

## II. A lelki egészségvédelem lépcsői

Az emberi értelem vagy ...a lélek egészségét talán éppoly nehéz megmagyarázni, mint a testét.

Merck: Eines Ungenannten Fragment

A megelőzés hasznosabb, mint a gyógyítás. A megelőzés mellett foglalkozunk a *tanácsadással*, a *gyógyítással* és a *gondozással*. A megelőzés bizonyos ismereteken, eljáráson („technikán”), valamint szervezeti, intézményi alapokon nyugszik. Ismeretanyaga, módszerei és eljárásai, valamint intézményrendszere sokban függ a szemlélettől. Különösen fontos a pszichiátriához való viszonya, melyet ugyancsak alapként tekintünk.

A megelőzés jelentőségét nem kell külön bizonyítani. Emberi és gazdasági szempontból egyaránt előnyösebb, mint a gyógyítás. Emberi szenvedések, a társadalom igénybevétele, a környezet megterhelése messze nagyobb a már kialakult betegség megállapításakor, kivizsgálásakor és gyógykezelésekor, mintha mindezt megelőzzük.

Mint *Hollós István* – modern kezelések hangoztatásakor – szokta mondani, gyógyulások mindig voltak, pszichiátriai betegek között mindig akadtak, akik maguktól, tehát a természet gyógyító segítségével rendbe jöttek. A mai modern kezelések igen szép eredményekkel dicsekedhetnek. Problémák azonban e téren is bőven akadnak. Így szkizofréniából még kedvező esetben is visszamaradhatnak személyiségi károk. A krónikus alkoholbetegség – különösen, ha késve kerül orvoshoz – késői kezelése legtöbbször oly súlyos személyiségi, organikus és társadalmi károkkal jár, amelyek a gyógyulás kilátásait csökkentik.

A megelőzéssel szemben sok előítélet és ellenvélemény érvényesül. *Kuiper (Rudolf, Tölle, 1984)* szerint a szkeptikusok a lelki egészségvédelemről úgy vélekednek, mint annak idején a fertőző betegségekről; a védőoltások (vagy nyilván a mai antibiotikumok) előtt: nem hittek a megelőzésben. Mások felhozzák ellenvetésképpen az okok ismeretének hiányát. Lehet-e megelőzés akkor, amikor pl. az endogén pszichiátriai kórképek okait tulajdonképpen nem ismerjük, s azokról különféle felfogások vannak, de „végérvényes”, általánosan elfogadott patogenetikus állásfoglalás nincs.

*Caplan (1964)* bőséges példákkal szolgál az orvostudomány területéről arra, hogy számos betegségben már akkor is volt megelőzés és hatékony védekezés, amikor az okokat még nem ismerték. Így pl. Jenner himlőoltása már akkor eredményes volt, amikor a szörnyű járvány igazi kórokozója még homályos volt. Védekezni tudtak a skorbut ellen is – gyümölcscsel és főzelékkel –, amikor a vitaminhiány fogalma még ismeretlen

volt. Hazai példával is szolgálhatunk: Semmelweis, az „anyák megmentőjévé” vált a gyermekágyi láz kórokozójának felfedezése, a modern bakteriológiai korszak előtt, midőn megtiltotta, hogy boncolás után ugyanazzal a kézzel orvosok, medikusok nőgyógyászati vizsgálatot végezzenek szülés előtt álló nőknél, valamint bevezette a klórvizes kézmosást.

A kritikai megjegyzésekkel szemben felhozható még, hogy nem csupán a kiváltó okokkal és tényezőkkel foglalkozunk, hanem a szervezet, pontosabban a *pszichikus ellenállóképesség* fokozásával (I. I. és III. fejezet). Ez a kérdés nálunk az „egészség megőrzése”, a WHO közleményeiben az „egészség előmozdítása” fogalmában szerepel. Ez a célja még az egészségnevelésnek, széles körű társadalmi felvilágosító munkának.

*Seva* erről (1991, 1839. old.) a következőt írja: „Végezetül el szeretnénk még mondani, hogy a profilaktikus eszközök egész sora: gyermekek és fiatalok iskolai és intézeti egészségnevelése, jó terhesgondozás, genetikai tanácsadás, a gyermekkor érzelemszegénységének megakadályozása, fertőző betegségek, kábítószer-szenvedély leküzdése, mindenfajta társadalmi peremre kerülés vagy szociális probléma (krónikus betegség, öregkor, súlyos diszkrimináció, rossz életkörülmények javítása) a megfelelő társadalmi tevékenység, beavatkozás útján a primer prevenció fontos része. Ámbár optimális eredmények csak akkor érhetők el, ha ezek az eszközök mélyen beépülnek a társadalomba. Ez sajnós idő kérdése. Következésképpen a mentálhigiénikusok sohase adják fel erőfeszítéseiket és tudományos vállalásaikat.”

Mielőtt azonban a lelki egészségvédelem lépcsőivel megismerkednénk – utalva az előző fejezet történeti adataira –, meg kell állapítanunk, hogy a konfliktusok következményeinek és pszichés betegségek keletkezésének megelőzése csak több oldalról lehetséges, tehát *multidiszciplinárisan*: a pszichopatológiai megközelítés mellett a szociálpszichiátriai tényezőkön keresztül a társadalom szélesebb problematikája is egyaránt figyelembe veendő.

Ugyancsak alapvető – mint ahogy ezt a későbbiekben (lásd IV. fejezet) látni fogjuk – az okok relatív szerepe. Hatásuk, értékelésük függ a helyzettől, a személytől, az időtől és több más tényezőtől. Az újabb történelmi korszakok és tudományos kutatások, a nagy lelki megrázkódtatások, intenzív traumák abszolút fontosságára utalnak. (l. 97. old.)

### A prevenció fajtái és céljai

1. Primer prevenció: a lelki egészség erősítése, védelme, a lelki bántalmak előfordulásának csökkentése.
2. Szekunder prevenció: kóros állapotok tartamának megrövidítése.
3. Tercier prevenció: a pszichés betegségek által okozott kár csökkentése.

# A primer prevenció

Tulajdonképpen oki megelőzés: védelem, és káros erők, hatások ellen dolgozni, mielőtt azok bajt okoznak. Ez történhet (Caplan, 1964):

1. testi, szomatikus,
2. pszichoszociális,
3. szociokulturális és – tegyük hozzá –
4. ökológiai síkon.

