1



Psykisk hälsa … finns den?

Liv är partiklar i rörelse.

ALBERT EINSTEIN

MIN NYFIKENHET och förundran över människan och hur hon hanterar livet är lika stark idag som när jag påbörjade min psykologutbildning i början av 1970-talet. Det har alltid känts meningsfullt att vistas i ett kontinuerligt kunskapssökande, med målet att öka människors välbefinnande. Men onekligen finns det smolk i bägaren. Den psykiska ohälsan tycks öka och tragiskt nog med högre fart och intensitet bland barn och ungdomar. Psykiatrin gör nog sitt bästa för att ta hand om människor när de tappar fotfäste, men det tycks ändå inte räcka långt. Det kritiska läget kräver flera saker – en djupare förståelse för *varför* människor faller, tidiga insatser för att förhindra att det sker och slutligen ett

mycket bredare synsätt och arbetssätt i vården. Det har sedan länge varit dags för oss som möter patienterna att kliva ut från de psykiatriska mottagningarna och psykoterapirummen och på allvar delta i politiken och samhällsdebatten. Att dela med oss av våra kunskaper och erfarenheter, både om vad som befrämjar och vad som försvårar människors psykiska välbefinnande. Att försöka hejda en samhällsutveckling som bryter ner människor.

Medier har tagit på sig rollen som mäktiga informationsbärare och riktar ofta ljusstrålen mot befolkningens allt sämre mående. De uppmuntrar oss ideligen att tala mer om den psykiska ohälsan, lyfta upp den till ytan och ”avskamma” den. Det är självklart bra och viktigt. En uppgift som aldrig får upphöra. Men om jag jämför dagens kunskapsläge med situationen när jag började min yrkesbana, befinner vi oss redan i en helt annan och upplyst värld. Jag uppfattar att människor inte lider i det tysta på samma sätt längre. Då sökte man hjälp hos doktorn för sin hjärtklappning och höll tyst om den verkliga plågan och ångesten inför att exempelvis umgås med andra människor. Social ångest och panikångest var inget man gärna skyltade med, delvis beroende på att man själv inte kunde sätta ord på sina problem. Lite krasst kan vi säga att ångest, depression och psykisk ohälsa i allmänhet idag snarare har blivit något som kompletterar personens varumärke på Facebook. Den nya offentligheten kring hur man mår psykiskt är befriande, men kan också lätt skapa en skev bild

av läget som alltför hopplöst och dystert. Det ligger verkligen nära till hands att ställa sig frågan: psykisk *hälsa*, finns den verkligen? Svaret är självklart ja.

Låt oss tala mer om den psykiska hälsan

Jag har grubblat mycket på hur detta inledande kapitel ska utformas. Av gammal vana letar sig orden lättast fram kring psykisk ohälsa och sjukdom. Men den här boken ska ju inte handla om det. Jag tänker vända på perspektivet och betrakta olika existentiella och psykologiska ”friskhetsfaktorer”. För även om den psykiska ohälsan ökar, är det också ett faktum att väldigt många människor fungerar väl i sina liv och känner sig tillfreds, om än inte alltid lugna, lyckliga och glada. Genom att belysa hälsan tror jag att vi bättre kan förstå ohälsan.

En sak är dock viktig att understryka från början. De svåraste psykiatriska tillstånden, exempelvis psykossjukdomar och djupa, långvariga depressioner, har sina speciella orsaksförklaringar och kräver djupgående professionell kartläggning och behandling. När jag här ställer hälsan i kontrast till ohälsan är det alltså inte den typen av problematik som jag har i tankarna, utan de vanligare och lättare psykiska besvären. De som vi får på köpet när vi lever, exempelvis ledsenhet, sorg, rädsla och allmänt självtvivel.

Unikt och gemensamt

Att gilla livet innebär inte automatiskt att tycka att det är lätt att leva. Livet är helt enkelt inte konstruerat utifrån våra behov, hur gärna vi än vill tro det. Det är så mycket som hotar och stressar oss. Det tillhör existensen att tvingas utmana otrygghet och allsköns sorgligheter. Sjukdom, relationsförluster och vår egen död är bara några exempel. Förutsättningarna för att hantera den ojämna livsterrängen varierar, orättvist nog, ganska mycket från individ till individ. De avgör vilken sorts liv vi kommer att leva och hur nöjda vi blir med det. En ojämlikhet som är svår att utjämna och som ställer krav på både individen och samhället, likväl som på den vård som ska möta de personer som gått vilse.

