

A MENTÁLHIGIÉNÉ FOGALMA

A MENTÁLHIGIÉNÉ KIALAKULÁSÁT HIVATALOSAN Clifford Beers amerikai üzletember 1908-ban megjelent könyvéhez szokták kötni (Beers, 1908). Beers két évet töltött elmekeórházban, és ott szerzett élményei nyomán határozta el, hogy mindent megtesz annak érdekében, hogy minél kevesebb ember kerüljön ilyen helyzetbe, szerezzen elmebetegséget. Könyve egyfajta kristályosodási göccsá vált, amely sokféle társadalmi mozgás és erő „túltelített oldatából” kialakítani engedte a mentálhigiéné mozgalmát.

Az egyik ilyen erő volt az amerikai józansági (temperance) mozgalom, amely végül 1919-ben kieroszakolta Amerikában a szesztilalmat is, és amely a kor egyik legnagyobb megbetegítő tényezőjével, az *alkohollal* (és ezzel együtt a kábítószerekkel) vette fel a harcot. Több más hasonló társadalmi mozgalom hirdette az *erkölcsi tisztaságot* és az *egészséges közösségeket*; ez a nemi úton terjedő betegségek, főleg a szifilisz ellen hatott volna. A szifilisz volt a századforduló idején az elmekeórházakban kezelt páciensek leggyakoribb diagnózisa: a vérbaj ún. harmadik szakasza ugyanis elmekeórtani tünetegyüttesek több változatát hozza létre. Komoly befolyásoló tényező volt a *közegészségügy*, a *higiéné* modellje, amely a civilizált országokban a múlt század utolsó harmadától kezdve ugrásszerűen javította a lakosság egészségi állapotát. Amerikában ennek sikere különösen századunk első évtizedében vált látványossá. Az a következtetés kínálkozott tehát, hogy valami hasonló változás eredményes lehet a lelki egészség területén is (*mentálhigiéné*).

A mozgalomnak 1911-ben már világtalálkozója volt, és több tucat ország (köztük az Osztrák-Magyar Monarchia is) csatlakozott. Különösen népszerű volt ez a mozgalom a két világháború között, ami Európában egészen az 1950-es évek közepéig tartott. Az európaiak figyelmét elsősorban a *mélylélektani irányzatok*, főleg a *pszichoanalízis*, illetve az *individuálpaszichológia* (Adler iskolája) vonta a mentálhigiénére. Ezek a terápiás irányzatok ugyanis markáns társadalmi és egyéni vonatkozásokkal rendelkező megelőzési perspektívával bírtak.

Korábban is a megelőzés, a *prevenció* állt a mozgalom előtérében, ezért próbált politikai, társadalmi mozgósító hatást gyakorolni. A harmincas évektől kezdődően azonban megváltozott az elmekeórtani morbiditás vagy halálozás összetétele, kezelhetővé vált a szifilisz, s már nem volt olyan lényeges kórokozati tényező. Előtérbe kerültek ugyanakkor az ún. „nagy” pszichiátriai kórkepek, a szkizofrénia és a depresszió. Ezek oka akkoriban örökletesnek tűnt. A genetikai megelőzés jegyében kezdtek el a fasiszta Németországban az elmebetegek sterilizálását, majd ugyanezen évtized végén szisztematikus kiirtását, amelynek körülbelül 400.000 idült beteg (főleg fogyatékos és szkizofrén) esett áldozatul. Mivel az örökletes elméletek kórokt magyarázatként később is megmaradtak, a megelőzés kilátását beárnyékolta az *eugenika* néven ismertté vált, prevenciós ideológiájú, mentálhigiénének nevezett eljárás. Emiatt a mentálhigiéné mint mozgalom feloszlott és kiment a divatból, a fogalmat ettől fogva így nem használják, csak történeti felhanggal.

Az egykori szocialista országokban a mentálhigiéné szalonképtelen, szinte tiltott fogalom volt. Ennek főként a pszichoanalitikus befolyás volt az oka, amely ellen a kor ideológiája küzdött. Ehelyett inkább a *pszichoprofilaxis* fogalmát ajánlották. A II. világháború utáni időszak máskülönben is a *kuratív medicina* virágzásának ideje volt: a *gyógyítás* került reflektorfénybe. Az egyik nagy „sikersizori” éppen a tranquillánsok (1953) és az antidepresszív szerek (1956) előállítása volt. Ezt megelőzően azonban lehetővé vált a pszichiátriai betegek ún. aktív kezelése az inzulinóma, majd a cardizol-, illetve főleg az *elektroshock* révén. Az elért sikerekhez képest nem csupán a megelőzés iránti érdeklődés szorult vissza, hanem a hatvanas évekre nagymértékben kifejlődött pszichoterápia is.

