



PÁZMÁNY PÉTER KATOLIKUS EGYETEM
Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar

ROSTÁNÉ RIEZ ANDREA

**A mentálhigiénés szemléletmód
alkalmazása a szociálpedagógiai
tevékenységben,
avagy lélekgondozás
szociálpedagógusként**

egyetemi jegyzet

ISBN 978-963-308-400-7

Budapest, 2021.

**A MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLETMÓD ALKALMAZÁSA
A SZOCIÁLPEDAGÓGIAI TEVÉKENYSÉGBEN
AVAGY
LÉLEKGONDOZÁS SZOCIÁLPEDAGÓGUSKÉNT**

TARTALOM

TARTALOM.....	1
BEVEZETÉS.....	2
1. A MENTÁLHIGIÉNÉ FOGALMA, TÖRTÉNETE, ÁRAMLATAI, IRÁNYZATAI, A MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLET	3
2. EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS ÉS PREVENCIÓ	15
3. A LELKI EGÉSZSÉG – EGÉSZSÉGVÉDELEM.....	20
4. AZ EGYÉNI ÉS CSOPORTMÓDSZEREKRE ÉPÍTHETŐ LEHETSÉGES MENTÁLHIGIÉNÉS PROGRAMOK	23
5. A CSALÁD MENTÁLHIGIÉNÉS VONATKOZÁSAI – CSALÁDSEGÍTÉS MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLETTEL	31
6. ISKOLAI MENTÁLHIGIÉNÉ.....	35
7. MUNKAHELY ÉS MENTÁLHIGIÉNÉ.....	39
8. KÖZÖSSÉGI MENTÁLHIGIÉNÉ	43
9. A SEGÍTŐK MENTÁLHIGIÉNÉS SZÜKSÉGLETEI	45
10. LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS – SZEMLÉLET ÉS MÓDSZEREK	49
BEFEJEZÉS.....	78
BIBLIOGRÁFIA.....	80

BEVEZETÉS

A mentálhigiénés szemléletmód alkalmazása a szociálpedagógiai tevékenységben című jegyzet mottójául az ismert latin közmondást választottam: „Ép testben ép lélek”, mely gondolat megalapozza a szociálpedagógus hallgatók, illetve a bölcsészképzésben részt vevő érdeklődő hallgatók számára a közvetíteni kívánt ismeretanyagot.

A fent említett közmondás forrásaként a római költő, Iuvenalis szatíráinak egyikét jelölik meg¹, abból született a rövidített idézet: a *Mens sana in corpore sano est*. Vagyis az ép lélek jelentősége elengedhetetlen az egészséges életvitel kialakításához.

A lelki egészség, a mentálhigiéné fogalma az elmúlt évtizedekben került be a magyar közgondolkodásba. Ugyanakkor kevesen tisztázzák a fogalom teljes jelentését, mely szerint az egészség több, mint a betegség hiánya. A lelki egészségvédelem tehát a testi-lelki-szociális jólét, a megfelelő életminőség kialakítását segíti, fejleszti. A lelki egészség ezért tág értelemben jelenti az örömképességét, az elégedettséget, az alkotóképességet, az érdeklődésre való készsége, a társadalmi hasznosságra való törekvést, képességet a feszültségek elviselésére vagy megoldására. A segítő szakemberek mentálhigiénés szemlélettel végzett professzionális tevékenysége pedig a szó nemes értelmében vett lélekgondozás.

A mentálhigiénés szemlélet kialakítása a segítő szakemberek képzésében elengedhetetlen feladat. A segítő munka három nagy munkaformájában (egyénekekkel és családokkal, csoportokkal, illetve közösségekkel végzett segítő tevékenység) a professzionális segítségnyújtás eredményes és hatékony folyamatához a mentálhigiénés ismeretek alkalmazása szükségszerű. Szociálpedagógusként különös figyelemmel kell fordulni a családok, az iskolai és a munkahelyi mentálhigiéné területek felé. A professzionális segítő tevékenység legfőbb célkitűzése - minden célcsoport esetén -, a képessé-tevés (empowerment) mellett egyre inkább felerősödik a lelki ellenálló képesség (reziliencia) vagy éppen az érzelmi rugalmasság megerősítésének, fejlesztésének igénye is. Azonban nemcsak a segítettéssel végzett tevékenységben fontosak ezek a célkitűzések, hanem a segítőnek önmagával szemben is érvényesítenie kell ezt a szemléletet a kiégés (burn out) megelőzése érdekében. A mentálhigiénés többlettudás alkalmazása, hasznosítása segít a segítőnek a szakmai identitástudat erősítésében, saját lelki egészségének karbantartásában, lelki egészségének védelmét.

¹ Szatírák 10, 356: *Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano*. Azért kellene imádkozni, hogy ép testben ép lélek legyen.

1. A MENTÁLHIGIÉNÉ FOGALMA, TÖRTÉNETE, ÁRAMLATAI, IRÁNYZATAI, A MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLET

A mentálhigiéné történetének mérföldköveit rögzítve először is a lélekkel való filozófiai, illetve filozófiai lélektani gondolatokat vegyük át. Az ókori bölcsek is elmélkedtek a „a lélek nyugalma”-ról, keresték „a lélek harmóniája”-nak kialakításához vezető utat, módszereket. Az ideális, nyugalmat hozó társadalom megvalósításának lehetőségét kutatták a kínaiak (Konfucius, Lao-ce), az indiaiak (Buddha) és a zsidók (Mózes) is. (Hárdi, 1997)

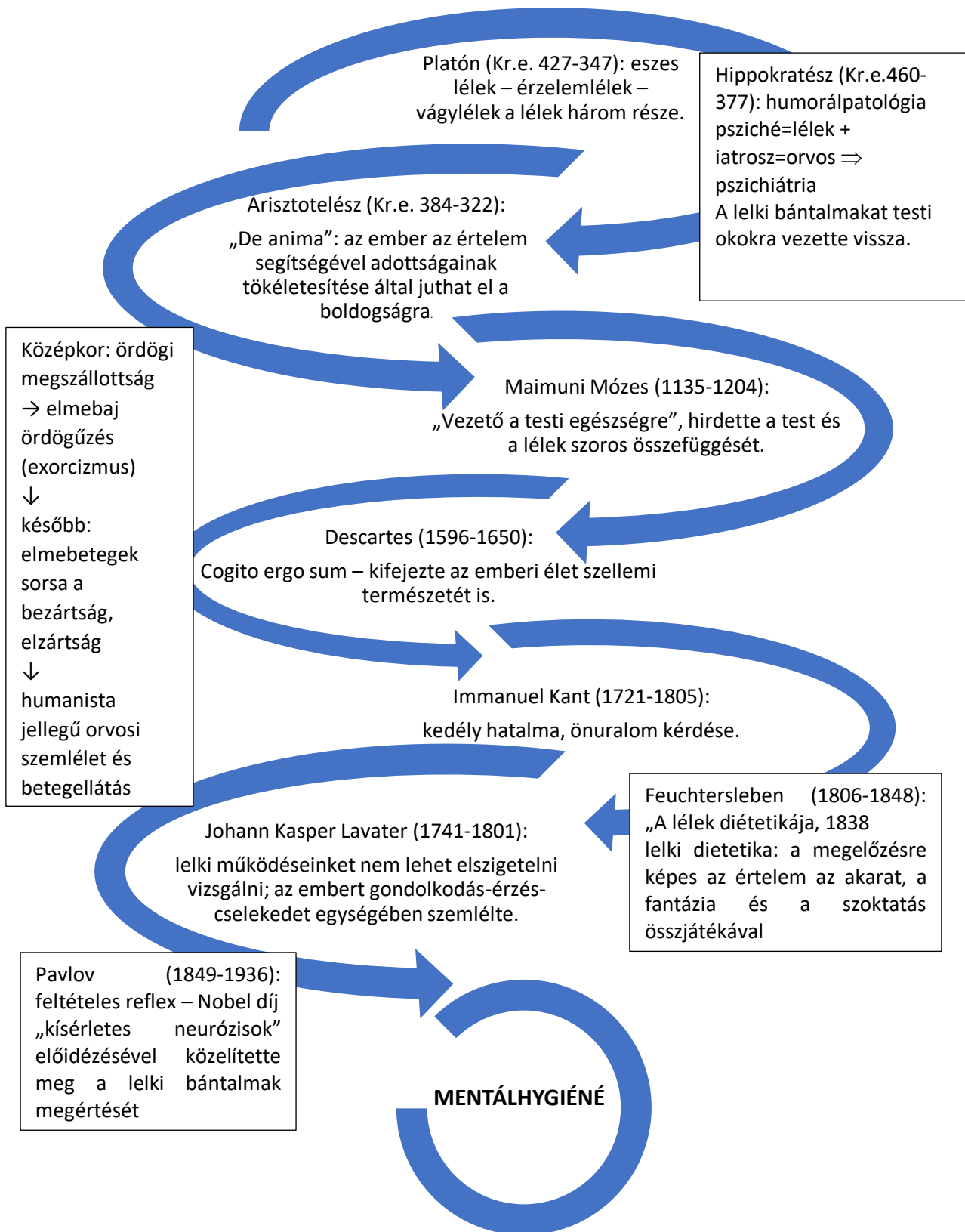
A mentálhigiéné nagyon hosszú és bonyolult fejlődésen ment át története során. A fejlődés legfontosabb paramétereit a Juhász Éva által összeállított táblázat teszi könnyen átláthatóvá.

Klasszikus medicinális értelmezés szerint (pszichiátriai)	Nonmedikális értelmezés szerint (pozitív mentálhigiéné)
egészség ↔ betegség	egészség ↔ betegség
páciens, beteg	kliens, problémahordozó
kauzális megközelítés	holisztikus, rendszerszemléleti megközelítés
betegség, diagnózis (címké, stigma)	probléma, állapot (nincs címkézés)
terápia, kezelés, egyoldalú szakértés	konzultáció, intervenció, kölcsönös szakértés
orvos, terapeuta, szakértő	segítő, konzultáns, facilitátor, probléma-fogadó
hiányosság-központú felfogás a páciens „nem tehet róla” alárendelő kapcsolat, elszenvedő helyzet	a meglévő értékekre épít, a kliens felelős a helyzetért egyenrangú felek kapcsolata
egészségügyön belüli (szervezeti, intézményi) elkülönítő, szeparáló „kustodiális” (megőrző) elv	non medikális „extramurális” (intézmény falain kívül) elv (színterek: járóbeteg ellátás, nappali kórházak, gondozók) A kliens családjának és tágabb szociális környezetének bevonása az ellátásba: „közösségi pszichiátria”

1. táblázat: Paradigmaváltás a mentálhigiéné fejlődése során

(forrás: Barcsi és mtsai, é.n: 5)

A filozófia és az orvostudomány képviselői gondolataikkal hozzájárultak a lelki egészség fogalmának kialakulásához. Az alábbi ábrában ezeket a jeles gondolkodókat és meghatározó műveiket, felvetéseiket gyűjtöttem össze.



1. ábra: A mentálhygiéné kialakulására hatással lévő gondolkodók
(forrás: Hárdi, 1997) (saját szerkesztés)

A mentálhigiéné kifejezés amerikai körökben látott napvilágot, amelyet először 1843-ban W. Sweetster, amerikai szerző használta, majd 1901-ben R. Sommer „pszichés higiéné” szófordulattal élt a témában. Szakszerűben 1908-ban Clifford Wittingham Beers (1876-1949), amerikai újságíró, mint depresszióból gyógyult beteg a lelki egészségvédelem útjait a pszichiátriai ellátás javításában kereste, ezért megalakította az elme-egészségvédelem központját. Szorgalmazta a mentálhigiéné mozgalom elindítását, amelyet Adolf Meyer (1866-1950), amerikai pszichiáter segítségével valósított meg, a cél pedig a szakszerű „mentálhigiéné törődés” volt. (Hárdi, 1997) A lelki betegségek megelőzésére és a figyelem felhívása a megelőzésre céllal jött létre 1909-ben a Mentálhigiéné Bizottság, majd az első Nemzetközi Mentálhigiéné Kongresszust 1930-ban Washingtonban tartották. A Mentálhigiéné Világszövetség pedig 1948-ban jött létre. (Ungi, 2011)

A mentálhigiéné mozgalom Európában is nagyon népszerű volt a két világháború között. A mentálhigiénére a figyelmet a mélylélektani irányzatok, elsősorban a pszichoanalízis és az individuálpaszichológia fejlődése, különösen pedig a megelőzés perspektívája irányította. Sajnos a II. világháború utáni időszakban azonban a megelőzéssel szemben a gyógyítás került a fókuszba. (Ungi, 2011)

Az egészségmegőrzés első nemzetközi konferenciáját 1986-ban szervezték. A konferencia eredményeként született meg az Ottawai Charta, amely megfogalmazza a testi és a lelki egészségvédelmet, illetve az egészségmegőrzés új irányzatát. (Ungi, 2011)

A világnapot a Lelki Egészség Világszövetsége kezdeményezte, az elmúlt években világszerte számos szervezet csatlakozott a megemlékezéshez. A Világszövetség 1948-ban alakult az érzelmi és lelki zavarok megelőzésének, megfelelő kezelésének, a mentális zavarokban szenvedők gondozásának és a mentális egészség jobbításának elősegítése céljából.

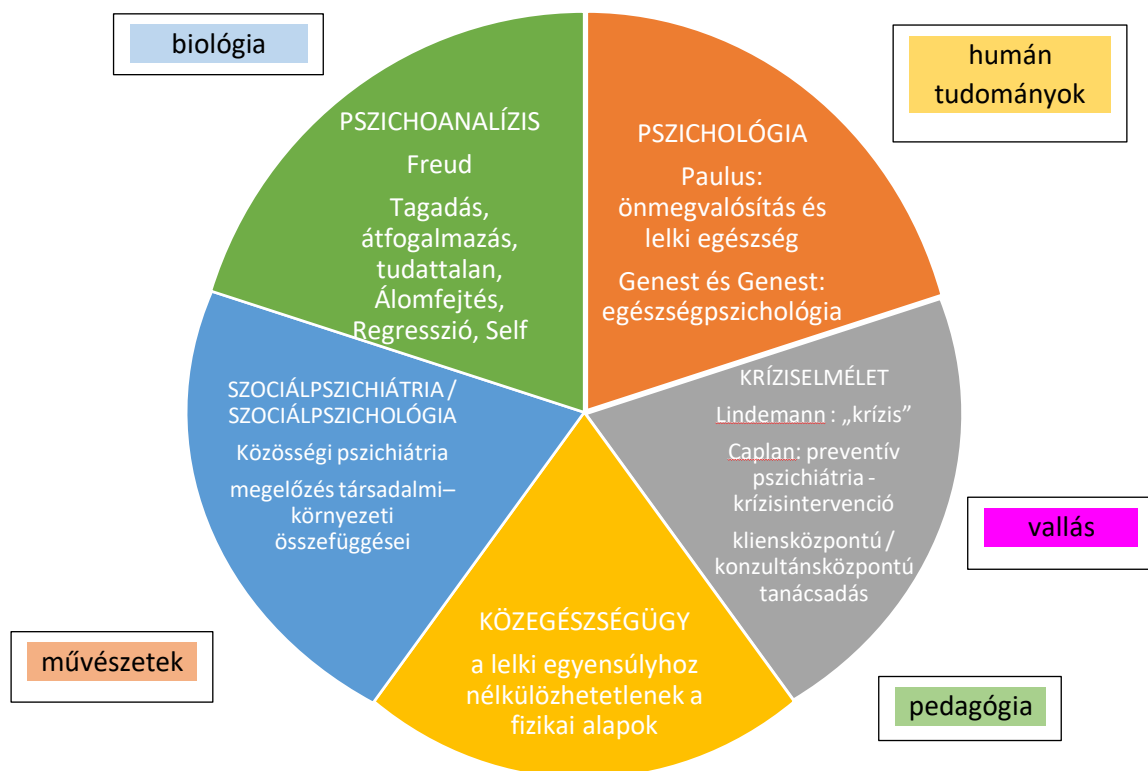
Hazánkban 1994 óta emlékeznek meg arról, hogy a lelki betegségben szenvedő emberek ugyanolyan emberi méltósággal rendelkeznek, mint bárki más: őket is megilleti az egyenlőség minden joga. A világnap célja a figyelemfelkeltés, valamint a pszichiátriai problémákhoz és a pszichiátriai problémákkal élőkhez kapcsolódó előítéletek elleni harc, a lelki egészség középpontba állítása.²

² <https://www.egeszsegtukor.hu/ferfitukor/oktober-10-a-lelki-egeszseg-vilagnapja.html> Letöltés: 2020.0715.

„Magyarországon a mentálhigiénés mozgalom elindítása Oláh Gusztáv, Horányi Béla, és a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület nevéhez fűződik. Az Egyesület tagjai Hermann Imre, Ferenczi Sándor, Bálint Mihály és Bálint Alice sokat tettek a szemlélet elterjedésének érdekében. A történelmi események hatására az 1940-es évektől a rendszerváltásig a mentálhigiénés mozgalom hazánkban háttérbe került, majd az 1980-as években indult újra Buda Béla és Andorka Rudolf kezdeményezésére. A rendszerváltást követően a mentálhigiénia fogalma a lelki egészségvédelemnek, a segítő szakmák fejlődésének, a fejlesztő nevelésnek a lelki-szociális bajok korai kezelésbevételének szinonimája lett.

Három folyamat indult el: 1. Mentálhigiénés képzések (Tomcsányi Teodóra) 2. Támogatást kap a mentálhigiéné (az Országgyűlés 1993-tól több éven át évi 200 millió Ft-os támogatást nyújtott) 3. Országos mentálhigiénés program indult 1995-től (Veér András). Mindezek eredményeként Magyarországon a mentálhigiéné fogalma meggyökeresedett, elterjedt és széles körben használt szakkifejezéssé vált.” (Ungi, 2011:105)

A mentálhigiéné tárgykörét számos tudományterület gazdagította, mint például a pszichoanalízis vagy a közegészségügy, de a fejlődéséhez hozzájárult a pedagógiai és a művészetek is.



2. ábra: A lelki egészségvédelmet képező főbb tudományok
(forrás: Hárdi, 1997) (saját szerkesztés)

Különböző szemléletből, tapasztalatból sokféle megközelítési mód alakult ki, amelyek eltérő szempontokat érvényesítenek. Hárdi a lelki egészségvédelem irányzatainak megnevezésekor a célzott terület hangsúlyát, illetve az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenciót vizsgálta; az általa felállított tipológiát az alábbi táblázatban foglalta össze. (Hárdi, 1997)

Irányzat	Célzott terület hangsúly	Primer prevenció	Szekunder prevenció	Tercier prevenció
prevenció a pszichiátriában, pszichiátriai prevenció (Bleuler, Rudolf és Tölle, WHO közleményei)	nozológia; betegségmegelőzés a kórképek alapján, klinikum-dominancia; gyermekpszichiátriai alapismeretek irányadók; segítségnyújtás a kórházi osztályok, kórházi ambulanciák útján	testi betegségek biológiai megelőzése, gyógyítása; „agyvédelem” neurológiai megelőzés; egészségügyi nevelés, tanácsadás; genetikai tanácsadás	az organikus orvostudomány preventív lehetőségei (pl. védőoltások); organikus kezelések, pszichofarmakon-kurák	utókezelés, -gondozás, szocioterápiás eszközök, a rehabilitáció – kórházi – intézményes eszközei
pszichiátriai gondozás				
szociálpszichiátria (közösségi pszichiátria) (Rees, Soddy, Newton)	társadalmi okok, környezeti, családi célpontok: „de-institucionalizálás”, ambuláns ellátás, védett házak, átmeneti intézmények	társadalmi támogatás, társadalmi befolyás, önszegélyező klubok	szocio-pszichoterápiás eljárások (csoportterápiák) alkalmazása – ambuláns gyógyszeres kúrák; önszegélyező klubok	társadalmi változások, pszichiáterek vezető, sőt társadalmi vezetésvállalása, konkrét szociális segítség; önszegítő klubok
pszichohigiéné (pszichoanalízis) (Meng)	lélekelemzési tapasztalatok alkalmazása;	első évek finomabb figyelembevétele, árnyaltabb, élménytani megközelítés; anya-gyermek viszony, én-self viszonyok stb. korrekciója, pedagógiája; megelőző intervenció („érzelmi beoltás”) támogatás, konzultáció, együttműködés stb.	a humán tudományok széleskörű igénybevétele, szintézis a megelőzésért; pszichoterápiák (rövid, dinamikus, analitikus stb.)	pszichés rehabilitáció; egyéni és csoportterápiák
közösségi lelki egészségvédelem; preventív pszichiátria (Caplan)	veszélyeztetettek, rizikószemélyek, kríziskérdés		krízisintervenció, szociális és más támogatási rendszerek	alkalmazkodás, produktív tevékenység elősegítése
pszichológiai prevenció (Bandstädter, Becker)	pszichológiai okok kutatása, kiemelten a rizikószemélyiség kérdése, epidemiológia, pszichodiagnosztika	pszichodiagnosztika vizsgálatok, szűrés, epidemiológiai-statisztikai számítások	tanácsadás, viselkedésterápiák	pszichés rehabilitáció
egészségpszichológia (Genest, Schwarzer)	pszichoszomatikus és pszichopatológiai megelőzés	életmód, magatartás befolyásolása; „stresszlegyűrés”	tanácsadás, viselkedésterápiák	

2. táblázat: A mentálhigiéné főbb irányzatai

(forrás: Hárdi, 1997: 32)

A mentálhigiéné meghatározása történeti fejlődésének és tudományelméleti háttérének tükrében nagy körültekintést igényel. A mentálhigiéné szó a latin mens (elme, szellem) és a görög higiéné (tisztaság, egészség) szavakból áll. A mentálhigiéné kifejezés magyar megfelelője lelki egészség, tartalmilag pedig lelki egészségvédelmet jelent. (Ungi, 2011)

Pszichológiai megközelítésből pedig a mentálhigiéné: „a lelki egészség megőrzésének és elősegítésének a tudománya. Tartalmazza mindazokat az ismereteket és szükséges intézkedéseket, amelyek arra irányulnak, hogy megelőzzék a lelki rendellenességeket, és javítsák az egyén pszichológiai beilleszkedését a társadalomba, illetve képességeit a harmonikus szociális kapcsolatok kialakítására.”³

A mentálhigiéné a köznyelvben lelki egészséget jelent. Ugyanakkor a tudomány világában és szakmai körökben egyre inkább elfogadottá válik, hogy a mentálhigiénét a lelkiileg egészséges személyiség fejlesztésének, a lelki egészségre vonatkozó elvek társadalmi érvényesülésére mutató egyéni és csoportos igyekvésnek, erőfeszítésnek a kifejezésére használjuk. (Ittész és mtsai, 2006: 98)

A magyar fogalommeghatározások tág és összetett módon definiálják a mentálhigiénét.