1. A testi-fizikai ellátást illetően itt is utalhatunk az „ép testben ép lélek” gondolatára. Már 1961-ben a Párizsi Nemzetközi – akkor még mentálhigiénikusnak nevezett – Kongresszuson is hangsúlyozták, hogy a mentálhigiéné része az egész higiénének. Másképpen: a fizikai higiéné alapja a lelkinék, s azzal szorosan összefügg. Így az alapvető emberi szükségletek kielégítése, a megfelelő ételmezés, ivóvíz, lakásviszonyok, a testmozgás lehetősége stb. épp olyan jelentős, mint a külső ártalmak, például a vegyi károk (ólom-) vagy más levegőszennyeződés elkerülése. Mind ezt a WHO közleményei (1991) is hangsúlyozzák. Nem mellőzhetjük a civilizáció alapigényeit jelentő mellékhelyiségek (WC-k, tisztálkodási lehetőségek stb.) számát és jellegét, lelki közérzetünk ugyancsak fontos tartozékait sem. Sajnos e téren hazai körülményeink (éttermek, eszpresszók stb.) messze elmaradnak a kívánatostól. Itt természetesen a társadalmi, gazdasági tényezőkről sem feledkezhetünk meg, a hiányt szenvedett emberek, a nyomortanyán élők nagyobb veszélyeztetettségnek vannak kitéve, mint azok, akiknek mindenük megvan.

A multidiszciplináris megközelítés a közegészségügyin kívül a testi betegségekre vonatkozóan az *organikus orvostudományra* is támaszkodik. Közismert az érbetegségek elterjedtsége, melyek közül a cardiovascularis bántalmak ellátása egyben fizikális alapja a szellemi-lelki egyensúlynak. A magas vérnyomás gondos kezelése a különféle komplikációk (pl. agyi inzultusok) megelőzését szolgálhatja. Ugyanakkor utalni kell a magam – és a pszichoszomatikus irodalom szerzőinek – tapasztalataira, a tünetváltásra: essentialis hipertóniában a sikeres vérnyomáscsökkentés következtében depresszió kerülhet előtérbe. Ezért célszerű a betegekkel való pszichés foglalkozás, s mellette esetleg antidepresszívumok adása is.

A fertőző betegségek elleni eredményes küzdelemben még jelentős feladatok várnak megoldásra. A védőoltások rendjének pontos megtartása, s nyomukban a gondos kontroll indokolt, a hatékonyság ellenőrzése és a komplikációk elkerülése céljából. Sajnálatos azonban, hogy a legyőzöttnek vélt – régebben „morbus hungaricus”-nak nevezett tüdőtuberculosis – újból szedi áldozatait. Ennek egyik oka az, hogy a nehéz szociális-gazdasági körülmények s hiányos higiénés viszonyok közepette élők, pl. a hajléktalanok elhanyagolják állapotukat, nem szedik a gyógyszert, más-

felől sokan foglyai lesznek az alkoholbetegségnek, mely köztük még súlyosabb kárt okoz, mint a nem tuberkulotikusoknál.

Külön kell szólnunk az *AIDS*-ről, az emberiség egyik legsúlyosabb veszedelméről. A ma még meg nem gyógyítható fertőző betegség nem csupán testi veszélyeket rejt, hanem lelkieket is, melyek – a súlyos késői idegrendszeri tüneteken kívül – pusztán a fertőzés felismerése kapcsán szorongást, sőt depressziót okozhatnak. A legnagyobb veszedelem az öngyilkosság: a WHO (1990) leírása szerint az *AIDS*-szel fertőzött férfiak 36-szor gyakrabban követnek el öngyilkosságot, mint akik nem betegedtek meg. Ugyanakkor találkozunk olyan nem fertőzött emberekkel, akik az *AIDS*-tól hipochondriásan szoronganak. Ez a jelenség sokban emlékeztet a régi, nemi betegségtől való fóbiákra.

Egy egyetemi adjunktus „félrelépése” kapcsán attól tartott, hogy partnerétől nemi betegséget – vérbajt – kapott. A súlyosan szorongó beteget csak a negatív szerológiai leletek és a pszichiáterrel való ismételt beszélgetés nyugtatta meg.

*Az anyaság és gyermekáldás is sok pszichés megterheléssel és problémával járhat. A családtervezéshez – de a későbbiekben is – szükség esetén célszerű pszichiáter tanácsát is figyelembe venni (Petó, Fráter, 1991). Elsősorban akkor kerül ez szóba, ha veszélyeztetett személyiségről van szó, vagy tudunk előzetes pszichopatológiai bajokról, történésekről (pl. gyermekágyi pszichózisról). A családtervezésnél, a védekezés módjánál, de a szülésnél és utána is egyaránt gondolni kell a lelki egészségvédelmi feladatokra.*

A *terhesgondozás* során nemcsak a testi, hanem a lelki állapottal is kell törődni. A teherbe eséssel kapcsolatos helyzet, a kívánt vagy nem kívánt terhesség, az anya személyisége, érettsége stb. mind befolyásolják a terhesség kihordását. Lezajlott betegségek (pl. vesegyulladás) szorongást kelthetnek, s alapos ellenőrzést igényelnek. Különösen nagy gondot okoznak a tinédzserterhességek: az egyén és a gyermek sorsa. A túlzott dohányzásnak és alkoholfogyasztásnak, valamint egyes gyógyszereknek magzatkárosító hatása lehet. Az alkoholos embriopathia (melynek növekvő gyakorisága ismeretes a szakirodalomban) az alkoholfogyasztásnak a testi-szellemi fejlődés zavarát okozó következménye. A fertőző betegségek – elsősorban a rubeola – ellen is védekezni kell, mely ha a terhesség első hónapjaiban éri az anyát, a magzat súlyos fejlődési rendellenességéhez, értelmi elmaradottságához vezethet.

A *genetikai tanácsadásnak* nem csupán a párválasztásnál (pl. családban előforduló pszichiátriai betegek házasodásának kérdéseiben stb.), hanem a terhességben is jelentős szerepe van. Így pl. anniocentézis útján többek között a Down-betegség diagnosztizálható. A terhes asszony így, a nemzetközi irodalomnak megfelelően (WHO, 1991, Jablensky, 1989) eldöntheti, hogy a terhességet megtartja-e. Ugyancsak megfelelő vizsgálatokkal némely biokémiai eredetű értelmi fogyatékoság időben felismerhető, pl. fenilketonuriás értelmi fogyatékoság kialakulása megfelelő diétával megakadályozható, megelőzhető.

A koraszülés és az abortusz (Bourne, Lewis, 1991) gyászreakciót hagyhat maga után, s ez sokszor 6–8 hónapig is érezteti hatását.

