



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Kvinner i rusbehandling og skam**

Rita Kristin Wullum

Totalt antall sider inkludert forside: 33

Molde, 19. april 2016



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug Klock Myklebust

Antall ord i oppgavebesvarelsen: 10042

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 19.04.2016

**Gud**  
gi meg slik **Sinnsto**  
at jeg formår å godta de ting  
jeg ikke kan  
forandre ...

**Wot** til å forandre  
de ting jeg kan

og **Forstand** til å se  
forskjellen ...

*Sinnsrobønn av Reinhold Niebuhr (1892- 1971).*

*Blir ofte brukt innen rusbehandling, spesielt AA- bevegelsen og uavhengig av religion/ trosretning*

## Sammendrag

På bakgrunn av min mangeårige erfaring som sykepleier i en psykiatrisk døgnerhet, har jeg de senere år sett en stor økning i dobbeltdiagnoser innen psykiatri og rus. Siden jeg arbeider innenfor psykiatrifeltet, har interessen for også rusfeltet meldt seg. Derfor var det med stor iver jeg gikk inn i min kliniske praksis ved en rusbehandlingsinstitusjon. Jeg fikk være en del av kvinnegruppen ved denne institusjonen, og det slo meg at det var mye skam blant kvinnene.

Gjennom denne fordypningsoppgaven ønsker jeg å belyse temaene kvinner, alkohol og skam. Jeg har valgt å sette dette i et selvsykologisk perspektiv, da jeg har tro på at kvinner i rusbehandling bør bli møtt med empati og inntoning som er viktige begrep innenfor denne retningen. Oppgaven omhandler hvordan jeg i en terapeutisk rolle kunne møte og forstå den rusavhengige kvinnens opplevelse. Jeg har fokusert på samtaler jeg hadde med en kvinne, hvor drøftingen har vært hvordan jeg kunne bygge en god allianse med henne, hvordan jeg kunne forstå hennes alkoholproblem og hvordan jeg kunne forstå den skammen hun bar på. Utgangspunktet for oppgaven har derfor vært: «*Med utgangspunkt i selvsykologisk tilnærming; hvordan kan jeg som sykepleier i en terapeutisk rolle, forstå og tilnærme meg kvinner med rusavhengighet og der skammen er svært framtrædende?*».

Målet for oppgaven har vært å sette større fokus på og forstå hvor grunnleggende belastning det er å bære på den skammen disse kvinnene har. Jeg har også et ønske om at skam kan være et tema som også kan settes fokus på innenfor psykiatrifeltet generelt.

## Innhold

<b>1.0 Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemstilling og temaframstilling .....	2
1.2 Avgrensing av oppgaven .....	2
1.3 Litteratursøk .....	3
<b>2.0 Alkohol og avhengighet .....</b>	<b>4</b>
2.1 Avhengighet .....	4
2.2 Alkoholens virkning på kvinner .....	5
2.3 Når blir alkoholen et problem?.....	5
2.4 Kvinner i rusbehandling .....	6
<b>3.0 Skam .....</b>	<b>7</b>
3.1 Hva er skam?.....	7
3.2 Rusmisbruk og skam .....	8
3.3 Strategier for håndtering av skam .....	8
<b>4.0 Selvpsykologi.....</b>	<b>11</b>
4.1 Empati og inntoning .....	11
4.2 Selvet og kjerneselvet .....	12
4.3 Det tripolare selvet .....	13
4.4 Selvobjekt.....	14
4.4.1 Svikt i selvobjektene .....	15
<b>5.0 Empiri.....</b>	<b>16</b>
<b>6.0 Drøfting.....</b>	<b>19</b>
6.1 Å bygge en terapeutisk allianse.....	19
6.2 Å forstå rusavhengigheten .....	21
6.3 Å gi skammen et ansikt .....	23
<b>7.0 Konklusjon.....</b>	<b>25</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>26</b>

## 1.0 Introduksjon

En undersøkelse av Halskjelsvik og Storvoll fra 2014, viser at 17 % av befolkningen i Norge et risikofylt alkoholforbruk innenfor grenseverdier hvor WHO anbefaler rådgivning eller videre oppfølging. Vedøy og Skretting (2009), viser i sin rapport at alkoholforbruket blant kvinner har økt fra gjennomsnittlig 1 liter alkohol i 1974 til 2, 5 liter i 2004. I følge rapporten betyr ikke dette nødvendigvis at det er en større andel kvinner som drikker, men at det kan være at kvinner drikker oftere og/ eller mer enn tidligere. I en kronikk av Langsether (2008), påpekes det at flere utvikler et problematisk drikkemønster og som dermed trenger hjelp til å kontrollere alkoholforbruket eller slutte helt å drikke. Videre refererer Langsether til forskere som sier at kvinner heller velge å oppsøke poliklinikker enn døgnbehandlingsinstitusjoner for sine problemer. Fordommer og moralisme øker barrieren for å oppsøke hjelp. Dette bekreftes av Lossius (i Duckert m.fl., 2008) som sier at terskelen for å søke hjelp alltid vært høy for kvinner, og mange venter med å søke hjelp til det meste har gått i stykker, og alle andre alternativer er utprøvd. Mange vil ha en frykt for at behandlingen kan være forstyrrende for familien og skape økonomiske og sosiale konsekvenser (ibid).

Skam og skyldfølelse er en vanlig tilleggsbelastning blant kvinnelige ruspasienter, og dette kan medføre at kvinner vil ha behov for mer tid enn menn før de klarer å forholde seg til sine problem som rusproblemer (ibid).

Dette samsvarer også med min egen erfaring fra jobbhverdagen i en psykiatrisk avdeling, der jeg har møtt flere kvinner med rusavhengighet og skammen de føler rundt dette. I min praksis ved en rusbehandlingsinstitusjon, var skam et stadig tilbakevendende tema blant kvinnene som var til behandling. Blant kvinnene var skammen like framtrødende, uansett hvilket rusmiddel den enkelte var avhengig av. På bakgrunn av dette, fant jeg det interessant å prøve å utforske dette mer gjennom denne fordypningsoppgaven.

## **1.1 Problemstilling og temaframstilling**

Tema for oppgaven er kvinner med alkoholmisbruk og skam. Valget på å bruke alkoholmisbruk vs rusmisbruk, er at jeg i empiridelen forteller om en kvinne med alkoholavhengighet og problemer knyttet til dette, og som satte «store spor» hos meg. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

*Med utgangspunkt i selvspsykologisk tilnærming; hvordan kan jeg som sykepleier i en terapeutisk rolle, forstå og tilnærme meg kvinner med rusavhengighet og der skammen er svært framtrødende?*

Jeg vil i det følgende bruke et teorigrunnlag basert på alkohol og avhengighet, skam og selvspsykologi. Alkohol og avhengighet belyses for å kunne gi en forståelse for hvordan dette kan utvikle seg og gjøre skade på enkeltmennesker. Skamfølelsen er stor for den som rammes av et rusproblem, eller andre psykiske lidelser for den saks skyld. Jeg har valgt å fokusere på et selvspsykologisk perspektiv, hvor begrepene empati og inntoning, selvet/ kjerneselvet og selvobjekter/ relasjoner blir belyst.

Empirien/ det narriative er hentet fra min kliniske praksis jeg hadde i forbindelse med dette studiet. Der vil jeg beskrive samtaler med en kvinne jeg hadde nær kontakt med gjennom praksisforløpet. Hun hadde et alvorlig alkoholproblem, og skammen rundt dette preget henne mye.

I drøftingsdelen håper jeg å finne fram til en forståelse for hvordan kvinner med rusavhengighet og framtrødende skamfølelse har det, ved hjelp av en selvspsykologisk tilnærming, og hvordan dette kan påvirke meg som hjelper til å forstå og tilnærme meg disse kvinnene. Kan dette igjen hjelpe kvinnene til å få en redusert skamfølelse?

## **1.2 Avgrensning av oppgaven**

Jeg har valgt å fokusere på kvinner i rusbehandling, med størst fokus for de med en alkoholavhengighet. Dette fordi mitt narriativ handler nettopp om en kvinne med en alvorlig alkoholavhengighet. Begrepene alkoholmisbruk/avhengighet og rusmisbruk/ avhengighet vil bli brukt side ved side i oppgaven, fordi det å ha en avhengighet stort sett arter seg likt, uansett hvilket rusmiddel en bruker. I min kliniske praksis erfarte jeg at kvinnene hadde mange likhetstrekk, hvor skam og skyldfølelse var svært framtrødende.



De fleste kvinnene jeg møtte var også mødre, slik at skammen og skylden ofte var relatert til barna og øvrige familiemedlemmer eller andre nære relasjoner. Kvinner og menn i institusjonen var ofte adskilt, slik at den største delen av behandlingen var rettet kun mot kvinner (mennene hadde sine egne opplegg). På bakgrunn av at jeg viet størsteparten av praksistiden min blant «kvinnegruppa», var det disse jeg ble best kjent med og derfor mest interessant for meg å søke en bedre forståelse for.