Mentálhigiéné Magyarországon

Hazánkban a két világháború között a pszichiátria nem fejlődött eléggé, és talán emiatt is alig esett szó a mentálhigiénéről, vagyis errefelé a mozgalom és a fogalom divata nem nyert teret. A második világháborút követően továbbra is fennmaradt ez a helyzet. A pszichiátriát a magyar hagyomány a neurológia, az idegyógyászat részének tekintette. Jellemző volt az állapotokra, hogy önálló pszichiátriai szakmai társaság csak 1980-ban alakulhatott meg egy kisebb „politikai palotaforradalom” révén. Mint burzsoá áltudományt helytelenítették, illetve tiltották a pszichiátria valamennyi irányzatát, különösen a pszichoanalízist. A szakmai lázadás ekkor elővette a mentálhigiéné fogalmát. Az érdeklődés több gyökerű volt. Elsősorban a nyugati országokban elterjedt *pszichoterápiái* és *pszichológiai tanácsadás* (counselling, Beratung) és a nyomában kialakult *pszichológiai kultúra* (az együttes elnevezés a nyugati sajtóban a „psychoboom” kifejezést kapta) mintája hatott. Ennek nyomán a *viselkedés- és élményzavarok korai*, illetve *lélektani terápiája*, mint korszerű gyógymód és főleg, mint a korai és megelőző jellegű kezelésbe vétel lehetősége fogalmazódott meg. Az erőteljes szakmává váló *pszichológia* a pedagógiai és munkahelyi lélektan szakirányain át megelőző célkitűzéseket is megfogalmazott, míg a klinikai lélektani szakirány a pszichoterápiát erősítette.

Már a két világháború között is volt hagyománya a gyermeklélektannak és gyermekpszichoterápiának. Ez utóbbi – egyes képviselőinek (*György Júlia*, *Liebermann Lucy*) politikai súlya és a gyakorlati szükségletek (nevelési tanácsadók hálózatának kiépítése) miatt – a kommunista időszakban is fejlődött. A gyermekpszichoterápia határozottan megelőző élű. A hetvenes években sokféle fejlemény erősítette ezt a trendet. Elindultak a közösségi terápiák, közösségfejlesztő módszerek (*Fodor Katalin* és mások), családdinamikai és családterápiás próbálkozások, de főleg a „Társadalmi beilleszkedési zavarok” (TBZ) elnevezésű kutatási főirány tárta fel a deviancia növekvő elterjedését Magyarországon. Ennek egyik fő okát a társadalmi átalakulás dezintegrációs és izolációs tendenciái miatt nagyon *megromlott lelki egészségügyi helyzetben* látták, és ennek megelőzését sürgették. Az ajánlott intézkedések összefoglaló nevéként a leginkább a mentálhigiéné fogalma vált ismeretessé. A népjóléti kormányzat már a politikai rendszerváltozás előtt tett előkészületeket az egyik javasolt megoldási mód, a *mentálhigiéné intézet* létrehozására (Andorka, Buda és munkatársai, 1986; Münnich, 1988; Münnich, Moksony, 1994).

Így alakult ki, hogy a politikai rendszerváltozás után a mentálhigiéné fogalma pszichoterápiái progresszió, a lelki egészségvédelem, a segítő szakmák fejlesztése, a

fejlesztő nevelés és a lelki-szociális bajok korai kezelésének szinonimája és szimbóluma lett. Ekkortájt három jelentős folyamat kapott erőre, amelyeknek máig tartó kihatása van:

1. *Mentálhigiénés képzés* indult meg, jórészt posztgraduális formában olyan, a legkülönbözőbb szakmákban már dolgozók és különféle segítő aktivisták számára, akik a maguk munkakörében megelőző és fejlesztő hatást tudnak kifejteni. Több tucat képzési rendszer alakult ki, amelyek együttesen több ezer embert képeztek ki, s mára már az egyetemek és a főiskolák nagy része is tart ilyen kurzusokat. A képzésre jellemző a tanácsadás és a terápia módszereinek hangsúlyozása, illetve a pszichoterápiában fontosnak tekintett *önismeret* kialakítása. Az egyik legismertebb képzési változat *Tomcsányi Teodóra* kezdeményezésére jött létre (és irányításával mindmáig működik).

