Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2007

Az Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat kötetei:

1. Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai)
2. Korszerű törekvések az egészségfejlesztésben
3. Egészségfejlesztés régiókban és településeken
4. Dr. Füzesi Zsuzsanna–Dr. Tristyán László: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken
5. Vercseg Ilona: Legalább ennyit az egészségfejlesztésről
6. Kutatás-monitorozás, értékelés az egészségfejlesztésben
7. Az egészséghatás-vizsgálat
8. Fábián Róbert–Dr. Simich Rita: Meglévő és működő modellprogramok valamint az iskolai szexedukációs események értékelése
9. Egészségfejlesztés és népegészségügy az Európai Unióban
10. Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció

Sorozatszerkesztő: **Dr. Makara Péter**

A munkaanyagot összeállította: ELTE PPK, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékének munkacsoportja (Urbán Róbert, PhD, egyetemi docens, Prof. Dr. Buda Béla, Hevesi Krisztina, Kökönyei Gyöngyi, Nagy Henriett, Rigó Adrien PhD, V. Komlósi Annamária PhD, Várnai Dóra), Urbán Róbert koordinálásával, az Országos Egészségfejlesztési Intézet megbízásából

Felelős kiadó: Gábor Edina
Kiadja: az Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2007

ISBN 978-963-87598-2-5

A kiadvány megjelentetését az Egészségügyi Minisztérium támogatta.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés . . . 7

1.1. A mentális egészségfejlesztési stratégia szemléleti kerete és jelentősége . . . 7
1.1.1. A mentális egészség fogalma . . . 7
1.1.2. A mentális egészség fejlesztésének költséghatékonysága . . . 9
1.2. A javasolt mentális egészségfejlesztési stratégia összetevői . . . 9

2. A pozitív mentális egészség fejlesztése . . . 13

2.1. A pozitív mentális egészség . . . 13
2.2. A társas és érzelmi intelligencia fejlesztése gyermek- és serdülőkorban . . . 13
2.2.1. A társas és érzelmi intelligencia jelentősége . . . 13
2.2.2. A társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének módszerei . . . 14
2.2.3. A társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének stratégiái . . . 15
2.3. A stressz kezelésének fejlesztése . . . 15
2.3.1. A stressz kezelését elősegítő programok fejlesztésének és oktatásának indokoltsága . . . 15
2.3.2. Iskolai programok a stressz kezelésének elősegítésére . . . 16
2.3.2.1. A stressz kezelésének fontossága gyermek- és serdülőkorban . . . 16
2.3.2.2. Hatékony iskolai programok a stressz kezelésére . . . 17
2.3.2.3. A stressz kezelését elősegítő iskolai programok bevezetésével kapcsolatos javasolt egészségfejlesztési stratégiák . . . 17
2.3.3. A munkahelyi stressz megelőzésének megközelítései . . . 18
2.3.3.1. A munkahelyi stressz problémája . . . 18
2.3.3.2. A munkahelyi stressz kezelésével kapcsolatos javasolt egészségfejlesztési stratégiák . . . 19
2.4. A fizikai aktivitás növelése a mentális egészség fejlesztése céljából . . . 20
2.4.1. A fizikai aktivitás és a mentális egészség fejlesztése . . . 20
2.4.2. A fizikai aktivitás növelésével kapcsolatban javasolt egészségfejlesztési stratégiák . . . 21
2.5. A mentális egészségfejlesztés és a mentális problémák prevenciója az iskoláskor előtt . . . 23
2.5.1. Epidemiológiai adatok – a korai prevenció fontosságát alátámasztó adatok . . . 23
2.5.2. A korai prevenció általános alapelvei . . . 23
2.5.3. Az iskoláskor előtti mentális egészségfejlesztés céljából javasolt egészségfejlesztési stratégiák . . . 24
2.6. A mentális egészség megőrzése és fejlesztése időskorban . . . 25
2.6.1. Az időskor kérdéskörének fontossága a mentális egészségfejlesztés terén . . . 25

2.6.2. Időskorúak mentális egészségét támogató stratégiák 28
2.7. A pozitív mentális egészség fejlesztése az épített környezet tervezésével és átalakításával 29

3. A mentális problémák és betegségek megelőzése 31

3.1. Az alkoholfogyasztás primer prevenciója 31
3.1.1. Az alkoholfogyasztás primer prevenciójának jelentősége a mentális egészségfejlesztés keretében 31
3.1.2. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos mortalitási és morbiditási statisztikák 31
3.1.3. Az alkoholfogyasztás prevenciója stratégiáinak irányelvei 34
3.1.4. Az alkoholfogyasztás prevenciójának stratégiái 35
3.2. A depresszió és a szorongás primer prevenciójának lehetőségei gyermek- és serdülőkorban 37
3.2.1. A gyermek- és serdülőkori depresszió primer prevenciójának jelentősége 37
3.2.2. A gyermek- és serdülőkori depresszív tünetek és szorongás morbiditási statisztikája 38
3.2.3. A gyermek- és a serdülőkori depresszió elsődleges megelőzése 38
3.2.4. A gyermek- és serdülőkori depresszió és szorongás prevenciójának stratégiái 41
3.3. A depresszió és szorongás primer prevenciója felnőttkorban 43
3.3.1. A felnőttkori depresszió és szorongás morbiditási statisztikája. 43
3.3.2. A felnőttkori depresszió és szorongás prevenciójának jellegzetességei Magyarországon. 44
3.3.3. A depresszió primer prevenciójának lehetőségei és javasolt stratégiái. 45
3.4. Az öngyilkosság és önsértés prevenciója 47
3.4.1. Az öngyilkosság és önsértés problémája 47
3.4.2. Az öngyilkosság és az önsértés mortalitási statisztikája. 47
3.4.3. Az öngyilkosság primer és szekunder prevenciójának nemzetközi és nemzeti stratégiái 50
3.4.4. Az öngyilkosság megelőzésének javasolt stratégiái 54
3.5. Az iskolai bántalmazás és agresszió primer prevenciója. 57
3.5.1. A bántalmazás fogalma, az iskolai bántalmazás. 57
3.5.2. Az iskolai bántalmazás problémája a mentális egészség prevenciójában. . . .57
3.5.3. Az iskolai bántalmazás gyakorisága és a bántalmazásban szerepet játszó tényezők. 58
3.5.4. Intervenció és prevenció 58
3.5.5. Az iskolai bántalmazás és agresszió elsődleges megelőzésének javasolt stratégiái 59
3.6. A devián viselkedés és a bűnelkövetés prevenciója 59

3.6.1. A devián viselkedés és a mentális egészségfejlesztés 59
3.6.2. A gyilkosság okozta halálozás adatai hazánkban 59
3.6.3. A fiatalkori antiszociális viselkedés és bűnelkövetés előfordulási statisztikája és prevenciójának jelentősége 61
3.6.4. Az antiszociális viselkedés nemzetközi és nemzeti stratégiái 62
3.6.5. Az antiszociális viselkedés megelőzésének javasolt stratégiái 68

4. A mentális egészségfejlesztési stratégiák megvalósításának feltételei. 75

4.1. Az interszektoriális megközelítés szükségessége 75
4.2. A hatékony programok jellemzői 76
4.3. A jelenlegi mentális egészségfejlesztéssel kapcsolatos képzések áttekintése, elemzése a javasolt programok megvalósíthatósága érdekében. 76
4.4. Képzési szükségletek a mentális egészségfejlesztési stratégiák megvalósítása céljából 77
4.2. A mentális egészségfejlesztéssel kapcsolatos ('Prevention science') országos és regionális tudásközpontok kialakítása és hálózattá szervezése. 80
4.3. A mentális egészségfejlesztés megvalósításához szükséges információs technológia 81

5. A munkaanyagban meghivatkozott szakirodalmak jegyzéke 85

1. Bevezetés

1.1. A mentális egészségfejlesztési stratégia szemléleti kerete és jelentősége

1.1.1. A mentális egészség fogalma

A mentális egészség és a mentális egészség megrendülése nemcsak az egyén, hanem a társadalom és a gazdaság szempontjából is fontos ügy. A társadalmi és gazdasági működőképesség szintjét meghatározó egyéni produktivitás, az élet kihívásaival, a változásokkal való megküzdési képesség, a társas kapcsolatok alakulása nagyon szorosan összefügg a mentális egészséggel.

Fontos leszögezni, hogy a mentális egészség nem azonos csupán a mentális betegségek, tünetek hiányával. A WHO Zöld könyvében a mentális egészséget úgy definiálják, mint *a jóllét állapotát, amelyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud birkózni a normális élet stresszhelyzeteivel, termékenyen képes dolgozni és hozzá tud járulni a közösségének életéhez*. Ezt a meghatározást jól kiegészíti az Amerikai Egyesült Államokban használt megközelítés, miszerint a mentális egészség „*a mentális funkciók jó működésének állapota, amely produktív tevékenységeket, az emberekkel való kapcsolatok kiteljesedését, a változásokhoz való alkalmazkodást és a nehézségekkel való megküzdés képességét eredményezi*" (USDHHS, 1999, 4. old.).

A fentiek alapján meg kell különböztetni a pozitív mentális egészséget a mentális betegségek hiányának állapotától. A pozitív mentális egészség fogalma olyan személyiségműködési folyamatra, illetve olyan készségek, képességek meglétére utal, amelyek a személy egyéni képességeinek és társas kapcsolatainak kibontakozásával kiteljesedését biztosítják. Éppen ezért a mentális betegségek kezelése önmagában nem feltétlenül eredményezi a személyes és társas jóllét és az alkotóképesség kiteljesedését, bár a mentális betegségek felismerése és kezelése a mentális egészség fejlesztésének fontos feltétele.

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

- a pszichés, az érzelmi, intellektuális és spirituális fejlődés képessége és jóllét fenntartása,
- kölcsönösen kielégítő társas és közösségi kapcsolatok kialakítása és fenntartása,
- az élettel együtt járó stresszel való megküzdés képessége és a kihívásoknak a személyes fejlődés szempontjából való hasznosítására való tendencia.

A mentális egészség meghatározása mellett azt is fontos felvázolni, hogy amelyek azok a tényezők, amelyek elősegítik, és amelyek rombolják a mentális egészséget. Az egyik legátfogóbb rendszert MacDonald és O'Hara (1998), valamint MacDonald (2006) javasolja, amely szerint elkülöníthetők a mentális egészséget elősegítő vagy romboló tényezők (l. *1. táblázat*).

1. táblázat: A mentális egészséget befolyásoló tényezők MacDonald és O'Hara (1998) modellje nyomán

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

1.1.2. A mentális egészség fejlesztésének költséghatékonysága

Sajnos még nem rendelkezünk olyan részletes gazdaságossági számításokkal, amellyel közvetlenül értékelhetnénk a mentális egészségfejlesztés költséghatékonyságát. Közvetve azonban vannak adatok, amelyek révén becsülni lehet a mentális betegségekkel együtt járó költségeket. A mentális betegséggel együtt járó közvetlen és közvetett költségek összevethetők a fizikai betegségek okozta költségekkel (Smit és mtsai, 2006). Ez komoly érvet szolgáltat ahhoz, hogy a népegészségügyben központi szerepet és az erőforrások elosztásakor komoly figyelmet kapjon a mentális egészség fejlesztése és a mentális betegségek megelőzése. A depresszív és szorongásos zavarok incidenciájának csökkentése komoly gazdasági megtakarítást eredményezhet (Smit és mtsai, 2006). A Hollandiában végzett vizsgálat arra is rámutatott, hogy a mentális betegségekkel kapcsolatos költségek jelentős része a gazdaság termelékenységének csökkenéséből (pl. hiányzás) adódik (Smit és mtsai, 2006). Ez komoly érv lehet ahhoz, hogy az egészségügyön kívüli stakeholderek (pl. munkáltatók) is részt vállaljanak a mentális egészségfejlesztés finanszírozásában.

1.2. A javasolt mentális egészségfejlesztési stratégia összetevői

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

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

A fentiek közül az első három témakört – a pozitív mentális egészség fejlesztése, a mentális problémák primer prevenciója és a mentális egészséggel kapcsolatos tudásbázis kialakítása – tárgyalja jelen összefoglalónk. A mentális betegséggel vagy fogyatékkal élők életminőségének javítására és a kezelésük fejlesztésére vonatkozó stratégiai javaslatokat a „*A lelki egészség országos programja (LEGOP) munkaanyag*" részletesen tárgyalja. Éppen ezért elsősorban a primer prevenció területére fokuszálunk, és nem foglalkozunk a mentális betegek ellátásának és az ellátórendszer fejlesztésének kérdéseivel.
A mentális egészségfejlesztési stratégiák gyakran kiemelten kezelik a szerhasználat kérdését. Mivel ma Magyarországon a szerhasználat okozta problémák megelőzésére van kidolgozott stratégiai javaslat („*Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására*"), munkánkban erre nem térünk ki. Ez alól csupán az alkoholfogyasztás jelent kivételt, mert jelentőségénél fogva szükséges itt is stratégiai javaslatokat megfogalmazni.

Az egészségfejlesztési stratégiákat három szempontrendszer figyelembevételével fogalmazzuk meg:

- Kik az egészségfejlesztés alanyai: univerzális, szelektív és indikált megközelítések.
- Milyen színtereken történik az egészségfejlesztés: család, iskola, munkahely, egészségügy, közösségek.
- Milyen problémakörrel foglalkozik: pozitív mentális egészség fejlesztése, a mentális problémák primer prevenciója (alkoholprevenció, a depresszió és szorongás prevenciója, öngyilkosság-prevenció).

A mentális egészségfejlesztés alanyai – univerzális, szelektív és indikált megközelítések

A mentális egészségfejlesztésben a hagyományos primer, szekunder és tercier prevenciós felosztás mellett kiemelt szerepet kell kapni a megközelítések felosztásának a programok célcsoportjai alapján. Így a primer prevencióban a mentális egészségfejlesztéssel kapcsolatos megközelítések nemzetközileg elfogadott (Gordon, 1987; Mrazek és Haggerty, 1994) felosztása megkülönbözteti az univerzális, a szelektív és az indikált megközelítéseket.

- Az **univerzális megelőzés** a népességet, illetve szélesebb célcsoportokat (pl. iskoláskorúak, várandós anyák) célozza meg. Ezekben a csoportokban a mentális egészséggel kapcsolatos problémák megjelenésének rizikója a csoport tagjai között nagyon hasonló. Az univerzális programok előnyeit és potenciális hátrányait a *2. táblázat* tartalmazza.
- A **szelektív megelőzés** azokat a csoportokat célozza meg, amelyekben feltételezhetjük, hogy az általános népességhez képest magasabb a mentális problémák megjelenésének rizikója, valamilyen biológiai, pszichológiai, társadalmi vagy környezeti tényezőnek köszönhetően. A szelektív megelőzés egész csoportokat céloz meg, függetlenül attól, hogy az egyes személyeknek mekkora az egyéni rizikója.
- Az **indikált megelőzés** azokat a személyeket (gyerekeket, felnőtteket) célozza meg, akiknél a mentális betegségek diagnózisa ugyan még nem állítható fel, de vannak arra utaló jelek, hogy az adott személynél fokozott a veszélye a mentális betegségek kialakulásának. Az indikált megelőzés célja speciális programok nyújtása az egyes személyeknek, akinél a mentális működészavar szubklinikus jelei mutatkoznak.

2. táblázat: Az univerzális programok előnyei és potenciális hátrányai

Univerzális programok	
Előnyök	**Hátrányok**
• *A címkézés elkerülése:* Csökkenti a címkézés potenciálisan negatív hatását egyrészt a mentális problémával érintetteknél, másrészt a szűrés által óhatatlanul előálló „álpozitív" eseteknél. • *A többszörös hatás:* Egy prevenciós intervencióval potenciálisan több problémakör közelíthető meg, több problémaviselkedés csökkenthető a közös rizikótényezők, esetleg a komorbiditás miatt. • *Jóllét és reziliencia fejlesztése:* Az univerzális programok képesek a jóllét és a reziliencia fejlesztésére az egyébként mentális problémákkal nem érintett populációban is.	• *A célzott problémák alacsony prevalenciája*: A pszichopatológiák alacsony prevalenciája következtében „egészséges" személyek is intervencióban részesülnek. • *Alacsony dózis:* Az univerzális intervenciók alacsony intenzitása és rövid időtartama miatt a problematikus esetekben nem biztos, hogy elégséges a kedvező hatás elérésére. • *A legkedvezőbb hatás a legalacsonyabb rizikójú csoportokban:* Az alacsony rizikójú csoportokban mutatkozhat a legkedvezőbb hatás.

A mentális egészségfejlesztés színterei

A mentális egészségfejlesztés megvalósítása – a modern egészségfejlesztési megközelítésekkel összhangban – a színtereken történik, mivel – ahogy az Ottawai Karta is megfogalmazza – *„az egészséget az emberek hozzák létre és élik meg a mindennapi életük azon színterein, ahol tanulnak, dolgoznak, játszanak és szeretnek"* (WHO, 1986).

A színterek alkotják a mentális egészségfejlesztés szociokulturális kontextusát a fizikai helyszínnel és a benne lezajló társas folyamatokkal, a kapcsolódó szabályokkal együtt. A színterek az ökológiai megközelítés mellett az egészségfejlesztés jól kezelhető és pragmatikus megközelítésére adnak lehetőséget (Green és mtsai, 2000).

Az itt javasolt stratégiában a következő színtereket jelöljük meg a mentális egészségfejlesztés helyszíneként:

- **A család**
- **Az iskola**
- **A munkahely**
- **Egészségügy**
- **Közösségek**

Ugyanakkor jól ismert az is, hogy szükség van az egészségfejlesztést a problémakörök köré is szervezni, így jelen stratégiában például külön kezeljük az alkoholprevenciót, a depresszió prevencióját vagy éppen az öngyilkosság prevencióját, holott a jelenségek szo-

rosan összefüggnek. Így munkaanyagunk a problémakörök szerint épült fel oly módon, hogy – ahol arra van mód – egyben tagolódik a színterek valamint az univerzális, szelektált és indikált prevenciós megközelítések mentén.

2. A pozitív mentális egészség fejlesztése

2.1. A pozitív mentális egészség

A pozitív mentális egészség hangsúlyozása azoknak a pszichológiai és társas erőforrásoknak a fejlesztését emeli ki, amelyek hozzájárulnak a stresszel való megküzdéshez, a jobb alkalmazkodáshoz, a produktivitáshoz, a személyes és társadalmi jólléthez, összességében a személyek optimális működéséhez. A pozitív mentális egészség fejlesztése szoros kapcsolatban áll a pozitív pszichológiai mozgalommal. A pozitív pszichológia a pozitív érzelmeket, a pozitív személyiségjellemzőket (az erősségek és személyes értékek) és a pozitív intézményeket (iskolák, munkahely, közszolgáltatások) vizsgálják, ami elvezet a személyek, csoportok és intézmények optimális működéséhez és fejlődéséhez. A pozitív mentális egészség konkrét tartalmát és a fejlesztés célpontjait akkor tárhatjuk fel, ha meghatározzuk a pozitív mentális egészség összetevőit (l. *3. táblázat*).

3. táblázat: A pozitív mentális egészség összetevői (Keyes, 2007)

• Pozitív érzelmek: – Pozitív affektusok – Az élettel való elégedettség
• Pozitív pszichés működés (pl. pszichológiai jóllét) – Önelfogadás – A személyes növekedés keresése – Életcélok – Környezeti hatóképesség – Autonómia – Pozitív kapcsolatok másokkal
• Pozitív társas funkcionálás – Mások elfogadása – Társas kapcsolatok kialakítása – Hozzájárulás a közösség és mások jóllétéhez – Érdeklődés a társadalmi és a közösségi élet iránt – Társas integráció

2.2. A társas és érzelmi intelligencia fejlesztése gyermek- és serdülőkorban

2.2.1. A társas és érzelmi intelligencia jelentősége

A társadalmi környezet és kultúra változásai (pl. felgyorsult élettempó, demokratizálódási folyamatok, információrobbanás) kiemelten fontossá tették a társas és érzelmi készségeket, képességeket, kompetenciákat magában foglaló társas és érzelmi intelligenciát.
A fejlett társas és érzelmi intelligencia fokozza a stresszel szembeni pszichés ellenálló képességet és hozzájárul a megelőzéshez (pl. erőszakmegelőzés, drogprevenció).

A társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének több kontextusban kell történnie: családi környezet, iskola. A fejlesztés kiemelt életkori övezetei a csecsemő- és kisgyermekkor, valamint az iskoláskor.

Csecsemő- és kisgyermekkorban
A biztonságos kötődés képezi a társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének alapját. A meleg családi légkör, a szülő és csecsemő közötti érzelmi egymásra hangolódás alapvető fontosságú az érzelmi készségek fejlődésében. A társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének az a meleg és biztonságos családi környezet kedvez, amely lehetőséget teremt a negatív érzelmek kifejezésére is. A későbbi érzelemszabályozó képesség szempontjából kritikus, hogy a gondozó figyelmet fordítson a csecsemő, kisgyermek negatív érzelmi állapotaira és meg tudja nyugtatni őt. A szülői nevelői stílus is befolyásolja a társas és érzelmi intelligencia fejlődését. Az a kedvező, ha a szülő azokat az érzelemmegnyilvánulásokat korlátozza, amivel a gyerek megbántana másokat, és nem korlátozza a sérülékenységet sugalló érzelmek kifejezését (pl. félelem, szorongás). A szülő-gyermek közötti érzelmekkel kapcsolatos beszélgetések az érzelmek tudatosságának fejlesztésében és az empátia fejlesztésében kulcsszerepet játszanak. Fontos, hogy ezek a beszélgetések magukba foglalják az érzelmek megnevezését, és az érzelmi válasz okának és következményének megjelölését is. A felnőttnek segíteni kell letisztázni és megérteni a gyermek érzelmi tapasztalatait. Fontos, hogy a szülők beszéljenek az érzelemszabályozás szükségességéről is (Saarni és mtsai, 2006).

Iskoláskorban
A diákok társas és érzelmi intelligenciájának fejlesztése elősegíti a jobb tanulmányi előmenetelt, az állampolgári tudatosságot és részvételt, és csökkenti annak valószínűségét, hogy a diákok olyan maladaptív és veszélyes viselkedésekbe kezdjenek, mint az erőszakelkövetés, a droghasználat, a korai és nem biztonságos szexuális aktivitás (Graczyk és mtsai, 2000). A tanulók társas és érzelmi intelligenciája fejleszthető, egyrészt az érzelmekkel kapcsolatos tudás növelésével, másrészt az érzelmi és társas készségek tanításával. Minden szocializációs tekintély taníthatja: tanárok, szülők, kortársak vagy a média. A társas és érzelmi intelligencia fejlődését a *támogató iskolai és osztálylégkör* alapozza meg. Az a környezet kedvező, ahol a diákok egymást kölcsönösen támogatják, segítőkészek és tekintettel vannak egymásra, valamint szociális felelősséget mutatnak egymás iránt. Ahol a tanárok minden egyes diákot az egyéni teljesítőképessége birtokában támogatnak és az egyéni normaorientáció értelmében állítanak fel velük szemben követelményeket. A személyes kapcsolat és az ennek talaján kibontakozó kölcsönös bizalom minden érzelmi és társas készség fejlesztésének alapkövetelménye (Jerusalem és Klein-Heßling, 2002).

2.2.2. A társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének módszerei

Csecsemő- és kisgyermekkorban
A legfontosabb eszköz a szülői képességek tanítása és a szocioemocionális kommunikáció

és a pozitív érzelmek megosztásának gyakorlása. A szülői képességek fejlesztésének célja növelni az érzelmi melegséget, a gondozók válaszkészségét és érzékenységét, az érzelmek fontosságának tudatosítását. Ennek eszközei lehetnek a következők:

- Védőnői családlátogatások a leendő és új szülők támogatására.
- A csecsemőgondozók és óvónők széles körű képzése a társas és érzelmi intelligencia fejlesztése adott életkornak megfelelő stratégiáiról.
- Leendő vagy csecsemőjüket gondozó, illetve kisgyermekes szülőknek tartott pozitív szülői viselkedéstréning kidolgozása a modern tudományos eredmények és szemléletek tükrében.
- Ismeretterjesztő anyagok készítése anyáknak, pedagógusoknak a csecsemő és kisgyermek érzelmi fejlődéséről, a társas és érzelmi intelligenciáról és az érzelmi és társas készségek fejlődését támogató családi környezetről.

Iskolában
A társas és érzelmi intelligencia fejlesztése átfogó stratégiát igényel. Ennek részei a következők:

- A tanárok képzése és tréningje a proaktív, interaktív és kooperációra épülő tanítási formák bevezetésére.
- A szülők képzése a gyermek viselkedésének hatékonyabb kezelésére és a tanulás elősegítésére és az ezt támogató otthoni környezet kialakítására.
- A gyermekek személyközi problémamegoldó képességének, az érzelmekről és az érzelemszabályozásról való életkornak megfelelő ismereteinek fejlesztése.
- A barátságos iskolai környezet és társas légkör kialakítása, ahol az iskolához való kötődés megerősödhet.

2.2.3. A társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének stratégiái

- A társas és érzelmi kompetencia fejlesztése módszereinek beépítése önálló tárgyként a védőnők, óvónők és pedagógusok képzésébe.
- A szülők képzése feltételeinek megteremtése, programok kidolgozása az óvodáknak, iskoláknak a szülői készségek fejlesztésére.
- Az iskola és a szülők közötti kapcsolat megerősítése és szülőknek tartott foglalkozások kialakítása.
- Nemzetközileg ismert iskolai programok adaptálása és hatásvizsgálata a társas és érzelmi intelligencia fejlesztésére.

2.3. A stressz kezelésének fejlesztése

2.3.1. A stressz kezelését elősegítő programok fejlesztésének és oktatásának indokoltsága

A stressz kialakulásának oka az, ha a személy a fenyegető környezeti hatásokat megter-

helőnek és nem vagy csak nehezen kezelhetőnek éli meg (Lazarus és Folkman, 1984). A stressz pszichológiai elemzésében kezdetben elsősorban a stresszorokra összpontosítottak, azt feltételezve, hogy a stresszorok hatásai összegződnek, és amennyiben ez az összhatás meghalad egy bizonyos szintet, akkor betegség, kimerültség vagy pszichológiai problémák állnak elő. Elég hamar felismerték azonban azt is, hogy a környezeti hatások nem egyforma mértékben kívánnak meg alkalmazkodást, valamint, hogy meglehetősen függnek a személy pszichológiai sajátosságaitól is. Ezt úgy is megfogalmazhatjuk, hogy a személy és a környezet kölcsönhatásában alakul ki a stressz, mivel kialakulásában a környezeti tényezők személyes jelentésének is fontos szerepe van. A stressz kezelésének javítása történhet a környezet megváltoztatásával, azaz a stresszhelyzetek csökkentésével, elkerülésével, vagy mivel ezeknek a helyzeteknek a többsége nem kerülhető el, ezért a személy megküzdési készségeinek fejlesztésével lehet csökkenteni a stressz negatív hatását.
A stresszhelyzetekkel való megküzdés fejlesztése szinte minden többkomponensű mentális egészségfejlesztő program része többé-kevésbé. Ennek számos oka van:

- A komolyabb életesemények (házastárs elvesztése, válás, a munkahely elvesztése) okozta stressz közismerten növeli a mentális és egyes fizikai megbetegedések esélyét. Kutatások bizonyítják, hogy az életesemények okozta pszichológiai stressz a genetikai sérülékenységgel interakcióban megnöveli a mentális problémák (depresszió, öngyilkosság) esélyét fiatal felnőtteknél (Caspi és mtsai, 2003).
- A pszichológiai stressz növeli a problémaviselkedés és szerhasználat (pl. alkoholabúzus) esélyét akkor, ha a stresszel való megküzdés kevésbé sikeres.
- A tartós pszichológiai stressz veszélyezteti a fizikai egészséget és a szubjektív jóllétet egyaránt.

