

Mentális egészség, mentális betegség - orvostörténeti és társadalmi megközelítésben

Mental health, mental illness - in a medical history and social approach

Ember Zsolt doktorandusz,

Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

zsolt.ember07@gmail.com

Initially submitted Febr.1, 2022; accepted for publication March 1, 2022

Abstract

Health is our basic value – the base of our existence. In our accelerated world, we have to pay more attention to our mental health, since we are tending to ignore our mental needs and natural desire for well-being. While preserving mental health emphasising prevention is as important, as an individual- and social intentions of efficient healing. Creating optimal individual, environmental and social conditions are equally important, starting from a livable residential environment through positive working place conditions to well-functioning social support. The history of mental health and ill-health indicates clearly that mental imbalance was a significant individual and social problem all the time, which was differently realized and tried to manage – with less or more success. However, the more and more humane and indulgent forms of treatments and cures indicate that we understood the problem as the suffering of fellows is ours too. Thus, supporting professionals have to do the most they can to ease the suffering of both physically and mentally ill patients. Earlier this practice was served by the principle of moral treatment, later on by the mental hygiene movement, and nowadays it is served by actions of great world organisations, that are united in a worldwide collaboration beyond all country borders by the global mental health movement.

kulcsszavak

mentális egészség, mentális betegség, pszichiátria, mentális egészség mozgalmak, egészségpszichológia, hátrányos helyzet

keywords

mental health, mental disorder, psychiatry, mental health movements, health sociology, disadvantage

1. Bevezetés: korok értelmezései

A mentális betegség, a normális és rendellenes értelmezése a történeti idő és a kultúra függvényében változó.¹ A kulturális relativizmus értelmezése alapján a kultúrák csupán önmagukból kiindulva magyarázhatók, hiszen „*egyedülálló kifejeződései az őket hordozó társadalmi csoportoknak*”, így nem illeszthetők egyetemes értékrendbe.²

A mentális betegségek okságával kapcsolatban az idő folyamán alapvetően három elképzelés alakult ki, melyek mindmáig párhuzamos magyarázó erővel bírnak: a természetfeletti, a szomatogén és a pszichogén szemlélet. A természetfeletti elképzelés a démoni megszállottságot, a bűnöket, az átkokat, az istenek nemtetszését, a napfogyatkozást és a bolygók gravitációs hatását tartotta a főbb okoknak. A szomatogén megközelítés a fizikai működés zavaraira helyezi a hangsúlyt, melyek a test egyensúlyhiányából, a genetikai öröklődésből, betegségekből, vagy agykárosodásokról eredeztethetők. A pszichogén etiológia a traumatikus és stresszes élményeket, a maladaptív formában rögzült ismereteket, valamint a torzult

¹ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

² <http://mek.oszk.hu/02100/02115/html/3-1000.html>

észleléseket teszik felelőssé. Mindegyik felfogás esetében más-más kezelési és gondozási módok kidolgozásával és alkalmazásával találkozhatunk.³

A mentális egészség a WHO meghatározása szerint „*a jóllét és az egyének hatékony működésének alapja; több, mint a mentális betegség hiánya; képesség a gondolkodásra, tanulásra, és az érzelmek, valamint mások reakcióinak megértése. Az egyensúly állapota, mind a környezetben belül, mind pedig a környezettel.*”⁴. Nem csupán egy tudományterület, hanem ideológiai és politikai mozgalom is egyben, mely a kezelés minőségének- és az emberi jogok biztosításának feladatait is tartalmazza – a társadalom különböző szegmenseinek bevonásával. A mentális egészség eredete a közegészségügyre és a pszichiátriára vezethető vissza. Fogalmi elődje, szinonimája sokáig a mentálhigiéné volt, ami a klinikai pszichiátriától annyiban különbözik, hogy nem egyénnel foglalkozik, hanem csoport-, közösségi- és társadalmi keretek között valósul meg, mint komplex folyamat – így az nem egy tudományterület, nem a pszichiátria szinonimája, hanem sokkal átfogóbb és kiterjedtebb annál.⁵ Egy 1893-as, az American Psychiatric Association (APA) által adott meghatározás szerint a mentálhigiéné az elme minőségének megóvását, energiáinak megőrzését jelenti, melyet mozgással teli életmóddal, elegendő pihenéssel, az érzelmek uralásával és az értelem fegyelmzésével érhetünk el⁶. Buda Béla 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.*”⁷

2. A mentálisan beteg emberek kezelése a történelmi idők tükrében

2.1 Óskor

Bármily meglepő is lehet, de a mentális betegségek kezelésével már i.e. 6500-ban is próbálkoztak. Barlangrajzok alapján a trepanáció módszerét alkalmazták az epilepszia és a koponyában rekedt gonosz szellemek elűzésére. A módszer maga – amit még a középkorban is műveltek - a koponya meglékelését és annak egy részének sebészi úton való eltávolítását jelenti⁸(1.sz. kép). Az eljárás során lyukat csiszoltak a koponyába nyers kőszközökkel, koponyafűrészsel és fűrővel, amin keresztül a szellemek távozhattak az agyból és a beteg meggyógyulhatott. Koponyatörést, migrént és mentális betegségeket is kezeltek. Az ősi Mezopotámiában pap-doktorok kezelték a mentális beteget, vallási rituálékkal, akiken szintén démoni megszállottságot feltételeztek, mint fő okot. Ennek keretén belül ördögűzést, igézést, engesztelést, imádságot és más misztikus szertartásokat végeztek⁹.

³ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

⁴ <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/mental-health>

⁵ BERTOLETE 2008.

⁶ <https://www.jhsph.edu/departments/mental-health/about-us/origins-of-mental-health.html>

⁷ BUDA 2002. 9.

⁸ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

⁹ FOERSCHNER 2010. 1.



1. számú kép: Középkori trepanáció

(forrás: <http://www.inquiriesjournal.com/articles/1673/the-history-of-mental-illness-from-skull-drills-to-happy-pills>)

2.2 Ókor

A mentális betegségeket az ókori kultúrákban többnyire továbbra is a démoni megszállottság egy formájának tekintették és erősen stigmatizálták a betegeket. Bevett szokásként elkülönítették őket a többségi társadalomtól és bezárva tartották őket¹⁰. A mentális betegségeket főleg templomi vallásos szertartásokkal és istenek ígézésével próbálták meg kezelni. Kr. e. 2700 környékén terjedt el Kínában egy kiegészítő orvosi kezelés, a 'Yin és Yang koncepció', mely azt vallotta, hogy a testi és mentális betegségeket a pozitív és negatív erők közötti egyensúlyhiány okozza. A kezelési mód tulajdonképpen a harmonikus élet kialakítása volt, melynek következtében megteremthető az egyensúly és lehetővé válik az életszél szabad áramlása az emberben.

I.e. 1900-ban Mezopotámiában és Egyiptomban írták le először a később hisztériának nevezett mentális betegséget és annak kezelését: azt tartották, hogy azoknál a nőknél jelenik az meg, akiknek testében a méh elkezd vándorolni, majd egy-egy létfontosságú szervhez kapcsolódva rontja annak működését, ami olykor fájdalmas tünetekkel is jár. Gyógyítására szomatogén kezelést alkalmaztak: erős, kellemes szagú anyagokkal kívánták a méhet a helyére visszacsalogtatni.