När jag sitter i samtal med patienter känner jag ofta en samhörighet. Jag tänker att deras beskrivningar av rädslor, förtvivlan och vilsenhet också kan vara mina, om än kanske med svagare förtecken. Men det är förstås också avgörande faktorer som skiljer oss åt – våra gener, vår biologi och våra unika erfarenheter.

De flesta av mina patienter har ofta mycket tunga livssituationer och traumatiska upplevelser att hantera. Och många, alltför många, vill inte leva. Det som hänt dem i livet kan ha varit extremt grymt och sorgligt och inte alls vara inom ramen för det normala. Jag hoppas innerligt att ingen enda människa kan normalisera och rycka på axlarna inför

andras upplevelser av psykisk och fysisk misshandel, våld, sexuella övergrepp, svår mobbning, krig och tortyr. Eller inför att möta det särskilt grymma i att ha tvingats vara både offer och förövare, något som är fallet för många ensamkommande före detta barnsoldater. Men återigen – de grundläggande känslomässiga reaktionerna på det som drabbar oss i livet är gemensamma, oavsett om vi har fått leva lätt eller svårt. Rädsla, skam, ilska och sorg har sin universella koreografi oavsett vad som varit utlösande.

Jag resonerar öppet med patienterna om detta, att jag vill bekräfta dem precis så som de är, med all deras förtvivlan och ångest. Jag betonar att hur ensamma, knäppa eller värdelösa de än känner sig så kommer jag att försöka möta och förstå dem från olika perspektiv – utifrån deras unika erfarenheter, mitt eget igenkännande och ur ett allmänmänskligt perspektiv. Problem och svårigheter har vi i våra liv, oavsett på vilken sida av terapibordet vi hamnat. Den intressanta frågan blir i stället hur det kommer sig att vi sitter som vi gör, om rollfördelningen – jag som vägledare/psykoterapeut och människan mitt emot mig som den vägledda/patienten. Det är en fråga som belyser den problematiska gränsdragningen mellan psykisk hälsa och ohälsa, en i sanning snårig terräng att ge sig in i. Låt oss därför kika på hur man har tänkt bland experter och myndigheter inom området.

Psykisk hälsa och ohälsa – vad betyder begreppen?

Begreppen psykisk ohälsa, psykisk sjukdom och psykisk hälsa är förvirrande. Vi förleds att tro att det råder en stark konsensus kring deras innebörd. Det gör det inte. Anledningen är att de är så svåra att operationalisera, det vill säga svåra att mäta och avgränsa. Det begreppen förväntas fånga är högst subjektiva fenomen och upplevelser. Det som är sjuklig ångest för den ene kan på så sätt vara normal rädsla för den andre. Hur många gånger kan jag kolla spisen innan det betraktas som ett tvångssyndrom? Hur orolig kan jag egentligen vara över min fysiska hälsa, och ändå betrakta mig som psykiskt frisk? Och hur trött och ledsen kan jag känna mig utan att tilldelas en depressionsdiagnos? Med andra ord – när övergår normala reaktioner i ohälsa? Inga knivskarpa gränser finns mellan tillstånden, snarare har man symtom och problem på en glidande skala, i olika grader.



Granskar vi världshälsoorganisationen WHO:s definition av psykisk hälsa och ohälsa, en definition som svensk hälso- och sjukvård ansluter sig till, ser vi följande. Man använder sig av begreppen psykisk hälsa i kontrast till psykiska besvär och psykisk sjukdom, för att beskriva det psykiska måendet på en graderad ”lidandeskala”. *Psykisk ohälsa* är här ett paraplybegrepp som innefattar både psykisk

sjukdom och psykiska besvär, det vill säga både svårt och lättare lidande och grad av funktionsnedsättning.

Psykisk hälsa definieras av WHO som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande. Människor som har psykisk hälsa kan förverkliga sina egna möjligheter utifrån vad som är viktigt i deras liv, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till samhället. Enligt WHO innefattar alltså psykisk hälsa något mer än frånvaron av psykisk ohälsa och inbegriper både individens inre upplevelser och relationen mellan sig själv och sitt sociala sammanhang.

Med *psykiska besvär* avses då man är i obalans eller har symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter som i olika grad påverkar hur man fungerar i sin vardag. Problemen är inte så omfattande att en diagnos kan sättas och är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation.