Az egyik általánosan elterjedt és használt fogalommeghatározás szerint „a mentálhigiéné nem csupán a pszichés megbetegedések és magatartászavarok megelőzése, hanem a lelki egészségvédelem is, mégpedig pozitív értelemben, mindazoknak a folyamatoknak és intézkedéseknek, tevékenységeknek összessége, amelyek az emberi személyiséget és a közösségi kapcsolatot erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezetségűvé teszik. A mentálhigiéné fogalmával kifejezhető egyegy ország, régió, társadalmi réteg vagy közösség lelki egészségének állapota, de az az intézményrendszer és programrendszer is, amely ennek javítására hivatott. Egész tág értelemben a mentálhigiéné területére sorolható a pszichés betegségek kezelésének hatékonysága (a korai kezelésbevétel, illetve a másodlagos és a harmadlagos prevenció is), de a rehabilitáció hatékonysága is, továbbá a lelki funkciók szempontjából fogyatékosok, károsodottak, teljesítmény, illetve adaptációképtelenek rehabilitációja, ellátása is. Így a mentálhigiéné értelmezése akár a szociálpolitikai és a szociális gondoskodás területére is terjedhet.” (Buda, 2002: 9)

³ Pszichológiai értelmező szótár

A definíciót Buda Béla így folytatja: A mentálhigiéné területe kénytelen magába foglalni az említett vetületeket, nem szűkülhet be, mert a vetületek nagyon szorosan összefüggenek egymással, és bármelyiket is próbálnánk elhagyni vagy máshová sorolni, a mentálhigiéné egyik meghatározása sem lenne megfelelően koncipiálható, még kevésbé megfelelő társadalmi programokká fordítható.” (Buda, 2002: 9)

A mentálhigiéné definíciójának kidolgozásában a szerzők hangsúlyozzák, hogy több vetületet is figyelembe kell venni a mentálhigiéné kapcsán: egyénlélektani, társas lélektani és szociológiai vetületek, a gyakorlatban pedig komplex rendszernek kell lennie. (Buda, 2003)

„Az egészség tehát összetett tényezők eredményeként kialakuló, fenntartható állapot, amelyben a lelki egészség gondozásához nem csupán az azt fenyegető rizikótényezők elkerülése, a bajok korai felismerése és a lelki betegség utáni rehabilitáció tartozik, hanem minden lelki érték és a kapcsolati háló fejlesztése.” (Ittész és mtsai, 2006: 98)

A mentálhigiéné definíciója tehát azt is magába foglalja, „hogy a pszichés működészavarok, lelki betegségek kialakulása bizonyos eljárásokkal megelőzhető, vagy a lehető legrövidebb úton helyreállítható.” A mentálhigiéné, a pszichológiai kislexikon szerint gyűjtőfogalom, amely azon egyéni és közösségi törekvéseket foglalja össze, amelyek a lelki egészség megőrzésére és megszilárdítására vagy helyreállítására irányulnak. Tartalmazza mindazokat az ismereteket, szükséges intézkedéseket, amelyek arra irányulnak, hogy megelőzzék a lelki rendellenességeket és javítsák az egyén pszichológiai beilleszkedését a társadalomba, illetve képességét a harmonikus szociális kapcsolatok kialakítására.” (Ungi, 2011: 105)

A definíciós elemeket összegezve tehát „a mentálhigiéné lelki, kapcsolati kultúraként értelmezhető, ezen túl pedig magában foglalja az oktatás, a szociális gondoskodás, a gyógyítás, a tömegtájékoztatás, a közművelődés, a vallásgyakorlás, a politikai cselekvés, a törvénykezés és joggyakorlat interdiszciplináris együttműködését is.” (Ittész és mtsai, 2006: 98)

A mentálhigiéné definícióját pontosítja még két komponens: megelőzés és egészségmegőrzés, egészségfenntartás.

A megelőzés (prevenció) a mentálhigiéné tartalmának szerves része. Beszélhetünk elsődleges prevencióról: a megelőzés, ha a káros folyamatok elindulását akadályozza meg; a másodlagos prevenció a már elindult kórfolyamatot állítja meg, illetve a harmadlagos prevenció jelenti a kórfolyamat célirányos kezelését, gondozását, a rehabilitáció elhárítja a szövődményeket és a lehetőségekhez képest maximálisan helyreállítja a funkcióképességet, javítja az életminőséget és megelőzi a visszaesést. (WHO)

Az egészségmegőrzés, egészségfenntartás a mentálhigiéné fogalmát erősíti, hiszen az egészségünk az ismert lelki ártalmak elkerülésével biztosítható, megőrizhető. Ez a prevenció személet paradigmaváltást hozott: a betegség elkerülése, megelőzése helyett az egészség „eladása”, terjesztése, az egészség ügyének társadalmi képvisellete lett a célkitűzés. Az egészség promóciója ösztársadalmi ügy. Az egészségpromóció keretébe tartozik a lelki egészségpromóció, ami nagyjából azonos azzal, amit mi mentálhigiéné alatt értünk, csak más országokban inkább ezt a fogalmat használják. (Buda, 2003)

A WHO az Ottawa Charta (1987) elnevezésű állásfoglalásában az egészségpromóció jelentését így határozta meg: „... 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 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 jólétiig.” (Buda, 2003: 20)

Az egészségpromóció értelmezésében jött létre a lelki egészségpromóció, ami nagyjából megegyezik a mentálhigiéné általunk használt értelmezésével. (Buda, 2003)

A lelki egészség értelmezésével több szerző is foglalkozott. Az alábbiakban a lelki egészség kritériumait felsorakoztató három szerző gondolatait összegzem egy táblázatban.

A lelki egészség kritériumai		
pszichoanalitikus felfogás	egészség-lélektani szemlélet	
JAHODA	BECKER	TUDOR
uralom a környezet felett	képességek	megküzdési (coping) képesség,
adekvát valóságérzékelés	öncentrálás, önkontroll	feszültségek és stresszek uralásának képessége
integráltság	jólét, lelki egyensúly	megfelelő énkép és önazonossági érzés
pozitív tisztelet és elfogadás mások iránt	saját értékek tudata	önértékelés
folyamatos fejlődés, növekedés az önmegvalósítás irányában	expanzivitás	önfejlesztés, a fejlődés képessége
autonómia	autonómia	autonómia
	készítettség, készítetési erők	változási képesség
		szociális támogatások igénybevétele, társadalmi mozgalmakban való részvétel.

3. táblázat: A lelki egészség kritériumai
(forrás: Buda, 2003) (saját szerkesztés)

A lelki egészségben, egészségpromócióban nagyobb hangsúlyt kapnak a társas, szociális viszonyok, illetve az ezekkel kapcsolatos egyéni képességek. A lelki egészség 10 pragmatikus ismérvét Doku (1997) az alábbiakban nevezte meg:

1. a szeretet adására és elfogadására való képesség,
2. a biztonság és a státus „adekvát” érzése a társadalomban,
3. a spontaneitás megfelelő mértéke, az érzelmi válaszok megfelelő skálája,
4. hatékony és megfelelő kapcsolat a valósággal,
5. gazdag fantáziavilág, amely segíti a kreativitást,
6. az önismeret és önítélés olyan mértékben, amely hozzájárul az én és a másik ember ártalmak utáni reparációjának megvalósításához, az ehhez szükséges képességek alkalmazásához,
7. a tapasztalatból való tanulás képessége,

8. a csoport igényeinek teljesítésére való képesség, együtt a választás szabadságával és felelősségével, figyelemmel arra, hogy ezt a képességét mikor és mennyiben gyakorolja,
9. az önkifejezés szabadsága, tekintettel a saját viselkedés vagy cselekvés másokra való hatására,
10. a saját és mások testi szükségleteinek kielégítésére való képessége. (Buda, 2003)

Tomcsányi Teodóra foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy „a lelki egészség hogyan ágyazódik be egy társadalmi feltételrendszerbe, kontextusba, miképpen kapcsolódik össze a pszichoszociális, szociokulturális és politikai-gazdasági területekkel és milyen módon mozgatható elő társadalmi szinten, azaz hogyan tud megvalósulni a mentálhigiéné.” (Tomcsányi, 1998: 8) Ugyanakkor leszögezi: „A kapott válaszok nem teszik a lelki egészség fogalmát egyetlen tudományterület kizárólagos privilégiumává, hanem tágabb horizontot nyitva, többek kompetenciakörébe helyezik.” (Tomcsányi, 1998: 8)

A lelki egészség meghatározásának Tomcsányi két vetületét vizsgálta. Az egyik meghatározás az egyén szemszögéből való, amely szerint a „a lelki egészség egy pozitív életérzéssel járó belső folyamatgyensúly és ebből következő viselkedés, mellyel az egyén biztosítja belső stabilitását és a társadalomban elfoglalt megfelelő helyét, szüntelen változások - nehézségek, zavarok, terhelések, sőt olykor szomatikus betegségek és fenyegetettség - közepette is – megtalálja a helyét a társadalomban, és megfelelően tudja kezelni azokat a nehézségeket és változásokat, amelyeknek ki van téve.” (Tomcsányi, 1998: 8-9)

A másik meghatározás pedig a társadalmi feltételek azonosítása mentén történt. Ennek alapján Tomcsányi így fogalmaz: „A lelkileg egészség társadalomban ki kell, hogy fejlődjön egymás emberi méltóságának tisztelete, a segíteni akarás, az összetartozás tudata. [...] A lelkileg egészséges szemléletű társadalom tagjainak életműködéséhez hozzá tartozik, hogy megfelelő irányba mutató viselkedési mintákat adjon anélkül, hogy hivalkodna, leckéztetne. [...] Az egészséges módon működő társadalomnak: intézményeinek, csoportjainak és közösségeinek identitást alakító és fejlesztő hatásuk van.” (Tomcsányi, 1998: 12)

Tehát a mentálhigiéné funkcionális meghatározása így szól: „A mentálhigiéné a lelkileg egészséges személyiség kialakítására, valamint a társadalom egészséges működés módjára irányuló erőfeszítések közös elnevezése. (Tomcsányi, 1998: 22)

A mentálhigiéné legfőbb szintereinek és feladatainak feltérképezése, megnevezése Pintér Gábor (2019) munkája nyomán történik.

Szintér	Feladat
Család	szülésre való felkészítés
	a korai anya–gyerek kapcsolat segítése
	kismamák problémáinak kezelése
	házassági problémák, krízisek, válás
	egyedülállók problémáinak kezelése
	nevelőszülőség, örökbefogadás támogatása
	veszélyeztetett gyerekek, ifjak segítése
	a halálra történő megfelelő felkészítés
Oktatás	nevelési problémák, viselkedészavarok megelőzése
	tanulási zavarok kezelésének segítése
	pályaorientáció
	nevelési tanácsadás
	tanárok segítése, tantestületek segítése
Egészségügy	szerabúzus szempontjából veszélyeztetettek segítése
	AIDS-re veszélyeztetettek támogatása
	a fogyatékossgal élők egyes csoportjainak gondozása
	krónikus betegséggel élők gondozása
	életmód, túlsúly, abortusz, meddőség, mesterséges megtermékenyítés kérdésköreinek tárgyalása
	kórházi adaptáció, kórházi mentálhigiénés gondozás
Szociális szféra	a szociális ellátás teljes spektrumának támogatása
	a speciális csoportokhoz tartozók segítése
	a munka világában a munkanélküliek problematikájának felkarolása
	a munkahelyi egészségvédelem erősítése
	felöltt és fiatalokú bűnelkövetők mentálhigiénés ellátása
	bűnmegelőzés
	fegyveres testületek speciális mentálhigiénés problémáinak kezelése
Igazságügy	mediáció
	válásmenedzsmment
	válsághelyzetek „menedzselése”
Krízisintervenció	sürgősségi ellátás
	kríziskezelés face to face helyzetben
	telefonos lelki elsősegély keretében
Csoport	mesterséges, speciális, általában kisméretű csoportok létrehozása és működtetése
	önismereti csoportok, önségítő csoportok szervezése, segítése, működtetése
Természetes közösségek	munkahelyi mentálhigiéné
	emberi erőforrás fejlesztés
	lakóhelyi közösségek, egyházközösségi csoportok segítése

4. táblázat: A mentálhigiéné szinterei és feladatai

(forrás: Pintér, 2019: 218) (saját szerkesztés)

Pintér Gábor a mentálhigiénés tevékenységek egy lehetséges rendszerének felvázolásával az alábbi tevékenységi csoportokat alakította ki.

Közvetlenül a kliensekkel végzett tevékenységcsoport	A segítőkkel, mentálhigiénés szakemberekkel végzett tevékenységcsoport	A társadalmi méretű mentálhigiénés munkában végzett tevékenységcsoport
Diagnosztikai jellegű tevékenységek	Egyéni konzultációk	Ismeretterjesztés, lelki egészségre nevelés
Segítő kapcsolat, „konzultáció”: egyén, pár, család számára	Mentálhigiénés teamek segítése	Mentálhigiénés ellátó rendszerek, alrendszerek szervezése és működtetése
Speciális területek (pl. fogyatékossgal élő gyermekek szüleinek csoportja)	Szupervízió biztosítása	Egyetemi szintű posztgraduális képzések: szakalapítás, akkreditáció
Krízisintervenció	Mentálhigiénés képzések, továbbképzések szervezése és az azokban történő oktatás	Tudományos kutatások, szűrési programok
Mediáció		Szakmapolitikai munka a mentálhigiéné ügyéért
Mesterséges” csoportok létrehozása és vezetése		
Természetes közösségek, csoportok mentálhigiénés gondozása, segítése		

5. táblázat: A mentálhigiénés tevékenységek csoportosítása

(Pintér, 2019: 219) (saját szerkesztés)

Az egyre gyarapodó és sokszínűvé váló problémákkal, a folyamatosan megjelenő új kihívásokkal és negatív jelenségekkel való sikeres megküzdésnek egyik lehetséges eszköze lehet a mentálhigiénés tudás, a mentálhigiénés szemléletmód alkalmazása.

„A mentálhigiéné szemléletet, elméletet, tevékenységi területet, illetve intézményrendszert egyaránt jelent, amely a humán szakmák együttműködésével társadalmi méretekben kívánja előmozdítani a lelki egészséget. Szemléletként a mentálhigiéné elsősorban a proszociális értékek, valamint az élet minőségének fejlesztésére, az életigenlő magatartás támogatására irányul, ezáltal hozzájárul az erkölcsi értékek megszilárdulásához, az önpusztító, destruktív és aszociális megnyilvánulások és minták gyakoriságának mérséklődéséhez is.

A mentális egészség egy olyan egyensúlyi állapot, melyet számos biológiai, pszichológiai, kulturális, spirituális érték egymásra hatása tart fenn, de hatnak rá a szociális interakciók és a társadalmi struktúrák is. A mentális egészség éppen ezért erőforrásként jelenhet meg. Magában foglal coping, azaz megküzdési elemeket, valamint testi és lelki betegségek, zavarok elkerülésére irányuló erőfeszítéseket olyan esetekben, amikor az egyén lelki ártalmakat keltő élményekkel szembesül.” (Ittész és mtsai, 2006: 99)

Összefoglalásként a mentálhigiéné képzés és szakma jeles képviselőinek gondolatait ajánlom megfontolásra: „A mentálhigiéné a lelki egészségvédelem tudománya és szervezett gyakorlata, mely mind az egyént, mind a közösséget érinti: a lelkileg egészséges személyiség kialakítására, valamint a társadalom egészséges működéséjére irányuló erőfeszítések közös elnevezése”⁴.

2. EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS ÉS PREVENCIÓ

1948-as megalakulásakor a WHO az egészséget a következőképpen definiálta: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya.” Az egészség tehát nem életcél, hanem eszköz a kiteljesedett élet éléséhez, az egyén összetett, pozitív testi, pszichés és szociális egyensúlya. Az egészségről tudjuk, hogy nem egy statikus állapot, de azt kevésbé tartjuk szem előtt, hogy összetett jelenség. Az egészség nem csupán a betegség hiányát jelenti. hanem fizikai, lelki és szociális jólét. A jó lét állapota pedig az, „amelyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud birkózni a normális élet stresszhelyzeteivel, termékenyen képes dolgozni és hozzá tud járulni közösségének életéhez” – írja a WHO a Zöld Könyvében. (Kovács-Szász, web) Ezt a meghatározást jól kiegészíti az Amerikai Egyesült Államokban használt megközelítés, miszerint a mentális egészség „a mentális funkciók jó működésének állapota, amely produktív tevékenységeket, az emberekkel való kapcsolatok kiteljesedését, a változásokhoz való alkalmazkodást és a nehézségekkel való megküzdés képességét eredményezi”.

Vagyis az egészség biológiai – mentális – szociális – emocionális – lelki komponensekből tevődik össze, azaz biopszichoszociális tényezők alkotják. (WHO)

⁴ Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Szakirányú Továbbképzési Szak, 2018–2020, Budapest http://mental.semmelweis.hu/mellekletek/mental-doc/mentalhigiene_SZTSZ_tanterv_tantargyiprogramok_mintatanterv_2018_04_oldalszamokkal_honlapra.pdf Letöltve: 2019. 03. 14.

Az egészség meghatározásának sokszínűségét jól szimbolizálja a színpompás, 12 „egészség-sziromból” álló virág képe.



3. ábra: Az egészség virága

(forrás: <http://www.dkk.tiszaujvaros.hu/index.php/szajani/testi-lelki-egeszseg>⁵)

Az egészség tehát nem állapot, hanem folyamat, ezért fejleszhető. Az egészség megőrzése nem csak az egyén feladata vagy problémája, hanem a megelőzés, az egészségmegőrzés társadalmi ügy, közös feladat. Az egészséggel kapcsolatban tehát közös célkitűzésként fogalmazhatjuk meg az egészség megőrzését, ezáltal az életminőség optimalizálását, folyamatos javítását. Az egészségünkre hatást gyakorolni elsősorban az életstílusunkkal, illetve a környezetünkön keresztül tudunk.

Három, a hétköznapi beszédben is megjelenő definíciót érdemes tisztázni: életmód – életstílus – életvitel. Szorosan összetartozó, de jelentéstartalmában és megvalósulásában mégis más hordozó fogalmak. Az életmód az emberek olyan tevékenységi-magatartási rendszere, amelyet - több-kevesebb tudatossággal - életük fenntartására, különböző szintű, különböző helyzetek szerint és történetileg is változó szükségleteik kielégítésére szerveznek. *Az emberi magatartás olyan vonásait fejezi ki, amelyek a mindennapi életünkben rendszeresen megnyilvánulnak.* Az életstílus: az életmód része, viszonylagos szabadsággal megválasztott tevékenységek egyéni rendszere. Az életvitel pedig az a sajátos mód, ahogyan valaki az életét éli. (Kovács-Szász, web)

⁵ Érdemes a testi és lelki egészségről szóló könyvajánlót áttekinteni. Letöltés ideje: 2019. 01.08.

Tehát az életstílusunkkal befolyásolni tudjuk egészségi állapotunkat. Viszont az életstílusunkra is hatással van három tényező:

1. a személy vagy a közösség tudása, attitűdje, értékei
2. az erőforrások hozzáférhetősége, szolgáltatások elérhetősége
3. a megerősítő tényezők: a szülők, család bizonyos funkcióit átvevő kiscsoportok attitűdje és viselkedése az egyénnel szemben.

A mentális egészséget befolyásoló tényezők azonosítása során a környezeti tényezők mellett még további négy egyéb faktort is megnevezett MacDonald és O'Hara, akik úgy találták, hogy érdemes megvizsgálni, ezek a befolyásoló tényezők az egyensúly kialakítását szolgálják vagy veszélyeztetik. (Kovács-Szász, web)

A mentális egészséget építő tényezők	A mentális egészséget romboló tényezők
<p><i>Minőségi környezet</i> Jó lakókörnyezet és közlekedés. Esztétikus és kezelhető környezet és kilátás. A természet közelsége. Biztonságos környezet.</p>	<p><i>Deprivált környezet</i> Kedvezőtlen, nem kielégítő lakhatási lehetőségek. Kevés vagy egyáltalán nincs biztonságos játszótér. A környezet erőszakos és nem biztonságos. A tömegközlekedés szegényes. Szegénység és eladósodás.</p>
<p><i>Önértékelés</i> Saját értékességünkkel és fontosságunkkal kapcsolatos hiedelem, ami a személyes kompetencia és a siker átéléséhez vezet.</p>	<p><i>Érzelmi abúzus</i> Az önértékelés aláásása közvetlen fizikai vagy szexuális abúzus miatt, vagy közvetve, folyamatos kritika, az egyéniség és a személy fontosságának tagadása révén. Ez rendszerint a szülők, kortársak, tanárok, partnerek és a főnökök hatalmukkal való visszaélése következtében áll elő.</p>
<p><i>Érzelmi feldolgozás</i> Saját érzelmeink ismerete és feldolgozása. Megfelelő érzelmi szótár használata. Érzelmi intelligencia.</p>	<p><i>Érzelmi közöny</i> Az érzelmi élet személyes vagy intézményes negligálása.</p>
<p><i>Önmenedzselési és megküzdési készsége</i> Asszertivitási készségek. Stresszkezelési készségek. Problémamegoldási készségek. Társas problémamegoldási készségek.</p>	<p><i>Stressz</i> A stressz az életünk alapvető része, ugyanakkor szélsőséges mértékben a mentális egészséget veszélyezteti.</p>
<p><i>Társas részvétel</i> Kölcsönösen kielégítő társas kapcsolatok megléte, a társas integráció gazdagítja a mindennapi életet.</p>	<p><i>Társas kirekesztés</i> Az elmagányosodás és a társas kirekesztés a mentális egészséget komolyan veszélyezteti.</p>

6. táblázat: A mentális egészséget befolyásoló tényezők

MacDonald és O'Hara (1998) modellje alapján

(forrás: Buda, 2003: 22; Kovács-Szász, web)

A mentálhigiénés szemlélet megerősítése által érdemes megkülönböztetett figyelemmel fordulni a pozitív mentális egészség felé. „A pozitív mentális egészség fogalma olyan személyiségműködési folyamatra, illetve olyan készségek, képességek meglétére utal, amelyek a személy egyéni képességeinek és társas kapcsolatainak kibontakozásával kiteljesedését biztosítják. Éppen ezért a mentális betegségek kezelése önmagában nem feltétlenül eredményezi a személyes és társas jóllét és az alkotóképesség kiteljesedését, bár a mentális betegségek felismerése és kezelése a mentális egészség fejlesztésének fontos feltétele.

A mentális egészség számos készséget és képességet foglal magában, ezek közül a legfontosabbak:

- a pszichés, az érzelmi, intellektuális és spirituális fejlődés képessége és jóllét fenntartása,
- kölcsönösen kielégítő társas és közösségi kapcsolatok kialakítása és fenntartása,
- az étellel együtt járó stresszel való megküzdés képessége és a kihívásoknak a személyes fejlődés szempontjából való hasznosítására való tendencia.” (Kovács-Szász, web)

„A mentálhigiéné interdiszciplináris szemléleti és tevékenységrendszer, amelynek elsődleges célja a lelki egészség fejlesztése, ezen belül a megelőzés, a primer prevenció, de azon túlmenően az aktív egészségfejlesztés is.” (Pintér, 2019: 218)

Prevenció jelentőségét számos témával kapcsolatban hangsúlyozzuk. Így van ez a mentálhigiéné tématerületének vizsgálata során is.

Caplan (1964) háromféle prevenció célját határozta meg. Az elsődleges prevenció kapcsán a lelki egészségvédelem fogalmát tisztázta: a lelki betegségek okainak elhárítása, lelki bántalmak előfordulásának csökkentése. A lelki egészségvédelem igazi célja a primer prevenció: a betegség keletkezésének megelőzése: nevelés, genetikai tanácsadás, antibiotikumok adásával stb. sok mentális szövődmény elkerülhető. Közegészségügy (orvostudomány fejlődésével) fontos mentálhigiénés szerepe, mert a testi higiéné a lelki higiénének is alapköve. Egészséges fizikum fontossága. Tisztaság, járványok leküzdése, ivóvíz, csatornázás, környezetszennyezés, zajszint, munkahelyek állapota, oltások stb.- mind részei a lelki egészségvédelemnek. A megelőzés általános szempontjaiként határozta meg a személyiség működésének és képességének védelmét, a fejlődés maximális elősegítését és a lelki megterhelésekkel (stresszel) szemben az egyén lelki erejének, megküzdési képességének (coping) fenntartását, támogatását, mindezeket a sérülékenység figyelembevételével.