### **1.3 Litteratursøk**

Jeg startet mitt litteratursøk ved å bruke søkemotoren Google, og jeg startet først med norske søkeord. Når jeg brukte søkeordene kvinner og rus, fant jeg noe fagstoff som var relevant. Videre brukte jeg disse ordene ved å sette dem sammen med søkeordene skam og selvsykologi, og fikk flere relevante treff i form av både artikler og bøker jeg kunne nyttiggjøre meg. Om jeg fant relevant fagstoff, leste jeg gjerne igjennom kildehenvisningene i disse, og fikk dermed mange gode «tips» om hvordan jeg kunne søke videre, og fant på den måten flere interessant faglitteratur som jeg har nyttiggjort meg gjennom oppgaven. I min søken etter vitenskapelige artikler, tok jeg utgangspunkt i Helsebibliotekets side, og jeg brukte søkebasen psycINFO. Der brukte jeg engelske søkeord som women, alcohol og shame. Når jeg brukte disse søkeordene fikk jeg 65 treff, men fant ingen av særlig relevans. Jeg forsøkte også søkeordene alcohol addiction og shame, hvor jeg da fikk 6 treff som ikke var relevante for min del. Ved å bruke ordene women og alcoholism, fant jeg en artikkel som jeg kunne bruke til å forklare hvorfor kvinner har større utfordringer enn menn i forhold til alkohol og helse.

## 2.0 Alkohol og avhengighet

Under dette kapitlet vil jeg innledningsvis vie plass til hva avhengighet er, og når dette kan bli et problem. Videre vil jeg fokusere på hva dette gjør med kvinners både fysiske og psykiske helse. Begrepet skam vil belyses i neste kapittel, og hvordan skam kan komme til uttrykk for de kvinnene som har en avhengighet til alkohol.

### 2.1 Avhengighet

Bruk av rusmidler er i mange sammenhenger uproblematisk, men kan også skape store problemer. Dette gjelder for den som bruker rusmidler, men også for de som står rundt og for samfunnet ellers (Bramness og Andreassen i Malt m. fl, 2012). Problematikken ses ved bruk av alkohol, narkotika og i mange tilfeller gjennom misbruk av reseptbelagte legemidler. Rusmiddellidelser defineres som skadelig bruk, avhengighet, akutte forgiftninger og abstinenslidelser. Årsaker til rusmiddellidelser er ofte komplekse og vanskelige å forstå. Dette må forstås utfra ulike vinklinger hvor ulike tradisjoner og tenkemåter kan være bidrag for en helhetlig forståelse (ibid). Kjentegn på en ruslidelse er at man får et helseproblem, både i form av somatiske og psykiske lidelser. Når problemet har blitt alvorlig, kan symptomer og kjennetegn på avhengighet være fysiologiske, atferdsmessige og kognitive (ibid). Bruk av alkohol og narkotika har flere negative konsekvenser. Problematikk i forhold til mellommenneskelige relasjoner, problematikk i forhold til skole og arbeid i tillegg til helseproblemer og kanskje til og med rettsvesenet (Mueser m.fl, 2006).

Rusmiddellidelser blir diagnostisert gjennom diagnosesystemet ICD-10 (1999). ICD-10 kapitlet F10-F19 omhandler forstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer. I følge avhengighetskriteriene i ICD- 10 (73:1999) står der bl.a at: *«Et typisk beskrivende kjennetegn ved avhengighetssyndromet er behovet (ofte sterkt eller uimotståelig) for psykoaktive stoffer som kan være medisinsk foreskrevet eller ikke»*. I tillegg til selve misbruket av alkohol, er der også underliggende kriterier for ulike psykiske lidelser som følge av misbruket. Vanligste tilleggs lidelser som alkoholavhengige kvinner sliter med, er alvorlig angst og depresjon eller mer grunnleggende personlighetsproblemer (Lossius i Duckert m. fl, 2008).

## **2.2 Alkoholens virkning på kvinner**

Ravndal (i Duckert m.fl, 2008), skriver at biologisk forskning har vist at alkohol har ulike fysiologiske effekter på kvinner og menn. Videre viser forskning at kvinner og menn har ulike behov, begrunnelser og motiv for å bruke alkohol, samt at konsekvensene av alkoholbruken kan være forskjellige. Vedøy og Skretting (2009), skriver i sin rapport at alkoholbruk blant menn er tradisjonelt beskrevet som maskulinitetsritualer, mens alkoholbruk blant kvinner ofte blir tolket som en fare. Dette med begrunnelse av at den sosiale kontrollen over kvinners atferd minsker (seksuell atferd), og ved at kvinner er mer sårbare under alkoholpåvirkning og da kan lettere være utsatt for overgrep.

Antai- Otong (2006) skriver i en artikkel om kvinner og alkoholisme at skadevirkninger av alkohol hos kvinner kan være bl. a hjertesykdom, brystkreft, vold i nære relasjoner, risiko for fosterskader hos gravide, depresjon og andre kroniske lidelser som følge av alkoholmisbruk. Videre sier hun at forskning indikerer at alkoholisme og substansrelaterte lidelser er den ledende og største årsaken til sykdom og dødelighet, og er årsak for ca 200000 av for tidlig død blant kvinner i USA (ibid). Lossius (i Duckert m.fl, 2008) viser til en undersøkelse av Ross et.al (1988), som sier at to tredjedeler av kvinnene i populasjonen viser til alvorlig angst, depresjon, spiseforstyrrelser og seksuelle problemer i tillegg til rusproblematikken. Ufra at rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er en tverrfaglig tjeneste, forventes det at behandlingseenhetene skal kunne kartlegge og forholde seg til pasientens sosiale fungering og livssituasjon, i tillegg til de ulike psykiske og fysiske lidelsene (ibid).

## **2.3 Når blir alkoholen et problem?**

Et alkoholproblem kan utvikle seg på flere måter. Det er vanlig at det utvikler seg jevnt, uten at det skjer noen dramatisk endring (Duckert i Duckert m.fl, 2008). Duckert sier at det farligste kanskje ikke er selve beruselsen, men at det er mer og mer avhengighet av jevn alkoholtilførsel. En utvikler en toleranse som gjør at alkoholmengden må økes for å gi ruseffekt. Å definere et problem kan være vanskelig, da variasjonsbredden er stor, både når det gjelder grader og typer alkoholproblem. Mange kan ha et alkoholproblem knyttet til enkelte situasjoner eller faser i livet, og det finnes ikke klare grenser mellom hva som er normaldrikkning og hva som er problemdrikkning (ibid). Faresignalene på at alkoholen

begynner å bli problematisk kan være at en drikker litt mer enn før i ulike settinger, beruselsen blir undervurdert av seg selv, helsemessige faktorer som påvirker kroppen- allmenntilstanden er blitt dårligere, økende søvnproblemer eller depresjoner, feilernæring, personlighetsforandringer under alkoholpåvirkning, drikke mer alene og kamuflere drikkingen, eller rett og slett at andre uttrykker sin bekymring over drikkemønsteret til den andre (ibid).

## **2.4 Kvinner i rusbehandling**

Rusreformen som trådte i kraft fra 1. januar 2004, medførte at fylkeskommunens ansvar for rusbehandling ble overført til spesialisthelsetjenesten (Helsedepartementet, 2004). Selv om det er flere menn enn kvinner som misbruker og er avhengige av rusmidler, har kvinner en større sårbarhet enn menn når det gjelder uønskede medisinske og sosiale konsekvenser av dette (Helsedirektoratet, 2015). Når det gjelder alkohol, tåler kvinner dette dårligere enn menn og de utvikler enkelte alkoholrelaterte organskader raskere enn menn. For kvinner er det mindre sosialt legitimt å ha et rusmiddelproblem enn det er for menn, og en større grad av stigmatisering er igjen en risikofaktor for en raskere problemutvikling. På bakgrunn av blant annet dette, anbefaler nasjonale retningslinjer at det tilrettelegges for kjønnsespesifikk behandling (Helsedirektoratet, 2015). Kvinner med alkoholproblem har stort sett vært mindre synlig enn menns, og ofte har disse kvinnene ikke fått adekvat hjelp, og forskjellen har vært at kvinner i mindre grad enn menn har sett alkoholen som et hovedproblem. De har hatt større forekomst av angst, depresjon og skyldfølelse og større forbruk av beroligende og angstdempende medikamenter. Ofte har de hatt en samlivspartner som er storforbruker av alkohol og større grad av samlivsproblemer, samt at de har hatt i større grad enn menn hovedansvar for barn (Duckert i Duckert m.fl, 2008). Som nevnt i innledningen, sier Lossius (i Duckert m.fl., 2008) at terskelen for å søke hjelp for sine problemer er for kvinner høy, og rusfeltet oppleves av mange som lite tiltalende og aktuelt for å søke hjelp. Barrieren for å søke hjelp er oftest knyttet til skyld og skamfølelse over å ha utviklet et rusproblem, og det strider mot idealet om vellykkethet å ha utviklet en rusavhengighet.

### 3.0 Skam

I møte med kvinner i rusbehandling, er skam ett av begrepene som er stadig tilbakevendende. På linje med mange ulike sykdommer og lidelser, er rusmisbruk assosiert med skam. I det følgende vil jeg derfor prøve å belyse hva skam er og hva den gjør med kvinnene jeg møtte i rusbehandlingen. Geir Berg (2012) beskriver skammen som *«dens ubehag enten det oppleves om mild pinlighet hvor det beste forsvaret er å le den bort, eller som et jordskjelv som ubønhørlig slår oss i bakken»*.

