

АСС. МР ДРАГАНА З. СТАНОЈЕВИЋ¹

Универзитет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици
Филозофски факултет, Катедра за психологију

САВРЕМЕНИ МОДЕЛИ ПОЗИТИВНОГ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Сажетак. Позитивно ментално здравље је појам који подразумева да ментално здравље није само одсуство болести, већ означава и присуство високог нивоа среће и благостања. У овом раду кратко смо се осврнули на најранији оквир менталног здравља који је представила Мери Јахода средином XX века. Потом су представљене две традиције у схватању и проучавању субјективног благостања: хедонистичка и еудаимоничка. У оквиру прве традиције фокус је на проучавању позитивних осећања и среће као емоционалне компоненте и задовољства животом као когнитивне компоненте субјективног благостања. У оквиру друге традиције нагласак је на потенцијалима и компетенцијама које индивидуа развија до највишег нивоа, на личном или социјалном плану. Психолошко и социјално благостање су централни појмови психологије позитивног менталног здравља. Њима је посвећен велики број истраживања, а неизоставан су оквир за планирање превентивних интервенција као и програма за унапређење менталног здравља.

Кључне речи: позитивно ментално здравље, хедонистички приступ, еудаимонички приступ.

Увод

Ако погледамо уназад, појму ментално здравље обично се приписивало значење супротно менталној болести. Заправо, у покушају да се што прецизније одреди појам ментална болест дошло је до запостављања конструкта ментално здравље. То не значи да појам ментално здравље није коришћен; напротив, коришћен је веома често, али само да означи одсуство менталне болести. Људи су,

¹ dragana_dj2004@yahoo.com

дакле, могли бити сврстани у две категорије, од којих је једна означавала присуство, а друга одсуство симптома менталне болести. То је тзв. *униполарни* приступ, по коме су се појединци означавали или ментално здравим или ментално оболелим.

Разматрајући ове конструкте, неки теоретичари су предложили модел континуума (*бијоларни* приступ), у коме се ментално здравље налази на једном, а ментална болест на другом крају континуума (Трент, 1993). Иако ова концептуализација има својих добрих страна, она на ментално здравље гледа просто као на одсуство менталне болести. Модел континуума је усмерен на болест, а одговорност за њен настанак приписује се особи. Ово није увек случај, јер постоје биолошки или генетски фактори који играју важну улогу у узроковању менталних болести. Сви ови разлози наводе на то да се овај модел не може применити на већину људи, па чак и да може нанети доста штете. Постоји много митова и страхова повезаних са менталном болешћу и стигмом према онима који од ње пате; присуство симптома менталне болести (које би по овом моделу значило да они који их имају нису ментално здрави) могло би довести до дискриминације и одбацивања од стране других, па и губитка личног достојанства и вере у себе. Опет, то што неко нема дијагнозу менталног обољења не значи да је ментално здрава особа. Претпоставља се да велики број чак озбиљно болесних људи никада не потражи психијатријску помоћ и бива окарактерисан као ментално оболео. Сасвим је сигурно да се ни те особе не могу окарактерисати као ментално здраве. Даље, ако појам менталног здравља одредимо као одсуство менталне болести, а менталну болест као нарушено ментално здравље, ми смо, заправо подлегли лакоћи прављења циркуларних дефиниција које, не само да су конфузне, већ се у савременој науци и пракси сматрају потпуно неприхватљивим. Важно је овде нагласити да постоје и кроскултуралне разлике у погледу тога шта се сматра, а шта не сматра менталном болешћу. И коначно, овај модел тежи да пружи одговор на питање шта људе чини ментално болесним, док модел менталног здравља би морао бити усмерен на то шта људе чини здравим (Катан, 2006).