A primer prevenció területeinek meghatározásakor azt hangsúlyozta, hogy előtérbe kell helyezni azt, hogy a lakosság egészségi állapotának minőségi változásához mit kell fejleszteni: optimális oktatási és nevelési programokat, személyiség kibontakozását segítő speciális programokat, az emberi kapcsolati kultúra fejlesztését vagy a munkaszervezetek és közösségi kapcsolatok fejlesztését, vagy éppen a hátrányos helyzetűek segítése és az irántuk való tolerancia erősítését. Mindez által a primer prevenció területei: testi, szomatikus; pszichoszociális és szociokulturális prevenció területek. (Buda, 2002)

A másodlagos prevenció fókuszában a korai beavatkozás, korai kezelés a későbbi következmények megelőzésére, azaz a lefolyás időbeli csökkentése áll. A prevenció feladata a korai stádiumban lévő esetek, problémás állapotok gyors és hatékony rendezése, megoldása, annak érdekében, hogy a probléma ne rögzüljön, fixálódjon, hiszen a halogatás, kibúvók keresése, várakozás sokszor állapotromláshoz vezet. Hangsúlyos a szűrések jelentőségének kifejezése, a lelki egészségvédelmi ismeretek, pszichológiai kultúra terjesztése. (Buda, 2002)

A harmadlagos prevencióban történik a betegségek visszaesésének megakadályozása, a társadalomba való visszailleszkedés és rehabilitáció elősegítése, azaz a betegségek által okozott károk csökkentése. Caplan véleménye szerint az elszennvedett betegség, sérülés további károsító hatásainak, következményeinek csökkentése, ami széles körű rehabilitáción alapul. A rehabilitáció lépései pedig a következők:

1. Felmérni a betegség által okozott károkat (amit korábban tenni tudott, ahogyan élt és ahogyan most él). Felmérni, hogy mire lenne képes.
Cél: megtegye, amire képes lehet a betegség ellenére is.
2. A környezet segítségének megnyerése, a segítség módjának kidolgozása (sokszor „rosszul” segítenek). Lehetőleg családban tartani, és nem kórházba utalni. Elszigetelődés, elmagányosodás ellen tenni.
3. Stimulálni kell a beteg aktivitását, produktivitását, ösztönző apró elemekkel.
4. Segíteni minden eszközzel a közösségbe való visszatalálást. (Buda, 2002)

WHO megfogalmazásában összefoglalóan a megelőzés fontossága így jelenik meg:

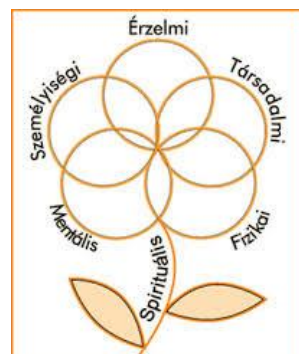
1. Elsődleges (primér): a kóros folyamat elindulását akadályozzuk meg.
2. Másodlagos (szekundér): a már kialakult kórképet felismerve az elindult kórfolyamatot állítjuk meg.
3. Harmadlagos (tercier): a kórfolyamat adekvát kezelését, gondozását jelenti, rehabilitációja elhárítja a szövődményeket.

A mentálhigiénés tevékenység, a prevenció munkája nem önálló feladat, hanem több szakember közös feladata. Bagdy Emőke 2009-ben írott tanulmányából: „A mentálhigiéné ott tevékenykedik, ahol megjelenik a probléma, felismer és korrekciót ad. Nem pszichoterápia, de előkészítheti, kiegészítheti azt. A mentálhigiénés szakember új lélektani szaktudását ötvözi saját szakmája kompetenciarendszerével. A kliensek elakadásai, krízisei, zavarai így korai felismeréssel összességében adekvát ellátást kapnak. Az interdiszciplináris team munka és a módszertani sokszínűség alapvető jellegzetesség.” (Pintér, 2019: 217)

3. A LELKI EGÉSZSÉG – EGÉSZSÉGVÉDELEM

Magyarország Alaptörvényének XX. cikke kimondja: „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.” Ezen alapelv érvényesülését „Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”

Az alábbi szimbólum jelképezi a mentálhigiéné komplexitását.



4. ábra: A lelki egészség virág
(forrás: Kovács-Szász, web)

Az egészség fogalmán belül tehát a mentálhigiéné a lelki egészséget jelenti. A lelki egészség körültekintő értelmezése: „pozitív életérzéssel járó belső folyamatgyensúly és ebből következő viselkedés, mely jelentősen hozzájárul az egyén belső stabilitásának biztosításához. (Kovács-Szász, web)

A lelki egészség segítséget nyújt ahhoz, hogy az egyén – nehézségek, zavarok, terhelések, sőt olykor szomatikus betegségek és fenyegetettség közepette is – megtalálja helyét a társadalomban, és megfelelően tudja kezelni azokat a nehézségeket és változásokat, melyeknek ki van téve.”⁶

Egészséglélektani megközelítés a testi, lelki és szociális dimenzió kölcsönhatásával foglalkozik, középpontba állítva a lelki egészséget, illetve annak testi és társadalmi egészséggel való összefüggését. (Straub, 2001) Ebben a kontextusban érdemes áttekinteni azokat a paramétereket, amelyek befolyással vannak lelki egészségvédelmünkre. Ehhez nyújt segítséget, ha tisztázzuk, hogyan is biztosíthatjuk a lelki egészségünk alapjait.

A lelki egészség feltételeit a Kovács Gábor – Szász Dóra szerzőpáros öt pontba sorolta:

1. Jó minőségű környezet: jó minőség – relatív fogalom, élhető, az alapvető komfortigényeket kielégítő, esztétikus, elegendő, lakóteret biztosító környezet. Az egyénnek elegendő élettere van a személynek (például egy gyereknek ahhoz, hogy gyerek lehessen: ha nincs önálló szobája, legyen egy önálló sarka, ágya); komfortos környezet, ahol adottak az alapvető szolgáltatások, esztétikus környezet.
2. Önbecsülés: tisztában van, ismeri saját tudását, képességeit. Kellő önbizalommal rendelkezik. A saját erősségeit, gyengeségeit reálisan ismeri. Kóros, ha túlzott, vagy ha alacsony az önértékelése.
3. Érzelmi érettség: az egyén tisztában van, ismeri önnön érzelmeit, és tudja kezelni és kontrollálni ezeket, képes felnőttként viselkedni, adekvát érzelmi válaszokra képes.
4. Önmagunkkal való bánni tudás képessége: nemcsak az érzelmeivel, hanem a gondolataival is tud bánni, irányítani tudja a cselekedeteit. Az érzelmekre jellemző, hogy elragadja az embert, uralkodik a gondolkodáson és a logikán. Nem mind-egy, hogy milyen gondolkodást engedünk meg magunknak
5. Társadalmi támogatottság: Nem mindegy, hol élünk: demokrácia vagy diktatúra. (Maslow-piramis csúcsa az önmegvalósítás. A társadalom függvénye, hogy mennyi lehetőségem van az önmegvalósításra). (Kovács-Szász, web)

⁶ Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Szakirányú Továbbképzési Szak, 2018–2020, Budapest http://mental.semmelweis.hu/mellekletek/mental-doc/mentalhigiene_SZTSZ_tanterv_tantargyiprogramok_mintanterv_2018_04_oldalszamokkal_honlapra.pdf Letöltve: 2019. 03. 14.

Ahogy korábban MacDonald és O'Hara munkája nyomán, itt is célszerű azonosítani az egyensúlyt elősegítő és veszélyeztető faktorokat, amelyeket Kopp Mária a mai magyar társadalom lelki egészségi állapotának⁷ vizsgálatai során az alábbiak szerint Védő és veszélyeztető pszichológiai és életmód tényezők szerint csoportosított.

Protéktív pszichológiai és életmód tényezők	Veszélyeztető pszichológiai és életmód tényezők
Boldogság	Anómia, értékvesztés, hosszú távú tervezés képtelensége
Önbizalom, hatékonyság, kompetencia	Ellenségesség, bizalom hiánya, versengés
Élet értelme, koherencia érzés	Diszfunkcionális attitűdök pl. túlzott teljesítményigény, perfekcionizmus
Adaptív megbirkózás: problémamegoldás, kreativitás, segítség kérése	Nem adaptív megbirkózás: dohányzás, kóros alkoholfogyasztás, drog, elhízás
Egészségvédőmagatartás, pl. sport	Krónikus stressz: Iskolai, munkahelyi stressz, házassági stressz
Vallásgyakorlás (Vallás fontossága –közös értékek, közösség, hosszú távú célok)	Biztonság, kontroll, társas támogatás hiánya, túlterheltség
Társadalmi tőke	Életesemények: veszteség, anyagi gondok
Közösségi hatékonyság, szomszédsági háló	
Kooperativitás	
Tolerancia	
Társas támogatás	
Megbízhatóság	

7. táblázat: Védő és veszélyeztető pszichológiai és életmód tényezők

(forrás: Kopp, 2011)

(saját szerkesztés)

⁷ Az előadás 2011. április 30-án, Balatonszárszón hangzott el.

4. AZ EGYÉNI ÉS CSOPORTMÓDSZEREKRE ÉPÍTHETŐ LEHETSÉGES MENTÁLHIGIÉNÉS PROGRAMOK

A mentálhigiénés fejlesztés számos módszer és technika alkalmazásával megvalósulhat. Lényeges, hogy az egyén számára a legmegfelelőbb eljárást válassza ki. Ennek első lépése az önismeret fejlesztése, majd a saját, egyéni mentálhigiénés módszerünk kimunkálása. Célravezető kezdésként a saját érzelmeink, gondolataink, motivációink, reakcióink, azaz a saját lelki működésünk megfigyelésével kezdenünk, vagyis a pszichológia legrégebbi módszerét – a saját lelki életünk megfigyelését, a befelé való fordulást – alkalmazhatjuk. Megfigyeléseinkről verbális beszámolót adhatunk, de írhatunk naplót vagy akár blogot is. Ezt introspekciónak hívja a pszichológia, amely módszernek a hátránya a szubjektivitás, ezért tanácsos olyan más objektív módszerekkel kiegészíteni, mint az önismeret és a mentális egészséget fejlesztő irodalom vagy egyéb kiadványok tanulmányozása, előadások meghallgatása, kérdőívek és tesztek felhasználása. (Mester, web)

Az egyén saját erőforrásainak kibontakoztatásában nyújt támaszt az a segítő szakember, aki a rogers-i személyközpontú megközelítéssel, segítő beszélgetés keretében az önismeret fokozását mozdítja elő. Tehát az egyén és a segítő kétszemélyes, párban végzett munkafolyamatában az egyén önmagával és a világgal kapcsolatos érzéseit, gondolatait, dilemmáit és problémáit minél pontosabban megértse. A szakember a saját személyiségével, magatartásával segít a kliensének az önkifejezésben, a gyógyulásban vagy a változásban a megakadások esetén, vagy akár a probléma megoldása során alternatív megoldási lehetőségek kidolgozásában és megvalósításában működik közre. (Tringer, 1992)

A segítők saját mentálhigiénéjük megőrzését sem téveszthetik szem elől. A segítők segítése a szupervízó által történik. A szupervízió a latin „super és”, „visio” szavakból áll. A „visio” szó jelentése látomás, jelenés; a „super” képzőszó az utána következő fogalmak felső fokát fejezi ki. A fogalom etimológiai definíciója: felülvizsgálat, amely három szegmenst foglal magába és azok vizsgálatát végzi el: az introspekciónak megvalósítása, a saját szakmai cselekvés önreflektív elemzése, majd ezen észlelések megvitatása. (Bagdy – Wiesner, 2005) A szupervízió „a hivatását művelő személy saját személyiségerőit és működőképességének megőrzését szolgálja.” (Bagdy, 2009:62) A szupervízió megvalósulhat egyéni és csoportos formában is.

Ha az egyén úgy érzi, hogy számára a sorstársak tapasztalati, tanácsai hasznosak és jobban tud egy csoportban megnyílni, akkor a mentálhigiéné fejlesztését csoportos formában is megélheti.

A csoportok általános célkitűzése lehet:

- személyiségfejlesztés,
- önfogadás és mások elfogadása,
- társas kapcsolatok fejlesztése, természetes támaszok működésének támogatása,
- társas integráció kialakításának támogatása.

Számos önsegítő csoport működik, amelyek különböző témák köré szerveződnek és amelyeknek fókuszában a személyiség fejlődése, a szociális kompetenciák fejlesztése áll. A csoportok működési elvei között szerepel többek között a személyes részvétel, a felelősségérzet, a kölcsönösség, az érzelmi támogatás, mellérendeltség, csoportos döntéshozatal és a tagok autonómiájának tisztelete. (Csepeli, 2001)

„Az önsegítő csoportokban közös problémákkal (például egy betegséggel) küszködő emberek gyűlnek össze. Hosszabb időszak alatt, rendszeres üléseken, nagyrészt szakszerű segítség és mindenféle anyagi érdek nélkül megpróbálják megváltoztatni azt a módot, ahogyan problémájukhoz és környezetükhöz viszonyulnak. Vezérelvük az együttműködés és a kölcsönös segítségnyújtás. A gyakran rendkívüli, személyes élmények megosztása, a közvetlen empátia, a szolidaritás és a támogatás jótékony hatásúak. A tagok segítik egymást és egymás modelljévé válnak a közös probléma sikeres kezelésében” (Katz 1989:19). Az önsegítő csoportokban fontos az aktív, személyes részvétel, a közös élményfeldolgozás, az egymás iránti kölcsönös bizalom, amely a kölcsönös segítség alapja lehet. Ezeknek a csoportoknak nincs vezetőjük, s létszámuk korlátozott (5-10 fő). A face to face jellegű kapcsolattartás jellemző rájuk. Az önsegítő csoportokban nincsenek szabályok arra vonatkozóan, hogy ki hogyan viselkedjék. A folyamatokat az egyének személyes problémái irányítják, valamint azok a törekvések, hogy ezekkel a problémákkal a csoporton belül foglalkozzanak.” (Antal, 2016: 111)

A közösségi mentálhigiéné programok az adott közösség bio-pszicho-szociális jóllétének fenntartására, fejlesztésére irányulnak, elősegítik ezzel a közösség életében előforduló problémák hatékony kezeléséhez, csökkentéséhez, a helyi társadalom erősítéséhez. A közösségi mentálhigiéné programok hozzájárulnak a közösségi hálók erősítéséhez, a társadalmi integrációhoz.

A közösségi programok általános célkitűzése lehet:

- Érdeklődés fejlesztése a társadalmi és közösségi élet iránt,
- Speciális, célzott programok kidolgozása,
- Mentálhigiénés eszközök, programok az oktatásban, szociális és gyermekvédelmi ellátásban,
- Tömegkommunikáció felhasználása a mentálhigiénés szemlélet formálásában,
- Kampanyok szervezése konkrét prevenciók vagy információk céljára.

A különböző formákban és szintereken megvalósuló mentálhigiénés fejlesztő programokat célszerű lenne összehangolni.

A mentális egészségfejlesztési stratégia jellegénél fogva interdiszciplináris és interszektoriális tevékenység. A Zöld könyv és számos, a témában releváns szakirodalom szerint a mentális egészségfejlesztés több összetevőre bontható:

- A pozitív mentális egészség fejlesztése.
- A mentális problémák és betegségek megelőzése.
- A mentális egészséggel kapcsolatos országos és regionális szintű információs, tudásbázis és kutatóintézetek, kutatócsoportok létrehozása.
- A mentális betegséggel vagy fogyatékkal élők életminőségének javítása a társadalmi integráció, valamint a jogaik és méltóságuk védelme révén.” (Makara, 2007: 9)

Az egészségfejlesztési stratégiák kialakításával foglalkozó szakemberek véleménye szerint az összehangolt programokat három szempontrendszer alapján kell megfogalmazni:

- Az egészségfejlesztés alanyai: univerzális, szelektív és indikált megközelítések alkalmazása.

„Az univerzális megelőzés a népességet, illetve szélesebb célcsoportokat (pl. iskoláskorúak, várandós anyák) célozza meg. [...]

A szelektív megelőzés azokat a csoportokat célozza meg, amelyekben feltételezhetjük, hogy az általános népességhez képest magasabb a mentális problémák megjelenésének rizikója, valamilyen biológiai, pszichológiai, társadalmi vagy környezeti tényezőnek köszönhetően. A szelektív megelőzés egész csoportokat céloz meg, függetlenül attól, hogy az egyes személyeknek mekkora az egyéni rizikója.

Az indikált megelőzés azokat a személyeket (gyerekeket, felnőtteket) célozza meg, akiknél a mentális betegségek diagnózisa ugyan még nem állítható fel, de vannak arra utaló jelek, hogy az adott személynél fokozott a veszélye a mentális betegségek kialakulásának.”

- Az egészségfejlesztés színterei: történik család, iskola, munkahely, egészségügy, közösségek.
- Az egészségfejlesztés problémaköre: pozitív mentális egészség fejlesztése, a mentális problémák primer prevenciója (alkoholprevenció, a depresszió és szorongás prevenciója, öngyilkosság-prevenció). (Makara, 2007:10)

Megvalósuló mentálhigiénés csoportmunka a Pest Megyei Viktor Egyesített Szociális Intézmény (Sződliget) Mentálhigiénés csoport szakmai programja alapján:

„Támogatás: „olyan erőforrások és stratégiák összessége, amelynek célja, hogy a személy fejlődését, képzsét érdeklődésének és személyes jólétének kiteljesedését segítsék elő és megerősítsék a személy egyéni működését.” (Thompson et.al, 2009)

A bentlakásos intézmény feladatkörében gondoskodik az ellátást igénybe vevő mentálhigiénés ellátásáról. Ennek keretében biztosítja a személyre szabott bánásmódot, a konfliktushelyzetek kialakulásának megelőzése érdekében az egyéni, csoportos megbeszélést, a szabadidő kulturált eltöltésének feltételeit,) a szükség szerinti pszichoterápiás foglalkozást, az ellátottak családi és társadalmi kapcsolatai fenntartásának feltételeit, a gondozási, illetve rehabilitációs tervek megvalósítását, a hitélet gyakorlásának feltételeit, és segíti, támogatja az intézményen belüli kis közösségek, társas kapcsolatok kialakulását és működését.

A bentlakásos intézménynek mindent meg kell tennie az ellátást igénybe vevő testi-lelki aktivitása fenntartásának, megőrzésének érdekében. 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 54.§

A mentálhigiénés csoport munkájának célja: Az intézményben lakó 110 gondozott mentális állapotának, lelki egészségének minden lehetséges eszközzel történő megőrzése, illetve javítása, a törvény által kitűzött feladat maradéktalan végrehajtása.

Munkánk alapja az ember iránti tisztelet és a feladat megoldásához szükséges szakmai tudás.” (Galazek, 2021: 2)

A szakemberek a tanácsadás, az esetkezelés, a pedagógiai és gyógypedagógiai segítségnyújtás, illetve a készségfejlesztés eszközeit használva végzik munkájukat, amelynek „az 1998. évi XXVI. Törvény által meghatározott segítő gondozási modell a foglalkoztatás alapja, mely szerint: a fogyatékos embert önmagához képest minden életkorban, minden súlyossági fokban fejleszhetőnek tekintjük. Gondozottjaink ellátását, segítését az integráció, normalizáció, és az autonómia elveinek alkalmazásával oldjuk meg.

A szakmai programunk központi eleme az empowerment, a lakók segítése, fejlesztése, az őket is megillető önállóság, önrendelkezés legteljesebb megvalósítása, emberi méltóságuk és személyiségi jogaik maximális tiszteletben tartása. Közvetlenül a lakók egyéni szükségleteiből kiindulva, ellátott-központú munka gyakorlása a komplex rendszerszemlélet alkalmazásával.” (Galazek, 2021: 2) A mentálhigiénés csoport munkájának alapja az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet, origója pedig az egyéni fejlesztési tervek kidolgozása. A gondozottak több foglalkozáson is részt vehetnek, így „szívesen színeznak, rajzolnak, valamint játszanak különböző ügyességi és társasjátékkal, ezért ezeket a tevékenységeket egy héten több alkalommal is beépítjük a foglalkoztatásba délelőtti és délutáni programokba egyaránt. A zene segít önmagunk megismerésében és az önkifejezésben. A közös zenélés vagy zenehallgatás még inkább felszínre hoz olyan élményeket, melyeket szavakkal nehéz, vagy egyáltalán nem lehet megfogalmazni. A zenehallgatás, valamint a filmnézés kedvelt időtöltés lakóink körében. [...] Az elindított filmklub folytatódik. A technikai berendezés fejlesztésének köszönhetően „házi mozi” néven fut a program. [...] A kreatív kézműves foglalkozás alapja a foglalkoztatásnak, szabad alkotási lehetőség, tárgyak és kötöttség nélküli alkotások készítése. Kézműves technikák bemutatása, tanítása, ajándék készítési lehetőség, évszakhoz, ünnepkörökhöz illeszkedő dekorációk megvalósítása. (Galazek, 2021: 7-17) Természetesen nagy figyelmet szentelnek a testmozgásra (például futball, Nyúlcipő futóklub), a relaxációra (Snoezelen terápia), a szabadidő hasznos eltöltésére (kertészkedés) és a jelen napok méltó megünneplésére is. (Galazek, 2021)

Megvalósuló mentálhigiénés csoportmunka a Fővárosi Önkormányzat Pesti Úti Idősek Otthonában (Budapest):

„A mentálhigiénés csoport az intézményben élő valamennyi lakó mentális gondozását végzi, továbbá gondoskodik arról, hogy a szabadidő eltöltésében lakóink megfelelő színvonalú és tartalmas programokból választhassanak. Segítséget nyújt továbbá minden hivatalos ügy intézésében, valamint a hozzátartozókkal való kapcsolattartásban is.

A lakók mentális gondozása szükség, igény illetve szakmai szempontok mentén szerveződik. A mentálhigiénés munkatársak a lakóval való találkozás első pillanatától arra törekednek, hogy kialakítsák a segítő kapcsolatot. Ez a kapcsolat különbözik a hétköznapiakban megszokott interakciók mindegyikétől, mert a segítő elsődleges célja nem a direktív beavatkozás a lakó életébe és döntéseibe, hanem a lakó belső erőforrásainak felszabadítása. A mentálhigiénés tevékenységnek jelentős részét teszi ki a foglalkoztatás. A foglalkoztatással a segítőnek több célja van.

Egyrészt egyfajta mentális gyakorlásként értelmezve segít megőrizni a meglévő kognitív képességeket, másrészt emocionális emelkedést eredményez, főleg ha közösségi interakció keretén belül történik, végül pedig segít tartalommal megtölteni a napot, vagy épp struktúrát ad a napnak a lakó számára. A programok szervezésével a mentálhigiénés csoport igyekszik a lakók számára tartalmas szórakozást, közösségi és kulturális élményt nyújtani a mindennapokban. A programtervek megalkotásánál elsődleges szempontot jelent a naptári ünnepnapok figyelembe vétele, ugyanakkor azoknak a programoknak a szervezésénél, amelyek nem kötődnek időponthoz a lakók érdeklődését vesszük figyelembe. Az ügyintézés segítése magába foglalja a hivatali érintkezés segítését, a levelek írását, nyomtatványok kitöltését, a postai küldemények elküldésének segítését, a telefonos kapcsolattartást, valamint szükség szerint kísérés biztosítását egy-egy hivatal felkeresése kapcsán.

Minden esetben az első számú cél az, hogy a gondjainkra bízott lakó magas életminőséget élhessen át az intézmény keretei között.” (Bálint, web)

Pál Feri atya írja: “Az életünkben egy ideig (...) azt gondoljuk, hogy a problémáinkra megoldást kellene találnunk. A spiritualitás növekedésével fölfedezzük, hogy a probléma a megoldás része. A veszteség a növekedés része. Az ellentétek az egység részei. A tökéletlenségeink a tökéletes felé irányítanak. A sebeink mások gyógyításának, gyógyulásának eszközévé válnak.” Talán ebből a gondolatból fogalmazódott meg később a „Pálferis Szülők napja” program.

