukt for å beskrive fenomener på ulike nivåer, fra det kulturelle til individuelle. I psykologisk faglitteratur har vi fra 1970-årene hatt en økende interesse for skam som en sentral affekt i utvikling av psykopatologi, men også i en mer generell utviklingspsykologisk sammenheng. Som Skårderud (2001) har påpekt kommer framveksten av denne litteraturen parallelt med at en innenfor andre fagdisipliner konstaterer at skam som kulturelt fenomen er i ferd med å miste sin styrke. Dette mener han kan henge sammen med den kulturelle bevegelsen fra kollektiv til individualisert, privatisert skam, behovet for gode teoretiske modeller for å forstå fenomenet og økt bevissthet om det som har vært kalt skambaserte syndromer som rusmisbruk, avhengighetstilstander, spiseforstyrrelser eller reaksjoner på overgrep.

Definisjoner av skam

Ordet skam kommer fra en rekke europeiske ord som bokstavelig betyr ”å dekke over, å tilsløre, å skjule” (Wurmser, 1981, s. 29). Betydningen av ordet er konsistent med de individuelle reaksjonene som blir forbundet med skam, som det å føle seg avslørt, unngå øyekontakt og å ønske å gjemme seg eller trekke seg vekk. I litteraturen beskrives skam som en intens og vedvarende opplevelse som berører hele selvet. Ofte blir skammen sagt å være en negativ selvevaluering av det globale selvet. På det fenomenologiske plan er det en smertefull opplevelse av å være grunnleggende mislykket, mangelfull, verdiløs og ikke verdt å bli elsket.

Potter-Efron (2002) har gitt følgende definisjon av skam:

”Shame is a perceived failure of the self, a defectiveness exposed to the world. It is a failure of being, growing from the internalized self-concept of not being good or good enough. Shame is the sense that one is exposed to the world and seen a fraud.” (s. 207)

Kaufman (1996) beskriver hvordan skam kan påvirke selvfølelsen: ”It is the affect of indignity, of defeat, of transgression, of inferiority, and of alienation. No other affect is closer to the experienced self. None is more central for a source of identity. Shame is felt as an inner torment, as a sickness of the soul” (s. 5).

Skam og skyld

Skam og skyld er to begreper som har vært nært knyttet til hverandre og som til tider har vært forvekslet. I den psykoanalytiske tradisjonen har fokus dreid fra skyld til skam som en sentral følelse. I 1950 skrev Erik H. Erikson (norsk oversettelse, 1968): ”Skam er en følelse som er helt utilstrekkelig undersøkt, fordi den i vår sivilisasjon blir så tidlig og lett absorbert i skyldfølelsen” (s. 221).

Ifølge Lewis (1987) antok Freud først at seksuelle overgrep var viktige i etiologien i hysteri. Senere mente han at skyldfølelse for forbudte seksuelle fantasier hos barn var kilde til hysteri. Ved å forandre sin forståelse av historier om seksuelle overgrep fra reelt seksuelt misbruk til skyldfølelse for seksuelle fantasier, tok han også fokus vekk fra skamfølelsen som følger av et personlig svik i et reelt overgrep. Lewis (1987) mener også at Freud i sine betraktninger var utydelig i distinksjonen mellom skam og skyld og i noen grad forvekslet dem. I sine senere

skrifte overså Freud nærmest skambegrepet og fokuserte i stedet på et kognitivt skyldbegrep relatert til superego-konflikter.

Blant neo-freudianere som Piers & Singer (1953) (I Tangney & Dearing, 2002) ble distinksjonen mellom skam og skyld bearbeidet videre i en strukturell modell. Skam ble her sett på som resultat av en diskrepans mellom ego og ego-ideal, mens skyld ble antatt å komme fra konflikter mellom ego og superego. Det har senere vært stilt spørsmålsteget ved den praktiske nytten av en slik strukturell distinksjon (Hartmann & Loewenstein, 1962) (I Tangney & Dearing, 2002). Erik H. Erikson (1968) beskrev i sin psykososiale fasemodell skam og skyld som sentrale i henholdsvis det andre og tredje kritiske stadiet og som motpoler til henholdsvis autonomi og initiativ. Innholdet i Eriksons begreper ligger nært opp til det Lewis (1987) presenterte i sin distinksjon mellom skam og skyld. Hun hevdet at en sentral forskjell mellom de to affektene er ulikt fokus på selvet. I skamopplevelsen er selvet fokus for evaluering ("I did that horrible thing"). I skyldfølelsen er ikke selvet det sentrale fokus, men handlinger som er gjort eller ugjort ("I **did** that horrible **thing**"). Forskjellen i vektlegging av selvet versus atferd fører til svært forskjellige fenomenologiske erfaringer. Skyldopplevelsen går ikke direkte på ens kjerneidentitet eller selvoppfatning og er derfor mindre smertefull og lammende.

Med selvpsykologien fikk skam som individualpsykologisk begrep en framtrødende plass. Skam ble her antatt å spille en vesentlig rolle i en rekke psykologiske forstyrrelser (Kohut, 1990; Lewis, 1987), mens skyld ble nærmest ignorert. Skamfølelsen ble opphøyet til en av de mest sentrale affektene i personlighetsutviklingen. Lewis (1987) argumenterer for at skam bør overta den sentrale rollen som fortrenge driftsønsker har hatt i tradisjonell psykoanalyse.

Det begrepsmessige skillet som Lewis trakk opp mellom skam og skyld, har i ettertid vært anerkjent. I klinisk arbeid er erfaringen at dette er følelser som ofte blander seg med hverandre. Tangney & Dearing (2002) hevder i tråd med Lewis at skyld i seg selv er en adaptiv og konstruktiv følelse som er rettet mot å rette opp negative konsekvenser av klanderverdig atferd. Sammen med skam blir den imidlertid langt mer destruktiv og lammende.

Skammen er relasjonell i sitt vesen

Skam har i psykodynamisk tradisjon vært omtalt som en ”self-conscious emotion”, dvs. en følelse som forutsetter at vi ser oss selv som objekt. En slik beskrivelse er basert på et individualpsykologisk perspektiv. Skam er fundamentalt sett en relasjonell erfaring som inneholder en forestilling om en annens misbilligelse eller negative evaluering. Den forutsetter en sosial kontekst eller en generalisert forestilling om den andres oppfatning av en selv. Sagt på en annen måte: Skam betinger at en opplever seg som et objekt for andre (Færøy, 1995, s. 65) og er derfor relasjonell i sitt vesen. I et relasjonsperspektiv kan skam med like stor rett beskrives som en ”relationally-conscious emotion”.

