

A LELKI EGÉSZSÉGVÉDELEM TERÜLETEI: AZ EGÉSZSÉGTANULÁS MULTIDISZCIPLINÁRIS NÉZŐPONTBÓL

CSÜRKE JÓZSEF

Abstract

By reviewing major developments in the diversity of disciplines related to mental health in the field of social studies and helping professions, the author presents a comparative analysis in the current article. He determines the multi- and interdisciplinary domain in which efforts and practices of mental health promotion are realized by identifying historical roots, analyzing conceptual frameworks as well as various national and international institutions representing a multitude of mental health activities. Historical paradigms of mental health – positive mental health and positive psychology, health promotion and health learning – describe the major factors in mental health in the decision making and intervention processes of social policy.

Keywords: social sciences – mental health – mental health promotion – health learning

Összefoglaló

A szerző tanulmányában a szociális tudományok és segítségnyújtás területén megjelenő, mentális egészséggel, annak megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos szerteágazó diszciplináris ismeretek áttekintését és összevetését kívánja adni. A mentálhigiéné történeti gyökereinek feltérképezése, a különböző fogalmi meghatározások, továbbá a nemzetközi és hazai tudományos megközelítések intézményesülésének elemzése révén azonosítani törekszik azt a multi- és interdiszciplináris teret, amelyben a lelki egészségvédelmi törekvések és gyakorlatok megvalósulnak. A mentálhigiéné történetileg tagolódó paradigmái, a pozitív mentálhigiéné és pszichológia, valamint a lelki egészségpromóció fogalmai, és a kibontakozóban lévő egészségtanulás koncepciója írja le azokat a tényezőket, melyek a lelki egészség védelmét szolgálják a szociálpolitikai döntési és beavatkozási folyamatokban.

Kulcsszavak: szociális tudományok - mentálhigiéné - lelki egészségpromóció - egészségtanulás

Szociális tudományok és lelki egészségvédelem

A szociális tudományok és a mentálhigiéné összefüggései, reflektív kapcsolata több különböző metszetben vált a kutatók érdeklődésének tárgyává az elmúlt évtizedben (Hegyesi, 1997; Csürke, 2001). A szociális munka holisztikus és rendszerszemléletű gyakorlatának munkaformái, mint az egyéni esetkezelés, a családi esetmunka, a csoportmunka és közösségi munka, valamint a szakember egyik elsődleges eszköze, a segítő beszélgetés² a bio-pszicho-szociális egészség - a jólét és jóllét - megőrzését, fejlesztését és emelését kívánja elérni; a szociális segítség ezáltal a mentálhigiénés aktivitások teljes horizontját átíveli. Az iskolában, az egészségügyben, a gyermekvédelemben, a családsegítésben, az idősellátásban, a hajléktalanok ellátásában, valamint a szenvedély- és pszichiátriai betegek szociális

2 A segítő beszélgetést egyes szakterületeken az angol terminussal counsellingnek, míg más-hol tanácsadásnak vagy konzultációnak nevezik.

ellátásban folyamatosan jelen lévő, meghatározó cselekvési és beavatkozási tényező az adott szolgáltatás mentálhigiénés potenciálja. A megküzdési (coping) stratégiák repertoárjának bővülését célzó, az alkalmazkodást és a változást segítő, erővel, képességgel, hatalommal felruházó (empowerment) szakmai tevékenységek, valamint a problémamegoldó folyamatot menedzselő és facilitáló cselekvések során a szolgáltatásokat igénybe vevő személyek viszonylagos egyensúlyi állapotának helyreállítását és emelését szolgálják.

A szerző azokat az egészségtudományi szakterületeket kívánja áttekinteni, amelyek összefüggésben állnak az egészség fejlesztésével és tanulásával a különböző tudományos megközelítések által létrehozott inter- és multidiszciplináris térben.

Történeti vonatkozások

David Bohm fogalmazta meg könyvében azt a szociológiai és társadalompolitikai tényt, hogy ha egy társadalomban felbillen a hatalom és a szolidaritás erőinek egyensúlya, akkor az a különféle, deviánsnak tekinthető magatartásformák megszorodásához vezet (Bohm, 1980). A statisztikai adatok mindenütt azt mutatják, hogy a főbb deviáns magatartásformák, mint a bűnözés, elmebaj, öngyilkosság és alkoholizmus, a múlt század közepétől a századfordulóig fokozatosan és folyamatosan nőttek. Mindez Kelemen értelmezésében azzal magyarázható, hogy „a hatalom technikáinak fejlődését nem kísérte a szolidaritás eszközeinek és megnyilvánulási módjainak növekedése” (Kelemen, 2000: 193.). Mindezek alapjaihoz vélhetően a mentálhigiénés mozgalom előfutárának tekintett Saint-Simon (Szász, 1964) elgondolásai is hozzájárultak, amelyek az emberi magatartás bejósolhatóságát és ellenőrzését tűzték ki a mentálhigiéné fő céljául. Ennek a kontrollnak a hátterében egy, a közösségen, a többségen uralkodó tudományos elitet képzelt el. A pszichiátria az általa felvázolt utópisztikus jövőképben jelentős hatalommal, komoly társadalmi erővel rendelkezik, teszi mindezt az orvostudomány védelmében és a mentálhigiénés etika álcája mögött.