A stressz kezelésének módszerei a legkönnyebben az iskolai színtéren és a munkahelyi színtéren vezethetők be, ami ráadásul egybeesik a különböző életkori csoportokkal is.

2.3.2. Iskolai programok a stressz kezelésének elősegítésére

2.3.2.1. A stressz kezelésének fontossága gyermek- és serdülőkorban

A gyermekek és serdülők stresszel kapcsolatos tapasztalataira vonatkozó közvetlen adatokkal nem rendelkezünk. Éppen ezért a probléma mértékére csak közvetett megállapításokat tehetünk azzal, ha megvizsgáljuk a stresszel összefüggésbe hozott szomatikus és pszichés tünetek előfordulását. Ezeknek a tüneteknek a megjelenése arra utal, hogy a stresszel való megküzdés kevéssé volt sikeres. Ugyanakkor óvatosan kell bánni a stressz tüneteivel kapcsolatos adatokkal, mivel nehéz elkülöníteni, hogy a stressz mellett milyen életkorhoz kötődő változások is magyarázhatják azok megjelenését. A stresszel kapcsolatba hozható tünetek felmérését a HBSC-kutatásban találjuk meg (Kökönyei, 2003), az egyszerűség miatt néhol csupán a serdülőkorú csoportot emeljük ki (11. osztály). Az adatok részletes elemzése korosztályokra lebontva a kutatási jelentésben megtalálható:

- *Alvási problémák:* Tipikus stressztünet az alvászavar. Az életkortól függően a lányok 14–21%-a, a fiúk 7–13%-a számol be gyakori alvásproblémáról.
- *Kedvetlenség, idegesség és fáradtság:* A stressz jellemző pszichológiai tünete a felnőtteknél és a gyermekeknél egyaránt a kedvetlenség, az idegesség és a fáradtság. A 11.-es lányok mintegy 48%-a gyakori fáradtságról, 42%-a gyakori idegességről és 32%-a gyakori kedvetlenségről számolt be. A 11. osztályos fiúk 33%-a gyakori fáradtságról, 30%-a gyakori idegességről és 17%-a gyakori kedvetlenségről panaszkodott.
- *Ingerlékenység:* A stressz további fontos tünete a gyakori ingerlékenység, amiről a 11. osztályban a lányok 27%-a és a fiúk 15%-a számolt be.
- *A tünetek halmozódása:* A stressz további fontos mutatója lehet, ha a megkérdezett gyermek vagy serdülő két vagy több tünetről számol be. A HBSC adatai szerint a 11. osztályban a fiúk 37%-a és a lányok 59%-a kettő vagy annál több stressz tünetről számolt be.

Újból ki kell emelnünk azonban azt, hogy a stressz és az életkorhoz kapcsolódó testi, hormonális változások nehezen különíthetők el. Mindenesetre a stressz szomatikus és pszichés tüneteiről az iskoláskorúak nagy arányban számolnak be.

2.3.2.2. Hatékony iskolai programok a stressz kezelésére

Az iskolai programok egyik friss metaelemzése feltárta, hogy az iskolai programok a stressz kezelésében hatékonyan segítenek a stressz tüneteinek csökkentésében és a megküzdés fejlesztésében (Kraag és mtsai, 2006). A vizsgálatba bevont programokat tekinthetjük a bizonyítékokkal alátámasztott stresszt kezelő programoknak, amelyek összetétele a következő volt:

- relaxációtréning,
- társas problémamegoldás fejlesztése,
- társas alkalmazkodás és érzelmi önkontroll fejlesztése,
- a fenti három kombinációja.

A metaelemzésbe bevont programok esetén a stressz kezelésével kapcsolatos foglalkozásokat rendszeresen legalább 7-8 alkalommal pedagógusok vagy pszichológusok vezetésével tartották. A kutatás alapján csak ilyen peremfeltételek mentén várható a kedvező hatás.

2.3.2.3. A stressz kezelését elősegítő iskolai programok bevezetésével kapcsolatos javasolt egészségfejlesztési stratégiák

- A stressz és a stressz kezelésének módszereiről széles körű képzés az iskola-egészségügyben dolgozóknak, iskolapszichológusoknak és pedagógusoknak. Ennek következtében széles körben vezetik be a már tudományosan is bizonyított stresszt kezelő módszereket.
- Az iskolában alkalmazható készségfejlesztésekre tudományos megalapozottsággal bíró stresszt kezelő tréningprogramok kidolgozása, esetleg sikeres külföldi programok adaptálása és a programok vezetésére alkalmas szakemberek kiképzése elősegíti ezen módszerek elterjedését, szakszerű alkalmazását.
- A stressz és a stresszkezelés módszereinek bevezetése a pedagógusképzésbe és az iskolapszichológusok képzésébe választható kurzusként.
- Az iskolai stressz mérése módszertanának kidolgozása és rendszeres mérése reprezentatív mintákon, a különböző iskolatípusok összehasonlítása céljából a stresszkezelő

programok iránti szükséglet meghatározásához, valamint a programok hatásvizsgálatához.
- A stresszt kezelő iskolai programok hatásosságának monitorozása és értékelése nemzeti kutatóbázisának létrehozása lehetővé tenné, hogy idővel a leghatékonyabb módszerek kitűnjenek, illetve lehetőség nyíljon a programok országos nyilvántartására is és a minőség-ellenőrzésre is.

2.3.3. A munkahelyi stressz megelőzésének megközelítései

2.3.3.1. A munkahelyi stressz problémája

A felnőttek egyik legfontosabb és krónikus stresszforrása a munkahely. A munkahelyi stressz komolyan befolyásolja a teljesítményt, és közvetlen és közvetett költségek révén csökkenti a termelékenységet és versenyképességet (l. *4. táblázat*).

4. táblázat: A munkahelyi stressz szervezeti következményei (Quick és Quick, 1984 nyomán)

Közvetlen költségek	***Közvetett költségek***
A munkában való alacsonyabb részvétel: • Hiányzások • Késések • Munkabeszüntetések, leállások • Munkaerő-vándorlás	*A vitalitás elvesztése:* • Alacsonyabb morál • Alacsony motiváció • Elégedetlenség
Munkateljesítmény romlása: • A teljesítmény minősége • A teljesítmény mennyisége • Sérelmek, panaszok • Balesetek • A gépek nem tervezett leállása és javítás • Az alapanyagok és a felszerelés szükségesnél nagyobb mennyiségű fogyása • A berendezés, eszközök eltűnése	*A kommunikáció leromlása:* • A kommunikáció gyakoriságának csökkenése • Az üzenetek torzítása, félreértése *Hibás döntéshozatal* *Munkahelyi kapcsolatok minőségének romlása:* • Bizalmatlanság • Tiszteletlenség • Ellenségeskedés
Kompenzációs költségek (baleset, sérülés)	*Az elmaradt haszon a nem optimális választások miatt.*

A munkahelyi stressz jellemzői, nevezetesen a munkamegterhelés, a döntésben való részvétel hiánya, az alacsony társas támogatás, a magas pszichológiai követelmények, az erőfeszítés-jutalom kiegyensúlyozatlansága, és a magas munkahelyi bizonytalanság egyaránt növeli a gyakoribb mentális problémák esélyét (Stansfeld és Candy, 2006). Keresztmetszeti és longitudinális vizsgálatok egyaránt bizonyítják, hogy a krónikus munkahelyi stressz számos egészségkárosodással jár együtt, olyanokkal, mint a depresszió, a szorongás, az

érzelmi kimerültség, a kardiovaszkuláris betegségek (pl. Michie és Williams, 2003). A munkahelyi stressz ráadásul közvetetten hatással van a munkavállaló jóllétére és pszichés erőforrásaira is oly módon, hogy közvetlenül elősegíti az egészségkárosító viselkedést és csökkenti azt a képességét, hogy pozitívan befolyásolja az egészségmagatartását (Landsbergis és mtsai, 1998). A munkahelyi stressz továbbá növeli a hiányzások számát, a munkavállalók elvándorlását és lerontja a munkahelyi teljesítményt (Dollard és mtsai, 2000; Michie és Williams, 2003). A munkahelyi stressz mindezeken túl hozzájárul a kiégéshez, különösen az emberekkel foglalkozó foglalkozási körökben, ami ronthatja a szolgáltatás színvonalát. Mindezek alapján elmondható, hogy a munkahelyi stressz csökkentése és a stresszel való megküzdés egyrészt fontos egészségfejlesztési feladat, másrészt gazdaságosságot befolyásoló tényező is.

A munkahelyi stressz kezelésére kidolgozott módszerek három szintjét különítik el (Noblet és LaMontagne, 2006):
- Az egyéni szintű intervenciók, amikor a munkavállalókat ismeretekkel, készségekkel és erőforrásokkal ruházzák fel, hogy a stresszt keltő helyzetekkel megküzdjön. A fejlesztendő készségek és ismeretek ilyenkor rendszerint a következők: relaxációs technikák, időkezelés, kognitív és viselkedéses megküzdési stratégiák.
- Az egyén és a szervezet közötti kapcsolatot érintő intervenciók. Ilyenkor az intervenciók a szerepek tisztázását segítik elő, javítják a munkatársak közötti kapcsolatot, jobbá teszik a személy-környezet illeszkedését, és elősegítik a munkatársak bevonását a döntéshozatalba.
- Az intervenciók harmadik szintje a munkahelyek azon fizikai, szervezeti és társas környezeti jellemzőit érintik, amelyek hozzájárulnak a stressz növekedéséhez. Ilyenkor az intervenciók a munka újratervezése, szervezeti fejlesztési programok.

2.3.3.2. A munkahelyi stressz kezelésével kapcsolatos javasolt egészségfejlesztési stratégiák
- A munkahelyi stresszről és a munkahelyi stressz kezelésének módszereiről széles körű képzés a foglalkozás-egészségügyben dolgozó orvosoknak, pszichológusoknak és egészségügyi szakdolgozóknak, humán erőforrásban dolgozó szakembereknek, menedzsereknek. Ennek következtében szélesebb körben használják a már tudományosan is bizonyított stresszt kezelő módszereket.
- A munkahelyi stressz kezelésére az egyéni szintű készségfejlesztésekre tudományos megalapozottsággal bíró stresszt kezelő tréningprogramok kidolgozása, esetleg sikeres külföldi programok adaptálása és a programok vezetésére alkalmas szakemberek kiképzése elősegíti ezen módszerek elterjedését.
- A munkahelyi stressz jelentőségének és következményeinek folyamatos kommunikálása a társadalom felé növeli a dolgozók stressztudatosságát.
- Útmutatók, ismertetők összeállítása a munkahelyek vezetőinek számára a stresszt csökkentő munkahelyi módszerekről és ezek előnyeiről, gazdaságosságáról.
- Munkahelyi egészségfejlesztő szakemberek képzése szükséges ahhoz, hogy a munkahelyi stressz kezelésének mind a három megközelítésében széles körű segítséget kaphasson a munkahely.

- Nemzeti kutatóbázis létrehozása a munkahelyi stresszt kezelő programok hatásosságának monitorozására és értékelésére lehetővé tenné, hogy idővel a leghatékonyabb módszerek kitűnjenek, valamint hogy esettanulmányok készítésével további munkahelyek motiválása is lehetővé váljék.

2.4. A fizikai aktivitás növelése a mentális egészség fejlesztése céljából

2.4.1. A fizikai aktivitás és a mentális egészség fejlesztése

A mentális egészségfejlesztésben kevéssé használják ki a fizikai aktivitás növelésében rejlő lehetőségeket (Saxena és mtsai, 2005). A fizikai aktivitásnak kettős előnye van: egyrészt a fizikai egészség fejlesztése révén ellensúlyozza a mentális problémák okozta testi problémákat, beleértve a kardiovaszkuláris rizikót vagy éppen az elhízást; másrészt a fizikai aktivitás javulást okoz a mentális tünetekben is, amelyek közül az egyik leggyakrabban vizsgált a depresszió és a depresszív tünetek. Egy metaelemzés a testedzés komoly terápiás hatását mutatta ki a depresszió kezelésében (Stathopoulou és mtsai, 2006). A kvantitatív mellett elvégzett kvalitatív összefoglaló utal továbbá arra is, hogy a testedzés terápiás hatása az alkoholabúzus és a szorongásos zavarok kezelésében is hatékonynak mutatkozik (Stathopoulou és mtsai, 2006).

A fizikai aktivitásra vonatkozó szakirodalom arra enged következtetni, hogy a testedzésnek kedvező hatása van a klinikai, a szubklinikus depresszióra és szorongásra, növeli az életminőséget azáltal, hogy javítja az önértékelést, javítja a hangulati állapotot, csökkenti a szorongást, ellenállóbbá (rezilienssé) tesz a stresszel szemben és javítja az alvás minőségét (Babyak és mtsai, 2000; Jones és O'Beney, 2004; Van de Vliet és mtsai, 2002a, 2002b).

A prevenció szempontjából fontos felismerés az, hogy serdülők esetében a fizikai aktivitás természetes előfordulása negatív kapcsolatban van a depresszív tünetekkel, azaz az aktívabb serdülők alacsonyabb mértékű depresszív tünetekről számolnak be (Motl és mtsai, 2004). *Munkahelyi színtéren* az intenzív szabadidős fizikai aktivitás hosszabb távon is megelőzi a pszichológiai panaszokat (depresszió és érzelmi kimerültség, általános egészség). Különösen az ülő foglalkozásúaknál mutatták ki, hogy az intenzív fizikai aktivitás gyakorisága dózisfüggő összefüggésben van a mentális egészséggel (Bernaards és mtsai, 2005). Ráadásul a kutatás azt is feltárta, hogy az intenzív fizikai aktivitás csökkenti a hosszabb hiányzások számát.

Az *egészségügyi színtéren* az orvos rövid tanácsadása elsősorban rövid távon növelheti a fizikai aktivitást (Hillsdon és mtsai, 2005), ugyanakkor más szakemberek, kiképzett tanácsadók hatékonyabbak a fizikai aktivitás hosszú távú növelésében (Tulloch és mtsai, 2006).

A *közösségi színtéren* a fizikai aktivitást elősegítő programok mellett fontos figyelmet fordítani a környezeti tervezésre. A fizikai aktivitás meghatározói közül az egyik legfontosabb a közvetlen környezet jellemzői. King és munkatársai (2000) USA-ban végzett kutatása feltárta, hogy az élvezetes táj, a kellemes környék a legfontosabb pozitív tényező a

fizikai aktivitást illetően, a legerősebb észlelt akadály pedig a környék nem biztonságos volta. Mások azt találták, hogy a lehetőségek és a létesítmények (pl. parkok) hiánya és a biztonsággal kapcsolatos aggodalom a két legfontosabb oka a testedzés hanyagolásának (Pate és mtsai, 1995). Sajnálatos, hogy hasonló kutatásról hazánkban nem tudunk, holott szükség lenne rá helyi és országos szinteken egyaránt a környezet tervezésében fontos szempontok megismeréséhez.

A fizikai aktivitás növelését elősegítő leghatékonyabb környezeti és közpolitikai intézkedések az experimentális és kvázi-experimentális tanulmányok alapján (Matson-Koffman és mtsai, 2005) az alábbiak:

- A lépcső használatára való figyelmeztetés.
- A fizikai aktivitásra alkalmat nyújtó helyek és lehetőségek elérhetősége.
- Az iskolai testnevelés a fizikai aktivitás fejlesztése tekintetében jól képzett testnevelő tanárokkal.
- A diákok fizikailag aktív időtöltéseinek növelése.
- Átfogó munkahelyi megközelítés, amely tartalmazza a képzést, a munkáltató és a munkatársak támogatását, a motiváló tényezőket és a testedzéshez szükséges eszközrendszer elérhetőségét.

2.4.2. A fizikai aktivitás növelésével kapcsolatban javasolt egészségfejlesztési stratégiák

A fizikai aktivitás kérdésköre része a Nemzeti Népegészségügyi Programnak. Az ott megfogalmazott stratégiák mellett javasoljuk figyelembe venni az alábbiakat.

Iskolai színtér

- A gyermekek fizikai aktivitásának és testedzésének elősegítése iskolai programokkal.
- Az oktatási időn kívül szükséges minden létező alkalom megteremtése a mozgásra (pl. tanórán kívül vagy a szünetekben) az ehhez szükséges eszközrendszerek (pl. iskolaudvar kialakítása, labdák és más játékeszközök) biztosításával.
- A testnevelő tanárok folyamatos, szinten tartó képzése a tanulók fizikai aktivitásának növelése és az élethosszig tartó fizikai aktivitás elősegítése érdekében.

Munkahelyi színtér

- A munkahelyi testedzési programok beindításának szakmai és anyagi támogatása akár az ilyen programok közterheinek csökkentésével.
- A munkahelyeken a mindennapi fizikai aktivitás (pl. lépcsőhasználat preferálása a lifttel szemben, fizikailag aktív szünetek közbeiktatása a munkafolyamatba) elősegítése akár az épület tervezésével is (pl. vonzó lépcsők kialakításával).
- A fizikai aktivitás promóciója a nem népegészségügyi szakemberek képzésével. Ilyen szakemberek lehetnek pl. a humánerőforrás-menedzserek, épület- és várostervezők, akár újságírók is (Yancey és mtsai, 2007).

Közösségi színtér

- A közösségi fizikai aktivitásért felelős koordinátorok kiképzése (kistérségi vagy regionális szinten) az adott közösségben a fizikai aktivitást elősegítő programok tervezésére, megvalósítására és értékelésére.
- Értékelő rendszer kidolgozása a létező parkok, közterek felmérése céljából a fizikai aktivitás szempontjából lényeges jellemzők mentén, és javaslatok kidolgozása ezen közterek fizikai aktivitásra, testedzésre való alkalmassá tétele céljából.
- A környezet tervezésében a fizikai aktivitást elősegítő környezeti elemek (pl. parkok, sétányok, kerékpárutak) kialakítása, a környezet tervezése során a fizikai aktivitás szempontjainak figyelembevétele. Ehhez szükséges a környezet tervezésében szerepet játszó szakemberek képzése az egészségfejlesztés szempontjainak figyelembevételére.

Egészségügyi színtér

- Az orvos által nyújtott rövid tanácsadás és ezzel együtt rövid írásos ismertető a fizikai aktivitásról hozzájárulhat a betegek fizikai aktivitásának növeléséhez, amihez szükség van az orvosok tanácsadással kapcsolatos készségeinek és a fizikai aktivitással kapcsolatos ismereteinek fejlesztésére.
- A fizikai aktivitással kapcsolatos tanácsadásra kiképzett szakemberek alkalmazása (nővér, egészségfejlesztő, gyógytornász).
- A testedzéssel kapcsolatos írásos ismertetők készítése és alkalmazása az orvosi rendelőkben.
- Az érintett szakemberek képzésére „Népegészségügy és fizikai aktivitás" kurzusok kidolgozása, bevezetése és támogatása állami és privát forrásokból.

Egyéb, nem színtérhez köthető javaslatok

Politikai döntéshozatal
- A munkahelyi testedzési programok esetében a munkáltató által fizetendő közterhek (adók és járulékok) csökkentésével a munkáltatók motiválása ilyen programok beindítására.
- Az épített környezet tervezése, valamint a természeti környezetben bekövetkező változtatások során az egészségügyi hatás elemzésében érvényesíteni kell a fizikai aktivitás promóciójának szempontjait.
- Multidiszciplináris tanácsadó testület létrehozása a fizikai aktivitás elősegítésével kapcsolatos intézkedési javaslatok kidolgozására helyi, regionális és országos szinten.
- A fizikai aktivitás fejlesztése hosszú távú nemzeti programjának kidolgozása.

Média
- Médiakapcsolatok kialakítása és a fizikai aktivitás és testedzés fontossága folyamatos kommunikációjának elősegítése.

Kutatás, adatgyűjtés
- A fizikai aktivitás és ezen belül a testedzés pozitív és negatív determinánsainak meghatározói a magyar népesség és azon belül egyes kiemelt csoportok körében.
- Annak elősegítése, hogy helyi színtéren jobban megértsék a fizikai aktivitás akadályait és stratégiákat dolgozzanak ki ezek csökkentésére vagy kiküszöbölésére.

2.5. A mentális egészségfejlesztés és a mentális problémák prevenciója az iskoláskor előtt

2.5.1. Epidemiológiai adatok – a korai prevenció fontosságát alátámasztó adatok

A gyermekek és serdülők kb. 20%-a küzd valamilyen pszichiátriai problémával, s közülük mindössze kb. 18% kerül megfelelő ellátásba (Skovgaard és mtsai, 2007; Dánia; Fónagy, 1998; USA, New Zealand, magyar adatokkal nem rendelkezünk).

A gyermekkori mentális zavar sok esetben átnyúlik a felnőttkorba is; illetve a gyermekkori mentális problémák a felnőttkori mentális zavarok jó előrejelzői.

A mentális zavarok korai prevenciója több szempontból is fontos:

- egyes mentális zavarok, problémák (pl. agresszív viselkedés) leghatékonyabban a korai életszakaszban kezelhetők, befolyásolhatók (Fónagy, 1998); később ellenállnak a kezelésnek;
- a korai prevenció nemcsak a gyermek életminősége szempontjából fontos, hanem számos előnnyel jár a szülők és az intézményes nevelés számára is (a pszichológiai problémákkal küzdő gyermekek nevelése óriási kihívás és stressz a szülők számára; s ugyancsak komoly problémákat jelent az iskolarendszerünknek is);
- a mentális egészség erősen kihat egyéb életterületekre és befolyásolja a különböző készségek/képességek fejlődését is, mint pl. a szociális készségek vagy tanulási teljesítmény.

2.5.2. A korai prevenció általános alapelvei

A nemzetközi ajánlások szerint a gyermekkori mentális egészség kérdéskörét, prevencióját érdemes bevonni az elsődleges egészségügyi ellátás kereteibe is (Garralda, 2002; Tolan és Dodge, 2005).

Mivel a gyermekgyógyászatban hazánkban is komoly elsődleges egészségügyi hálózat működik (gyermekorvosi rendelők – a védőnői hálózattal egybekötve), amelyet minden kisgyermek könnyen „elérhet", itthon is érdemes figyelembe venni ezt az ajánlást. Ugyancsak praktikus lehet a meglévő nevelési tanácsadó hálózat igénybevétele.

Az alap gyermekorvosi ellátás keretein belül fontos a gyermekorvosok és védőnők képzése a mentális zavarok korai felismerése végett; továbbá speciális, a gyermekek és az anyák mentális egészségével foglalkozó szakemberek bevonása az alapellátásba.

Szükséges rövid mentális prevenciós programok kidolgozása (ezek legyenek családközpontúak, tapasztalati eredményeken alapuljanak, s illeszkedjenek a különböző életkorhoz

és fejlődési szintekhez). Továbbá javasolt speciális ellátási központok kifejlesztése a különböző gyermekkori mentális zavarok kezelésére; valamint megfelelő protokoll kifejlesztése a speciális ellátásba való kerülés mikéntjére vonatkozóan. Hazánkban mindez legegyszerűbben a nevelési tanácsadók feladatkörének a bővítésével, a nevelési tanácsadók hálózatának megerősítésével lenne megoldható.
A gyermekkori mentális zavarok elsősorban a magas rizikójú pszichoszociális háttérrel, illetve az anya-gyerek kapcsolat zavarával vannak összefüggésben (Skovgaard és mtsai, 2007); így a prevenciónak elsősorban ezeket a területeket kell megcéloznia.
A mentális egészség területén a korai prevenció fontosságát már évtizedekkel ezelőtt felismerték, több nemzet kidolgozta komplex stratégiáját (pl. Anglia, Ausztrália, USA, Dánia); sőt a már több éve futó prevenciós programok hatásvizsgálata zajlik. Ezek az elemzések egyértelműen azt mutatják, hogy a mentális zavarok nagyon korai prevenciója hatékony.
A mentális zavarok korai prevenciójának fő színterei a család, az egészségügy (mentális és szomatikus alapellátás, továbbá szakrendelők) és közösségi szinten az óvoda lehetnek. Mivel azt javasolják, hogy a korai prevenciót vonjuk az egészségügyi alapellátás kereteibe, ugyanakkor az intervenciók helyszíne sok esetben a család lakóhelye, e két színteret szétválaszthatatlansága miatt együttesen mutatom be (ahol külön jelezhető a színtér, jelzem).

2.5.3. Az iskoláskor előtti mentális egészségfejlesztés céljából javasolt egészségfejlesztési stratégiák

Család

Univerzális prevenció
- A védőnők képzése a szülő-gyerek kapcsolat fejlesztésére, a biztonságos kötődés kialakítására, a szülői kompetenciák és a pozitív nevelési elvek átadására csecsemő vagy kisgyermek szüleinek.

Szelektív prevenció
- Szülői és nevelési készségek fejlesztése fiatal és első gyermekes anyáknál a gyermek 2–4 hónapos korától 3–3,5 éves korig otthoni látogatások és rendszeres csoportos találkozók révén.

Indikált prevenció
- Speciális egyéni program kidolgozása veszélyeztetett, fiatal, egyedülálló, alacsony jövedelmű első gyermekes anyák részére a gyermek abúzus és az elhanyagolás megelőzése céljából.

Óvodai színtér

Univerzális prevenció
- A kisgyermekek szociális készségeinek javítása céljából óvodapedagógusok képzése, amelynek célja, hogy képessé váljanak a gyermekek szociális készségeinek javítására az intézményes (óvodai) interakciók során, csoportos munka során. (Minta lehet ehhez a féligstrukturált, kognitívviselkedés-terápiás elemeket tartalmazó tréning pedagógusoknak; Han és mtsai, 2005.)

Szelektív prevenció
- Az óvodapedagógusok képzése a speciális mentális tünetekkel küzdő gyermekek kezelésére és integrációjára.
- A szegény vagy valamilyen szempontból hátrányos helyzetű gyerekekkel való kiegészítő foglalkozás a kognitív fejlődéshez és az iskolai tanuláshoz szükséges készségekben felhalmozódó hátrányok ledolgozására.

Indikált prevenció
- Egyéni vagy csoportos terápia a problémás gyermekekkel (óvodapszichológus helyben végezheti, ha a szülők egy része nem tudja vállalni a gyermek nevelési tanácsadóba szállítását).

Egészségügyi színtér

Univerzális prevenció
- A pre- és posztnatális depresszió felismerése és szűrése elveinek és módszereinek kidolgozása és bevezetése a háziorvosok, gyermekorvosok és a védőnők képzésébe.
- A dohányzó várandós anyáknak nyújtott ingyenes támogatás a dohányzás abbahagyására és a nőgyógyászok és nővérek képzése az ilyen irányú hatékony tanácsadásra.