Ifølge Lewis (1987) må det være en emosjonell relasjon mellom ”den som opplever skam” og ”den andre”, og at relasjonen gjør den andres negative evaluering betydningsfull. I denne relasjonen føler selvet seg ikke autonomt og uavhengig, men avhengig og sårbar for avvisning. Skam er den empatiske erfaringen av den andres avvisning av selvet. Skam er en tilstand hvor en aksepterer tapet av den andre som om det var et tap i selvet. Hun hevder videre at skam kan sees på som et middel til å opprettholde følelsesmessige bånd til personer en er glad i.

Skamfølelse må ifølge Lewis (1987) sees på som et naturlig element i måten det menneskelige tilknytningssystemet fungerer på. I dette perspektivet er skam en grunnleggende emosjonell reaksjon på tapet av andres kjærlighet eller anerkjennelse. Dette er viktig ettersom skam i noen tilfeller blir forstått kun som en frykt for å bli tatt/avslørt eller som en narsissistisk reaksjon.

Objektrelasjonsteori bygger på premisset om at den individuelle personlighet og psykopatologi utvikler seg i primære tidlige relasjoner. Skamtilbøyelighet kan oppstå gjennom samspillet mellom foreldre og barnet i tidlig utvikling. Denne teorien sier at tidlige opplevelser av foreldrene blir internalisert i personlighetsdannelsen og at senere affektive tilstander, som skam, kan være knyttet til kvaliteten av disse tidlige objektrelasjonene (Lutwak & Ferrari, 1997). I en undersøkelse av til sammen 404 forsøkspersoner fant de at skam var forbundet med at mødrene ble oppfattet som neglisjerende, kontrollerende og følelseskalde, mens fedrene var lite emosjonelt ekspressive og varme.

Empiriske studier som er gjort av små barn som blir separert fra sine mødre for en periode og deretter gjenforent med dem, viser en rudimentær reaksjon som har vært tolket som en prototypisk skam (Main & Weston, 1982; i Lewis, 1987). Gjennom studier av videoopptak fant en at selv for barn med en trygg tilknytning var det en kort unnvikelse med blikket og mimikkløshet. Noen usikkert tilknyttede barn motsatte seg gjenforening med mor samtidig som de søkte den, mens andre igjen aktivt unngikk moren. Ifølge Lewis kan dette være et reaksjonsmønster som innebærer skam over å ha følt seg avvist. Main & Weston (1982) antyder også at barnas unngåelsesreaksjon kan fungere som en kontrollmekanisme i forhold til den desorganiserende atferden som utløses av ambivalensen mellom sinne og ønsket om nærhet.

Skam som reguleringsmekanisme

Skam er en normal følelse som kan få patologisk karakter. Begreper som ”god skam” og ”dårlig skam” eller ”a sense of shame” og ”deep shame” er noen begrepspar som er blitt brukt for å trekke opp et slikt skille. Når vi snakker om ”å ikke eie skam i livet” som noe negativt, refererer vi definitivt til god skam eller normal skamfølelse. Skam har en funksjon som reguleringsmekanisme i mellommenneskelige forhold. Denne formen for skam ligger nært opp til det vi vil kalle for diskresjon eller respekt for andre og seg selv. Den regulerer intimiteten i forhold til andre og definerer grensen for det private (Skårderud, 2001).

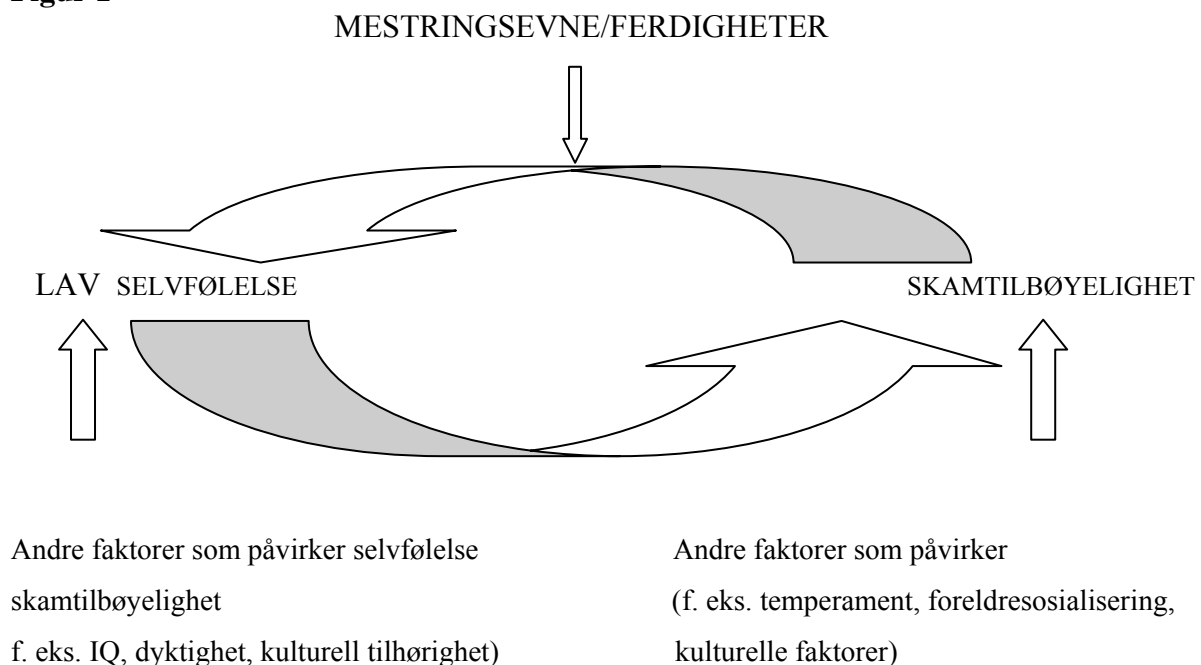
Tomkins (1963) har i sin affektteori tatt utgangspunkt i skamfølelse som et normalpsykologisk fenomen. Han beskriver skam som en av seks primære, medfødte affekter som hver har en modulerende funksjon i reguleringen av andre affekter. Hans teori er at barnet har en intensitet i sine affekter som må styres for å beskytte selvet. Han ser på skam som en modulator for affekten ”interesse-opphisselse” (”interest-excitement”). Skammen får dermed en viktig funksjon i utviklingen av sosial kompetanse og selvfølelse.

Skam og selvfølelse

I en nylig publisert artikkel i Tidsskriftet (Berg & Pallesen, 2004) presenteres Cooks skambegrep og en norsk valideringsstudie av hans måleinstrument Internalised Shame Scale (ISS). Cook setter i praksis likhetstegn mellom internalisert skam og lav selvfølelse, men argumenterer for at det klinisk er nødvendig å bruke det mer erfaringsnære skambegrepet.

