

## **Anerkjennelsens psykologi**

Erik Falkum , Karsten Hytten og Bengt Olavesen

## **Anerkjennelsens psykologi**

Menneskers selvopplevelse og mentale helse påvirkes av tre ulike former for intersubjektiv anerkjennelse: anerkjennelse i nære relasjoner, rettslig anerkjennelse og sosial verdsetting.

ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND



helse. Beskrivelsen skiller mellom anerkjennelse i nære relasjoner, rettslig anerkjennelse og sosial verdsetting. Vårt hovedfokus er de to siste anerkjennelsesformene, som trolig har stor klinisk betydning, men som i liten grad har vært direkte tematisert i klinisk psykiatrisk forskning.

*Den forskningsbaserte kunnskapen om betydningen av rettslig anerkjennelse og sosial verdsetting er sparsom, men klinisk og samfunnspsykologisk erfaring taler for at disse formene for intersubjektiv anerkjennelse betyr langt mer enn det har vært vanlig å anta*

Identitet er et begrep med mange ulike betydninger og bruksmåter (Jørgensen, 2010). Erikson definerte personlig identitet (sense of identity) som en opplevelse av å være den samme på tvers av tid og situasjoner, en følelse av kontinuitet knyttet til kroppsopplevelse, kroppsbilde og opplevelsen av erfaringer, minner, intensjoner og verdier som egne og unike (Erikson, 1968). Han beskrev videre hvordan den personlige identiteten dannes gjennom de mangfoldige interaksjonene mellom individets biologiske og psykologiske kjennetegn og det sosiale og kulturelle miljøet som omgir personen. Identitet er med andre ord ikke et stabilt fenomen på linje med genuine personlighetstrekk. Fordi mange personlige kjennetegn og sosiale og kulturelle kontekster forandres vesentlig gjennom en persons levetid, vil også identitetsopplevelsen stadig måtte konstrueres på nytt (Mead, 1934; Giddens, 1991). Selvopplevelsen formes altså av vår samhandling med andre. Vi opplever oss selv ved å observere andres reaksjoner på oss i det sosiale og kulturelle miljøet som omgir oss. I dette miljøet må det for det første være mulig å *uttrykke* de biologiske og psykologiske behovene vi har. For det andre må det være mulig å få de samme behovene bekreftet eller *anerkjent*.

Filosofen Axel Honneth hevder som Erikson at opplevelsen av personlig identitet forutsetter opplevelsen av anerkjennelse. I boka «Kamp om anerkjennelse» (Honneth, 1992) tegner han et presist kart over den intersubjektive anerkjennelsens nivåer og mønstre. Det teoretiske utgangspunktet er sentrale filosofiske skrifter av G.F.W. Hegel (1770–1831) (Schmidt, 2007; Hegel, 1970) og George Herbert Mead (1863–1931) (Mead, 1934), som beskrev liknende mønstre lenge før de kom til uttrykk i vår moderne kontekst.

### **Anerkjennelse i nære relasjoner**

Den første opplevelsen av anerkjennelse formes i *nære relasjoner*, og først og fremst gjennom barnets relasjon til de primære omsorgspersonene. Samhandlingen mellom mor og barn er en komplisert

prosess hvor de to gradvis innøver en evne til å oppleve hverandres følelser og fornemmelser. Honneth knytter her an til den engelske psykoanalytiker Donald Winnicott, som beskrev hvordan barnets følelsesmessige modning avhenger av mors tilgjengelighet og hengivenhet (Winnicott, 2006). I den første tiden etter fødselen fremtrer mor og barn som en mer eller mindre udifferensiert relasjonell enhet. Barnet antas å oppleve mor som en del av seg selv, og i sin absolutte avhengighet kan det kanskje føle at det kontrollerer hennes omsorg på allmektig vis. I denne fasen kan ikke barnet artikulere sine fysiske og emosjonelle behov, og er hjelpeløst henvist til mors hengivne lesning av dets kroppslige signaler.