A héberek szerint az örület Isten büntetése, amit a bűnök beismerésével, majd bűnbánattal lehet kezelni¹¹. Ugyanakkor Istent tekintették a legfőbb gyógyítónak is, akihez a papok fordultak a gyógyítás

¹⁰ <https://www.uniteforsight.org/mental-health/module2>

¹¹ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

során, különféle módszerekkel. A perzsák is hasonló szemléletet vallottak, de ők a megelőzés hívei voltak, bizonyos óvintézkedések megtétele által. Ilyen volt pl. a test higiéniján kívül az elme higiénija is, ami a jó gondolatok és cselekedetek által volt biztosítható. Az ókori egyiptomiak, korukat megelőzve élen jártak a természetes gyógykezelésekben: a normalitás állapotának visszaszerzése érdekében zenélést, táncot, festészetet javasoltak, mint terápiát. Fejlett orvostudományuk és sebészeti ismereteik voltak: egy i.e. 16. századból származó papirusz a sebek korabeli kezelését írja le, sebészeti operációkról számol be, és elsőként azonosítja a mentális funkciók helyeként az agyat. Az ismeretlen eredetű betegségeket azonban továbbra is varázslatokkal kezelték, és ők is osztozták a görögök hitét a női hisztéria okáról - amit a hüvely füstölésével igyekeztek gyógyítani, remélve, hogy az visszacsalogatja a méhet a megfelelő helyére. Babilóniában, Asszíriában és a Közel-Keleten szintén zeneterápiával és varázskének éneklésével, valamint bűbájjal próbálkoztak gyógyítani a mentális betegségeket¹².

A görög orvoslásban Hippokratész próbálkozott meg a vallás és az orvostudomány elkülönítésével, elutasítva a mentális rendellenességek természetfeletti magyarázatait¹³. Ő és Galénosz, aki szintén görög orvos volt, megalkották a testfolyadék-elméletet, ami szerint a négy alapvető testnedv, a vér, a sárga epe, a fekete epe és a nyák (váladék) arányának kombinációja határozza meg az ember egyedi személyiségét. Hippokratész szerint pl. a túl temperamentumos egyéneknek túl sok a vérük, így náluk vércsapolást alkalmazott. A mentális betegségeket négy kategóriába sorolta: epilepszia, mánia, melankólia és agyi láz. Az elmebetegeket nem tartotta felelősségre vonhatóknak, magukat a betegségeket pedig – a többi orvos- és filozófustársával együtt – nem gondolta szégyenletesnek¹⁴. Ő már bizonyos gyógyhatású készítményeket is alkalmazott a mentálisan betegeknél, ill. kezelésük során munkájuk és környezetük megváltoztatására is fókuszált¹⁵. Később Galénosz teret adott a mentális betegségek pszichogén eredetű magyarázatainak is, középpontban a pszichés stressz átélésével, mint fő okkal. Meglátásait, elgondolásait azonban még nagyon sokáig figyelmen kívül hagyták¹⁶.

2.3 Középkor

A középkorban a mentális betegségek okainak sokáig szintén a testnedvek egyensúlyhiányát tekintették és a betegeket hánytatással, hashajtóval, köpölyözéssel, valamint piócákkal kezelték. Ezenkívül testre szabott étrendet javasoltak, sok salátával, árpavízzel és tejjel, valamint a bor és a vörös hús kerülésével¹⁷. A 11-15. század között, a római katolikus egyház megerősödésével, valamint politikai hatalmának kiterjesztésével ismét a természetfeletti magyarázatok kerültek előtérbe. A nagy járványokat (pl. pestisek) és éhínségeket Isten haragjának tekintették, mint büntetéseket. Erőre kapott a babona, az asztrológia és az alkímia is. Az mentálisan betegeket, különösen a nőket, üldözni kezdték és boszorkányoknak bélyegezték őket: a 17-18. századig, a boszorkányüldözések hanyatlásáig több, mint 100000 nőt égettek el elevenen boszorkányság vádjával¹⁸.

2.4 Újkor

A 17. században a védő talizmánok viselete volt népszerű, melyekre gyógyító hatásúnak vélt asztrológiai jeleket festettek és ezt kellett viselniük a betegeknél. Hitük szerint ezek védelemmel is szolgáltak a boszorkányok és a gonosz szellemek ellen. Nyugtatóként ismerték már az ópiumot és a különféle

¹² FOERSCHNER 2010. 1.

¹³ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

¹⁴ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>; FOERSCHNER 2010. 1.

¹⁵ <https://www.uniteforsight.org/mental-health/module2>

¹⁶ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

¹⁷ FOERSCHNER 2010. 1.

¹⁸ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

balzsamokat is¹⁹, ezek mellett pedig a vértisztítást és a forró, vagy jéghideg vízzel történő locsolást is alkalmazták az elme normális állapotba hozására. A normális gondolkozás kikényszerítésére megfélemlítést is alkalmaztak: kényszerzubbonyt, korlátozásokat, fenyegetéseket, valamint erős gyógyszereket szintén kaptak a betegek (2.sz. kép). Népszerű volt a „forgó szék” („gyrating chair”) is, hogy az egyensúly helyreállításának érdekében felrázza a vért és a szöveteket.²⁰



2. számú kép: A kényszerzubbony egy korai változata az 1700-as évekből

(forrás: <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>)

A később megjelenő protestantizmus ellen való katolikus harc idején jelent meg két domonkos rendi szerzetes tollából a *Malleus Maleficarum* című munka, ami arról szól, hogy a boszorkányok valójában nem démonok által megszállt nők, hanem anyagcserebetegségben szenvednek. Az írást a katolikus egyház betiltotta²¹.

Az emberi idegrendszert és annak működését az 1600-as években kezdték el megismerni és leírni, amikor is megszapordtak a boncolások és egyre pontosabb leírások születtek az idegrendszerről. Kezdték úgy gondolni, hogy a mentális betegségeknek konkrét fizikai okai vannak, és nem megmagyarázhatatlanok²².

A 18-19. században az orvosok a szomatogén és a pszichogén szempontú magyarázatok között ingadoztak. Franz Anton Mesmer (1734-1815) az emberben lévő mágneses folyadék egyensúlyhiányára helyezte a hangsúlyt és az emberi test mágneses erejével, szuggesztióval kezelte a betegeket, míg James Braid (1795-1860) és Josef Breuer (1842-1925), a pszichoanalízis előfutáráiként, hipnózissal²³.

¹⁹ FOERSCHNER 2010. 1.

²⁰ FOERSCHNER 2010. 2.

²¹ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

²² <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/nerves-neuroses>

²³ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

<http://www.kaleidoscopehistory.hu>

Ember Zsolt

A 19. század fordulóján a darwinista gondolkodás dominálta a biológiai és a társadalmi tudományokat. A tudományos közösségen belül a mentális deviációkat, vagyis az extrém eltéréseket biológiai alapúnak gondolták, elsősorban genetikainak, melyek mutációkban jelennek meg, mint sikertelen adaptációk a túléléshez abban a környezetben, melyben felbukkantak. Ez a nézet kevés reményt adott a mentális betegek felépüléséhez²⁴.