Berg og Pallesen (2004), sier at skam kan hindre positive følelser og kan derfor være til stede i en rekke psykiske lidelse. Et viktig terapeutisk mål må være å bevisstgjøre og gjennomarbeide en sterk skamfølelse hos pasientene (ibid).

#### 3.1 Hva er skam?

Skam kan være en overveldende følelse fordi den har flere funksjoner enn andre følelser vi har. Begrepet skam kan brukes som et fellesuttrykk for de mange følelser og opplevelser som oppstår når man ser seg selv i et negativt lys, gjennom seg selv eller andres øyne, eller i påvente av en slik negativ reaksjon (Sheff, 2003)

Skam er gjenkjennelig for de fleste, men opplevelsen av den er personlig og alle har sin forståelse av det (Gulbrandsen, 2006). Det er ikke før de siste 2-3 tiårene at forskningen har tatt tak i begrepet skam, og man har blitt mer bevisst ulikhetene mellom den umiddelbare skamfølelsen og den mer vedvarende opplevelsen av skam. (ibid).

I følge Berg og Pallesen (2004), er ikke skam alltid lett og identifisere hos mennesker med psykiske lidelser, da det kan være at pasienter utelater å snakke om skam. Skårderud (i Gulbrandsen m.fl, 2006), sier at skammen er å blottstille seg og bli avslørt som en annen enn den man vil være. Skam handler om en økt bevissthet om skambaserte syndromer som er fenomener som rusmisbruk, avhengighetstilstander, spiseforstyrrelser og fysiske eller psykiske overgrep. I følge Skårderud (i Wyller m.fl, 2001) kan skam forstås som en beskyttelse mot krenkelser, og er et komplekst affektivt system. Skammen er en affekt som utkomme av mangel på respons – å ikke bli møtt. Innenfor eksempelvis rusbehandlingsfeltet, møter man pasienter med en destruktiv skamopplevelse. Skårderud gjør en tredeling av skambegrepet for å gi en forståelse av dette begrepet. Disse kategoriene er: 1. *Skamfølelsen*. Dette er den preventive skammen for å forebygge

avsløringer og handler om respekten for seg selv og andre, om takt og diskresjon. Den kan virke dempende på en selvs storhetsfantasi, og gi beskjed om hva som er akseptabelt eller ikke. 2. *Skamangsten*. Dette er frykten for å bli avslørt og brakt i vanære. 3. *Skamreaksjonen*. Den aktuelle og akutte reaksjonen på å føle seg avslørt – å komme i unøde hos seg selv eller andre. «Å skamme seg» betyr ofte at en ikke vil bli sett, og den kan kjennes ødeleggende og den antar ofte patologisk karakter.

### **3.2 Rusmisbruk og skam**

Å ha et rusmisbruk eller en avhengighet er ofte stigmatiserende. Denne stigmatiseringen kan nært knyttes til skam og skamerfaringer på flere områder (Farstad, 2011).

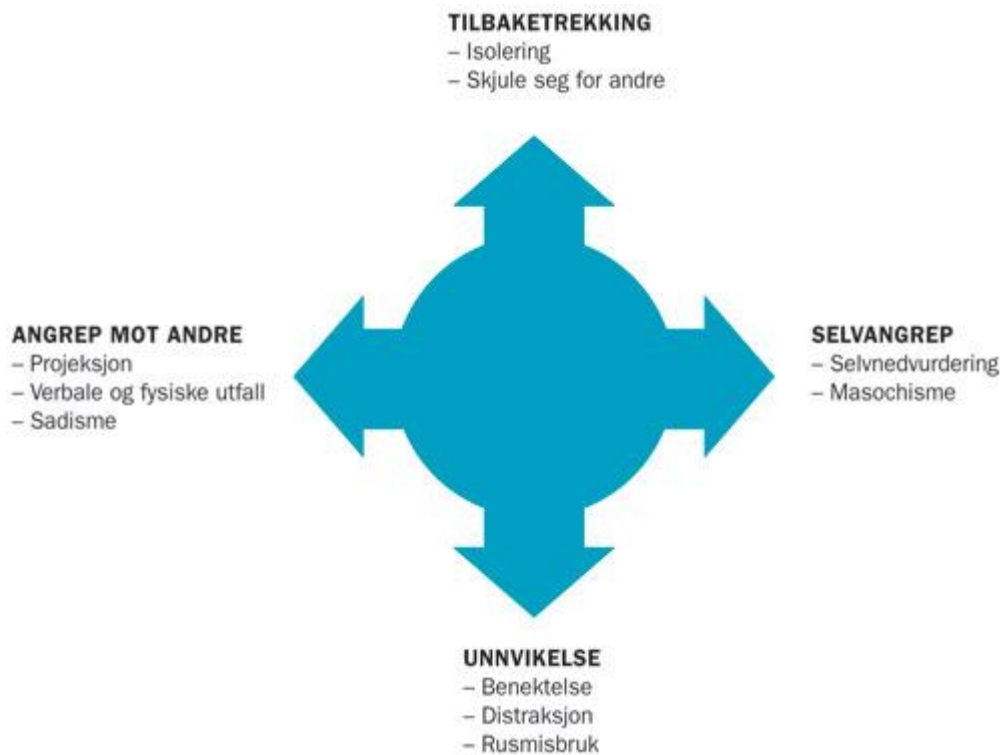
Skamerfaringer og skamfølelser kan ligge forut for misbruk og avhengighet. Disse erfaringene og følelsene kan være så belastende at rusen blir brukt som et fluktforsøk fra minnene og følelsene. Videre kan skammen knyttes til at egen atferd rammer de som står en nærmest, og en kan kjenne skam over egen avmakt og hjelpeløshet over å ikke klare å holde seg rusfri (ibid). Avhengighet skaper vonde og destruktive skamspiraler gjennom skader den forvolder barn og andre nære pårørende (ibid)

Skamfølelsen for dette forsterkes ofte av at problemene som regel rammer familien i stor grad (Fekjær i Gulbrandsen m.fl, 2006). Fekjær sier at rusmisbrukere har ofte vært plaget av betydelig skamfølelse før rusproblemene oppsto, eksempelvis ved å ha opplevd problemer gjennom oppveksten i form av atferds- og læringsvansker, mobbing, foreldre med rusproblematikk, etc. Et negativt selvbilde vil være resultatet av dette, og en kan føle at verken skole, hjem eller nærmiljø gir aksept og trygghet, og en kan søke seg til subkulturer hvor en ikke vil føle seg som taper, selv om denne subkulturen og den ledsagende atferden er så stigmatisert at selvbildet blir ytterligere svekket (ibid). Dette sier noe om at relasjonelle skader fører til skam, identitetsbelastninger og relasjonelle vansker (Farstad, 2011).

### **3.3 Strategier for håndtering av skam**

Skårderud (i Gulbrandsen m.fl., 2006) sier at skammen er en forstyrrelse i reguleringen av selvfølelsen, og at den er global ved at den rammer hele selvet. Den trer fram av spenningen mellom hvordan jeg vil bli sett og hvordan jeg føler jeg blir sett.

Geir Berg (2012) skriver i en artikkel at skam i prinsippet utløses av alt som måtte forstyrre vår interesse og glede, og når den først er utløst, vil vi håndtere skammen gjennom tilbaketrekking, unnvikelse, selvangrep eller som angrep mot andre. Figuren under viser hvordan disse strategiene danner «skammens kompass».



Figur: Hovedstrategier overfor skam i sosiale relasjoner (Berg, 2012)

Ved å bruke skamkompasset, kan vi se for oss hvordan våre strategier påvirker våre relasjoner. Ved å sette strategiene inn i kompasset, vil dette gjøre det lettere for oss å kunne stake ut en ny kurs enten i hverdagslivet eller i det terapeutiske rommet (Berg, 2012). *Tilbaketrekking* gjør at vi søker å unngå andres blikk og vi stenger den sosiale broen til andre. Selv om vi trekker oss tilbake, erkjenner vi eller til dels aksepterer vi, skamfølelsen gjennom å spørre oss selv: «Hva er galt med meg?». Med *unnvikelse*, vil vi ikke akseptere skammen, men holde den borte fra bevisstheten. For å dekke over skammen, oppsøker vi situasjoner som utløser interesse og glede (i hvert fall for en stund). Dette kan f.eks være rusmisbruk, shopping, gambling, spenningsøking etc, og på den måten søke å oppnå noe og øke selvfølelsen og framstå med noe som ikke har med skammen å gjøre. Med *selvangrep* lar vi oss ydmyke eller lar andre tråkke på oss for å kunne bevare relasjoner. Vi aksepterer skammen ved å ta på oss skyld og gjøre andre til lags på egen bekostning, og på den måten unngå konflikter. *Angrep på andre* kan brukes

når vi kjenner oss små og avviste. Skammen tolereres overhodet ikke, og for å fjerne skammen påfører vi andre den skammen vi selv ikke kan tåle. Dette kan skje gjennom baktalelser, utestengelser og nedlatenhet overfor andre. I det terapeutiske rom kan man se på visse tankemønstre som er knyttet mot strategiene for å finne ut hvilke strategier pasienten bruker for å håndterer skammen. Dette kan være tanker om hvordan en blir sett av andre og tanker om nærhet (tilbaketrekking), tanker knyttet til selvforakt og selvplaging (selvangrep), tanker om egne defekter, nærhet, seksualitet, tap av konkurranser (unngivelse) eller tanker om personlig styrke, størrelse og evne (angrep mot andre) (ibid).



