

3

Skam og eksistens

MARIE FARSTAD

SAMMENDRAG Skam er en allmenn følelse og utfordring som berører vår menneskelige eksistens. Lidelser, sykdommer og livsbelastninger som i særlig grad viser seg å være knyttet til skam, vektlegges. Både teori, forskning og kliniske vignetter anvendes som materiale. Drøftingen vil belyse verdier som kan bidra til en skamreduserende praksis. Kapitlet bekrefter skamfølelsens sentrale plass i menneskers lidelsestrykk i helse- og sosialfeltet og betydningen av en verdibevisst omsorg.

NØKKEWORD skamfølelse | eksistens | lidelse | skamreduserende omsorg | verdibevissthet

ABSTRACT Shame is a strong, innate emotion inflicting our human existence. Suffering, diseases, and life stressors commonly recognized as being shame-related will be emphasized. Theory, research and clinical vignettes are presented around shame and its links to disease, abuse, and stigmatization. Shame is central in human suffering, and the article looks at values fostering a shame-reducing care practice.

KEYWORDS shame | existence | suffering | shame-reducing care practice | values for dignity in care

INNLEDNING

Skam er et relasjonelt fenomen: uten relasjon, ingen skam. Skamfølelsen er en sosial følelse, den oppstår i relasjonelle samspill og regulerer relasjoner. Skam kalles ofte *blikkets sykdom* (Skårderud, 2006, s. 47) fordi skamfølelsen aktiveres når vi blir sett på med fordømmende, avslørende, forminskende, kalde, tomme eller bortvendte blikk, når vi blir sett på smertefullt vis. Skamfølelsen er nært knyttet til selvfølelse, identitet og selvverd, og den berører menneskets eksistens og grunnleggende livsvilkår slik de beskrives av Henriksen og Vetlesen (1997, s. 76); vi er

sårbare, vi er skjøre, vi er avhengige av omsorg, kjærlighet og fellesskap, og vi er dødelige. Skamfølelsen kjennes sterkt i kroppen vår, både når den er akutt som i et legebesøk når vi føler oss tingliggjort (Wyller, 2006), når den internaliseres i kroppen vår med sine ulike fortellinger (Skårderud, 2006), og ikke minst i det vi bærer med oss som skamreleterte livserfaringer i vår *levde kropp* (Merleau-Ponty 1994; Kirkengen, 2005). Skamfølelsen er helt sentral i vår erfaring av å være til og av å høre til i verden, og slik sett helt sentral i vår eksistens.

KAPITLETS HENSIKT OG OPPBYGNING

Hensikten med kapitlet er å belyse skam som følelse og eksistensielt fenomen, og dessuten å løfte frem verdier som kan styrke mulighetene for en skamreduserende praksis i helse- og sosialfeltet. Følgende forskningsspørsmål søkes belyst og besvart:

På hvilke måter er skam et eksistensielt fenomen og en eksistensiell utfordring i helse- og sosialfeltet, og hvilke verdier kan legge til rette for en skamreduserende profesjonell omsorgspraksis?

Konteksten er det omsorgsfaglige helse- og sosialfeltet, og for å belyse skamfølelsens aktualitet i feltet har jeg valgt å inkludere tre kliniske vignetter. Forskningsfeltet vil belyse relevante perspektiver, og hovedvekten i kapitlet er teoretiske perspektiver på skam og eksistens. I drøftingen løfter jeg frem ulike verdier som kan bidra til en skamreduserende profesjonell omsorg, og ser på disse i lys av de kliniske vignettenes og teoretiske innspill.

Kapitlet avgrenses ved at skamfenomenet¹ ikke belyses i sin fulle bredde, men primært forholder seg til følgende varianter: *akutt skam*, *sunn skam*, *vond skam* og *giftig skam*.

Gjennomgående i teksten har jeg valgt å bruke begrepet *pasient* fremfor klient, selv om det stort sett er overførbart til klienter i sosialfeltet. Der referanser eller kontekst ikke tilsier noe annet, bruker jeg gjennomgående begrepet *hjelper*, som er ment å dekke alle omsorgsfaglige profesjonelle yrkesgrupper i helse- og sosialfeltet.

1. Se andre kilder for en mer utførlig presentasjon av skambegrepet (Skårderud, 2001a og b; Pattison, 2000; Fowler, 1996 og Farstad, 2016).

PRESENTASJON AV TRE KLINISKE VIGNETTER

Vignettene er diktet opp, men bygger på brokker av omskrevne og anonymiserte historier jeg har møtt i klinisk praksis.

1. **Aina** kommer til fastlegen, vel forberedt og med en huskelapp. Legen spør henne hvorfor hun er der, uten å se ordentlig på henne. Blikket hans er festet på PC-en, og fingrene hans trommer mot pulten. Hun føler seg til bry og tenker at hun burde klart seg uten legens hjelp: «Det er sikkert andre pasienter som har det mye verre enn meg, han har jo egentlig ikke tid til meg.» Mens hun finner huskelappen sin, spør han igjen hvorfor hun er der, og hun synes å merke en irritasjon i stemmen hans. Det legen ikke vet, er at Aina kvelden før var en hårsbredd fra å ta en overdose med tabletter hun hadde funnet hjemme hos sin mor.
2. **Bård** blir innlagt med akutte magesmerter. Han blir godt tatt imot og får beskjed etter en del forundersøkelser at han må gjennom gastroskopi og muligens koloskopi. Bård stikker av fra sykehuset før de kommer så langt. Det legene og sykepleierne ikke visste, var at tanken på gastroskopi og koloskopi fremkalte angst og traumatiske minner knyttet til seksuelle overgrep i ungdommen. Det Bård brukte alle sine krefter på å glemme, ble reaktivert i full styrke, men han våget ikke å fortelle pleierne hvorfor han ble redd. Skammen var for stor.
3. **Said** er gift og har fem barn. Han og familien kom til Norge for tre år siden som flyktninger fra krig. Han har en avtale med NAV angående sosialstønad og bostøtte. Saksbehandleren synes Said virker tung og bekymret, og spør hva som plager han. Said forteller at han synes det er vanskelig å være muslim i Norge, mange møter han med mistillit og hån. Said erfarer stigmatisering og mistenkeliggjøring på arbeidsplassen og i nabolaget. Han forteller om dårlig søvn, mareritt og bekymring. Saksbehandleren undertrykker en merkbar irritasjon og sier han må ta seg sammen og tenke på det gode han får her i Norge. Saksbehandleren forstår ikke at den skammen Said bærer på fra traumer i hjemlandet, forsterkes gjennom stigmatisering og fremmedgjorthet i en totalt ny kultur, og at det å ikke klare forsørgeransvaret uten hjelp rammer stoltheten og verdigheten hans.

FORSKNINGSFELTET

Forskningsfeltet som ser på skam, har økt betraktelig de siste årene. Det er også et bredt fagfelt som engasjerer; vi finner bidrag fra både helse- og sosialfeltet, medisin, psykologi, psykiatri, psykoterapi, filosofi, teologi, sjelesorg og sosialt arbeid.