2.5 Modern kor

1900-tól német neurológusok kezdték elkülöníteni a neurológiai betegségeket a neurózisoktól. Míg a neurológiai betegségeknek bizonyítottan idegrendszeri okai vannak, addig a neurózisok sem fizika, sem mentális kiindulópontja nem határozható meg egyértelműen. A neurózisokat az elme, és nem a test körébe utalták, amivel az 1930-as évektől főként a pszichiátria és a pszichoanalízis foglalkozott, nem pedig a neurológia – bár a két tudományterület számos ponton átfedi egymást²⁵.

Az 1920-as - 30-as évektől a pszichiátria egy főleg kísérletező és beavatkozó megközelítést kezdett alkalmazni, számos fizikai terápia bevezetésével. Ezek az inzulin kóma terápia, a vegyi sokkterápia, a pszichosebészet és az elektrokonvulzív terápia (ECT) voltak²⁶. A mentális patológia biológiai modellje alapján úgy vélték, hogy a mentális betegségek oka a test biokémiai egyensúlyának felborulása, a gyógyulás tehát annak helyreállításával következhet be²⁷. A kémiai sokkterápiát a magyar neurológus, Meduna László (1896-1964) fejlesztette ki, miután felfedezte, hogy az epilepszia görcsrohamai megakadályozzák a skizofréniát. Módszere világszerte elterjedt, ám a gyakran előforduló kezelhetetlen görcsrohamok és a fog-ill. csonttörések miatt később áttértek a görcsök elektromos kiváltására (a koponyára helyezett elektródákkal), ami elektrokonvulzív terápia néven vált ismertté. A módszer alapjául szolgáló készüléket két olasz tudós, Ugo Cerletti (1877-1963) és Lucio Bini (1908-1964) alkotta meg 1938-ban. A pszichosebészet a leukotómiát és a lobotómiát foglalja magában, ami az agyi idegpályák műtéti úton történő megzavarását, ill. roncsolását jelenti. Az első leukotómiát Egas Moniz (1874-1955) végezte el 1935-ben, később 1949-ben Nobel-díjat kapott. A kezdeti népszerűség után azonban idővel nyilvánvalóvá vált, hogy a kezelés többet árt, mint használ, így az 1960-as években abbahagyták az alkalmazását²⁸.

Ezzel egyidejűleg a neurózisok kezelésében kezdett egyre népszerűbbé válni a pszichoanalízis. Ennek módszerét az 1800-as évek végén fejlesztette ki Sigmund Freud (1856-1939), Bécsben. Meg volt róla győződve, hogy a neurózis, a furcsa álmok és a mentális élet más, nehezen megmagyarázható aspektusai az ellentmondó- és általában a tudatalatti vágyakban gyökereznek, semmint neurológiai diszfunkciókban. Módszere a figyelmes meghallgatáson alapult, amit ezért „beszélgető gyógymódnak” is neveztek. Később mind a pszichológusok, mind a pszichiáterek körében népszerű volt, egészen az 1960-as évekig, amikor is az új fejlesztésű gyógyszerek olcsóbb és kevésbé munka-, valamint időigényes megoldást kínáltak. Rehabilitációs terápiaiban azonban a pszichoanalízist még ma is alkalmazzák²⁹, valamint a későbbi pszichoterápiás iskolák kiindulópontja lett. Ezek megközelítési módja egyesíti a viselkedési, kognitív és pszichodinamikai elméleteket, melyeket mind egyéni, mind csoportos formában lehet alkalmazni és melyek hatékonysága a terapeuta kompetenciáján, terápiahoz fűződő hűségén, placebo hatásokon és a terapeuta-beteg szövetségen alapulnak³⁰. A pszichoanalízisből nőtte ki magát Carl Rogers (1902-1987) tanácsadó jellegű, kliensközpontú kognitív viselkedésterápiája is. A mentális betegségek stigmatizálása miatt azonban

²⁴ <https://www.jhsph.edu/departments/mental-health/about-us/origins-of-mental-health.html>

²⁵ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/nerves-neuroses>

²⁶ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/heroic-therapies-psychiatry>

²⁷ FOERSCHNER 2010. 3.

²⁸ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/heroic-therapies-psychiatry>

²⁹ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/nerves-neuroses>

³⁰ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

sokan ma is félnek felfedni problémáikat és inkább gyógyszerekhez, vagy természetes gyógymódokhoz folyamodnak³¹.

A 20. sz. második felétől indult virágzásnak a pszichofarmakológia, mely egyre növekvő terápiás befolyást szerzett a mentális betegségek kezelésében³². Már az 1800-as évek végétől adtak a betegeknek nyugtatóként kloril-hidrátot, bromidokat, és barbiturátokat, de ezek a szerek nem voltak alkalmasak a pszichózis alapvető tüneteinek kezelésére. Az 1900-as évek elején számtalan titkos recept alapján készülő idegerősítő szert gyártottak, melyek többségét azonban hamar betiltották, mikor új törvények kötelezték a gyártókat összetevőik felfedésére – mivel azok között, mint kiderült, számos, erős addiktív szer is megtalálható volt, mint pl. a kokain, a morfin, lítiumsók és a sztrichnin³³ (3.sz. kép). Az 1950-es évektől egyre változatosabb pszichotróp gyógyszerek gyártása indult be: antipszichikus gyógyszer volt a klórpromazin (Thorazine), majd a 60-as évektől a Valium. Az 1987-ben bevezetett Prozac-kal a depressziót kezelték. Ezen gyógyszerek szintén közös jellemzője, hogy magát a pszichózist nem tudták gyógyítani, csak a tüneteket enyhítették. A hatékonyságukba vetett általános hit vezetett részben az 1960-as évektől elindult deinstitutionalizáció, vagyis az intézménytelenítés folyamatához. A gyógyszerek növekvő uralma mellett ugyanakkor az elektrokonvulzív sokkterápiát, a bezárást és a lobotómiákat a 70-es évekig továbbra is alkalmazták³⁴.



3. számú kép: Idegerősítő gyógyital a 20. század elejéről

(forrás: <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/nerves-neuroses>)

³¹ FOERSCHNER 2010. 4.

³² FOERSCHNER 2010. 3.

³³ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/nerves-neuroses>

³⁴ FOERSCHNER 2010. 4; <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

<http://www.kaleidoscopehistory.hu>

A mai irányvonal a mentális betegségek gyógyításában és okainak magyarázatában a biopszichoszociális modell. E szerint a gének aktivizálódásához pszichés stresszoroknak is jelen kell lenniük. A szociokulturális tényezők szintén sokat számítanak: a szociálpolitika, a gazdasági helyzet, az életkörülmények és az interperszonális kapcsolatok jelentős egészség-befolyásoló tényezők³⁵.

3. A mentális betegek gondozásának története

A mentális betegeket kezdetben főként családjaik gondozták - bántalmazásokkal és korlátozásokkal kísérve -, a társadalmi megbélyegzés miatt: a család erkölcstelen életének tulajdonították az elmebetegséget, ezért sokszor pincékbe vagy disznóólba rejtették el a betegeket. Akiket magukra hagytak, azok csavargók, koldusok lettek. Közülük legtöbbször, mint a társadalomra veszélyesnek ítélt egyének, közönséges rabokként börtönökbe kerültek³⁶. A szegényházakba vagy általános kórházakba jutott betegeket többnyire magukra hagyták, míg a kolostorokba befogadottakkal általában emberségesen bántak.³⁷

3.1 Menedékházak (asylum)

Az első elmegyógyintézetet Bagdadban hozták létre, 792-ben, később pedig Aleppóban és Damaszkuszban is létesültek menedékházak. Tömeges elterjedésük azonban csak később következett be³⁸. Az *asylum* vallási eredetű szó; a menedékházak kezdetben vallási intézmények voltak, melyek menedéket biztosítottak a mentális betegek számára. Európában az első asylum 1247-től City of London-ban működött, egy zárdában³⁹.

