

Hva er psykiske lidelser?



Bilde: Shutterstock / NTB Scanpix

To aktuelle debatter vitner om forvirring rundt begrepet psykiske lidelser, mener Sigmund Karterud. I dette essayet forsøker han å bidra til klargjøring.

TEKST

Sigmund Karterud

PUBLISERT 27. oktober 2023

Høsten 2023 ble offentligheten rammet av to debatter som vitnet om forvirring om begrepet psykiske lidelser. Først rykket styret i Norsk psykiatrisk forening ut og forsikret befolkningen om at psykiske «sykdommer» var på linje med andre kroppslige sykdommer, og at man derfor ikke hadde noe å skamme seg over når man tok piller mot dem (Lien et al., 2023). Altså ingen grunn til «pilleskam». Dernest hevdet forskere på data fra studentenes helse- og trivselsundersøkelser (Shot) at en tredjedel av norske studenter til enhver tid har en psykisk lidelse, og at rundt 50 % har hatt en slik lidelse siste år (Sivertsen et al., 2023). Disse oppsiktsvekkende påstandene fra psykiater- og forskerhold gjør det nødvendig med en ny drøftelse av hva psykiske lidelser er.

Definisjonen

Den offisielle definisjonen av psykisk lidelse finner vi i internasjonale diagnosesystemer. I de senere årene er det gjort betydelige anstrengelser for å harmonisere ICD- og DSM-systemene. I ICD-11 (WHO, 2023) og DSM-5 er definisjonene så å si identiske. DSM-5-definisjonen (APA, 2013) går slik: «En mental lidelse er et

syndrom karakterisert av klinisk signifikant forstyrrelse i individets tenkning, emosjonsregulering eller adferd som reflekterer en dysfunksjon i de psykologiske, biologiske, eller utviklingsmessige prosessene som ligger til grunn for (*underlying*) mental fungering.»

Definisjonen er deskriptiv. Den sier noe om hva som karakteriserer psykiske lidelser. Den sier ingenting om årsaker, men har en vag formulering om at lidelsene *reflekterer en dysfunksjon i prosesser*. I definisjonene av hver enkelt psykisk lidelse er det heller ikke snakk om årsakssammenhenger. I stedet formuleres det sett av *deskriptive kriterier* som karakteriserer hver enkelt lidelse. Det dreier seg om å føle seg trist, nedstemt, håpløs, etc., i en viss mengde og over et visst tidsrom.

Psykiske lidelser er *pragmatiske* kategorier. Vi har dem fordi vi har nytte av dem. Det er uomtvistelig slik at folk kan bli deprimerte, angstfulte eller psykotiske. Vi trenger kategorier for dette som kan rettlede oss med hensyn til behandling, rettigheter og ansvarsforhold. Kategoriene kan gi rett til behandling, uføretrygd eller straffefritak.

At diagnostiske kategorier skal være nyttige, er et ukontroversielt standpunkt. Mer omstridt er i hvilken grad de forskjellige kategoriene refererer til noe substansielt. Handler det bare om sosiale konstruksjoner? Eller er det en blanding av substansielle fenomener og sosiale konstruksjoner?

Prototype kategorier

På begynnelsen av 2000-tallet var det en intens forskningsaktivitet knyttet til den pågående revideringen av DSM-IV og ICD-10. Min forskningsgruppe ved UiO deltok i arbeidet. Vårt interesseområde var personlighetsforstyrrelser. Allerede den gang var det åpenbart at man måtte gi opp forestillingen om personlighetsforstyrrelser som diskrete, klart avgrensbare kategorier karakterisert ved et sett av nødvendige og tilstrekkelige kriterier. Forskningsdata var ikke i nærheten av å underbygge en forestilling om eksempelvis borderline – emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – som en slags sykdom som eksisterte i verden. Når vi regnet på kriteriekombinasjoner, fant vi 256 forskjellige måter å være borderline på (Johansen et al., 2004). Forskningsdata gikk derfor i favør av personlighetsforstyrrelser som prototype kategorier. Altså: Borderline er ikke en sykdom i verden, men kriteriene beskriver en prototyp som virkelige personer kan ligne mer eller mindre på. Man kan være mer eller mindre borderline og på litt forskjellige måter. Vitenskapens oppgave er da å finne gode kriterier for slike prototyper. Vi gjorde slike studier av prototyp validitet på samtlige personlighetsforstyrrelser. Når det gjaldt borderline, fant vi f.eks. at kriteriet «kronisk følelse av tomhet» var det dårligste, og at det burde endres.

