



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Skaminventering

Ett nytt instrument att mäta skam

Tina Camitz

Psykoterapeutexamensuppsats Vt 2014
Handledare: Gardar Viborg
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

The purpose of this study was to psychometrically test a Swedish translation of The Shame Inventory, originally developed by Rizvi (2010). Another purpose was to investigate the link between shame and psychopathology and specifically to borderline personality disorder. The psychometric properties of the Swedish version of The Shame Inventory were investigated, as well as the ability of the instrument to differentiate between a clinical and a non-clinical group. The clinical group consisted of 26 patients from a mental health daycare center. The non-clinical group consisted of 107 individuals from a convenience sample, which 73 of them were a group from a Swedish study by Magnusson (2012). The Shame Inventory shows high internal consistency, test-retest reliability, convergent and discriminant validity. The instrument also shows a high capacity of differentiate between a clinical and non-clinical group, with a significant higher mean value in the clinical group of degree of shame. This study confirms the results and conclusion from earlier Swedish study that The Shame Inventory is a useful instrument which seems to measure different aspects of shame and constitutes a valuable contribution both for clinical and research purposes.

Keywords: Shame, The Shame Inventory, psychopathology, borderline personality disorder

Litteraturen och forskningen om skam uppvisar en mångfacetterad bild. Olika perspektiv och motsättningar gällande definition, utveckling samt mätmetoder framträder. Skam har många likheter med och kan vara svårt att särskilja från skuld, genans, social ångest, blyghet, förödmjukelse och äckel. Forskarna, (se ex. Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002) verkar dock överens om att upplevelsen av skam är förknippad med ett starkt obehag och har en betydande påverkan på mänskligt beteende samt att ytterligare forskning behövs för att öka förståelsen av emotionen och dess betydelse för mänskliga relationer och psykopatologi. Föreliggande arbete inleds med en kort genomgång av tidigare forskning om skam, därefter beskrivs skillnaden mellan skam och skuld samt forskning kring skammens betydelse för psykopatologi med fokus på borderline personlighetsstörning. Uppsatsens huvudsyfte är att, till en tidigare svensk forskningsstudie, göra en kompletterande psykometrisk utprovning av den svenska versionen av instrumentet *The Shame Inventory*, utvecklat av Rizvi (2010), nyligen översatt till Skaminventering. Ett ytterligare syfte är att undersöka instrumentets förmåga att differentiera mellan en icke klinisk och en klinisk grupp. Resultatet från den svenska studien av Magnusson (2012) pekade på att Skaminventering uppvisade goda psykometriska egenskaper och instrumentet bedömdes utgöra ett värdefullt bidrag till gruppen skammättningsinstrument både kliniskt och i forskningssammanhang. Urvalet i studien bestod av en icke-klinisk grupp med en ojämn könsfördelning. I föreliggande studie har denna grupp kompletterats med en grupp män för att få en jämnare könsfördelning och en klinisk grupp har tagits med för att ytterligare pröva instrumentets psykometriska styrka. Resultatet förväntas visa att Skaminventering signifikant kan skilja den kliniska och icke-kliniska gruppen åt med högre skamvärden i den kliniska gruppen.

Skam, dess uttryck och funktion

Tantam (1998) beskriver skam som en mycket smärtsam emotion som leder till en önskan att dra sig undan och gömma sig. Skam är förknippad med en upplevelse av att andra uppfattar att självet har brister, att denna upplevelse av självet uppfattas som riktig samt ett behov att dölja ”bristen” som copingstrategi. Skam förknippas med en upplevelse av värde- och maktlöshet samt en känsla av att förminskas, krympa och försvinna (Tangney, 1995). Lindsay-Hartz, De Rivera och Mascolo (1995) konstaterar också att emotionen kännetecknas av en stark impuls att gömma sig och undkomma situationen. Gilbert och McGuire (1998) beskriver att skam är förknippad med olika undvikandebeteenden som tar sig uttryck som undergivenhet, nerböjt huvud och undvikande av ögonkontakt.

Tomkins är en av de första forskarna som i sin affektteori betraktar skam som en medfödd affekt tillsammans med övriga grundaffekter. Han menar att skam kännetecknas av specifika ansiktsuttryck med funktionen att avbryta eller reglera ner positiva affekter såsom glädje och intresse. Tomkins hypotes har inte längre stöd i dagens forskning men hans teorier har haft stor betydelse för emotionsforskningen (Tomkins, 1963, refererat i Gilbert, 1998).

Gilbert (1998, 2007) har utifrån ett biopsykosocialt perspektiv forskat vidare kring skam och dess funktion. Tillsammans med McGuire (1998) skildrar han skam som en starkt aversiv upplevelse, förknippad med kroppsligt obehag samt en känsla av att bli förminskad och förödmjukad, något vi i hög grad försöker undvika. Gilbert menar att vi föds till sociala varelser och social tillhörighet är ett grundläggande behov för vår utveckling och överlevnad. Skam ses i detta perspektiv som en medfödd emotion med en adaptiv funktion att signalera och varna oss för att vi är på väg eller håller på att förlora tillgång till den säkerhet och trygghet vår sociala grupp ger. I ett evolutionsperspektiv har vi behövt utveckla vår förmåga att skapa positiva affekter hos andra för att säkerställa att bli accepterade, omhändertagna och erhålla en plats i en social grupp. Enligt Gilbert (2007) är upplevelsen av skam, även om den kräver en självmedvetenhet och självvärdering, starkt kopplad till tidiga erfarenheter av att väcka positiva affekter och upplevelse av säkerhet och acceptans i relation till andra. Skam har sålunda en viktig funktion att signalera och reglera våra beteenden interpersonellt.

Gruenewald, Dickerson och Kemeny (2007) menar även de att skam har en social funktion som kan ses som en respons på att det sociala självvet, "the social self" är hotat och individen har eller är på väg att förlora sin sociala status och acceptans i gruppen. Skam ses som en del av ett psykobiologiskt system utvecklat för att signalera att individens sociala rang, tillhörighet och, i förlängningen, individens överlevnad är hotad samt att aktivera fysiologiska responser och beteenden såsom underkastelse hos individen för att hantera detta hot.

Skam, en självmedveten emotion

Idag verkar de flesta forskare överens om att skam bör definieras till kategorin självmedvetna emotioner (Ekman, 1992; Lewis, 2007; Tangney & Fisher, 1995; Tracy & Robins, 2007). Även om skam, i likhet med andra självmedvetna emotioner såsom skuld, genans och stolthet, har en central betydelse för psykologiska processer har de, till skillnad från grundaffekterna inte uppmärksamats i emotionsforskningen menar Tracy och Robins (2004). De understryker att självmedvetna emotioner skiljer sig från grundaffekter i viktiga aspekter såsom förhållandet till

självet, vid vilken ålder de utvecklas, dess funktioner och uttryck samt nivå av kognitiv komplexitet. Självmedvetna emotioner har inte heller några universella ansiktsuttryck (Izard, 1992) och deras primära funktion är inte att säkerställa överlevnad och reproduktion, istället har de specifika sociala mål i sociala hierarkier samt interpersonella och intrapsykiska funktioner.

Lewis (2007) är inne på samma spår när han hävdar att emotionell och kognitiv utveckling är starkt sammanflätade och påverkar varandra ömsesidigt. De självmedvetna emotionerna kräver en upplevelse av ett själv vilket hos barnet börjar utvecklas omkring 15-18 månaders ålder och då som en idé om ”mig”. Denna första medvetenhet om ett själv möjliggör upplevelsen av förlägenhet, empati och avund vilka i sig inte kräver någon värdering av självet som börjar utvecklas i takt med att barnet börjar införliva normer, regler och mål vid omkring 3-års ålder (se även Lagutta & Thompson, 2007). Således uppstår självmedvetna emotioner utifrån en gryende upplevelse av ett själv och det växande barnets alltmer kognitivt komplexa förmåga till självvärdering och att bedöma sina handlingar i relation till den sociala omgivningen.

Tracy och Robins (2007) menar att det som skiljer självmedvetna emotioner åt är hur vi attribuerar orsaken till att lyckas eller misslyckas nå upp till de egna och den sociala omgivningens normer. Avgörande för skillnaderna är om vi förlägger orsaken till den egna personen (inre attribuering), eller till andra (yttre attribuering) och om vi tillskriver detta till en specifik händelse eller globalt till hela självet. Skam kan ses som resultatet av att en händelse värderats som negativ, orsaken tillskrivs den egna personen och är generell och okontrollerbar. Lindsay-Hartz et al. (1995) beskriver skam som en upplevelse av att vara någon man absolut inte vill vara, ett ”anti-ideal snarare än en upplevelse av att inte nå upp till den man vill vara, ett ”ideal-jag”.

De flesta forskare verkar även vara överens om att skam kan beskrivas utifrån två aspekter, intern och extern skam. Den interna skammen refererar till egna inre, negativa värderingar ”vad jag tänker om mig själv”, medan extern skam kännetecknas av att fokus ligger i den yttre världen dvs. föreställningar om andras negativa värderingar, ”vad jag tänker att andra tänker om mig” (Gilbert, 1998). Flera forskare skiljer även på skam som egenskap och som tillstånd. Egenskap är vår benägenhet att uppleva skam generellt och tillstånd kännetecknas av graden av skam vid ett specifikt tillfälle och i en specifik situation (Gilbert, 1998; Tangney, 1996).

Gilbert (1998) ställer frågan om faktorer som självmedvetenhet, självförebåelse, negativ social jämförelse, misslyckande att leva upp till normer och ideal inte är det mest centrala i upplevelsen av skam utan att det bäst kan beskrivas som en inre upplevelse av sig själv som en i hög grad oattraktiv social individ som på alla sätt försöker undvika och fly från ytterligare

förkastande och avsky från andra.

Skam och skuld

I sin banbrytande bok *Shame and guilt in neurosis* redogör Helen B Lewis (1971) för en distinktion mellan skam och skuld, en teoretisk ansats som kommit att få en central betydelse för senare forskning. Lewis beskriver betydelsen av den roll självet tilldelas i upplevelsen av skam och skuld och menar att den centrala skillnaden mellan dessa kan definieras i relation till självet. Vid upplevelse av skam riktas negativa värderingar mot självet medan det vid skuld är beteendet som är fokus för de negativa värderingarna. "The experience of shame is directly about the *self*, which is the focus of evaluation. In guilt, the self is not the central object of negative evaluation, but rather the *thing* done or undone is the focus" (Lewis, 1971, s 30). Idag har Lewis teoretiska modell ett starkt forskningsstöd, vilket Tangney och Dearing (2002) menar saknas för den tidigare allmänt vedertagna uppfattningen att skillnaden mellan skam och skuld skulle kunna förklaras utifrån den specifika händelse som gav upphov till respektive emotion.