A 16. századtól kezdtek elterjedni a világi menedékházak is. Az első ilyen a spanyolországi Valenciában nyílt meg 1406-ban⁴⁰. Ezek a modern elmegyógyintézetek elődjének tekinthetők, ahová már nem csupán a mentális betegeket zárták, hanem a hajléktalanokat, bűnözőket, szegényeket és munkanélkülieket is – vagyis a társadalom által deviánsnak minősített egyéneket, akiket akarattal ellenére tartottak ezeken a helyeken⁴¹. A menedékházak korai, egyetlen fő funkciója ugyanis a betegek fogva tartása volt⁴². Nem a betegség kezelése és a jóllét megteremtése volt a cél, hanem a társadalomból való kizárás. Így hasonló helyek voltak a börtönökhöz, ahová néha bírói ítélettel kerültek emberek⁴³. A gondozók szerepe az őr-szerep volt, akik sokszor a betegeket láncra is verték, mint a foglyokat. Az ilyen bánásmód mértéke menedékházanként változott, de általánosan elfogadták ezeket a módszereket a másra vagy önmagukra veszélyesnek ítélt betegek esetében⁴⁴. A mentálisan betegeket ugyanis akkoriban emberszámba sem vették, az állatokhoz hasonlították őket, akik nem képesek a racionális gondolkodásra, nincsen viselkedési kontrolljuk, bármikor képesek erőszakos cselekedetekre, kevésbé érzékenyek a fájdalomra és nyomorúságos körülmények között is képesek panasz nélkül élni. Úgy gondolták, hogy a folyamatos félelemben tartásukkal visszanyerik józan eszüket⁴⁵. A személyzet többnyire képzetlen volt, akik a betegeket szűk, sötét cellákban helyezték el, a falhoz láncolva őket, akik a szoros láncoktól éjjelente még lefeküdni sem tudtak, úgy aludtak (4.sz. kép). A kiosztott étel minőségével nem foglalkoztak, a kevés szalma nem volt elég a hideg padlóra, a cellákat pedig sohasem takarították. Ezek a körülmények világszerte az 1800-as évek közepéig, ill. az 1900-as évek elejéig

³⁵ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

³⁶ FOERSCHNER 2010. 1.

³⁷ FOERSCHNER 2010. 2.

³⁸ FOERSCHNER 2010. 1.

³⁹ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁴⁰ FOERSCHNER 2010. 2.

⁴¹ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

⁴² <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁴³ FOERSCHNER 2010. 2.

⁴⁴ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁴⁵ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

álltak fenn⁴⁶. Mindez nem csupán a betegeket, hanem az öröket is demoralizálta és brutalizálta⁴⁷, akik gyakorta bántalmazták a fogva tartott betegeket. Az leghírhedtebb menedékház a londoni *Saint Mary of Betlehem* kolostor volt, ahol a súlyosabb betegeket pénzért kiállították a lakosság számára, a kevésbé betegeket pedig az utcákra küldték koldulni. Ez a gyakorlat sajnos számos más menedékházban is előfordult⁴⁸.



4. számú kép: Ágyához láncolt beteg

(forrás: <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>)

3.2 Az erkölcsi bánásmód elve

Később a bezárás szemléletét fokozatosan kezdte felváltani a gondozás és a kezelés szemlélete. Eleinte még csak néhány magánintézmény létezett ennek megvalósítására, ahová a gazdagok küldték – diszkréció mellett – beteg rokonaikat. A szegények a helyi plébániákra támaszkodhattak csupán, amelyek olykor jótékonyági alapon finanszírozott menedékházakat működtettek – egyesek azonban továbbra is börtönökbe vagy szegényházakba kerültek⁴⁹.

⁴⁶ FOERSCHNER 2010. 2.

⁴⁷ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁴⁸ FOERSCHNER 2010. 2.

⁴⁹ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/mental-health>

A reformerek hatására egyre inkább kezdtek hinni a gyógyítás-, vagy legalább a beteg állapot enyhítésének a lehetőségében. Kezdték felismerni továbbá az állami ellátás szükségszerűségét is, valamint az új menedékházakat már a legújabb orvosi vívmányok alapján kezdték építeni⁵⁰.

A 18-19. században egyre erősebbé váltak azok a tiltakozó hangok, melyek az mentális betegek intézményi életkörülményeinek javítása mellett álltak ki – a humanitárius szemlélet jegyében. Az első intézményi reformokat Vincenzo Chiarughi (1759-1820) olasz orvos vezette be: eltávolította a betegek láncait, fokozta a higiéné szintjét, valamint foglalkozási és rekreációs képzéseket rendszeresített. A következő újítás a „morális bánásmód” elveinek lefektetése volt, Philippe Pinel (1745-1826) francia orvos és egy korábbi beteg, Jean-Baptiste Pussin (1746-1811) által⁵¹. Ennek főbb pontjai szintén a betegek bilincstől való megszabadítása, a céltudatos tevékenység ösztönzése, a termék jó szellőztetése és megvilágítása, valamint az intézmény területén való szabad mozgás és a zajártalmak megszüntetése voltak⁵². Az erkölcsi bánásmód központi gondolata továbbá az volt, hogy értelmes emberekként kell kezelni a betegeket⁵³. Pinel úgy gondolta, hogy a betegek állapota javul, ha kedvesen és figyelmesen viszonyulnak hozzájuk⁵⁴.

Az erkölcsi bánásmód elvének egy másik jeles képviselője William Tuke (1732-1822) volt, aki magán mentális intézményt alapított York mellett, *The Retreat* néven⁵⁵. Itt a betegeket – vallási elvekre építve - vendégekként, és nem rabokként fogadta, szemléletének középpontjában pedig az emberi méltóság és az udvariasság állt, valamint a fizikai munka terápiás és morális értéke⁵⁶. Hangsúlyozta, hogy a tisztelet és az együttérzés a betegeket is megilleti. Családiás környezet kialakítására törekedett vidéken, ahol pihenés, munka, és vallásos környezet várta a gyógyulni vágyókat⁵⁷. Tuke megkezdte a nem-korlátozó politika kidolgozását is, amit később unokája fejezett be. Ennek jegyében együtt vacsoráztak és teáztak a betegekkel, közben beszélgettek velük, napközben pedig értelmes munkavégzést biztosítottak számukra. Tuke továbbá a betegeket megpróbálta betegség típusonként elkülöníteni egymástól. Madarakat is tartottak, hogy azok etetése és gondozása jobb kedvre derítse a lakókat. Később a *Hanwell Asylum* volt az első állami menedékház, ami az erkölcsi bánásmód elvei alapján működött, a terápiás foglalkoztatásra építve a gyógyítást és a rehabilitációt. Az intézmény önellátásra törekedett: saját péksége, mosodája és sörfőzdéje volt, amiket a betegek üzemeltettek⁵⁸.