A mentálhigiéné laikus mozgalomként indult a múlt század elején. Először egy pszichiátriai betegségéből³ gyógyult beteg, Clifford Whittingham Beers foglalkozott 1908-as könyvében e kérdéssel (Beers, 1956), mégpedig saját elmegyógyintézeti sorsából kiindulva, a pszichiátriai ellátás javításában kereste a lelki egészségvédelem útjait. Tette mindezt úgy, hogy nem épített az érdekelt és érintett betegekre és hozzátartozóikra, valamint a veszélyeztetettek felelős részvételére, szolidaritására, éppen ezért kezdeményezése, mozgalma ebben a formában teljességgel elhalt. Beersnek nem sikerült megtalálnia a kór (mint elmebetegség) és a kor (mint történelmi-társadalmi korszak) központi kérdését, ugyanis nem az egészséges fogalmából indult ki, hanem az ideáliséból, azt feltételezve, hogy a lelki egészségnek csupán egyféle változata lehetséges (Kelemen, 2000; Beers, 1956). Beers megközelítésében a pszichiátriai betegek ellátására olyan intézményeket szükséges létrehozni, amelyek ellenőriznek és irányítanak, s nem megértésre törekednek. A pszichiátriai betegeket és betegségüket ugyanis elképzelései szerint nem értelmezni és megérteni, hanem kezelni kell (Szász, 1964, 2002).

Az amerikai pszichiátria egyik alapítója, dr. Adolf Meyer volt az a svájci származású

3 A szakirodalom BEERS betegségét depresszióként regisztrálta, azonban ebben a korban még nem létezett ilyen pszichopatológiai diagnózis. Feltételezhető, hogy Beers mániás-depressziós elmezavarban, vagy – a korabeli elnevezés szerint – melancholiában szenvedett.

pszichiáter, akinek a támogatásával indult aztán hódító útjára a megelőzés eszménye. Az elmeegógyintézeti kezelés javítása mellett a pszichés bántalmak és betegségek megelőzése, a visszaesés megakadályozása volt a cél. Az eddig pusztán szociális támogatás helyett szakszerű „mentálhigiénés törődést” alakított ki felesége segítségével, aki a kórházból kikerült betegeket otthonukba követte, gondozta (Hárdi, 1992). Csupán néhány évvel az első külföldi mentálhigiénés mozgalmak indulása után, Oláh Gusztáv kezdeményezésére 1904-ben alakult meg Magyarországon az Országos Egészségvédelmi Liga, 1936-ban pedig létrejött a Lelki Egészségvédelmi Szövetség, amely 1948-ban újjáalakult. A hetvenes évek elején alakultak meg olyan mentálhigiénés műhelyek, amelyek a különböző lelki problémákat azok társadalmi összefüggéseiben értelmezték. A hetvenes évek végétől a mentálhigiénés szolgálatok az egészségügyön kívül (közmuvelődés, egyházak, pedagógiai műhelyek) szerveződtek és működtek. 1980-ban megalakult a MPT (Magyar Pszichiátriai Társaság), amely Szociálpszichiátriai Szekciójának 1985-ös beszámolója már önálló szervezeti egységként nevesíti a „Mentálhigiénés munkacsoportot”. 1988-ban kísérlet történt Mentálhigiénés Egyesület, illetve Szövetség létrehozására. A rendszerváltozás első éveiben miniszteri biztosi státusz hivatott – a tiltás és tűrés után – a virtuálisnak nevezhető támogatottság állapotát megjeleníteni. 1995 áprilisában megalakult az Országos Mentálhigiénés Szövetség Zalaegerszegen, majd pár hónappal később a Mentálhigiénés Programiroda.

A mentálhigiéné fogalmai keretei

A mentálhigiéné – Kézdi Balázs (1999) kifejezésével élve – szemantikailag túlerhelt fogalmának tartalma nagyon sokrétű, gyakran zavaros, nem egyértelmű. Ezért először érdemesnek tűnik tisztázni az alapvető fogalmakat és összefüggéseket.

A Fröhlich-féle Pszichológiai szótár (1996) a mentálhigiénét a következőképpen határozza meg: „a sikertelen fejlődés és a sikertelen alkalmazkodás megelőzése, ill. a segítségnyújtás céljából nevelés, felvilágosítás, kutatás és tanácsadás (házassági-, nevelési tanácsadás, stb.) módszereinek felkutatása, tervezése és alkalmazása. A mentálhigiénia az alkalmazott lélektan (ill. a klinikai pszichológia) részterülete és általában a pszichiátriával karöltve gyógyintézményekben gyakorolják, többnyire a vallási felekezetek bekapcsolódásával”⁴ (i.m. 267.).

A lelki egészség komplex jelentéssel bír, nem egyenlő a betegségek hiányával – az egészség a testi, lelki és szociális jól-lét (well-being) együttese, tehát pozitívumot állít, nem negatívumot tagad. Az „egészséges vagyok” kijelentés nem egyenlő a „nem vagyok beteg” formulával. Pikó szerint a humán szervezet egészsége egyszerre testi, lelki és szociális egyensúly, „amelyben a pszichikai állapot gyakran egyfajta mediátor szerepet is betölt, azaz közvetít a szociális dimenzió jelenségei, valamint a testi folyamatok között” (Pikó, 2003: 29). A lelki egészség felfogása kultúrspecifikus, vagyis az egyén a saját kulturális háttérének függvénye (Docu, 1997). A különböző cselekvések és események egyéni, valamint társas megítélése alapvetően meghatározott attól a kulturális környezettől, amelybe ágyazottan ezek megvalósulnak.

A sikeres alkalmazkodás feltétele az egyensúlyt teremtő mechanizmusok önszabályozó működése, amely elősegíti a testi-lelki értelemben vett viszonylagos egyensúlyi

4 Ez a megközelítés erőteljesen negativisztikusan gondolkodik a lelki egészségről, hiszen alapvetően a „negatívumok” elkerülésében, tagadásában, a rossz száműzésében gondolkodik.

állapot létrejöttét. A mentálhigiénés zavarok lényege abban áll, hogy feszültség jön létre az alkalmazkodás részleges vagy teljes sikertelensége, valamint stresszhatások miatt. Mindezeket az egyén úgy képes feldolgozni, hogy az egyensúlyt ill. örömet – átmeneti eredményességgel – olyan kompenzációs viselkedés- és magatartás-módokkal helyettesíti, mint amilyenek többek között az alkoholizmus, a szerhasználat, a promiszkuitás tekinthető (Bugán, 1999).

