

Sammendrag

Hensikten med denne artikkelen er å belyse hvordan mennesker med depresjonsdiagnose erfarer skamfølelse. Forskning indikerer at skamfølelsen spiller en vesentlig rolle i forhold til de fleste psykiske lidelser og flere studier viser at skam er en sentral følelse ved depresjon. På grunn av skamfølelsens betydning for mennesker som strever med psykiske lidelser synes det viktig å fortsatt bidra til mer kunnskap.

Artikkelen er basert på en kvalitativ, hermeneutisk fenomenologisk studie om hvordan mennesker med depresjon erfarer skam. Atten mennesker med moderat depresjon ble dybdeintervjuet. Analysearbeidet var inspirert av van Manens hermeneutisk fenomenologiske analysemetode og viste at deltagerne erfarer skam knyttet til kropp og relasjoner. Fordi skam er livshemmende og sårt for deltagerne er det viktig at sykepleiere forstår kroppslige uttrykk for skam og hva som kan være språk for skam.

Nøkkelord: depresjon, kvalitativ metode, levd erfaring, psykisk helsevern, skam

Summary

Title: "Shame leaves me crawling on my knees" - how people with depression experience shame

The purpose of this article is to shed light on how people with a diagnosis of depression experience shame. Research indicates that shame plays a significant role in relation to most mental disorders and several studies show that shame is a central emotion in depression. Due to the significance of shame for people struggling with mental illness, it seems important to continue to contribute more knowledge.

The article is based on a qualitative, hermeneutic phenomenological study of how people with depression experience shame. Eighteen people with moderate depression were interviewed in depth. The analysis work, inspired by van Manen's hermeneutic phenomenological analysis method, showed that the participants experience shame related to the body and to relationships. Because shame is life-threatening and painful for the participants, it is important that nurses understand bodily expressions of shame and what can be the language of shame.

Keywords: depression, lived experiences, mental health care, qualitative method, shame

”Skammen slår beina under meg” om hvordan mennesker med depresjon erfarer skam

Innledning

Depresjon er en av de mest utbredte psykiske lidelsene i Norge og bidrar til betydelig helsetap (1). Selv om både psykologiske og farmakologiske behandlinger og forebyggende tiltak for depresjon er tilgjengelige, er forekomsten av depresjon stabilt høy og tilbakefall skjer ofte (1). Skam har lenge vært en misforstått og underkjent følelse innen psykisk helse, men interessen for skam har økt betraktelig de siste tiårene og har etter hvert blitt studert av forskere innen flere fagområder. En rekke nyere studier hevder at skam er en av hovedkomponentene ved psykiske lidelser, og påvirker symptomer, tilfriskning, håndtering og terapeutiske relasjoner (2-5).

Innen sykepleiefaglig forskning viser enkelte nyere studier også en gryende interesse for skamfølelsen (6-9). Kvantitativ sykepleieforskning har fokusert på *om* og *i hvilken grad* skam er til stede i ulike lidelser, mens man i kvalitativ sykepleieforskning finner at skam dukker opp når erfaringer med ulike lidelser belyses (9). Noen studier fremhever skamfølelsen som særlig viktig. Parse (6) betegner skam som en ontologisk og fundamental følelse i menneskelivet som er nært tilknyttet verdighet, og således er av stor betydning at sykepleiere er oppmerksom på. Mcfall & Johnson (7) og Chilton (8) utførte begrepsanalyser og fant at skam er kulturelt fundert og kontekstavhengig, samt at global generalisering av begrepet dermed er misvisende. Men, det er fortsatt få substansielle studier om skam og behov for å ytterligere etablere skambegrepet som en del av sykepleiefaget, samt å styrke sykepleiekunnskapen om skamerfaringer og skamfølelse innen spesifikke fagområder (6-9).

Denne studien bygger på dybdeintervju med atten mennesker som har eller har hatt moderat depresjon. Alle studiedeltagerne hadde erfaringer knyttet til skam og det viste seg at skamfølelse underkommuniseres i møte med helsepersonell innen psykisk helsearbeid.

Bakgrunn

Fordi skam fremdeles er en relativt uutforsket del av sykepleie søkte vi kunnskap fra andre fagområder. I fag som psykologi, filosofi og psykiatri har skam en lengre historie. I det følgende er det hovedsakelig forskning med bakgrunn i psykiatri og psykologi som presenteres. Lewis (10) var en av de første bidragsyterne innen skamforskning. Hun studerte fenomenet skam i en klinisk setting og fant at skam var til stede under alle psykoterapisamtaler, men ble sjelden direkte uttrykt verken av terapeut eller pasient. Lewis (10) beskriver skamfølelsen som allestedsværende samtidig som den er lett å overse. I følge Nathanson (11) er skammen vanskelig å gripe fordi skamuttrykk ofte ikke gir inntrykk av skam. Han introduserte ”skamkompasset” som beskriver fire mulige responser på skam; ”tilbaketrekning”, ”unngåelse”, ”angrep på en selv” og ”angrep på andre” (11, s. 314). Wurmser (12) beskriver, i likhet med Nathanson (11), hvordan skam maskeres og bindes opp til andre følelsesuttrykk og adferd man ikke umiddelbart forbinder med skam. Fordi opplevelsen av skam er smertefull vil mennesker forsøke å fortrenge den gjennom at andre følelsesuttrykk slipper frem, noe som kan føre til at den andres blick flyttes slik at skam ikke blir avslørt (11).