Ezen reformtörekvések hatása áterjedt az Egyesült Államokba is, ahol egyre inkább szintén a betegségek enyhítésére, valamint a betegek rehabilitációjára, erkölcsi fejlődésére helyezték a hangsúlyt, előtérben a kíméletes bánásmód elvével⁵⁹. Ez nagy újítás volt akkor, hiszen abban az időben a szomatogén szemlélet alapján többnyire vérlecsapolást és „nyugtató székeket” alkalmaztak. Az első, szemléletet váltó menedékházak a Pennsylvania-i Friends Asylum és New York-i Bloomingdale Asylum voltak⁶⁰.

A növekvő befogadottak száma idővel akadállyá vált az erkölcsi bánásmód elvének megvalósításában. A nagy létszám miatt a kontrollt ismét csak korlátozásokkal lehetett fenntartani: nyugtatókkal és párnázott

⁵⁰ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁵¹ FOERSCHNER 2010. 2.

⁵² <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

⁵³ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁵⁴ FOERSCHNER 2010. 2.

⁵⁵ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁵⁶ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

⁵⁷ FOERSCHNER 2010. 2.

⁵⁸ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁵⁹ FOERSCHNER 2010. 2.

⁶⁰ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

zárkakkal. Az addig virágzó állami menedékházak lepusztultak, így alkalmatlanná váltak a betegek kezelésére⁶¹.

4. A globális mentális egészség mozgalom

A globális mentális egészség mozgalom különböző mozgalmakat testesít meg, mint pl. a viselkedési-, pszichoanalitikus-, közösségi- és önszolgáltató mozgalmak. Ezek hosszú időn át formálódtak és idővel egyesítették elméleti és gyakorlati módszereiket. Mindegyik mozgalom főleg az adott kor kihívásaira próbált választ adni, melyeket társadalmi elégedetlenségek, krízisek váltottak ki és melyek általában egy-egy karizmatikus vezető látomásait igyekeztek megvalósítani. A mozgalom globális funkciója jelzi világunk egyre nagyobb összekapcsoltságát. A folyamatot a gyorsabb kommunikáció, a hatékonyabb- hírközlés és adatátvitel jellemzi. Elsődleges célja, hogy felszámolja az egyenlőtlenségeket az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, az életminőség és a jóllét vonatkozásában, szerte a világon. Ezek a problémák olyannyira általánosak, hogy még a fejlett országokban is jelen vannak. Támogatja továbbá a tudományközi együttműködést, valamint a klinikai ellátás és a prevenció szintézisére törekszik. Egy másik sarokköve a mentális betegségek stigmatizációjának csökkentése. Szervezeti szinten oktatási vagy tudományos intézményeket, NGO-kat (Non-Governmental Organization), kormányzati testületeket, valamint egyéneket egyaránt magába tömörít⁶².

A globális mentális egészség mozgalom pályagörbéje történelmileg három korszakra osztható, melyek mindegyikéhez meghatározó, a folyamatban fontos szerepet játszó egyének és szervezetek kötődnek. Az első korszak két amerikai származású, nem orvos végzettségű egyéniség, Dorothea Dix (1802-1887) és Clifford Beers (1876-1943) tevékenységéhez fűződik, a második pedig kiemelkedő társadalomtudósok és szociál-pszichiáterek, valamint három nagy szervezet tevékenységei által meghatározott. Ezek a szervezetek a WFMH (World Federation for Mental Health), a WHO (World Health Organization) és WPA (World Psychiatric Association). A harmadik korszak ma is zajlik, meghatározó mozgalmak a *Movement of Global Mental Health*⁶³. Hogy milyen hosszú út vezetett a globális mentális egészség mozgalomának ma fennálló állapotához, arra a következő történeti kitekintő világít rá.

A globális mentális egészség története a fentebb ismertetett erkölcsi bánásmód elvének hanyatlásával kezdődik. A 19. sz. második felében túlszűfoltta váltak a menedékházak, így az erkölcsi bánásmód elvét nem lehetett tovább megvalósítani, a tér szűkössége és a figyelem megoszlása miatt. A körülmények újra embertelenné váltak, amire Dorothea Dix figyelt fel először, aki egy tuberkolózisban szenvedő nyugdíjas tanár volt. Első észrevételei azokból a női börtönökből származtak, melyekben tanított, majd kutatásait kiterjesztette a menedékházakra is. Azt tapasztalta, hogy egészségtelen és veszélyes környezetben élnek mind a betegek, mind pedig a fogvatartottak. Ezek alapján az intézményi alapú ellátás fekvőbeteg modelljének kialakítására törekedett, ami az institucionalizáció folyamatához vezetett. Ez az újítás a betegek hozzátartozóinak válláról óriási terhet vett le⁶⁴. Kezdeményezése által 40 év alatt 30 fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény jött létre Amerikában és Kanadában. Dix a betegek stigmatizációja ellen és az együttérző gondozás mellett is harcolt⁶⁵.

A 19. sz. végére az erkölcsi bánásmód mozgalmát felváltó új mozgalom a mentálhigiénés mozgalom volt, ami Clifford Beers (1876-1943) nevéhez fűződik. Ő szintén mentális problémákkal küzdött, majd gyógyulása után, 1908-ban megírta önéletrajzi, az *A mind that found itself* című könyvét⁶⁶. Ebben először

⁶¹ <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum>

⁶² OKPAKU - BISWAS 2014.

⁶³ OKPAKU - BISWAS 2014.

⁶⁴ <https://www.uniteforsight.org/mental-health/module2>

⁶⁵ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>; FOERSCHNER 2010. 2.

⁶⁶ <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

beszél mozgalmáról, három mentális kórházban szerzett tapasztalatai alapján. A könyvnek óriási visszhangja volt. Ennek hatására még ugyanabban az évben Connecticut-ban megalakítja a Mental Hygiene Society-t és Adolf Meyer (1866-1950) professzor, valamint a Johns Hopkins Hospital támogatásával elindítja a mentálisan beteg egyének kezelésének reformmozgalmát, először Connecticutban, majd hamarosan szerte az USA-ban. Kezdeményezésük népszerűségének hatására egy évre rá, 1909-ben létrejött a National Commission of Mental Hygiene⁶⁷.

Adolf Meyer (1866-1950) svájci pszichiáter a szociális problémák megelőző programjaira fókuszált, melyek tudományos kutatásokon alapulnak. A pszichiátriai betegségek értelmezésébe és kezelésébe már belefoglalta a társadalmi és környezeti tényezőket is – szerinte ugyanis az urbanizáció és az iparosítás nagymértékben alássa az emberek alkalmazkodóképességét és konstruktív tevékenységeit. Meggyőződése volt, hogy a mentális betegségek gyökerei a biológiai okok és az élettörténeti események kölcsönhatásaiból fakadnak. Minezek alapján azt javasolta, hogy tanulmányozzák a pszichiátriai betegek életútját, családi és közösségi tényezőit egyaránt – így a mentálhigiénés koncepció a közösség bevonásával bővült a mentális betegségek megelőzése és a mentális egészség megőrzése céljából. Olyan közösségi mentálhigiénés körzetek felállításán fáradozott, melyeket mentálhigiénés személyzet koordinál, célja a mentális betegségek megelőzése és a mentális egészség megőrzése, a folyamatban pedig a társadalom egésze részt vesz - az iskoláktól kezdve, az egyházon keresztül a hivatalokig⁶⁸.