Det er et stort spekter av forskning som belyser skam inn mot spesifikke lidelser og sykdommer, i tillegg til forskning knyttet til traumer, stigmatisering og utenforskap. Færre artikler handler om skam knyttet til det eksistensielle, eksistensiell mening, verdier og relasjoner. Overraskende lite internasjonal forskning belyser skam som en allmenn, relasjonell og eksistensiell utfordring i møte med sykdom og lidelse. Det er lite å finne om skam i norske pensumbøker for kommende hjelpere knyttet direkte til utvikling av personlig kompetanse (Eide & Eide, 2004; Jensen & Ulleberg, 2011; Killén, 2017; Røkenes & Hanssen, 2002; Skau, 2017), med unntak av én bok (Leenderts, 2014).

Lazare (1987) er en pioner i det å bringe skam inn i det medisinske forskningsfeltet. Brown har tilgjengeliggjort empirisk skamforskning fra sosialfeltet i et populærvitenskapelig format (2011, 2014). Psykologifaget har med sine pionerer lagt grunnlag for en bred forskningsinteresse, blant andre Lewis (1971), Wurmser (1981), Tomkins (1987) og Nathanson (1992). I tillegg har Dearing og Tagney (2011) samlet en rekke forskeres bidrag. På norsk finnes antologien *Skam i det medisinske rom* (red.: Gulbrandsen, Fugelli, Stang og Wilmar, 2006) som aktualiserer skam som tema nettopp innenfor medisin, helse og behandling. Gulbrandsen (2018), Malterud og Hollnagel (2007) og Malterud og Thesen (2008) har belyst skam inn mot klinisk medisinsk praksis. I nyere filosofi er det verdt å nevne Zahavi (2014), som skriver om selvets relasjon til den andre knyttet til fenomenene skam, subjektivitet og empati. I nyere tid har både systematisk teologi og sjelesorgsfeltet også kommet med viktige bidrag (Farstad 2013a/b, 2016; Henriksen, 2008, 2010, 2013; Okkenhaug, 2009; Pattison, 2000).

Jeg skriver meg inn i et felt med bred empirisk forskning, og mitt bidrag her er å trekke teoretiske perspektiver som er utviklet gjennom empirisk forskning, inn mot verdier i profesjonell praksis i møte med skam som fenomen. De kildene som jeg har vurdert som mest relevante for skam og eksistens inn mot helse- og sosialfeltet, er inkludert. Kapitlet vil bidra til å belyse skammens eksistensielle betydning i det omsorgsfaglige helse- og sosialfeltet, og dessuten å vise betydningen av skamreduserende praksis både der skammen er allmenn, og der den er konsekvens av traumer og stigmatisering. Mitt bidrag er å beskrive skam som eksistensielt fenomen og å sammenstille det med ulike verdier som kan bidra til en allment skamreduserende praksis. Det er fortsatt behov for mye forskning på feltet, og jeg håper dette kapitlet kan anspore til forskning som ser nærmere på skam som eksistensielt fenomen.

TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ SKAM OG EKSISTENS

Skam er en av våre medfødte grunnfølelser (Nathanson, 1992), og skambegrepet brukes primært om skam som følelse. Skam aktiveres ved avvisning og/eller trussel. Skamfølelsen er relasjonelt og sosialt betinget og oppstår når vår tilknytning, verdi, verdighet, integritet, subjektivitet, selvbilde, posisjon og anseelse blir truet. Skamfølelse er også viktig for å regulere nærhet og avstand og for å beskytte og verne om menneskets integritet i alle relasjoner.

SKAM SOM BEGREP

Ordet skam i norsk språk har to røtter. Den norrøne roten angir følgende: blussel/ anstendighet, vanære/skjensel, ulykke/skade². Den indoeuropeiske roten (shame) viser til betydningen *å dekke seg til / å skjule seg*³. Begrepet skam brukes om en rekke ulike skamvarianter (Farstad, 2016, s. 32f.; Fowler, 1996, s. 113f.).

Sunn skam kan defineres som evnen til å beskytte vår egen og andres integritet, grenser og subjektivitet. Nathanson sier det slik: «Skam er en lærer fordi vi kan lære å unngå hva som fører til skam; skam kan derfor beskytte oss mot ondskap» (1992, s. 445). Fowler (1996, s. 114) sier at sunn skam tjener som en vokter for vårt ønske om å være verdige personer. Sunn skam kan være en kilde til modning, vekst og ansvarlighet, og på denne måten er skam også en viktig moralsk følelse som hjelper oss i møte med andre og oss selv (Farstad, 2020).

Akutt skam oppstår i situasjoner hvor vi blir flau og skamfulle over hvordan vi fremstår, situasjoner der vi er eller føler oss avkledd eller avslørt, eller situasjoner som vekker følelser av uverdighet eller hjelpeløshet (Pattison, 2000, s. 83). Akutt skam vekkes der vi erfarer å bli sett på med et nedverdiggende, dømmende eller kaldt blikk, eller frykter det.

Vond skam oppstår der vår skjørhet, sårbarhet og avhengighet ikke blir hegnet om og beskyttet. Denne skammen aktiveres i relasjoner og situasjoner hvor vi har forventning om og behov for å bli møtt med anerkjennelse, respekt, omsorg og likeverd, men erfarer det motsatte (Farstad, 2016, s. 38).

Giftig skam er en mer alvorlig og gjennomgripende form for skam. Den har sin rot i alvorlige, eksistensielle avvisninger og livserfaringer knyttet til det å ikke bli respektert, verdsatt, beskyttet, vist omsorg, erfaringer hvor individets integritet, subjektivitet og grenser blir alvorlig truet (Farstad, 2016, s. 64f.). Røttene til denne

2. https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=Skam+&ant_bokmaal=5&ant_ny-norsk=5&begge=+&ordbok=begge (lest 02.02.2020).

3. [https://no.wikipedia.org/wiki/Skam_\(følelse\)](https://no.wikipedia.org/wiki/Skam_(følelse)) (lest 02.01.2020).

typen skam er å finne i svært mangelfull omsorg, som konsekvens av traumer knyttet til ulike former for vold, krenkelser og overgrep, og den kan oppstå som konsekvens av mobbing og stigmatisering. Den giftige skammen overbeviser oss om at vi ikke er verdige i relasjonen til den andre, at vi ikke er verdt beskyttelse og kjærlighet, at vi ikke kan bli tålt og elsket, at det er noe grunnleggende galt med oss. Denne skammen kalles også kronisk (Pattison, 2000), patologisk (Skårderud, 2001a), giftig (Fowler, 1996) og destruktiv (Farstad, 2016). Her velger jeg å bruke begrepet *giftig skam* som i mine øyne omfatter den verste skammens destruktivitet. *Kronisk skam* sier noe om denne skammens intensitet og gjennomtrengende karakter, men begrepet *patologisk skam* kan i mine øyne stå i fare for å patologisere på en måte som ikke hensiktsmessig.

SKAM SOM RELASJONELT OG EKSISTENSIELT FENOMEN

For å forstå skam som relasjonelt og dermed eksistensielt fenomen i dette landskapet vil jeg trekke frem følgende definisjon av skam, fritt oversatt: «Skam er erfaringen av at ens opplevde selv går i oppløsning med en dysregulerende annen» (DeYoung, 2015, s. 18). DeYoung beskriver det videre slik at skamfølelsen er en kronisk følelse av å være et frakoblet selv (self-in-disconnection), og at dette bringer en dyp følelse av isolasjon som igjen fører til følelser av fortvilelse og uverdighet (2015, s.19).