Flere skamforskere beskriver og anerkjenner skamfølelsens inngripende kraft i menneskers liv. Kaufman (13, s. 5) karakteriserer den indre opplevelsen av skam som en sykdom i sjelen og i selvet. Zahavi (14) beskriver skam som en sår bevissthet om personlige feil og egen ufullkommenhet. Gilbert, Pehl og Allan (15) mener skamfølelsen gjør at mennesker ser seg selv som underdanige og som del av et ressursvakt utenforskap.

Skamfølelsens relasjonelle aspekt og fysiske uttrykk som litteraturen trekker frem er særlig relevante for vår studie. Kroppslige reaksjoner på skam kan komme til syne på gjenkjennelig vis og blir utførlig beskrevet i en del forskning og faglitteratur. Tomkins (16, s. 144) skriver; *"Any perceived barrier to positive affect with the other will evoke lowering of the eyelids and loss of tonus in the neck muscles, producing a head hung in shame"*. Tomkins fant også at den kroppslige forsvarsmekanismen mot skam viser seg i ansiktet gjennom det han kalte "frozen face", "head-back-look" og "look of contempt" (17, s. 365). Fuchs (18) og Skårderud (19) skriver om hvordan skamkroppen oppstår ved at den skamfulle integrerer den andres objektiverende blikk og gjør det til blikket på seg selv. Den levde kroppen forsvinner i bakgrunnen og kroppen som objekt trer frem. Fuchs (18) hevder at følgene av denne fremmedgjøringen og tingliggjøringen av kroppen kan være depresjon. De fysiske og ufrivillige reaksjonene på skam som rødming, stamming, klossethet, svetting og skjelving kan oppleves som overveldende og vekke ny skam (20). Skam refereres derfor ofte til som en følelse som forsterker seg selv (20). Den andres blikk synes skaminduserende enten det er kroppens sårbarhet eller menneskers utilstrekkelighet som kommer til syne. Gilbert (21) hevder at 'moderne' opplevelser av skam kan være knyttet til mental sykdom, fedme, rusproblemer eller at man forventer andres forakt og latterliggjøring ut fra et selvkritisk syn på seg selv.

Skam knyttet til psykiske lidelser har fått økende oppmerksomhet i forskning. Kim, Jorgensen & Thibodeau (22) fant en betydelig sammenheng mellom skam og depresjon. Videre synes skam å være en sårbarhetsfaktor både for utvikling av depresjon (21,23), og for selvmord (24), og er en faktor i forhold til utvikling av avhengighetsproblematikk (25). Basert på utskrifter av psykoterapitimer, foreslo Lewis (26) at hovedkomponenten i depresjon ikke er sinne eller sorg, men skam som ikke er erkjent (10). I følge Lewis (10), Scheff (27) og Hook og Andrews (28) er det å anerkjenne skam og å oppfordre pasienter til å snakke om skam

terapeutisk. Flere studier antyder derfor betydningen av at mennesker som er deprimert får arbeide med skamopplevelser og at helsepersonell hjelper med å avdekke skjult skam (29-34).

Hensikt

Det er få eksisterende studier som henvender seg til sykepleiere og tidligere forskning hevder det er stort behov for kontekstspesifikke studier om skam i sykepleiefaget (6-9). Denne artikkelen har som mål å skrive frem mennesker med depresjon sin erfaring med skam fra et sykepleiefaglig ståsted.

Metodologi og metode

Vi har studert skam fra et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv. Fenomenologiske beskrivelser søker å gripe ”det som viser seg”, å komme nær menneskers erfaringer av seg selv, av andre og av verden omkring (35, s 9-10). I følge van Manen (36) er den beste måten å komme innenfor en livsverden å ta del i den gjennom en holdning hvor forsker er nærværende i stemme, toneleie, blikk, kropp og bevegelse, og samtidig opprettholder en hermeneutisk årvåkenhet som innebærer å ta et steg tilbake for å reflektere over mening som utspilles.

Om studiedeltagerne

Deltagerne i studien var etnisk norske og ble rekruttert gjennom behandlere ved to ulike distriktpspsykiatriske sentre (DPS), ett på Vestlandet og ett på Østlandet. Åtte menn og ti kvinner ble intervjuet av førsteforfatter i perioden mai 2015 til- november 2016. Det var et mangfold i gruppen med tanke på yrkesbakgrunn, alder (18-65), religiøs tro og sivilstand. Fjorten av deltagerne hadde diagnosen moderat depresjon, målt ved Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS) eller Becks Depression Inventory (BDI) på tidspunktet intervjuene ble gjennomført. Fire av deltagerne var kommet over sin depresjon og ble kontaktet gjennom erfaringskonsulenter. Erfaringene med depresjon varierte fra en til flere episoder og til å være deprimert over en lengre periode. Åtte av deltagerne hadde vært innlagt

for depresjon på døgnpast en eller flere ganger, mens de ti andre hadde vært polikliniske pasienter. 14 av deltagerne benyttet antidepressiva eller antipsykotika.

Intervjuene

Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter og ble primært utført på kontorer tilknyttet DPS etter deltagerens ønsker. En deltager ønsket å bli intervjuet hjemme. Hvert intervju varte mellom 60 og 120 minutter. Intervjuguiden ble utformet med åpne spørsmål, og i intervjusituasjonen ble spørsmålene etterfulgt av avklarende- og oppfølgingsspørsmål.