Tangney & Dearing (2002) argumenterer for at skam og selvfølelse ikke er sammenfallende begreper eller fenomener. De hevder dette er to ulike dimensjoner i personligheten eller selvoplevelsen. Selvfølelsen er en selvevaluering som utledes av hvordan en person evaluerer seg selv generelt på tvers av situasjoner og over tid. Skam er en affektiv tilstand som innebærer en negativ evaluering av det globale selvet i forhold til en spesifikk situasjon der en mislykkes eller overskrider normer eller idealer. Skamtilbøyelighet er tendensen til å reagere med skam. I en slik modell får en fire ulike ideelle kombinasjoner. Således er høy selvfølelse funnet i sammenheng med høy skamtilbøyelighet, og lav selvfølelse kombinert med lav skamtilbøyelighet (Breivik, 1999).

Figur 1



Figur 1. Illustrasjon av Tangney og Dearing (2002) modell for faktorer som påvirker skamtilbøyelighet og lav selvfølelse

Det finnes ifølge Tangney & Dearing (2002) ingen undersøkelser som sier noe om den kausale sammenhengen mellom skamtilbøyelighet og selvfølelse. Forskningen som er gjort, har utelukkende sett på samvarians. En negativ korrelasjon på -0.42 indikerer at sammenhengen ikke er lineær. Med bakgrunn i dette presenterer Tangney & Dearing (2002) en hypotetisk modell der en rekke psykologiske og sosiale faktorer modererer denne

sammenhengen (Se figur 1). For eksempel vil grader av mestring og ferdigheter på ulike viktige områder i livet kunne virke direkte inn på selvfølelsen. Det samme vil respekt og anerkjennelse fra signifikante andre eller utstøting fra sosiale sammenhenger. På samme måte vil disposisjonen for å oppleve skam kunne være influert av en rekke forhold i tillegg til selvfølelse. Det kan være temperament, foreldreinnflytelse, kulturell setting eller andre sosialiseringsfaktorer. Videre tenker Tangney & Dearing seg at forskjellige individer kan møte skamopplevelser med forskjellige strategier. Det kan være kognitive strategier som eksternalisering eller defokusering. Det kan også være atferdsstrategier som innebærer at en oppsøker en livsarena hvor en har lykket eller at en søker støtte hos andre mennesker en har tillit til. I forskningssammenheng er det gjort lite undersøkelser av hvor effektive ulike kognitive, affektive og sosiale strategier er. Evnen til å mestre skamopplevelser vil sannsynligvis bidra til å moderere sammenhengen mellom skamtilbøyelighet og selvfølelse.

Barn av rusmisbrukere

I forskningssammenheng har det over flere tiår vært interesse for hvilke problemer alkoholmisbruk i familien medfører for barn. Et tyngdepunkt i denne forskningen har dreiet seg om barns følelsesmessige opplevelse av foreldres alkoholmisbruk og hvordan dette påvirker deres psykiske og sosiale tilpasning (Haugland, 2003). En annen tilnærming har vært å intervju voksne barn av alkoholikere (Hansen, 2001)

En undersøkelse fra vårt nærrområde viste at 25.4 % til 32.5 % av voksne pasienter ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk hadde vokst opp med foreldre som misbruket rusmidler (Tveit, 1998). Pasientene var henvist grunnet allmennpsykologiske problemer, primært angst og depresjon. Tveit beskriver hvordan tre behandlingsforløp avdekker relasjonsproblemer, identitetsvansker og redsel for avvisning. Beskrivelsene tyder på at vanskene hadde vokst ut fra pasientenes oppvekst i et hjem der foreldrene misbruket rusmidler. Vår kliniske erfaring med voksne barn av misbrukere (heretter VBM) tyder på det samme. Parallelt med de psykiske symptomene som blir presentert som primære problemstillinger (angst og depresjon), virker andre psykiske prosesser som gjør at det å takle livet blir vanskelig.

Å vokse opp med foreldre som misbruker rusmidler

Barn som vokser opp i familier med rus har større sannsynlighet for å oppleve krenkelser, overgrep og andre traumer av ulike slag. I to større amerikanske epidemiologiske

undersøkelser (Dube et al., 2001, Anda et al., 2002) fant en høyere forekomst av verbal mishandling, fysisk og seksuell mishandling, separasjon og skilsmisse, psykisk lidelse, kriminelle handlinger, ruspåvirkede foreldre og opplevelse av vold mot mor, i familier med alkoholmisbruk. Dette viser at det ikke bare er omfanget av misbruk i seg selv som innebærer en økt belastning og helserisiko for barna.

I tillegg til de forhold som er nevnt finnes det forstyrrelser i familiesamspill som framtrer mindre dramatiske, men som blir ødeleggende for barnas identitetsutvikling ved at de varer ved over tid. En vedvarende mangel på grunnleggende ivaretagelse av følelsesmessige behov i barndommen kan være minst like alvorlige som ved mer iøynefallende traumer. Føllesø (2003) har i en artikkel om overgrepsutsatte brukt betegnelsen utviklingstraumer om følgene av alvorlig svikt i samspillet mellom barn og omsorgspersoner, der barnet ikke blir sett og ikke får bekreftet egne følelsesmessige reaksjoner. Empiriske studier har påvist en del fenomener som kan prege samspill i rusfamilier: benekting av misbruket, mangel på forutsigbarhet, gjentatte løftebrudd, rollebytte ved at barn må overtar voksenroller, mens foreldrene fraskriver seg foreldrerollen (Sandvold, 1993); svik, bedrag, løgner og tvetydige meldinger (Robinson & Lyn Rhoden, 1998); maktesløshet, mangel på kontroll, sinne mot foreldre, frykt for at foreldre skal komme til skade og ensomhet (Haugland, 2003).

Skam i familier med rusmisbruk: Tabuer og manglende bekreftelse

Barn vil i løpet av oppveksten forstå at foreldre som misbruker rusmidler bryter sosiale normer. Kulturelt sett er dette en tabuisering av noe som er sosialt avvikende/uakseptabelt (Leira, 1990). Tabuet binder barna til kravet om at dette skal skjules, og dermed integreres skammen. Et vanlig forsvar mot skam er å skjule det skambelagte for å unngå negativ evaluering. Barna bærer trolig den største belastningen ved hemmeligholdelsen. Barn er oftest svært lojale overfor sine foreldre og vil være på konstant vakt mot å avsløre hemmeligheten. De må skjule misbruket for andre og noe ganger lyve. Samtidig har de fått med seg normen om at en skal være ærlig.

Tabuiseringen medfører at barna ikke får bekreftet og gyldiggjort sine subjektive opplevelser av livssituasjonen. Barnet blir dermed svært alene når det som et uerfarent menneske skal takle de utfordringer slike oppvekstvilkår skaper. Virkelighetsforståelsen blir usikker. Dette

kan føre til utviklingstraumer, usikker identitetsutvikling, lav selvfølelse og høy skamtilbøyelighet.

