

Mentálhigiéné – korszakok, paradigmák és az ezredforduló jellegzetességei

Dr. Bagdy Emőke Ph.D.

Kulcsszavak: mentálhigiéné, paradigma, elmélet, gyakorlat, mentálhigiénés korszakok, aktuális szorítók és cselekvési lehetőségek

A szerző a mentálhigiéné fogalmi, jelentésbeli változásait a XX. század és az ezredforduló paradigma változásainak keretében elemzi. Paradigma-elmélet-gyakorlat hármass rendszerében rámutat a paradigma meghatározó szerepére. Felvázolja a medicinális (medikalizáló), a „pozitív mentálhigiéné” és posztmodern korszakok emberképét és egészség felfogását.

Korunk jellemző „társadalmi közérzetén” át rávilágít a hazai mentálhigiéné kultúra és gyakorlat szükséglete és támogatási hiányosságai közt feszülő ellentmondásra és a „kölsönös egymásrautaltság – kölsönös támasz” elv gyakorlati megvalósításában látja az aktuális kiutat.

A mentálhigiéné a XX. század szülötte. Jelentésére nézve ma már elértük a hazai szakmai konszenzust, miszerint nem mozgalom, hanem potenciális egyéni, közösségi, társadalmi aktivitás. Nem önálló, hanem sokforrású tudomány, nem önálló szakma, de a humán segítő aktivitás sokágú, sok lehetőségű formája; leginkább pedig paradigma: tapasztalati megalapozottságú szemléletmód, és világlátás.

Fogalmának jelentésváltozásai híven tükrözik az emberről, a lelki egészségről (betegségről), a normalitásról (abnormitástól) kialakított nézeteket, szemléleti jellegzetességeket, értékfelfogásokat, normarendszereket. A paradigmák változásainak nyomon követése világossá teheti számunkra, miért változnak a mentálhigiéné

gyakorlatának célkitűzései és milyen alapon beszélhetünk e vonatkozásban „korszakokról”. Paradigma alatt azoknak az elveknek a rendszerét értjük, amelyek egy meghatározott időszakban a tudomány művelői számára a világlátás és problémamegoldás átfogó (meta)modelljéül szolgálnak. (Kuhn, Th. 1984) Minden paradigmához jellegzetes saját foglomtár, szóhasználat tartozik, amelyen át érthető, miért használunk ugyanarra a dologra más elnevezést, mint korábban. Azt tapasztaljuk, ha egyszer egy paradigma polgárjogot nyert, akkor ez arra indít bennünket, hogy a dolgokat, az embert ezen át meghatározott módon szemléljük, „magyarázzuk” és a dolgokat e szókinccsel „nevezzük”, jelöljük meg.

Az elméletek a tények közötti magyarázó összefüggések összetartó fonalát alkotó, lényegmegragadó gondolatrendszerek (Kelemen G. 1995). Eszközök a világmegértéshez; szabályrendszerek, térképek, amelyek érvényét nem befolyásol(hat)ják szubjektív folyamatok. Az elméletek a tudományos valóságmegismerés jellegzetes és egymástól elkülöníthető felfogásmódjaiba (paradigmáiba) ágyazódnak. Az empirizmus pl. megfigyelésre építő induktív tudományfelfogás. A racionalizmus az érzéki tapasztalástól független „lényeg”-et képező „ész”, deduktív módszerrel dolgozó modelleket konstruáló tudománykonceptió. A pozitivizmus szerint a mérés-mérhetőség az objektív valóság-megismerés egyetlen, hiteles kritériuma. A konstruktivizmus felfogásában a valóságot mi magunk „teremtjük”, felfogásunkban „megkreáljuk”, és jelentését ez a kreáció határozza meg. Ennek szociálkonstrukcionista szelidítménye szerint a közösségi kapcsolatrendszer és az interakciókat szolgáló nyelvhasználat – kommunikáció – révén konstruáljuk meg a „világot, mint jelentést”. A rendszerszemlélet a valóság hierarchikus felépítményként való elgondolása, benne: a magasabb szintek vezérlő szerepével, az alacsonyabb szerveződési szintek relatív autonómiájával – a szabályozás cirkuláris visszacsatolási és kölcsönhatási elvének felfogásával. A komplementaritás és határozatlansági reláció szemléleti kereteiben a tudós egyszerre megfigyelője és részese a jelenségnek, nincs objektív megfigyelő, sem pedig semleges nézőpont. A megismerés történetileg meghatáro-

zott paradigmáinak tükröződése és leképződése a mentálhigiénés modellek arculatában is jól nyomonkövethető.