Psykisk sjukdom förekommer när man har flera symtom som uppfyller kriterierna för en diagnos enligt våra internationella diagnossystem: WHO:s International Classification of Diseases (ICD) och den amerikanska psykiatriska yrkesföreningens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Vi är både biologiska och sociala

Idag skulle det snarast betraktas som naivt att hävda att orsakerna till psykisk ohälsa enbart ligger inom individen. Hur vi mår är i allra högsta grad kopp-

lat till olika biosociala samverkande faktorer – till våra biologiska medfödda förutsättningar, till våra erfarenheter från uppväxt och vuxenliv och till det samhälle vi lever i. Vårt psykiska välbefinnande måste med andra ord förstås från flera olika perspektiv.

Vi förstår att det högteknologiska, polariserade och fartblinda samhälle vi skapat gör oss stressade och olyckliga. Politiska, socioekonomiska och kulturella faktorer har i allra högsta grad starka kopplingar till det psykiska måendet, ett forskningsfält som är växande och välkommet.

Ett belysande exempel fick jag på litteratursidan i DN:s kulturbilaga den 8 februari 2019. Där gör Jacob Lundström en intervju med Richard Wilkinson, brittisk professor i social epidemiologi. Wilkinson forskar kring hur sociala förhållanden påverkar sjukdomsmönster i befolkningen och är, tillsammans med Kate Pickett, författare till boken *Den inre ojämlikheten*. Bokens tema är visserligen välbefinnande, men den handlar inte om de vanliga individcentrerade tipsen för att uppnå lycka eller wellness, utan om jämlikhet och konsekvenser av ojämlikhet. Författarna skriver om hur ojämlikhet påverkar hur vi ser på oss själva och på andra människor. De menar bland annat att det finns en vanlig missuppfattning om ojämlikhet som ett samhällsfenomen. Som individer är vi bara intresserade av oss själva och våra egna känslomässiga toppar och dippar, våra vänner och nära relationer. Men ojämlikhet griper in i vår vardag och påverkar oss som individer på djupet, menar de. Den undermi-

nerar vår självkänsla och försvårar sociala interaktioner. Ojämlikheten tycks, enligt författarna, göra oss oroliga över andra människors blickar. Jag gissar att de även syftar på kulturell och könsrelaterad ojämlikhet, inte bara den ekonomiska.

Det är inte precis en braskande nyhet att fattigdom är förenat med psykisk ohälsa, men en av Wilkinsons studier visar att även de rika påverkas av ett samhälle genomsyrat av stress och statusjämförelser. Även rika tycks alltså må sämre av ojämlikhet. Wilkinson och hans kolleger talar om ojämlikhet som en allmän social förorening.

Frågor om samhällets påverkan på patientens situation och mående – alltså upplevelsen av hur jämlikt, fritt, tryggt och hälsosamt patienten kan leva – är sällan seriösa mätfaktorer i psykiatriska/psykoterapeutiska kartläggningar och samtal. Där är man fortfarande kvar i individcentrerade förklaringsmodeller och åtgärder. Här finns det stora utvecklingspotentialer. Hälsan involverar nämligen förmågan att hitta kloka handlingar och förhållningssätt till sig själv och sitt inre, men att samtidigt förstå vilken roll den omgivande kontexten har i den processen.

Ohälsan och diagnoserna

DSM är det diagnossystem som används mest i svensk psykiatri och psykoterapi och har ganska nyligen uppdaterats till sin nuvarande version DSM-5. Här har man klassificerat och avgränsat

olika symtom och kriterier, under en och samma rubrik, en diagnos. Man har länge betraktat diagnoserna som *kategorier,* det vill säga att patienter har eller inte har en diagnos, beroende på antalet kriterier som är uppfyllda. Till exempel ges diagnosen panikångest om patienten får återkommande panikattacker som gör henne rädd för att dö eller bli tokig, och om hon upplever fyra av tretton olika symtom (hjärtklappning, svettning, darrning, illamående, kvävningskänsla, overklighetskänsla etc) i de intensiva panikattackerna.

Men diagnosernas precision, funktion och status börjar nu ifrågasättas. Successivt växer en annan, mer komplex och nyanserad, syn fram. Man resonerar nu både om den stora överlappningen mellan diagnoserna, det vill säga *samsjuklighet,* och om graden av symtom, det vill säga *dimensioner* av dem. Samsjukligheten vad gäller psykisk ohälsa är mycket stor och grumlar hela tiden sikten. En person som exempelvis lider av oro och ångest är mycket ofta också deprimerad och har neuropsykiatriska symtom. Dessutom finns ofta stress och ätstörningar med i bilden. Det är begripligt att både diagnostisering och behandling blir komplicerade. Svåra prioriteringar måste göras.