C.E.A. Winslow (1877-1957) 1933-ban a közösség szerepének nyomatékát arra helyezte, hogy a közösség ismerheti leginkább azon saját szükségleteit, melyekkel az orvosok sohasem találkoznak, így a hatékony közösségi mechanizmusok elsődlegesen lehetnek a mentális egészség megőrzésében⁶⁹.

Paul Lemkau (1910-1992) élettörténeti módszert dolgozott ki, amiből preventációs programokat készített. Tapasztalatai alapján a korai felismerés és kezelés csökkenti a mentális betegségek epizódjainak időtartamát. Szerinte a személyiséget járóbeteg-ellátás keretén belül is lehet gyógyítani, főleg kommunikáció útján, ha a betegséget kiváltó okokat – mint pl. a stresszt – eltávolítjuk. Elképzelése szerint a mentálhigiénés és a közegészségügy összetartozó egységet képez, így a mentálhigiénés szolgáltatásokat közel kell vinni a közösségi stresszforrásokhoz. Az 1949-ben megjelent könyvében, a *Mentálhigiénés és közegészségügyben* a mentális szolgáltatások iránti igényre hívja fel a figyelmet és a szisztematikus megközelítésmódot hangsúlyozza: az oktatási, egészségügyi és egyéb szervezetek együttműködését, a mentálhigiénés szakemberek képzését, a prevenció és a kezelés összehangolását, valamint a független, nem-kormányzati, erős, önkéntes mentálhigiénés szervezetek létrehozását. Az 1933-as első Nemzetközi Mentálhigiénés Kongresszus már a megelőzést, a mentális betegségek hátterében álló szociális diszfunkciók minél korábbi felismerését és a közösségi erők összehangolását állította a középpontba. Mindezek hatására az 1950-es években fokozatosan megindult a fekvőbeteg ellátás járóbeteg ellátásra való átállítása, vagyis a deinstitutionalizáció folyamata, melyben a központi hangsúly azon volt, hogy a betegeket – lehetőség szerint – közösségi környezetükben kezeljék és gyógyítsák. Így jöttek létre a mentálhigiénés otthonok és a közösségi alapú pszichiátriai csoportok⁷⁰. Ennek ötlete egyébként már régebben is felmerült: az amerikai polgárháború utáni higiéniatlan viszonyok közepette egy J.B. Gray nevű pszichiáter megálmodott egy közösség alapú mentálhigiénét, mely az oktatás, vallás, társadalmi kultúra és részvétel alapján működne⁷¹.

A hangsúlyt tehát a közösségi gondozásra próbálták áthelyezni, de mivel ez nem fejlődött párhuzamosan a zárt osztályok bezárásával, így sok egykor ott élő beteg – gondozás és gyógyszeres kezelés hiányában -

⁶⁷ BERTOLOTE 2008.; OKPAKU - BISWAS 2014.

⁶⁸ <https://www.jhsph.edu/departments/mental-health/about-us/origins-of-mental-health.html>

⁶⁹ <https://www.jhsph.edu/departments/mental-health/about-us/origins-of-mental-health.html>

⁷⁰ <https://www.uniteforsight.org/mental-health/module2>

⁷¹ <https://www.jhsph.edu/departments/mental-health/about-us/origins-of-mental-health.html>

<http://www.kaleidoscopehistory.hu>

hajléktalanná vált, mivel önálló életvitelre nem voltak képesek. Az 1980-as évek Amerikájában a hajléktalanok egyharmadát becsülték mentálisan betegnek, a börtönökben lévő raboknak pedig 7,2%-át⁷².

A 2. világháború utáni időszak a nagy, világméretű szervezetek alapításának kora. Közülük a legismertebb a WHO, ami 1948-ban alakult. Alapításakor a legnagyobb feladata a fertőző betegségek megelőzése volt, mára azonban jelentős szerepe van a mentális egészség promotálásában is, világszerte. Főbb célkitűzései közé tartozik a mentális betegséggel élők terheinek csökkentése és elérhető szolgáltatások, források közvetítése az érintettek felé, valamint megbízható információk biztosítása. Fontos feladata még a hasonló szervezetekkel való partneri viszony kialakítása, az együttműködés fenntartása, a tudományos kutatások és a publikálás támogatása. Globális szinten törekszik a mentális egészség irányelveinek kidolgozására és az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére. A szervezet jelszava: nincs egészség mentális egészség nélkül. Kiadványai közé tartozik többek között az Atlas sorozat is, melynek minden publikációja fontos forrás a mentális betegségek megelőzésében és kezelésében, valamint a mentális betegséggel élők emberi jogainak védelmében⁷³.

Egy másik fontos szervezet, a World Federation for Mental (WFMH) George Chisholm javaslatára jött létre, de Margaret Mead (1901-1978), a híres antropológus szintén nagy hozzájárulója volt a szervezetnek. Elődje az International Committee for Mental Health volt. Alapötlete, hogy egy nem-kormányzati testület legyen, ami összekapcsolja az Egyesült Nemzetek Szervezetét (ENSZ) mentális egészség szervezetekkel. A tagság kezdetben csak társaságoknak volt elérhető, de ma már egyének és országok is csatlakozhatnak hozzá. A szervezet rendezi a kétévenként tartott World Congress-t, valamint ösztönző támogatója a mentális egészségnek és a mentálisan betegek szükségleteinek is⁷⁴.

1950-ben alakult a World Psychiatric Association (WPA), aminek elődje az 'Association for the Organization of the World Congress of Psychiatry' volt. A szervezetet a háború szörnyűségeit elsőkézből tapasztalt katonai pszichiáterek hozták létre, az emberi szenvedés megszüntetésének előmozdítására. Létrejöttének időszaka a pszichiátria aranykora volt: egyaránt fejlődött a pszichiátriai epidemiológia, az antropológia, a szociológia és a pszichoterápia. A szervezet a pszichiáterek képzési lehetőségeinek támogatójaként is működött, majd később az emberi jogok biztosításával és a pszichiátria politikai visszaéléseinek problémáival is foglalkozott. Mára a világ vezető pszichiátriai szervezetévé nőtte ki magát, 141 ország tagságával⁷⁵.

Jelen korunkban a fentebb ismertetett, nagy múltra visszatekintő szervezetek működése határozza meg a globális mentális egészség mozgalmát. Legfőbb eredményeik világszintű társulások létrehozása és nemzetközi szerződések megkötése, melyek a globális szintű egészség-, köztük a mentális egészség fejlesztését és ennek az összetett folyamatnak a támogatását tűzik ki célul szerte a világon - különös tekintettel a szegényebb országokra. Ezen a területen a legátfogóbb feladatot napjainkban a WHO látja el, ami 2008-ban publikálta a *Mental Health Gap Action Programme*-ot (mhGAP). Ez a kiadás azt a szakadékot mutatja be, ami a mentális betegek szükségletei és a számukra elérhető szolgáltatások között tátong a világon mindenhol, de különösen az alacsony- és közepes jövedelmű országokban. Hálózata az *mhGAP Intervention Guide* (mhGAP-IG), ami a mentálisan beteg egyének kezelését segíti⁷⁶. A WHO 2001-ben az éves jelentését a mentális egészségnek ajánlotta a *The World Health Report – Mental health: new*

⁷² FOERSCHNER 2010. 4.

