

Irene Myklebust

## Skammens rolle i psykoterapi:

Hva kjennetegner skamtilstander i psykoterapi og hvilke implikasjoner kan skam ha for terapi som relasjon og prosess?

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Truls Ryum

Desember 2018



Irene Myklebust

## Skammens rolle i psykoterapi:

Hva kjennetegner skamtilstander i psykoterapi og hvilke implikasjoner kan skam ha for terapi som relasjon og prosess?

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Truls Ryum  
Desember 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi



## Skammens rolle i psykoterapi

*Tusen takk til Truls Ryum for veiledning!*

### Sammendrag

I denne teoretiske oppgaven er det søkt å belyse de ulike måtene som skam hos pasient og terapeut kan oppstå, erfares og komme til uttrykk på i konteksten av psykoterapi, samt hvordan dette kan innvirke på kvaliteten av den terapeutiske relasjonen og legge føringer for prosesser i terapi. For å belyse skammens implikasjoner for terapirelasjonen er det tatt utgangspunkt i komponenter av terapirelasjonen slik disse er fremstilt av Bordin (1979), Greenson (1965, 1967) og Frank (2005). En finner i hovedsak at når pasienten strever med skam, men hvor dette ikke blir identifisert og regulert av terapeuten, kan dette medføre en svekket arbeidsallianse og brudd i terapirelasjonen. Dette diskuteres opp imot hvordan skam interfererer med fremforhandlinger om terapeutiske mål og framgangsmetoder, samt vanskeliggjør ulike aspekter ved den affektive, ”følte” kvaliteten av terapirelasjonen. I utforskning av sammenhenger mellom skam og prosesser i terapi, fremkommer det at når pasientens skamproblematikk resonnerer med terapeuten sine egne vansker med skam, er dette forbundet med risiko for utvikling av negative prosesser i terapi, hvor pasienten i verste fall kan få konsolidert sin skam. Det er også et mål i oppgaven å belyse hva som kan kjennetegne en god terapeutisk prosess for pasienter som strever med grunnleggende skam. Det fremkommer at pasienten må få støtte til å sette ord på skammen, identifisere skammens interpersonlige ”opphav” og aktivt utfordre og søke endre skam gjennom bevisstgjørende dialog og øvelser i terapi. Samtidig finner en at skamproblematikk gjør pasienten særlig avhengig av å få utfordret sin implisitte, relasjonelle kunnskap om seg selv og andre. At terapien muliggjør erfaringer av intersubjektivitet viser seg viktig for å endre den skampregede pasientens forestillinger av å være et skampåført objekt ovenfor skampåførende objekter. I tillegg blir det vesentlig at terapi gir pasienten erfaringer av å bli likt og verdsatt, hvor terapeuten er istand til å møte pasienten med aksept og ubetinget positiv anerkjennelse. Et sentralt moment i oppgaven er hvordan terapeuten sin bevissthet om, toleranse for og evne til å regulere egen skam blir avgjørende for å oppnå en god terapeutisk prosess med pasienter som strever med skam.

**Innhold**

<b>Forside</b> .....	I
<b>Sammendrag</b> .....	III
<b>Innhold</b> .....	IV
<b>Innledning</b> .....	1
Avgrensning og problemstilling .....	3
<b>Skambasert frykt hos pasienten</b> .....	9
<b>Skam forbundet med pasientrollen</b> .....	10
<b>Skam forbundet med terapeutrollen</b> .....	11
<b>Skam og selvavsløringer i terapi</b> .....	12
Pasientens selvavsløringer .....	13
Terapeutens selvavsløringer .....	16
<b>Skamutløsende fortolkninger og passende skam</b> .....	19
<b>Skamunngåelse i terapi</b> .....	22
Uidentifisert og forbigått skam hos pasienten .....	22
Skamunngåelse hos terapeuten .....	25
<b>Patologisk skam og skamforsvar</b> .....	26
Affektteori .....	26
Selvpsykologi .....	28
Tilknytningsteori .....	29
<b>Skam og negative prosesser i terapi</b> .....	33
Tilbaketrekking .....	34
<i>Terapeutens responser</i> .....	35
Unnvikelse .....	36
<i>Terapeutens responser</i> .....	37
Angrep på selvet .....	38
<i>Terapeutens responser</i> .....	39
Aggresjon og fiendtlighet .....	41
<i>Terapeutens responser</i> .....	42
Negative terapeutiske reaksjoner .....	45
<i>Terapeutens responser</i> .....	47
<b>Skam og relasjonelle terapeutiske prosesser</b> .....	47
En ny erfaring av selvet i relasjon til en annen .....	47



Empati og ubetinget positiv anerkjennelse.....	50
Aktivering og forsterkning av positiv affekt .....	52
<b>Skam og bevisstgjørende prosesser i terapi.....</b>	<b>53</b>
Å sette ord på skam .....	53
Skam eller skyld?.....	54
Å endre skam gjennom nye ord, følelser og mentale bilder .....	55
Bevisstgjøring av skamforsvar.....	58
<i>Tilbaketrekking og selvangrep</i> .....	58
<i>Unnvikelse</i> .....	60
<i>Angrep mot andre</i> .....	62
Terapeutens bevissthet om og toleranse for egen skam.....	63
<b>Skam, fastlåsthet og brudd i terapirelasjonen .....</b>	<b>64</b>
Skam som felles utfordring .....	64
Et spørsmål om ”timing” .....	66
Forhandlinger om subjektivitet via intersubjektivitet.....	68
<b>Oppsummerende diskusjon.....</b>	<b>70</b>
<b>Avsluttende kommentar.....</b>	<b>93</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>94</b>



## Innledning

Selve ordet 'skam' er av indoeuropeisk opprinnelse og betyr ”å skjule” eller ”å tildekke” (Lewis, 1992). Således har begrepet skam oppigjennom tidene reflektert det menneskelige behovet for å skjule det som er blitt uønsket eksponert (Nathanson, 1987). Skam var sågar også lenge å anse som en ”skjult emosjon” innen psykologisk litteratur og praksis (Lewis, 1971). I sin strukturmodell av personligheten vektla Freud (1923) skyld i større grad enn skam som en affekt forbundet med intrapsykisk konflikt. Skyld hadde opphav i at uakseptable impulser fra id kom i konflikt med forbud og påbud fra superego. Skyld kunne således medføre nevroses, depresjon og masochisme. Dette i motsetning til skam, som Fenichel (1945), referert til hos Schneider (1987), påpeker at innen klassisk psykoanalyse ble redusert til å omhandle en reaksjonsdannelse mot seksuelle drifter av ekshibisjonistisk og/eller voyeuristisk karakter. Karen Horney (1950) var en av få psykoanalytikere som skrev eksplisitt om sammenhenger mellom skam og psykisk lidelse. Morrison (2014) anser at psykoanalysens perspektiv på skyld som en affekt med opphav i intrapsykisk konflikt, mens skam fortrinnsvis omhandlet sosiale forhold, kan ha bidratt til oppfatninger av skam som en mer ”overfladisk” emosjon enn skyld. Fra 1970-tallet har imidlertid skam fått økende anerkjennelse som en betydningsfull affekt for både normal og abnormal personlighetsutvikling. Dette først gjennom Heinz Kohuts *The Analysis of the Self* og Helen Block Lewis’ *Shame and Guilt in Neurosis*, begge verk utgitt i 1971. Med ønske om å identifisere faktorer som kunne ligge til grunn for ineffektiv terapi, studerte Lewis videoopptak av flere hundre terapitimer. Hun fant at mange av pasientene hadde gått i behandling tidligere hvor dette på daværende tidspunkt hadde fremstått som vellykkede terapiforløp. Imidlertid oppsøkte disse pasientene psykoterapeutisk behandling på nytt etter noe år, hvor de sågar rapporterte om enda høyere lidelsestrykk enn før. Lewis mente å identifisere skamtilbøyelighet hos disse pasientene som en sannsynlig årsak til hvorfor terapi i første omgang hadde vist seg utilstrekkelig. Lewis sin framgangsmåte baserte seg på kartlegging av hvilke emosjoner som forekom hyppigst i verbale transkripsjoner av terapitimer, identifisert gjennom Gottschalk-Gleser metoden (1969). Her benytter man seg av lister av nøkkelord som har vist seg å korrelere med ulike emosjoner. Lewis fant at nøkkelord som indikerte frykt, sinne, sorg og angst kunne vise seg fra tid til annen, men at nøkkelord som indikerte skam forekom med en langt høyere frekvens enn nøkkelord for de øvrige emosjonene *til sammen*. Pasientene benyttet seg av nøkkelord for skam i situasjoner i terapi hvor de enten fikk aktivert skamrelaterte minner, eller hvor de fremstod som distanserte i kontakten med terapeuten, hvor dette var nærliggende å ha opphav

i at pasientene opplevde seg kritisert og/eller eksponert (Scheff, 2003). Til tross for at skam ble identifisert av Lewis som en dominerende emosjon hos pasientene, fant en imidlertid sjelden at pasientene selv eller terapeutene gav direkte benevnelser av skam eller beslektede følellestilstander, eksempelvis flauhet eller ydmykelse. Lewis observerte at pasientene, til tross å formidle seg indirekte om å være preget av skam, tilsynelatende ikke hadde en bevisst erfaring av skammen, og videre at terapeutene også hadde tendens til å overse pasientens skamuttrykk (Scheff, 2003). Et mer eller mindre fravær av identifisering av pasienters skam i terapitimene, slik Lewis observerte dette, kan sies å gjenspeile noe av skammens natur; skam er en følellestilstand som det er vanskelig å gjenkjenne, både for den som selv føler skammen og den som observerer skamuttrykk hos andre (Lewis, 1971; Wurmser, 1981; Broucek, 1991). Som følge av hvordan terapeutene ofte overså skam i terapi, mente Lewis (1971) at analyseringer av pasientenes overføringer ofte forekom utilstrekkelige og i seg selv kunne ha en skampåførende virkning på pasientene. Således mente hun å finne sammenhenger mellom skam som oppstod i relasjonen mellom pasient og terapeut, og terapeutens forbigåelse av dette i form av manglende analysering av pasientens skam, og forekomsten av negative terapeutiske reaksjoner hos pasientene, ofte kjennetegnet av sinne og fiendtlighet. Gjennom sitt arbeid var Lewis den første til å belyse sammenhenger mellom pasientens ubevisste skamerfaring, terapeutens manglende gjenkjennelse av dette og fiendtlige reaksjoner hos pasienten som kunne lede til fastlåste situasjoner i terapi. Inspirert av Lewis sine funn har blant annet Wurmser (1981), Nathanson (1987), Scheff (1987, 1990) og Retzinger (1987, 1991, 1998) bidratt til at man i dag må forstå skam som ikke utelukkende en spesifikk emosjon, men som et potensielt omfattende klinisk fenomen med mange uttrykksformer.

Kaufman (2004) beskriver skam som en av de mest smertefulle og potensielt destruktive tilstandene mennesket kan erfare. Den dype skammen er ikke bare nedbrytende for individets forståelse av seg selv, men har også kraft til å ødelegge mellommenneskelige relasjoner (Kaufman, 2004; DeYoung, 2015). I henhold til Retzinger (1998) vil skam ofte ha en sentral rolle i alle relasjoner preget av et intenst, gjensidig emosjonelt bånd, inkludert den terapeutiske relasjonen mellom pasient og terapeut i psykoterapi. Jacobs (1996) mener at skam, eller rettere sagt frykten for skam, er til stede allerede i det første møtet mellom pasient og terapeut. Dette gjennom hvordan begge parter i større eller mindre grad er preget av bekymringer over å få sine selvopplevde feil og mangler avslørt i kontakten seg imellom. Disse bekymringene kan påvirke hvilken retning terapien tar med hensyn til kvaliteten av terapirelasjonen samt de prosesser som oppstår og utfolder seg i terapi (Jacobs, 1996). Etter

Jacobs' oppfatning vil et godt utfall av terapi i stor grad avhenge av terapeutens evne til å tåle den stadig tilstedeværende trusselen om skam forbundet med å få sine egne feil og mangler eksponert gjennom det terapeutiske arbeidet, samt hans eller hennes evne til å legge merke til, tolerere og regulere skam hos pasienten.

Til tross for at Lewis fant at skam har en sentral rolle i psykoterapi, understreker Dearing & Tangney (2011) at skam hos pasienter og skammens potensielle negative innvirkning på utfallet av psykoterapeutisk behandling fremdeles vies oppsiktsvekkende lite oppmerksomhet innen litteraturen og blant utdanningsinstitusjonene. Det skulle eksempelvis gå hele 40 år fra Lewis satte søkelys på forbigått skam hos pasienter i psykoterapi til Dearing & Tangney utgav boken *Shame in the Therapy Hour* i 2011. Dette som det første eksempelet på en "håndbok" som gir veiledning til klinikere med hensyn til hvordan man kan gjenkjenne og regulere skam hos pasienter. Morrison (2008) mener at siden skam i liten grad er blitt snakket om blant terapeuter og lenge har vært et forholdsvis uutforsket tema i psykologisk litteratur og forskning, hvor dette ikke minst gjelder terapeutens egen skam og dennes innvirkning på terapirelasjonen og utfall av terapi, kan dette ha medført at mange terapeuter i utilstrekkelig grad anerkjenner skammens betydning for det terapeutiske arbeidet.

### Avgrensning og problemstilling

**Skamtilstander.** Ved den prototypiske skamerfaringen opplever individet seg som uattraktiv, mislykket og mindreverdig i både egne og andres øyne. Som følge av at egne feil og mangler er blitt eksponert for andre, eller står i fare for å bli eksponert, søker individet å trekke seg tilbake fra andre for å hindre ytterligere smertefull eksponering (Gilbert, 1998). Imidlertid må skam forstås som en kompleks selvtilstand som kan romme en rekke affektive, kognitive og interpersonlige erfaringer (Horney, 1950; Nathanson, 1987, 1992). I denne oppgaven er det et mål å belyse hvordan skam kan oppstå og erfares hos pasient og terapeut i konteksten av terapi. En vil eksempelvis se på hvordan rolleforskjeller og opprettholdelse av grenser i terapirelasjonen kan gi opphav til ulike fenomenologiske erfaringer av skam hos henholdsvis pasient og terapeut.

Lewis (1995, s. 2) beskrev skam som en affekt med en "*kameleonlignende natur*". Det er sjelden at pasienter presenterer sine vansker med skam på en direkte måte gjennom språket

(Morrison, 2014). Istedenfor kan pasientens skamproblematikk først og fremst vise seg gjennom de strategier han eller hun har utviklet for å holde skammen vekke fra den bevisste erfaringen (Nathanson, 1992). Disse strategiene kan på sin side ha svært ulike uttrykk og medføre at terapeutens oppmerksomhet primært fastholdes på pasientens atferd, hvor den underliggende skamproblematikken forblir mer eller mindre uoppdaget (Morrison, 2014). En vil derfor i oppgaven søke å belyse hvordan skam og strategier for skamforsvar hos pasienter kan komme til uttrykk på forskjellige måter i psykoterapi. Som påpekt av Miller (2013) og Morrison (2008) vil det i enhver form for langvarig psykoterapeutisk behandling også nær sagt være uunngåelig at en eventuell skamproblematikk hos pasienten i større eller mindre grad kan resonnerer med terapeutens egen skam. Terapeuter med lav toleranse for selv å føle skam risikerer her å ta i bruk strategier for skamforsvar som kan medvirke til utvikling av negative prosesser i terapi (Hahn, 2000, 2004). I oppgaven søkes det således også å redegjøre for hvordan terapeutens egen skamproblematikk kan komme til uttrykk gjennom holdninger og måter og relatere seg til pasienten på og på hvilke måter dette kan svekke terapirelasjonen og hindre en god terapeutisk prosess.

**Relasjon.** Oppgaven har som delmål å belyse hvilke implikasjoner skam hos pasient og/eller terapeut kan ha for relasjonen disse imellom. Det blir derfor relevant å først redegjøre for hvordan man kan forstå denne formen for relasjon som er mer eller mindre særegen for psykoterapi. En ofte benyttet modell av terapirelasjonen ble opprinnelig fremstilt av Greenson (1965, 1967) og videreutviklet av Gelso & Carter (1985). Her anses terapirelasjonen som bestående av tre komponenter; *overføringer –og motoverføringer*, *arbeidsalliansen* og ”*den virkelige relasjonen*”. Det er postulert at disse tre komponentene er til stede i alle former for psykoterapi, hvor overføringer –og motoverføringer ikke utelukkende er fenomener som oppstår innen psykoanalytisk behandling. Dernest vil alle tre komponenter av relasjonen til enhver tid være til stede i interaksjonen mellom pasient og terapeut, men hvor den enkelte komponent kan være mer eller mindre fremtredende (Gelso & Carter, 1985).

*Overføringer –og motoverføringer* omtales gjerne som nye versjoner av tidligere objektrelasjoner, hvor ønsker, følelser, fantasier, forsvar og holdninger som pasient og terapeut besitter og uttrykker ovenfor hverandre kan forstås som ”feilplasserte” i form av å være anakronistiske; de har opphav i partenes tidligere relasjoner og ikke den nåtidige terapeutiske relasjonen (Freud; 1905; Greenson, 1965). Der overføringer –og motoverføringer representerer de ubevisste aspektene ved relasjonen, kan *arbeidsalliansen* betraktes som den

forholdsvis ikkenevrotiske komponenten av relasjonen som understøtter pasientens bevisste innsikt i diskrepansen mellom hans eller hennes overføringsbaserte opplevelse av relasjonen og de virkelighetsbaserte aspektene ved relasjonen (Zetzel, 1956; Greenson, 1965). En god arbeidsallianse forutsetter dermed at terapeuten kan legge til rette for bevisstgjørende refleksjon hos pasienten. I henhold til Bordin (1979) vil arbeidsalliansen også innebære den enighet som forhandles frem mellom pasient og terapeut om hva som skal være terapeutiske målsettinger og hvordan man skal gå frem for å nå disse målene. Horvath & Luborsky (1993) har understreket betydningen av at terapeutiske målsettinger må være forbundet med pasientens ønske om og behov for å oppnå varig lettelse fra sine lidelser. I tillegg til enighet om mål og metoder for terapien, som kan forstås som de kognitive komponentene ved alliansen, peker Bordin på at alliansen også innebærer et affektivt bånd mellom pasient og terapeut. En god allianse forutsetter at partene liker hverandre, samt har gjensidig tillit til og respekt ovenfor hverandre (Bordin, 1979). Det affektive båndet ved terapirelasjonen kan således sies å ha paralleller til Greensons (1967) beskrivelse av den personlige relasjonen som utvikler seg mellom pasient og terapeut. Greenson understreker at i likhet med alle andre relasjoner vil også terapirelasjonen kjennetegnes av den mellommenneskelige erfaringen som pasient og terapeut har av hverandre. Denne ”følte” kvaliteten av terapirelasjonen omtales av Greenson som *den virkelige relasjonen*. Den virkelige relasjonen påvirkes av partenes personlighet og hva som kommuniseres i mellom de, både verbalt og nonverbalt i form av øyekontakt, mimikk og stemmeleie (Gelso, 2002). Den virkelige relasjonen anses som bestående av to komponenter; genuinitet og realisme (Greenson, 1965, 1967; Gelso, 2002). *Genuinitet* omhandler partenes opplevelse av hvorvidt relasjonen muliggjør affektiv autenticitet. Dette innebærer at partene kan uttrykke seg på en ektefølt måte uten å skjule aspekter ved seg selv og sine erfaringer ovenfor den andre eller henfalle til selvbedrag (Gelso, 2002). Frank (2005) inkluderer også umiddelbarhet og intimitet som del av genuinitetsaspektet ved den virkelige relasjonen. *Umiddelbarhet* fordrer at partene er tilstedeværende i relasjonen slik denne forekommer ”her og nå”, mens *intimitet* gjenspeiler partenes gjensidige aksept og empati ovenfor hverandre. Med begrepet *realisme* henviser Gelso (2002) til at partenes erfaring av hverandre har opphav i hvordan den andre faktisk er. Dette i motsetning til hvordan pasient og terapeut erfarer hverandre gjennom enten positive eller negative anakronistiske overføringer -og motoverføringer. Kvaliteten av den virkelige relasjonen må anses å innvirke på forekomsten av overføringer –og motoverføringer, samt påvirke utviklingen av arbeidsalliansen. Sistnevnte gjennom hvordan den virkelige relasjonen understøtter trygghet og stabilitet i terapirelasjonen og dermed fasiliterer det som ofte kan

være mer kompliserte aspekter ved terapiprosessen, i form av fortolkninger av pasientens overføringer (Greenson; 1965, 1967; Couch, 1999). Gelso (2002) fant at når terapeuten oppfatter den virkelige relasjonen som sterk, erfarer han eller hun gjerne mindre forekomst av negative overføringer hos pasienten. Messer (2012, s. 364, min oversettelse) beskriver dette som at *”terapeuter arbeider best med pasienter som de har en realistisk oppfatning av og som de aksepterer og bryr seg om”*. Det er postulert at den virkelige relasjonen begynner å ta form allerede i det første terapeutiske møtet og at denne komponenten av terapirelasjonen vanligvis blir sterkere underveis i terapiforløpet (Gelso & Hayes, 1998).

Av de tre komponentene ved terapirelasjonen er det først og fremst arbeidsalliansen, da særlig målt gjennom pasientens vurdering av alliansen tidlig i terapiforløpet, som har vist seg å være en robust prediktor for utfall av terapi (Horvath & Symonds, 1991; Barber, Khalsa, Sharpless & Muran, 2010). Kvaliteten av alliansen kan variere som følge av karakteristikk ved både pasient og terapeut. Alliansen kan eksempelvis svekkes dersom pasienten har lave forventninger til terapien, har en utrygg tilknytningsstil og/eller en fiendtlig interpersonlig stil (Barber et al., 2010). Imidlertid er det funnet at det fortrinnsvis er terapeutens bidrag til alliansen som best predikerer terapeutisk utfall (Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt & Wampold, 2010). Egenskaper ved terapeuten som har vist seg betydningsfulle for å styrke alliansen er evne til fleksibilitet og regulering av negative følelser, samt innsikt i og sensitivitet ovenfor interpersonlige prosesser. Terapeuten må blant annet etterstrebe at pasienten ikke opplever ham eller henne som kritisk og dømmende (Barber et al., 2010).

I oppgaven er det som nevnt et delmål å belyse hvilke implikasjoner skam hos henholdsvis pasient og/eller terapeut kan ha for terapirelasjonen. Det tas her utgangspunkt i Greensons (1965, 1967) og Gelso og Carters (1985) tredeling av terapirelasjonen som bestående av overføringer –og motoverføringer, arbeidsalliansen og ”den virkelige relasjonen”, samt Bordins (1979) vektlegging av arbeidsalliansen som bestående av både kognitive og affektive komponenter. Kohut (1971) mente at der hvor pasientens tidlige objektrelasjoner har vært mangelfulle, kan overføringer, så fremt de håndteres riktig av terapeuten, muliggjøre at pasienten kan fullføre viktige utviklingsoppgaver med hensyn til etableringen av et mer robust, sammenhengende selv. I oppgaven vil det redegjøres for hvordan skam hos pasient og/eller terapeut kan innvirke på hvorvidt terapi kan realisere en slik utviklingsstøtte for pasienten. Videre vil det bli drøftet hvilke konsekvenser skam kan ha med hensyn til de kognitive aspektene ved arbeidsalliansen, forbundet med fremforhandling av felles enighet



mellom pasient og terapeut om hva som bør være terapeutiske mål og fremgangsmetoder. En søker også å drøfte hvordan skam kan innvirke på den affektive, mellommenneskelige erfaringen som pasient og terapeut har av hverandre. Dette med bakgrunn i at en god terapeutisk relasjon bør muliggjøre erfaringer av genuinitet, umiddelbarhet og intimitet, hvor partene er istand til å oppleve samt relatere seg til hverandre på en realistisk måte.

**Prosesser i terapi.** Et øvrig delmål i oppgaven er å redegjøre for hvordan skam kan legge føringer for ulike prosesser i terapi. Dette både forbundet med utvikling av negative prosesser, samt hva som kjennetegner terapeutiske prosesser hvor målet er å regulere og løse opp i pasientens skam. Den terapeutiske relasjonen og prosesser i terapi kan riktignok ikke avgrenses fra hverandre. Carl Rogers (1951) anså for eksempel terapeutens bidrag til terapirelasjonen, i form av empati ovenfor og ubetinget positiv anerkjennelse av pasienten, som tilstrekkelig for å igangsette pasientens iboende potensiale for en utviklings -og helbredelsesprosess. Dette impliserer at terapi først og fremst blir virkningsfullt ut ifra de interpersonlige erfaringene som tilbys pasienten, og ikke basert på at pasienten lærer seg bestemte ”teknikker” eller nye måter å tenke på (Horvath, 2000). I oppgaven søkes det derfor å identifisere hvilke relasjonelle ”bidrag” i terapi som vil være særlig betydningsfulle for å fremme en god terapeutisk prosess for skampregede pasienter.

Greensons (1965) beskrivelse av arbeidsalliansen som den realitetsbaserte komponenten av terapirelasjonen som bidrar til å fremme refleksjon og innsikt hos pasienten, hvor styrken på arbeidsalliansen har vist seg som en solid prediktor for terapeutisk utfall, tilsier at et godt utfall av terapi også avhenger av en hensiktsmessig bevisstgjørende prosess. Som det vil fremkomme i oppgaven kan imidlertid dyp skam hos pasienten motivere ham eller henne til tilbaketrekking eller bruk av øvrige strategier for å unngå bevisst erfaring av skamfølelse og de tanker, følelser, behov og responser som er blitt forbundet med skam. Som følge av hvordan skam gjerne oppleves som en ”smittsom” emosjon i den forstand at å være vitne til andres skam ofte aktiverer lignende skamtilstand i oss selv, påpeker Morrison (2008) at det endatil kan forekomme en implisitt, gjensidig enighet mellom pasient og terapeut om å unngå utforskning av pasientens skam, til tross for de konsekvenser dette kan få for pasientens utbytte av terapi. En vil derfor også i oppgaven se på hvordan terapeuter kan gå frem for å understøtte en bevisstgjørende prosess hos pasienter som preges av dyp skam, og hvordan dette kan relateres til terapeutens bevissthet om egen skamproblematikk samt toleranse for å selv erfare skam i interaksjon med pasienten.

Med utgangspunkt i skam som en betydningsfull men ofte forbigått tilstand hos pasienter i psykoterapi, samt en tilstand som også kan prege terapeuter i den grad at det interfererer med det terapeutiske arbeidet, er det i denne oppgaven, med utgangspunkt i relevant teori, et mål å besvare følgende problemstilling: *Hvordan kan skam oppstå og erfares fenomenologisk hos pasient og terapeut i konteksten av psykoterapi, samt hvordan kan dette komme til uttrykk og hvilke implikasjoner kan dette ha for terapirelasjonen og prosesser i terapi?*

### Skambasert frykt hos pasienten

Skam er blitt beskrevet som den mest betydningsfulle affekten for utviklingen og opplevelsen av egen identitet (Morrison, 2014). Det er den mest smertefulle, ”bitende” erfaringen mennesket kan ha av seg selv, og forbindes til opplevelser av ydmykelse, mislykkethet og svikt i selvregulerende funksjoner (Kaufman, 2004). Skam kan arte seg både som en akutt, midlertidig tilstand eller representere en varig emosjonell undertone i personens liv.

Vedvarende, kronisk skam innebærer at skammen er blitt en del av personens grunnleggende selvforståelse (Nathanson, 1987; Kaufman, 2004). Å leve med kronisk skam beskrives som en ”sjelens sykdom” og et selvangrep på egenverdet (Kaufman, 2004). Skamfølelse kan true optimisme, håp og mestringstro hvor personen kan kjenne seg overveldet, svak og hjelpeløs (Tangney, Wagner, Fletcher & Gramzow, 1992; Baldwin, Baldwin & Ewald, 2006; Wurmser, 1981). Den dype skammen gjør selvet sårbart i eksistensiell sammenheng; personen ser seg selv som mislykket som menneske og har vansker med å finne mening i tilværelsen (Potter-Efron & Carruth, 2014). Skam må sågar forstås som sentral komponent ved en rekke psykiske lidelser og problemområder for mennesker (Kaufman, 2004). I konteksten av psykoterapi beskriver Schalkwijk (2014) skam som en uunngåelig tilstand for pasienter og som en emosjon terapeuter bør være særlig oppmerksomme på. Dette fordi skam nettopp peker tilbake på det pasienten finner mest sårbart og uverdigg ved seg selv, og dermed også de sidene ved pasienten indre liv og selvforståelse som vedkommende trenger aller mest støtte til å utvikle aksept for (Schalkwijk, 2014). Til tross for dette har skam, i motsetning til øvrige negative emosjoner som spesielt frykt, mottatt lite oppmerksomhet innen psykologisk teori og praksis (Dearing & Tangney, 2011; Kelly & Lamia, 2018). Schalkwijk forstår primæremosjonen frykt som den emosjonen som har størst potensiale for å manifestere seg i terapi og hindre terapeutisk fremgang, tett etterfulgt av den selvbevisste emosjonen skam. Frykt og skam synes imidlertid å være nært forbundet med hverandre, hvor Lewis (1992) beskrev skam som preget av en panikkliknende kvalitet. Selv om frykt gjerne oppfattes som den emosjonen som i størst grad kan prege pasienter i psykoterapi og vanskeliggjøre den terapeutiske prosessen, kan det kanskje være at endel av det som oppfattes som frykt hos pasienter bedre kan forstås som en skambasert frykt? Ved skam frykter man å bli avslørt av andre som defekt eller mangelfull, og i dette ligger også frykten for at andre vil ta avstand fra en (Gilbert, 1998). I terapi kan pasientens skam få ham eller henne til å føle seg eksponert ovenfor terapeuten, hvor pasienten frykter at terapeuten skal finne en betydningsløs eller frastøtende (Wurmser, 1981; Jacobs, 1996). Allerede i forkant av oppstart av terapi kan

pasienten preges av en skambasert frykt for terapeutens manglende forståelse og avvisning (Schalkwijk, 2014). Underveis i terapiforløpet kan det for pasienten fremstå som stadig usikkert hvorvidt terapeuten vil anerkjenne ens opplevelser eller respondere med kritikk og misbilligelse. Dette legger føringer for nøling og tvil samt frykt for at det ikke er mulig å ”tre frem” som seg selv med sine indre erfaringer (Stadter, 2011). Videre vil selve den terapeutiske konteksten, som vektlegger pasientens åpenhet og selvrefleksjon, bidra til at skam blir en følelse som stadig kan manifestere seg (Wurmser, 1981; Schneider, 1987). Som følge av den stadige trusselen om skam kan pasienten frykte utforskning av sine indre tilstander og selvoppfatninger (Zaslav, 1998).

### **Skam forbundet med pasientrollen**

For pasienten innebærer deltakelse i terapirelasjonen å vise seg sårbar ovenfor en annen. Å blottstille sitt behov for hjelp og støtte kan i seg selv være skamutløsende (Schalkwijk, 2014). Terapeutens profesjonelle, analytiske rolle relativt til pasientens ”avhengige” rolle kan underbygge pasientens skambaserte opplevelse av terapeuten som distansert, kontrollert og intakt, mens ens eget selv erfares som hjelpeløst og fragmentert (Broucek, 1991; Lewis, 1971). Å føle seg avhengig av terapeuten, hvor terapeuten gjerne blir viktigere for pasienten enn hva pasienten er for terapeuten, er forbundet med skam hos pasienten. Pasientens iboende skam kan her få ham eller henne til å føle at terapeuten bryr seg mindre om relasjonen enn hva man selv gjør. Terapeuten kan således fremtre fenomenologisk for pasienten som den som kommer til å forlate, avvise eller skade en (Retzinger, 1998). Jacobs (1996) understreker at for pasienter hvis selvbilde ikke er grunnleggende preget av skam, vil skam utløst av en slik relasjonell ubalanse være kortvarig og reguleres gjennom pasientens aksept for å besitte legitime behov for empati og forbindelse til en støttende og forståelsesfull annen. Pasienter som derimot har en selvforståelse som i stor grad er skampreget, vil være tilbøyelige til å i lengre tid oppfatte seg som en uvelkommen gjest i terapirommet, eller sågar som en ”inntrenger” (Jacobs, 1996). Disse pasientene har en særlig sensitivitet ovenfor alt som kan påminne om rolleforskjeller i relasjonen, som for eksempel at terapeuten mottar lønn for å samtale med pasienten og også har samtaler med andre pasienter, mens vedkommende pasient kun har denne ene terapeuten (Jacobs, 1996; Retzinger, 1998). Skampregede pasienter vil i det hele tatt ofte fortolke og erfare det å være i pasientrollen som en bekreftelse på egen uverdighet (Jacobs, 1996).

### Skam forbundet med terapeutrollen

En vanlig kilde til skam hos terapeuter omhandler erfaringer av å være utilstrekkelig og mangelfull i rollen som behandler. Pasientens avhengighet av terapeuten, samt forventninger og eventuelle krav, kan kjennes overveldende og etterlate terapeuten med opplevelsen av at *”uansett hva jeg gjør, er det aldri bra nok”* (Kaufman, 2004, s. 220, min oversettelse). Videre kan pasientens mismodighet til terapiprosessen, som kan forstås som *”skam over et midlertidig nederlag”*, påvirke terapeuten og aktivere terapeutens egen skam. Følgene kan være at også terapeuten begynner tvile på om behandlingen har noe for seg. Dersom terapeuten ikke først anerkjenner sin egen skam tilknyttet slik tvil, for deretter å identifisere og validere pasientens skamrelaterte mismodighet, risikerer terapeuten å klandre pasienten for å ikke oppnå adekvat progresjon (Kaufman, 2004). Kaufman hevder at slike scenarier ligger til grunn for mange pasienters valg om å avslutte terapi. Dette som følge av hvordan pasienten her får aktivert skamfulle forestillinger om seg selv av å være mislykket. Forestillingene har ofte rot i pasientens tidlige tilknytningsrelasjoner, der skam over personlige nederlag er blitt utløst og forsterket av klandrende foreldre (Kaufman, 2004).

Ulike former for fastlåsthet eller hindringer i terapiprosessen, i form av eksempelvis pasientens stagnasjon og mismot, uenigheter og misforståelser mellom pasient og terapeut, samt uadresserte emosjoner og tematikk som preger terapirelasjonen, har ofte opphav i *”feil”* begått av terapeuten (Kaufman, 2004). Terapeutiske feiltrinn er mer eller mindre uunngåelige i all psykoterapi og vil ikke nødvendigvis medføre brudd i relasjonen, så fremt terapeuten kan identifisere, anerkjenne og ta ansvar for egne feil. Stilt ovenfor terapeutiske hindringer vil terapeutens toleranse og evne til å ta ansvar for egne feil, redusere forekomsten av terapeutens egen skam. Hos den perfektjonistiske terapeuten preget av vansker med aksept for og innrømmelse av egne feiltrinn, kan skam derimot bli en følelse som stadig manifesterer seg ved terapeutiske hindringer (Kaufman, 2004).

Skam forbundet med terapeutrollen omhandler også problemstillinger vedrørende fysisk kontakt med pasienter, eller terapeutens usikkerhet om hva som kan anses som hensiktsmessig fysisk kontakt i den terapeutiske relasjonen (Kaufman, 2004). Fysisk kontakt som forekommer mellom terapeut og pasient har lenge vært et kontroversielt tema innen psykoterapi. Kontroversene omhandler potensialet for at pasienter kan ta skade av slik kontakt, der hvor kontakten er av seksuell karakter og terapeuten utnytter pasientens sårbarhet

(Gabbard, 1994), eller hvor kontakten kan bidra til en ukontrollert reaktivering av traumatisk materiale hos pasienten (Hunter & Struve, 1998). Imidlertid kan terapeutens vennlige, omsorgsfulle berøring ha en emosjonelt helbredende virkning for mange pasienter (Kertay & Reviere, 1993). Det potensielt negative utfallet for pasienter forbundet med fysisk kontakt i terapirelasjonen har avstedkommet en norm om at man på generell basis bør avstå fra fysisk kontakt i terapirelasjonen. Brudd på denne normen kan etterlate terapeuten med følelsen av å ha gjort noe galt. Dette beskrives av Kaufman (2004) som en *moralsk skamerfaring*, hvor handlingen for terapeuten oppleves å reflektere at han eller hun ikke har utvist god dømmekraft som terapeut. Pasientens forespørsler om å bli holdt rundt som trøst eller motta en klem ved avskjed, kan i seg selv aktivere en slik moralsk skam hos terapeuten. Følgene kan være at terapeuten avviser pasientens forespørsel med intensjon om å unngå egen skam. Gjennom en slik avvisning risikerer terapeuten imidlertid å påføre pasienten skam forbundet med å besitte et normalbehov for å motta omsorg. For å unngå slike skampåførende scenarioer blir det viktig at terapeuten minner seg selv på skillet mellom fysisk kontakt som er terapeutisk ”*både i intensjon og i virkning*” og fysisk kontakt som kan være seksuelt ladet ”*enten i intensjon eller virkning*” (Kaufman, 2004, s. 220, min oversettelse).

### **Skam og selv avsløringer i terapi**

Selv avsløringer innebærer formidling av personlig informasjon om eget selv til andre (Hill & Knox, 2001). Som nevnt hos Farber, Berano og Capobianco (2006) vil selv avsløringer ofte være et resultat av forsøket på å finne en passende balanse mellom nytteverdien av å dele privat informasjon og det upassende og risikable ved å dele for mye. I den terapeutiske konteksten kan selv avsløringer ta ulik form. Både pasient og terapeut kan avsløre noe om seg selv ovenfor den andre gjennom sine interaksjoner. Samtidig kan selv avsløringer også innebære at hver av partene *innser noe om seg selv* som man ikke nødvendigvis meddeler til den andre (Zur, 2007). Selv avsløringer kan videre være intenderte og forekomme på et deklarativt nivå, eller de kan omhandle implisitte, nonverbale prosesser uttrykt gjennom mimikk, stemmeleie og kroppsspråk (Stricker & Fisher, 1990). Mange verbale ytringer vil imidlertid inneholde uintentert informasjon vedrørende ens eget selv, hvor pasient eller terapeut ikke har til hensikt å komme med selv avsløringer, men hvor det som sies likevel gir den andre innblikk i ens indre tilstand (Stricker, 2003). Både det å avsløre informasjon om seg

selv, samt unnlåte komme med selvavsløringer, er på ulike måter forbundet med skam hos både pasient og terapeut (Schneider, 1987; Macdonald & Morley, 2001; Stricker, 2003).