A korszerű szülésvezetésnek köszönhetően ma már nem oly gyakoriak az agyi károsodások vagy az asphyxiás újszülöttek, mint régen. Ismeretes azonban, hogy a koraszülöttek, a kis testsúllyal világrajöttek (2500 g alattiak) fejlődésének épsége veszélyeztetettebb, mint a normális súlyúaké. Megfelelő technikával és atmoszférával lezajlott szülés után is néhány napos kifáradásos jellegű, átmeneti hangulati nyomottság alakulhat ki a szülő nőben, de keletkezhetnek ún. „generációs pszichózisok” is. Ezek közvetlenül a szülés után (puerperiumban), szoptatásnál stb. fordulhatnak elő (Pető, Fráter, 1990). Az anyai szerep, az arra való érettség, felkészültség, az „elég jó anyaság” problémája (Winnicott, 1988, 1991) már itt is mutatkozhat. Megfigyelések szerint a saját anyával való megoldatlan konfliktus feszültségek forrása lehet, sőt patogén szerepet is kaphat.

A gyermeki fejlődés számos fontos kérdésében kiemelik a fizikai egészség megőrzését, az idegrendszer, az agy védelmét mindenféle káros eróművi és toxikus hatások elől (WHO, 1991).

Apoláslélektani tanulmányainknak itt is jelentős szerepet tulajdonítunk, mert a betegségek megfelelő pszichés atmoszférában, megfelelő bánásmóddal való kezelésének a célja a lelki ártalom nélküli gyógyítás. (Hárdi, 1966, 1995). Egyes orvosi pszichológiai törekvések (pl. Beckmann et al, 1982), újabban az ún. egészségpszichológiai irányzatok (pl. Genest és Genest, 1987) is ezt hangsúlyozzák.

**2. A pszichoszociális igények ellátása, a személyiség szellemi, érzelmi fejlődésének biztosítása** elsősorban a családdal és más fontos személyekkel való kapcsolaton alapul. Tulajdonképpen az *emberi kapcsolatok* iránti igény kielégítéséről van szó. Elsősorban az érzelmekről s fejlesztésükről, valamint a személyiség körülhatárolásáról, irányításáról és érvényesüléséről, továbbá a tekintéllyel való kapcsolatáról. Ugyancsak ide tartozik a közös tevékenységekben részvétel igénye, a feladatok elvégzéséhez kapott támogatás és függetlenség. Egyértelmű itt az anya–gyermek kapcsolatnak, a család szerepének fontossága, a megkapaszkodás lelki egészségvédelmi jelentősége (l. III. fejezet).

Az ember életében kiemelkedő helyük van a *kulcsszemélyeknek*: nekik megfelelően a személyes életünkben lényeges – kulcs – szerepet játszó egyéneknek, akiknek lelki egyensúlyunkban fontos helyük van. Elsősorban családtagok (szülők, házastárs, testvér stb.), hozzátartozók, de barátok, fontosabb társadalmi személyek is tartozhatnak közéjük. Főként bennük tud az ember megkapaszkodni, s nekik fejezi ki érzelmeit. Ők azok, akiknek értékelése, törődése, támogatása első lépcső a társadalmi beilleszkedéshez. Elvesztésük a harmónia megbomlásához, az egyensúly felborulásához vezethet. Jelentőségük azonban nem pusztán pozitív, mert pl. a paranoid téveszmék esetében is beszélhetünk kulcsszemélyekről – vagy ilyenek csoportjáról –, akiknek a beteg a „bajt” (esetleg a „bajkeverést”) tulajdoníthatja.

Paulus részletesen ismerteti Maslow lelki egészséget védő munkásságát az *önmegvalósításról* (lásd még 29., 71. oldalt). Ha a gyermekek, fiatalok alapvető személyi szükségletei, készségeik kielégítése akadályba ütközik, vagy abban súlyosabb hiányt szenvednek – frusztrálódnak –, sajátos károsodást szenvedhetnek, sőt emberi alapértékeik is veszélybe kerülnek: elidegenedhetnek, elveszíthetik életkedvüket, értéktelennek érzik magukat, mindent reménytelennek vélnek, cinikussá, destruktívvá válhatnak, és a társadalom peremére sodródhatnak (*Frankl* ezt „noogén neurozisznak” nevezi). Ilyenkor kóros pótcselekmények, primitív hedonizmust szolgáló szenvedélybetegségek is jelentkezhettek, mint az alkoholfüggőség és a kábítószer-szenvedély. Maslow a megelőzésben a nevelés gondosságát emeli ki, a fiatalok személyes élményeinek, tapasztalatainak, véleményének figyelembe vételét, megnyilvánulásainak értékelését (hány beteggel is találkozhatunk, akiket gyermekkorukban „semmibe vettek”, szavaikra nem figyeltek, „csak gyermek...” – hallhatták). Az egyéni döntések elősegítése, a felelősségvállalás, a tevékenységgel járó intenzívebb koncentráció, az átéltek, a tapasztalatok feldolgozása ugyancsak eszközei a megelőzésnek. A kialakult kórképekben Maslow pszichoanalitikus terápiát javasol, mely elsősorban jellemanalízis, személyiségformálás.

Az elsődleges megelőzésben ugyancsak fontos a *rizikószemélyiség* felismerése. Olyan emberekről van szó, akik könnyen megbetegednek, általános, hétköznapi megközelítés szerint „gyenge idegzetűek”. A pszichés károsodás iránti fogékonyság örökletes tényezők mellett elsősorban kora gyermekkori okokra, családi körülményekre (pl. felbomlott otthon) vezethető vissza. Jelentős még a szociális helyzet, így a kis jövedelmű, nehéz körülmények között élő rétegekben a fizikai betegség, a gyermekhalandóság is gyakoribb. A 2500 g súly alatt született csecsemők fejlődését az értelmi fogyatékoság is veszélyezteti (WHO, 1991). Ugyancsak a fokozottan veszélyeztetettek közé tartozik az intenzív vagy ismétlődő lelki traumán átesett gyermek (illetve felnőtt). Pl. az anya korai elvesztése, különösen 3 és 5 éves kor előtt. Nem ritka az ilyen veszteségélmény újra átélése, amidőn a második megrázkódtatás immár egyensúlyvesztéshez, tünetképzéshez – betegséghez – vezet (pl. „ismét elhagyták...”). A trauma feldolgozása (*Vikár, 1992*) kerül itt szóba, pszichés mechanizmusokkal, személyes erőforrásokkal. Az általános megközelítésben maradva a lélekelemzési tapasztalatok a feldolgozásban az én erejére vagy gyengeségére utalnak, a belső integráció lehetőségeire. Mennél jobbak ezek, annál hatékonyabb a megterhelés, a trauma feldolgozása (I. III. fejezet). Ha több veszélyeztető tényező van együtt, használják a sérülékenységi (vulnerabilitás) kifejezést. Ilyen ún. testi rizikótényezőkről beszélnek pl. a szívinfarktus-betegségben nagy nikotinfogyasztás (abuzus), esszenciális hipertónia és elhízás esetén. Az ehhez járuló lelki tényezők az ún. „A” típus fogalmába tartoznak: eszerint infarktusra hajlamos az a személy, akire – az ismertetett testi rizikófaktorok mellett – labilis önértékelés, erős szociális presztízs iránti igény, rigid és fokozott munkatempó, hajszolettség, nemritkán agresszív rivalizálás jellemző. Igen érzékenyek a kudarcra.