Ifølge Winnicott forutsetter modningen at mor kan lese barnets ytringer og speile dets behov. Hvis mor klarer å «holde» barnet gjennom de første leveårene, antar han at det utvikler en tiltro til verden og til seg selv. Når mor lar barnet være alene, protesterer det, og gråten bringer henne tilbake. Barnet internaliserer at «hun blir borte, men hun kommer tilbake». Mens barnet opprinnelig antas å oppleve mor som en del av seg selv, utvikles gradvis en mer relativ avhengighet som anerkjenner mor som en annen person. Parallelt øker evnen til å være alene. Mors hengivenhet i interaksjonen blir dermed på den ene siden grunnlaget for barnets opplevelse av seg selv og den andre som atskilte personer. På den andre siden innebærer hengivenheten en basal anerkjennelse av barnets behov.

Hvis mor av en eller annen grunn ikke mestrer «holding»-oppgaven, kan barnets utvikling stanse opp og blant annet resultere i såkalt mangelpatologi.

Mors kjærlighet er avgjørende for barnets utvikling av grunnleggende *selvtillit*. Winnicott og flere andre innenfor hans tradisjon beskriver alle kjærlighetsforhold – forholdet mellom barn og foreldre så vel som vennskap og erotiske parforhold, som en gjensidig anerkjennelsesprosess (Benjamin, 1988). Relasjonen mellom terapeut og pasient kan også beskrives som et nært forhold, og enkelte forfattere har gjort anerkjennelse til et kjernebegrep i omtalen av dette forholdets betydning for fremskritt i psykoterapi (Schibbye, 2009).

*Noen ganger ser det altså ut til at rettslig anerkjennelse eller økt sosial verdsetting som følge av mobilisering og bruk av egne ressurser kan kompensere for mangel på anerkjennelse i tidlige nære relasjoner*

I den kliniske hverdagen er fortellingene om krenkelse i nære relasjoner svært vanlige. Tydeligst kommer de kanskje til uttrykk hos personer med alvorlige personlighetsproblemer, som ofte har opplevd omfattende omsorgssvikt. I mange av disse fortellingene er mors, fars og andre nære personers relasjon til barnet preget av likegyldighet, uforutsigbarhet og også mishandling og

overgrep. Barnets grunnleggende fysiske og emosjonelle behov anerkjennes ikke og møtes ikke, og i stedet for selvtilitt utvikler barnet en grunnleggende angstberedskap, vaksomhet og mistenksomhet som siden setter preg på alle relasjoner (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010). Konsekvensene kan være omfattende problemer med å etablere vennskap og partnerskap, vansker i utdanning og arbeid, rusatferd og generell mistilpasning. Negative erfaringer i tidlige relasjoner synes generelt å øke risikoen for psykisk lidelse og forstyrrelser i personlig utvikling, selv om det svært kompliserte årsakslandskapet rommer et mangfold av interaksjoner mellom stress og ulike typer genetisk og miljøbettinget sårbarhet i hver enkelt person (Kendler, Gardner & Prescott, 2006; Kendler & Prescott, 2006; Paris, 2008; Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Chapman et al., 2004; Anda et al., 2006).

### Rettslig anerkjennelse

På samfunnsmessig nivå beskriver Honneth (Honneth, 1992) to andre former for anerkjennelse: den generelle *rettslige anerkjennelsen* av mennesket som person på den ene siden og den *sosiale verdsettingen* av individet på den andre. Mens kjærligheten er begrenset til individets nære relasjoner, gjelder disse anerkjennelsesformene relasjonen til alle andre. Den rettslige anerkjennelsen uttrykker at ethvert menneskelig subjekt skal respekteres som et formål i seg selv. Den er opptatt av hva som konstituerer personen, av hva personen har felles med alle andre, og kan ikke graderes (Darwall, 1977). Menneskerettighetserklæringen gir et samlet uttrykk for den rettslige anerkjennelsens dimensjoner. Den sosiale verdsettingen er på den andre siden fokusert på hva som *skiller* individet fra andre personer, på positive personlige egenskaper og på hva individet yter til fellesskapets beste.

I standssamfunnet var det ikke mulig å skille disse to anerkjennelsesformene fra hverandre fordi den rettslige anerkjennelsen var knyttet til individets tilhørighet til en gruppe eller klasse. Det moderne samfunnet oppløser gradvis denne koplingen mellom status og rettigheter, og knytter den rettslige anerkjennelsen til individet som fritt og rasjonelt menneskelig subjekt.

Rettsvitenskapen skiller mellom liberale frihetsrettigheter, politiske deltakerrettigheter og sosiale velferdsrettigheter. Frihetsrettighetene skal beskytte individets frihet, liv og eiendom mot vilkårlige statlige inngrep, deltakerrettighetene skal sikre den enkeltes rett til å påvirke den offentlige meningsdannelsen gjennom debatt og stemmegivning, mens velferdsrettighetene skal sikre personen en rimelig andel av samfunnets goder. Mange av frihetsrettighetene ble etablert i det attende århundret, sentrale politiske deltakerrettigheter ble utviklet gjennom det nittende og

velferdsrettighetene i løpet av det tjuende århundret (Marshall, 1963; Alexy, 1994). Det har med andre ord foregått en mer eller mindre kontinuerlig utvikling når det gjelder rettighetene som uttrykker den rettslige anerkjennelsen, og en kjernepremiss i velferdsstatens utforming har vært at deltakelse i den politiske meningsdannelsen krever en viss levestandard. Rettighetstypene må altså ses i sammenheng.

Rettigheter kan forstås som anonymiserte tegn på sosial respekt, og ifølge Honneth er den rettslige anerkjennelsen en forutsetning for personens utvikling av *selvrespekt*, på samme måte som kjærlighetsrelasjonen er en forutsetning for *selvtillit*. Selvrespekt innebærer en bevissthet i individet om at det kan respektere seg selv fordi det fortjener å bli respektert av alle andre.

Opplevelsen av ekskludering og tap av rettigheter er et bredt sosialt fenomen som har preget mange forfordelte grupper gjennom historien, etniske grupper, religiøse grupper, sosioøkonomiske grupper, seksuelle grupper og pasientgrupper.

Taternes historie er et eksempel fra nær norsk fortid (Gotaas, 2007). Krigsseilernes lange kamp for rettslig anerkjennelse av helsemessige og økonomiske tap er et annet (Hjeltnes, 1997). Aktuelle eksempler er nordsjødykkernes og ISAF-soldatenes strid for det samme i rettsapparat og offentlighet. Pasienter med kroniske lidelser, både somatiske og psykiske, beskriver liknende opplevelser på grunnlag av langvarig kamp for retten til behandling, trygdeytelser og arbeid.

Kampen for rettslig anerkjennelse kan bidra til å vedlikeholde psykisk lidelse, noe som i dag kommer særlig tydelig til uttrykk hos ISAF-soldater som sliter med traumerelaterte psykiske problemer etter hjemkomst. Mange av dem kjemper i årevis for retten til yrkesskadeerstatning. I denne perioden «trenger» de symptomene i sine forsøk på å dokumentere konsekvensene av arbeidsbelastningen, slik at tilfriskning i en viss forstand reduserer sjansene til å oppnå rettslig anerkjennelse og truer deres økonomiske prosjekt. I slike saker er det derfor ofte en åpenbar konflikt mellom kliniske og juridiske eller rettssikkerhetsmessige hensyn.

I den kliniske hverdagen finnes mange paralleller til ISAF-soldatens situasjon. Individenes kamp for rettslig anerkjennelse er ikke begrenset til saker som behandles i domstolene, den pågår daglig i forhold til alle instanser som har forvaltningsmessig autoritet (for eksempel NAV, skattevesen, bygningsråd, etc.). Liknende konflikter oppstår regelmessig i forhold til pressen, som kan utfordre enkeltpersoners identitetsopplevelse intenst, noen ganger med dramatiske konsekvenser. Hos ISAF-soldaten foreligger den psykiske lidelsen forut for kampen for rettslig anerkjennelse. I andre eksempler dreier kampen seg i utgangspunktet ikke om helsespørsmål, men om et mangfold av hendelser som individet opplever som krenkende, ydmykende eller urettferdige. Når den i slike

tilfeller fører til uttalt og vedvarende opplevelse av hjelpeløshet og nedstemthet, bidrar den til å utvikle og ikke bare vedlikeholde eller forsterke psykiske symptomer.

Disse refleksjonene tar utgangspunkt i *opplevelsesdimensjonen*, og er ikke avhengige av hva domstol eller andre autoriteter til slutt karakteriserer som rett og galt. Selv om terapeuten ikke umiddelbart finner det rimelig å se den opplevde krenkelsen eller urettferdigheten som uttrykk for tap av rettslig anerkjennelse, må hun ta utgangspunkt i pasientens fortelling, lytte til den og bekrefte den. Senere i prosessen må hun selvsagt av og til problematisere at pasienten ser seg selv som et passivt offer for krefter i omgivelsene. Offerrollen kan noen ganger bli en antiterapeutisk rustning som tilslører eget ansvar. I dette følsomme landskapet er det ikke alltid lett å navigere, og både terapeuter og representanter for ulike nivåer i forvaltningen bør tilstrebe å tenke mest mulig åpent og respektfullt om spenningen mellom opplevelsen og den mer eller mindre objektive sosiale virkeligheten (Rivera & Sarbin, 1998).

Den økende rettsliggjøringen i det norske samfunnet innebærer at disse kampenes antall og intensitet sannsynligvis vil tilta i årene som kommer. De fleste av dem dreier seg i dag om velferdsrettigheter, men historisk sett har også liberale frihetsrettigheter og politiske deltakerrettigheter vært berørt, for eksempel i taternes tilfelle. Sammenhengen mellom kamp for rettslig anerkjennelse og psykisk lidelse har vært klart underfokusert både klinisk, teoretisk og forskningsmessig. Ekskludering, diskriminering og rettighetstap er belyst i sentral sosiologisk litteratur (Goffman, 1986) og samfunnspsykiatrisk forskning har studert stigmatisering av ulike pasientgrupper (Corrigan & Wassel, 2008; Henderson & Thornicroft, 2009; Aviram, Brodsky & Stanley, 2006; Baumann, 2007), men vi har ikke funnet artikler som studerer kliniske konsekvenser av kamp for rettslig anerkjennelse. Litteratursøk med ulike nøkkelord i to sentrale kliniske databaser (Pubmed og Psychinfo) identifiserte ingen direkte relevante studier. – Forskningsbasert kunnskap på dette området vil trolig kunne øke presisjonen i både det forebyggende og det terapeutiske arbeidet, og føre til en mer innsiktsfull forvaltningspraksis.

### **Sosial verdsetting**

Liksom den rettslige anerkjennelsen endret den sosiale verdsettingen karakter med modernitetens fremvekst. I det tradisjonelle samfunnet var den sosiale verdsettingen knyttet til standens kollektive «ære». Hvis individet levde opp til standens interne atferdsnormer, oppnådde det den samme



anseelsen som andre medlemmer av standen. Kampen mot de føydale æresbegrepene førte til en individualisering av den sosiale verdsettingen. Den ble stadig mer orientert mot de ferdighetene hver enkelt person utviklet gjennom sin livshistorie. Mens «æren» var begrunnet i den religiøse og metafysiske tradisjonens verdier, blir individenes sosiale anseelse nå begrunnet i et åpnere verdilandskap. Utgangspunktet er betydningen av den enkeltes prestasjoner for det sosiale fellesskapet, og slik kommer erfaringen av å bli sosialt verdsatt til å nære den personlige selvfølelsen eller *selvverdsettingen* (Honneth, 1992).

Det er liten tvil om at den sosiale verdsettingen er nær knyttet til individets rolle som yrkesutøver (Stuart, 2006; Nordt, Müller, Rössler & Lauber, 2007). Flere faktorer taler for at yrkesrollen er blitt den viktigste selvdefinerende rollen i vårt samfunn. – I årene etter 1970 fant det sted en *utdanningsekspløsjon* i Norge. Mens store deler av ungdomskullene gikk rett ut i arbeidslivet etter gjennomført grunnskole i femti- og sekstiårene, er dette nå blitt en sjeldenhet. De fleste tar en flerårig yrkesutdanning før de går ut i jobb. Utdanningsfasen kan vare i mange år, og er basert på personlige ambisjoner og drømmer på en annen måte enn tidligere.

*Kvinnefrigjøringen* skyter fart i det samme tidsrommet, og innebærer at kvinnene tar utdanning og strømmer ut på arbeidsmarkedet. Dermed skaper de selvstendig personlig identitet gjennom yrkeskarrierer, uavhengig av menn og partnerskap.

En tredje faktor er *endringer i samlivsmønstre* som har funnet sted særlig i perioden etter 1980. En stadig større andel av befolkningen bor alene. Selv om å bo alene ikke nødvendigvis innebærer at man ikke er partner, er det sannsynlig at dette forholdet øker yrkesrollens betydning som identitetskilde. Denne endringen er nær forbundet med den *individualistiske tidsånden* som preger det moderne Norge. Den personlige selvrealiseringen er i stor utstrekning knyttet til yrkeskarriere.

Pasientrollen er definert ved et sett av negative kjennetegn, symptomer, problemer eller mangler som kjennetegner personen, og er sjelden i seg selv kilde til opplevelse av personlig verdi. Setningene «han er schizofren» og «hun er diabetiker» tenderer mot å skyve positive personlige kjennetegn ut av oppmerksomhetsfeltet, og det er lett å forstå at dette kan oppleves som en urimelig sosial nedvurdering. Det er ikke tilfeldig at mange brukerorganisasjoner tar aktivt avstand fra omtalen av medlemmene som pasienter. De er pasienter, men samtidig så mye annet som kunne være utgangspunkt for selvverdsetting, dersom omgivelsene tillot det å virke positivt inn på fellesskapet, dvs. anerkjente det (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008; Stepney & Davis, 2004).

I denne sammenhengen er det for eksempel et tankekors at mens rundt halvparten av pasientene med psykoselidelser ønsker seg en jobb på hel- eller deltid, er det bare ca. 5–10 prosent som har et arbeidstilbud (Helle & Gråwe, 2007; Marwaha & Johnson, 2004; Ruesch, Graf, Meyer, Rössler & Hell, 2004; Boyce et al., 2008; Cook, 2006). En del av bakgrunnen for denne avstanden mellom ønsker og realiteter er trolig at behandlingsapparatet generelt har en tendens til å undervurdere arbeidet som helsefremmende faktor.

En rekke kontrollerte studier viser at blant personer med psykoselidelser som ønsker å jobbe, mestrer mer enn halvparten arbeidet, altså mange flere enn sysselsettingsstatistikken indikerer (Bull & Lystad, 2011).

Forestillingen om at en må bli frisk før en kan jobbe, er velbegrunnet nok i en del sammenhenger, men i mange tilfeller kunne den vært snudd på hodet: tilfriskningen hos personer med sykdom og funksjonshemning vil kunne skyte fart hvis de får sjansen til å bruke evner og ressurser på en tilpasset måte i normale livsroller. Det gjelder ikke minst blant individer med psykiske lidelser. Kontrollerte studier av disse hypotesene pågår i Norge når det gjelder psykosepasienter (Falkum, 2010) og pasienter med angst og depresjon (Lie, 2010). Tilsvarende studier kunne med fordel vært utført når det gjelder ulike kroniske somatiske lidelser.

Å være utestengt fra en livsrolle som er sentral for de fleste mennesker, tenderer mot å svekke personens selvverdsetting (Overland, Glozier, Maeland, Aaroe & Mykletun, 2009; Okoro, Strine, McGuire, Balluz & Mokdad, 2007). Dette illustreres trolig av at forekomsten av uro og rastløshet, nedtrykthet og depressive symptomer er om lag tre ganger så høy blant ikke-yrkesaktive som blant yrkesaktive. Blant de ikke-yrkesaktive er de som er arbeidsuføre eller arbeidsledige, mer plaget enn gjennomsnittet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009).

I den pågående debatten om sykefraværet slås det ofte fast at det blir stadig færre som skal underholde stadig flere, og at samfunnet ikke har råd til det høye nivået av fravær og uførhet. Det er tankevekkende at denne økonomiske retorikken setter så sterkt preg på mange innlegg. Så sant det enn måtte være, er det sannsynlig at dette utgangspunktet gjør det vanskeligere å føle seg verdsatt for mange som er rammet av sykdom og mer eller mindre varig funksjonstap. Ambisjonen om et romsligere og mer tolerant arbeidsliv og større muligheter til å yte etter evne er et alternativt utgangspunkt.