### *Pasientens selvavsløringer*

Pasientens avsløringer av sine indre erfaringer anses som betydningsfullt, forventet og nødvendig innen de fleste terapiformer (Farber, Berano & Capobianco, 2006).

Emosjonell åpenhet og selvavsløringer hos pasienten korrelerer således med mål på det som anses som positive terapeutiske prosesser (Stiles, 1995). Blant skampregede pasienter især, men også hos pasienter hvor skammen ikke har en fullt så dominerende innvirkning på selvforståelsen, kan terapeutens forsøk på å legge til rette for selvrefleksjon og selvavsløringer aktivere skam og dermed forekomme truende (Schneider, 1987).

Mennesket har en motvilje mot å være i situasjoner eller relasjoner som utløser skamfølelse (Wurmser, 1981). Dette kan sies å kaste lys over den paradoksale situasjonen som skampregede pasienter kan befinne seg i når de oppsøker terapi. På den ene siden har pasienten behov for å få bearbeidet sin skam, mens på den annen side kan terapi forsterke skammen som følge av at terapi forutsetter at pasienten er selvavslørende. Pasienters motvilje mot å være i terapi som følge av hvordan terapikonteksten kan aktivere skam og rommer en stadig risiko for å føle skam, kan føre til tilbaketrekking og unngåelse hos pasienter (Skårderud, 2001). Den prototypiske skamerfaringen har sammenheng med opplevelsen av at sensitive sider ved selvet er blitt synlig for andre. Skam motiverer således til å ville tildekke det som er blitt uønsket eksponert (Nathanson, 1987). Dette kan lede til et intenst behov for å skjule seg, i form av impulser eller ønsker om å ”synke gjennom gulvet” eller ”krype gjennom et hull i veggen” (Lewis, 1971, s. 41). Sartre (2003/1943) beskrev hvordan skam genererer en trang til å flykte unna ”betrakteren”, mens Okkenhaug (2009) redegjør for sammenhengen mellom skam og selvmord, hvor selvmordet kan forstås som en endelig løsning på et overveldende ønske om å forsvinne. Med utgangspunkt i ovenstående er det nærliggende å tenke at for pasienter kan en konsekvens av å få aktivert skam i terapi, for deretter at dette forbigås av terapeuten hvor skammen kan forbli dysregulert og overveldende, medføre drop-out fra terapi. Å avslutte terapien kan antas å for noen pasienter være den ”beste løsningen” på behovet for å unnslipe det han eller hun erfarer som skamutløsende selvutlevering og/eller fokus på det pasienten finner skammelig ved eget selv, hvor pasienten kan frykte å bli avslørt som ”defekt og uverdig”.

Terapirelasjonen må forstås som en forholdsvis asymmetrisk relasjon. Dette blant annet ved at partene møter hverandre med ulike forventninger om personlig åpenhet. Denne differansen i forventet emosjonell åpenhet er funnet å kunne aktivere skam hos pasienter (Retzinger, 1998). Videre kan skam forbundet med selvavsløringer knyttes til intensitet av følelser; pasienten kan føle skam over å uttrykke sterke følelser da dette assosieres til tap av indre og ytre kontroll. Dette kan ha rot i kulturelle fordømmer hvor det å besitte samt uttrykke sterke følelser anses som upassende eller som et uttrykk for svakhet. Også det å besitte og uttrykke følelser som indikerer behov, som følelser av at man trenger noe eller noen, at man lengter, at man blir berørt av noe eller føler seg såret, kan aktivere skam (Wurmser, 1981).

Macdonald og Morley (2001) fant i sin studie av personer med psykiske lidelser at motvilje mot å dele selvrelevant negativt emosjonelt ladet informasjon med andre var forbundet med forventninger om spesifikke ytre responser. Mest uttalt var forventningen om at andre ville stemple, anklage og vurdere en negativt. Beskrivelser som gikk igjen var frykten for å bli ansett som dum, svak og annerledes. Øvrige skamrelaterte forventninger omhandlet frykten for å være en byrde, frykten for manglende forståelse av ens "abnormale" problemer, samt antakelsen om at andre ikke ville gi en oppmerksomhet eller være interessert i å høre om ens vansker. Disse forventningene sammenfaller med Gilberts (1998) forståelse av ekstern skam, som essensielt knyttes til frykten for å fremstå som defekt og mindreverdige i andres øyne. Slik interpersonlig frykt kan riktignok tenkes å omhandle en tendens til å overvurdere i hvilken grad andre ikke vil tåle ens emosjonelle åpenhet. Imidlertid finnes det indikasjoner på at det generelt er slik at mennesker har lav toleranse for andres åpenhet om negative emosjoner (Kelly & McKillop, 1996). Harber og Pennebaker (1992) beskrev i så måte forekomsten av "det onde paradoks" som traumatiserte mennesker kan erfare. Ved sterke negative emosjonelle påkjenninger vil de fysiske og psykiske belastningene ofte øke dersom personen mangler tilstrekkelig psykososial støtte. Likevel vil selvavsløring av egne traumer alltid innebære en viss risiko for at man blir avvist eller at den man betror seg til på en eller annen måte tar avstand fra en (Harber & Pennebaker, 1992). Denne sosiale risikoen illustreres også i Goffmans (1959) teori om inntrykksstyring. Teorien tilsier at selvavsløringer som fører til at personen fremstår mindreverdige og svake i andres øyne kan føre til at personen får en svekket sosial identitet. Goffman benyttet her betegnelsen *destruktiv informasjon* om den type selvavsløringer eller annen form for privat informasjon som kan vanskeliggjøre individets positive inntrykksstyring. Videre vil det ofte være sammenheng mellom opplevelsen av hvordan andre oppfatter oss, og hvordan vi erfarer oss selv. Santor og Walker (1999) beskriver således egenverdi og selvtillit som uløselig knyttet til hvorvidt individet ser



seg selv som verdifull i andres øyne. Ved å bevisst meddele seg om selvrelevant informasjon som kan etterlate andre med et negativt inntrykk, risikerer man også å ramme egen selvfølelse. Dette er nærliggende å være mest aktuelt dersom individet selv oppfatter *den andre* som verdifull. I så måte anser Stricker (2003) at selvavsløringer i terapi kan fortone seg vanskelig for pasienter som strever med å balansere sitt ønske om bedring med behovet for å gjøre et godt inntrykk ovenfor terapeuten, i tilfeller hvor terapeuten oppfattes som en verdsatt autoritetsfigur.

Med bakgrunn i ovenstående synes det klart at åpenhet om emosjonelt negativ, selvrelevant informasjon er forbundet med en viss sosial risiko. Den intense, akutte erfaringen av skam kan således forstås å varsle individet om at en har overtrådt en grense for selveksponering. Tilbaketrekkningen, karakteristisk for den prototypiske skamtilstanden, kan slik sett forstås som adaptivt i forsøk på å gjenvinne sosial aksept og inkludering (Gilbert, 1998). I likhet med Macdonald og Morley (2001) mener Farber, Berano og Capobianco (2004) at pasienters vansker med emosjonell åpenhet fortrinnsvis omhandler *forventninger om skam* og ikke nødvendigvis faktiske erfaringer av skam etter å ha avslørt informasjon om seg selv. Pasienter kan dermed forbli emosjonelt isolerte, hvor isolasjonen opprettholdes av forventninger om at andre ikke vil respondere empatisk på ens betroelser. Dette kan forklare funn om at mange pasienter har en bevisst motivasjon om å ikke fortelle terapeuten om visse aspekter ved sitt eget selv og sine erfaringer, i motsetning til det som ikke blir snakket om i terapi simpelthen fordi pasienten ikke har bevisst tilgang til sine erfaringer (Stricker, 2003). Så lenge pasienten holder tilbake sine indre erfaringer vil det heller ikke foreligge bekreftelse på at åpenhet vil utløse eller forsterke skam. Tvert imot antas det at selvavsløringer kan generere positive følelser av lettelse og autentisitet hos pasienter, og dermed også svekke eksisterende skam. Imidlertid vil de positive følelsene ikke nødvendigvis føre til at skammen opphører umiddelbart etter selvavsløringen. En slik ”dvelende skam” kan være tilstrekkelig ubehagelig dithen at mange pasienter strever med emosjonell åpenhet i terapi (Farber, Berano & Capobianco, 2004). Pasientens emosjonelle åpenhet i terapi synes derfor å avhenge av at han eller hun har en viss aksept og toleranse for å føle skam samt evne til å regulere denne følelsen. Relasjonelle forutsetninger hos pasienten, så som ”*kapasitet og villighet til å inngå i nære relasjoner til andre*”, til tross for at dette innebærer ”*risiko for erfaringer av ydmykende selvinnsett*”, øker sannsynligheten for utvikling av en god arbeidsallianse og et hensiktsmessig utfall av terapi (Frank & Frank, 1991, s. 168, min oversettelse). Pasientens valg om å betro seg til terapeuten avhenger videre av den relasjonelle, ”følte” kvaliteten av relasjonen mellom

pasient og terapeut. Så fremt pasienten, gjennom interaksjonen med terapeuten, utvikler positive forventninger om at terapeuten vil respondere med aksept og forståelse, finner man at dette svekker skammens inhiberende virkning på pasientens emosjonelle åpenhet (Farber, Berano & Capobianco, 2004).

### *Terapeutens selvavsløringer*

Det foreligger ulike perspektiver på hvorvidt intenderte selvavsløringer fra terapeuten kan forstås som nyttige intervensjoner i terapi. For eksempel er det hevdet at dersom terapeuten innrømmer egne "svakheter" kan dette bidra til å undergrave pasientens tillit til terapeuten (Curtis, 1981), samt svekke det terapeutiske fokuset på pasienten og hans eller hennes erfaringer (Zur, 2004). På den annen side kan terapeutens selvavsløringer bidra til økt gjensidighet mellom partene ved å utfordre det hierarkiske elementet av makt i terapirelasjonen. Når terapeutens selvavsløringer tar form av å erkjenne egne feil og mangler, styrker dette pasientens opplevelse av balanse og likeverd i relasjonen (Stricker & Fisher, 1990; Zur, 2004). Terapeutens selvavsløringer kan slik sett virke "nøytraliserende" på pasientens opplevelse av ham eller henne. Skam kan få pasienten til å føle seg fremmedgjort fra terapeuten, hvor pasienten ser seg selv som betydningsløs dithen at ens eget selv kan gå i oppløsning, mens terapeuten forblir intakt. Terapeuten kan oppfattes som den mektige, den som latterliggjør, er aktiv, har kontroll, er urettferdig, fiendtlig eller den som ikke responderer (Retzinger, 1998). Terapeutens selvavsløringer av å være "uperfekt" kan dermed underbygge pasientens syn på terapeuten som menneskelig, hvor terapeuten i større grad trer frem for pasienten som åpen, vennlig og hjelpsom (Retzinger, 1998; Knox, Hess, Petersen & Hill 1997).

I henhold til Kohut (1984) kan psykoterapi eksponere såkalte tvillingsøkende behov hos pasienten, forbundet med ønsket om å være lik og likeverdig med andre, eksempelvis terapeuten. Som det vil bli drøftet senere i oppgaven, kan mangelfulle erfaringer av tilstrekkelig gode alterego selvobjektrelasjoner medføre at pasienten har en oppfatning av seg selv som grunnleggende annerledes og uakseptabel for andre. Dersom heller ikke kontakten med terapeuten muliggjør opplevelsen av å være akseptert av og fundamentalt lik en annen, øker dette risikoen for brudd i terapirelasjonen (Cornett, 1991). Cornett påpeker at terapeutens bruk av selvavsløringer kan være et betydningsfullt bidrag for å imøtekomme pasientens behov for å identifisere seg med terapeuten og erfare nødvendig likhet. På generell basis vil skamproblematikk hos pasienter ofte nettopp vise seg som vansker med å føle tilhørighet til

andre. Dette siden skam innebærer selverfaringer av å være annerledes og abnormal (Lewis, 1971; Wurmser, 1981). Den skampregede pasienten føler seg ofte avskåret fra et menneskelig fellesskap. Dersom terapeuten avslører informasjon om seg selv kan dette åpne vei for pasienten tilbake til det som kjennetegner universelle, menneskelige erfaringer (Cornett, 1991). Terapeutens selvavsløringer behøver imidlertid ikke å være dypt personlige eller sette terapeuten i et ydmykende lys. Dette siden pasienters skamproblematikk ofte er forbundet med helt normale reaksjoner, behov, følelser og tanker (Lewis, 1971). Selvavsløringer som underbygger likhet mellom pasient og terapeut kan også ta en indirekte form. Dette ved at terapeuten bekrefter at "de fleste mennesker" har lignende behov, erfaringer, tanker og følelser som pasienten. Her refererer ikke terapeuten direkte til seg selv, men uttalelsen "de fleste" utelukker heller ikke terapeuten. Pasienter trekker imidlertid her ofte slutningen om at terapeuten indirekte snakker om seg selv (Cornett, 1991). Cornett påpeker at uavhengig av om terapeutens selvavsløringer har en direkte eller indirekte form, bidrar de til å styrke pasientens opplevelse av både seg selv og terapeuten som mer menneskelige og like hverandre.

Ifølge Audet og Everall (2010) vil terapeutens selvavsløringer alltid romme en risiko for grenseoverskridelse, ved at fokus flyttes fra pasient til terapeut. Et unntak vil imidlertid være selvavsløringer som har et "her og nå" fokus hvor terapeuten adresserer sin opplevelse av det som foregår i selve terapirelasjonen (Audet & Everall, 2010). Her rettes fokuset mot pasientens "ubevisste relasjonsstrategi"; terapeuten tar utgangspunkt i egne følelser for å derigjennom åpne for en utforskning av hva som kan utspille seg i pasienten (Gullestad & Killingmo, 2013, s. 161). Waska (1999) minner om at skampregede pasienter kan søke inhibere eller kvitte seg med egen skam gjennom projeksjon og projektiv identifikasjon. Pasientens selvopplevelse av å være defekt, utilstrekkelig og verdiløs kan også være følelser som terapeuten i større eller mindre grad strever med. Dette spesielt i terapiforløp preget av pasientens stagnasjon eller forverring. Skampregede pasienter kan her søke devaluere terapeuten gjennom både implisitte og eksplisitte uttrykk for at terapeuten er ute av stand til å hjelpe de (Nathanson, 1987). Nathanson påpeker at pasientens taushet og tilbaketrekking, eller angrep og aggresjon, nettopp kan være projektive strategier for skamunngåelse. Gullestad og Killingmo (2013, s. 161) viser hvordan et eksempel på terapeutens "her og nå" - baserte selvavsløringer; "*det virker som om jeg skal få føle at uansett hva jeg kommer med, skal det ikke være til nytte for deg*", adresserer pasientens relasjonelle stil og forsøk på å devaluere terapeuten. Gjennom denne type selvavsløringer frasier terapeuten seg oppgaven med å bære pasientens skam, samtidig som det åpnes for utforskning av pasientens indre tilstand.

Til tross for at hensiktsmessig bruk av selvavsløringer fra terapeuten kan komme pasienter til gode, påpeker Stricker (2003) at det sannsynligvis er utbredt blant terapeuter å inhibere nyttig bruk av selvavsløringer, som følge av hvordan det å avsløre informasjon om seg selv kan fremkalle terapeutens egen skam. Mye av motivasjonen for å unngå selvavsløringer og emosjonell åpenhet i terapi kan dermed anses som lik for både terapeut og pasient. Begge parter er i større eller mindre grad opptatt av å skjule eller tildekke det man finner skamfullt ved eget selv (Stricker, 2003). Terapeuten kan nødvendigvis føle skam over de samme erfaringene, tankene, følelsene og behovene som pasienten skammer seg over. Når dette ikke er en tålbar skam hos terapeuten, vil det også være vanskelig for terapeuten å tilby selvavsløringer som kunne ha bidratt til regulering av pasientens skam. Kaufman (1992) snakker slik sett om skam som en fremmedgjørende kraft mellom mennesker. Mennesket har et fundamentalt behov for å identifisere seg med andre gjennom nære, relasjonelle bånd preget av gjensidig forståelse. Skammen oppstår når den gjensidige forståelsen uteblir, som for eksempel ved at den andre ikke lenger kan eller vil identifisere seg med oss (Kaufman, 1992). Nå terapeuten "skamområder" overlapper med det pasienten skammer seg over ved eget selv, kan dette i seg selv vanskeliggjøre terapeutens vilje og evne til å identifisere seg med pasienten.

Ifølge Broucek (1991) kan terapeuter preges av både erkjent og ikke erkjent skam over å ikke kunne delta med gjensidig emosjonell åpenhet i terapirelasjonen. Terapeutens skam oppstår gjennom den mer eller mindre bevisste innsikten i at fraværet av egne selvavsløringer bunner i ens forsøk på å gjøre seg usårbar som person. Terapeutens mangel på selvavsløringer kan i denne sammenheng forstås som uttrykk for en uvilje mot å være et objekt for pasienten; snarere insisterer terapeuten på å stadig besitte rollen som subjektet i relasjonen (Broucek, 1991). Terapeuten befinner seg dermed i en paradoks situasjon hvor både det å unnlate dele informasjon om seg selv samt det å dele personlig informasjon, kan utløse skam (Broucek, 1991; Stricker, 2003). Terapeuten må søke erkjenne, samt forsone seg med dette paradokset, uten å prøve rydde det av veien. Terapeuter som i for stor grad søker forsvare seg mot egen skam over å ikke kunne møte pasienten med jevnbyrdige selvavsløringer, kan bli overdrevent opptatt av rammer, eller grenser, i terapi, som blant annet inkluderer "*terapeutens anonymitet, konfidensialitet og nøytralitet*" (Broucek, 1991, s. 96, min oversettelse). En usikkerhet om hvordan selvavsløringer bør brukes, i form av hva som bør avsløres, samt når og hvordan, kan aktivere skam hos terapeuten. Det blir derfor viktig at terapeuten erverver kunnskap om hva som kjennetegner hensiktsmessig bruk av selvavsløringer. Uten denne kunnskapen kan

terapeuten risikere å opptre rigid og utilnærmelig, i form av å aldri besvare pasientens spørsmål eller nekte avsløre sider ved seg selv som kan understøtte pasientens erfaring av gjensidighet i relasjonen (Kaufman, 2004). Pasientens behov for en alterego selvobjektrelasjon, som kan redusere pasientens skam, kan slik sett bli avvist av terapeuten (Cornett, 1991).

### **Skamutløsende fortolkninger og passende skam**

Som følge av hvordan skammen tvinger individet til å stille spørsmål ved egne oppfatninger av seg selv og se seg selv i en relasjonell sammenheng, er evne til å føle skam blitt forstått som en nødvendighet for personlig vekst (Kinston, 1987). I Silvan Tomkins' (1987) affektteori anses skam å moderere positive emosjoner som interesse, iver, glede og velbehag. Uten kapasitet for skamerfaring kan disse positive emosjonene medføre en selvorientert streben etter det som individet selv finner emosjonelt tilfredsstillende, på bekostning av hensynet til andre. Skamerfaringen blir slik sett funksjonell ved å gjøre individet oppmerksom på at det er overtrådt en normativ grense (Skårderud, 2001b). Skårderud anser slik sett ikke skam som iboende patologisk, men henviser til den gode skammen som et mellommenneskelig forsvarsverk. God skam åpner for erkjennelsen av at vi er i ferd med å bevege oss vekk fra den vi ønsker å være. Eksponering av det som er privat ledsages ofte av skam. Skammen forteller oss dermed også at det ikke er alt ved selvet som nødvendigvis bør være synlig for andre. Utover å mane til anstendighet og respekt for andre kan den gode skammen forebygge tap av selvanseelse ved å beskytte det som individet finner sårbart ved eget selv (Schneider, 1987; Skårderud, 2001b). Dette perspektivet på skam resonnerer med Wurmser's (1981) definisjon av *passende skam*, hvor skammen blir funksjonell ved å beskytte selvet mot overeksponering og påtrengende nysgjerrighet. Schneider (1987) bruker i sin tur betegnelsen *moden skam* om hvordan skam kan bidra til opprettholdelse av nødvendige, integritetsbeskyttende grenser mellom mennesker. I terapeutisk sammenheng må skam dermed også forstås som noe som kan utløses i pasienten der hvor terapeuten på en eller annen måte har opptrådt invaderende, eller hvor pasienten, enten som følge av denne invaderingen eller på eget initiativ, har vært *for* selvutleverende.

Ifølge Schneider (1987) vil opplevelsen av å være et selv med integritet, adskilt fra andre, innebære en pågående prosess hvor individet må balansere ulike sider ved egen selvforståelse

og selvidentifikasjon med hva man viser av seg selv til omverdenen. Bachelard (1994, s. 222) beskrev således mennesket som *"half-open creatures"*; individet befinner seg i stadig bevegelse mellom åpenhet og tildekking av seg selv ovenfor omverdenen. Det som individet avslører om seg selv, gjenspeiler hans eller hennes oppfatninger av grenser mellom sitt private selv og de ytre omgivelsene (Farber, 2006). I tråd med dette beskrev Winnicott (1988) det menneskelige behovet for å både gi til andre, men også å kunne trekke seg tilbake til en privat tilstand. For å opprettholde følelsen av å være et separat selv har mennesker behov for et eget "rom"; en mulighet til å være for seg selv og utvikle seg, inntil man eventuelt blir klar for å "tre frem" fremfor andre (Schneider, 1987). I konteksten av terapi inviteres imidlertid pasienter til å utlevere seg ovenfor en annen mens de gjerne er i en tilstand hvor de kan føle seg skrøpelige, mindreverdige og defekte. Psykoterapi kan således nettopp utfordre pasientens behov for å "være for seg selv", hvor terapeuten betrakter og fortolker pasienten når han eller hun ofte er på sitt mest sårbare eller sågar "skrøpelige" (Schneider, 1987). Schneider (1987, s. 205) beskriver dette som: *"Therapy is like a chronic illness: people are forced to encounter others when they are specially vulnerable to intrusion, violation, and degradation. The client is at the mercy of the therapist's sensitivity and sense of shame"*. Som følge av pasientens sårbarhet vil terapeutens verbale og nonverbale responser alltid romme en risiko for uhensiktsmessig inngripen i, og forstyrrelse av pasientens utviklingsprosess (Schneider, 1987; Steiner, 2011). For eksempel kan terapeuten, gjennom å tilby fortolkninger, bli den som ser pasienten på en måte som han eller hun ennå ikke er klar for å bli sett og ikke nødvendigvis heller har godt av å bli sett (Retzinger, 1998). Terapeutens fortolkninger kan således være aldri så "riktige", men de er ikke nødvendigvis terapeutisk gode fortolkninger (Schneider, 1987). Hva som representerer pasientens sannhet er stadig forankret i hans eller hennes subjektive opplevelse. Gjennom sine riktige fortolkninger løper terapeuten slik sett alltid risiko for å påføre pasienten skam. Dette gjennom hvordan fortolkninger i stor grad kan forekomme premature og derav overveldende, eller for langt unna pasientens sannhet om seg selv (Schneider, 1987). Hos skampregede pasienter vil dernest selvforståelsen i stor grad bygge på responser utenifra, hvor det kan være vanskelig å finne eller holde fast ved sitt eget perspektiv om hvem og hvordan man er. Dermed kan terapeutens responser og fortolkninger få sterk innflytelse over pasientens selvopplevelse (DeYoung, 2015). Sartre (2003/1943) relaterer i så måte skam til opplevelsen av ubehaget over å bli sett av andre på en måte som man ikke ønsker å bli sett. Det problematiske ved å bli sett på en bestemt måte av andre er at det fratrukket individet muligheten for *"spontan subjektivitet"* (Wright, 1991, s. 31). Skam forbindes slik sett til erfaringen av å bli redusert til et objekt for betrakteren. Her utfordres

menneskets behov for å oppleve seg selv som et autonomt, fritt individ (Sartre, 2003/1943). Dette impliserer ikke nødvendigvis et avvik mellom hvordan andre ser oss og hvordan vi ser oss selv. Som understreket av Sartre (2003/1943, s. 246, min oversettelse): ”*Skammen er av natur gjenkjenning. Jeg gjenkjenner at jeg er slik den andre ser meg*”. I tråd med dette mener Cooley (1983/1902) at skam ikke utelukkende omhandler individets forståelse av seg selv, men at det samtidig foreligger en korresponderende forståelse av hvordan ens eget selv fremtrer, eller kan tenkes å fremtre, i den andres sinn. Imidlertid synes ikke skam utløst uavhengig av *hvem* vi betraktes av. I kontrast til Sartes poeng om gjenkjenning forbinder Higgins (1987) skam til opplevelsen av *avviket* mellom hvordan individet ser seg selv og antakelsen om hvordan en blir sett av en *idealisert* annen. Skammen har her sammenheng med opplevelsen av å ikke bli sett eller respondert på av en betydningsfull annen slik som man ønsker. I henhold til Lewis (1987) vil skamfølelse dypest sett omhandle mangel på relasjonell trygghet og frykt for tap av tilhørighet. Å ikke bli sett, eller å bli sett på en måte som ikke føles positivt, bekreftende og ivaretagende, forbinder skammen til opplevelsen av å være isolert, avvist og ubetydelig (Miller, 1988; Jordan, 1989). Når terapeuten, gjennom sine fortolkninger, kaster lys over sider ved pasientens selv som han eller hun ennå ikke er klar for å se nærmere på, kan dette nettopp erfares av pasienten som at man blir sett på en måte som ikke føles positivt og ivaretagende. Dette i kombinasjon med at terapeuten gjerne innehar en betydningsfull rolle for pasienten, kan antas å etterlate pasienten med en skambasert erfaring av å ikke være verdt å ivareta og behandle med respekt. Risikoen for skamutløsende fortolkninger må antas å øke i den grad terapeutens forståelse av pasienten er mer eller mindre diktet av terapeutens foretrukne teoretiske perspektiver (Kelly & Lamia, 2018). Benjamin (2004) poengterer således at terapeutens fortolkninger alltid må ha opphav i terapeutens empatiske forståelse for og aksepterende holdning til pasienten. Dette er en forutsetning for at fortolkende arbeid skal ha en terapeutisk virkning.

Med utgangspunkt i pasientens passende skam kan ikke alle pasientens skamerfaringer i terapi forstås som noe som bør utforskes videre med hensikt å bearbeide eller redusere skammen. Den passende, modne skammen er en bestanddel av en moden personlighet. Det er ikke et mål med terapi å arbeide med pasientens skam dithen at pasienten gjøres skamløs (Schneider, 1987). Når terapeuten selv besitter en passende skamfølelse vil dette reflekteres i hans eller hennes evne til gjenkjenning av, og adekvat respons ovenfor pasientens passende, beskyttende skam. Dette innebærer også at terapeuten opptrer aktsomt for å unngå utidig aktivering av skam hos pasienten (Schneider, 1987). Terapeuter som selv besitter passende skam er i stand

til å utvise sensitivitet ovenfor pasientens behov for å "ikke tape ansikt", samtidig som det skapes mulighet for at pasienten kan få bevisstgjort og utforsket det som kan være dypt personlige selverfaringer (Schneider, 1987). Dette understreker nødvendigheten av det Wurmser (1981) omtaler som terapeutens analytiske takt. Analytisk takt innebærer blant annet forståelse av hva, når og hvordan man skal kommunisere til pasienten. Terapeuten bør etterstrebe å si de riktige tingene på de riktige tidspunktene, og på en slik måte at "*pasienten verken blir unødvendig såret eller unødvendig forskånet, og slik at intet materiale som det kan skapes mening av blir oversett av stillhet*" (Wurmser, 1981, s. 285-286, min oversettelse). Målsettingen må her være å underbygge pasientens nysgjerrige utforskning av eget indre liv. Dette er et av kjennetegnene ved en solid arbeidsallianse mellom pasient og terapeut, i henhold til Greenson (1965, 1967). Når terapeuten tilrettelegger for pasientens nysgjerrige utforskningsprosess, styrkes pasientens autonomi, hvor opplevelsen av å være et fritt og selvstendig subjekt ofte er svekket hos skampregede pasienter (Schneider, 1987). En øvrig tilnærming for å unngå unødvendig aktivering av skam hos pasienter redegjøres for av Fenichel (1945), referert til hos Schneider (1987), som vektlegger hvordan fortolkninger bør ta utgangspunkt i pasientens affekter slik de forekommer *i øyeblikket*. Terapeutens fortolkninger reflekterer således ikke pasientens dypereleggende forsvar eller motiver, men gir pasienten anledning til å på eget initiativ begynne en utforskningsprosess av egne selvtilstander. Viktigheten av at pasientens eget initiativ understrekes også av McWilliams (2004, s. 190, min oversettelse): "*Det vil ofte være mindre skambelagt for pasienten å selv kunne være den som adresserer sensitive sider ved eget selv, enn dersom terapeuten er den første til å ta opp temaet*".

### **Skamunngåelse i psykoterapi**

#### ***Uidentifisert og forbigått skam hos pasienten***

Mange pasienter kan ha vansker med å identifisere, erfare og regulere ulike affektive tilstander hos seg selv, både positive og negative. En sentral målsetting i terapi blir derfor å øke pasientens bevissthet om, samt toleranse for og evne til å regulere egne affektive tilstander (Jacobs, 1996). Når ulike affektive selvtilstander er blitt forbundet med den implisitte og potensielt disorganiserende erfaringen av skam, svekker dette i betydelig grad pasientens evne til å få bevisst tilgang til, samt kunne regulere disse selvtilstandene (Jacobs, 1996). Identifisering av pasientens "skamområder" representerer således en viktig terapeutisk



oppgave. Der hvor skam er en sentral utfordring i pasientens liv vil pasientens bevisste innsikt i og bearbeiding av skam anses som nødvendig for et positivt terapeutisk utfall (Pineles, Street & Koenen, 2006; Van Vliet, 2008). Imidlertid er uidentifisert, forbigått skam hos pasienter et vanlig forekommende fenomen i psykoterapi (Lewis, 1971; Osherson & Krugman, 1990). Som beskrevet innledningsvis i oppgaven fant Lewis (1971) gjennom sine analyser av flere hundre terapitimer at når skam ble utløst hos pasientene ble dette i de fleste tilfeller forbigått av både pasientene selv og terapeutene. Det er postulert at en svekket allianse mellom pasient og terapeut samt fastlåsthet og brudd i terapirelasjonen ofte må tilskrives terapeutens forbigåelse av skamerfaringer hos pasienten (Lewis, 1971; Morrison, 2014; Broucek, 1991).

Tendensen til at skam forbigås i terapi kan belyses fra flere perspektiver. For det første vil terapeutens forbigåelse av egen skam svekke forutsetningene for å identifisere skam hos pasienten. Kaufman (2004, s. 220, min oversettelse) skriver i så henseende; *”Terapeuter må være villige til å erfare sin egen skam før de kan være i stand til å gjenkjenne og validere skam hos sine pasienter”*. Videre kan det være utfordrende for terapeuter å identifisere skammens mange ulike uttrykk hos pasienter (Livingston & Farber, 1996). Pasienter kan benytte seg av forskjellige strategier for skamunngåelse, eksempelvis bruk av humor, intellektualisering og projeksjon (Lewis, 1971; Nathanson, 1987). Ved dyp skamproblematikk kan pasienten ha utviklet uhensiktsmessige, gjennomgripende forsvarsstrategier for å unngå eller redusere erfaringen av skam. Dette kan omhandle tendenser til tilbaketrekking, unnvikelse, benektelse, perfektjonisme, konkurransebehov, opptatthet av å fremheve ens positive egenskaper samt angrep eller fiendtlighet rettet mot ens eget selv eller andre (Kaufman, 2004; Nathanson, 1987, 1992). De ulike strategiene for å unngå skam kan lede terapeutens oppmerksomhet vekk fra pasientens underliggende skamproblematikk (Morrison, 2014). Videre kan det forekomme at man i terapi forbigår skam gjennom et overfokus på skyld, eller gjennom tendensen til misattribusjon av skam til skyld. Sistnevnte kan blant annet tilskrives terapeutens usikkerhet vedrørende forskjeller mellom disse to selvbevisste emosjonene (Hahn, 2004).

Selve skamerfaringen er dernest ofte vanskelig for pasienter å sette ord på. På et fysiologisk nivå innebærer den prototypiske erfaringen av skam et raskt skifte fra høy sympatisk aktivering til parasympatisk aktivering av det autonome nervesystemet (Herman, 2012; Schore, 1998). Dersom denne responsen er intens nok kan det inhibere kompleks kognitiv fungering. Slik kan skammen bli en potensielt disorganiserende erfaring for pasienten (Schore, 2003). Dette sammenfaller med hvordan skam gjør det vanskelig for

pasienter å uttrykke seg om indre tilstander (Hellsten, Östman & Klingenberg, 1997). Skam ledsages sågar ofte av taushet (Lewis, 1971). Kaufman (2004) beskriver dette som at skam begrenser evnen til å språkliggjøre selvet. Skammen kan dermed forbli utydelig for pasienten siden den opererer på et implisitt nivå. Skam blir først og fremst kommunisert om gjennom emosjonens fysiske uttrykk. Den parasympatiske aktiviteten ved skam innebærer energibesparelse for kroppen. I det ytre vil dette vise seg ved at pasienten stanser opp i sin aktivitet, tonus i ansikts- nakke- og kroppsmuskulatur svekkes hvorpå hodet senkes og blikket viker fra terapeuten (Schore, 1994; Scheff, 1988; Gilbert, Pehl & Allan, 1994). Skam kan også ledsages av rødming og forsøk på å tildekke ansiktet (Lewis, 1971; Retzinger, 1995). Morrison (2014) poengterer at pasienters taushet om skam kan få terapeuter til å unnlate rette søkelys mot skammen. Istedenfor å snakke direkte om sin skam har pasienter tendens til å fortolke og presentere skam som ”noe annet”, som generelt ubehag, depresjon eller angst (Morrison, 2014; Horny, 1950). Å snakke direkte om egen skam har i seg selv potensiale til å aktivere samt forsterke skammen. Dette blant annet gjennom aktiveringen av såkalt metaskam, som genererer følelse av ”skam over skam”. At selve erkjennelsen av å bære på skam kan aktivere og forsterke skam, blir sentral for å forstå mange pasienters forsvar mot bevisst skamerfaring (Lewis, 1971; Scheff, 1988; Castelfranchi & Poggi, 1990). Lewis (1971) mener dette til dels handler om at metaerfaringen av skam leder til en intens og ofte overveldende autonom aktivering. Dette kan medføre at skammen enten ikke blir erkjent eller sågar blir benektet. Følgene kan være en indirekte skamerfaring som kan manifestere seg på to ulike måter; enten som en uidentifisert skamtilstand eller en forbigått skamtilstand. Ved *uidentifisert skam* er skamfølelsen tilgjengelig for pasientens bevisste erfaring, men på grunn av enten benektelse eller manglende erkjennelse blir ikke skammen identifisert som skam. Istedenfor kan det forekomme en udifferensiert skamfølelse, kjennetegnet av et generalisert ubehag eller en følelse av sinne eller hat mot selvet eller andre (Lewis, 1971; Retzinger, 1995). Pasienten kan erfare seg som hjelpeløs og paralyisert i situasjonen, men ute av stand til å identifisere følelsen av skam som ligger til grunn for hjelpeløsheten. Uidentifisert skam kan avsløres gjennom pasientens forenklede framstillinger av skamfølelsen. Han eller hun kan for eksempel bruke beskrivelser som å *føle seg dum, idiotisk* eller *latterlig* (Lewis, 1971). Skammen kan også holdes på avstand ved at pasienten projiserer sin indre skam på ytre omstendigheter. Lewis beskriver i den sammenheng hvordan kulturen kan tilby ”kodeord” eller fraser som retter fokus mot det skamfulle ved situasjon istedenfor hva som er skammelig ved individet. Eksempler på dette er uttalelser som ”det var et pinlig øyeblikk” og ”det var litt av en flause”. Slike verbale markører forekommer ofte samtidig med det fysiologiske

skamuttrykket eller øvrige nonverbale skammarkører som for eksempel stamming og markant senkning av stemmeleie (Lewis, 1971). Denne type skam betegnes derfor også som *overt* skam (Retzinger, 1995).

Ved *forbigått skam* vil pasientens bevisste innsikt i egen skamtilstand og forståelsen for hvordan tilstanden relateres til konkrete relasjonsscenarioer i liten grad være tilgjengelig for bevisst erfaring. Skammen forbigås i det store og hele ved at pasienten beskjeftiger seg med dilemmaer og problemstillinger som avler skyldfølelse og bekymringer. Ved forbigått skam forekommer det dessuten i liten grad fysiologiske tegn på skam (Lewis, 1987). Forbigått skam sammenfaller således med Retzingers (1995) beskrivelse av *kovert* skam, hvor de fysiske manifestasjonene av skam er helt eller delvis dempet. Dette øker sannsynligheten for at pasientens skam også forbigås av terapeuten.