2. A mentálhigiéné *támogatást* kapott. Ez előbb regionális szintű volt. Már a nyolcvanas években szaporodni kezdtek a *lelki elsősegélynyújtó telefonszolgálatok*, amelyeket főleg az *öngyilkosságok megelőzése* érdekében hoztak létre. *Krisziszintervenciós részlegek* nyíltak. Mentálhigiénés kezdeményezésekhez nyújtottak támogatást előbb a *Nemzeti Egészségvédelmi Bizottság*, majd a *Nemzeti Egészségvédelmi Intézet*, és *Grezsa Ferenc* képviselői kezdeményezésére 1993-tól több esztendőn át az Országgyűlés 200 millió forintot adott mentálhigiénés projektekre az Országos Egészségvédelmi Pénztáron át. Számos támogatási alap manapság is prioritásként kezeli a problémakört, így például a *Soros Alapítvány* 1995 óta működő *Egészségügyi Rendszerfejlesztési Munkaprogramja* évi kétmillió dollárral járul hozzá a témához.

3. *Országos mentálhigiénés program* indult 1995-től, amelyet *Veér András* hozott létre, s amely országos programirodával és regionális irodák hálózatával rendelkezik. A program folyamatosan működik: főleg politikai síkon és a tömegkommunikációban képviseli a lelki egészségvédelem ügyét.

A fejemények nyomán Magyarországon a mentálhigiéné fogalma végképpen meggyökeresedett, széles körben használatos, fontos kifejezéssé vált. Eközben külföldön már alig ismert; említése gyakran okoz kommunikációs nehézségeket is, hiszen ők már legfeljebb csak az említett történeti vetületben ismerik. Külföldön vagy a *lelki egészség* (mental health, seelische Gesundheit, santé mentale stb.) kifejezés használatos, mint a *lelki egészség helyzete általában*, vagyis a lakosság lelki egészségügyi állapota, az elmebetegségek, viselkedészavarok kezelésének szintje, a megelőzés színvonala, vagy mint *lelki egészségvédelem, egészségmegőrzés, egészségpromóció* idegen nyelvi megfelelőit használják (általában *megelőzés, kockázat-redukció* értelmezéssel). A mi szóhasználatunkban a mentálhigiéné mindezeket együtt jelenti.

Az első hazai fogalommeghatározási kísérletek

A már említett hazai fejlődési folyamatban az akkori egészségügyi vezetés megbízásából 1989-ben *Veér András*sal tettünk kísérletet a mentálhigiéné első átfogó meghatározására (Buda, Veér, 1989; Buda, 1995). Ebből idézünk: „... a mentálhigiéné nem csupán a *pszichés megbetegedések és magatartászavarok megelőzése*, hanem a *lelki egészségvédelem* is, mégpedig pozitív értelemben, mindazoknak a folyamatoknak és intézkedéseknek összessége, amelyek az emberi személyiséget és

közösségi kapcsolatokat erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezethez tartozóvá teszik. A mentálhigiéné fogalmával kifejezhető egy-egy ország, régió, társadalmi réteg vagy közösség lelki egészségének állapota, de az az intézményrendszer és programrendszer is, amely annak javítására hivatott. Egészen tág értelemben a mentálhigiéné területére sorolható a pszichés betegségek hatékonysága (a korai kezelésbevitel, illetve a másodlagos és harmadlagos prevenció), de a rehabilitáció hatékonysága, továbbá a lelki funkciók szempontjából fogyatékosok, károsodottak teljesítmény-, illetve adaptációképtelenség rehabilitációja, ellátása is. Így a mentálhigiéné értelmezése akár a szociálpolitika és a szociális gondoskodás területére is kiterjedhet” (Buda, 1995). A meghatározási kísérletből érdemes még egy bekezdést idézni: „A mentálhigiéné területe kénytelen magába foglalni az említett vetületeket, de nem szűkülhet be, mert a vetületek nagyon szorosan összefüggnek egymással, és bármelyiket is próbálnánk elhagyni vagy máshová sorolni, a mentálhigiéné egyik meghatározása sem lenne megfelelően koncipiálható, még kevésbé megfelelő társadalmi programokká fordítható.”

A meghatározási kísérletekben speciális feladatként jelöltük meg a „*jellegetes magyar önpusztító, öndestruktív megnyilvánulások*” – mint például öngyilkosság, alkoholizmus, rezignáció és izolációs hajlam – megelőzését, „az ismert mortalitási viszonyok” megváltoztatását, „a fertilitási helyzet” befolyásolását, „sőt, továbbmenve a társadalom értékorientációjának, interperszonális kultúrájának” fejlesztését is, „tehát például az altruizmus, a tolerancia, a kölcsönös tisztelet és megbecsülés, és más proszociális értékek” propagálását, „a kizárólagos fogyasztói mentalitás, a felesleges versengés, az anyagi teljesítménykényszer, a túlzott ingerkeresés és egoizmus stb. negatív értékeinek” gyengítését is.