Samspeillet i familien

Hemmeligholdelse vil lett kunne skape emosjonell distanse i familien. Grensene mellom personene i familien blir ofte diffuse, mens grensen mot omverdenen blir tydelig. Familien har ofte ingen kultur for å diskutere vanskeligheter. Det å snakke om misbruket eller andre vansker kan bli en trussel mot tilhørighetsmekanismene i familien (Mortensen, 1994). Å vise sinne kan oppleves som farlig fordi det potensielt kan fremme avvsningsatferd fra foreldrenes side. I familier der disse samspeilsprosessene er vanlige, blir det vanskelig for barnet å utvikle nye reaksjons- og mestringsalternativer.

Daglige rutiner og ritualer bryter ofte sammen i familier der foreldre misbruker rusmidler. Haugland (1992) mener disse er grunnleggende for å skape trygghet og forutsigbarhet for barn. Dersom en av foreldrene ikke misbruker, kan mye av hans/hennes energi, oppmerksomhet og ressurser bli brukt til å kontrollere misbrukeren, dekke over og skjule misbruket, bekymre seg i forhold til jobb og økonomi med mer. Under slike forhold blir det mindre rom for ivaretagelse av barna.

Skam har alltid sammenheng med en opplevelse av å ikke strekke til eller være god nok. I en kaotisk og konfliktfull familiesituasjon kan en tenke seg at foreldre kommuniserer direkte til barnet at det ikke er verdsatt. Et barn med utrygg tilknytning vil lettere integrere utsagn som: *”Du er ikke god (nok)! Du hører ikke hjemme her! Det er ikke mulig å være glad i deg! Du skulle aldri vært født!”* (Potter-Efron, 2002). Slike meldinger er grunnleggende negative evalueringer av barnet. Samtidig er det en avvsnning. For barnet kan det oppstå en eksistensiell krise når tilknytningen til foreldre er alvorlig truet. ”Skammen over å oppleve å ikke være elsket er den mest grunnleggende skam av alle og den dødeligste” (Follesø, 2003, s. 102).

Wegscheider-Cruse (1989) har beskrevet fire ulike roller som barn går inn i for å tilpasse seg familiedynamikken. Noen barn vil gi opp og velge isolasjonen, og kanskje bli ”glemte”. Andre vil ta rollen som forelder for foreldrene og søsken og forsøke å være flinkest i det meste (”Helten”). Noen vil aktivt kjempe om oppmerksomheten ved å bli ”klovn/maskot” eller

”ugangskråke/syndebukk”. Hansen (2001) finner ikke at disse rollene er en hensiktsmessig måte å beskrive samspillet. Vår egen erfaring er at de ofte fanger opp viktige sider ved barns løsningsforsøk. Et barn som gjennomgående i sitt spillmønster må kjempe om foreldrenes oppmerksomhet, (kanskje uten å lykkes), vil trolig få en opplevelse av å ikke få betingelsesløs aksept: ”Jeg er ikke god nok”.

Hva skjer når det går bra

I forskningen omkring konsekvenser for barn som vokser opp i rusmisbrukende familier er det etter hvert blitt mer interesse for salutogene faktorer, forhold som beskytter og bidrar til å redusere negative helsemessige virkninger av vanskelige oppvekstforhold. Arbeid med barn som vokser opp med foreldre som misbruker rusmidler tyder på at de opplever ulik grad av belastning, og har ulike mestrings- og motstandsressurser (Kvamme & Mullay, 2000).

Befring (2004) fant at halvparten av de barn som har hatt vanskelige oppvekstvilkår klarer seg bra videre i livet. Begrepene resiliens eller ”løvetannbarn” er blitt bruk som samlende begrep for de egenskapene ved barnet og de interaksjonene mellom barnet og omgivelsene, som kan se ut å fremme normal utvikling til tross for unormale omgivelser. Begrepet er kontekstuell ved at et barns medfødte egenskaper, slik som personlighet, temperament, og spesifikke ferdigheter, kan virke som beskyttelses mekanismer i enkelte oppvekstmiljø, men ikke i andre. Befring (2004) fremhever at kjønn, alder, utseende, og væremåte kan gi barn større muligheter til å mestre samspillet i en gitt oppvekstkontekst. Barnets opplevelse av kontroll, selvstendighet og gode vennskapsforhold er andre svært viktige beskyttelsesfaktorer. Også Hauglands (2003) arbeid kan settes inn i denne sammenhengen med vektleggingen av rutiner og ritualer som viktige for å skape trygghet og forutsigbarhet for barnet.

Voksne barn av misbrukere

Defensivt skamforsvar

Vår kliniske erfaring er at voksne barn av misbrukere ofte ikke opplever seg som gode nok. Hansen (2001) beskriver hvordan hennes VBM pasienter ofte virker svært veltilpassede og vennlige og ivaretagende. Det å kunne ivareta andre er en god egenskap, men bare dersom en er tilsvarende flink til å ivareta egne behov. I vår kontakt med VBM synes vi å se at dette ofte ikke er tilfelle. Rusmisbruk og prosessene i kjølvannet av det stod i oppveksten først på familiens agenda. Arven fra oppveksten videreføres som en leveregel. Den sosiale

grunntreningen disse har fått har lært dem at så lenge foreldrene er fornøyde, blir det en viss grad av trygghet, forutsigbarhet, kontroll og positiv bekræftelse. Dersom denne formen for relasjonsprosess blir den vanlige i voksenlivet, vil det trolig vises gjennom en masochistisk, selvutslettende personlighetsfungering. Identifikasjon med ideal selvet ”omsorgsgiveren” tar plassen for det skambelagte ”true self”. Denne typen skamforsvar har vært linket til parentifisering i oppveksten (Wells & Jones, 2000).

I russektoren er det en klinisk erfaring at VBM oftere finner seg partnere som har et rusproblem, psykiske problemer eller andre vansker med behov for oppfølging. Denne formen for partnervalg og samliv har blitt beskrevet som medavhengighet. Wegscheider-Cruse (1989) har beskrevet skamtilbøyelighet som den styrende følelsesreaksjonen i slike parrelasjoner. Wells, Glickauf-Huges & Jones (1999) fant empirisk støtte for observasjonene av at medavhengighetens fokus på andres behov og overkonformitet var drevet av skam. Videre fant de en sammenheng mellom tidlig parentifisering og medavhengighet senere i livet.

Følelsen av å være annerledes og mangel på kunnskap om hva som er vanlig, gjør det vanskelig for enkelte å innlede og etablere nære forhold til andre mennesker (Hansen, 2001). Dette vil over tid forsterke deres opplevelse av at de ikke strekker til og ikke er gode nok. Den emosjonelle reaksjonen blir skam. Atferdsmessig kan dette løses ved å vise minst mulig av seg selv ved introversjon eller utadvent utilgjengelighet.

Offensivt skamforsvar

Forsvars-sinne har blitt sett på som et forsvar mot skam. Det er en effektiv strategi for å holde andre på avstand (Potter-Efron, 2002). *Ingen gjennomskuer hvem jeg egentlig er.* En kan tenke seg at eksternalisering kan virke på samme måte i forhold til å skjule skam for seg selv. Samme effekt kan grandiositet og arroganse ha (Potter-Efron, 2002). Utvikling av narsissistiske trekk har vært knyttet til tidlig skamdrevet parentifisering i rusbelastede hjem (Wells & Jones, 1999). Skammen forblir hemmelig, men konsekvensen blir et lite og skjørt nettverk og i noen tilfeller ensomhet.