A mentálhigiéné, mint emberszolgáló paradigma, sokforrású tudomány és sok lehetőségű segítő gyakorlat, eleve az ember kettős természetének (természeti-biológiai és társadalmi lény mivoltának) paradoxonát hordozza. Az emberi „természet” és a kultúra egyidejűleg van bennünk jelen. A kölcsönös egymásra-utaltságra, altruizmusra, együttműködésre és a versengő, küzdő, kompetenciára, felülkerekedésre és túlélésre törekvő embert egyképpen magunkban hordjuk. Szembenállás és illeszkedés viszonyában, ezek arányában jelenik meg az ember a társas szintéren, s csupán a szemlélő tudományos optikájának függvénye, hogyan közelíti meg, mit tart fontosabbnak (genetika, evolúció versus kultúra, szocializáció). Az is szemléletmód, és ezen nyugvó döntés kérdése, hogy az empirikus perspektívát választja-e (magyarázni kívánja, mi-miért történik, ellenőrizhető hipotézisek illetve bizonyítható vagy cáfolható empirikus adatok útján), avagy az értelmező megközelítést (az ember, a viselkedés új nézőpontok szerinti meglátása, új magyarázó rendszer és perspektíva kínálása, az alapvető értékek felmutatása, törekvés az eszmei egyetértés kialakítására).

A mentálhigiéné gyakorlata a szak tudományos elméletek fogalmait az egyének és a közösség számára is használható, közhasznú kifejezésekké fordítja át és a kínált modelleket a

valóságban „teszteli”, kipróbálva értékeli, kreatívan módosíthatja, vagy továbbfejleszti (evaluáció).

Paradigmák – elmélet – gyakorlat összefüggésrendszerében a mentálhigiéné (megítélésem szerint) három nagy korszakra tagolható.

Az *első korszak* a medikális, sőt medikalizáló paradigmát képviseli, a preventív és rehabilitációs (harmadlagos prevenció) pszichiátria szülötte. Pszichiátriai indíttatása nem kétséges. Clifford Beers 1908-ban a gyógyult elmebetegek közösségi visszailleszkedésének elősegítésére indította (akkor még kétségtelenül mozgalomnak számító) közösségi szervező akcióját. (Beers, Cl. 1956) „Ne légy (ismét) beteg” - üzeni a mentálhigiéné jelszó. Az egészség – eme felfogásban – a betegség hiánya. Az egészség-betegség dichotómia érvényes benne: a betegség a létezés „túlsó partja”, egészség és betegség közt demarkációs vonal, minőségi különbség, vagy-vagy elválasztottság, szakadék tátong. Ez a pozitivista, empirista, az egyénre koncentrázó megközelítés szűkösnek bizonyult a (teljes) emberi egészségnek és lelki épség megtartásának a szolgálatára. Lindemann és Caplan kríziskoncepciója is hordozza még a „normatív”, minősítő fogalmakat, noha köztük már hidat próbál építeni a galileánus szemlélet: az időbeli-folyamati változás dinamikai folytonossági feltevése, amely kikezdi az arisztoteléánus „szabályozás” címkéző, minősítő, besoroló, diagnosztizáló medikális szemléletét.