Mint látható, a definíció tág és mindent magában foglaló. Nem véletlen, hogy a felsorolt elemek a mai kezdeményezésekben, programokban is megtalálhatók. A fogalom meghatározásával foglalkozó írások általában hangsúlyozzák, hogy a mentálhigiénének nemcsak egyén-lélektani, hanem társaslélektani és szociológiai vetületei is vannak, amely a gyakorlatban komplex rendszert alkot. Itt említjük meg, hogy a hazai mentálhigiéné fejlődésének egyik úttörője, *Kéző Balázs* a fogalom lényegét a *szemléletben, megközelítésben* látja. Ez a felfogása *Győri Lászlónak* is, aki a Magyar Mentálhigiéné Szövetség, a mentálhigiéné céljait létrehozó civil szervezetek 1993-ban megalakult egyesületének egyik létrehozója és irányítója. Szerintük a *megelőző, fejlesztő, kapcsolat-, hálózat- és közösségépítő viszonyulás a mentálhigiéné lényege*, és ez a politikától kezdve a gyógyításig minden társadalmi területen megnyilvánulhat.

A prevenció lehetőségei

Mint már említettük, a mentálhigiéné fogalmába beleértett jelentések közül az egyik a *megelőzés* kérdése. E téren már utaltunk a WHO felosztására, amely szerint *elsődleges* a megelőzés akkor, ha kóros folyamatok elindulását akadályozza vagy szünteti meg. *Másodlagos* akkor, ha már az elindult kórfolyamatot állítja meg (ennek jellegzetes példája a korai kezelésbe vétel vagy kockázati tényezők kezelése). Végül *harmadlagos*, ha a kórfolyamat megfelelő kezelése, gondozása és rehabilitációja elhárítja a szövődményeket, és a lehetőségekhez képest maximálisan helyreállítja a funkcióképességet és javítja az életminőséget, illetőleg megelőzi a vissza-

esést. Mai tudásunk szerint kevés elsődleges megelőzési lehetőségünk van a viselkedésvizsgálatok terén, így ezek elméletben is *családi, kisgyermekkorai vagy iskolai programok*. Az elsődleges megelőzés modellje a közegészségügyben például az immunizálás, az allergének kiiktatása, a fejlődéshez szükséges vitaminok vagy más molekulák pótlólagosan a szervezetbe történő juttatása. A pszichiátriában inkább a másodlagos megelőzés lehetséges, ilyenek például a mániás és a depresszív betegség kezelése, az alkoholisták vagy a pszichiátriai betegek gyermekeivel való korrektív-megelőző foglalkozás stb. Leginkább azonban a harmadlagos megelőzés a jellemző (Mrozek, Haggerty, 1994; U. S. Preventive Services Task Force, 1996): az alkoholizmus vagy a drogfüggőség kezelésében például nagyon fontos az úgynevezett *relapszusprevenció* (például Körköl, Lauer, Scheller, 1995).

Említést érdemel, hogy szoktak *egészségfenntartásról* (health maintenance) is beszélni, főleg az Amerikában elterjedt HMO (Health Maintenance Organization) mozgalom szellemében. Ez elsősorban az ismert *lelki ártalmak elkerülése* segítségével kísérli meg az egészség fenntartását. Mivel a lelki stresszek és traumák feldolgozása hibás módszerekkel történik (például kémiai anyagok, mint például alkohol, nikotin fogyasztásával, vagy ingerformák, mint túlzott televízió- vagy videónézés segítségével), ezek elkerülése lehetséges, és ennek elősegítésére számos hasznos programot ismerünk. Itt az úgynevezett *egészséglelektan* diszciplínája segít – ugyanis ezen a területen van szó például az egészséges és a kóros *feszültségfeldolgozó*, illetve *problémamegoldó mechanizmusokról* (coping mechanism Bewältigungsmechanismen), továbbá – lelki értelemben is – az *egészséges életmód* szabályairól (Ogden, 1996).

A mentálhigiéné terén nagyon sok szó esik a *mentálhigiénés nevelésről*, mint optimális megelőző és fejlesztő nevelésről. Ez azonban inkább csak egy jó cél és ideál, mintsem empirikusan bizonyított valóság. Egyetlen igazi elsődleges megelőzési perspektívaként merül fel a kisgyermekkorai – és általában a serdülőkor előtti és alatti – szexuális erőszak, csábítás, illetve a durva fizikai erőszak és az önértékelés károsításának kiküszöbölése (Bagley, Thurston, 1996).