„A Pálferis Szülők Napjának célja az volt, hogy olyan közösségi programmá váljon, ahol a Pál Feri atyához valamilyen módon kötődő szülők (például járnak, jártak előadásaira, szentmiséire, olvasták könyveit, részt vesznek/vettek a körülötte kialakult közösségi programokon stb.) találkozhatnak egymással, tapasztalataikat kicserélhetik, közös élményben, töltekezésben, személyes megosztásokban lehet részük, szülői és egyéb szerepeikben, önismeretükben fejlődhetnek úgy, hogy közben gyermekeiket is biztonságban tudják. A projekt hosszú távú célja volt, hogy hálózatot, kisebb-nagyobb közösségi csoportokat segítsen kialakítani a célcsoport tagjai között.” (Weber, 2017: 154)

A célkitűzésnek megfelelően a programot komoly szervező munka előzte meg. A programra adott időben és helyen került sor, de hatása hosszú távú. A program legfontosabb elemei a kiscsoportokban zajló foglalkozások voltak: randicsoport, női csoport, elváltak és egyedülállók csoportja, spirituális csoport, kisgyermekeket nevelők csoportja, kamaszokat nevelők csoportja, kiröppenő gyerekesek csoportja, Nevelgető és KicsiLelkem – a válaszkész nevelés eszközei csoportok.

Mindenki saját élethelyzetének, aktuális kihívásainak megfelelően választott témacsoportot, de a programnak mégis közös eredménye született, mindenki azt emelte ki, hogy megkapta azt az érzést: „Nem vagyok egyedül”; illetve a program hatására fél évvel később elindították a „Kirepülő” önismereti csoportot. (Weber, 2017)

„Mi a legfontosabb megtartó erő... egy munkahelyen, egy iskolában, egy idősklubban, egy templomi gyülekezetben, egy utcában, egy faluban vagy egy városban? A válaszuk: a jó közösség, amely jó emberi kapcsolatokra épül.

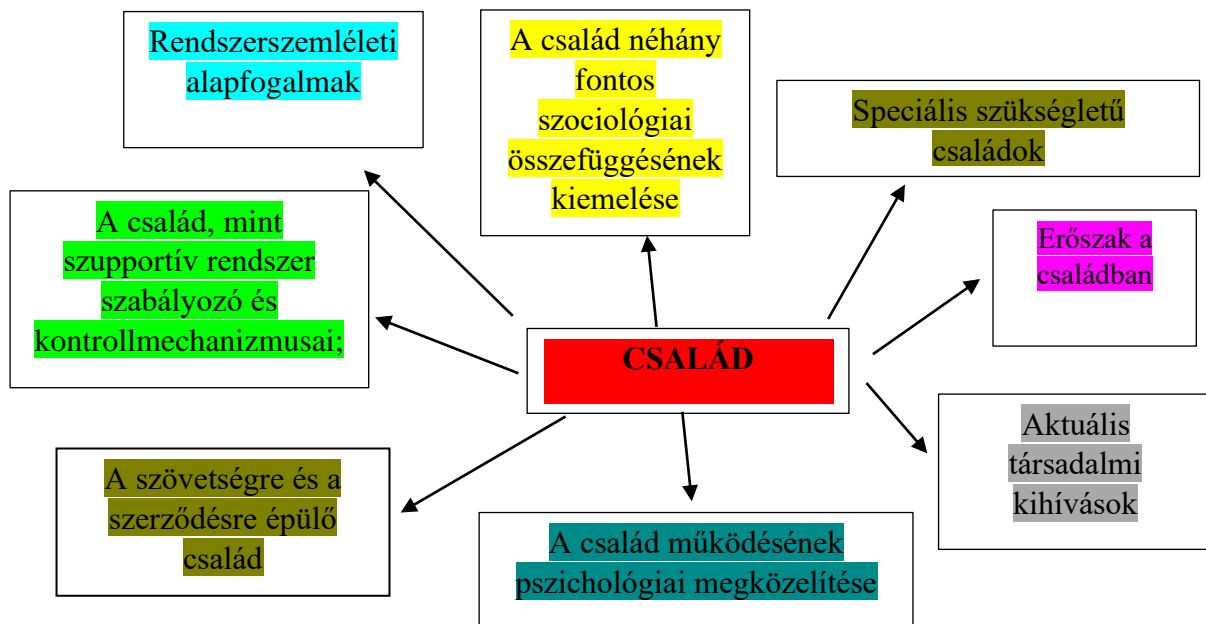
A jó közösség, a jó emberi kapcsolatok meglétét sokszor természetesnek tekintjük, és csak azok fájó hiánya esetében gondolkozunk el azon, hogyan lehetne ez másként. A jó közösségek nem maguktól lesznek azzá, meg kell dolgozni értük. Ki tudatosan, ki kevésbé tudatosan járul hozzá az adott közösség életéhez, de valamit tenni kell érte. Miért várnánk meg, amíg baj lesz? Miért ne lehetne azon is dolgozni, hogy a közösségek eleve egészséges irányba fejlődjenek? A mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítők e folyamat kovászai tudnak lenni. Nem a közösség helyett dolgoznak, hanem benne. Amit ők tudnak egy közösséghez hozzátenni, az egy belső, stabil iránytű. Ez segíti őket annak eldöntésében, hogy mikor erősíti egy-egy közösség a lelki egészséget, mikor fejlődik jó irányba egy-egy emberi kapcsolat. Nincs egy kész válaszuk arra, hogy milyen egy jó közösség, vagy milyen egy jó emberi kapcsolat: erre nagyon sok jó válaszuk van. Mégis, egy-egy adott közösségben leginkább azon dolgoznak, hogy olyan egyedi, akár számukra is meglepő válaszhoz segítsék hozzá az embereket, amelyet az adott közösség minden tagja sajátjának érez.”⁸

⁸ A mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő szakma szépségei

http://www.jgypk.hu/tanszek/alkegeszseg/01_IntezetMenu/01Felvetelizok/KEPZESEK/12_MA_Mental.html

A KÖVETKEZŐ FEJEZETEKET (5-6-7-8.) EGYÉNI VAGY CSOPORTOS MUNKAFORMÁBAN DOLGOZZUK FEL, EZÉRT A MÁR EDDIG TANULT ISMERETEK FELIDÉZÉSE UTÁN FIGYELEMFELKELTŐ ÉS GONDOLATINDÍTÓ RÉSZ KÖVETKEZIK, AMELY ALAPJÁN A TANULÓI ÖNÁLLÓ MUNKA KERETÉBEN A TÉMA ALAPOS FELDOLGOZÁSA TÖRTÉNIK.

5. A CSALÁD MENTÁLHIGIÉNÉS VONATKOZÁSAI – CSALÁDSEGÍTÉS MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLETTEL



5. ábra: Gondolati térkép: A család mentálhigiénés vonatkozásainak főbb témakörei (saját szerkesztés)

A téma elméleti háttérének áttekintéséhez először a család támogató funkcióit vegyük sorra, amelyeket Caplan az alábbi területekként azonosította.

1. A világra vonatkozó információk összegyűjtése és terjesztése
„A sikeres alkalmazkodást nagyban meghatározza, hogy az információkat milyen rendezőelv szerint szervezzük, és hogyan minősítjük, így a családnak meghatározó szerepe van abban, hogy a gyermek milyen értékek, normák kidolgozását viszi véghez, és milyen képet alakít ki a világról.”
2. Az identitás forrása
„Sajátos kontroll funkciót is betölt, a családtagok magatartására vonatkozóan visszajelentő, útmutató feladata van.”
3. Az érzelmi teherbírás megalapozása
„Ettől függ ugyanis, hogy az egyén hogyan vészeli át életének krízishelyzeteit, hogyan lesz úrrá a legnehezebb időszakokon.”
4. Pihenés, regenerálódás színtere.
A család lehetőséget ad az érzelmi egyensúly fenntartására, és arra, hogy „a családon kívüli helyzetek feszültségeit lereagálhassák a tagok”.

5. A részoruló családtagok támogatása

A család gyakorlati és konkrét segítséget nyújt.

7. A család referencia- és kontrollmechanizmust működtet

„Egymás tükrében, egymáshoz viszonyítva értelmezzük, értékeljük magunkat leginkább, ezért a család vonatkozási pontokkal is szolgál.” (Bodonyi és mtsai, 2006: 17)

„A Caplan által leírt funkciók sajnos nem mindig működnek kielégítően. A család, mint szervezet, mint támogató rendszer időről időre változik, hogy alkalmazkodjék a külső és belső körülményekhez, mégis jellemzője, hogy külső zavaró hatásokra egységfrontot alkot. Nincs két egyforma család, minden családnak megvannak a sajátos jellegzetességei, szabályai, jellemvonásai. Kényes egyensúlyát sok minden könnyen felboríthatja, például betegség, munkanélküliség, új családtag érkezése, vagy valamely családtag elvesztése, a család bomlása.” (Bodonyi és mtsai, 2006: 18)

Buda Béla A lélek egészsége című könyvében egy külön fejezetben foglalkozik a család mentálhigiéjének kérdésével. A téma vizsgálatának és kifejtésének kezdetének megfogalmazta a kérdést: Kell-e reformálni a családot? (Buda, 2003)

A gondolatmenetből három egységnit szeretnék előre kiemelni. Először a családdal ugyan már évtizedek óta foglalkoznak különböző diszciplínák, de ezek nem tudták még a család lényegét megragadni, a szemléletet fogva tartották az adott korszak relevanciái és előfeltevései, problématudati megkötöttségei. Másrészt a család jelenségtani mélységeit jól mutatja a családterápia megjelenése. A család, mint kommunikációs emocionális és kognitív viszonyrendszer teljesen más megközelítést igényel, mint a korábbi családlélektané vagy családszociológiáé. Nem tudjuk tehát igazában a család „élettanát”, ezért nem tudjuk igazán rendszerezni „patológiáját” sem, nem tudunk „higiénét” tételezni, „gyógyítani”, „megelőzni” a család terén, noha sokféle elmélet létezik, amely ezt megpróbálja.

Harmadrészt pedig minden olyan felfogásról azonban, amely megkísérli előírni, milyen a jó család, milyen legyen a család, mi a rossz, a negatívum a családban, amit ki kellene küszöbölni, előbb-utóbb kiderül, hogy a mögötte rejlő ideológia érvénye igencsak korlátozott, és a család nem olyan, nem lehet olyan (nem akar olyan lenni), amilyennek az elmélet elképzei. (Buda, 2003)

Számos vonatkozásban azonban, például a magyar családban is félreérthetetlen a változás. Csak a legnyilvánvalóbbakat említve:

„Csökkent a család gazdasági-létfenntartó feladatköre, ennek nagy részét a társadalom veszi át. Néhány nemzedékkel korábban a létfenntartás csaknem minden eleme a családban zajlott, ma késztermékek és intézmények veszik át a feladatokat, természetesen a legnagyobb mértékben a városokban. [...]

Mindinkább növekszik a család lélektani szerepe, a családnak mindinkább egyéni emocionális és értékigényeket kell teljesítenie, kevésbé lényeges maga a család, mint intézmény. [...]

A család egyre sérülékenyebb – javarészt az individualizáció és a lélektani szféra növekvő jelentősége miatt –, és ez a sérülékenység belülről fakad, a családot alkotó egyéni személyiségekből. Átalakulóban van a családi szerepstruktúra. Míg korábban a családi munkamegosztás volt a fő szerepdifferenciáló tényező, most a lélektani dimenzióban differenciálódnak a szerepek. A szerepek tekintetében növekvő az egyenjogúság; ez a korábban viszonylagosan elnyomott nők és a gyerekek szempontjából látható leginkább. A család említett sérülékenysége legnagyobb mértékben ebben a vetületben gyökerezik, az itt kialakuló feszültségekből és konfliktusokból táplálkoznak a családon belül ható centrifugális erők. [...]

A család más módon zárt, és más módon nyitott, illetve nyílik, mint régen. Korábban nagyobb fokú volt a nyitottság a rokonsági rendszer és a vallásos intézmények felé, továbbá csakis a felnőtt családtagokon keresztül volt nyitott a család, ma a felnőtt családtagok zárják legjobban a családi teret, legfeljebb a munkaszervezeteken belüli informális (ill. referencia-) csoportok hatnak rájuk, viszont a gyerekek teszik egyre nyitottabbá a családot. A generációs ciklus folyamatában a gyerekek igen sokat változtatnak a családon, sok külső hatást tudnak közvetíteni.” (Buda, 2003: 510-511)

A változások fajtái, válfajai természetesen még sokfélék, nem ismerjük eléggé ezek trendjeit, jellegét, de a tudomány jeles képviselői, kutatók, a családdal foglalkozó szakemberek minduntalan keresik a válaszokat.

Buda Béla a fent megfogalmazott kérdést feloldja, és a családok erősítésével kapcsolatosan az alábbiakat fogalmazta meg:

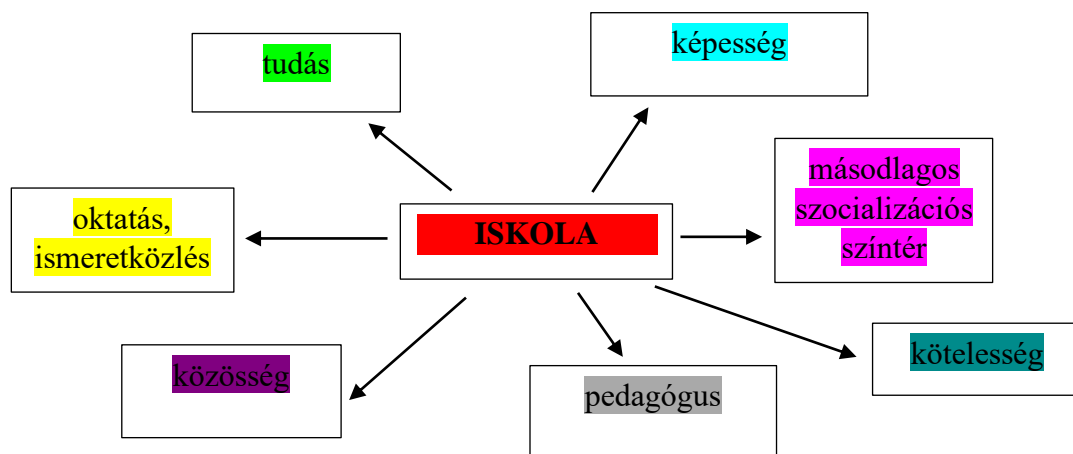
1. Fokozni kellene a családdal kapcsolatos társadalmi és politikai tudatosságot, mégpedig tudományos a lapokon.
2. Legisztatív és adminisztrációs családpolitika helyett segítő és erősítő családpolitikára lenne szükség.
3. A család lélektani rendszerének nagy és növekvő jelentősége miatt is elsősorban a család tényleges funkcióit és nem kereteit kellene védeni.

4. A család lélektani és pszichoszociális segítése, ennek intézményeit és szolgáltatásait kellene kiépíteni. A családok segítésének és a családi problémák megoldásának közösségi változatait kellene serkenteni, támogatni, köztük az egyházi eredetű változatokat. Célszerűen önkéntes mozgalmak, szerveződések keretében mehet ez végbe.
5. A családi életre való felkészítés új útjait kell keresni és járni. Pszichológiai szempontból nyilvánvaló, hogy a családi életre való nevelés, mint iskolai tantárgy kevés segítséget jelent, az iskoláskorban a családdal kapcsolatos elvont ismeretek vagy értékek befogadása nehézkes.
6. A családdal kapcsolatosan a művelt közvéleménnyel is újszerű párbeszédre kellene lépni, óriási az érdeklődés a család iránt, valamilyen funkcionális központ(ok)ból rugalmasan (a megszokott hazai gyakorlat, a már megalakulásuk pillanatában elmerevedő és tehetatlenné váló intézetek alapítását elkerülve) támogatni kellene e párbeszéd új formáit. Erre ösztöndíjak, műsor- és programtámogatások, különböző foglalkozások szervezése és sok más lehetőség kínálkozik. (Buda, 2003: 512-516)

„A családdal kapcsolatosan nagyon sok általános és konkrét gondolatot és javaslatot lehetne felvetni, a lényeg azonban az, hogy a családdal kapcsolatos társadalmi és intézményes szemléleteink és rutinjaink szorulnak revízióra, reformra. A család fejlődési és életfeltételi megsegítésének, megerősítésének sokféle aktuális feladata lenne, amit különösebben nagy beruházások nélkül is meg lehetne kezdeni. Hangsúlyozni kell, hogy egy sor más társadalmi gond és probléma megelőzésének és kezelésének eszköze is lehetne, ha a családdal új módon foglalkoznánk, ha a család fontosságát a társadalom is tudatosítaná és a közvéleményben is tudatosítani engedné.” (Buda, 2003: 515-516)

Jelenleg hazánkban, az aktuális családpolitika erőfeszítéseket tesz a családok megerősítésére, támogatására. Gazdasági szempontból olyan intézkedések bevezetése, mint például a CSOK, babaváró kölcsön, nagycsaládosok autóvásárlásának támogatása, élethosszig tartó szja-mentesség vagy éppen a nagyszülői gyed. Intézmények kialakításával és működtetésével, mint például a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok, bölcsődék, védőnői szolgálat. Kiadványok, televíziós és rádiós műsorok, blogok, weblapok segítik a családról, a családnak szóló hasznos, értékes információk közvetítését.

6. ISKOLAI MENTÁLHIGIÉNÉ



6. ábra: Gondolati térkép: Az iskola
(saját szerkesztés)

A társadalomtudományok és egészségtudományok ismereteinek és módszereinek integrálása, illetve az iskolapszichológia továbbfejlesztett tudománya az iskolai mentálhigiéné – írja a terület jeles hazai képviselője Gerevich József. (Gerevich, 1997)

Az iskolai mentálhigiéné szemléletének alakulására hatással volt:

- A rendszerszemlélet elterjedése
- Az egészség gradiens fogalmának bevezetése (Gordon, 1950)
- A pozitív mentálhigiéné fogalmának bevezetése (Jahoda, 1955)
- A humanisztikus pszichológiai nézőpont térhódítása
- A „Pygmalion-effektussal” kapcsolatos kutatások (Rosenthal és Jacobson, 1968)
- A szocializációs rendszerekről Reiff (1967) elmélete
- A rendszerközi akkomodáció és a pszichoszociális összhang fogalmainak bevezetése (Murrell, 1973)
- A hátrányos helyzetű gyermekekkel kapcsolatos szemléletváltást sürgető elképzelése Ginsburg (1972)
- Caplan munkássága az iskolai mentálhigiéné területén. (Orosz, kézirat)

Caplan (1974) dolgozta ki az iskolai mentálhigiéné elméletét, amelynek fontos felismerése: a mentálhigiéné szakember ne az iskolában dolgozzon, hanem a mentálhigiéné megoldást a pedagógusokra kell bízni, és kívülről segítse a pedagógus munkáját.

Az iskolai mentálhigiéné szükségességének indoklásában elsősorban a családok helyzetének változásai (túlmunka, mindkét szülő munkavégzési kényszere stb.) állnak. Az oktatási és nevelési intézményeknek (bölcsőde, óvoda, iskola), mint a másodlagos szocializáció színtereinek funkciói megváltoztak és megsokszorozódtak, ugyanakkor a változások hatására a család nevelési hiányosságait is pótolnia kellene, különös tekintettel a reszocializációs és korrekciós funkciókra. Ezek a feladatok is a pedagógusokra hárulnak. Emiatt fokozott figyelmet kell szentelni a pedagógusok mentálhigiénéjére is. (Gerevich, 1997)

Az iskolát, mint mentálhigiéné szintért emeli ki egy szakmai diskurzus során Grezsa Ferenc: „A mentálhigiéné fogalmát az előzőekben lelki, kapcsolati kultúraként is értelmeztük. Természetes, hogy ennek kialakítása, fejlesztése nem lehet csak az iskola feladata, a társadalom nagyon sok szegmensének van ebben felelőssége, így a családnak, a kortárs csoportoknak, baráti és munkahelyi közösségeknek, az egyházaknak, a civilszervezeteknek, a szomszédsági csoportoknak, a tömegtájékoztatásnak, a közművelődési intézményeknek. E szerveződések a mentálhigiéné munka lehetséges szinterei. Mindegyikben való munkálkodásnak megvan a maga sajátos célja, módszertana. Ezek között az egyik legfontosabb szintér az iskola.” (Schüttler, 2001)

A mentálhigiéné konzultáció elméleti hátterét és gyakorlati alapjait, illetve hármass felosztását Caplan dolgozta ki:

1. Kliensközpontú (esetközpontú) konzultáció,
2. Konzulens-központú (pedagógus-központú) esetkonzultáció,
3. Programközpontú konzultáció. (Gerevich, 1997; Bagdy-Telkes, 2002)

A kliensközpontú (esetközpontú) konzultáció fókuszában az eset áll és abból a kérdésfelvetésből indul, hogy miben rejlik a pedagógus és a tanulók közötti kapcsolat zavara.

Az eset (ez esetben a gyerek) jellemzőin van a hangsúly, nem a konzulens szakmai hibáin.

A konzulens-központú (pedagógus-központú) esetkonzultáció célja és feladata, hogy segítse a szakmai munka hatékonyabb működését, katalizálja a pedagógus/konzultáns fejlődésének igényét, támogassa az önreflexió folyamatát.

A programközpontú konzultáció középpontjában a tantestület vagy egy kisebb szervezeti egység, munkacsoport szakmai tevékenysége áll. A konzultáció a mentálhigiéné szempontból fontos tényezőket vizsgálja, ismereteket közöl, változásokat indítványoz, javaslatokat tárgyal. (Gerevich, 1997)

Az iskolának, mint szervezetnek a mentálhigiénés szempontból értelmezett jelentőségét elsősorban az iskolai szervezet főbb problémáinak megnevezésével tehetjük meg, illetve az iskolai szervezet sebezhetőségének okait szükséges feltárnunk: a környezet elvárásai és az iskolai szervezet céljai közti diszkrépancia; pedagógusok számára sérelmes központi előírások, tantervek; merev, bürokratikus irányítás mellett a személyesség a tanulók irányába lehetetlenné válik; az iskola céljainak eléréséhez szükséges erőforrások hiányosságai. Mindezek értelmében az iskolában megvalósítható mentálhigiénés konzultáció alapvetéseit így foglalhatjuk össze: a mentálhigiénés szakember a konzultáns; a problémát megbeszélő személy(ek) a konzulens(ek); a konzultáció önkéntes, a pedagógus nem köteles a javasolt szempontok alapján cselekedni; alapja a kölcsönös bizalom az adatok hitelességére vonatkozóan; fókuszában szakmai problémák állnak, személyes adatokat csak akkor beszélnek meg, ha ez a munka részét képezi. Ugyanakkor az iskolai színtérben végzett mentálhigiénés konzultáció kiemelt célja a problémamegoldás segítése, a konzulens mentálhigiénés továbbképzése és fejlesztése azért, hogy hasonló problémák megoldására képessé váljék. (Gerevich, 1997)

Ebbe a gondolatmenetbe illeszkedik az iskola szerepének körül járása a közösségi mentálhigiénés stratégia meghatározását tekintve, hiszen az iskola szerepe hangsúlyozott, mert az iskolán keresztül lehet megközelíteni a gyerekeket, családokat, azokat is, akik a családgondozói szolgáltatásnak ellenállnak.⁹

Iskolai mentálhigiénés programok célja elsődleges megelőzésre irányuló programok, amelyekkel a gyermekek mentálhigiénéjét formálhatjuk:

1. A gyerekek konfliktuskezelő és problémamegoldó kapacitását, illetve kompetenciafejlesztését segítő programok.
2. Az ökológiai szemlélet alapján kidolgozott programok megtervezése és lebonyolítása, amelyek csökkentik a környezetből származó megterheléseket, ártalmakat.
3. Veszélyeztetett csoportokkal végzett mentálhigiénés tevékenység. (Gerevich, 1997)

A pedagógusok mentálhigiénéjének megőrzése, fejlesztése és javítása ugyanennyire kiemelt feladat, hiszen a pedagógus oktató-nevelő munkája gyakran magányos tevékenység, kevés lehetőség adódik a kihívások megbeszélésére, szűkös tere van a segítségkérésnek, támogatás igénybevételének.