Eksempel fra intervjuguide: ”Har du tanker om hvorfor du ble deprimert?” ”Har tankene om deg selv endret seg etter du fikk depresjon? Evt: ”Hvordan?” ”Har noen tanker eller følelser vært mer fremtredende enn andre?” Eksempel på spørsmål fra intervjuguide om skam: ”Har du kjent på skamfølelse?” ”Hvordan vil du beskrive skamfølelsen?” ”Kan du fortelle om en gang du kjente på skam?”

Vi benyttet åpne spørsmål fordi det kan bidra til at deltagerne bruker sitt daglige språk for å snakke om det som er av betydning for dem (36). Ingen føringer eller definisjoner av skam eller depresjon ble introdusert verken i informasjonsskrivet til deltakerne eller ved begynnelsen av intervjuene for at deltakerne skulle kunne snakke friest mulig. Målet med intervjuene var å følge deltagerens tanker og refleksjoner ved å lytte refleksivt og kontinuerlig undre seg sammen med dem (36). Hvert intervju ble avsluttet med spørsmål om hvordan deltagerne hadde opplevd intervjusituasjonen.

Å forske i eget felt – om refleksivitet og pålitelighet

Som psykiatrisk sykepleier hadde førsteforfatter allerede en forforståelse om skam og depresjon med bakgrunn i klinisk praksis og teoretisk kunnskap. Det som først vekket førsteforfatters interesse for skam var at denne følelsen sjelden eller aldri ble snakket om, verken av pasienter, sykepleiere eller pårørende i psykiatrisk praksis. Studiens utgangspunkt

var derfor en undring over om skam i det hele tatt er en betydningsfull følelse for mennesker med depresjon. Førsteforfatter hadde teoretisk og praktisk kunnskap om at skamspråket ikke nødvendigvis er lett tilgjengelig og innlysende. For å kunne bruke forforståelsen på en god måte krevdes det at førsteforfatter ikke tok noe for gitt i intervjusituasjon og var ekstra lydhør overfor den andres synspunkt, samt hele tiden bevisst på å unngå overtolkning av kroppsspråk og utsagn fra deltagerne i studien (37). Førsteforfatter arbeidet mye i etterkant av hvert intervju, både med tankearbeid og refleksiv skriftliggjøring.

Skammens komplekse uttrykk krever kunnskap for å se bak det åpenbare. Klinisk erfaring og teoretisk kunnskap kan utruste og forberede forsker til sårbare møter (38). Men, kunnskapen kan også gjøre blind. Førsteforfatter opplevde imidlertid at erfaringen, kjennskap til fagfeltet og bakgrunn som psykiatrisk sykepleier også sensitiverte til å stille åpne og utdypende spørsmål som medvirket til at deltagerne våget å åpne seg om skam og kunne være sårbare i intervjusituasjon (39).

Som forskere tolker og forstår vi empirien og skam fra et bestemt kontekstavhengig perspektiv i vekselvirkning med deltagerne i studien (37, s. 149). I individuelle lesinger og analyse av datamaterialet og i mange møter reflekterte vi over deltakernes erfaringshorisonter i forhold til egen forforståelse og hvordan disse kan påvirke resultatene (40). En tekst kan imidlertid ha mer enn en mulig tolkning (37), og funnene som presenteres i denne studien må sees som en av flere mulige måter å forstå deltagerne erfaringer på.

Analyse av materialet

Analysearbeidet var inspirert av van Manens hermeneutisk fenomenologiske tenkning (35, s. 90-5) og siktet mot å avdekke betydninger av fenomenet skam (35, s. 29). Han skriver dog mer om fenomenologisk refleksjon enn om analyse og understreker at en analyse ikke skal være en regelbundet prosess (41, s. 782). Van Manen gir imidlertid flere ledetråder som

bidrog til at vi valgte å anvende hermeneutisk fenomenologisk tenkning i denne studien. Han beskriver hvordan det poetiske språket og rike skildringer kan lede oss til forståelse og gi en unik tilgang til den andres verden (35). Spørreretningen skal være ut mot det almene i det partikulære, mot de eksistensielle meningsstrukturer som stiger frem i en kultur, og reflektere innsikt som går ut over det som tas for gitt. Samlet kan man med van Manen si at teksten skal tale til leseren på en måte som gir gjenklang i leserens egen erfaring av å være i verden, og samtidig etterlate leseren med en dypere innsikt og undren over det fenomenet som teksten peker på (35,41).

I første del av analysen søkte vi å få en helhetsforståelse av deltagerens erfaringer og språkuttrykk. Førsteforfatter hørte på opptakene flere ganger for å lytte til det språklige innholdet i intervjuet, men også for å høre hvordan pust, tone og bevegelser gav klangbunn til ordene. De transkriberte intervjuene ble nøye gjennomlest mens vi undret over hva den levde erfaringen som ble uttrykt gjennom enkeltord og setninger kunne fortelle oss om skam. En rekke midlertidige tema ble etter hvert identifisert. Disse temaene representerte det første intuitive og materialbaserte trinnet i analysen. Det ble tydelig hvordan skam berører spesielt deltagerens kropp og deres relasjon til andre. Ved å se på betydning av fenomener og konkrete empiriske tekstbiter, (meningsenheter) og prøve ut nye måter å organisere materialet på, oppdaget vi at flere tema var overlappende. De ni opprinnelige temaene ble etter hvert innskrenket til fire tema. Teksten ble lest, gjenlest, redusert og gjenskrevet flere ganger før vi mente at funnene kunne ivaretas og presenteres i to grunntema og to undertema, eksemplifisert i Tabell 1. De to grunntemaene fikk navnene: «Kroppen lever skamfølelsen» og «Å streve etter tilhørighet».