## **4.0 Selvpsykologi**

Jeg har valgt å bruke en selvpsykologisk tilnærming i denne oppgaven. Det selvpsykologiske perspektivet er vitenskapsteoretisk forankret i fenomenologien, der verdensbildet er slik individet (subjektet) opplever og erfarer det i sin bevissthet. Videre er det også en sosial konstruktivistisk tenkning bak, der man tenker at vi som mennesker bare kan utvikle oss og skape mening i samhandling med andre mennesker. Selvpsykologien er opptatt av individets egen opplevelsesverden, og som terapeut må en møte pasienten med empati og inntoning (Karterud i Karterud og Monsen, 1997). Selvobjekter (relasjoner) er ifølge denne retningen viktig for individets utvikling, og det handler om at en hele tiden har en behov for bekreftende selvobjekter som gjør meg til den jeg er. Tanken bak viktigheten av relasjoner er at disse har en påvirkning for individets endring og forståelse for seg selv. Innenfor selvpsykologisk tenkning, har mennesker med en rusproblematikk en sårbarhet i selvopplevelsen, og denne sårbarheten viser seg i form av lavt selvbylde, dårlig evne til å bruke egenressurser i kriser og problemer med å hevde seg (Føyn og Shagani, 2010). Ved å søke seg til alkohol (eller andre rusmidler), ønsker pasienten seg en ny selvtilstand som oppleves behagelig i form av en antidepressiv, beroligende eller euforisk effekt.

Terapeutisk i denne retningen er at terapeuten er i en ikke-ekspert rolle, og det finnes ingen fasit i terapien. I den terapeutiske tilnærmingen legger man stor vekt på empatisk forståelse, og mindre vekt på tolkning av pasientens indre konflikter i dens følelsesliv (Haugsgjerd, 2009). Behandlingseffekten er ikke avhengig av pasientens problematikk og motivasjon alene, men også terapeutens holdninger og følelser spiller en rolle for utfallet av behandlingen (Lossius, 2011).

### **4.1 Empati og inntoning**

I en selvpsykologisk tilnærming, er empati og introspeksjon viktig som observasjonsmåte og det er kun gjennom disse en får tilgang til den andres indre verden (Karterud i Karterud og Monsen, 1997). Den andres indre verden kan ikke observeres ved hjelp av våre sansorganer, men vi kan observere dem når det opptrer gjennom introspeksjon i oss selv og empati med andre. Med introspeksjon menes å se den andre med å spørre seg selv om hvordan jeg ville følt det om det var meg det gjaldt. Empati dreier seg her som

erkjennelsesmetode og ikke som en terapeutisk holdning, og det er kun den andre som kan si om du er empatisk eller ikke. Kohut brukte begrepet vikarierende introspeksjon, der en forsøker å sette seg inn i den andres opplevelsesverden og gjennom selvgransking for å forstå den andre (Karterud, 1995). I det følgende vil jeg bruke begrepet inntonning som introspeksjon i det terapeutiske rommet.

Inntonning er å se den andre der den andre er, og det å kunne sette seg inn i den andres situasjon. Inntonning er selve endringskomponenten, og empati er direkte knyttet opp til dette. Innenfor selvpsykologien snakker man om ulike inntoningsvikt (Karterud i Karterud og Monsen, 1997):

*Manglende inntonning:* Den andre er ikke følelsesmessig til stede, og en får ingen tilbakemelding på hvem en er. Når en ikke får validert sine egne følelsesmessige reaksjoner, vil man kunne skape sin egen fantasiverden hvor egen logikk og sosiale regler lever. En kan oppleve et tomrom der en ikke får den vekstutvekslingen en trenger for å være i utvikling

*Selektiv inntonning:* Kun bestemte aspekter ved deg som person er det eneste som blir anerkjent av den andre. Å være slik andre mener du skal være, vil medføre at du utvikler et falskt jeg. Individets opplevelsesverden og følelsesreaksjoner må holdes hemmelig og en kan ofte oppleve tomhet og identitetsløshet

*Feilinntonning:* Oppstår når forutsigbarheten i inntonningen er vanskelig å tolke. En får ulik respons fra den andre på samme hendelse eller situasjon, eksempel ris eller ros for samme hendelse. Denne uforutsigbarheten kan utvikles til et skjult selv, der en blir hemmelig og vil i liten grad formidle egne følelser på grunn av risikoen for å bli fratatt sine egne følelsesmessige reaksjoner

*Overinntoning:* Opplevs av den andre som invaderende. Den andre dominerer så mye at en blir overveldet. En kan bli møtt på følelsene sine, men den andre tar plass og har det alltid mye bedre eller verre. Selvet blir invadert av omgivelsene som kan medføre at selvet blir selvutslettet, og det blir vanskelig å finne et tydelig selv.

## 4.2 Selvet og kjerneselvet

«*Opplevelsesmessig refererer selvet til en følelse av eierskap, opprinnelse og sammenheng av egne emosjoner, tanker og handlinger*» (Karterud i Karterud og Monsen, 17:1997).

Selvet er å forstå som summen av individets selvrepresentasjoner som finnes i alle

instanser – id, ego og superego, både bevisst og ubevisst. Til sammen utgjør disse et system – og det er den bevisste delen av dette systemet som kalles selvet.

Kjerneselvet er sentrumet i oss. Grunnleggende i kjerneselvdannelsen er opplevelsen av å være hel og sammenhengende, ha følelser og historie (Karterud, i Karterud og Monsen, 1997). Kjerneselvet oppleves som opplevelsesnært, fornemmelse for å være fysisk sammenhengende og kunne være selvregulerende. Opplevelsesnært vil være å kunne kjenne på hvordan det er å være meg, eller kanskje kjenne at dette ikke er meg.

Selvsammenhengen er å kunne kjenne på hvordan du henger sammen her og nå eller henge sammen over tid. Det er viktig for å kunne oppfatte oss selv som den samme over tid, eller kunne tåle at vi forandrer oss. Å ha selvregulering vil si å eie egne følelser og opplevelser, samt kunne styre egen atferd, tenkning og følelse. En har selvregulering når en kan holde tilbake noe en hadde tenkt å si eller gjøre, for så å tenke over konsekvensene for handlingene og holde dem tilbake på dette grunnlaget.

Selvet utvikler seg langs sin egen utviklingslinje og i samspillet med selvobjektene, og selvet er under normale forhold et sammenhengende system av opplevelse «hvem jeg er» (Haugsgjerd, 2009). Gjennom en sunn utvikling vil selvsammenheng og selvregulering utvikles. Selvsammenhengen vår er den følelsen vi har av å være hel her og nå, og som har vært stabil over tid. Om selvsammenhengen kommer ut av balanse, vil selvreguleringen vår kunne rette på dette, slik at vi igjen kan kjenne oss hel.

### **4.3 Det tripolare selvet**

Kohut beskriver selvet som et dynamisk system med tre poler (Karterud i Karterud og Monsen, 1997). Det grandiose selvet, det tvillingsøkende og det idealsøkende selvet er forankret dypt i kjerneselvet. Det tripolare selvet utvikler seg i samspillet med de viktige andre som vi er avhengige av. Disse tre polene blir forklart på følgende måte:

*Det grandiose selvet:* Ønske om å være midtpunkt med sult på oppmerksomhet og en avhengighet for bekreftelse fra omgivelsene. Det handler om å vise seg fram, og en har et beredskap for narsissistisk raseri om det blir tråkket på eller ydmyket. Dette vil etter hvert bli senteret for individets ambisjoner og får en unik utforming for den enkelte. Om det grandiose selvet opplever en modningssvikt, vil en bli stående med sine absolutte krav om spesiell og oppmerksomhet og som i voksen alder kan virke som urealistisk og lite relevant. Dette kan tappe en for energi og ambisjoner, eller gi seg utslag i at en ikke tar

ansvar for fullt ut og som ikke er integrert med resten av ens personlighet. Om en opplever at det grandiose selvet remobiliseres, vil ofte kjenne en skam og fortvilelse over de følelsene og fantasiene en har hatt. Som mennesker vil man bevege seg på den grandiose polen fra å være verdensmester til å være selvunderkjennende.

*Det idealiserende selvet:* Dette utgjør den andre polen av selvet. Det handler om å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, trygghet og tillit. En kan lene seg til en annen som formidler kunnskap og visdom, samt at en er forviss på at egne normer og idealer er forankret i en personlig overbevisning som har med ens egen identitet og gjøre. Det idealiserende selvet framstår i moden form som etikkens personlige forankring, og motsatt som et intens savn etter å bli holdt, ha noen å lene seg til, og til å være på søken etter ytre, verdimeslige forankringspunkter til å kunne orientere seg i en verden der forvirrende indre og ytre krefter påvirker en. En opptrer i en verden der man beveger seg mellom ytterpunktene hjelper og hjelpesløs.