Pozitív mentálhigiéné

Ugyancsak inkább elméleti lehetőség a személyiség rendszerjellegének fejlesztése abból a célból, hogy mintegy ellenállóvá váljon a károsító hatásokkal szemben, tehát például meg tudja oldani a fejlődéslelektani feladatokat, jó emberi kapcsolatokat alakítson ki, aktív és kreatív tagja legyen csoportjának, közösségének. Ez a pozitív mentálhigiéné individuális megfogalmazása. Erről szoktak úgy gondolkodni, hogy a szocializáló család, a kortárs csoport, illetve később az intim kapcsolatok, a referenciacsoportok és közösségek fejlesztően vegyék körül a személyiséget (Buda, 1994; Buda, 1995). A pozitív mentálhigiéné körében szoktak beszélni a *lelkileg fejlesztő iskolákról*, nevelési és oktatási rendszerekről, az *önismeretről*, továbbá a *valóságos hitről*, és általában szokták említeni azt a „*resiliens*” (resilient) személyiséget, aki kedvezőtlen körülmények között is helyt tud állni. A pozitív mentálhigiéné vonatkozásában kerülnek szóba például a krónikus szervi, fizikai betegek és a rokkantak, akik lelkileg nagyon is jó állapotban maradhatnak (Lutz, Mark, 1995), különösen, ha *önsegítő csoportokba* tömörülnek, és azokban aktívak (Katz, 1993; Matzat, 1997). Rossz fizikai állapotban és kedvezőtlen egzisztenciális körülmények

között is lehetséges ugyanis olyan hatásrendszerbe kerülni, amely a személyiség *autonómiáját* és *aktivitását* fokozza, *önhatékonyságának* megtalálását és átélését segíti (self-efficacy), s általában úgynevezett *empowerment* effektust ér el (ezt erővel való felruházásnak lehetne fordítani). E fogalmak rendszerint vagy az egészség-*lélektanból*, vagy az úgynevezett egészségpromóciós gyakorlatból származnak.

Lelki egészségpromóció

A klasszikus megelőzés és közegészségügy a hatvanas évek végétől a testi egészség terén is változáson ment át, miután nyilvánvalóvá vált, hogy a megbetegítő tényezők központi intézkedésekkel és intézményekkel nem iktathatók ki, hiszen azok nagyrészt az *életmódon* és az *életstíluson* át jelentkeznek. A „rendészeti” megközelítés helyébe az „új” közegészségtan, illetve az „új” epidemiológia lépett, amely a viselkedés, az életmód hibáival foglalkozik, és amely a lakosságra és a társadalom különböző rétegeire kíván hatni. Ez annyiban jelent paradigmaváltást, hogy nem a betegségek megelőzése vagy elkerülése a fő cél, hanem az *egészség „eladása”*, terjesztése, az egészség ügyének társadalmi képviselője. Míg a megelőzés főleg az egészségügy, illetve a politika dolga, az egészség eladása – promóciója – az egész társadalomé. Az egészségpromóciós megközelítés (amely erős hatással bír például a „pozitív mentálhigiéné” felfogására) nagy hangsúlyt helyez a programok *hatékonyságára*. Akcióit csak *monitorizálás és evaluáció* kíséretében valósítja meg. A hatékonyságon belül pedig kiemelkedik a *költséghatékonyság* (cost effectiveness, cost = benefit ratio), és a legjobban az úgynevezett *multiplikatív* hatásokat kedveli, amelyekben a programok, projektek hatásai a természetes emberi interperszonális folyamatokban (például csoportokban, közösségekben) továbbítódnak és erősödnek fel. Az egészségpromóciós lehetőségek kibontakozása hívta életre a nemzeti egészségvédelmi programokat, bizottságokat, intézeteket, és így ez a megközelítés manapság is az érdeklődés középpontjában áll (Badura, Kickbusch, 1991).

Az egészségpromóció keretében jött létre a *lelki egészségpromóció*, amely nagyjából azonos azzal, amit mi mentálhigiénén értünk, azzal a különbséggel, hogy a hatékonyság, a követés, az eredményértékelés mozzanata igyekszik elválasztani a jóindulatú törekvéseket a valódi, tényleges programoktól.

A WHO az úgynevezett *Ottawa Charter* elnevezésű állásfoglalásában (1987) a következőképpen határozza meg az egészségpromóciót: „... az egészségpromóció olyan folyamat, amely képessé teszi az embereket, hogy fokozzák kontrolljukat egészségük felett, illetve javítsák azt. A teljes testi, lelki és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyén vagy a csoport képes kell legyen azonosítani és megvalósítani célkitűzéseit, kielégíteni szükségleteit, és vagy megváltoztatni környezetét, vagy megküzdeni azzal... Az egészségpromóció nem csupán az egészségügy felelőssége, hanem az egészséges életmódon át terjed ki a jólétre.”