### ***Skamunngåelse hos terapeuten***

Også blant terapeuter finner man en tilbøyelighet til å søke unngå bevisst erfaring av skam. Skamunngåelse hos terapeuten kan vise seg gjennom benekting eller ved at terapeuten i større eller mindre grad søker overføre egen skam på pasienten (Jacobs, 1996). Terapeuter med lav toleranse for å føle skam kan organisere sin terapeutiske stil slik at interaksjonen med pasienten i liten grad vil aktivere egen skam. Dette kan resultere i en snever terapeutisk tilnærming, for eksempel der hvor terapeuten inntar posisjonen som autoritativ ekspert. Stilt ovenfor negative tilbakemeldinger fra pasienten, eller pasientens manglende progresjon, kan terapeuten forsvare seg mot skam ved å hevde sitt eget perspektiv som mer legitimt enn pasientens. Gjennom å konfrontere pasienten med "sannheten" eller hva som er "virkelig" blir det pasientens oppgave å bære terapeutens skam (Jacobs, 1996). Terapeuter som er orientert mot skamunngåelse har ofte en motvillighet til å sette seg i situasjoner som potensielt kan fremkalle skam. Dette innebærer at de kan være lite motiverte for egenerapi, og sjelden etterspørre veiledning. Terapeuten kan skjule sitt terapeutiske arbeid i frykt for å bli eksponert og fordømt. Fraværet av et ytre perspektiv gjør det vanskelig for terapeuten å skaffe innsikt i hvordan egen skam og skamunngåelse kan forringe kvaliteten av det terapeutiske arbeid (Jacobs, 1996).

### Patologisk skam og skamforsvar

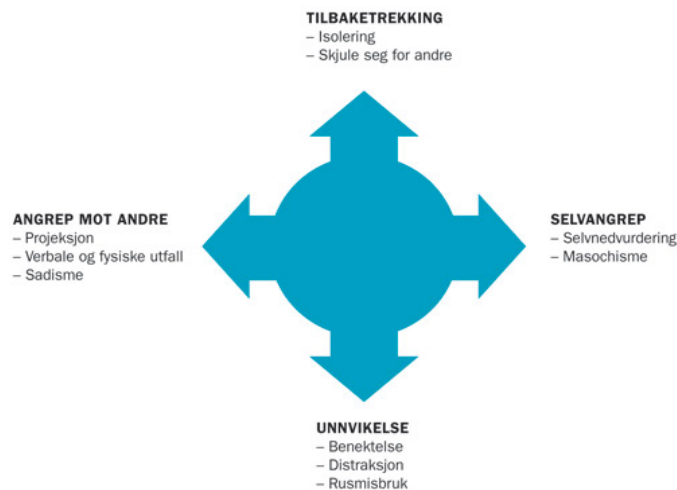
Dyp skam kan medføre at individet utvikler affektive, kognitive og interpersonlige strategier som er ment å holde skammen vekke fra den bevisste erfaringen (Nathanson, 1992). For at terapeuten skal bli bedre istand til å gjenkjenne skamproblematikk hos pasienten, samt regulere pasientens skam og tolerere de strategier pasienten kan benytte seg av for å unngå bevisst erfaring av skam, blir det sentralt at terapeuten har kjennskap til hvilke erfaringer og udekte behov som kan ligge til grunn for pasientens skam og skamforsvar. Det er først og fremst innen affektteorien til Silvan Tomkins, selvpsykologien til Heinz Kohut samt tilknytningsteori at man finner eksplisitte redegjørelser for utviklingen av den dype, globale skammen som kan prege mange pasienter som oppsøker psykoterapi. I det følgende gis det en oversikt over hvordan utvikling av patologisk skam og skamforsvar kan forstås fra disse tre teoretiske perspektivene.

#### *Affektteori*

Innen affektteorien til Silvan Tomkins (1987) danner det skambaserte kjernescriptet utgangspunkt for patologisk skamtilbøyelighet og skamforsvar. Tomkins beskriver at når det som i utgangspunktet er svært gode erfaringer for individet, beskrevet som *scener* preget av glede og interesse, ikke blir respondert positivt på av andre, snus erfaringene til å bli *scener preget av skam*. Gjentatte slike erfaringer legger grunnlag for det Tomkins betegner som et *skambasert kjernescript*. Desto flere skamutløsende scener individet har erfart, desto større sannsynlighet foreligger for at skammen ”utvides” og assosieres med andre affekter, samt et vidt spekter av tanker og responser. Tomkins betegner dette som psykologisk forstørring. Forstørring medfører at en affekt kan forbindes til alle andre affekter samt øvrige indre eller ytre erfaringer som ledsager en scene. Det er gjennom forstørringsprosessen at Tomkins forklarer utviklingen av den globale skammen som rammer hele selvforståelse.

Et skambasert kjernescript skaper et sterkt behov for å reversere skambelagte scener slik at de blir gode igjen. Personen streber etter å erfare seg selv som god, samtidig som han eller hun søker unngå sitt ”vonde” jeg. Det presserende behovet for å gjenetablere gode scener samtidig med at vonde scener må unngås, gjør kjernescriptet til en strategi for håndtering av et vidt spekter av situasjoner. Dette inkluderer også situasjoner hvor kjernescriptet blir en unødvendig eller maladaptiv strategi. Et skambasert kjernescript gjør individet årvåkent ovenfor signaler om avvising og krenkelser. Samtidig innehar personen forventninger om at

avvisning og krenkelser unektelig vil komme. I tråd med scriptets funksjon om å forberede individet på håndtering av nye emosjonelt betydningsfulle scener for å unngå negativ affekt, vil et skambasert kjernescript fremme en kontinuerlig undertrykking av de affekter, kognisjoner og responser som er blitt assosiert med skam (Tomkins, 1987). Tomkins forstår script som den stabile dimensjonen i menneskets personlighet, ansvarlig for opplevelsen av kontinuitet av selverfaringen og erfaringen av andre. Etablerte script er således selvbekreftende og svært robuste for endring. Endring av script, og derav endring av personlighetsfungering, forutsetter erfaringen av nye, emosjonelt betydningsfulle scener som i vesentlig grad avviker fra scriptets innhold. Med opphav i Tomkins' forståelse av script har Nathanson (1992) postulert fire familier av skambaserte script, presentert gjennom modellen *The Compass of Shame*. Modellen viser ulike forsvarsstrategier hvorigjennom individet kan søke å redusere eller unngå skam. De fire scriptvariantene benevnes som *Tilbaketrekking*, *Unnvikelse*, *Angrep mot andre* og *Selvangrep*. Individet kan benytte seg av ulike script på tvers av ulike situasjoner som utløser skam eller innehar potensiale for at man får aktivert skam. Det kan også forekomme at flere script benyttes samtidig. Over tid foreligger imidlertid ofte karakteristiske mønstre for hvilke script individet tar i bruk, samt hvilke rekkefølge de forekommer i og hvor raskt og ofte de benyttes. Skamforsvaret kan således gjenspeiles i spesifikke relasjonsstiler samt i ulike former for psykopatologi (Nathanson, 1992).



**Figur 1.** Fire familier av skambaserte script, framsatt av Nathanson (1992). Kopi av modell hentet fra Geir Berg (2012).

### *Selvpsykologi*

Grunnlegger av selvpsykologien, Heinz Kohut, vektla betydningen av relasjoner for individets psykologiske fungering. Barnet avhenger av støttende interaksjoner med andre for å utvikle en fornemmelse av å være et eget selv, adskilt fra, men likevel forbundet til andre (Kohut, 1971). Samspillserfaringer med foreldre eller andre betydningsfulle personer i barnets liv fører til at egenskaper ved disse individene blir integrert i barnet som deler av barnets egen selvstruktur. En sunn selvutvikling gjenspeiles i den voksnes kapasitet til å selvregulere vanskelige affekter og erfaringer; til tross for indre og ytre påkjenninger oppleves ikke selvet som fragmentert. Personen erfarer å være et intakt selv på tvers av ulike omstendigheter (Kohut, 1971; Karterud, 1997). Selvets utvikling fordrer modning av selvets tre ”poler”; det grandiose selvet, det idealiserende selvet og det tvillingsøkende selvet (Kohut, 1971, 1984). Modningen av det grandiose selvet avhenger av at barnet får sine speilende behov dekt. Dette innebærer at barnets unike egenskaper blir speilet og derigjennom bekreftet av andre, noe som underbygger opplevelsen av at ens eget selv er grunnleggende verdifullt. Svikt i tidlige speilende selvobjektrelasjoner fører til at barnets grandiose behov og ekshibisjonistiske uttrykk forbli mer eller mindre unøytralisert. Med økende alder oppleves det stadig vanskeligere å motta betingelsesløs anerkjennelse, noe som kan etterlate personen med følelser av lav vitalitet, tomhet og misnøye. Kohut (1978) beskriver dette som en skamtilstand utløst av uinnfridde forventninger om å bli speilet og beundret av andre. Urealistiske forventninger om stadig aksept og beundring gjør det umodne grandiose selvet sårbart for krenkelser og skuffelser. Skam kan dermed bli en dominerende følelsestilstand hos personen.

Modningen av det idealiserende selvet forutsetter på sin side at barnet får imøtekommet behov for å identifisere seg med en kompetent og klok annen. Dette forutsetter erfaringer av foreldrene som beskyttende, trygge og pålitelige. Barnet kan dermed internalisere disse erfaringene, slik dette er blitt kommunisert av de voksne. Denne internaliseringen danner grunnlag for selvtillit og opplevelsen av å være kompetent og handlekraftig, med selvstendige idealer og målsettinger (Kohut, 1971). Mangelfulle erfaringer med idealiserende selvobjekter kan på den ene siden manifestere seg som en stadig avhengighet av andre, eller på den annen side føre til overdreven selvstendighet. I psykoterapi kan dette vise seg gjennom pasientens behov for å idealisere terapeuten og oppleve terapeuten som omnipotent, eller gjennom avvisning og/eller devaluering av terapeutens forsøk på å være til nytte for pasienten (Kohut, 1971, 1984; Shreve & Kunkel, 1991).

Det tvillingsøkende selvet modnes takket være tilstrekkelig gode alter ego selvobjektrelasjoner. Barnet inngår her i relasjoner til andre som barnet oppfatter som lik seg selv, som for eksempel søsken og jevnaldrende venner. Disse tidlige erfaringene av likhet underbygger det voksne individets erkjennelse av at man i prinsippet er som alle andre (Kohut, 1984). Skam kan oppstå ved mangel på alter ego selvobjektrelasjoner, hvor personen opplever seg selv som annerledes, abnormal og utenfor det menneskelige fellesskapet (Cornett, 1991).

Kohut (1977) vektla potensialet for kontinuerlig selvutvikling gjennom livsløpet. Mangelfull empatisk respons fra tidlige selvobjekter legger riktignok føringer for en patologisk selvutvikling, men senere i livet kan erfaringer gjennom nye, tilstrekkelig gode selvobjektrelasjoner bidra til korrigering av selvstrukturen. Psykoterapi kan nettopp forstås som en relasjon som muliggjør en slik korrigerende erfaring. Imidlertid vil pasientens uinnfridde behov fra tidligere selvobjektrelasjoner gi en opplevelse av å være sosialt sårbar, noe som i seg selv kan utløse skamfølelse. Pasienten kan videre erfare skam når udekte selvbehov blir tydeliggjort i terapi, for eksempel behovet for at terapeuten eller andre skal beundre en, eller det tvillingsøkende behovet for å oppleve seg selv og terapeuten som like (Kohut, 1971, 1972, 1984). Skamfølelse over udekte selvbehov aktiverer ofte pasientens skamundertrykkende strategier, for eksempel tilbaketrekking eller fiendtlighet. Skamundertrykkende strategier bidrar i seg selv til å undertrykke pasientens selvbehov. Konsekvensen kan være at pasienten ikke klarer nyttiggjøre seg av terapeuten som et selvobjekt, og følgende ikke oppnår terapeutisk framgang (Smith, 2008).

### ***Tilknytningsteori***

Spedbarnsforskning har vist at affekter, slik de erfares og reguleres i den tidlige tilknytningsrelasjonen mellom barnet og dets primære omsorgsgivere, er sentrale i organiseringen av barnets selverfaring og selvforståelse (Stern, 1985). Gjennom affektivt ladete erfaringer i tilknytningsrelasjonen erverver barnet kunnskap om måter å være på med andre (Beebe & Lachmann, 1988). Affektive tilstander blir delt og regulert i et intersubjektivt system hvor barnet og omsorgsgiver gjensidig påvirker hverandres selvtilstander (Beebe, Jaffe & Lachmann, 1992). De tidlige samspillserfaringene mellom barn og omsorgsgiver preges av gjensidig øyekontakt og smil som leder til aktivering og forsterkning av intens

positiv affekt (Beebe & Lachmann, 2014). Gjennom dannelsen av indre, presymbolske representasjoner av disse positive interaksjonene, utvikler barnet forventninger om at omsorgsgiver vil bekrefte, ta del i samt forsterke barnets positive affekter. I motsetning til adskilthet fra tilknytningspersonen, som kan vekke frykt og protest hos barnet, vil skam først oppstå når kontakten reetableres og den voksne uforventet ikke matcher barnets glede og entusiasme over gjenforeningen (Schore, 1998). Dette bygger på Tomkins' (1987) forståelse av skam som *responsavbryter for positiv affekt*. I stedet for å ta del i barnets positive tilstand, signaliserer foreldrene om likegyldighet, forakt eller avsky. Uinnfridde forventninger om at egen positive selvtilstand vil bli anerkjent og delt av forelderen gjør at barnet beveger seg svært raskt fra en forventningsfull, hyperaktivert tilstand, styrt av det sympatiske nervesystemet, til en nedstemt, hypoaktivert tilstand dominert av det parasympatiske nervesystemet (Schore, 2015). Slike tidlige skamerfaringer er ikke isolert sett skadelig for barnet. De vil også være mer eller mindre uunngåelige erfaringer i tilknytningsrelasjonen. Dette siden omsorgspersonen aldri kan være fullstendig inntonet på barnets tilstander til enhver tid. Videre vil foreldre mer eller mindre ubevisst benytte seg av feilinntoning ovenfor barnets positive affekter, som et virkemiddel i oppdragelsen. Foreldres påføring av skam ovenfor barnet blir slik sett et forsøk på å regulere barnets ekshibisjonistiske uttrykk og realitetsorientere barnets tidlige omnipotente selvopplevelse (Schore, 1998). Schore mener at skam på denne måten må forstås som en nødvendig emosjonell erfaring i barnets sosialiseringsspross. Broucek (1991) problematiserer imidlertid ved skam som oppdragende virkemiddel, og beskriver dette som at omsorgsgiver responderer på en måte som hemmer barnets handlekraft og intensjonalitet. Barnets smertefulle erfaring av skam er her forbundet med å bli sett som et objekt av foreldrene, og ikke som et selvstendig subjekt med følelser av stolthet og vitalitet. I motsetning til Broucek som fortrinnsvis knytter skam til foreldres manglende affektive inntoning eller feilinntoning ovenfor positiv affekt hos barnet, mener Lansky og Morrison (2014) at skam kan utløses av foreldres ignorering av eller feilinntoning ovenfor enhver signifikant affektiv erfaring hos barnet, både positiv og negativ. Schore (1994, 1998) beskriver i denne forbindelse *utviklingskam* forbundet med vedvarende omsorgssvikt. Til grunn for utviklingskam har barnet gjennomgående erfaringer av at selvtilstander og behovsuttrykk ikke blir adekvat respondert på av foreldrene. Dette inkluderer også affektive tilstander av frykt, angst, sinne, tristhet og fortvilelse. Videre kan det foreligge *traumeskam* dersom barnet utsettes for skremmende og truende erfaringer i tilknytningsrelasjonen. Barnet har her blitt fratatt mulighet for trygghet og positive følelser i



en kontekst av truende opplevelser, etterfulgt av fravær av emosjonell støtte (Schore, 2003; Shengold, 1989).

Uavhengig av hvilke feilinntoninger som er forløper til barnets skamtilstand, vil imidlertid en tilstrekkelig empatisk inntonet forelder raskt identifisere barnets skam slik dette kommuniseres gjennom passivitet, tilbaketrekking, unnvikelse av øyekontakt og andre ytre uttrykk. En støttende respons blir her at forelderen hjelper barnet til å gjenvinne positiv affekt og selvfølelse. Konsistente erfaringer av slik ytre regulering, hvor skamfølelsen gjøres håndterbar, understøtter en trygg tilknytning hos barnet samt barnets evne til selvregulering av skamtilstander (Schore, 1998). Foreldre som strever med empatisk inntoning og adekvat respondering på barnets behov, risikerer imidlertid å feilinn tone seg på barnets skam og således forlate barnet i en dysregulert skamtilstand barnet vanskelig kan komme ut av på egenhånd. Ifølge Engel og Schmale (1972), referert til hos Schore (1998), kan dette innebære at barnet utvikler et inhibert atferdsmønster preget av en subjektiv erfaring av håpløshet og hjelpeløshet. Ved tidlig traumeskam, hvor tilknytningspersonen på en direkte måte krenker barnet samt ikke klarer imøtekomme barnets behov for trøst, aktiveres skam i sin mest intense form, beskrevet som ydmykelse. Ydmykelse medfører en ekstremt dysregulert tilstand av forhøyet parasympatisk aktivering, samt forhøyet sympatisk reaktivitet (Schore, 1998). Gjennom ignorering eller affektiv feilinn toning bidrar omsorgsgiver til forsterkning av barnets stress. På denne måten kan barnet oppfatte omsorgsgiver som et potensielt disorganiserende objekt (Schore, 2009). Slike tidlige overveldende skamerfaringer kan danne skamrelaterte minner som integreres i den selvbiografiske hukommelsen (Kaufman, 2004; Schore, 1998, 2001; Andrews, 2002). Når disse minnene aktiveres, oppleves de som truende, med kraft til å påvirke kognisjon, oppmerksomhet, emosjonelle reaksjoner og nevrofysiologiske responser (Pinto-Gouveia & Matos, 2011; Dickerson, Gruenewald & Kemeny, 2004; Schore, 1998, 2001). I henhold til Brewin (2006) vil minner om skam påvirke den implisitte hukommelsen blant annet gjennom den kroppslige erfaringen av selvet. Gjennom livsløpet kan umiddelbare indre erfaringer som tanker, impulser eller følelser som er blitt assosiert med slike tidlige minner om skam, fremkalle en akutt skamtilstand (Kaufman, 2004).

Omsorgsgivere som gjentatte ganger påfører barnet skam risikerer å legge føringer for en inautentisk selvutvikling hos barnet (Nicolosi, 2009). Barnet orienteres mot å hindre atferd og emosjonelle uttrykk som strider imot hva foreldrene kan akseptere. Dermed er det nær

forbindelse mellom skamfølelse og frykt for tap av andres kjærlighet, hvor eksponering av det personen lærer å kjenne som uakseptable egenskaper, karakteristikk, tilstander og behov ved selvet medfører frykt for at andre vil ta avstand fra en (Wells & Jones, 2000). Schore (1998) beskriver dette som at overveldende skamerfaringer tidlig i livet påvirker personens nonverbale forståelse av seg selv og andre. Stern (1985) anser slik implisitt relasjonell kunnskap som styrende for personens forventninger av hvordan andre vil respondere på en, og som grunnlag for generalisering av spesifikke måter å være på med andre. Gitt at erfaringer av dysregulert skam i tilknytningsrelasjonen blir mange og sterke nok, kan barnet danne indre representasjoner av interaksjonene som ledet til skam. Derigjennom kan barnet utvikle liten tiltro til at ens eget selv er i stand til å fremkalle samt opprettholde positive emosjoner hos andre. Videre forventes det at andre vil respondere på barnets skamtilstand på en måte som øker stress, hvor skam dermed forventes å måtte resultere i stress og disorganisering (Sroufe, 1996). Dette legger føringer for en utrygg tilknytning, hvor et utrygt tilknyttet barn er desto mer sårbart for å la seg overvelde av skam. Konsekvensene kan være at barnet forblir i en vedvarende dysregulert skamtilstand, eventuelt at barnet forsøker seg på en uhensiktsmessig regulering av skamtilstanden gjennom rigid selvkontroll (Sroufe, 1996). Schore (2003) beskriver dette som at utilstrekkelig ytre regulering av stress hos barn danner grunnlag for intrapsykiske forsvarsmekanismer som enten kan være aktive (sympatiske) eller passive (parasympatiske), alt ettersom hvordan barnet har opplevd at egen atferd fremkaller spesifikke responser hos omsorgsgiver. Dette kan forklare forbindelsen mellom skamtilbøyelighet og en overopptatt eller fryktbasert tilknytningsstil i voksen alder (Lopez, Gover, Leskela, Sauer, Schirmer & Wyssmann, 1997). En overopptatt tilknytningsstil kjennetegnes av følelser av uverdighet og dyp tvil vedrørende egen kapasitet til å fremkalle positive følelser hos andre. Personen har negative indre representasjoner av eget selv, men positive representasjoner av andre og oppfatter andres aksept som en bekreftelse på egen verdi (Sperry, 2016). Dette skaper sterk interpersonlig avhengighet, hvor mangel på nærhet oppleves svært truende (Lopez et al., 1997). En fryktbasert tilknytningsstil rommer på sin side negative indre representasjoner av både selvet og andre. Personen ser seg selv som verdiløs og er engstelig for hvordan andre vil respondere på en. Det foreligger forventninger om avvising og at man vil bli dårlig behandlet dersom man viser seg sårbar. Følgene blir gjerne sosial tilbaketrekking (Lopez et al., 1997; Sperry, 2016).

### Skam og negative prosesser i terapi

Når pasientens skam har opphav i erfaringer som har ledet til, avhengig av de teoretiske begrepene man benytter seg av, et skambasert kjernescript, et fragmentert selv, utviklingskam og/eller traumeskam, skapes ofte en skjør personlighetsfungering som følge av at pasienten har manglet en tilstrekkelig trygg og responsiv tilknytningsperson (Schore, 2015). Fra et selvpsykologisk perspektiv vil en skampreget pasient derfor ha behov for stabiliserende selvobjektrelasjoner. Siden pasientens skampåførende tilknytningsperson gjerne er blitt internalisert som et devaluerende introjekt, vil imidlertid pasienten kunne erfare nye selvobjektrelasjoner som konfliktfylte (Lansky, 1995). Dette dilemmaet viser seg blant annet ved at pasienter med patologisk skam ofte strever med hva som er passende grad av emosjonell nærhet ovenfor selvobjekter som har potensiale til å tilby økt selvsammenheng. Tendensen til å bli enten for intim og nær, eller for distansert og uavhengig, blir en kilde til skam og disorganisering for pasienten (Lansky, 1995). Pasienten kan, som beskrevet i kapitlet om patologisk skam og skamforsvar, søke forsvare seg mot bevisst skamerfaring gjennom spesifikke måter å relatere seg til andre på, enten beskrevet i form av script, slik de fremstilles gjennom skamkompasset til Nathanson (1992) eller gjennom selvpsykologiens forståelse av fordekkelse av udekte behov for speiling, idealisering og tvillingskap, samt ulike tilknytningsmønstre. Uavhengig av teoretisk innfallsvinkel vil pasientens håndtering av skam på den ene siden reflektere behovet for å beskytte et sårbart selv, og på den annen side behovet for å opprettholde relasjoner til andre eller finne måter å *tåle å være til på* (Miller & Stiver, 1997). Miller og Stiver beskriver denne problemstillingen som ”det sentrale relasjonelle paradoks”; pasienten avhenger av relasjoner til andre, men kan bare oppnå dette ved å skjule vesentlige aspekter ved seg selv. Dette inhiberer det å fullt og helt kunne relatere seg til andre på måter som fremmer vekst og utvikling (Miller & Stiver, 1997).

I terapeutisk arbeid med skampregede pasienter vil det, til tross for terapeutens ytterst taktfulle, sensitive holdning, nær sagt være uungåelig at det oppstår mønstre av predikerbare interaksjoner som aktiverer skam og skamforsvar hos pasienten (Zaslav, 1998). Mange skampregede pasienter har en prototypisk opplevelse av skam kjennetegnet av et internalisert devaluert introjekt (det utilstrekkelige selvet) og et eksternalisert devaluerende introjekt (den kritiske andre). Disse pasientene er tilbøyelige til å respondere på erfaringer av skam i terapi ved å trekke seg tilbake fra terapeuten, benytte unnvikende strategier eller angripe eget selv (Hahn, 2000). Andre pasienter unngår bevisst skamerfaring ved å fastholde et internalisert

devaluerende introjekt (det kritiske selvet) parallelt med at det devaluerte introjektet blir eksternalisert (den utilstrekkelige andre). Skam og skamforsvar vil her gjenkjennes av tendensen til å innta en dominerende, kritisk, avvissende, aggressiv eller fiendtlig holdning ovenfor terapeuten (Hahn, 2000).

Pasientens forsøk på å eksternalisere sitt devaluerte eller devaluerende introjekt kan forekomme gjennom projeksjon eller projektiv identifikasjon. Dersom, og i den grad, pasientens overførte materiale resonnerer med terapeutens egen skam og strategier for skamforsvar, kan dette utløse motoverføringsreaksjoner hos terapeuten (Hahn, 2000). Om slike skambaserte transaksjoner ikke blir identifisert og forsøkt løst opp i, kan de eskalere. Konsekvensene vil ofte være en svekket terapeutisk relasjon, hvor terapiprosessen kan ta en destruktiv retning som innebærer forsterkning av pasientens skam og skamforsvar (Hahn, 2000, 2004). I det følgende redegjøres det for karakteristiske mønstre av skambaserte overføringer -og motoverføringer slik de kan forekomme i terapi.

### ***Tilbaketrekking***

Steiner (1993, 2015) omtaler den tilbaketrukne tilstanden som preger mange pasienter i psykoterapi som en form for psykisk ”retrett”. Han mener at skam blir den første terapeutiske utfordringen i møte med disse pasientene. Den tilbaketrukne pasienten er motvillig til interpersonlig involvering med terapeuten, og distanserer seg fra å utforske egne indre tilstander i frykt for skam og avvissning (Black, Curran & Dyer, 2013). Et tilbaketrukkent skamforsvar kan derfor medføre at det tar svært lang tid før pasienten er i stand til å nærme seg en bevisstgjøring av de grunnleggende årsakene til sine vansker (Hahn, 2004). Tilbaketrekking kjennetegnes av alle de måter som pasienten søker distansere seg fra terapeuten på for å skjule sin selvopplevde utilstrekkelighet. I subtil form kan dette innebære unnvikelse av øyekontakt, mens det i omfattende grad viser seg som en rigid emosjonell lukkethet (Hahn, 2000). Historisk sett har tilbaketrekking hatt status som en forholdsvis harmløs forsvarsstrategi hos pasienter, hvor en midlertidig tilbaketrekking som respons på akutt skamfølelse sågar kan forstås som en adaptiv, normal prosess (Nathanson, 1992). I en studie av Black, Curran og Dyer (2013) fant man derimot at vedvarende og omfattende tilbaketrekking var den forsvarsstrategien mot skam med størst potensiale for å vanskeliggjøre utvikling av en god terapeutisk relasjon. Dette veid opp imot de øvrige tre strategiene beskrevet gjennom ”skamkompasset” i form av selvangrep, unnvikelse og angrep mot andre.

Innen selvspsykologien forstås tilbaketrekking som et forsvar mot skam og selvfragmentering forbundet med et allerede sårbart selv. Frykten for skam kan derfor få pasienter til å isolere seg og unnlate investere i selvobjektrelasjoner som har potensiale til å tilby fremtidig støtte (Shreve & Kunkel, 1991). Gjennom projeksjon kan den tilbaketrukne pasienten eksternalisere sitt devaluerende introjekt på terapeuten. Terapeuten oppleves dermed som kritisk og den som har makt til å avvise. Mollon (1986), referert til hos Hahn (2002), påpeker at dette oppleves av pasienten som en legitimering av egen tilbaketrekking. Pasienten kan her oppleve at skam er noe som man blir påført av terapeuten, hvor motivet er å gjøre pasienten svak og forsvarsløs. Å bli påført skam utenifra, kan dermed erfares som en forløper til mer alvorlige angrep (Steiner, 2015). Steiner refererer her til Melanie Kleins (1946) beskrivelse av den tidlige opplevelsen av å bli forfulgt, hvor barnet har en følelse av at det finnes en fiendtlig kraft som er ute etter å skade, ødelegge og til syvende og sist utslette det. Tidlige erfaringer av at andre har påført en skam med intensjon om å skade kan ha etterlatt pasienten med paranoide forestillinger som gjør det vanskelig å stole på andre (Steiner, 2015).

Som nevnt vil skampregede pasienter ofte streve med øyekontakt. Ved å vike med blikket og unngå investere i terapirelasjonen blir det mulig for den tilbaketrukne pasienten å ”*unngå både det å se og det å bli sett*” (Steiner, 2015, s. 1590, min oversettelse). Tilbaketrekkingen vanskeliggjør dermed pasientens mulighet for å erfare hvordan det er å bli sett på av en empatisk og vennlig terapeut. Pasientens tilbaketrekking kan her springe ut av opplevelsen av terapeuten som ”det gode objekt”, hvor selv denne type objektrelasjon blir problematisk for pasienten. Pasienten kan føle at han eller hun, gjennom sitt defekte selv, unektelig vil skuffe terapeuten og ikke klare leve opp til dennes forventninger eller nå terapeutiske mål. Tilbaketrekkingen gjør at pasienten unnslipper terapeutens medfølende blikk, hvor dette blikket kan erfares som at man påføres skam over å være en skuffelse eller byrde ovenfor en velmenende annen (Steiner, 2015).

#### *Terapeutens responser*

Terapeutens egen skam kan resonnerer med den tilbaketrukne pasientens skam dithen at terapeuten identifiserer seg med pasientens devaluerte selv. Dette kan føre til en konkordant motoverføring, hvor også terapeuten ser seg selv som uverdigg, samt hjelpeløs og inkompetent i behandlerrollen. På samme måte som pasienten søker unngå eksponering av sitt ”defekte” selv ved å trekke seg tilbake fra emosjonell kontakt, kan terapeuten respondere med en

parallell tilbaketrekking som ligner pasientens skamforsvar, eksempelvis i form av unngåelse av øyekontakt eller mer omfattende distansering (Hahn, 2000). Gjennom rasjonaliseringer rettet mot pasientens antatte behov for en nøytral terapeut, og overdreven oppfatthet av teknikk, kan terapeuten søke å legitimere egen tilbaketrekking. Dette på bekostning av empatisk inntoning og sensitivitet ovenfor pasientens vansker. Parallell tilbaketrekking bistår terapeuten med å unngå ytterligere aktivering av skam over å se seg selv som utilstrekkelig i behandlerrollen ovenfor en emosjonelt lukket pasient (Hahn, 2000).

I tilfeller hvor terapeuten identifiserer seg med pasientens eksternaliserte devaluerende introjekt, kan det oppstå en komplementær motoverføringsreaksjon. Også her kjennetegnes terapeutens responser av distansering, men med preg av resignasjon og oppgitthet. Pasientens tilbaketrekking fortolkes som at han eller hun er ute av stand til å ta imot hjelp eller ikke ønsker hjelp. Slik går terapeuten selv fri fra skam over å føle seg som en som ikke er kapabel til å hjelpe (Hahn, 2000).

Både en konkordant og komplementær motoverføringsreaksjon ovenfor tilbaketrukne pasienter gjør det vanskelig å nærme seg en terapeutisk allianse. Følgende kan være at terapiprosessen aldri kommer i gang (Hahn, 2000). Dernest vil terapeutens egen passivitet bidra til å bekrefte pasientens forestilling om at man gjør best i å isolere seg fra andre som følge av opplevelsen av at andre ikke finner det verdt å investere i en. En taus og distansert terapeut vil dermed risikere å forsterke pasientens skam og tilbaketrukne skamforsvar (Nathanson, 1992).

### ***Unnvikelse***

Unnvikelse som skamforsvar inkluderer risiko- og avhengighetsatferd som blant annet spillavhengighet, promiskuøs seksuell atferd, rusmisbruk og overspising. Intensjonen er her å unngå bevisste erfaringer av skam gjennom aktivering av andre emosjoner (Hahn 2000; Nathanson, 1992). Når unnvikelsesatferden ikke lenger fungerer som forsvar mot skam, noe som kan inntreffe når atferden skaper ytterlige problemer i pasientens liv eller når pasienten har skjult atferden fra andre men blir avslørt, erfarer pasienten *”den ulidelige skamfulle opplevelsen av å være et dårlig og utilstrekkelig menneske”* (Hahn, 2000, s. 16, min oversettelse). Dette kan inntreffe dersom terapeuten utfordrer pasienten til å oppgi sin unnvikelsesatferd. Siden unnvikelse innebærer at pasienten har svært lav toleranse for skam, er det nærliggende at pasienten benytter seg av *”angrep mot andre”* som sekundært skamforsvar i møte med terapeutens konfrontasjon om unnvikelsesatferden, for eksempel pasientens rusmisbruk. Ved å anklage terapeuten for å ikke ha forståelse for ens vansker og

således eksternalisere sitt devaluerte introjekt på terapeuten, kan pasienten fremdeles holde skammen vekke fra bevisstheten (Hahn, 2000).

Unnvikelse kan imidlertid også innebære grandios, arrogant atferd, samt perfeksjonisme og idealisering av andre. For pasienter som i liten grad har hatt mulighet til å idealisere sine omsorgsgivere, kan terapi fortone seg skamutløsende. Mangel på tilstrekkelig gode speilende og idealiserende selvobjektrelasjoner tidlig i livet kan i terapikonteksten gi seg utslag i pasientens *”fornyede erfaring av usikkerhet om hvordan man skal vurdere seg selv”* (Hultberg, 1988, s. 122, min oversettelse). Pasienten har her gjerne tidlig i livet inntatt en rolle som sterkere, klokere og mer forståelsesfull enn hva hans eller hennes foreldre viste seg å være. Slike erfaringer kan gjøre pasienten tilbøyelig til å utvikle et relasjonsmønster hvor relasjoner må bestå av en dominerende, superior part og en underlegen part. Interaksjoner med en varm og hjelpsom terapeut kan dermed få pasienten til å føle seg underlegen. Dette aktiverer skam og ofte en ubevisst, irrasjonell aggresjon som pasienten søker forsvare seg mot ved å i overdreven grad tilpasse seg terapeuten og terapikonteksten (Hultberg, 1988). Skårderud (2001) skriver i den forbindelse om skamforsvar hos ”flinke” pasienter. For å bøte på lav selvfølelse kan pasienter bli opptatt av å imøtekomme det som oppleves som ytre forventninger i terapirelasjonen. Flinke pasienter ønsker ikke skuffe eller belemre terapeuten, og kan derfor bagatellisere sine vansker. Det blir tilsynelatende viktigere å være veltilpasset enn å motta hjelp. Overdreven tilpasning kan uttrykkes gjennom ukritisk imøtekommelse av terapeutens forslag samt uttrykk for beundring av terapeuten og terapeutens måte å arbeide på (Skårderud, 2001; Hultberg, 1988). Til tross for pasientens anerkjennelse av terapien som til nytte for ham eller henne, vil symptomene imidlertid ofte vedvare eller også forverres. Dette har opphav i at pasientens ubevisste skam og raseri over å ikke kunne idealisere tidlige selvobjekter, forblir uløst. Pasienten tyr istedenfor til et perfeksjonistisk skamforsvar, noe som vanskeliggjør terapeutisk framgang (Hultberg, 1988). Perfeksjonisme og idealisering er blitt forstått som en form for utviklingsmessig ”arrest” hvor pasienten stadig avhenger av å oppfatte seg selv og sine dårlig differensierte selvobjekter som perfekte for å kunne opprettholde en stabil selvfølelse (Sorotzkin, 1985).

### *Terapeutens responser*

Dersom terapeuten identifiserer seg med den unnvikende pasientens devaluerte introjekt kan det oppstå en konkordant motoverføring hvor også terapeuten tar i bruk et unnvikende skamforvar. Terapeutens unnvikelse kjennetegnes av bevisste eller ubevisste ønsker om å

opløse terapirelasjonen. Dette kan for eksempel manifestere seg ved at terapeuten stadig møter for sent til terapitimer eller avlyser disse, samt glemmer viktig informasjon om pasienten og/eller foretar upassende intervensjoner som ikke har fundament i pasientens affektive behov (Hahn, 2000). Når terapeutens primære reaksjon på skam er unnvikelse, og terapeuten har identifisert seg med pasientens eksternaliserte devaluerende introjekt, kan det oppstå en komplementær motoverføring hvor terapeuten føler avsky og forakt ovenfor pasientens unnvikelsesatferd (Hahn, 2000). Terapeuten retter her et uforholdsmessig sterkt fokus mot pasientens ytre atferd og inntar rollen som den kritiske og fordømmende. Dette vanskeliggjør empati med pasienten og forståelse for hvordan hans eller hennes ubevisste skam motiverer til samt opprettholder unnvikelsesatferden (Hahn, 2000).

Den skamunnvikende pasientens overdrevne tilpasning til terapeuten, uttrykt gjennom en eventuelt idealiserende overføring, kan resonnerer med terapeutens behov for å bli idealisert og oppleve sine pasienter som ”perfekte”. Siden terapeuter med grandiose, narsissistiske trekk ser seg selv som perfekte, talentfulle og svært effektive i terapeutrollen, forventes det gjerne heller intet mindre enn perfekte resultater av terapi, hvor pasienten, gjennom sin tilpasning, kan speile terapeutens vellykkethet (Horwitz, 2000). En grandios tilbøyelighet hos terapeuten vil derfor gjøre terapeuten orientert mot å selv idealisere sine pasienter, for å styrke eget selvbilde. For eksempel kan terapeuten fortrinnsvis fokusere på pasientens prestasjoner og suksesshistorier (Kernberg, 1975). Det skapes dermed ikke rom for å tematisere det som pasienten vanskelig kan akseptere ved seg selv (Hahn, 2000). Pasientens perfeksjonistiske streben, som altså kan romme behovet for å oppfatte terapeuten som perfekt, bekrefter terapeutens grandiose selvbilde. Av den grunn vil grandiose trekk hos terapeuten vanskeliggjøre identifisering av pasientens idealiserende overføring og derav også identifisering av hvordan dette kan gjenspeile et unnvikende skamforsvar. Grandiose trekk gjør tvert imot terapeuten tilbøyelig til å forsterke pasientens unnvikende, perfeksjonistisk skamforsvar. Dette da positiv oppmerksomhet fortrinnsvis gis når pasienten oppfyller terapeutens forventninger (Horwitz, 2000).