A pedagógusok túlterheltsége, a velük szemben támasztott elvárások sokszínűsége veszélyezteti a nevelő-oktató tevékenységük hatékonyságát és az emocionális státuszát.

⁹ Lásd óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység bevezetése hazánkban.

Munkájuk társadalmi megbecsültsége, a szakma presztízse bizonytalanságot és a hivatástudatukban való megingást, kiégést eredményezhet. (Bagdy-Telkes, 2002)

Összefoglalóan tehát mentálhigiénés szolgáltatásokat az iskolai mentálhigiéné kapcsán alapvetően három célcsoport számára célszerű nyújtanunk:

A. Pedagógusok számára:

- Mentálhigiénés konzultáció
- Esetmegbeszélő csoport
- Konfliktuspedagógiai tréning
- Műhelymunka

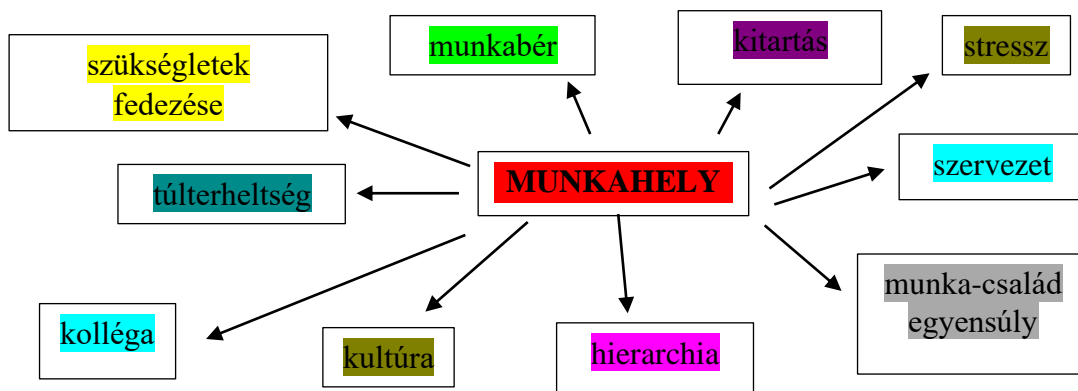
B. Gyerekek számára:

- Önismereti csoport, játék csoport
- Szociális készségfejlesztő csoport

C. Szülők számára:

- Konzultáció
- Konfliktuskezelő tanfolyam (Gerebenics-Szín és mtsai, 2019:14)

7. MUNKAHELY ÉS MENTÁLHIGIÉNÉ



7. ábra: Gondolati térkép: A munka világa
(saját szerkesztés)

Munkahely a definíciója szerint olyan szervezeti és emberi közösség, ahol életünk legnagyobb része zajlik. A munkahely pénzkereseti lehetőséget ad, a megélhetés alapja, de fontos jelentőségű az egyén önbecsülése, szociális kapcsolatai, társadalmi státusza szempontjából is. A munkahely eredményességének, megfogalmazott és vállalt célkitűzésének és feladatának, illetve a mentálhigiéné szempontjából is jelentős tény, hogy mind az egyén, mind a munkahely érdekelt abban, hogy a dolgozók ne betegedjenek meg.

Korábban elemeztük, hogy a testi-lelki egészséghez mely tényezők járulnak hozzá. Most vegyük sorra a munkahelyen azonosítható legfőbb stressz forrásokat:

- Stresszforrás, ha a szervezetben a szerephatárok bizonytalanok: kinek mi a kompetenciája, ki dönt, kihez kell fordulni adott problémával, mi a „szolgálati út”.
- Személyiség és szerep ellentétéből fakadó stresszforrás. (Nem tud sokféle módon kommunikálni a különféle emberekkel, gátolt, zárkózott, feszült és ingerlékeny.)
- Szerepbizonytalanság: a munkavállaló bizonytalan, hogy a munkakörében mit kell ellátnia, milyen elvárásoknak kell megfelelnie, pontosan milyen jogköre van. Ez általában a munkába állás kezdeti időszakában, a betanulási fázisban fordul elő. A szervezet változása esetén újabb szerepbizonytalanság jöhet létre, mert a megszokott feladatkörök átíródnak. Vezetői pozíció megkezdésekor az újonnan kinevezett vezetőknek ez jellemző problémájuk.
- Szerepkonfliktus: a vezetői utasítás és demokratikus érzelmek konfliktusát éli meg a munkavállaló.

- Szereptúlterhelés: sokféle emberi kapcsolat jellemzi a munkakört, sokféle kommunikációt igényel a munkavégzés, ezért nem képes mindenkihez egyedi módon viszonyulni.
- Pszichés stresszorok: a kiszámíthatatlan, hajsolt munkatempó, amiből pszichoszomatikus megbetegedések alakulhatnak ki.
- Jelentős stresszforrás, ha a dolgozó úgy érzi, hogy nincsen befolyása a munkahelyi történésekre, változásokra.
- Kifejezetten megterhelő stresszforrás, ha bizonytalanság alakul ki a munkavállalóban az állás megtartásával kapcsolatban.
- Szorongást és agressziót szülhet, ha diktatórikus eszközöket alkalmaz a vezető. Ezért kiemelten fontos a vezetők képzése, önismeretük és kompetenciáik fejlesztése, mert ezzel hozzájárulhat a munkatársak jobb közérzetéhez. (Buda, 1997; Barcsi és mtsai, web)

Munkahelyi stresszorokat öt nagy csoportba kategorizálhatjuk.

A munkavégzéssel, munkaköri leírásokkal, feladatokkal kapcsolatos stresszorok	Munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok	A szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok	Szervezeten kívüli stresszorok	Speciális rétegek stresszorai
mennyiségi és/vagy minőségi túlterhelés vagy alulterhelés; munkafeltételek; változások a munkában; lépéstartás a gyors technológiai változással	zsúfoltság, rossz világítás, szennyezett levegő, kellemetlen szagok, zaj	egyén szintjén; csoport szintjén; szervezeti szinten	hatásukban összemosódnak a munkahelyi stresszorokkal: családi kapcsolatok, anyagi problémák, családi és munkahelyi problémák összeegyeztetésének nehézsége	nők, fizikai és szellemi dolgozók, vezetők és beosztottak, kisebbségek, fogyatékkal élők

8. ábra: Munkahelyi stresszorok

(forrás: Klein, 2004)

A munkavégzés és az egészség között szoros kapcsolat van, amit a munkahelyen fennálló szervezeti szabályozottság, munkakörülmények, személyközi kapcsolatok stb. teljes mértékben meghatároznak, természetesen a dolgozó mindennemű tulajdonságait, kompetenciáit figyelembe véve. A munkahelyi egészségfejlesztésnek az a jellemzője, hogy a munkahelyen történik, és egyaránt szolgálja úgy az egyén, mint a munkahely érdekeit.

A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatban fontos további megállapítások:

- munkahelyi környezetben zajlik, tehát helyben van, a dolgozónak nem kell utazni, így nincs idővesztés vagy a közlekedéssel kapcsolatos problémák;
 - a célcsoport könnyen elérhető;
 - a program munkaidőben zajlik, vagyis gyakorlatilag mindenki be tud kapcsolódni, ezért magas a részvételi arány;
 - sokan nem törődnek egészségükkel és/vagy helytelen életmódjukkal veszélyeztetik egészségüket, munkaképességüket, ennek fényében valószínűleg a többség számára ez az egyetlen egészség-védő és fejlesztő program, amin részt vesznek;
 - a munkahely által kialakított és biztosított kommunikációs csatornákat, a munkahely infrastruktúráját a mentálhigiénés programok szervezéshez és megvalósításához felhasználhatják az ötletgazdák, a szakértők;
 - a program tartalma adott szervezethez, munkahelyhez igazítható, célirányos és célzott foglalkozások szervezhetőek;
 - a munkahelyi mentálhigiénés programok erősítik a közösséget, fokozzák az összetartást.
- (Barcsi és mtsai, web)

A munkahelyi mentálhigiéné lehetséges területeit az alábbiakban határozhatjuk meg:

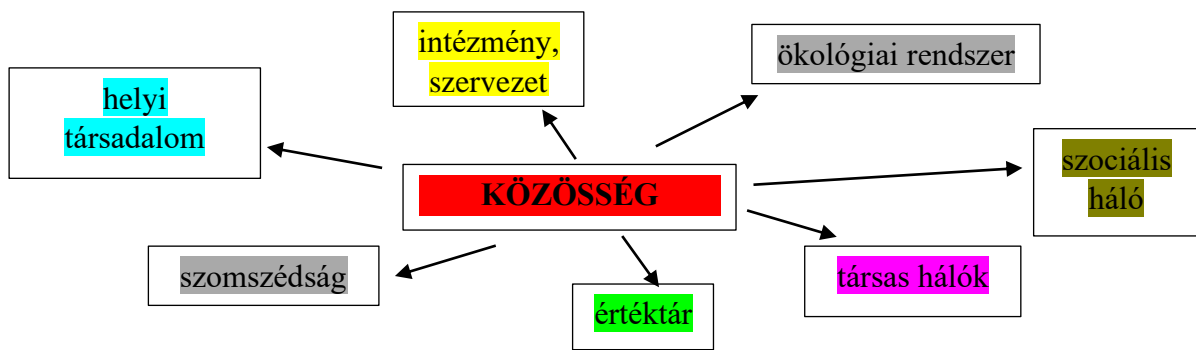
- a munkavállaló önismereti törekvéseinek támogatása, segítése,
- a munkavállaló egyéni szűrése, és csoportok szűrése,
- kóros tényezők és jelenségek azonosítás és kezelése,
- pszichoedukáció,
- az együttműködés és a társas kapcsolatok erősítése, támogatása, fejlesztése,
- közösségi értékek felismerése, erősítése, fejlesztése. (Barcsi és mtsai, web)

A munkahelyi mentálhigiéné kapcsán alkalmas témák, illetve eszközök lehetnek az alábbiak:

- prevenciós programok, felvilágosítás, egészségmegőrző- és fejlesztő kampány;
- mentális egészség feltérképezése, amely történhet tesztekkel és/vagy kérdőívekkel;
- feszültségcsökkentés;
- fluktuáció megelőzése és kezelése;
- konfliktus és stressz kezelése;
- munkakörnyezet és munkafeltételek fejlesztése;
- önszorgító csoportok létrehozásának és támogatásának segítése;
- egyéni és/vagy csoportos foglalkozások biztosítása, akár anonim pszichológiai segítségnyújtással is. (Barcsi és mtsai, web)

Fontos a segítő szakma szempontjából, hogy a munkavállalók mentális egészségének kialakításán, megőrzésén és fejlesztésén túl, ismeretekkel, módszertani eszközökkel rendelkezünk a munkanélküliség problémájának kezeléséhez, támogatóak legyünk a lelki következményeik feldolgozásában.

8. KÖZÖSSÉGI MENTÁLHIGIÉNÉ



8. ábra: Gondolati térkép: A közösség
(saját szerkesztés)

„A közösségi mentálhigiéné a segítő erők szervezésének tudományosan megalapozott gyakorlata. A közösségi mentálhigiéné stratégiájának választ kell adnia arra, hogy miként lehet társadalmi szinten, tehát népegészségügyi mértékben aktivizálni, szabályozni és hatékonyá tenni a társadalom segítő erőforrásainak tartalékait.” – mondta Dr. Felvinczi Katalin.¹⁰

A közösségi mentálhigiéné négy sarokpontját az alábbiakban határozhatjuk meg:

1. A közösségi mentálhigiéné az egyént társas környezetével együtt kezeli.
2. Módszereivel a társas kapcsolati rendszerek támogató hatásának felerősítésére törekszik.
3. A megelőző tevékenység célja, hogy a személyiséget körülvevő társas támogató rendszerek tartalékainak feltárásával, hatékonyságuk fejlesztésével,
4. A személy probléma- és konfliktuskezelő készségeinek növelésével maguk az érintettek legyenek képesek a megterhelő élethelyzetek sikeres kezelésére. (Felvinczi, web)

A célkitűzéseknek megfelelően a közösségi mentálhigiéné feladatait három pillérré építhetjük:

1. Kedvező feltételeket kell teremteni az önfejlődés tendenciájának érvényesüléséhez.
2. Aktív mentálhigiéné tevékenységet kell folytatni: problémakutatás, kezdeményezés.
3. A feladatok megvalósításában elfogadja segítőként azokat az embereket, akik átéltek már valamilyen krízis helyzetet. (Felvinczi, web)

¹⁰ Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok szerepe és lehetőségei a mentálhigiéné területén című előadás 2009. november 4-én a Tiszta Kép 2009 – A mentálhigiéné területének lehetőségei, kihívásai c. regionális szakmai konferencián hangzott el. forrás: https://www.echoinn.hu/?pg=news_2_5

A közösségi mentálhigiéné programjainak fókuszába a megterhelő élethelyzetek állnak, ezért a feladatok végrehajtásában általános módszerekként alkalmazhatjuk a szűrővizsgálatokat, majd az így nyert adatok alapján programokat, akciókat lehet kidolgozni; klubok szervezését, működtetését mentálhigiénés szemléletmóddal; a telefonos lelki segély szolgáltatokat kialakítani és működtetni, folyamatos képzéseket biztosítani; mentálhigiénés tanácsadást, önismereti és önfejlesztő csoportokat szervezni; a mentálhigiénés többlettudást, szemléletet és a megvalósuló konkrét programokat a tömegkommunikáció eszközeivel eljuttatni a közösségek tagjaihoz.

Ugyanakkor figyelemmel kell lenni arra, hogy a közösségen belül a mentálhigiénére hatást gyakorol számos tényező, amelyek a társadalmi erőforrások növelésével hatnak, mint például a politika, az egészségügy, a jog, a közoktatás, a szociálpolitika (és annak megvalósulásaként a szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer) és a vallás. (Buda, 1997; Gerevich, 1997)

A mentálhigiénés szakemberek véleménye szerint az egyén egészsége, lelki egészsége megőrizhető a személyt körülvevő társas támogató rendszer, illetve a természetes szociális háló bevonásával. A társas hálók (social network), szociális támogató, segítő rendszerek akkor működnek helyesen, ha az egyén érzi, hogy törődnek vele, hogy szoros kapcsolatban áll másokkal. Ezt a támogatást egyrészt megkaphatja a saját problémáikon túljutott személyektől, mint laikus segítőtől (Self-help), illetve olyan professzionális, interdiszciplináris team-munka (social network) keretében, amelyben a szakemberek irányítása alatt, helyi sajátosságokat ismerve működik a segítő csoport. A csoportok működéséhez a helyi társadalmi szervek biztosítják a feltételeket, hiszen igazán jó „helyben segíteni” lehet. (Buda, 1997; Gerevich, 1997; Bagdy, 2009; Asztalos és mtsai, 2017)

9. A SEGÍTŐK MENTÁLHIGIÉNÉS SZÜKSÉGLETEI

„A lelki egészségvédelem sok segítséget a társadalmunknak. Hozzájárulhat a jobb és emberibb társadalmi légkör kialakításához, számos egyéni és társadalmi nehézség kiküszöböléséhez.”
(Hárdi, 1997: 228)

A mentális egészség megőrzésének támogatására a segítő hivatású embereknek is szükségük van. Gyakran hasonlítják saját tevékenységüket a tűzoltáshoz, pedig talán közelebbi párhuzam vonható Rappaport tanmeséjével, amely a mentálhigiénés szemlélet lényegét is jól szemlélteti: „A folyóparton egy vidám társaság mulat önfeledten; esznek, isznak, beszélgetnek. Egyszer csak segélykiáltást hallanak a folyó felől. A folyóban valaki fuldoklik. A társaság egyetlen úszni tudó tagja beugrik a vízbe és kimenteti a fuldoklót. Ezután folytatják a pikniket. De újra hangokat hallanak a folyóból. Ez újabb fuldoklót is kimenteti az úszni tudó férfi. Aztán egyre több kiáltás hallatszik a folyóból. A társaság egyetlen úszni tudó tagja szinte állandóan a vízben van, sorra menti ki a fuldoklókat. Amikor éppen megpihen egy pillanatra a folyóparton, odalép hozzá az egyik barátja és a következőket mondja neki: fantasztikus dolgokat művelsz itt a folyóban. De nem lenne hatékonyabb azon gondolkoznunk, hogy miért estek ezek az emberek a vízbe?”¹¹ Valóban nehéz azoknak a lelki, szociális és egyéb problémáknak az okaira fényt deríteni, amelyek megoldásában a segítőik közreműködnek. Megterhelő sokak nehézségeit, problémáit professzionálisan kezelni, a kliensek terheit hordozni. Komlósi Piroska szerint a szociális segítség területén dolgozó szakemberek sajátos megterhelésnek vannak kitéve az érzelmi érintődés miatt. A szakmában történő kiegészéssel kapcsolatosan azt gondolja, hogy mind a vezető, mind a dolgozó közösség szemléletében fontos szerepet kellene betöltenie annak, hogy egymás mentálhigiénés állapotra figyeljenek. (Komlósi, 2013) Tomcsányi Teodóra és kollégái munkája összefoglalja a mentálhigiéné elméletét, a mentálhigiénés képzést és a gyakorlatot: mentálhigiéné az emberek szolgálatában (Tomcsányi, Grezsa, Jelenits, 2003). A szerzők ugyanakkor kiemelik, hogy a mentálhigiénés szakember saját szakterülete alaptevékenységét végzi „mentálhigiénés többlettudás” birtokában, holisztikus látásmóddal, reflektíven és promotívan. „Komoly szerepet kap az értéktöltöttség, az élet értelmességének keresése, a kapcsolati orientáció, a cselekvés támogatása, az önaktualizálás. A főbb készségek a Rogers-i alapkészségek, amelyek mellett az együttműködés és a közösségfejlesztés kompetenciái is hangsúlyozódnak. Az interdiszciplinaritás itt is fontos szerepet kap.” (Pintér, 2019: 217)

¹¹ Gerevich, 1997: 5.

Munkájukban az egyes helyzetek, esetek kapcsán az adekvát tudásukat alkalmazzák, de a „segítő hivatásokban a lelki egészséget fenyegető stresszorok fokozottan jelentkeznek, és a kiégési szindróma (Ónody, 2001) felnagyíthatja a stresszel való megküzdési sikertelenség reális veszélyét. A kiégési szindrómás segítő ugyanis nehezebben küzd meg a mindennapi stresszorokkal (az interperszonális konfliktusok, a megmérettetések, a kisebb-nagyobb bosszúságok vagy kudarcok irreálisan nagy kihívást jelenthetnek számára), a nem mindennapi stresszorok, például a személyes traumák pedig a legrosszabb esetben szuicid krízis kiváltói is lehetnek.” (Ittész és mtsai, 2006:101)

Először is a megküzdési képesség fogalmát járjuk körbe: „az emberek stresszkezelési szokásait és stratégiáit mutatja, ahol stresszornak számít minden olyan külső változás, amely fenyegetően hat a személy lelki egyensúlyára. A stresszel való megküzdésre az emberek különböző helyzetekben is hasonló stratégiát alkalmaznak, és mivel általános cselekvési és gondolkodási tendenciákról van szó, a megküzdési technikák a személyiségnek is részét képezik.” (Ittész és mtsai, 2006:101)

A megküzdési képesség fogalmával összefüggésben értelmezhető a pszichológiai immunrendszer fogalma, amely „azoknak a személyiségforrásoknak a megjelölésére szolgál, amelyek képessé teszik az egyént a stresszhatások elviselésére, a fenyegetettséggel való eredményes megküzdésre úgy, hogy a személyiség integritása, működési hatékonysága és fejlődési potenciálja ne sérüljön”. (Oláh, 2004: 657)

Oláh Attila véleménye szerint a leggyakrabban használt reagálási módok, amelyeket az emberek alkalmaznak fenyegető helyzetekben, vagyis a gyakran alkalmazott megküzdési stratégiáink az alábbiak:

- Probléma centrikus reagálás: a fenyegetettség elhárítása a cél.
- Támasz keresés: az egyén közreműködőket keres, hogy elhárítsa a veszélyt.
- Feszültségkontroll: a cél a személy stabilitásának megőrzése, helyreállítása.
- Figyelemelterelés: elhárítási módszer, amivel személy halogatja a beavatkozást.
- Emóció fókusz: a fenyegetettség keltette negatív érzelmi állapot megszüntetése.
- Emóció kiürítés: a feszültséget kontrollálatlan, nem célirányos reakcióban vezeti le.
- Önbüntetés: a stresszhelyzetet korábbi nem kívánatos viselkedése következményeként éli meg.
- Belenyugvás: próbálkozás a kínos helyzettel való együttélésre, külső kontrollos helyzetelemzés. (Oláh, 2005)

Gondoljuk át Freudenberger által definiált kiégés szindróma jelenségét is. A „burnout (kiégés) szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stressz nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.” (Kissné, 2009: 17)

„A kiégés kutatásának vezető képviselője, Christina Maslach szerint a kiégés három dimenzió, az érzelmi kimerülés, a személytelen bánásmód (deperszonalizáció) és a személyes hatékonyság csökkenése mentén ragadható meg. Maslach szerint az egyén a törődési szándékát veszíti el azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik — a háttérben ő is az érzelmi kapacitás kimerülését hangsúlyozza, aminek következtében az egyén nem lesz képes pozitív érzéseket, tiszteletet, empátiát tanúsítani a kliens iránt (Maslach és Jackson 1982). A három komponens közül a vezető tünet az érzelmi kimerülés, ez jelentkezik a leghamarabb.” (Kovács és mtsai, 2008: 200)

Hézsér Gábor tizenkét lépcsős folyamatként írta le a kiégést. A stádiumok között nincs éles határ; a szakaszok élethelyzettől és személyiségtől függően különböző intenzitással jelentkezhetnek.