A mentális egészség magatartástudományi megközelítése a modern kultúrában elsősorban az életstílus, életmódváltozás kérdéseit veti fel, melyek az egyéni és közösségi adaptációs kapacitás fokozott igénybevételével, a stresszel állnak szoros összefüggésben (Pikó, 2003). A stressz a kedvező mennyiségű és minőségű környezeti ingereken túl – melyek a fejlődés szükséges feltételei – az egyéni alkalmazkodóképességet meghaladó mértékben, patogén módon hat a szervezet egyensúlyi és egészségi állapotára, ezzel alapot adva a pszichoszomatikus tünetképzésre, s a mentális egészség felbomlására, magatartászavarok kialakulására. A magatartástudományi kutatások felhívják a figyelmet a biztonságot adó, ismert, betanult dolgok, hétköznapi rutinok szerepére az egyensúlyi állapot fenntartásában.

G. MacDonald és K. O'Hara (1997) fogalmazta meg újszerű megközelítésben a lelki egészség tíz alapelemét. Szintén hangsúlyozzák, hogy a lelki egészségnek nem lehet kultúramentes meghatározását adni, s ezért nem is törekszenek azt egyetlen meghatározásban definiálni, hanem olyan megállapításokat tesznek, amelyek összefüggésben állnak a mentális egészséggel. Eszerint a lelki egészség attól függ, hogy kielégítettek-e alapvető emberi szükségleteink.⁵ Ezek közé sorolható számos pszichológiai feltétel, a megfelelő élelmiszerellátás, lakáshelyzet, védettség, a biztonság érzése, szociális támogatottság, továbbá mentesség a fájdalomtól, a környezeti ártalmaktól, a felesleges stressztől és a kizsákmányolás minden formájától. Ezeken túl magában foglal magasabb rendű igényeket is, mint szeretetteljes kapcsolatokat, mások általi elfogadottságot és megbecsülést, csoporthoz való tartozást, tiszteletet, elismerést, önbecsülést és méltóságot, szabadságot és az önmegvalósítás lehetőségét. Utóbbiak már közeli összefüggésben állnak az ember transzcendens szükségleteivel: azzal az igénnyel, hogy olyasféle kérdésekre keressük a választ, mint: „Mi az életem értelme? Végesnek vagy öröknek tekinthetem-e saját személyes létezésem? Miképpen kapcsolódik a számomra fontos Másokhoz?”

A lelki egészség olyan képességeket feltételez, mint a változások kezelése, a gondolatokra, valamint a negatív és pozitív érzelmekre való reflektálás, ezek elfogadása, integrálása és kommunikálása. Ezen túl kiterjed a kapcsolatok létrehozásának és fenntartásának képességére, a stressz kezelésére, a környezet ill. kapcsolatok módosítására, ha azok stresszt okoznak.

A lelki egészség egyensúlyt jelent, de képességet arra is, hogy szélsőséges érzéseket, érzelmeket – mint a boldogság és szomorúság, reménykedés és kétségbeesés – kezelni tudjunk. Mindez olyan érzéseken és hiedelmeken alapul, mint az, hogy jogaink, érdemeink

5 Érdemes itt megemlíteni A. MASLOW (2003) motivációs hierarchia koncepcióját, mely az emberi szükségleteket hierarchikus rendszerben helyezi el. Azt állítja, hogy a szükségletek kielégítésének igénye folyamatosan jelen van az emberben a motivációk szintjén. Miközben a hierarchia alsóbb szintjein lévő szükségletek, a hiánymotívumok – úgy, mint az éhség, a szeretet, a szexualitás – kielégülése esetén működhetnek csak jól a magasabb szintű (rendű), a lét alapkérdéseivel, az önmegvalósítással kapcsolatos szükségletek. Maslow népszerű elméletét azonban nem igazolták a későbbi empirikus vizsgálatok. Valójában csak a humánspecifikus és a nem humánspecifikus motivációk között létezik éles határ.

vannak, hogy van célunk, erőnk és képességünk a világban elfoglalt helyzetünk irányítására és befolyásolására. Annak megértését és elfogadását is jelenti, hogy mind bennünk, mind másokban pszichológiai és emocionális problémák adódhatnak, s ezek a legtöbb ember életének teljesen természetes velejárói. Fonagy és munkatársai (2002) ezt mentalizációs képességnek nevezik: az egészséges ember tudatában van annak, hogy a társas világból származó reprezentációi egyediek, mint reprezentációk, nem pedig mint „külső valóság” léteznek, és az élet egyedi történetében formálódnak. A szerzők meghatározzák azokat a fejlődéslélektani feltételeket – a kötődés megfelelő szintjét és minőségét, a gondviselő érzelmeket visszatükröző kommunikációját – amelyek között ez a készség optimálisan alakulhat. A mentalizációval összefüggésben a lelki egészség egyben jelenti azt is, hogy mind másokkal, mind magunkkal szemben alapvetően pozitív a beállítottságunk, boldognak, jókedvűnek és szeretetteljesnek érezzük magunkat, mert a társas kapcsolatokat nem kiszámíthatatlan útvesszőnek, hanem megismerhető, biztonságot adó erőforrásnak tudjuk tekinteni, azaz Riikonen (1999) megfogalmazásában egy „fejlődést elősegítő kontextus” jöhet létre.