### ***Angrep på selvet***

For en del skampregede pasienter er skamfølelsen først og fremst relatert til frykt for avvisning og tap av forbindelse til andre. Pasientens indre representasjoner av eget selv og egne behov er blitt forbundet med noe uverdige og iboende ”dårlig” som andre vil ta avstand fra. Pasienten kan derfor være årvåken ovenfor tegn på interpersonlig avstand og avvisning,



og kan innta en hjelpeløs, selvutslettende og avhengig rolle i relasjoner, som for å forsøke sikre seg at forbindelse til den andre på en eller annen måte opprettholdes (Nathanson, 1992). Ulike former for selvangrep og selvdestruktiv atferd, som å benekte eller avvise normale, legitime behov og signifikante sider ved eget selv, eller å fysisk skade seg selv, sulte seg selv og eventuelt forsøke ta sitt eget liv, blir strategier for å kvitte seg med det ”dårlige” ved selvet i håp om at den andre lettere skal kunne akseptere en (Nathanson, 1992). Disse skampregede pasientene kan derfor slik sett oppleve den selvdestruktive atferden som eneste tilgjengelige strategi for å forsikre seg om at terapeuten ikke vil oppgi en (Hahn, 2000).

### *Terapeutens responser*

Den selvskadende pasientens devaluerte introjekt kan resonnerer med terapeutens følelser av skam over seg selv og frykten for å ikke kunne etablere en terapeutisk forbindelse til pasienten. Her kan terapeuten risikere å overidentifisere seg med pasientens følelser av hjelpeløshet og uverdighet (Hahn, 2000). I forsøk på å kompensere for dette kan terapeuten bli altfor handlingsorientert i form av å ville gi råd og anbefalinger som er myntet på å hjelpe pasienten med å få bukt med den ytre, selvdestruktive atferden. Terapeuten inngår her i en konkordant motoverføring hvor målet er å unngå kjenne på egen hjelpeløshet over at pasienten, til tross for å gå regelmessig i terapi, ikke kommer seg ut av det destruktive mønsteret. Når pasientens selvdestruktive atferd fortsetter, til tross for at pasienten mottar behandling for å bryte dette mønsteret, er det risiko for at pasienten trekker seg fra terapien som følge av manglende utbytte. Dette kan for terapeuten oppleves som en bekreftelse på egen utilstrekkelighet. For å bøte på både egen og pasientens frykt for tap av forbindelse, kan terapeuten bli overinvolvert i pasienten ved å forsøke ordne opp i og ”fikse” pasientens problemer. Dette går på bekostning av å legge til rette for utforskning av pasientens indre skambaserte selvrepresentasjoner (Hahn, 2000).

I møte med selvskadende, spiseforstyrrede og selvmordstruende pasienter kan eksempler på terapeutens overdrevne handlingsfokus innebære rigid opptatthet av å følge kontrakter for hvordan pasienten kan unngå skade seg selv, unngå sulte seg selv eller unngå ta sitt eget liv. Terapeuten kan videre bli sterkt opptatt av å involvere andre instanser, som fastlege eller kostholdsveileder ved spiseforstyrrelser. Terapeuten kan også forespeile tvangsinnleggelse. Her forsøker terapeuten å på en eller annen måte være til nytte. Så lenge intervensjonene fortrinnsvis er handlingsorienterte, rettet mot pasientens *atferd*, kan dette imidlertid

underbygge pasientens oppfatning av at den selvdestruktive atferden er nødvendig for å få terapeutens oppmerksomhet og omsorg (Hahn, 2000).

Selvdestruktive pasienter kan også eksternalisere sitt devaluerende introjekt på terapeuten. Det kan her oppstå komplementære motoverføringsresponsen hvor terapeutens følelser og reaksjoner ovenfor pasienten samsvarer med pasientens indre kritiker. Gjennom projektiv identifikasjon kan terapeuten "tvinges" til å innta en negativ, misbilligende holdning ovenfor pasienten (Zaslav, 1998). Terapeutens identifisering med pasientens eksternaliserte devaluerende introjekt blir mulig i tilfeller hvor terapeuten selv har vansker med å romme egen skam. Å innta en kritisk eller avvisende holdning til pasienten bidrar til at terapeuten holder egen skam på avstand. Dette kan omhandle skam over å oppleve seg maktesløs og ute av stand til å hjelpe pasienten eller forstå hans eller hennes selvdestruktive atferdsmønster. Terapeuter som responderer med en slik komplementær motoverføringsidentifikasjon er ikke selv bevisste sin egen skam. Den fenomenologiske erfaringen innebærer istedenfor resignasjon, forakt og moralsk superioritet ovenfor pasienten. Pasienten kan bli oppfattet som "*utilstrekkelig, avskyelig og skammelig*" (Hahn, 2000, s. 15, min oversettelse). Siden denne motoverføringsidentifikasjonen rommer aggresjon kan terapeutens intervensjoner bli for kritiske og konfrontative. Man kan også finne at terapeuten bestemmer seg for å avslutte terapien dersom pasienten ikke etterkommer terapeutens anbefalinger. Terapeuten kan forsøke rettferdiggjøre sine negative følelser og reaksjoner ved å anta at pasienten vekker tilsvarende følelser hos alle andre. Denne komplementære motoverføringsidentifikasjonen med pasientens devaluerte selv er potensielt svært skadelig for pasienten. Den forsterker pasientens skam ved å underbygge oppfatningen av at man *er* uverdig og "dårlig" (Hahn, 2000). På den annen side vil terapeuters ofte sterke behov for å identifisere seg selv som en empatiske og tålmodige hjelpere gjøre det vanskelig å akseptere at man besitter negative følelser ovenfor pasienter (Luchner, Mirsalimi, Moser & Jones, 2008). For å unnslippe skam over å ha slike følelser, og dermed også skam over å føle seg som en "dårlig" behandler, kan terapeuten bli opptatt av å redusere omfanget av pasientens negative emosjonalitet. Istedenfor å invitere til en utforskende dialog om hva som kjennetegner pasientens devaluerte selvrepresentasjon og opplevelsen av andre som kritiske og avvisende, retter terapeuten uforholdsmessig mye fokus mot pasientens positive egenskaper og erfaringer. Pasientens vansker og negative syn på seg selv blir forbigått eller søkes reformulert som pasientens sterke sider. På denne måten søker terapeuten å skape et mer fordelaktig inntrykk av seg selv og terapien (Luchner et al., 2008). I påfølgende avsnitt redegjøres det nærmere for hvordan terapeutens skamrelaterte vansker med

å akseptere negative følelser, både hos seg selv og hos pasienten, kan inhibere den terapeutiske prosessen.

### ***Aggresjon og fiendtlighet***

Enkelte pasienter kan ha tendens til å forsvare seg mot skam ved å rette aggresjon mot andre. Ved påminnelse om skam kan pasienten, gjennom aggresjon, raskt oppgi sitt devaluerte selv og istedenfor identifisere seg med sin internalisering av en devaluerende annen (DeYoung, 2015). Et slikt utadrettet aggressivt skamforsvar er forbundet med et narsissistisk sårbart selv. Pasienter med narsissistisk sårbarhet strever med å regulere selvfølelsen og kan derav veksle mellom tilstander av grandiositet og fundamental skam (Sorotzkin, 1985). Det skilles i så måte mellom to hovedkategorier av narsissisme; en overt, ekshibisjonistisk og grandios subtype og en kovert, depressiv og hypersensitiv subtype (Kohut, 1971; Wink, 1991; Hendin & Cheek, 1997). Ved grandios narsissisme tenderer personen mot idealisering av selvet og devaluering av andre, mens ved hypersensitiv narsissisme vil personen devaluere seg selv samtidig med at det ofte foreligger behov for å idealisere andre (Wink, 1991). Begge varianter av narsissistisk sårbarhet kjennetegnes imidlertid av selvopptatthet og behov for eksterne, bekreftende tilbakemeldinger. Personen avhenger av anerkjennelse fra selvobjekter som er dårlig differensiert fra ens eget fragmenterte selv (Wink, 1991).

Kohut og Wolf (1986) beskrev hvordan den grandiose narsissisten holder skammen på avstand gjennom selvhevdende atferd. Uttrykket hos grandiose narsissistiske pasienter bærer preg av selvforherligelse og ekshibisjonisme ”*som en antitese av internaliseringen av et lite og ubetydelig selv som skjuler seg fra å bli gransket i sin iboende skamfulle tilstand*” (Zaslav, 1998, s. 161, min oversettelse). Pasienten kan utvise egosentrisme på en tilsynelatende skamløs måte og benekte å noensinne føle skam over seg selv (Broucek, 1991). Grandiose narsissistiske pasienter strever ofte med å forholde seg til terapeuten som noe annet enn primært en speilende annen. Terapeutens oppgave blir å bekrefte og anerkjenne pasienten. Utover dette har ikke nødvendigvis terapeuten en selvstendig eksistens (Gabbard, 1989). Pasienten er gjerne årvåken ovenfor opplevde maktforskjeller i terapirelasjonen, hvor det å føle seg avhengig og svak ovenfor terapeuten kan lede til ønsker om å dominere i relasjonen (Hahn, 2000). Pasientens indre liv kan i stor grad omhandle forsøk på å avvæpne eller eliminere det internaliserte devaluerte introjektet. Dette oppnås ved at pasienten eksterialiserer skambelagte karakteristikk ved eget selv over på andre, deriblant terapeuten (Hahn, 2000). Eksterialisering av egen utilstrekkelighet, hvor terapeuten blir den mangelfulle,

gir pasienten en opplevelse av rettmessig forakt. Pasienten kan legitimere for seg selv at det er på sin plass å anklage terapeuten for å være utilstrekkelig eller inkompetent. Terapeuten fungerer dermed som et objekt pasienten kan tillate seg å påføre skam (Hahn, 2000). Denne måten å relatere seg til terapeuten på kan dermed virke selvforsterkende da det ikke bare beskytter pasienten mot skam, men også skaper ”følelser av superioritet ovenfor terapeuten” (Hahn, 2000, s. 20, min oversettelse).

Mens den grandiose narsissistiske pasienten beskrives av Gabbard (1989) som lite kapabel til bevisst skamerfaring, vil den hypersensitive narsissistiske pasienten besitte en ”sårbarhet for stadige erfaringer av skam” (Broucek, 1991, s. 59, min oversettelse). I kontrast til selvforherligelsen man finner hos grandiose pasienter kjennetegnes selvbildet hos hypersensitive pasienter av opplevelsen av å være mislykket (Luchner et al., 2008). Disse pasientene har lett for å gå inn i skamtilstander karakterisert av å føle seg ydmyket, flau, latterliggjort og vanæret når behov og forventninger om anerkjennelse og bekreftelse ikke blir innfridd (Harder & Zalma, 1990; Gabbard, 1989). I terapi kan dette skje når terapeuten ikke viser seg som ”ideellt” forståelsesfull. Pasienten kan oppleve feilinntoninger og misforståelser fra terapeutens side som dype skuffelser og krenkelser over å ikke bli tilstrekkelig verdsatt. I forsøk på å nøytralisere følelser av skam over udekte selvbehov og derav et ”mangelfullt selv”, kan pasienten stemple terapeuten som en som urettmessig devaluerer og plager en (Zaslav, 1998). Dette underbygger det utadrettede, aggressive skamforsvaret, som hos den hypersensitive pasienten tilkjennegis som en ”fiendtlig årvåkenhet” og et ”selvrettferdiggjørende raseri”. Når fiendtligheten blir tydelig for pasienten, eksempelvis når terapeuten adresserer pasientens atferd, kan dette føre pasienten inn i en depresjonslignende skam over å være et ”foraktfullt ingenting” (Zaslav, 1998, s. 155, min oversettelse).

### *Terapeutens responser*

Pasientens anklagende, aggressive eller fiendtlige eksternalisering av egen skam vil være spesielt utfordrende for terapeuter som besitter en dypere tvil om egen kompetanse og tilstrekkelighet. Stilt ovenfor kritikk kan lav tiltro til egne ferdigheter gjøre terapeuten overveldet i forsøk på å regulere egen selvfølelse. Kritikk og anklagelser kan få terapeuten til å føle seg avslørt (Hahn, 2000). Dette kan føre til at terapeuten selv tar i bruk et aggressivt skamforsvar hvor han eller hun har vansker med å holde tilbake fiendtlige responser ovenfor pasienten. Fiendtlige responser ledsages gjerne av følelsen av å bli ytterligere avslørt og ydmyket i terapeutrollen (Hahn, 2000). For å forsvare seg mot skam kan dette i verste fall føre

til at terapeuten utviser likegyldighet ovenfor pasienten. Pasientens kritikk kan her forstås som et angrep på terapeutens skjøre selvfølelse, hvor terapeuten forsvarer seg mot skam ved å trekke seg tilbake fra empatisk involvering i pasienten (Weber & Gans, 2003).

Når pasientens aggressive skamforsvar ikke rettes mot terapeuten, men øvrige personer i pasientens liv, er det ikke uvanlig at det kan oppstå en konkordant motoverføringsidentifikasjon. Her identifiserer terapeuten seg med pasientens devaluerende introjekt. Pasient og terapeut kan dermed gå sammen om å fordømme eksterne objekter som pasientens partner, foreldre eller kollegaer (Hahn, 2000). En risikerer her at det uteblir en felles interesse for å undersøke validiteten ved pasientens anklagelser samt hvilke indre prosesser som kan ligge til grunn for pasientens misnøye. Terapeutens identifikasjon med pasientens perspektiv frarøver således pasienten mulighet for utforskende selvrefleksjon (Hahn, 2000). At terapeuten kan tilrettelegge for bevisstgjørende refleksjon hos pasienten, slik at pasienten kan erverve økt innsikt om seg selv og sammenhenger i eget liv, er nettopp et av kjennetegnene ved en god arbeidsallianse (Greenson, 1965, 1967). Pasientens behov for å forsvare seg mot skam gjennom eksternalisering kan resonneres med tilsvarende behov hos terapeuten. Når pasient og terapeut sammen ”lykkes” å plassere skam hos noe eller noen utenfor terapirelasjonen, skapes det et inntrykk av at alliansen mellom de er styrket. Imidlertid kan ikke dette forstås som en *terapeutisk* allianse, da pasientens underliggende skamproblematikk blir forbigått (Hahn, 2000).

Pasientens aggressive, utadrettede skamforsvar kan også, gjennom projeksjon eller projektiv identifikasjon, utløse komplementære motoverføringsreaksjoner hos terapeuten. Dette gjelder særlig når terapeuten har en kovert, narsissistisk sårbarhet med tendens til å devaluere seg selv. Dette gjør terapeuten disponibel for å identifisere seg med pasientens eksternaliserte devaluerte introjekt, og dermed oppleve seg som mangelfull og inkompetent. Dersom terapeuten har tendens til å attribuere utfordringer i terapi til å utelukkende være forårsaket av egne feil, bidrar dette til at terapeuten blir lite motstandsdyktig ovenfor pasientens anklagelser (Luchner et al., 2008; Hahn, 2000). Den minste misforståelse eller feilinntoning fra terapeutens side kan dermed oppfattes av begge parter som bevis på terapeutens mangler. Det kan dermed oppstå en sterk følelse av mislykkethet hos terapeuten, noe som i seg selv kan øke tendensen til å gjøre feil og fremstå som usikker (Hahn, 2000). Terapeuten kan forsøke å regulere skam over å være en ”dårlig behandler” gjennom kompenserende strategier som innebærer ettergivelse ovenfor pasienten, eksempelvis ved å gå med på særlige tilpasninger ovenfor pasientens ønsker eller krav. Terapeutens ettergivende holdning vil kunne understøtte pasientens syn på terapeuten som mangelfull. Således kan

terapeutens responser bidra til å forsterke pasientens aggressive skamforsvar (Hahn, 2000). Terapeuten kan også påta seg uforholdsmessig mye ansvar for pasientens manglende framgang i terapi, samt stadig unnskyld seg eller forandre på måter man foretar intervensjoner på (Hahn, 2000, 2004). I den grad den kovert narsissistiske terapeuten besitter forestillinger om at pasientens manglende utbytte av terapi er utslag av feil ved terapeutens eget selv, kan dette, kombinert med et opplevd press om at pasienten må ivaretas, gjøre terapeuten mindre oppmerksom og responsiv i terapitimene (Luchner et al., 2008).

Stadige anklager fra pasienten kan imidlertid også erfares av terapeuten som krevende og trettende å forholde seg til. Påstander om at man ikke bryr seg tilstrekkelig eller egentlig forakter pasienten kan få terapeuten til å føle seg misforstått. Ens forsøk på å hjelpe pasienten kan oppleves som å i liten grad blir verdsatt. Pasientens anklager kan slik sett vekke frustrasjon og et defensivt sinn hos terapeuten, med behov for å få pasienten til å erkjenne sin atferd og hvordan denne påvirker terapeuten negativt (Jacobs, 1996). Narsissistisk sårbarhet hos terapeuten medfører imidlertid gjerne lav toleranse for både egne og andres negative følelser (Luchner et al., 2008). Gjennom tidlige tilknytningsrelasjoner kan terapeuten ha utviklet indre representasjoner av at aksept og positiv oppmerksomhet fortrinnsvis oppnås når man setter egne følelser til side og uselvvisk konsentrerer seg om andres uttrykk og behov. Terapeutens negative følelsesuttrykk kan ha blitt devaluert og avvist av hans eller hennes betydningsfulle andre. Følgene kan være at terapeuten strever med å erkjenne egne negative selvtilstander som oppstår i samspillet med pasienten. Dette har altså opphav i terapeutens frykt for pasientens kritikk og avvising (Luchner et al., 2008). Terapeuten kan som nevnt istedenfor bli opptatt av å søke validering og beundring ved å opptre uselvvisk ovenfor pasienten. Den terapeutiske relasjonen representerer trolig den relasjonen med størst potensiale for å muliggjøre slike validerende erfaringer for terapeuten (Luchner et al., 2008). Som beskrevet av Saretsky (1980), referert til hos Horwitz (2000) kan terapeuter som, grunnet mer eller mindre ubevisste idealer om uselvviskhet, ikke klarer vedkjenne seg sine negative reaksjoner i terapirelasjonen, gå glipp av en verdifull kilde til informasjon om hvordan man, basert på egne selvtilstander, bedre kan forstå hva som foregår i pasienten og i relasjonen, og hvordan man bør respondere ovenfor pasientens uttrykk. Terapeutens manglende bevissthet om og aksept for egne selvtilstander svekker evnen til å evaluere hvorvidt egne måter å være på i relasjonen kan være til nytte eller skade for pasienten (Luchner et al., 2008). Eksempelvis kan lav toleranse for negativ affekt kombinert med ønsker om å leve opp til en idealisert terapeutrolle gjøre terapeuten tilbøyelig til å i for stor grad innrette seg etter pasientens forespørsler eller krav. Dette samtidig med at egne behov undertrykkes, som for eksempel

behov for å ikke utvide timer av hensyn til andre pasienter (Luchner et al., 2008; Gutheil & Gabbard, 1993). Det er imidlertid viktig at terapeuten kan utvise sensitivitet ovenfor både pasientens behov og sine egne behov. Dersom terapeuten unnlater anerkjenne egne følelser og reaksjoner ovenfor pasienten, frarøves pasienten muligheten til å erfare terapirelasjonen som en autentisk relasjon. En terapeut som alltid etterkommer pasienten bidrar heller ikke til modellering av sunn narsissisme og gjensidig ansvarlighet som kunne ha gavnet terapirelasjonen, og som pasienten kunne ha overført til relasjoner utenfor terapikonteksten. Terapeutens ettergivenhet kan tvert imot skape forventninger hos pasienten om at også andre personer vil eller bør møte en med tilsvarende uselviskhet (Horwitz, 2000; Luchner et al., 2008).

En øvrig risiko forbundet med terapeutens lave toleranse for negative følelser, omhandler forsøk på å endre pasientens subjektive, negative erfaringer og uttrykk. Pasientens eksternealisering av egen skam, uttrykt gjennom alt fra tvetydige bemerkninger til skuffelse, sinne og forakt, kan stride imot terapeutens behov for å bli oppfattet som ”den gode hjelper”. Terapeuten kan her innta en relasjonell stil som reduserer sannsynligheten for å motta negativ feedback og derav også reduserer sannsynligheten for aktivering av egen skam (Dickinson & Pincus, 2003). Et slikt skamforsvar hos terapeuten må tenkes å svekke den terapeutiske prosessen på fundamentale måter. Når terapeuten kontrollerer diskursen i terapi dithen at pasientens negative følelser verken anerkjennes å ha en eksistens eller tillates uttrykt, gis ikke pasienten mulighet til å erfare, utforske og konfrontere egne tilstander (Miller, 1997). Terapeutens manglende aksept for pasientens negative uttrykk kan videre rekapitulere pasientens tidligere relasjonelle erfaringer, hvor pasientens uttrykk for autonomi ikke er blitt tolerert av andre (Hahn, 2000, 2004). Terapi vil således ikke bidra med bevisstgjøring av pasientens underliggende skam, hvor den relasjonelle erfaringen i terapi tvert imot opprettholder pasientens skamproblematikk.

### ***Negative terapeutiske reaksjoner***

Skam hos pasienten antas å være en årsak til forekomst av negative terapeutiske reaksjoner (Lewis, 1971). Negative terapeutiske reaksjoner, NTR, ble opprinnelig forstått som at pasienten ”står stille” i terapi eller utviser forverring av symptomer på et tidspunkt i terapiforløpet hvor man forventer progresjon (Freud, 1923). NTR kan også oppstå når terapeuten uttrykker tilfredshet med terapiforløpet og påpeker at pasienten *har* hatt framgang (Freud, 1923). Dette er blitt beskrevet av Jaffe (1981), referert til hos Hahn (2004), som pasientens manglende evne til å tolerere suksess. Skampregede pasienter kan respondere med

stagnasjon eller forverring når terapi skaper muligheter for større grad av emosjonell åpenhet og innsikt (Hahn, 2004). Dette er blitt belyst av Karen Horney (1936), som mente at NTR oppstår etter at terapeuten har presentert fortolkninger som i utgangspunktet burde være verdifulle for pasienten. Narsissistisk sårbarhet hos pasienten kan medføre at slike gode, ”korrekte” fortolkninger aktiverer pasientens skam forbundet med å se selv som underlegen og uperfekt. Terapeutens analytiske arbeid kan dermed oppleves som en ydmykelse, hvor pasienten søker å gjengjelde ydmykelsen ved å ”sabotere” terapiprosessen med motiv om at terapeuten skal føle seg utilstrekkelig (Lane, Monaco & Gregson, 1997).

Når pasientens skam har sitt opphav i tilknytningsrelasjonen til en lite empatisk omsorgsgiver, medfører dette en lengsel hos pasienten etter å omsider bli forstått av en affektivt inntonet annen. Samtidig preges pasienten av ubevisste assosiasjoner om at relasjoner som potensielt kan tilby affektiv inntoning også medfører erfaringer av fordømmelse (Hahn, 2004). På den ene siden lengter pasienten etter forbindelse til en annen, hvor terapeuten nettopp kan være den som tilbyr empati og aksept. På den annen side frykter pasienten hva en slik relasjon kan medføre av skam og avvisning dersom ens defekter blir eksponert. Dette skaper en ambivalens hvor pasienten kan søke forme interaksjonen med terapeuten slik at relasjonen eksisterer innenfor rammene av hva pasienten kan tåle av skam eller risiko for skam. Dette kan blant annet vise seg når pasienten nærmer seg innsikt i egne behov og sentrale tema i eget liv, hvor pasienten plutselig skifter fokus og insisterer på å snakke om mer trivielle problemstillinger (Hahn, 2004). For den skampregede pasienten kan det nettopp føles tryggere å stagnere eller oppleve en forverring av symptomer enn å skulle investere i terapirelasjonen på en autentisk måte. Ved å fortsette i terapi på en distansert måte, gjennom unngåelse av åpenhet og utforskning, sikres pasienten likevel en forbindelse til den andre; man løsriver seg ikke helt og holdent fra relasjonen (Hahn, 2004).

NTR kan også belyses fra perspektivet om at skampregede pasienter kan frykte at egen suksess er ”umulig”. At man lykkes med noe, innehar ressurser og opplever framgang kan være noe pasienten har erfart at andre ikke kan tolerere og at det unektelig fremkaller skampåførende responser fra omgivelsene (Steiner, 2015). Pasienten kan derfor føle skam når det blir tydelig at han eller hun har hatt framgang i terapi, og besitte en overbevisning om at framgangen må være ”falsk”, eller frykte at terapeuten eller andre vil reagere negativt dersom det viser seg at framgangen er ekte. Av denne grunn kan pasienten bli opptatt av å undergrave, benekte eller skjule egen framgang og positive kvaliteter ved eget selv (Steiner, 2015).



*Terapeutens responser*

Når forespeilende resultater i terapi uteblir, til tross for terapeutens møysommelige innsats over lengre tid, kan dette oppleves som frustrerende for terapeuten (Hahn, 2004). Skuffelse og frustrasjon over pasientens uteblitte framgang kan utløse motoverføringsreaksjoner hos terapeuten, hvor den ubevisste intensjonen er å bøte på følelser av egen utilstrekkelighet (Hahn, 2004). Motoverføringsreaksjoner kan blant annet tilkjennegis ved at terapeuten blir fristet til å gi konkrete råd og foreslå løsninger for pasienten. Det er to sentrale problemer ved dette; for det første vil en slik respons innebære at terapeuten beveger seg vekk fra sin terapeutiske posisjon eller rolle. Man blir opptatt av å dirigere pasienten i ”riktig retning” snarere enn å utøve behandling gjennom en forståelse av pasientens vansker. Dernest kan en slik aktiv inngripen oppleves av pasienten som en misbilligelse av det man strever med, og som en oppfordring om å være annerledes enn den man er. Dette samsvarer med pasientens internalisering av en devaluerende annen (Hahn, 2004). Terapeuten kan også respondere med en fiendtlig reaksjon ovenfor pasientens manglende progresjon. Dette kan riktignok springe ut av terapeutens ekteføyte frustrasjon og mismodighet, men også av terapeutens motivasjon om å unngå skam over å selv føle seg ansvarlig for pasientens stillstand eller forverring. Terapeuten retter her all skyld og ansvar mot pasienten alene. Bebreidelser og klandring er vesentlig mer skadelig for pasienten enn når terapeuten inntar en for aktiv og pågående rolle. Bebreidelser oppleves av pasienten som en invaderende fordømmelse av pasientens selv. Terapeutens negative holdning mot pasienten forsterker hans eller hennes følelser av utilstrekkelighet (Hahn, 2000, 2004).

**Skam og relasjonelle terapeutiske prosesser*****En ny erfaring av selvet i relasjon til en annen***

I psykoterapi kan det ofte være viktigere å generere nye, meningsfulle *erfaringer* for pasienten, fremfor meningsfulle *forklaringer* (Mordecai, 1995, refereret til hos Hahn, 2004). Selv om psykoterapi også bør etterstrebe utvikling på et deklarativt, bevisst nivå, vil det for skampregede pasienter først og fremst være avgjørende at utvikling inntre på et erfaringsbasert nivå (DeYoung, 2015). Deklarativ kunnskap ervervet gjennom fortolkende arbeid er riktignok betydningsfullt, men blir her altså å forstå som sekundært relativt til

hvordan terapi gir pasienten en ny relasjonell erfaring (Renik, 1998). Behandling av internalisert, kronisk skam fordrer derfor en terapeutisk tilnærming som vektlegger relasjon og intersubjektivitet (Hahn, 2000, 2004). Mye av pasientens kunnskap om seg selv, andre mennesker og måter å være på i en relasjon har sitt opphav i tidlige, førspråklige indre representasjoner. Dette innebærer implisitt kunnskap som er mer eller mindre utilgjengelig for pasientens bevisste erfaring, og derav ikke lett lar seg formidle semantisk (Lyons-Ruth, Bruschiweiler-Stern, Harrison, Morgan, Nahum, Sander & Tronick, 1998). I psykoterapi kommuniserer imidlertid pasienten stadig om disse indre representasjonene vedrørende sitt eget selv og de forventninger som foreligger ovenfor terapeuten. Kommunikasjonen forekommer på et nonverbalt nivå gjennom blikk, ansiktsuttrykk, stemmeleie, kroppsholdning og grad av emosjonell nærhet og distanse i relasjonen (Schore, 2014). Det blir derfor viktig at terapeuten evner balansere sin primært fortolkende "venstrehemisfærisk" holdning med en erfaringsnær, empatisk "høyrehemisfærisk" tilnærming, for å komme i kontakt med pasientens implisitte kommuniserte selvtilstander og behov (Schore, 2014). Dette er en forutsetning for at terapirelasjonen kan understøtte i pasienten økt bevisstgjøring av, toleranse for samt evne til regulering av indre tilstander. Terapeutens affektive inntoning vil i øyeblikk av intens affekt i terapi muliggjøre erfaringer av interaktiv affektregulering. Når terapeuten er inntonet på pasientens affektive tilstand, oppstår en psykobiologisk resonans mellom partenes selvtilstander som leder til *"en interaktivt regulert forsterkning av arousal og affekt, slik at ubevisste affekter oppleves dypere og mer langvarig"*. En slik regulert intensivering av affekter bidrar til at pasientens dissosierte affekter lettere kan gjøres tilgjengelig for bevisst erfaring hos både pasient og terapeut (Schore, 2014, s. 393, min oversettelse). Siden internalisert skam svekker pasientens håp om at andre på en pålitelig måte kan tilby affektiv inntoning og regulering av ens indre tilstander, vil dernest terapeuten som tilbyr dette bidra til å bryte fundamentalt med pasientens implisitte, relasjonelle forventninger om å bli emosjonelt forlatt av andre (Hahn, 2004).

Jacobs (1996) mener at den potensielt mest ødeleggende virkningen av internalisert skam innebærer opplevelsen av seg selv som så uverdigg at man ikke fortjener å høre til i en relasjon. Jacobs (1996, s. 12, min oversettelse) refererer således til en pasient som allerede i første time bekjente et *"desperat ønske om å finne en relasjon hvor han kunne være seg selv fullt og helt, også med sin depresjon, hvor den andre personen ikke måtte gå på kompromiss med seg selv for å kunne relatere seg til ham"*. Pasientens frykt for å være uegnet for tilhørighet viser seg ofte gjennom årvåkenhet og sensitivitet ovenfor terapeutens ordvalg og måten ting sies på, samt terapeutens kroppsholdning og mimikk. Ved å "scanne" terapeutens verbale og

nonverbale kommunikasjon leter pasienten etter tillatelse til å være seg selv. Dersom en slik tillatelse ikke er å finne, som hos skampregede pasienter kan springe ut av mindre feilinntoner fra terapeuten, kan pasienten trekke slutningen om at større eller mindre aspekter ved ens eget selv er utenfor hva som er akseptabelt. Pasienten kan slik sett konkludere med at han eller hun ikke egner seg for å ta del i terapirelasjonen på en autentisk måte (Jacobs, 1996). Terapi har heldigvis rikt potensiale for at pasienter kan gjøre seg erfaringer av at man innehar verdi og at man blir verdsatt av en annen. Terapeutens stadige forsøk på å ville forstå og løse opp i misforståelser, fastlåsthet eller sågar brudd i terapirelasjonen, hvor terapeuten er villig til erkjenne sin del av ansvaret for at dette har skjedd, gir pasienten tillit til at terapeuten besitter en pålitelighet til å ønske forstå og hjelpe pasienten med det han eller hun strever med. En slik tillit kan vekke pasientens mot til å uttrykke egne perspektiver, behov, følelser og sider ved eget selv som tidligere har vært for skambelagte for pasienten å avsløre (Jacobs, 1996). Til og begynne med kan pasientens opplevelse av terapeutens affektive inntoning og empati utløse tristhet og sorg. Dette gjelder spesielt for pasienter hvis skam har opphav i traumatiske tilknytningserfaringer. Pasienten gjenkjenner her at det kan være mulig å erfare og uttrykke sorgfulle følelser i møte med en responsiv, omsorgsfull annen (Gilbert, 2009).

En har tidligere i oppgaven sett på forbindelsen mellom skam og pasientens behov for å holde noe for seg selv, fri fra terapeutens "blikk" og fortolkninger. Dette behovet eksisterer imidlertid side om side med behovet for å investere i en relasjon til en annen som man både kan motta noe ifra, men også gi noe tilbake til (Miller, 2013). Både den affektive dyaden mellom barnet og dets primære omsorgsgiver, og det affektive båndet mellom pasient og terapeut, bør kunne tilby mulighet for en slik gjensidig emosjonell investering (Schore & Schore, 2008). Morens tilpasning til barnets behov og hennes glede over å kunne gi noe til barnet og ivareta barnet, er blitt sammenlignet med terapeutens glede over at pasienten opplever han eller henne som hjelpsom og til nytte (Pizer, 1992). Ifølge Miller (2013) vil noen av terapeutens sterkeste opplevelser av å selv motta noe fra pasienten oppstå når pasienten er i stand til å ta imot det terapeuten har tilbudt og erfare dette som noe positivt og oppbyggende. Miller påpeker videre at terapeutens evne til å ta imot og verdsette pasientens uttrykk for takknemlighet og glede er vel så viktig for terapiprosessen som terapeutens evne til å gi. En terapeut som finner det ukomfortabelt å ta imot takknemlighet eller anerkjennelse fra pasienten, kan uintentert fremkalle eller forsterke pasientens skam. Dette gjelder spesielt hos pasienter som i barndommen opplevde at deres tilknytningspersoner ikke fant det verdifullt å ta imot pasientens kjærlighet og tillitserklæringer (Miller, 2013). Terapeutens

avvisning av pasientens uttrykk for at han eller hun setter pris på terapeuten, for eksempel gjennom å avfeie takknemlige ord eller å avstå fra å ta imot en klem eller gave, risikerer derigjennom å avvise pasientens menneskelige behov for å gi noe tilbake til andre. Endatil risikerer terapeuten å frarøve pasienten mulighet til å få korrigert sin selvoppfatning om at en ikke har gode menneskelige kvaliteter å tilby andre (Miller, 2013). Pasienter som strever med kjerneskam oppfatter seg gjerne nettopp som lite verdifulle for andre (Wurmser, 1981). Terapeutens avvisninger av pasientens menneskelige behov for å gi noe tilbake i relasjonen kan aktivere pasientens skambaserte indre representasjoner av å være fragmentert, trengende og mangelfull ovenfor en intakt, mektig og devaluerende annen (Zaslav, 1998). I lys av dette mener Markson (1993), referert til hos Miller (2013), at mange skampregede pasienter neppe vil oppleve terapeutisk fremgang med mindre terapeuten er i stand til å virkelig sette pris på de.

### ***Empati og ubetinget positiv anerkjennelse***

Skampregede pasienter har først og fremst behov for å oppleve terapeuten som empatisk og en som ønsker ham eller henne godt. Slik vil også terapeuten senere fortolkninger eller observasjoner oppfattes å komme fra en alliert, og ikke fra en som er ute etter å ”avsløre” pasienten (Jacobs, 1996). Terapeutens sensitivitet og empatiske respons ovenfor pasientens skamtilstand vil gavne utviklingen av en god arbeidsallianse med hensyn til pasientens opplevelse av tillit til terapeuten. Et for direkte fokus på pasientens skam kan derimot virke truende ovenfor pasientens selvfølelse. Skam må derfor møtes på en noninvasiv måte, med respekt for pasientens behov for å trekke seg unna terapeuten ”granskende blikk” (Jacobs, 1996). Terapeutens empatiske, sensitive responser gjør det mulig for pasienten å få økt tilgang til sine primære behov for tilhørighet til andre. Dette kan gi pasienten mot til å oppgi sin skambaserte, tilbaketrunkne posisjon (Greenberg & Paivo, 2003).

Skamtilbøyelige pasienter er særlig sårbare for alt som kan minne om at terapeuten avviser de eller ikke tar de på alvor. Pasientens skam kan aktiveres dersom terapeuten mister fokus eller ikke er tilstrekkelig responsiv eller anerkjennende. Dette kan få pasienten til å føle seg fragmentert og at hun mister forbindelsen til terapeuten (Lansky, 1995). Terapeutens avlysninger eller endring av tidspunkt for terapitimer kan oppfattes av pasienten som bevis for at man er betydningsløs. En tendens til avrundning av terapitimer på et nøyaktig tidspunkt, uten tillatelse til å gå over tiden, kan føles som en avvisning. Dette kan fremkalle sterke reaksjoner, som bebreidelser og sinne over at terapeuten må være likegyldig til pasienten og det terapeutiske arbeidet (Jacobs, 1996). Det kan her være lett for terapeuter å bli defensive og

føle irritasjon, som følge av å være for forankret i sitt eget perspektiv om hvordan man som behandler kan streve med å tilrettelegge tidspunkter for å ta imot ulike pasienter. Terapeuten kan dermed oppfatte pasienten som en som forventer ”særbehandling”. Konfrontasjoner om dette, i form av en stemping av pasienten som krevende, forsterker imidlertid pasientens skam. Dersom terapeuten istedenfor inntar en empatisk, nysgjerrig holdning og spør hvordan hun har opptrådt likegyldig, kan pasienten få uttrykke sitt behov for å oppleve at terapeuten prioriterer pasienten. I en utforskning av slike scenarioer kan det fremkomme hvordan pasienten ofte har følt seg betydningsløs for andre og at andre har underkjent pasientens behov. Terapeuten kan her regulere og normalisere pasientens skam ved å nevne hvordan det å konsekvent ikke gå over tiden i en terapitime er noe som mange pasienter kan oppfatte som ”kaldt” og vanskelig å forholde seg til. Terapeuten kan uttrykke forståelse for hvordan det må føles for pasienten å måtte *”forholde seg til formaliteter når pasienten på det gitte tidspunkt kan ha det vanskelig”* (Jacobs, 1996, s. 5, min oversettelse).