1. A folyamat a bizonyítani akarástól a bizonyítási kényszer felé tart.
2. Fokozott erőfeszítés: a bizonyításkényszer növeli a feladatok mennyiségét.
3. A munka kerül az élet középpontjába, a személyes igények háttérbe szorulnak.
4. A személyes szféra elsorvadása, melyet túlteljesítéssel lepleznek.
5. A természetes értékrend felborulása, az ítélőképesség deformációja.
6. A fellépő problémák tagadása, a kapcsolatok és érdeklődés beszűkülése.
7. Visszahúzódás, a másokkal való eszme- és érzelmcsere megszűnése.
8. Viselkedésváltozás a külső véleményekkel és kapcsolatokkal szemben.
9. Deperszonalizáció: a belső világgal tartott kapcsolat megszűnése.
10. Belső üresség, szorongás, pszichoszomatikus tünetek.
11. A kétségbeesés és depresszió állandósul.
12. Teljes kiégettség: a pszichés veszélyeztetettség az életveszélyig fokozódik. (Hézsér, 1996)

A kiégésnek azon formája, amelyben a segítő függővé válik, az a segítségnek „olyan formája, ahol a segítő saját bizonytalan önértékelését a segítség túlhajszolásával, sokszor önkárosító formában képes csak fenntartani. W. Schmidbauer pszichoanalitikus szerző nyomán e jelenséget „segítő (helfer) szindrómának” nevezzük. Az emberi problémákkal foglalkozó, helfer szindrómával jellemezhető segítőben rejtetten a saját ingatag pszichés egyensúlyának fenntartásával függ össze a gyengéken, a pácienseken való segítség szükséglete. Lényege, hogy a kapcsolat segítő formája más típusú kapcsolatok, érzelmek elhárítását jelenti, egyben mintegy "droggá" válik a hivatás, a segítségre szorulókkal való kontaktus a professzionális segítő számára. (Fekete 1991, Schmidbauer 2002)” – írja Kissné Geosits Bea. (Kissné, 2009: 16)

Bagdy Emőke számos munkájában felhívja a figyelmet a burn out megelőzésére, és megnevez olyan védőtényezőket, amelyek pozitívan hatnak az egyénre és munkájára egyaránt. Ilyen protektív tényező a hivatástudat erősítése, a reménység gondozása és fenntartása, illetve önsegítő technika alkalmazását. (Bagdy, 2004)

Összefoglalásul Deák Enikő intő szavait közlöm: „Mindenkinek, aki emberekkel foglalkozik, fontos, hogy a saját lelki egészségének védelmére is figyeljen, hiszen másokon eredményesen segíteni csak úgy lehet, ha testileg-lelkileg egészséges a segítő. Szociális munkásként elsősorban saját személyiségünkkel dolgozunk, ezért a segítség gyakorlati pszichológiájáról, önismeretünkről, személyiségünk alakulásáról folyamatosan információt, visszajelzést kell kapnunk, vagyis kérnünk. Rajtunk múlik, hogy mikor keresünk egy “padot”, amelyen megpihenhetünk, vagy egy “barátot”, akivel megbeszélhetjük gondjainkat. Szociális munkásokként ilyen “segítségként” tudjuk igénybe venni a szupervíziót, intervíziót, illetve a szakmai háló által kínált bármely olyan segítséget, ami saját mentálhigiénénk megőrzését segíti.” Deák, 2017:42

A KÖVETKEZŐ FEJEZETBEN TALÁLHATÓ TÉMÁK FELDOLGOZÁSA, AZ ISMERETEK ELSAJÁTÍTÁSA AZ ÓRÁKON INTERAKTÍV MÓDON TÖRTÉNIK. A HALLGATÓK GYAKRAN ÉPÍTENEK BE ÚJ TÉMÁKAT, AKTÍV SZEREPLŐKÉNT, CSELEKVŐKÉNT VESZNEK RÉSZT, ÉLÉNK KOMMUNIKÁCIÓ ZAJLIK A CSOPORTON BELÜL. LEHETŐSÉG VAN SZEMÉLYES TAPASZTALATOK, GONDOLATOK MEGOSZTÁSÁRA, REFLEKTÁLÁSRA.

10. LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS – SZEMLÉLET ÉS MÓDSZEREK



9. ábra: A témához kapcsolódó hívóképek
(forrás: internet)

A lelki egészség témakörének összetettségét korábban már értelmeztük. Ezért a lelki egészségfejlesztés területének meghatározását minden esetben egyedi, illetve csoportos jellemzők figyelembevételével kell elvégezni. Az alábbi témakörök feldolgozása minden korosztály és minden élethelyzet esetében hasznos lehet.



10. ábra: Téma-börze
(saját szerkesztés)

„A mentálhigiéné az embert testi-lelki mivoltában egészként kezeli. A mentálisan egészséges ember helyesen ismeri fel a valóságot, én-tudata, énazonossága fejlett, emberi kapcsolatai örömforrásul szolgálnak. Rendelkezik a jó személyes kapcsolatok kezdeményezésének és fenntartásának képességével. Át- és megéli a bizalom, a kihívás, a hivatottság, humor érzését. Fizikai, érzelmi, lelki teherbíró képessége hozzásegíti az élet pozitív megéléséhez, a csalódások, a szomorúság leküzdéséhez. Tehát képes foglalkozni saját valóságával, figyelembe tudja venni az őt körülvevő társas környezetet, kapcsolódni tud egészséges, hatékony rendszerekhez. A szilárd lelki egészség válasz korunk emberének stresszből, feszültségekből, túlterheltségből fakadó gondjaira. Erőforrás a mindennapi élethez, az egészség megőrzéséhez, a sikeres életvezetéshez. A lelki egészség nem magától értetődő. Folyamatos karbantartása nélkülözhetetlen. Az utóbbi évek kutatási eredményei arra mutattak rá, hogy a lelki egészséget károsan befolyásolja: az állandó stressz, tartós szorongás, a biztonságérzet hiánya.” (Ungi, 2011: 107)

10.1. Az öröm



11. ábra: Az öröm témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.1.1. Az öröm témája iránti érdeklődés felkeltése

„Minden életöröm és boldogság alapja, ha tudhatom, miért élek, miért vagyok egyedüli példány annyi milliárd ember közül, és mi az én egyedi feladatom az életben. Feladatot pedig valóban mindenki kapott az Alkotójától” – írja Gyökössy Endre a *Mélységeken át* – az öröm titkáig című könyvéhez.

„A fájdalommal (bánattal) ellentétes érzelmi minőség, amely – az örömet nyújtó – tevékenység folytatása iránti kívánsággal, ill. az – örömet nyújtó – tárgy megszerzése iránti kívánsággal együttesen jelentkeznek.” (Frölich, 1996: 290)

Az alapérzelmek közül az öröm az egyetlen pozitív polaritású érzelem.

Ma már egyre több olyan tanulmány lát napvilágot, melyben a mindennapi és munkahelyi érvényesüléshez az értelmi intelligencia mellett nagyobb hangsúlyt tulajdonítanak az érzelmi képességek (*érzelmi intelligencia*) fejlettségének. Az érzelem és hangulat változásai, kihatnak a megismerési, tanulási folyamatokra is. Az örömréning egy pozitív viszonyulás fejlesztő módszer, amely nemcsak az érzelmi képességek fejlesztésének kiváló eszköze lehet, hanem boldogabbá is teheti az alkalmazót.

Az örömréninget dr. Vidovszky Gábor pszichiáter fejlesztette ki 1992-ben.

Az örömréning 15 témából álló gyakorlat sorozat. Ezek a témák: illatok, zene, mozgás, természet, látvány, ételek, család, szerelem, barátság, munka, hit, múlt, jelen, jövő, én-erősítés.

Az örömréning egy megelőző módszer, de alkalmas szenvedélybetegségek gyógyulási fázisában kiegészítőként alkalmazására egyéb terápiák mellett.

Az örömréning alkalmazása révén megtanuljuk, hogy a múltból a számunkra kellemes emlékeket idézzük fel, vagy az emlékek kellemes részeire figyeljünk oda jobban.

Megtanuljuk, hogy a jelenben a figyelmünket a nekünk tetszőre irányítsuk, egyáltalán észleljük azt, a jövőt elképzelve pedig előtérbe kerülnek az optimista gondolatok, képzetek, ezáltal bizakodóvá válunk.

A múltban, jelenben és jövőben megerősítést kapnak a dolgok, önmagunk, és életünk pozitív oldalai, ezáltal bizakodóvá, derülátóvá válunk, mely elősegíti az önbizalom, a magabiztosság megerősödését, kialakulását. (Vidovszky, 2009).

10.1.2. Orientációs kérdések:

Mi az öröm? Önnek mi szerez örömet?

Hogyan szerez örömet másoknak?

10.2. A boldogság



12. ábra: A boldogság témájának ötletbörzége
(saját szerkesztés)

10.2.1. A boldogság témája iránti érdeklődés felkeltése

„A boldogság biológiai szinten az egyed biológiai szükségleteinek optimális biztosítása.” (Tringer, 1992: 274) Tringer a vallás aspektusából is leírja a boldogságot: „A keresztény ember számára a transzcendencia megragadása egyben Istenre való hagyatkozás. Az ember önmagát, mint Isten teremtményét értelmezi, s etikai kijelentéseiben végső soron a tőle kapott szabadságra hivatkozik. A biológiai, pszichológiai vagy szociális erők által determinált cselekvés mint szabad tett jelenik meg a szubjektumban, az ember Istenre hivatkozó önértelmezésének fényében. A boldogság tehát nem az etikai redukcionizmus valamely változatának derivátuma, nem valamely biológiai, érzelmi, szociális jóllét állapota. Nem egyenlő a modern egészségfogalommal sem. A boldogságot inkább úgy fogjuk fel, mint az ember önértelmezésének végső horizontját. E horizont nem valamiféle passzív keresés és megtalálás, hanem inkább alkotó munka eredménye, amelyben a hívő ember az önmagát közlő Istenre ismer.” (Tringer, 1992: 278)

Martin Seligman A boldogsághoz vezető három út című könyvében írja le, hogyan juthatunk el életvidámságunk állapotába.

Az első út a kellemes, a hedonista élet. Ez az, amit a legtöbb ember azonosít a boldogsággal. Intenzív, pozitív érzelmeket élünk át, sokat nevetünk, jól érezzük magunkat a bőrünkben - tulajdonképpen az a boldogságkép, amit a hollywoodi filmek sugároznak.

A második út a boldogsághoz az elkötelezett élet. Ez azt jelenti, hogy olyan tevékenységekben vetjük bele magunkat, amelyekbe teljesen bevonódunk, tökéletes részt veszünk bennük. Hasonló ez az élmény a Csíkszentmihályi Mihály által leírt *flow* vagy áramlatélményhez. Nagyjából bármilyen aktív tevékenység közepette megélhető: a futástól a táncon át a könyvírásig vagy a munkáig - mert nagyon sokan a munkában élik meg, de nem is tudatosul bennük, mert a munkát "divat" nem szeretni.

A harmadik út pedig a jelentéstartó élet. Ez az, amikor az ember azt érzi, hogy van értelme az életének, mindennapjainak van jelentéstartó célja. Sokszor ez egy vallásos, spirituális keretben jelenik meg, de ateistaként, hit nélkül is megélhetjük azt, hogy életünknek, mindennapi tevékenységeinknek van értelme. (Seligman, 2011)

A hosszantartó pszichés jóllét öt legfontosabb összetevőjének elmélete, a PERMA elmélet, amely öt elemből áll.

1. Positive Emotion (P) – Pozitív érzelmek, élmények (mint egy jó étel, ital,) béke, hála, elégedettség, öröm, inspiráció, remény, kíváncsiság, szeretet
2. Engagement (E) – Elfoglaltság/elmerülés, flow élmények (munkában, szabadidőben, sportban)
3. Positive Relationships (R) – Pozitív kapcsolatok, ez sokszor a boldogság legmegbízhatóbb fokmérője
4. Meaning (M) – Jelentés, azaz az élet értelmének megtalálása a személyes célokon túl
5. Accomplishment/Achievement (A) – Teljesítmény, Készségeink fejlesztése, céljaink elérése: kézzel fogható sikerek (Seligman, 2011)

Szondy Máté A boldogság tudománya című művében az alábbi megállapításokat teszi:

- boldogságszintünk élettartamunkra is hatással van
- terminális állapotú vesebetegeknél a magasabb boldogságszint hosszabb túlélést jósol, a boldogabb betegek nagyobb valószínűséggel vannak életben 4 évvel később (*Levy és Lippman, Psychosomatic Medicine*)
- ugyanezt az eredményt kapta mellrákos nők és gerincvelősérültek körében is – az előzőeknél 7 éven, az utóbbiaknál 11 éven át vizsgálták az életben maradás arányát (*Krause és Maides, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*)
- a pozitív érzelmek javítják a pszichés és a mentális állapotot is
- Növelik a figyelmi kapacitást, új viselkedési és gondolkodási sémákat alakítanak ki.
- Az elégedett emberek jobban teljesítenek, hatékonyabbak, könnyebben lépnek feljebb a munkahelyi ranglétrán, így jobban is keresnek. (Szondy, 2010)

Oliver Burkeman : Túladagolt boldogság - A pozitív gondolkodás mellékhatásai című könyvében számos kérdést feszeget, mint például „A sikerhez a kudarcon, a nyugalomhoz a szorongás elfogadásán keresztül vezet az út - avagy hogyan segíthetünk magunkon radikálisan új módszerekkel? Az önsegítő könyvek (nem) működnek? A gazdagság - már ha egyáltalán sikerül elérnünk - nem feltétlenül jár együtt a boldogsággal. A szerelem, a családi élet és a munka gyakran éppen annyi nehézséget okoz, mint örömet. Még abban sincs közöttünk egyetértés, hogy mit jelent a "boldogság". Hiábavalóan hajszoljuk hát? Vagy csak rosszul közelítünk hozzá?” (Burkeman, 2016)

10.2.2. Orientációs kérdések:

Mi akadályozza a boldogságot?

Mi a „Boldogságóra”

10.3. Az optimizmus



13. ábra: Az optimizmus témájának ötletbörzje
(saját szerkesztés)

10.3.1. Az optimizmus témája iránti érdeklődés felkeltése

„Az optimizmus a pszichológiai vizsgálatok népszerű témája, számos kutatás tárt fel összefüggéseket az optimizmus és a különféle mentális és fizikai egészségmutatók között (Allison, Guichard, Fung, & Gilain, 2003; Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord, 2000; Scheier és mtsai, 1999; Szondy, 2006; Taylor és mtsai, 1992). Az optimizmus, mint kognitív konstruktum, az életesemények értelmezésének is keretet ad, s befolyásolja a személy érzelmi jól-létét is (Carstensen, Carstensen, Charles, Isaacowitz, & Kennedy, 2003). De mit is jelent pontosan az optimizmus? A fogalom úttörő kutatói, Scheier és Carver (1985) szerint a diszpozicionális (vonás-) optimizmust úgy írhatjuk körül, mint a jövőre irányuló generalizált pozitív elvárások összességét.” (Mersdorf és mtsai, 2014: 86)

Az optimizmus (Scheier és Carver, 1985) axiómái pedig:

- az optimizmus és a pesszimizmus ugyanazon dimenzió két végpontja,
- pozitív elvárások a jövő iránt,
- nem passzív magtartás, hanem iránytű a célok, tervek kit űzésében,
- elősegíti a belső kontrollt, mely növeli a viselkedés hatékonyságát,
- karakterjeggy, mely hozzájárul a szubjektív jól-léthez és boldogság érzéshez.

„Témánk szempontjából kiemelendő, hogy az optimizmus és a pesszimizmus eltérően kapcsolódik nem csak a különböző megküzdési formákhoz, de a különböző egészséget befolyásoló magatartásmintákhoz is (megjegyzendő, hogy a legtöbb megküzdéses teória az egészségmagatartásokat is speciális megküzdési formának tekinti, lásd például: Lazarus és Folkman, 1984). Ezen a téren még nem sok vizsgálat született, de általánosságban az a megállapítás körvonalazódik, hogy az optimista beállítódás főként az egészségvédő, míg a pesszimista elsősorban az egészségkockázati magatartással van kapcsolatban. Idősebb férfiakból álló mintában az optimistább személyek gyakrabban végeztek valamilyen fizikai aktivitást, több egészséges ételt ettek (például gyümölcsöt és zöldséget), valamint közülük többen voltak nem dohányzók (Giltay és mtsai, 2007). Más adatok alapján a több fizikai aktivitást végzők optimistábbak, mint a testi egészségre kevésbé figyelő egyének (Kavussanu és McAuley, 1995). Egy fiatal felnőtt finn mintán végzett vizsgálatból pedig kiderült, hogy az optimisták nagyobb arányban fogyasztottak egészséges (rostban gazdag és zsírban szegény) ételeket a pesszimistákhoz képest. Más kutatásban a dohányzók és a nagy mennyiségű alkoholt fogyasztók aránya volt nagyobb a pesszimisták között, míg a nem dohányzók aránya az optimisták között (Kelloniemi és Laitinen, 2005). Tehát úgy tűnik, hogy az optimizmus, az egészségvédő magatartásformák és a kedvező egészségi mutatók egymást erősítő pozitív kapcsolatban vannak egymással. Ugyanakkor Szondy (2005) felhívja a figyelmet, hogy bár úgy tűnik, a pesszimizmus egyértelműen gátolja, az optimizmus pedig segíti az egészségtudatos magatartásformákat, az összefüggés nem mutat ennyire egységes mintázatot. Némely tanulmány – főként az optimizmus esetében – ellenkező irányú kapcsolatot mutatott ki. Például Kubzansky és munkatársai (2004) egyetemistákkal végzett kutatásában egyedül a dohányzás kapcsolódott erősen az optimizmushoz, de ez pozitív irányú kapcsolat volt. Ennek hátterében az úgynevezett nem reális optimizmus fogalma állhat. A nem reális optimizmus azt jelenti, hogy az emberek hajlamosak azt feltételezni, hogy az átlagnál jóval nagyobb valószínűséggel történik meg velük egy adott, pozitív kimenetelű esemény, vagy éppen ellenkezőleg, kisebb valószínűséggel egy negatív kimenetelű esemény.” (Hamvai–Pikó, 2011:63)

Amikor „a személy pozitívabb színben látja saját jövőjét, mint a hasonló helyzetben lévő másokét”, akkor irreális optimizmusról beszélünk. (Clarke és mtsai, 2000: 368 idézi Szondy, 2004)

10.3.2. Orientációs kérdések:

Táplálja-e a remény az optimizmust?

Ismeri-e az Életszemlélet Tesztet?

10.4. A stressz



14. ábra: A stressz témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.4.1. A stressz témája iránti érdeklődés felkeltése

„Selye János megfogalmazása szerint a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre (Selye, 1956). Később a stressz definícióját a stresszfolyamat két fontos tényezője, az „ok” (környezeti stresszorok vagy stimulusok, mint pl. fontosabb életesemények vagy mindennapos kellemetlenségek) és az „okozat” (a stressz által kiváltott szubjektív válaszreakciók, vagyis az ún. értékelési folyamat és a megküzdési válaszreakciók) egészítette ki (Holmes és Rahe, 1967; Lazarus és Folkman, 1984)” – írja Ádám és Salavecz. (Ádám-Salavecz, 2010: 54)

A stressz a szervezet nem specifikus válasza bármely igénybevételre. A stressz-előidéző hatás vagy stresszor-aktivitás szempontjából mindegy, hogy az a dolog vagy helyzet, amellyel szemben állunk, kellemes-e vagy kellemetlen; csupán az számít, hogy milyen mértékű az újraalkalmazkodás iránti szükséglet. (Selye, 1978)

A félelem és a szorongás fogalmát sokszor felcserélik, holott a félelemnek mindig egy jól meghatározott, tudatosult tárgya van, a szorongás viszont épp a veszély lemérhetetlenségéből, pontos behatárolhatatlanságából, és így a védekezés esetlegességéből, az ügy kimenetelének irányíthatatlanságából fakad. (Lengyel, web)

Kapcsolódó fogalmak:

- Stresszhelyzet: az egyén olyan eseménnyel szembesül, mely megítélése szerint veszélyezteteti fizikai és pszichikai jóllétét.

- Stresszorok: a stresszt kiváltó tényezők, mindazok az ingerek, melyek a szervezet alkalmazkodásra készítetik; „az olyan külső (pl. hőség, erős hang, sérülések) vagy belső (pl. félelem, fáradtság, konfliktus, a jövőre vonatkozó aggodalmak) ingereket értünk, amelyek megzavarják az egyensúlyt és ezzel alkalmazkodáshoz és védekezéshez vezetnek.” (Fröhlich, 1996: 340)
- Más felosztás szerint megkülönböztetünk univerzális stresszorokat (pl. fizikai behatások: sérülés, hideg/meleg, zaj, mérgező anyagok, fertőzések) és pszichoszociális stresszorokat (pl. tömeg, izoláció) (Tringer, 2016)¹²

„Lazarus és Folkman (1984) definíciója szerint a stressz pszichológiai állapota akkor alakul ki, ha a személy olyan helyzettel találkozik, amelyik a saját megítélése alapján a rendelkezésre álló erőforrásait meghaladja. Így központi jelentősége van annak, hogy maga a személy egy adott helyzetre hogyan tekint. Ugyanis a stresszorok (stresszt kiváltó események) hatására egyszerre több síkon indulnak el folyamatok: emocionális, kognitív, szomatikus és viselkedéses szinten. A kognitív stresszelméletek megalkotói pedig úgy vélik, hogy a kognitív kiértékelésnek meghatározó szerepe van a stresszválasz kialakulásában, így annak megváltoztatásával a stressz-szint is befolyásolható. (Kognitív kiértékelésnek nevezzük az inger észlelésének, minősítésének és a cselekvésre irányuló döntésnek a folyamatát.) Ebben a mechanizmusban számos egyéni különbség figyelhető meg, mint például az ingerek iránti érzékenység, de befolyásolják a kiértékelést a korábbi tapasztalatok és a genetikai tényezők is (Ursin, 2004). Az észlelt ingereket az elsődleges és másodlagos értékelés folyamatainak vetjük alá, melyek során a korábbi tapasztalataink, memóriánkban őrzött információk és az aktuális érzelmi állapotunk alapján minősítjük a folyamatot. (...) A stresszre adott reakciót befolyásolja továbbá a bejósolhatóság és kontrollálhatóság, amelyek a kognitív kiértékelés aspektusai. Amennyiben az egyén úgy gondolja, hogy kevés vagy egyáltalán nincs kontrollja az adott esemény felett, és nem tudja megítélni, mikor fog bekövetkezni, intenzívebb stresszválasszal fog reagálni szervezete (Kopp, 2011). Fontos szerepe van a folyamatban a kiértékelés realitásának, amennyiben valamilyen tényező (mint pl. korábbi tapasztalat) következtében a minősítés veszt realitásértékéből, működésbe lépnek különféle kognitív torzítások (katasztrófizálás, minden vagy semmi gondolkodás), amelyek hatására sokkal negatívabbnak éljük meg a stresszhelyzetet (Stauder és mtsai, 2010).”- írja egy kézikönyv a stresszkezelésről és kiegészítő megelőzésről.¹³

¹² https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch04s11.html

¹³ Kézikönyv készült a Stresszkezelés és kiegészítő megelőzés képzés résztvevői számára 2019-ben az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt keretében.

Poszttraumás stressz szindróma (PTSD): „A poszttraumás stressz szindróma egy váratlan tragédiát, egy egyszeri, de különösen nagy stresszt jelent. Ilyen például, amikor egy baleset vagy bűncselekmény áldozatai, szemtanúi vagyunk, ilyen a szexuális zaklatás, a földrengés vagy árvíz, a háború. Ennek áldozata képtelen túllépni a törtéteken, az események állandóan újra meg újra lejátszódnak a fejében; ezek az ún. villanófény emlékek. A szorongás, a depresszió állandósul. Jellemző a befelé fordulás, rémálmok, érzelmi ingadozás. Terápiája a szorongásos zavarok terápiájához hasonló.” (Dávid, 2014: 20)

10.4.2. Orientációs kérdések:

Melyek a stressz testi, érzelmi, mentális és viselkedésbeli tünetei?

Hogyan veszélyezteti a stressz az egészségi állapotot?

Milyen stresszcsökkentő módszereket ismer?

10.5. A szorongás



15. ábra: A szorongás témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.5.1. A szorongás témája iránti érdeklődés felkeltése

„A szorongás komplex jelenség, mely élettanilag a stresszre adott reakció az aktivációtól a kimerülésig.” (Selye, 1978) A szorongást valamilyen homályos vagy rosszul felfogott fenyegetés váltja ki.

A szorongás Selye János munkája nyomán eképpen értelmezhető: a nyugtalanság és feszültség érzése akár építő funkciót is betölthet, de csak bizonyos időtartamon belül és adott keretek között: fokozza a teljesítményt, lehetséges erőforrásként jelenhet meg, továbbá felkészíti a szervezetet az egyén számára negatív kimenetelű vagy kellemetlen események bekövetkezésére, ezáltal megalapozva az elkerülés vagy megküzdés lehetőségét. A feszültség állandó jelenléte azonban bizonyos szinten túl mind pszichés, mind fizikai szinten megterhelő az egyén számára, ami hosszabb távon testi és lelki problémákat okozhat.