Многи размишљају о менталном здрављу као о манифестацији различитих типова добробити и среће. Овакви концепти могу се наћи у литератури од пре скоро осам деценија, а неки од првих аутора који су покушали да систематски концептуализују те конструкте били су Џоунс (Ernest Jones), Престон (George Preston) и Менинџер (Carl Menninger). Они су користили појмове попут прилагођавања, ефективности, среће, задовољства, социјалне прихватљивости и слично. Разни савремени модели менталног здравља садрже у свом одређењу и појам добробити (субјективне, психолошке, емоционалне, социјалне), али су њихови аутори, Динер, Риф, Киз и други (Diener, Ryff, Keyes и др.) настојали да ти модели буду што обухватнији, тако су конструкти добробити укрштани са одсуством менталне болести.

Разматрајући различите критеријуме, дошло се до закључка да ниједан од њих не може у потпуности одредити конструкт менталног здравља. Јахода је

сматрала да „одсуство болести можда чини неопходан, али не и довољан критеријум менталног здравља” (1958). Динер и сарадници (2002) наглашавају да одсуство болести није адекватан критеријум да би се нека особа окарактерисала као ментално здрава, добро функционишућа или срећна. За нормалност се сматра да носи бреме неспецифичности и „недостатка психолошких садржаја” (Јахода, 1958: стр. 22), док се различити облици добробити међусобно преклапају и представљају одраз комбинације индивидуалних фактора и спољашњих околности.

Пре него што се детаљније позабавимо савременим моделима, приказаћемо Јаходин модел менталног здравља, који је био почетак и подстрек развоја модела и покрета позитивног менталног здравља.

Јаходин концепт позитивног менталног здравља

Јахода (1958) је развила популаран модел менталног здравља користећи критеријуме које је сматрала важним за ментално здравље. Тај модел менталног здравља обухватио је шест критеријума:

1. *Сјав према себи* (сопственом селфу). Према овом критеријуму, ментално здраву особу карактерише самоприхватање, самопоуздање и тражење ослонаца у себи (Јахода, 1958). Самоприхватање подразумева да особа потпуно прихвата себе такву каква јесте, како своје способности тако и ограничења. Самопоуздање и самопоштовање су још позитивнији конструкти; они се односе на процену себе као „добре особе”, способне и снажне.

2. *Сјоспособност за лични расј, развој и самоактуализацију*. Идеја о сталном процесу самоактуализације, самореализације, раста и развоја као суштинске одлике ментално здравих особа није представљала ништа ново. Јахода (1958) је покушала да одреди те појмове пратећи њихов развој од Спинозе до Фрома, Голдштајна, Роџерса, Маслова и Олпорта. Њихов спој је назвала „животном снагом”. Они су постулирани као важни мотивациони процеси у појединцу, а Масловљев мотив за само-актуализацијом је мотив који се налази на самом врху пирамиде људских потреба.

3. *Интеграција личности*. Она се односи на „повезаност свих процеса и атрибута у појединцу. Кохерентност личности, о којој се често говори као о јединству или континуитету личности, базични је аксиом у многим психолошким разматрањима” (Јахода, 1958: стр. 36). О интеграцији личности као критеријуму менталног здравља може се размишљати на више начина: као о равнотежи психичких снага у појединцу; као о постојању уједињујућег принципа у виду јединственог погледа на живот; и као о отпорности на стрес.

4. *Аутономија*. О аутономији се обично размишља као о независности или самоодређености у смислу „односа између појединца и околине у погледу доношења одлука” (Јахода, 1958: стр. 44). Ако се неко сматра аутономном личношћу онда то подразумева да та особа може да направи свесну разлику између онога

што жели да прихвати и онога што жели да одбије, и да се понаша у складу са тим.

5. *Опжање реалности*. Опжање реалности се сматра ментално здравим онда „када оно што појединац види одговара ономе што заиста постоји” (Јахода, 1958: стр. 48). Два аспекта опжања сматрају се критеријумима менталног здравља: опжање ослобођено искривљења због потреба и емпатија или социјална осетљивост. У првом случају, говоримо о томе да наше потребе не искривљују опжање реалности. Према другом критеријуму, од ментално здраве собе се очекује да закључке о другима доноси без искривљења и са пуно емпатичности. Такође, ментално здрава особа мора бити способна да на објективан начин упореди себе са другима и ова процена би требала довести до слике о себи сличне оној коју други имају о њој.