*Det tvillingsøkende selvet:* Denne polen ligger som en spennbue mellom det grandiose og det idealiserende selvet, og omfatter talenter og ferdigheter. En person i dynamisk likevekt vil drives av egne ambisjoner, ledes av dine idealer og aktualiser sine spesielle talenter. Det tvillingsøkende selvet vil søke en tilsvarende annen (alter- ego) som bekrefter en med sin likhet, og gjennom denne andre like forankres viktige deler av en selv. En lik annen kan være en bestevenn, et kjæledyr eller en fantasivenn. Motpolene strekker seg fra å være del av et fellesskap til å være outsider.

#### **4.4 Selvobjekt**

*«Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idètradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv»* (Karterud i Karterud og Monsen, 18:1997).

Selvobjektsbegrepet kanskje det viktigste begrepet innenfor selvpsykologien, og selvobjektsbegrepet er en frukt av introspeksjon og empati som metode (Karterud, 1995). Gjennom hele livet har vi behov for bekreftende selvobjekt som vi kan velge hvem, men ikke velge bort – vi kan ikke klare oss uten. Det umodne selvet tar for gitt at selvobjektsfunksjonene er tilgjengelige, og det er en forutsetning for selvets vekst og modning. Hvis det er mangel, fravær, inadekvat respons, psykologisk og fysisk misbruk og

mishandling, vil dette hindre selvet i å utvikle seg til et modent og selvregulerende system (Karterud og Monsen, 1997). Innenfor selvobjektene, deles disse inn i ulike kategorier:

*Det idealiserende selvobjektet:* Er noen å støtte seg på og se opp til, og et idealiserende selvobjekt forventes å ha mer kunnskap og visdom enn oss selv, og vi vil kunne søke råd og veiledning hos denne. Dette kan være foreldre, lærer, den døde bestefaren eller til og med gud.

*Alter-ego selvobjektet:* Dette er en tilsvarende annen som bekrefter en med sin likhet. Dette er ofte nære venner, familiemedlemmer etc, eller det kan også være et kjæledyr eller en fantasivenn.

*Det speilende selvobjektet:* Hos disse søker man en ønske og forventning om tilbakemelding fra den andre. Dette i form av respons på å bli sett, gjenkjent, akseptert, verdsatt, anerkjent forstått, beundret o.l. Også korrigerende tilbakemeldinger forventer en å få fra et speilende selvobjekt. Dette kan gjenspeiles for eksempel i et barn som har gode foreldre som gir kjærlighet og omsorg og som bekrefter og grensesetter.

Som tidligere nevnt, vil vi gjennom hele livet ha behov for selvobjektene våre. Det er disse som gjør at «jeg er meg». Ulike hendelser og situasjoner gjennom livet vil påvirke i hvor stor grad vi er avhengige av de viktige andre, men vi vil aldri bli helt uavhengige av disse.

#### 4.4.1 Svikt i selvobjektene

Det er ulike grader og former for selvobjektsvikt, eller empatisvikt fra våre betydningsfulle omgivelser, og når dette skjer vil vi føle oss fragmentert og negative følelser vil ta overhånd (Haugsgjerd, 2009). Også i det terapeutiske rom kan pasienten oppleve selvobjektsvikt, da det her er terapeuten som er den betydningsfulle andre for pasienten.

Dette kan skje gjennom at terapeuten tar ferie, avlyser timer, blir selv syke og indisponerte, er dårlig opplagte, misforstår og forledes av sin egen motoverføring (Karterud i Karterud og Monsen, 1997). Det er individuelt hvordan den enkeltes opplevelse av dette opptrer.

Noen kan kanskje bare ha en flyktig tanke om at terapeuten ikke er «helt med», mens andre kan bli svært skuffet og komme med kraftige bebreidelser overfor terapeuten. Ut fra et selvspsykologisk perspektiv, kan selvobjektsvikt true alliansen, lede til negativ terapeutisk reaksjon og eventuelt føre til behandlingsbrudd (ibid).

## 5.0 Empiri

Dette er en anonymisert fortelling om en kvinne jeg møtte i rusbehandling. Jeg velger å kalle henne Anna og vi fikk nær kontakt gjennom hennes behandlingsforløp, da jeg var hennes primærkontakt. Jeg møtte henne både under individuelle samtaler og i gruppeterapi, og ellers hvor det måtte være naturlig å møtes. I det følgende har jeg dratt ut enkelte dialoger Anna og jeg hadde i våre samtaler.

I vår første samtale sammen, er det Anna som åpner dialogen med å si: *«Ja, nå er jeg altså her. Trodde aldri jeg skulle nå så langt at jeg skulle legge meg inn for min alkoholbruk. Jeg trodde jo jeg skulle klare å få til dette på egenhånd. Men, etter mye press fra datteren min, så måtte jeg bare. Off, ja- jeg kunne jo bare ikke fortsette slik»*. Foran meg sitter for meg, en selvsikker, oppegående og høyreist kvinne, og jeg tar meg selv i å tenke at hun ser da uforskammet godt ut! Anna forteller gladelig sin livshistorie fra barndom og til hun sitter her i dag. Men, allerede under denne samtalen føler jeg at det er mange, sorte hull i Annas fortelling som håper blir fylt etter hvert som vi blir kjent.

Neste gang jeg møter Anna, er hun mer stille og tilbaketrukket. Når jeg spør henne om det er noe som har skjedd siden sist, sier hun at det egentlig ikke er det, men at hun føler seg sliten. Jeg spør henne om hvordan hun har det her og nå. Anna nøler ikke når jeg gir henne anledning til å snakke, og hun forteller:

*«Jeg har vokst opp som et enebarn og har vel egentlig følt meg elsket gjennom livet av foreldrene mine. Men, når jeg tenker etter, og har tenkt på flere ganger før, så har vel ikke forholdet til mor og far vært helt som hos andre likevel. Forholdet til mor var nok svært symbiost- det ble alt for tett og unormalt. Jeg sov i samme seng som foreldrene mine til jeg var ganske gammel, jeg var langt oppe i skolealder. Jeg skjønner nå som voksen at dette ikke var normalt, og jeg har heller ikke gjort noe sånt selv mot mitt eget barn. Mor hadde full kontroll på meg hele tiden, og hun var svært overbeskyttende. Jeg fikk ikke gå til andre barn enn en venninne i oppgangen, det var liksom det hun turte å sende meg ut alene, enda jeg var ganske stor og kunne klare meg selv»*. Hun stopper opp og spør meg om jeg synes tankene hennes høres fornuftig ut, eller om det er noe som er galt med tankegangen hennes. Jeg støtter henne i hennes opplevelse og bekrefter at også jeg ville nok ha tenkt at det ikke er normalt for et barn å sove i samme seng som foreldre når barnet er blitt så gammel som i skolealder. Hun takker meg for at hun blir hørt og forstått i denne situasjonen. Hun forteller videre: *«Ja og så er det faren min da; han hadde jeg veldig respekt for. Han var jo snill da, men hele tiden måtte jeg strekke meg for å få gode*

karakterer og være slik som han mente det sømmet seg. Jeg følte hele tiden at jeg ikke var bra nok og jeg tror mye av dette har gjort at jeg har følt meg ensom gjennom livet». Jeg spør henne om hva hun kjenner når hun forteller dette. Hun sier da: «Jeg kjenner at jeg blir lei meg og litt sint på foreldrene mine. Jeg innser at jeg egentlig har vært ensom gjennom alle faser i livet mitt, jeg- til og med i ekteskapet mitt!». Jeg spør henne om hvordan ekteskapet artet seg for henne. Hun sier at: «Ekteskapet var følelsesløst og kaldt. Han så meg aldri, satt som regel i stolen sin og leste en avis eller en bok. Når jeg spurte han om noe, fikk jeg bare noen grynt til svar. Nei, det var nok ganske ensomt og vanskelig for meg». Når hun forteller videre om sitt ulykkelige ekteskap, kommer det også fram at hun utviklet en spiseforstyrrelse, uten at hun tror eksmannen ante hva som foregikk. Hun forteller om at hun ble presset til å ta abort, da ektefelle ikke ønsket flere barn, og skammen hun følte rundt dette. På spørsmål om hun hadde noen å snakke med om det som var vanskelig, svarte hun: «Jeg hadde ei god venninne som visste om det, men vi snakket aldri om det og hun spurte meg vel heller aldri om hvordan jeg hadde det når det gjaldt dette. Nei, det beste var nok å holde fasaden og late som om alt var ok. Men, det var et slag i ansiktet og en bekreftelse på min udugelighet som mor og kone når han går hen og får barn med sin nye kone». Anna forteller at i årene etter skilsmissen begynte hun å bruke alkohol mer og mer for å takle hverdagens utfordringer med å være alenemor og «bygge karriere». Etter som årene går og problemene vokser, blir hun til slutt uføretrygdet med diagnosen alvorlig angst og depresjon. I mange år gikk hun i terapi med en psykolog, uten at temaet alkohol var til stede. Jeg spør Anna om hvorfor hun tror alkohol ikke var et tema hos psykologen. «Nei, det var jo skammen da, jeg turte aldri fortelle noe om det. Men, det kom jo fram til slutt da, etter mange år, han så jo hvor mer og mer sliten jeg ble. Så, jeg måtte jo innrømme at det var et problem for meg». Gjennom de mange samtalene Anna og jeg hadde, forteller hun om hvor mye skam hun har opplevd gjennom livet. «Etter hvert som årene går, blir jeg mer og mer avhengig av alkoholen. Det var det eneste jeg tenkte på. Du aner ikke hvor mye tid og energi jeg har brukt på dette! Og for ikke å snakke om skammen! Jeg har vært tauet inn av politiet flere ganger fordi jeg ikke hadde kunnet ta vare på meg selv. Jeg har vært innlagt flere ganger akutt i psykiatrien, men jeg valgte å skrive meg ut hver gang. Flere fallskader og påfølgende sykehusopphold har jeg hatt på grunn av høy promille... ja, egentlig er det vel et under at jeg sitter her og uten varige mèn- ja, egentlig burde jeg vel vært død sånn som jeg har holdt på. Off, du må jo tro jeg er spennende gal og fortjener ikke bedre, sånn som jeg har oppført meg». Jeg registrerer at Anna ser bort, for så å forsiktig se tilbake på meg, som om hun venter noe fordømmende tilbake