Dypest sett er det skammens virkning på vår relasjonalitet som gjør den til et eksistensielt fenomen; sterkere enn noen annen følelse berører den vår eksistens knyttet til at vi er relasjonelle vesen (DeYoung, 2015). I et allment perspektiv forstyrrer den relasjoner og vanskeliggjør kommunikasjon. I forbindelse med traumer, mangler og stigmatisering blir det særdeles relevant å se på skam som et eksistensielt fenomen idet skamfølelsen her blir så uendelig mye mer enn en følelse (Pattison, 2000). Den internaliseres på måter som rammer menneskets relasjonalitet, kropp, helse, identitet, trygghet, tilhørighet og tilknytning, i tillegg til tillitsevne, livsmot, livskraft og relasjonsmot (Farstad, 2016).

Skam skaper i sine ulike former fremmedgjøring, isolasjon og følelser av verdiløshet (Pattison, 2000). Skamfølelsen er eksistensielt utfordrende med tanke på at den rammer menneskets verdi og meningssystem, den truer menneskets tilhørighet og tilknytning gjennom isolasjon og ensomhet, og den kan ramme menneskets helse gjennom depresjon og sykdom. Skam kan også ramme mennesket eksistensielt knyttet til værensfølelsen idet den kan frata individet å kjenne seg tilkoblet til selve eksistensen og/eller det åndelige eller religiøse. At skam kan bli eksistenstruende, bekreftes også av de nære sammenhengene som er funnet mellom skam og selvmord (Retterstøl et al., 2002, s. 215).

SKAM OG SYKDOM

Det er ingen tvil om at sykdom er assosiert med skam, samtidig gjelder det ikke alle sykdommer (Gulbrandsen, 2006). Gulbrandsen sier at det nok er vår generelle oppfatning av sykdom som avvik fra normalen som bereder grunnen for skamfølelsen som kan oppleves ved sykdom. Hvilke sykdommer som er mest forbundet med stigma og skam, har endret seg gjennom historien. Gulbrandsen viser til at de evalueringene vi gjør av menneskene som har sykdommen eller tilstanden, avgjør om det fører til skampåføring eller ikke, og at det dreier seg om egenskaper vi ikke beundrer, egenskaper som blir vurdert som ikke attraktive. Livsstilssykdommer, uforklarlige medisinske tilstander og mentale lidelser er nok de mest skamrelaterte lidelsene i dag. Guassora et al. (2014) fant sterke elementer av skam og ære i diskurser rundt personlig ansvar når lege og pasient snakker om livsstil og helse, og de fant at pasienten tar en proaktiv rolle i å beskytte selvet mot skam i forhandlingene med legen. Kulturelle narrativ rundt skam og normative holdninger til overvekt speiles i media, og Malterud og Ulriksen (2010) sier at helsevesenets og behandleres oppmerksomhet på kulturelle stigma rundt overvekt kan motvirke stigmatisering og skam og bidra til helse og økt kontroll over eget liv. Spiseforstyrrelser er generelt forbundet med skam (Skårderud, 2001a/b). Å leve med kronisk smerte kan være en tilstand hvor pasienter både erfarer å bli skammet og forventer å bli skammet, knyttet til oppfatninger både i allmennheten og i legestanden om hva slike smerter kan skyldes. Werner et al. (2004) beskriver hvordan kvinner med kroniske smerter forteller om seg selv og sin sykdom, og undersøker hvordan selvet og skamfølelser interagerer i fortellingene. Bak disse historiene hører de en hviskende stemme som kjemper for ikke å bli oppfattet som den gale, den late, den sykdomsfikserte eller svake kvinnelige pasienten. Det er også forsket på erfaringen av å være pasient med «medisinsk uforklarlige symptomer», og hvor lett pasienten føler på skyld, dyp skam og verdiløshet knyttet til sin situasjon (Stone, 2014).

Mange studier bekrefter også at skam er en viktig faktor i PTSD (posttraumatisk stressforstyrrelse) (Budden, 2009; Dodson & Beck, 2017; Robinaugh & McNally, 2010; Øktedalen, 2015). Crowe (2004) belyser i to artikler en nær sammenheng mellom skam og borderline personlighetsforstyrrelse. Han mener at skam er en sterkt integrert, men oversett, del av den mentale nød og smerte som er karakteristiske symptomer i borderline personlighetsforstyrrelse. Studier bekrefter også sterke sammenhenger mellom skam og ulike former for avhengighet (Fekjær, 2006). I avhengighetsproblematikk er skamfølelsen ofte både utgangspunkt og konsekvens. Smerten i skamrelaterte traumer søkes medisinerbart bort gjennom rus, og med avhengigheten kommer så skammen som konsekvens fordi avhengighet blir fortolket som tap av kontroll og mestring og dermed stigmatisert.

I en kvalitativ studie av subjektivt rapportert dårlig helse viser Strandmark (2004) at kjernen i opplevd dårlig helse er avmakt. Avmakten knyttes til et selv-bilde av verdiløshet, en følelse av å være fanget og innelåst i egen livssituasjon, og følelsesmessig smerte. Avmakt skaper den dype følelsen av verdiløshet som ligger i *giftig skam*. Informantene hennes vurderer seg selv som verdiløse ut fra sosiale normer og holdninger, og sammen med følelser av maktesløshet skaper det mistillit til selvet og andre. Hun beskriver også hvordan det å være fanget og innelåst i livssituasjonen grunnet manglende muligheter fører til apati og destruktive følelser av fremmedgjorthet, angst, kvaler, skam og skyldfølelse i så stor grad at individets autonomi og eksistens er truet (2004).

Asymmetriske relasjoner er potensielt skamskapende, og ifølge Lazare (1987) er enhver medisinsk konsultasjon et møte som kan avstedkomme skam for pasienten uavhengig av pasientens personlighet, sosiale status eller hvilke problemer pasienten bringer inn i rommet. Ifølge Dolezal og Lyons (2017) synes skam å virke signifikant inn på menneskers helse, sykdom og helsereelatert livsførsel, og de forbin-der dette med unngåelse av akutt skam, kronisk (giftig) skam og dens belastninger, trussel forbundet med stigma og sosial status, og biologiske mekanismer. De mener at skam er et snikende, gjennomgripende og ondartet fenomen med stor betydning for den kliniske og politiske helsediskursen, og fremhever viktigheten av at skam-mens rolle i helse, sykdom og helsereelatert livsstil blir anerkjent og integrert i medi-sinsk, sosial og politisk bevissthet og praksis (Dolezal & Lyons, 2017).

SKAM OG KRENKELSER

Den mest giftige skammen oppstår der mennesker erfarer andres ondskap. Vetlesen (2001) sier at både skam og ondskap handler om grenser. Ondskap handler om overskridelse av en grense, mens skam oppstår hos den som erfarer at ens grenser blir overskredet, den som blir krenket. Skammen uttrykker ifølge Vetlesen en eller flere parters måte å *bære* utført ondskap på (2001, s. 106). Der ondskap skjer, mangler den som utøver ondskapen, noe livsvesentlig, han eller hun mangler sunn skam og ivaretagelse av den andre, og det er ofrene som ender opp med å skamme seg. Dette gjelder det vanskjøttede barnet, den voldtatte, i krig og enhver som blir utsatt for vold og krenkelser. Her er vi ved kjernen av skam som eksistensielt fenomen. Den rammer dypt og urettferdig der menneskers liv, helse og integritet blir truet. Pattison (2000, s. 83) sier det slik:

Det er en enorm forskjell mellom akutt, reaktiv skam og den kroniske skammen som former en hel personlighet og kan vare livet ut (egen oversettelse).