I prinsippet kan en prototyp kategori være rent sosialt konstruert. Kategorien «bergenser» er en gyldig (prototyp) kategori. Man kan være mer eller mindre «bergensk», fra erkebergenser til skapbergenser eller ikkebergenser. Aktuelle kriterier kan være «født i Bergen», «snakker bergensk», «deler bergenske verdier», «heier på Brann», etc., men det finnes ingen nødvendige og tilstrekkelige kriterier. Det er en gyldig kategori, men det er knapt noen substansiell kategori til tross for at «det å være

bergensk» for en bergenser vil være den naturligste ting i verden. Det kommer helt av seg selv. Likevel er dette noe som kan avlæres, f.eks. ved at vedkommende flytter til Oslo, begynner å snakke østlandsk og heier på Vålerenga.

I motsetning til kategorien bergenser vil kategorien «tuberkulose» være en substansiell kategori. Et nødvendig og tilstrekkelig kriterium for tuberkulose er «infisert med tuberkelbasillen». Dette kriteriet viser hen til et substansielt fenomen i verden som er infeksjonsprosessen i kroppen med tuberkelbasillen. Dette fenomenet kan ikke endres ved noen viljeanstrengelse eller at man flytter til Drammen.

Lineær eller sirkulær etiologi?

Hvor sterke er de substansielle komponentene i psykiske lidelser, og hva består de av? Da vi gjorde vår forskning om prototyp validitet av personlighetsforstyrrelser, tok vi ikke standpunkt til dette spørsmålet. Men det bør man gjøre. Det er tross alt substansielle forskjeller på personer med avhengig versus antisosial personlighetsforstyrrelse og som er annerledes enn forskjellen på bergensere og trøndere. For å nærme seg et gyldig svar må man ta standpunkt til hva personlighetsforstyrrelser er forstyrrelser av. Det vil si at man må ta standpunkt til hva man tror personligheten er sammensatt av. Hva er de viktigste komponentene? Det var det vi gjorde med bøkene *Personlighetspsykiatri* (Karterud et al., 2017) og *Personlighet* (Karterud, 2017), der vi fremhevet komponentene primære emosjoner, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne/selvbevissthet (TAM-modellen). Dermed var vi i gang med å innsirkle det DSM-5-definisjonen fremhever – en dysfunksjon i psykologiske, biologiske og utviklingsmessige prosesser. Da kunne vi eksempelvis, med forskningsmessig belegg, hevde at vesentlige forskjeller på avhengig og antisosial personlighetsforstyrrelse er 1) sterk grad av den primære emosjonen separasjonsangst hos de avhengige (klamring) versus liten grad av separasjonsangst (delvis benektet) hos de antisosiale, 2) et overinvolvert tilknytningsmønster (TKM) hos de avhengige versus et distansert TKM hos de antisosiale, 3) følelsesstyrt tenkning (mentalisering) hos de avhengige versus intellektualisering og pseudomentalisering hos de antisosiale. Disse prosessene er i sin natur biologiske og psykologiske og preget av individets utvikling.

«Vi lever i en 'cerebral' tid der mye attribueres til hjerneprosesser»

Det som ofte skaper forvirring rundt begrepet psykiske lidelser, er uklar tenkning om hvordan disse prosessene foregår, og «hvor» de foregår. Vi lever i en «cerebral» tid der mye attribueres til hjerneprosesser. Fallgruven ligger i å fremstille psykiske lidelser som overveiende *substansielle* kategorier der en går langt i å hevde en *lineær* etiologi etter samme mønster som tuberkulose, hvor lidelsen har sin årsak i et patologisk agens. Da får vi utsagn av typen at ADHD skyldes lavt nivå av noradrenalin prefrontalt, at depresjon skyldes lavt nivå av serotonin, eller at psykose skyldes et overaktivert

dopaminsystem. Det påstås at psykiske lidelser er noe avgrenset, noe som finnes ute i verden, som oftest i personens hjerne, og som har *en eller flere «multifaktorielle» årsaker* som foreløpig kan være lite kjent. Sannsynligheten for slike lineære årsakskjeder er imidlertid svært liten. Hundre års intens forskning på verdensbasis har ikke ført oss nærmere slike mål.