fra meg. *«Anna, jeg fordømmer deg overhodet ikke, men jeg blir preget av å høre på din historie, da jeg kan kjenne på meg hvor vanskelig du måtte ha hatt det. Jeg kan ikke forstå deg fullt ut, da måtte jeg selv ha vært i dine sko, men jeg tror jeg kan sette meg inn i hvordan det har vært for deg».* Hun ser tilbake på meg og sier: *«At du gidder!» «Hva da gidder?» «Ja, høre på meg, du hører jo selv hvor elendig jeg er som har dratt meg selv ned i søla slik, jeg fortjener jo egentlig ikke sitte her- i rusbehandling!»* Igjen forsøker jeg å forsikre henne om at hun fortjener å være her som alle andre som er i samme situasjon og trenger hjelp med sine problemer. Hun ser noe usikkert bort på meg, tydelig at hun ikke er helt trygg på at jeg mener det som blir sagt.

*«Du har sagt veldig lite om venner og relasjoner til andre, Anna. Kan jeg spørre deg om dette, eller synes du det er vanskelig?» «Neida, det er helt greit at du spør. Jeg har en god venninne som jeg har hatt fra barndommen av. Det jeg nå innser, er at hun har vært veldig kontrollerende overfor meg. Jeg vet hun har vært snill som har hjulpet meg opp igjennom årene og har tatt seg av meg når jeg har vært helt nede. Men, de siste årene er det hun som har framstått som offer. Hun gjentar gang på gang for et dårlig menneske jeg er som utsetter henne for det jeg gjør når jeg drikker. Jeg føler hele tiden at jeg er i takknemlighetsgjeld til henne, og det gjør meg i grunnen sint. Alltid skal hun få fram den verste skammen i meg».* Hun forteller at de har daglig kontakt, også nå som Anna er innlagt. Så sier Anna: *«Kanskje jeg skal holde litt mer avstand til henne- hva tror du?»* Jeg støtter Anna i at hun kan ha mindre kontakt, uten at denne skal brytes. Kanskje hun kan kontakte venninnen og avtale hvor ofte de skal ha kontakt? Anna synes dette virker fornuftig, og sier at hun er glad for denne støtten, da hun har kjent på dette noen dager. Anna forteller også om andre venner, men de har hun kun kontakt med når hun har hatt edrue perioder. De vet om problemene hennes, men snakker lite om det når de møtes. I en samtale spør jeg Anna hva hennes mål med behandlingen er. Hun sier da: *«Nei, jeg må nå bli edru for datteren min sin skyld. Jeg vil jo miste kontakten med både henne og barnebarn om jeg ikke klarer det».* Jeg utfordrer henne litt og spør om hva med henne selv, hvorpå hun svarer: *«Selvfølgelig er jeg her for meg selv også».* Hun sier ofte at *«jeg må og bli edru nå- dette er min siste sjanse, ellers går jeg helt til grunne og da er døden neste».* Når jeg spør henne da, om hva som er det verste som kan skje, at hun får en sprekk og hva vil hun da gjøre. Omtrent hver gang svarer hun: *«Det skal og kan ikke skje! Det vil være helt uutholdelig for meg – skammen vil bli alt for stor å bære!»*



## 6.0 Drøfting

Med utgangspunkt i problemstillingen: «*Med utgangspunkt i selvpsykologisk tilnærming; hvordan kan jeg som sykepleier, i en terapeutisk rolle, forstå og tilnærme meg kvinner med rusavhengighet hvor skammen er svært framtrødende?*», vil jeg forsøke å drøfte samhandlingen mellom Anna og meg i lys av den teorien jeg har brukt gjennom oppgaven. Jeg vil legge vekt på hvordan jeg kunne bygge en god, terapeutisk relasjon til Anna, og hvordan jeg gjennom våre samtaler kunne søke en forståelse for hennes alkoholmisbruk og den skammen hun har opplevd gjennom årene. For ordens skyld, vil jeg nedenfor prøve å dele opp dette i delkapittel.

At jeg bruker begrepene terapeut og pasient i relasjonen mellom Anna og meg, gjøres for enkelhetsskyld i drøftingen. Dette påpekes for å opplyse om at det er jeg som student i videreutdanning som uttrykker meg gjennom oppgaven.

Det at jeg i samtaler med Anna har valgt å fokusere på selvpsykologi, er fordi det handler om å bekrefte den andre gjennom å se, høre og anerkjenne. Haugsgjerd (2009), sier at i behandling er det gjennom empatisk lytting og fortolkning, å reparere selvobjektsvikten som pasienten opplever, slik at han eller hun igjen kan eie hele sin følelsesfylde og dermed føle seg hel, uten skam og skyld.

### 6.1 Å bygge en terapeutisk allianse

*Hvordan kan jeg som hjelper bygge en god terapeutisk allianse gjennom empati og inntoning i møtene med Anna?*

Pasientens opplevelse av kvaliteten i relasjonen mellom pasient og terapeut kan ha stor betydning for utfallet av rusbehandlingen (Lossius i Duckert m.fl, 2008). Mange av kvinnene har opplevd gjentakende, brutte og traumatiske relasjoner, og det kan være svært belastende og utfordrende for disse kvinnene å gå inn i en ny relasjon som en behandlingsrelasjon er. Det holder ikke at terapeuten bare forstår og empatisk forholder seg til pasientens smerte og håpløshet, terapeuten bør også være i stand til å se pasientens livsmot og forsøk på kreative løsninger på håpløse problemer (ibid).

Jeg møtte Anna første gang da hun ble overflyttet fra en avdeling til den avdelingen jeg hadde min praksis. Da møtte jeg en god, voksen kvinne som for meg kunne vært en hvilken som helst kvinne om jeg møtte henne på gaten. Hun så meg rett i øynene og hadde

et godt håndtrykk ved første hilsen. Det jeg husker best, var da Anna sa: «*Ja, vi skal nok bli godt kjent!*». Jeg husker jeg tenkte at hun virket svært selvsikker, og hadde en litt autoritær holdning over seg. Så, tenkte jeg- hvordan skal nå våre samtaler kunne arte seg, ville jeg kunne «bestå» oppgaven som terapeut i relasjonen vår? I de første samtalene med henne, følte jeg meg litt fram for hvordan vi skulle bli kjent, og hvordan jeg kunne bli en god samtalepartner for henne. Jeg merker at Anna også er noe forsiktig i samtalene ved å forholde seg til ufarlige tema i begynnelsen, til gradvis å åpne opp for mer vanskelige tema. Anna gir meg stadig flere tilbakemeldinger om at hun ikke fortjener min oppmerksomhet og ikke skjønner hvorfor jeg orker å høre på henne. Kan disse uttalelsene være et uttrykk for at Anna ikke har blitt anerkjent og møtt fra andre, viktige relasjoner- at det har vært en fraværende inntoning fra hennes relasjoner? Jeg tenker at i samtalene med Anna må jeg prøve å ta på meg hennes sko, uten å gå i dem, for å prøve forstå hvordan hennes opplevelser har vært. For å kunne skape en gjensidig og likeverdig relasjon med Anna, kan jeg som hjelper kunne åpne opp for å dele egne opplevelser og erfaringer med Anna. Gjennom dette kan jeg bli den betydningsfulle andre for Anna i våre møter, en som Anna kan føle tillit til og kunne åpne seg opp for. Når jeg forteller Anna at jeg selv har opplevd å være pårørende til en alkoholavhengig, går dette tydelig innpå henne. Hun stiller meg spørsmål som jeg svarer etter beste evne på, uten å bli alt for personlig. I samtalene etter dette, opplever jeg at hun tør å åpne seg mer for meg enn tidligere. Gjennom denne åpenheten, blir jeg for Anna en likesinnet annen som hun kan føle tillit til. Dette gir hun meg bekreftelse for når hun etter sine fortellinger ofte avslutter med å si: «*Ja, du vet nå selv hvordan det kan være*». Min opplevelse av å være gjensidig med Anna, medførte også at jeg av og til kjente at jeg kanskje ble for idealisert i hennes øyne. Hun satte meg i en ekspertrolle som jeg ikke ville være meg bekjent av. Enkelte ganger kjente jeg dette som et ubehag, og tenkte at jeg kanskje hadde gått for langt med å være så personlig overfor Anna, at jeg hadde meg selv å takke for den beklemte situasjonen jeg satt i. Når hun henvendte seg til «ekspertrollen», prøvde jeg å avlede som best jeg kunne, uten å virke avvisende på det hun formidlet. I følge Kohut, skulle jeg bare akseptert denne idealiserende overføringen fra Anna, og ikke avledet den (Karterud,1995). Så, hvordan kunne jeg løst dette på en bedre måte enn jeg gjorde? Burde jeg vært mer åpen med Anna og satt ord på at jeg kjente dette ubehagelig? Jeg tenker i ettertid at jeg kunne ha sagt dette til henne, da jeg tror hun ville tålt det, for Anna var selv en åpen og direkte person. Det er ikke sikkert at jeg kunne ha vært like åpen ovenfor andre pasienter i samme situasjon. Jeg