Det är först i slutet av 80-talet som skam och skuld mer systematiskt börjar uppmärksammas i empirisk forskning trots att de i psykologisk teori länge haft en framträdande roll i förståelsen av moraliskt beteende och psykopatologi (Tangney, 1996). En orsak till gapet mellan teori och empirisk forskning beror på svårigheten att mäta båda dessa självmedvetna emotioner, dels pga. att de är inre upplevelser men också att det har varit och fortfarande är svårt för både lekmän och professionella att skilja dem åt och länge har skam och skuld använts synonymt. Skilda teoretiska skolor har också definierat begreppen olika (Tangney, Burggraf & Wagner, 1995; Tangney & Dearing, 2002). I forskning avspeglas dessa svårigheter i att mått på skam och skuld, liksom mått på andra negativ emotioner, tenderar att korrelera relativt högt (Tangney & Dearing, 2002).

Skam och skuld är båda negativa upplevelser, dock beskrivs skam oftast som mer intensiv och smärtsam (Tangney, 1995). Senare tids forskning som utgår från Lewis teoretiska modell (Tangney, 1996; Tangney et al., 1995; Tangney & Dearing 2002) visar på betydelsefulla skillnader mellan dessa emotioner och deras påverkan på interpersonella relationer och psykopatologiska tillstånd med utgångspunkt i att vid skam tillskriver vi orsaken till en negativ händelse till den egna personen och vid skuld till en specifik handling. Skam har alltmer kommit att framstå som en maladaptiv emotion vilken tenderar att ge upphov till undvikandebeteenden och en defensiv ilska, medan skuld istället tenderar att motivera reparativa beteenden. Skuld, till skillnad från skam, förutsätter ett ansvarstagande för en överträdelse av moraliska normer och aktiverar en

gottgörandehandling genom beteenden som att erkänna och att be om förlåtelse. Skuld har även relaterats till förmåga till empati till skillnad från skam där något sådant samband inte kunnat påvisas (Tangney, 1996). Ligger fokus för den negativa värderingen på den egna personen såsom bristfällig och förskräcklig, någon man absolut inte vill vara i kombination med föreställningen att den delas av andra, så lämnar det lite utrymme för empati och kan istället riktas mot andra som klander och ilska menar Lindsay-Hartz et al. (1995).

I två oberoende studier undersökte Tangney, Wagner och Gramzow (1992) sambandet mellan olika former av psykopatologi och skam respektive skuld. De kom fram till att graden av benägenhet att reagera med skam inför olika situationer uppvisade ett starkt samband med psykopatologi generellt och i synnerhet depression, ett samband som däremot inte framkom vid skuld. Författarna undersökte även sambandet mellan attribueringsstil och psykopatologi och fann att upplevelsen av skam har ett tydligt samband med en depressiv attribueringsstil; att tillskriva negativa händelser till inre, stabila och generella orsaker men att detta i sig inte förklarade sambandet med depression. Författarna drog slutsatsen att skambenägenhet har ett tydligt samband med olika former av psykopatologi och kan ge en fördjupad förståelse och förklaring till olika psykiska symtom samt att denna egenskap behöver fokuseras i terapeutisk behandling.

I en metaanalytisk studie av Kim, Thibodeau och Jorgensen (2011) omfattande 108 studier visade resultatet att skam korrelerade starkare med depressiva symtom jämfört med skuld. Dock visade resultatet att två olika dimensioner av maladaptiv skuld korrelerade med depressiva symtom (överdrivet ansvar för okontrollerbara händelser samt "fritt flytande" skuld som inte var kopplat till en specifik kontext). Lindsay-Hartz et al. (1995) menar att skuld kan bli dysfunktionell om någon lösning eller reparation inte är möjlig. Den kan då leda till en överdriven tendens att ta ansvar för saker man inte har någon kontroll över samt självbestraffning.

Skam och psykopatologi.

Förmågan att uppleva skam är medfödd och har en viktig funktion och överlevnadsvärde för oss i vår sociala kontext (Gilbert & McGuire, 1998). En överdriven benägenhet att uppleva skam har i forskning dock kopplats till tidiga traumaliknande negativa erfarenheter under uppväxten, såsom känslomässig neglekt och olika former av övergrepp (Webb, Heisler, Call, Chickering & Colburn, 2007) samt en sårbarhet för att utveckla psykopatologi (Tangney & Dearing, 2002). Skam har exempelvis förknippats med olika psykopatologiska tillstånd såsom ångest (Irons & Gilbert, 2005; Tangney, et al., 1992), depression (Andrews, Qian & Valentine, 2002; Orth, Berking &

Burkhart, 2006; Tangney et al., 1992; Thompson & Berenbaum, 2006), posttraumatiskt stressyndrom, (Andrews, Brewin, Rose & Kik, 2000; Brewin, Andrews & Rose, 2000; Holmes, Grey & Young, 2005), ätstörningar (Goss & Allen, 2009; Troop, Allan, Serphall & Treasure, 2008) samt med social ångest och låg självkänsla (Tangney et al., 1995).

Matos och Pinto-Gouveia (2010, 2011) menar att tidiga skamerfarenheter i barndomen kan lagras i det autobiografiska minnet som emotionella minnen vilka kan anta karaktären av traumaminnen och komma att bli centrala för individens identitet och livshistoria. I sina studier fann de även att graden av minnenas traumakaraktär var kopplade till nuvarande grad av skam, både intern och extern, samt graden av depressiva-, ångest- och stressymptom. I en senare studie jämför Matos, Pinto-Gouveia och Duarte (2013) skamminnen med minnen av rädsla och sorg och visar att de förstnämnda är starkare kopplade till depression, ångest och stressymptom samt att skam, till skillnad från rädsla och sorg, är relaterad till dissociativa och paranoida symtom. Deras fynd överensstämmer med Berntsen och Rubins (2007) hypotes om att traumatiska minnen kan komma att fungera som referenspunkter kring vilka autobiografiska minnen organiseras vilka sedan påverkar tolkning av icke traumatiska erfarenheter och förväntningar.

Skam har även kopplats till personlighetsstörningar. Schoenleber och Berenbaum (2010) fann i en studie att skambenägenhet tillsammans med en tendens att uppleva skam som särskilt smärtsam och obehaglig, vad forskarna kallade skamaversion, var förknippat med symtom inom Cluster C personlighetsstörningar (undvikande-, beroende- och tvångsmässig personlighetsstörning). Forskarna menar att symtomen inom dessa diagnoser kan förstås som ett sätt att försöka undvika upplevelsen av skam innan emotionen uppstår. Resultatet har replikerats i en senare studie (Schoenleber & Berenbaum, 2012a) som kunde styrka att skamaversion spelar en viktig roll i personlighetsstörningar. I studien mättes även kopplingen mellan skam och symtom på borderline- och narcissistisk personlighetsstörning och resultatet pekade på att skamaversion är en särskilt viktig faktor vid borderline personlighetsstörning. Schoenleber och Berenbaum (2012b) utvecklade senare sin hypotes i en artikel och menar att dysfunktionell reglering av skam är kärnan i många personlighetsstörningar och att personlighetsdrag som ex. perfektionism och osjälvständighet samt undvikande- och aggressiva beteenden alla kan förstås som försök att reglera skam. Även självskadebeteenden, vilket är ett av kriterierna för diagnosen borderline personlighetsstörning, kan förstås som ett maladaptivt sätt att reglera skam, ett aggressivt beteende riktat mot den egna personen.

Förutom att ha kopplats till självskadebeteende har skam även visat sig korrelera med

suicidala beteenden, framförallt vid borderline personlighetsstörning men även i icke-kliniska grupper. Lester (1998) kunde i en studie med en grupp studenter visa att skam var korrelerat till suicidtankar, hot om suicid och suicidförsök till skillnad från skuld och Tangney och Dearing (2002) fann i en longitudinell studie att skambenägenhet hos 10-11åringar var relaterat till suicidförsök i senare tonåren.

Skam och borderline personlighetsstörning

Borderline personlighetsstörning (BPS) kännetecknas av en allvarlig, genomgripande och kronisk dysreglering av förmågan att reglera känslor, beteenden och kognitioner. De diagnostiska kriterierna omfattar instabilitet i relationer, självbild och affekter samt impulsivitet och tar sin början i tidig vuxen ålder. Svårigheterna kommer till uttryck i ett mönster av instabila mellanmänskliga relationer, affektiv instabilitet, svårighet att hantera ilska, identitetsstörning, kronisk tomhets känsla, påtagliga svårigheter med separationer, impulsiva destruktiva beteenden, självskade- och självmordsbeteenden samt övergående stressrelaterade dissociativa symtom eller paranoida tankegångar (American Psychiatric Association, 2000).

Linehan (1993) beskriver BPS utifrån en biosocial teori som en grundläggande dysfunktion i förmågan att reglera känslor. Den bristande förmågan uppstår ur en ömsesidig påverkan och transaktion mellan, en hos individen biologisk sårbarhet och en till övervägande del invaliderande miljö. Den biologiska sårbarheten karakteriseras av en hög sensitivitet för känslomässiga stimuli samt en hög intensitet och lång varaktighet i den känslomässiga reaktionen. Skam, som är en genomgripande och kronisk känsla vid BPS, är en följd av en individs biologiska sårbarhet för att lättare uppleva negativa känslor såväl som positiva och en invaliderande miljö där känslouttryck till övervägande del på olika sätt bestraffas. Crowe (2004) instämmer med Linehan att skam är central vid BPS och att individer med denna problematik utvecklar en hög skambenägenhet som en följd av att emotionell sårbarhet blivit bestraffad och att skam tenderar att bli en respons på samtliga negativa emotioner. Crowe går så långt att hon menar att BPS kan förstås som en kronisk skamrespons. Rizvi, Brown, Bohus och Linehan (2011) beskriver att sexuella övergrepp, fysisk misshandel och känslomässig neglekt samt upprepad förödmjukelse är några av de mest invaliderande erfarenheterna under barndomen, samtliga faktorer är överrepresenterade i denna patientgrupp.

Flera olika forskare har kopplat skam till posttraumatiskt stressyndrom (se ex. Andrews et al., 2000). Rusch et al. (2007a) fann dock i en studie att skambenägenhet var starkare kopplat till

BPS och inte till traumat per se i en jämförelse mellan kvinnor med BPS och PTSD och kvinnor med endast BPS. I en annan studie kunde Rusch et al (2007b) visa att kvinnor med BPS skattade högre på skam både som tillstånd och skambenägenhet, på instrument som mätte explicit och implicit skam, jämfört med en icke-klinisk kontrollgrupp och en grupp med patienter med social fobi. Forskarna drog slutsatsen att patienter med BPS har en självbild vilken är implicit starkare relaterad till skam jämfört med gruppen med social fobi där rädsla är starkast kopplat till självbild. I studien framkom även att upplevelse av skam, skambenägenhet och implicit skam var negativt korrelerat till självkänsla och livskvalité samt positivt korrelerat till ilska och fientlighet. Forskarna menar att både explicita och implicita mätmetoder krävs för att fånga alla dimensioner av skam och dess påverkan på psykopatologi.