⁷³ OKPAKU - BISWAS 2014.

⁷⁴ OKPAKU - BISWAS 2014.

⁷⁵ OKPAKU - BISWAS 2014.

⁷⁶ OKPAKU - BISWAS 2014.

knowledge, new hope című kiadványával, valamint ugyanabban az évben a World Health Day témája a kirekesztés megállítása volt⁷⁷.

5. Az mentális egészség társadalmi determinánsai - hátrányos helyzet és mentális egészség

A mentális egészség fő társadalmi rizikófaktorai az alacsony szintű- iskolázottság és szocioökonómiai státusz, a társadalmi izoláció⁷⁸, a lakóhelyi- és munkakörülmények, a társas támogatás, a stresszfaktorok, valamint az életstílus és az életmód⁷⁹. A szegényes feltételek szegényesebb egészséghez vezetnek. Szegénységben élő emberek körében a komolyabb megbetegedések és a korai halálozás esélye kétszer akkora, mint az általános populáció esetében⁸⁰. Ez azzal is összefügg, hogy az aluliskolázottak körében az egészségkárosító szokások sokkal gyakoribbak⁸¹. A szegénység továbbá nagyban hozzájárul a társadalmi kirekesztéshez és ezáltal az izolációhoz is. Akik életük nagy részét szegénységben élték, azok különösen rossz egészségi állapotban vannak. A társadalomban leginkább marginalizált helyzetű emberek a mentálisan betegek, a fogyatékkal élők, valamint a kisebbségek, akiket gyakran kizárnak a közösségi életből⁸².

Az alacsony szocioökonómiai státusz az allosztatikus terhelés magasabb szintjével is együtt jár⁸³. Az allosztatikus terhelés a krónikus stresszre adott biológiai válasz⁸⁴, aminek magas szintje a fontos fiziológiai funkciókat és biológiai szabályozó rendszerek működését is rontja. Mivel az alacsony szocioökonómiai státuszú emberek nagyobb pszichés, környezeti és viselkedési hatásokat szenvednek el, ezért náluk ezek a rendszerek hamarabb megkopnak⁸⁵. Összességében tehát a rosszabb allosztatikus terhelés szegényesebb fizikai- és mentális egészséget eredményez⁸⁶.

A munka elvesztése miatti aggodás, a bizonytalanság érzése, a munkával való elégedetlenség és a rossz pszichoszociális munkakörnyezet önmagukban is krónikus stresszor-hatást fejtenek ki, így nagyban hozzájárulnak a mentális egészség romlásához⁸⁷. Ezek szintén gyakoribb jelenségek a hátrányos helyzetű emberek körében, hiszen sokan közülük alkalmi munkából élnek - már ha egyáltalán van munkájuk. Magyarországon például a leghátrányosabb társadalmi csoport, a cigány etnikum foglalkoztatási rátája 2017-ben csupán 45%-os volt⁸⁸, a kis- és sokgyermekes roma anyák gazdasági aktivitása pedig ettől is alacsonyabb, amit nagyban befolyásolnak a roma tradíciók is⁸⁹. A nehéz helyzetbe került emberek gyakran választják a stresszel való megküzdés inadekvát formáit, vagyis a dohányzást, a kábítószerfogyasztást és a mértéktelen alkoholfogyasztást, mely kockázati magatartásformák lefelé tartó társadalmi mobilitáshoz és a hátrányos helyzet súlyosbodásához vezetnek⁹⁰.

A szocioökonómiai hátrányosság gyakran társul szomszédosági hátrányossággal is. A hátrányos szomszédosságokban élő emberek gyakran földrajzilag is izolálódnak a többségi társadalomtól, ami körükben rosszabb mentális egészséggel jár együtt⁹¹, a hátrányos lakókörnyezet pedig gettósodási folyamathoz

⁷⁷ BERTOLOTE 2008.

⁷⁸ JONGSMA et al. 2020.

⁷⁹ WILKINSON - MARMOT (szerk.) 1998.

⁸⁰ WILKINSON - MARMOT (szerk.) 1998.

⁸¹ FORRAY 2013.

⁸² WILKINSON - MARMOT (szerk.) 1998.

⁸³ GRUENEWALD et al. 2012.

⁸⁴ PRIOR - MANLEY - JONES 2018.

⁸⁵ GRUENEWALD et al. 2012.

⁸⁶ PRIOR - MANLEY - JONES 2018.

⁸⁷ WILKINSON - MARMOT (szerk.) 1998.

⁸⁸ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-ungary_hu.pdf

⁸⁹ HÜSE - PÉNZES 2015.

⁹⁰ WILKINSON - MARMOT (szerk.) 1998.

⁹¹ HUSZTI - EMBER 2019.

vezet⁹². Ezek a szomszédságok gyakran szemétkerakók környékén találhatók, ahol számos káros anyag, pl. ólom található, ami rontja a kognitív képességeket, valamint erőszakos, bűnözői magatartást eredményez. Ezek a környékek továbbá nagyobb mértékű a bűnözés és a stressz is, a társadalmi kohézió pedig alacsonyabb szintű, ami tovább rontja az ott élők mentális egészségét⁹³. A mentális betegségekkel élő emberek gyakran hátrányos környezetekben koncentrálódnak, melyek negatív hatása nőknél főleg depresszióban, férfiaknál pedig antiszociális magatartásban és droghasználatban, mindkét nem esetében pedig a hosztilitási hajlam fokozódásában nyilvánulhat meg⁹⁴.

Az etnikai kisebbségek körében gyakoribbak a pszichotikus rendellenességek is. Emberek, akiket pszichotikus rendellenességgel diagnosztizálnak, 15 évvel alacsonyabb várható élettartammal bírnak, az általános populáció vonatkozásában⁹⁵. Magyarországon a cigányság körében jellemző az átlagostól jóval alacsonyabb, 10-15 évvel kevesebb várható élettartam⁹⁶, ráadásul körükben a szegényes mentális egészség más betegségekkel is társul⁹⁷ - főként népegészségügyi, mozgásszervi, fogászati és szexuális eredetű problémákkal⁹⁸. A világszerte népbetegségnek számító depresszió tekintetében elmondhatjuk, hogy míg Magyarországon az általános populáció körében 26%-ban fordul elő annak valamely válfaja⁹⁹, addig a cigányság esetében ez az arány 75%-os¹⁰⁰. A diszkrimináció szintén erősen társul a pszichotikus rendellenesség esélyével, ami egyöntetűen megjelenik minden etnikai kisebbségi csoport körében. Az etnikai csoportok nagyobb aránya azonban egy közösségen belül a pszichózisos rizikó csökkenésével jár együtt – az „ethnic density”- hatás miatt, ami valószínűleg a társas támogatás etnokulturális hatásán keresztül működik¹⁰¹.

A társas támogatás egy szintén fontos, meghatározó tényezője a mentális egészségnek. A barátságok, az erős, támogató társas hálózatok és a jól működő társadalmi kapcsolatok hozzájárulnak a jobb általános egészséghez¹⁰². A társas támogatás azon emberek elérhetősége, akikre számítani lehet¹⁰³, érzelmi és gyakorlati forrás, ami a kölcsönös elkötelezettség, szeretet, törődés, értékesség és a megbecsültség érzéseivel jellemezhető¹⁰⁴. Alacsony szintje szegényes egészségkövetkezményekkel jár együtt, mind fizikális, mind mentális téren egyaránt¹⁰⁵: magasabb depresszióval, kevesebb jólléttel és több krónikus betegségek által okozott egészség rizikóval társul. A társadalmi kohézió, vagyis a kölcsönös tisztelet és bizalom közösségi szinten fejti ki egészségvédő hatását testi és lelki vonatkozásban egyaránt¹⁰⁶, a közösségi tagok összetartása és együttműködése által.