A *második korszak* a „pozitív mentálhigiéné” paradigma időszaka (Jahoda,

1958). Ez a nem medikális éra a II. világháború utáni időszakától a 80-as évekig datálható. Az emberhez fenomenológiai, élményközpontú, értelmező-megértő módon közelítő új szemlélet rendszerkeretben ragadja meg az egyéni sors eseményeit. Az egészséges emberből indul ki és az embert potenciálisan egészségesnek tekinti. „Maradj egészséges!” - üzeni e kor mentálhigiéné jelszava. Az USA akkor új, „humanisztikus pszi-chológiai” irányzata által ihletett emberkép és egészségmodell Maslow és Rogers nevével fémjelezhető. Az ember felelős önmagáért és környezetéért, alapvetően jó, minden lehetőség hordozója, önmegvalósításra törekszik, a környezet szerepe a feltételek nyújtása e kibontakozáshoz. Az elfogadó, nem minősítő (negatív címkéket kerülő) empátiás és hiteles (őszinte) emberi kapcsolatban az ember egészségesen fejlődik. Az ember a „legkisebb egység”, az ember az embernél kezdődik, nem alkotórészei, szervei egészségénél (pszichoszomatika, holizmus, Gestalt-elv).

Az egészség mint specifikus minőség jelenik meg e felfogásban, melyben a társsal való „találkozás” (encounter), a közösség megtartó-segítő ereje, a társas támasz és kölcsönösség meghatározó szerepet játszik. Az egészséges ember (full functioning personality), teljességgel jól működő személyiség. A segítő nem „terapeuta”, hanem facilitátor, serkenti és fermentálja a másokban zajló egészséges (természetes) folyamatokat. A „mentálhigiéné” fogalmát is a mental health; health promotion szakkifejezések váltják fel. (Sajátos magyar jelenség az elnevezés konzervatív

Klasszikus medicinális (pszichiátriai)	Nonmedikális, „pozitív mentálhigiéné”
Egészség – Betegség (szembeállítás)	Egészség – Betegség (folytonosság)
páciens, beteg	kliens, problémahordozó, konzultáns
kauzális megközelítés	„dinamikus”, folyamatlemező holisztikus megközelítés
betegség, diagnózis (címke, stigma) az emberi bajok medikalizálhatók	probléma, állapot, helyzet, zavar - Nincs stigmatizáció
terápia, „kezelés” gyógyító modell egyoldalú szakértés modell	konzultáció, intervenció, counseling „edukatív, reedukatív és kompetencia modell” „kölcsonős szakértés” (közös tanulás)
terapeuta, orvos, szakértő	facilitátor, segítő, konzulens, probléma fogadó
„hiányosság-központú” megközelítés a páciens nem felelős „nem tehet róla” alárendelő kapcsolati kontextus, elszenvető helyzet	a meglévő (lehetséges) értékekre építő, a kliens felelős a helyzetért, aktív részt vállal, egyenrangú felek kapcsolata
Egészségügyön belüli (szervezeti-intézményi) elkülönítés, szeparáció, kustodális elv	non medikális (extramurális) non szeparatív „helyben segít”

I. táblázat: *A mentálhigiénére vonatkozó paradigmaváltás jellemzői a kulcsfogalmak mentén*

őrzése, amelyet csak az utóbbi évtizedben váltott fel az egészségfejlesztés.) Ez a non-medikális, edukatív (nevelő-fejlesztő) „kompetencia paradigma” új szókincset kínált és terjesztett el: kliens, facilitátor, nevelés-újra nevelés, önkülváltoztatás, közösségi, társas támasz, s. i. t. A fenti I. táblázatunkon a pszichiátriai „medikális” és „pozitív mentálhigiénés” paradigma közti különbséget tesszük tételesen áttekinthetővé. („A mentálhigiénére vonatkozó paradigmaváltás jellemzői a kulcsfogalmak mentén”).