Ahhoz, hogy az előbb felsorolt jellemzőket különböző környezeti, kulturális feltételek között befolyásolni, változtatni tudjuk, G. MacDonald és K. O'Hara szerint szükség van konkrétan meghatározott specifikus elemekre, amelyek mint szükségletek, képességek, érzések és hiedelmek szerepet játszanak a mentális egészségben. A lelki egészség, annak támogatása vagy károsítása tíz specifikus elemet tartalmaz, amelyet a következő mátrix szemléltet:

1. sz. ábra

Lelki egészség =	jó minőségű környezet	+önbecsülés	+ érzelmi érettség	+önmagával bánni tudás	+ társadalmi támogatás
	lepusztult környezet	+ érzelmi visszaélés	+ érzelmi elhanyagolás	+ stressz	+ kizsákmányolás

A mátrix számlálójának ill. nevezőjének változtatásával a lelki egészség állapotát pozitívan befolyásolhatjuk, mégpedig úgy, hogy a számlálóban lévő elemeket növeljük vagy erősítjük, a nevezőben lévőket pedig csökkentjük ill. gyengítjük. Ezek az elemek adekvátan és átfogóan mutatják be a lelki egészség koncepcióját. Az egészségfejlesztés akkor a leghatékonyabb, ha együttes hatása van a személy egész életére, az egész családra vagy közösségre, s ha ez a hatás kumulatív, komplementer és globális. (MacDonald, O'Hara, 1997)

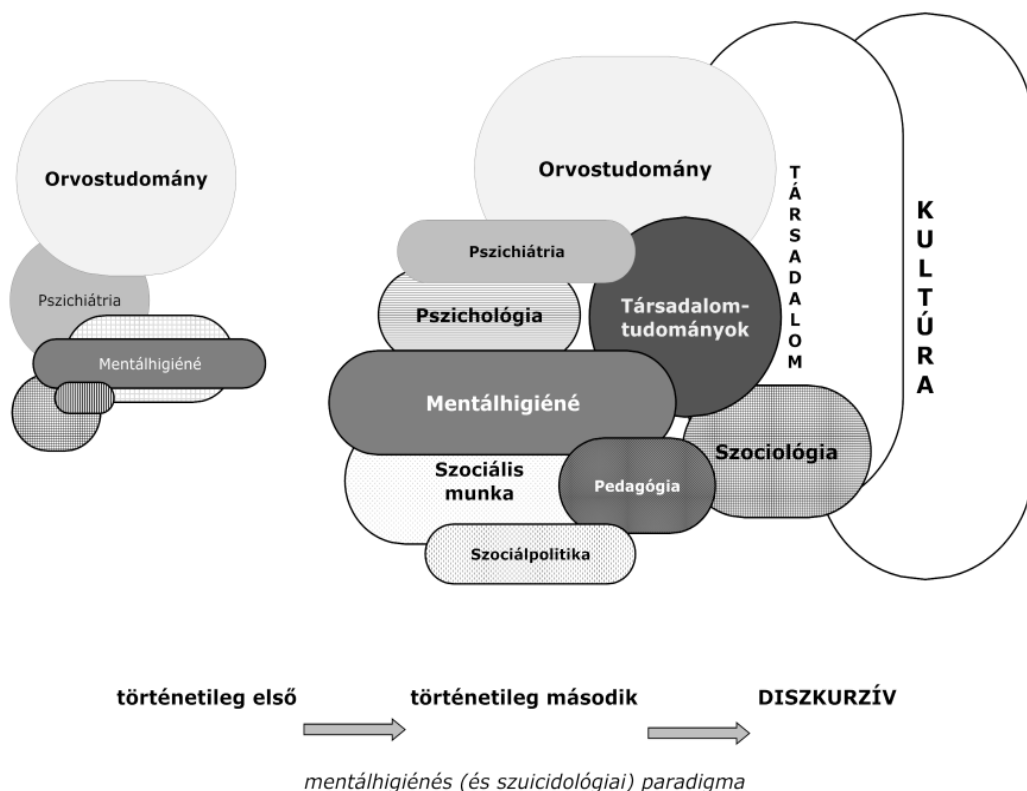
A mentálhigiéné paradigmáiról

Kézdi Balázs (1999) a mentálhigiénét Kuhn-i (1984) értelemben, mint paradigmát értelmezi. A történetileg első mentálhigiénés paradigma a „pszichiátria szintén első, vagy par excellence „orvosi” elméleti-szemléleti rendszerének és gyakorlatának származéka” (Kézdi, 1999, 17.). Megfigyelhető a mai mentálhigiénés gyakorlatban ennek továbbélése, mégpedig oly módon, hogy a mentálhigiénés szaktudást a pszichiátria „szolgálólányának”, a pszichiátriai tudás többszörösen „hígított” változatának tekintik. Mivel a kiindulópont ebben az esetben a pszichiátriai betegség, a megközelítés mögött ott rejlik az „egészség, mint a betegség hiánya” túlhaladott koncepciója.

A történetileg második mentálhigiénés paradigma jelenleg is kibontakozóban van, kezdete a múlt század második felére tehető, s két alapvető tulajdonsága teszi megkülönböztethetővé az előző paradigmától. Az első jegy, hogy „elméleti háttérét multi- és interdiszciplináris beágyazottsága biztosítja”, a második, hogy „a mentálhigiéné területén az egészség promóciója válik dominánssá a prevencióval szemben” (Kézdi, 1999, 11.).

A mentálhigiéné történetileg harmadiknak tekinthető, diszkurzív⁶ paradigmája (Kézdi, 2003) a különböző lelki egészséggel és deviáns magatartásformákkal összefüggő kérdések – mint például a szuicidium (B. Erdős, 2006; Csürke, B. Erdős, 2004), a szerhasználat (Kelemen, B. Erdős, 2003) – társadalmi és kulturális beágyazottságát vizsgálja azok „szövegszerű állapotán”⁷ keresztül.