opplevde ikke denne situasjonen truende for vår allianse, men heller mer som et «uromoment» i samtalene våre.

## 6.2 Å forstå rusavhengigheten

*Hvordan forstå Annas alkoholavhengighet i et selvpsykologisk perspektiv?*

For at jeg som hjelper skal utvikle en relasjon til Anna, er det viktig å søke forståelse for hvordan en rusavhengighet kan utvikles. Jeg fokuserer på selvpsykologi, så hvordan kan jeg se rusavhengigheten med selvpsykologiske øyne? Hvordan kan jeg vite at jeg har forstått nok og at Anna føler seg forstått? Kan Annas problemer ha oppstått utfra et skadet selv gjennom svikt i hennes selvobjekter? Når Anna forteller meg om sitt forhold til sine foreldre, sin eksmann, sin datter, sine venner, kan jeg som terapeut oppfatte det som om hun har hatt mange, vanskelige relasjoner. I følge Weegmann og Cohen (2002), betegner Kohut rusmiddelet som et selvobjekt i seg selv. Den umiddelbare virkningen kan være å øke selvtilliten, vitaliteten eller energien på, den kan gi en følelse av makt eller en intens, affektiv handling eller opplevelse på. På denne måten tar den brodden på individets virkelighet. Gjennom den livshistorien Anna har delt med meg, forstår jeg at hun har gjennomgått flere selvobjektssvikt og relasjonsbrudd. Selvobjektssvikt kan oppleves som en krenkelse, og kan utløse følelser som raseri og skam og et desperat forsøk å gjenopprette kontroll. Rusmidler kan derfor brukes som et selvobjekt ved å dempe raseriet, bedøve skamfølelsen og motvirke en følelse av hjelpsløshet (Johnsen, 2012)

Når hun eksempelvis forteller om en oppvekst hvor hun følte seg elsket, men allikevel ble satt store krav til, kan dette tolkes som selvobjektssvikt. Mor ga henne en uforbeholden kjærlighet gjennom å være overbeskyttende og redd, mens far var den som stilte krav til hvordan hun skulle te seg overfor andre, og krevde gode skolerresultat. En overinntoning fra mor og en selektiv inntoning fra far, kunne ha vært medvirkende til det som Anna selv sier gjentatte ganger: «Jeg har aldri visst helt hvem jeg er». Som barn ser en gjerne opp til sine foreldre, og en søker hele tiden å få respons eller anerkjennelse for den man er. Når en ser at Anna ikke får den forventede responsen fra sine foreldre, kan det tenkes at hun har hatt en svikt i forholdet til sine speilende selvobjekt. I en selvpsykologisk tilnærming, tenker en hele tiden at det er pasientens subjektive opplevelse som er sannheten, men hos meg som terapeut vekker det nysgjerrighet om det kun er negative opplevelser Anna har med familien sin. Jeg velger å stille henne spørsmålet: «Er det andre minner du har av

*oppvekst og foreldrene dine»?* På dette spørsmålet ble Anna noe knapp- hun sa «*Selvfølgelig, men det er ikke det som er viktig for meg nå!*» Jeg opplevde motstand fra Anna på dette spørsmålet, og forsikrer henne om at hun ikke trenger å svare på det, og at det heller ikke var min intensjon at hun skulle bli lei seg. Jeg beklager det inntrufne fra min side, og Anna godtar unnskyldningen min og sier at hun selvfølgelig forstår min nysgjerrighet. Som terapeut må jeg være mer selvreflekterende, og kunne se tilbake på hva var det jeg gjorde galt i denne situasjonen? Jeg velger å la temaet ligge til det igjen blir naturlig å bringe på bane. Anna selv tok opp dette i en annen samtale, og forteller at hun hadde mange, gode minner også, men at det for henne i rusbehandling var viktig å få bearbeidet det som var vanskelig for henne.

Gjennom sitt ekteskap følte Anna at hun aldri var elsket eller bra nok. Hun fikk aldri noen anerkjennelse for den hun var. Anna følte seg avvist og krenket av ektefellen, og som en håndtering av situasjonen brukte Anna alkohol som et fluktforsøk fra alt det håpløse hun opplevde. Det begynte med at hun og ektefelle delte en flaske vin på fredagene, så både fredag og lørdag. «*Men, det var aldri kos for meg*», sier Anna- «*vinen gjorde bare at jeg fikk en hverdagsflukt*». Anna selv sier at alkoholen hadde en beroligende effekt på henne, noe som hun gjorde at hun følte seg mer motstandsdyktig mot det som var vanskelig. Etter hvert holdt ikke denne fredags og lørdagsvinen- hun måtte ha mer. Som hun sa: «*Du kan jo tenke deg hvor «koselig» det var å dele en flaske vin med en som enten gjemte seg bak avisen eller nistirret på fjernsynet uten så mye som å se på meg eller snakke til meg*». Ettersom tiden gikk, innså hun at det ikke var bra for henne å være i ekteskapet, at problemene med alkoholen økte. Hun tenkte at om hun bare kom seg ut av dette forholdet, ville alt bli bedre. «*Men, det gjorde ikke det, vet du!*».

Når jeg i en samtale spør Anna om «*Hvor lenge har alkoholen vært et problem for deg?*», sier hun at det er de siste 10 -15 årene det har vært problematisk. En dag sier hun at det begynte ikke med alkohol for å takle vonde følelser, hun hadde også utviklet en spiseforstyrrelse, hvor maten ble trøsten. Men, etter hvert ble det alkoholen som tok over denne trøsten.

Lossius (2011), sier at for å forstå rusmiddelbruk og utvikling av rusproblematikk, er det nødvendig å fokusere på rusens mangeartede funksjoner, og at den i ytterste konsekvens kan utkonkurrere og erstatte behovet for gode relasjoner til andre. Kvinners rusmisbruk kan være et forsøk på å reparere og gjenopprette destruktive relasjoner (Lossius i Duckert m.fl, 2008). Alkoholen blir brukt som et hjelpemiddel til å holde ut uholdbare relasjoner, og avhengigheten utvikles gjennom onde sirkler, der rusen forverrer kvaliteten i relasjonen

som igjen medfører enda større alkoholinntak. Med denne kunnskapen hos meg, kan jeg forstå hvordan Anna hadde det og hvorfor det ble så vanskelig for henne å komme ut av det. Anna har hatt mange, vanskelige relasjoner opp gjennom årene og som hun selv også sa: *«Jeg visste jo aldri hvordan jeg skulle håndtere det som var vondt! Det skulle jo aldri snakkes om det som var vanskelig, verken når jeg var barn eller voksen. Alt skulle jo ties i hjel! Så, da ble det jo ølen og vinen som ble trøsten, da».*

### **6.3 Å gi skammen et ansikt**

*Hvordan kan jeg som hjelper være med å redusere Annas skamfølelse ved hjelp av en selvspsykologisk tilnærming?*

Skårderud (i Wyller,2001) sier at behandling av skam, utløser en aktivitet hos terapeuten. Tillit og trygghet må være til stede for at pasienten skal kunne dele skammen og for at skammen skal bli tålt og tatt imot hos terapeuten.

Som nevnt tidligere, er det å ha en rusavhengighet en skamopplevelse i seg selv. Utfra dette faktum og de mange samtalene Anna og jeg har hatt, står det klart for meg at skambegrepet er vesentlig i det terapeutiske rommet. En må søke å forstå hvordan dette artet seg for Anna og hva det har gjort med henne.