For å gjenkjenne pasientens skam må terapeuten lytte empatisk til pasientens måte å uttrykke seg på. Også i møte med pasienter som håndterer sin skam gjennom narsissistisk raseri må terapeuten akseptere å være et selvobjekt for pasienten, samtidig som terapeuten på en aktiv, men respektfull og tålmodig måte ”leter” etter pasientens skam (Morrison, 1984). Om det fremkommer at pasienten strever med internaliseringer av en devaluerende annen blir det imidlertid viktigere å styrke de affektive komponentene ved terapirelasjonen, snarere enn å drive aktiv behandling (Zaslav, 1998). Når skam ligger til grunn for pasientens uttrykk for misnøye med terapeuten, er det avgjørende at terapeuten kan akseptere og anerkjenne pasientens følelseuttrykk. Dette forbundet med hvordan skam ofte gjør det vanskelig for pasienter å tilkjenne autonomi i relasjoner til andre, særlig omhandlende negativ emosjonalitet og uttrykk for å være skuffet eller misfornøyd. Terapeutens aksept og validering av det pasienten kan oppfatte som vanskelige og krevende sider og behov ved eget selv, blir essensielt for å styrke pasientens autonomi og autentisitet (Hahn, 2004). Terapeutens ubetingede positive anerkjennelse ovenfor pasienten innebærer at pasienten erfarer at det er mulig å dele sine indre erfaringer og vise den man er, uten at terapeuten forsøker å endre en. Terapeuten besitter ingen forventninger om at pasienten på et eller annet tidspunkt skal og bør endre seg. Denne ”grunnholdningen” må antas å styrke terapeutens forutsetninger for å relatere seg til pasienten på en realistisk måte, med hensyn til Greensons (1965, 1967) vektlegging av realisme i terapirelasjonen. Å møte skam med ubetinget positiv anerkjennelse og aksept tilsier en tro på at positiv utvikling er mulig uten at pasienten må endre på den han eller hun dypest sett er (Hahn, 2004). Carl Rogers (1957) anså terapeutens ubetingede positive

anerkjennelse og aksept av pasienten som selve drivkraften i terapi. Rogers (1957, s. 98, min oversettelse) beskriver ubetinget positiv anerkjennelse som at terapeuten er i stand til å føle ”en varm aksept for hvert aspekt av pasientens erfaring som om dette er en del av pasienten”. Han mener at pasientens vekst og utvikling i terapi kun er mulig innenfor de aspektene av pasientens selv som terapeuten klarer å møte med aksept. Rogers påpeker sågar at dersom terapeuten opplever vansker med å like og akseptere sider ved pasienten, gjenspeiler dette ofte sider ved terapeutens eget selv som terapeuten strever med å akseptere.

### ***Aktivering og forsterkning av positiv affekt***

Skam har en særskilt rolle i Tomkins' affektteori. Med affekter mener Tomkins (1970) karakteristiske, medfødte, biofysiologiske responser på nevralt aktivering, ledsaget av reaksjoner uttrykt gjennom blikk, mimikk, stemmebruk, kroppsspråk og handlinger. Emosjoner blir her å forstå som den mening individet, gjennom sine unike livserfaringer, lærer seg å tillegge ulike affektive tilstander (Tomkins, 1970). Skam skiller seg fra øvrige affekter ved å fungere som en *responsavbryter for positiv affekt* (Tomkins, 1987). Skamfølelse forutsetter dermed at individet er i en positiv affekttilstand, men opplever en uønsket, uforventet hindring eller forstyrrelse av denne tilstanden. Det er denne uønskede avbrytelsen av positiv affekt som genererer skam. Når skam først er oppstått vil skammen i seg selv inhibere videre positiv affekt, men uten å slukke lengselen etter å vende tilbake til den foregående tilstanden; det vil stadig foreligge et behov om å reetablere positiv affekt. Prototypiske skamutløsende hendelser kan i prinsippet omhandle alle situasjoner som opprinnelig aktiverer positiv affekt hos mennesket. Glede og interesse opplevd i nære relasjoner kan etterfølges av avvisning, krenkelses og tapsopplevelser og derav gi opphav til skam. Skam knyttes også til å ikke klare prestere innen aktiviteter som individet finner meningsfulle og sentrale for egen identitet (Tomkins, 1987). Siden skam inhiberer positiv affekt, hvor pasienten kan ha forventninger om at ens følelser av glede, interesse, vitalitet og stolthet vil bli møtt med avvisning og fordømmelse, blir det viktig at terapeuten tilbyr speiling, bekreftelse og forsterkning når pasienten er i en positiv affektiv tilstand (Schore, 2015). En god terapeutisk relasjon kan i seg selv gi opphav til tilstander av positiv affekt hos pasienten. Relasjonelle erfaringer utløser positiv affekt når relasjonen oppleves som trygg og støttende, hvor det også er mulig å utforske konflikter samtidig som individets ressurser blir aktivert (Winnicott, 1963). I terapi kan utforskning av pasientens konfliktfylte materiale riktignok føre til at pasienten opplever negative, smertefulle affekttilstander. Imidlertid vil

ervertelsen av økt forståelse og innsikt i egne selvtilstander og ytre livsomstendigheter som regel oppleves dypt meningsfullt og være forbundet med aktivering av positiv affekt. Dette som følge av at pasienten er blitt bedre i stand til å erfare sin egen subjektivitet (de Roten, Drapeu & Michel, 2008).

I terapirelasjonen kan aktivering av pasientens ressurser, og derigjennom også positiv affekt, understøttes av terapeutens ubetingede positive anerkjennelse av pasienten. Dette innebærer at terapeuten søker å oppfatte pasientens responser som fundamentalt riktige, eller gode. Terapeuten bør ha en innstilling om at pasientens uttrykk først og fremst kommuniserer om behov og ønsker om vekst og positiv utvikling, hvor negative responser fortrinnsvis omhandler misforståelser, og hvor pasientens skamforsvar er blitt nødvendig for å beskytte et sårbart selv (Simon & Geib, 1996). Pasientens fragmenterte selv kan finne støtte gjennom terapeutens positive, støttende selv. Terapeutens positivt anerkjennende og støttende holdning vil hjelpe pasienten til å utholde vanskelige, skambaserte selvtilstander i terapi slik de fortøner seg fra øyeblikk til øyeblikk, samt på sikt kunne internaliseres som en del av pasientens egen selvstruktur (Morrison, 2014).

### *Skam og bevisstgjørende prosesser i terapi*

#### *Å sette ord på skam*

Dysregulert, kronisk skam innebærer en aleksitymisk tilstand hvor pasienten har vansker med identifisering av både skamfølelsen i seg selv samt øvrige selvtilstander som kan ha blitt assosiert med skam (Schore, 2015). I dialog med terapeuten må pasienten få hjelp til å gjenkjenne og sette ord på skam og somatiske erfaringer og følelser som er ”bundet” til skam. Ifølge Schore vil bevisstgjøring av skam innebære at pasienten beveger seg fra en sympatisk aktivering til en parasympatisk aktivering av det autonome nervesystemet. Med dette erfares ikke skammen lenger som en disorganiserende, ordløs og isolerende tilstand, men som en tilstand man kan skape mening av samt kommunisere om og dele med andre; ”en presymbolsk, udelt og uregulert viseral affektiv erfaring blir transformert til en delt og regulert symbolsk affektiv erfaring” (Schore, 2015, s. 466, min oversettelse). Sanderson (2015) belyser at psykoedukasjon kan være gunstig for å understøtte pasientens bevissthet om skam og konsekvenser av skam. Terapeuten bør gi informasjon om hvordan skam innvirker på menneskers identitet og selvforståelse. Dette kan gjøre det lettere for pasienten å

identifisere de følgene skam kan ha for hans eller hennes selvoppfatning (Sanderson, 2015). Å høre om hvordan skam er en utbredt menneskelig erfaring bidrar til normalisering av pasientens skam og reduserer metaerfaringen av å føle ”skam over skam”. Pasienten bør også informeres om hvordan skam ledsages av tilbaketrekking og andre forsvarsmekanismer som kan gjøre skammen til en kronisk, isolerende tilstand (DeYoung, 2015). Pasienten bør her inviteres til å utforske hvordan hans eller hennes forsvarsstrategier riktignok kan beskytte mot ytterligere skam, men i seg selv gjøre livet vanskelig og hindre positiv utvikling (Gilbert & Procter, 2006). Wurmser (2015) oppfordrer terapeuter til å våge å snakke med pasienter om grunnleggende skam på samme måte som man gjerne snakker om grunnleggende frykt og angst. Hvilke narsissistiske skuffelser, påført en av hvem og under hvilke familiekonstellasjoner, har ledet til pasientens grunnleggende skam? For pasienten blir det viktig at skammen identifiseres som nettopp en følelse, hvor følelser oppstår som konsekvens av at noe har skjedd en. Skammen må derfor plasseres i en relasjonell kontekst, og ikke tematiseres som noe som har et isolert opphav i pasienten (DeYoung, 2015). Den verbale modulering av pasientens grunnleggende skam må ta utgangspunkt i skammens opphav, nemlig at pasientens tidlige tilknytnings -og avhengighetsbehov ikke er blitt møtt (Schore, 2015; Kaufman, 1992).

### ***Skam eller skyld?***

Skam og skyld er emosjoner som ofte blir forvekslet med hverandre, både gjennom språket og som indre erfaringer. En årsak til dette kan være at både skam og skyld gjerne fortolkes som moralske emosjoner; de forbindes begge til normative overtredelser og regulering av mellommenneskelige samspill (Lewis, 1971). Skyld kjennetegnes av bekymringer om hvordan egne handlinger har hatt negative innvirkninger på andre (Tangney & Dearing, 2002). Skam innebærer imidlertid et sterkt fokus på opplevde defekter og utilstrekkeligheter ved ens eget selv samt bekymringer om hvordan ens handlinger reflekterer negativt tilbake på egen person (Lewis, 1971; Konstam, Chernoff & Deveney, 2001; Tangney & Dearing, 2002). Skyldbelagte handlinger kan gjøres til gjenstand for erkjennelse, straff eller reparering. Skyld er således forstått som en aktiv følelse som motiverer til å gjøre opp for seg (Lynd, 1958). En skamfull handling fordrer på sin side at hele personen må endre seg (Lewis, 1971). Selvfokuset og tilbaketrekkingen ved skam viser hvordan skam blir en passiviserende tilstand forbundet med erkjennelsen av at ens eget selv vanskelig lar seg endre (Lynd, 1958; Herman, 2012). Ifølge Zaslav (1998) vil pasienter som tilkjenner følelser av skyld, ofte også bære på



skam. Skyld er lettere for pasienten å snakke om, men det er skammen som forbindes til den globale, negative selvforståelsen som svekker pasientens interpersonlige fungering (Zaslav, 1998). Ofte kan man finne at pasienten uttrykker at han eller hun er tynget av skyldfølelse, men hvor dette ledsages av nonverbale skamuttrykk samt verbale markører for skam, eksempelvis som at pasienten sier han føler seg lite verdifull. Terapeuten kan her invitere til en dialog om forskjellen mellom skyld og skam, hvor skyld relateres til at man har gjort noe galt, mens skammen forbindes til opplevelsen av seg selv som et dårlig, uverdige menneske. Skam over selvet oppleves som mer uoverkommelig og smertefullt enn å føle skyld over noe man har gjort. Pasientens tanker om å være en byrde for andre og å være en skuffelse, må derfor utforskes i lys av hvorvidt pasienten virkelig har gjort noe galt eller har en selvopplevelse som impliserer at han er iboende defekt (DeYoung, 2015). Å identifisere i hvilken grad pasienten føler skyld kontra skam har implikasjoner for behandlingsprosessen. Dersom pasienten forbinder sin opplevelse av å være iboende uverdige til handlinger hvor han har såret andre, blir det adaptivt å adressere dette som skyldbelagte handlinger og søke ”reformulere” skam til skyld. Til sammenligning med pasienter som føler skyld, er skampregede pasienter mer tilbøyelige til å klandre både seg selv og andre ved interpersonlig konflikt. Pasienter som strever med skam opplever ofte konflikter som kilde til bitterhet, forakt og fiendtlighet ovenfor eget selv og andre, noe som vanskeliggjør empati og det å ta den andre partens perspektiv. Pasienter som er snarere til å føle skyld enn skam vil derimot i større grad kunne respondere adaptivt ved å ta sin del av ansvaret ved interpersonlige konflikter (DeYoung, 2015). Den intense selvkritikken som kjennetegner dyp skam fører på sin side ofte til handlingslammelse (Randall, 2012). En bevegelse fra skam til skyld kan derfor føre til gjenopptakelse av relasjoner i tilfeller hvor pasienten er avskåret fra andre som følge av konflikt (Wessler, Hankin & Stern, 2001; Cree, 2015). Mange pasienter opplever således en reduksjon av skamrelatert selvkritikk og selvforakt når de gjør aktive forsøkt på å få til forsoning med andre (Randall, 2012).

### ***Å endre skam gjennom nye ord, følelser og mentale bilder***

Å sette ord på grunnleggende skam må etterfølges av prosessen med å endre skam ved å ta i bruk nye ord, følelser og mentale bilder forbundet til selvet. ”Pasienten trenger nye ord å si til seg selv; han eller hun trenger å erfare nye, positive følelser ovenfor seg selv, og det må skapes nye scener som gradvis kan erstatte gamle scener” (Kaufman, 2004, s. 203, min oversettelse). Pasientens selvkritikk må erstattes med en ny, selvstøttende dialog. Her kan terapeuten tilby ord og fraser som pasienten kan nyttiggjøre seg av. Et skambaserte

kjernescriptet hvor pasienten stadig klandrer seg selv kan utfordres ved at pasienten gir seg selv tillatelse til å gjøre feil, for eksempel noen ganger hver dag. Dersom pasientens skamproblematikk innebærer sterk selvforakt kan dette utfordres ved at pasienten på en aktiv måte behandler seg selv med respekt og prioriterer egenomsorg. Når skammen får pasienten til å stadig foreta negative sammenligninger mellom seg selv og andre, kan dette utfordres ved at pasienten direkte anerkjenner de egenskapene ved selvet som vedkommende føler trang til å devaluere (Kaufman, 2004). Det sentrale er at terapi må fasilitere at pasienten endrer holdning til seg selv; pasienten må behandle seg selv som et verdifullt og tilstrekkelig individ. Dette forutsetter at pasienten kan erklære eierskap til og aksept for sider ved selvet som han eller hun skammer seg over. Ofte omhandler dette normale følelser, behov og tilstander som pasienten har erfart at betydningsfulle andre ikke har kunnet tåle (Kaufman, 2004). I så måte innebærer terapeutisk arbeid med skam bearbeiding av tidlige skamrelaterte minner med opphav i tilknytningserfaringer, som tidligere beskrevet i forbindelse med utviklingskam og/eller traumeskam (Schore, 1998). Siden skam og traumer ofte går hånd i hånd vil terapeutiske intervensjoner rettet mot grunnleggende skam i stor grad bygge på intervensjoner som kjennetegner traumebehandling. Et fellestrekk ved behandling av skam og traumer er nødvendigheten av å understøtte pasientens opplevelser av trygghet og egenomsorg (Lee, 2005). For å bearbeide pasientens opplevelser og styrke følelsen av trygghet kan man implementere øvelser basert på aktivering av pasientens indre, mentale bilder av omsorg. Aktivering av pasientens indre, mentale bilder av omsorg, også betegnet som Compassion Focused Imagery (CFI), er et element i behandlingstilnærmingen medfølelsesfokusert terapi, eller Compassion Focused Therapy (CFT). CFT retter seg spesifikt mot behandling av skamproblematikk og pasienter som er uttalt selvkritiske (Gilbert & Procter, 2006). Gjennom aktive visualiseringsøvelser kan pasienten forestille seg selv i sårbare situasjoner slik disse har utspilt seg tidligere i livet. Dette gir pasienten mulighet til å komme i kontakt med tidlige følelser av skam, hvor pasienten anmodes om å gå i dialog med seg selv slik han eller hun følte seg i situasjonen. Pasienten må oppfordres til selvmedfølelse og til å forsøke normalisere egne følelser og behov. Dersom pasienten opplever dette som vanskelig kan det være nyttig for ham eller henne å forestille seg at terapeuten eller en annen støttende person er til stede i situasjonen sammen med en. Slik kan pasienten erfare å ha en indre alliert, hvor eksempelvis terapeuten kan fremstå *”som en sterk og positiv internalisert annen”*. Aktiv visualisering understøtter prosessen med å erstatte følelser av skam til følelser av omsorg og respekt for eget selv (Kaufman, 2004, s. 203). Utover den interpersonlige erfaringen av terapeutens empatiske, aksepterende holdning, forutsetter CFI aktivering av pasientens egne forestillinger

av "ideell omsorg" for å styrke pasientens opplevelse av egenverdi og evne til å regulere skam. Pasienten oppfordres til å se for seg hva han eller hun ideelt sett trenger av omsorg, hvor pasienten står fritt til å motta alt hva han eller hun måtte ønske. Et slikt ideelt bilde av omsorg bør romme egenskaper som klokhet, styrke, medfølelse og ubetinget aksept ovenfor pasientens selv. Enkelte pasienter kan ha vansker med å se for seg det ideelle bildet av omsorg som en person. Her kan man istedenfor begynne med at pasienten forestiller seg et trygt sted, et dyr eller noe annet som pasienten finner meningsfullt og assosierer med trygghet. Etter hvert som pasienten blir istand til å forestille seg en omsorgsperson med ovennevnte egenskaper, fokuserer man på sensoriske egenskaper ved dette bildet, som et empatisk ansiktsuttrykk og stemme (Gilbert & Procter, 2006). I situasjoner hvor pasienten strever med tilgang til positiv tenkning og selvtrøst, kan forestillingen av hva ens "ideelle omsorgsperson" ville ha sagt og gjort ovenfor pasienten, benyttes for å regulere den akutte skamtilstanden. Dette betegnes av Lee (2005) som "compassionate reframing". Skampregede pasienter har ofte godt utbytte CFI selv om øvelsene initielt kan oppleves som vanskelige. På sikt vil trening ofte lede til økt selvmedfølelse og evne til selvtrøst (Gilbert, 2009). Imidlertid vil en del pasienter kunne oppleve øvelsene som truende, hvilket er funnet å ha sammenheng med pasientens nåtidige opplevelse av grad av trygghet kombinert med at øvelsene gjerne aktivere pasientens tilknytningssystem. Pasienter med et utrygt tilknytningssystem kan derfor oppleve CFI som spesielt utfordrende. Når pasientens skam har opphav i traumatiske tilknytningserfaringer kan disse øvelsene videre aktivere tristhet og sorg (Gilbert, 2009; Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman & Glover, 2008). En øvrig klinisk utfordring ved å benytte CFI i behandling av skamproblematikk omhandler pasientens vansker med å gi slipp på negativ selvevaluering. For noen pasienter kan sterk grad av selvkritikk oppfattes som en nødvendighet for at ens personlige standarder og krav til seg selv holdes på et akseptabelt nivå. Å skulle forandre på dette kan føles som en for stor endring av egen identitet (Rockliff et al., 2008). Dernest kan pasienten ha negative assosiasjoner til det å skulle motta medfølelse, både fra andre og seg selv. Selvmedfølelse kan for eksempel fortolkes som at man er overdrevent opptatt av å ivareta egne behov. Pasienten kan sidestille egenomsorg og overbærenhet med seg selv som tegn på selvopptatthet og latskap, og dermed frykte at økt evne til egenomsorg vil gjøre at andre tar avstand fra en. Videre kan pasienter frykte CFI fordi de rett og slett ikke føler seg fortjent til omsorg (Rockliff et al., 2008). Pasienten kan eksempelvis forestille seg at man på et eller annet tidspunkt vil bli straffet dersom man utviser omsorg for seg selv, eller at andre på en eller annen måte vil frarøve en denne kapasiteten (Gilbert, 2009). Terapeuten må her, gjennom et utforskende samarbeid, bistå pasienten i å

identifisere uhensiktsmessige antakelser om ulemper ved omsorg og medfølelse rettet mot eget selv, og relatere dette til hvordan selvkritikk og skam tidligere kan ha vært formålstjenelig for pasienten for å sikre nødvendig tilhørighet til andre og beskytte seg selv fra interpersonlige trusler (Gilbert, 2009).

### ***Bevisstgjøring av skamforsvar***

#### *Tilbaketrekking og selvangrep*

Tilbaketrekking og selvangrep representerer de forsvarsstrategiene mot skam hvor pasienten er mest i kontakt med skamfølelsen (Nathanson, 1992). Selv om tilbaketrukkne og/eller selvdestruktive pasienter på mange måter kan forstås som å være i en erfart prototypisk skamtilstand, vil de sjelden kommunisere om sin skam på en direkte, utvetydig verbal måte. Terapeuten må derfor være vaksom ovenfor pasientens nonverbale, fysiologiske skamuttrykk samt indirekte verbale markører for skam. Taushet, unngåelse av øyekontakt, senking av hodet, vridning i stolen, rødming eller en sammensunken kroppsholdning kan indikere skam og et tilbaketrukket skamforsvar hos pasienten. Det samme gjelder dersom pasienten ler, rister på hodet eller ”heiser på skuldrene” når han eller hun refererer til noe ved seg selv (Nathanson, 1992). Pasienter som kommuniserer om sin skam gjennom slike nonverbale markører kan ha nytte av at terapeuten støtter de med å benevne erfaringen deres. Terapeutens empatiske bekreftelser, for eksempel i form av; *”Det er vanskelig ja, og kanskje føles det litt flaut å snakke om dette?”*, gjør det lettere for pasienten å utforske sin skamtilstand (Greenberg & Paivo, 2003, s. 237). De indirekte verbale markørene for skam tar form av selvkritiske bemerkninger. Pasienten kan referere til seg selv som ”en taper”, ”mislykket”, ”stygg”, ”lat” og ”udugelig”. Utsagnene kan formidles på en foraktfull måte gjennom stemmebruk og ansiktsuttrykk (Greenberg & Paivo, 2003). Sanderson (2015) inkluderer også utstrakt bruk av selvironi og latterliggjøring av eget selv som del av selvangrep som skamforsvar. Pasientens harselering over seg selv, samt negative selvattribusjoner, må innledningsvis bli møtt med aksept og ikke motargumentasjon. Ved å speile tilbake hvordan pasienten ser seg selv, istedenfor å fortelle pasienten hvordan han eller hun *burde* oppfatte seg selv, unngår man å påføre pasienten ytterligere skam. Terapeutens anerkjennelse av at det er slik pasienten opplever seg selv, understøtter i pasienten en lettelse over at en annen kan forstå hvordan han eller hun har det med seg selv (Sanderson, 2015). Imidlertid må en slik anerkjennelse etterfølges av at terapeuten adresserer den gjerne foraktfulle, avskyliende

affektive kvaliteten i pasientens utsagn, og hvordan det må føles for pasienten å rette dette budskapet mot seg selv (Greenberg & Paivo, 2003). Etter hvert søker man balansere pasientens skambaserte selverfaring med positive perspektiver. Hensikten er ikke å bagatellisere eller eliminere pasientens skam, men å gi skammen en motvekt (Sanderson, 2015). Terapeuten må legge til rette for at pasienten direkte kan få utfordret sin skambaserte selvforståelse. Dette kan eksempelvis ta form av intervensjonen ”to stoler”. Denne intervensjonen kan tydeliggjøre for pasienten den selvdestruktive prosessen fra kritisk selvsnakk til skamfølelse. Pasienten får økt bevissthet om innholdet i sine skambaserte mentale representasjoner, samt forståelse for hvordan man selv ofte spiller en aktiv rolle i å produsere egne skamtilstander. Pasienten oppfordres til å først ”spille seg selv” slik han eller hun vanligvis omtaler seg selv på en foraktfull måte. Deretter bes pasienten om å utforske hvordan det føles å være mottaker av disse tilbakemeldingene. I neste omgang anmodes pasienten til å argumentere imot devalueringen av seg selv. Han eller hun bes her om å være sin egen forsvarer. Målet er at pasienten finner frem til den delen av seg selv som ikke helt kan tro på at man er uverdigg. Pasienten kan dermed øve seg på ivaretagende og beskyttende selvsnakk som for eksempel; *”Jeg fortjener ikke dette!”* eller *”Det er ikke sant, jeg har positive egenskaper også!”*. Øvelsen blir et ledd i prosessen mot å styrke pasientens selvaksept og evne til selvtrøst (Greenberg & Paivo, 2003, s. 240, min oversettelse).

Tilbaketrukne pasienter har ofte erfart at å avskåre seg emosjonelt fra andre gir størst mulighet for trygghet. Det må derfor tilrettelegges for at pasienten kan få utforsket hva som er opphavet til tilbaketrekkningen og hvordan atferden har beskyttet ham eller henne mot skam. For å etablere en god arbeidsallianse må terapeuten anerkjenne den funksjonen som tilbaketrekkningen kan ha hatt for pasientens ivaretagelse av eget selv. Terapeuten må således unngå å påpeke tilbaketrekkningen som dysfunksjonell (Sinha, 2017). Gjennom empatisk inntoning og verbale bekreftelser om aksept kan terapeuten trygge den tilbaketrunkne pasienten og skape en *”ikkedømmende atmosfære hvor ubetinget positiv anerkjennelse motarbeider følelsen av skam”*. Dette gir pasienten en mulighet til å bevege seg fra tilbaketrekkning til større grad av emosjonell åpenhet (Sanderson, 2015, s. 183, min oversettelse).

Pasienter som forsvarer seg mot skam gjennom selvdestruktiv, selvskadende atferd må utvikle innsikt i hvordan atferden fungerer som en maladaptiv strategi i forsøk på å oppnå tilhørighet til andre (Nathanson, 1992). Pasienten trenger hjelp til å identifisere det internaliserte devaluerende introjektet, som ofte vil være tilknytningspersonen som påførte pasienten skam gjennom avvisende, likegyldig og/eller skremmende atferd. Gjennom selvdestruktiv atferd sikres pasienten gjerne en forbindelse til andre gjennom rollen som offer.

Skamforsvaret tilsier at så lenge man er et offer vil man aldri bli forlatt (Nathanson, 1992). Tidlige tilknytningserfaringer kan ha medført at pasienten assosierer det å ha det dårlig med seg selv med noe positivt, som følge av at nærhet til andre først og fremst oppnås gjennom smertefulle erfaringer (Sanderson, 2015). Videre kan selvangrepet være å foretrekke fremfor det risikable ved å rette aggresjon mot mennesker man er avhengig av. Å være sint på seg selv er ofte mindre truende enn å være sint på en forelder som besitter makten i relasjonen. Det kan også føles som at man svikter forelderen dersom man retter aggresjon mot denne. Pasienten kan istedenfor ha søkt tilhørighet med forelderen ved å identifisere seg med forelderens skampåførende budskap (Gilbert & Irons, 2005). Arbeidet med å oppgi det internaliserte, devaluerende introjektet kan dermed vekke følelser av å bli forlatt av den skampåførende forelderen. Tilsvarende vil det å oppgi det selvdestruktive skamforsvaret gjerne fremkalle frykt for at også andre skal forlate en (Nathanson, 1992; Pattison, 2000).

Selvdestruktiv atferd kan dernest være et uttrykk for pasientens forsøk på å ”reversere” hjelpeløsheten og avhengigheten man har følt til tilknytningspersoner som har påført en smerte; ved å angripe seg selv unnslipper man skammen over å være maktesløs ovenfor andres angrep (Pattison, 2000). Å skade seg selv blir en ubevisst foretrukket strategi fremfor at andre skal skade en gjennom devaluering og avvísning. Når pasienten påfører seg selv skam, reduseres samtidig andre menneskers makt forbundet med å være ”en skampåførende annen”. Selvangrepet kan beskytte pasienten mot ubehaget over at uflatterende sider ved selvet på en overraskende måte kan bli eksponert for andre. Så lenge pasienten allerede befinner seg i en tilstand av selvforakt, etterlates det lite rom for at andre kan påføre en mer skam. Slik kan et selvdestruktiv skamforsvar forstås som et paradoksalt forsøk på å oppnå selvbestemmelse og trygghet i eget liv (Pattison, 2000).

### *Unnvikelse*

Unnvikelse av bevisste erfaringer av egne indre tilstander anses som en patologisk strategi for emosjonsregulering. Ved unnvikelse vil pasienten bruke svært mye krefter på å undertrykke eller kontrollere sine emosjonelle erfaringer (Sinha, 2017). Det unnvikende skamforsvaret innebærer ofte at pasienten strever med å identifisere forbindelsen mellom nåtidig atferd og tidligere skamerfaringer. Her er skammen i liten grad bevisst tilgjengelig, noe som innebærer at terapeuten må utvise særlig sensitivitet i sine fortolkninger (Greenberg & Paivo, 2003). Unnvikende skamforsvar kan som tidligere beskrevet komme til uttrykk gjennom grandiositet, arroganse, perfeksjonisme, idealisering og avhengighetsatferd. Dette forutsetter

en empatisk terapeut som kan identifisere skammen bak pasientens ytre atferd uten å påføre pasienten ytterligere skam som følge av pasientens problematiske atferd (Sanderson, 2015). Når unnvikelsen kjennetegnes av grandios, arrogant atferd må dette antas å særlig vanskeliggjøre utvikling av en autentisk terapirelasjon. For å gi slipp på den grandiose fasaden og utvikle autentisk selvaksept må pasienten få bearbeidet skammen gjennom utforskning av skammens interpersonlige opphav (Greenberg & Paivo, 2003). Det kan imidlertid virke forvirrende og truende for pasienten når terapeuten foreslår at pasientens grandiose, arrogante atferd har utviklet seg som følge av behovet for å unnsnippe overveldende skamfølelse i relasjoner til betydningsfulle andre. Terapeutens fortolkninger forutsetter her en solid allianse, hvor fortolkningene først rettes mot pasientens ytre atferd. Deretter kan terapeuten på en empatisk måte spørre hvordan den underliggende emosjonelle erfaringen kan arte seg for pasienten (Greenberg & Paivo, 2003). Ovenfor pasienter med tendens til å avfeie og bagatellisere opplevelser av avvising, noe som nettopp kan uttrykkes gjennom grandiositet og arroganse, kan en hensiktsmessig respons fra terapeuten være *”jeg hører at du på en måte har bestemt deg for å ikke la det gå for mye inn på deg, at en del av deg forsøker å være modig og beskytte deg selv mot den andre delen av deg som kan føle seg ubetydelig?”* (Greenberg & Paivo, 2003, s. 238, min oversettelse).

Unnvikelse som tar form av perfeksjonisme eller idealisering, bistår pasienten med å distansere seg fra skam over å oppleve sitt eget selv som defekt. Gjennom idealisering av andre skapes det mulighet for å identifisere seg med noen som er perfekt. En perfeksjonistisk streben er imidlertid svært energikrevende for pasienten. Gjennom vektlegging av prestasjon og benektelse av egne behov, avhenger pasienten av å til enhver tid fremstille seg selv på en positiv måte (Pattison, 2000). For den perfeksjonistiske pasienten kan det å være ”vanlig” eller ”gjennomsnittlig” ha blitt forbundet med noe skamfullt (Moore & Barrow, 1986). Sorotzkin (1985) beskrev i så måte en narsissistisk drevet perfeksjonisme hvor fokuset konstant er på å fremstille seg selv som som feilfri. Når pasienten ikke lenger makter leve opp til selvpåførte høye standarder kan dette resultere i tanker om at man er verdiløs, hvilket utløser skam. En perfeksjonistisk streben kan ha sitt opphav i mangel på speilende og idealiserende selvobjektrelasjoner. Post (1982), referert til hos Hill (2016), redegjør for hvordan den perfeksjonistiske pasienten gjerne har følt at han eller hun måtte bli voksen for tidlig, med emosjonelt fraværende foreldre som påførte pasienten ydmykelse når pasienten uttrykte behov for hjelp. Også Hamachek (1978, s. 31, min oversettelse) beskrev hvordan perfeksjonistiske pasienter har ”vokst opp” med følelser av skam forbundet med å ikke leve opp til høye krav stilt gjennom oppveksten; *”Det er sannsynlig at skam erfares av*

*perfeksjonisten fordi han fremdeles føler at han ikke har tilfredsstilt kravene og forventningene fra personer som er emosjonelt viktige for ham*". Bak den perfekte fasaden finnes imidlertid et sterk ønske om å bli gjennomskuet av terapeuten og at terapeuten skal vise seg sterkere enn hvordan pasienten selv føler seg. Når terapeuten oppleves av pasienten som den sterke samt som den som ser igjennom hans eller hennes fasade, er det også håp om at terapeuten kan tåle pasientens "svakhet" (Skårderud, 2001).

### *Angrep mot andre*

Ovenfor pasienter med overte narsissistiske trekk kan det være krevende for terapeuten å understøtte i pasienten en nysgjerrig utforskning av hans eller hennes tendens til projeksjon av sine skampregede selvrepresentasjoner. Fortolkninger som indikerer pasientens eksterialisering kan her bli møtt med forvirring eller forakt (Zaslav, 1998). Dersom pasienten håndterer skam ved å innta en kritisk, fiendtlig holdning ovenfor terapeuten, er det en forutsetning at terapeuten unnlater ta dette personlig. Pasienten kan oppfatte det som tryggere å angripe terapeuten enn å angripe den som opprinnelig påførte pasienten skam og ydmykelse, for eksempel en forelder som har utøvet omsorgssvikt (Sanderson, 2015). Pasienten trenger her hjelp til å identifisere hvordan legitime behov for trygghet og tilhørighet ikke er blitt møtt, og hvordan terapisisituasjonen kan få pasienten til å føle seg skamfull når disse behovene blir eksponert (Sanderson, 2015). Imidlertid kan det noen ganger være nødvendig for terapeuten å konfrontere pasienter som responderer med et stadig tilbakevendende aggressivt, fiendtlig skamforsvar ovenfor terapeuten. Terapeutens konfrontasjon kan foregå gjennom både handling og dialog (Hahn, 2000). Gjennom handling kan terapeuten aktivt insistere på å fastholde sin rolle som behandler. Man vender stadig tilbake til rollen som den som innehar kompetanse og ønske om å forstå og hjelpe pasienten. Terapeuten utfordrer således pasientens relasjonelle stil preget av forventninger om at den andre parten må besitte rollen som mangelfull. Gjennom dialog kan terapeuten direkte utfordre hva som kan være hensikten bak pasientens kritikk eller fiendtlighet, samtidig som man kommuniserer et ønske om å ivareta og styrke den terapeutiske relasjonen (Hahn, 2000). En slik verbal, direkte konfrontasjon vil imidlertid gjerne forsterke skam hos pasienter som allerede føler seg som slemme eller "dårlige" mennesker (Jacobs, 1996). Dette gjelder fortrinnsvis for pasienter som strever med kovert narsissistisk sårbarhet, hvor skammen i større grad er bevisst tilgjengelig sammenlignet med pasienter preget av overt narsissisme. Dersom den hypersensitive pasienten med et utadrettet aggressivt skamforsvar blir møtt av terapeuten som om pasienten var mer "tykkhudet" enn han eller hun er, kan dette virke traumatiserende på pasienten. Rosenfeld



(1987), referert til hos Mollon (2002), påpeker at dette kan bli konsekvensene dersom terapeuten til stadighet retter fokus mot negative aspekter ved pasientens atferd og foretar fortolkninger som impliserer negative egenskaper ved pasienten. Da den hypersensitive pasienten ofte har dårlig utviklede indre representasjoner av en støttende annen, blir det viktig at fortolkningsarbeidet bygger på terapeutens støttende responser, uavhengig av pasientens aggressive projeksjoner (Zaslav, 1998). Terapeutens konfrontasjon av pasientens aggressive interpersonlige stil kan medføre at pasienten reagerer med sinne, noe som kan utarte seg til raseri. Zaslav (1998) påpeker således at dersom pasienten tillates å eskalere med sitt raseri uten at terapeuten setter grenser, vil pasienten til syvende og sist ha enda en ting å skamme seg over. Forut for et slikt raseri vil det oftest forekomme en klandring av terapeuten for å ha et for sterkt fokus på pasientens feil og mangler, og i utilstrekkelig grad vektlegge pasientens prestasjoner. Slike reaksjoner er et signal til terapeuten om å arbeide i et roligere tempo og fokusere på å underbygge pasientens erfaringer av terapirelasjonen som støttende. Man søker heller å utforske mindre truende aspekter ved pasientens uhensiktsmessige følelser, tanker og reaksjoner (Zaslav, 1998).

### ***Terapeutens bevissthet om og toleranse for egen skam***

Terapeuten må ha et bevisst forhold til hvordan egen skam kan fremkalles gjennom ulike scenarioer i terapirelasjonen og ulike responser fra pasienter. Uten denne bevisstheten vil ikke terapeuten være i posisjon til å vurdere hvorvidt egne responser på skam kan være uhensiktsmessige eller potensielt skadelige for pasienten, og noe som terapeuten bør søke veiledning eller egenterapi for slik at egen sårbarhet for skam ikke interfererer med det terapeutiske arbeidet (Luchner et al., 2008).

Som en øvelse i å øke sin bevissthet om hvordan egen skam kan aktiveres i møte med pasienter, bør terapeuten tenke tilbake på situasjoner i terapi hvor man selv har følt skam, og minne seg selv på hvilke kroppslige fornemmelser samt emosjonelle og kognitive reaksjoner som oppstod. Hva var foranledningen til disse reaksjonene, og på hvilket tidspunkt ble man klar over at det var skam man følte? Oppstod det et behov for å trekke seg tilbake eller ansvarliggjøre pasienten? Hvordan kan man anta at man ble oppfattet av pasienten i den aktuelle situasjonen? Refleksjon over egne ”triggerpunkter” for og reaksjoner på skam gjør det lettere for terapeuten å identifisere når egen skam kan aktiveres i terapi og regulere skam på en adaptiv måte uten bruk av et destruktivt skamforsvar (Sanderson, 2015).