Hawes, Helyer, Herlianto och Willing (2013) undersökte Rusch et al (2007b) hypotes på en grupp unga mellan 10-14 år vilka uppvisade en hög frekvens av drag/symtom överensstämmande med BPS. Resultatet bekräftade att flickorna i gruppen uppvisade en självbild som var kopplad till skam vilket dock inte gällde för gruppen pojkar i studien.

Linehan (1993) menar att skam är en viktig faktor för att förstå uppkomsten av och vidmakthållandet av självskadebeteenden och att det är den emotion som är starkast kopplad till kronisk suicidalitet, självskadebeteenden, ilska och impulsivitet. Tillsammans med Brown, Comtois, Murray och Chapman (2009) fann Linehan att skam kunde förutse senare episoder av självskadebeteenden hos en grupp patienter med BPS även när man kontrollerat för andra negativa emotioner såsom rädsla och sorg.

I en studie med patienter med olika diagnoser vilka alla gjort ett suicidförsök framkom att skambenägenhet inte var kopplat till suicidförsök generellt utan att ett positivt samband endast gällde för gruppen kvinnor med BPS, för gruppen män gällde däremot en negativ korrelation (Wiklander et al., 2012).

Teoretiskt och empiriskt har skam visat sig ha en tydlig koppling till psykopatologi och specifikt till BPS dock återstår mycket för att kunna belägga hur dessa samband ser ut.

The Shame Inventory

Den första svenska studien på instrumentet *The Shame Inventory* gjordes av Magnusson (2012). I studien översattes instrumentet av Magnusson och Viborg (2012) och en första psykometrisk utprovning av Skaminventering, som instrumentet översattes till, genomfördes på en svensk population.

The Shame Inventory är ett självskattningsformulär utvecklat av Rizvi (2010). Instrumentet avser att mäta benägenhet att uppleva skam både globalt och inför specifika situationer. Den ursprungliga versionen (The Shame Checklist) utformades av Rizvi och Linehan (2005) i en pilotstudie med syfte att utvärdera en specifik behandlingsintervention för att minska maladaptiv skam hos patienter med borderlinepersonlighetsstörning. Under studien uppstod ett behov av ett instrument vilket avsåg att mäta deltagarnas benägenhet att reagera med skam inför specifika situationer och/eller beteenden så kallade "skamcues" och en lista med 98 olika sådana skamtriggers konstruerades. The Shame Checklist utvecklades därefter vidare av Rizvi (2010) till *The Shame Inventory*.

Formuläret inleds med en kort definition av skam därefter kommer tre inledande frågor av mer generell karaktär där respondenten ska skatta upplevelsen av skamkänslor utifrån frekvens, intensitet och i vilken utsträckning skam påverkar livskvalitet negativt på en skala från 0-*aldrig/ingen* till 4-*alltid/extrem*. Instrumentets andra del består av 50 frågor rörande situationer, beteenden eller personliga egenskaper vilka kan väcka skam och där respondenten förväntas ange styrkan i skamkänslan på en skala från 0-*ingen skam* till 4-*extrem skam*. Möjlighet ges att sätta ett kryss om frågan inte gäller för respondenten.

I Rizvis (2010) första utvärdering av *The Shame Inventory*, vilken baserades på två olika studier, visade resultatet av den psykometriska prövningen att instrumentet hade en hög intern konsistens, test-retest reliabilitet, konstrukt validitet samt prediktiv validitet. I den första studien ingick TOSCA-Test of Self-Conscious Affect, PFQ-Personal Feelings Questionnaire och PANAS – Positive and Negative Affect Schedule. Då tidigare forskning visat höga korrelationer mellan skam- och skuldskalet på TOSCA och PFQ, vilket även Rizvi fann i sin studie, användes semipartialkorrelationsberäkningar för att beräkna konvergent och diskriminant validitet. Resultatet visade att *The Shame Inventory* korrelerade signifikant positivt med PANAS negativ affekt, TOSCA skamskala och PFQ skamskala samt signifikant negativt med PANAS positiv affekt. Efter att mått för TOSCA skam och PFQ skam kontrollerats för korrelerade instrumentet icke-signifikant till TOSCA skuld, dock kvarstod en svag positiv korrelation med PFQ skuldskalet. I den andra studien, där två kliniska grupper; en grupp med patienter med borderline personlighetsstörning (BPS) och en grupp med patienter med tvångsmässig personlighetsstörning samt en kontrollgrupp ingick, visade den psykometriska prövningen på en god test-retest reliabilitet och en signifikant skillnad mellan de tre grupperna framkom. Resultatet visade att gruppen med personer med BPS hade den högsta totalpoängen och därefter gruppen med tvångsmässig personlighetsstörning på *The*

Shame Inventory.

Rizvi drog, utifrån de två studierna, slutsatsen att *The Shame Inventory* utgör ett värdefullt bidrag till tidigare skaminstrument eftersom det mäter både global skam (delskala 1) samt skam som respons på specifika händelser (delskala 2), dvs. att instrumentet kan sägas mäta skam både som egenskap (trait) och tillstånd (state), till skillnad från andra skaminstrument. Förutom att instrumentet uppvisar goda psykometriska egenskaper har det även goda förutsättningar att kunna användas i kliniska sammanhang för att mäta behandlingsutfall menar Rizvi, dock med förbehållet att det var en första psykometrisk prövning av instrumentet baserad på två studier och att ytterligare forskning, speciellt vad gäller prediktiv validitet behövs.

I tidigare nämnda svenska studie av Magnusson (2012) översattes *The Shame Inventory* och en första psykometrisk prövning gjordes på en svensk population med 73 deltagare varav 54 kvinnor och 19 män. Instrumentets förmåga att mäta både global och händelsespecifik skam prövades. Resultatet visade en samstämmighet med resultat från Rizvis (2010) studie avseende den interna konsistensen som var hög för både den totala skalan och för respektive delskala. I Rizvis studie uppmättes Cronbachs alfa till .84 för totala skalan, för delskala 1 till .80 och för delskala 2 till .83. Magnussons mätning visade samma värde på den totala skalan och för delskala 1 och delskala 2 ett något högre värde .89. I både Magnussons och Rizvis studier uppmättes för hela skalan samma värde för test-retest reliabilitet $\rho = .85$ (i Rizvis studie mätt med Spearman-Brown och i Magnussons med Pearsons korrelationsmått). Skaminventering korrelerade positivt med andra instrument som avser att mäta skam och korrelerade lågt eller inte alls med instrument vilka avser att inte mäta skam undantaget att Skaminventering korrelerade positivt till TOSCA skuld. Magnusson tyckte sig dock finna att delskala 2 inte tycks mäta händelsespecifik skam, vilket Rizvi menade, och drog slutsatsen att skalan snarare mäter generaliserad, intern skam. Magnusson menar ändå att Skaminventering utgör ett värdefullt bidrag till gruppen skammättningsinstrument och har en berättigad plats både i kliniska och i forskningssammanhang.

I denna uppsats har den icke kliniska gruppen från Magnussons studie utökats med 34 män och utgör 107 deltagare för att i denna grupp få en jämnare könsfördelning.

Syfte

Syftet med föreliggande studie har varit att göra en psykometrisk prövning av instrumentet *The Shame Inventory*, nyligen översatt till *Skaminventering* genom att till en tidigare svensk studie utöka antalet deltagare i en icke-klinisk grupp samt inkludera en klinisk grupp. Instrumentets

förmåga att differentiera mellan icke-klinisk och klinisk grupp har undersökts samt dess förmåga att mäta skillnader i skam. Ett ytterligare syfte har varit att belysa en del av den skamforskning som är gjord med fokus på skammens betydelse när det gäller psykopatologi, framförallt vid borderline personlighetsstörning. I resultatet förväntas en högre grad av skam på självskattningsformuläret Skaminventering framkomma i den kliniska gruppen.

Metod

Deltagare

I föreliggande studie deltog två grupper, en klinisk grupp med patienter från en öppensykiatrisk mottagning i Västra Götalandsregionen och en icke-klinisk grupp bestående av män från ett tillgängligt urval, vilka utgjorde ett tillägg till gruppen i tidigare refererade svenska studie (Magnusson, 2012). Sammanlagt antal deltagare i studien var 133 personer, varav 73 var kvinnor och 60 var män, med en åldersspridning från 18 till 72 år och medelålder på 35 år.

Deltagarna i den kliniska gruppen var 26 patienter med blandade psykiatriska diagnoser, varav 19 kvinnor och 7 män i åldrarna 18 till 48 år med en medelålder på 30 år. Samtliga patienter hade en pågående behandlingskontakt på en öppensykiatrisk mottagning. En annan psykiatrisk öppenvårdsmottagning kontaktades gällande möjligheten att tillfråga patienter med diagnos borderline personlighetsstörning (BPS) om eventuellt deltagande. Då man på denna mottagning var inne i en omstruktureringsprocess och svaret från mottagningen dröjde valde författaren att istället tillfråga patienter med andra diagnoser på förstnämnda mottagningen. Av deltagarna i den kliniska gruppen hade hälften av dem en BPS diagnos varav 11 av dem gick i Dialektisk beteendeterapeutisk behandling. De två andra deltagarna med denna diagnos gick i individualterapi hos psykolog på samma mottagning. Fem av de övriga patienterna i gruppen hade någon form av depressionsdiagnos som huvuddiagnos och hos tre av deltagarna var bipolär sjukdom huvuddiagnos. Ytterligare huvuddiagnoser hos fyra av deltagarna var posttraumatisk stressyndrom, tvångssyndrom, kroniskt förstämningssyndrom samt kroniskt trötthetssyndrom. Ytterligare en av deltagarna hade ADHD som huvuddiagnos. Bidiagnoser var olika axel 1 diagnoser såsom olika former av ångestsyndrom, depressiv episod, ätstörnings- och sömnstörningsdiagnos. Komorbiditeten var hög och endast tre av deltagarna i gruppen hade en diagnos, de övriga hade två eller flera axel 1 diagnoser. De 13 patienter som inte hade BPS diagnos som huvuddiagnos gick alla i gruppbehandling hos

sjukgymnast på nämnda öppenvårdsmottagning.

Deltagarna i den icke-kliniska gruppen var 34 personer varav alla var män i åldrarna 20 år till 72 år, med en medelålder på 44 år. Urvalet utgjordes av personal på den öppenpsykiatriska mottagning där författaren arbetar samt på en närliggande vårdcentral. I denna grupp ingick även psykologer inom ramen för PTP-programmet i Västra Götalandsregionen samt av personer från författarens sociala nätverk. Tillsammans med gruppen från Magnussons (2012) studie utgjorde denna grupp 107 personer där medelåldern var 34 år och deltagarna var 19 till 72 år.

Skattningsskalor

Till den kliniska gruppen administrerades instrumentet *Skaminventering*. Till den icke kliniska gruppen valdes skattningsskalor utifrån tidigare svenska studie av Magnusson (2012).