Tabell 1:

Etiske vurderinger

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Aktuelle deltagere fikk skriftlig informasjon om målet med studien, om bruk av lydopptak, tidsramme, samt forskningsetiske prinsipp som frivillighet, konfidensialitet, anonymitet og taushetsplikt. Deltagerne ble både før og under møtene gjort oppmerksom på disse grunnleggende prinsippene og ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten å måtte begrunne valget. Alle deltagerne fikk tilbud om oppfølging av behandlende sykepleier, lege eller psykolog.

Presentasjon av funn

Studien viser at seksten av atten deltagere var godt kjent med skamfølelsen lenge før de ble diagnostisert med depresjon. For to av deltagerne ble skamfølelsen tydelig først når de fikk konstatert en psykisk lidelse, noe de opplevde som stigmatiserende. For andre ble diagnosen en tilleggsskam.

Å få en depresjonsdiagnose var for mange en stedfestelse av skamfølelsen ettersom det bekreftet opplevelsen av å ikke være god nok. Når deltagerne snakket om skam, handlet det om den delen av livet som de egentlig ikke ønsket at skulle komme frem, og som berørte det eksistensielle. De beskrev en følelse av å ikke være verdig kjærlighet, følelser av utilstrekkelighet, angst, frykt for å ikke mestre og skuffelse over livet, og de stilte eksistensielle spørsmål som; *Hvordan skal jeg holde ut å være den jeg er? Hvordan skal jeg holde ut å være i verden?* Deltagernes historier formidlet et samvirke av mange, komplekse og innviklede disponerende faktorer som utløsende for depresjon. Kimen til sykdomsutvikling ble ikke sjeldent knyttet til barndomsårene, tidlige livsperioder eller sosiale forhold der skamfølelsen var en del av bildet.

Åpenheten som deltagerne viste rundt skamfølelsen var i seg selv et overraskende funn. Selv om mange avslørte at dette var vanskelig å snakke om, både gjennom kroppslig uro, stamming, rødming, latens og hviskende tale, ble det også formidlet en lettelse over endelig å ha en mulighet til å snakke om skam. Det var som om invitasjonen til studien (der vi presiserte at forsker ville spørre om skam) legitimerte skamfølelsen.

Deltagerne fortalte om å holde ut i det vonde, om håp men også om skamfølelsen som tok stor plass og preget livet. Analysen synliggjorde skamfølelsens eksistensielle karakter. To grunntema fremstod; «Kroppen lever skamfølelsen» og «Å streve etter tilhørighet».

Kroppen lever skamfølelsen

Det første grunntemaet handler om hvordan skam fremmedgjør kropp og språk. Vanligvis er ikke kroppen noe vi tenker over, den bare er og ordene våre flyter oftest fritt. Når skamfølelsen tar over og inntar kroppen påvirker den både kropp og språk. Den kjente kroppen kan begynne å opptre ugjenkjennelig og uforutsigbart. Samtidig kan ordene bli vanskelige å finne eller bli misforstått.

Kroppens tale

Ulike versjoner av skamkroppen kom fram i intervjuene; den unnselige som synker sammen, bøyer nakken, viker i blikket og knyter ben og armer, "fomling" med hendene, kroppslig uro og svetteperler i pannen når samtalen dreide seg om det skamfulle.

Deltagerne formidlet at skam kan sette seg i muskulatur, mage og bryst og virke lammende, kvalmende og kvelende. Noen beskriver nummenhet og sterk distanse til egen kropp, mens andre opplever kroppen ubarmhjertig tilstede med sterke fysiske smerter. En deltager føler så sterk avsky og skam for egen kropp at hun prøver å opphøre sin eksistens ved å la vær å spise.

Ønsket om å trekke seg tilbake, forsvinne eller overdøve skamfølelsen viser seg i kroppens

uttrykk. Bevegelsene kan være nærmest stillestående eller kvikke som for enten å drukne i langsomheten, eller forsvinne i det hurtige. En deltager forteller at hun barberte bort alt håret på hodet. *Jeg så dødssyk ut, jeg så ut som om jeg hadde kreft. Jeg var jo dødssyk, men bare i sjelen.* Å ta bort håret gjorde skammen synlig og slående. *Jeg ble min egen skam.* Hennes indre ble hennes ytre. Ved å gjøre et slikt iøynefallende inngrep på eget utseende opplevde hun at skamfølelsen ble overdøvet. Hun ble likevel ikke sett. Skammen forble taus.

Deltagerne beskriver tilstander av fysisk ubehag og forteller hvordan de forsøker å gruble seg ut av det. En forteller:

Og skamfølelsen (...) Jeg har ikke tatt noen tabletter for det... prøver å tenke det bort. Når jeg ligger på nettene og svirrer med huet og ikke får sove... så klør jeg og da blir det så voldsomt og så smertefullt (...) og til slutt fikk jeg lyst å hugge av meg armen.