Kirkengen (2006) skriver om skam, krenkelser og avmakt i medisinske møter og anerkjenner skam som et viktig og ofte uidentifisert fenomen i møtet mellom lege og pasient. Kirkengen beskriver to pasienter der barndoms erfaringer har «festet» seg som en skam de knytter til sin væren og sin kropp, de oppfatter skammen som kroppsliggjort. Begge har båret en skam som ble påtvunget dem i barndommen, en skam som ble fornyet og forsterket i voksenlivet. De knytter skammen til ydmykelse, redsel, avmakt og smerte. Begge skammer seg «helt inn i marginen» over å ha vært en ting, en gjenstand for andres ringeakt og respektløshet. Deres erfaringer er innskrevet i deres kropp, de har båret sitt liv og sine sår i en kropp som har inkorporert skammen, skammen ble til kjøtt og blod. Pasientene forteller også om hvordan skammen gjorde dem tause, stjal ordene deres, lukket munnen deres så de ikke fikk fortalt om sine smertefulle og krenkende livserfaringer.

I en annen artikkel skriver Kirkengen om hvordan barndomsforgiftning skader livskraften. Hun beskriver *erfaringer som nærer*, som det å bli elsket, støttet, anerkjent og respektert, mens det å bli misbrukt, mishandlet, vanskjøttet og avvist beskriver hun som *erfaringer som tærer* (2013). Kirkengen (2005) viser dessuten til sammenhengene mellom krenkelser i barndommen og uhelse i voksenlivet, og hun snakker om *den levde kroppen* ut fra et kroppsfenomenologisk perspektiv (Merleau-Ponty, 1994) for å forklare hvordan alle våre livserfaringer blir innskrevet i kroppen og kroppsliggjort. Traumeforskning har bekreftet skammens sentrale plass i den utsattes erfaring (Anstorp, 2014), skamfølelsen er også vist å være sterkt integrert i PTSD (Øktedalen, 2015) og ikke minst i kompleks PTSD (Lopez-Castro et al., 2019).

Kirkengens forskning bekrefter det store og anerkjente ACE-studiens (Adversive Childhood Experiences) funn (Feletti 2002; Feletti og Anda, 2010; Dube, 2018). ACE-studien viser sterke sammenhenger mellom giftige barndoms erfaringer (ACE), sykdom i voksenlivet og tidlig død. Tomasdottir et al. (2015) studerte selvrapporterte vansker i barndommen og uhelse i voksenlivet basert på Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT), og deres funn støtter synet på at giftige barndoms erfaringer får kroppslige konsekvenser. Talmon og Ginzburg (2017) har kartlagt langvarige konsekvenser av seksuelle overgrep for både mannlige og kvinnelige overlevende, og fant at kroppsselveet blir hardt rammet av skam, med tanke på både kroppsfølelsen, kroppen og grenser, kroppsskam og angst for nærhet og intimitet. Dorahy et al. (2013) har også bekreftet sammenhenger mellom komplekse traumer og intimitetsvansker, og inkluderer her hvordan skam, skyld og dissosiasjon virker inn. Aakvaag et al. (2016) fant sterk sammenheng mellom vold og seksuelle overgrep og påfølgende skam og selvanklage. De fant også at jo flere typer vold informantene rapporterte, jo høyere var nivået av både skam og skyld. Delås (2015) bekrefter den skam barn bærer som vokser opp i familier med

alkoholmisbruk. Thoresen et al. (2018) har forsket på ensomhet som følge av skam knyttet til vold i barndommen, og de fant at skam vanskeliggjør tilknytning og skaper isolasjon, noe som igjen får helsemessige konsekvenser.

SKAM OG STIGMATISERING

Lewis (1998) skriver om stigma og skam, og henviser til Goffmans (1968) stigma-teori. Goffman skrev om stigma knyttet til et skadet selv og tok utgangspunkt i stigma-ordets opprinnelse som handler om et fysisk stigma, synlig for andre. Lewis (1998) viser til en utvidet forståelse av stigma og sier at stigmatisering er å forstå som en merking av et ødelagt eller skadet selv, og at både skam og stigma representerer det skadede eller ødelagte selv et enten stigmaet er et offentlig gitt og synlig stigma eller ei. I norsk sammenheng har legen Edvin Schei (2006) skrevet om skam og stigma og sier at ordet i dag brukes om et uønsket kjennetegn som skaper utestengning fra et fellesskap av *normale*. Feil, mangler, funksjonsbegrensninger, utseende, sykdommer, hudfarge, kjønn, seksuell identitet, etnisitet, sosial klasse og fattigdom stigmatiseres (Schei, 2006). Tett sammenvevd med stigmatisering ligger også stereotypier av mennesker som griper fatt i noen gjenkjennelige særtrekk ved en person, og samtidig *reduserer* personen til denne ene egenskapen (Weston, 2010).

Psykiske lidelser oppfattes ofte som tabu (Gullslett, Kim & Borg, 2014). Pasienter med psykiske lidelser opplever stigmatisering i møte med både helsepersonell og mennesker i pasientenes nære sosiale omgivelser, og pasientene stigmatiserer også lett seg selv som følge av lang tid med psykiske vansker. Deres selvtillit blir svekket, de ser på seg selv som svake, annerledes og udugelige (2014). Selvstigmatisering skjer ikke uten at man først er stigmatisert og møter holdninger i handlinger i samfunnet og hos enkeltmennesker som bekrefter stigmatiseringens innhold. Mobbing er stigmatisering og vold, og de som rammes, blir dessverre ofte utsatt for å bli bærer av den verste og giftige formen for skam. En studie fra 2015 (Mereish & Poteat) viser at seksuelle minoriteter (LGBT) er utsatt for skam knyttet til stressorer som diskriminering, og diskrimineringen og den påfølgende skammen har både fysiske og mentale negative følger hva gjelder helse, ensomhet og relasjoner.

SKAM I KLINISK KONTEKST OG VERDIER I EN SKAMREDUSERENDE PRAKSIS

Vi har sett at skam er et eksistensielt fenomen og en eksistensiell utfordring i helse- og sosialfeltet – både som allmenn følelse i møte med sykdom og lidelse,

og i form av den giftige skammen mennesker som har erfart alvorlige krenkelser, ondskap, traumatisering og stigmatisering, blir bærere av.

Den umiddelbare forbindelsen mellom skam og ulike former for lidelse og livsbelastninger knytter seg til våre grunnleggende og eksistensielle livsvilkår. Ifølge Henriksen og Vetlesen (1997, s. 76) er disse grunnvilkårene, som også ble nevnt innledningsvis, sårbarhet, avhengighet, skjørhet og dødelighet. Vår sårbarhet⁴ innebærer at vi er avhengige av andre, og avhengigheten innebærer risiko; vi risikerer å ikke bli ivaretatt av dem vi er avhengige av omsorg fra (Henriksen & Vetlesen, 1997), være seg våre nære eller våre hjelpere i helse- og sosialfeltet. Denne forståelsen av menneskets sårbarhet og avhengighet er et grunnpremiss for å forstå hvorfor og hvordan skam blir aktualisert som et eksistensielt fenomen ved sykdom og lidelse. Nettopp når vi rammes og blir avhengige av hjelp og omsorg, blir vi også sårbare for avvising, objektivering og tap av integritet.