Mindehhez nemritkán érzelmi üresség is járul, embertársai iránti nemtörődomséggel (Kisker, K. P. et al., 1987).

Már a fentiekből is kiderül, hogy a rizikószemélyiség, a veszélyeztetettség legtöbbször nem általános, hanem speciális, pl. szenvedélybetegség esetén, alkohol- vagy kábítószer-függőségben (lásd: V. fejezet).

A szociális háttér szerves összefüggésben van a személyiséggel, lehet ez családi, szélesebb környezeti vagy társadalmi támogatás. Sokszor nem is „objektív” szociális támogatásról van szó, elég, ha érzi a bajba jutott, hogy krízishelyzetében mögötte állnak (Schwarzer, 1990). A szociális támogatásban is alapvető tényező tehát, hogy abban mennyire tud az egyén megkapaszkodni (l. 229. old.). Ugyancsak szóba jön, amit a pszichoterápiában analitikus megfontolással énerősítésnek mondunk: a támogatás, a mellette állás, az önértékelés emelése stb.

A rizikószemélyiség kiszűrése iskolákban, nevelési tanácsadóknak, gondozó intézetekben a primer prevenció értékes eszköze lehet. Ebben a szokásos pszichiátriai, klinikai pszichológiai vizsgálatokon kívül különféle kérdőíveket is szoktak alkalmazni.

A balesetvédelem kérdése is az elsődleges megelőzéshez tartozik. Hazánkban elsősorban az alapvető és egyébként nélkülözhetetlen biztonságtechnikai eszközök alkalmazását és a szabályok megtartását tartják szem előtt. A védőháló, a védőkesztyű, autóban a biztonsági öv stb. ma már elengedhetetlen. Közlekedési balesetben a szabályok megszegésén kívül az alkohol- és a gyógyszerfogyasztás okozza a legtöbb balesetet (WHO, 1991). A gyógyszerek közül kiemelik a benzodiazepinek veszélyeit (Magyar, Szalay, 1992). Így pl. az Amerikai Egyesült Államokban a közlekedési balesetek 20%-a, Norvégiában az üzemi balesetek 12,2%-a a határuk alatt történik. Hazánkban a közlekedési balesetek nem kis számát ittas vezetés okozza.

A megelőzést illetően szükséges foglalkozni az ún. baleseti hajlam kérdésével, amely tulajdonképpen Freudnak tévcselekményekről szóló elgondolásaiból indult ki (Joseph, Schwartz, 1975). Bizonyos tévcselekmények önbüntető, önpusztító tendenciára utalnak. A későbbi szerzők (Alexander, Dunbar, LeShan) elmélyítették ezt a magyarázatot s megoldatlan konfliktusok cselekvésben való lereagálásának vélték, különösen az ismétlődő balesetezőknél. Ezek olyan emberek, akik ellenséges, agresszív indulataikat cselekvés útján vezetik le. Kismartoni (1980) gyermekeknél és felnőtteknél mutat be több példát konfliktusok ilyen megoldására, pl. autóbalesetnél. A magunk tapasztalatai alapján is célszerűnek látszik baleseti hajlam feltételezése, mert gyakran pl. alkoholbetegeknél nem lehet eldönteni, hogy a „síneken való figyelmetlen áthaladás” baleset volt-e vagy öngyilkosság. Természetesen az alkohol, egyes gyógyszerek, rossz fizikai állapot, pl. fáradtság, a pszichomotoriumra és a hangulati állapotra, érzelmi világra stb. feszültségkeltően hathatnak, s mindez hozzájárulhat a baleset keletkezéséhez.

0-14 éves korig a gyermekek halálozásának első helyén állnak a balesetek (Csehpal et al., 1992). Kismartoni megfigyelései szerint nehéz

családi körülmények között élő, labilis, neurotikus gyermekeknél gyakrabban fordul elő baleset. Természetesen sokan kritizálják a hajlamosság kérdését és nem tartják mellőzhetőnek a körülmények szerepét, pl. nagyobb veszélyeztetettsége van a közlekedésben annak, aki 100 000 km-t vezet egy évben, mint aki csak 10 000-et. Egy-egy autóbalesetnél az útvisszonyok mellett az autó műszaki állapota s a körülmények találkozása sem mellőzhető.

A kritikák ellenére számos megfigyelés bizonyítja – különösen az ismétlődő balesetezők eseteiben – a pszichológiai tényezők fontosságát. Ezért a balesetvédelmi megelőzésben a műszaki, környezeti tényezőkön kívül a személyiség szerepére is nagyobb gondot kell fordítani. A balesetvédelmi oktatás ne csupán a sematikus ismeretekre szorítkozzék, hanem a munkában vagy közlekedésben résztvevők személyiségére, szükség esetén szelekciójukra is terjedjen ki. Gyermekeknél az általános lelki egészségvédelmi, nevelési tényezőkön kívül a sérülékeny, esetleg beteg személyek kiválasztása és kezelése ugyancsak szóba kerül. Akiknél már előfordult baleset, azoknál feltétlenül felmerül a pszichés foglalkozás, sőt szükség esetén a kezelés igénye.

**3. A szociokulturális ellátás a személyiség működését és fejlődését társadalmi értékekre és szokásokra épülően befolyásolja. A társadalomban elfoglalt hely, valamint annak változásai és perspektívái egyaránt jelentősek. A hátrányos csoportokhoz való tartozás (ilyenek pl. az elnyomott kisebbségek, fajgyűlölet áldozatai) károsítja az ott élő egyének személyiségét („megbélyegzés”, „sárga csillag”), s ez a megaláztatásokon, szenvedéseken túl is hat a személyiségre. Az új társadalomba való beilleszkedés (pl. bevándorlóknál) gyakran olyan súlyos pszichés megterheléssel járhat (pl. a nyelvismeret hiánya), amely nemegyszer akár az egyensúly felborulásához vezethet. Mindenkire hat csoportjának kultúrája, nyelve, szokásai, hagyományai. Szemléletét, ítéletrendszerét stb. környezete formálja. Mennél szilárdabb egy társadalom, annál jobban ellátja tagjait problémamegoldó adottságokkal, vezérlő értékekkel. E szempontok természetesen befolyásolják a velük való bánásmódot is.**

A munka gazdasági, egzisztenciális szükségletek mellett *belső* igényeknek, késztetéseknek tesz eleget. A tevékenységtől függően örömet és kielégyülést hozhat. A munkakapcsolat, a tevékenységgel való azonosulás egyfajta foglalkozás- és hivatásbeli identitást alakít ki. Ismerjük pl. a „tanár”, a „mérnök”, a „rendőr” professzionális személyiségét. A teljesítmény, az alkotás, a munkahelyen és a társadalomban elfoglalt hely egyfajta *külső* eredményességet jelent, amely kedvező esetben a siker élményével járhat. Mindez növeli az önértékelést is, amely a pályán való előrehaladással is párhuzamos lehet. A felgyorsult technikai fejlődés állandó alkalmazkodást követel, amely egyfelől megterhelő lehet, másfelől az új módszerek, eljárások elsajátítása tanulást igényel. Mindez a személyiség előnyös fejlődését is hozhatja. A lakóhely (közeli, távoli stb.), a személyes élet eseményei (házasság, születés, válás stb.), a betegség szervesen



összefonódnak a munkával, egymásra kölcsönösen hatnak. Bizonyos fokú tevékenység a családi életben is fontos szerepet tölt be (pl. a „családfői”) és társadalmi státust is jelent.