A harmadik (posztmodern) korszakot a nyolcvanas évektől az ezredfordulón át napjainkig számolhatjuk. A „jóléti társadalmak” konzumizálódó világa a fogyasztói lét kettős követelményét állítja az ember elé: teljesíts (tanulj, keress pénzt, hogy vásárolhass) és élvezz

(hedonista elv). Az egészség, mint életminőség jelenik meg. „Életet az éveknek”, „Legyen neked jó”, „Legyen értékes célod.” „Légy szívós, küzdőképes, erős!” „Maradj talpon és élj (jól, boldogan)!” - üzenik az újszlogenek. A civilizatórikus betegségek növekedése, a stresszek fenyegető ártalmi, a felgyorsult és eldologiasodott élet a megküzdés és erőnkultusz követelményével áll az egyén elé. Az egészség (legalább) négy tényező meglétét feltételezi.

-Wellness (jól-lét),

- Fitness (alkalmasság, állóképesség, megfelelés, jó kondíció),

- Happiness (boldogság, megelégedettség)

- Hardiness (erő, szívósság).

Hat kritérium (Jahoda, 1985)	Hét indikátor csoport (Becker, 1986)	Nyolc elem (Tudor 1996)
A környezet uralása	Képességek	Megküzdési képesség (coping)
A valóság adekvát érzékelése	Önközpontúság	A feszültség és stressz adekvát kezelése
Integráltság	Jóllét	Önkép és identitás
Pozitív szemlélet	A saját értékek tudata	Önbecsülés
Folyamatos fejlődés az önmegvalósítás felé	Autonómia	Autonómia
Autonómia	Hajtóerő „Társas támasz”	Önfejlődés Változás
		Társadalmi támogatás és ösztönzés

II. táblázat: A lelki egészség és egészségfejlesztés összehasonlító elemei Tudor (1996) nyomán

A lelki és magatartási megküzdés-módok (coping mechanizmusok) egyfelől a magatartástudományi, másfelől az „egészségpszichológiai” megközelítést elegyítik és a tréningközpontú „edzés”-modelleket teszik a mentálhigiénés praxis központi tényezőjévé.

Ez a konstruktivista, sőt szociálkonstrukcionista, rendszerszemléletű, értelmező, megértő viszonyulású, az evolúciós meghatározókat is fontosként kezelő új paradigma áthatja napjaink egészségfejlesztési gyakorlatát és meghatározza mentálhigiénés nyelvezetünket.

Érdemes szemügyre vennünk a lelki egészség és egészségfejlesztés összehasonlítható elemeit szemléltető táblázatot, amely az ötvenes évek „szókincsétől” a III. korszak új paradigmájának „nyelvezetéig” jól il-

lusztrálja a szemléletváltással együtt járó nyelvi (fogalmi) változásokat.

Az ezredforduló új emberideálja és egészségképe a szívós, küzdőképes, erős, „túlélő”, alkalmazkodásra kész, „boldog” (megelégedett) ember (Csíkszentmihályi, 2002).

Az „egészséges” ember erőforrásokat hordozó, szüntelen kibontakozásra, fejlődésre képes, „csúcsra”, „csúcserőművekre” törekvő lény, akinek múltjában a megnyugvás, elfogadás, megelégedés; jelenében a történesekbe való belemerülés, átlényegült önátadó öröm (flow, áramlat) átélése, a „képes”-ség, erő, sikeresség, küzdőképesség megélése a fontos. Jövőjében a „magasabb”, a személyen túli (transzperszonális, spirituális) célok, az optimizmus, derű, remény és bizakodás egyenletessége a szükséges és az (egészségéhez) ígéretes feltétel.

„Magasabbra, gyorsabban, erősebben” (altius, citius, fortius) - az ókori görög olimpia jelszava mint aktuális felhívás jelenik meg, elérése pedig az autotelikus (önmagáért örömteli) élményeken és az önsegítő „edzés” kemény küzdelmén (tréningeken) át lehetséges.

Az igazi egészség-„fejlesztés” valójában önfejlesztés: „tegyél érte valamit, mozdítsd elő” (health promotion) a saját egészség-„ügyedet”. Az egyedi tudás, kultúra az együttélés mikromiliójában és társas rendszereiben a közösségi kultúra részévé válik. E modellben a személyes felelősség központi elvárás.