Lazare (1987) viste tidlig at skam har stor kraft i medisinske møter og i menneskers erfaring av sykdom. Forskningen som er presentert, bekrefter dette. Likevel er skamfenomenet minimalt teoretisert og lite anerkjent i helsefeltet ifølge Dolezal og Lyons (2017). Min egen erfaring med å undervise ansatte om skam ute i helse- og sosialfeltet bekrefter dette, mange har aldri tidligere fått hjelp til å forstå den skammen de stadig møter i sitt arbeid med pasienter.

I det følgende vil jeg løfte inn igjen de kliniske vignettene om Aina, Said og Bård, og reflektere over ulike verdier som kan hjelpe oss på vei mot en mer skamreduserende praksis.

SUBJEKTIVITET, AKTELSE OG LIKEVERD

Hva betyr verdiene subjektivitet, aktelse og likeverd inn mot en skamreduserende praksis? Hvordan kan vi som hjelpere relatere til pasienten slik at dette erfares? Og hva står på spill om vi ikke klarer det? Hva sto på spill for Aina, Said og Bård? Malterud og Thesen (2008) fremhever at helse- og sosialfeltet lider under mangler på ressurser, tid og nærhet til pasienten, og at slike mangler legger til rette for hendelser som ydmyker pasienter og truer deres integritet. Den profesjonelle er likevel ansvarlig for sin moralske eller umoralske oppførsel. Malterud og Thesen (2008) sier videre at høy moralsk bevissthet og systemer med bedre balanse mellom fornuft og følelser er nødvendig for å stoppe at sårbare mennesker blir utsatt for umyndiggjørende praksiser.

4. Se kapittel 1.

Selv om mangler på ressurser, tid og nærhet til pasienten legger stort press på hjelpere i helse- og sosialfeltet, har vi mye å hente på bevissthet om disse verdiene, bevisstheten gjør noe med oss og kan gjøre pasientens møte med oss bedre selv på en travel og presset dag. Med subjektivitet forstår jeg her hjelperens evne til å fremstå som et subjekt i møte med et subjekt, at hjelperen fremmer og legger til rette for pasientens mulighet for å bruke sin jeg-stemme. Der pasienten får rom for subjektivitet, blir pasienten i større grad selv-representerende. Når skamfølelsen aktiveres i møte med hjelperen, vil pasienten trekke seg tilbake og bli mindre selv-representerende. Malterud og Hollnagel (2007) fremhever at hjelperen uintendert kan krenke pasienten. De mener at subjektivitet, nærhet til den andre og empati er grunnleggende verdier for å unngå ydmykelse og degradering av pasienten. Hjelperen behøver balanse mellom bevissthet om sin egen rasjonalitet og egne følelser i møte med pasienten. De knytter altså hjelperes ydmykelse av pasienter til moral og mener at å utvikle en moralsk persepsjon (gjennom bevissthet om egne følelser) er grunnleggende for å unngå ubevisst ydmykelse av pasienter.

På hvilken måte kan aktelse være en verdi som hjelper oss å utvikle en slik moralsk persepsjon, fremme subjektivitet og en skamreducerende praksis? Å vise aktelse innebærer å vise noen respekt og ærbødighet, og selvaktelse betyr evnen til å vise seg selv respekt og ærbødighet. Det som skjer når vi viser noen aktelse, er slik å forstå som det motsatte av det som skjer når vi, intendert eller uintendert, forårsaker skamaktivering hos pasienten med vår måte å være på (Farstad, 2013a). Aktelse er slik forstått det motsatte av ydmykelse og degradering. Å vise aktelse kan handle om å ta seg tid til å spørre og ikke minst tid nok til å lytte til pasientens livserfaring og tolkninger av egen helse. Det handler dypest sett om å gi rom for den andre som et subjekt med sin helt særegne historie og personlighet, sine subjektive fortellinger, sin levde kropp og med helt subjektive erfaringer av glede, smerte, håp, sorg, savn, ressurser, styrke og sårbarhet. Aktelse legger på denne måten til rette for det jeg vil kalle *erfart likeverd*. I møtet mellom hjelper og pasient er det en åpenbar asymmetri. Det er avgjørende at asymmetrien kun forstås i forbindelse med de faktiske ulikhetene i rolle og makt. En bevissthet om og refleksjon over den makt vi som hjelpere har, er maktpåliggende for i minst mulig grad å uttrykke asymmetri på både relasjonelt og definatorisk plan. Når vi som hjelpere legger vekt på symmetri i asymmetri, legger vi til rette for at pasienten erfarer likeverd, respekt og omsorg. Likeverd i praksis betyr å være så symmetrisk som mulig i møte med pasienten, selv om relasjonen grunnet ulike roller har en gitt asymmetri.

Hva hadde skjedd dersom Aina, Said og Bård hadde kjent at hjelperen gjorde sitt beste for å skape rom for subjektivitet, for å vise aktelse og for å praktisere

likeverd i møte med dem? Jeg mener ikke at vi kan forhindre at skamfølelsen oppstår eller er nærværende, hverken i pasienten eller i rommet, men gjennom å utøve en slik verdibevisst omsorg kan vi begrense dens makt og forhindre at den vokser på grunn av møtet med oss. For *Aina* kunne det ført til at hun hadde åpnet opp og fortalt hvor nær hun var selvmordsforsøk kvelden før. *Said* kunne ha gått ut fra møtet med NAV med en følelse av å være aktet og lyttet til, og med mer mot og rakere rygg enn da han kom til samtalen. For *Bård* kunne det handlet om at lege eller sykepleier tok seg tid til å spørre om han gruet seg, og det kunne gitt han muligheten til å bli ivaretatt istedenfor å måtte flykte. I beste fall hadde han også kunnet fortelle hvorfor han gruet seg.

I en behandlingssituasjon kan tidligere skamerfaringer og skamfølelser reaktiveres hos både pasienten og hjelperen, og begge kan bevisst eller ubevisst påføre den andre skam. For pasienten vil det å erfare ydmykelser eller mistenkeliggjøring fra hjelperen skape skam (Malterud & Hollnagel, 2007). *Ainas* skamfølelse ble aktivert. Hun følte seg mistenkeliggjort med hensyn til hvorfor hun i det hele tatt var der, hun følte seg avvist av legen idet han ikke så på henne, og antakelig også gjennom måten han spurte henne om hvorfor hun var der. Aktivert skam kan hindre god, åpen og konstruktiv kommunikasjon, og skape barrierer mellom omsorgshjelper og pasient/klient (Gulbrandsen, 2018). Vi kan anta at *Aina* ikke fikk fortalt legen om den egentlige eller viktigste grunnen til at hun var der, om ønsket om overdose kvelden før og de bakenforliggende årsakene. Hva hadde skjedd i møtet mellom *Aina* og legen dersom han hadde møtt blikket hennes, hatt et rolig kroppsspråk og spurt med vennlig og interessert stemme hva som plaget henne? Legens evne til å vise omsorg og medfølelse kunne åpnet dialogen mellom dem, og *Aina* hadde antakeligvis fått sagt det hun trengte å si.