A szorongás okainak pszichoanalitikus elméletében „Freud különbséget tett a félelem, azaz az objektív szorongás és a neurotikus szorongás között.

A félelem vagy objektív szorongás három komponensből áll:

1. valódi külső veszély,
2. a veszély, mint potenciálisan ártalmas jelenség helyes értékelése,
3. a szorongás érzelmi élménye, amelynek intenzitása arányban van a veszély mértékével.

A neurotikus szorongást Freud egy pszichobiológiai folyamatként írta le, azonban itt a veszély belül van: egy olyan tiltott ösztöntörekvés, amelyet gyermekkorban megbüntettek, elfojtás alá került, majd kikerült az egyén kontrollja alól, újra tudatosan és szorongással tölti el az egyént. Például, önérvényesítő haragját gyermekkorában a kötődési személy szeretetmegvonása követte, így amint vágyai céljai elérésében jogtalanul korlátozzák, haragra gerjed, azonban haragjához tudattalanjában a kötődési személy szeretetmegvonása társul, és heves szeparációs szorongást vált ki nála. Tehát, harag helyett, szorongást érez. Melyek a szorongást beindító főbb mechanizmusok a pszichoanalitikus elmélet szerint? A szorongás okainak különböző formáit különítik el. A személyiség szétesésének érzése által keltett dezintegrációs szorongás a legerőteljesebb, főleg súlyos személyiségzavarban és pszichotikus zavarokban jellemző. Az üldözöttes szorongás esetében egy külső üldöző személy a személy megsemmisítésével fenyeget. A szeparációs szorongásban a fontos kötődési személy elvesztésétől való félelem a meghatározó. A szeretet elvesztésétől való félelem esetében nem a kötődési személy elvesztése okoz szorongást, hanem az, hogy a személy szeretetét veszti el.

Kasztrációs szorongás a szexuális fejlődés során alakul ki, megnyilvánulása a szexuális szervek sérüléséhez kapcsolódó félelmekben nyilvánul meg, illetve bármilyen olyan helyzetben, ahol a személynek a felnőtt szexualitást kellene gyakorolnia. Érett személyiségekre jellemző a felettes-én szorongás, ami a belsővé tett morális értékek kialakulása után lép fel, amikor a személy saját tetteit helytelennek értékeli, és ez szorongást vált ki benne.”¹⁴

„A szorongás a félelem előzményi állapota, előformája. Tárgy nélküli, diffúz, bizonytalan, kínzó feszültség. Nem ölt alakot úgy, mint a félelem...A szorongásnak nincs arca, csak ködös képe. Ez pedig veszélysejtsékként, nehezen elviselhető nyugtalanságként bukkan fel. Alattomos támadásait a hangulat és érzelmek hullámverései, alig megindokolható zavar, lehangoltság, kínos feszengés vagy cselekvésbénító gátoltságérzések jelzik. Névtelen támadó, első, leggyakoribb jele az átélésben a fizikai tünetekkel kísért vegetatív nyugtalanság, az érrendszernek, az emésztőrendszernek, zsigereknek a működési zavaaraiban érhetjük tetten....Fokozatainak színe a még elviselhetőtől a kóros, tűrhetetlen fokig, az adaptációt szolgáló szinttől az alkalmazkodást bénító szintig terjedhet.” (Mérei, 1989: 40)

¹⁴ forrás: https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019_2A_Pszichoterapia_2/P_IV_2-3.pdf

A szorongás akkor tekinthető rendellenesnek, ha olyan szituációkban jelenik meg, melyeket az emberek többsége gördülékenyen old meg. (ld: fiziológiás szorongás ↔ patológias szorongás)

10.5.2. Orientációs kérdések:

Melyek a szorongás tünetei?

Milyen praktikai lehetnek a szorongás leküzdésének?

10.6. A depresszió



16. ábra: A depresszió témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.6.1. A depresszió témája iránti érdeklődés felkeltése

„[1] Levertség és kimerülésszerű kezdeményezés- és készletelhiány állapot, amely például a veszteségek, csalódások, kudarcok, fizikai vagy pszichés megterhelés, valamint a pillanatnyi tehetetlenség és elmagányosodás helyzetének belső regisztrálása után lép fel. Szinonimája: levertség.

[2] A mentális zavarok osztálya, amely a depresszív lehangoltság huzamos és visszatérő epizódjaiban nyilvánul meg. Ezek a tényleges vagy képzelt problémák pillanatnyi cselekvésképtelenség során lépnek fel, de ezek nélkül is bekövetkezhetnek. Velejárójuk a pszichés s szomatikus zavarok sokasága, mindezek modelljét depressziós szindrómának nevezzük. (Fröhlich, 1996: 81)

„A depresszió egy tünetkép gyűjtőfogalma, amely a levertségtől az ösztönzés gátoltságától egészen a teljes apátiával járó úgynevezett endogén depresszióig tart. A depressziós aktivitása totálisan gátolt, hangulata nyomott, s egy sor testi kísérőtünete is van, mint a fáradtság, alvási zavarok, étvágytalanság, székrekedés, fejfájás, szívdobogás, keresztcsonti fájdalmak, a nőknél menstruációs zavarok, a testi funkciók legyengülése. A depresszió erős lelki furdalás gyötri, tele van szemrehányással önmaga felé, s állandóan jóvá akar tenni valamit. A depresszió szót a latin *deprimu* szóból vezetjük le, ami „elnyomást”, „elfojtást” jelent. Ez felveti azt a kérdést, mi fojtogatja a depresszió, illetve mi az, amit elfojt.

Válaszként a következő három téma jöhet szóba: Agresszió, Felelősség, Lemondás.” – írja az egészségfüzetek sorozatban Temesvári Gabriella. (Temesvári, 2001: 8)

„A depresszió a kedélybetegségek egyik formája, amelynek kísérőjelenségei lehet az állandó szomorúság, az érdeklődés csökkenése, a reményvesztettség érzése. Jellemző a hangulati és érzelmi élet zavara, a gondolkodás lassulása és az aktivitás csökkenése is. A hangulati élet zavarait testi tünetek jelentkezése is kíséri. Ezek a tünetek átmenetileg fordulnak elő mindenkinél. Az állapot akkortól lesz kóros és akkortól tekinthető betegségnek, ha a panaszok több, mint 2 hétig tartósan fennállnak. Az utóbbi két évtized pszichiátriai kutatásai által, az úgynevezett biológiai pszichiátria térhódításával elfogadottá vált, hogy a depresszió nem kizárólag lelki okokra vezethető vissza, hanem abban a biológiai tényezők is döntő szerepet játszanak.”¹⁵

A depresszió tünetei: érzelmi, motivációs, viselkedéses, kognitív és szomatikus tünetek, állandó rosszkedv, egykedvűség, levertség, gyakori sírás és elérzékenyülés; pesszimizmus, fokozott érzékenység, kisebbségi komplexus, csökkent érdeklődés a környezet iránt, figyelem összpontosítás zavara, csökkent döntési képesség, a korábban örömet okozó tevékenységek nem jelentenek a betegnek semmit; fáradtság, alvászavar, gyakori álmoság, reménytelenség érzése, étvágytalanság vagy éppen a fokozott étvágy, testsúlycsökkenés vagy ritkábban hízás; fokozott érdeklődés a halál illetve a haldoklás iránt; öngyilkosság, ilyen tartalmú gondolatok, illetve öngyilkossági kísérlet; belgyógyászati kivizsgálás során nem objektivizálható fájdalom; szexuális zavarok, a szexuális érdeklődés csökkenése; a társadalmi kapcsolatokról történő visszahúzódás; szenvedélybetegség: alkoholizmus vagy kábítószer-függőség; tartós munkaképtelenség; idős korban a betegség gyakran feledékenység, zavartság formájában jelentkezik.¹⁶

A depresszió diagnózisa Németh Attila munkája nyomán:

D = Deprimált hangulat

E = Energiahiány

P = Produktivitás hiánya

R = Retardáció (meglassultság)

E = Evési zavar (étvágy változása)

S = Súlyváltozás

SZ = Szexuális érdeklődés csökkenése

I = Inszomnia

O = Organikus ok kizárható (Németh, 2003)

¹⁵ Orvosi lexikon

¹⁶ Orvosi lexikon

„Rengeteg különböző tünettől járhat együtt, a tünetek kombinációja alapján pedig ezernél is több szindróma tartozik a depresszió címkéje alá. Diagnosztikai kritériumai alapján típusos esetben két fő tünettől – melyek közül csak az egyik jelenléte szükséges – és számtalan járulékos, egyéb tünettől áll. A két fő tünet egyike a negatív érzelmek, vagyis lehangoltság, nyomottság, letört hangulat megjelenése (vagyis a depresszió), míg a másik a pozitív érzelmek eltűnése, azaz a motiválatlanság, örömtelenség, vagy indítékszegénység érzése (vagyis az anhedónia). A további, kiegészítő tünetek rendkívül sokfélék lehetnek, ide tartoznak a testi tünetek, például étvágytalanság vagy épp étvágyfokozódás, álmatlanság vagy túlzott aluszékonyság, emésztési vagy szexuális zavarok, fáradtság, energiátlanság vagy fájdalmak. A kiegészítő tünetek egy másik csoportja a kognitív vagy gondolkodással kapcsolatos tünetek, a koncentráció-, figyelem- és memóriazavarok, a tervezés vagy a döntéshozás nehézsége. Egy harmadik csoport a halállal, vagy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok megjelenése. Lehetnek mozgásos tünetek, meglassultság vagy nyugtalanság. Végül ide tartozik még a túlzott büntudat, értéktelenség, kilátástalanság vagy reménytelenség érzése is.” (Gonda-Petschner, 2020: 492)

Az örömtelenség, indítékszegénység érzése, vagyis az anhedónia, a depresszió egyik kulcsfontosságú és nagyon gyakori tünete: az öröm képességének elvesztése. „Színónimái: érzelmi ellaposodás, kedvetlenség, örömképtelenség. Az öröm érzékelésére, valamint a társalgás és a szórakozás élvezetére való képtelenség. Különleges formája az érzelmi merevség. Ez mély benyomásokat hagyó élmények (pl. koncentrációs táborban való fogvatartás, üldöztetés) következményeként, ill. a skizofrénia negatív tüneteiként jelentkezik.” (Fröhlich, 1996: 47) „Az örömtelenség önmagában nehezen látható, rendszerint következményes lelki jelenségekkel társul, amelyek jobban megfogalmazhatók. Ilyenek:

- az apátia: közönyösség, érdektelenség, „ez engem érdekel” - érzés hiánya
- motiválatlanság: „meg akarom tenni”- érzés hiánya
- erőtlenség, fáradékonyság, „képes vagyok rá”- érzés hiánya
- a pozitív visszacsatolások („ez jó volt” - érzés) átélésének hiánya
- kiüresedés: „mintha halott lennék”- érzés
- jövőkép elvesztése: „nincs értelme semminek”- érzés.” (Pálvölgyi, web)
-

10.6.2. Orientációs kérdések:

Mi az antidepresszáns?

Mit tehetünk a depresszió ellen?

10.7. Az érzelmi rugalmasság



17. ábra: Az érzelmi rugalmasság témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.7.1. Az érzelmi rugalmasság témája iránti érdeklődés felkeltése

„Egyre több kutatás bizonyítja, hogy az érzelmi merevségben, vagyis a haszontalan gondolatok, érzések és reakciók fogságában élők számos lelki betegségre, köztük a depresszióra és a szorongásos tünetekre is fogékonyabbak. Az érzelmi rugalmasságnak, vagyis a gondolatok és az érzelmek különféle helyzetekben való optimális alkalmazkodását segítő képességnek pedig kulcsfontosságú szerepe van a jóllét és a siker elérésében. Az érzelmi rugalmasság mégsem a gondolatok irányításáról és a pozitív gondolkodás erőltetéséről szól. Noha az embereket rá lehet venni a gondolataik megváltoztatására, el lehet érni például, hogy ahelyett, hogy „biztos elcseszem az előadásomat” azt gondolják, hogy „én leszek a legnagyobb király”, a legújabb kutatások szerint ez mégsem működik. Sőt, épp a kívánttal ellentétes hatást válthat ki. Az érzelmi rugalmasság az ellazulásról, a higgadtságról és a tudatosabb életről szól, vagyis arról, hogy magunk választjuk meg, hogyan reagálunk érzelmi figyelmeztetőrendszerünk jelzéseire. [...] Az érzelmek és az azokra adott reakciók között lévő tér feltárásával az érzelmi rugalmasságnak köszönhetően számos nehézség válik kezelhetővé: a negatív énkép, a mély szomorúság, a fájdalom, a szorongás, a depresszió, a halogatás, a válságos időszakok átvészélése stb. Az emocionális alkalmazkodás ráadásul nem csak a nehéz helyzetben lévőknek hasznos.

A sikeres és eredményes emberek tulajdonságait elemző részterületek szakirodalmában is kiemelt szerepet kap, például a Franklhoz hasonló, az átélt borzalmak dacára kiemelkedő teljesítményt nyújtó emberek vizsgálata során. Az érzelmileg rugalmas emberek dinamikusak. Rugalmasan kezelik a körülöttük lévő, gyorsan változó, összetett világot. Nagy a stressztűrő képességük, jól viselik a sorscsapásokat, utóbbiak ellenére is nyitottak és fogékonyak maradnak az új helyzetekre. Tisztában vannak azzal, hogy az élet nem mindig könnyű, ennek ellenére hűek maradnak a legfontosabb értékeikhez, és nem adják fel nagyszabású, hosszú távú céljaikat. Akárcsak mások, ők is éreznek haragot, szomorúságot és más negatív érzelmeket, ám a szóban forgó érzelmekre kíváncsisággal, önmaguk iránti megértéssel és elfogadással tekintenek. Ahelyett, hogy hagynák, hogy érzelmeik kizökkentsék őket, az érzelmileg rugalmas emberek mindig nagyon hatékonyan, önámítás nélkül haladnak magasabb céljaik felé.” (David, 2017: 13-14)



18. ábra: Az érzelmi rugalmasság folyamata David munkája nyomán
(saját szerkesztés)

A reziliencia jelensége napjainkra egyre inkább elterjed a köztudatban és a fizika, szociológia, ökológia, valamint közgazdaságtan mellett a pszichológia diszciplínáján belül is kiemelten vizsgált területté vált. (Porpáczi és mtsai, 2016)

A reziliencia „sokkhatás esetén megmutatkozó rugalmas ellenálló képesség, amely biztosítja a funkcionális fennmaradást”. (Szokolszky és V. Komlósi, 2015)

A reziliencia egy sikeres séma, mely lehetővé teszi a boldogulást nehéz, stresszt keltő, és az egyén számára megterhelő körülmények közepette. (Ceglédi, 2012)

A reziliencia, vagyis a rugalmas ellenállás tehát többdimenziós jelenség, mely a személyiségtényezők, családi, társas és biológiai környezeti faktorok, etnikai hovatartozás, továbbá a kor és a nem dinamikus kölcsönhatásaként írható le, azaz a rendszer belső és külső adaptációjaként értelmezhető (Ceglédi, 2012)

Danis Ildikó előadása nyomán ismerhetjük fel, hogy a reziliencia jelenségére ráleltek a kutatók a következő vizsgálataik során: gyerekek, akik jelentős kockázati faktorokkal terhelt környezetben éltek, és ennek ellenére nem várt módon megfelelő fejlődést mutattak; gyerekek, akik jelentős aktuális stressz alatt mutattak jó fejlődési kimeneteket; sikeres felépülést mutattak egy megrázó gyermekkori traumából, mint pl. háború vagy természeti katasztrófák átélése. (Werner, 2000) Reziliencia elméleti forrásai pedig az általános rendszerelmélet (Bertalanffy), a humánökológiai perspektíva (Bronfenbrenner), a fejlődési rendszerszemlélet / tranzakciós modell (Sameroff), a biológiai elméletek, a családi rendszerszemlélet és a fejlődési pszichopatológia, majd a reziliencia elmélet Rutter, Werner, Sameroff stb. dolgozták ki. A reziliencia nem egy vonás, hanem egy folyamat (különböző rendszerek közötti interakció), „egy dinamikus rendszer kapacitása arra, hogy sikeresen alkalmazkodjon olyan zavaró tényezőkhöz, amelyek veszélyeztethetik a működését, életképességét vagy fejlődését.” (Masten és Monn, 2015) A fentiekre hivatkozva a definíció alkalmazható egyénre, családra, egyéb globálisabb rendszerekre. – mondja Danis Ildikó.¹⁷

10.7.2. Orientációs kérdések:

Melyik az a 7 tartalmi elem (védőfaktor), amely a rezilienciát alkotja?

Fejleszthető-e az reziliencia?

¹⁷ Danis Ildikó kézírata

10.8. A megküzdés technikája



19. ábra: A coping témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.8.1. A coping témája iránti érdeklődés felkeltése

A megküzdés (coping), arra irányuló kognitív vagy viselkedéses törekvés, hogy az egyén megbirkózzon azokkal a stresszorokkal, stresszkeltő élethelyzetekkel és eseményekkel, melyek fenyegetést, veszteséget vagy kihívást jelentenek számára. Nem tekintünk tehát minden stresszre adott választ megküzdésnek. Definíciójához tartozik ugyanis, hogy ez tudatos, illetve szándékos erőfeszítés az alkalmazkodásra egy olyan helyzetben, amit az egyén aktuális erőforrásait meghaladónak ítél meg. (Fülöp, 2014)

Az érzelmeket a mindennapok során a hétköznapi emberek is igyekeznek azonosítani, megérteni. Ehhez gyakran a világhálón keresnek segítséget. Az elhárító mechanizmusok fajtáinak egyértelmű felsorolását adja közre az egyik népszerű oldal is:

Elfojtás: Ez a leggyakoribb elhárító mechanizmus, amikor a szorongó megpróbál egy szorongást okozó gondolatot távol tartani, kiszorítani az elméjéből.

Tagadás: Az adott állapot fennállásának vagy esemény bekövetkezésének elutasítása. A szorongó úgy tesz mintha a probléma nem is létezne.

Kivetítés vagy projekció: Amikor a szorongó, az elfogadhatatlan impulzusait, vágyait vagy tulajdonságait másoknak tulajdonítja, így elrejt az, ami számára önmagába elfogadhatatlan. De így, az elutasított tartalmat mégis ki tudja fejezni. Másokra haragszik a saját hibáiért, másokat támad vagy másokat hibáztat.

Racionalizáció elhárító mechanizmus, úgy csökkenti a szorongást, hogy megmagyarázza, logikusnak tűnő érvekkel azt a történetet, dolgot vagy viselkedést, amit másként nem tud elfogadni. Például a kudarcot, vagy a félelmeket.

Reakcióképzés mechanizmusának azt a viselkedést nevezzük, amikor az elfogadhatatlan impulzusnak épp az ellenkezőjét képi a szorongó, azaz gyűlöletre, haragra vagy épp az undorra amely megjelenik benne, például kedvességgel, megértéssel vagy elfogadással reagál. Megfordítja az érzelmeit.

Regresszióknak azt az elhárító mechanizmust nevezik, amikor egy személy egy szorongást úgy próbál megoldani, hogy korábbi, gyermekkori szintre esik vissza (gyerekesen viselkedik).

Eltolás és szublimáció a két legkevésbé neurotikus megküzdési stratégia, mikor az impulzus egy célpontról egy másikra tevődik át. Az eltolást alkalmazó szorongó ember például a haragját vagy szeretetét nem annak célozza, akinek igazából szánja, hanem másik emberre, más tárgyra helyezi ezeket az érzéseket.

A szublimáció esetében nem a céltárgyat vagy személyt változtatja meg a szorongó, hanem az impulzust. A bejövő impulzust átalakítja úgy, hogy el tudja azt fogadni. Azaz megváltoztatja az adott hatáshoz való viszonyát. Ez az elhárító mechanizmusok legfejlettebb formájának számít.¹⁸

A Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív, amely 80 tételből Oláh Attila professzor munkája nyomán született. A kérdőív nyolc stratégiát vizsgál:

1. Problémacentrikus reagálás
2. Támaszkeresés
3. Feszültségkontroll
4. Figyelem elterelés
5. Emóciófókusz
6. Emóció kiürítés
7. Önbüntetés
8. Belenyugvás (Oláh, 2005)

10.8.2. Orientációs kérdések:

Értelmezze a következő kifejezést: a személyiség „pszichológiai immunrendszere”!

Ön milyen megküzdési technikát ismer és alkalmaz?

¹⁸ forrás: <http://mentalfitnessguru.hu/transzcendens/szorongas-es-megkuzdesi-strategiak/>

10.9. A relaxáció



20. ábra: A relaxáció témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.9.1. A relaxáció témája iránti érdeklődés felkeltése

A relaxáció az a „Pszichológiai állapot, amelyet az izgatottságtól vagy megterheléstől eltérően jó közérzet, pozitív alaphangulat, az izomtónus lecsengése, a spontán reakciók lecsengése, az encefalogram alfa-ritmusokban való bővsége, a szív- és a pulzusfrekvencia mérséklődése, valamint a belsőelválasztású homeosztázis helyreállása és szinten maradása jellemez. Wundt értelemelméletében a feszültség és a feszültség feloldása közötti ellentét alapidimenzióként fogalmazódik meg, amire az érzelmek intenzitásáról szóló újabb leírások is hivatkoznak.” (Fröhlich, 1996: 325)

„A relaxáció ellazulást, ellazítást, testi-lelki-szellemi egyensúlyteremtést, a harmónia visszaállítását, a belső béke, a lelki nyugalom állapotának elérését jelenti. Ellazítani izomzatunkat, és párhuzamosan elengedni lelki görcseinket, feloldani a lelki feszültségeinket, mozgósítani belső energiáinkat.” (Győri és mtsai, web)

Bagdy Emőke szerint a relaxáció a nyugalomhoz, megnyugváshoz, fizikai és szellemi pihenéshez, felfrissüléshez hozzásegítő valamennyi helyzet és cselekvésmód megjelölésére szolgál. (Bagdy, 2008)

Relaxációs technikák alkalmazásával a bennünk lévő szorongást, stresszt hatékonyan csökkenthetjük.

„A relaxációs módszerek olyan eljárások, amelyek az ellazulás, befelé figyelés, belső csend állapotának elérését segítik elő. Szoros kapcsolatban vannak az ősi meditációs módszerekkel, amiknek célja a mély belső elmélkedés, egy gondolat belső vizuális megjelenítése. Lépései pedig a belső csend állapotának megteremtése, a tudatba felvett tartalom tiszta figyelemmel kísérése és a belső válaszok megfigyelése és egyesítése.

A relaxációs eljárások a legősibb lelki gyógy módok közé sorolhatók. Mára rengeteg módszerét fejlesztették ki, amik 3 nagy csoportba sorolhatók: aktív, passzív és integrált módszerek.”
(Győri és mtsai, web)

Bagdi Bella, aki a Boldogságóra Program elindítója és szakmai vezetője személyiségfejlesztő tréner tíz relaxációs technika alkalmazását ajánlja gyermekeknek: firkálás, felhők bámulása, álmodozás, zenehallgatás, vizualizáció, tudatos táplálkozás, mély lélegzés, irányított lazítás, nevetés és meditálás. Ugyanakkor ezek a gyakorlatok felnőttkorban is ajánlottak a feszültség kezelésére.

10.9.2. Orientációs kérdések:

Mit csinál, aki az önszuggesztió alapuló eljárásokat alkalmazza?

Mi a mindfulness?