2. ábra



6 A diszkurzív társadalomtudományi megközelítések művelői egy sajátosan nyelvi tárgyat, a beszédet társadalmi jelenségnek tekintik. Szemléletük alapvetően hermeneutikai jellegű, melynek célja a társadalom és történelem általános jelentésszerű állapotának „felfejtése” (Szabó, 2003).

7 Clifford Geertz (1994) fogalma, melyben a társadalmi valóság egyetemes szövegszerű állapotáról és egy általános értelemfejtő praxisról, mint tudományos tevékenységről gondolkodik. Megközelítésében „a mindenkor aktuális társadalom is jelentésszerű valóság, amely szimbólumok és szövegek révén egzisztál, ezzel együtt pedig egy új filológia születését konstatálja, amely már nem szövegtan, hanem társadalomtudomány.

A képzések felfogásában a mentálhigiéné a mindennapokban előforduló sokféle emberi, személyközi probléma, elakadás, krízis, szociális konfliktus szakszerű ellátása, amelyeknek talaján a későbbiekben esetleg pszichiátriai betegség, szociális nehézségek stb. alakulnának ki – így jelentése egyfelől az elsődleges megelőzés, másfelől magába foglalja a lelki egészségpromóciót, és az önségítés újszerű polgári öntudatosodásának formáit, az alternatív identitáskeresést is (Kézdi, 1999; Bagdy, 1999/a).

A mentálhigiénére vonatkozó paradigmaváltás jellemzőinek áttekintése igazolja, hogy „a medicinális modell ’egészség – betegség’ koncepciójával szemben a pozitív mentálhigiéné az alapvető egészségről, és az e kontinuumra helyezhető betegségről, mint átmeneti állapotról gondolkodik” (Bagdy, 1999/b, 37).

A prevenció szintek és szinterek

A prevenció latin eredetű kifejezés: praevenio= megelőz, elébe megy. Aktív folyamatot takar, amely „lehetővé teszi, hogy az egyének és csoportok olyan módon szembesüljenek az egészség szempontjából kockázatos helyzetekkel és tényezőkkel, hogy az egészséges magatartás és életstílus érvényesüljön” (Kelemen, 2004, 75.).

A hagyományos megelőzési modell (Caplan, é.n.) három prevenciós szintet különít el:

- primer prevenció,
- szekunder prevenció,
- terciér prevenció.

A primer prevenció célja, hogy egy adott népességen belül mérséklődjék a mentális rendellenességek és zavarok új eseteinek előfordulási aránya. Ez az oki megelőzés történhet szomatikus, pszichoszociális és szociokulturális szinten.

Az utóbbi években a primer prevención belül három intézkedési szintet különítünk el:

- az általánost, amely a teljes populációra, vagy a populáció egy meghatározott csoportjára irányul;
- a szelektív megelőző intézkedést, amely az átlagnál nagyobb kockázatú csoportokat vesz célba;
- az indikatívat, amikor a megelőzés olyan személyekre irányul, akik esetében halmozódnak a kockázati tényezők (Kelemen, 2004).

A szekunder prevenció célja a korai stádiumban lévő esetek gyors, hatékony megoldása, amikor még mozgásban van, vagy nem rögzült az állapot. A másodlagos megelőzés egyik elvi lehetősége a „szűrés”. Ilyenkor – Hárdi (1992) szerint – három elkülöníthető csoporttal találkozhatunk:

- a korai kezelésre alkalmas pszichés zavarokkal;⁸
- krízisesetekkel, amelyek aktuális konfliktusok nyomán jelentkezhetnek;
- olyan krónikus esetekkel, amelyek a környezet toleranciája miatt vagy a betegek és a család elrejtési, elfedési tendenciái miatt nem kerülnek kezelésre.

A terciér prevenció célja Caplan (é.n.) szerint a kialakult mentális megbetegedések további károsító hatásainak, következményeinek, defektusainak csökkentése, ami tulajdonképpen egy széleskörű rehabilitáción alapul. A rehabilitáció magában foglalja azt a

8 Ez a meghatározás magában rejt a patologizáló gondolkodás veszélyét. (Szász, 1964, 2002)

törekvést, hogy a felépült betegeket múltbéli nehézségeik a lehető legkevésbé akadályozzák a családjukhoz, munkájukhoz való visszatérésben, valamint a közösség társadalmi életébe való újbóli bekapcsolódásukban. Ezáltal mérsékelhető a családtól, munkahelytől, társadalmi csoporttól való elidegenedés, mégpedig oly módon, hogy a személy a betegség szimptomáinak enyhülésével párhuzamosan visszaszerzi régi szakmai ismereteit és társas készségeit, vagy újakat sajátít el. Ezt szolgálják például a kórházi kezelés igénybevételét elkerülő intézkedések, amelyek a segített személy közvetlen környezetében próbálnak beavatkozni.

Pozitív mentálhigiéné – pozitív pszichológia – lelki egészségpromóció - egészségétanulás

Az alábbiakban ismertetésre kerülő fogalmak szakmai tartalma igen sok átfedést mutat. A nemzetközi és a hazai tudományos diskurzusokban gyakran keveredve, akár egymás szinonimáiként jelennek meg, holott megközelítésmódjuk eltér egymástól, még akkor is, ha a tevékenységeik által megvalósítani kívánt célok azonosnak tekinthetők, sok esetben teljesen megegyeznek. Problémalátásuk legmarkánsabb különbsége abban ragadható meg, hogy a lelki egészség erősítését és javítását eltérő tényezők és szereplők befolyásolásában látják, így *a pozitív pszichológia az egyéni, a pozitív mentálhigiéné a társadalmi, a lelki egészségpromóció leginkább a társas-közösségi aktivitásra és változásokra építi stratégiáját*. Fontos megjegyeznünk, hogy talán az iskola és az egészségügy, valamint annak mezorendszere – intézményi hálózata, multi- és interprofesszionális kapcsolatrendszere, stábj stb. – biztosíthatja mindhárom megközelítésmód számára a legmegfelelőbb terepet.