Forskning og klinisk erfaring tyder heller på at psykiske lidelser er syndromer med *sirkulære etiologier* (Fuchs, 2018). Det innebærer at lidelsen ikke finnes som noen avgrensbar «ting» som kan lokaliseres i tid og rom, eksempelvis inne i hjernen på folk, men at dens vesen er dysfunksjonelle prosesser der *forholdet til omgivelsene* spiller en stor rolle. Forholdet til omgivelsene er da ikke å forstå som bare en konsekvens av lidelsen, men som en iboende del av lidelsen. I og for seg dekkes dette viktige aspektet av DSM-5-definisjonen av «psykologiske prosesser» dersom vi her inkluderer sosialpsykologiske og intersubjektive prosesser. Psykiske lidelser oppstår i møte med omgivelsene, oftest gjennom tap, neglekt, traumer, egen destruktiv adferd, etc., og vedlikeholdes i møte med omgivelsene gjennom tilbaketrekning, unngåelse, utagering, lært hjelpeløshet, offerscenario, etc. Personen *gjør noe* i møte med omgivelsene (unngår, flykter, angriper, beskylder, etc.), og omgivelsene *gjør noe* overfor vedkommende (mobber, misbruker, fryser ut, gir opp, bebreider, overser, etc.). Det er denne vekselvirkningen som kan bli til sirkulær etiologi. Det ene fremkaller det verste i det andre. Det som utgjør lidelsen, er ikke for høyt eller for lavt serotonininnivå eller dopaminnivå eller noradrenalininnivå inne i (hjernen til) personen, men personens *lidende samspill* med andre personer i fortid eller nåtid. La meg for ordens skyld legge til at andre personer i fortid godt kan være del av en persons indre omgivelser i nåtid, og at det også dreier seg om *indre sirkulære prosesser* som involverer bl.a. neurotransmittere, nevromodulatorer, hormoner og autonom regulering.

«Forskning og klinisk erfaring tyder heller på at psykiske lidelser er syndromer med sirkulære etiologier»

Avhengig PF og depresjon

Vi kan starte med avhengig personlighetsforstyrrelse og separasjonsangst som eksempel. Personen det gjelder, vil med all sannsynlighet ha hatt en genetisk disposisjon som gir seg utslag i sterkere separasjonsangst enn de fleste jevnaldrende. Det er måten vedkommende har blitt møtt på og selv forholdt seg til separasjonsangsten på, som betinger om den har nedfelt seg som vedvarende personlighetstrekk (utviklingsprosesser). I verste fall har separasjonsangsten blitt forsterket gjennom lært hjelpeløshet, vedkommende har tydd til klamring, og han/hun bor fortsatt i en alder av 30 år i kjelleretasjen hjemme og kvier seg for å ta avgjørelser på egen hånd. Separasjonsangsten er ingen innbilning. Den er i høyeste grad reell (biologisk påvisbar) og henger sammen med dysfunksjon i regulering av endogene

opioider. Det hjelper å røyke litt hasj. Foreldrene har gitt opp å «mase» og latt vedkommende være i fred, som innebærer at mor vasker tøy og ordner mat. Det har utviklet seg et samspill som holder det hele ved like. Som eksempelet viser, er ikke den psykiske lidelsen, her avhengig personlighetsforstyrrelse, noe som kan lokaliseres noe sted, f.eks. i et hyperaktivt system for regulering av separasjonsangst. Lidelsen er en (dysfunksjonell) måte å være i verden på.

Er det radikalt annerledes med mer situasjonsbestemte psykiske lidelser? Slik som depresjoner? La oss ta alvorlig depressiv episode. Kriteriesettet her har heller ingen nødvendige og tilstrekkelige kriterier. Kriteriene er pragmatiske, og kan forekomme i forskjellige kombinasjoner. De beskriver dessuten et dimensjonalt fenomen. Man kan være mer eller mindre deprimert, fra den alvorligste psykotiske typen, til en mer moderat form som så vidt passerer den definerte terskelen. Terskelen er dessuten skjønnsmessig, og fagfolk vil variere i sin bedømming av om terskelen er passert eller ei hos forskjellige deprimerte personer. Til sammen gjør dette at kategorien rommer mye forskjellig. Blir det klarere om vi går til underliggende psykologiske og biologiske prosesser? Psykologisk forskning har vist at depresjoner henger sammen med tapsopplevelser (Kendler et al., 1995). Tilsvarende, på den biologiske siden, spiller også her separasjonsangsten en stor rolle, gjennom (dys-)regulering av bl.a. serotonin, endogene opioider og oxytocin (Panksepp & Biven, 2012). Ved alvorlige depresjoner tar separasjonsangsten overhånd og overkjører andre primære emosjoner som interesse, nysgjerrighet og glede, lek, sex, kjærlighet og sinne. Vedkommende har gitt opp. Også her er det en stor variasjonsbredde i hva slags tapsopplevelser det handler om, og hvordan biologien spiller med. En helt vesentlig del av bildet er hva slags signaler personen sender til omgivelsene, og hvordan omgivelsene svarer tilbake. Og like vesentlig – hvordan forholder vedkommende seg til sin egen oppgivelsestendens? Gir vedkommende etter for den, eller er det noe der som vil noe annet?