I møte med pasienter som forsvarer seg mot skam gjennom eksternalisering av sitt devaluerte introjekt, kan det være særlig utfordrende for terapeuten å tolerere egen skam og regulere denne hensiktsmessig. Terapeutens opplevelse av egen tilstand kan imidlertid gi viktig informasjon om pasientens skamproblematikk (Zaslav, 1998). En måte for terapeuten å lettere kunne akseptere å bli påført skam uten å selv gå i forsvar, er derfor å minne seg selv om at skam påført en av pasienten er en kilde til innsikt i hva pasienten strever med (Jacobs, 1996). Pasientens eksternalisering av egen skam kan dernest indikere en terapiprosess som fungerer, hvor pasienten opplever alliansen som tilstrekkelig trygg dithen at det er mulig å anklage terapeuten uten at terapeuten vil avvise en (Zaslav, 1998).

### **Skam, fastlåsthet og brudd i terapirelasjonen**

#### ***Skam som felles utfordring***

En har sett at skambaserte transaksjoner i terapi, slik disse kan forekomme gjennom tidligere beskrevne mønstre av negative overføringer -og motoverføringer, kan vanskeliggjøre den terapeutiske prosessen og føre til fastlåste interaksjonsmønstre og brudd i terapirelasjonen. Innen psykodynamisk tilnærming til terapi anses mønstre av overføringer -og motoverføringer som forventet å oppstå, og som til nytte for pasientens utviklingsprosess, så fremt de identifiseres og analyseres i terapirelasjonen (Frank, 2002). Når fastlåsthet og brudd med opphav i skambaserte transaksjoner blir identifisert og reparert i fellesskap, kan pasient og terapeut forberede seg på at lignende transaksjoner potensielt kan inntreffe på nytt og det vil være mindre sannsynlig at man spiller de ut med tilsvarende intensitet dithen at de medfører ytterligere brudd (Zaslav, 1998).

Skam kan både ligge til grunn for fastlåsthet og brudd i terapirelasjonen, så vel som å være en reaksjon på dette. Arbeidet med å løse opp i skam forbundet med fastlåsthet og brudd i terapi forutsetter at terapeuten skaper rom for intersubjektive erfaringer (DeYoung, 2015). Terapeuten kan oppnå dette ved å støtte seg på sentrale prinsipper for metakommunikasjon ved brudd i terapirelasjonen, slik de er blitt fremsatt av Muran og Hungr (2013).

*Forhandlinger om mening* kan innledes ved at terapeuten inviterer til en samarbeidende utforskning av situasjonen som ledet til bruddet. Muran & Hungr påpeker at ved brudd vil pasienter ofte føle seg isolerte med sine vansker, noe som kan svekke pasientens tro på terapiprosessen. Terapeutens uttrykk for at bruddet representerer en utfordring for begge

parter og således er en delt erfaring, vil avhjelpe pasientens isolasjon og mismot. Terapeuten må vektlegge betydningen av både pasientens og sitt eget perspektiv på hvorfor bruddet oppstod og eventuelt er vanskelig å reparere, noe som vil fremme pasientens trygghet om å snakke fritt og åpent. Målet er at partene beveger seg vekk fra en defensiv posisjon og kan erkjenne at bruddet utgjør en felles utfordring og ansvar (Muran & Hungr, 2013). Terapeutens fasilitering av en gjensidig prosess av anerkjennelse og forståelse av begge parter opplevelser av terapirelasjonen, understøtter pasientens selvutvikling. Pasienten erfarer at noen er interessert i å høre om hans eller hennes opplevelser. Dette stider imot pasientens følelse av å være betydningsløs for andre, hvor denne følelsen ofte er framtrædende ved skamproblematikk (DeYoung, 2015). Gjentatte erfaringer av terapeuten som empatisk interessert i pasientens erfaringer vil dessuten styrke pasientens kapasitet til å være mottakelig for andres perspektiver. Denne kapasiteten kan være svekket hos skampregede pasienter som følge av forventninger om at andre skal opptre devaluerende. Pasientene kan derfor benytte seg av tilbaketrekking ved interpersonlig konflikt og unngår dermed dialog (DeYoung, 2015).

I reparering av skambaserte brudd blir det et felles samarbeid å identifisere pasientens devaluerte og devaluerende introjekter, slik at disse kan integreres og gjøres til gjenstand for terapeutisk arbeid, og slik at man unngår at disse spilles ut i ubevisst form mellom partene (Hahn, 2000). Som utgangspunkt for denne utforskningsprosessen kan terapeuten erkjenne å ha latt seg identifisere med pasientens eksternaliserte skamrelaterte materiale, og at dette skjedde fordi det hjalp terapeuten til å unnsnippe egen skamfølelse. Gjennom dette utviser terapeuten ansvar for egne reaksjoner, noe som vil styrke den terapeutiske alliansen (Hahn, 2000). Dette forutsetter at terapeuten kan anerkjenne egne følelser og reaksjoner; *"Terapeuten må være villig til å affektivt erfare det materialet som er blitt eksternalisert"* (Hahn, 2000, s. 19, min oversettelse). Når terapeuten tar ansvar for sin egen rolle i bruddet, utfordres pasientens skambaserte antakelser om at interpersonlige vansker skyldes mangler ved pasientens selv. Når "feil" kan lokaliseres til terapeuten, hvorpå terapeuten på en rolig måte er istand til å reflektere over dette, vil det å besitte "feil" ikke lenger fremstå med en ødeleggende, truende kraft. Ved gjentatte erfaringer av felles samarbeid om å identifisere og løse opp i fastlåsthet og brudd i terapirelasjonen, kan pasienten bevege seg fra å oppleve fastlåsthet og brudd i relasjoner som bevis på at noe må være galt med pasientens selv, til å anse dette som *"muligheter for å reparere misforståelser"* (DeYoung, 2015, s. 121, min oversettelse).

***Et spørsmål om "timing"***

Muran & Hungr (2013) påpeker betydningen av å utforske partenes umiddelbare erfaringer ved brudd i terapirelasjonen. Dette betyr at man kan innta et "her og nå" perspektiv på interaksjonen, og fordype seg i spesifikke verbale og nonverbale uttrykk og atferdsmønstre. Umiddelbar utforskning gjør det mulig for pasienten å styrke sin erfaringsmessige bevissthet om hva som ligger grunn for hans eller hennes erfaringer og reaksjoner. Man er opptatt av å få pasienten til å generere rike beskrivelser av sine erfaringer, hvor innsikt i detaljer av selverfaringer kan få den globale selvtilstanden til å fremstå tydeligere for pasienten (Muran & Hungr, 2013). Å tilrettelegge for rike beskrivelser synes derfor å kunne bidra til pasientens bevisstgjøring av egen skam og skamforsvar. Imidlertid kan man anta at pasientens muligheter for generere rike beskrivelser av sin skamerfaring, slik denne kan forekomme i det terapeutiske øyeblikket, vil ha sine iboende utfordringer. Dette forbundet med at skam kan erfares som truende for pasienten og sågar virke disorganiserende. Det kan dermed være vanskelig for pasienten å formidle seg om skam i en "ren" semantisk form (Schore, 2015). Umiddelbar utforskning av bruddet kan imidlertid redusere risikoen for skaminduserende responser fra terapeutens side. Dette kan gjelde forekomst av spekulative og klandrende fortolkninger, hvor terapeuten antar at det som foregår i terapirelasjonen må være symptomatisk for pasientens generelle interpersonlige stil (Muran & Hungr, 2013). Å innta et "her og nå" fokus minner terapeuten om sin egen innvirkning på pasientens reaksjoner, hvor hver terapitime må forstås som en unik kontekst med sin spesifikke dynamikk. Eventuelle forsøk på å trekke paralleller mellom mønstre i terapirelasjonen og pasientens øvrige relasjoner bør derfor fremsettes som åpne spørsmål som det må være opp til pasienten å selv få besvare (Muran & Hungr, 2013). Et "her og nå" fokus kan videre gjøre terapeuten mer oppmerksom på hvordan ens måter å snakke på kan resonnerer med pasientens skam og den skambaserte frykten for avvisning; *"Etter hvert som jeg hører meg selv snakke, legger jeg merke til en "formell kvalitet" i det jeg sier, og jeg tenker at jeg kanskje har opptrådt ganske distansert ovenfor deg. Kan det stemme med det du opplever?"*. Slike selvavsløringer fra terapeuten kan gjøre det enklere for pasienter å bli bevisst vanskelige følelser de opplever i terapirelasjonen (Muran & Hungr, 2013, s. 35, min oversettelse).

Zaslav (1998) understreker på sin side risikoen for å overvelde pasienten og påføre han eller henne unødvendig skam dersom man adresserer skambaserte interaksjoner slik de forekommer i øyeblikket. Pasienten vil være best i stand til å konfrontere sine patologiske forestillinger, utvide sin forståelse og prosessere ny informasjon når han eller hun befinner seg i en velregulert emosjonell tilstand (Zaslav, 1998). Det må derfor være et mål å regulere

pasientens skam før man inviterer til refleksjon over og bevisst bearbeiding av skamutløsende transaksjoner i terapi. Ofte har pasienter også behov for tidsmessig avstand fra en skamutløsende hendelse. I så måte foreslås det at det er gunstig om terapeuten i samarbeid med pasienten etablerer en vane om å gjennomgå tidligere terapitimer for å bearbeide eventuelle skamutløsende transaksjoner. Slik kan pasienten nærme seg en truende selvtilstand fra et "nytt" og tryggere emosjonelt ståsted. På denne måten kan tidligere hendelser snakkes om uten at pasientens nåtidige, "aktive selv" er ansvarlig for atferden, og heller ikke hvor terapeuten "aktive selv" er ansvarlig for å eventuelt ha sviktet eller skadet pasienten gjennom devaluering og avvising (Zaslav, 1998). Terapeutens sans for "timing", som kan sidestilles med Wurmser (1981) sin forståelse av terapeutisk takt med hensyn til når man best bør adressere det som for pasienten er vanskelige tema, styrker pasientens opplevelse av trygghet, hvor pasienten våger større grad av ekspressivitet og åpenhet (Rappoport, 2002).

Zaslavs (1998) oppfatning av at terapeuten ikke bør forsøke å tilby bevisstgjørende fortolkninger så lenge pasienten befinner seg i en akutt skamtilstand, deles av Schore (2015). Når terapeuten for eksempel gjenkjenner pasientens skambaserte overføringer, er det ikke gunstig å forsøke understøtte pasientens bevissthet om dette imens pasienten er aktivt preget av skam. Istedenfor blir det viktig at terapeuten søker gjenetablere en interpersonlig, empatisk kontakt (Schore, 2015). Terapeuten kan oppnå dette ved å anerkjenne pasientens subjektive opplevelse av terapeuten som henholdsvis et devaluert eller devaluerende objekt. Dette samtidig med at man forsikrer pasienten om at man som behandler er dedikert til den terapeutiske relasjonen og prosessen. På denne måten innfris ikke pasientens forventninger om at skam innebærer å bli forlatt i en dysregulert tilstand (Hahn, 2000; Schore, 2015). Lamb (1981), referert til hos Schore (2015, s. 464) oppfatter dette som at terapeuten empatiske respons og ønske om å forstå pasienten, bidrar til at pasienten kan gjøre seg erfaringer av "*distress-relief sekvenser*"; pasienten beveger seg fra tilstander av ubevisst skam og skamforsvar til tilstander av "*stille årvåkenhet*" som anses som en forutsetning for selvrefleksjon og økt innsikt. Pasientens opplevelser av at skamfølelse kan etterfølges av "*stille årvåkenhet*" gjør at skam kan erfares stadig mer bevisst og regulert. For pasienter som forsvarer seg mot skam gjennom å angripe andre, bidrar dette til en utvikling fra primær til sekundær narsissistisk respons; istedenfor å reagere med fiendtlighet og raseri vil pasienten i større grad kunne uttrykke et "*modulert, verbalisert sinn*" (Schore, 2015, s. 461).

### ***Forhandlinger om subjektivitet via intersubjektivitet***

For pasienter kan psykoterapi fortone seg som en eksistensiell streben etter å finne sin egen subjektivitet (Muran & Hungr, 2013). Dette må antas å særlig være gjeldende for skampregede pasienter som nettopp har tendens til objektivisering av eget selv så vel som av andre. Broucek (1991) viser således til at dyp skam gjør det vanskelig for pasienten å anerkjenne både seg selv og andre som autonome individer. Kilborne (2002), referert til hos Wurmser (2015, s. 91, min oversettelse) skriver: *”For mye skam fører til tap av selvet, og tap av selvet fører til mer skam. Ubevisst skam fører til større avhengighet av både hva andre ser i oss og hva vi forestiller oss at de ser i oss”*. Dette impliserer at terapeuten må være bevisst på hvordan skam innskrenker pasientens erfaringer av å være et subjekt i møte med andre subjekter. Skampregede pasienter kan således forstås å besitte udekte behov for å få sin subjektivitet forstått fra innsiden og ut av en empatisk inntonet annen (Simon & Geib, 1996). Mangelfulle opplevelser av å føle seg sett og forstått, menneske til menneske, gir opphav til utilstrekkelig erfaring av indre sammenheng og følelser av maktesløshet, som pasienten forsøker håndtere gjennom eksempelvis et grandios eller idealiserende skamforsvar (Simon & Geib, 1996).

Det terapeutiske arbeidet med å hjelpe pasienten til å finne seg selv som subjekt, hvor pasienten både kan anerkjenne seg selv og andre som unike individer, må bygge på *terapeutens* evne til å anerkjenne pasienten som et selvstendig subjekt, og seg selv som et eget subjekt adskilt fra pasientens selv. En terapeutisk prosess som kan understøtte pasientens subjektivitet forutsetter altså gjensidig anerkjennelse i terapirelasjonen; *”Pasienten må kunne oppfatte verden som forhandlingsbar og som bestående av mennesker med separat subjektivitet”* (Muran & Hungr, 2013, s. 28, min oversettelse). For å løse opp i skam er det derfor ikke tilstrekkelig å endre synet på seg selv som et objekt som fortjener fordømmelse. Man må også bevege seg vekk fra å se den andre som primært en fordømmende annen. Terapeuten, eller en annen, kan riktignok være kritisk, men også empatisk, hvor den andres uttrykk ikke nødvendigvis omhandler et motiv om å påføre pasienten skam (Jacobs, 1996). Et viktig mål i behandling av skampregede pasienter er derfor å hjelpe de til å utvikle og berike sine indre representasjoner av andre mennesker, hvor andre i større grad kan oppfattes som autonome individer som handler ut ifra sitt eget, selvstendige selv (Zaslav, 1998).

Ofte finner man at skampregede pasienter har vokst opp med omsorgsgivere som ikke har klart å gi ham eller henne tilstrekkelige erfaringer av intersubjektivitet, hvilket er en forutsetning for utvikling av et robust, fleksibelt selv (DeYoung, 2015). Benjamin (1990) beskriver dette som at barnet avhenger av å bli anerkjent som et eget subjekt av omsorgsgiver

for å selv være istand til å erfare sin egen subjektivitet i nærvær av denne. Intersubjektive erfaringer innebærer opplevelser av å erfare noe sammen med en annen, samtidig som man anerkjenner at man er to adskilte individer som har disse erfaringene (Benjamin, 1990). I stedet for erfaringer av intersubjektivitet kan tidlige tilknytningserfaringer hos skampregede pasienter ha vært kjennetegnet av foreldrenes invadering, hvor foreldrene kan ha følt eierskap til pasientens indre liv. Slik invadering fra foreldrene svekker barnets selvaktelse og interesse for å bli kjent med egne selvtilstander og behov (DeYoung, 2015). En skampreget pasient vil på et visceralt nivå, gjennom høyrehemisfærisk, relasjonell kunnskap, huske hva som tidligere har inntruffet i øyeblikk hvor man har forsøkt å oppnå en autentisk, affektiv forbindelse med en annen. Dette vil gjerne ha vært erfaringer av emosjonell dysregulering og relasjonsbrudd (Schoore, 1998). Frykten for å på nytt bli påført skam, og pasientens indre drama mellom et internalisert skambasert selv og en skampåførende annen, avhenger av å bli utfordret av terapeutens empatiske forståelse. Terapeuten må forstå hvordan pasientens dype skam genererer erfaringer av at *"ens eget selv går i oppløsning ovenfor en dysregulerende annen"* (DeYoung, 2015, s. 63, min oversettelse). På samme måte som mange små øyeblikk av affektiv dysregulering kan innskrenke det intersubjektive feltet i en relasjon, kan imidlertid mange små øyeblikk av å bli møtt av en inntonet, responsiv og regulerende annen utvide det intersubjektive feltet. Dette innebærer en fornemmelse av at den andre *vil* respondere med empati og aksept når man meddeler seg sine tanker og følelser (Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan & Tronick, 1998).

Intersubjektivitet i terapirelasjonen forutsetter imidlertid noe mer enn at terapeuten tilbyr en empatiske forståelse av pasientens opplevelser. Ved brudd i terapi kan det synes riktig å møte pasientens skam gjennom responser som *"Det du forteller om skaper mening, og jeg kan forstå hvordan det såret deg. Det er ikke noe galt med deg eller dine opplevelser"*. Slike responser er dog ikke tilstrekkelige, da de kan oppleves som at terapeuten forblir *"usynlig bak funksjonen av å være forståelsesfull"* (DeYoung, 2015, s. 121, min oversettelse). Pasienten kan her etterlates i en skamtilstand som følge av det udekte behovet for å få en fornemmelse av terapeuten på et personlig, autentisk nivå. Den empatiske forsikringen om at pasienten har rett i sine erfaringer og at disse er normale og forståelige, må derfor suppleres med at terapeuten tilbyr sin egen indre erfaring; *"Jeg føler bruddet jeg også, og jeg lurte på hva min rolle er i det"*. Å møte skam på denne måten innebærer å anerkjenne pasientens *"behov for en gjensidig forbindelse"* (DeYoung, 2015, s. 121, min oversettelse). En må anta at når terapeuten trer frem som autentisk, menneskelig og tydelig med sine indre erfaringer, vil dette kunne gi pasienten tiltro til at det er mulig for ham eller henne å gjøre det samme.

### Oppsummerende diskusjon

I oppgaven har en søkt å belyse kjennetegn ved skamtilstander hos pasient og terapeut i psykoterapi. Dette med hensyn til hvordan skam kan oppstå, erfares og komme til uttrykk hos partene i konteksten av terapi. Det er videre belyst hvilke følger dette kan ha for kvaliteten av terapirelasjonen og de prosesser som oppstår i terapi. En har også søkt å redegjøre for hva som bør kjennetegne terapeutisk arbeid med skampregede pasienter med hensyn til at behandling av internalisert skam forutsetter aktualisering av både implisitte, relasjonelle og eksplisitte, bevisstgjørende terapeutiske prosesser. Skam er ofte en sentral komponent ved mange psykiske lidelser og problemstillinger som pasienter søker behandling for (Dearing & Tangney, 2011). Kaufman (2004) mener sågar at dyp skam kan forstås som en kilde til alt fra depresjon, angst, tvangslidelser, avhengighetsproblematikk og perfeksjonisme til paranoide og schizoide prosesser, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og narsissistiske forstyrrelser. Til tross for at skam sannsynligvis har en sentral rolle som utløsende og opprettholdende faktor ved et vidt spekter av psykiske lidelser, er det funnet at pasienters skam ofte blir forbigått i psykoterapi. Dette både av pasientene selv så vel som av terapeuter (Lewis, 1971; Osherson & Krugman, 1990). En medvirkende årsak til dette kan være at skam gjerne erfares som en implisitt, ”ordløs” tilstand som det kan være vanskelig for pasienten å få bevisst tilgang til og dermed formidle seg om verbalt (Schore, 2015). Videre vil det å snakke om skam gjerne aktivere ”metaskam”, hvor pasienten føler skam over å skamme seg (Lewis, 1971; Castelfranchi & Poggi, 1990; Lansky, 2005). Ved å rette oppmerksomheten mot det man skammer seg over ved seg selv, kan dette lede til forsterkning av skamfølelsen. Ved dyp, global skam kan pasienten sågar oppleve at det å, sammen med terapeuten, rette fokus mot ens skampregede selv innebærer en trussel om at selvet vil gå i oppløsning (Retzinger, 1995). Videre vil skam motivere til å ønske skjule seg og trekke seg tilbake, noe som i seg selv vanskeliggjør selvavsløringer for pasienten (Lewis, 1971). Man må også anta at skam kan aktiveres og/eller forsterkes hos pasienter som følge av terapirelasjonens mangel på gjensidighet med hensyn til at pasient og terapeut i vesentlig grad er ulikt selvavslørende ovenfor hverandre. Terapirelasjonens iboende rolleforskjeller kan slik sett virke skamutløsende hos pasienter (Jacobs, 1996). Pasientens opplevelse av å være den hjelpetrengende part i relasjonen og eventuelt erfare at han eller hun ikke har andre enn terapeuten å henvende seg til, kan være forbundet med skam (Jacobs, 1996). Som beskrevet av Jacobs vil mange pasienter møte til terapi med en skambasert frykt for å ikke bli forstått og akseptert. Skam kan medvirke til at pasienten oppfatter terapeuten som en som besitter makt



til å fordømme og avvise en (Retzinger, 1998). Ovennevnte karakteristikk ved skam må antas å kunne føre til at pasienten er implisitt motivert til å søke unngå direkte tematisering av skamerfaringen i seg selv og/eller det han eller hun skammer seg over. I tråd med Lewis (1995, s. 2) sin beskrivelse av skammens ”*kameleonaktige natur*” hvor skam gjerne fremstår som ”noe annet”, kan pasienten tenkes å fremstille sin skam på måter som erfarer av pasienten som mer akseptable eller ”tryggere” problemstillinger å formidle seg om, hvor man unngår et direkte fokus på selve skammen. Skampregede pasienter kan således antas å fokusere på andre følelser eller selvtilstander, som tristhet –og tomhetsfølelse og/eller overdreven frykt, hvor skammen forblir blir mer eller mindre uidentifisert eller indirekte tematisert. Depresjons -og angstlidelser vil riktignok gjerne være forbundet til skamproblematikk (Bilevicius, Single, Bristow, Foot, Ellery, Keough & Johnson, 2018; Weingarden, Renshaw, Wilhelm, Tangney & DiMauro, 2016; Kaufman, 1996). Karen Horney (1950) beskrev sågar at dyp skam, fra et førstepersonsperspektiv, kan erfarer som nettopp depresjon og/eller angst. DeYoung (2015) understreker at pasientens forsøk på å beskytte seg mot den smertefulle erfaringen av skam ved å presentere sin skamproblematikk som ”noe annet”, gjør at terapeuter risikerer å ”forledes” av pasientens forsøk på skamunngåelse. Dette kan tenkes å være en medvirkende årsak til terapeutens forbigåelse av pasientens skam. Imidlertid kan det også være at pasienters skam forbigås til dels fordi terapeuter ikke vet hva de skal se etter for å identifisere skam hos pasienter. I boken *Neurosis and Human Growth* fra 1950 påpeker således Karen Horney at terapeuter må være oppmerksomme på både affektive, kognitive og interpersonlige signaler om skam hos pasienter. Den fenomenologiske erfaringen av skam kan av pasienten selv bli identifisert som angst og paranoide tanker. Dette siden skam i stor grad omhandler frykt for å bli eksponert og ”avslørt”. Pasienten kan også identifisere sin skam som depressivitet. Ifølge Horney må depresjon forstås som skam koblet med tristhet og fortvilelse. Pasientens benevning av å føle seg uelskbar og verdiløs, annerledes og isolert, sjenert, sky og tilbaketrukket, flau, selvbevisst, skyldpreget eller motløs kan alle være affektive signaler om en underliggende skamdynamikk. Kognitive signaler om skam kan gjenkjennes i form av pasientens tanker om at hun er dum, uintelligent og mindre verdt enn andre. I så måte mener Horney at det såkalte ”bedragersyndromet”, hvor pasienten besitter en frykt for å bli avslørt som inkompetent, må forstås som en kognitiv manifestasjon av skam. Den tredje kategorien av skamsignaler innebærer interpersonlige signaler, enten kommunisert om gjennom pasientens måter å relatere seg til terapeuten på, eller gjennom hva pasienten forteller om sine øvrige relasjoner (Horney, 1950). I tråd med Tomkins’ (1987) forståelse av det skambaserte kjernescriptet som motiverer individet til å unngå skam og

øvrigt affekter, tanker og responser som er blitt bundet til skam, vil interpersonlige signaler gjerne innebære adferdsmønstre karakteristisk for en eller flere av de fire kategoriene av skamforsvar; tilbaketrekking, selvangrep, unnvikelse eller angrep på andre (Nathanson, 1992). Terapeuten må være klar over at hver kategori av forsvar kan ha ulike uttrykk. For eksempel kan skamforsvar i form av selvangrep innebære at pasienten fysisk skader seg selv, men også utviser rigid bruk av selvutslettende humor i form av ironi og sarkasme. Unnvikelse kan på sin side vise seg gjennom rusmisbruk, men også perfektjonisme og overdreven tilpasning til terapeutens forslag (Sanderson, 2015; Hultberg, 1988; Skårderud, 2001).

De affektive, kognitive og interpersonlige kjennetegnene ved skam og ulike typer skamforsvar, slik dette beskrives av Nathanson (1992) og til dels også hos Kohut (1971), har likhetstrekk med symptombilder ved ulike diagnoser for psykiske lidelser. Dette gjelder spesielt innen diagnosekategorien personlighetsforstyrrelser. For eksempel finner man klare paralleller mellom symptombeskrivelsen for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og beskrivelser av et skamforsvar tilsvarende angrep på selvet, narsissistisk personlighetsforstyrrelse og et skamforsvar som innebærer angrep på andre, samt engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse og avhengig personlighetsforstyrrelse og skamforsvar innebærende angrep på selvet, tilbaketrekking og unnvikelse. Det er i denne sammenheng interessant å legge merke til at ICD-10, med sine kliniske beskrivelser og offisielle retningslinjer for diagnostisering av psykiske lidelser, ikke gir en direkte benevnelse av skam som symptom ved noen diagnoser. Dette til tross for at skam representerer den mest smertefulle erfaringen mennesket kan ha av seg selv (Kaufman, 2004), og slik sett bør antas å være et kjernesymptom ved psykiske lidelser kjennetegnet av negativ tanker og følelser omhandlende selvet. Skam nevnes riktignok indirekte i ICD-10 som en del av symptombildet ved sosial fobi; *"Pasienten har ofte lav selvfølelse og er redd for kritikk"*. Videre oppgis det om fysiologiske skamuttrykk i form av rødming og vansker med direkte øyekontakt (World Health Organization, 2012, s. 135). I den amerikanske diagnosemanualen for psykiske lidelser, DSM-5, benevnes imidlertid skam direkte som del av symptombildet ved unnvikende personlighetsforstyrrelse; *"begrensninger i nære relasjoner på grunn av frykt for å bli påført skam eller å bli latterliggjort"* (American Psychiatric Association, 2013, s. 328, min oversettelse). Ved beskrivelsen av engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse i ICD-10 oppgis det om skamrelaterte symptomer i form av at pasienten oppfatter seg å være *"lite personlig tiltrekkende eller underlegen andre"* og preges av *"overdreven opptatthet av å kunne bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner"* samt at det foreligger *"unngåelse av*

*sosiale eller yrkesmessige aktiviteter som innebærer betydelig mellommenneskelig kontakt, på grunn av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvísning*” (World Health Organization, 2012, s. 204-205). DSM-5 benevner skam, i tillegg til frykt, skrekk, sinne og/eller skyld, som et av de mulige vedvarende følelsesmessige symptomene ved posttraumatisk stresslidelse. I henhold til ICD-10 er imidlertid ikke skam en del av symptombildet ved posttraumatisk stresslidelse. Dette i strid med funn om at skam er en av de emosjonelle vanskene som pasienter med PTSD rapporterer hyppigst om (Resick & Schnicke, 1992; Reynolds & Brewin, 1999), samt at skam og sinne, og ikke nødvendigvis frykt og skrekk, er følelestilstander som en signifikant andel av pasienter med PTSD har erfart under de mest intense øyeblikkene av en traumatisk hendelse (Grey, Holmes & Brewin, 2001). ICD-10 oppgir angst –og depresjon som forbundet med PTSD gjennom symptomer som *”fornemmelse av nummenhet og følelsesmessig avflatning, distansering fra andre mennesker, nedsatt reaksjoner på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet”* samt *”frykt, panikk eller aggresjon”* omhandlende gjennopplevelse av traumet (World Health Organization, 2012, s. 146). Det oppgis også at det ikke er uvanlig at det forekommer selvmordstanker ved PTSD. Som nevnt tidligere mener Horney (1950) at for pasienten kan den fenomenologiske erfaringen av skam innebære angst og/eller depresjon. Videre mener Okkenhaug (2009) at selvmord kan forstås som en ”løsning” på individets behov om å forsvinne, hvor dette behovet gjerne har opphav i skam. Det kan dermed være at når traumatiserende erfaringer leder til skam hos pasienten, gir dette økt risiko for utvikling og opprettholdelse av symptomer på angst, depresjon og/eller selvmordstanker. Innen diagnosegruppen stemningslidelser i ICD-10 oppgis det eksplisitt at *skyldfølelse* er et symptom ved depressiv episode. Fremdeles nevnes ikke skam direkte, men det oppgis symptomer som *”reduert selvfølelse og selvtillit”* og *”mindreverdighetsfølelse”* (World Health Organization, 2012, s. 116). Dette er symptomer som for så vidt kan forstås som relatert til skam. DSM-5 oppgir at alvorlig depressiv lidelse kjennetegnes av symptomer som blant annet håpløshetsfølelse og *”følelser av verdiløshet eller overdreven eller upassende skyld”* (American Psychiatric Association, 2013, s. 94-95). I oppgaven har en belyst forskjeller mellom skam og skyld, hvor det nettopp er skam, og ikke skyld, som forbindes til erfaringen av å mangle iboende verdi (Tangney & Dearing, 2002). Overdreven eller upassende skyld ved depresjon kan muligens forstås som skamrelatert ved at pasienten oppfatter sine handlinger som representative for hans eller hennes *selv*. Depressive lidelser kjennetegnes nettopp av et negativt selvfokus og en attribusjonsstil hvor pasienten i overdreven grad forklarer negative hendelser ut ifra stabile, globale negative egenskaper ved eget selv (Seligman, Abramson, Semmel & Von Baeyer,

1979). Det er slik sett sannsynlig at det vil være en sterkere forbindelse mellom skam og depresjon, enn mellom skyld og depresjon. Det blir derfor noe påfallende at det er skyld, men ikke skam, som omtales i direkte form som en del av symptombildet ved depressive lidelser. Riktignok kan depresjon i enkelte tilfeller være kjennetegnet av at pasienten er skyldpreget, hvor han eller hun ruminerer over sine handlinger. Imidlertid har ruminering vist seg å først og fremst innebærer risiko for depresjon når rumineringen rettes mot egenskaper ved ens eget selv, og ikke de handlingene en har utført. I en studie av Orth, Berking & Burkhardt (2006) fant man at skam, men ikke skyld, hadde en sterk unik effekt på depresjon, hvor dette ble mediert av hvordan skam ledet til ruminering omhandlende selvet. Det er ellers nærliggende at de mest fremtredende aspektene ved skamerfaringen hos pasienter med depresjon kan innebære vedvarende følelser av håpløshet og verdiløshet, hvor dette da også tilkjennegis som en del av symptombildet ved alvorlig depressiv lidelse, i henhold til DSM-5. Ved sosial fobi kan imidlertid frykten for å bli avslørt, latterliggjort og avvist av andre være de mer dominerende trekkene ved skamerfaringen. Det er således funnet at pasienter med sosial fobi først og fremst erfarer skam i situasjoner hvor de føler seg inkompetente eller sosialt ekskludert (Scheel, Bender, Tuschen-Caffier, Brodführer, Matthies, Hermann & Jacob, 2014). Siden skam er en kompleks selvtilstand som kan romme alt fra mild flauhet til intens ydmykelse, opplevelse av håpløshet og manglende verdi, samt ulike kognisjoner eller ”mentale bilder” av selvet hos pasienten, kan det riktignok gi mer klinisk mening å spesifisere hvilke trekk ved skamerfaringen som er mest uttalt ved symptombildet for ulike psykiske lidelser. Imidlertid kan det også være at man dermed risikerer å forbigå øvrige trekk ved skamerfaringen som også skaper vansker for pasienten. Ved dyp skam erfarer gjerne individet seg som både lite verdifull i egne øyne samt at man heller ikke har verdi for andre, med frykt for at andre vil ta avstand fra en (Tangney, Niedenthal, Covert & Barlow, 1998). Samtidig forekomst av sosial fobi og alvorlig depressiv lidelse, hvor man finner komorbiditetstall opptil 33% (Zimmerman, Chelminski & McDermut, 2002), kan eksempelvis tenkes å indikere skamproblematikk som en medierende faktor.

Med utgangspunkt i ovenstående kan det postuleres at mangel på direkte benevnelser av skam som symptom ved de diagnoser for psykiske lidelser hvor skam pr i dag kan sies å *indirekte* tilkjennegis som symptom, slik dette fremkommer i ICD-10 og DSM-5, bidrar til å øke risikoen for at terapeuter forbigår skamtilstander og underliggende skamproblematikk hos pasienter. Det kan hevdes at fraværet av direkte benevnelser av skam i kliniske beskrivelser av psykiske lidelser reflekterer skammens vesen; at den gjerne ikke snakkes om selv om den er høyst til stede. En risikerer dermed at pasientens skam forblir noe som man i beste fall

forholder seg til på en indirekte måte. Direkte benevnelse av skam i kliniske beskrivelser av psykiske lidelser må antas å kunne være betydningsfullt for at behandlere skal bli mer oppmerksomme på patologisk skam og skamforsvar hos pasienter, samt øke incentivet for at behandlere tilegner seg mer kunnskap om denne tilstanden og dermed bedrer sine forutsetninger for å identifisere og behandle skamproblematikk. I alle tilfeller bør behandlere være klar over at pasientens uttrykk for eksempelvis håpløshetsfølelse, negativ selvbevissthet i sosiale situasjoner, overdreven skyldfølelse og/eller selvmordstanker *kan* indikere skam som et grunnleggende problem hos pasienten. Dette selv om pasientens symptombylle ”stemmer overens” med diagnoser hvor behandlingen ofte fokuserer på regulering av følelser av overdreven frykt og/eller nedstemthet.

Forbigåelse av pasientens skam innledningsvis i terapi, eller at skammen først blir tematisert på en indirekte måte gjennom fokus på for eksempel angst eller nedstemthet, utelukker selvsagt ikke at man på et senere tidspunkt i terapiprosessen kan oppnå en mer direkte identifisering og bevisstgjøring av skam som et kjerneproblem hos pasienten. Imidlertid risikerer man, som følge av pasientens motivasjon om å unngå skam og terapeutens tendens til forbigåelse, at pasientens skam, ikke kun innledningsvis i terapi men gjennom terapiforløpet i sin helhet, forblir noe man forholder seg til på en ”vag” måte. Dette med hensyn til at regulering av skam i stor grad omhandler bevisstgjøring, hvor pasienten får støtte til å sette ord på skamerfaringen, plassere skammen i en relasjonell kontekst og utfordre skammen direkte gjennom aktiv bearbeiding (Schore, 2015; DeYoung, 2015; Horney, 1950; Gilbert, 2009). Som beskrevet innledningsvis i oppgaven har pasientens vurdering av arbeidsalliansen *tidlig* i terapi vist seg å være en sterk prediktor for terapeutisk utfall (Barber, Khalsa, Sharpless & Muran, 2010). I tråd med Bordins (1979) forståelse bygger arbeidsalliansen i psykoterapi blant annet på den enighet som forhandles frem mellom pasient og terapeut om hvordan man kan forstå pasientens problemer, hva som er pasientens mål for terapien og hvordan man skal gå frem for å nå disse målene. Horvath og Luborsky (1993) påpeker at forhandlinger om terapiens mål og metoder må romme pasientens behov for å oppnå *varig lettelse* fra sine lidelser. Utvikling av en god arbeidsallianse understøttes slik sett av at terapeuten kan formidle tilbake til pasienten en forståelse av pasientens problemer på en slik måte at han eller hun *føler seg forstått* (Horvath & Bedi, 2002). Skam hos pasienten kan imidlertid medføre at han eller hun strever med å formidle seg verbalt om sine problemer. Dyp skam kan også gjøre pasienten tilbøyelig til å ville skjule det han eller hun finner skambelagt ved eget selv. Skam kan derfor gjøre det vanskelig for pasienten å delta på en

autentisk måte i samtaler om terapiens mål. I kombinasjon med terapeutens vansker med å identifisere pasientens skam, sannsynliggjør dette at det i møte med skampregede pasienter kan være utfordrende å forhandle frem en tilstrekkelig god, felles problemforståelse og enighet om terapeutiske mål og metoder. Dette relatert til hvorvidt pasienten føler seg virkelig forstått av terapeuten, hvor man risikerer at det definerte terapeutiske prosjektet ikke oppleves tilstrekkelig meningsfullt for pasienten relativt til hans eller hennes vansker med internalisert skam. En kan således tenke seg at for mange skampregede pasienter vil diagnoser som for eksempel depresjon og sosial fobi på mange måter være ”riktige” diagnoser, men hvor behandlingen, som gjerne innebærer kognitiv atferdsterapi hvor en del av fokuset legges på atferdsaktivering og atferdseksperimenter, kan gi pasienten et mer eller mindre utilstrekkelig utbytte. Per i dag synes det at den terapiformen som i størst grad retter seg direkte mot behandling av skamproblematikk er medfølelsesfokuseret terapi (Compassion Focused Therapy, CFT), utviklet av Paul Gilbert. Her adresseres både de affektive og kognitive vanskene forbundet med dyp skam. En hovedutfordring ved behandling av dyp skam er nettopp pasientens uttalte vansker med å få tilgang til og generere selvmedfølelse. En har funnet at tendensen til selvkritisk tenkning som ofte ledsager internalisert skam kan være krevende å redusere som følge av hvordan dette er forbundet med aktivering av det Gilbert (2009) betegner som ”trusselsystemet”, det vil si den sympatiske delen av det autonome nervesystemet. Dette peker på den fysiologiske forbindelsen mellom selvkritikk, skam og frykt, hvor høy sympatisk aktivering gjør det desto vanskeligere for pasienten å aktivere og få tilgang til selvtrøst og varme rettet mot sitt eget selv (Boersma, Håkanson, Salomonsson & Johansson, 2014). Som påpekt av Boersma et al. tilsier dette at behandlingsintervensjoner for dyp skam ikke bare må hjelpe pasienten til å oppnå reduksjon av styrke og frekvens av selvkritiske tanker, men også øke pasientens tilgang til emosjonelle erfaringer av varme, trøst og beroligelse hvor pasienten lærer å rette dette mot sitt eget selv.