Skam har vært et gjennomgående tema i samtalene mellom Anna og meg. Ofte sier hun at hun føler skam bare ved å snakke om skammen. *«Det er så mye skam som må bearbeides, men jeg tror nok aldri jeg blir kvitt den, jeg»*

Når Anna åpner opp for temaet skam i våre samtaler, er det først og fremst skammen i forholdet til alkoholproblematikken hun snakker om. Men, som terapeut føler jeg også at Anna har opplevd skam i mange andre situasjoner hun har stått i gjennom livet. For eksempel når hun forteller om sitt følelseskalde ekteskap, kan hun da ha opplevd skam ved å ikke føle seg elsket og sett? Farstad (2011) kaller det å ikke bli elsket og sett for den «hvite skammen», og at følelsen av verdiløshet og manglende tro på seg selv kan være en konsekvens av mangelfull speiling og kjærlighet fra den betydningsfulle andre. Når Anna, etter flere samtaler der ekteskapet og dets vanskeligheter hadde vært tema, drister jeg meg å spørre henne om det var noe hun gjorde eller sa for å søke mannens oppmerksomhet. Hun titter bare ned og sier forsiktig: *«Jeg gjorde alt hva han måtte ønske, også ting som jeg ikke ville være med på...Nei, dette vil jeg ikke snakke om. Off, er det rart jeg begynte å drikke?!»* Jeg ser at Anna blir svært beklemt i situasjonen, og jeg gir henne tilbakemelding

om at jeg respekterer dette og lar temaet ligge. Allikevel tolker jeg det dithen at uttalelsen er av seksuell art, at dette ble alt for vanskelig for henne. Nok en gang må jeg gå i en selvransakelse av meg selv. Jeg tolket og antok at det var slik, men Anna bekreftet aldri at det var slik som jeg tenkte. Kunne jeg her vært direkte og spurt Anna om hva hun mente med dette? Som en noe uerfaren terapeut i denne sammenhengen, lot jeg dette være – jeg kjente på redselen for at hun skulle bli re-traumatisert om temaet ble fulgt. Her kan det tenkes at min usikkerhet som terapeut la lokk på de følelsene Anna satt inne med, og dermed ikke lot henne åpne seg, heller ikke på et senere tidspunkt. Om jeg sammenholder denne samtalen med det såkalte skamkompasset for å tolke hvilke strategier Anna har brukt i forhold til ulike hendelser i ekteskapet, kan jeg se at hun har brukt både unnvikelse og selvangrep for å håndtere skammen. Unnvikelse gjennom å bruke alkohol for å døyve skammen og selvangrep ved å la seg ydmyke og gjøre ting hun egentlig ikke ville.

I mange av våre samtaler har Anna fortalt at hun har blitt mobbet gjennom ungdomsskoletiden, og som delvis fortsatte i videregående skole, og at hun utviklet en spiseforstyrrelse i voksen alder. Alle disse hendelsene har gjort at Anna har ulike skamopplevelser. Ved en anledning spør jeg henne: *«Hvordan er det for deg å kjenne på så mye skam som du beskriver?»*. Anna sier da at *«Det sliter meg i stykker. Hjertet og hodet jobber ikke på lag i det hele tatt. Av og til tenker jeg at det er helt uutholdelig, at det beste ville vært om jeg hadde vært død. Tenk da- hvor mye vondt jeg har påført datteren min! Det slipper aldri taket i meg!»*. Tårene kommer, og jeg blir overrasket over dette, da det er første gang jeg ser Anna gråte. Også hun selv blir overrasket - sier at hun ikke har felt en tåre på flere år. Jeg fortsetter å spørre Anna om hvordan skammen oppleves for henne etter hvert som hun forteller om den. Med å stille spørsmålene, ønsker jeg at Anna skal føle at hun og hennes følelser er betydningsfulle og at jeg kan være et speilende selvobjekt som anerkjenner henne for den hun er. Jeg ønsker at Anna skal kunne kjenne på en egentrust og at det hun følte og føler er naturlige følelser. Når jeg stiller henne spørsmålene om hennes skamopplevelser og skamfølelser, sier hun at hun også utad kan kjenne på skam. Ofte har hun fått tilbakemelding fra datter og venninne at de skammer seg over henne, og at hun burde skamme seg over å påføre dem denne skammen. Som Anna selv sa: *«Skammen er en evig spiral – den tar aldri slutt, men spiralen blekner heldigvis etter hvert som jeg får sette ord på den»*.

## 7.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse kvinners alkoholproblem og skammen som er forbundet med dette. Den som har et rusproblem, sliter med lav selvfølelse, og har ofte en dårlig selvsammenheng og selvregulering. Selvet utvikler seg i samspillet med andre, og når rusen er til stede, vil den skape en disharmoni mellom å regulere sin egen selvsammenheng. Jeg tenker at det å anvende en selvpsykologisk tilnærming til denne pasientgruppen er viktig, da fokus på empati og inntoning er grunnleggende viktig for å møte mennesker med en så kompleks lidelse som rusmisbruk faktisk er. De fleste av disse menneskene har blitt møtt med forakt og negative holdninger av andre, også innenfor hjelpeapparatet. Flere av pasientene jeg møtte i rusbehandlingen, fortalte at de har søkt hjelp gjentatte ganger, men har blitt møtt med så negative holdninger og misforståelser, at de rett og slett ikke holdt ut å være i behandling. Det å møte negative holdninger, gjør at skammen blir enda større og vondere å håndtere. Som Anna fortalte meg om møtet av en person i psykiatrisk avdeling: *«Ja, ja så var du her igjen da, Anna- det var ikke hjelp i forrige innleggelse, ser jeg»*. *«Jeg har aldri følt meg så liten og utskjemt før»*, sa Anna. Som sykepleier i en psykiatrisk døgnetenhet, opplever jeg stadig at pasientene uttrykker en tabu med det å ha en psykisk lidelse. De er redde for at noen skal vite de er innlagt, at noen skal tro de er gal, at de aldri kan bli friske igjen osv. Alt dette er egentlig forbundet med skambegrepet, men dette er sjelden eller aldri tema i behandlingen, og jeg tror neppe at dette bare gjelder min arbeidsplass. Spørsmålene jeg sitter igjen med, er om det kunne vært økt fokus på skambehandling, ikke bare innenfor rusfeltet, men også innenfor psykiatrien. Kan en skambehandling være med å opprettholde håpet om rusfrihet hos pasienten? Kan skambehandlingen være med å redusere skammen ved det å ha en rus- og/eller psykisk lidelse? Arter skammen seg forskjellig fra kvinner til menn? Er det forskjell for hvilke lidelser som utløser mer skam hos kvinner enn hos menn? Og kan, en selvpsykologisk tilnærming være til hjelp for å skape en forståelse for at rus- og psykiske lidelser er forbundet med skam hos pasientene?

## Litteraturliste

- Antai-Otong, Deborah (2006). Women and Alcoholism: Gender-Related Medical Complications: Treatment Considerations. *Journal of Addictions Nursing*. 17: 33 -45
- Berg, Geir (2012). Skammens kompass. Fire retninger i en skamproduserende tid. *Tidsskrift for Den Norske Psykologiforening* 49; 360-364
- Berg, G. og Pallesen, S. (2004). Skam og selvfølelse: Teoretiske aspekter og psykometriske egenskaper ved en norsk versjon av Internasjonalisert skam-skala. *Tidsskrift for Den Norske Psykologiforening* 41; 359- 364
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. og Sandvik, B. (2008). *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget
- Farstad, Marie (2011). *Skammens spor. Avtrykk i identitet og relasjoner*. Oslo: Conflux Forlag
- Føyn, P. og Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gulbrandsen, P., Fugelli, P., Stang, G.H. og Wilmar, B. (red.). ( 2006). *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Halkjelsvik, T. og Storvoll, E. (2014). Andel av befolkningen i Norge med et risikofylt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs Vol 31*
- Haugsgjerd, S., Jensen, P, Karlsson, B. og Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder- tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Fagspesifikk innledning- tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-tverrfaglig-3218>.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP- lidelser. Sammensatte tjenester- samtidig behandling*.
- ICD-10 (1999). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Johnsen, Jon (2012). Presentasjon om: «Samspillet mellom avhengighetsproblemer og psykisk sykdom». Fagdag 23.11.12- Folkets Hus. Internettpresentasjon: <http://slideplayer.no/slide/2020797/>
- Karterud, Sigmund (1995). *Fra narsissisme til selvspsykologi. En innføring i Heinz Kohuts forfatterskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk



Karterud, Sigmund og Monsen, Jon T. (red.) (1997) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Langsether, Helene (2008). *Kvinner, alkohol og behandling*.  
<http://forskning.no/meninger/kronikk/2008/06/kvinner-alkohol-og-behandling>.

Lossius, Kari (red.) (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Malt, U.F., Andreassen, O.A, Melle, I. og Årslund, D. (red.) (2012). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Mueser, K.T, Noordsy, D.L, Drake, R.E. og Fox, L. *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser* (2006). Oslo: Universitetsforlaget AS

Scheff, Thomas J. (2003). Shame in Self and Society. *Symbolic Interaction*; vol.26, no.2, pp 239-262

Skårderud, Finn (2001). Skammens stemmer- om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*,13; 121: 1613 -7

Vedøy, T. F og Skretting, A (2009). *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser*. Oslo: SIRUS-Rapport nr. 4/2009 Statens institutt for rusmiddelforskning <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.4.09.pdf>

Weegmann, M. og Cohen, R. (2002). *The Psychodynamics of Addiction*. London and Philadelphia: Whurr Publishers

Wyller, Trygve (red.). (2001). *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget