

Den kroppslige psyken – refleksjoner om psykiske lidelser



Øyvind Urnes
Privatpraksis
oyvindurnes@online.no

Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Alle har helt unike erfaringer og opplevelser. Derfor bør persontilpasset behandling være målet i psykisk helsevern.

Professor Sigmund Karterud startet en viktig diskusjon i Psykologtidsskriftet om grunnlaget for psykiske lidelser i essayet «Hva er psykisk lidelse?» (Karterud, 2023), i kjølvannet av innlegget fra styret i Norsk psykiatrisk forening (NPF) om pilleskam (Lien, Reitan et al., 2023). Senere har styret i NPF forsvart sykdomsmodellen (Lien, Shaygani et al., 2023), mens andre har pekt på at den biomedisinske modellen ikke er egnet for forståelse og behandling av psykiske lidelser (Christie, 2025).

Psyken er forankret i personers kroppslige erfaringer, og hjernen vil alltid være involvert i å gi subjektive opplevelser. Jeg tenker at både fysiske og psykiske sykdommer kan forstås som oppstått i en sirkulær etiologisk prosess hvor biologiske, psykiske, sosiale og kulturelle faktorer samspiller og påvirker utfallet av sykdomsprosessen. I teksten her argumenterer jeg for at dagens diagnoser ikke gir dette helhetsbildet, basert på min faglige forståelse av psykiske lidelser.

Er psykiske lidelser sykdommer, eller er de grunnleggende annerledes enn fysiske sykdommer? Vi kan møte et dualistisk syn mellom psyke og kropp hvis vi ikke kan vise at psyken er en del av det kroppslige biologiske systemet. «Psykisk lidelse» er et begrep om det subjektive, om lidelsen. Men hva med det objektive biologiske og kroppslige aspektet? På engelsk sier man *mental disorder* (ICD-11 og DSM-5) eller *psychiatric disorder*. Begrepene innebærer en forstyrrelse, ikke bare lidelse. Norsk psykiatrisk forening er ikke alene om å snakke om psykisk eller psykiatrisk sykdom. American Psychiatric Association (2025) skriver at «Mental illness is nothing to be ashamed of. It is a medical problem, just like heart disease or diabetes». I Cambridge Dictionary står det «illness – disease of the body or mind, the state of being ill». Med andre ord defineres sykdom her som en forstyrrelse i kroppen eller psyken, og en opplevelse av å føle seg syk. I ICD-11 er psykisk lidelse definert som et syndrom karakterisert av klinisk betydningsfulle *forstyrrelser* i et individs tenkning, emosjonsregulering eller atferd. Men disse forstyrrelsene er ikke nærmere definert ut over kliniske beskrivelser.

Da jeg begynte i psykiatrien på starten av 1980-tallet, ble det diskutert om psykisk helsevern skulle skilles fra resten av helsevesenet som egen etat. Vi som arbeidet i psykiatrien, erfarte at den ble underfinansiert og sett på som sekundær i forhold til resten av sykehusvesenet. Noe av grunnen tror jeg var at psykisk lidelse ble sett på som fundamentalt annerledes enn fysiske sykdommer. Jeg tenkte at dette synspunktet var galt og kunne føre til at psykiske lidelser ikke ble tatt alvorlig, men i dag vet vi at psykiske lidelser kan ramme hvem som helst i befolkningen. Jeg kom selv fra nevrologien, der vi hadde pasienter med konversjonslidelser og uklare symptomer uten at det var noen objektive biologiske tegn på sykdom. Likevel var pasientene syke og funksjonelt svekket. Det sistnevnte er bakgrunnen for hvorfor det har vært viktig å finne ut av hvorvidt psykisk lidelse er grunnleggende forskjellig fra

fysisk sykdom. Jeg har arbeidet med personlighetsforstyrrelser i en relasjonell kontekst (individual- og gruppepsykoterapi) i hele min yrkeskarriere. Det ble klart for meg at dagens diagnosesystemer, ICD- og DSM-systemene, ikke favnet hele virkeligheten, hvor pasienter kunne få opptil seks forskjellige diagnoser. Hva slags behandlingsperspektiv skal man ha for en pasient med seks forskjellige diagnoser, og hvilken rolle spiller pasientens egen opplevelse og erfaring? Våre pasienter ble bedt om å skrive en søknad i tillegg til henvisningen. Denne inneholdt blant annet spørsmål om oppveksterfaringer i et tilknytningsperspektiv og senere relasjonelle erfaringer, og vi opplevde at den ga et vel så godt utgangspunkt for behandling (Urnes, 2001). Det ble tydelig for oss at diagnosene i seg selv ga begrenset informasjon for behandlingsfokus, og at pasientens egne erfaringer og synspunkter bidro med kompletterende informasjon. Senere etablerte vi et «ekspertråd» som besto av personer som selv hadde personlighetsforstyrrelse (Karterud et al., 2017, s. 458). Deres opplevelser og erfaringer var viktige bidrag for å gjøre den diagnostiske utredningen mer utfyllende.



Den biomedisinske modellen er reduksjonistisk

I den biomedisinske modellen forstås helse og sykdom ut fra kroppens fysiske og biologiske funksjoner. Mennesket sees som en samling av deler (organer, celler, molekyler) som kan undersøkes og behandles separat. Fokuset er på å finne årsaken til sykdommen (etiologi), å stille korrekt diagnose og å bruke medisinsk teknologi eller legemidler for å gjenopprette normal funksjon. Modellen har gitt store medisinske fremskritt (vaksiner, kirurgi og antibiotika) og vært effektiv for akutte og klart definerte sykdommer. Men modellen overser ofte psykiske, relasjonelle, sosiale og kulturelle faktorer ved sykdom og helse. Dette er utførlig beskrevet i Erik Falkums bok *Hva er psykiatri?* (Falkum, 2023). Den biomedisinske modellen er mindre egnet for kroniske fysiske sykdommer og psykiske lidelser og kan bidra til en opplevelse av fremmedgjøring hos den enkelte pasient. Modellen kan også føre til medikalisering av normale hendelser som svangerskap og fødsel, en problemstilling som ble problematisert i Morgenbladet i fjor (Grønli Åm, 2025).

Problemer i dagens diagnostikk

Dagens diagnostikk må forstås innenfor en gitt og nåtidig kulturell ramme. Ja, vi må diskutere om det er meningsfullt at 50 % av dagens studenter har en psykisk lidelse basert på spørreskjemaer som er «validert» bare i forhold til strukturerte diagnostiske intervjuer. Faren for medikalisering av livsproblemer er stor (Falkum, 2024; Vogt, 2025). Man finner også den samme forekomsten av psykiske lidelser blant ungdommer i amerikanske undersøkelser, noe som kanskje tyder på at både samfunnsmessige og kulturelle forhold spiller en rolle, sammen med forståelsen av hva psykisk lidelse er (National Institute of Mental Health [NIMH]). Diagnosene i ICD-10, ICD-11 og DSM-5 er deskriptive og inneholder ingen objektive biologiske kriterier eller naturvitenskapelige funn som kan definere lidelsene. Endringene i ICD-11, som ble offisielt vedtatt av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2019, avspeiler at kategoriene i diagnosesystemene ikke er klart avgrensede vitenskapelige enheter, men overlapper hverandre uten tydelige skiller. Betegnelsen spektrumlidelse anvendes i dag for eksempel ved autismespektrumlidelser for å understreke at det ikke er klare avgrensninger mellom kategorier. En annen diskusjon som har oppstått, springer ut av normalisering av autismetrekke med begrepet nevromangfold (Madsen, 2025). Hvor går grensen mellom normalitet og diagnose? Når det gjelder personlighetsforstyrrelser, har man valgt å droppe alle kategoriene fordi man har tatt konsekvensen av at de ikke var vitenskapelig holdbare. Det var for mye overlapp mellom

kategoriene, og det var uklart hvor grensen gikk for å få en slik diagnose. Man er mer eller mindre personlighetsforstyrret; forstyrrelsene er dimensjonale. I ICD-11 har man valgt å beholde de fleste kategoriene for de psykiske lidelsene, men dette gjøres vel fordi man foreløpig ikke har et alternativt diagnostisk system som er forankret i empiri. For eksempel har diagnosen depresjon heller ikke klare kriterier for hvor grensen går, om man har eller ikke har diagnosen. Depresjon er sannsynligvis dimensjonal, og som kliniker bør man sette depressive symptomer inn i pasientens livskontekst før man velger behandlingstilnærming.



Det forskes mye med tanke på å kunne etablere et mer objektivt grunnlag for psykiatriske diagnoser. For eksempel tar det amerikanske National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) (NIMH, u.å.) utgangspunkt i seks definerte biopsykososiale systemer og utforsker gener, molekyler, celler, fysiologi, nevronale nettverk, atferd og selvpålevelse (selvrapportering) i disse systemene. Et eksempel på et sosialt system i RDoC er «sosiale prosesser», som blant annet inneholder viktig utviklingspsykologisk forskning på området tilknytning og ansikt-til-ansikt-kommunikasjon. Det pågår transdiagnostisk forskning som kan belyse variabiliteten og heterogeniteten ved for eksempel ADHD og autismespekterforstyrrelser ved bruk av RDoC (Pacheco et al., 2022). Trenden er at man finner markører for psykiske lidelser på tvers av de kategorielle lidelsene.

Forholdene innen somatikken kan virke enklere. Diagnoser i somatikken kan inneholde *nødvendige* betingelser for diagnosen, for eksempel påvisning av tuberkelbasillen ved tuberkulose. Men det er mange diagnoser i somatikken som ikke har nødvendige *objektive biologiske* betingelser, for eksempel astma. Å bruke spirometri for å måle luftmotstand ved utpust er vanlig i utredning av astma, der økt (luft)motstand kan indikere obstruksjon i bronkier, uten at man tar stilling til biologiske undersøkelser av bronkiene eller lungene.

Moderne biopsykososial modell

På bakgrunn av det jeg har nevnt tidligere i teksten, mener jeg at det er avgjørende å skille mellom *diagnoser* av psykiske lidelser og hva psykiske lidelser egentlig er, altså *essensen* eller det substansielle ved psykiske lidelser.

Siden man lenge har sett at diagnosesystemene var reduksjonistiske og ikke inkluderte kompleksiteten i hverken fysiske eller psykiske sykdommer, hadde fagfeltet store forhåpninger til den nye medisinske modellen som ble lansert av George Engel i 1977 (Engel, 1977). Engels biopsykososiale modell har en helhetlig forståelse av helse som et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Her er pasientens sosiale erfaring og mening viktig, og modellen er bedre egnet til forståelse av sammensatte sykdomsbilder. Et eksempel på hvordan BPSM kan anvendes med dagens diagnosesystem, er godt beskrevet i boken *Den interaktive hjernen hos barn og unge* (Urnes & Weidle, 2025). Modellen var krevende å anvende i vitenskapelig forskning, fordi psykiske og sosiale faktorer er vanskelige å definere. Men synet på hva det psykiske er, har endret seg de seneste årene og kan gi en utdypende forståelse av modellen. Å knytte det psykiske til å være virksom gjennom kroppslig handling eller selvet som aktør (*agency*) har blitt et viktig skritt for å bygge bro mellom det biologiske og det sosiale (Bolton, 2023; Bolton & Gillett, 2019, s. 149; Dahl, 2025b). Eksistensielle og åndelige perspektiver har også blitt vektlagt for å forstå pasienten som aktør (Bondahl Søberg & Lien, 2026). For å teste modellen empirisk har noen valgt å forske ut fra en persontilpasset modell, fordi hvert enkelt menneske har sin egen biopsykososiale profil (Smith, 2021). Teorien om den kroppslige psyken utgjør noe av fundamentet for den moderne BPSM (Dahl, 2025a).

Den kroppslige psyken



Den kroppslige psyken er en teori innen kognitiv nevrovitenskap og i filosofi (Lakoff et al., 1999) som hevder at sinnet og kognisjonen er formet av kroppen og kroppens interaksjoner med miljøet, snarere enn å være *utelukkende* et produkt av hjernen. Dette konseptet, særlig kjent fra boken *The Embodied Mind* av Varela et al. (2017), understreker at våre oppfatninger, handlinger, følelser og vår forståelse av verden er sterkt påvirket av kroppslige egenskaper og erfaringer. Den tilbyr et alternativ til tradisjonelle «kroppsløse» modeller av psyken, og foreslår at det å være virksom i verden (*agency*) ved å planlegge, tilpasse atferd, gjennomføre og lære er en tilnærming til verden hvor mening «bringes frem» gjennom kroppslig handling. Kognisjon er ikke basert på medfødte, abstrakte representasjoner av verden, men dannes gjennom kroppslig handling. Her vil jeg fremheve ny forståelse av nevrokognisjon, utviklingspsykologi og hjerneforskning som har bidratt til denne kroppslige forståelsen av psyken. Da tenker jeg særlig på Antonio Damasio forskning og forståelsesmodell av hvordan biologiske prosesser i kroppen er grunnlaget for utviklingen av affekter, emosjoner og følelser gjennom evolusjonen, slik at vi mennesker bruker følelser som den viktigste informasjonskilden («The feeling of what happens») for vår sosiale funksjon (Damasio, 1994, 1999, 2003, 2010, 2018, 2021). Hans tenkning om hvordan selvet også har utviklet seg gjennom evolusjonen (i f.eks. *Self comes to Mind*), er et viktig grunnlag for en ny forståelse av hva som er essensen i livet vårt: å utvikle fungerende hele og robuste selv. Selvet er fundert på kroppslige emosjonelle erfaringer, og er samtidig kulturelt formet hos mennesket. Denne forståelsen av selvet kan utgjøre basis for kroppslig handling eller *agency*. Subjektive opplevelser av disse prosessene forutsetter en intakt hjerne.

Daniel Sterns forskning fra 1980-årene på barns utvikling, basert på empatisk innlevelse i det nonverbale emosjonelle samspillet mellom spedbarn og voksne, la grunnlaget for en senere forståelse av at barnets psyke er uløselig knyttet til kroppslig og nonverbalt mellommenneskelig samspill (Stern, 2018).

Oppdagelsen av speilnevroner, først hos aper og senere hos mennesker, har også ført til en endret forståelse av hvordan mennesker har en direkte tilgang til seg selv og andre gjennom hvordan kroppen fremtrer. Dette skjer ved at hjernen automatisk oppfatter andres kroppslige væremåte og danner nevronale signaler som tilsvarende dem som aktiveres hos personen man observerer, noe som igjen gir seg utslag i en kroppslig opplevelse hos en selv (Gallese et al., 1996). Speilnevronsystemet, som omfatter alle sansemodaliteter, gir direkte tilgang til andres kroppslige tilstand uten å gå veien om refleksjon (Gallese 2025). Forståelsen av det kroppslige nærværet i samspillet mellom terapeut og pasient i psykoterapi har også blitt en generell forståelsesramme på tvers av terapeutiske tilnærmingmåter (Stange Bernhardt et al., 2021).

Lineær og sirkulær etiologi

Hva er årsaken til psykiske lidelser? Noen kan for eksempel mene at tilknytningstraumer kombinert med genetisk sårbarhet er årsaken. Hvis det er hele bildet, vil man tenke innenfor en lineær etiologi. Men hvis erfaringer virker tilbake på disse faktorene, innebærer det en sirkulær forståelse av etiologi. Noen mener at fenomenologiske perspektiver er nødvendige for å forstå disse etiologiske prosessene. Psykiater og filosof Thomas Fuchs tar utgangspunkt i kroppslige erfaringer som grunnlag for forståelsen av hvordan psyken utvikles (Fuchs, 2025). Han skriver i sin artikkel om sirkulariteten i den kroppslige psyken: «Den kroppslige psyken integrerer den løpende tilstanden til hele organismen når den interagerer med omverdenen» (Fuchs, 2020). Psyken lar seg ikke lokaliseres til hjernen, men

fremtrer i den subjektive væren, den opplevde kroppen (*lived body*) som interagerer med omverdenen og blir påvirket av denne interaksjonen. Den subjektive opplevelsen av kroppen (vår opplevde kropp) og den erfarende kroppen (*living body*), som vi vanligvis ikke er oss bevisst når vi handler og virker i verden, blir påvirket av omverdenen og endres av denne påvirkningen. Vår subjektive væren og vår opplevde kropp utgjør to aspekter av den kroppslige psyken. Den fysiske kroppen (f.eks. hjernen) kan studeres uavhengig av den opplevde kroppen. Et eksempel er å studere amygdala når forsøkspersonen opplever angst. Psykisk lidelse vil alltid innebære nevronale hendelser som er med på å belyse, men *ikke* årsaksforklare psykiske symptomer som angst. Angsten oppleves av meg og i meg, og er på det subjektive nivået. Det vil si at den ikke kan lokaliseres, til tross for kroppslige utslag som hjertebank, trykk i brystet og svimmelhet. Disse kroppslige fenomenene må forstås som en del av angstlidelsen. Likevel blir de ofte ikke oppfattet slik, men som en katastrofehendelse i kroppen, som i verste fall oppleves som dødelig.



Opplevelsen av psykiske symptomer er altså alltid forankret i kroppen til en person. Men personen erfarer for eksempel en depressiv tilstand som en måte å være i verden på, som oftest preget av nedstemthet, tristhet og manglende energi til å utføre gjøremål. Denne tilstanden er påvirkbar av andres nærvær, samtaler (psykoterapi), antidepressiva, fysisk aktivitet og av egen fortolkning av en selv. Kroppen og hjernen (den fysiske kroppen) endres i disse prosessene uten at vi er bevisst på dem, og vi erfarer subjektiv bedring.

Hjernen vil alltid være involvert ved mentale eller psykiske fenomener. Men hjernen er også involvert ved fysisk sykdom. Den kroppslige opplevelsen av å være syk har et nevronalt substrat, selv om de sykelige forandringene ikke sitter i hjernen, men andre steder i kroppen, for eksempel i lungene ved tuberkulose. Opplevelsen av å være dødsyk kan være like virkelig selv om man ikke finner sykelige prosesser i kroppen (f.eks. hypokondri eller panikkangst). Angstlidelse kan i dag defineres som en emosjonsreguleringsforstyrrelse. Man opplever angst og feiltolker signaler fra kroppen eller omverdenen, noe som fører til at angsten øker ytterligere. Eller man har ikke utviklet reguleringskontroll over angsten, som når den blir sterk nok, kan utvikle seg til panikk og gjøre atferden uhensiktsmessig.

Mange kan leve godt med påvisbare sykdomsprosesser i kroppen uten å føle seg syk. Har man fortsatt en diagnose da? Tuberkelbasillen kan for eksempel være kapslet inn og ikke gi sykdom. Det samme gjelder kreftceller. Det er når den uregulerte kreftcelledelingen går over et visst nivå, eller rammer vitale organer, at man blir syk. Dette gir seg utslag i forekomsten av sykdommer. Forekomsten vil til en viss grad være sosialt-kulturelt bestemt, også for fysiske sykdommer. Det samme gjelder for psykiske lidelser. Man kan godt ha sterk separasjonsangst uten å ha psykisk lidelse.

Fysisk sykdom kan også beskrives ut fra modellen for sirkulær etiologi. Tuberkelbasillen er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig årsaksfaktor for sykdommen tuberkulose. Hadde den vært det, ville det vært en lineær etiologisk modell. Men sosioøkonomiske forhold, ernæringsstatus og så videre er faktorer som bidrar. Ikke alle blir syke selv om de er blitt eksponert for basillen. Det er hele organismens interaksjon med omverdenen som avgjør hvorvidt det blir sykdom. Er man heldig å vokse opp under trygge økonomiske forhold med god ernæring og god fysisk helse, vil risikoen for å bli syk ved eksponering for basillen være mindre og man får bedre behandlingsresultat (Pandini et al., 2022). Man har gjennom utviklingen opparbeidet seg motstandskraft (resiliens) gjennom reduksjon av stress, god sosial støtte og god selvfølelse.

Erfaringer setter spor i hjernen



Fuchs (2020) skriver i sin artikkel at all utvikling kan beskrives ut fra en modell hvor våre subjektive erfaringer dannes i et samspill med omverdenen og induserer nevronale nettverksendringer via neuroplastisitet (i hjernen), som igjen muliggjør nye erfaringer i en sirkulær prosess. Denne prosessen blir lagret som minner, vaner, interaktive skjemaer og sannsynligvis som sårbarhet for psykiske lidelser. Et eksempel kan være gjentatt barnemishandling, som vi vet kan endre utviklingen i flere nevronale nettverk. Barnemishandling i de aller første leveårene kan gi endring av stressreguleringssystemene, og tidlig stress kan føre til dysfunksjonelle immunologiske responser og betennelsestilstander i hjernen, som igjen er assosiert med suicidalitet (McCrory et al., 2011; Donegan & Demeroff, 2023). Barnemishandling er en viktig risikofaktor for psykisk uhelse ved at det skaper sårbarhet for senere psykiske lidelser, men også for fysiske sykdommer (Caspi et al., 2016).

Ikke-farmakologiske modeller for behandling av kroniske smerter inkluderer fokus på problemområder innenfor alle aspekter av BPSM. Selv om en smertelidelse har utgangspunkt i en konkret fysisk skade, kan erfaringene knyttet til skadeprosessen føre til biologiske og psykologiske konsekvenser gjennom endringer i hjernens nevronale nettverk. Dette kan igjen påvirke kroppens endogene system for registrering av potensielt skadelige stimuli (nocisepsjon). (Wang et al., 2025).

Behandling krever et biopsykososialt perspektiv med vekt på hvilke faktorer som bør være fokus for intervensjoner overfor den enkelte. Det gjelder både sensoriske, emosjonelle og kognitive faktorer, og ikke minst trening i å redusere forestillinger og forventninger av hva som gir smerter. I norsk sammenheng er Pain Reprocessing Therapy (PRT) en ny tilnærming til smertebehandling (Schjødt, 2024). Modellen ser langvarig smerte som en feiltolkning av situasjoner, der noen hendelser tolkes som farlige og derfor fører til smerte. Behandlingen går ut på å lære opp sentralnervesystemet («retrain the brain») til å tolke og reagere på nervesignaler på en mer adekvat måte. Ved å operasjonalisere trening i BPSM for fysioterapeuter mener man at resultatene også vil bedres (Smart, 2023).

Migrene er en annen kronisk sykdom hvor BPSM er relevant (Rosignoli et al., 2022). Funksjonell MR har vist at migrene er forbundet med økte forbindelser i sensoriske nevronale nettverk med kobling til emosjonelle (limbiske) områder i hjernen. Dette gjør at personer med migrene kan få utløst migreneanfall av sensorisk-emosjonell overbelastning. Behandling kan innebære både psykologiske og sosiale intervensjoner som kan påvirke disse nettverkene.

I forskning på kronisk utmattelse har man også funnet at hjernen kan feiltolke fryktsignaler fra kroppen når personer ikke føler velvære (Bratty, 2023). Sykdommen kan starte med en virusinfeksjon eller en annen hendelse hvor kroppen var i en reell alarmberedskap. Aktivitet, sensoriske inntrykk og lignende etter at akutfasen er over, kan feiltolkes som alarmsignaler fra kroppen. Noen kan da havne i uheldige feedback loops som forverrer tilstanden. Det ser ut til at enkelte pasienter kan ha nytte av psykologisk hjelp til å «reprogrammere» nevralt nettverk i amygdala og insularegionen, for eksempel gjennom «Amygdala Insula Retraining Program, AIR», og dermed forhindre ødeleggende feiltolkninger av kroppens alarmsignaler (Bratty, 2023).

Persontilpasset behandling

Jeg tenker at man kan forstå både psykiske og fysiske sykdommer som noe som oppstår i en sirkulær etiologisk prosess hvor biologiske, psykiske og sosiale og kulturelle faktorer samspiller og påvirker utfallet av sykdomsprosessen. Livserfaringer ved å være kroppslige aktører setter spor i hjernens nettverk. Behandlingen bør derfor sette søkelys på fortolkningen av kroppslige signaler. En moderne

biopsykososial modell som jeg har beskrevet i teksten, viser at alle aspekter av biopsykososial fungering kan og bør bli mål for behandling tilpasset den enkelte person. Vi har alle våre egne opplevelser og erfaringer som gjør at persontilpasset behandling også bør være målet i psykisk helsevern.



Referanser

- American Psychiatric Association. (2025). *What is Mental Illness?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine*, 53, 7504–7511. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>
- Bolton, D. & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*. Springer Nature.
- Bondahl Søberg, A. I. & Lien, L. (2026). Eksistensielle perspektiver i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(2), 70–74. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as01ae-Eksistensielle-perspektiver-i-psykisk-helsevern
- Bratty, A. J. (2023). Neuroplasticity intervention, amygdala and Insula retraining (AIR), significantly improves overall health and functioning across various chronic conditions. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 22(6), 20.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, T. & Moffitt, T. E. (2016). Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature Human Behaviour*, 1(1), 0005. <https://doi.org/10.1038/s41562-016-0005>
- Christie, W. (2025, 31. januar). Hvis det ikke er psykisk sykdom, hva er det da? *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/legemidler-psykisk-helse-who/hvis-det-ikke-er-psykisk-sykdom-hva-er-det-da/670215>
- Dahl, A. (2025a). Den biopsykososiale modellen – er den i live og sparker fra seg? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Den-biopsykososiale-modellen-er-den-i-live-og-sparker-fra-seg
- Dahl, A. A. (2025b). Enaktiv psykiatri – en vei videre? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as06ae-Enaktiv-psykiatri-en-vei-videre
- Damasio, A. R. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt.
- Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*. Harcourt.
- Damasio, A. R. (2005). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Penguin. (Opprinnelig utgitt i 1994)
- Damasio, A. R. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Pantheon.
- Damasio, A. R. (2018). *The Strange Order of Things: Life, Feeling, and the Making of Cultures*. Pantheon.
- Damasio, A. R. (2021). *Feeling and Knowing: Making Minds Conscious*. Pantheon.
- Donegan, J. J., & Nemeroff, C. B. (2023). Suicide and inflammation. In *Neuroinflammation, Gut-Brain Axis and Immunity in Neuropsychiatric Disorders* (pp. 379-404). Singapore: Springer Nature
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Falkum, E. (2023). *Hva er psykiatri? Om fagets grunnlagsspørsmål*. Fagbokforlaget.
- Falkum, E. (2024). Medikaliseringen av livet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no

- Fuchs, T. (2020). The circularity of the embodied mind. *Frontiers in Psychology*, 11, 1707. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01707>
- Fuchs, T. (2025). The embodied mind: A psychosomatic unity. *Revista Outro Pensar*, 2, 7–18. <https://outropensar.org/ojs/index.php/revista/article/view/56/27>
- Gallese, V. (2025). Language and bodily multimodality. The role of embodied simulation. *Sistemi Intelligenti*, 37(2), 165–182.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593–609. <https://doi.org/10.1093/brain/119.2.593>
- Grønli Åm, I. (2025, 23. april). Fødselslege: – Økende medikalisering er en konsekvens av at man ønsker bedre helse. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/fodselslege-okende-medikalisering-er-en-konsekvens-av-at-man-onsker-bedre-helse/9615765>
- Karterud, S. (2023). Hva er psykiske lidelser? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(11), 689–695. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as10ae-Hva-er-psykiske-lidelser>
- Urnes, Ø. (2001). Egensøknad og henvisning. I S. Karterud, Ø. Urnes & G. Pedersen (Red.), *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Pax Forlag.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lakoff, G., Johnson, M. & Sowa, J. F. (1999). Review of Philosophy in the Flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought. *Computational Linguistics*, 25(4), 631–634.
- Lien, L., Reitan, S. K., Halvorsen, N., Larsson, A. U., Lorentzen, K. N., Mork, E., Shaygani, S., Smetop, M. & Weibell, M. A. E. (2023, 10. august). «Pilleskam» i psykiatrien er et alvorlig samfunnsproblem. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/gEOAJa/pilleskam-i-psykiatrien-er-et-alvorlig-samfunnsproblem>
- Lien, L., Shaygani, S. & Reitan, S. K. (2023). Hva innebærer en medisinsk forståelse av psykiatrisk sykdom? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 143(18). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0660>
- Madsen, O. J. (2025, 3. oktober). Nevromangfold snur opp ned på det vante fiendebildet. *Morgenbladet*.
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in psychiatry*, 2, 48.
- Pacheco, J., Garvey, M. A., Sarampote, C. S., Cohen, E. D., Murphy, E. R. & Friedman#Hill, S. R. (2022). Annual Research Review: The contributions of the RDoC research framework on understanding the neurodevelopmental origins, progression and treatment of mental illnesses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 360–376. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13543>
- Pandini, I., Lahdji, A., Noviasari, N. A. & Anggraini, M. T. (2022). The Effect of Family Social Support and Self-Esteem in Improving the Resilience of Tuberculosis Patients. *Media Keperawatan Indonesia*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.26714/mki.5.1.2022.14-21>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (u.å.). *Research Domain Criteria (RDoC)*. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>
- Rosignoli, C., Ornello, R., Onofri, A., Caponnetto, V., Grazzi, L., Raggi, A., Leonardi, M. & Sacco, S. (2022). Applying a biopsychosocial model to migraine: rationale and clinical implications. *The Journal of Headache and Pain*, 23(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01471-3>
- Schjødt, B. (2024). Fra dualisme til en helhetlig forståelse av smerte. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 818–828. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as11ae-Fra-dualisme-til-en-helhetlig-forstaelse-av-smerte



- Smart, K. M. (2023). The biopsychosocial model of pain in physiotherapy: past, present and future. *Physical Therapy Reviews*, 28(2), 61–70. <https://doi.org/10.1080/10833196.2023.2177792>
- Smith, R. C. (2021). Making the biopsychosocial model more scientific—its general and specific models. *Social science & medicine*, 272, 113568. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113568>
- Stange Bernhardt, I., Nissen-Lie, H. A. & Råbu, M. (2021). The embodied listener: A dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of therapist's personal presence for the therapeutic change process. *Psychotherapy Research*, 31(5), 682–694. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808728>
- Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.
- Urnes, A.-G. & Weidle, B. (2025). Diagnostikk av barn og unge – et dynamisk prosjekt. I A.-G. Urnes (Red.), *Den interaktive hjernen hos barn og unge* (s. 209–224). Gyldendal Akademisk.
- Varela, F. J., Thompson, E. & Rosch, E. (2017). *The embodied mind, revised edition: Cognitive science and human experience*. MIT Press.
- Vogt, H. (2025, 28. oktober). Helsemyndighetene må kunne mer om medikalisering. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/GyzX19/autisme-og-adhd-helsemyndighetene-maa-kunne-mer-om-medikalisering>
- Wang, Y., Aaron, R., Attal, N. & Colloca, L. (2025). An update on non-pharmacological interventions for pain relief. *Cell Reports Medicine*, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2025.10194>