Szelektív prevenció
- Speciális program kidolgozása és bevezetése anyai depresszióban szenvedő anyák részére a szülő-gyerek interakció és a gyermek szocioemocionális fejlődésének fejlesztése érdekében.

Közösségi színtér

Univerzális prevenció
- A pozitív és proaktív szülői készségek fejlesztése egyéni és csoportos szülői programok révén. Az utóbbi hatékonyabb és költségtakarékosabb is.
- A civil szervezeteknek (pl. baba-mama klubok stb.) nyújtott szakmai támogatás révén könnyebben elérhető a célcsoport. Ehhez szükséges a klubvezetők képzése vagy továbbképzése, illetve a civil szervezetek motiválása a szakemberekkel való együttműködésre, például finanszírozási támogatással.

2.6. A mentális egészség megőrzése és fejlesztése időskorban

2.6.1. Az időskor kérdéskörének fontossága a mentális egészségfejlesztés terén

Az idősek a világ jelenleg legdinamikusabban növekvő népessége (Drewnowski és mtsai, 2003). A United Nations akcióterve az időskorral kapcsolatosan hangsúlyozza, hogy „az öregedés a 21. század napirendi pontja”, ami az időskori jóllét javítását célozza az egészségmegőrző programok növekvő száma, valamint azok fokozott ellenőrzése és monitorozása révén. Emellett a terv magában foglalja „az idős nők és férfiak önbizalmának erősítését, valamint

olyan lehetőségek megteremtését, amely biztosítja a megfelelő életminőséget, képessé tesz a munkára és a független életvitelre a saját megszokott környezetében – mindaddig, ameddig ez csak lehetséges, illetve megkívánt" (Report of United Nations; 2002).
Az optimális öregedés legfőbb tényezői (McReynolds és Rossen, 2004):

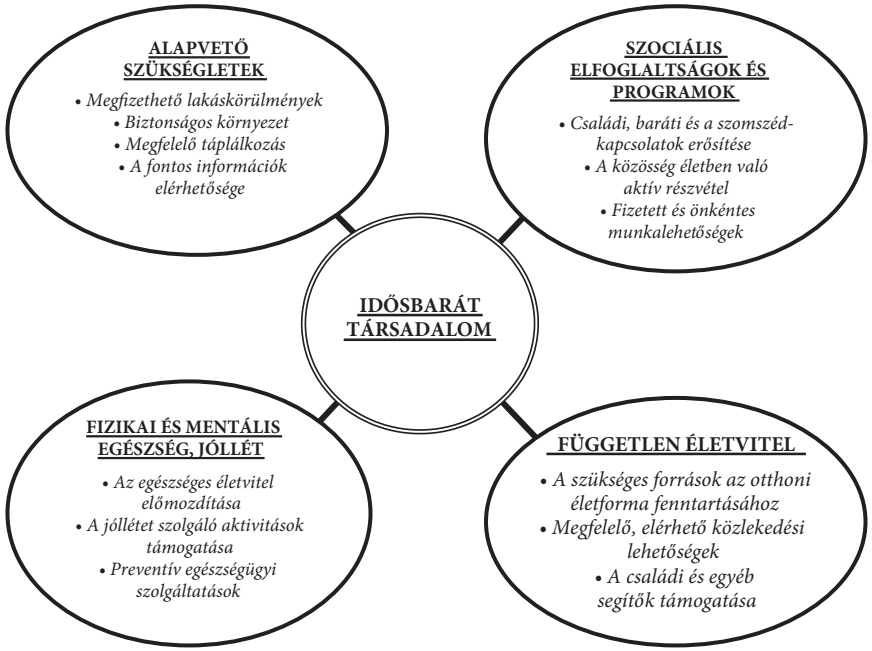
1. a fizikai funkcionálás magas szintje,
2. a mentális és kognitív működés magas szintje,
3. aktív szociális funkcionálás,
4. általános egészség.

Az „őszülő társadalom" megkívánja az egészségügyi politika megalkotóinak és a szélesebb körből vett szakértők (multidiszciplinaritás) mind szorosabb együttműködését – hogy a jóllét mindazon indikátorait ötvözni tudja, amely a mentális egészségstátust, az elégtelen táplálkozásból fakadó rizikótényezőket, a megfelelő fizikai aktivitási szintet és a biomedikális markereket egyaránt érintik (Drewnowski és mtsai, 2003).
Az egészséges, sikeres, illetve produktív öregedés fogalma gyakran egymás szinonimájaként jelenik meg az irodalomban. Definíció szerint a sikeres öregedés magában foglalja a fizikai és mentális működés megőrzését, valamint folyamatos részvételt társas aktivitásokban és kapcsolatokban.
Legújabb koncepcióként azonban az egészséggel összefüggő életminőség („*health-related quality of life*"; HR-QOL) fogalom ajánlott, amely összekötő kapocsként jelenik meg számtalan egészségparaméter és a személy saját elégedettségének mértéke között. Olyan területeket ölel fel, mint a fizikai képességek, a mentális és érzelmi státus, az egészség szubjektív megítélése, társas involválódás és az élettel való globális elégedettség.
Egy „időskorú barát társadalom" megteremtésének feltételei:

- Célzott változás a társadalmi attitűdök terén – a közösség értékelt és megbecsült tagjának tekinteni a nyugdíjas személyt –, amely az érzelmi jóllét és közérzet javítása által járul hozzá az idősek mentális egészségéhez (Hanson és Emlet, 2006).
- Az időskorhoz, mint életszakaszhoz való viszonyulás megváltoztatása (a generativitás és produktivitás hangsúlyozása a funkcióvesztésekre való fókusz helyett), amely bizonyítottan az egészségmegőrző viselkedési formákat segíti elő (Reichstadt és mtsai, 2007).

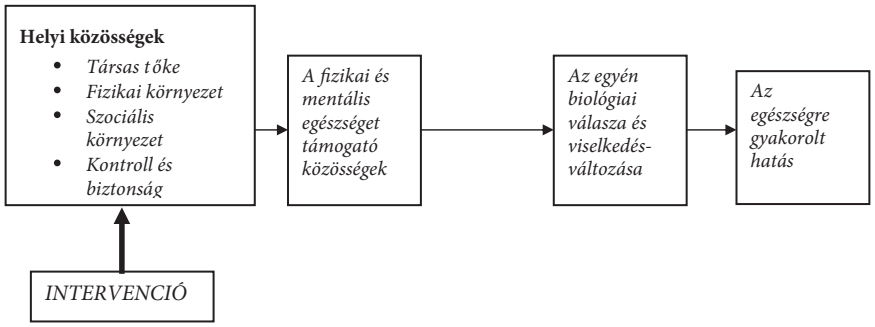
Az időskorhoz, illetve az idős személyekhez való viszonyulás megváltoztatásának javasolt színtere mind az öt stratégiai színtér, nevezetesen a család, az iskola, a munkahely, az egészségügy és a közösségek.
Ezeken belül a munkahely abból a szempontból számít kiemelt színtérnek, hogy közvetlenül megelőzi a nyugdíjaséveket. Ezáltal fokozott szerepet játszhat a munkahely megszűnését követő felkészítésben – nem tévesztve szem elől annak többszörös funkcióját. Friedmann és Havighurst (1954) már fél évszázada leírták ötpontos tipológiájukban a munka jelentését az egyén életében: 1. a jövedelem forrása; 2. az élet rutinjaként az idő strukturálója; 3. a személyes státusz és identitás forrása; 4. a szociális kapcsolatok terepe; továbbá 5. a teljesítmény érzését nyújtja.

Az egészséges fizikai és mentális öregkor feltétele az idősbarát társas és fizikai környezet megteremtése, amelynek főbb pilléreit az *1. ábra* mutatja.



1. ábra: Az idősbarát társadalom modellje (Hanson és Emlet, 2006 nyomán)

Idősbarát városok és falvak létrehozása az önkormányzatokkal együttműködve valósítható meg leghatékonyabban – a helyi körülményeknek, igényeknek és lehetőségeknek megfelelően súlyozva és fejlesztve az egyes területeket. A cél a fizikailag, szociálisan és szellemileg facilitáló környezet megteremtése, az olyan „komfortzóna" kialakítása az idősek számára, amely a személyes függetlenséget támogatva értelmes aktivitásokba von be, és az értékes társas kapcsolatok fenntartását biztosítja (Hanson és Emlet, 2006). Ezek sejtjei a helyi közösségek, amelyek mind a generációk közötti kommunikációt segítik, mind pedig a nyugdíjasok közös aktivitását, közös programokban való részvételét támogatják (Masotti és mtsai, 2006). A *2. ábra* az intervenciós lehetőségeket mutatja.



2. ábra: Intervenciós lehetőségek a helyi közösségek szintjén (Masotti és mtsai, 2006 nyomán)

Az öregkor leggyakoribb mentális zavara a demencia, az öngyilkosság, az alkoholizmus és a depresszió. A mentális egészség meghatározása kultúrafüggő – azonban a nyugati társadalmakban az autonómia és a képességek megőrzése sokkalta nagyobb hangsúlyt kap a társadalmi integráció szempontjából, mint máshol (Drewnowski és mtsai, 2003).
A fizikailag egészséges idős embereket sokkal ritkábban jellemzi mentális és érzelmi diszfunkció – azonban egy betegség vagy a nem megfelelő táplálkozás képes triggerelni, előidézni az öregedéshez köthető kognitív, érzelmi és viselkedéses zavarokat (Drewnowski és mtsai, 2003; McReynolds és Rossen, 2004).
A sikeres öregedés három kulcskomponense lehet így a fizikai aktivitás, a helyes táplálkozás és a társas támogatás (McReynolds és Rossen, 2004). Több szerző és longitudinális vizsgálat szerint a mentális aerobik (mentális gyakorlatok rendszere) szintén hozzájárul a sikeres öregedéshez, mivel a kognitív működés hanyatlása ellen dolgozik (Schaie, 1994; Mattson, 2000).
Mivel az idős személyek fizikai aktivitásának fenntartása a fizikai, kognitív és szociális működéshez egyaránt elengedhetetlen, így mind a személy számára, mind pedig népegészségügyi szempontból központi helyet foglal el (McReynolds és Rossen, 2004; Dacey és Newcomer, 2005). A fizikai aktivitás az izomtömeg progresszív csökkenésének kivédésében, a csontok állapotának megőrzésében, a betegségek és esések megelőzésében, valamint a kognitív funkciók fenntartásában elvitathatatlan szerepe mellett (pl. Cress és mtsai, 2004) az időskori major depresszió kezelésében is jelentős tényező.

2.6.2. Időskorúak mentális egészségét támogató stratégiák

- Idősbarát város vagy falu mozgalom beindítása, amelynek célja a fizikailag, szociálisan és szellemileg facilitáló és támogató környezet (közterületek, közintézmények, szolgáltatások) megteremtése az idősek számára.
- Időseknek szóló közösségi programok támogatása révén segíteni kell az időskori aktív életvitel által a jóllétet, a szórakozást és a társas kapcsolatokat.

- Növelni kell a közösségi rekreációs aktivitásokban való részvételt a szociális izoláció kivédése céljából.
- Az időskorúak önszerveződésének támogatása anyagi és humán erőforrások biztosításával.
- A családok és civil szervezetek bevonása az idősek szükségleteinek megértése és segítése céljából.
- Pszichoedukációs programok implementálása az időseket gondozó családtagok számára.

2.7. A pozitív mentális egészség fejlesztése az épített környezet tervezésével és átalakításával

Az épített környezet az emberek hétköznapjainak, érzelmeinek és viselkedésének fontos meghatározója. A környezet emellett az egészség fejlesztését, megtartását és a gyógyulást elősegítő és akadályozó rendszer, amely életkortól (pl. gyermek vagy idős személy) és fizikai állapottól (pl. fogyatékosság) egyaránt függő módon játszik szerepet a benne élők életében. A környezet fizikai aktivitást elősegítő vagy akadályozó természete tipikus példája a népegészségügyi jelentőséggel bíró környezettervezési problémakörnek.
Emellett a környezet szimbolikus értékeket is tükröz, ami a közösséghez való kötődés letéteményese. A környezeti intervenciók, ezen belül az épített környezet tervezése és újratervezése az egészségfejlesztés módszereinek egyike. Ehhez azonban szükség van az épített környezet és a népegészségügy szakemberei közötti együttműködésre (Northridge és Sclar, 2003; Frumkin, 2003).
A környezet fontos pszichoszociális jellemzői (Butterworth, 2000):

- *Esztétika:* A helyek esztétikája szoros kapcsolatban van a helyhez való kötődéssel és kifejezi a személyes és közösségi identitást. A személyes, közösségi és kulturális értékeket hordozó környezet elvesztése gyászreakcióhoz vezethet, az új környezetbe kerülés elidegenedést eredményezhet.
- *Átláthatóság és tájékozódás:* A környezet megértése, a környezetben való tájékozódás szükségessége, a környezet belső térképének kialakítása, az emberek számára fontos vagy érdekes helyek lokalizációja alapvető emberi szükséglet.
- *Biztonság:* Az épített környezet egyes jellemzői szoros kapcsolatban állnak a biztonság érzésével, különösen a valamilyen szempontból jobban kiszolgáltatottak számára, például nők, gyermekek, idősek. A nem használt, elhagyatott terek különösen veszélyesnek tűnnek. A környezet használata csökkenti a bűnelkövetés mértékét is, ezzel elősegíti a biztonságosság érzetét is. Azok az épített környezetek, amelyek elősegítik a társas interakciókat, hozzájárulnak a közösség építéséhez, a társas kapcsolatok kialakulásához, a közösség érzésének fejlődéséhez.
- *Privátszféra és zsúfoltság:* Az épített környezet tervezése és újratervezése során egyszerre kell kielégíteni a társas érintkezés és a privátszféra iránti igényt. A zsúfoltság,

ami jellemzően a nem kívánatos társas interakciók mennyiségét növeli, a mentális és a fizikai egészség komoly rizikófaktora.
- *Részvétel és empowerment:* A részvétel a társadalom életében emberi szükséglet és alapvető a személyek és a közösségek pszichológiai jólléte szempontjából. Az épített környezet jellemzői alapvetően meghatározzák a közösség tagjainak részvételét a társadalom életében. Az egészségfejlesztésnek azokat a módokat kell megtalálnia, ahogy az épített környezet tervezése vagy újraalakítása során elősegíti a közösségi részvételt az emberek környezetét érintő döntésekben.

Kevés olyan kutatást publikáltak, amelyek a környezeti jellemzők és a mentális egészség közötti kapcsolatot vizsgálták, ráadásul olyan metaelemzésről sem tudunk, amelyek a környezeti intervenciók hatását elemeznék a mentális egészségre vagy a mentális betegségekre. Néhány adatot az alábbiakban foglalunk össze:
- Az épített környezet számos olyan jellemzője, mint a környezeti stressz, a zsúfoltság, a zaj és a zöld területek hiánya negatívan hat a mentális jóllétre (Guite és mtsai, 2006).
- Az épített környezet szegényesebb jellemzői (az épületek külső és belső minősége) összefüggésben vannak az ott lakók utóbbi hat hónapban, illetve élettartam során átélt depressziójával a szocioökonómiai státus jellemzőinek kontrollálása mellett (Galea és mtsai, 2005; Weich és mtsai, 2002).
- A nyitott és kerttel ellátott épített környezetben lakóknak kisebb az esélye a pszichiátriai morbiditásra számos változó kontrollja mellett a zárt, zöld területre nem nyitott környezetben lakókhoz képest (Lewis és Booth, 1994).
- A zöld területek (parkok, fákkal szegélyezett utak stb.) kedvező hatással vannak az egészség számos aspektusára, beleértve az élettartamot is (Takano és mtsai, 2002).

A pozitív mentális egészség fejlesztése az épített környezet tervezésével – stratégiai javaslatok:

- Közös fórum és együttműködés kialakítása a környezet- és várostervezők, valamint a mentális egészségfejlesztés szakemberei között a rendelkezésre álló empirikus adatok és az ezekből következő cselekvési tervek, javaslatok kidolgozására.
- A mentális egészséghatás-elemzés szükségességének bevezetése az épület- és várostervezéssel kapcsolatos döntések meghozatalának folyamatába.
- A közösségek tagjainak bevonása az épített környezettel kapcsolatos döntéshozatalba a közösségi részvétel elősegítése céljából. Szükséges ennek a mechanizmusnak, technikának a kidolgozása és elfogadtatása az érintett szakemberek szemléletében.
- Az építészek és várostervezők képzése az épített környezet és a mentális egészség közötti kapcsolat tudatosítása és a munkájukban való figyelembevételének elősegítése céljából. Az ilyen jellegű képzések (pl. környezetpszichológia) beépítése az építészek és a népegészségügyi szakemberek felsőoktatási és továbbképzési tananyagába.

3. A mentális problémák és betegségek megelőzése

3.1. Az alkoholfogyasztás primer prevenciója

3.1.1. Az alkoholfogyasztás primer prevenciójának jelentősége a mentális egészségfejlesztés keretében

Az alkoholprobléma és az alkoholabúzus prevenciójának és kezelésének stratégiái hazánkban már kidolgozottak (Buda, 2006). Jelen fejezet az alkoholhasználat primer prevenciós stratégiáit tekinti át a mentális egészségfejlesztés keretén belül, hiszen számos mentális probléma hátterében azonosítható az alkoholhasználat. Így például európai országokban végzett kutatás szerint az alkohol a férfiak depressziójának 10%-áért felelős (Jane-Llopis és Matytsina, 2006). Az alkohol fogyasztása szerepet játszik az öngyilkossági kísérletekben és a sikeres öngyilkosságokban (Mann, 2002). Az alkoholprevenció fontos eszköz tehát a mentális betegségek prevenciójában is.

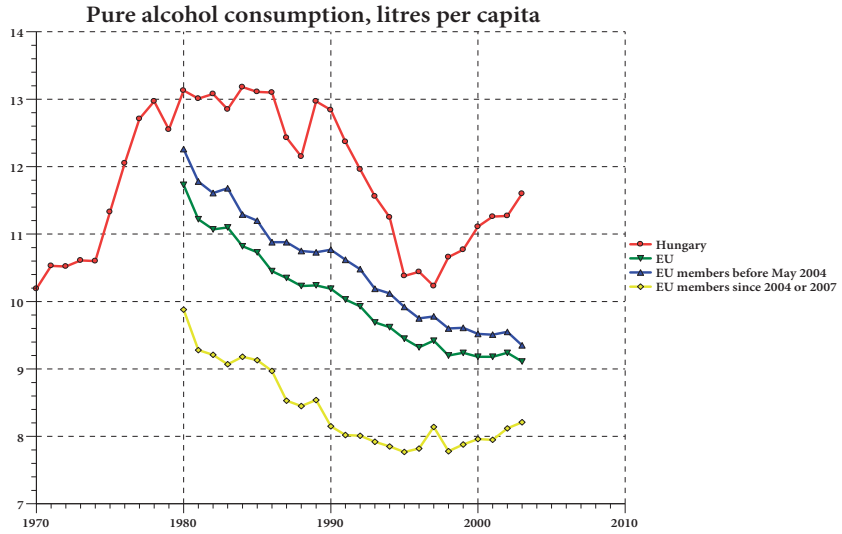
3.1.2. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos mortalitási és morbiditási statisztikák

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos mortalitás és morbiditás kiugró hazánkban az Európai Unió átlagához képest. Hazánkban az alkohollal kapcsolatos mortalitás relatív rizikója mintegy kétszerese az EU-hoz képest. A férfiak relatív rizikója minden vizsgált évben a nőkhöz képest háromszoros (2002-ben az RR=3,16; 2003-ban RR=3,08; 2004-ben RR=3,18 és 2005-ben RR=3,42) (l. *5. táblázat*).

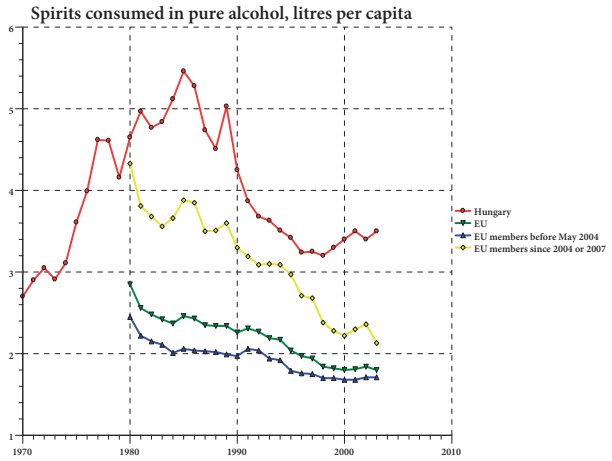
5. táblázat: Az alkohollal összefüggésbe hozható halálozás relatív rizikója 2002–2005 között Magyarországon az Európai Unió átlagához viszonyítva a HFA-adatbázisban elérhető adatok alapján

	2002	2003	2004	2005
Minden életkori csoport	2,12	2,14	2,09	1,90
férfiak	2,19	2,20	2,17	2,01
nők	2,06	2,12	2,03	1,75

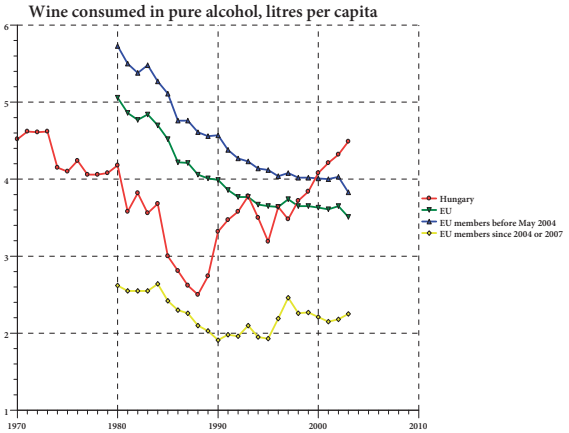
Az egy főre jutó tisztaalkohol-fogyasztás mennyisége hazánkban 1997 óta növekszik (l. *3. ábra*) az EU átlagában megfigyelhető monoton csökkenéssel szemben. A növekedés elsősorban a bor- és az égetettszesz-fogyasztás növekedésével magyarázható (l. *4a, 4b, 4c ábra*).



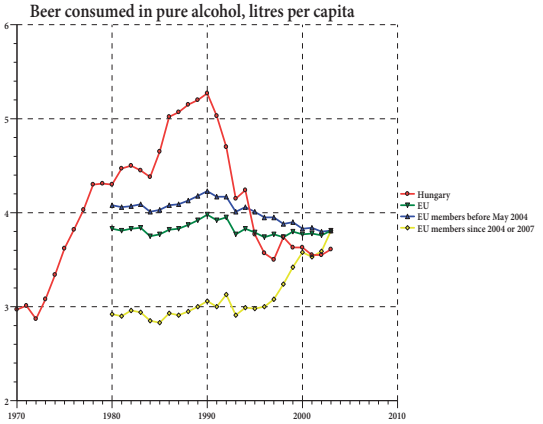
3. ábra: Az egy főre jutó tisztaalkohol-mennyiség változása hazánkban, az EU-ban, az EU-hoz 2004-ben csatlakozó államokban és a 2004 előtti EU-tagállamokban (HFA-adatbázis).



4a. ábra: Az égetett szesz fogyasztásának alakulása hazánkban, az Európai Unióban, a 2004-ben csatlakozott országokban és a 2004 előtti EU-tagországokban.



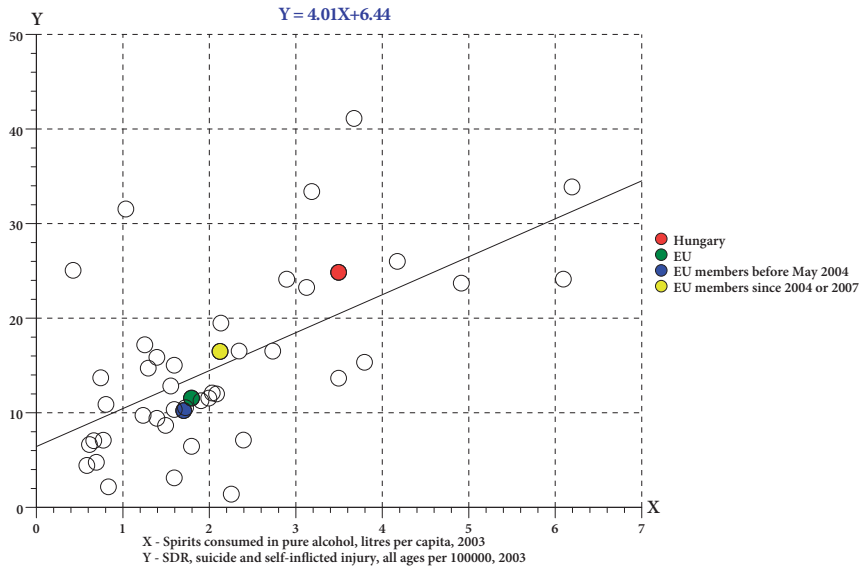
4b. ábra: A bor fogyasztásának alakulása hazánkban, az Európai Unióban, a 2004-ben csatlakozott országokban és a 2004 előtti EU-tagországokban.



4c. ábra: A sör fogyasztásának alakulása hazánkban, az Európai Unióban, a 2004-ben csatlakozott országokban és a 2004 előtti EU-tagországokban.

Nemcsak az elfogyasztott alkohol mennyisége, hanem az alkoholfogyasztás mintázata is lényeges tényező. Az OLEF2003 vizsgálatban az önbeszámolók szerint a magyar lakosságban a férfiak 17,7%-a, a nőknek csupán 2,5%-a tartotta magát nagyivónak (Boros, 2005). A HBSC-vizsgálat egyik legmeglepőbb adata szerint a 11. osztályos serdülők közül a fiúk 63,7%-a, a lányok 40,8%-a volt már legalább kétszer részeg az életében.

Nincs módunk részletesen kifejteni az alkoholfogyasztás és a mentális egészség közötti kapcsolat összetett voltát. Példaként kiemelhetjük azonban az öngyilkosság okozta halálozást. Az alkoholfogyasztás világos összefüggésben áll az öngyilkosság okozta mortalitással. Az *5. ábrán* a 2003-ban elfogyasztott tiszta szesz mennyisége szignifikánsan és erősen korrelál (r=0,61 [0,38-0,76]) az öngyilkosság okozta mortalitással a HFA-adatbázisban fellelhető országok adatai szerint. A bor és a sör esetében ilyen összefüggés nem mutatható ki r_{bor}=-0,20 és $r_{sör}$=0,03).



5. ábra: Az égetett szesz fogyasztásának összefüggése az öngyilkosság okozta mortalitással.

3.1.3. Az alkoholfogyasztás prevenciója stratégiáinak irányelvei

Az alkoholprevenció fogalma zsargonszerű kifejezés az egészségfejlesztéssel foglalkozók körében, elsődlegesen a korai, rendszeres, hozzászokásos, mértéktelen, ill. ártalmas ivás megelőzését, és ezáltal az alkoholizmus prevencióját jelenti.