Said kjente på skam av flere grunner i møtet med NAV. Hjelperen evnet ikke å gi rom for *Saids* erfaringer og bekymringer, og hans fortelling om stigmatisering og mistenkeliggjøring ble avvist. Skammen ble også trigget fordi hjelperens respons om å ta seg sammen og tenke på det gode gjorde at *Said* følte seg uverdig og dum. *Gilbert* (2017) sier at skam er en erfaring som segregerer, marginaliserer og passiviserer mennesker, mens erfaringer av omsorg og medfølelse legger til rette for integrasjon, relasjonell kontakt og støtte, og dessuten at medfølelse og aksept, validering av pasienten og vennlighet øker pasientens mulighet til å nærme seg, til å være åpen og til å befatte seg med smertefulle tema (2017). Hadde *Said* blitt lyttet til og tålt, kunne han gått ut fra møtet med selvaktelse og selvrespekt, isteden gikk han derfra med fortvilelse, skam og selvforakt.

Stigmatisering og skam hører som regel uløselig sammen. Den følelsen av fremmedgjorthet mennesker kan føle som konsekvens av stigmatisering og skam, er noe

av det som gjør skammen til et eksistensielt, og i verste fall eksistenstruende fenomen (Strandmark, 2004). *Said* erfarte stigmatisering og utestengelse i arbeidsliv og nabolag, og den skammen det skapte, forsterket en allerede nærværende skam. Stigmaskammen la seg oppå traumeskammen fra hjemlandet og skammen over å ikke klare å forsørge familien sin på egen hånd, slik han gjorde i hjemlandet. Hadde hjelperen på NAV skjønt og speilet noe av dette, ville det lettet skamfølelsen og fortvilelsen *Said* følte. Studier bekrefter sammenhenger mellom skam og ensomhet knyttet til sykdom, stigmatisering og lidelse (Mereish & Poteat, 2015; Thoresen et al., 2018). Begrepet *utenforskap* viser til en sterk sammenheng mellom skam og stigmatisering. Begrepet brukes om menneskers manglende sosiale tilknytning til samfunnet rundt dem, det kan gjelde både enkeltmennesker og grupper (Tjora, 2018). Stigmatisering skaper både skam, skamraseri og utenforskap. Som verdibevisste hjelpere kan vi bidra til at den stigmatiseringen mange erfarer i samfunnet, ikke blir forsterket gjennom møtet med oss; gjennom en verdibevisst omsorg kan vi bekrefte pasientenes iboende verdighet.⁵

I møte med *Aina*, *Said* og *Bård* og alle pasienter med traumeerfaringer er det viktig å være bærere av en traumebevisst og skambevisst omsorg. Kirkengen påpeker (2006, s. 66) hvordan skammen kan bæres livet gjennom og tære på livskrefter og helse uten at det noen gang blir spurt om hvilke livserfaringer som ligger til grunn for individets lidelse. Den *levde kroppen* erfarer og bærer hele vår historie og alle våre erfaringer, erfaringer som *nærer*, og erfaringer som *tærer* (Kirkengen, 2013). *Bård* ble emosjonelt minnet på skamerfaringene som satt i kroppen hans, og erfarte at angst og dyp skam ble reaktivert idet gastroskopi og koloskopi ble nevnt. Dersom sykepleierne hadde gitt seg tid til å undersøke hva *Bård* tenkte og følte rundt dette, og spurt om han syntes det var vanskelige undersøkelser, kan det hende han hadde fortalt hvorfor han ble redd. *Bårds* angst og skam gjorde han også redd for å bli sett på som en pysete eller brysom pasient, og skammen forsterket innskyttelsen til å komme seg bort forttest mulig, og vant over behovet for oppfølging og utredning.

AKTIV MEDFØLELSE

Forskning har vist at det viktigste i utviklingen av en skamreducerende omsorg er hjelperens evne til å vise ekte medfølelse med pasienten (Dearing & Tangney, 2011). *Gilbert* (2017) skriver om medfølelse (*compassion*⁶) i møte med skam. Han tar utgangspunkt i at ethvert klinisk møte kan fremkalle skam og skamerfaringer i

5. Se kapittel 2.

6. Ordet har ingen helt god norsk oversettelse, jeg velger å anvende *medfølelse*.

en kontekst hvor pasienter er redde for å bli sett på som uattraktive, udelikate, syke eller i forfall. Medfølelse handler ifølge Gilbert om handling for den andres beste, være oppmerksomt sensitiv og la seg emosjonelt berøre av den lidelsen vi møter, istedenfor å være likegyldige og kalde. Det handler om evnen til å håndtere nød uten å dissosiere den, fornekte, minimalisere eller unngå den. Videre innebærer det å prøve å forstå egne og andres motiv, emosjoner, frykt og behov, og være i stand til å beveges av lidelse på en åpen og aksepterende måte istedenfor å møte den med kritikk eller aggresjon. Den som hjelper, må være i stand til å flytte sin oppmerksomhet over til det som kan være til hjelp for den lidende. Videre løfter Gilbert (2017) frem at det handler om å bruke vår fantasi og vår evne til refleksjon, visdom og kompetanse til den andres beste. Det handler om å legge vinn på å være besluttsomme, utholdende og modige⁷ slik at hverken frykt, angst eller avsky hindrer oss i å gjøre det vi vet er riktig. Som hjelpere trenger vi en kroppslig og sensorisk oppmerksomhet som gjør vår pust, vårt kroppsspråk og vår kroppsholdning rede for medfølelse handling. Til sist sier Gilbert at vår medfølelse er kontekstavhengig – det vil for eksempel være stor forskjell på den medfølelsen vi kjenner og hva den motiverer oss til om vi er i en nødssituasjon etter en ulykke, eller om vi sitter ved senga til en døende (Gilbert, 2017). Å øve oss i denne aktive medfølelsens kunst er avhengig av det Marie Aakre (2016) kaller *relasjonsmot*. Vi må våge å være oss selv, by på oss selv, bruke oss selv og følelsene våre til pasientens beste. Dette fordrer en personlig-profesjonell kompetanse som innbefatter at vi tar vår egen skam på alvor, har bevissthet om den og tåler den.

Å KJENNE OG TÅLE VÅR EGEN SKAM, DET ALLMENNE OG DET INDIVIDUELLE HÅND I HÅND

Lazare (1987) løfter frem viktigheten av å gjenkjenne og håndtere egen skam og ydmykelse. Når jeg er meg bevisst når skamfølelsen aktiveres i meg, kan jeg lettere velge strategier som unngår å skamme pasienten. Når aktiveres skamfølelsen i meg, og hvordan reagerer jeg da? Det jeg er meg bevisst av egne følelser, hjelper meg til å regulere dem og tåle dem, og det jeg er bevisst i meg selv, kan jeg lettere forstå, tåle og håndtere hos andre. Gulbransen (2018) viser til at det ikke bare er kunnskap om skam, men også det å gjenkjenne skam som fenomen som er viktig. Det er viktig at hjelperen er var overfor pasientens mulige signaler om skam, og også er var sin egen skam. Vi må lære oss å gjenkjenne skammen slik at vi kan gå den i møte på måter som ivaretar og hegner om den andres sårbarhet.⁸ Som hjelpere

7. Se kapittel 7.

8. Se kapittel 1.

trenger vi å utvikle skamkompetanse gjennom bearbeiding av egne skamtema (Farstad, 2016).

Bevisstheten om egen skam må gå hånd i hånd med evnen til å gjenkjenne andres individuelle skam, og å være var for kulturelle forskjeller. Selv om skamfenomenet har allmenne og gjenkjennelige trekk, så har skammen likevel ulike nyanser og konsekvenser avhengig av subjektive og kulturelle faktorer. Forskning har vist at det er stor universalitet i skamaffekten, at til tross for kulturelle variasjoner erfares skam knyttet til erfart manglende verdi like smertefullt for mennesker i alle kulturer (Furukawa & Hunt, 2011). Skambevisst omsorg må derfor også være kultursensitiv (Van der Weele, 2014). Said hadde fått bedre hjelp dersom hjelperen hadde evnet å formidle omsorg som var traumebevisst, skambevisst og kultursensitivt fundert.

Å kjenne og tåle vår egen skam hjelper oss også til utvikling av en moden form for sunn skam som ivaretar den andre, og gjør oss ansvarlige dersom vi intendert eller uintendert sårer eller skader den andre (Farstad, 2020). Sunn skam er dypest sett en nødvendig faktor i det som bidrar til en skamreducerende praksis, idet den hjelper oss til å relatere til hverandre på måter som bekrefter og ivaretar den andres verdighet. Jo mer vi som profesjonelle hjelpere evner å relatere til våre pasienter med sunn skam, jo mer vil vi være i stand til å begrense faren for at pasientene og brukerne blir ytterligere skammet i møte med oss og hjelpeapparatet.

AVSLUTNING

Skamreducerende omsorgspraksis utvikles med bakgrunn i forståelse av *den levde kroppen*. Vi trenger å akte og etterspørre hva pasientens levde kropp har erfart. Hvilke spor og belastninger den bærer. Og hvilke håp, drømmer og ressurser den har i seg. Hvis vi lar den levde kroppen tale, så er det min overbevisning at mange vil fortelle nettopp om livserfaringer som er skamrelaterte. Åpner vi for det, og er pasienten trygg nok og klar for det, gir de oss nøkkelen til å forstå den subjektive lidelsen på avgjørende annerledes måter enn om vi bare ser etter symptomer og lidelsestrykk uten å undersøke godt nok hva som ligger bak.

For å redusere skam må omsorgen være skambevisst. Dette er en omsorg som utøves med tanke på å forstå hvor skam kan finnes, hvorfor den er der, og hva som er allmenn og vond skam til forskjell fra den giftige skammen som følger traumer, ondskap og stigmatisering. Der vi forstår skammens ulike røtter og konsekvenser, ruster det oss til å gi god og riktig hjelp – enten det er den allmenne skammen som aktiveres i oss eller pasienten, eller det er den giftige skammen som aktiveres hos pasienter som er bærere av andres ondskap. Ikke minst kan det hjelpe oss å regu-

lere våre følelser og vår nærhet på måter som lar pasienten føle seg både ivaretatt og verdsatt.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING

Kapitlet belyser skammens eksistensielle betydning i det omsorgsfaglige helse- og sosialfeltet. Som hjelpere er det av stor betydning at vi forstår skamfølelsens ulike varianter, styrkegrader og konsekvenser. Skamfølelsen har mye med menneskers helse og velferd å gjøre, og den påvirker hvordan vi erfarer det å *være meg* enten jeg er pasient, bruker, pårørende eller profesjonell omsorgsutøver.

Det er vesentlig å forstå skam som eksistensielt fenomen og som en eksistensiell og relasjonell utfordring i møtet mellom pasient og profesjonelle omsorgspersoner, og at en kompleks forståelse av fenomenet er grunnleggende for å kunne bidra til en skamreducerende omsorgspraksis som hegner om menneskeverdet for alle mennesker og den enkeltes iboende verdighet. Vårt praksisfelt trenger verdivissthet i møte med skam som eksistensielt fenomen. Det er fortsatt behov for mer forskning, men kapitlet kan bidra til at forskningen som finnes, kan tas i bruk i praksis, og slik bidra til en skamreducerende omsorg.

REFERANSER

- Anstorp, T. (2014). Skam som motor i utvikling av traumelidelser. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s.197–204). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brown, B. (2014). *Uperfekt: våg å vise hvem du er*. Oslo: Cappelen Damm.
- Brown, B., Hernandez, V.R. & Vallarreal, Y. (2011). Connections: A 12-Session Psychoeducational Shame Resilience Curriculum. I R.L. Dearing & J.P. Tangney (red.), *Shame in the therapy hour* (s. 355–371). Washington: American Psychological Association.
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1032–1039. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.032>
- Crowe, M. (2004). Never good enough – part 1: shame or borderline disorder? *Journal of Mental Health and Nursing*, 11, 327–334. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00732.x>
- Crowe, M. (2004). Never good enough – part 2: clinical implications. *Journal of Mental Health and Nursing* 11, 335–340. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00731.x>
- Dearing, R.L. & Tangney, J.P. (Red). (2011). *Shame in the Therapy Hour*. Washington: American Psychological Association.
- Delås, G.M. (2015). Barn i familier med alkoholproblemer og skam: Barn i familier med alkoholproblemer er ofte bærere av skam. Hva kan være årsakene til skamfølelsen, hvordan opplever den, og hvordan påvirker den deres hverdag? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(04), 298–306.

- DeYoung, P.A. (2015). *Understanding and treating chronic shame. A relational / Neurobiological Approach*. New York: Routledge.
- Dodson T.S. & Beck J.G. (2017). Posttraumatic Stress Disorder symptoms and attitudes about social support: Does shame matter? *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.005>
- Dolezal, L & Lyons, B. (2017). Health-related shame: an affective determinant of health? *Med Humanit*, 43, 257–263. <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2017-011186>
- Dorahy, M.J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M. & Dyer, K.F.W. (2013). Complex Trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 146(1-3), 72–79. <https://doi-org.ez.srv.meduniwien.ac.at/10.1016/j.jad.2012.10.010>
- Dube, S.R. (2018). Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: A public health perspective. *Child Abuse & Neglect*, 85, 180–184. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.007>
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Farstad, M. (2013a). Identitetsarbeid i spennet mellom selvaktelse og skam. *Tidsskrift for sjelesorg*, 33(3), 186–199.
- Farstad, M. (2013b). Skam, skyldfølelse og ensomhet. I E. Torp, B.L. Persson & L.G. Engedal (red.), *Trygge rom: trosopplæring i møte med sårbare og overgrepsutsatte barn og unge* (s. 101–117). Oslo: Verbun.
- Farstad, M. (2016). *SKAM – eksistens – relasjon – profesjon*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Farstad, M. (2020). Å eie og utholde egen skam. Hvordan kan det bidra til modning, vekst og ansvarlighet? *Tidsskrift for sjelesorg*, 2020/1, 5–11.
- Fekjær, H.O. (2006). Skam ved rus- og spilleproblemer. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G.H. Stang & B. Wilmar (red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 177–188). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Feletti, V. J. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44–47.
- Feletti, V.J. & Anda, R.F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior. Implications for healthcare. I R.A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (red.), *The Impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic* (s. 77–87). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fowler, J.W. (1996). *Faithful change: the personal and public challenges of postmodern life*. Nashville: Abingdon.
- Furukawa E. & Hunt D.J. (2011). Therapy with Refugees and Other Immigrants experiencing Shame: A Multicultural Perspective. I R.L. Dearing & J.P. Tangney (red.), *Shame in the Therapy Hour* (s. 195–215). Washington: American Psychological Association.
- Gilbert, P. (2017). Shame and the vulnerable self in medical contexts: the compassionate solution. *Med Humanit*, 43(4), 211– 217. Hentet fra: <https://mh.bmj.com/content/medhum/43/4/211.full.pdf>
- Goffman, E. (1968). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.