A lelki egészségpromóció meghatározása éppen olyan nehéz, mint a mentálhigiénéé. A különféle definíciók itt is a szemlélet, a megközelítés, a központi értékek és attitűdök szerepét emelik ki. Egy definíciós próbálkozás a *lelki egészség védelmét és maximalizálását* húzta alá (Tudor, 1996), és ebben azzal foglalkozott, hogy mi a *teljes*, az *optimális* vagy a *maximális* lelki egészség. A megfogalmazásban három korszakot különített el.

A pszichoanalitikus felfogás szerint a lelki egészséget *hat kritériummal* lehet jellemezni *Jahoda* nyomán: uralom a környezet felett; adekvát valóságérzékelés; integráltság; pozitív tisztelet és elfogadás mások iránt; folyamatos fejlődés, növekedés az önmegvalósítás irányában; autonómia.

Egy egészségglélektani szemléleti felfogás szerint (Becker) a *kritériumok száma hét*: képességek; öncentrálás, önkontroll; jólét, lelki egyensúly; saját értékek tudata; expenzivitás; autonómia; késztettség, késztetési erők.

Tudor maga *nyolc ismérvet* ajánl: megküzdési (coping) képesség; feszültségek és stresszek uralásának képessége; megfelelő énkép és önanonossági érzés; önértékelés; önfejlesztés, fejlődés képessége; autonómia; változási képesség; szociális támogatások igénybevétele, társadalmi mozgalmakban való részvétel.

Igen érdekes a felfogásokban, hogy a *lelki egészségpromóció a lelki egészség jégyében nyer értelmezést*, ez pedig nyilvánvalóan függővé teszi a definíciót valamilyen *emberképtől*, illetve *pszichológiai irányzattól*, vagy ezek *implicit antropológiájától*.

Ez felveti a *konszenzusok* kérdését, azonban általában ezek a megegyezések a konkrét mentálhigiénés, illetve lelki egészségpromóciós aktivitások és célkitűzések szempontjából kialakíthatók. E téren nagy terjedelem kellene az összefüggések részletesebb bemutatásához. Csak egy modellt célszerű itt ismertetni, *MacDonald* és *O'Hara* (1996, 1997) nyomán. Ez *George Albee* és mások meghatározásából kiindulva, a megőrzés szempontjából dinamikus és multifaktoriális módon ábrázolja a lelki egészséget. A modellt két értelmezésben írható le. Albee eredeti ajánlata az volt, hogy a lelki egészség egy hányadossal fejezhető ki, amely *öt pozitív faktor* (számláló), valamint *öt negatív faktor* (nevező) mennyiségi összesítése.

MacDonald és *O'Hara* azt emeli ki, hogy minden faktor pozitív és negatív formában jelentkezik, tehát lényegében öt hányadosról van szó. Lehetséges tehát a lineáris és a kerékszerű ábrázolás egyaránt. Minden faktor a jelentkező egzisztenciális (környezeti, fejlődési stb.) nehézségek és a megoldási módok egyensúlyát vagy egyensúlyvesztését fejezi ki:

Lelki egészség:	Környezeti minőség	Önértékelés	Érzelmi érettség	Önszabály- zási készség	Társas támogatás
	Környezeti depriváció	Érzelmi abúzus	Érzelmi elhanyagoltság	Stressz	Kizsákmá- nyolás

Az idézett közlemény 1997-es magyar változatának fordításától némileg eltér a faktorok elnevezése, ugyanis elég nehéz a fogalmak fordítása. Például az „érzelmi érettség” eredetileg „emotional literacy”, amely inkább utal a pszichoszomatikában gyakran emlegetett „alexithymiára”, vagyis az érzelmek átéléses felismerésének képtelenségére, mint megbetegítő tényezőre.

Egy másik szerző, *Doku* (1997) a „cultural literacy” fogalmát is bevezetésre javasolja, vagyis a multikulturális modern társadalmakban a *kulturális szenzivitást*, a kultúrák közötti közlekedés képességét. Ő a lelki egészség tíz *pragmatikus ismérvet* sorolja fel (ismét kissé eltérve a közölt magyar nyelvű fordítástól): 1. képesség a szeretet adására és elfogadására; 2. a társadalomban a biztonság és a státus „adekvát” érzése; 3. a spontaneitás megfelelő mértéke, az érzelmi válaszok megfelelő skálája (például harag, szomorúság, öröm); 4. hatékony kapcsolat a valósággal (nem túl sok, és nem is túl kevés); 5. gazdag fantáziavilág, amely segíti a kreati-

vitást; 6. az önismeret és az önátadás olyan foka, amely elősegíti a saját én és a másik ember ártalmak utáni reparációjának megvalósítását, s az ehhez szükséges képességek gyakorlását; 7. a tapasztalatból való tanulás képessége; 8. a csoport igényeinek teljesítési képessége, egyúttal azzal a választási szabadsággal, hogy ezt mikor és mennyiben teszi, a csoport tagjaként figyelembe véve saját felelősségét; 9. az önkifejezés szabadsága, tekintettel azonban a saját viselkedés vagy cselekvés másokra gyakorolt hatásával; 10. a saját és mások testi szükségleteinek kielégítési képessége.