Psykiske lidelser er ingen «ting»

Igjen støter vi på en rekke sirkulære prosesser som forteller oss at kategorien alvorlig depressiv lidelse ikke er en «ting» som «finnes et sted», på samme måte som en tuberkuloseinfeksjon er lokalisierbar. Det er derfor misvisende og uttrykk for et kategorimistak (altså en feilforestilling om lineær kausalitet) å hevde at en depresjon «skyldes» eller «er forårsaket av» lavt serotoninnivå eller andre nevrotransmittere for den saks skyld. Igjen – en depressiv tilstand er en (annen) dysfunksjonell måte å være i verden på. Elementene i denne tilstanden har vi rimelig god innsikt i, og omgivelsene, inkludert terapeuter, kan i de aller fleste tilfellene gripe inn på hensiktsmessige måter.

Personligheten medierer

Den viktigste faktoren som medierer forholdet mellom organismens tilstand (f.eks. tom for energi) og omverden, er organismens personlighet. I gamle dager, dvs. før DSM-III i 1980, skulle psykiatriske diagnoser inkludere de fleste elementene i sirkulære prosesser. På 1970-tallet skrev vi «Depressiv reaksjon hos emosjonelt ustabil alenemamma i vanskelig livssituasjon». Da DSM-III ble innført, skulle man diagnostisere *både* på akse-

I (symptomlidelser) og akse-II (personlighet). Eksempelvis: Akse-I: Alvorlig depressiv episode. Akse-II: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (eller «ingen personlighetsforstyrrelse» eller «uspesifikk PF»). Kravet om diagnostikk på begge akser falt bort med DSM-IV. Mange mente at det representerte et fremskritt at personlighetsforstyrrelser «ble likestilt» med symptomlidelser. Personlig mener jeg det var et tilbakeskritt. Senere forskning har vist at *nivå av personlighetsfungering* (Buer Christensen et al., 2020) er den viktigste prediktoren for hvordan det går i livet, også med henblikk på symptomlidelser. Nivå av personlighetsfungering er derfor, både i DSM-5 og ICD-11, løftet frem som det aller viktigste en diagnostiker skal vurdere med tanke på personlighet. Og ser vi nærmere på hva nivå av personlighetsfungering inneholder, er vi milevis unna lineære logikker. Det handler om personens identitet, integritet, evne til å sette seg realistiske mål i livet, evne til emosjonsregulering, evne til nærhet og forpliktelser, o.l. Nivå av personlighetsfungering vil derfor også si noe om *personens forhold til egne vanskelige følelser*. I virkelighetens verden er ikke dette «noe annet» enn «selve symptomlidelsen». Forholdet til egne følelser er en del av symptomlidelsen. Rent pragmatisk er det greit at dette forholdet kartlegges på en egen måte, gjennom bestemmelse av nivå av personlighetsfungering, men så lenge kartleggingen ikke er obligatorisk, kan fagfolk dessverre hoppe over og late som om symptomlidelser er uavhengig av personlighetsfungeringen. Dette er en svakhet ved samtidens diagnosesystemer.