6. *Управљање околином*. Ово је један од критеријума који се најчешће помиње у литератури о менталном здрављу (Јахода, 1958). У оквиру овог критеријума, Јахода разматра две теме: успех и адаптацију. Први појам се, најчешће, односи на достигнуће у неким значајним областима живота, а други на адекватно функционисање као процес, више него крајњи резултат процеса.

Иако је Јахода закључила да је тешко направити јединствен и свеобухватан модел менталног здравља, управо се њен модел годинама сматрао ослонцем за теоријске расправе и истраживања у овој области. Иако настао пре 55 година, он је и данас један од најцитиранијих модела, а многи аутори савремених модела менталног здравља преузели су и инкорпорирали у сопствене моделе многе критеријуме о којима је Јахода расправљала 50-их година XX века. Свакако, можемо претпоставити да има и оних који би оспоравали неке индикаторе менталног здравља које је она навела, али је „њена убедљива рана анализа блиско повезана са главним фокусом ма ког приступа позитивне психологије” (Коувен и Килмер, 2002: стр. 453).

Хедонистички приступ и ментално здравље – модел субјективног благостања

Субјективно благостање је појам који се односи на „појединчеву когнитивну или афективну процену сопственог живота” (Динер и сар., 2002: стр. 63). Когнитивна процена се примарно тиче концепта задовољства (задовољство животом, задовољство браком и слично) док емоционални аспект подразумева фреквенцу којом људи доживљавају пријатне емоције (радост) или непријатне емоције (депресија) (Динер и сар., 1997). Субјективно благостање је дефинисано терминима унутрашњег искуства онога ко процењује. Спољашњи оквир процене није директно укључен у њу, иако су многи критеријуми менталног здравља диктирани из спољашње средине. Друга значајна одлика конструкта субјективног благостања јесте да се оно не односи на тренутна расположења већ на дугорочно стање. Иако се расположење особе може мењати са сваким новим догађајем, чини се да поје-

динци имају карактеристичне емоционалне одговоре на различите ситуације и животне околности и да су ти емоционални одговори умерено до снажно стабилни током дужег временског периода (Динер и сар., 2002). Истраживачи из ове области сматрају да се људи рађају са одређеном диспозицијом да на различите животне догађаје реагују на сличан начин, тј. са „склоношћу да буду срећни или несрећни” (Динер и сар., 2002: 67). Телецен и сарадници (1988) су у својој студији близанаца утврдили да се 40% варијансе позитивне и 55% варијансе негативне емоционалности може предвидети на основу генетских фактора. Сличне резултате добила је и Љубомирски (2008). Чак 50% индивидуалних разлика у доживљају среће, по овим ауторима, може се објаснити урођеном предиспозицијом за одређеним нивоом позитивног афекта, а 10% индивидуалних разлика у доживљају среће може се објаснити животним догађајима, док осталих 40% може да буде под нашом контролом.

Три су основне компоненте субјективног благостања (Динер и сар., 1997): задовољство, пријатне емоције и низак ниво непријатних емоција. Ове три компоненте чине један глобални фактор међуповезаних варијабли. Свака од ових компоненти може бити раздвојена на делове. Глобално задовољство може бити подељено на задовољство различитим доменима живота појединца: рекреација, љубав, брак, пријатељство. Пријатне емоције могу бити подељене на специфична осећања: радост, љубав, понос. Непријатна осећања могу бити подељена на специфичне емоције: стид, кривица, туга, љутња, анксиозност. Сваки од ових делова може бити подељен на још мање делове (Динер и сар., 1997).

Оно што чини суштину субјективног благостања јесте лична перспектива појединца. Овакав приступ може имати предности и мана. Иако се највећа важност даје личној процени појединца, то истовремено значи да субјективно благостање не може бити коначна дефиниција менталног здравља зато што људи могу бити ментално поремећени иако су срећни (Динер и сар., 1997). Иако не можемо рећи да је висок осећај субјективног благостања суштина менталног здравља, морамо нагласити да га већина људи сматра пожељним.