Doku kiegészítő modellje azért érdemel említést, mert a korábbi megfogalmazásnál nagyobb hangsúlyt helyez a lelki egészségben és egészségpromócióban a társas, szociális viszonyoknak, illetve az ezekkel kapcsolatos egyéni képességeknek. Felsorolása nagyon sok utalást tartalmaz a szakirodalomban gyakran tárgyalt összefüggésekre, valamint a gyakorlati programok célkitűzéseire. A tárgyalt modellekből jól látszik, hogy az ajánlott faktorok és fogalmak terén sok a fedés és az átmenet. Ez is mutatja, hogy a lelki egészségpromóció, és ebből eredően a mentálhigiéné terén még nagyon sok a bizonytalanság.

A módszerek jelentősége

A fogalmi tisztázatlanságot a *módszertani pragmatizmus* próbálja meg áthidalni. A konkrét programok azokra az elemekre építenek, amelyek kapcsán a szakirodalomban konszenzus van, s ehhez keresnek olyan módszert, amely a megfelelő programtervben megvalósítható, vagyis részben menet közben követhető és szabályozható (monitorizálás), részben eredményeiben mérhető (evaluáció). A mentálhigiéné és az egészségpromóció éppen abban különíthető el egymástól, hogy előbbiben a szemlélet, a megközelítési paradigma, illetve a jó szándék fontosabb, mint a módszeresség, míg az utóbbi elengedhetetlennek tartja a behaviorális, empirikus, módszerhez kötött munkát, és kevésbé érzékeny a promóciós törekvések mögött a mozgalmiságra. Lényegében módszertani, de ezen belül főleg stratégiai szempont az úgynevezett „*setting*” megközelítés, amelyet a lelki egészségpromóció általában az egészségvédelemből vett át. A *setting* azt az életközösséget jelenti, amely a testi és/vagy a lelki egészség szempontjából azonos vagy hasonló embereket körülvé, és amelyen belül ezek az emberek hatékonyan elérhető, befolyásolható. Ilyen „*setting*” a lakóhelyi közösség, a munkahely, az iskola, a kórház, a család stb. Lényegében ezek jelentik a mentálhigiéné fő *területeit* is. A területeket el szokták különíteni más szempontokból is, a programok ugyanis sokféle modalitást tartalmazhatnak, és sok tekintetben az különbözteti meg azokat, hogy ezek között melyik van túlsúlyban. Ilyen lehet az *egészségügyi felvilágosítás és egészségnevelés*, a *készségtréning* (skill training), a *csoporthatás*, az *önsegítés*, a *tutorális gondozás*, a *hálózatépítés*, a *közösségfejlesztés*, a *tanácsadási lehetőségek és találkozási alkalmak nyújtása*, *közösségi aktivitások szervezése* stb. Különös jelentősége van a spontán, kerületi öntevékeny kezdeményezéseknek, a civil szervezeteknek, és az ezek nyomán kialakított úgynevezett nem-kormányzati szervezeteknek vagy egyesületeknek (NGOs = Non-Governmental Organizations), mint például a különböző képviselői szervezeteknek, lobbicsoportoknak (Burtos, Nettleton, Burrows, 1995). Természetesen ezek közé sorolhatók be a lehetséges megelőzési akciók is.