A munkában az intézményi, üzemi helyzet, társadalmi kapcsolatok, társadalmi szerepek is meghatározóak. Mindez nem csupán előnnyel, de problémával is járhat. Nincs munkahely konfliktusok nélkül, s ahol emberek dolgoznak, a súrlódások elkerülhetetlenek. Természetesen számos más munkahelyi pszichés megterheléssel is találkozhatunk, mint monotonia, túlmunka, kudarcélmények stb. Ugyanakkor hangsúlyoznunk kell a *munka egészségfenntartó szerepét*. Ez már az elmondottakból is nyilvánvaló. Ezért is alkalmazható megfelelő keretek között a tevékenység gyógyító hatása, a munkaterápia. Ugyancsak ezt támasztja alá, hogy nem egy szkizofréniás vagy értelmi fogyatékos betegünk évtizedekig problémamentesen dolgozik egy munkahelyen, viszont ha onnan elbocsátják, egyensúlyát veszti.

Hazánkban is megnőtt a *munkanélküliség*, aminek bőségesen vannak lelki egészségvédelmi vonatkozásai. Más, ha felszámolnak egy gyárat, s más, ha csoportokat vagy egyéneket a működő üzemből küldenek el. A munkanélkülivé válás okozhat krízishelyzetet, amely sokkal kezdődik, majd testi-lelki tünetekkel folytatódik a reaktív szakaszban, s oldódik az adaptációs szakaszban. Kétségtelen, hogy az állás elvesztése az önértékelésben, a jövő perspektívájának megítélésében szorongást, lehangoltságot okoz. A patogenezisben meglévő súlyát azonban sokan (pl. *Häfner, 1987*) megkérdőjelezzik. Az ismert elgondolások szerint a munkanélküliek több alkoholt és gyógyszert fogyasztanak, depressziósok és öngyilkosok lennének. Az alkoholfogyasztás s a dohányzás azonban legfeljebb átmenetileg nő. Az áttekintett tanulmányok szerint a munkanélküliek közül az amúgy is sérült személyiségekből, alkoholbetegekből kerülnek ki az öngyilkosok vagy különféle pszichés károsodásban szenvedők, depresszívek. A lehangoltságok, letörések a munkahely elvesztésével és az újabb állás megszerzésének nehézségeivel kapcsolatosak. Tapasztalatok szerint az egészségeseknél ezek nem olyan kifejezettek, azok viszont álláshoz is könnyebben jutnak. A munkanélkülivé váltak közül a kórházba kerülők, az öngyilkosok elsősorban magányosok vagy özvegyek. Másfelől, akiknek megfelelő pótlásuk, szabadidő-tevékenységük, elfoglaltságuk van, azok közül még a sérülékenyebbek is ritkábban betegednek meg. A kérdés azonban közel sincs tisztázva, nyilván az egyes országok között nagyok a különbségek, és ez még további tanulmányozást igényel.

4. *Vétes O. J.* (1935) „Milieu és gyermeki lélek” című művében ökológiai pszichés vonatkozásokról írt. Meghatározta az *objektív miliót* (természeti, időjárási, éghajlati, talaj- és tájékvizonyokkal), a *kulturális miliót* (gazdasági, vallási, politikai tényezőkkel) és végül az *emberi miliót*, amelyet a környezetben lakó emberek képeznek. Ezeknek együttes hatását, pszichés lenyomatát nevezte *szubjektív miliónak*. Szólt még a falu, a város, a milióváltás, a kivándorlás és más ilyen kérdések lelki befolyásá-

ról. Az elmondottak alapján is nyilvánvaló, hogy az **ökológiai tudományoknak** is fontos szerep jut az elsődleges megelőzésben. Elég utalni a levegőszennyeződésre, a sugárártalomra, a környezetkárosításra stb.-re. Az épületek és az azokat körülvevő természeti környezet hatásai összetetten érvényesülnek (l. 55. old.). Másfelől nem választhatók külön a bennük élő emberektől, a társadalomtól. Mindezek kölcsönösen hatnak egymásra. Ezért is szükséges foglalkoznunk a **lelki környezetvédelemmel**. Találkozunk ugyanis lelki környezetszennyeződéssel is, miként *Mozsgay* (1987) Ancsel Évát idézi, aki a beszéd útján végbemenő lelki szennyeződésről szól. A pszichiátria történetében a középkori táncepidémiák „lelki tömegfertőzések” voltak, amidőn tömegek állandóan növekvő csoportjai kimerülésig táncoltak az utakon. (Innen származik például a tarantella, amelyet egy mérges pók csípésére vezettek vissza.) A beszéd, a viselkedés és magatartás, valamint a kialakult helyzet kényszere is (l. *Függőség* V. fejezet) vezethet lelki környezetszennyeződéshez. Hasonlóképpen a környezeti tényezők, a szűk lakások, a városi zsúfoltság ún. „*környezeti stresszt*” okozhat (Séra, 1990). Ennek alapján a lelki környezetvédelem foglalkozhat:

- a) a „család”, a csoport és a társadalom,
- b) az egyén

környezetvédelmével.

*Az ember és környezetének viszonyával* (Séra, 1990) az ún. ökológiai pszichológia foglalkozik. A környezet hatással van az emberre, s az ember is – sajnos, nemritkán káros – hatással a környezetre. A környezet ilyen pszichológiai vizsgálata számos tudománnyal függ össze: a biológiával, a geológiával, az antropológiával és végül, de nem utolsósorban a meteorológiával. Kérdéseink: hogyan hat a környezet az emberre? Mit tudunk tenni a káros hatások kiküszöbölésére, a keletkező bajok elkerülésére?

*Természetes és épített környezetről* beszélünk.