A felfogások e téren több szempontból eltérnek.

1. Vannak szakemberek, akik *önálló stratégiát* igényelnek, abból kiindulva, hogy az alkohol a társadalmi élet elfogadott eleme (sokak szerint: az élelmiszerek kategóriájába sorolandó), és pl. elengedhetetlen a turizmus és a vendéglátás szempontjából, ugyanakkor veszélyessége sokrétű, a drogokét is meghaladó társadalmi súlyú.
2. Mások szerint a *pszichotróp, hozzászokást keltő kémiai anyagok és az addiktív viselkedésformák általános megelőzésén belül* kell őket kezelni (tekintve, hogy ezek hátterében közös tényezők állnak, pl. családi szocializáció, a személyiségfejlődés, a pszichoszociális érés zavarai, hibás mintahatárok, ellenkulturális referenciacsoportok stb.).
3. Egyes szakemberek szerint alkoholmegelőzés *csak általános mentálhigiénés, lelki egészségfejlesztési stratégián belül* célszerű, ill. hatékony. Ebben megvalósul a szenvedélyproblémák közös megelőzése is.
4. Elterjedt felfogás, különösen az alkoholipar és a „hospitality industry" képviseli, hogy *csak a mértéktelen, veszélyes, ill. problémás ivás, különösen a lerészegedés, ill. az alkoholizmus a megelőzés célja*. Ezt egy nemzetközi szakmai szervezet (ICAP) is képviseli (ICAP, 2004). Ez a megközelítés bármelyik előzővel kombinálható. Megjegyzendő, hogy a tennivalókat leegyszerűsíti, és egyfajta ivási kultúrát, szocializációt hirdet (sensible, reasonable, moderate drinking), amelyet főleg az ifjúság körében tart kialakítandónak, de a felnőtt korosztályokban is ezt tekinti irányadónak, alapüzenetnek.
5. Empirikusan az bizonyítható, hogy *az általános fogyasztáscsökkentés és a józanság kultúrája* a megelőzés hatékony eszköze, ezt népegészségügyi, közegészségügyi megközelítésnek nevezik.

3.1.4. Az alkoholfogyasztás prevenciójának stratégiái

Iskolai színtér

Univerzális prevenció

- A tanárok folyamatos képzése az alkoholprevenció iskolában alkalmazható módszereire.
- Rendszeresen tartott, alkohollal kapcsolatos interaktív prevenciós foglalkozások minden korcsoportban.
- Biztonságos alternatívák biztosítása: alkoholmentes ifjúsági szabadidős programok kialakítása és folyamatos fenntartása.
- Iskolák alkoholpolitikája kidolgozásának támogatása.
- Többkomponensű alkoholprevenciós programok kidolgozása, adaptációja és bevezetése az iskolákban.[1]
- Kortárs programok támogatása az alkoholprevencióban.
- Alkoholprevenció a felsőoktatásban és a bentlakásos intézményekben.
- Alkoholprevencióval kapcsolatos internetes információs szolgáltatás gyermekeknek és serdülőknek.
- Alkoholprevenciós koordinátorok kiképzése az iskolák támogatása céljából.

1 Klasszikus többkomponensű programra példa a Project Northland (pl. Williams és mtsai, 1999), amely tartalmazott órai keretben tartott rendszeres foglalkozásokat, tanórákon kívüli kortársak szervezte tevékenységeket, a programba a szülőket is bevonták, és szélesebb közösségi programokat. A Project Northland hatáselemeinek vizsgálata feltárta, hogy az órán kívüli kortárs tevékenységeknek, a szülők bevonásának és az órai foglalkozásoknak volt lényeges hatása, míg a közösségi programoknak kevésbé (Stigler és mtsai, 2006).

Szelektív prevenció
- Ifjúsági ártalomcsökkentő programok kidolgozása és folyamatos fenntartása a civil szervezetek bevonásával.
- Alkoholbetegek gyermekeinek szóló prevenciós program kidolgozása és folyamatos fenntartása.

Indikált prevenció
- A pedagógusok képzése az alkoholhasználat és a problémaivás felismerésére és a hatékony eseti intervencióra.
- Akcióterv kidolgozása pedagógusoknak az alkoholprobléma felmerülésének kezelésére, és a gyermek kezelésének indítványozására.

Munkahelyi színtér

Univerzális prevenció
- Az alkohollal kapcsolatos kérdéskörök integrációja a munkahelyi egészségfejlesztő programokba.

Szelektív prevenció
- Az alkoholfogyasztás révén érintett munkahelyekre speciális programok kidolgozása.

Indikált prevenció
- Az alkalmazotti segítség rendszerének támogatása, azaz az alkoholproblémák korai felismerése, a kezelési motiváció felkeltése, és a kezelésbe vétel megszervezése.

Közösségi színtér

Univerzális prevenció
- Az ivással kapcsolatos közösségi normák befolyásolása.
- A fiatalkorúak alkoholhoz való hozzáférésének csökkentése az edukáció, a szabályozók betartatása és a civil kontroll erősítése révén.
- Az alkoholprobléma tudatosságának növelése a közösségen belül.

Szelektív prevenció
- Az alkoholizmus révén érintett családok professzionális (pl. családterápiás) és közösségi szintű támogatásának kialakítása.

Indikált prevenció
- A civil szervezetek támogatása a problémaivás felismerésére és a kezelésbe vételére.

Egészségügyi színtér

Univerzális prevenció
- Az orvosi és egészségügyi személyzet képzése az alkohollal kapcsolatban.
- Az alkoholfogyasztás szűrése az alapellátásban.
- Az alkoholprobléma rendszeres epidemiológiai vizsgálata és az alkohollal kapcsolatos kutatások eredményeinek eljuttatása az egészségügyben dolgozók számára.

Szelektív prevenció
- Az egészségügyben kezelt alkoholbetegek családjának és gyermekeinek szóló prevenciós program.

Indikált prevenció
- A minimális intervenciós módszerek bevezetése az egészségügyi ellátásban.

- Az egészségügyi ellátásban dolgozók felkészítése az alkoholproblémával jelentkezők kezelésbe vételének elősegítésére.

Egyéb, nem színtérhez köthető javaslatok

Politikai döntéshozatal
- A Nemzeti Alkoholstratégia megvalósítása.
- Alkoholprevenciós bizottságok létrehozása országos és regionális szinten.

Média
- Tudatossági kampány a fiatalkorúak alkoholfogyasztására vonatkozó közösségi normák megváltoztatására.
- Tudatossági kampány az alkoholprobléma jelentőségéről Magyarországon.
- A média képviselői és a Nemzeti Alkoholprevenciós Bizottság közötti együttműködés az alkohol médiában való megjelenésének szabályozásáért.

Kutatás, adatgyűjtés
- Statisztikai adatszolgáltatás és tudományos kutatás korszerű intézményes feltételeinek megteremtése, epidemiológiai felmérések rendszeres, évenkénti végzése.
- Alkoholhasználattal és alkoholprevenció monitorozásával és hatásvizsgálatával foglalkozó országos és regionális intézetek létrehozása.

3.2. A depresszió és a szorongás primer prevenciójának lehetőségei gyermek- és serdülőkorban

3.2.1. A gyermek- és serdülőkori depresszió primer prevenciójának jelentősége

A depresszió megjelenésére már 7 éves kortól számítani lehet. A gyermek- és serdülőkori depresszió tünetei azonban némileg eltérőek a felnőttkori depresszió tüneteitől – ezt már a DSM-IV is jelzi.

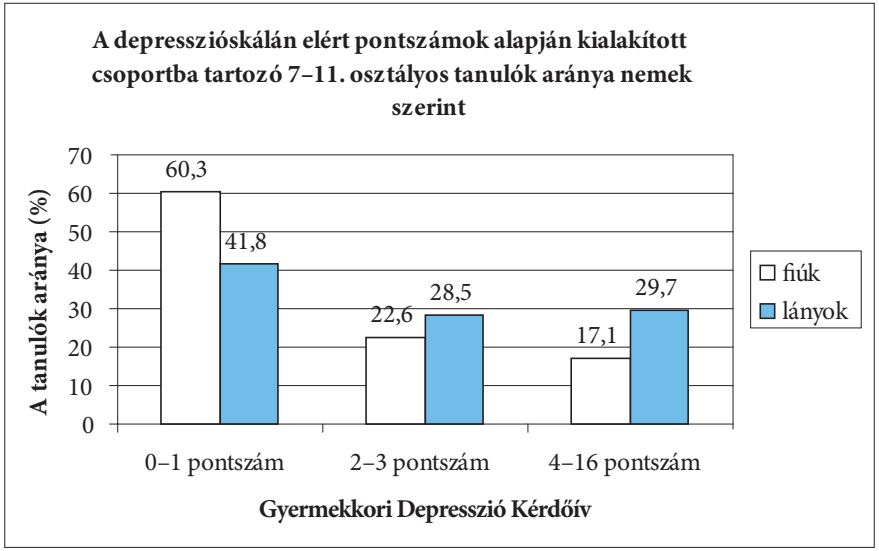
Az átmeneti depressziós tünetek gyakoriak serdülőkorban, míg a major depresszív periódusok és a klinikai depresszió prevalenciája serdülőkorban jóval alacsonyabb, a nemzetközi tanulmányok a serdülők esetében 2–8% között becsülik a klinikai szintű depresszió prevalenciáját (Lynch és Clark, 2006).

Akár a klinikai, akár a szubklinikus depresszív és szorongásos epizódok könnyen észrevétlenek maradhatnak, befolyásolva ezzel a gyermek vagy serdülő jóllétét és jövőbeni kilátásait. A korai problémák felnőttkorra is áthúzódhatnak, sőt más problémák forrásai is lehetnek: például alkoholproblémák, dohányzás, illegális szerhasználat mellett növeli az öngyilkossági gondolatok, kísérletek és befejezett öngyilkosságok esélyét, elősegíti más mentális problémák (pl. evészavar) kialakulását is (Glied és Pine, 2002). Ezen túl a hangulatzavarok hozzájárulhatnak az iskolai teljesítmény romlásához, a gyakoribb hiányzáshoz, ami végső soron a gyermek és a serdülő tanulmányi esélyeit, karrierjének lehetőségeit korlátozza (Glied és Pine, 2002).

A depresszív hangulat és a depresszió primer prevenciója tehát hosszú távon hat a gyermekek és a serdülők fizikai és mentális egészségére. Külön kiemeli a primer prevenció jelentőségét az, hogy a gyermekek és serdülők esetében az antidepresszánsok megkétszerezik az öngyilkossági gondolatok és az öngyilkosság veszélyét, ami miatt nem ajánlott, vagy legalábbis problematikus a gyógyszeres kezelés ebben a korosztályban (Friedman és Leon, 2007).

3.2.2. A gyermek- és serdülőkori depresszív tünetek és szorongás morbiditási statisztikája

A gyermekek és serdülők depressziójáról reprezentatív adatokat a HBSC-kutatás nyomán kaphatunk (Kökönyei, 2003). Bár az alkalmazott határértékek pontos jelentése nem világos, az adatokból kitűnik, hogy a lányok 29%-a a fiúk 23%-a néhány, míg a lányok 30%-a és a fiúk 17%-a több depresszív tünetről számolt be (*6. ábra*). Ezek szerint az iskoláskorú lányoknak jóval több mint a fele (59%-a), az iskoláskorú fiúknak 40%-a érintett valamilyen mértékben a depresszív tünetek előfordulásában. Ráadásul a legmagasabb depresszió-pontszámú csoportba soroltak 50%-a fejében már megfordult az öngyilkosság gondolata is.



6. ábra: A gyermekkori depressziós tünetek előfordulása a HBSC-kutatás alapján (Kökönyei, 2003).

3.2.3. A gyermek- és a serdülőkori depresszió elsődleges megelőzése

A gyermek- és serdülőkori depresszió rizikófaktorai a kutatások nyomán jól ismertek,

többségükre már primer prevenciós módszerek is a rendelkezésünkre állnak (l. *6. táblázat*).

A depresszió megelőzése akkor lehet a leghatékonyabb, ha az intervenciókat a pozitív erőforrások megerősítésével együtt végezzük.

A *6. táblázatban* bemutatott módszerek többsége nemcsak a depresszió megelőzésére, egyes rizikófaktorok hatásának kivédésére alkalmas, hanem a pozitív mentális egészség fejlesztésére is. Így az alkalmazott primer prevenciós univerzális vagy szelektált programok fokuszálhatnak az alábbi összetevőkre:

- Kognitív-viselkedéses készségek (pl. a negatív gondolatok megkérdőjelezése, az újraértékelés módszerei stb.) fejlesztése.
- A problémamegoldás fejlesztése.
- A stressz kezelésének fejlesztése.
- Az asszertivitás fejlesztése.
- Az érzelmek felismerése és az érzelmi reguláció fejlesztése.
- A szülői készségek fejlesztése.

6. táblázat: A gyermekkori és serdülőkori depresszió rizikófaktorai és prevenciója a kutatások fényében (Garber, 2006 nyomán)

Rizikófaktorok	Kutatási eredmények	Prevenciós stratégia
Nem	A depresszió magasabb arányú a lányoknál, mint a fiúknál.	• Fokozott figyelem a lányokra a prevenciós programokban.
Genetikai háttér	A depressziónak jelentős mértékű az örökletessége, de a depresszió nem elkerülhetetlen, megjelenésében jelentős szerepe van a gén-környezet interakciónak.	• Pszichoedukáció a genetikai rizikóról. • A környezeti kiváltó tényezők befolyásolása (stresszkezelés).
A szülő depressziója	Depressziós szülők gyermekeinek nagyobb az esélye a depresszióra, mint a nem depressziós szülők gyermekeinek.	• Pszichoedukáció. • Kognitív-viselkedéses intervenció a gyerekeknek. • A szülők depressziójának kezelése csökkenti a gyerekek rizikóját.
Szubklinikus depresszív tünetek	A szubklinikus depresszív tünetek előrejelzik a későbbi klinikai depressziót.	• A szubklinikus tünetek csökkentése.
Szorongás	A szorongás megelőzi és előrejelzi a depressziót.	• A szorongás csökkentése a depresszió megelőzése céljából.

Rizikófaktorok	Kutatási eredmények	Prevenciós stratégia
Temperamentum/személyiség	A negatív emocionalitás előrejelzi a depressziót és közvetíthet a genetikai háttér és a depresszió között.	• Az érzelmi reguláció és az érzelmi intelligencia fejlesztése.
Negatív kogníció	A negatív kogníció előrejelzi a depressziót, különösen stresszhelyzetekben.	• Kognitív átstrukturálás, újraértékelés. • Problémamegoldás fejlesztése. • Asszertivitási tréning. • Kognitív megküzdési stratégiák elsajátítása.
Stressz és trauma	Az akut stressz és korai negatív élmények előrejelzik a depressziót.	• Stresszkezelési programok (pl. stressz inokulációs tréning). • A stressz csökkentése.
A stresszre adott válasz	A nem adaptív válaszok (pl. rumináció, elkerülés) közvetíti és moderálja a stressz és a depresszió kapcsolatát.	• A megküzdési készségek fejlesztése. • A szülői készségek fejlesztése.

7. táblázat (folytatás): A gyermekkori és serdülőkori depresszió rizikófaktorai és prevenciója a kutatások fényében (Garber, 2006 nyomán)

Rizikófaktorok	Kutatási eredmények	Prevenciós stratégia
Interperszonális kapcsolatok - szülők	A diszfunkcionális család gyermek- és serdülőkori depresszióval jár együtt.	• A szülő-gyerek kapcsolat fejlesztése. • A szülői készségek fejlesztése.
Kortárs kapcsolatok	A visszautasítás és a társas izoláció együtt jár a depresszióval.	• A társas készségek fejlesztése. • A társas problémamegoldás fejlesztése.

A serdülőkori depresszió prevenciójával kapcsolatosan kevés a megfelelő módszertannal kivitelezett vizsgálat. Kisszámú vizsgálat alapján – amelyekben elsősorban kognitív-viselkedéses készségek fejlesztése zajlott – egyes szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy az univerzális prevenciós stratégia nem csökkenti a depresszió előfordulását, ugyanakkor a szelektív prevenció és az indikált prevenció mérsékelten csökkenti a depressziót (Merry és mtsai, 2003). Meg kell azonban jegyezni, hogy a rendelkezésre álló adatok alapján még nem jogos az univerzális stratégia elhanyagolása ennél a kórképnél. Egyrészt, mert csak

kisszámú adat áll a rendelkezésünkre, másrészt, mert az univerzális prevenciós módszerek nagymértékben átfednek a pozitív mentális egészség fejlesztésének módszereivel. Például néhány újabb tanulmányban kimutatták, hogy esetükben az univerzális stratégiának is volt szignifikáns kedvező hatása (Merry és mtsai, 2004; Pössel és mtsai, 2004). Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy ebben a kérdésben különösen fontos a programok tudományos szintű értékelése, illetve modellvizsgálatok révén a programok hatékonyságának bizonyítása.

A készségfejlesztés mellett a gyermek- és serdülőkori depresszió prevenciójának lehetséges stratégiája a serdülők fizikai aktivitásának növelése, azaz a testedzés terápiás alkalmazása. Egyes tanulmányok elhízott serdülőknél találták a fizikai aktivitás kedvező hatását a mentális egészségre (Daley és mtsai, 2006), más tanulmány az alacsony gazdasági-társadalmi helyzetű gyerekeknél mutatta ki a testedzés kedvező hatását a depresszióra (Crews és mtsai, 2004). Sajnos ebben a korosztályban a testedzés terápiás és prevenciós hatásának dokumentációjában csak külön álló tanulmányokat találunk, metaelemzést ez ideig – tudomásunk szerint – nem publikáltak.

3.2.4. A gyermek- és serdülőkori depresszió és szorongás prevenciójának stratégiái

Iskolai színtér

Univerzális prevenció

Pedagógusok

- Szükség van a pedagógusok képzésére a mentális problémák és a depresszió korai jeleinek felismeréséről és a beavatkozási lehetőségeikről.
- A pedagógusok mentális egészségének védelme, a kiégés megelőzése segít a protektív tanár-diák kapcsolat kialakításában és fenntartásában. Rendszeres csoportos programok bevezetése a stressz kezelése és a kiégés prevenciója céljából (l. korábban a munkahelyi stressz kérdéskörét).

Szülők

- A szülőket megcélzó program a szülői készségek fejlesztése érdekében, csoportos program kidolgozása a pozitív szülői készségek fejlesztésére.
- Az iskola, a szülők és a szakszolgálatok közötti kapcsolat erősítése a pozitív mentális egészséget fejlesztő programok révén.

Iskola

- Az iskola elköteleződésének elősegítése a mentális egészségfejlesztés mellett az Egészséges Iskolák programjainak kiterjesztésével.
- Az iskolák fizikai és szociális környezetének fejlesztése az életkori igények kedvezőbb kielégítése céljából és az iskolához való kötődés erősítése érdekében.
- Az iskolai programok kezdeményezése az életkornak megfelelő szabadidős tevékenységek nyújtására.

• 'Bullying', azaz a kortárs bántalmazás prevenciója (l. később).

Tanulók

• Életkornak megfelelő pszichoedukáció a stresszről és a stresszkezelési módszerekről, beépítve a tananyagba és az órán kívüli programokba.
• Az egyéni és társas problémamegoldás, valamint az asszertivitás fejlesztése.
• A gyerekek fizikai aktivitását és edzettségét növelő programok erősítése és támogatása segíti az érzelmi és a mentális egészség fenntartását.
• Internetes információnyújtás és interaktív fórum a hangulati zavarokról gyermekeknek és serdülőknek az életkornak megfelelő nyelvezettel és vizuális anyagokkal.

Kutatás és fejlesztés

• A depresszió és mentális problémák megelőzésére kidolgozott, nemzetközileg ismert, bizonyítékokon alapuló programok adaptálása és értékelése (monitorozás és hatásvizsgálat) az iskolákban.

Szelektív prevenció

• A gyermekek szűrése depresszióra és a megemelkedett pontszámú gyermekeknek intenzív kognitív-viselkedéses intervenció nyújtása. Ez a módszer megbízhatóan csökkenti a depresszió mértékét és a depressziós gyermekek arányát.

Indikált prevenció

• Tárgyvesztést (haláleset, válás) vagy komoly stresszt átélő gyermekeknek fokozott figyelem nyújtása erre kiképzett pedagógusok és iskolapszichológusok bevonásával. Iskolai intézkedési és támogatási rendszer kidolgozása az ilyen esetekre.

Egészségügyi színtér

Univerzális prevenció

• Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok és védőnők képzése a serdülőkori depresszió és az öngyilkosságra való készülés jeleinek felismerésére és a depresszió kezelésére.
• A gyermek- és serdülőkori depresszió és szorongás rendszeres epidemiológiai vizsgálata, az eredmények disszeminációja.

Szelektív prevenció

• A hangulati zavarban szenvedő vagy alkoholista szülők gyermekeivel való prevenciós foglalkozások bevezetése és az ilyen hátterű gyermekeket és családot támogató civil kezdeményezések erősítése.

Indikált prevenció

• A gyermekpszichiátriai és a nevelési tanácsadó hálózatok megerősítése és elérhetővé tétele, függetlenül a személy vagy lakókörnyéke társadalmi gazdasági státusától.

Nem színtérhez kötődő stratégiák

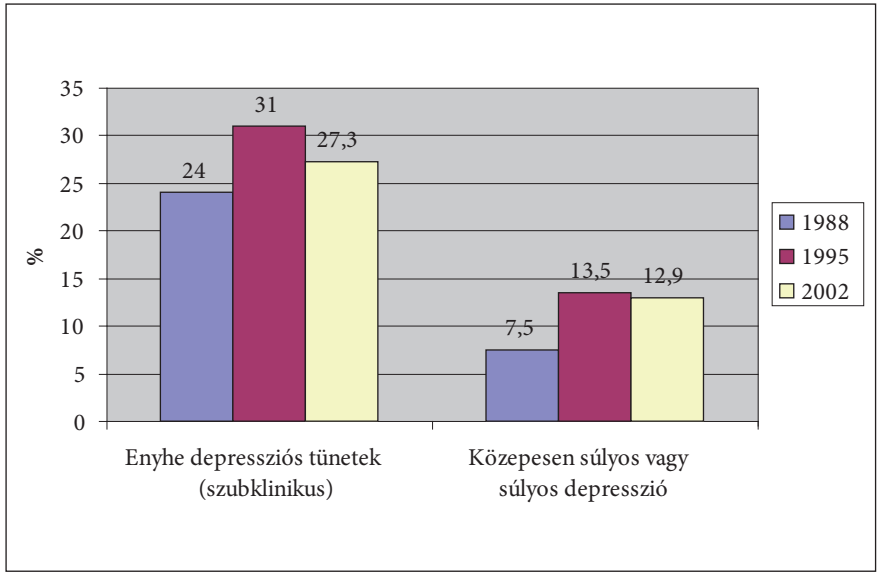
Média

• A gyerekek és serdülők depressziójával és a mentális betegségekkel kapcsolatos attitűdök megváltoztatása és az ismeretek növelése a népességben.

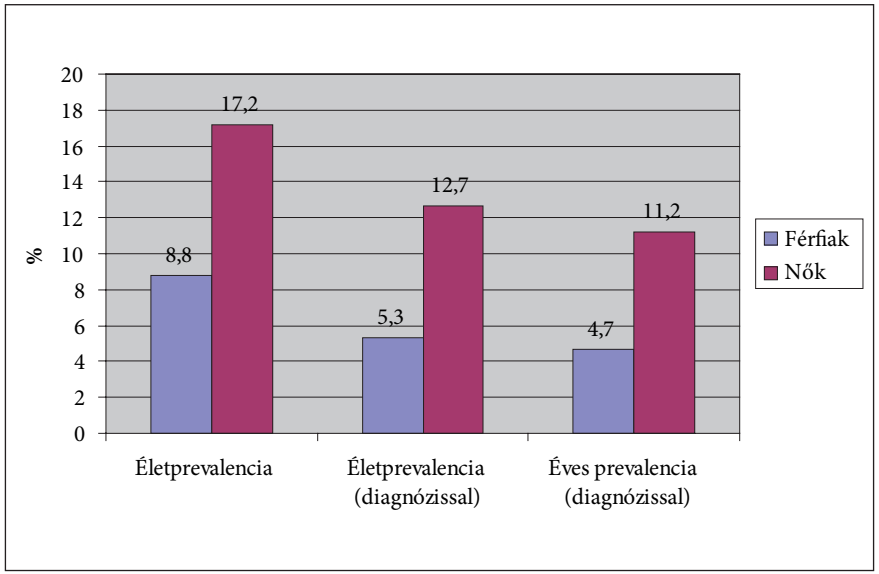
3.3. A depresszió és szorongás primer prevenciója felnőttkorban

3.3.1. A felnőttkori depresszió és szorongás morbiditási statisztikája

Hazánkban a depresszió felnőttkori prevalenciáját két reprezentatív lakossági felmérés (Hungarostudy2002 és az OLEF2003) adataiból becsülhetjük (l. *7–8. ábra*). A két felmérésnek eltérő metodikája nem teszi összehasonlíthatóvá az adataikat, sőt sajnos nemzetközi adatokkal sem tudjuk ezeket összevetni. Mindenképpen megállapítható azonban az, hogy a felnőtt lakosság 27%-a 2002-ben enyhe, szubklinikus depresszív tünetekről számolt be, ami komoly életminőség-csökkenést jelent, ráadásul növeli az egészséget károsító magatartások (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) esélyét. A lakosság jelentős aránya szenved közepesen súlyos vagy súlyos depresszióban.



7. ábra: A depresszív tünetek különböző fokozatainak becslése a Hungarostudy alapján. Az értékek a válaszolók%-át jelentik.
(Purebl, 2003, http://www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002/st_depresszio.htm alapján)



8. ábra: A depresszió prevalenciája az OLEF2003 kutatás adatai alapján (Örkényi, 2005)

3.3.2. A felnőttkori depresszió és szorongás prevenciójának jellegzetességei Magyarországon

A depresszió megelőzése érdekében a korábbi években fontos lépések történtek hazánkban is. Országos helyzetfelmérés; helyi szűrővizsgálatok a rizikó- és protektív faktorok összefüggésében; felvilágosító kampányok különböző médiafórumokon; képzések, ill. továbbképzések azon szakemberek számára, akik a legnagyobb valószínűséggel kapcsolatba kerülhetnek a veszélyeztetett személyekkel (háziorvosok, védőnők). Ez utóbbi intézkedések átfogóan és szervezett formában mindenekelőtt az egészségügy szakterületeit érintették. Ehhez képest *az iskolai és munkahelyi prevenciós munka esetlegesnek tűnik:* mind a célcsoportokról, mind az alkalmazott módszerekről csupán szórványos információk állnak rendelkezésre. Csupán az államilag finanszírozott (vagy különböző hivatalos fórumokon meghirdetett hazai és nemzetközi) pályázatok résztvevőinek munkája dokumentálható, de annak szakmai részletei már csak részlegesen, ráadásul hatásvizsgálat még ezekkel a pályázati munkákkal kapcsolatban is alig készül.

Átfogó, a depresszió jelenségét az egészség-betegség teljes összefüggésrendszerében elhelyező koncepcióra alapozott központi intézkedés a depresszió prevencióját illetően ezeken a terepeken nem történt.