Субјективно благостање најчешће се мери самоописним техникама. У почетку су мере задовољства животом или среће биле састављене од само једног ајтема којим испитаник треба да одреди свеукупну оцену сопственог живота (Динер и сар., 2002). У новије време, појавиле су се скале са већим бројем ајтема, од који је најпознатија Скала задовољства животом (Satisfaction With Life Scale; Динер и сар., 1985).

Еудаимонички приступ и ментално здравље – психолошко благостање

Аутор овог модела менталног здравља предложила је концепт психолошког благостања како би направила разлику у односу на хедонистички концепт субјективне добробити. Прегледом доступне литературе о благостању и инстру-

мената за његово мерење, Риф (1989) је оценила да постојећи концепти нису добро теоријски засновани. Она је предложила концепт психолошког благостања као индикатора доброг функционисања, односно менталног здравља. Риф (1989) је дефинисала психолошко благостање као развој реалних потенцијала особе. Психолошко благостање је мултидимензионални конструкт који обухвата шест различитих аспеката оптималног благостања на психолошком нивоу. Свака димензија психолошког благостања представља различите изазове на које људи наилазе у својим настојањима да функционишу позитивно. Тих шест димензија Риф је одредила на следећи начин:

1. *Самоприхватање* – подразумева задржавање позитивне слике о себи која укључује и свест о сопственим ограничењима. Ово је критеријум благостања који се најчешће наводи приликом одређења благостања (Риф, 1989). Помиње се као централна карактеристика самоактуализације, оптималног функционисања и зрелости. Особе које показују висок степен самоприхватања имају позитивну слику о себи, прихватају различите аспекте себе са позитивним и негативним квалитетима и осећају се добро у вези сопствене прошлости. Особе са ниским степеном самоприхватања нису задовољне собом, разочаране су догађајима из сопствене прошлости, имају проблема са прихватањем неких личних карактеристика и желеле би да буду другачије од оног какве јесу.

2. *Позитивни односи са другима* – подразумевају развој и одржавање топлих емоционалних веза са другима особама. Способност да се воли сматра се „централном компонентом менталног здравља” (Риф, 1989: стр. 1071). Сматра се да особе које су самоактуализације показују способност да воле, остварују дубока пријатељства, потпунију идентификацију са другима и, уопште способност емпатије и љубави према другима. С друге стране, особе које нису топле, отворене и поверљиве према другима, које нису спремне да праве компромисе како би очувале односе са другима, временом постају изоловане и фрустриране у међуљудским односима.

3. *Управљање околином* – подразумева способност особе да одабере или створи окружење које одговара њеним психичким условима (Риф, 1989), односно окружење које задовољава потребе и жеље појединца. Особа коју одликује ова способност зна како да користи потенцијале околине и има осећај контроле над оним што се дешава у окружењу. Особе код којих је ова способност слабо развијена имају проблема у сналажењу са свакодневним пословима, нису свесне могућности које им пружа околина и често пропуштају прилику да их остваре и, уопште, немају осећај да могу да управљају спољашњим светом.

4. *Аутономија* – ова димензија психолошког благостања односи се на снажно развијено осећање индивидуалности и личне слободе, поседовање квалитета као што су самоодређење, независност и унутрашња регулација понашања. Особе са високом аутономијом вреднују себе према личним стандардима и способности су да се одупру притиску да размишљају и поступају на одређени начин. Особе које нису аутономне стално размишљају о очекивањима других и начину на

који их они процењују; одлуке заснивају на проценама других људи и, уопште, склони су конформирању.

5. *Сврха животиа* – снажно осећање усмерености у животу, које сједињује напоре које појединац улаже и изазове на које наилази; особа која позитивно функционише има циљеве, намере и осећање усмерености, који заједно доприносе уверењу да живот има смисла. Особа која верује да живот има смисла придаје значење и садашњим и прошлим животним догађањима. Они који не виде сврху живота имају мање циљева и не верују у смисао животних догађања у прошлости.