Den dimensionella aspekten ökar grumligheten ytterligare. Gränsen mellan sjukt friskt blir svår att dra. Man har kommit till insikt om de ”diagnostiska symtomens” allmänmänskliga karaktär. Vi har alla av och till olika grader av rädslor, ångest och nedstämdhet i oss. Och vår förmåga att bete

oss klokt och ändamålsenligt varierar hos oss alla, både i grad och över tid. Psykiska problem är alltså dimensionella och inte kategoriska. I den ena änden på den fingraderade skalan finns de som helt och hållet saknar symtom och problem, i den andra återfinner vi människor med allvarlig psykisk sjukdom.

Sjukdomsförklara det normala

Detta mer nyanserade sätt att se på psykiatriska diagnoser har tyvärr också satt en annan boll i rullning. Utvecklingen går mot att sjukdomsförklara begripliga sinnesstämningar och reaktioner på de motgångar och svårigheter som livet erbjuder oss. Ett resultat av denna pågående diagnostiska utvidgningsprocess är vad man brukar kalla indikationsglidning – fler och fler normala reaktioner bedöms indikera sjukdom. Många hamnar i tron att de är sjuka eller onormala om de är olyckliga, ängsliga eller vilsna om sig själva. Sorg är bara ett exempel på hur en förväntad och normal, om än tung, reaktion på en mänsklig förlust alltför tidigt och lätt kan sjukdomsförklaras. Ett annat exempel är nedstämdhet. Den drabbar oss alla ibland och behöver, i en lindrig form, ingen diagnos eller andra åtgärder än självomsorg – tålamodet att helt enkelt bara vänta ut den, lagom aktivering och umgänge med människor som tycker om oss. Det är först när vi i veckor eller månader inte ens har tagit oss upp ur sängen, inte klarat av att gå till jobbet,

dragit oss undan från normal social samvaro, slutat att duscha och äta och inte kan koncentrera oss ens på en kort tidningsartikel, som det blir riktigt problematiskt och vi behöver professionell hjälp. En psykolog eller läkare som bedömer att vi uppfyller fem symtom av nio, enligt DSM-5, skulle då ge oss diagnosen egentlig depression.

Den knepiga frågan är, som sagt, vad en normal reaktion på livet är och när den övergår i något sjukt som kräver behandling? När ska vi söka hjälp och var kan vi få den? Och förstås, vem avgör dessa frågor – har vi själva tolkningsföreträde?

Diagnoser – hjälp eller stjälp?

Jag har länge känt mig kluven inför kategoriseringen och etiketteringen av det mänskliga fungerandet i diagnoser. Mest på grund av den position de har tagit i sjukvården och effekterna för den hjälpsökande. I dagens psykiatriska vård är diagnostiseringen en central verksamhet. Den är en förutsättning för att kunna få olika behandlingsinsatser sanktionerade. Vid en fastställd diagnos ska en given medicinering och/eller psykologisk behandling sättas in, enligt de riktlinjer som är skapade av bland annat Socialstyrelsen. Dessa bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Ett förfarande som är viktigt och relevant. Men det finns en baksida.

Det läggs oerhört stor tyngd vid och mycket tid på diagnostiseringen, så mycket att den successivt och olyckligtvis har börjat uppfattas som själva be-

handlingen. När alla mödosamma och tidskrävande utredningar och kartläggningar till slut utmynnat i en diagnos, följer en förvirrande och långdragen process för alla inblandade. Hur ska behandlingen se ut, finns det någon som kan genomföra den och vad vill och förmår patienten? I allvarliga, men tyvärr inte ovanliga, lägen mynnar det hela ut i ett bollande mellan olika kliniker (olika för olika diagnoser) och en evighetslång väntan, i värsta fall på ingenting. Helt förödande för en människa som lider svårt och kanske till och med vill avsluta sitt liv. Jag vill dock betona att det verkligen *finns* väl utprovade, effektiva behandlingsmetoder och skickliga utövare, men med alldeles för låg grad av tillgänglighet. Den vanligaste och kanske lättaste och billigaste utvägen blir tyvärr alltför ofta en förskrivning av antidepressiva och ångestdämpande mediciner, ibland med bristfällig uppföljning. En kortsiktig och också bra lösning för en del, men långtifrån för alla.

Min beskrivning må vara lite hårt dragen, men den är inte osann.