Alvorlige psykiske lidelser

I disse drøftelsene har jeg brukt depresjon og separasjonsangst som eksempler. Er dette spesielt og derfor annerledes for de andre psykiske lidelsene? Nei. Også ved angstlidelser er kriteriene deskriptive, kategoriene rommer stor variasjon, og de er uklart avgrenset, de er dimensjonale, og underliggende psykologiske og biologiske prosesser handler om regulering av frykt. Også her er det sirkulær etiologi der personligheten spiller en stor rolle. Spiller den *veldig* stor rolle, snakker vi om engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse. På samme måte er det for ADHD. Det handler om dimensjonale fenomener som påvirkes av modenhetsgrad, omgivelser og personlighet. Ved god personlighetsfunksjon kan ADHD-tendenser til og med bidra til å krydre tilværelsen. Men hva med alvorlige sinnslidelser? Det samme gjelder også for bipolar lidelse. Det handler om deskriptive kriterier med uklar avgrensning, dimensjonale fenomener som varierer fra lettere stemningssvingninger til agitert psykose og dysfunksjon i biologiske prosesser som regulerer interesse, engasjement og utforsking (søking som primær emosjon, regulert av bl.a. dopamin). Og i tillegg er det betydelige problemer med å forholde seg til egen sårbarhet. Anslagsvis 50 % av personer med bipolar lidelse har også en personlighetsforstyrrelse (Karterud et al., 2017, s. 327). Hva med schizofreni? Har vi her endelig en mer entydig lidelse som hovedsakelig preges av lineær etiologi? Svaret er nei. «Nedad» er det en gradvis overgang til grensepsykose, som er fanget opp av kategorien schizotyp lidelse/personlighetsforstyrrelse. Ved å «skyte inn» denne kategorien blir det vi kaller schizofreni, «renere». Det samme gjelder «ved siden av». Her har man skutt inn schizoaffektiv lidelse, som bidrar til at det

oppstår en «avstand» til bipolar I. Ved å «rydde opp» i landskapet rundt schizofreni kan det se ut som at schizofreni er en selvstendig lidelse, men virkeligheten er langt mer rotete. Ved schizofreni er det vitterlig alvorlig biologisk dysfunksjon ute og går, men også her gjør psykologiske og utviklingsmessige forhold seg gjeldende i en sirkulær etiologi.

Sirkulær etiologi i terapi

De fleste moderne psykoterapier begrunner seg selv på måter som er forenelige med synet på sirkulær etiologi som jeg har forklart ovenfor. Det er *forholdet* til en selv eller andre mennesker (eller grupper eller samfunn) som bearbeides i de fleste psykoterapier, selv om noen legger større vekt på tankeprosesser, og andre større vekt på emosjonelle eller interpersonlige prosesser. Kortversjonen er – dersom man forstår seg selv, andre mennesker og interpersonlige prosesser bedre, kan man bedre forstå, akseptere og prosessere egne følelser og derved agere mer hensiktsmessig i forhold til andre, som igjen vil kunne være mer aksepterende tilbake. Sirkulært – og med symptombedring til følge. Når symptomene dermed blir borte, eller sterkt redusert, *er det ikke fordi terapeuten har kurert den psykiske lidelsen som noen substansiell kategori, men fordi personen har utviklet seg, eller at omgivelsene har endret seg, eller at samspillet har blitt bedre.* Ofte handler det meste av vellykket psykoterapi om personlighetsutvikling (Karterud, 2022). Vi behandler ikke psykiske lidelser. Vi behandler personer med psykiske lidelser. Når det gjelder tuberkulose, derimot, er det riktigere å si at vi behandler tuberkulosen, og ikke personen med tuberkulose.

« Ofte handler det meste av vellykket psykoterapi om personlighetsutvikling »

Samfunnsmessige prosesser

Som det har gått frem av drøftelsen, er psykiske lidelser, i kraft av deres sirkulære natur, vanskelige å definere, avgrense og identifisere prosessuelt. De er på sett og vis «flytende» og derfor også påvirkbare av samfunnsmessige prosesser. Kriteriene for psykiske lidelser bør ha solid empirisk forankring. Det vedrører også kriterienes terskelverdier all den stund de aller fleste psykologiske fenomener er dimensjonale. Det å endre på kriterier og terskelverdier kan få dramatiske utslag på forekomsten av psykiske lidelser. Det er langt på vei et pragmatisk spørsmål hvor mange kategorier vi egentlig trenger, hvilke kriterier som er hensiktsmessige, og hvor tersklene skal settes. Arkitekten bak DSM-IV, Allen Frances, var i ettertid dypt kritisk til sitt eget arbeid (Frances, 2013). Han mente at de definatoriske endringene i DSM-IV bidro til en kunstig dramatisk økning i forekomsten av visse lidelser, spesielt ADHD, bipolar lidelse og Aspergers syndrom, og at man åpnet opp for mange nye (og unødvendige) diagnoser. Frances mente at DSM-IV-komiteen undervurderte samfunnsmessige krefter som utnyttet de diagnostiske kategoriene for egne, oftest kommersielle, formål. Først og

fremst gjaldt det legemiddelindustrien, men også andre interessegrupper som mener seg tjent med *medikalisering*. Felles for disse er at de inviterer befolkningen til et *kategorimistak* – de forsøker å fremme en forståelse av lidelsen som noe substansielt og betinget av lineær etiologi.