6. *Лични расц* – ова димензија психолошког благостања подразумева континуирано динамичко учење и развој личних способности током целог живота. Особа која оптимално психолошки функционише тежи сталном развоју сопствених потенцијала, расту и обогаћивању сопствене личности. Особа коју карактерише стални раст и развој, отворена је за нова искуства, суочава се са новим изазовима и задацима на које наилази на животном путу. На другој страни, особа коју карактерише слаб темпо личног раста има осећај стагнирања, досаде и незаинтересованости за живот; није способна да развије нове облике понашања, ставове и интересовања (Риф, 1989).

Дакле, према Рифовој, ментално здрава особа је особа које прихвата себе са свим врлинама и манама, има квалитетне односе са другима, може да се носи са изазовима свакодневног живота и користи потенцијале сопственог окружења, није искључиво мотивисана на делање спољним подстицајима већ се руководи и својим унутрашњим потребама, тежи сталном личном унапређивању и верује да живот има смисла.

На основу овог модела менталног здравља Риф је развила и инструмент за процену психолошког благостања. Оригинална верзија инструмента састоји се из 120 ајтема, распоређених у 6 субскала, од којих свака одговара једној димензији психолошког благостања. Данас су чешће у употреби скраћене скале од по 84, 42 и 18 ајтема.

Истраживања која су се бавила психолошким благостањем показала су да постоје разлике у изражености његових димензија зависно од социодемографских варијабли испитаника (Киз и сар., 2002; Рафанели и сар., 2000). У неким истраживањима показано је да пацијенти са поремећајем расположења када се нађу у ремисији имају нижи ниво психолошког благостања (Фава и сар., 2001). У другом истраживању (Руини и сар., 2003) добијене су негативне корелације између психолошког благостања и симптома депресије, анксиозности, соматизације и хостилности/иритабилности.

На основу модела психолошког благостања осмишљена је и психотерапијска стратегија (Фава и сар., 1998) чији је циљ унапређење психолошког благостања помоћу когнитивно-бихејвиоралних интервенција.

Еудаимоничко благостање и ментално здравље – социјално благостање

Подстакнут психолошком традицијом да се благостање посматра као субјективна процена живота путем задовољства и афекта (Динер, 1984; Ендруз и Вајти, 1976) или као лично, психолошко функционисање (Риф, 1989) Киз (1998) је увео појам социјалног благостања. Као процена сопственог функционисања у друштву, социјално благостање обухвата неколико критеријума.

1. *Социјална интеграција* – подразумева процену квалитета сопственог односа према друштву и заједници. „Интеграција је, дакле, степен у коме људи осећају да имају нешто заједничко са другима који сачињавају њихову социјалну реалност (нпр. суседство) као и степен у коме осећају да припадају својој заједници и друштву” (Киз, 1998: стр. 122). Здрави појединци себе доживљавају као део друштва.

2. *Социјално прихватање* – подразумева слику о друштву састављену од карактера и квалитета других људи као опште категорије (Киз, 1998). Појединци који показују социјално прихватање имају поверења у друге људе и сматрају да они могу бити љубазни и марљиви; на друге људе гледају са наклоношћу и пријатно им је у њиховом друштву.

3. *Дојринос друштву* – подразумева личну процену сопствене друштвене вредности; степен у коме појединци сматрају да друштво цени све што они чине у свету и да то доприноси општем добру (Киз, 1998). Они који сматрају да доприносе друштву имају слику о себи као о важном, продуктивном члану друштвене заједнице.

4. *Социјална актуализација* – подразумева процену потенцијала и кретња друштва, веровање у еволуцију друштва (Киз, 1998). То је уверење да друштво има потенцијал који се може реализовати помоћу институција и грађанства. Ментално здраве особе показују више наде и поверења према будућности друштва, могу да замисле своју улогу и улогу других у друштвеном расту и прате напредовање друштва.