I tillegg til enighet om terapiens mål og fremgangsmetoder, rommer arbeidsalliansen også et affektivt bånd mellom pasient og terapeut. Således vil en god allianse i stor grad avhenge av at partene føler gjensidig tillit til hverandre (Bordin, 1979). Lewis (1971) påpeker at dersom terapeuten innledningsvis i terapi ikke lykkes å identifisere og regulere pasientens skam, vil dette nettopp bidra til å svekke pasientens tillit til terapeuten og den terapeutiske prosessen. Som redegjort for av Tomkins (1987) er det ikke kun skamfølelsen i seg selv, men alle de tanker, følelser og behov som for pasienten er blitt ”bundet til skam” som det kan være vanskelig for ham eller henne å rette søkelys mot. Hartmann (2013) beskriver at det som

pasienten opplever som skambelagte trekk ved seg selv eller sine erfaringer, gjerne danner grunnlag for selvformaning om å aldri dele dette skamfulle med andre. Hartmann forstår dette som at pasienten har en grunnleggende mangel på tillit til at andre mennesker er til å stole på. Slik mangel på tillit bør tematiseres *tidlig* i behandlingen, da dette øker sannsynligheten for utvikling av en terapeutisk relasjon og prosess som nettopp muliggjør behandling av pasientens skamproblematikk (Hartmann, 2013). Som understreket av Jacobs (1996) vil det skampregede mennesket ha en sterk lengsel etter å omsider føle seg fullstendig forstått og akseptert av en annen. Dersom selv ikke terapeuten fanger opp hvor smertefullt en har det med seg selv, og hvor lite tillit man har til andre, kan dette tenkes å resonneres med pasientens dype skam forbundet med opplevelsen av å være isolert. Pasienten kan her erfare seg som en person som terapeuten ikke finner det verdt å søke forstå og hjelpe. For å unngå at pasienten innledningsvis i terapi kan oppleve seg som forlatt med sin skam, synes det viktig at terapeuten legger til rette for at pasienten får tematisert det som for ham eller henne kan være vanskelig med å starte opp i terapi. Basert på Hartmanns påpekning av sammenhengen mellom skam og vansker med å stole på andre, kan en hensiktsmessig måte å tilnærme seg en eventuell skamproblematikk hos pasienten tidlig i terapi innebære tematisering av pasientens opplevelse av tillit til andre. Her settes ikke det pasienten kan skamme seg over ved eget selv i et direkte fokus, men like fullt reflekterer man tilbake til pasienten en forståelse av hans eller hennes vansker forbundet med de konsekvenser skammen kan ha for pasientens opplevelse av andre mennesker. Hartmann understreker at terapeutens gjentatte forsøk på å gi pasienten erfaringer av trygghet i terapirelasjonen, styrker pasientens tillit til terapeuten og den terapeutiske prosessen (Hartmann, 2013). At pasienten opplever terapeuten som en man kan ha tillit til, er avgjørende for at pasienten kan bevege seg fra å primært føle skamrelatert frykt for å bli avslørt til å våge være selvavslørende (Huseby, 2018). Terapeutens evne til å ”fange opp” pasientens skam tidlig i terapiforløpet, og formidle sin forståelse av dette på en måte som understøtter pasientens følelse av å bli forstått, blir dermed betydningsfullt for utviklingen av en god arbeidsallianse *gjennom* pasientens tillit til terapeuten.

I sin tredelte modell for terapirelasjonen beskriver Greenson (1965, 1967) arbeidsalliansen mellom pasient og terapeut som den ikkenevrotiske, realitetsbaserte komponenten av relasjonen. En god arbeidsallianse bygger til dels på at terapeuten legger til rette for at pasienten får mulighet til å reflektere over sitt ubevisste psykologiske materiale, slik dette for eksempel kan komme til uttrykk gjennom overføringer (Greenson, 1965, 1967). Greenson tar her utgangspunkt i Zetzel (1956) sitt perspektiv om at vellykket terapi kjennetegnes av at

pasienten veksler mellom å periodevis erfare terapirelasjonen fra et overføringsperspektiv og periodevis gjennom den bevisstgjørende arbeidsalliansen. Terapeutens bruk av fortolkninger kan forstås som et virkemiddel for å bringe pasienten tilbake til de realitetsbaserte, reflekterende aspektene ved terapirelasjonen og understøtte pasientens innsikt, hvor økt innsikt anses som en betydningsfull faktor ved godt terapeutisk utfall (Johansson, Høglend, Ulberg, Amlo, Marble, Bøgwald & Heyerdahl, 2010). Imidlertid finner man også at terapeutens bruk av fortolkninger kan påføre pasienten unødvendig skam (Wurmser, 1981; Schneider, 1987). Schneider (1987) påpeker at terapeutens fortolkninger kan være korrekte eller ”treffende”, men likevel ikke gode fortolkninger så lenge de forekommer prematurt relativt til hva pasienten kan tåle av eksponering. Terapeuten må slik sett søke balansere sitt profesjonelle behov for å hjelpe pasienten til å oppnå større innsikt, med det som til enhver tid kan være pasientens behov for å holde noe privat. Av relevans her er terapeutens sensitivitet for passende skam, eller moden skam (Wurmser, 1981; Schneider, 1987). Skårderud (2001b) beskriver dette som den *gode* skammen, som han mener at legger føringer for at individet unnlater å ta seg til rette ovenfor andre. God skam kan således avverge terapeuten fra å avsløre noe ved pasienten som han eller hun ennå ikke er klar for å se ved seg selv og/eller dele med andre. Terapeutens sensitivitet for god skam kan dermed forstås som noe som understøtter respekt for pasientens autonomi. Den gode skammen kan belyses opp imot Greensons (1965, 1967) vektlegging av realisme i relasjonen, hvor det blir viktig at partene kan erfare hverandre på måter som gjenspeiler hvordan den andre faktisk er. Det kan imidlertid bli vesentlig for pasientens tillit til terapeuten at selv om terapeuten oppfatter pasienten på måter som gjerne er representative for pasientens faktiske selv, bør det være pasienten som styrer prosessen i terapi med hensyn til når eller hvorvidt disse sidene ved pasientens selv skal tematiseres i dialogen mellom pasient og terapeut.

I henhold til Sartre (2003/1943) utløses skam til dels som følge av at individet gjenkjenner seg selv i hva den andre seg i en. Simon og Geib (1996) vektlegger på sin side at det er *avviket* mellom pasientens perspektiver og selverfaringer og terapeutens erfaringer, perspektiver, responser og uttrykk, som utløser skam hos pasienten. Sågar mener de at alle former for diskrepans mellom det som er erfaringsmessig tilgjengelig for henholdsvis terapeut og pasient i det terapeutiske øyeblikket, innebærer en forhøyet risiko for å påføre pasienten skam. Som eksempel på dette refererer Simon og Geib til en situasjon i terapi hvor en pasient forteller om sin potensielt skadelige omgang med alkohol. Pasienten beskriver en drikkeepisode som ”gøy”, hvorpå terapeuten responderer med å omtale episoden som ”farlig”.



Terapeuten introduserer dermed en mening som er i skarp kontrast til den mening pasienten selv besitter. Simon og Geib understreker at terapeuten, i forsøk på å unngå påføre pasienten unødvendig skam, bør søke *foreslå*, snarere enn å *fremkalle* mening. Den potensielle aktiveringen av skam hos pasienten som følge av diskrepans mellom perspektiver, meninger og erfaringer hos henholdsvis pasient og terapeut, sammenfaller med Tomkins' (1987) forståelse av skam som responsavbryter for positiv affekt. I henhold til Tomkins vil skam utløses når individets forventninger om at en annen vil bekrefte og *ta del i* hans eller hennes positive affektilstand, ikke blir innfridd. I Simon og Geib sitt eksempel fra terapirommet ser det ut til at drikkeepisoden som pasienten forteller om representerer en positiv erfaring for ham. Man kan forestille seg at pasienten har tendens til å isolere seg sosialt, hvor drikkeepisoden var første gang på lenge hvor han våget være sammen med andre. Når han snakker om episoden får han aktivert positive følelser av glede og stolthet, og møter terapeutens blick med forventninger om at hun vil glede seg på hans vegne. Terapeuten vet jo at pasienten har følt seg ensom og nedstemt i lengre tid. Når den positive responsen uteblir er det nærliggende at dette, i tråd med Tomkins' perspektiv, får pasienten til å føle seg skamfull. Terapeuten kan gjerne, gjennom en avventende eller nøytral respons, eller uttrykk for bekymring da hun oppfatter episoden som farlig for pasienten, ha gode intensjoner på vegne av pasienten. Terapeutens målsetting kan således være å få pasienten til å reflektere over sin tendens til å ty til høyt inntak av alkohol som strategi for å håndtere sin sosiale usikkerhet. Imidlertid vil den mening og respons som terapeuten introduserer og viser ovenfor pasienten, verbalt og/eller nonverbalt, potensielt ha en skampåførende virkning på pasienten dersom meningene og responsene avviker fra pasientens eget perspektiv eller erfaring (Simon & Geib, 1996). Ved denne type scenarier i terapi risikerer terapeuten å oppnå det motsatte av hva som gjerne er hans eller hennes intensjon, nemlig å fremme refleksjon hos pasienten. Dette siden skam vanskeliggjør bevisst tilgang til indre erfaringer samt motiverer til bruk av skamforsvar for å unngå ytterligere selveksponering og risiko for skampåføring.

Når terapeutens fortolkninger avviker fra det som er erfaringsnært for pasienten, kan dette videre tenkes å oppleves av pasienten som at terapeuten ikke er til stede i relasjonen "her og nå" og ikke forholder seg til pasienten slik han eller hun virkelig er og/eller slik pasienten føler seg i øyeblikket. Terapeuter som støtter seg på fortolkende arbeid, hvor dette i større eller mindre grad har opphav i terapeutens foretrukne teorier og perspektiver, risikerer slik sett å svekke graden av realisme og umiddelbarhet som komponenter ved den virkelige relasjonen mellom seg selv og pasienten, beskrevet av Greenson (1965, 1967) og Frank

(2005). På den annen side kan fortolkninger antas å underbygge realismen og umiddelbarheten i relasjonen når de kjennetegnes av *relasjonell autentisitet* (Miller, Jordan, Stiver, Walker, Surrey & Eldridge, 2004). Dette innebærer ikke at terapeuten skal utvise absolutt ærlighet i sine fortolkninger, men derimot at fortolkningene tar utgangspunkt i hans eller hennes emosjonelle tilstedeværelse. Dette kan utdypes gjennom Stolorows (1994) perspektiv om at fortolkninger først blir nyttige for pasienten når de har opphav i terapeutens affektive inntoning ovenfor pasientens tilstand og utviklingsmessige behov. Slik kan terapeutens fortolkninger betraktes som autentiske responser som hjelper pasienten til å etablere forventninger om at det man formidler seg om vil bli tålt og empatisk forstått av terapeuten (Miller et al., 2004). Som belyst av Miller og Stiver (1997) i form av det *sentrale relasjonelle paradokset*, vil pasientens dype skam medføre en lengsel etter en forbindelse til andre, samtidig som at han eller hun besitter oppfatningen om at man kun kan oppnå dette dersom man i større eller mindre grad skjuler seg selv og sine erfaringer. Dette fordrer at terapeuten evner å være emosjonelt tilstedeværende i kontakten med pasienten, for å fange opp det som kan være pasientens autentiske tilstander og uttrykk. Terapeutens autentiske responsivitet, hvor terapeuten er inntonet ovenfor pasientens affektive tilstand i det terapeutiske øyeblikket, blir dernest viktig for at pasienten kan gjøre seg erfaringen av å bety noe for terapeuten dithen at pasienten er istand til å påvirke og bevege ham eller henne (Miller et al., 2004).

I henhold til Greensons (1967) forståelse av arbeidsalliansen som den realitetsbaserte komponenten av terapirelasjonen som muliggjør refleksjon over innhold i anakronistiske overføringer og eventuelt også motoverføringer, kan det trekkes paralleller til Jessica Benjamins (2004) vektlegging av betydningen av intersubjektivitet i terapi. Som beskrevet i kapittelet om skam, fastlåsthet og brudd i terapirelasjonen, vil erfaringer av intersubjektivitet bli sentralt for å løse opp i den skampregede pasientens internaliserte forestillinger av å være et devaluert og/eller devaluerende objekt ovenfor devaluerende og/eller devaluerte objekter. Benjamin forstår intersubjektivitet som en gjensidig anerkjennende relasjon hvor to personer opplever den andre som et selvstendig subjekt man kan *erfare noe sammen med*, men hvor den andre likevel har sine egne, separate erfaringer. Ved intersubjektive erfaringer i terapi vil pasient og terapeut være i stand til å opprettholde en forbindelse til hverandre, samtidig som de anerkjenner å være to adskilte individer. Benjamin omtaler denne anerkjennelsen som en form for ”overgivelse”; pasient og terapeut beveger seg vekk fra en defensiv posisjon og er ikke opptatt av å påvirke eller kontrollere hverandres følelser eller perspektiver. Som følge av

overgivelse kan pasient og terapeut oppnå det Benjamin definerer som *tredjehet*. Tredjehet kan forstås som en metafor på det ”mentale rommet” som oppstår innad i og mellom pasient og terapeut hvor partene kan forhandle frem mening. Uten tilstrekkelige tredjehet i terapirelasjonen, risikerer man en potensielt skadelig form for komplementær ”tohet” i form av mønstre av negative overføringer –og motoverføringer. Her har pasient og terapeut, som følge av projeksjon og introjeksjon, vansker med å identifisere grensen mellom selvet og den andre. Det blir dermed også vanskelig å kunne anerkjenne hverandres perspektiver. Istedenfor synes det som at det bare eksisterer ett av to alternativer; enten underkastelse eller opposisjon, hvor man henholdsvis inntar rollen som offer eller gjerningsperson. Benjamin beskriver denne dynamikken som at pasient og/eller terapeut enten blir *den som det gjøres noe med*, eller selv blir den som *gjør noe med den andre*. Dette er nærliggende å utløse skam hos den det gjøres noe med, basert på Sartres (2003/1943) oppfatning av skam som forbundet med erfaringen av å *reduseres* til et objekt for den andre, samt Wurmerts (1981) beskrivelse av terapeutens premature fortolkninger som *påfører* pasienten unødvendig skam. Som følge av det asymmetriske maktforholdet i terapirelasjonen, hvor terapeuten blir handlekraftig i lys av å være en fagperson som skal hjelpe pasienten, er det større risiko for at utilstrekkelig intersubjektivitet i terapi først og fremst etterlater *pasienten* med skam. Benjamin (1992) viser således til hvordan det innen den klassiske psykoanalytiske behandlingstradisjonen har forekommet utilstrekkelig intersubjektivitet som følge av at tradisjonelle analytikere i stor grad har påberopt seg å ”sitte med fasiten” vedrørende pasientens responser. Eksempelvis har det vært vanlig å oppfatte pasientens underkastelse eller ettergivelse ovenfor terapeutens fortolkninger som tegn på at pasienten har oppnådd økt innsikt og evne til selvrefleksjon, mens uenighet eller opposisjon gjerne er blitt oppfattet som motstand (Benjamin, 1992). Terapeutens tolkninger av pasientens responser kan imidlertid virke skampåførende på pasienten gjennom erfaringen av å bli et objekt for terapeutens ”analytiske blikk”. I denne sammenheng viser Broucek (1991) til at det terapeuten kan tolke som negative overføringer hos pasienten, ikke nødvendigvis handler om overføringer i det hele tatt, men heller er uttrykk for pasientens rettmessige negative reaksjoner i tilfeller hvor terapeuten, gjennom sine analyseringer av pasienten, påfører pasienten skam og ydmykelse.

I oppgaven har en sett at grenser i terapirelasjonen kan forstås som et trekk ved terapikonteksten som på ulike måter kan gi opphav til skamerfaringer hos pasient og terapeut. Dette særlig forbundet med hvordan grenser i terapi kan tenkes å vanskeliggjøre gjensidig autentisitet samt utfordre det affektive båndet mellom pasient og terapeut. En har sett at

gjensidig autentisitet i terapirelasjonen kan understøttes av at også terapeuten tillater seg å være selvavslørende (Hartmann, 2013; DeYoung, 2015). Terapeuten kan bidra til normalisering av pasientens erfaringer ved å avsløre at hun selv besitter lignende erfaringer, tanker og følelser som pasienten (Cornett, 1991). Dette må antas å kunne virke regulerende på pasientens skam forbundet med opplevelsen av annerledeshet og det å være avskåret fra det menneskelige fellesskap. Imidlertid kan det å være selvavslørende utløse skam hos terapeuten, blant annet som følge av terapeutens forståelsen av at egne selvavsløringer innebærer risiko for at fokus flyttes fra pasient til terapeut (Audet & Everall, 2010). Terapeutens skam har her sammenheng med frykt for at man har brutt en hensiktsmessig grense i terapirelasjonen. Terapeuten kan også føle skam over de samme erfaringene, tankene og følelsene som pasienten skammer seg over. Terapeutens skam eller frykt for skam kan dermed føre til at hun unnlater komme med intenderte selvavsløringer, til tross for at hun innser at selvavsløringen hadde vært til nytte for pasienten (Miller, 2013). En kan imidlertid ikke forvente at terapeuter skal ”oppgi” egne grenser og avsløre informasjon om seg selv når dette oppleves vanskelig for terapeuten. Som påpekt av Miller et al. (2004) har terapeuten en legitim rett til å holde ting privat. Dernest avhenger ikke terapeutens autentisitet av at hun kommer med intenderte selvavsløringer fra sitt eget liv utenfor terapirommet. Som beskrevet hos Stolorow (1994) og Miller et al. (2004) kan terapeuten bidra med relasjonell autentisitet gjennom sin emosjonelle tilstedeværelse ovenfor pasienten, hvor hennes responser, eksempelvis i form av fortolkninger, er autentiske ved at de har opphav i hennes affektive inntoning ovenfor pasientens tilstander og behov.

Øvrige aspekter ved grenser i terapirelasjonen, uttrykt gjennom terapeutens påpasselighet om at terapitimene ikke strekkes utover den tilmålte tiden, samt unngåelse av fysisk kontakt og å motta gaver fra pasienten, kan utløse i pasienten en skambasert opplevelse av å være betydningsløs og uønsket (Jacobs, 1996). Dette er nærliggende å kunne utfordre det affektive båndet ved arbeidsalliansen, som ifølge Bordin (1979) støtter seg på at pasient og terapeut har en gjensidig erfaring av å like og bli likt av den andre. Især for skampregede pasienter kan det å bli avvist i sitt forsøk på å gi noe til terapeuten, enten i form av en klem eller en gave, antas å erfares som at man ikke er likt eller verdsatt av terapeuten. Miller (2013) minner om at utover ønsker om å gi en materiell gave, kan pasienten ha behov for å gi noe tilbake til terapeuten på et mellommenneskelig nivå. Dette for eksempel i form av rosende ord og oppmuntringer. Dersom terapeuten formidler at hun selv ikke har noe behov eller ønske om å motta noe av pasienten, er dette et budskap som står i skarp kontrast til hvordan pasienten gjerne uttrykker *mange* behov og ønsker om å motta mellommenneskelige ”gaver” (Miller,

2013). Dette kan både forsterke pasientens skam forbundet med å se seg selv som den avhengige parten i relasjonen samt skam over å oppleve at man selv ikke har noe av verdi å tilby andre (Miller, 2013; Jacobs, 1996).

Terapeutens opptatthet av å fastholde grenser i terapi blir ofte forstått som riktig og nødvendig med hensyn til ivaretagelse av pasienten. Imidlertid vil ikke en opptatthet av grensesetting alltid være klinisk tilrådelig (Wright & Cummings, 2013). Wright og Cummings refererer således til Lerman og Porter (1995) som viser til at en del pasienter responderer bedre på terapi når terapeuten er i stand til å opptre fleksibelt og på måter som erfares mer familiært for pasienten. Dette i henhold til pasientens positive relasjonelle erfaringer utenfor terapirommet. Som nevnt innledningsvis i oppgaven har evne til fleksibilitet vist seg å være en egenskap hos terapeuter som fremmer en god terapeutisk relasjon (Barber et al., 2010). Greenson (1965, 1967) og Gelso (2002) viser til at genuinitet i kontakten mellom pasient og terapeut, i form av affektiv autenticitet, styrker den virkelige relasjonen i terapi. Det er imidlertid lett å se for seg at grenser i terapi kan gjøre det vanskelig for både pasient og terapeut og uttrykke seg på en affektivt autentisk måte ovenfor hverandre. Miller (2013) mener således at terapeutens opptatthet av grenser, blant annet gjennom en mer eller mindre konsekvent avvisning av pasientens behov for å gi noe tilbake til terapeuten, frarøver pasienten mulighet for å ta del i en gjensidig autentisk relasjon. Miller skriver ikke mer utfyllende om dette, men det er nærliggende at hun sikter til at også terapeuter kan ha et ønske om, eller i alle fall føle glede over å motta positive tilbakemeldinger og takknemlige ord fra sine pasienter. Det vil også være naturlig at terapeuter kan føle glede over å få en gave eller en klem av pasienter. Dersom terapeuten er skampreget og redd for å gjøre feil, noe som må antas å kunne ha sammenheng med en rigid forståelse av grenser i terapi, kan det imidlertid bli vanskelig for terapeuten å være autentisk i form av å kjenne på og uttrykke positive affekter ovenfor pasientens takknemlighet eller anerkjennelse. Terapeutens fornemmelse av egen glede eller stolthet kan her etterfølges av skam, hvor det oppleves tryggere å avvise pasientens ønsker om å gi noe tilbake i relasjonen. Terapeuten kan dermed ende opp med å minimere eller skjule aspekter ved sine erfaringer. Wright og Cummings (2013) understreker at terapeutens rigide og tilsynelatende ideologisk funderte opptatthet av grensesetting gir terapeuten mulighet til å håndtere sin egen skam og sitt eget behov for å skjule seg. En sterk opptatthet av grenser i terapi kan slik sett, ifølge Miller (2013), reflektere at terapeuten primært tar hensyn til hva som er mest beleilig for henne selv for å avverge egen skam. Miller anmoder således terapeuten om å alltid være bevisst på sin egen motivasjon for å avvise pasientens ønske om å gi noe tilbake i relasjonen. Dersom terapeuten finner at hennes

avvisning av pasientens uttrykk for takknemlighet i form av en klem eller gave er *til det beste for pasienten*, må hun i alle tilfeller formidle til pasienten at hennes oppfatning er at det kan være bedre for pasienten å *sette ord på* sine følelser av takknemlighet (Miller, 2013). På denne måten kan terapeuten søke å regulere pasienten skam forbundet med å føle seg avvist og oppleve at han eller hun ikke har noe av verdi å tilføre relasjonen.

I situasjoner i terapi som enten utløser skam hos pasient og terapeut eller innebærer potensiale for å føle skam som følge av at situasjonene fungerer som påminnere om tidligere skamerfaringer, kan en internalisert skamproblematikk hos partene motivere å søke beskytte seg mot skam gjennom aktualisering av ulike former for skamforsvar. Eksemplene fra Hahn (2001, 2004) viser at skamproblematikk og skamforsvar kan ”resonnere” mellom pasient og terapeut dithen at terapeuten risikerer å identifisere seg med pasientens eksternalisering av henholdsvis sitt devaluerte eller devaluerende introjekt. Dette kan lede til skambaserte transaksjoner mellom partene og utvikling av en negativ prosess hvor man står i fare for at pasienten får konsolidert sin skamproblematikk. For å hindre eskalering av slike transaksjoner, må terapeuten kunne gjenkjenne og tolerere både pasientens skam og sin egen skam (Hahn, 2001, 2004). Terapeuten må således ha en empatisk aksept for at pasientens strategier for skamhåndtering kan innebære at terapeuten selv blir påført skam. Som påpekt hos Hahn (2001, 2004) vil imidlertid terapeuter med lav toleranse for selv å føle skam risikere å orientere sin terapeutiske stil dithen at de unngår skamaktivering hos seg selv. Skammens tendens til å ”smitte” mellom mennesker kan i seg selv føre til at terapeuter med lav toleranse for å føle skam besitter en ubevisst vegring mot empatisk inntoning ovenfor pasienters skam (DeYoung, 2015). DeYoung mener sågar at empatisk innlevelse i pasienters skam øker risiko for utbrenthet hos terapeuter generelt. Terapeuters forbigåelse av skam hos pasienter kan slik sett til dels forstås som en ”selvbeskyttende” atferd; terapeuten kan være implisitt motivert til å unngå det høye emosjonelle presset av å selv få aktivert skam gjennom empatisk inntoning ovenfor pasientens skamtilstand. Terapeuter som bærer på dyp, ubearbeidet skam må antas å i større grad kunne preges av en slik ubevisst vegring mot å relatere seg empatisk til pasienters skam, sammenlignet med terapeuter som har et avklart forhold til egen skam. Terapeutens orientering mot å unngå aktivering av egen skam kan lede til at hun ikke klarer akseptere og respondere adekvat på de følelser og behovsuttrykk hos pasienten som kan virke ”triggende” for hennes egen skam (Jacobs, 1996; Hahn, 2001, 2004). Terapeutens egen skamproblematikk kan dermed legge føringer for hva pasienten gis anledning til å tematisere og arbeide med i terapi. Hos Kohut (1971) forstås dette som at terapeuten skamproblematikk medvirker til at

terapirelasjonen ikke gir tilstrekkelig støtte for pasientens utviklingsbehov. Innen den selvpsykologiske tilnærmingen blir selvet den psykiske strukturen som forklarer individets skam og skambeskyttende atferd. Patologisk skam knyttes til et mangelfullt integrert selv, som følge av at speilende, idealiserende og/eller tvillingsøkende selvobjektsbehov i større eller mindre grad er forblitt udekt. Disse behovene fortsetter dermed å eksistere i en arkaisk form. Kohut så for seg at den terapeutiske relasjonen på et eller annet tidspunkt gjerne fremkaller i pasienten denne arkaiske lengselen etter å bli fullstendig speilet og bekreftet, samt å kunne smelte sammen med et perfekt, idealisert objekt. Dette uttrykt gjennom speilende og idealiserende overføringer. Eksponering av selvbehov utløser imidlertid ofte dyp skam, da dette forbindes til erfaringen av at ens eget selv er mangelfullt. Pasienter besitter derfor ofte mye motstand mot å la disse overføringene få utfolde seg. Motstanden kan komme til uttrykk i form av skambeskyttende strategier, eksempelvis tilbaketrekking eller fiendtlighet, hvor hensikten er å hindre ytterligere eksponering av selvbehov (Kohut, 1971). Skamundertrykkende strategier reduserer derfor sannsynligheten for at pasienten klarer nyttiggjøre seg av terapirelasjonen som en utviklingsstøttende selvobjektsrelasjon (Smith, 2008). Fra et selvpsykologisk perspektiv blir det derfor en terapeutisk oppgave å identifisere hvilke selvbehov som kan skjule seg bak pasientens atferd, samt gjenkjenne selvobjektsoverføringer slik de til enhver tid kan forekomme i terapitimene. Terapeuten kan lykkes med dette ved å være affektivt inntonet på de mange ulike måtene pasienten kan uttrykke sine selvobjektsbehov på samt opptre på når behovene blir frustrert eller når pasienten opplever sine behov eksponert. Speilende behov kan kommuniseres i form av ønsker om bekreftelse eller at terapeuten skal verdsette en. Idealiserende behov uttrykkes gjerne som beundring ovenfor terapeuten, hvor terapeuten oppleves som å ha en emosjonsregulerende funksjon og tilby beskyttelse. Tvillingsøkende behov gjenkjennes av ønsket om å være lik terapeuten, eksempelvis gjennom meninger og holdninger (Marmarosh & Mann, 2014).

Kohut (1971) påpeker at selvbehov kan komme til uttrykk på en "grenseløs" måte gjennom overføringer. For å unngå påføre pasienten unødvendig skam må terapeuten tillate at dette skjer, uten å foreta kritiske og/eller premature fortolkninger som kan etterlate pasienten med opplevelsen av å være "avslørt". Videre må terapeuten være villig til å fylle de selvobjektsfunksjoner som pasienten har behov for (Marmarosh & Mann, 2014).

Imøtekommelse av pasienters selvobjektsbehov kan imidlertid representere en utfordring for terapeuter som selv strever med skam. Stein (1997) beskriver hvordan terapeuten kan få

aktivert skamrelaterte følelser når pasienten avhenger av å motta entusiastisk anerkjennelse for sine prestasjoner eller erfaringer. Ved å uttrykke slik anerkjennelse, kan terapeuten føle seg utilpass eller latterlig, og således se seg selv som ”svekket” i både egne og pasientens øyne. For å unngå en slik skamtilstand, kan terapeuten bli unnfallende ovenfor pasientens speilende selvbehov. Dette erfares gjerne av pasienten som sensurering eller fordømmelse av hans eller hennes opplevelser. I slike scenarioer vil det være vanskelig for pasienten å opprettholde en stolt, gledesfylt selvtilstand, eller kunne anerkjenne ulikheter mellom sin egen og terapeutens affektive tilstand. Følgene kan være at pasienten enten søker utslutte disse ulikhetene ved å ”jেকে seg selv ned” og devaluere egen prestasjon eller erfaring, eller innta en defensiv posisjon ovenfor terapeuten, for eksempel i form av arroganse eller fiendtlighet (Kohut, 1971; Stein, 1997). Også den idealiserende overføringen kan vanskeliggjøres med bakgrunn i terapeutens skam. Pasientens beundring og idealisering kan virke overstimulerende på avspaltede elementer av terapeutens grandiositet, hvor terapeuten kan frykte at disse elementene vil komme ut av kontroll (Kohut, 1971). Stein (1997) beskriver dette som at terapeuten frykter at idealiseringen vil bryte igjennom hennes beskyttende skambarriere. Hun risikerer således å oppgi all skam, og derigjennom tillate seg å se seg selv som opphøyet mens hun samstemmer i pasientens syn på seg selv som liten og skammelig. For å unngå dette kan hun bli desto mer opptatt av å avvise pasientens idealisering, og heller respondere med fortolkninger om at pasientens atferd representerer et forsvar (Kohut, 1971; Stein, 1997). En finner her likhetstrekk mellom Steins beskrivelse av terapeutens frykt for å se seg selv som opphøyet relativt til pasienten, og forståelsen av passende eller god skam som regulerer grandiositet og hindrer individet i å overtre andres grenser (Wurmser, 1981; Skårderud, 2001b). Innen den selvpsykologiske tilnærmingen vil det imidlertid være terapeutens *overdrevne og ubearbeidede* skam som er drivkraften bak terapeuten vansker med å imøtekomme den idealiserende overføringen. Dette med opphav i terapeutens ubevisste frykt for at hennes utilstrekkelig integrerte grandiose selv vil bli eksponert (Stein, 1997; Kohut, 1971). Powell (2008) mener at blant uerfarne terapeuter kan nettopp skam utløst av pasientens idealisering anses som en av de vanligste formene for motstand mot å etablere en empatisk forbindelse til pasienten. Powell beskriver i den forbindelse en veiledningssituasjon hvor en nyutdannet terapeut strevde med å forholde seg til klamrende, idealiserende atferd hos en pasient. Pasienten hadde fortalt terapeuten at hun ikke ville ha vært i live dersom det ikke hadde vært for terapeuten. Slike tilbakemeldinger fremkaller ofte angst hos terapeuter over det store ansvaret pasienten pålegger en. På et dypere plan aktiveres gjerne også skam, forbundet med stimuleringen av terapeutens arkaiske grandiositet. Powell understreker her at



for pasienten kan det være sant at terapeuten fyller en livsviktig funksjon, og at terapeuten dermed ikke skal foreta seg noe annerledes, men tillate utfoldelsen av den idealiserende overføringen.

Med utgangspunkt i det tvillingsøkende selvet mener Kohut (1984) at pasienter i større eller mindre grad søker etter og trenger bekreftelse på sin menneskelighet. Terapirelasjonen kan således fremkalle et behov i pasienten for å oppleve seg som lik terapeuten. Dette uttrykt gjennom tvillingoverføringer, også kalt *alter ego* overføringer. Beskrivelsen av hvordan tvillingoverføringer kan forekomme, og hvordan terapeuten bør relatere seg til disse, forble et uferdig prosjekt for Kohut. Hartmann (2013, s. 273) påpeker imidlertid at hennes erfaring er at pasienten trenger bekreftelse på at han og terapeuten er likeverdige og ”*av samme slag*”. Terapeutens bruk av selvavsløringer kan således understøtte pasientens opplevelse av likeverdighet i relasjonen. Hartman mener videre at en god måte å imøtekomme tvillingoverføringer på vil være å relatere seg til pasienten som en medterapeut. Dette blant annet i form av at pasientens egne teorier om seg selv og eget perspektiv på sine endringsmuligheter må vektlegges. Togashi (2008) har foreslått en ny dimensjon ved tvillingoverføringen. Her postuleres det at pasienten ikke bare trenger å oppleve seg som lik terapeuten, men også erfare at terapeuten kan gjenkjenne ”*essensielle elementer av sin egen subjektivitet*” i pasienten (Togashi, 2008, s. 22, min oversettelse). Erfaringen av å *selv* føle at man kjenner seg igjen i en annen, er forskjellig fra erfaringen av at *den andre* kan kjenne seg igjen i en. Togashi påpeker at Kohuts forståelse av tvillingoverføringer primært belyser pasientens behov for å finne *sin egen subjektivitet* i terapeuten. Tvillingoverføringer vil imidlertid også reflektere pasientens behov for å etablere en gjensidig, likeverdig relasjon med et individ som man erfarer at besitter *en annerledes formet subjektivitet* enn ens egen. Når terapeuten, som har sin egen karakteristiske subjektivitet, likevel gjenkjenner essensielle elementer av sin subjektivitet i pasienten, bidrar dette til å bekrefte for pasienten at han er et menneske blant andre mennesker (Togashi, 2008). En slik utvidet forståelse av hvilke behov pasienten søker dekt gjennom tvillingoverføringen, resonnerer med DeYoung (2015) sin påpekning av at skampegede pasienter trenger støtte til å finne sin subjektivitet gjennom intersubjektive erfaringer. Prototypisk erfaring av skam innebærer at pasienten ser seg selv som et iboende skammelig og/eller skampåført objekt i møte med skampåførende objekter (Jacobs, 1996). For å endre pasientens erfaring av seg selv og andre avhenger pasienten av å erfare seg som et subjekt likeverdig med andre subjekter. Som beskrevet i kapitlet om skam, fastlåsthets og brudd i terapi, kan terapeuten imøtekomme pasientens behov for intersubjektive

erfaringer av likeverdighet ved å vektlegge begge parters perspektiver og ansvar i terapirelasjonen. Terapeuten må dermed selv våge å fremtre tydelig med sine erfaringer (DeYoung, 2015). Med dette menes ikke at terapeuten skal komme med selvavsløringer på en ukritisk måte, men at han, gjennom sin sensitive inntoning ovenfor pasientens skam, *vet* når det sannsynligvis vil være terapeutisk riktig å tilby selvavsløringer. Dette for å bøte på pasientens skamrelaterte opplevelse av annerledeshet og utenforskap, samt ved brudd i terapirelasjonen, hvor pasienten kan føle at det utelukkende er hennes skamfulle selv som er ansvarlig for bruddet.

I likhet med hvordan speilende og idealiserende overføringer kan virke skamtruende på terapeuten, må man anta at også tvillingoverføringer kan aktivere skamforsvar hos terapeuter med et utilstrekkelig integrert grandios selv. Terapeuter med udekte speilende behov risikerer å tillegge seg en terapeutisk stil hvor de søker etter beundring fra pasienten (Gabbard, 2014). Man må anta at terapeuter med sterkt behov for speiling risikerer å respondere på tvillingoverføringer på måter som innebærer nonoptimal frustrering eller avvising av pasientens tvillingsøkende behov. Dette ved å for eksempel tilby skampåførende fortolkninger som bryter med likeverdighet i relasjonen. I den grad terapeuten har behov for å føle seg mektig eller inneha en ekspertrolle ovenfor pasienten, vil dette sannsynligvis gjøre det vanskelig for terapeuten å relatere seg til pasienten som en medterapeut. I den grad terapeuten søker å få sine speilende behov dekt gjennom terapirelasjonen, må dette antas å redusere muligheten for at pasienten kan få bearbeidet sin skam gjennom intersubjektive erfaringer av likeverdighet i terapirelasjonen.