Aktuelle overdrivelser

Styret i Norsk psykiatrisk forening har i løpet av høsten 2023, i en rekke sammenhenger, uttalt seg på måter som bygger opp om en medikalisert forståelse av psykiske lidelser som det ikke er dekning for. Det snakkes om psykiatiske «sykdommer» som tilsvarende somatiske sykdommer med den forskjellen at for psykiatiske «sykdommers» del er det kroppsdelen hjernen som er affisert (som om hjernen er «setet» for psykiske lidelser) (Lien et al., 2023). Dette er beklagelig. En ansvarlig profesjonsforening bør være mer balansert.

Når det gjelder den omtalte Shot-undersøkelsen som viser at 50% av norske studenter i løpet av siste år har hatt en psykisk lidelse (Sivertsen et al., 2023), er det andre problemer ute og går. For det første har denne studien en rekke metodesvakheter som gjør det tvilsomt om det forskerne har funnet, er sant (objektivt reproduserbart med bedre metoder). Dersom funnet skulle være sant, kan det også forstås dit hen at gamle diagnosekategorier har kommet i utakt med tidsånden i de nordiske land, Danmark viser lignende tendenser. I tilfellet her at terskelen til å svare ja på spørsmål om frykt og separasjonsangst har senket seg blant yngre mennesker. Dette viser at pragmatiske kategorier bør endres i takt med endringer i tidsånden. Alternativet er at forskere og fagfolk gjør noe som tar behørig hensyn til tendensen. Det som er ekstra ille med Shot-undersøkelsen, var at tvilsom forskning ble lansert med brask og bram gjennom en pressekonferanse med høytstående representanter for regjering og statsapparat. Her så vi et underlig samrøre mellom spesielle forskningsinteresser og politiske krefter der forståelsen gikk i motsatt retning av det Norsk psykiatrisk forening la opp til. For at funnene om norske studenter skal gi mening, må de bero på en oppfatning av at psykiske lidelser til de grader er avhengig av omgivelsene. Altså – når omgivelsene er frustrerende og byr på store krav og dårlig råd, fører det til så mye frykt og fortvilelse at det slår ut som alarmerende økning i diagnostiserbare psykiske lidelser. Som ledd i denne logikken er svaret *ikke* økt tilbud om psykoterapi, men flere velferdstiltak og mindre studiepress.

Som motvekt mot slike overdrivelser i enten biologisk eller sosialpsykologisk retning er det viktig for fagfolk og offentligheten å ha en klar forståelse av psykiske lidelsers natur som pragmatiske kategorier for dysfunksjonelle prosesser som hverken bor i hjernen, i sjelen eller i omgivelsene, men i samspillet mellom disse dynamiske systemene.

TEKST

Sigmund Karterud

KONTAKT: wkarteru@online.no

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Association.

Buer Christensen, T., Eikenaes, I., Hummelen, B., Pedersen, G., Nysæter, T.-E., Bender, D. S., Skodol, A. E. & Selvik, S. G. (2020). Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning – Concurrent validity of criterion A. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(2), 79–90. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000352>

Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. HarperCollins Publishers. <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2013.830642>

Fuchs, T. (2018). *Ecology of the brain*. Oxford University Press.

Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T. & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV criteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289–298. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>

Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Gyldendal.

Karterud, S. (2022). *Personlighetsfokuseret terapi*. Gyldendal.

Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri*. Gyldendal.

Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E. & MacLean, C. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152(6), 833–842. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.6.833>

Lien, L., Reitan, S. K., Halvorsen, N., et al. (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>

Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The archeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions*. W. W. Norton & Company.

Sivertsen, B., Knudsen, A. K. S., Kirkøen, B., Skogen, J. C., Lagerstrøm, B. O., Lønning, K. J., Kessler, R. C. & Reneflot, A. (2023). Prevalence of mental disorders among Norwegian college and university students: a population-based cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health - Europe*, 100732. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100732>

WHO. (2023). *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>