Pozitív mentálhigiéné

A lelki egészség társadalmi feltételrendszerének kidolgozása olyan egészséges identitásmodellt felkínáló és létrehozó társadalom képét vetíti elénk, melyben – a személyiséghez hasonlóan – a társadalom nem statikus módon működik, hanem egy dinamikus folyamatban törekszik afelé, hogy a társadalom tagjai esélyt kaphassanak a lelkileg egészséges élet kibontakoztatásához, lehetőséget arra, hogy önmagukért és a társadalomért munkálkodhassanak (Tomcsányi, 1999).

A pozitív mentálhigiéné vonatkozásában említhetjük példaként a krónikus szervi, szomatikus betegek és rokkantak esetét, akik pszichésen nagyon jó állapotban vannak, mégis, munkanélkülivé válásuk esetén – s különösen veszélyes ez tartós munkanélkülivé váláskor – olyan élethelyzetbe kerülhetnek, amely a mentális rokkantság lehetőségét vetíti előre (Buda, 1998).

Kopp Mária a magyarországi mentálhigiénés helyzetképet feltáró, 1999 februárjában közzétett kutatása rámutat a társadalom különböző rétegeiben megjelenő „szociális problémák” és a lelki egészség megbomlásának szignifikáns összefüggéseire (Kopp, 1999). Vizsgálatában többek között a munkanélküliséggel, a munkaképesség-csökkenéssel, az alacsony iskolai végzettséggel, a gazdasági lemaradással összefüggésben igazolja a lélektani egyensúly fel-

bomlása valószínűségének növekedését és a depressziós tünetegyüttes⁹előfordulásának gyakoriságát. Fontos azonban megjegyeznünk Buda Béla nyomán (1998), hogy rossz körülmények között is lehetséges olyan hatásrendszerbe kerülni, amely a személyiség autonómiáját és aktivitását fokozza, önhatékonyságának megtalálását és átélését segíti (self-efficacy) és ún. empowerment effektust ér el. Az empowerment erővel, hatalommal való felruházottságot jelent, annak a képességnek és érzésnek az átélését, hogy életünk, sorsunk alakulása felett kontrollal rendelkezünk.

Pozitív pszichológia

A pozitív pszichológia célja azoknak a tényezőknek a felkutatása és erősítése, amelyek az egyének és közösségek jól-létét (well-being) segítik elő. A pozitív pszichológia tulajdonképpen az ember pozitív jellemvonásainak tudománya (Sheldon, King, 2001; Pikó, 2004).

A posztmodern fogyasztói társadalom, fogyasztói kultúra egyik fő kihívása az értékrendszerek területén mutatkozik meg. A szerzés mindenekfeletti normája és a mértékletesség dichotómiája ez, melynek talán legmeghatározóbb tényezője a kontroll. Az egészségi állapot legfontosabb összetevője – egyéni és közösségi szinten egyaránt – az életmód és egészségmagatartás. Az életmód az egyén szabad döntéseinek, akaratán túl társadalmi, kulturális kényszerítő körülmények függvénye is. Pikó (2002) vizsgálatai kimutatták többek között azt, hogy a felsőbb társadalmi osztályokba tartozók körében sokkal több sikert érnek el az egészségfejlesztési programok, mert ők jobban bíznak saját belső kontrolljukban, képességeikben és lehetőségeikben.

David Riesman „A magányos tömeg” című munkájában lényeges megállapításokat tesz a kontroll természetéről: a modernizációval megerősödött belső kontroll helyébe a fogyasztói társadalom által manipulált külső kontroll lép, amely kedvezőtlenül befolyásolja az egyéni értékekhez és célokhoz igazított döntéseket (Riesman, 1996; Pikó, 2004).

Az egészségpszichológia az egyéni adaptációs folyamatok természetének feltérképezése révén törekszik leírhatóvá tenni a modern élet által létrehozott kihívásokkal való sikeresebb megküzdési, alkalmazkodási mechanizmusokat.

Lelki egészségpromóció

Tudor (1996) lelki egészségpromóciós megközelítése a lelki egészség védelmét és maximalizálását hangsúlyozza, s az alábbi nyolc meghatározó összetevőt jelöli meg:

- megküzdési (coping) képesség;
- feszültségek és stresszek uralásának képessége;
- megfelelő énkép és önazonosság érzés;
- önértékelés;

⁹ A depressziós tünetegyüttes fogalmát Kopp Mária nyomán (1999) a következő megközelítésben használom és értelmezem: olyan negatív érzelmi állapot, amelynek legfontosabb jellemzője a tehetetlenség, a kontrollvesztés érzése, a mások iránti érdeklődés csökkenése, a döntésképtelenség, az önvádolás, s melyet a jövő reménytelenségének érzete kísér.

- önfejlesztés, a fejlődés képessége;
- autonómia;
- a változás képessége;
- társas támogatások igénybevételének és a társadalmi mozgalmakban való részvétel képessége.

A 80-as évek közepétől fogva a közegészségügyben a korábbi biomedikális orientációt fokozatosan az egészség szociális és környezeti tényezőire történő összpontosítás, összességében a (humán)ökológiai nézőpont kezdte felváltani. A szemléleti változás igényét találóan fejezte ki a WHO 1986-ban kiadott Ottawai Kartájának jelmondata, mely szerint: „az egészség nem célja, hanem erőforrása a mindennapi életnek” (Kelemen, 2004; Brettner, 2005). A WHO első hivatalos állásfoglalása (First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17–21 November 1986) az egészségpromócióról a következőképpen határozza meg annak tartalmát:

„... az egészségpromóció olyan folyamat, amely képessé teszi az embereket, hogy fokozzák kontrolljukat egészségük felett, ill. javítsák azt. A teljes testi, lelki és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyén vagy csoport képes kell legyen megvalósítani célkitűzéseit, kielégíteni szükségleteit és/vagy megváltoztatni környezetét, ill. megküzdeni azzal. Az egészségpromóció nem csupán az egészségügy felelőssége, hanem az egészséges életmódon át terjed ki a jólétig” (Buda, 1998; 14. old.).