Közismert, hogy a legkülönfélébb civil szervezetekben is folyik prevenciós munka (a depressziót érintően is), azonban gyakorlatilag követhetetlenül.

Jóllehet minden prevenciós kezdeményezést hasznosnak vélünk, a koordinálatlanság

jelenlegi szintje mind szakmai, mind gazdasági értelemben megkérdőjelezheti ennek a munkának a hatékonyságát.

E fenti problémán természetesen nem a túlszabályozás, hanem a súlypontokat világosan meghatározó, kellő mélységig kidolgozott, jól átlátható egészségpolitikai terv segíthet, aminek része a szakterületek koordinálása, a szakmai szupervízió biztosítása, és a munka széles körű publicitása.

A depresszió prevenciójához rendelkezésünkre állnak olyan hazai epidemiológiai vizsgálatok, szűrővizsgálati módszerek, valamint a rizikó- és protektív tényezőket elemző vizsgálati adatok, amelyek alapján a hatékony beavatkozás megtervezhető. Több kutató- és gyakorló helyen is (egyetemeken, klinikákon) foglalkoznak a témával sokoldalúan felkészült pszichológus és pszichiáter szakemberek, akik a prevenciós munka bármely feladatkörét (tervezés, képzés, szakértés, szupervízió) el tudják látni.

3.3.3. A depresszió primer prevenciójának lehetőségei és javasolt stratégiái

A felnőttkori depresszió primer prevenciójában eddig legnagyobb hangsúlyt a betegség tüneteivel kapcsolatos egészségügyi jellegű felvilágosító kampány kapott. Emellé fel kellene zárkóztatni a depresszió rizikótényezőivel kapcsolatos tájékoztatást, valamint a rizikótényezőket csökkentő megoldásokat. Tekintve, hogy az egyik legsúlyosabb rizikótényező a „tárgyvesztés" (hozzátartozó elvesztése, munkahely elvesztése, kényszerű lakóhely-, illetve munkahely-változtatás, ideák, remények elvesztése), a tárgyvesztés feldolgozását, továbbá a változások kezelésére alkalmas megoldásmódok elsajátítását kellene elősegíteni a jelenség tudatosítása szintjén is és az arra alkalmas színtereken minden lehetséges eszközzel. Az általános egészségfejlesztés technikái a depresszió primer prevenciójában is hasznosíthatók:

- a problémamegoldás fejlesztése,
- a stressz kezelésének fejlesztése,
- az asszertivitás fejlesztése,
- az érzelmek felismerése és az érzelmi reguláció fejlesztése.

Munkahelyi színtér

Univerzális prevenció

- A mentális problémákkal, a depresszióval és a munkahelyi stresszel kapcsolatos alapvető ismeretek oktatása a vezetőképzés és a humán erőforrás területén dolgozók számára.
- A munkatársak fizikai aktivitását és fizikai edzettségét elősegítő programok beindítása.
- A munkahelyi stressz csökkentése a munkaszervezés javításával és a dolgozók döntésekben való részvételének elősegítésével.
- A munkahelyi stresszt csökkentő többkomponensű programok indítása a dolgozók társas problémamegoldási és megküzdési készségeinek fejlesztésére.
- A munkahelyi kiégést (burnout) megelőző többkomponensű

programok indítása a szociális, oktatási és az egészségügyi területeken dolgozóknak.

Szelektív prevenció
- A munkájukat aktuálisan elvesztők és a tartós munkanélküliek megküzdésének és mentális egészségének támogatása tanácsadó szolgálatok és civil szerezetek közreműködésével.

Indikált prevenció
- A humán erőforrás és a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok felkészítése a depresszió rizikófaktorainak és a szubklinikus depresszió felismerésére és kezelésére.

Közösségi színtér

Univerzális prevenció
- A depresszióról és a mentális betegségekről való tájékozottság és tudatosság növelése regionális programok révén.

Szelektív prevenció
- Az idősek gondozását felvállaló civil szervezetek támogatása.
- Az idősek társas integrációjának (a generációk közötti kapcsolat javításának) elősegítése, az időskorúak önszerveződésének (pl. idősklubok) elősegítése és támogatása helyi szinteken.
- Elváltakat, gyermeküket egyedül nevelő szülőket, fogyatékos gyermeket nevelő családokat összefogó közösségekben a „tárgyvesztés" feldolgozását segítő szakemberek bevonása.

Egészségügyi színtér

Univerzális prevenció
- Az alapellátásban dolgozó orvosi és egészségügyi személyzet képzése a depresszió és az öngyilkosságra való készülés jeleinek felismerésére és a depresszió kezelése.
- A mentális problémák, különösen a depresszió, rendszeres epidemiológiai vizsgálata és a depresszióval kapcsolatos kutatások eredményeinek eljuttatása az egészségügyben dolgozók részére.
- A gyermek- és serdülőkori depresszió és szorongás rendszeres epidemiológiai vizsgálata.

Szelektív prevenció
- A hangulati zavarban szenvedő vagy alkoholista szülők gyermekeivel való prevenciós foglalkozások bevezetése és a gyermekeket támogató civil kezdeményezések erősítése.
- A hangulati zavarban szenvedő vagy alkoholista betegek családtagjai és gondozói önsegítésének támogatása.
- A szülés előtt álló nők (és hozzátartozóik) tájékoztatása a szülés körüli depresszió jeleiről és kezelési lehetőségeiről.

Nem színtérhez kötődő stratégiák

Politikai döntéshozatal
- A mentális egészségfejlesztés és a mentális problémák prevenciója szempontjainak figyelembevétele a politikai és gazdasági döntéshozatal során egészségfejlesztési tanács létrehozásával.

- A munkahelyi egészségfejlesztő programok adótartalmának csökkentése, illetve eltörlése.

Média
- A felnőttek, gyerekek és serdülők depressziójával és a mentális betegségekkel kapcsolatos attitűdök megváltoztatása és az ismeretek növelése a népességben.

3.4. Az öngyilkosság és önsértés prevenciója

3.4.1. Az öngyilkosság és önsértés problémája

A WHO szerint az öngyilkosság és önsértés okozta halálozás növekedése világszerte felhívta a figyelmet az öngyilkosság és az önsértés okozta halálozás prevenciójának fontosságára.

Az öngyilkosság társadalmi jelentősége (Anderson és Jenkins, 2005):

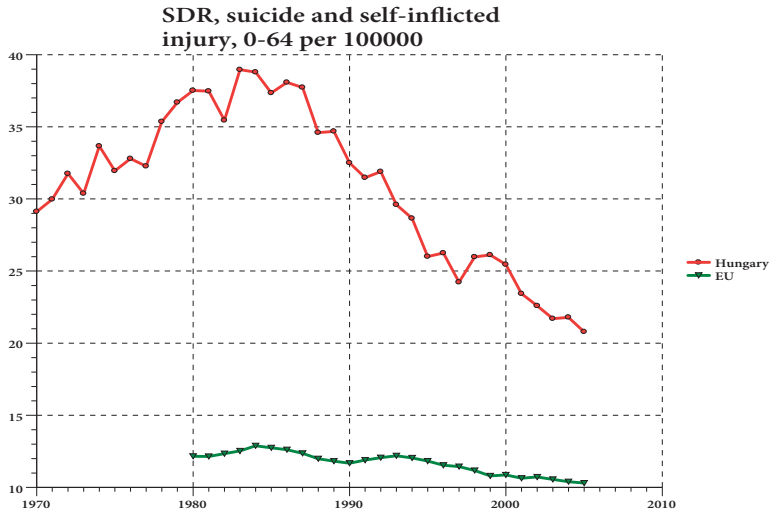
- Az öngyilkosság révén történő elhalálozás valamint az öngyilkossági kísérletek igen súlyos pszichológiai traumát és komoly gazdasági veszteséget is jelenthetnek a család, a barátok és a rokonok számára.
- Az élet elvesztése öngyilkosság révén, illetve az öngyilkossági kísérletekkel összefüggő hiányzások ugyanakkor jelentősen csökkenthetik az ország gazdasági produktivitását. A fejlett országokban az összes DALY[2]-veszteségnek 3,5%-át teszi ki a 15–44 év közötti önsértés.
- Az öngyilkossági kísérletek komoly anyagi terhet is jelentenek az egészségügyi ellátórendszer számára, beleértve a sürgősségi ellátást, a sebészi ellátást, a pszichiátriai kezelést és a rehabilitációt is.

3.4.2. Az öngyilkosság és az önsértés mortalitási statisztikája

Hazánk továbbra is előkelő helyen áll az öngyilkosság és önsértés okozta halálozásban annak ellenére, hogy komoly javulás figyelhető meg a nyolcvanas évek közepe óta. A *9. ábra* bemutatja, hogyan alakult hazánkban az öngyilkosság és önsértés okozta sztenderd halálozási arányszám. A jelenség könnyebb értelmezése érdekében az ábrán feltüntettük a rendelkezésre álló európai uniós adatokat is. Hazánkban 1980–1990 között tetőzött az öngyilkossággal összefüggő halálozás, majd azóta folyamatosan javuló helyzetet figyelhetünk meg. Ugyanakkor nyilvánvaló az is, hogy az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérletek feltárását és epidemiológiai vizsgálatát csak nagyon érzékeny módszerekkel lehet elvégezni az eseménnyel együtt járó negatív megítélések miatt. Éppen ezért a statisztikai adatok valószínűleg alábecsülik a tényleges előfordulást. Az OLEF2000-es kutatásban öngyilkossági kísérletről a megkérdezettek 4%-a számolt be (Vizi, 2002), amit akkor is magasnak tarthatunk, ha figyelembe vesszük, hogy az alkalmazott mérési mód számos torzításra ad lehetőséget.

2 DALY – disability-adjusted life-years.

A Hungarostudy2002 vizsgálat alapján az öngyilkossági kísérlet életprevalenciája 2,3% volt (Rózsa és Hajnal, 2003).
Mindezek ellenére napjainkban hazánkban az öngyilkosság és önsértés okozta halálozás relatív rizikója még mindig kétszer nagyobb az Európai Unió átlagánál (*7. táblázat*). Emiatt az öngyilkosság és annak prevenciója kiemelt területe a mentális egészségfejlesztésnek.
A Nemzeti Népegészségügyi Program tartalmazza az öngyilkosság okozta halálozás visszaszorításának célértékét, amelyet a 20/100.000 fős szinten jelölte meg. Bár a sztenderdizált halálozási mutató közelít a célértékhez, nagymértékű különbség van a férfiak és a nők halálozási arányszámai között. A férfiak halálozási arányszáma minden életkori csoportban mintegy négyszerese a nőkének (*8–9. táblázat*). Míg a nők esetében a halálozási mutató messze alatta van a célértéknek, addig a férfiaknál általában a halálozási mutató többszöröse a célul kitűzöttnek. A Nemzeti Népegészségügyi Program azonban nem kezeli külön kiemelt problémának a férfiak által elkövetett öngyilkosságot annak ellenére, hogy a 65 év alatti férfiak esetében kiugróan magas az öngyilkosság és önsértés sztenderdizált halálozási mutatója.



9. ábra: A sztenderd halálozási arányszám változása hazánkban és az Európai Unióban a 65 év alattiak között. (HFA-adatbázis alapján. Utolsó frissítés 2007. január).

Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

7. táblázat: Az öngyilkosság és az önsértés okozta halálozás relatív rizikója 2002-2005 között Magyarországon az Európai Unió átlagához viszonyítva a HFA-adatbázisban elérhető adatok alapján

	2002	2003	2004	2005
Minden életkori csoport	2,17	2,16	2,15	2,07
férfiak	2,31	2,29	2,25	2,20
nők	1,94	1,91	2,03	1,86
0–64	2,11	2,05	2,10	2,02
férfiak	2,22	2,20	2,18	2,13
nők	1,86	1,70	1,94	1,76
65+	2,41	2,55	2,34	2,23
férfiak	2,67	2,62	2,54	2,45
nők	2,19	2,70	2,32	2,21

Megjegyzés: Az adatok számítása a WHO HFA-adatbázisban (utolsó frissítés 2007. január) közölt sztenderd halálozási mutatók alapján történt.

8. táblázat: Az öngyilkosság okozta halálozás sztenderdizált halálozási arányszáma 100 000 főre 2002–2005 között a HFA-adatbázisban elérhető adatok alapján.

	2002	2003	2004	2005
Minden életkori csoport	22,59	21,7	21,79	20,79
férfiak	37,42	36,68	35,76	34,7
nők	8,66	7,7	8,62	7,71
0-64	48,38	49,96	44,97	42,71
férfiak	95,59	92,47	86,77	83,24
nők	22,15	26,19	22,46	21,3
65+	25,43	24,81	24,34	23,2
férfiak	43,82	42,82	41,37	40,04
nők	10,14	9,74	10,14	9,2

9. táblázat: A férfiak relatív rizikója a nőkéhez képest az öngyilkosság okozta halálozás tekintetében 2002–2005 között a HFA-adatbázisban elérhető adatok alapján.

	2002	2003	2004	2005
Minden életkori csoport	4,32	4,76	4,15	4,50
0–64	4,32	3,53	3,86	3,91
65+	4,32	4,40	4,08	4,35

3.4.3. Az öngyilkosság primer és szekunder prevenciójának nemzetközi és nemzeti stratégiái

A WHO az öngyilkosságot a népegészségügy kiemelten fontos témájának tekinti és már 1990-ben javaslatokat fogalmazott meg a nemzeti és a nemzetközi stratégiák kidolgozásához. Ezeknek a javaslatoknak a lényege, hogy (1) az egyes országok prioritásként kezeljék a problémát a népegészségügy terén; (2) az egyes országok nemzeti prevenciós programokat dolgozzanak ki, amelyek kapcsolatban állnak más egészségpolitikákkal ott, ahol erre van mód; (3) az egyes államok állítsanak fel nemzeti bizottságokat az öngyilkosság megelőzése érdekében. Napjainkban a WHO nemzetközi SUPRE[3]-programja fontos kiindulópontja lehet a hazai prevenciós programok beindításának. Nincs arról tudomásunk, hogy hazánkból a SUPRE-programhoz ki csatlakozott. A WHO által elkészített anyagok fordításban egy internetes oldalon[4] elérhetők, de ennek hatásáról és alkalmazásáról nincsenek adataink.

Egy 2005-ös áttekintés alapján (Anderson és Jenkins, 2005) a következő országoknak van nemzeti öngyilkosság-megelőzési stratégiája: Finnország, Norvégia, Ausztrália, Svédország, Szlovénia, Dánia, Írország, Anglia, Új-Zéland. Számos országnak van azonban még öngyilkosságot megelőző programja: Hollandiának, az USA-nak, Franciaországnak és Észtországnak. A nemzeti stratégiák közös elemeit a *10. táblázat* tartalmazza, összehasonlítva a Nemzeti Népegészségügyi Program vonatkozó elemeivel.

A hazai és a nemzetközi megközelítések (pl. Rihmer és mtsai, 2004) az öngyilkosság prevenciójában kiemelten kezelik a depresszió és más mentális betegségek felismerésének és kezelésének fontosságát, mivel az öngyilkosság hátterében kezelhető mentális problémák (pl. depresszió) állnak. Magyarországi adatok (Rihmer, 1997) és néhány metaelemzés egyaránt támogatja azt, hogy az egészségügyi dolgozók képzése a depresszió felismerésére és kezelésére, valamint az antidepresszánsok felírása hatékonyan csökkenti az öngyilkosság gyakoriságát (Mann és mtsai, 2005). Valószínűleg ennek köszönhető a jelentős javulás a magyarországi statisztikákban. Ugyanakkor a nemzeti stratégiák többsége átfogó primer prevenciós megközelítést alkalmaz, amelyek fő témáit a *11. táblázatban* foglaltuk össze. A Nemzeti Népegészségügyi Program öngyilkossággal kapcsolatos célkitűzései szinte kizárólag az indikált prevenció körébe eső elemeket tartalmaz (krízisintervenció, kezelés és gondozás). A mentális egészségfejlesztési stratégiában fokozottan kell figyelmet fordítani az univerzális és a szelektív prevenciós stratégiákra is.

Sajnálatos módon az öngyilkosság megelőzésének tudományosan bizonyított módszerei közül csupán a depresszió kezelésével és az öngyilkossághoz használt eszközökhöz való hozzáférés (pl. peszticidek, gyógyszerek) csökkentésével van elégséges adat a hatékonyságot illetően. Ugyanakkor számos más stratégiával kapcsolatban a kutatók nem rendelkeznek elégséges adatokkal, aminek elsősorban a témakör kutatásával kapcsolatos módszertani nehézségek az okai, ugyanakkor az értékelés alapvető fontosságú a hatékony programok kidolgozása és implementációja szempontjából. Az intézményes keretekben – rendszerint a hadseregben – végzett többkomponensű programok azonban hatékonynak bizonyultak az öngyilkossággal összefüggő mortalitás csökkentésében (pl. Knox és mtsai, 2003).

3 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/information/en/index.html

4 www.lelekbenotthon.hu

10. táblázat: A különböző nemzeti stratégiák fő témái (Anderson és Jenkins, 2005 nyomán) és a Nemzeti Népegészségügyi Program öngyilkossággal kapcsolatos elemei

A prevenció típusa	A nemzeti stratégiák közös elemei	A Nemzeti Népegészségügyi Program öngyilkosságra vonatkozó célkitűzései
Univerzális prevenció	• Öngyilkossággal kapcsolatos edukáció. • Felelős médiareprezentáció. • Iskolai programok. • Munkahelyi és munkanélküliségi politikák. • A mentális egészséggel kapcsolatos szolgáltatások elérhetősége. • Az öngyilkossághoz használható eszközök elérhetőségének korlátozása.	Nincs ilyen stratégia a Nemzeti Népegészségügyi Programban.
Szelektív prevenció	• A depresszió és más mentális betegségek felismerése és kezelése. • Fokozott figyelem az alkohol- és szerhasználókra. • Fokozott figyelem a szomatikus betegségben szenvedőkre.	• A depresszió felismerésének és kezelésének elősegítése.
Indikált prevenció	• Krízisintervenció. • Pszichoszociális és terápiás támogatás és tanácsadás az öngyilkosságot elkövető személynek és környezetének (család, barátok, kortársak, kollégák).	• Krízisellátó részlegek kialakítása a pszichiátriai osztályokon. • Krízisintervenciós központok létesítése. • Öngyilkosság-megelőzési centrumok létesítése, sürgősségi, 24 órás krízisellátással. • A kísérleten átesettek kezelése és gondozása. • Sürgősségi telefonszolgálatok fejlesztése.

A prevenció típusa	A nemzeti stratégiák közös elemei	A Nemzeti Népegészségügyi Program öngyilkosságra vonatkozó célkitűzései
Egyéb	• Az egészségügyi szakemberek képzése. • Az öngyilkossági kísérletek dokumentációjának javítása.	• Egészségügyi dolgozók továbbképzése az öngyilkossági veszély korai észlelése vonatkozásában. • Öngyilkossági kísérletek bejelentésének kötelezővé tétele.

11. táblázat: Az öngyilkosság és az önsértés prevenciójának intervenciós mátrixa a szakirodalom alapján

	Biopszicho-szociális intervenciók	Környezeti intervenciók	Szociokulturális intervenciók	Egészségkommunikáció, edukációs intervenciók
Univerzális	• A depresszió szűrésének bevezetése az alapellátás minden területén.	• Az alkoholfogyasztás szabályozása (l. alkoholprevenció). • Az öngyilkosságnál használt gyakori eszközök (pl. gyógyszer) felmérése és hozzáférhetőségük szabályozása, ahol ez lehetséges.	• A pozitív mentális egészség (reziliencia) fejlesztése az iskolákban. • Társas konfliktusok megoldási készségeinek fejlesztése az iskolákban. • Stresszkezelés a munkahelyeken. (l. még a depresszió megelőzése)	• Felelősségteljes médiatevékenység: útmutató alkalmazása az öngyilkosságok médiában történő biztonságos reprezentációjára. • A mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretek és tudatosság növelése. • Az öngyilkossággal kapcsolatos ismeretek és tudatosság növelése az egészségügyben és a nem egészségügyben dolgozók körében.

	Biopszicho-szociális intervenciók	Környezeti intervenciók	Szociokulturális intervenciók	Egészségkommunikáció, edukációs intervenciók
Szelektív iskolás-korúak	• A gyermekkori depresszió szűrése az iskoláskorúaknál. • Az öngyilkosságra fokozottan veszélyeztetett csoportok azonosítása, és a prevencióra kiképzett intézményi rendszer fejlesztése.	• Az alkoholhoz és gyógyszerekhez való hozzáférés korlátozása. • Kríziskezelés serdülőknek.	• Társas konfliktus- és más problémamegoldási készségek fejlesztése. • A düh és a negatív érzelmi állapotok kezelésének fejlesztése. • Mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeinek gondozása és a családokat támogató rendszer kialakítása.	• A magas rizikójú gyermekek szüleinek képzése a protektív szülő-gyerek kapcsolat kialakítása céljából.
Szelektív – fiatal felnőttek	• Az öngyilkosság rizikófaktorainak szűrése a veszélyeztetett foglalkozási csoportokban (pl. fegyveres testületek).	• Multidiszciplináris, pszichoszociális kríziskezelő csoportok létrehozása a veszélyeztetett munkahelyeken.	• Stresszkezelési tréning a veszélyeztetett foglalkozási csoportokban.	• A fegyveres testületek parancsnoki állományának képzése az öngyilkosság-megelőzés céljából.
Szelektív - idősek	• Időskorúak mentális problémáinak szűrése az egészségügyi alapellátás és az idősgondozás keretein belül.	• A krízis- és segélyvonalak (hotline) megerősítése.	• Az időskorúak elmagányosodásának megelőzése az időskorúak társas szerveződésének elősegítésével.	• Az idősekkel foglalkozó egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók képzése.

	Biopszicho-szociális intervenciók	Környezeti intervenciók	Szociokulturális intervenciók	Egészségkommunikáció, edukációs intervenciók
Indikált	• A kognitív-viselkedéses intervenció nyújtása az öngyilkossági kísérletet elkövetőknél, azonnal a sürgősségi orvosi ellátást követően.	• Az öngyilkosságot megkísérlők rokonainak képzése az újabb kísérlet megelőzése céljából.	• Az öngyilkosságot megkísérlők társadalmi beilleszkedésének elősegítése és a társadalmi megbélyegzés megelőzése.	

3.4.4. Az öngyilkosság megelőzésének javasolt stratégiái

Iskolai színtér

Univerzális prevenció
- Programok kidolgozása a pozitív mentális egészség (reziliencia) fejlesztésére az iskolákban (l. korábban).
- Programok kidolgozása a társas konfliktusok megoldási készségeinek és a stressz kezelésének fejlesztésére (l. korábban).
- A mentális problémákról való alapvető ismeretek beépítése az iskolai tananyagba az életkornak megfelelően.
- A tanárok folyamatos képzése az öngyilkossági szándék előjeleinek és rizikófaktorainak felismerésére és a beavatkozási lehetőségekre.
- Az alkoholfogyasztásra vonatkozó prevenció erősítése (l. korábban).
- Szülői ismertető füzetek kidolgozása az iskoláskorúak mentális problémáiról és az öngyilkosság rizikójáról, illetve megelőzéséről.

Szelektív prevenció
- Krízisközpontok fejlesztése és hozzáférhetőségének növelése az iskolásoknak és serdülőknek.
- Telefonos krízistanácsadás fejlesztése gyermekeknek és serdülőknek
- Internetes krízis- és problémakezelő honlapok és interaktív fórumok létrehozása gyermekeknek és serdülőknek.
- Az iskolapszichológusok képzése az iskoláskorúak kríziseinek kezelése céljából.

- Programok és útmutatók kidolgozása, hogy mi a teendő az iskolában, ha egy gyermek öngyilkosságot követett el ('postvention' stratégia).

Indikált prevenció
- Az iskola és a nevelési tanácsadók közötti együttműködés kidolgozása a magas stressznek (pl. szülők válása) kitett gyermekek azonosítása és kezelésbe vonása céljából.
- Az iskolák és a nevelési tanácsadók valamint krízíscentrumok közötti együttműködés megerősítése a magas stresszt és tárgyvesztést (a szülő halála) átélő gyermekek pszichológiai problémáinak kezelésére.
- Az öngyilkosságot megkísérlő gyerekek terápiás kezelése elérhetőségének biztosítása a nevelési tanácsadók és a gyermekpszichiátriai rendelések fejlesztése révén.

Munkahelyi színtér

Univerzális prevenció
- Munkahelyi programok kidolgozása a problémamegoldás és a stressz kezelésére.

Szelektív prevenció
- Többkomponensű, öngyilkosságot megelőző és kríziskezelő programok kidolgozása a fokozottan veszélyeztetett munkahelyeken (pl. fegyveres testületekben).
- Az öngyilkossággal kapcsolatos tudatosság növelése egyéb veszélyeztetett területeken (pl. börtön).

Indikált prevenció
- Útmutatók készítése vagy adaptálása (pl. WHO SUPRE program) az öngyilkosságra való veszélyeztetettség felismerésére és adekvát kezelésére a személyzeti munkában, szociális munkában dolgozók számára.

Közösségi színtér

Univerzális prevenció
- A mentális zavarokkal és az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök megváltoztatása edukációs programokkal.

Szelektív prevenció
- A közösség fejlesztése és közösségi terek létrehozása az elmagányosodás (különösen időskorban) megelőzése, csökkentése érdekében.
- A civil szervezetek erősítése a magányos idős emberek támogatása érdekében.

Indikált prevenció
- A krízisprevenció kezelésében szerepet játszó telefonos segélyvonalak megerősítése és internetes honlapok létrehozása.
- Krízíscentrumok létrehozása és elérhetőségének biztosítása a kis és nagyobb településeken egyaránt.
- A pszichológiai és nevelési tanácsadók rendszerének fejlesztése és erősítése.

Egészségügyi színtér

Univerzális prevenció
- Az alapellátásban dolgozó orvosi és egészségügyi személyzet képzése a depresszió és az öngyilkosságra való készülés jeleinek felismerésére és a depresszió kezelésére.
- A mentális problémák, különösen a depresszió, rendszeres epidemiológiai vizsgálata és a depresszióval kapcsolatos kutatások eredményeinek eljuttatása az egészségügyben dolgozók részére.

Szelektív prevenció
- Az öngyilkosság által érintett családoknak nyújtott pszichológiai támogatás és tanácsadás.

Indikált prevenció
- Az öngyilkosságot megkísérlők rokonainak edukációja az újabb kísérlet megelőzése céljából.
- A kognitív-viselkedéses intervenció nyújtása az öngyilkossági kísérletet elkövetőknél, azonnal a sürgősségi orvosi ellátást követően.