Ingen blir fri från sitt lidande enbart av att få en etikett på det, men för många kan det kännas som en enorm lättnad. Diagnosen minskar skuld och ansvar – ”det är inte jag, det är min diagnos/sjukdom som gör att jag känner och beter mig så här”. Och idag är det inte svårt att hitta gemenskap i olika forum för människor med samma diagnos. Den

lättnaden unnar jag dem verkligen! Men diagnosen kan tyvärr också bli en intäkt för att identifiera sig alltför starkt med sin ”sjukdom” och att bli passiv eller helt ge upp inför den. Den inställningen har jag också mött alltför ofta. Andra avskyr förstås sina diagnoser och kämpar för att bli fria från dem. De uppfattar dem som stigmatiserande, kränkande eller helt enkelt felaktiga.

Diagnoser och stelbent bemötande

När vi ser lite närmare på diagnossystemet uppstår alltså frågor och tveksamheter. Är diagnoserna till nytta, i så fall hur och för vem? Hur mycket av psykologers och läkares tid ska de få ta av tiden med patienten? Och kan man så självklart godta ett medicinskt synsätt på vårt psyke och vår ”själ”?

Vi rör oss i grumliga vatten vad gäller att hitta orsaker till och klassificera de psykiska sjukdomarna. De riskerar att låsa behandlaren i rigida tankegångar och förhållningssätt och leder till ett stelbent bemötande av patienterna som till slut bara blir diagnoser, i stället för människor i svåra existentiella och konkreta livsomständigheter. Det hela lämnar behandlaren i ett dilemma.

Vi har just nu kanske inget bättre system än det befintliga. Men ibland kan man tillåta sig att tänka radikalt (om än kanske orealistiskt). Vad skulle hända om man befriade sig från de psykiatriska diagnoserna – lade begreppen sjuk och frisk, hälsa och ohälsa på hyllan?

Det behövs i varje fall ett nytt sätt att tänka för att förstå komplexiteten bakom orsakerna till att människor mår och fungerar som de gör, och hur de kan ta sig ur sina problem. Patienters liv och lidande behöver betraktas utifrån ett funktionellt perspektiv. Den viktiga frågan blir då inte vilken diagnos de för tillfället uppfyller, utan om hur väl de förmår fungera (hantera sig själva) i den omgivning och situation som de befinner sig i. Och hur väl de lyckas leva ett liv som känns meningsfullt och som är rimligt tillfredsställande för dem. Det innebär att intressera sig mer för de tillgångar och förmågor som människor faktiskt redan har, för det som är hälsosamt hos dem.

Psykisk hälsa – vad är det och finns den?

Det finns uppgifter som säger att Sverige ligger på nionde plats på en lista som rankar grad av lycka bland världens länder. Vi beskriver alltså oss själva som ganska nöjda och välmående. Här borde man därför kunna hitta nycklarna till den psykiska hälsan och lösa mysteriet med lyckan. Det är därför lite märkligt att Sverige samtidigt är ett land med jämförelsevis hög förskrivning av antidepressiva mediciner. Är vi både lyckliga och olyckliga? Ja, åtminstone både lyckliga och stressade. Man kan på goda grunder anta att stressen i det moderna livet är en av bovarna, eftersom den stressrelaterade ohälsan är den största anledningen till sjukskrivningarna i lan-

det. Hälso- och rådgivningsmarknaden och sociala medier har tagit sig en stark och snabbt växande position vad gäller att beskriva läget. Men frågan är hur hjälpsamma dessa kanaler är för att vi ska förstå psykiskt välmående på ett djupare plan.

Är hälsan helt enkelt en negation av ohälsan, det vill säga definierad som avsaknad eller frånvaron av något? Hälsa skulle då vara att helt enkelt inte känna lidande. Ja, delvis måste det ju vara så. Men det hela låter enkelt och torftigt. Enligt mitt sätt att se är psykisk hälsa inte bara frånvaro utan också *närvaro* av något – att vi har tillgång till oss själva, har färdigheter att navigera oss fram i livet och har tillgång till det som förstärker, peppar och motiverar oss att fortsätta leva. Dessutom är hälsa, lika lite som ohälsa, inte en statisk företeelse.