Skam kan også påvirke pusten og noen beskriver et jerngrep eller en klo om halsen som ikke slipper pusten forbi, en fornemmelse av å kveles, om overveldende kvalme og om smerter i brystet. Skam virker dødbringende fordi den kan knyttes til opplevelsen av mangel på frihet til å eksistere. En deltager sier: *Det er veldig fysisk manifestert. Skammen ligger konsentrert i kroppen, ut i muskulaturen og som beredskap... kordan skal eg komme meg ut av dette? Blir kvelt.*

Nummenheten kan rope opp behovet for å påføre seg selv smerte eller ubehag for å føle noe. En beskriver seg som *en klut som hele tiden er vrent, det kommer ikke mer vann.* Gjennom erfaringer av skam gjenkjenner deltagerne kroppens tale. Kroppen ”taler” sinnets stemning. Kroppens ”tale” er her uten ord, men like fullt en henvendelse. Det er en stemning som trer frem.

Ord for det ordløse

Skam oppleves og forstås på ulike måter av deltagerne og gjenkjennes ved bruk av ulike ord. Skamfølelsen fikk beskrivelser som *liten, rundjult og forsvarsløs, verdiløs og usynlig*, følelsen av å være *forminsket, skyggen som forfølger*. Selv om de aller fleste deltagerne i studien kjente seg igjen i skamfølelsen, var det noen som ikke gjorde det. Gjennom erfaringer og levd liv blir skam forstått og tolket på ulike vis. En lar seg provosere av skambegrepet, hun sier: *Skam er korrigerende, og brukes overfor barn. Du burde skamme deg! Skammen gjør deg mye mindre. Og føler at, ..da er du et håpløst tilfelle. Dersom man skammer seg når man er førtito år, det går ikke an det.* Gjennom utdypende undring rundt skam, følelser og tanker som bærer sårhet i seg, kjenner denne deltagerne likevel igjen skamfølelsen gjennom bruk av andre ord. Ordene som kan uttrykke skam er gjerne ikke åpenbare, heller ikke for de som opplever den. En sier: *virkeligheten er så mye mer kompleks enn det språket kan klare. Det blir for rasjonelt og fornuftig hos psykologen. I det rasjonelle og fornuftige språket finner jeg ikke mening. Jeg trenger en behandler som berører det eksistensielle.* Denne deltageren gir generelt opp å fortelle fordi han opplever at han ikke blir hørt. Språkrommet er for trangt. Han blir møtt med det han kaller *floskler*:

..små formuleringer kan øke eller minske skam hos pasienten...floskler kan kjøre en kraftig i senk. Da tror man at man er et dårlig menneske. Bare den setningen...å komme i gang med livet igjen.. Hvilken setning er det? Du lever jo hele tiden. Men likevel bruker vi den frasen. Det er nesten en skam som er innbakt i språket.

Å streve etter tilhørighet

Det andre grunntemaet handler om relasjon. Skamfølelsen truer sosiale bånd fordi deltagerne skammer seg over seg selv overfor den andre. Skam kan således hindre muligheten for å gi og å få kjærlighet, og kan føre til en grunnleggende ensomhet.

Frykt for og lengsel etter å bli sett

I intervjuene var blikkene ofte vekslende mellom det unnvikende, urolige og flakkende og det direkte. Stemmene kunne bli tynne og hviskende når deltagerne formulerte det de skammet seg over, blikket søkte ut i rommet eller ned i fanget. En av deltagerne formidlet blikkets betydning og behovet for kontroll på denne måten: *Skamfølelsen...det er en form for redsel... jeg må alltid sitte sånn at jeg klarer å se alle andre. Rett og slett fordi jeg er livredd for andres reaksjoner på det jeg sier.*

Å skamme seg er i seg selv skamfullt. Skammen innebærer en avsløring om en personlig brist eller feil. Dette gjør det vanskelig å åpne seg, selv i møte med psykiatrisk helsepersonell. Samtidig følte deltagerne seg alene når skammen forble i skjul. Relasjonene føles ikke ekte når de ikke fullt og helt kunne tre frem som de er. Noen beskrev seg selv som frosne og uten ord, andre ble fulle av ord, men uten å si noe om skammen. En søkte hjelp, men holdt depresjon og skam skjult for de nærmeste. Han forteller:

..hvis jeg skulle treffe noen bekjente på vei til DPSet hadde jeg jobbet voldsomt for å komme på en historie. Jeg tørr ikke si hvordan jeg har det til samboeren engang...igjen den samme, merkelige stoppfølelsen som kommer...skammen.

Frykten for skam og forsøket på å holde den under kontroll i møte med andre beskrives som utmattende. Deltagerne søkte ensomheten, men uten at de egentlig ville være alene. Som en mann beskriver det; *Egentlig er jeg 1.90 m, men den skammen....den får meg til å føle meg som 1.50.. (...) Best å ikke gå ut, bare være hjemme. Men jeg vil jo ikke det heller.* Samtidig som han frykter å bli sett, lengter han etter fellesskap, at noen ser hvordan han har det. Skam inkorporeres som en slags myndighet som holder deltagerne i sjakk, selv når de ikke blir iaktatt av andre enn seg selv. Samtidig fungerer skam som en målestokk,- deltagerne ser seg selv med egne øyne utenfra og evaluerer og devaluerer seg selv.