Innen den selvpsykologiske tilnærmingen finner man altså at terapeutens egen skam vanskeliggjør imøtekommelse av pasientens selvbehov uttrykt gjennom overføringer. På den annen side spør Stein (1997) seg om hva det er som driver mange terapeuter til å søke *oppfylle* selvbehov hos pasienter. Dette sågar ovenfor svært narsissistiske pasienters til tider ekstravagante behov for beundring. Stein postulerer således at terapirelasjonens potensiale for å fremkalle terapeutens egen skam må anses som en drivende faktor. Hun tenker seg at terapeuten, ved å stadig være inntonet på pasientens selvobjektsbehov, unngår eksponering av sitt eget selv og egen individualitet. Terapeuten kan således unnsnippe de feil og den smerte, og dermed skam, som kan springe ut av hennes egne initiativer og ulikhet fra pasienten (Stein, 1997). Terapeutens behov for å unngå egen skam ved å stadig stille seg til disposisjon for pasientens selvbehov kan her tenkes å interferere med øvrige endringsbærende aspekter ved terapirelasjonen, som betydningen av gjensidige erfaringer av affektiv autentisitet og

realisme. Greenson (1966) mener at terapeuten riktignok bør tillate at pasientens overføringsbaserte følelser når en ”optimal intensitet”, uten at terapeuten interfererer. Imidlertid må også arbeid med pasientens overføringer på et tidspunkt også innebære forsøk på bevisstgjøring. Terapeuten må således tåle å være den som på en ærlig men medfølende måte formidler innsikt som kan erfares som smertefull for pasienten (Greenson, 1966).

Horney (1950) beskrev at når pasient og terapeut i fellesskap har identifisert skam som et kjerneproblem hos pasienten, blir den neste terapeutiske oppgaven å finne en inngang til pasientens skam slik at skammen kan løses opp i. En målsetting i oppgaven har således vært å belyse hvordan skam kan gjøres tilgjengelig for terapeutisk arbeid. Dyp skam innebærer en primært høyrehemisfærisk opplevelse av ens eget selv som defekt, uverdigg og utålbar (Schore, 1998, 2009). Skampregede pasienter mangler emosjonelle/relasjonelle erfaringer som underbygger opplevelsen av å dypest sett være et verdifullt, akseptabelt menneske (DeYoung, 2015). DeYoung understreker derfor at den skampregede pasienten trenger støtte til å utvikle en aksepterende holdning til seg selv. Dette innebærer å kunne akseptere at man besitter dårlige egenskaper i tillegg til gode egenskaper, hvorpå de dårlige egenskapene ikke gjør en til et dårlig menneske. Hos skampregede pasienter vil de ”uakseptable” eller ”dårlige” sidene ved selvet være dominerende for selvopplevelsen, mens de gode sidene er blitt avsplittet fra pasientens erfaring av seg selv. Integrering av de ”gode” og ”dårlige” sidene av pasientens selv er et terapeutisk arbeid som implementerer relasjonelle høyrehemisfæriske prosesser. Venstrehemisfæriske prosesser, i form av å lære seg verbale instruksjoner for å ”tenke annerledes” og redusere selvkritikk, løser ikke opp i *følelsen* av skam og selvforakt. Utvikling av selvaksept forutsetter ”*relasjonelle erfaringer av å bli akseptert som en uperfekt men likevel elskbar og hel person*” (DeYoung, 2015, s. 47, min oversettelse). Når skam dominerer, vil altså ikke gode og dårlige sider ved selvet kunne eksistere samtidig. Større grad av selvaksept blir dermed også en forutsetning for kapasiteten til å erfare skyld på en adaptiv måte. Ved dyp skam har pasienten vansker med å se seg selv som en grunnleggende god person som har gjort noe galt. DeYoung poengterer at skyld -og samvittighetsfølelse, som kan forstås som venstrehemisfæriske standarder og bedømmelser, vil være til liten nytte for pasienten dersom det ikke samtidig foreligger en høyrehemisfærisk erfaring av selvet som grunnleggende godt. Pasienten må ha en fornemmelse av at hun har et godt utgangspunkt ved å være seg selv, hvor hun som person stadig forsøker å gjøre sitt beste. Det vil vanskelig lykkes for pasienten å bli fornøyd med seg selv som følge av å ha innfridd sine høye selvkrav så lenge den grunnleggende selverfaringen kjennetegnes av skam (DeYoung, 2015).

En har i oppgaven sett hvordan terapeutens ubetingede positive anerkjennelse av pasienten blir sentralt i forsøk på å motarbeide pasientens opplevelse av seg selv som iboende ”dårlig” og ”uakseptabel”. Terapeutens empatiske inntoning og aksepterende, anerkjennende holdning understøtter i pasienten erfaringen av å være en person som andre finner det verdt å søke forstå og støtte. Terapeutens fundamentale aksept bryter med pasientens opplevelse av at det er visse sider ved eget selv som andre ikke kan tåle og at man burde være annerledes enn den man er (Hahn, 2004). I oppgaven fremkommer det at terapeutens evne til å glede seg over og på vegne av pasienten og sette pris på ham eller henne, blir en særlig betydningsfull faktor i det relasjonelle terapeutiske arbeidet med skam. Dette både basert på Tomkins’ perspektiv på skam som responsavbryter for positiv affekt, Kohuts vektlegging av speilende behov, og ikke minst fra et tilknytningsperspektiv på skam. Sroufe (1996) og Sperry (2013) påpeker at gjentatte og overveldende tidlige skamerfaringer fremkalt i tilknytningsrelasjonen kan føre til at pasienten utvikler en selvforståelse om at man er en person som vanskelig kan fremkalle positive følelser i andre. Dette med bakgrunn i hvordan tidlige skamerfaringer har opphav i at omnipotente grandiose uttrykk er blitt avvist av betydningsfulle andre (Schore, 1998). Fravær av speilende responser og mangel på aksept for følelser av vitalitet, glede, interesse og stolthet tidlig i livet kan medføre at pasienten finner det vanskelig å erfare disse følelsestilstandene senere i livet, samt har liten tiltro til at disse følelsene vil bli tålt av andre. Dette kan kaste lys over såkalte negative terapeutiske reaksjoner, hvor pasienten opplever stagnasjon eller symptomforverring på et tidspunkt i terapi hvor man burde kunne forventet at pasienten har fremgang. Ifølge Steiner (2015) kan pasienter ha vansker med å håndtere progresjon i terapi som følge av at de har fått etablert en assosiasjon mellom egen velfungering og skampåførende responser fra andre. Dette kan videre belyse hvorfor enkelte pasienter kan søke forsvare seg mot skam gjennom selvskadende atferd. Tendensen til å beskytte seg mot skam ved å angripe eget selv kan ha sitt opphav i at det først og fremst er gjennom å ha det dårlig med seg selv at pasienten har opplevd nærhet til andre (Nathanson, 1992; Sanderson, 2015). Terapeuter som arbeider med skamproblematikk må dermed ta hensyn til at skam kan gjøre det vanskelig for pasienten å erfare samt våge uttrykke positive følelser. For å motarbeide pasientens forventninger om at egne positive følelser ikke kan tillates plass i relasjoner til andre eller sågar ikke kan bli tålt av andre, må terapeuten derfor engasjere seg positivt i pasientens utvikling og fremgang. Det er dermed, i lys av Tomkins’ perspektiv på skam, nærliggende at skampregede pasienter kan ha godt av å øve seg på å, sammen med terapeuten, ”dvele” ved egne suksesshistorier i form av å fremkalle, utvide og forsterke positive følelser.

Implisitt, relasjonelt arbeid med skam i terapi kan videre forstås som at terapeuten imøtekommer de tidligere beskrevne selvobjektsbehovene hos pasienten, slik disse kommer til uttrykk gjennom overføringer. Terapirelasjonen understøtter slik sett at pasienten kan få fullføre viktige utviklingsmessige oppgaver (Kaufman, 2004). Relasjonens betydning for å løse opp i skam understrekes av hvordan skampregede pasienter har et særlig behov for å kunne identifisere seg med en annen, hvor den andre også kan identifisere seg med han eller henne, som belyst av Togashi (2008). Å utøve terapi fra et tradisjonelt psykoanalytisk perspektiv kan hevdes å i liten grad muliggjøre denne erfaringen. Den psykoanalytiske terapeutens distanse og nøytralitet kan sågar forstås som skampåførende ovenfor pasienter (Kaufman, 2004). Jacobs (1996) understreker således at skampregede pasienter avhenger av å oppleve terapirelasjonen som trygg og terapeuten som en empatisk støttende annen. Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv vil skampregede pasienter gjerne besitte implisitte forventninger om at nye relasjonelle erfaringer vil rekapitulere tidligere erfaringer av å både bli påført skam og etterlatt i en dysregulert skamtilstand (Wells & Jones, 2000; Schore, 2001). Ved misforståelser, fastlåsthed og/eller brudd i terapirelasjonen har terapeuten direkte anledning til å utfordre pasientens skampregede frykt for å bli forlatt og avvist. Terapeutens evne til å håndtere mindre og større brudd i terapirelasjonen, ved å påta seg delansvar, fremtre tydelig med sine erfaringer av bruddet og vektlegge begges perspektiver, underbygger i pasienten opplevelsen av at man er verdt å investere i og at relasjonen bygger på likeverdighet (DeYoung, 2015).

Schore (2015) er en av de som understreker hvordan bearbeiding av skam også avhenger av at pasienten får støtte til å sette ord på skamerfaringen. Dette ble opprinnelig belyst hos Horney (1950), som mener at terapeuten aktivt må understøtte pasienten i å uttrykke sin skam på en *direkte* måte. Dette kan tenkes å stride imot en mer eller mindre ubevisst bekymring hos noen terapeuter forbundet med at et direkte fokus på det pasienten skammer seg over vil virke skamforsterkende eller utløse metaskam. Horney mener imidlertid at en språklig bevisstgjøring av skam er nødvendig for å styrke pasientens evne til å gjenkjenne når han eller hun føler skam, samt hva som er utløsende faktorer for dette. Bevisstgjøring av skam innebærer også at pasienten får hjelp til å identifisere eventuelle tendenser til bruk av uhensiktsmessig skamforsvar (Horney, 1950). Bevisstgjørende arbeid bygger på at pasienten utvikler innsikt i hvordan skam har rot i smertefulle interpersonlige erfaringer. På samme måte som man gjerne snakker med pasienter om at angst har opphav i at man har gjort seg visse skremmende erfaringer, må også skammen lokaliseres til at *noe har skjedd en*

(Wurmser, 2015). Uavhengig av om man forstår patologisk skam fra ulike teoretiske perspektiver, gjennom det skambaserte *kjernescriptet*, et *fragmentert selv* eller *utviklingsskam*, har skam opphav i at pasientens normale, legitime behov ikke er blitt tilstrekkelig empatisk respondert på av hans eller hennes betydningsfulle andre. Gjennom relasjonen til en empatisk inntonet terapeut kan pasienten få støtte til å aktivere minner om hendelser, eller ”styrende scener” i henhold til Tomkins’ terminologi, hvor man er blitt påført skam og ydmykelse (Horney, 1950). Styrende scener kan gjøres til gjenstand for aktiv bearbeiding gjennom tidligere nevnte aktive visualiseringsøvelser. Her kan pasienten få støtte fra terapeuten, eller andre som pasienten kan se for seg, til å normalisere sine menneskelige behov og erfaringer (Kaufman, 2004). Siden skam gjerne forbindes til alle de følelser, tanker, behov og responser som pasienten på smertefullt vis har fått avvist, vil regulering og bearbeiding av skam også innebære at pasienten får hjelp til å både identifisere, differensiere mellom, erkjenne samt erfare å besitte disse selvtilstandene (Horney, 1950). Et eksempel på dette fra et selvpsykologisk perspektiv er når det oppstår følelser av frustrasjon og skuffelse hos pasienten der hvor terapeuten ikke fullstendig lever opp til forventninger i henhold til selvbehov. Dette kan resultere i raseri og påfølgende skam hos pasienten over at man besitter disse behovene. Miller (2013) understreker at det bevisstgjørende arbeidet med pasientens skam både må romme kunnskap om at bak protesten og raseriet skjuler det seg skam, og at pasienten erfarer skam fordi hans psykiske struktur fordrer behov for å erfare fullstendig kontroll over sine selvobjekter (Miller, 2013). Terapeuten bør her tilby pasienten fortolkninger som først og fremst anerkjenner pasientens skuffelse. Dette utløser gjerne en lettelse i pasienten over å bli forstått (Powell, 2008). Videre fortolkninger må tematisere både raseriet og skammen. Pasienten kan ha en innsikt i egne reaksjoner tilsvarende ”*hvis jeg ikke er fullstendig allmektig, så er jeg sint*”. Terapeuten må her introdusere skambegrepet som er forbundet med pasientens *identitet*. En reformulering kan dermed være ”*hvis jeg ikke er fullstendig allmektig, så er jeg ingenting, hvilket betyr at jeg er mangelfull, skamfull, og rasende*” (Miller, 2013, s.142, min oversettelse). De skambundne tilstandene og behovene må bli aktivt validert av både terapeuten og pasienten selv. Slik understøtter man at de sidene ved selverfaringen som oppfattes som skamfulle og som pasienten gjerne søker ta avstand fra gjennom skamforsvaret, kan aksepteres og integreres som ulike sider av et sammenhengende selv (Horney, 1950). Det bevisstgjørende, fortolkende arbeidet med fokus på pasientens normale, legitime behov, slik disse kan komme til uttrykk i overføringen, styrker pasientens indre psykiske struktur. Samtidig reduseres pasientens sårbarhet for skam (Powell, 2008).

### Avsluttende kommentar

Som følge av hvordan skam og skamforsvar synes å være forbundet med en rekke affektive, kognitive og interpersonlige karakteristikk og dertil ha likhetstrekk med symptombilder ved flere psykiske lidelser, kan det muligens tegne seg et bilde hos leseren av at ”alt handler til syvende og sist om skam”. Boersma et al. (2014) påpeker riktignok at de fleste former for psykiske lidelser både rommer individets vanskelige relasjon til seg selv, i form av skam og selvkritikk, så vel som vansker med å relatere seg til andre, hvor dette ofte innebærer erfaringen av å være emosjonelt isolert. Dette vil da også ofte resonnerer med en prototypisk skamerfaring og representere langvarige, gjennomgripende problemstillinger hos pasienten som det kan være krevende å endre (Boersma et al., 2014). Imidlertid blir det for upresist og generaliserende å anta at alle problemstillinger man møter hos pasienter handler om skam. Der hvor skam imidlertid *er* en kjerneutfordring synes det avgjørende for utviklingen av en god terapeutisk relasjon og prosess at pasienten tidlig får støtte til å tematisere dette. Dette forutsetter først og fremst at terapeuten har kjennskap til skammens mange uttrykksformer, samt besitter toleranse for å selv få aktivert skam i møte med pasientens skam. Videre forutsetter terapeutisk arbeid med skampregede pasienter at terapeuten evner å regulere egen skam uten bruk av strategier hvor en risikerer forsterke pasientens skam. Et godt terapeutisk utfall med skampregede pasienter synes derfor i stor grad å forutsette at terapeuten har et avklart forhold til egen skam. Terapeuten bør ha innsikt i egen ”skamhistorie”; han eller hun bør være bevisst på hvilke ulike problemstillinger, atferdsmønstre og behov hos pasienter som potensielt kan utløse egen skam. Det terapeutiske arbeidet med skampregede pasienter avhenger dernest av terapeutens ubetingede positive anerkjennelse av pasienten slik han eller hun er, som da nødvendigvis må romme det pasienten skammer seg over ved eget selv. Terapeuten må derfor legge til rette for at pasienten kan få *muligheter til å være seg selv* i konteksten av terapi. Selv om pasienten kan ha nytte av å lære seg teknikker for å endre tanker og følelser, avhenger den skampregede pasienten av mellommenneskelige erfaringer av at han eller hun ikke behøver å endre seg eller kamuflere den man virkelig er for å bli verdsatt av en annen. Terapeutens empatiske holdning og inntoning ovenfor pasienten, samt aksept og betingelsesløse positive anerkjennelse, både kommunisert verbalt samt gjennom det implisitte, erfaringsnære i terapirelasjonen, beskrevet av Greenson (1967) som den ”følte” kvaliteten av relasjonen mellom pasient og terapeut, må betraktes som det viktigste bidraget i terapi for å løse opp i pasientens dype skam.

### Litteratur

- American Psychiatric Association (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrews, B. (2002). Body shame and abuse in childhood. I P. Gilbert & J. Miles (Red.), *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (s. 256-266). London: Brunner.
- Audet, C. T., & Everall, R. D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: A phenomenological study from the client perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(3), 327-342.
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, 1145-1160.
- Bachelard, G. (1994). *The poetics of space*. Boston, MA: Beacon Press. (Opprinnelig verk utgitt i 1958).
- Baldwin, K. M., Baldwin, J. R., & Ewald, T. (2006). The relationship among shame, guilt, and self-efficacy. *American Journal of Psychotherapy*, 60(1), 1.
- Barber, J. P., Khalsa, S. R., Sharpless, B. A., & Muran, J. C., (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 29-43). New York, NY: Guilford Press.
- Beebe, B., Jaffe, J. & Lachmann, F. (1992), A dyadic systems view of communication. I N. J. Skolnick & S. C. Warshaw (Red.), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (s. 61-83). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self-and object representations. *Psychoanalytic psychology*, 5(4), 305.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2014). *Relational perspectives book series. The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7(S), 33.
- Benjamin, J. (1992). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. I N. J. Skolnick & S. C. Warshaw (Red.), *Relational perspectives in psychoanalysis* (s. 43-60). Hillsdale, NJ: Analytic Press, Inc.



- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: an intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1):5-46.
- Berg, G. (2012). Skammens kompass: Fire retninger i en skamproduserende tid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 49(4), s. 360-364.
- Bilevicius, E., Single, A., Bristow, L. A., Foot, M., Ellery, M., Keough, M. T., & Johnson, E. A. (2018). Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. *Addictive behaviors*, 82, 94-100.
- Black, R. S., Curran, D., & Dyer, K. F. (2013). The impact of shame on the therapeutic alliance and intimate relationships. *Journal of clinical psychology*, 69(6), 646-654.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Broucek, F. J. (1991). *Shame and the Self*. New York, NY: Guilford Press.
- Castelfranchi, C., & Poggi, I. (1990). Blushing as a discourse: Was Darwin wrong. I W. R. Crozier (Red.), *Shyness and embarrassment: Perspectives from social psychology*, (s. 230-251). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cooley, C. H. (1983). Looking glass self. I C. H. Cooley (Red.), *Human Nature and the Social Order* (s. 183-185). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers. (Opprinnelig verk publisert i 1902).
- Cornett, C. (1991). Selfobject intervention in brief treatment with patients inappropriate for traditional brief psychotherapy models. *Clinical social work journal*, 19(2), 131-147.
- Couch, A. S. (1999). Therapeutic functions of the real relationship in psychoanalysis. *The psychoanalytic study of the child*, 54(1), 130-168.
- Cree, M. (2015). *The Compassionate Mind Approach To Postnatal Depression: Using Compassion Focused Therapy to Enhance Mood, Confidence and Bonding*. London: Hachette UK Company.
- Curtis, J. M. (1981). Indications and contraindications in the use of therapist's self-

- disclosure. *Psychological Reports*, 49, 499-507.
- Dearing, R. L., & Tangney, J. P. E. (2011). *Shame in the therapy hour*. Washington DC: American Psychological Association.
- de Roten, Y., Drapeau, M., & Michel, L. (2008). Are there positive emotions in short-term dynamic psychotherapy or is it all Freude-less?. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(2), 207.
- DeYoung, P. A. (2015). *Understanding and treating chronic shame: A relational/neurobiological approach*. New York, NY: Routledge.
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of personality*, 72(6), 1191-1216.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of personality disorders*, 17(3), 188-207.
- Engel, G. L., & Schmale, A. H. (1972). Conservation-withdrawal. *Physiology, emotions and psychosomatic illness*, 57-85.
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Farber, B. A., Berano, K. C., & Capobianco, J. A. (2004). Clients' Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 340.
- Farber, B. A., Berano, K. C., & Capobianco, J. A. (2006). A temporal model of patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(4), 463-469.
- Frank, J. D., & Frank, J. A. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3. utg.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frank, K. A. (2002). The “ins and outs” of enactment: A relational bridge for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 267–286.
- Frank, K. A. (2005). Toward conceptualizing the personal relationship in therapeutic action: Beyond the “real” relationship. *Psychoanalytic Perspectives*, 3: 15–56.
- Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria. I J. Strachey (Overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (s. 1-122). London: Hogarth Press, 1961.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. I J. Strachey (Overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (s. 193-66). London: Hogarth Press, 1961.

- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6), 527-532.
- Gabbard, G. O. (1994). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(1), 124.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5. utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gelso, C. J. (2002). Real relationship: The “something more” of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(1), 35-40.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-243.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. I P. Gilbert, & B. Andrews (Red.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (s. 3–36), New York, NY: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. I P. Gilbert (Red.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (s. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P., Pehl, J., & Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 67(1), 23-36.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379. doi: pdf/10.1002/cpp.507
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York, NY: Anchor Books, Doubleday.
- Gottschalk, L. A., & Gleser, G. C. (1969). *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2003). *Working with emotions in psychotherapy* (Vol. 13). New York, NY: Guilford Press.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155-181.
- Greenson, R. R. (1966). That "impossible" profession. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14(1), 9-27.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (Vol. 1). New York, NY: International Universities Press.
- Grey, N., Holmes, E., & Brewin, C. R. (2001). Peritraumatic emotional "hot spots" in memory. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 367-372.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *The American journal of psychiatry*, 150, 188-196.
- Hahn, W. K. (2000). Shame: Countertransference identifications in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 37(1), 10-21.
- Hahn, W. K. (2004). The Role of Shame in Negative Therapeutic Reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(1), 3.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Harber, K. D., & Pennebaker, J. W. (1992). Overcoming traumatic memories. I S. Å. Christiansson (Red.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (s. 359-387). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Harder, D. H., & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 729-745.
- Hartmann, E. (2013). Klienten som medterapeut. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi* (s. 269-290). Oslo: Pax forlag.
- Hellsten, T., Östman, C., & Klingenberg, J. (1997). *Med människan: en bok om att möta sig själv och andra*. Göteborg: Cordia.
- Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of research in personality*, 31(4), 588-599.

- Herman, J. L. (2012). Shattered shame states and their repair. I J. Yedlin & K. White (Red.), *Shattered states: Disorganised attachment and its repair* (s. 157-170). London: Routledge.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, *94*, 319-340.
- Hill, A. (2016). *The psychology of perfectionism in sport, dance and exercise*. London: Routledge.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 413.
- Horney, K. (1936). The problem of the negative therapeutic reaction. *The Psychoanalytic Quarterly*, *5*(1), 29-44.
- Horney, K. (1950). *The Collected Works of Karen Horney: Self analysis. Neurosis and human growth* (Vol. 2). New York, NY: W.W. Norton.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of clinical psychology*, *56*(2), 163-173.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(3), 258.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002): The alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 37-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, *61*(4), 561.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, *38*(2), 139.
- Horwitz, L. (2000). Narcissistic leadership in psychotherapy groups. *International journal of group psychotherapy*, *50*(2), 219-235.
- Hultberg, P. (1988). Shame - a hidden emotion. *Journal of Analytical Psychology*, *33*(2), 109-126.
- Hunter, M., & Struve, J. (1998). *The ethical use of touch in psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Huseby T. (2018). *Å leve med en overveldende forlatthetsfølelse*. Hentet 8. november 2018 fra <https://psykologisk.no/2018/05/en-overveldende-forlatthetsfolelse/>

- Jacobs L. (1996). Shame in the therapeutic dialouge. I G. Wheeler & R. Lee, R. (Red.), *The Voice of Shame: Silence and Connection in Psychotherapy* (s. 297-314). Cambridge, MA: GestaltPress.
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., & Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 438.
- Jordan, J. V. (1989). Relational development: Therapeutic implications of empathy and shame. *Work in Progress, No. 39*. Wellesley, MA: Stone Center.
- Karterud, S. (1997). Heinz Kohuts selvspsykologi. I S. Karterud & T. Monsen (Red.) *Selvspsykologi: Utviklingen etter Kohut* (s. 13-27), Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kaufman, G. (1992). *Shame: The power of caring* (3. utg.). Rochester, VT: Schenkman Books.
- Kaufman, G. (1996). *Coming out of shame: Transforming gay and lesbian lives*. New York, NY: Doubleday Books.
- Kaufman, G. (2004). *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes* (2. utg.). London: Springer Publishing Company.
- Kelly, V. C., & Lamia, M. C. (2018). *The Upside of Shame: Therapeutic Interventions Using the Positive Aspects of a "negative" Emotion*. London: W.W. Norton & Company.
- Kelly, A. E., & McKillop, K. J. (1996). Consequences of revealing personal secrets. *Psychological Bulletin, 120*(3), 450.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.
- Kertay, L., & Reviere, S. L. (1993). The use of touch in psychotherapy: Theoretical and ethical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 30*(1), 32.
- Kinston, W. (1987). The shame of narcissism. I D. L. Nathanson (Red.), *The many faces of shame* (s. 214-245). New York, NY: Guilford Press.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of counseling psychology, 44*(3), 274.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York, NY: International Universities Press.

- Kohut, H. (1972). Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage. *Psychoanalytic study of the child*, 27(1), 360-400.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1978). *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut: 1978-1981*. (P. H. Ornstein, Overs.). New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kohut, H., & Wolf, E. S. (1986). The Disorders of Self and Their Treatment: An Outline. I: A. P. Morrison (Red.), *Essential papers on narcissism* (s. 175-196). New York, NY: International Universities Press.
- Konstam, V., Chernoff, M., & Deveney, S. (2001). Toward forgiveness: The role of shame, guilt anger, and empathy. *Counseling and Values*, 46(1), 26-39.
- Lane, R. C., Monaco, M., & Gregson, K. (1997). The negative therapeutic reaction (NTR): a review and synthesis for practitioners. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27(2), 131-146.
- Lansky, M. R. (1995). Shame and the scope of psychoanalytic understanding. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1076-1090.
- Lansky, M. R. (2005). Hidden shame. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 865-890.
- Lansky, M. R., & Morrison, A. P. (2014). *The widening scope of shame*. New York, NY: Routledge.
- Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. I P. Gilbert (Red.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (s. 326-351). New York, NY: Routledge.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York, NY: International Universities Press.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York, NY: Free Press.
- Livingston, R. H., & Farber, B. A. (1996). Beginning therapists' responses to client shame. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(4), 601.
- Lopez, F. G., Gover, M. R., Leskela, J., Sauer, E. M., Schirmer, L., & Wyssmann, J. (1997). Attachment styles, shame, guilt, and collaborative problem-solving orientations. *Personal Relationships*, 4(2), 187-199.
- Luchner, A. F., Mirsalimi, H., Moser, C. J., & Jones, R. A. (2008). Maintaining

- boundaries in psychotherapy: Covert narcissistic personality characteristics and psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1).
- Lynd, H. M. (1958). *On shame and the search for identity*. London: Routledge.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., & Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant mental health journal*, 19(3), 282-289
- Macdonald, J., & Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 74(1), 1-21.
- Marmarosh, C. L., & Mann, S. (2014). Patients' selfobject needs in psychodynamic psychotherapy: How they relate to client attachment, symptoms, and the therapy alliance. *Psychoanalytic Psychology*, 31(3), 297.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioners Guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Messer, S. B. (2012). [Anmeldelse av boken *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*, av C. J. Gelso, 2011], *Psychotherapy Research*, 22:3, 363-365,  
DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.643254>
- Miller, A. (1997). *The drama of the gifted child: The search for the true self* (3. utg.). New York, NY: Basic Books.
- Miller, S. B. (1988). Humiliation and shame: Comparing two affect states as indicators of narcissistic stress. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 52(1), 40.
- Miller, S. (2013). *Shame in context*. New York, NY: Routledge.
- Miller, J. B., Jordan, J. V., Stiver, I. P., Walker, M., Surrey, J. L., & Eldridge, N. S. (2004). Therapists' authenticity. I J. V. Jordan, M. Walker & L. M. Hartling (Red.), *The complexity of connection: Writings from the Stone Center's Jean Baker Miller Training Institute* (s. 64-89). New York, NY: Guilford Press.
- Miller, J. B., & Stiver, I. P. (1997). *The healing connection: How women form relationships in therapy and in life*. Boston, MA: Beacon Press.
- Mollon, P. (2002). *Shame and jealousy: The hidden turmoils (Vol. 5)*. London: Karnac Books.
- Moore, C., & Barrow, J. C. (1986). Perfectionistic thinking in university students:



- Implications for individual treatment. I J. E. Talley & W. J. K. Rockwell (Red.), *Counseling and psychotherapy with college students: A guide to treatment* (s. 100-112). New York, NY: Praeger.
- Morrison, A. P. (1984). Working with shame in psychoanalytic treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32(3), 479-505.
- Morrison, A. P. (2008). The analyst's shame. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 65-82.
- Morrison, A. P. (2014). *Shame: The underside of narcissism*. Abingdon, Oxford: Routledge.
- Muran, J. C., & Hungr, C. (2013). Power plays, negotiation, and mutual recognition in the therapeutic alliance: "I never met a client i didn't like...eventually". I A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Red.), *Transforming Negative Reactions to Clients*, (s. 23-44). Washington DC: American Psychological Association.
- Nathanson, D. L. (1987). *The many faces of shame*. New York, NY: Guilford Press.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Nicolosi, J. (2009). *Shame and attachment loss: The practical work of reparative therapy*. Downers Grove, IL: IVP Academic.
- Okkenhaug, B. (2009). *Når jeg skjuler mitt ansikt: perspektiver på skam*. Oslo: Verbum Forlag.
- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and social psychology bulletin*, 32(12), 1608-1619.
- Osherson, S., & Krugman, S. (1990). Men, shame, and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 327.
- Pattison, S. (2000). *Shame: Theory, therapy, theology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pineles, S. L., Street, A. E., & Koenen, K. C. (2006). The differential relationships of shame-proneness and guilt-proneness to psychological and somatization symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 688-704.
- Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25(2), 281-290.
- Pizer, S. A. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(2), 215-240.

- Potter-Efron, R., & Carruth, B. (2014). *Shame, guilt, and alcoholism: Treatment issues in clinical practice (Vol. 2)*. New York, NY: Routledge.
- Powell C. (2008, September). Working with Shame in Psychotherapy. Utgave 8, hentet 10. november 2018 fra <http://www.psychanalysisdownunder.com.au>
- Randall, P. (2012). *The psychology of feeling sorry: The weight of the soul*. Abingdon: Routledge.
- Rappoport, A. (2002). How psychotherapy works: The concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 10-14.
- Renik O. (1998). Getting real in analysis. *Psychoanal Quarterly*; LXVII(4), 566–93.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748.
- Retzinger, S. M. (1987). Resentment and Laughter: Video Studies of the Shame-Rage Spiral. I H. B. Lewis (Red.), *The Role of Shame in Symptom Formation* (s. 151-182). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Retzinger, S. M. (1991). Shame, anger, and conflict: Case study of emotional violence. *Journal of Family Violence*, 6(1), 37-59.
- Retzinger, S. M. (1995). Identifying shame and anger in discourse. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1104-1113.
- Retzinger, S. M. (1998). Shame in the therapeutic relationship. I P. Gilbert & B. Andrews (Red.), *Series in affective science: Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (s. 206-222). New York, NY: Oxford University Press.
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 37(3), 201-215.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 5(3), 132-139.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered counseling*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Sanderson, C. (2015). *Counselling skills for working with shame*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Santor, D. A., & Walker, J. (1999). Garnering the interest of others: Mediating the effects among physical attractiveness, self-worth and dominance. *British Journal of Social Psychology*, 38(4), 461-477.
- Sartre, J. (2003). *Being and Nothingness: An essay on phenomenological ontology* (H. E. Barnes, Overs.). London: Routledge. (Opprinnelig verk publisert i 1943).
- Schalkwijk, F. (2014). Shame in Psychotherapy. *EFPP Psychoanalytic Psychotherapy Review*; 08/2014.
- Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., Brodführer, A., Matthies, S., Hermann, C., ... & Jacob, G. A. (2014). Do patients with different mental disorders show specific aspects of shame?. *Psychiatry research*, 220(1-2), 490-495.
- Scheff, T. J. (1987). The shame-rage spiral: A case study of an interminable quarrel. I H. B. Lewis (Red.), *The role of shame in symptom formation* (s.109-149). Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Scheff, T. J. (1988). Shame and conformity: The deference-emotion system. *American sociological review*, 395-406.
- Scheff, T. J. (1990). Socialization of emotions: Pride and shame as causal agents. I T. D. Kemper (Red.), *Research agendas in the sociology of emotions* (s. 281-304). Albany, NY: SUNY Press.
- Scheff, T. J. (2003). Male emotions/relationships and violence: A case study. *Human Relations*, 56(6), 727-749.
- Schneider, C. D. (1987). A mature sense of shame. I D. L. Nathanson (Red.), *The many faces of shame* (s. 194-213). New York, NY: Guilford Press.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. I P. Gilbert & B. Andrews (Red.), *Series in affective science. Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (s. 57-77). New York, NY: Oxford University Press.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 201-269.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York, NY: Norton.

- Schore, A. N. (2009). Right-brain affect regulation. I D. Fosha, D. J. Siegel & M. F. Solomon (Red.), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development & clinical practice* (s. 112-144). New York, NY: Norton & Co.
- Schore, A. N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(3), 388.
- Schore, A. N. (2015). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Abingdon: Routledge.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.
- Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of abnormal psychology*, 88(3), 242.
- Shengold, L. (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Shreve, B. W., & Kunkel, M. A. (1991). Self-Psychology, Shame, and Adolescent Suicide: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Counseling & Development*, 69(4), 305-311.
- Simon S. N., & Geib. P. (1996). When Therapists Cause Shame. I G. Wheeler & R. Lee (Red.), *The Voice of Shame: Silence and Connection in Psychotherapy* (s. 315-336). Cambridge, MA: GestaltPress.
- Sinha, M. (2017). Shame and Psychotherapy: Theory, Method and Practice. I E. Vanderheiden & C. H. Mayer (Red.), *The Value of Shame* (s.251-275). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(13), 1613-1617.
- Skårderud, F. (2001b). Tapte ansikter. Skammens psykologi. I T. Wyller (Red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 37-52). Oslo: Fagbokforlaget.
- Smith, M. (2008). Working with shame in therapeutic groups. *Group Analysis*, 41(3), 252- 264.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 564.

- Sperry, L. (2016). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV personality disorders* (3. utg.). New York, NY: Routledge.
- Sroufe, L.A. (1996). *Emotional development: the organization of emotional life in the early years*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Stadter, M. (2011). The inner world of shaming and ashamed: An object relations perspective and therapeutic approach. I R. L. Dearing & J. P. Tangney (Red.), *Shame in the therapy hour* (s. 45-66). Washington DC: American Psychological Association. DOI: 10.1037/1236-002
- Stein, R. (1997). The Shame Experiences of the Analyst. I A. Goldberg (Red.), *Progress in Self Psychology Volume 13: Conversations in Self Psychology*, (s. 109-125). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats: Pathological organizations of the personality in psychotic, neurotic and borderline patients*. London: Routledge.
- Steiner, J. (2011). *Seeing and being seen: Emerging from a psychic retreat*. London: Routledge.
- Steiner, J. (2015). Seeing and being seen: Shame in the clinical situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(6), 1589-1601.
- Stern, D. N. (1985). The interpersonal world of the child. A view from psychoanalysis and developmental psychology. *The interpersonal world of the child. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Abingdon: Routledge.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., ... & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Stiles, W. B. (1995). Disclosure as a speech act: Is it psychotherapeutic to disclose? I J. W. Pennebaker (Red.), *Emotion, disclosure, and health* (s. 71-91). Washington DC: American Psychological Association.
- Stolorow, R. D. (1994). The nature and therapeutic action of psychoanalytic interpretation. *The intersubjective perspective*, 43-55.
- Stricker, G. (2003). The many faces of self-disclosure. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 623-630.
- Stricker, G., & Fisher, M. (1990). *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. New York, NY: Plenum Press.

- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Emotions and social behavior. Shame and guilt*. New York, NY: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Niedenthal, P. M., Covert, M. V., & Barlow, D. H. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 256.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of personality and social psychology*, 62(4), 669.
- Togashi, K. (2008). A new dimension of twinship selfobject experience and transference. *International journal of psychoanalytic self psychology*, 4(1), 21-39.
- Tomkins, S. S. (1970). Affects as Primary Motivational System. I M. B. Arnold (Red.), *Feelings and emotions: The Loyola symposium* (s. 101-110). New York, NY: Academic.
- Tomkins, S. S. (1987). Shame. I: D. L. Nathanson (Red.), *The many faces of shame* (s. 133-161). New York, NY: Guilford Press.
- Van Vliet, K. J. (2008). Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 233.
- Waska, R. T. (1999). Projective identification, countertransference, and the struggle for understanding over acting out. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 8(2), 155.
- Weber, R. L., & Gans, J. S. (2003). The group therapist's shame: A much undiscussed topic. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53(4), 395-416.
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & DiMauro, J. (2016). Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(11), 832.
- Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy Works: Process and Technique*. New York, NY: Guilford Press.
- Wells, M., & Jones, R. (2000). Childhood parentification and shame-proneness: A preliminary study. *American Journal of Family Therapy*, 28(1), 19-27.
- Wessler, R. L., Hankin, S., & Stern, J. (2001). *Succeeding with difficult clients: Applications of cognitive appraisal therapy*. London: Academic Press.

- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 61(4), 590.
- Winnicott, D. W. (1963). Dependence in infant care, in child care, and in the psychoanalytic setting. *The International journal of psychoanalysis*, 44, 339.
- Winnicott, D.W. (1988). *Human Nature*. New York, NY: Shocken Books.
- World Health Organization (2012). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wright, K. (1991). *Vision and Separation: Between mother and baby*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Wright, R. H., & Cummings, N. A. (2013). *Destructive Trends in Mental Health: The well intentioned path to harm*. New York, NY: Routledge.
- Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wurmser, L. (2015). Primary shame, mortal wound and tragic circularity: Some new reflections on shame and shame conflicts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(6), 1615-1634.
- Zaslav, M. R. (1998). Shame-related states of mind in psychotherapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(2), 154.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & McDermut, W. (2002). Major depressive disorder and axis I diagnostic comorbidity. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(3), 187-193.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.
- Zur, O. 2004. To cross or not to cross: Do boundaries in therapy protect or harm? *Psychotherapy Bulletin*, 39: 27–32.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681-697.