A *természetes környezettel* nap nap után találkozunk: erdővel, mezővel, hegygel; az időjárás jelenségeivel, napsütéssel, esővel, széllel és viharral. Mindnyájunk kedélyállapotát befolyásolják az időjárás elemei, a napfény, a világosság és a sötétség. A „világosság”, „fény”, „sötétség”, „tavasz”, „ősz” pusztá említése is sokrétű rezonanciát és érzéseket kelt. Az évszakok s változásaik, csakúgy, mint az időjárás viszontagságai tehát hatnak az emberre. A gazdag fizikokémiai, biokémiai, meteorobiológiai és meteoropatológiai kutatások ugyan számos összefüggésre utalnak, de bennünket a *természet, az időjárás egésze* érdekel elsősorban. Elég, ha arra utalunk, hogy hogyan hat ránk egy szürke ködös idő, vagy a felhők alól kibújó, vihar utáni napsütés. Lelki egészségünk szempontjából két összefüggést érdemes kiemelni.

Kétségtelenül találkozunk az időjárásra testileg-lelkileg érzékeny emberekkel, sőt tudományosan is bizonyított ún. „fronthatásokkal”. Az időjárás változásai iránti érzékenység az életkorral fokozódik, mennél idő-

sebb valaki – s főként öregkorban –, annál jobban ki van téve az időjárás szeszélyeinek. Mindezzel szemben legalább annyira gyakoriak az időjárást valódi bajaik elkendőzésére (projektív úton, l. III. fejezet), ún. racionalizálására használók. Tehát a „hiba” nem bennük, hanem az időjárásban van. Mindez a betegek által elmondottakból, azok összefüggéséből derül ki. (Főleg személyiségzavarban szenvedők, pszichopaták okolnak másokat, sose ők okozzák a bajt...)

A természetvédők joggal védik az erdőket, a fákat, a réteket, melyeknek tiszta levegője s a puszta látványa önmagában lélekmelengető, egészségfenntartó. Sajnos a világban az építkezések, a gyárak nemegyszer igen nagy területeket vesznek el a lakosságtól.

Az épített környezet, az épületek jellege („betonsivatagok”, vékony falak miatt „áthallás” stb.) vagy a monotóniával, vagy a nyugalom hiányával okoz lelki környezetszennyeződést. Még a legfejlettebb technikával rendelkező államokban is olvashatunk a „*betegépület-szindrómáról*” (*Lancet*, 1991), amidőn bizonyos épületekben gyakori a letargia, a fejfájás, az orr-, nyálkahártya- és kötőhártya-kiszáradás, -gyulladás, a bőrgyulladás, az asztmás rosszullétek stb. Mindezt az épület jellegével, működésével és fenntartásával hozták kapcsolatba. Különösen kórházakban („*beteg kórházak*”), hivatalokban, állami intézetekben stb. figyelték meg ezt az Egyesült Királyságban, ezért a kérdés orvoslására a brit parlamentben külön bizottság is alakult. A rossz világítás (amely pl. a diákok haladását befolyásolja az iskolában) (*Séra*, 1990), a hőmérsékleti viszonyok, a szellőzés hiányosságai egyaránt fontos tényezők. Sokszor a természetes szellőzést nélkülözik, s még az oly fejlett légkondicionálás káros hatásáról is hallunk. A dohányzás ártalmait, a levegő károsítása szintén szerepel az okok között. A megoldást – a „*betegépület-szindrómában*” – a rendszeres ellenőrzés, az észlelt hibák kijavítása s a gondos fenntartás nyújtja.

A gazdasági tényezők mellett sokszor háttérbe kerülnek az *esztétikai értékek*. Miként a természet, úgy a szép tágas épületek a „szemet gyönyörködtetés” útján a lelkieket is megörvendeztetik.

Az *otthon* jelentőségét nem szükséges hangsúlyozni. Az angol mondás is erre utal: „My home is my castle...” – Az otthonom az én váram, melyre *Bettelheim* (*Séra*, 1990) is utal, aki „szimbolikus anyának” mondja, mely lehet jó, s kényelemmel és biztonsággal vesz bennünket körül, de lehet *taszító*. Mindez hangsúlyozza az otthon védő szerepét, mely lelki egészségünk egyik alapja lehet. Itt is felmerül a *territórium* fogalma, mely határokkal megszabott terület, s véd a betolakodástól, támadástól. A társbérlet, a birtokviszony feszültségei („birtokháborítás”, „magánlaksértés”) *súrlódás*, feszültség, konfliktus sőt pszichózis kiindulása lehet. A leg-egészségesebb emberek között is előfordulhatnak kerttel kapcsolatos *viták*, de súlyosabb formában állandóvá válhat a harc pl. paranoid betegek esetében, akiknek „a szomszéd megmérgezi szőlőjét” vagy „ellopja a gyümölcsét” stb.

Itt kell megemlékeznünk a *hajléktalanokról*, akiknek száma hazánkban is megnőtt. Már az előbbiekből is kiderülhet, hogy az otthon bizton-

ságot adó fedelének elvesztése milyen károsodást okoz. Rendszerint szegény és személyiségzavarban szenvedő, sérült lelkű emberekről van szó, akik a társadalom peremére kerültek. Nem csupán lakóhelyüket veszítik el, hanem emberi kapcsolataikat is, és gyökértelessé válnak. *Bassuk* (1992) főként hajléktalan amerikai nők, anyák sorsát írja le, akik között igen sok a lelki beteg, alkohol- és gyógyszerfüggőségben szenvedő. A hazai tapasztalatokkal megegyezően a hajléktalanság gazdasági, szociális és pszichopatológiai okokra vezethető vissza. Hazánkban főként személyiségzavarban szenvedők (pszichopáták illetve szociopáták), alkoholbetegek soraiból kerülnek ki a hajléktalanok. Sajátos peremszerepükben nem egyszer kényszerülnek antiszociális megnyilvánulásokra, bűnözésre. Elhelyezésük azonban nem csupán elszállásolás kérdése. Helyhez kötésük, letelepítésük a számos beilleszkedési nehézség miatt súlyos szociálpszichológiai probléma is. Ugyanakkor nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy számos ember létformája a vándorlás, a csavargás. Gondoljunk csak a párizsi clochard-okra, parkok padjainak, híd alatti helyeknek lakóira. Volt egy időszak, amely az ilyen vándorigényt szocializálni tudta: még a XX. század elején is akadtak vándorköszörűsök, „őszeresek”, akik ugyan enyhített formában, de házról házra járva ilyen vándorérettel tartották fenn magukat. Ez persze „távoli” – de pszichológiai értelemben –, mégis valamilyen rokonság.

„Környezeti stresszről” (*Séra*, 1990) beszélünk, amikor a tömegben előforduló ártatlan esemény, baleset, gyilkosság vagy zsúfoltság esetén a keletkező tolongás, helyszűke s az ebből adódó „versengés”, „rivalizálás” feszültséghez, szóbeli és fizikai agresszióhoz vezethet (l. még IV. fejezet).