Ønsket om kjærlighet

Deltagerne forteller om hjemløshet, om å falle utenfor, om fravær av fellesskap og forsøk på å være den de tror andre vil de skal være, men ender opp med en skremmende følelse av utenforskap, av å være annerledes og feil, uansett hva de gjør. Skam gjør at friheten til å være seg selv føles tapt, og blir således en sosial så vel som en privat utfordring. Skam redefinerer mennesker i relasjonen og i forlengelsen endres deres væren i verden. Den skamfulle tenker at han/hun ikke lenger er et livsdugelig menneske, ei heller en verdifull del av et fellesskap.

Noen velger å unndra andre sin kjærlighet for på den måten å beskytte seg selv.

Konsekvensen er at de erfarer å miste seg selv på veien og holder mennesker på avstand.

Kravene oppleves som så altfor store og sammenligningen med andre blir uoverkommelig. En kvinne sier: *Du vet...slik som de gjør i askepott, - disse stesøstrene. Skjærer av seg hælen og tåen for å passe inn i den der skoene. Du blør jo i hel sant.. Du kan ikke gå, du er helt krøpling hvis du gjør det.*

Ensomhet og smerten i det å kjenne seg helt alene går igjen i beskrivelsene samt fortellinger om å føle seg liten, men også om ønsket om å få være liten. Noen beskriver en lengsel etter å bli omsluttet av omsorg, den barnlige kjærligheten, slik en forteller; *Det jeg trenger er dette fortutla greiene... det som heter kjærlighet.* Behovet for den barnlige kjærligheten holdes skjult for både familie og profesjonelle. Det er en lengsel som strekker seg utover det tildelte eksistensrommet man har som voksen.

Diskusjon

Formålet med denne artikkelen var å skrive frem erfaringer med skam hos mennesker med depresjon. To tema trådte fram i materialet; «Kroppen lever skamfølelsen» og «Å streve etter tilhørighet». Deltagernes erfaringer av skam viser seg som subtile og ofte unnvikende uttrykk av kroppslig, relasjonell og eksistensiell smerte. I møte med helsepersonell er det

depresjonsdiagnose og depresjonssymptom som får oppmerksomhet og blir fulgt opp. Skamfølelser ble sjelden delt. To deltagere ba forsker om å få dele transkripsjonene fra intervjuene med behandlerne sine. De hadde begge gått flere år i terapi uten at skam var tematisert. Deltagerne formidlet behov for at også uttrykk for skam blir sett og anerkjent og at helsepersonell italesetter skam. Men, skam kan være klinisk krevende å gjenkjenne og skamfølelsen oversees fordi uttrykkene ikke umiddelbart forbindes med skam (10,13,20). Skam blir heller satt i sammenheng med symptom det finnes språk for, som anorexia, depresjon eller tvang. Ettersom de fleste deltagerne i denne studien hadde inngående kjennskap til skamfølelsen lenge før de ble deprimert, kan man undre seg over om depresjon like godt kan være et symptom på skam, slik Fuchs (18) og Lewis (26) antyder. Sammenhengene mellom psykisk sykdom, herunder depresjon, og skam er etter hvert veldokumenterte (21,23), men få studier snur bildet på hodet og ser på muligheten for skam som kjerneproblem med depresjon som konsekvens. Slike spørsmål trenger til mer forskning og en videre utvikling av skamspråket. Å være fortrolig med skamspråket og å kunne snakke skammen ut, krever en gjenkjennelse og bruk av ord og begreper som gir mening til skamfølelsen. En må kunne skille mellom skyld, skam og flauhet og kunne anvende meningsfulle synonymer på skam. Ved å kunne gjenkjenne og identifisere følelser og kroppslige uttrykk som ofte opptrer sammen med skamfølelsen, som sinne, angst, uro, aleksitymi eller kvalme, klossethet og rødme, får en mulighet til å undersøke om de er uttrykk for skam (20).

For deltagerne i vår studie var kroppsskammen kjent. De opplevde seg som objekt for vurdering, enten det handlet om deres egne nådeløse blikk på seg selv eller opplevelsen av andres nådeløse blikk. Den smertefulle, skamkroppen kom ubønhørlig i forgrunnen, og fordi opplevelsen av skam forsterker den kroppslige bevisstheten kan skam også endre relasjonen. Kroppsskammen er potent og kraftfull fordi den involverer å bli sett, dømt eller vurdert

(18,21,42,43). Til daglig, og under avslappede og naturlige forhold, kan kroppen glemmes. Kroppen befinner seg i bakgrunnen. Men, denne studien viser at kroppen kan også befinne seg i sentrum av oppmerksomheten. Den kan for eksempel oppleves som "beglodd" - som et objekt for andre. De fysiske og synlige tegnene på skam, som stamming, skjelving og klossethet, er i seg selv tabubelagte kroppslige uttrykk som får uønsket oppmerksomhet og kan skape ny skam.

Ifølge Skårderud (19) er den terapeutiske relasjonen en skamsituasjon, og det å avsløre symptomer på angst og depresjon, traumer, fysisk/psykisk mishandling, rusproblemer, aggresjon eller seksuelle utfordringer oppleves ofte skamfullt (29,30). Deltagerne opplever det altså skamfullt å skamme seg, hvilket bidrar til at visse symptom også forsøkes holdes skjult. Spesielt det som handler om det eksistensielle, som for eksempel følelsen av å være avmektig, redd, sint, alene og uten styring på eget liv (11-12,19). Skam er dessuten et tabuord som vekket ubehag i kraft av seg selv. Få deltagere brukte begrepet skam i intervjuene, men synonymer som uverdigg, flau og hjelpeløs, som det ble opp til førsteforfatter å utforske om muligens handlet om skam.