Nem színtérhez kötődő stratégiák

Politikai döntéshozatal
- Nemzeti és regionális szakértői bizottság az öngyilkosság megelőzésére: Átfogó primer prevenciós programok kidolgozásának, monitorozásának és értékelésének országos és regionális szakmai fórumainak és bizottságainak kialakítása, figyelembe véve azt, hogy az öngyilkosság probléma primer prevenciójában számos szektornak (pl. oktatásügy, szociális és munkaügy) és szakmának (orvos, pszichológus, pedagógus, lelkész) lehet szerepe.
- A politikai és gazdasági döntések hatásainak elemzése a mentális egészség fejlesztése, a mentális betegségek megelőzése és az öngyilkosság prevenciója szempontjából.
- Erőforrások biztosítása a kormányzati és a nem kormányzati szervezeteknek a prevenciós programok kidolgozásához és implementációjához.

Média
- Az öngyilkosság médiareprezentációjának támogatása a már létező útmutatók hazai adaptációja révén.
- A média és a szakemberek közötti együttműködés kialakítása a mentális problémák és betegségekkel kapcsolatos társadalmi tudatosság és a segítségkérési hajlandóság növelése, valamint a mentális betegségek negatív társadalmi megítélésének javítása érdekében.

3.5. Az iskolai bántalmazás és agresszió primer prevenciója

3.5.1. A bántalmazás fogalma, az iskolai bántalmazás

Bántalmazásnak vagy bullyingnak (egyes szerzőknél mobbing, Heinemann, 1972) nevezzük azt, ha valaki hosszabb időn át, ismétlődően bántalmaz egy (vagy több) másik személyt, azaz szándékosan sérelmet, diszkomfortérzést okoz neki. A bántalmazás további fontos jellemzője az áldozatra irányuló ismétlődő negatív, agresszív tevékenység mellett az, hogy a bántalmazó és az áldozat között az erőviszonyok egyenlőtlenek (Olweus, 1993), tehát általában idősebb fiatalabbat, erősebb gyengébbet, fogyatékkal élőt, a hierarchia magasabb fokán álló alacsonyabb helyzetűt bántalmaz. Általános értelemben a bullying kifejezést minden olyan bántalmazó és az áldozat közötti egyenlőtlen erőviszony esetén alkalmazzák, ahol ismétlődően előforduló, szándékosan kellemetlen vagy kárt okozó agresszív cselekedet nyilvánul meg (Olweus, 1999; Pepler és Craig, 2000); leggyakoribb kontextusa iskola, munkahely, totális intézmények (börtön, fogyatékkal élők otthona stb.).

Az iskolai bántalmazás régóta felismert (Olweus, 1978), komoly probléma és egyre növekvő tudományos érdeklődés előterében áll (Theriot és mtsai, 2005). Az áldozatok jó részét először egy tanuló bántalmazza, de előfordulhat, hogy egy egész csoport bántalmaz egy vagy több tanulót. A bántalmazásban érintettek elkövetők (bántalmazó), áldozatok (bántalmazott) és tettes-áldozatok (egyszerre bántalmazó és bántalmazott) lehetnek, amely csoportok további alcsoportokra oszthatók. A bántalmazásnak több megnyilvánulási formája létezik: szóbeli (bántó, durva beszólások, sértegetés, gúnyolódás, zaklatás, szexuális viccek); fizikai (lökdösés, rugdosás, ruha, haj húzgálása stb.) vagy egyéb esetek pl. kiközösítés, az áldozat tárgyának elvétele, valahová bezárása.

3.5.2. Az iskolai bántalmazás problémája a mentális egészség prevenciójában

A bántalmazás befolyásolja az egészséget, az életminőséget, az önértékelést, valamint az iskola iránti általános attitűdöt (Laufer és Harel, 2003). Mind a bántalmazók, mind a bántalmazottak között nagyobb arányban találunk olyan diákokat, akik nem kedvelik az iskolát. Fontos külön figyelmet fordítani az olyan esetekre, mikor az elkövetőnek jogos sérelme van valamelyik diáktársával szemben (pl. mikor az áldozatokkal igazságtalanul kivételeznek), hiszen így a bántalmazás oka nem a személyek közti konfliktus.

Az iskolában elkövetett kortárs bántalmazásnak számos iskolai szinten érzékelhető hatása is van:
- növekedhet az iskolakerülés, hiányzás,
- növekedhet az iskolában a személyzeti fluktuáció,
- csökkenhet a tanárok megbecsülése a diákok és a szülők körében,
- jogi eljárások indulhatnak az iskola ellen,
- növekedhet a fegyverek vagy fegyvernek nem minősülő, de veszélyes tárgyak (szúró-, vágóeszközök, könnygáz stb.) felbukkanása a gyerekeknél önvédelmi okokból,
- növekedhet az egyéb rizikómagatartások előfordulása (dohányzás, alkohol-, drogfogyasztás),
- ezekkel párhuzamosan romlik az iskola erkölcsi színvonala, oktatási hatékonysága.

3.5.3. Az iskolai bántalmazás gyakorisága és a bántalmazásban szerepet játszó tényezők

A bántalmazás előfordulását (és a későbbikben tárgyalt összefüggéseit) egy országosan reprezentatív mintán, az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (HBSC) nemzetközi WHO kollaboratív kutatás adatain mutatjuk be (Aszmann, 2002).

A teljes mintában (N=5450, bántalmazás kérdésekben N=5339, missing=111) az elkövetők aránya 15,3% (N=819), áldozat a tanulók 12,6%-a (N=675), elkövető-áldozat 10,0%-a (N=536), míg a tanulók legnagyobb része 62,0%-a (N=3309) nem érintett a bántalmazásban. A nemi különbség minden korosztályban szignifikáns. A tettesek között jóval több a fiú, az áldozatok között pedig nagyobb arányban találunk lányokat. A korcsoportok között is szignifikáns különbségeket találunk. Az életkorral nő a bántalmazásban nem érintett tanulók aránya, vagyis 5. osztályban gyakoribb az iskolán belüli bántalmazás jelensége, mint a középiskola felsőbb osztályaiban.

A fenti adatokban valamennyi gyakorisági kategóriát összevontuk, ezért külön bemutatjuk a magasabb gyakorisági kategóriák elemszámait. Magas áldozati vagy elkövetési gyakoriságnak számít, ha hetente vagy hetente többször fordul elő a bántalmazás. Az áldozatok esetében ez a gyerekek 4,2%-a (N=223), az elkövetők esetében 3,4%-a (N=187).

Ezek az adatok nem mutatnak számottevő különbségeket a 2002-es adatfelvételhez képest, tehát az adatok alapján nem mondható el, hogy az iskolai bántalmazás gyakorisága növekedett. A bántalmazás gyakoriságát nemzetközi összehasonlításban tekintve, hazánkban kevesebb bántalmazás történik, mint az európai országok (és további HBSC-országok) többségében. (Az iskolában előforduló, de a bántalmazástól jól elkülönülő, kortárs jelenség a verekedés. A verekedés a bántalmazással szemben sokszor játékos jellegű, mozgásos feszültséglevezetési vagy erőpróbálgató társas történés. A verekedés prevalenciája ugyanakkor magasabb a HBSC-országok átlagánál.)

A bántalmazással összefüggő faktorokat tekintve beszélhetünk családi hatásokról, egyéni jellemzőkről, csoporthatásokról és társadalmi hatásokról, valamint az iskola szerepéről.

A bántalmazás kiterjedtségében az iskolák között is nagy különbségek vannak. Általában ott a leggyakoribb, ahol kevésbé ideálisak a nevelési feltételek (Laufer és Harel, 2003). Az iskolai változók közül az osztálytársak iránti attitűd és a tanárok iránti attitűd a legfontosabb az iskolában történő agresszív viselkedés szabályozásában. Egyes felmérések szerint a tanárok 40–60%-a maximum egyszer vagy soha nem avatkozik bele a tanulók közti történésekbe, sőt a gyerekek 65%-a nem is beszél a tanárnak a bántalmazásról. A beavatkozáson túl a tanárok szünetekben való puszta jelenléte és fokozott felügyelete is elegendő ahhoz, hogy kevesebb zaklatás történjen.

3.5.4. Intervenció és prevenció

A bántalmazással és ifjúsági erőszakkal foglalkozó szakemberek (Pepler és mtsai, 1994; Olweus, 1999; O'Moore és Minton, 2004) lehetséges intervenciós technikákat dolgoztak ki különböző korcsoportok számára, egyéni, kapcsolati, közösségi és társadalmi szinten egyaránt. Külön tárgyaljuk az iskolai prevenciós programok legfontosabb elemeit, amelyek iskolai, osztály- és egyéni szintű lépéseket tartalmaznak. A legsikeresebb iskolai

prevenciós programok úgy csökkentik az agresszív viselkedés- és a magatartászavarok előfordulását, hogy javítják a gyerekek, a szülők és a tanárok szociális kompetenciáját és proszociális viselkedését.

3.5.5. Az iskolai bántalmazás és agresszió elsődleges megelőzésének javasolt stratégiái

- A társas problémamegoldás fejlesztése, az erőszak és a bántalmazás megelőzése és kezelése módszereinek a pedagógusok oktatásába való beépítése.
- Útmutatók és ajánlások kidolgozása az iskolák bántalmazásprevenciós stratégiájának és a bántalmazás következményeinek kidolgozásához.
- Hatékony, nemzetközileg kipróbált erőszak- és bántalmazásprevenciós programok (pl. Second step, Steps to respect, Olweus Bullying Prevention Program) kulturális adaptációja és disszeminációja az iskoláknak.
- A kooperatív tanulás elveinek elterjesztése az iskolákban.
- Internetes honlap létrehozása az áldozattá válás elkerülésének stratégiáiról.
- Gyerekeknek szóló ismertetők készítése és disszeminációja az áldozattá válás megelőzéséről.
- Az iskolák és a büntetés-végrehajtási szervek közötti kapcsolat fejlesztése a bűnmegelőzés céljából (pl. börtönlátogatás szervezése).

3.6. A deviáns viselkedés és a bűnelkövetés prevenciója

3.6.1. A deviáns viselkedés és a mentális egészségfejlesztés

A mentális egészségfejlesztés stratégiáinak keretében a gyermekkori és serdülőkori antiszociális viselkedés, valamint bűnelkövetői viselkedés megelőzése lehet a célunk. Ebben a Társadalmi Bűnmegelőzés Nemzeti Stratégiája megfelelő pontjaival való együttműködés elkerülhetetlen és szükséges. A mentális egészségfejlesztési stratégia a gyermek- és fiatalkori bűnözés csökkentése, valamint a családon belüli erőszak megelőzése révén kapcsolódhat a bűnmegelőzés stratégiáihoz, többek között azzal, hogy segíti a bűnelkövetői pálya kialakulásának megelőzését szakmánk saját módszereivel.

3.6.2. A gyilkosság okozta halálozás adatai hazánkban

Hazánkban a gyilkosság és a szándékos sértés okozta sztenderd halálozási arányszám lényegesen magasabb az Európai Unió hasonló adatához képest. A mortalitás relatív rizikóit és a sztenderdizált halálozási arányszámot a *12–13. táblázat* mutatja be. Különösen az idősebb emberek vagy a nők sérelmére elkövetett gyilkosságok relatív rizikója kiemelkedően magas az uniós adathoz képest. A 0–64 év közötti nők 3-4 szer nagyobb eséllyel esnek áldozatul gyilkosságnak, mint a férfiak (l. *14. táblázat*).

12. táblázat: A gyilkosság és a szándékos sértés okozta halálozás relatív rizikója 2002–2005 között Magyarországon az Európai Unió átlagához viszonyítva a HFA-adatbázisban elérhető adatok alapján.

	2002	2003	2004	2005
Minden életkori csoport	1,87	1,52	1,73	1,54
férfiak	1,63	1,40	1,63	1,32
nők	2,41	1,86	1,99	2,05
0–64	1,86	1,42	1,63	1,37
férfiak	1,62	1,29	1,56	1,17
nők	1,86	1,70	1,94	1,76
65+	1,99	2,35	2,73	3,18
férfiak	1,80	2,53	2,45	2,94
nők	2,33	2,26	3,14	3,38

Megjegyzés: Az adatok számítása a WHO HFA–adatbázisban (utolsó frissítés 2007. január) közölt sztenderd halálozási mutatók alapján történt.

13. táblázat: A gyilkosság és a szándékos sértés okozta halálozás sztenderdizált halálozási arányszáma 100 000 főre 2002–2005 között a HFA-adatbázisban elérhető adatok alapján.

	2002	2003	2004	2005
Minden életkori csoport	2,38	1,87	2,04	1,8
férfiak	2,88	2,4	2,67	2,15
nők	1,93	1,41	1,47	1,5
0–64	2,4	1,78	1,95	1,63
férfiak	2,9	2,25	2,6	1,94
nők	8,66	7,7	8,62	7,71
65+	2,25	2,56	2,78	3,18
férfiak	2,68	3,57	3,23	3,85
nők	2,03	1,97	2,54	2,67

14. táblázat: A nők relatív rizikója a férfiakéhoz képest a gyilkosság okozta halálozás tekintetében 2002–2005 között a HFA-adatbázisban elérhető adatok alapján.

	2002	2003	2004	2005
Minden életkori csoport	0,67	0,59	0,55	0,70
0–64	2,99	3,42	3,32	3,97
65+	0,76	0,55	0,79	0,69

A hazai mortalitási adatok rámutatnak arra, hogy a gyilkosság elkövetésének és az áldozattá válásnak az elkerülése fontos prevenciós feladat. Bár a gyilkosságok okozta mortalitás csökkentésének stratégiái túlmutatnak a jelen munkaanyagunk által lefedett témakörökön, az antiszociális viselkedés és a bűnelkövetés prevenciója hosszú távon hozzájárulhat a jelen mortalitás csökkentéséhez is.

3.6.3. A fiatalkori antiszociális viselkedés és bűnelkövetés előfordulási statisztikája és prevenciójának jelentősége

- 1982–2002 között a tízezer lakosra jutó bűnelkövetők száma majdnem megduplázódott.
- Minél fiatalabb életkorban fordul elő antiszociális magatartás, ill. bűnelkövetés, annál nagyobb az esélye a perzisztens deviáns életstílus kialakulásának.
- A fiatalkorú bűnelkövetők nagy része nem tanul és nem dolgozik, így rossz életkilátásai vannak, a társadalmi produktivitáshoz való későbbi hozzájárulásuk is kismértékűnek valószínűsíthető.
- A fiatalkorúak között a bűncselekmények áldozatai is magas arányban jelennek meg.
- A fiatalkorú bűnelkövetők között más pszichológiai problémák (pl. depresszió, szorongásos zavarok) előfordulása is magas.
- A fiatalkorú bűnelkövetők között magas a legális és illegális szerek használati aránya.

Az antiszociális és bűnelkövető viselkedés szempontjából kitüntetett időszak a serdülőkor és a fiatal felnőttkor. Az elérhető hivatalos statisztikák szerint serdülőkorban és fiatal felnőttkorban a legnagyobb az elkövetett bűncselekmények száma, valamint legtöbben ekkor vonódnak be valamilyen antiszociális aktivitásba.

Magyarországon 2005-ben több mint 3500 14 éven aluli gyermek és több mint 12 ezer 14 éven felüli fiatal vonódott be valamilyen kriminális cselekedetbe. A gyermekkorúak között 3697 bűnelkövetőt regisztráltak, a hasonló életkorú népességhez viszonyítva ez 0,25%-os arányt jelent. A fiatalkorú bűnelkövetők száma 12 197 volt, százezer fiatalkorú lakosra levetítve a bűnelkövetők száma 2458 (2,46%). Mind a gyermek-, mind a fiatalkorúak legnagyobb többsége valamilyen vagyon elleni bűncselekményt (lopás, betöréses lopás, rablás) követett el. Az elkövetők között több a fiú (kb. 85-90%), azonban az elmúlt néhány évben a lányok száma is emelkedik, közel 4%-kal több volt 2005-ben a lányok aránya az elkövetők között a 2001-es évhez viszonyítva. Érdemes megjegyezni, hogy a bűnelkövetésbe bevonódott fiatalkorúak közel 40%-a nem jár iskolába vagy nem dolgozik. A bűncselekmények nagy részét (kb. 60%) többen, társaságban követik el.[5] Összesen 29 988 fiatal felnőtt (18–24 életév) vett részt valamilyen ismertté vált bűncselekményben.

Hamar világossá vált, hogy a bűnelkövető fiatalok csoportja nem tekinthető homogén

5 Forrás: www.police.hu; Dr. Diószegi Gábor rendőr alezredes *Az ifjúkori bűnözés alakulása 2005. évben* c. írása, amely a hivatalos statisztikai adatokat tartalmazza.

csoportnak; egy részüknél már gyermekkorban azonosítható a deviáns és problémás viselkedés (Moffitt, 1993). A megfelelő alcsoportok kialakítása nemcsak elméleti, de gyakorlati szempontból is jelentős, mivel a bűnelkövető viselkedéssel jellemezhető személyek megfelelő osztályozása, csoportosítása a szelektív és indikált megelőzés szempontjából hasznos információkkal szolgálhat.
Az antiszociális cselekedetre való lehetőség, alkalom – annak tárgya, a felügyelet hiánya, nem ellenőrzött idő, ill. az eszközök rendelkezésre állása – szintén kritikus tényező lehet, így azok a programok, amelyek ezt csökkentik, szintén indirekt módon hatásosak lehetnek (Rutter és mtsai, 1998).

3.6.4. Az antiszociális viselkedés nemzetközi és nemzeti stratégiái

Általában a több színtéren egyidejűleg folyó, többféle módszert alkalmazó, aktív készség alapú komponenseket magában hordozó megelőző programok tűnnek hatékonynak (Nation és mtsai, 2003). Emellett fontos, hogy a gyermek megfelelő életszakaszában (és fejlettségi szintjéhez igazodva) kerüljön bevezetésre, a megváltoztatható etiológiai tényezőre irányuljon, és aknázza ki a pozitív interperszonális kapcsolatok, kapcsolódás erejét. Továbbá mindig a résztvevők szociokulturális hátteréhez igazodjon. Ez egyben azt is jelenti, hogy a közösségalapú, a közösségi színtérre építő programokat kell preferálni. Fontos, hogy a program határozza meg azt a minimum „dózist", amelyre szükség van a pozitív eredmények eléréséhez, vagyis rögzítse a program hosszát, a kontaktus mennyiségét és minőségét egyaránt (Nation és mtsai, 2003). A jó programok jellemzői közé tartozik, hogy az azt végző szakemberek jól képzettek, s a programot megfelelően implementálják, amit szisztematikus adatrögzítés is kísér.
A legtöbb prevenciós program elméletalapú, erős kutatási hátérrel összekötve. Az elméleti alapot általában az antiszociális, bűnelkövető viselkedés rizikófaktorai és az ez ellen védő protektív faktorok adják, ezek ismeretében tervezhetünk megfelelő prevenciós programokat. Az univerzális programok elsősorban a protektív tényezők erősítését célozzák meg, míg a szelektív (és indikált) megközelítés programjainak célja a rizikótényezők azonosítása és ellensúlyozása, valamint a protektív tényezők deficitjeinek csökkentése. Rutter és munkatársai (1998) szerint az antiszociális viselkedést gátló tényezők közé az alábbiak tartoznak:

Értékek, attitűdök	Személyes jellemzők	Szocializációs színterek
• Társadalmi normák iránti elköteleződés. • Hosszú távú tervek és célok.	• Hatékony önkontrollfunkciók. • Empátiás képesség. • Szociális kompetencia. • Szorongás és stresszreaktivitás.	• Felügyelet, monitorozás. • Nem bűnelkövetéshez kapcsolódó jutalmak (sikerek) elérhetősége. • Proszociális kortárscsoport. • Iskolához való kötődés.

A gyermekkori és fiatalkori bűnelkövetés, és az azt követő kriminális karrier kialakulásában szerepet játszó lehetséges rizikótényezők[6] a szakirodalom alapján: Loeber és Farrington (2001), Catalano és Hawkins (1996), Rutter és munkatársai (1998), Moffitt (1993), Patterson és munkatársai (1989), valamint Leventhal és Brooks-Gunn (2000) nyomán az alábbiak.

Szintek/színterek	Rizikótényezők
Egyéni jellemzők	• Nehéz temperamentum (konstitucionális tényezők) • Impulzív viselkedés • Hiperaktivitás rendbontó viselkedéssel • Szerhasználat • Agresszió • Korai viselkedési probléma jelenléte • Visszahúzódó viselkedés • Alacsony intelligencia (téri és verbális egyaránt) • Kivitelező funkciók deficitjei • Gyenge önkontrollfunkciók • Érzelmi deficitek (empátiahiány) • Ólommérgezés
Család	• Tinédzserkori terhesség és szülőség • Szerhasználat a terhesség idején • A család alacsony szocioökonómiai helyzete • A szülők munkanélkülisége • Alacsony iskolai végzettségű anya jelenléte • Csonka családi lét • Nagycsaládos lét • Kisebbséghez való tartozás • Állami gondozásban vagy nevelőszülőknél való tartózkodás • Elhanyagoló/bántalmazó családok • Antiszociális apa és/vagy anya alkotta családok • Kegyetlen, durva szülői nevelési stílus • Traumatizált szülők • A szülői monitorozás hiánya • Ha a szülési komplikációk érzelmi visszautasítással társulnak • Alkoholista vagy valamilyen illegális szert használó családok • Idősebb antiszociális testvér a családban

6 Érdemes megjegyezni, hogy általában a rizikótényezők halmozódását figyelhetjük meg az antiszociális, bűnelkövető személyeknél, vagyis önmagában egyik rizikótényező jelenléte sem határozza meg determinisztikusan a viselkedés alakulását. Több rizikótényező együttes jelenléte emeli meg a deviáns életstílus kialakulásának valószínűségét.

Szintek/szín-terek	Rizikótényezők
Kortársak	• Bűnelkövető kortársak • Kortársak általi visszautasítás
Iskola	• Gyenge iskolai teljesítmény • Évismétlés • Gyenge iskolai kötődés • Alacsony tanulási motiváció • Tanulási zavarok • Diszfunkcionális iskola (ún. balhés iskola) • Iskolából való kimaradás
Lakókörnyék, közösség	• Szegénység • Dezorganizált környék • Szegregáció, izoláció • A bűnelkövetés, erőszak magas szintje • Az egészségügyi és szociális ellátás, valamint oktatás intézményi rendszer elégtelensége, elérhetetlensége • Hiányoznak a proszociális viselkedést közvetítő formális és informális csoportnormák • Magas mobilitás • Sok erőszakos modell a médiában
Egyéb	• Alkalom • Érzelmi provokáció • Költség-haszon elemzés (a haszon javára): a bűnelkövető viselkedéssel együtt járó nyereség nagy, a kockázat pedig nagyon kicsi • Társadalmi demoralizáció

Az ***univerzális megközelítés***ben az antiszociális viselkedés kialakulásának megelőzésében jól használható színterek az óvodák és az iskolák. Cél ebben az esetben a gyermekek és szülők (szociális) készségeinek, a szociális kompetencia fejlesztése, a szülők és tanárok közötti kommunikáció biztosítása, a szülő-gyermek közötti kötődés támogatása, a tanárok bevonása az osztálytermi viselkedési problémák kezelésébe, a tanárok részéről a kortársdinamika megismerése, és a pozitív tanulási környezet kialakítása (Terzian és Fraser, 2005). Az *egyéni jellemzők* alakítása általában *osztályszintű intervenciókkal* történik.
A cél a pozitív (egészséges) fejlődés biztosításával annak a lehetőségnek a megteremtése, hogy a gyerekek aktívan és sikeresen járuljanak hozzá a csoport működéséhez, ill. felismerjék és megerősítést kapjanak a megfelelő viselkedésért (Meltzer és mtsai, 2006). Ezek a fajta stratégiák egyben a *kortárscsoport* működését tekintve is hatékonyak, mivel a pozitív kortárskapcsolatokat hangsúlyozzák, és a proszociális viselkedésre ösztönöznek.
Általában a többkomponensű programok az elterjedtek (Terzian és Fraser, 2005), amelyek több szintet (egyéni, kortárscsoport, tanárok, iskola) vesznek célba, de nagyrészt az iskola szolgáltatja a színteret a beavatkozásnak.
A programok kritikus jellemzői: az iskola dolgozói és a gyermekek, szülők közötti kapcsolat erősítése és a tervezett aktivitások kivitelezése. A szülők együttműködésének megnyerése rendkívül nehéz feladat. Ebben fontos kihangsúlyozni, hogy a programok sikerének a kulcsa a családi részvétel, hiszen a család ismeri legjobban a gyermekeiket. Emellett fontos, hogy a gyakorlati korlátokon (munkaidő, gyermekfelügyelet, távolság) való átsegítésben is támogatást nyújtson a program, vagyis a szülőknek tartott programok ne munkaidőben legyenek, hanem a késő esti órákban vagy hétvégenként. A program biztosítsa a szülőknek az ingyenes tömegközlekedést, ill. gyermekfelügyeletet, esetleg ételt, és alacsony költségű incentívekkel tegye vonzóbbá a részvételt. Az általános, minden családnak szóló programok mellett fontos, hogy a „szolgáltatások" a családok igényeihez illeszkedjenek, és megteremtsék a szülő-iskola (tanárok) közötti alternatív kommunikációs lehetőségeket (pl. hírlevelek, weboldal).
A szerhasználat megelőzésére kidolgozott programok alkalmazásával kapcsolatban kiderült, hogy a drogmegelőzési programok jótékony mellékhatása a bűnelkövető viselkedésre is kihat (Mason és mtsai, 2003).
Az iskolai színtéren végzett prevencióhoz általában szükséges a közösségfejlesztés is, amelyet egészségedukációval ötvöznek. A tantestület tagjait, ill. a szülőket is fel kell készíteni a közös munkára.
A programok jellegét tekintve fontos, hogy a programok interaktívak legyenek. Egy metaanalízis szerint (Tobler és Stratton, 1997) az interaktív programok eredményesebbek (hatásméret: 0,18), mint a nem interaktív programok (hatásméret: 0,02). *Bár a programok időtartama* nagyban variál (akár a 6 hónaptól 6 évig bezárólag), és nehéz megítélni, hogy mi az a minimum dózis, amely szükséges a klinikailag szignifikáns hatás eléréséhez, egyes vizsgálatok azt valószínűsítik, hogy a hosszabb ideig tartó (minimum 9 hónap; Catalano és mtsai, 2001; minimum 201 nap, Meltzer és mtsai, 2006) programok hatékonyabbak, mint a rövid időtartamú programok. Érdemes megjegyezni, hogy az iskolán alapuló prevenciós programokat sokszor már általános iskola első osztályától alkalmazzák. A programok sikerességét így nagyban befolyásolhatja, hogy milyen módon történik az implementáció (Fagan és Mihalic, 2003).
Az iskolai prevenció különösen fontos szerepet tölt be az antiszociális viselkedés megelőzésében. Az iskolai színtér azért lehet gyümölcsöző, mert nem szigeteli el a veszélyeztetett csoportot a normál, átlag gyerekektől, valamint olyan iskolákban is alkalmazható, amelybe hátrányos helyzetű gyermekek járnak.
A programok hatékonyságát tekintve az önkontroll és a szociális kompetencia fejlesztése egy metaanalízis szerint (Wilson és mtsai, 2001) csökkenti a bűnelkövetés, a droghasználat, a kimaradás és a viselkedési problémák előfordulását. Az iskolai színtéren alkalmazott prevenció több randomizált longitudinális vizsgálat eredménye szerint csökkentette az antiszociális viselkedést vagy annak növekvő ütemére gyakorolt kedvező hatást, csökkentette az agresszivitást (l. Terzian és Fraser, 2005) és a szerhasználatra is kedvező hatással volt (Battistich és mtsai, 2000).
A ***szelektív megközelítés*** esetében a cél azoknak a családoknak a felismerése és korai intervencióba való bevonása, ahol a gyermek egyéni jellemzőinél vagy a család jellemzőinél fogva – hátrányos helyzet, diszfunkcionális működésmód – veszélyeztetett lehet.