Författaren Merete Mazzarella har uttryckt att ”hälsa är ett labilt jämviktstillstånd med dålig prognos”. Hon förespråkar också ett mer dynamiskt hälsobegrepp som går ut på att hälsa inte är något statiskt, snarare är det att kunna bli sjuk och sedan frisk igen. Ett resonemang som tar oss närmare vad jag själv skulle vilja inbegripa i begreppet hälsa – en *rörlighet*, en förmåga att kunna tappa balansen i livet och sedan hitta den igen. Just denna mentala rörlighet står i centrum för budskapet med denna bok. Det är den inre rörligheten, flexibiliteten, som hjälper oss bäst att dansa mjukt med tillvaron, känna oss tillfreds och till och med ha lite kul på vägen.

Den förhindrar också de hårdaste stötarna.

Psykiskt välmående är ett värde att sträva efter, inte något som vi har och som vi automatiskt förväntas ha. Välbefinnandet måste vi själva skapa och odla alldeles oberoende av den smärta som vi kommer att få uppleva. Psykisk smärta och psykisk hälsa är helt och hållet förenliga. En psykiskt frisk person kommer att uppleva ångest och nedstämdhet under sin livstid. Den stora utmaningen är att bevara tålamodet med sig själv och sitt mående och att ha en förvissning om att kunna hitta tillbaka till någon form av mening och livsglädje.

Behandlare inom psykiatrisk vård och psykoterapi borde därför sluta med att så ensidigt fokusera på störningar eller diagnoser och i stället koncentrera sig på att hjälpa patienten att hitta balans och att zooma in tillvaron på sådant som också behöver utrymme – lust, mod, njutning, glädje, nyfikenhet, utforskning, vänskap, kärlek och all form av gemenskap. Listan går lätt att fylla på.

Från sjukt-friskt till funktionalitet och flexibilitet

Låt oss alltså så gott det går lägga sjukt-friskt på hyllan, och i stället börja tala om i vilken grad vi människor kan *fungera* i med och motgång, om psykologisk funktionalitet. Om våra liv fungerar på det sätt vi vill – om vi kan falla och resa oss igen, om det vi gör i huvudsak leder till bra saker för oss, om vi känner mening och värde, om vår kropp

fungerar och vi kan röra oss som vi önskar, om vi har hyfsad trygghet och kärleksfulla relationer med kolleger, vänner eller kärlekar, om vi har kul och kan njuta och känna nyfikenhet och engagemang – är det inte då vi har psykisk hälsa?

Att livet fungerar på det sättet innebär inte att vi är befriade från smärta och lidande. Det är alltså inte det som är definitionen på psykisk hälsa. Snarare handlar det om att kunna hitta och röra sig mellan olika positioner – mellan mening och meningslöshet, lugn och oro, förtvivlan och glädje, trygghet och vilsenhet etc.

Den mentala rörligheten, flexibiliteten, är alltså en av de psykologiska mekanismer som jag värderar högst när det kommer till att bevara psykiskt välbefinnande. Patienter som har genomgått en lyckad psykoterapi och mår bra beskriver ofta förändringen som en frigörelse. De har ett mindre stelbent förhållningssätt till tillvaron, ser på sig själva och livet ur flera perspektiv och upplever sig som mjukare inombords. De har tränat upp sin inre rörelseförmåga och vågar möta sina tankar och känslor på ett annat sätt.



Min önskan, i mitt skrivande såväl som i mina möten med patienter, studenter och åhörare, har alltid varit att normalisera variationerna i våra sätt att vara. Vi behöver få dela erfarenheten av att vara människa i den här världen, på gott och ont. Vad gäller existensens villkor är det inte mycket som

skiljer oss åt och det kan ibland vara lite tröstande.

Kanske kan de texter som följer fungera som en bekräftelse för dig som redan känner dig tillfreds. Och som en påminnelse för dig som inte riktigt är där, som behöver en liten kick i någon riktning för att leva ett så gott och bra liv som möjligt, givet omständigheterna. Jag vill gärna tro att det ligger inom räckhåll för de allra flesta. Att vi är utrustade med psykisk kunskap som väntar på att aktiveras, precis som inbyggda kunskaper om att lära sig cykla och gå.

Boken är mitt svar på frågan om vad psykisk hälsa kan tänkas vara. Det är ett svar som formats utifrån lång erfarenhet av psykoterapi, forskning, handledning och undervisning med evidensbaserad psykoterapi, KBT. Det är slutligen ett svar utifrån mina egna erfarenheter av ett ganska långt liv. Det finns med säkerhet många uppfattningar som skulle ge en helt annan eller kompletterande bild av hälsans mysterium. Jag hoppas få möta dem också i tryck någonstans.