Beszéljünk most az *egyéni környezetszennyező hatásról*. Ez történhet szavak útján sajátos magatartás, helyzet vagy agresszív viselkedés, hatalmi körülmények nyomán (l. még kóros függőség, V. fejezet) *Mozsgay* (1987) idézi *Ancsel Évát*: „A csupasz érdek nem szeret csupaszon megjelenni. Nagyon jólöltözötten szeret megjelenni, nyelvi jólöltözöttségben. Ezzel egyfajta *környezetszennyeződéssel* fenyeget. Ez nyelvi környezetszennyeződés. Ugyanis a mondanivaló elrejtéséhez kell a legtöbb szó.” Egy volt igazgató mondta: „Mindent el lehet intézni, csak megfelelő törvényes formulát kell rá találni.” *Mozsgay* főként hatalmi emberekről beszél, akik ilyen módszerekkel – főként az elmúlt évtizedekben (nyilván pozíciójukhoz nem megfelelő képességekkel) – károsították környezetüket. A kérdés azonban sokkal szélesebb körű. Alkoholbetegek családjukat, gyermekeik fejlődését súlyosan károsítják. Éjszakai csendháborítók, hangos kocsmák, zajos mulatók, részegeskedő, aszociális elemek nyugtalanítják környezetük békés alvóit. A lakosság tiltakozásának sokszor igen nehéz érvényt szerezni.

Míg a társadalomba visszatérő, dolgozni vágyó betegeinket az előítéletektől kell védeni, óvni a háttérbe szorulástól, a peremre kerüléstől, addig nem kevésbé *indokolt az egészséges gyermekek és felnőttek lelki környezetvédelme sem*.

Házasságban a férfiak nemegyszer fizikai erejükkel élnek vissza. Házunkban törvényt hoztak a házasságban történő mindenfajta erőszak ellen. Erre nézzük alábbi példánkat:

Egy 42 éves férfi beteg azzal a panasszal jön hozzánk, hogy felesége „megmérgezte”, aki ezt „be is vallotta”, s emiatt a rendőrség le is tartóztatta. Elmondotta, hogy kávéét kapott tőle, ami után igen rosszul érezte magát, szívdobogása lett, elkábult. Nikotint tett az italába, cigarettát oldott fel, s ezzel akarta eltenni láb alól. Feleségével összekülönbözött, mert erkölcstelen életet él, férfiakat visz fel a lakásra. Mindezt egy füzetrel is bizonyította, melyben a feleség saját kézírásával mindent bevallott. Bár a történet eleve igen gyanús volt, s ezért a nőt a rendőrség természetesen elengedte, a valóság teljes képe csak ezután tárult fel: A primitív, labilis nőbeteget a mérgeztetéses és féltékenységi téveszmében szenvedő paranoid férj évek óta terrorizálta és kényszerítette – bottal a feje fölött –, hogy „vallja be, kikkel volt és azt írja le”. Ő pedig mindent leírt, jóllehet, a nikotinnal való mérgezés is teljes képtelenség volt. A vallomás után aztán a férj feljelentette a feleségét a rendőrségen. Mindketten kezelésbe kerültek.

Ugyancsak paranoid határeset egy 67 éves „idegenbe szakadt” férfi beteg. Állandó konfliktusai miatt, s ezek nyomán börtönben töltött évek után forró lett lába alatt a talaj, s az enyhülés éveiben sikerült külföldre jutnia. Mint „előkelő külföldi nyugdíjas” hazalátogatott, s botrányok sorozatát okozta – legtöbbször részegen. Elvált feleségét időnként „meglátogatta”, aki, ha tehetett, rémülten menekült előle, majd az elszenvedett durvaságok nyomán kórházba került. Az ugyancsak elvált fiának gyermekeit (akik hasonlóképpen halani sem akartak az antiszociális-agresszív emberről) az „iskolában meglátogatta”, ugyancsak részegen. Ott renitens viselkedése miatt ki akarták utasítani, de fegyverrel fenyegetőzött. Az igazgatónő – iskoláját botránytól féltve – nem mert rendőrt hívni. Fia elvált feleségét is gyakran fenyegette, sőt egy alkalommal részegen meg akarta fojtani. Nemegyszer a rendőrség kihívása mentette meg a helyzetet.

A lelki környezetvédelemben a személyiség, a self, s az én védelme igen fontos. Mindnyájunk előtt ismeretes pl. a némely vezető és beosztott, tanár és diák között olyan sajátos elnyomó, agresszív viszony kialakulása, hogy a beosztott akármit csinál, „rosszul dolgozik”, s a diák „rossz tanuló marad”. A károsodott személyiség elbátortalanodik, az énje meggyengül, s a negatív helyzethez rögzül. Házasságban is látunk nőket, akiket a „teremtés koronája” letorkol. Egy értelmiségi férj feleségét így intézte el: „Asszonybeszéd pipafüst...”. Az én károsítása, összetörése a gázlángjelenségben (l. 40., 128. old.) is jól látható. Az énkárosodott ember annyira sérült, hogy beszélni, megnyilvánulni sem mer, mert hisz „minden rossz, amit csinál...”. Látunk pl., hogy egy patológiás függőségben szenvedő betegünkénél (l. 114. old.), a feleség terrorizálta a morálisan és szellemileg magasan felette álló férjét. Természetesen a személyiség, az én védelme legbelsőbb énünknek, a selfnek kibontakozását is célozza. A primer prevenció fontos eszköze még az egészségnevelés és a médiumok (l. 224. old.).

## A szekunder prevenció

A másodlagos prevenció célja a korai stádiumban lévő kóros állapot gyors, hatékony megoldása. Amikor még mozgásban van vagy nem rögzült a kép. Ez sok mindentől függ: szükséges a pszichológiai kulturált-

ság, hogy a környezet kisebb változásokat is felismerjen és idejében próbáljon segíteni, elsősorban szakemberhez küldéssel. Az azonnali beavatkozás elmulasztása, halogatása, várakozás, különféle kibúvók keresése állapotromláshoz vezethet.

Nehezebb esetben finomabb, árnyaltabb megközelítés is szükséges lehet. A klinikai pszichológus pszichodiagnosztikai vizsgálatait, a pszichiáter finomabb explorációi ugyancsak segítséget nyújtanak.

A másodlagos prevenció jelentőségét a modern gyógykezelések is fokozták. Így a Lithium-profilaxis az affektív (pl. mániás depresszió – ún. bipoláris) kórképek ismétlődését 20%-ra csökkentette, a kontrollcsoport (placebóval vagy imipraminnal kezelték) 76%-ával szemben. A modern neuroleptikus gyógyszerek harmadára csökkentették (a placebokezeléssel szemben) a szkizofréniások visszaesését, valamint háromszorosan meghosszabbították a társadalmi beilleszkedését (Jablensky, 1989).