A „személyes felelősség” kívánalmát azonban érdemes alaposabban szemügyre vennünk. Vajon kin és min múlik a felelősség? Valóban az egyén személyes ügye volna ez? Megítélésem szerint hiába törekszik valaki a felelősségvállalásra, ha élete (különféle okból) kényszerpályán mozog és nincs reális alternatívája. Nem az a legfontosabb kérdés ugyanis, hogy megnyit iszik, dohányzik, és (túl)dolgozik az egyén, hanem az, hogy miért teszi ezt. A táplálkozásnál is felvethető a kérdés, hiszen a legkevésbé egészségesen táplálkozóknak van általában a legkisebb (más)t választási lehetőségük. Arra nézve sincsenek megerősítő adatok, hogy az egészséggel kapcsolatos viselkedés különböző típusai az egészség fenntartásáért érzett felelőségek az aldimenzióját tükröznék (Clemm és Close, 1995).

A mentálhigiéné paradigmái, és általuk megkívánt életgyakorlat a megvalósítás szemszögéből nézvést azt bi-

zonyítja, hogy az egészségmagatartás egy átfogó, a szociális értékeket, a pszichológiai állapotot és az uralkodó kulturális szokások elfogadását tükröző életszemléletből, életstílusból ered (Mechanic, 1985).

A pozitív egészség magatartást úgy támogathatjuk a leghatékonyabban, ha sikeresen integráljuk a kívánt viselkedésmódokat a természetes segítő csoport kultúrájába. Azok a viselkedésmódok, amelyeket a szociális kapcsolatrendszer rendszeresen megerősít, sokkal szilárdabbak, mint a „speciális programok”-kal átadott (új) magatartás-formák (Bagdy, 1999).

Ha jelenünk mentálhigiéné ideálképehez viszonyítjuk a valóságot, akkor nem mehetünk el a „társadalmi közérzet” aktualitásai mellett sem.

Átpolitizált hétköznapjainkban az egyének lelki és közös, osztársadalmi terhelése igen nagy. Székely Mózes (2002) friss adatai szerint csaknem ezer magyar lakos megkérdezése nyomán az alábbiak tűntek ki életminőség-romboló tényezőként:

- Az elidegenedés, szeretetlenség, az emberiségnek és együttműködésnek a hiánya,

- Kilátástalanság, felgyorsult élettempó, globalizáció, az emberiség és a világ pusztulásának fenyegetettsége, a gondolkozásmód hibái,

- A tudományos és technikai fejlődés káros hatásai,

- Az erkölcsi értékek felbomlása, elanyagiasodás, meg nem értés, rosszindulat és gonoszság (Székely M., 2002).

Nyilvánvaló tehát, hogy a – tágabban és szűkebben – bennünket körülvevő természeti, társadalmi, politikai és gazdasági környezet az „egész”-ség(es) közérzetet alapvetően befolyásolja, és ez magában véve szükséges kiinduló pontja lehet a mentálhigiénés teendők megtervezésének.

Sajnálatos, hogy míg a hazai mentálhigiénés törekvések nyilvános hangoztatása erőteljes (Pl. *Johan Béla* népegészségügyi program), a modellkísérletek száma nagy, a civil szervezetek erőfeszítései tiszteletre méltóak, a szemléletformáló képzések volumene tágas, a publikációk száma tetemes, addig ezzel szemben a ráfordítható idő- és pénzforrások csökkennek, a leginkább érintetteket életgondjaik akadályozzák a mentálhigiénés programokban való részvételben. Posztmodern világunkban és gondterhelt jelenünkben „a gyanú hermeneutikájának szellemében” fel kell vetnünk, hogy ellentét feszül a nyilvános retorika és a jövőendő erőfeszítésekhez szükséges programok és ismeretanyag kifejlesztésének finanszírozására való hajlandóság között (*Kézdi, B., 1999*).