A hátrányos helyzet adódhat:
- tinédzserkori terhességből és szülőségből
- a család alacsony szocioökonómiai helyzetéből
- a szülők munkanélküliségéből
- alacsony iskolai végzettségű anya jelenlétéből
- csonka családi létből
- nagycsaládos létből
- kisebbséghez való tartozásból
- állami gondozásban tartózkodásból
- a lakókörnyezet szegénységéből, hátrányos helyzetéből.

A diszfunkcionalitás megjelenhet:
- elhanyagoló/bántalmazó családokban
- antiszociális apa és/vagy anya alkotta családokban
- kegyetlen, durva szülői nevelési stílusban
- traumatizált szülőknél
- a szülői monitorozás hiányában
- ha a szülési komplikációk érzelmi visszautasítással társulnak
- alkoholista vagy valamilyen illegális szert használó családokban.

A gyermek jellemzői közül rizikótényező lehet:
- a nehéz temperamentum
- a gyakori fizikai agresszivitás
- az impulzivitás
- a gyenge önkontrollfunkciók
- a hideg, érzéketlen interperszonális stílus
- alacsony intelligencia
- neuropszichológiai deficitek (verbális és téri képességek, valamint a kivitelező funkciók deficitjei).

A szelektív megközelítés jegyében a különböző színtereken alkalmazott prevenciós stratégiáknak a leglényegesebb eleme, hogy *mindig az aktuális csoport szociokulturális jellemzőinek, igényeinek megfelelően kell kialakítani a konkrét programot*. Ebben nagy szerepet kell kapniuk azoknak a közösségeknek, amelyekben a prevenció zajlik. A közösségalapú prevenciós stratégiák kidolgozása prioritást kell hogy élvezzen.

A nemzetközi szakirodalom szerint a védőnő családlátogatása (home-nurse visitation; Olds, 2002), a korai környezet gazdagítása (Raine és mtsai, 2003), a szülő-gyermek interakció javítása (Schechter és mtsai, 2006) pl. videotréning alkalmazásával (Marvin és mtsai, 2002), az érzelmi fejlődést elősegítő programok (Izard és mtsai, 2002), az agresszivitás csökkentését megcélzó programok (Lochman, 1992), mentorprogramok, valamint a konstruktív szabadidő-eltöltést biztosító programok alkalmazása lehetnek sikeresek.

Az ***indikált megközelítés*** esetében cél egyrészt azoknak a gyerekeknek (és családjaiknak) a megfelelő kezelése (mint preventív intervenció), akiknél a problémás viselkedés jelei, vagyis a diszruptív (rendbontó) viselkedészavarok azonosíthatók. Első lépésben fontos lehet a legkorábbi jelek felismerése (Jones és mtsai, 2002). A viselkedési problémák – opozíciós magatartás (ODD), magatartászavar (CD), hiperaktivitás viselkedészavarral – a gyermeknél tartós (legalább 6 hónapja fennálló) negativisztikus, szófogadatlan, ellenséges magatartásban jelennek meg, mely társulhat antiszociális viselkedéssel is. Kezelés (mint preventív intervenció): úgy tűnik, hogy a viselkedésproblémák orvoslásában a kognitív módszerek és a család/szülők bevonása együttesen eredményes: szociális-kognitív kezeléseket ötvöznek szülői tréninggel (behavioral family intervention). Újabban a szociális készségek fejlesztése mellett az érzelmi készségek, képességek fejlesztésére is hangsúlyt helyeznek a különböző viselkedési problémákkal küzdő gyerekek kezelésében (Webster-Stratton és mtsai, 2003), amelyekben nemcsak a szülők és gyermekeik, de a tanárok is részt vesznek.

Úgy véljük, hogy az indikált megközelítés keretében a gyermekkorú és serdülőkorú bűnelkövető fiatalok megfelelő programokban való részesítése kritikus, mivel ezzel a felnőttkori antiszociális magatartás (és bűnelkövetés) csökkenthetővé, kivédhetővé válik. Azoknak a korrekciós intézményeknek, amelyek magukba tömörítik a fiatalkorú bűnelkövetőket (javító-nevelő intézetek), a hatékonysága a reszocializáció szempontjából megkérdőjelezhető. Ez részben annak tudható be, hogy ha kizárólag a kortárscsoport a beavatkozási szint – ami ebben az esetben a problémás gyerekek egy csoportba tömörítésével jön létre –, akkor az erősíti a deviáns magatartást, beleértve a bűnelkövetést, a droghasználatot és az erőszakos viselkedést (l. Dishion és mtsai, 1999). A bűnelkövető fiatalok esetében egyre inkább nyilvánvaló, hogy a deficitmodellből származó, főként egyéni kezelési programokat fel kell váltani olyan programoknak, amelyek a kompetenciák fejlesztését, s így a pozitív fejlődést támogatják (Bazemore és Terry, 1997). McGuire és Priestley (1995) a bűnelkövető viselkedés újbóli előfordulásának megelőzésére tervezett hatékony programok 6 alapvető jellemzőjét összegzi:

1. a rizikó klasszifikációja – a kockázat fényében történik az intervenció,
2. reszponzivitás – figyelembe veszi a fiatal (szociális) tanulási stílusát,
3. közösség alapú,
4. a multimodális kezelés, ami szociális készségekre orientált, alkalmazza a kognitív és viselkedéses módszereket,
5. a program integrált, vagyis a módszer és céljai jól rögzítettek, megfelelő pénzügyi forrás áll mögötte, a programot vezetők jól képzettek, szisztematikusan monitorozott és értékelt,
6. kriminogén szükségletekre válaszol – vagyis a bűnelkövetéshez vezető proximális (közeli) problémákra és jellegzetességekre válaszol.

A kriminogén szükségletek (olyan dinamikus rizikófaktorok, amelyek megváltoztatása szerepet játszhat a bűnismétlés és a visszaesés megakadályozásában) azonosítása után többféle lehetséges célt állíthatunk fel (Andrews és Bonton, 1994):
- az antiszociális attitűdök és érzések megváltoztatása,
- az antiszociális kortársakkal való kapcsolat csökkentése,
- a családi kötelékek és kommunikáció, a monitorozás és a felügyelet támogatása,
- a nem kriminális modellekkel való azonosulás lehetőségeinek biztosítása (pl. mentorprogrammal),

- az önkontroll és a problémamegoldás fejlesztése,
- a hazudozás, a lopás és az agresszió proszociális alternatívákkal való felváltása,
- a függőség csökkentése,
- a nem kriminális aktivitás „hasznának” emelése azáltal, hogy a családi, tanulási, rekreációs és más viselkedési színtereken a jutalmak elérhetővé válnak,
- a kockázatos szituációk felismerésének képességét növelni lehet, ill. az ezekkel való megküzdés alternatíváinak megtanítása,
- az egyén környezetének megváltoztatása (a kockázat és szükségletek tekintetbe vételével).

Továbbá úgy véljük, hogy a korrekciós helyszíneken tartózkodó felnőttek mentális egészségének kérdései között legfontosabb helyet foglalja el az öngyilkosság megelőzése, a szerhasználat ártalmainak csökkentése, a dohányzásról való leszokást segítő programok biztosítása, a szociális kompetencia fejlesztése, a proszociális viselkedést támogató kognitív-viselkedéses programok kidolgozása, vagyis a visszaesés megelőzése. Természetesen ugyanezen programok alkalmazása a fiatalkorú bűnelkövetőknél is releváns lehet.

3.6.5. Az antiszociális viselkedés megelőzésének javasolt stratégiái

Családi színtér

Univerzális prevenció
- Az óvodával, iskolával való együttműködés kialakítása.
- Rendszeres kommunikáció az óvónőkkel, tanárokkal.
- Megfelelő ismeretek átadását biztosító programok a gyermek fejlődéséről.
- Megfelelő szülői monitorozást hangsúlyozó üzenetek elérhetőségének biztosítása.

Szelektív prevenció
- A veszélyeztetett és diszfunkcionális családok „korai” felismerése.
- A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése a veszélyeztetett családokban.
- Védőnői családlátogatás a veszélyeztetett családokban már a prenatális korban és a születést követő két évben.
- Edukáció a szülő-gyermek interakcióról és szülői tréning a gyermeknevelés, -gondozás témakörében.
- A szülő-gyermek interakciót javító programok kidolgozása és alkalmazása.
- Korai fejlesztés az arra rászoruló gyermekeknél (szülői részvétellel).

Indikált prevenció

A kezelés (mint preventív intervenció): a kognitív módszerek és a család/szülők bevonása együttesen eredményes:
- A problémás viselkedésű gyerekek és szüleik interakciójának „hibáira” való rámutatás (pl. videotréninggel) csecsemőkorú és óvodáskorú gyermekeknél.

- Viselkedési tréning a családi interakciók és a családi klíma megváltoztatására, pozitív nevelési stratégiák tanítása és a kényszerítő, inkonzisztens nevelési praktikák kivédése.
- Szocioemocionális fejlődés és a kognitív képességek fejlesztésének programjainak kidolgozása és alkalmazása.
- A(z) (reaktív) agresszív gyerekeknél kognitív viselkedésterápiával a harag kezelésének, a megküzdési képességeknek és az érzelemszabályozásnak a fejlesztése, a szociális információfeldolgozás torzításainak kiküszöbölése.
- A proaktív agressziót mutató gyerekeknél kognitív viselkedésterápiával a proszociális viselkedés jutalmazása.
- Azoknak a problémás viselkedésű gyerekeknek az azonosítása, akik egyben hideg, érzéketlen (empátiaszegény) interperszonális stílussal rendelkeznek, ill. számukra megfelelő kezelés kidolgozása.
- Családterápia.

Óvodai színtér

Univerzális prevenció
- Óvónők képzése a pszichológiai fejlődésről, a mentális egészségről, a mentális egészséget biztosító stratégiákról.

Szelektív prevenció

Az óvodai környezet gazdagítása (enrichment) a fizikai és a szociális stimuláció eszközeivel:
- A kognitív képességek (verbális képességek, vizuomotoros képességek, memória fejlesztése), valamint a kreativitás fejlesztése.
- A szocioemocionális fejlődés elősegítése (érzelmek felismerése, címkézése, érzelmi kommunikáció fejlesztése).
- Táplálkozási és higiéniai alapismeretek átadása.
- Megfelelő étkezés biztosítása.

Indikált prevenció
- A problémás viselkedés – hiperaktivitás, oppozíciós magatartás, viselkedészavar – felismerését és óvodai csoportszintű kezelését támogató képzés az óvodában dolgozók számára.
- Gyermekek tanulási képességeinek javítása, a nyelvi képességek fejlesztése.
- A figyelmi és tanulási zavarok kezelése.
- Továbbá a szelektív prevenciónál felsoroltak alkalmazása.

Iskolai színtér

Univerzális prevenció
- A tanárok képzése az antiszociális viselkedéshez vezető rizikófaktorokról és protektív tényezőkről.
- A tanárok tréningje a következő témakörökben: viselkedéskezelés, problémamegoldás és az instrukciós stratégia, proaktív

osztálykezelés, az interaktív és a kooperatív tanulás módszerei, a szülőkkel való kapcsolattartás eszközei.
- Fontos a szülői együttműködés megnyerése (az együttműködést akadályozó, gyakorlati tényezők – munkaidő, gyermekfelügyelet, távolság – kivédésével).
- Szülőknek tartott edukációs programok (a fegyelem, a monitorozás, a pozitív megerősítés, a problémamegoldás, a megküzdés, a kommunikáció témakörökben).
- Osztályszintű intervenciókkal a gyermekek szociális kompetenciájának fejlesztése, valamint az önkontroll funkciók erősítése, kommunikációs képességek, valamint az érzelmi intelligencia fejlesztése; a deviáns viselkedésre felszólító kortársaknak való nemet mondás képességének erősítése.
- A proszociális viselkedés és az együttműködés jutalmazása.
- Szerhasználat megelőzésére kidolgozott programok adaptálása.
- Olyan iskolai légkör kialakítása, amelyet törődés, a tanulók, tanárok és szülők közötti együttműködés jellemez.
- Megfelelően strukturált szabadidő-eltöltést biztosító programok kidolgozása.
- Az egyéni képességeket, tehetséget kiaknázó programok biztosítása.

Szelektív prevenció
- Az univerzális prevenciónál leírt módszerek olyan iskolákban is alkalmazhatók, ahová hátrányos helyzetű gyermekek járnak.
- Az univerzális prevenció mellett a hátrányos helyzetű családok gyermekeinek támogatása és segítése (pl. mentorprogrammal; a szülők aktív támogatásával, pl. szükség esetén családterápiás ülésekkel, családlátogatással).
- Gyermekek tanulási képességeinek javítása, a nyelvi képességek fejlesztése.
- Figyelmi és tanulási zavarok kezelése.
- Az ún. balhés iskolákban tanító tanárok képzése és folyamatos támogatása (a tanároknak nyújtott gyakorlati és lelki támogatás biztosítása).
- Mentorprogram alkalmazása.
- Az iskolából való kimaradás megelőzésére programok kidolgozása.

Indikált prevenció
- A problémás viselkedés – hiperaktivitás, oppozíciós magatartás, viselkedészavar – felismerését és osztályszintű kezelését támogató tanári képzés.

- Agresszív gyermekeknél az agresszív viselkedést csökkentő programok kidolgozása és alkalmazása.
- Gyermekek tanulási képességeinek javítása, a nyelvi képességek fejlesztése.
- Mentorprogram alkalmazása.
- Az iskolából való kimaradás megelőzésére programok kidolgozása.

Munkahelyi színtér

Univerzális prevenció
- A munkahelyi kötődést, a munka melletti elköteleződést elősegítő programok kidolgozása.
- Közösségfejlesztés.

Szelektív prevenció
- Felnőttképzés biztosítása.
- Átképzési lehetőségek biztosítása.

Indikált prevenció
- Toleranciatréning.

Közösségi színtér

Univerzális prevenció
- A gyermekgondozók, iskolák, orvosi ellátás elérhetőségének biztosítása.
- A tanulási, szociális és rekreációs aktivitások elérhetőségének biztosítása.
- A lakosok biztonságérzetét növelő formális és informális intézményi hálózat biztosítása.
- A közösség tagjai között az interperszonális kapcsolatokat kiépítő programok szervezése a helyi közösséghez való kötődés kialakítása érdekében.
- Különböző szektorok (üzleti szféra, iskolák, templomok, média, önkormányzat) közötti együttműködés kialakítása.
- Helyi stratégiák kidolgozása az óvodai, iskolai színtéren alkalmazható programokról.
- A fiatalkorúak alkoholhoz való hozzáférésének csökkentése az edukáció, a szabályozók betartatása és a civil kontroll erősítése révén.
- Az alkoholprobléma tudatosságának növelése a közösségen belül.
- A helyreállító (resztoratív) igazságszolgáltató eszközök alkalmazása helyi konfliktusok kezelésében.

Szelektív prevenció
- A hátrányos helyzetű településeken és városrészeken a szociális, egészségügyi, oktatási intézmények (bölcsődék, óvodák, iskolák, művelődési központok, civil szervezetek) és az önkormányzat, valamint a rendőrségi szervek szoros együttműködésének kialakítása.

	• A helyreállító (resztoratív) igazságszolgáltató eszközök alkalmazása helyi konfliktusok kezelésében.
Indikált prevenció	• A civil szervezetek támogatása a deviancia felismerésére és kezelésbe vételére.
	• A reintegrációt biztosító programok kidolgozása és alkalmazása.

Egészségügyi színtér

Univerzális prevenció	• Az orvosi és egészségügyi személyzet képzése az antiszociális viselkedéshez vezető fejlődési útvonalakról.
Szelektív prevenció	• Hátrányos helyzetű településeken dolgozó egészségügyi dolgozók bevonása kidolgozott programokba az óvodai, iskolai, családi színtéren egyaránt.
	• Az itt dolgozó egészségügyi szakemberek (védőnők, gyermekorvosok) továbbképzése, valamint a kiégést megelőző programok biztosítása.
	• A korai fejlesztést támogató intézkedések és finanszírozás kidolgozása.
Indikált prevenció	• A korrekciós színterek megfelelő egészségügyi ellátásának biztosítása.

Nevelőszülői és gyermekotthoni színtér

Szelektív prevenció	• Nevelőszülők és gyermekotthonban dolgozó szakemberek tréningje a szenzitív gondoskodásról, valamint a viselkedéses és más lelki problémák megjelenéséről, okairól, megfelelő kezeléséről.
	• Nevelőszülők és gyermekotthonban dolgozó szakemberek tréningje a szociális problémamegoldás, konfliktuskezelés, stresszkezelés témakörében.
	• A nevelőszülők folyamatos lelki támogatását biztosító rendszer kidolgozása és működtetése.
	• A nevelőszülőkhöz került gyermekek egyedi igényeinek megfelelő programokban és kezelésekben való részvételének biztosítása.
	• Korai fejlesztés az arra rászoruló gyermekeknél.
	• A családi életre való nevelés módszereinek kidolgozása a gyermekotthonokban élők számára.
	• A legális és illegális tartós szerhasználatot megelőző programok alkalmazása.
Indikált prevenció	• A deviáns viselkedésű fiatalok visszailleszkedését szolgáló programok kidolgozása.

	• Terápiás nevelőszülői és nevelőotthoni légkör jellemzőinek kidolgozása és létrehozása az érzelmileg sérült és/vagy bűnelkövető gyermekek és fiatalkorúak számára.
	• Megfelelő utógondozás kidolgozása.

Korrekciós színterek

Indikált prevenció	• Fiatalkorúaknál a pozitív fejlődési modell (és kompetencia) alapján megfelelő eljárások kidolgozása.
	• Szociális kompetencia fejlesztése és a szociális problémamegoldás fejlesztése.
	• Megfelelő iskolai képzési programok biztosítása, átképzési lehetőség.
	• A szabadidő eltöltését segítő programok alkalmazása.
	• A helyreállító igazságszolgáltatás eszközeinek alkalmazása.
	• Döntéshozatalt segítő programok kidolgozása.
	• A rizikó bejóslásban a kriminogén szükségletek (needs) listájának kidolgozása és alkalmazása a programok megtervezésében.
	• Az intézményen belüli bántalmazás megelőzésére kidolgozott programok alkalmazása.
	• Szerhasználat ártalmainak csökkentését szolgáló programok kidolgozása és alkalmazása.
	• Többkomponensű öngyilkosságot megelőző és kríziskezelő programok kidolgozása.
	• A kognitív-viselkedéses intervenció nyújtása az öngyilkossági kísérletet elkövetőknél, azonnal a sürgősségi orvosi ellátást követően.
	• A rászoruló családtagok segítése.
	• Megfelelő utógondozás kidolgozása.

Egyéb, nem színtérhez köthető javaslatok

Politikai döntéshozatal	• A Nemzeti Bűnmegelőzési Stratégia megvalósítása.
	• A helyi stratégiák finanszírozása, pályázati lehetőségek biztosítása.
	• Pszichológusok alkalmazása az óvodákban és az iskolákban.
	• Barátságos és biztonságos fizikai környezet az óvodákban és az iskolákban.
	• Megfelelő, a pszichológiai fejlődést segítő eszközökkel felszerelt intézmények.
	• A hátrányos helyzetű és diszfunkcionálisan működő családok számára a prevenciós programok elérhetőségének biztosítása.
	• Szegénység csökkentése.

- Szegregáció csökkentése.
- Elmaradott városrészek, települések fizikai környezetének és szociális hálózatrendszerének gazdagítása.
- A nevelőszülők és javító-nevelő intézetekben dolgozó személyek alkalmazási és alkalmassági feltételeit egyértelműen rögzítő rendeletek, valamint ezek érvényesítése és ellenőrzése a gyakorlatban.
- Az oktatási rendszer megreformálása.
- A korai fejlesztési programok elérhetőségének biztosítása azoknak a családoknak, akik egyénileg nem tudják finanszírozni a költségeket.

Média
- Az erőszakot ábrázoló művek előfordulásának csökkentése azokban a műsoridőkben, amikor a gyerekek televíziót nézhetnek.
- Társadalmi tudatosságot növelő üzenetek a családi erőszak elítéléséről
- Az előítéleteket csökkentő műsorok.

Szakemberek képzése
- Az egyetemi, valamint a megfelelő posztgraduális képzéseken a gyermek- és fiatalkori szocializációs zavarokról szóló ismeretek, tanegységek jelenléte.
- A szakemberek reális önismerete önmagukról és az alkalmazott módszer korlátairól, határairól.
- Edukációhoz alkalmazható oktatófilmek készítése.

Kutatás, adatgyűjtés
- A programok megfelelő implementációjának ellenőrzése.
- A kimeneteli (függő) változók pontos kijelölése, standardizált kérdőívek, módszerek alkalmazása.
- Hatékonysági vizsgálatok tervezése és lefolytatása.
- A programok költséghatékonyságának vizsgálata.
- Regisztrációs rendszer létrehozása, amelyben megtalálható a prevenciós programok pontos leírása, valamint ezek hatékonysága is az implementációt követően.

4. A mentális egészségfejlesztési stratégiák megvalósításának feltételei

4.1. Az interszektoriális megközelítés szükségessége

A mentális egészség és a mentális problémák okainak multifaktoriális természetéből következik, hogy a mentális egészségfejlesztésben és a mentális problémák megelőzésében is számos szektor együttműködésére, egymással való kommunikációjára és együttes programokra van szükség. Az integrált multidiszciplináris és interszektoriális megközelítés hatékonyabb, eredményesebb és egyben költséghatékonyabb lehet, mint az egyes szektorok elkülönült tevékenysége. Az ilyen tevékenység azonban nehézségekbe ütközhet, éppen ezért szükséges olyan országos és regionális koordináló bizottságok létrehozása, amelyek a mentális egészségfejlesztés céljainak és stratégiáinak megvalósításához elősegítik a különböző szektorok (minisztériumok, intézmények) 'stakeholder'-einek kommunikációját. Az ilyen 'mentális egészségfejlesztési bizottságokban' kezdeményező és vezető szerepet tölthetnek be az egészségügyi szektor témában jártas szakemberei, akik képesek bevonni az egészségügyi szektoron kívüli, de a mentális egészségfejlesztésért felelős szakembereket vagy intézmények képviselőit.
Néhány kiemelt témakör esetében – a feladat komplexitása miatt – érdemes megfontolni a specifikus koordinációs és egyezető regionális, illetve országos bizottságok vagy munkacsoportok létrehozását. Így érdemes lenne megfontolni az alábbi bizottságok létrehozását:

- Épített környezet és mentális egészség multidiszciplináris és interszektoriális munkacsoport.
- A fizikai aktivitás és a mentális egészség fejlesztése munkacsoport.
- Alkoholprevencióval kapcsolatos multidiszciplináris és interszektoriális munkacsoport.
- A depresszió és az öngyilkosság primer prevenciója multidiszciplináris és interszektoriális munkacsoport.
- A mentális egészségfejlesztési programok társadalmi és gazdasági hasznának értékelését elvégző munkacsoport.
- Az iskolai mentális egészségfejlesztés munkacsoport.
- A munkahelyi mentális egészség fejlesztése munkacsoport.

A munkacsoportok feladatai a következők lennének:

- A vonatkozó kutatások és nemzetközi tapasztalatok rendszeres áttekintése.
- A hazai epidemiológiai helyzet nyomon követése, az adatok összegyűjtése a későbbiekben kifejtendő 'tudásközpontok'-kal együttműködve.
- A különböző szektorok közötti kommunikáció megteremtése és fenntartása.
- Javaslattételek a szükséges társadalmi, közpolitikai és gazdasági intézkedésekre.

4.2. A hatékony programok jellemzői

Számos összefoglaló tesz kísérletet arra, hogy a hatékony egészségfejlesztő programok jellemzőit azonosítsa. Annak ellenére, hogy a mentális egészségfejlesztés változatos problémakörrel foglalkozik, mégis azonosíthatók a hatékony programok jellemzői. Ezeket Rishel (2007) nyomán tekintjük át:

- *Átfogó, komplex megközelítés:* A hatékony programok nemcsak a rizikófaktorokra, hanem a protektív tényezőkre is fokuszálnak. A hatékony programok az egyéni és rendszerszintű megközelítést egyaránt alkalmazzák.
- *Elméleti megalapozottság:* A hatékony programok világos elméleti megalapozottságuk révén magyarázatot tudnak adni arra, hogy milyen módon hatnak a célcsoportra.
- *A hatáshoz elegendő intenzitás és időtartam:* A prevenciós programoknak a hatás kifejtéséhez szükséges időtartamúnak kell lenniük.
- *Az életkornak megfelelő módon időzítettség:* A prevenciós programokat a pszichoszociális fejlődéshez illeszkedve kell időzíteni, és lehetőleg a probléma megjelenése előtt alkalmazni.
- *A kulturális háttér figyelembevétele:* A hatékony prevenciós programok illeszkednek a célcsoport kulturális jellemzőihez.
- *Interaktív tanítási stílus:* A hatékony programok interaktív tanítási stílust alkalmaznak, amelyek során a résztvevők számukra személyesen fontos információkat kapnak és készségeiket aktív részvétel során sajátítják el.
- *Jól képzett szakemberek részvételével való végrehajtás:* A hatékony programokban részt vevők alaposan kiképzett szakemberek, akik meg vannak győződve a program hatékonyságáról.
- *A hatás értékelése és követés:* A hatékony programok tartalmazzák az értékelést és a követést, amely a későbbiekben abban is segít, hogy választani lehessen a hatékony és tényeken alapuló egészségfejlesztő módszerek közül.

A mentális egészségfejlesztő programok támogatása során fontos ügyelni, hogy a programok elméletileg megalapozottak legyenek, a hatáshoz elegendő intenzitásúak legyenek, az életkori és egyéb jellegzetességeket figyelembe vegyék, a résztvevők aktív bevonásán alapuljanak, arra kiképzett szakemberek vezessék az adott programot, és a programok értékelése és hatásának követése is megtörténjen.