Det at skam oppleves så ubehagelig og tabubelagt gjør skamfølelse særlig vanskelig å identifisere. For helsepersonell kan det å hjelpe frem skamspråket være spesielt utfordrende og vil kreve kunnskap, tålmodighet, tillit og tid man kanskje ikke føler man har. Samtidig viser funnene i denne studien at når deltagerne får rom og hjelp til å sette ord på skam og kjenner seg trygge på at skammen deres blir tålt og tatt imot, så finnes et språk. Det krever imidlertid at relasjonen oppleves som omsorgsfull og tillitvekkende (14).

Fuchs (18) og Dolezal (20) beskriver hvordan kropp og relasjon er tett vevd sammen og må forstås i sammenheng med konteksten det enkelte mennesket står i. Det er gjennom levd relasjon at vi opprettholder det mellommenneskelig rom som vi deler med andre. Skammen

skrøpeliggjør relasjonen fordi erfaringer av skam ofte kommer til uttrykk på måter som gjør nærhet og opplevelse av tilhørighet utfordrende. Funnene i denne studien samsvarer med Tomkins (17) og Kaufmans arbeider (13) som viser hvordan man forsøker å skjule skammen i ansikt, kropp og i måten man er til stede på i verden. Flere beskriver hvordan skam opptrer i forkledninger som har som mål å hindre at skammen avsløres (10-12). Men, skam forsvinner ikke ved tilbaketrekning, unngåelse eller gjennom forkledning. I følge Gilbert (21) vil grubling over egen framferd og hvem man er i andres øyne, heller gjøre til at skammen vokser. Deltagerne i denne studien forteller om en skam som blir så utålelig at det ikke er rom for å anerkjenne følelsen som annet enn fryktelig og som noe man må forsøke å unngå. Skam oppstår i selvforakt eller skuffelse over den man *er* i møte med den andre (14).

Selvforakt og skuffelse kom i vår studie frem gjennom en sår grubling rundt spørsmål som: «Hvem kan elske meg?», "Er jeg god nok?" «Hvem tåler min sannhet?», «Blir jeg glad igjen?» Alle vil være gode, elsket, tålt, sett, anerkjent og alle vil kjenne på noe å glede seg over. Det motsatte, å kjenne på ensomhet, hjelpeløshet, uverdighet, å oppleve seg utålelig, trist og ikke verdig å bli elsket gjorde deltagerne skamfulle. Et stadig gjentagende ord var «liten». Deltagerne i studien kjente seg små, mindre enn "alle" andre. Dette bildet av seg selv gjorde deltagerne hudløse i relasjoner. Avhengigheten til fellesskapet er fundamental og ontologisk. Skammen, slik den kommer til uttrykk hos personer med depresjon i denne studien, har sitt utspring i en slik fundamental relasjonell erfaring. Skamfølelsen formidles ikke som et slags vedheng til depresjonen som enkelt lar seg fjerne. Tvert imot. Skam fremstår som noe, som i alle fall en periode, gjennomsyrrer eksistensen, endrer opplevelser av kropp og relasjon og overlater mennesker knestående og alene.

Konklusjon

Deltagernes erfaringer med skam beskriver hvordan kropper og relasjoner lider under skammens jerngrep, og hvordan skam skaper en kroppslig lengsel etter å gå i skjul og har mange skjulesteder. Nettopp fordi skam er så krevende å få øye på er det avgjørende at denne følelsen holdes fremme som tema i arbeid med mennesker som er deprimert. Sykepleiere arbeider ofte daglig og nært med pasienter og står i en særlig posisjon i forhold til å skape tillit og trygghet slik at mennesker finner mot til å dele. Det skamfulle mennesket er overgitt til sykepleiers kunnskap, vennlige interesse eller kjærlighet, og om denne ikke eksisterer gjøres språkrommet for trangt for skammens uttrykk.

Referanser

1. Folkehelseinstituttet. Psykisk helse i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet. 2018. [Hentet 20. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
2. Fernández-Theoduloz G, Paz V, Nicolaisen-Sobesky E, Pérez A, Buunk, AP, Cabana Á, Gradin VB. Social avoidance in depression: A study using a social decision-making task. J Abnorm Psychol. 2019;128(3):234-44. <https://dx.doi.org/10.1037/abn0000415>
3. Sari S, Gençöz F. Shame experiences underlying depression of adult Turkish women. Qual Health Res. 2016;26(8):1102-13. <https://doi.org/10.1177%2F1049732315579177>
4. Andrews B, Qian M, Valentine JD. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. Br J Clin Psychol. 2002;41(1): 29-42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
5. Cheung MSP, Gilbert P, Irons C. An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. Pers Individ Differ. 2004;36:1143-53. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00206-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00206-X)