10.10. Az autogén tréning



21. ábra: Az autogén tréning témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.10.1. Az autogén tréning témája iránti érdeklődés felkeltése

Az egyik legelterjedtebb relaxációs módszer az autogén tréning, amelyet Johannes Heinrich Schultz (1920), berlini pszichiáter professzor dolgozott ki. Az autogén tréning hat gyakorlathból áll, ezek az izomellazítást, a vérkeringés harmonizálását, a szív és légzés egészséges ritmusát, a hasi vegetatív centrum nyugalmi működését, valamint a feji (agyterületi) vérkeringés normalizálását célozzák. Az AT egy olyan gyakorlat, melyet belső koncentrációval, önmagunkra irányuló passzív figyelemmel kell végrehajtanunk, hogy az ellazultság testi és lelki értelemben is létrejöjjön. Ilyenkor csökkenhet a vérnyomás, lassul a légzés és a pulzus, illetve csökken és kezelhetővé válik a mindennapi élet okozta stressz. A módszer élettani háttere, hogy szervezetünk nem csak az agyból kap információkat, hanem különböző szerveinkből is, és ezek visszahatnak az agyi központokra, az észlelt érzelmekre. Az autogén tréninget rendszeres, szisztematikus gyakorlás és kellő elszántság árán bárki elsajátíthatja, azt követően pedig önállóan, terapeuta nélkül is végezheti. „Az „autogén” önmagából eredőt jelent. Az elnevezés arra utal, hogy az egyén a relaxációs állapotot és az abban zajló pszichés-szomatikus folyamatokat (saját élmények megfigyelése, önismeret, önszabályozás) saját maga, intrapszichés élményeinek és erőforrásainak felhasználásával hozza létre. A „tréning” kifejezés a mai pszichológiai nyelvben a kondicionálás, habituálás fogalmának felel meg, azaz a kívánt állapot ismétlés, gyakorlás útján rögzíthető, készségi tehető.” (Varga, web)

Az autogén tréningnek számos kedvező lelki és testi hatása van, mint például, hogy javítja a keringést, segít elaludni, erősíti az immunrendszert és javítja a koncentrációt. Az autogén tréninget képzett szakembertől kiscsoportos formában, egy 12-15 hetes tanfolyam keretében és rendszeres gyakorlással sajátíthatjuk el. A későbbiekben azonban a módszert bárhol és bármikor használhatjuk.

10.10.2. Orientációs kérdések:

Kiknek ajánlaná elsősorban az autogén tréning alkalmazását?

Hogyan értelmezi, hogy az autogén tréning egyben koncentratív kikapcsolódás is?

10.11. A félelmeink és gátlásaink leküzdése



22. ábra: A saját félelmeink és gátlásaink leküzdése témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.11.1. A félelmeink és gátlásaink leküzdése témája iránti érdeklődés felkeltése

Gyakran nehezünkre esik szembenézni önmagunkkal, hiányosságainkkal és nehézségeinkkel. A hasonló gondolatokkal, érzésekkel küzdők számára hasznos olvasmány Almási Kitti Bátran élni című könyve, aki erről a témáról ezt írja: "A legtöbbünk életében van olyan terület, ahol - legalábbis adott pillanatban, életszakaszban - legfeljebb annyit tudunk tenni, hogy elfogadjuk a külső és/vagy belső korlátokat, mert nem vagyunk képesek feszegetni a határainkat. Az emberben a változások folyamatszerűen érnek meg - lehet, hogy holnap már megugorható, ami ma még elképzelhetetlen lenne. És van, amit holnap sem, sőt, sohasem leszünk képesek a körülmények szintjén megváltoztatni, de el tudunk jutni ennek a belátásáig, elfogadásáig, amivel már különösebb keserűség nélkül együtt lehet élni. A terápia lényege sem mindig az, hogy a kliens életében megszűnjön a probléma. Bizonyos problémák nem is tudnak megszűnni - ilyen például egy szeretett személy halála, vagy egy baleset/betegség következtében kialakult, visszafordíthatatlan egészségromlás. A lehetőségünk ilyenkor az, hogy megtanuljunk másképpen viszonyulni ahhoz, amivel együtt kell élnünk. A helyzet nem változik meg - mi leszünk mások, és így a helyzet sem ugyanazt jelenti már számunkra. Nem oldottuk meg, de meghaladtuk." (Almási, 2015)

10.11.2. Orientációs kérdés:

Nézett-e már szembe a saját félelmeivel?

10.12. Az egészségfilozófia



23. ábra: Az egészségfilozófia témájának ötletbörzéje
(saját szerkesztés)

10.12.1. Az egészségfilozófia témája iránti érdeklődés felkeltése

A Magyar lelkiállapot az ezredforduló után című munkájában Kopp Mária és Skrabski Árpád így ír az egészséggel kapcsolatban: „Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-os meghatározása szerint az egészség a teljes testi, lelki és társadalmi jól-lét és nem egyszerűen a betegségek vagy fogyatékoságok hiánya. Ez a megfogalmazás egyértelművé teszi, hogy az egészségnek több dimenziója van: ezek a testi egészség, a lelki egészség és a társas, szociális, társadalmi egészség. Az egészségnek ez a dimenzionalitása jól tükrözi a biopszichoszociális szemléletet is. Az életminőség mutatók jól követik az egészségi állapot három fő dimenzióját: a biológiai (fiziológiai, testi) struktúrát, a pszichés/mentális állapotot és a szociális/társas funkcionálást. E dimenziók alapján értelmezhetővé és empirikusan megragadhatóvá válik az egészség, ami közelebb visz bennünket az életminőség fogalmához:

Testi egészség: a betegségtől mentes testi állapotot jelenti, egészséges szív-érrendszeri, gyomor-bélrendszeri, izom- és csontrendszeri és más szervrendszeri működéssel, ellenálló immunrendszerrel, éles érzékszervekkel és gyors reagáló képességgel rendelkezünk a balesetek elkerülésére. Ide tartozik az egészségvédő életvezetés, amely a fizikális egészség megőrzéséhez alapvető: a rendszeres testmozgás, egészséges táplálkozás, megfelelő alvás, valamint az önkárosító magatartásformák, a dohányzás, kóros alkoholfogyasztás, más drogok elkerülése.

Pszichológiai egészség: általános jól-lét, önmagunk elfogadása, intelligencia, jó memóriaműködés, világos gondolkozási képesség.

A lelki egészség feltételei: az eredményes megbirkózási készségek, érzelmi stabilitás, kreativitás, nyitottság, a személyiség és az azonosságtudat életkornak megfelelő érettsége.

A társas, társadalmi egészség: jó személyközi, interperszonális kommunikációs készségek, a bizalom képessége, tartalmas emberi kapcsolatok barátokkal és a családdal, az intimitás képessége, nehéz élethelyzetekben erős szociális háló. Szorosan összefügg a kulturális-társadalmi tényezőkkel, mint a társadalmi-gazdasági helyzet, végzettség, az etnikai, vallási hovatartozás, kulturális, nemi és hivatásbeli azonosságtudat.” (Kopp-Skrabski, 2009: 41)

Egészségfilozófia segítségével a témánk kulcsszavai, sőt jelmondatai lehetnek:

Az egészség a betegség hiánya ⇒ PASSZÍV Ne fájjon semmim!

Fizikai aktivitás és tudatos életmód ⇒ AKTÍV Fitness, wellness

Az egészség holisztikus megközelítése

(az egészség 5 dimenziója együtt) ⇒ TUDATOS Cselekvés – preventív magatartás

10.12.2. Orientációs kérdések:

Tudjuk-e, mi a lelki egészség?

Mit tehetünk azért, hogy jól legyünk?

BEFEJEZÉS

Mentálhigiéné nem önálló tudomány, hanem szemléletmód. Az egyetemi hallgatóknak, gyakorló szakembereknek, laikus érdeklődőknek mentálhigiénéis többlettudással az élet számos területére nagyobb rálátásuk, jobb megértésük és hatékonyabb alkalmazkodásuk lehet.

A mentálhigiénéis többlettudás négy pillérét Török Szabolcs az alábbiakban határozta meg:

1. látásmód és motiváció - összefüggésekben látni - képesség a perspektívaváltásra - a reflexió igény - a differenciált látás támogatása,
2. elméleti ismeretek - pszichológia, pedagógia, gyógypedagógia, szociológia stb.,
3. készségek és jártasságok (a cselekvés irányában; team-képesség) és
4. cselekvésorientáció (erőforrás, empowerment).¹⁹

Az érett, felnőtt személyiség mentálpedagógiai modelljét Fekete György és Varga Domokos (1999) fogalmazta meg számos életvezetési paraméter mentén, amit „mint taxatív leírást a praxisba való közvetlen visszacsatolás elősegítése érdekében” adtak közre. Íme a modell néhány eleme:

1. „Tudok kudarcot tűrni, hiányt-nélkülözést-szenvedést elviselni.”
2. Elfogadom külső és belső korlátjaimat, és becsülöm értékeimet, valamint a körülményeim adta lehetőségeket.
3. Alapközérzetem viszonylag és általában jó, stabil.
4. Átélem, hogy dolgom, teendőm van a világban.”

[5-10.]

11. „Nem magyarázom vagy indoklom a külvilágnak a cselekedeteimet és érzéseimet (mielőtt tennék és éreznék), hanem teszek és érzek – és utólag sem magyarázkodom.
12. Tisztelem a másik ember véleményét és érzését még akkor is, ha az engem érint és nekem nem tetsző.
13. Megbékéltem azzal, hogy nem mindenki kíváncsi rám.”

[14-20.]

¹⁹ Dr. Török Szabolcs „A lelki egészség és mentálhigiéné fogalmi kérdései és történeti fejlődése” című előadása 2015. december 2-án hangzott el a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében.

21. „A szeretetet és a szerelmet (és minden személyes kötődésemet) már úgy élem meg, hogy nem „könyvelek” s nem ijedek meg attól, hogy valaki pont engem szeret (vagy éppen nem szeret), mindeközben pedig ugyanannyira természetes számomra adni, mint” kapni.

[22-25.] (Fekete-Varga, 1999: 43-44)

Ezzel a modell is gyarapíthatjuk mentálhigiénés tudásunk tárházát, sőt formálhatunk és alkalmazhatunk saját metódust a magunk mentálhigiénéjének fejlesztésére. Tanácsos az ún. PDCA eljárást alkalmaznunk saját mentálhigiénés stratégiánk rendszeres felülvizsgálatához, amelynek hívó szavai: tervezz – csináld – értékeld – cselekedj!

Ajánlom a téma gyakorlatba történő átültetéséhez és alkalmazásához Asztalos Bernadett, Járay Márton és Szentjóni Ottó által szerkesztett Álom, terv, tett című gyakorlati útmutatóját és példatárát, amely a mentálhigiénés projektek kidolgozásához és megvalósításához nyújt hasznos információkat, tanácsokat. Illetve Ittész Gábor szerkesztésében Cura mentis – Salus Populi: Mentálhigiéné a társadalom szolgálatában című ünnepi kötetet, amely Tomcsányi Teodóra 70. születésnapja alkalmából született mentálhigiénés tanulmánykötet.

A mentálhigiénés ismeretek közlése és a kapcsolódó témák felvázolása után a jegyzetet Szókratész szavaival zárom, mert hiszem, hogy a tudást élővé kell tennünk, ez pedig a mentálhigiéné kapcsán még inkább helytálló.

„Én alig hiszem, hogy a test, még ha egészséges is, a maga kiválóságával jóvá tudná tenni a lelket. Fordítva: a jó lélek tudja csak a testet a maga erényével a lehető legjobbá tenni.”

BIBLIOGRÁFIA

- ALMÁSI Kitti (2015): *Bátran élni. Félelmeink és gátlásaink leküzdése*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó
- ANTAL Z. László (2016): *A gyógyítás társadalmi beágyazottsága*. Budapest: Argumentum Kiadó
- ASZTALOS Bernadett – JÁRAY Márton – SZENTJÓBI Ottó (szerk.) (2017): *Álom, terv, tett. Gyakorlati útmutató és példatár a mentálhigiénés projektekhez*. Budapest: Antropos Mentálhigiénés Egyesület
- ÁDÁM Szilvia — SALAVECZ Gyöngyvér (2010): *A stressz elméleti háttere és mérése: a Selye János lelki egészség program tesztbattériájának bemutatása*. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 1: 53-80.
- BAGDY Emőke – TELKES József (2002): *Személyiségfejlesztő módszerek az iskolában*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- BAGDY Emőke (2004): *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- BAGDY Emőke – WIESNER Erzsébet (2005): *Szupervízió, önismereti munka és pszichoterápia. Álláspontok, vélekedések*. In: Bagdy E. – Wiesner E. (szerk.): *Szupervízió. Egyén – csoport – szervezet*. Supervisio Hungarica IV. Budapest: Print-X-Budavár Kiadó, 13-26.
- BAGDY Emőke (2008): *Pszichofitness. Kacagás – kocogás – lazítás*. Budapest: Animula KFT
- BAGDY Emőke (2009): *Pszichoterápia, tanácsadás, szupervízió, coaching: azonosságok és különbségek*. In: Kulcsár Éva (szerk.): *Tanácsadás és terápia*. Budapest: Eötvös Kiadó, 73-77.
- BODONYI Edit – BUSI Etelka – HEGEDŰS Judit – MAGYAR Erzsébet – VIZELY Ágnes (2006): *Család, gyerek, társadalom. A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése*. Budapest: ELTE PPK Neveléstudományi Intézet
- BUDA Béla (1997): *Közösségi mentálhigiéné*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó
- BUDA Béla (1998): *Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében*. Budapest: Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány-Országos Alkohológiai Intézet
- BUDA Béla (2002): *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései. Újabb tanulmányok*. Budapest: Támasz Alapítvány
- BUDA Béla (2003): *A lélek egészsége. A mentálhigiéné alapkérdései*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó

- BURKEMAN, Oliver (2016) : *Túladagolt boldogság. A pozitív gondolkodás mellékhatásai.* Budapest: Libri Könyvkiadó
- Ceglédi Tímea (2012): *Reziliens életutak, avagy A hátrányok ellenére sikeresen kibontakozó iskolai karrier.* In: SZOCIOLÓGIAI SZEMLE 2: 85–110.
- CSEPELI György (2001): *Szociálpszichológia.* Budapest: Osiris Kiadó
- DAVID, Susan (2017): *Érzelmi rugalmasság. Hogyan lépünk túl a gondokon, fogadjuk el a változást és élünk teljes életet?* Budapest: HVG Könyvek
- DÁVID Imre (2014): *A stressz és kezelése.* In: Dávid Imre–Fülöp Márta–Pataky Nóra–Rudas János: *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok.* Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, 11-66.
- FEKETE György – VARGA Domokos (1999): *Bevezetés a mentálpedagógiába.* Gyakorlati útmutató pedagógusoknak. Budapest: Országos Pedagógiai Könyvtár és Múzeum
- FRÖCHLICH, W.D. (1996): *Pszichológiai szótár.* Budapest: Springer Hungarica Kiadó Kft.
- FÜLÖP Márta (2014): *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok.* In: Dávid Imre–Fülöp Márta–Pataky Nóra–Rudas János: *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok.* Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, 123-204.
- GEREBENICS - SZÍN Rózsa – HERCZEGNÉ SZÁMEL Annamária – PAKAI Tímea – PETRINÉ LITAUSZKI Beáta – SZABÓNÉ KÁLLAI Klára – DZUCSIGÁNNÉ ROKSZIN Mónika – TAKÁCS Tímea – WERTÁN Katalin (2019): *Mentálhigiénés családkonzulens tankönyv.* Gyula: Gál Ferenc Főiskola
- GEREVICH József (1997): *Közösségi mentálhigiéné.* Budapest: ANIMULA KFT
- GONDA Xénia – PETSCHNER Anna (2020): *A depresszió altípusai - legyenyhébbtől legsúlyosabbig a lehangoltság ezer arca.* In: *Élet és tudomány* 16: 492-494.
- HAMVAI Csaba – PIKÓ Bettina (2011): *Optimista sportoló, pesszimista dohányzó? Középsiskolások egészségmagatartásának vizsgálata az optimizmus/pesszimizmus tükrében.* In: *Iskolakultúra* 1: 62-70.
- HÁRDI István (1997): *Lelki egészségvédelem.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- HÉZSER Gábor (1996): *Miért? Rendszerelmélet és lelki gondozói gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok.* Budapest: Kálvin János Kiadó
- ITTZÉS András – SZABÓ Tünde – VÁRI Andrea – TÖRÖK Szabolcs – TOMCSÁNYI Teodóra (2006): *A mentálhigiénés szemlélet fejlődése.* In: *Iskolakultúra* 10: 98-110.
- ITTZÉS Gábor (szerk.) (2013): *Cura mentis – Salus Populi: Mentálhigiéné a társadalom szolgálatában.* Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet
- KLEIN Sándor (2004): *Munkapszichológia.* Budapest: EDGE 2000 KFT

- KOMLÓSI Piroska (2013): *A továbbképzések szerepe a kiégés megelőzésében*. In: Kapocs 3: 24-28.
- KOPP Mária - SKRABSKI Árpád (2009): Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. In: Távlatok 86: 32-52.
- KOVÁCS Mariann — KOVÁCS Eszter — HEGEDŰS Katalin (2008): *Az érzelmek szerepe a lelki kiégés alakulásában*. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 3: 199-216.
- MAKARA Péter (szerk.): *Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció*. Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2007
- MERSDORF Anna — VARGAY Adrienn — HORVÁTH Zsolt — BÁNYAI Éva (2014): *Optimistábbá tesz-e a betegség? Emlődaganatos betegek és egészséges kontrollszemélyek interjúkérdésekre adott válaszainak összehasonlítása*. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 2: 85—108.
- MÉREI Ferenc (1989): *A pszichológiai labirintus*. Budapest: Pszichoteam
- NÉMETH Attila (2003): *Pszichiátria – másképp*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- OLÁH Attila (2004): *Megküzdés és pszichológiai immunitás*. In: Pléh Csaba – Boross Ottilia (szerk.): *Bevezetés a pszichológiába*, Budapest: Osiris, 631–663.
- OLÁH Attila (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Belső világunk megismerésének módszerei. Budapest: Trefort Kiadó
- PÁLFI Ferencné (2002): *A kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében*. In: Egészségügyi Menedzsment 2: 20-24.
- PINTÉR Gábor (2019): *Társszakmák a lelki egészség szolgálatában*. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 20 (2019) 3, 207–238 DOI: 10.1556/0406.20.2019.012
- PORPÁCZI Júlia – HARSÁNYI Szabolcs Gergő – CSABAI Márta (2016): *Lelki ellenálló képesség és társas megismerés az információs társadalomban*. In: ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA 2: 91–108.
- SELIGMAN, Martin (2016): *Flourish – Éljen boldogan!* Budapest: Akadémiai Kiadó Zrt.
- SELYE János (1978): *Életünk és a stress*. Budapest: Akadémia Kiadó
- SCHÜTTLER Tamás (2001): *A pedagógiai mentálhigiéné a nevelés új értelmezése*. In: Új Pedagógiai Szemle 5: 5-16
- SZONDY Máté (2004): *Optimizmus és immunfunkciók*. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 4: 301-319.
- SZONDY Máté (2010): *A boldogság tudománya*. Fejezetek a pozitív pszichológiából. Budapest: Jaffa Kiadó

SZOKOLSZKY Ágnes – V. KOMLÓSI Annamária (2015): *A „reziliencia-gondolkodás” felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések.* In: ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA 1:11–26.

TEMESVÁRI Gabriella (2001): *Depresszió. Kiút a természetgyógyászat segítségével.* BioTer Bt.

TOMCSÁNYI Teodóra (1998): *A lelki egészség és mentálhigiéné fogalmi kérdéseinek összefüggései és praxisa.* In: Kézdi Balázs (szerk.): *Iskolai mentálhigiéné. Tanulmányok.* Pécs: Pro Pannonia Kiadó, 135–149.

TRINGER László (1992): *A gyógyító beszélgetés.* Budapest: SOTE Magatartástudományi Intézet

TRINGER László (1992): *A boldogság keresésének útjai és útvesztői.* In: *Vigilia* 4:273-278.

UNGI Ferencné (2011): *A gondozónők lelki egészségvédelme.* In: *Kultúra és Közösség*, 4: 105-112.

VIDOVSKY Gábor (2009): *Örömréning.* Gyakorlati tanácsok, hogy azzá válhass, aki lenni szeretnél. Pilis-Print Kiadó

WEBER Andrea (2017): *Pálferis Szülők Napja.* Egy közösségi program mentálhigiéné hatásai. In: *EMBERTÁRS* 2: 154-169.

Online forrás

BARCSI Tamás – JUHÁSZ Éva – KARAMÁNNÉ Pakai Annamária – SZABÓ József (é.n.): *Munkahelyi lelki egészségvédelem.* Tréning tematika. TÁMOP-4.1.1.C-12/1/KONV-2012-0010 TÁMOP 4.1.1/C – NyME – BGF – PTE – ZFOK – PFA

https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/20141017/Munkahelyi_lelki_egeszsegvedelem_Treningtematika.pdf Letöltés: 2017.02. 13.

BÁLINT Sugárka (é.n.): *Mentálhigiéné gondozás.*

<https://www.pestiut.hu/kapcsolat/mentalhigienes-csoport/> Letöltés: 2020. 07.25.

DEÁK Enikő (2017): *Mentálhigiéné, támogató csoport szociális munkások számára.* In: *Erdélyi Társadalom*, 15(2), 41–51. <https://doi.org/10.17177/77171.200> Letöltés: 2018. 05.16.

GYŐRI Ferenc – HÉZSÖNÉ Böröcz Andrea – KISS Gábor – LEHMANN-DOBÓ Andrea – MESZLÉNYI-LENHART Emese – BALOGH László (é.n.): *Wellness, sport- és egészségturizmus.*

http://www.jgypk.hu/tamop13e/tananyag_html/wellness/relaxcis_eljrsok.html Letöltés: 2020. 07.25.

KISSNÉ Geosits Beatrix (2009): *Sport, pályaválasztás és a lelki egészség a nevelés, oktatás területén dolgozó szakembereknél*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Nevelési- és Sporttudományi Doktori Iskola.

http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/kissnegeositsbeatrix.d.pdf

Letöltés: 2017.02. 13.

KOVÁCS Gábor – SZÁSZ Dóra (é.n.): *Mentálhigiéné*. TÁMOP-6.1.2-11/1-2012-1441

<https://docplayer.hu/529360-Mentalhigiene-sajnos-az-egeszseg-minden-javak-kozott-az-melyre-az-ember-a-legkevesebb-figyelmet-forditja-mercier.html> Letöltés: 2017.02. 13.

LENGYELNÉ Püsök Sarolta (é.n.): *A szorongásról*.

<http://rmpsz.ro/uploaded/tiny/files/magiszter/2005/tavasz/4.pdf> Letöltés: 2020. 05.03.

MESTER Dolli (é.n.): *Mentálhigiéné*. EKE, jegyzet.

http://pszichologia.uni-eger.hu/public/uploads/mentalteljes_59c50dd6318e0.pptx

Letöltés: 2018. 05.16.

PÁLVÖLGYI Rita (2017): *Depresszió: Az örömtelenség (anhedónia) kezelése*.

<https://www.webbeteg.hu/cikkek/depresszio/16857/a-depresszio-osszes-tunete-kezelhető>

Letöltés: 2020.09.20.

VARGA József (2016): *Pszichoterápiás és magatartást orvosló módszerek*. In: Ábrahám Hajnalka és munkatársai: *Emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig*. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon.

https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s09.html

Letöltés: 2020. 07.25.

Egyéb

DANIS Ildikó (2016): *Egyéni és családi reziliencia*. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet Családtudomány és családterápia MA képzés. Kézirat. Az előadás elhangzott 2016. 05. 11-én.

Galazek Gáborné(2021): *Pest Megyei Viktor Egyesített Szociális Intézmény Mentálhigiéné Csoport Szakmai Program*. Kézirat