A lelki egészségpromóciós tevékenységek esetében nem a betegségek megelőzése vagy elkerülése a fő cél, hanem az egészség „eladása”, az egészség eszméjének társadalmi szintű propagálása. Ezek a programok nagy hangsúlyt helyeznek a megvalósuló projektek folyamatos monitorozására, azok hatékonyságának elemzésére, utólagos és teljeskörű értékelésére, az evaluációra. Igen meghatározó a társadalmi szintű programok multiplikatív hatásmechanizmusa, amely azt a kedvező tendenciát preferálja, amikor a programok természetes emberi kapcsolatokra is hatnak, azokban továbbbővülnek, felerősödnek (Buda, 1994, 1998).

Egészségpromóciós törekvések állnak a nemzeti egészségvédelmi programok hátterében is, mint például hazánkban a sok vitát¹⁰ kiváltott Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja is, amely 2002-ben került meghirdetésre. A program 19 alprogramba tematizálja azokat az egészség-megőrzési, egészség- és intézményrendszer-fejlesztés témakörbe sorolható feladatokat, amelyeket egyrészt a kedvezőtlen eredményeket hozó népegészségügyi vizsgálatok határozottan kijelölnek, másrészt a WHO Közgyűlése néhány évvel ezelőtt, 1998-ban deklarált (Csürke, Erdős, 2004).

Az egészségfejlesztési programok sikerességének feltétele a résztvevők motiváltságában és kontrollérzésében rejlik. „Az egészségfejlesztés egyre inkább életprogrammá válik, amely mindenkit magában foglal; időseket és fiatalokat, férfiakat és nőket, egészségeseket és betegeket” (Pikó, 2003, 235).

10 Szakmai és később politikai vitákat egyaránt. Tudniillik feltételezhető, hogy a névadó Johan Béla 1944. március végétől 1944. augusztusáig a Sztójay-kormány egészségügyért felelős belügyi államtitkáráként részt vett zsidó orvosok deportálásában. A szakmai kérdések, a programok tényleges megvalósulásának kérdései ismét háttérbe szorultak (...).

Egészségtanulás

Kelemen Gábor a LAM 2007. márciusi számában az egészségtudomány területén mér-földkőnek számító tanulmányt közölt *Egészségtanulás és rehabilitáció* címmel, melyben kifejti az általa bevezetett új terminus, az *egészségtanulás* fogalmát. E megközelítés az alapvetően szociális tanulásra épülő, az egészséget a kapcsolatok, a kommunikáció fejlesztésétől, valamint az életmód tanulásától elválaszthatatlannak tekintő koncepción, az egészségpromóción (health promotion) alapul. Aaron Antonovsky (1987) szalutogenezis modelljének kutatói kérdésére építve azt vizsgálja, miként képes az emberek egy része megküzdenni és egészséges maradni az őket érő súlyos stresszhatású események ellenére (Kelemen, 2007).

A régi egészségnevelés emberképéből szinte hiányzott az önbizalommal, önértékeléssel és az önmagával törődés képességével rendelkező személy. Az egészségtanulás az ön- és kölcsönös segítséget a szakértői munka egyenrangú alternatívájának tekinti. Az egészségnevelő látásmód szerint az egészséget kereső ember csak töredékeit ismeri saját állapotának, az összefüggések megragadása a szakértő dolga és privilégiuma. Éppen ezért az a leghelyesebb, ha egészségében fogyatékos személy felad minden kritikai távolságot a szakértővel szemben, aki egyébként sem szereti, ha kételkednek biztos tudásként beállított nézeteiben és elképzeléseiben. A szakértő nem látta értelmét annak, hogy az egészségtől elidegenedett személy sorstársai segítségével keressen közösséget a hozzá hasonló helyzetekben lévőkkel. Ellenkezőleg, magatartásával, hozzáállásával és érvelésével azt példázta, hogy az ő tudása az egyedül helyes tudás, az ő gondolatai az egyedül helyes gondolatok.

Ezekkel a nézetekkel szemben az utóbbi évtizedekben a gyógyító munkában egy új, dinamikus egészségfogalom bontakozott ki, amely szemléletében az ember egészségét nem adottságként, hanem kölcsönösséget, kritikus gondolkodást igénylő, szociális fejlődési és tanulási folyamat által elért és fenntartott képességként határozza meg, amely alapvetően különbözik az egyirányú és oktató típusú egészségneveléstől.

Összegzés

A mentálhigiéné territóriumához kapcsolódó különböző diszciplínák mindegyike törekszik a saját tudományára jellemző metodikai és teoretikus repertoárral hozzájárulni a lelki egészség megőrzését, helyreállítását és emelését megvalósító programokhoz. Az alkalmazott szociális tudományok képviselői, így a korszerű szociálpolitikai tervezést és a közvetlen szociális segítségnyújtást végző szakmák egyre mélyebben és teljesebben emelik be az adott döntési és beavatkozási folyamatba a lelki egészség védelmét szolgáló tényezőket. A folyamat jellege mindemellett reflektív: folyamatos tanulásban, az egészség, a jólét és a jóllét tanulásában bontakozik ki.