4.3. A jelenlegi mentális egészségfejlesztéssel kapcsolatos képzések áttekintése, elemzése a javasolt programok megvalósíthatósága érdekében

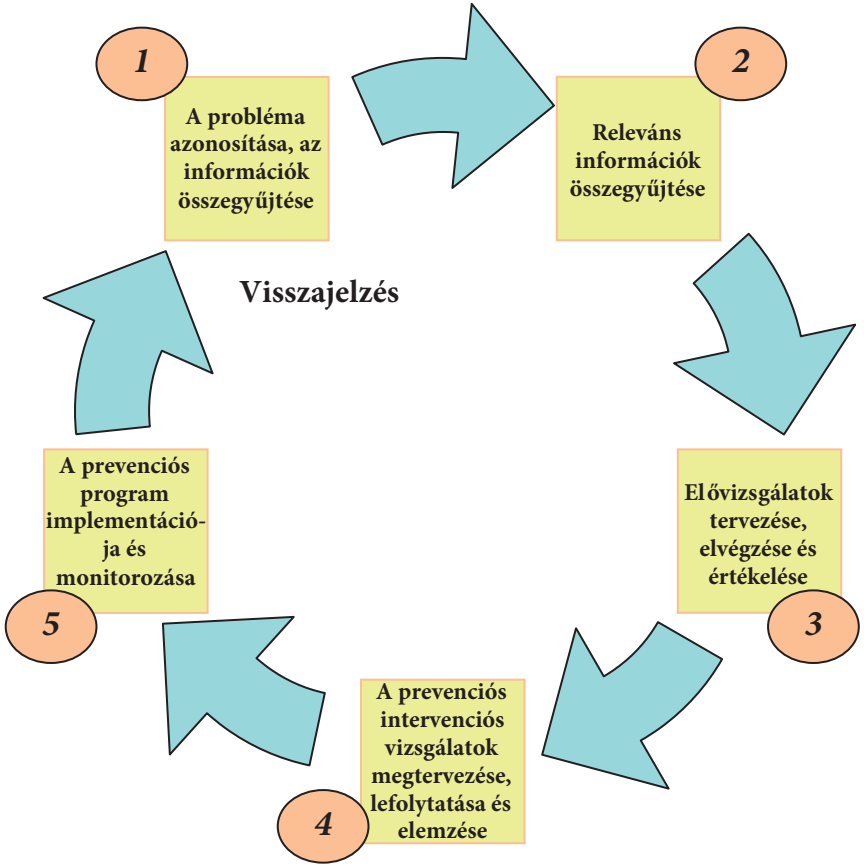
A tényeken alapuló, a primer prevenciót hangsúlyozó mentális egészségfejlesztés elősegítése érdekében fontos áttekinteni a jelenlegi mentális egészségfejlesztéssel kapcsolatos képzések tartalmi és formai (előadások, készségfejlesztő gyakorlatok) elemeit, és ha szükséges, akkor azokat a kurrens szemlélet és evidenciák által meghatározott módon alakítani. Az egyes tárgyak esetében fontos tisztázni, hogy ezek pontosan mit takarnak.

4.4. Képzési szükségletek a mentális egészségfejlesztési stratégiák megvalósítása céljából

A javasolt mentális egészségfejlesztési stratégia megvalósításához az egyes feladatokra specializált kiképzett szakemberek (koordinátorok), illetve az egyes színtéren dolgozók (pl. pedagógusok, pszichológusok, nővérek, orvosok, humánerőforrás-szakemberek, munkahelyi vezetők) képzésére van szükség.
Regionális és kistérségi mentális egészségfejlesztési koordinátorok képzése révén lehetővé válik olyan szakemberek alkalmazása, akik az adott régió színterein koordinációs feladatot ellátva és az adott régió jellemzőit figyelembe véve optimalizálni tudják a mentális egészségfejlesztési stratégiákat. Továbbá képesek arra, hogy például kezdeményezzék, szakmailag támogassák (pl. képzések szervezésével), monitorozzák és értékeljék az egyes színtéren zajló programokat. Így nagyobb lenne a valószínűsége annak, hogy a 'best practice' jellegű gyakorlatok sikeresebben meghonosodnak.
Emellett azonban fontos szerepet kell kapni az egyes színtereken dolgozók folyamatos képzésének a pozitív mentális egészség és a mentális betegségek primer prevenciójának stratégiáiról és ezek alkalmazásáról.
Hosszabb távon fontos lenne az egészségfejlesztés és a mentális egészségfejlesztés egyetemi szakjainak beindításának támogatása.

4.5. A mentális egészségfejlesztéssel kapcsolatos ('Prevention science') országos és regionális tudásközpontok kialakítása és hálózattá szervezése

A mindenkori mentális egészségfejlesztési stratégiát a nemzeti és a nemzetközi szakirodalomban közölt adatok értékelésével, a legjobb gyakorlatok (best practices) tanulmányozásával, és az újabb hazai színtereken végzett vizsgálatok lefolytatásának és elemzésének felhasználásával érdemes kidolgozni. A prevenciótudomány összetett, interdiszciplináris megközelítést igényel. A prevenciótudomány ciklusát a *10. ábra* mutatja be.



10. ábra: A prevenciós kutatás ciklusa (Eddy és mtsai, 2005)

Az egészségfejlesztési kutatói bázisokat az egészségfejlesztésben tágabb értelemben érdekelt intézményekben (tudományegyetemek, orvosi egyetemek) létrehozandó tudásközpontok teremthetik meg. Az országos tudásközpont és a regionális tudásközpontok hálózata rugalmassá teheti a kutatói munkát, különösen a regionális központok képesek a regionális vagy akár kisebb egységekben felmerülő problémák felismerésére és prevenciós modellek kidolgozására.

Az egészségfejlesztési stratégiát tehát olyan kutatói bázisokkal vagy tudásközpontokkal támogatva érdemes kialakítani és megvalósítani, amelyek jellemezhetők a következőkkel:

1. A tudásközpontok kutatói rendszeresen követik az egyes intervenciók hatékonyságvizsgálatával foglalkozó nemzetközi publikációkat, képesek értékelni az evidencia szintjét, valamint képesek kritikusan értékelni a vonatkozó metaelemzések eredményét és gyakorlati konzekvenciáit. Ha nincs hozzáférhető metaelemzés, akkor a kutatói bázisoknak maguknak kell elvégezniük ezt az elemzést, amennyiben a kérdéssel kapcsolatban vannak hozzáférhető kutatási adatok.
2. A tudásközpontok képesek összegyűjteni a szükséges epidemiológiai adatokat, akár saját, akár mások vizsgálataiból. A mentális egészséget meghatározó tényezőknek, a pozitív mentális egészség mutatóinak, a mentális problémák prevalenciájának, esetleg incidenciájának rendszeres mérése regionális és országos szintű reprezentatív vizsgálatokkal. Ezeket a felméréseket rendszeresen kell elvégezni ahhoz, hogy a változásokat, tendenciákat azonosítani lehessen. Az ilyen vizsgálatok és eredmények alkalmasak arra is, hogy a mentális egészség kérdéseit a média és a politikai döntéshozatal számára napirendre tűzzék. Ez már önmagában is egészségfejlesztő tevékenység.
3. A tudásközpontok képesek a folyó programok monitorozására és külső szakértőként az aktuális programok értékelésére.
4. A tudásközpontok a tudományos ismeretek gyarapodásával felmerülő innovatív megközelítések/eredmények szakmai értékelése révén hozzájárulhatnak újabb programok kialakításához vagy már létező programok adaptálásához, valamint a szükséges szakemberek kiképzéséhez. Ugyanakkor általános az az egyetértés, hogy nem kell a hazai mentális egészséggel foglalkozóknak újból „kitalálni" azt, amit már más országban alkalmaznak. Éppen ezért fontos a létező és hatásosnak mutatkozó programok adaptációja lehetőségének megfontolása. A tudásközpontok képesek ehhez a nemzetközi kapcsolatok kialítására más központokkal.

A mentális egészségfejlesztés országos és regionális tudásközpontjai és ezek hálózata fontos forrásai lehetnek a mentális egészségfejlesztési programok kidolgozásában az evidenciákon alapuló szemlélet képviseletének, a szűkös erőforrások hatékony felhasználása céljából.

Az országos és regionális tudásközpontokban dolgozó kutatók képzése szükségessé válhat, mivel hivatalos képzés hazánkban nem létezik a prevenció tudománya terén. Az ilyen képzések javasolt fő területei a következők (Eddy és mtsai, 2005)[7]:

- alapkutatások,
- prevenciós programok tervezése,
- a prevenciós programok időzítése az életciklus szakaszaiban,
- a prevenciós intervenciós vizsgálat tervezése,
- a prevenciós programok értékelése,,
- közösségi együttműködés a prevenciós programokban,
- a nem és a kultúra problematikája a prevenciós programokban,
- a prevenciós hatás gazdasági elemzése,
- a prevenció története és kontextusa,

7 A kurrikulum egyes elemeinek részletes leírását lásd a forrásban.

- a tudomány hozzájárulása a prevenciós projektekhez,
- a prevenciós programok pénzügyi támogatása,
- adminisztratív és menedzsmentkészségek fejlesztése,
- a prevenció tudományának etikája.

Az általános prevenciós tudományi képzés és a mentális egészségfejlesztés mellett szükséges a mentális egészséggel kapcsolatos speciális témakörök bevezetése is.

4.6. A mentális egészségfejlesztés megvalósításához szükséges információs technológia

- Mentális egészség honlapok támogatása, ahonnan a nem szakemberek számára is könnyen megérthetők, letölthetők színes képekkel illusztrált, vonzó ismertető füzetek. Ez történhet témaspecifikusan, de történhet néhány átfogó honlap kialakításával is.
- Szakembereknek szóló honlapok kialakítása.

Irodalomjegyzék

Anderson, M., Jenkins, R. (2005). The challenge of suicide prevention. An overview of national strategies. *Disease Management and Health Outcomes, 13(4),* 245–253.

Andrews, D. A., Bonton, J. (1994). *The psychology of criminal conduct.* Cincinati, OH: Anderson.

Aszmann A. (szerk.) (2002). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat.* „Nemzeti Jelentés". Budapest, OGYEI, NDI.

Babyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Craighead, W. E., Baldewicz, T. T., Krishnan, K. R. (2000). Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months. *Psychosomatic Medicine, 62,* 633–638.

Battistich, V., Schaps, E., Watson, M., Solomon, D., Lewis, C. (2000). Effects of the Child Development Project on Students' Drug Use and Other Problem Behaviors. *Journal of Primary Prevention, 21*, 75–99.

Bazemore, G., Terry, W. C. (1997). Developing delinquent youths: a reintegrative model for rehabilitation and a new role for the juvenile justice system. *Child Welfare, 76(5),* 665–716.

Bernaards, C. M., Jans, M. P., van den Heuvel, S. G., Hendriksen, I. J., Houtman, I. L., Bongers, P. M. (2005). Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population? *Occupational and Environmental Medicine, 63,* 10–16.

Boros J: (2005). *Kutatási jelentés. Egészségmagatartás (OLEF2003).* Budapest: Országos Epidemiológiai Központ.

Buda B. (szerk.) (2006). *Népegészségügyi alkoholpolitika. WHO, EUROCARE, EU és más szakanyagok, külföldi és hazai állásfoglalások.* Alkoholpolitikák 2. Budapest, Országos Addiktológiai Intézet.

Butterworth, I. (2000). *The relationship between built environment and wellbeing: A literature review.* www.vichealth.vic.gov.au/assets/contentFiles/built_environment.pdf

Caspi, A. et al. (2003). Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science, 301(5631),* 386–389.

Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., Hawkins, J. D. (2001). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment, 5.*

Catalano, R. F., Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. In: Hawkins, J. D. (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories.* New York: Cambridge University Press, 149–197.

Cress, M. E., Buchner, D. M., Prohaska, T., Rimmer, J., Brown, M., Macera, C., DePietro, L., Chodzko-Zajko, W. (2004). Physical Activity Programs and Behavior

Counseling in Older Adult Populations. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 36(11), 1997–2003.*

Crews, D. J., Lochbaum, M. R., Landers, D. M. (2004). Aerobic physical activity effects on psychological well-being in low-income Hispanic children. *Perceptual & Motor Skills, 98(1),* 319–324.

Dacey, M. L., Newcomer, A. R. (2005). A Client-centered Counseling Approach for Motivating Older Adults Toward Physical Activity. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 21(39),* 194–205.

Daley, A. J., Copeland, R. J., Wright, N. P., Roalfe, A., Wales, J. K. (2006). Exercise therapy as a treatment for psychopathologic conditions in obese and morbidly obese adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics, 118(5),* 2126–2134.

Dishion, T. J., McCord, J., Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54, 755–764.*

Dollard, M. F., Winefield, H. R., Winefield, A. H., Jonge, J. (2000). Psychosocial job strain and productivity in human service workers: A test of the demand-control-support model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73(4),* 501–510.

Drewnowski, A., Monsen, E., Birkett, D., Gunther, S., Vendeland, S., Su, J., Marshall, G. (2003). Health Screening and Health Promotion Programs for the Elderly. *Disease Management and Health Outcomes, 11(5), 299–309.*

Eddy, J. M., Smith, P., Brown, H., Reid, J. B. (2005). A survey of prevention science training: Implications for educating the next generation. *Prevention Science, 6(1), 59–71.*

Fagan, A. A., Mihalic, S. (2003). Strategies for enhancing the adoption of school-based prevention programs: Lessons learned from the blueprints for violence prevention replications of the Life Skills Training program. *Journal of Community Psychology, 31,* 235–253.

Fónagy, P. (1998). Prevention, the Appropriate Target of Infant Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, 19 (2),* 124–150.

Friedman, R. A., Leon, A. C. (2007). Expanding the black box – Depression, antidepressants, and the risk of suicide. *New England Journal of Medicine.* (in press)

Friedmann, E. A., Havighurst, R. I. (1954). *The meaning of work and retirement.* Chicago: University of Chicago Press.

Frumkin, H. (2003). Healthy places: Exploring the evidence. *American Journal of Public Health, 93,* 1451–1456.

Galea, S., Ahern, J., Rudenstine, S., Wallace, Z., Vlahov, D. (2005). Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59,* 822–827.

Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 31 (6S1),* S104–S125.

Garralda, E. (2001). Child and Adolescent Psychiatry in General Practice *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35. 308–314.*

Glied, S., Pine, D. S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156(10),* 1009–1014.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In: Steinberg, J. A., Silverman, M. M. (Eds). *Preventing mental disorders.* Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 20–.

Graczyk, P. A., Weissberg, R. P., Payton, J. W., Elias, M. J., Greenberg, M. T., Zins, J. E. (2000). Criteria for Evaluating the Quality of School-Based Social and Emotional Learning Programs. In: Bar-On, R., Parker, J. D. A. (Eds.), *The Handbook of emotional intelligence.* First Edition, John Wiley & Sons, Inc. 389–410.

Green, L., Poland, B., Rootman, I. (2000). The settings approach to health promotion. In: Poland, B., Green, L., Rootman, I. (Eds.), *Settings for health promotion: Linking theory and practice.* Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1–43.

Guite, H. F., Clark, C., Ackrill, G. (2006). The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health, 120(12),* 1117–1126.

Han, S. S., Catron, Th., Weiss, B. H., Marciel, K. K. (2005). A Teacher-Consultation Approach to Social Skills Training for Pre-kindergarten Children, *Journal of Abnormal Child Psychology, 33(6)., 681–693.*

Hanson, D., Emlet, C. A. (2006). Assessing a Community's Elder Friendliness: A Case Example of The AdvantAge Initiative. *Family Community Health, 29(4),* 266–278.

Heinemann, P. P. (1972): *Mobbing- gruppvald bland barn och vuxna*, Stockholm: Natur och Kultur.

Hillsdon, M., Fosterm C., Cavill, N., Crombie, H., Naidoo, B. (2005). *The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of evidence.* NHS Health Development Agency. www.hda.nhs.uk/evidence.

ICAP (2004). *International Center for Alcohol Policies (ICAP) – Nyilatkozatok, alapelvek.* Alkoholpolitikák sorozat, 1. 2004. Budapest, Országos Addiktológiai Intézet.

Izard, C. E., Fine, S., Mostow, A., Trentacosta, C., Campbell, J. (2002). Emotion processes in normal and abnormal development and preventive intervention. *Development and Psychopathology, 14,* 761–787.

Jane-Llopis, E., Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug & Alcohol Review, 25(6),* 515–536.

Jerusalem, M., Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz. Entwicklungstrends und förderung in der schule. *Zeitschrift für Psychologie, 210(4),* 164-174.

Jones, D., Dodge, K. A., Foster, E. M., Nix, R. (2002). Conduct Problems Prevention Research Group. Early identification of children at risk for costly mental health service use. *Prevention Science, 3, 247–256.*

Jones, M., O'Beney, C. (2004). Promoting mental health through physical activity: examples from practice. *Journal of Mental Health Promotion*. **March 2004.** http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4122/is_200403/ai_n9465303

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist, 62(2),* 95–108.

King, A. C., Castro, C., Wilcox, S., Eyler, A. A., Sallis, J. F., Brownson, R. C. (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among differ-

ent racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychology, 19(4),* 354–364.

Knox, K. L., Litts, D. A., Talcott, G. W., Feig, J. C., Caine, E. D. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ, 327(7428),* 1376.

Kökönyei Gy. (2003). Szubjektív jóllét. In: Aszmann A. (szerk.), *HBSC. Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Budapest, OGYI és NDI.

Kraag, G., Zeegers, M. P., Kok, G., Hosman, C., Abu-Saad, H. H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of School Psychology, 44,* 449–472.

Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., Deitz, D. K., Warren, K., Pickering, T. G. (1998). Job strain and health behaviors: Results of a prospective study. *American Journal of Health Promotion, 12,* 237–245.

Laufer, A., and Harel, Y (2003). The role of family, peers and school perceptions in predicting involvement in youth violence, *International Journal of Adolescent Medicine and Health,* 15(3): 235–244.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Leventhal, T., Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin, 126,* 309–337.

Lewis, G., Booth, M. (1994). Are cities bad for your mental health? *Psychological Medicine, 24(4),* 913–915.

Lochman, J. E. (1992). Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 426–432.*

Loeber, R., Farrington, D. P. (2001). The significance of child delinquency. In: Loeber, R., Farrington, D. P. (Eds.), *Child delinquents: Development, intervention, and service needs.* Thousand Oaks, CA: Sage, 1–24.

Lynch, F. L. and Clarke, G. N. (2006). Estimating the economic burden of depression in children and adolescents, *American Journal of Preventive Medicine* (suppl 5), pp. 143–151.

MacDonald, G. (2006). What is mental health. In: Cattan, M., Tilford, S. (Eds.), *Mental health promotion.* McGraw Hill, Ope University Press, 8–32.

MacDonald, G., O'Hara, K. (1998). Ten Elements of Mental Health, its Promotion and Demotion: Implications for Practice. SHEPS Publications. Magyarul még MacDonald, G., O'Hara, K. (1997): A lelki egészség tíz alapeleme. *Szenvedélybetegségek*, 1997/6, 442–449.

Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine, 136,* 302–311.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA, 294(16),* 2064–2074.

Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development, 4,* 107–124.

Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R. L. (2003). Reducing Adolescents' Growth in Substance Use and Delinquency: Randomized Trial Effects of a Parent-Training Prevention Intervention. *Prevention Science, 4,* 203–212.

Masotti, P. J., Fick, R., Johanson-Masotti, A., MacLeod, S. (2006). Healthy Naturally Occurring Retirement Communities: A Low-Cost Approach to Facilitating Healthy Aging. *American Journal of Public Health, 96(7),* 1164–1170.

Mattson, M. P. (2000). Existing Data Suggest That Alzheimer's Disease Is Preventable. *Annals of the New York Academy of Sciences, 924,* 153–159.

Matson-Koffman, D. M., Brownstein, J. N., Neiner, J. A., Greaney, M. L. (2005). A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion, 19(3),* 167–193.

McGuire, J., Priestley, P. (1995). Reviewing "waht works": Past, present, and future. In: McGuire, J. (Ed.), *What works: reducing reoffending.* Chichester: Wiley, 3–34.

McReynolds, J. L., Rossen, E. K. (2004). Importance of Physical Activity, Nutrition, and Social Support for Optimal Aging. *Clinical Nurse Specialist, 18(4),* 200–206.

Meltzer, I. J., Fitzgibbon, J. J., Leahy, P. J., Petsko, K. E. (2006). A Youth Development Program: Lasting Impact. *Clinical Pediatrics, 45,* 655–660.

Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J., Muller, N. (2003). *Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents.* Oxford, England: Cochrane Library.

Merry, S., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J., Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 538–547.

Michie, S., Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational & Environmental Medicine, 60(1),* 3–9.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Motl, R. W. et al. (2004). Naturally occurring changes in physical activity are inversely related to depressive symptoms during early adolescence. *Psychosomatic Medicine, 66,* 336–342.

Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research.* Institute of Medicine.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist, 58, 449–456.*

Noblet, A., LaMontagne, A. D. (2006). The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promotion International, 21(4),* 346–353.

Northridge, M. E., Sclar, E. (2003). A joint urban planning and public health framework: contributions to health impact assessment. *American Journal of Public Health, 93(1),* 118–121.

O'Moore, M., Minton, S. (2004). Dealing with Bullying in Schools: A Training Manual for Teachers, Parents and Other Professionals, Paul Chapman Publishing, London, UK.

Olds, D. L. (2002). Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: From Randomized Trials to Community Replication. *Prevention Science, 3,* 153-172.

Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools, Bullies and whipping boys*, Hemisphere Press, Washington, D. C.

Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school-based intervention program. In: D. Pepler and K. Rubin, (Eds.). *The development and treatment of childhood aggression*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 411–448

Olweus, D. (1993). *Bullying at School.* Blackwell Publishing.

Örkényi Á. (2005). *Lelki egészség. Kutatási jelentés Országos Lakossági egészségfelmérés.* Budapest, Országos Epidemiológiai Központ. (www.oek.hu)

Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G. W., King, A. C. et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine *JAMA, 273(5),* 402–407.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44,* 329–335.

Pepler, D., Craig, W. M. (2000). *Making difference in bullying. LaMarsh report*, Toronto, LaMarsh Center for Research on Violence and Conflict Resolution, York University,

Pepler, D. J. et al. (1994). An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools, Canadian *Journal of Community and Menthal Health*, 13:95–110.

Pössel, P., Horn, A. B., Groen, G., Hautzinger, M. (2004). School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: A 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 1003–1010.

Purebl Gy. (2003). Depresszió és szorongás a magyar lakosság körében. http://www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002/st_depresszio.htm

Quick, J. C., Quick, J. D. (1984). *Organizational stress and preventive management.* New York, McGrawHill.

Raine, A., Mellingen, K., Liu, J., Venables, P., Mednick, S. A. (2003). Effects of environmental enrichment at ages 3-5 years on schizotypical personality and antisocial behavior at ages 17 and 23 years. *American Journal of Psychiatry, 160,* 1627–1635.

Reichstadt, J., Depp, C. A., Palinkas, L. A., Folsom, D. P., Jeste, D. V. (2007). Building Blocks of Successful Aging: A Focus Group Study of Older Adults' Perceived Contributors to Successful Aging. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15,* 194–201.

United Nations (2002). *Report of Second United Nations World Assembly on Ageing.* (Madrid, 8–12 April 2002)

Rihmer Z. (1997). Az antidepresszívumok forgalomnövekedésének hatása a magyarországi öngyilkossági halálozásra 1982 és 1995 között. *Psychiatria Hungarica, 12,* 276–278.

Rihmer, Z., Kantor, Zs., Rihmer, A., Seregi, K. (2004). Suicide prevention strategies – a brief review. *Neuropsychopharmacologia Hungarica, 6(4),* 195–199.

Rishel, C. W. (2007). Evidence-based prevention practice in mental health: What is it and how do we get there? *American Journal of Orthopsychiatry, 77(1),* 153–164.

Rózsa S., Hajnal Á. (2003). Az öngyilkossági kísérletek előfordulási gyakorisága és rizikótényezői a Hungarostudy 2002 felmérés alapján. Forrás: http://www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002/st_ongyilkossag.htm

Rutter, M., Giller, H., Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge, University Press.

Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., Witherington, D. (2006). Emotional development: action, communication, and understanding. In: Eisenberg, N. (Ed.), *The Handbook of Child Psychology, Vol (3) Social, emotional, and personality development.* Sixth Edition. John Wiley & Sons, Inc. 226–299.

Saxena, S., Van Ommeren, M., Tang, K. C., Armstrong, T. P. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health, 14(5),* 445-451.

Schechter, D. S., Myers, M. M., Brunelli, S. A., Coates, S. W., Zeanah, C. H., Davies, M., Grienenberger, J. F., Marshall, R. D., McCaw, J. E., Trabka, K. A., Liebowitz, M. R. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal, 27, 429-447.*

Schaie, K. W. (1994). The course of adult intellectual development. *American Psychologist, 49,* 304–313.

Skovgaard, A.M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 ½ years of age – the Coppenhagen Child Cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48(1), 62–70.*

Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaanm, N., de Graaf, R., Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: Implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics, 9(4), 193-200.*

Stansfeld, S., Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 32(6),* 443–462.

Stathopoulou, G., Powers M. B., Berry, A. C., Smits, J. A. J., Otto, M. (2006). Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review. *Clinical Psychology Science and Practice, 13(2),* 179–193.

Stigler, M. H., Perry, C. L., Komro, K. A., Cudeck, R., Williams, C. L. (2006). Teasing apart a multiple component approach to adolescent alcohol prevention: what worked in Project Northland? *Prevention Science, 7(3),* 269–280.

Takano, T., Nakamura, K., Watanabe, M. (2002). Urban residential environments and senior citizens; longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56,* 913–918.

Terzian, M. A., Fraser, M. W. (2005). Preventing aggressive behavior and drug use in elementary school: Six family-oriented programs. *Aggression and Violent Behavior, 10, 407–435.*

Theriot, M. T., Dulmus, C., Sowers, K. M., Johnson, T. N. (2005): Factors relating to self-identification among bullying victims**,** *Children and Youth Services Review*, 27 (*9).* 979–994.

Tobler, N. S., Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention, 18,* 71–128.

Tolan, P. H., Dodge, K. A. (2005). Children's Mental Health as a Primary Care and Concerns. *American Psychologist, 60(6),* 601–614.

Tulloch, H., Fortier, M., Hogg, W. (2006). Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? *Patient Education and Counseling, 64,* 6–20.

USDHHS (1999). *U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General–Executive Summary. Rockville, MD: U.S.*

Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K. R., David, A., Morres, I., Van Coppenolle, H., Pieters, G. (2002a). Relationships between self-perceptions and negative affect in adult Flemish psychiatric in-patients suffering from mood disorders. *Psychology of Sport and Exercise, 3,* 309–322.

Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K. R., Van Coppenolle, H., David, A., Pieters, G., Peuskens, J. (2002b). Assessment of physical self-perception in normal Flemish adult versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences, 32,* 855–863.

Vizi J. (2002). *Lelki egészség, öngyilkos magatartás. OLEF2000 kutatási jelentés*. Budapest: Országos Epidemiológiai Központ.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., Hammond, M. (2004). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33,* 105–125.

Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., et al. (2002). Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *British Journal of Psychiatry, 180,* 428-433.

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.

Williams, C. L., Perry, C. L., Farbakhsh, K., Veblen-Mortenson, S. (1999). Project Northland: comprehensive alcohol use prevention for young adolescents, their parents, schools, peers and communities. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement, 13,* 112–124.

Wilson, D. B., Gottfredson, D. C., Najaka, S. S. (2001). School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Quantitative Criminology, 17*, 247–272.

Yancey, A. K., Fielding, J. E., Flores, G. R., Sallis, J. F., McCarthy, W. J., Breslow, L. (2007). Creating a robust public health infrastructure for physical activity promotion. *American Journal of Preventive Medicine, 32(1),* 68–78.