The Experience of Shame Scale (ESS; Andrews, Qian & Valentine, 2002, svensk översättning Åhlin, Wiklander & Åsbring, Karolinska institutet, 2004). ESS avser att mäta olika aspekter av skam; karaktärsskam, beteendemässig skam och kroppslig skam. Formuläret består av 25 frågor vilka utifrån olika områden avser att mäta ovannämnda aspekter av skam och kategoriseras i tre delskalor. Respondenterna ska på en skala från 1 - *inte alls* till 4 - *väldigt mycket* uppskatta i vilken omfattning de upplevt skam. Andrew et al. (2002) fann i sin studie en god intern konsistens; för hela skalan och för delskalorna vilket även uppmättes i Magnussons studie (2012). ESS har använts för att mäta konvergent validitet.

The Levels of Self-Criticism (LOSC) Scale (LOSC; Thompson & Zuroff, 2004, svensk översättning Danielsson & Viborg, Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 2011). LOSC utvecklades med avsikt att mäta två dysfunktionella former av negativ självvärdering. Skalan består av två olika delskalor, varav en skala avser att mäta självkritik i jämförelse med andra (Comparative Self Criticism; CSC) och en avser att mäta internaliserad självkritik (Internalized Self-Criticism; ISC). Den ursprungliga versionen innehöll 34 påståenden vilka i en senare studie av Thompson och Zuroff (2004) begränsades till 22 frågor, 12 av frågorna är tänkta att mäta CSC och 10 av frågorna att mäta ISC. Respondenterna ombeds ange på en skala från 1 - *stämmer inte alls* till 7- *stämmer helt* hur väl olika påståenden stämmer in på dem. Thompson och Zuroff uppmätte i sin ursprungliga studie en god intern konsistens på båda skalorna CSC vilket även Danielssons (2012) uppmätte i sin studie med den svenska översättningen. LOSC har i denna studie använts för att mäta konvergent validitet.

Positive and Negative Affect Scale (The PANAS Scales; Watson, Clark & Tellegen, 1988,

översatt till svenska av Högmark & Wedin, 2006). PANAS är ett självskattningsformulär som avser att mäta de två primära dimensionerna av affekter, positiv affekt (PA) och negativ affekt (NA). Formuläret omfattar 20 ord vilka beskriver positiva och negativa känslor där deltagarna ska skatta, på en skala från 1- *något eller inte alls* till 5- *i hög grad*, i vilken omfattning de upplevt respektive känsla den senaste veckan. En totalpoäng för varje delskala sammanställs. Watson et al. uppmätte i sin studie en god intern konsistens (Cronbachs alfa mellan .86 och .90 för PA och från .84 till .87 för NA). I denna studie, liksom i Magnussons (2012) studie, användes PANAS för att mäta konvergent validitet (den negativa delskalan) och diskriminant validitet (den positiva delskalan).

The Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992, svensk översättning av Öst, Stockholms universitet, 2003). QOLI avser att mäta subjektivt upplevt välbefinnande inom specifika livsområden. I den svenska versionen skattas upplevd livskvalitet inom 16 olika områden; *Hälsa, Självrespekt, Mål och värderingar, Ekonomi, Arbete, Fritid, Inläring och utveckling, Kreativitet, Hjälpa andra, Kärlek, Vänner, Barn, Anhöriga, Hem, Grannskapet och Samhället*. Respondenterna får inom varje livsområde, dels på en 3-gradig skala; 0 - *inte viktigt*, 1- *viktigt*, 2- *mycket viktigt* svara på hur viktigt området är för deras allmänna välbefinnande och dels på en 6-gradig skala mellan -3 *mycket missnöjd* till 3 *mycket nöjd* (inget 0 alternativ ges) skatta hur nöjda de är inom respektive livsområde. Vid poängberäkning räknas produkten för varje livsområde och de områden som inte skattats som viktiga utesluts. Högre poäng ger högre upplevd livstillfredsställelse. Instrumentet har visat god intern konsistens (Frisch et al., 1992). Paunovic och Öst (2004) uppmätte i en studie på en klinisk grupp med patienter med posttraumatiskt stressyndrom och en icke-klinisk grupp mycket god intern konsistens för skalan. QOLI har använts för att mäta diskriminant validitet.

Ryff's Psychological Well-Being Scales (Ryff, 1989) är ett självskattningsformulär vilket avser att mäta upplevd hälsa och välbefinnande. Formuläret är konstruerat utifrån en teoretisk modell av psykologiskt välbefinnande och omfattar sex olika dimensioner; *Självacceptans, Positiva relationer med andra, Självständighet, Förmåga att hantera vardagen, Mening i livet, Personlig utveckling*. Svaren skattas på en sex-gradig skala från "*stämmer inte alls*" till "*stämmer precis*". Den ursprungliga versionen av instrumentet med 20 påståenden per dimension har visat på en god intern konsistens. I denna studie har en förkortad version använts (Ryff & Keyes, 1995) där varje dimension innehåller tre påståenden, totalt 18 påståenden. Intern konsistens för den förkortade version ligger mellan .33 och .56 (Cronbachs alfa). En svensk översättning av Lindfors och Lundberg (2002) har använts, vilken uppfyller samma psykometriska mått som den engelska

versionen. Skalan har använts för att mäta diskriminant validitet.

Test of Self-Conscious Affect (TOSCA originalversion; Tangney, Wagner & Gramzow, 1989, svensk översättning av Sundbom, Henningsson & Holm, 2000, Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet). TOSCA består av sex olika delskalor vilka avser att mäta graden av upplevd skam, skuld, externalisering, likgiltighet/distansering samt två olika aspekter av stolthet. Respondenterna får ange hur de sannolikt skulle reagera inför 15 scenarier (10 negativa och 5 positiva) på en 5-gradig skala från 1- *inte sannolikt* till 5 - *mycket sannolikt* där varje situationsbeskrivning följs av 4-5 olika möjliga tanke-, beteende- och känslomässiga reaktioner. Av de föreslagna reaktionerna avser 15 att mäta skam, 15 att mäta skuld, 15 att mäta externalisering, 10 avser att mäta distansering, 5 mäta stolthet rörande självet och 5 avser att mäta stolthet rörande beteendet. I föreliggande studie användes delskalan skuld och skam. Tangney et al. (1989) uppmätte en intern konsistens för delskalan skuld till .68 och för skamskalan .77 (Cronbachs alfa). Strömsten, Henningson, Holm och Sundbom (2009) fann likavisande mått vad gäller intern konsistens på skam- och skuldskalan i sin psykometriska prövning av den svenska versionen av TOSCA. Skalan för skam användes för att kontrollera konvergent validitet och skuldskalan för att mäta diskriminant validitet.

Procedur

I den kliniska gruppen administrerades den svenska versionen av *The Shame Inventory* översatt till *Skaminventering* vid två olika tillfällen. Patienterna fick muntlig information av författaren eller kollega till författaren och skriftlig information (bilaga 1) innan de valde att delta. De informerades om att deltagandet var frivilligt, att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande samt att deras uppgifter skulle behandlas konfidentiellt. Skattningsformulären delades ut i samband med gruppbehandlingsbesök i fyra olika grupper vid två olika tillfällen i varje grupp. En patient valde att avbryta sitt deltagande under det första tillfället efter att ha läst frågorna. Den genomsnittliga tiden mellan skattningsstillfällena var 16 dagar.

I den icke-kliniska gruppen administrerades följande skattningsformulär; *The Experience of Shame Scale (ESS)*, *The Levels of Self-Criticism (LOSC) Scale*, *Positive and negative Affect Scale (PANAS)*, *The Quality of Life Inventory (QOLI)*, *Ryff's Psychological Well-Being Scales*, *The Shame Inventory* samt *Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)*. Vid det första tillfället administrerades *ESS*, *LOSC*, *PANAS*, *TOSCA* och *Skaminventering*. Vid det andra tillfället ingick; *LOSC*, *QOLI*, *Ryff's Psychological Well-Being Scales* och *Skaminventering*. Deltagarna fick

mundlig information av författaren eller av kollega till författaren och skriftlig information (bilaga 2) innan de valde att delta. De informerades om att deltagandet var frivilligt, att de kunde avbryta när de önskade samt att deras uppgifter skulle behandlas konfidentiellt. Skattningsformulären administrerades vid olika tillfällen av författaren eller kollega till författaren. Svaren gavs tillbaka av deltagarna direkt eller per brev. Den genomsnittliga tiden mellan skattningstillfällena var 22 dagar.

Statistisk analys

Statistiska analyser genomfördes med statistikprogrammet SPSS (version 17.0.0). Val av beräkningar har gjorts utifrån tidigare refererade studie av Magnusson (2012) i vilken den interna konsistensen för samtliga skattningsskalor mättes med Cronbachs alpha. Test-retest reliabilitet för Skaminventering mättes med Pearsons korrelationsmått. För att beräkna konvergent och diskriminant validitet användes Pearsons korrelationsmått och i beräkning med skam- och skuldskalorna på TOSCA användes även semipartialkorrelationer. För att jämföra den kliniska och den icke-kliniska gruppens värden användes oberoende *t*-test.

Resultat

Beskrivande statistik

Sammanställning av hur många personer i den icke kliniska respektive den kliniska gruppen som svarat på respektive fråga samt medelvärde och standardavvikelse för Skaminventering, delskala 1 och delskala 2 redovisas i tabell 1 respektive tabell 2.

Tabell 1. Svansfrekvens, medelvärde och standardavvikelse för respektive fråga i Skaminventering del 1, måttillfälle 1.

Fråga	Frågorna nedan handlar om skamkänslor på det hela taget som du kan uppleva.	Normalgrupp: n=107			Klinisk grupp: n=26		
		Svarsfrekvens	Medel	SD	Svarsfrekvens	Medel	SD
1	Ringa in siffran som anger <i>hur ofta</i> du vanligtvis upplever skam	107	1,41	0,67	26	2,92	0,63
2	Ringa in siffran som anger <i>styrkan eller allvarlighetsgraden</i> av skam som du vanligtvis upplever.	107	1,70	0,74	26	3,00	0,57
3	I vilken utsträckning påverkar skam din livskvalitet negativt?	107	1,10	0,84	26	2,92	0,69

Tabell 2. Svansfrekvens, medelvärde och standardavvikelse för respektive fråga i Skaminventering del 2, måttillfälle 1.