Irodalom

- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey - Boss Publishers.
- B. Erdős M. (2006): *A nyelvben élő kapcsolat*. Typotex Kiadó, Budapest
- Bagdy, E. (1999/a): *A hazai mentálhigiéné: fejlődés és perspektívák*. In: Bagdy, E. (szerk.):

- Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Animula Kiadó, Budapest
- Bagdy, E. (1999/b): A mentálhigiéné főbb irányzatai és a hazai Mentálhigiénés Program (1996). In: Bagdy, E. (szerk.): Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Animula Kiadó, Budapest
- Beers, C. (1956): A Mind That Found Itself: an Autobiography; Alexshan Books, New York
- Bohm, D. (1980): Wholeness and the Implicate Order; Routledge and Kegan Paul, London
- Brettner, Zs. (2005): A testi és lelki egészségfejlesztés lehetőségeiről az iskolában; In: Dialógus a józanságról – tanulmánygyűjtemény, Pécs
- Buda, B. (1994): Mentálhigiéné – A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei – Tanulmánykötet. Animula Kiadó, Budapest
- Buda, B. (1998): Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében. TÁMASZ, Budapest
- Bugán, A. (1999): Mentálhigiénés lehetőségek és módszerek a felsőoktatásban. In: Bagdy, E. (szerk.): Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Animula Kiadó, Budapest.
- Caplan, G. – Grunebaum, H. (évszám nélkül): Az elsődleges megelőzés perspektívái. In: Szöveggyűjtemény a közösségi mentálhigiéné kurzushoz. A Közművelődés Háza, Tatabánya.
- Csürke, J. (2001): A mentálhigiéné és szociálpolitikai reflektív kapcsolatának dimenziói; In: Szenvedélybetegségek, 2001/6. Szám (423-430. old.)
- Csürke, J. – B. Erdős, M (2004): A diskurzustól a dialógusig. In: Addiktológia III. évf., 2004. 1.sz., 114-132. old.
- Docu, J. (1997): A lelki egészség fejlesztése egy multikulturális társadalomban. In: Szenvedélybetegségek 1997/6, 449-452. old.
- Fonagy, P. – Gergely, Gy. – Jurist, E. L. – Target, M. (2002): Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. Other Press, New York.
- Fröhlich, W. D. : Pszichológiai szótár; Springer Kiadó, Budapest, 1996
- Geertz, C. (1994): Az értelmezés hatalma. Antropológiai írások. Századvég Kiadó, Budapest,
- Hárdi, I. (1992): A lélek egészségvédelme. Springer Hungarica Kiadó, 48-73. old.
- Hegyesi, G (1997): Mentálhigiéné, szociálpolitika, humán szolgáltatások In: Községi mentálhigiéné (szerk.: Gerevich, J.) Animula Egyesület Kiadványa, Budapest
- Kelemen, G. - B. Erdős, M. (2003): Role of Reintegration Rituals in Sobriety. Dynamic Psychiatry, 36/198-199. 89-114.
- Kelemen, G. (2000): A mentálhigiéné mentalitásának kérdései és a kérdések funkciója a mentálhigiénében. In: Kelemen, G. (szerk.) Tele-dialógus, Pro Pannonia, Pécs, 192-201.
- Kelemen, G. (2004): Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása; Segédanyag a szociális szakvizsgálóhoz; Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2004
- Kelemen, G. (2007): Egészségtanulás és rehabilitáció. IN. LAM 2007: 17(3):250-3.
- Kézdi, B. (1995): A negatív kód. Pannónia Kiadó, Pécs.
- Kézdi, B. (1999): A mentálhigiéné paradigmáiról. In: Bagdy, E. (szerk.): Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Animula Kiadó, Budapest.
- Kézdi, B. (2003): A kulturális pszichológia hozzájárulása a szuicidológia diszkurzív paradigmájának kialakulásához. in: Kállai, J., Kézdi, B.(szerk.) Új távlatok a klinikai pszichológiában. Új Mandátum, Budapest. 7-11.
- Kopp, M. (1999): Mentálhigiéné: helyzetkép és intervenciós javaslatok In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 1999/1-2.
- Kuhn, T. S. (1984): A tudományos forradalmak szerkezete. Gondolat, Budapest.
- MacDonald, G. – O'Hara, K. (1997): A lelki egészség tíz alapeleme. In: Szenvedélybetegségek 1997/6, 442-449. old.
- Maslow, A. H: A lét pszichológiája felé; Ursus Libris Kiadó, Budapest, 2003
- Pikó, B. (2002): Egészségsszociológia. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Pikó, B. (2003): Kultúra, társadalom és lélektan. Akadémia Kiadó, Budapest.
- Pikó, B. (2004): A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban; In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 5 (2004) 4, 289-299. old.

- Reisman, D. (1983): A magányos tömeg. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Riikonen, E.(1999): Inspiring Dialogues and Relational Responsibility. McNamee, S., Gergen, K.(1999):Relational Responsibility. Resources for Sustainable Dialogue. Sage, Thousand Oaks. 139-151.
- Sheldon, K. M. – King, L.: Why Positive Psychology is Necessary? In: American Psychologist 56, 216-217. old.
- Szabó M.: A diszkurzív politikatudomány alapjai - Elméletek és elemzések. L'Harmattan; Budapest; 2003
- Szasz, T. (1964): Ideology and Insanity; Anchor Books Doubleday & Company, INC. Garden City, New York,
- Szasz,T. (2002): Az elmebetegség mítosza. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Tomcsányi, T. (1999): A mentálhigiéné jelenségvilága. In: Tomcsányi, T. – Grezsa, F. – Jelenits, I. (szerk.): TANAKODÓ - A mentálhigiéné elmélete, a mentálhigiénés képzés, mentálhigiéné az emberek szolgálatában. A Magyar Testnevelési Egyetem, a HÍD Alapítvány és a Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány Kiadása, Budapest.
- Tudor, K. (1996): Mental Health Promotion. Paragigms and Practice. Routledge, London, New York,
- WHO nemzetközi honlapja: <http://www.who.int>
- Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja. http://www.antsz.hu/portal/nepegeszsegugyiprogram_120.html (2008.02.10.)