Kjemisk skamforsvar

Vår kliniske erfaring tyder på at rusmisbrukere som søker behandling ofte har foreldre som misbrukte rusmidler. Barn ser tidlig at foreldrene bruker disse stoffene for å takle personlige

vanskeligheter. For enkelte barn videreføres denne lærdommen. I et populasjonsbasert amerikansk studie (N= 17 000) som undersøkte forekomsten av potensielt traumatiske barndomsopplevelser, og nåværende rusmiddelbruk, konkluderte Filletti (2004) med: "Our study of the relationship of adverse childhood experiences shows addiction to be understandable although largely unconscious attempts to gain relief from well-concealed prior traumas by using psychoactive materials" (s. 11). Ut fra det som er utledet tidligere i denne artikkelen kan rusmiddelbruk være "skam-medisin".

Oppsummering

Gjennomgangen av forskning som omhandler skam og VBM belyser sammenhengen mellom disse ut fra teori og klinisk empiri. Vi har ikke funnet studier som undersøker sammenhengen ved bruk av kvantitativ metode.

Problemstillinger

Vi vil bruke et eksplorativt pilot design for å undersøke om voksne barn av misbrukere lettere reagerer med skamfølelse, både når det gjelder intensitet og frekvens, enn voksne med oppvekst uten alvorlige belastninger/traumer. Vår hypotese er at VBM vil rapportere større skamtilbøyelighet enn kontrollgruppen.

METODE

Utvalg

I denne studien består det kliniske utvalget av pasienter henvist til poliklinisk behandling for problemer relatert til oppvekst i rus belastede hjem. Ingen av pasientene hadde eget aktuelt rusmisbruk. Det ikke kliniske utvalget består av studenter ved et 3-årig høyskolestudium. Studenter som rapporterte å ha hatt omsorgspersoner med rusproblemer i sin oppvekst, ble ekskludert.

I det kliniske utvalget (N=21), er 12 kvinner (gjennomsnittsalder: 37,4, SD = 7,3) og 9 menn (gjennomsnittsalder: 38,6, SD = 7,5).

Det ikke-kliniske utvalget (N=23), består av 22 kvinner (gjennomsnittsalder: 23,5, SD = 4,2) og 1 mann (alder: 37). Den skjeve kjønnsfordelingen skyldes først og fremst sammensetningen av studentpopulasjonen på det aktuelle studiet.

Prosedyrer

Det ble gitt en generell orientering om undersøkelsen og bakgrunnen for den.

Spørreskjemaene er selvinstruerende og ble utfylt gruppevis. Det ble gitt mulighet for rettleiding under besvarelsen, samt mulighet for spørsmål om datainnhenting i etterkant.

Alle besvarelser er gitt anonymt. Betydelig mangelfulle besvarelser ble ekskludert. For TOSCA-3 ble det ved ni tilfeller brukt interpolering (beregnet ut fra respondenters besvarelse på en gitt skala). Av disse var ett skam ledd, tre skyld ledd, tre ”detachment” ledd og to beta stolthet ledd. Alle deltagerne signerte ett informert samtykke (Apendix A).

Måleinstrumenter

Skam ble målt med Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3) (Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 2000) (Apendix B). I en en-veis oversettelse fra originalspråket ble det fokusert på å holde meningsinnholdet intakt. En person med to-språklig kompetanse konsulterte oversettelsen. Spørreskjemaet er scenario-basert og beskriver 16 situasjoner. For hver situasjon presenteres fire eller fem måter å reagere på: skam, skyld, alfa stolthet, beta stolthet, eksterialisering, eller ”detachment”. Personen som besvarer skjemaet blir bedt om å vurdere sannsynligheten for å oppleve hver av reaksjonene. Sannsynligheten skaleres på en Likert skala fra en til fem.

Skamskalaen i TOSCA-3 har i tre ikke kliniske utvalg (N=187, N=379, N=268) gitt en Cronbach α mellom .77 og .88. Skalaen har vist test / re-test egenskaper (3-5 uker) på .85. Testen er oversatt til ungarsk, italiensk, tysk, svensk og fransk (Tangney & Dearing, 2002).

Informasjon om kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidssituasjon, familiært rusmisbruk, eget rusmisbruk og deltagelse i selvhjelpsgrupper for VBM, ble innhentet på eget skjema (Appendix C).

For måling av psykisk helse i *det kliniske utvalget* ble Symptom Check List – 90 – Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1992) administrert. 90 ledd blir besvart på en femdelt Likert skala på bakgrunn av respondentens symptombelastning siste syv dager. Resultatet vises ved ti symptomskalaer. I tillegg kalkuleres tre globale skalaer. En av disse, Global Severity Index (GSI), har vist god prediksjon for generell symptombelastning.

Databehandling

Resultatene er beregnet med SPSS 13.0. Forskjeller mellom utvalgene og kjønnsforskjeller ble analysert ved bruk av to-halet t-test for uavhengige utvalg. Analyse av "power" ble gjort med SPSS Sample Power 2.

RESULTATER

Skamtilbøyelighet

Vi fant ingen statistisk signifikant forskjell i tilbøyelighet til skamopplevelse mellom det kliniske utvalget ($M=47,0$, $SD=11,7$) og det ikke-kliniske utvalget ($M=44,4$, $SD=10,1$) ($t=.43$, $df=43$, $p>.42$). Analysen viste en signifikant forskjell mellom kvinner i det kliniske utvalget ($M=52,6$, $SD=9,1$) og kvinner i det ikke-kliniske utvalget ($M=44,3$, $SD=10,4$) ($t=2,3$, $df=32$, $p<.05$). Kvinner i det kliniske utvalget hadde også signifikant høyere skårer på skamopplevelse ($M=52,6$, $SD=9,1$) enn menn i det kliniske utvalget ($M=40,3$, $SD=11,3$) ($t=2,83$, $df=20$, $p=.01$).

Andre skalaer i TOSCA-3

På skyldskalaen rapporterte kvinner i det kliniske utvalget signifikant høyere skårer ($M=69,8$, $SD=5,2$) enn kvinner i det ikke-kliniske utvalget ($M=64,6$, $SD=7,1$) ($t=2,19$, $df=32$, $p<.05$). Kvinner i det kliniske utvalget rapporterte signifikant lavere alfa-stolthet ($M=13,8$, $SD=2,9$) enn kvinner i det ikke-kliniske utvalget ($M=16,9$, $SD=2,8$) ($t=-3,02$, $df=32$, $p=.005$).

Kvinner i det kliniske utvalget rapporterte signifikant mer skyld ($M=69,8$, $SD=5,2$) enn menn i samme utvalget ($M=62,9$, $SD=9,3$) ($t=2,17$, $df=20$, $p<.05$).

SCL-90-R

GSI var forhøyet i det kliniske utvalget både kvinner og menn. Vi fant en tendens til høyere skårer hos kvinner på somatisering ($t=-1,82$, $df=19$, $p=.08$) og depresjon ($t=-1,84$, $df=19$, $p=.08$), men ingen signifikante forskjeller.

Power analyse

Analyse av power er beskrevet i diskusjonen

DISKUSJON

Resultatene bekreftet ikke vår hypotese om at voksne barn av misbrukere opplever mer skam enn befolkningen generelt. Men for kvinner finner vi en signifikant forskjell i skamtilbøyelighet mellom klinisk og ikke-klinisk utvalg. Vi finner dessuten at det er en signifikant forskjell mellom kvinner og menn i klinisk utvalg i skårer på skamtilbøyelighet.

Når vi sammenholder skårene på skamtilbøyelighet for kvinner og menn i klinisk utvalg med skårene som Tangney & Dearing (2002) fant i tre store studentutvalg (N=187, N=279, N=268), finner vi at kvinner i vårt kliniske utvalg har vesentlig høyere skårer enn kvinner i studentutvalgene. I vårt kliniske utvalg derimot, skårer mennene på linje med menn i de amerikanske studentutvalgene. I vårt ikke-klinisk utvalg mangler vi data for menn, ettersom det besto av kun en mann og 22 kvinner.

Med den observerte kjønnsforskjellen i skamtilbøyelighet i klinisk utvalg, blir det lite meningsfullt å sammenligne et kjønnsblandet klinisk utvalg med et kvinnedominert ikke-klinisk utvalg. På bakgrunn av at kvinnene i ikke-klinisk utvalg skårer på linje med kvinner i Tangney & Dearings studentutvalg, er det mulig å ha en hypotese om at vi ville finne samsvar også for menn mellom et ikke-klinisk utvalg og studentutvalgene. Dette ville i så fall bety at den antatte forhøyede skamtilbøyeligheten for voksne barn av misbrukere er kjønns spesifikk for kvinner. Fra Tangney & Dearings (2002) studier vet vi at kvinner generelt i alle typer utvalg skårer høyere enn menn på både skam og skyld. I en rekke studier med til sammen over 3000 deltakere har de funnet en slik konsistent kjønnsforskjell. Slike forskjeller er funnet hos barn i grunnskolealder, ungdommer fra lavere middelklasse, college-studenter, foreldre og besteforeldre og voksne reisende på en flyplass.

I en undersøkelse av 54 polikliniske pasienter med angst- og depresjonsplager ble skamtilbøyelighet målt ved Cook Internalisert skamskala (ISS) (Berg & Pallesen, 2004). Her ble det ikke funnet kjønnsforskjeller på skam i klinisk utvalg. Andre studier av kliniske grupper har også vist en generell forhøyelse av skamtilbøyelighet sammenlignet med ikke-kliniske grupper (Tangney & Dearing, 2002). Mennene i vårt kliniske utvalg viser dermed både lavere skamtilbøyelighet enn kvinnene i utvalget og det en ut fra andre kliniske data

skulle forvente. Vi vet at menn vanligvis har en høyere terskel for å søke behandling enn kvinner. Det er derfor ingen grunn til å anta at de opplever mindre problemer enn kvinner.

Når det gjelder de andre skalaene i TOSCA-3, finner vi på skyldtilbøyelighet en kjønnsforskjell i klinisk utvalg med høyere skårer for kvinner. Menn i klinisk utvalg har også her skårer på linje med studentutvalgene. For de andre skalaene er det ingen kjønnsforskjeller. På bakgrunn av kjønnsforskjellene i skam og skyld og den kjønnsforskjellen Rotter har funnet i attribusjonsstil ("locus of control"), kunne vi kanskje forventet å finne sterkere tilbøyelighet til eksternalisering og "detachment" hos menn. Slike forskjeller fant vi altså ikke. Som nevnt i innledningen har Tangney & Dearing (2002) funnet en sterk positiv sammenheng mellom skamtilbøyelighet og eksternalisering. Dette var også i samsvar med de kliniske observasjonene til Lewis (1987) og antakelsen om at ubehaget ved skamopplevelsen i neste omgang førte til at sinne ble rettet utover. Våre data replikerer ikke disse funnene hverken for kvinner eller menn i klinisk utvalg.

Som beskrevet i innledningen har skamtilbøyelighet vært antatt å være relatert til en rekke symptomer på psykisk lidelse. Både kvinner og menn i det kliniske utvalget hadde forhøyede skårer på GSI og de ulike symptomskalaene på SCL-90-R, sammenholdt med normdata fra en "normalgruppe" (Derogatis, 1992). Vi fant en tendens i retning av høyere skårer hos kvinner på somatisering ($t=-1,82$, $df=19$, $p=.08$) og depresjon ($t=-1,84$, $df=19$, $p=.08$), men ingen signifikante forskjeller. Fra et statistisk ståsted gir SCL-90-R-skårene for vårt kliniske utvalg dermed ikke grunnlag for å konkludere med at kjønnsforskjellen i skamtilbøyelighet henger sammen med forskjeller i somatisering og depresjon. Funnet kan likevel ha klinisk relevans og samsvarer med observasjoner som er gjort tidligere (Tangney & Dearing, 2002; Hansen, 2001; Potter-Efron, 2002). Det kan spekuleres i at større utvalg også ville gitt statistisk signifikans. Berg & Pallesens (2004) undersøkelse viste en signifikant korrelasjon mellom skamtrekk og symptomer på depresjon og angst, målt ved henholdsvis Beck Depression Inventory (BDI) og Spielberger Stait Trait Anxiety Inventory (STAI).

En mulig forklaring på kjønnsforskjellen er at narsissistiske personlighetstrekk, som kan maskere skamopplevelsen, er mer utbredt hos menn enn hos kvinner. Utvikling av slike trekk har vært knyttet til parentifisering av barn i dysfunksjonelle familier (Wells & Jones, 1999). Barn kan bli parentifisert enten i en masochistisk stil ved å bli ledet til å tilfredsstille

foreldrenes behov for emosjonell og fysisk omsorg direkte, eller i en narsissistisk stil ved at de blir ledet til å realisere foreldrenes projiserte ego-ideal. Omsorgsoppgaver er kulturelt sterkere knyttet til kvinnerollen. Menns tradisjonelle kjønnsroller er mer knyttet til rollen som familieoverhode eller å vise sin dugelighet ved å være dyktig, flink etc..