Fråga	Ett tillfälle när jag ...	Icke klinisk grupp:			Klinisk grupp:		
		Svarsfrekvens	Medel	SD	Svarsfrekvens	Medel	SD
1	Blev skrattat åt inför andra	96	1,66	1,13	26	2,77	0,95
2	Kritiserades inför andra	102	1,83	1,08	26	3,23	1,07
3	Grät inför andra	91	1,07	1,17	24	2,92	1,32
4	Ställde till en scen inför andra	74	1,85	1,06	24	2,87	0,85
5	Förlorade något viktigt	84	1,15	1,17	25	2,28	1,10
6	Hade sex med någon utan att jag ville det	23	1,87	1,36	20	2,80	1,44
7	Tvingade/pressade någon till att ha sex med mig	10	2,30	1,49	7	3,29	1,11
8	Hade en affär/ var otrogen/ var sexuellt promiskuös	30	2,37	0,96	18	3,06	1,47
9	Var sexuellt trakasserad	24	1,42	1,28	14	3,21	1,12
10	Gjorde/hotade med självmordsförsök eller skadade mig själv med vilja	9	2,67	1,41	23	2,43	1,38
11	Inte kunde svaret på en fråga jag kände att jag borde kunna	104	1,35	0,98	26	2,62	1,06
12	Blev påkommen med att säga negativa saker om andra	87	2,09	0,95	22	2,59	1,18
13	Åt för mycket eller åt onyttig/fettrik mat	100	0,86	1,05	24	2,71	1,55
14	Missade ett viktigt möte	85	1,85	1,01	25	2,76	1,23
15	Fick beröm för något jag inte hade gjort	68	1,12	0,92	21	2,33	1,20
16	Inte levde upp till en för mig mycket viktig norm	95	1,86	0,96	26	3,23	0,76
17	Inte levde upp till andras normer	93	1,17	1,04	25	2,80	1,22

18	Ljög	99	1,67	0,88	24	2,63	1,21
19	Bröt ett löfte	93	2,18	0,85	25	3,12	0,97
20	Begick ett brott	42	1,40	1,06	14	2,36	1,55
21	Visste att någon talade illa om mig bakom min rygg	86	1,26	1,26	24	2,42	1,32
22	Fick en komplimang	104	0,29	0,68	26	1,58	1,30
23	Upptäckte att någon jag brydde mig om inte kände på samma sätt	89	1,27	1,22	26	2,31	1,41
24	Fick nej på en dateförfrågan/förfrågan om att tillbringa tid med någon	71	1,31	1,25	23	2,30	1,36
25	Inte hade råd med något	94	0,52	0,79	24	1,67	1,44
26	Var långsam att lära mig något	100	1,15	1,02	26	2,62	1,20
27	Skadade någon känslomässigt	96	2,49	0,96	24	3,04	1,08
28	Skadade någon fysiskt	52	2,25	1,12	15	3,47	1,12
29	Skadade ett djur	36	2,06	1,37	8	3,25	1,16
30	Blev fysiskt eller sexuellt misshandlad	23	1,78	1,54	15	3,87	0,35
31	Såg en bild av mig själv/såg mig själv i spegeln	102	0,56	0,83	26	2,46	1,36
32	Var rädd för att göra något	98	1,14	0,96	26	2,58	1,10
33	Misslyckades på arbetet	102	1,79	2,16	25	3,12	0,73
34	Förlorade en vänskap	88	1,33	1,17	23	2,17	1,56
35	Hade fantasier om våld eller död	57	0,72	0,92	20	1,75	1,55
36	Hade sexuella/perversa fantasier	84	0,51	0,78	24	1,75	1,70
37	Svek en vän	89	2,40	0,96	22	3,05	0,84
38	Blev sviken av någon jag bryr mig om	96	1,36	1,32	26	2,42	1,65
39	Hatade en familjemedlem	43	1,26	1,33	22	2,45	1,44
40	Genomgick en abort	9	1,00	1,12	3	2,33	1,16
41	Fick en privat aspekt av mig själv blottad	80	1,69	1,03	21	2,95	1,28
(42	Jag känner skam över ...)						
43	Att inte vara i en intim relation	65	0,57	0,98	18	1,33	1,24
44	Att inte ha barn	57	0,19	0,61	17	0,65	1,17
45	Att vara homosexuell/bisexuell	24	0,29	0,69	9	0,78	1,39
46	Att känna mig oattraktiv/ful	81	0,88	1,03	26	2,81	1,30
47	Att ha en psykisk sjukdom	34	0,62	0,98	25	2,88	1,30
48	Att vara av en viss ras/etnicitet	66	0,06	0,24	15	0,27	1,03
49	Att inte ha en bra karriär	78	0,64	0,98	24	2,29	1,12
50	Att vara adopterad	18	0,06	0,24	0		

I delskala 2 hade deltagarna möjlighet att skriva ett "X" bredvid de påståenden vilka de uppfattade inte gällde dem och frågan räknades som obesvarad. Magnusson mistänkte i sin studie att i vissa fall hade deltagarna missat möjligheten att ange att situationen/beteendet/egenskapen inte gällde dem, dock visade en faktoranalys att resultatet inte påverkats nämnvärt varför dessa svar behölls. I föreliggande studie förelåg inga sådana misstankar då deltagarna uppmärksammades och påmindes extra om möjligheten att markera "X". I båda grupperna räknades fråga 42 bort då den frågar efter övrigt och deltagarna själva får skriva ner skamtriggers (här var endast ett fåtal deltagare som skrev ner egna kommentarer och dessa tillhörde samtliga den kliniska gruppen).

I den icke-kliniska gruppen låg deltagarnas medelvärden på de flesta av de 49 frågorna (82 procent) mellan 0,29 och 2,00 (varav 33 procent av påståenden hade ett medelvärde under 1,00), på 18 procent av frågorna låg medelvärdet mellan 2,00 och 2,50. Inte på något påstående hade deltagarna i den icke-kliniska gruppen ett medelvärde över 2,50. Resultatet för den kliniska

gruppens skattningar visade att medelvärdena för samtliga frågor låg mellan 2,0 och 3,5. På över hälften av frågorna (55 procent) låg medelvärdet över 2,50 och på 16 procent av frågorna låg medelvärdet under 2,0. På en av frågorna (nr 30) vilken lyder ”Blev fysiskt eller sexuellt misshandlad” hade över hälften av deltagarna, 58 procent, svarat att de upplevt någon grad av skam och medelvärdet låg över 3,5 ($M=3,87$, $SD=0,35$). På samma fråga svarade, i den icke-kliniska gruppen, 21 procent att de upplevt någon grad av skam (resten att det inte gällde dem) och medelvärdet låg på 1,78 ($SD=1,54$). Övriga frågor där medelvärdet låg över 3,00 i den kliniska gruppen handlade om att bli kritiserad inför andra, misslyckas på arbetet, bryta ett löfte, inte leva upp till en för personen viktig norm, vara otrogen, bli sexuellt trakasserad, skada någon känslomässigt eller fysiskt samt skada ett djur. På samtliga frågor låg den kliniska gruppens medelvärden högre undantaget fråga (nr 10) vilken handlar om upplevelse av skam inför att ha gjort eller hotat med självmordsförsök eller skadat sig själv med vilja vilket låg något lägre i den kliniska gruppen ($M=2,43$, $SD=1,38$) där 23 av 26 av deltagarna svarat. Svarsfrekvensen i den icke-kliniska gruppen var 9 av 107 deltagare och medelvärdet var 2,67 ($SD=1,41$).

Sammantaget skiljde sig svarsfrekvensen åt i de båda grupperna, med generellt fler deltagare som skattade någon grad av skam på fler frågor i den kliniska gruppen. I denna grupp skattade mer än 80 procent eller fler någon grad av skam på 73 procent av frågorna medan motsvarande siffra i den icke-kliniska gruppen var drygt 45 procent. I den kliniska gruppen var det 2 procent av påståendena som hade en svarsfrekvens på under 25 procent medan motsvarande siffra i den icke-kliniska gruppen var 16 procent.

Köns- och åldersskillnader

I Rizvis (2010) studie uppmättes en signifikant medelvärdesskillnad mellan män och kvinnor på Skaminventering hela skalan vilket inte Magnusson fann se i sin studie. Inte heller i denna studie kunde en signifikant skillnad mellan mäns och kvinnors medelvärde (1,21 respektive 1,33) i den icke-kliniska gruppen uppmätas på Skaminventering totalt eller någon av delskalorna.

Magnusson (2012) fann dock i sin studie en signifikant skillnad utifrån åldersindelning med ett högre medelvärde för en yngre åldersgrupp (0-29 år) jämfört med en äldre åldersgrupp (30-60 år) för Skaminventering hela skalan och för delskala 2.

I denna studie gjordes en uppdelning i två åldersgrupper vilka medelvärden jämfördes (tabell 3).

Tabell 3. Medelvärde, standardavvikelse och jämförelse mellan medelvärde (oberoende *t*-test) per åldersgrupp i den icke-kliniska gruppen.

	Ålder 19-33år (52personer) Medel (SD)	Ålder 34-72år (55personer) Medel (SD)	<i>t</i>	Sig. (2-tailed)
Skaminventering – Totalt	1,37 (0,49)	1,17 (0,57)	2,01	,047*
Skaminventering – Del 1	1,51 (0,61)	1,31 (0,65)	1,62	,109
Skaminventering – Del 2	1,37 (0,50)	1,15 (0,58)	2,05	,043*

* $p < 0,05$

I tabell 3 kan man se att resultatet i denna studie kunde bekräfta en signifikant skillnad avseende totalpoäng på hela skalan $t(105) = 2,01$ $p < 0,05$ och resultatet på delskala 2, $t(105) = 2,05$ $p < 0,05$, med ett högre medelvärde för en yngre grupp (19-33 år) jämfört med en äldre grupp (34-72 år).

Kliniska gruppen/icke-kliniska gruppen

För att jämföra den icke kliniska gruppens medelvärde ($M=1,27$, $SD=.54$) och den kliniska gruppens ($M=2,55$, $SD=.61$) på Skaminventering användes ett oberoende *t*-test (tabell 4).

Tabell 4. Medelvärde, standardavvikelse och jämförelse mellan medelvärden (oberoende *t*-test) hos icke klinisk grupp och klinisk grupp på Skaminventering.

	Icke klinisk grupp (n=107) Medel (SD)	Klinisk grupp (n=26) Medel (SD)	<i>t</i>	Sig. (2-tailed)
Skaminventering – Totalt	1,27 (0,54)	2,55 (0,61)	10,65	,000**
Skaminventering – Del 1	1,40 (0,64)	2,95 (0,51)	11,51	,000**
Skaminventering – Del 2	1,26 (0,55)	2,53 (0,63)	10,21	,000**

** $p < 0,01$

Som framgår i tabell 4 fanns det en skillnad mellan de båda grupperna på hela skalan och de båda delskalorna där den kliniska gruppen skattade signifikant högre.

Skaminventering hela skalan, $t(131) = 10,65, p < 0,01$, Skaminventering del 1, $t(131) = 11,51, p < 0,01$ samt Skaminventering del 2, $t(131) = 10,21, p < 0,01$.

Reliabilitet

Intern konsistens beräknades för Skaminventering totalt och respektive delskala utifrån resultatet från mättillfälle 1 (tabell 5). För att mäta Skaminventerings stabilitet över tid korrelerades deltagarnas skattningar från de båda mättillfällena. Test-retest reliabilitet för hela gruppen presenteras i (tabell 5), för den icke-kliniska gruppen (tabell 6) och den kliniska gruppen (tabell 7).