6. Parse RR. Human dignity: A humanbecoming ethical phenomenon. *Nurs Sci Q.* 2010;23(3);257-262. <https://doi:10.1177/0894318410371841>
7. McFall L, Johnson VA. Shame: Concept analysis. *J Theory Constr Test.* 2009;13(2);57-63
8. Chilton JM. Shame: A multidisciplinary concept analysis. *J Theory Const Test.* 2012;16(1);4-8.
9. Shaughnessy MJ. Integrative literature review on shame. *Nurs Sci Q.* 2018;31(1);86-94. <https://doi.org/10.1177%2F0894318417741120>
10. Lewis HB. *Shame and Guilt in Neurosis.* New York: International Universities Press; 1971.
11. Nathanson D. *Shame and pride. Affect, Sex and the Birth of the Self.* New York: W.W. Norton and Company; 1994.
12. Wurmser L. *The mask of shame.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1981.
13. Kaufman G. *The Psychology of Shame. Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes.* 2nd ed. New York: Springer; 1996.
14. Zahavi D. *Self and other: exploring subjectivity, empathy and shame.* Oxford: Oxford University Press; 2014.
15. Gilbert P, Pehl J, Allan S. The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *Br J Med Psychol.* 1994;67(1):23-36. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01768.x>
16. Tomkins S. Shame. In: Nathanson D. editor. *The Many Faces of Shame.* New York: The Guilford Press; 1987. p. 133 – 61.
17. Tomkins, S. *Affect Imagery Consciousness: The Complete Edition (two volumes).* New York: Springer Publishing Company; 2008.

18. Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *J Phenomenol Psychol.* 2002;33(2):223-43.
<https://doi.org/10.1163/15691620260622903>
19. Skårderud F. Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2001;13:1613-17.
20. Dolezal L. The phenomenology of shame in the clinical encounter. *Med Health Care Philos.* 2015;18(4):567-76. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9654-5>
21. Gilbert P. Shame and the vulnerable self in medical contexts: the compassionate solution. *Med Humanit.* 2017;43:211-7. <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2016-011159>
22. Kim S, Jorgensen RS, Thibodeau R. Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull.* 2011;137(1):68-92. <https://doi:10.1037/a0021466>
23. Malinowski AS, Veselka L, Atkinson BE. An investigation of vulnerability factors for depression. *Pers Individ Differ.* 2017;107:126-30.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.049>
24. Vatne M, Nåden D. Crucial resources to strengthen the desire to live: Experiences of suicidal patients. *Nurs Ethics.* 2016;23(3):294-307.
<https://doi.org/10.1177%2F0969733014562990>
25. Bilevicius E, Single A, Bristow LA, Foot M., Ellery M, Keough MT, Johnson EA. Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. *Addict Behav.* 2018;82:94-100. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.023>
26. Lewis HB. Introduction: Shame – the "sleeper" in psychopathology. In: Lewis HB: editor. *The role of shame in symptom formation.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1987. p. 1-28.
27. Scheff TJ. A social theory and treatment of depression. *Ethical Hum Psychol Psychiatry.* 2009;11:37-49.

28. Hook A, Andrews B. The relationship of non-disclosure in therapy to shame and depression. *Br J Clin Psychol*. 2005;44:425-38.
29. Matos M, Pinto-Gouveia J, Costa V. Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: The impact of emotion regulation process. *Clin Psychol Psychother*. 2013;20:149-65.
30. Tangney JP, Wagner PE, Gramzow R. Proneness to shame, proneness to guilt and psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1992;101:469-78.
31. Rüsç N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Schramm E, Richter H, ... Bohus M. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(3):500-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.500>
32. Rustomjee S. The solitude and agony of unbearable shame. *Group Anal*. 2009;42(2):143-55. <https://doi.org/10.1177%2F0533316409104362>
33. Dolezal L, Lyons B. Health-related shame: an affective determinant of health? *Med Humanit*. 2017;43(4):257-63. <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2017-011186>
34. Bygstad-Landro M, Giske T. Risking existence: The experience and handling of depression. *J Clin Nurs*. 2018;27(3-4):e514-e22. <https://doi.org/10.1111/jocn.14056>
35. van Manen M. *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. 2nd ed. New York: Routledge; 1997.
36. van Manen M. From meaning to method. *Qual Health Res*. 1997; 7 (3): 345 - 369. <https://doi.org/10.1177%2F104973239700700303>
37. Delmar C. At tænke med fænomenologi i forskning: tydning, indfald og forudindtagenhed. In: Martinsen B, Rosberg S, editors. *Fenomenologi i praktiken: fenomenologisk forskning i ett skandinaviskt perspektiv*. Stockholm: Liber AB; 2019. p.136-54.

38. Engelsrud G, Rosberg S. Den kroppsliga dialogens möjligheter i fenomenologisk forskning. In: Martinsen B, Rosberg S, editors.: Fenomenologi i praktiken : fenomenologisk forskning i ett skandinaviskt perspektiv. Stockholm: Liber AB; 2019. p. 242-68.
39. Fog J. Med samtalen som udgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview. 2nd ed. København: Akademisk forlag; 2004.
40. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
41. Adams C, van Manen MA. Teaching phenomenological research and writing. Qual Health Res. 2017;27(6):780-91. <https://doi.org/10.1177%2F1049732317698960>
42. Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. Arch Intern Med. 1987;147(9):1653-8. <https://doi:10.1001/archinte.1987.00370090129021>
43. Dolezal L. Shame, vulnerability and belonging: reconsidering Sartre's account of shame. Hum Stud. 2017;40(3):421-38. <https://doi.org/10.1007/s10746-017-9427-7>