Végkövetkeztetés

A mentálhigiéné tehát a leginkább a lelki egészségpromóció értelmében használt összetett, nehezen meghatározható fogalom, amely egyszerre vonatkozik célokra, módszerekre, megközelítési módokra, szemléletre és konkrét tevékenységi területekre, illetőleg magában foglalhat mindent, ami a lelki egészséget javítja, annak minden vetületében és szintjén, az egyén és környezete kapcsolatának hagyományos megelégedési viszonyától a személyiség fejlődésének elősegítésén át azokig a szociális képességekig és kapcsolatokig, együttműködésekig menően, amelyek a nehéz élet-helyzetek, stresszek leküzdését segítik, amelyek a személyiséget és a szociális segítő hálózatokat aktiválják. A mentálhigiéné sokban függ a lelki egészségről kialakított felfogástól; lényegében úgy is meghatározható, mint bármely beavatkozás, hatás, amely a lelki egészségről kialakult tudományos vagy más módon konszenzuális képet fenntartani, kialakítani vagy helyreállítani hivatott az emberekben és a társadalmi relációkban, és mint ilyen programok mögött álló tudományos ismeretanyag, munkaszervezet és szakmai vagy politikai irányítás. Az egészségügy, a gyógyítás – jelesül a pszichiátria eljárásaitól – főleg abban különbözik, hogy az egész társadalomra kíván hatni, a nem beteg, illetve betegség- vagy problématudat nélküli emberekre és a mindennapi élet szokványos „normális” szerveződéseire is. Toleranciát és segítséget hirdet és nyújt. Szemléletében alkalmazkodik az egészséggel és betegséggel kapcsolatos korszerű rendszerelméleti felfogáshoz és mennyiségi relativizmushoz, amely egyébként a szomatikus egészséggel kapcsolatosan is mindinkább elterjedt és jellemző. Végső soron pedig a mentálhigiéné, illetve a lelki egészségpromóció önálló társadalmi gyakorlat és tudományterület, interdiszciplináris keret, lassanként maga is diszciplína. Elképzelhető kifejltségében lehet pozitív ideológia és a társadalmat változtatni, fejleszteni képes politikai erő. Ezt úgy szokták megfogalmazni, hogy a demokratizálódási folyamat egyik lehetséges hajtóereje, hiszen társadalmi öntudatot, cselekvőkészséget, az autonómia fokozódását, egyenlőséget, kollektív felelősségtudatot hirdet és próbál megvalósítani.

BUDA BÉLA

IRODALOM

- ANDORKA RUDOLF – BUDA BÉLA et al.: *Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1986.
- BADURA, B. – KICKBUSCH, I. (szerk.): *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. In: WHO Regional Publications, European Series, No. 37., Copenhagen, 1991.
- BAGLEY, C. – THURSTON, W. E.: *Understanding and Preventing Child Sexual Abuse. Vol. 1-2*. Arena, Ashgate, Aldershot, United Kingdom, Brookfield, USA, 1996.
- BUDA BÉLA: *Mentálhigiéné. A lelki egészség társadalmi munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei*. Tanulmánygyűjtemény. Animula Egyesület, Budapest, 1994.
- BUDA BÉLA: *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései. Újabb tanulmányok*. Támasz Alapítvány, Budapest, 1995.
- BUDA BÉLA – VEÉR ANDRÁS: *A mentálhigiéné és fejlesztésének lehetőségei hazánkban*. In: *Psychiatria Hungarica*, 1989/3. sz. pp. 215-219.
- BUNTON, R. – NETTLETON, S. – BURROWS, R. (szerk.): *The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*. Routledge, London, New York, 1995.
- DOKU, J.: *Mental Health Promotion in a Multicultural Society*. Kézirat, 1996.
- DOKU, J.: *A lelki egészség fejlesztése egy multikulturális társadalomban*. In: *Szenvedélybetegségek*, 1997/6. sz. pp. 449-451.
- KATZ, A. H.: *Self-Help in America. A Social Movement Perspective*. Twayne Publishers, New York, 1993.
- KÖRKEL, J. – LAUER, G. – SCHELLER, R. (szerk.): *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1995.
- LUITZ, R. – MARK, N. (szerk.): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, 1995.
- MATZAT, J.: *Wegeweiser Selbsthilfegruppen*. Psychosocial Verlag, Giessen, 1997.
- MACDONALD, G. – O'HARA, K.: *Ten elements of Mental Health, its Promotion and Demotion*. Summary Paper. Kézirat, 1996.
- MACDONALD, G. – O'HARA, K.: *A lelki egészség tíz alapeleme. A lelki készség fejlesztése és károsítása*. In: *Szenvedélybetegségek*, 1997/6. sz. pp. 442-448.
- MRAZEK, P. J. – HAGGERTY, R. J. (szerk.): *Reducing Risks for Mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press, Washington, D. C., 1994.
- MÜNNICH I. (szerk.): *Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról*. Kossuth Kiadó, Budapest, 1988.
- MÜNNICH I. – MOKSONY F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Közélet Kiadó, Budapest, 1994.
- OGDEN, J.: *Health Psychology. A Textbook*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 1996.
- U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE: *Guide to Clinical Preventive Services. Report. 2. kiadás*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.
- TUDOR, K.: *Mental Health Promotion. Paradigms and Practice*. Routledge, London, New York, 1996.