Skam i behandlingsrommet

Skam er et viktig tema i arbeid med voksne barn av misbrukere og kanskje også i det meste av terapeutisk arbeid. Skårderud (2001) har påpekt at behandlingssituasjonen i seg selv kan aktivisere skam. Temaet skam kan også i seg selv virke skamutløsende (Berg & Pallesen, 2004). Som nevnt i innledningen er skam utledet fra begreper som å skjule, tilsløre og dekke til. For å bryte et skammønster, er utfordringen ofte å finne et språk for det språkløse. Det krever en god terapeutisk relasjon med høy grad av trygghet, tillit, empati og respekt. Uten at disse grunnleggende forutsetningene er til stede i behandlingsrelasjonen, kan pasienten lett oppleve svik ved ikke å bli møtt. Resultatet kan bli at pasienten trekker seg, lukker seg og blir taus etter å ha eksponert sin skam. Dette fører over til betydningen av terapeutens selvaksept og bevissthet både i forhold til egne skambelagte temaer, men også hans eller hennes generelle forståelse og egen refleksjon rundt disse prosessene i terapirommet.

Klinisk verdi av TOSCA-3

Selv om vi med vår eksplorerende studie ikke kan si noe om TOSCA-3's validitet og reliabilitet, gir den en innfallspurt til å forstå og utforske temaet skam i behandlingssammenheng. Ideen bak TOSCA-3 er at skam tappes best ved å utforske spesifikke reaksjoner i konkrete situasjoner. Operasjonaliseringen av skam som ligger i testleddene gir et språk som er erfaringsnært, dagligdags og konkret uten at ordet skam brukes. I testen beskrives ulike antatt skamrelaterte kognisjoner og attribusjoner i dagligdagse situasjoner, som for eksempel "jeg er håpløs, jeg er uansvarlig og inkompetent, utilstrekkelig, umoden". Ved at personen blir bedt om å skalere fenomenologiske beskrivelser av skamopplevelser i forhold til spesifikke situasjoner, kan en lettere omgå defensivitet enn om en spør etter globale tendenser til å oppleve skam. Å sette ord på vanskelige følelser og opplevelser er en viktig faktor for å minske skammen. Testleddene gir derfor mulighet til å snakke om skam som fenomen uten at de mest sårbare og skambelagte områdene i pasientens liv berøres. For terapeuten er det viktig å lytte etter pasientens globale, negative selvevalueringer, det Potter-Efron (2002) benevner "deficiency messages". Ved at terapeuten

aktivt bruker pasientens eget språk, bekreftes pasientens emosjonelle opplevelse. Dette vil også reflektere forståelse og respekt. Det kan føre til mindre forsvar og motstand fra pasienten. I tillegg forsterkes båndet mellom de skamrelaterte beskrivelsene og den emosjonelle opplevelsen. På den måten kan skam avmystifiseres og i noen grad ufarliggjøres. Dette kan åpne døren for å nærme seg mer skambelagte temaer hos pasienten. Ved at pasienter får innsikt i skammens dynamikk, vil samtaler om skambelagte livsområder forhåpentligvis bli mindre truende og ubehagelig for pasienten.

Begrensninger ved vår eksplorerende studie.

Det er to hovedbegrensninger ved vår studie: størrelse og sammensetning av utvalg og måleinstrument.

TOSCA-3 er godt validert med store utvalg av amerikanske studenter. Den er oversatt til flere språk, men vi kjenner ikke til om den innholdsmessig er korrigert for kulturelle forskjeller. Det hadde styrket studiet å sammenligne vår oversettelse med den svenske. Vi har dessverre ikke hatt tilgang til denne. Vår vurdering er at ingen av testleddene er avvikende i forhold til norsk kultur. Vi har heller ikke utvalg store nok til at det er meningsfullt å beregne Cronbachs alfa. Vi kan derfor ikke si om testen tilfredsstillende psykometriske kriterier. Videre er oversettelsen av TOSCA-3 kun gjort fra engelsk til norsk, men vi har samarbeidet med en tospråklig kollega. Metodisk ville det korrekte vært toveis oversettelse.

Utvalgenes størrelse er en begrensende faktor med hensyn til generaliserbarheten av funnene. For t-testen av forskjellen i skamskårer mellom kvinner i klinisk og ikke-klinisk utvalg gir en poweranalyse en power på 47 %, mot 80 % som er kriteriet for randomiserte og kontrollerte studier. Med de forutsetningene vi har lagt inn i analysen (klinisk utvalg: $M=52$, $SD=10$; ikke-klinisk utvalg $M=45$, $SD=10$; signifikansnivå på 5% og enhalet t-test) ville det vært nødvendig med 26 personer i begge utvalgene for å oppnå en power på 80 %. For sammenligningen mellom menn og kvinner i klinisk utvalg gav analysen en power på 73 %, der premissene for menn var $M=40$, $SD=10$; for kvinner $M=52$, $SD=10$. Analysen forutsatte et signifikansnivå på 5% og tohalet t-test. Med de samme forutsetningene ville vi fått en power på 80% ved å ha 12 personer av hvert kjønn.

Vi vurderer klinisk utvalg å være representativt for voksne barn av misbrukere som søker behandling, i det vi har trukket alle polikliniske pasienter i denne gruppen i en gitt tidsperiode. Det skulle ikke gi sannsynlighet for spesielle skjevheter i utvalgets karakteristika. Når det gjelder ikke-klinisk utvalg er det studenter med lavere gjennomsnittsalder enn den kliniske gruppen (jfr. metoddelen), med et mer homogent utdanningsnivå enn klinisk gruppe og med ett unntak bestående av kvinner.

Videre forskning

Internalisert skamskala (ISS) er nylig oversatt til norsk og skalaens psykometriske egenskaper undersøkt (Berg & Pallesen, 2004). Dersom TOSCA-3 skal kunne benyttes i Norge, bør den gjennomgå en tilsvarende kvalitetssikring. ISS måler trekk, mens TOSCA-3 bygger på en scenariobasert tilnærming. Klinisk vil det være en fordel å ha flere måter å tilnærme seg måling av skamfølelse. Det vil kunne gi fyldigere og flerspektret informasjon om skam som klinisk fenomen. Utvikling av gode måleinstrumenter vil videre øke fokus på skam og gi behandlere en metode for å tilnærme seg temaet i en klinisk setting.

Skam er et spennende og aktuelt tema ved behandling av VBM. Trolig er det også viktig for andre grupper av pasienter. Da skam er har en sterk kulturforankring kan det være behov for mer forskning som er basert på norske utvalg.

Spesifikt for vår studie er spørsmålet om den observerte kjønnsforskjellen i skamtilbøyelighet i vårt kliniske utvalg er et utslag av tilfeldigheter eller kan replikeres. Tilsvarende kjønnsforskjeller er funnet i utenlandske studier. Forskning som kan forklare grunnlaget for kjønnsforskjellen vil trolig kunne gi utfyllende informasjon om prosessene som medfører og opprettholder skamtilbøyelighet. Ny kunnskap vil kunne få kliniske implikasjoner.

Konklusjon

Målet for vår studie er ikke å legge et grunnlag for bruk av TOSCA-3 i norsk klinisk virksomhet. Teorien som ligger bak måleinstrumentet og måten dette er bygget opp på, virker imidlertid å gi en enkel og ufarlig tilnærming til temaet skam. Dette gjelder både for pasienter og for behandler. Dersom det skal være nyttig å snakke om skam som et tema i en terapi, er det nødvendig å ha en forståelse av hva skam er. Samtaler om skam må kunne bringe inn ny forståelse av menneskers psyke, og må ha en målsetning om at pasientene skal oppleve en egenutvikling.

REFERANSER

- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., et al. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. **Psychiatric Services**. <http://pchychservices.psychiatryonline.org>. August 2002 Vol. 53 No. 8.
- Befring, E. (2004). (Red.). Barnehjem og spesialskoler under lupen : nasjonal kartlegging av omsorgssvikt og overgrep i barnevernsinstitusjoner 1945 – 1980 : utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og familiedepartementet 19. desember 2003 : avgitt 1. november 2004. **NOU 2004:23**. p. 145 – 148.
- Breivik, K. (1999). **Selvfølelse og aggresjon. Er det mulig å identifisere aggressive barn med ulik selvfølelse?** Hovedoppgave ved psykologstudiet. Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen.
- Derogatis, L. (1992). **SCL-90-R: administration, scoring & procedures manual-II for the r(evised) version and other instruments of the psychopathology rating series**. Clinical psychometric Research, Inc. Towson, MD 21204.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., Giles, W. H. (2001). Growing Up with Parental Alcohol Abuse: Exposure to Childhood Abuse, Neglect and Household Dysfunction. **Child Abuse & Neglect**, 25, 1627-1640.
- Erikson, E. H. (1968). Barndommen og samfunnet. Gyldendals kjempefakler. Gyldendal.
- Filletti, V. J. (2004). **The Origins of Addiction. Evidence from the Adverse Childhood Experiences Study**. English version of the article published in Germany as: Filletti, VJ.; Ursprünge des Suchtverhaltens-Evidezen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2003; 52:547-559.
- Follesø, G. S. (2003). I Anstorp, T., Hovland, B. I., Torp, E. (red.) (2003). **Fra skam til verdighet. Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep**. Oslo : Universitetsforlaget.
- Færøy, I. L. (1995). **Skyld- og skamfølelse en begrepsavklaring med utgangspunkt i commonsense psykologi**. Hovedoppgave ved Psykologisk institutt. Universitetet i Oslo.

- Hansen, F. (2001). **Fra avmakt til handlekraft. En terapeuts møte med voksne barn av misbrukere.** Skien: Borgestadklinikken.
- Haugland, B. S. H. (1992). Ritualer og rutiner i familier med alkohol-problemer, Del I. Teoretiske begrep for beskrivelse av samspill*). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29, 735 – 746. In Haugland, B. S. H. (2003). **Parental alcohol abuse Family functioning and child adjustment.** Department of Clinical Psychology. Faculty of Bergen. Norway.
- Haugland, B. S. H. (2003). **Parental alcohol abuse Family functioning and child adjustment.** Department of Clinical Psychology. Faculty of Bergen. Norway.
- Kaufman, G. (1996). **The Psychology of Shame. Second Edition.** New York. Springer.
- Kohut, H. (1990). **Selvets Psykologi.** Universitetsforlaget AS 1990.
- Kjøstvedt, E, Kristensen, Ø. (1996). Regnbueprosjektet: Mot en teori av forståelse av barn fra misbrukerhjem. **Fokus på familien.** 3, p. 162-166.
- Kvamme, G., Mullally, A. K. (2000). Gruppebehandling for Barn av Rusavhengige. **Tidsskrift for Norsk Psykologforening**, 37, p. 523 – 529.
- Leira, H: (1990). Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse. Del I. Om arbeid med barn som har erfart vold i familien. **Tidsskrift for Norsk Psykologforening**, 27, p. 16 – 22.
- Lewis, H. B. (Ed.) (1987). **The Role of Shame in Symptom Formation.** Lawrence Erlbaum Associates, Publishers: Hillsdale.
- Lutwak, N., Ferrari, J. R. (1997). Understanding shame i adults. Retrospective perceptions of parental bounding during childhood. **Journal of Nervous Mental Disorders.** 185 (10), p. 595 – 598.
- Mortensen, O. (1994). Barns reaksjoner på foreldrenes misbruk. I Hansen, F. A. (red.) **Barn som lever med foreldres misbruk.** Ad Notam Gyldendal A/S.
- Berg, G. & Pallesen, S. (2004). Skam og selvfølelse: Teoretiske aspekter og psykometriske egenskaper ved en norsk versjon av Internalisert skam-skala. **Tidsskrift for Norsk Psykologforening**, 41, p. 359 – 364.
- Potter-Efron, R. (2002). **Shame, Guilt and Alcoholism. Treatment Issues in Clinical Practice. Second Edition.** New York : Haworth Press.
- Robinson, R. E., Lyn Rhoden, J. (1998) **Working With Children of Alcoholics. The Practitioner`s Handbook. 2. ed.** Sage Publication Inc.

- Sandvold, A. (1993). Grupper for barn med foreldre som misbruker alkohol – et forebyggende tiltak. **Tidsskrift for Norsk Psykologforening**, 30, p. 132 – 139.
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. **Tidsskrift for Norsk Lægeforening**. Nr 13, 121, p. 1613 – 1617.
- Tangeny, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (2001). The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3). **George Mason University**, Fairfax, VA.
- Tangeny, J. P., Dearing, R. L., (2002). **Shame and Guilt**. New York: Guilford Press.
- Tomkins, S. S. (1963). **The Negative Affects**. Affect/imagery/consciousness, Vol. 2: New York: Springer.
- Tveit, H. (1998). Møte med voksne barn av rusmisbrukere i allmennpsykiatrisk poliklinikk. **Spesialistoppgave i klinisk voksenpsykologi**.
- Wegscheider-Cruse, S. (1989). **Another Chance. Hope and Health for the Alcoholic Family**. 2. ed. Science and behavior Books, Inc. California.
- Wells, M., Jones, R. (1999). Object relations therapy of narcissistic and masochistic parentification styles. IN Chase (Ed.) (1999) **Burdened children: Theory, research and treatment**. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Wells, M., Glickauf-Huges, C., Jones, J. (1999). Codependency: A Grass Root Construct's Relationship to Shame-proneness, Low-self-esteem, and Childhood Parentification. **American Journal of Family Therapy**, 27, p. 63-71.
- Wells, M., Jones, R. (2000). Childhood Parentification and Shame-Proneness: A preliminary Study. **American Journal of Family Therapy**, 28, p. 19-27.
- Wurmser, L. (1981). **The mask of shame**. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wyller, T. (red.). (2001). **Skam : perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne**. Bergen : Fagbokforlaget.