Természetesen nem hallgatható el, hogy a kezelések – sokszor tartós – mellékhatásokkal járnak, s a betegek kiegészítő foglalkozásra, pszichoterápiára is szorulnak.

A másodlagos prevenció egyik – elvi – eszköze a szűrés. Természetesen a szomatikus vizsgálatokhoz hasonló szűrésekkel – mint pl. a tüdőszűrésekkel – nem vethető egybe, mivel itt sokkal bonyolultabb, finomabb és rendkívül időigényes eljárásra van szükség. Ilyenkor három elkülöníthető csoporttal találkozhatunk:

- a) a korai kezelésre alkalmas pszichés zavarokkal,
- b) krízisesetekkel, amelyek aktuális konfliktusok nyomán jelentkeznek,
- c) olyan krónikus esetekkel, melyek a környezet toleranciája miatt vagy a betegek és a család rejtési, fedési tendenciái miatt nem kerülnek szakkezelésre.

Pest megyei tapasztalataink alapján főként az alkoholbetegekre és egyes értelmi fogyatékosokra gondolhatunk. Az alkoholisták rendszerint súlyosabb közösségi összeütközésnél, a család felbomlásánál stb. később kerülnek orvoshoz.

A lelki megterhelésekben, konfliktusokban szenvedők először a legközelebbi környezethez, hozzátartozókhöz (pl. szülőkhöz), barátokhoz, ismerősökhöz fordulnak. Guerin (1960) kutatásai szerint 42% fordul paphoz, 29% körzeti orvoshoz, 10% különféle házassági tanácsadóhoz és szociális intézményhez, és csak 18% veszi igénybe a pszichiáter vagy pszichológus segítségét. Mindez egyértelműen utal a pszichológiai kulturáltság, lelki egészségvédelmi ismeretek elterjesztésének fontosságára.

## A tercier prevenció

A tercier prevenció célja a gyógyulás véglegessé tétele, a visszaeséstől való védelem. Caplan szerint az elszenvedett kórkép további károsító ha-

tásainak, következményeinek csökkentése. Ez pedig széles körű rehabilitáción alapul. A legfontosabb szempontok a következők:

1. Fel kell mérni a kórkép okozta károkat, a beteg elidegenedését és produktívitasának hanyatlását.
2. Mindent meg kell tenni a betegség okozta elidegenedés ellen. A gondozónó feladata, hogy a környezet a beteget kedvezően fogadja.
3. A kórházi beutalást lehetőleg el kell kerülni. Mindent meg kell tenni a beteg elszigetelődése ellen és kítaszítottóságának elkerülésére.
4. Stimulálni kell a beteg produktívitasát: célszerű a kezelésbe sokszí-nú ösztönző elemek bekapcsolása.
5. A felmerült nehézségek ellenére – akár átmeneti intézmények (pl. nappali szanatórium, védett munkahely) segítségével – minden eszközzel segíteni kell a közösségbe való beilleszkedését.

## A tanácsadástól a tanácskozásig

Semmit sem adunk olyan könnyen,  
mint tanácsot.

*La Rochefoucauld*

A mindennapi életben nemegyszer találkozunk „nehéz helyzetbe került”, „megszorult”, „válaszút elé állított” emberekkel. Családi bajok („válni vagy nem válni”, „alkoholista férj”, „rosszul tanuló gyerek”, „nehezen nevelhető fiú”, hűtlenség, állandó viszályok stb.), szerelmi dilemmák („melyiket szeressem?” „kit válasszak?” stb.), foglalkozásbeli nehézségek (fő-nők-beosztott viszály, „a régi munkahely helyett a jobban fizető újba menjek-e?” stb.) konfliktusok, krízisek (I. XI. fejezet) vagy akár tartó-sabb lelki bánatmak formájában jelentkeznek. A dilemmában lévők a „mit tegyek?” kérdésre azonnali választ várnak. A régi világban a „kedves ro-konok”, nagynénik, nagybácsik, „bölc s öregek” szívesen adtak tanácsot. A „bajba jutott emberen segíteni”, az „itt és most” sürgetése nyomán, erkölcsi feladatnak is tűnt.

Ma már a *segítés szakszerűségét* kell hangsúlyozni, mely az egyszerű tanácsadástól (counselling) a tanácskozáson (konzultáción) át az orvo-si-pszichiátriai (ambuláns vagy osztályos) ellátásig sokféle lehet. A szak-tanácsadásnak nagy múltja van. Elsősorban klinikai pszichológusok, pe-dagógusok, gyógypedagógusok foglalkoznak ezzel. Ma a világ különböző országaiban az ilyen tevékenységet szakképesítéshez, elsősorban pszicho-terápiához kötik. A lelki egészségvédelmi tanácsadásnak (*Harms és Schreiber, 1963, Tudor, 1996*) sokféle iskolája, iránya van aszerint, hogy milyen módszerrel és elmélettel dolgozik a tanácsadó. Nálunk intézmé-nyesen elsősorban nevelési, pályaválasztási tanácsadók, pszichológiai és gyógypedagógiai ambulanciák foglalkoznak ezzel. Eszköztárunkkal a vizs-

gálattól a krízisintervención át a rövid pszichoterápiáig sokféle segítséget nyújthatnak. A lelki egészségvédelmi segítségnek egyik legkidolgozottabb módszere a *Caplan* (1964, 1970, *Caplan et al.*, 1994, 1995) által kidolgozott tanácskozás (konzultáció).

A *meghallgatás* tulajdonképpen mindenki rendelkezésére áll, s jelentőségéről *Bálint* (1961) és mások munkáiból értesülhetünk. A pusztán figyelmes, emberi együttérzéssel történő meghallgatás már önmagában terápiás értékű lehet. Hatékonysága a pszichológiai kulturáltsággal és a szakmai képzettséggel fokozódik. A szavak általi megkönnyebbüléssel, a problémák tisztázásával segíthetünk, és biztosan nem ártunk. A laikusok sokszor előítéletes vagy mechanikus tanácsai („menjen férjhez”, „váljon el a gonosz férjétől”, „a születendő gyerek rendbe hozza a házasságot” stb.) kárt okozóak lehetnek s visszaüthetnek a tanácsadóra („a nagynéni tanácsára váltam el”).

A szakszerű tanácsadó vagy konzultációt végző tisztában van a saját kompetenciájával, határaival: *A megfelelő sínre teszi a bajbajutottat*. Tudja, hogy mikor elég, ha egyedül ő foglalkozik a hozzáfordulóval, vagy elküldi a megfelelő szakemberhez, illetve szakintézménybe, pl. gyógypedagógiai ambulanciára, pszichiátriai gondozóba stb. Bármilyen módszerrel dolgozik valaki, egyet nem szabad elfelejteni: ne ártsunk! Nil nocere. (Részleteket l. XIV. fejezet).