- Guassora A.D., Reventlow, S. & Malterud, K. (2014). Shame, honor and responsibility in clinical dialogue about lifestyle issues: A qualitative study about patient's presentations of self. *Patient Education and Counseling*, 97(2), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.08.003>
- Gulbrandsen, P. (2006). Skam og sykdom. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G.H. Stang & B. Wilmar (red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 99–113). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gulbrandsen, P. (2018). The possible impact of vulnerability on clinical communication: Some reflections and a call for empirical studies. *Patient Education and Counseling*, 101 (11), 1990–1994. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.07.025>
- Gullsløtt, M.K., Kim H.S. & Borg, M. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist*, 1, e2. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2>
- Henriksen, J.-O. (2008). Shame, desire and marginality: Considerations on challenges to a contemporary theology about human experience. *Nordic Journal of Religion and Society*, 21(1), 75–90.
- Henriksen, J.-O. (2010). Skam som teologisk tema: et forsøk på å overvinne skamløsheten i teologisk antropologi. I J.O. Henriksen & A.O. Søvik (red.), *Livstolkning i skole, kultur og kirke: festskrift til Peder Gravem* (s. 91–102). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Henriksen, J.-O. (2013). *Relating God and the self: dynamic interplay*. Farnham: Ashgate.
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A.J. (1997). *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Killén, K. (2017). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning. Et fellesfaglig perspektiv for helse-, sosiale og pedagogiske profesjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkengen, A.L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A.L. (2006). Skam og avmakt i medisinske møter. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G.H. Stang & B. Wilmar (red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 65–86). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkengen, A.L. (2013). Barndomsforgiftning skader livskraften. I E. Torp, B.L. Persson & L.G. Engedal (red.), *Trygge rom. Trosopplæring i møte med sårbare og overgrepsutsatte barn og unge* (s. 63–80). Oslo: Verbum Forlag.
- Lazare, A. (1987). Shame and Humiliation in the Medical Encounter. *Arch Intern Med.*, 147(9), 1653–1658. doi: 10.1001/archinte.1987.00370090129021
- Leenderts, T.A. (2014). *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International University Press.
- Lewis, M. (1998). Shame and stigma. I P. Gilbert & B. Andrews (red.), *Shame. Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* (s. 126–140). Oxford: Oxford University Press.
- Lopez-Castro T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K. & Dambreville, N. (2019). Association Between Shame and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 484–495. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.22411>
- Malterud, K. & Hollnagel, H. (2007). Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(2), 69–74. <https://doi.org/10.1080/02813430701237721>

- Malterud K. & Ulriksen, K. (2010). «Norwegians fear fatness more than anything else» – A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.022>
- Malterud K. & Thesen, J. (2008). When the helper humiliates the patient: A qualitative study about unintended intimidations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), 92–98. <https://doi.org/10.1177/1403494807085358>
- Mereish, E.H., Poteat, P. V. (2015). A Relational Model of Sexual Minority Mental and Physical Health: The Negative Effects of Shame on Relationships, Loneliness, and Health. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 425–437. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000088>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Nathanson, D.L. (1992). *Shame and pride: affect, sex, and the birth of the self*. New York: Norton.
- Okkenhaug, B. (2009). *Når jeg skjuler mitt ansikt. Perspektiver på skam*. Oslo: Verbum Forlag.
- Pattison, S. (2000). *Shame: Theory, Therapy, Theology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord: et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Robinaugh, D.J. & McNally R.J. (2010). Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 646–652. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.017>
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Schei, E. (2006). Skam i pasientrollen. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G.H. Stang & B. Wilmar (red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 15–30). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skau, G.M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Skårderud, F. (2001a). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(13): 1613–1617.
- Skårderud, F. (2001b). Tapte ansikter: introduksjon til en skampsykologi I. Beskrivelser. I T. W. (red.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 45–64). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2006). Flukten til kroppen. Senmoderne skamfortellinger. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G.H. Stang & B. Wilmar (red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 45–64). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stone, L. (2014). Blame, shame and hopelessness: medically unexplained symptoms and the «heartsink» experience. *Australian Family Physician*, 43(4), 191–195. Hentet fra: <http://www.racgp.org.au/afp/2014/april/>
- Strandmark, M.K. (2004). Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 135–144. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00275.x>
- Talmon, A. & Ginsburg, K. (2017). «Body self» in the shadow of childhood sexual abuse: The longterm implications of sexual abuse for male and female adult survivors. *Child Abuse and Neglect*, 76, 416–425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.004>
- Thoresen, S., Aakvaag, H.F., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T. & Birkeland, M.S. (2018). Loneliness as a mediator of the relationship between shame and health problems in young people

- exposed to childhood violence. *Social Science & Medicine*, 211, 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.002>
- Tjora, A. (2018). *Hva er fellesskap?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tomasdottir, M.O., Sigurdsson, J.A., Kirkengen, A.L., Krokstad, S., McEwen, B., Hetlevik, I. & Getz, L. (2015). Self-reported childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *PLoS ONE*, 10(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130591>
- Tomkins, S.S. (1987). Shame. I D.L. Nathanson (red.), *The many faces of shame* (s. 133–161). New York: The Guilford Press.
- Van der Weele, J. (2014). Kultursensitiv traumebehandling. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 163–182). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vetlesen, A.J. (2001). Det er ofrene som skammer seg. Et essay om ondskap og skam. I T. Wyl-ler (red.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 103–140). Bergen: Fagbokforlaget.
- Werner, A., Isaksen, L.W., Malterud, K. (2004). «I am not the kind of woman who complains of everything»: Illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Sciences & Medicine*, 59(5), 1035–1045. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.001>
- Weston, M.C. (2010). *Fra skam til selvrespekt*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Wyller, T. (2006). Skammen når kroppen blir bare en ting. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G.H. Stang & B. Wilmar (red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 127–140). Oslo: Gyldendal Akademi-sk.
- Zahavi, D. (2014). *Self and other: exploring subjectivity, empathy, and shame*. Oxford: Oxford University Press.
- Øktedalen, T. (2015). *Are trauma-related shame and guilt part of the PTSD construct?* (Doktorgradsavhandling, Psykologisk Institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet). Universitetet i Oslo.
- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft. Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aakvaag, H.F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E. & Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>

NETTRESSURSER

- Bokmålsordboka: https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=Skam&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge
- Wikipedia: <https://no.wikipedia.org/wiki/Shame>
- psykologisk.no: <https://psykologisk.no/sp/2014/08/e2/>