Tabell 5. Medelvärden och standardavvikelse från båda mättillfällena för hela gruppen samt värden för intern konsistens mätt med Cronbachs alfa och test-retest mätt med Pearsons r .

	Medelvärde (SD) Mättillfälle 1 (133 personer)	Medelvärde (SD) Mättillfälle 2 (112 personer)	Intern konsistens Mättillfälle 1	Test-retest
Skaminventering – totalt	1,52 (0,75)	1,52 (0,79)	,89	,93**
Skaminventering – del 1	1,71 (0,87)	1,73 (0,83)	,80	,92**
Skaminventering – del 2	1,50 (0,75)	1,50 (0,80)	,89	,92**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Den interna konsistensen var god för Skaminventering totalt och för delskalorna och ingen enskild fråga påverkade det enskilda alfavärdet. Värdena för intern konsistens är likvärdiga med vad Magnusson (2012) uppmätte i sin studie med Cronbachs alfa på Skaminventering totalt och de båda delskalorna. Rizvi (2010) uppmätte samma värde för delskala 1, något lägre värden för hela skalan .84 och .83 för delskala 2.

Som visas i tabell 5 visade test-retest på en god stabilitet över tid, bortfallet av 21 deltagare från första till andra mättillfället var samtliga i den icke kliniska gruppen, samtliga deltagare i den kliniska gruppen genomförde skattningarna vid båda tillfällena. Värdena för test-retest är något högre än värdena från Magnusson studie. Rizvi presenterade i sin studie endast test-retest för hela skalan .85 mätt med Spearman-Brown.

Tabell 6. Medelvärden och standardavvikelse från båda mättillfällena för den icke kliniska gruppen samt värden för intern konsistens mätt med Cronbachs alfa och test-retest mätt med Pearsons r .

	Medelvärde (SD) Mättillfälle 1 (107 personer)	Medelvärde (SD) Mättillfälle 2 (86 personer)	Intern konsistens Mättillfälle 1	Test-retest
Skaminventering – totalt	1,27 (0,52)	1,23 (0,53)	,89	,86**
Skaminventering – del 1	1,40 (0,62)	1,21 (0,59)	,80	,84**
Skaminventering – del 2	1,26 (0,54)	1,41 (0,57)	,89	,85**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

I tabell 6 presenteras värden för den icke-kliniska gruppen och test-retest visade på en god stabilitet för samtliga skalor, Skaminventering totalt och delskala 1 och 2 i den icke-kliniska gruppen. Värdena är samstämmiga med värdena från Magnussons studie, Rizvi (2010) presenterade, som tidigare nämnts endast värdet för hela skalan .85 i sin studie.

Tabell 7. Medelvärden och standardavvikelse från båda mättillfällena för den kliniska gruppen samt värden för intern konsistens mätt med Cronbachs alfa och test-retest mätt med Pearsons r .

	Medelvärde (SD) Mättillfälle 1 (26 personer)	Medelvärde (SD) Mättillfälle 2 (26 personer)	Intern konsistens Mättillfälle 1	Test-retest
Skaminventering – totalt	2,55 (0,52)	2,51 (0,53)	,83	,92**
Skaminventering – del 1	2,95 (0,62)	2,79 (0,59)	,72	,88**
Skaminventering – del 2	2,53 (0,54)	2,49 (0,57)	,83	,91**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Ingen av deltagarna i den kliniska gruppen avbröt sitt deltagande och som framgår i tabell 7 visade test-retest visade på en god stabilitet över tid för Skaminventering totalt och delskala 1 respektive 2 (Rizvis värden presenterats vid tabell 5 och tabell 6).

Validitet

För att undersöka korrelationer mellan de olika skalorna i Skaminventering beräknades Pearsons korrelationsmått.

Tabell 8. *Korrelationer inom Skaminventering mätt med Pearsons r. Värden från Magnussons (2012) studie står inom parentes.*

	Skaminventering Totalt	Skaminventering Del 1	Skaminventering Del 2
Skaminventering Del 1	,83** (.91)	1	
Skaminventering Del 2	,98** (.88)	,79** (.59)	1

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabell 8 visar att de båda delskalorna korrelerade mycket högt med den totala skalan, delskala 1 .83 och delskala 2 .98. Korrelationen mellan de båda delskalorna var även den hög. Magnusson (2012) uppmätte i sin studie något lägre värden speciellt vad gäller korrelationen mellan de båda skalorna .59.

Konvergent validitet beräknades genom att korrelera Skaminventering hela skalan och de båda delskalorna med andra skalor vilka avser att mäta skam eller skamrelaterade begrepp. Data från mätillfälle 1 användes från den icke kliniska gruppen ($n=107$).

Tabell 9. *Konvergent validitet mätt med Pearsons r. Magnussons (2012) värden inom parentes.*

Skattningsskala	Skaminventering Totalt	Skaminventering Del 1	Skaminventering Del 2
LOSC - Totalt	,60** (.77)	,69** (.71)	,57** (.65)
LOSC - CSC	,46** (.66)	,62** (.66)	,43** (.51)
LOSC - ISC	,62** (.73)	,64** (.63)	,59** (.67)
ESS - Totalt	,65** (.77)	,74** (.73)	,60** (.64)
ESS - Karaktär	,54** (.71)	,72** (.72)	,50** (.53)
ESS - Beteende	,69** (.75)	,71** (.68)	,65** (.66)
ESS - Kropp	,47** (.53)	,46** (.48)	,44** (.47)
TOSCA - Skam	,63** (.60)	,50** (.45)	,62** (.63)
PANAS - Negativ	,40** (.59)	,61** (.64)	,36** (.40)

Not: LOSC - The Levels of Self-Criticism Scale; ESS - Experience of Shame Scale; TOSCA- Test of Self-Conscious Affect; PANAS- Positive and Negative Affect Scale, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Som framgår av tabell 9 korrelerade Skaminventering totalt respektive de båda delskalorna moderat

till högt med andra skamrelaterade skalor. Samtliga korrelationer var signifikanta, dock var de generellt något lägre än uppmätta värden från Magnussons studie.

Diskriminant validitet undersöktes genom att korrelera Skaminventering totalt och de båda delskalorna med skalor vilka avser att mäta skuld, positiv affekt, välbefinnande och livskvalitet. Data från mättillfälle 1 användes från den icke kliniska gruppen (n=107).

Tabell 10. *Diskriminant validitet mätt med Pearsons r. Magnussons (2012) värden står inom parentes.*

Skattningsskala	Skaminventering Totalt	Skaminventering Del 1	Skaminventering Del 2
TOSCA - Skuld	,48** (.34)	,28** (.17)	,47** (.44)
PANAS – Positiv	-,09 (-,02)	,06 (.01)	-,06 (-,05)
QOLI	-,23* (-,24)	-,39** (-,33)	-,18 (-,07)
Ryff - Totalt	-,05 (-,27)	-,16 (-,37)	-,03 (-,09)
Ryff – Hantera vardagen	-,11 (-,38)	-,27* (-,47)	-,10 (-,18)
Ryff – Självacceptans	-,16 (-,19)	-,28 **(-,22)	-,14 (-,11)
Ryff – Positiva relationer	,25 (-,31)	-,19 (-,43)	-,02 (-,09)
Ryff – Mening i livet	-,04 (-,01)	-,05 (-,04)	-,04 (.04)
Ryff – Personlig utveckling	,14 (.22)	,03 (.18)	,14 (.20)
Ryff - Självständighet	-,11 (-,28)	-,30** (-,33)	-,08 (-,16)

Note: TOSCA- Test of Self-Conscious Affect; PANAS-Positive and Negative Affect Scale; QOLI-Quality of Lifeinventory; Ryff- Ryff's Psychological Well-Being scales, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Tabell 10 visar att Skaminventering korrelerade negativt eller icke signifikant med utvalda skalor. Som framgår av tabellen korrelerade Skaminventering totalt och de båda delskalorna signifikant med TOSCA-Skuld.

I beräkningarna av konvergent och diskriminant validitet med skam- och skuldskalorna på TOSCA använde Rizvi semipartialkorrelationer i sin originalstudie. Resultaten visade en signifikant korrelation på .50 ($p<.001$) mellan Skaminventeringen och TOSCA-skam och en icke-signifikant korrelation .06 ($p<.001$) med TOSCA-skuld. Motsvarande beräkningar i den här studien gav liknande resultat med en signifikant korrelation på .40 ($p<.001$) mellan Skaminventeringen och TOSCA-skam och en icke-signifikant korrelation .15 med TOSCA-skuld.

Diskussion

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att göra en psykometrisk prövning av det nyligen översatta självskattningsformuläret Skaminventering, dels genom att utöka en redan befintlig icke klinisk grupp från en tidigare studie av Magnusson (2012) och dels genom att inkludera en klinisk grupp och pröva instrumentets förmåga att differentiera mellan denna och den icke-kliniska gruppen.

Resultatet från studien visar att Skaminventering har goda psykometriska egenskaper och bekräftar resultatet från tidigare svenska utvärdering av formuläret. Den interna konsistensen är hög och ingen enskild fråga bedöms påverka det totala alfavärdet. I hela gruppen, den icke-kliniska och den kliniska gruppen uppmättes signifikanta värden på test-retest och instrumentet bedöms ha en god reliabilitet över tid.

Skaminventering totalt och de två delskalorna uppvisar en moderat till stark korrelation med andra instrument vilka avser att mäta olika aspekter av skam och ingen eller negativ korrelation med instrument vilka avser att mäta positiv affekt, välbefinnande och livskvalitet. Skaminventering korrelerade dock även signifikant positivt med TOSCA-Skuld när beräkningar utfördes med Pearsons korrelationsmått. En icke-signifikant korrelation uppmättes dock när TOSCA-måttet på skam kontrollerats för med hjälp av semipartialkorrelationer. Som Rizvi (2010) och Tangney och Dearing (2002) påpekar visar tidigare forskning på att mått på skam och skuld korrelerar relativt högt.

Mönstret i hur Skaminventering totalt och de två delskalorna korrelerar med övriga skalor överensstämmer i stort med resultaten från vad Magnusson fann i sin studie. Delskala 1 korrelerar högre än delskala 2 med samtliga andra skalor vilka avser att mäta skam undantaget TOSCA-Skam där delskala 2 korrelerar högre. Magnusson drog slutsatsen att, eftersom TOSCA-Skam anses mäta generaliserad skam och inte händelsespecifik skam, tycks delskala 2 snarare mäta en generell skambenägenhet och inte skam som respons på specifika situationer. I överensstämmelse med Magnussons studie korrelerar delskala 1 högre med PANAS-Negativ .61 jämfört med delskala 2 .36, vilket kan bekräfta att delskala 1 mäter negativt känslotillstånd (PANAS avser att mäta de två dimensionerna positiv affekt och negativ affekt) och att denna negativa emotion kan antas vara skam.