A hátrányos helyzetű családok gyerekei és serdülői szintén nagy mentális egészségkockázatnak vannak kitéve, hiszen a szülők gyakori éjszakai munkarendje fáradtabbá és ingerültebbé teszi őket, ami a gyerekek tevékenységének kisebb mértékű monitorozását és így egészséges napirendjük szétesését eredményezheti. Mindez serdülőkorban a szexuális élet korai elkezdéséhez, alkohol- és drogfogyasztáshoz, valamint

⁹² FORRAY 2013.

⁹³ MORSY - ROTHSTEIN 2015.

⁹⁴ DRUKKER - GUNTHER - OS 2007.

⁹⁵ JONGSMA et al. 2020.

⁹⁶ HŰSE - PÉNZES 2015.

⁹⁷ SZABÓNÉ 2008.

⁹⁸ FORRAY 2013.

⁹⁹ TOKAJI (f.szerk.) 2018.

¹⁰⁰ SZABÓNÉ (szerk.) 2018. 52.

¹⁰¹ JONGSMA et al. 2020.

¹⁰² WILKINSON - MARMOT (szerk.) 1998.

¹⁰³ SIVANANDI - KOOHBANANI - VAHIDI 2013.

¹⁰⁴ WILKINSON - MARMOT (szerk.) 1998.

¹⁰⁵ SIVANANDI - KOOHBANANI - VAHIDI 2013.

¹⁰⁶ WILKINSON - MARMOT (szerk.) 1998.

dohányzáshoz vezethet, és emeli a depresszió kockázatát is¹⁰⁷. A túl kevés társas támogatás továbbá körükben a fiatalok bűnözés és az erőszakos viselkedés rizikófaktora is lehet¹⁰⁸.

6. Összegzés

Az emberek minden korban együtt éltek mentális betegségeikkel – mint ahogyan fizikai problémáikkal is. Ezek természete magán hordozta az adott kor kihívásait, nehézségeit, értelmezésük pedig az éppen uralkodó világnézetet tükrözte. Az emberek averziója a mentálisan beteg emberekkel szemben, majd kirekesztésük, elkülönítésük az évszázadok alatt fokozatosan enyhült – amit bánásmódjuk átalakulása, egyre humánusabbá válása is szemléltet. Az ember kevésbé idegenkedik attól, amit ért, a tudományok fejlődése és a kutatási eredmények által pedig egy sor olyan kérdésre kaptunk választ az idő folyamán, amit a múltban misztikus homály fedett. Megértésünkkel pedig elfogadásunk és befogadási hajlandóságunk is nő. A gyógymódok fejlesztésén túl azonban figyelmünket a betegségek megelőzésére is fordítanunk kell: saját magunk és a környezetünkben élők testi-lelki egészsége, jólléte közös ügyünk kell, hogy legyen, hiszen társas támogatásunk elérhetőségével, egymásra való odafigyelésünkkel, a szebb, egészségesebb, közös jövő építésére irányuló összefogással igen hatékony közösségi erőforrásokat tudunk mozgósítani. Mindezek segítségével pedig, valamint egy egészséges, aktív, de kevésbé rohanó életmód kialakításával több esélyünk marad egy stresszmentes és egy boldogabb élet megvalósítására – és úgy hiszem, ennél semmi sem lehet fontosabb.

Irodalom

- BERTOLETE, J. M. (2008): The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7. 113-116. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00172.x>
- BUDA, B. (2002): A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései. *Animula Kiadó*, Budapest.
- DRUKKER, M., - GUNTHER, N. – OS, J. van (2007): Disentangling associations between poverty at various levels of aggregation and mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol 16, Issue 01, 3-19. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00004541>
- FOERSCHNER, A. M. (2010): The history of mental illness: from skull drills to happy pills. *Inquiries Journal*, Vol. 2. No. 09. 1-4.
- FORRAY, R. K. (2013): Cigány egészség, cigány betegség. Mitől betegebbek? *Educatio* (22) 2, 177-186.
- GRUENEWALD, T. L. et al. (2012): History of socioeconomic disadvantage and allostatic load in later life. *Social Science and Medicine*, 74. 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.09.037>
- HUSZTI, É. – EMBER, Zs. (2019): Társas kapcsolatok és mentális egészség szegregált településrészekben. *Egészségfejlesztés*, évf. 60., szám 5., 36-45. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i5.518>
- HÜSE, L. – PÉNZES, M. (2015): Egészség, telepi körülmények között. Kutatási összefoglaló. *Evangélikus Roma Szakkollégium*, Nyíregyháza.
- JONGSMA, H. E. et al. (2020): Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case-control study. *Psychological Medicine*, 1-13.
- MORSY L., ROTHSTEIN R. (2015): Five social disadvantages that depress student performance. *Economic Policy Institute*.

¹⁰⁷ MORSY - ROTHSTEIN 2015.

¹⁰⁸ WHITE - RENK 2012.

- OKPAKU S. O. - BISWAS, S. (2014): History of global mental health. *Cambridge University Press*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139136341.004>
- PRIOR, L. – MANLEY, D. - JONES K. (2018). Stressed out? An investigation whether allostatic load mediates associations between neighbourhood deprivation and health. *Health & Place*, 52, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.05.003>
- SIVANANDI, A. - KOOHBANANI, S. E. – VAHIDI, T. (2013): The relation between social support and self-efficacy with academic achievement and school satisfaction among female junior high school students in Birjand. *Procedia*, 84., 668-673. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.623>
- SZABÓNÉ, K. J. (2008): A roma/cigány népesség helyzete Magyarországon In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1-16.
- SZABÓNÉ, K. J. (szerk.) (2018): A magyarországi cigány/roma népesség kulturanropológiai és orvosantropológiai megközelítésben. *Debreceni Református Hittudományi Egyetem*. Debrecen, 45-49.
- TOKAJI, K. (f.szerk.) (2018): A 2014-ben végrehajtott európai lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok. *KSH*.
- WHITE, R. - RENK, K. (2012): Externalizing behaviour problems during adolescence: An ecological perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 21., 158–171. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9459-y>
- WILKINSON, R. – MARMOT, M. (szerk.) (1998): Social determinants of health. The solid facts. *WHO*.

Internetes hivatkozások:

- <https://www.uniteforsight.org/mental-health/module2> (2021.05.02)
- <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness> (2021.05.02)
- <https://www.jhsph.edu/departments/mental-health/about-us/origins-of-mental-health.html> (20021.05.02)
- <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/mental-health> (2021.05.02)
- <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/victorian-mental-asylum> (20021.05.02)
- <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/nerves-neuroses> (20021.05.02)
- <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/heroic-therapies-psychiatry> (2021.05.02)
- <http://mek.oszk.hu/02100/02115/html/3-1000.html> (2021.05.02)
- <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/mental-health> (2021.05.02)
- https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-hungary_hu.pdf (2021.05.02)