## Interaksjoner mellom anerkjennelsens former – teoretiske og terapeutiske implikasjoner

Det er sannsynlig at krenkelse eller tap av anerkjennelse på ett nivå øker risikoen for tap på flere nivåer. Det finnes mange historiske eksempler som belyser interaksjonen mellom de tre anerkjennelsesnivåene. I skjebnen til noen av etterkrigstidens barnehjemsbarn blir den særlig tydelig. De såkalte lebensborn-barna, som hadde norsk mor og tysk far, ble ofte fratatt mor og adoptert bort eller plassert på barnehjem. Etterkrigstidens tyskerhat legitimerte omfattende mobbing og trakassering i lokalsamfunnene. Barna opplevde at omgivelsene nærmest kunne gjøre hva som helst med dem uten at det fikk noen konsekvenser, og kan neppe ha kjent seg som «frie og rasjonelle menneskelige subjekter». De var merket allerede i utgangspunktet som annenrangs individer, og fortellingene deres vitner om omfattende tap av rettslig anerkjennelse (Aarnes, 2009). I barnehjemmene ble mange av dem utsatt for omsorgssvikt og fysiske og seksuelle overgrep, og det er sannsynlig at deres status som «annenrangs» bidro til å senke terskelen for at overgrepene kunne begås. Mange av disse barna vokste opp uten normal utvikling av verken selvtillit eller selvrespekt, og rapportene viser at de også slet med å bruke evner og ressurser i utdanning og arbeid, med negative konsekvenser for selvverdsettingen (Befring, 2004). Andre barnehjemsbarns historier har mye av det samme innholdet, selv om opplevelsen av generell sosial ringeakt ikke var like utpreget.

Interaksjonen mellom anerkjennelsesnivåene kan også ha terapeutiske implikasjoner. Personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller annen alvorlig krenkelse, opplever ofte at oppreisning gjennom behandling i rettsvesen og offentlig forvaltning kan bidra til å gjenopprette selvrespekt, helse og funksjon, noe som blant annet kommer klart til uttrykk i barnehjemsbarnas reaksjoner på den offentlige anerkjennelsen av overgrepene som ble begått. Noen ganger ser det altså ut til at rettslig anerkjennelse eller økt sosial verdsetting som følge av mobilisering og bruk av egne ressurser kan kompensere for mangel på anerkjennelse i tidlige nære relasjoner. Det kan også tenkes at sosial verdsetting kan kompensere for manglende rettslig anerkjennelse og vice versa. Muligheten for terapigevinst basert på interaksjonen mellom nivåene for anerkjennelse bør derfor reflekteres i psykoterapeutens behandlingstilnærming.

Erfaringen av alvorlig krenkelse og nedverdiggelse beskrives ofte med metaforer som vanligvis betegner kroppens forfall. Konsekvensene av voldtekt og mishandling beskrives som «psykisk død», og erfaringen av rettighetstap og sosial eksklusjon som «sosial død». Disse metaforiske henvisningene til fysisk forfall kan ses som uttrykk for at omfattende tap av anerkjennelse truer individets psykiske

integritet på samme måte som organisk sykdom truer kroppens reproduksjon (Honneth 1992). Det finnes mye klinisk erfaring som støtter opp under disse refleksjonene, men påfallende lite klinisk forskning. Samfunnsforskning på utsatte grupper har indirekte relevans, men kan ikke erstatte klinisk informerte studier av konsekvensene av manglende anerkjennelse, det være seg i nære relasjoner eller i menneskerettslig, arbeidsmessig eller generell sosial sammenheng.

### Konklusjon

Forskningen på den intersubjektive anerkjennelsens betydning for vår selvopplevelse og mentale helse har vært konsentrert om anerkjennelse i nære relasjoner. Selv om årsakslandskapet rommer et mangfold av interaksjoner mellom stress og ulike typer genetisk og miljøbettinget sårbarhet, synes negative erfaringer i tidlige relasjoner klart å øke risikoen for psykisk lidelse og forstyrrelser i personlig utvikling. Den forskningsbaserte kunnskapen om betydningen av rettslig anerkjennelse og sosial verdsetting er sparsom, men klinisk og samfunnspsykologisk erfaring taler for at disse formene for intersubjektiv anerkjennelse betyr langt mer enn det har vært vanlig å anta. Systematiske studier av dem og av samspillet mellom de tre anerkjennelsesformene vil kunne gjøre både det kliniske og det forebyggende arbeidet mer presist og effektivt.

### Referanser

- Alexy, R. (1994). *Theorie der Grundrechte*. Frankfurt am Main: Suhrkampf.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood: A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 56, 174–186.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S. & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 249–256.
- Baumann, A.E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a «stranger». *International review of psychiatry*, 19, 131–135.
- Befring, E. (2004). *Barnehjem og spesialskoler under lupen: nasjonal kartlegging av omsorgssvikt og overgrep i barnevernsinstitusjoner 1945–80*. NOU rapport, 23.

- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love: psychoanalysis, feminism, and the problems of domination*. New York: Pantheon Books.
- Boyce, M., Secker, J., Johnson, R., Floyd, M., Grove, B., Schneider, J., et al. (2008). Mental health service users' experiences of returning to paid employment. *Disability and Society*, 23, 77–88.
- Bull, H., Lystad, J. U. (2011) Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 733–738.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V.J., Dube, S. R., Edwards, V.J. & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217–225.
- Cook, J. A. (2006). Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: update of a report for the President's Commission. *Psychiatric Services*, 57, 1391–1405.
- Corrigan, P. W., Mueser, K., Bond, G. R., Drake, R. E. & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation – An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Corrigan, P. W., Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46, 42–48.
- Darwall, S. L. (1977). Two kinds of respect. *Ethics*, 88, 36–49.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453–1460.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Falkum, E. (2010). *Cognitive therapy and cognitive training in vocational rehabilitation for persons with severe mental disorder. A randomised controlled trial*. Prosjektbeskrivelse. Oslo: Oslo universitetssykehus.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: First Touchstone.
- Gotaas, T. (2007). *Taterne. Livskampen og eventyret*. Oslo: Andresen & Butenschøn.

- Hegel, G. W. F. (1970). *Jenaer Schriften 1801–07. I: Werke in 20 Bänden*. Red. Michel KM/Moldenhauer E, bind 2. Frankfurt am Main.
- Helle, S. & Gråwe, R.W. (2007). Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 11*, 1358–1362.
- Henderson, C. & Thornicroft, (2009). G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet, 373*, 1928–30.
- Hjeltnes, G. (1997). *Krigsseiler: krig, hjemkomst, oppgjør*. Oslo: Grøndahl/Dreyer.
- Honneth, A. (1992). *Kampf um Anerkennung. Zur Grammatik Sozialer Konflikte*. Frankfurt am Main. Suhrkamp. Norsk utgave: *Kamp om anerkjennelse*. Oslo: Pax forlag, 2008.
- Jørgensen, C. R. (2010). Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 24*, 344–364.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1992). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal.
- Kendler, K. S. & Prescott, C.A. (2006). *Genes, environment and psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Kendler, K. S., Gardner, C.O. & Prescott, C.A. (2006). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Men. *American Journal of Psychiatry, 163*, 115–124.
- Lie, S. A. (2010). *Effektevaluering av Senter for jobbmestring*. Prosjektbeskrivelse. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Marshall, T. H. (1963). *Sociology at the Crossroads and other essays*. London: Heineman.
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment – a review. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 337–349.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 8. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nordt, C., Muller, B., Rössler, W. & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. *Social Science and Medicine, 65*, 1420–1429.

- Okoro, C., Strine, T., McGuire, L., Balluz, L. & Mokdad, A. (2007). Employment status and frequent mental distress among adults with disabilities. *Occupational Medicine*, 57, 217–220.
- Overland, S., Glozier, N., Maeland, J. G., Aaroe, L.E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC. Public Health*, 6, 219.
- Paris, J. (2008). *Treatment of Borderline Personality Disorder. A Guide to Evidence-Based Practice*. New York: The Guilford Press.
- Rivera, J de., Sarbin, T. (1998). *Believed-In Imaginings. The Narrative Construction of Reality*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Ruesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W. & Hell, D. (2004). Occupation, social support, and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 686–694.
- Schibbye, A. L. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og dynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, S. (2007). *Hegels «System der Sittlichkeit»*. Berlin: Akademie Verlag.
- Stepney, P. & Davis, P. (2004). Mental health, social inclusion and the green agenda: an evaluation of a land based rehabilitation project designed to promote occupational access and inclusion of service users in North Somerset, UK. *Social work in health care*, 39, 375–397.
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 522–526.
- Winnicott, D.W. (2006). *The Family and Individual Development*. London/New York: Tavistock Publications 1965 / Routledge Classics.
- Aarnes, H. (2009). *Tyskerjentene. Historiene vi aldri ble fortalt*. Oslo: Gyldendal.