Teoretiskt och i forskning har det varit och är fortfarande svårt att differentiera skam från

skuld och andra negativa emotioner liksom det är svårt att mäta skam och dess olika aspekter. Hur skilja mellan global (som delskala 1 enligt Rizvi ska mäta), och händelsespecifik skam (som delskala 2 ska mäta enligt Rizvi) från generaliserad intern skam som Magnusson menar att delskala 2 tycks mäta? I denna studie framkommer att Skaminventering korrelerar signifikant positivt till andra mätinstrument vilka avser att mäta olika aspekter av skam liksom till negativ affekt, självkritik och signifikant negativt till mätinstrument som mäter positiv affekt, välbefinnande och livskvalitet.

I studien framkommer, som i tidigare svenska studie, köns- och ålderskillnader i medelvärden på Skaminventering totalt och på delskalorna. Skillnaden mellan könen är dock inte signifikant (vilket Rizvi fann i sin studie). Medelvärdeskillnaden mellan de två olika åldersgrupperna (19-33 år respektive 34-72 år) som den icke-kliniska gruppen delades in i, är dock signifikant med högre medelvärde för den yngre åldersgruppen vilket överensstämmer med Magnussons resultat. I flera forskningsstudier tas frågan om könsskillnader upp och att kvinnor generellt skulle skatta högre grad av skam jämfört med män vilket inte har bekräftats i denna studie. Resultatet pekar snarare på att hänsyn bör tas utifrån åldersgrupp, med en tendens att yngre personer förefaller uppleva högre grad av skam.

För att försöka förstå Skaminventerings relativt höga korrelation med TOSCA-Skuld i sin studie gjorde Magnusson en analys av 11 frågor, vilka efter genomläsning bedömdes kunna mäta skuld lika väl som skam. Frågorna sammanställdes i en skuld-skala och testades mot TOSCA-Skuld vilket dock endast visade på en marginell ökning av korrelationen till TOSCA-Skuld. Något förvånande var dock att denna 11 frågors ”skuldskala” korrelerade betydligt lägre eller inte alls med övriga skalor avsedda att mäta skam. Som påpekats har tidigare forskning visat på relativt höga korrelationer mellan skam- och skuldmått och när TOSCA-måttet på skam kontrollerats för framkom vid beräkning med semipartialkorrelationer inte längre någon signifikant korrelation till TOSCA skuldskalan.

Jämförelse mellan den icke-kliniska och kliniska gruppen

Jämförelser mellan den kliniska och icke-kliniska gruppen visar på skillnader i samtliga skalor i Skaminventering och medelvärdeskillnaderna är signifikanta för samtliga delskalor $p < 0,01$. Den icke-kliniska gruppen skattade på Skaminventering totalt i genomsnitt 1,27 (SD 0,54), delskala 1 (M=1,40, SD=0,64) och delskala 2 (M=1,26, SD=0,55) medan den kliniska gruppens medelvärden på Skaminventering totalt var 2,55 (SD=0,61) och på delskalorna 2,95 (SD=0,51

respektive 2,53 (SD=0,63). Skaminventering visar därmed en god förmåga att differentiera mellan en icke-klinisk och en klinisk grupp vad gäller att mäta skam. Rizvi (2010) uppmätte också signifikanta skillnader mellan två kliniska grupper och en kontrollgrupp med de högsta värdena på Skaminventering för gruppen med patienter med borderline personlighetsstörning följt av gruppen med tvångsmässig personlighetsstörning. En uppdelning i olika undergrupper utifrån diagnos inom den kliniska gruppen har inte genomförts i denna studie.

I analysen av och jämförelsen mellan den icke-kliniska och kliniska gruppen framkommer att den kliniska gruppen generellt skattar högre värden på de olika frågorna/påståendena på skalan *0-ingen skam* till *4-extrem skam* och har en högre svarsfrekvens på frågorna (färre av deltagarna i denna grupp valde att kryssa i alternativet "X" vilket indikerade "gäller inte mig" eller skattade 0 – ingen skam). Den kliniska gruppens medelvärde låg högre på samtliga frågor förutom på en fråga vilken gällde upplevelse av skam inför suicidförsök/suicidhot och självskadebeteenden. Sammantaget upplever deltagarna i den kliniska gruppen högre grad av skam globalt/på det hela taget (frekvens, intensitet och negativ påverkan på livskvaliteten) men också generellt inför fler händelser/situationer och i dessa situationer en högre grad av skam.

Sammanfattningsvis så kan slutsatsen från Magnussons (2012) studie, att Skaminventering utgör ett viktigt tillägg till andra skammätninginstrument och att instrumentet har sin plats både i forsknings- och i kliniska sammanhang bekräftas. Denna studie styrker att instrumentet differentierar väl mellan en klinisk och icke-klinisk grupp. Den första delen av instrumentet belyser skammens mer allmänna påverkan på en individs upplevelse av skam; frekvens, intensitet och inverkan på livskvalitet medan den andra delen av instrumentet mäter en individs benägenhet att uppleva skam inför och intensiteten i skammen i specifika situationer. I kliniska sammanhang och i behandlingskontakter kan instrumentet öppna upp för ett samtal med patienten om skam och underlätta en gemensam utvärdering.

Metod

Deltagarna i den kliniska gruppen rekryterades från författarens arbetsplats och vissa av deltagarna har författaren själv träffat i färdighetsträningsgrupp i rollen som färdighetstränare, vilket kan ha påverkat deras benägenhet att delta och hur de svarade. För att försöka minimera denna eventuella påverkan var det en kollega till författaren som stod för att administrera och avkoda formulären. Flera av deltagarna uttryckte uppskattning över att delta och samtliga i den kliniska gruppen fullföljde sitt deltagande. Viktiga reflektioner från några av deltagarna rör upplevelser

utifrån ett mer genusperspektiv, som exempelvis skam i relation till könsroller och skam i rollen som förälder, vilket ingen av frågorna tar upp (dock ges denna möjlighet i fråga 42 där deltagarna kan beskriva annat som de upplever skam inför). Deltagarnas reflektioner belyser att skam ofta kan vara kopplat till personliga erfarenheter och situationer vilket Rizvi (2010) försöker fånga in med frågorna i delskala 2 i *The Shame Inventory*.

Deltagarna i den kliniska gruppen var diagnosticerade av olika behandlare på den öppenpsykiatriska mottagningen vid olika tillfällen. Ingen extra bedömning avseende diagnostisering gjordes inför deltagandet i studien, varför en viss osäkerhet kring tillförlitlighet i deltagarnas diagnoser bör beaktas. Samtliga deltagare i denna grupp hade en pågående behandlingskontakt på den öppenpsykiatriska mottagningen där författaren arbetar. Behandlingarna var av olika slag och hade pågått under olika tidsperioder vilket kan ha påverkat deltagarnas grad av skam. Några av deltagarna gick i Dialektisk beteendeterapi och några av dem hade fått speciella interventioner/färdigheter för att hantera skam. Den kliniska gruppen skattar dock signifikant högre på Skaminventering totalt och upplever i högre grad skam på den första delskalan och inför flertalet situationer i delskala 2.

Den icke-kliniska gruppen bestod dels av en redan befintlig grupp från Magnussons (2012) studie (73st) och de övriga (34st) rekryterades från författarens sociala nätverk och från PTP-programmet i Västra Götalandsregionen. Dessa deltagare var endast män för att få en jämn könsfördelning, vilket inte var fallet i Magnussons studie där var 54 kvinnor och 19 var män. Flertalet av de 34 deltagarna i gruppen var författaren inte bekant med och deras svar bedöms i hög utsträckning vara tillförlitliga. Resultatet från båda grupperna visar på en god reliabilitet avseende skattningarnas stabilitet över tid.

På delskala 2 påmindes deltagarna muntligt eller skriftligt om möjligheten att sätta "X" på de frågor som inte gällde dem efter att några av de första deltagarna frågat extra om just denna instruktion i formuläret. Rekommendation är att i översättningen förtydliga denna beskrivning, samt specifikt att möjligheten att markera med "X"-även gäller de sista sju frågorna som avser skamupplevelser av en mer global karaktär.

Skam och psykopatologi

Skamforskning ett område som fortfarande omges med en rad obesvarade frågor och mycket empiriskt arbete kvarstår för att klargöra dessa frågor. I senare tids forskning förefaller det som att alltfler forskare betraktar skam som en maladaptiv emotion. Skam kopplas till intrapsykiska och

interpersonella svårigheter samt till en rad olika psykopatologiska tillstånd. Skam har visat sig ha betydelse för uppkomst och vidmakthållande av psykisk ohälsa och vissa forskare menar att tidiga skamerfarenheter i barndomen kan anta karaktären av traumaminnen och komma att bli centrala för individens identitet och livshistoria. Skuld har däremot kommit att beskrivas och framstå som en alltmer funktionell emotion. I linje med denna utveckling framkommer behovet av att tydligt särskilja dessa båda emotioner och utveckla mätinstrument som möter detta behov.

Skam tycks även vara en central komponent vid olika typer av personlighetsstörningar och specifikt vid borderline personlighetsstörning. Forskare inom detta område (se ex. Crowe, 2004; Linehan, 1993) menar att skam har en betydande påverkan för uppkomsten av de svårigheter som är förknippade med diagnosen och vidmakthållande av symtomen såsom ex. suicid- och självskadebeteenden och behöver explicit fokuseras och arbetas med i behandling med denna patientgrupp.

Avslutande reflektioner

De båda självmedvetna emotionerna skam och skuld är mångfacetterade begrepp som är svåra att särskilja och mäta vilket tydligt kan skönjas i forskningslitteraturen. Glädjande är att dessa emotioner kommit att uppmärksammas och att en ökad kunskap och förståelse har börjat växa fram för hur de, framförallt skam, påverkar oss och våra relationer negativt. Skam framstår mer och mer som en förödande upplevelse med en betydande inverkan på psykisk ohälsa. Flera forskare belyser även skammens negativa inflytande på den terapeutiska relationen och verkan för psykoterapeutisk behandling. Skam leder till en önskan att dölja och dra sig undan, vilket försvårar relationen till terapeuten och kan leda till att terapin avbryts i förväg. Något som flera forskare belyser är därför vikten av att i psykoterapeutisk behandling specifikt fokusera och arbeta med skam för att möjliggöra och uppnå god behandlingseffekt. Utifrån denna aspekt framstår behovet av valida och reliabla mätinstrument som betydande och avgörande.