Korszak-meghatározó paradigma és azzal kongruens mentálhigiénés (közösségi és egyéni) gyakorlat között egyelőre szakadék tátong. Mégis bizakodhatunk! 1996-ban Londonban Clifford Beers Institut néven létrejött az a nemzetközi kutató, szervező és koordináló intézmény, mely az Európai Unióban nemzetközi feladatként tűzi ki az egészség-előmozdítás paradigmájának leghatékonyabb érvényesítését az egyes országok gya-

korlatában (*Buda B. 2003.*) Az intézmény finansziális, tudományos módszertani szervező és koordinatív segítséget nyújt a mentálhigiéné európai szakemberei (humán segítők, orvosok, pszichológusok, szociális munkások, mentálhigiénikusok) a tömegkommunikáció képviselői és a civil szervezetek önkéntes társulásai számára.

Fontos üzenet a „kölcsonös segítés” elvén alapuló nemzetközi összefogás a hazai gyakorlat számára is. Ha azt a szerteágazó gyakorlatot sikerül integrálnunk, amely (pl. a fegyveres testületek működési színterein) – e konferencia tanulságai szerint is – létezik és fejlődik, akkor öntevékeny aktivitásunk átlendíthet a (pl. pénzügyi, támogatásbeli) szűkösségek és elakadások holtpontjain. Ezt kívánom minden, a mentálhigiénében elkötelezett szakembertársamnak!

IRODALOM

- [1] *Bagdy, E. (szerk.):* Mentálhigiéné. Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Animula kiadó, 1999, Budapest.
- [2] *Beers, Cl.:* A mind that founf itself, New York (Önmagát megtalált lélek). In: *Autobiography*. 9. Kiadás, 1956, Doubleday. New York.
- [3] *Buda, B.:* A lélek egészsége. A mentálhigiéné alapkérdései. Nemzeti Tankönyvkiadó, 2003, Budapest.
- [4] *Clemm, A. Close R.:* Mental Health promotion. Theory, Research and Practice. Mcmillan Press. Ltd. Houndmills Basingstoke, 1995, Hampshire, London.
- [5] *Csikszentmihályi, M.:* Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája. Akadémiai Kiadó, 1991, Budapest.

- [6] Jahoda, I.: Current Concepts of Positive Mental Health. Basic Books, 1958, New York.
- [7] Jenkins, R, McCulloch, H. Parker, C.: Kormányok és politikai meghatározó tényezők támogatása a lelki egészség vonatkozásában. Szenvedélybetegségek. 1995, 7(5): 381-387.
- [8] Kelemen, G.: A mentálhigiéné mentalitásának kérdése és a kérdések funkciója a mentálhigiénében. Pszichoterápia, 1995, 2: 157-163.
- [9] Kézdi, B.: A mentálhigiéné paradigmáiról In: Bagdy E. (szerk.): Mentálhigiéné. Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. 11-18 old. Animula kiadó, 1999, Budapest.
- [10] Kuhn, Th.: A tudományos forradalmak szerkezete. Gondolat, 1984, Budapest.
- [11] Mechanic, D.: Health and Behavior Perspectives on Risk Prevention. In: Prevention in Health Psychology Eds.: Rosen, J. C. Solomon, J. J., 1985, 6-17.
- [12] Székely, M.: Világproblémák és megoldásaik tükröződése világképünkben Alkalmazott Pszichológia, 2002, 4(2): 5-27.
- [13] Vidor, K.: Mental Health Promotion. Paradigmas and Practice. 74. pag., Routledge, 1996, London.

Emőke Bagdy M.D., Ph.D.

Eras in mental health education, paradigms and the characteristics of the millenium

The Author presents an analysis of conceptual changes in the field of community health education, relating them to other paradigm changes of the millennium era. The important role of paradigms is emphasized within the three-component system of paradigms, theories and practice. The medical viewpoint, the postmodernist viewpoint and positive community health nursing are compared from two aspects: attitude toward people and health representation. The author describes the discrepancy between requirements of practical work and lack of resources, and suggests the principle „mutual support – interdependence” as the only way to overcome the present problems.

Dr. Bagdy Emőke

1025 Budapest, Kapy u. 38/F