Den ursprungliga versionen av Skaminventering, *The Shame Checklist*, utvecklades utifrån ett kliniskt behov av att mäta skam i specifika och för individen idiografiska situationer samt att utvärdera en behandlingsintervention för skam på en grupp patienter med borderline personlighetsstörning (Linehan & Rizvi, 2005). I utformandet av och användandet av skammättningsinstrument framträder den begreppsförvirring som råder inom skamforskning och svårigheten att definiera skam och dess olika aspekter. Det är tilltalande att ett självskattningsformulär utvecklats utifrån ett specifikt behov i en klinisk kontext och Skaminventering bedöms kunna utgöra ett

värdefullt bidrag till andra mätinstrument med avsikt att mäta skam och ett användbart instrument för utvärdering av behandling, även om en osäkerhet kring vilka olika aspekter av skam som instrumentet exakt mäter kvarstår. Magnusson (2012) menade att man, även om delskala 2 inte kan antas mäta händelsespecifik skam tycks Skaminventering mäter olika aspekter av skam och då skam globalt och generaliserad intern skam. En fråga som då uppstår är hur kan dessa två aspekter tydligt särskiljas och huruvida det meningsfullt att skilja dem åt? Kanske räcker det att konstatera att om en individ ofta upplever en hög grad av skam i ett flertal situationer och inför ett flertal händelser så kan den skammen betraktas som maladaptiv och kommer påverka personens livskvalitet negativt och behöver fokuseras i en eventuell behandling. I ett sådant sammanhang bedöms Skaminventering kunna utgöra ett användbart instrument vilket i kliniska sammanhang kan bidra bland annat med att tydliggöra behandlingsutfall.

En begränsning i denna studie är att skammens koppling till negativ självvärdering och självkritik inte har belysts närmare även om detta samband delvis nämnts i olika beskrivningar i texten och självskattningsformuläret The Levels of Self-Criticism Scale (LOSC) vilket avser att mäta olika former av självkritik har använts för att pröva konvergent validitet. Olika forskare har visat på skammens koppling till psykopatologi generellt och specifikt till depression, en koppling som även gjorts till negativ självvärdering och självkritik. Tydligt är att upplevelsen av skam innefattar en negativ värdering av hela självet (Lewis, 1971) och kännetecknas av starkt självkritiska tankar (Tangney & Dearing 2002).

I studien saknas ett kulturellt perspektiv och skammens roll i olika kulturer har inte belysts vilket är ytterligare en begränsning. Man kan anta att det i olika kulturer skapas specifika händelser som genererar skam men även generella sådana som vi de flesta kulturer kan känna igen oss i. Kanske fångar Gilberts (1998) beskrivning av skammens ”kärna” en universell upplevelse när han skriver ”Shame is about being in the world as an undesirable self, a self one does not wish to be. Shame is an involuntary response to an awareness that one has lost status and is devalued” (s. 30).

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S., & Kik, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 69-73.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002) Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 29-42.
- Berntsen, D., & Rubin, D.C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology, 21*, 417-431.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion 2A in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 499-509.
- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi modal analysis. *Behavior Research and Therapy 47*, 815-822.
- Crowe, M. (2004) Never good enough, Part 1: Shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*, 327-334.
- Danielsson, G. (2012). *En psykometrisk utprovning av The Levels of Self-Criticism Scale (LOSC)*. Psykoterapeutexamensuppsats, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review, 99*, (3), 550-555.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment, 4*, 92-101.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. I P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. A biopsychosocial approach. I J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions:*

- Theory and research* (pp. 283-309) New York: Guilford Press.
- Gilbert, P., & McGuire, M. T. (1998). Shame, status and social roles: Psychobiology and evolution. I P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 99-125). New York: Oxford University Press.
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303-316.
- Gruenewald, T. L., Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2007). A social function for self-conscious emotions: The social self-preservation theory. I J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions. Theory and research* (pp. 91-113) New York. Guilford Press.
- Hawes, D. J., Helyer, R., Herlianto, E. C., & Willing, J. (2013) Borderline personality features and implicit shame-prone self-concept in middle childhood and early adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 42, (3), 302-308.
- Holmes, E.A., Grey, N. & Young, K. (2005). Intrusive images and 'hotspots' of trauma memories in posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 3-17.
- Högmark, M., & Wedin, H. (2006). *Prevention av psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar genom Dialektisk färdighetsträning. En randomiserad kontrollerad studie baserad på DBT.* Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, Institutionen för Psykologi.
- Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescent* (28) 325-341.
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99, (3), 561-565.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011) Shame, guilt, and depressive symptoms: A Meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137, 68-96.
- Lagutta, K. H., & Thompson, R. A. (2007). The development of self-conscious emotion: Cognitive processes and social influences. I J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions. Theory and reserach* (pp. 91-113) New York. Guilford Press.
- Lester, D. (1998). The association of shame and guilt with suicidality. *The Journal of Social Psychology*, 138, 535-536.
- Lindfors, P., & Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress*

and health, 18,153-160. doi: 10.1002/smi.942

- Lindsay-Hartz, J., De Rivera, J., & Mascolo, M. F. (1995). Differentiating guilt and shame and their effects on motivation. I J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 274-299) New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, M. (2007). Self-conscious emotional development. I J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds). *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 134-149) New York: Guilford Press.
- Magnusson, Å. (2012). *Skaminventering. Resultatet av ett lyckat möte mellan forskning och klinisk verksamhet*. Psykoterapeutexamensuppsats, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 299-321.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2012) Above and beyond emotional valance: The unique contribution of central and traumatic shame memories to psychopathology vulnerability. *Memory, 20* (5), 461-477 doi: 10.1080/09658211.2012.680962
- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*, 1608-1619.
- Paunovic, N. & Öst, L. G. (2004). Clinical validation of the Swedish version of the quality of life inventory in crime victims with posttraumatic stress disorder in a nonclinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 15-21.
- Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2011). Can shame become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology, 25*, 281-290.
- Rizvi, S. L. (2010). Development and preliminary validation of a new measure to assess shame: The Shame Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*, 438-447.
- Rizvi, S. L. & Linehan, M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of "opposite action". *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 437-447.
- Rizvi, S. L., Brown, M. Z., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2011). The role of shame in the development and treatment of borderline personality disorder. I R.L. Dearing & J.P. Tangney (Eds.), *Shame in therapy hour* (pp) 237-260). Washington DC: American

Psychological Association.

- Rusch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Kuhler, T., Jacob, G. A., & Lieb, K. L. (2007a) The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*, 537-539.
- Rusch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H, et al., (2007b). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 500-508.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 719-727.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2010). Shame aversion and shame-proneness in cluster C personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 197-205.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012a). Aversion and proneness to shame in self- and informant-reported personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*, 294-304.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012b). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*, 433-446.
- Strömsten, L. J., Henningson, M., Holm, U., & Sundbom, E. (2009). Assessment of self-conscious emotions: A Swedish psychometric and structure evaluation of the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA). *Scandinavian Journal of Psychology*, *50*, 71-77.
- Tantam, D. (1998). The emotional disorders of shame. I P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp.161-175). New York: Oxford University Press.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. I J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 114-139). New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behavior Research and Therapy*, *34*, 741-754.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: The Guilford Press
- Tangney, J.P., & Fisher, K. W. (1995). Self-conscious emotions and the affect revolution:

- Framework and overview. I J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 3-22). New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A., & Wagner, P. E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. I J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343-367). New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). The Test of Self-Conscious Affect (TOSCA). Fairfax. George Mason University.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 469-47.
- Thompson, R., & Berenbaum, H. (2006) Shame reactions to everyday dilemmas are associated with depressive disorder. *Cognitive Therapy and research*, 30, 415-425.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The levels of Self-Criticism Scale: comparative self criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36,419-430.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A Theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). The self in self-conscious emotions: A cognitive appraisal approach. I J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 3-20) New York: Guilford Press.
- Troop, N. A., Allan, S., Serphall, L., & Treasure, J. L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(6), 480-488.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., & Colburn, T. A. (2007) Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31,1143-1153.
- Wiklander, M., Samuelsson, M., Jokinen, J., Nilsonne, Å., Wilcek, A., Rylander, G., & Åsberg, M. (2012). Shame-proneness in attempted suicide patients. *BMC Psychiatry* 12:50. Hämtad från <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/50>

Information om studien

Studiens syfte är utvärdera ett formulär som avser att mäta skam. Om resultatet av studien är tillfredställande kommer formuläret att användas i ett större projekt på Lunds Psykologiska Institution vars syfte är att vidareutveckla terapimetoder för depression. Studien är en del av ett uppsatsarbete på psykoteraeutprogrammet på Lunds universitet.

Studien kommer att ske vid två tillfällen med en till två veckors mellanrum. Tiden per tillfälle uppskattas till mellan 5-10 minuter. Din uppgift blir att fylla i ett självskattningsformulär. Det är av stor vikt att du kan delta vid båda tillfällena.

Ditt deltagande i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan. Dina svar behandlas konfidentiellt. Du ska därför inte skriva ditt namn någonstans på något frågeformulär. Det kommer att stå ett kodnummer på de frågeformulär Du besvarar. Detta behövs för att det ska vara möjligt att jämföra Dina svar på de första frågeformulären med Dina svar på de frågeformulär som Du kommer att få besvara vid det andra tillfället.

Inga enskilda personer kommer att kunna identifieras utifrån de resultat som presenteras.

Tack för din medverkan!

Jag har tagit del av den ovan givna informationen om studien och har förstått vad det innebär att delta. Jag ger här mitt samtycke till att delta i studien

Datum: _____

Namn: _____

Namnförtydligande: _____

Födelseår: _____

Kodnummer: _____

Ansvarig för studien

Tina Camitz
Psykoteraeutprogrammet
Lunds universitet
tina.camitz@gmail.com

Handledare

Gardar Viborg
Universitetslektor
Lunds universitet
gardar.viborg@psychology.lu.se

(Bilaga 2)

Information om studien

Studiens syfte är att utvärdera ett formulär som avser att mäta skam. Om resultatet av studien är tillfredställande kommer formuläret att användas i ett större projekt på Lunds Psykologiska Institution vars syfte är att vidareutveckla terapimetoder för depression. Studien är en del av ett uppsatsarbete på psykoterapeutprogrammet på Lunds universitet.

Studien kommer att ske vid två tillfällen med en till två veckors mellanrum. Tiden per tillfälle uppskattas till ca 20 minuter. Din uppgift blir att fylla i ett antal självskattningsformulär. Det är av stor vikt att du kan delta vid båda tillfällena.

Ditt deltagande i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan. Dina svar behandlas konfidentiellt. Du ska därför inte skriva ditt namn någonstans på något frågeformulär. Det kommer att stå ett kodnummer på de frågeformulär Du besvarar. Detta behövs för att det ska vara möjligt att jämföra Dina svar på de första formulären med Dina svar på de formulären som Du kommer att få besvara vid det andra tillfället.

Inga enskilda personer kommer att kunna identifieras utifrån de resultat som presenteras.

Tack för din medverkan!

Jag har tagit del av den ovan givna informationen om studien och har förstått vad det innebär att delta. Jag ger här mitt samtycke till att delta i studien

Datum: _____

Namn: _____

Namnförtydligande: _____

Födelseår: _____

Kodnummer: _____

Ansvarig för studien

Tina Camitz
Psykoterapeutprogrammet
Lunds universitet
tina.camitz@gmail.com

Handledare

Gardar Viborg
Universitetslektor
Lunds universitet
gardar.viborg@psychology.lu.se