5. *Социјална кохерентност* – односи се на „перцепцију квалитета, организације и функционисања друштвеног света” (Киз, 1998: стр. 123). Особе које имају развијену социјалну кохерентност нису заинтересоване само за свет у коме оне живе, већ сматрају да могу да разумеју и оно што се дешава ван тог круга. Оне немају илузију да живе у савршеном свету, али успевају да очувају осећање да догађаји у друштву имају смисла. Социјална кохерентност, дакле, укључује процену да се дешавања у друштву могу осетити, уочити и предвидети, тј. да нису несхватљива, изненадна и бесмислена.

На основу теоријског модела социјалног благостања Киз је развио и скалу за мерење овог конструкта. Оригинална скала састоји се из 50 ајтема, тако што је свака димензија операционализована помоћу 10 ајтема. Последњих година

чешће је у употреби скраћена верзија оригиналне скале, која се састоји из само 15 ајтема.

Синдром менталног здравља

Да би проучавали ментално здравље истраживачи га морају операционализовати као синдром симптома благостања (Киз и Лопез, 2002). Као што смо могли видети у претходном тексту, постоје два приступа у схватању и проучавању субјективног благостања (Киз и сар., 2002; Рајан и Деси, 2001) од којих је један заснован на задовољству животом и емоцијама, *хедонистички* (Динер и сар., 2002), а други на позитивном функционисању, психолошком или социјалном, *еудаимонички* приступ (Киз, 1998; Риф, 1989). Киз и Лопез (2002) су интегрисали ова два приступа, сматрајући да сваки представља посебну димензију субјективног благостања (менталног здравља). Дакле, ментално здравље подразумева задовољство животом, присуство позитивног и одсуство негативног афекта, психолошко и социјално благостање. Иако је најчешће говорио о континууму менталног здравља, на чијим се крајевима налазе непотпуно односно потпуно ментално здравље, Киз (2005а) је предложио и одређене критеријуме за утврђивање дијагнозе потпуног и непотпуног менталног здравља.

Да би појединац имао потпуно ментално здравље мора показати висок ниво на најмање једној мери хедонистичког благостања (позитиван афекат и задовољство животом) и високе нивое на најмање 6 мера позитивног функционисања: самоприхватање, социјално прихватање, лични раст, социјална актуализација, сврха живота, социјални допринос, управљање околином, социјална кохерентност, аутономија, позитивни односи са другима и социјална интеграција (Киз, 2005а). И обрнуто, они који показују низак ниво на најмање једној мери хедонистичког као и на најмање 6 мера еудаимоничког благостања сврставају се у категорију „стагнирајућих”. За оне који не задовољавају критеријуме за сврставање у неку од претходних категорија каже се да су умереног менталног здравља (Киз, 2005а).

Међутим, овај скуп симптома менталног здравља не подразумева аутоматски и одсуство менталне болести, као што ни одсуство менталне болести не мора значити присуство менталног здравља. Киз и Лопез (2002) су навели низ истраживања са америчких простора која су показала да мере психолошке добробити, задовољства животом и среће само просечно (умерено) негативно корелирају са депресијом. Из тога су закључили да ментално здравље и ментална болест нису два супротна краја истог континуума, већ да представљају одвојене факторе и да их треба проучавати искључиво као такве. „Ментално здравље није једноставно одсуство менталне болести нити једноставно присуство високог благостања” (Киз и Лопез, 2002: стр. 48). Аутори су ментално здравље дефинисали као комплетно стање које се састоји из одсуства менталне болести и присуства високог нивоа благостања.

Потпуно ментално здравље „комбинује високе нивое емоционалног, психолошког и социјалног благостања и одсуство скорије менталне болести” (Киз и Лопез, 2002: стр. 49). То значи да особа са потпуним менталним здрављем у скорије време, нпр. 12 месеци, није патила од неке менталне болести, а поред тога показује висок ниво емоционалног, психолошког и социјалног функционисања. С друге стране, особа са непотпуним менталним здрављем такође није у одређеном временском периоду искусила неку менталну болест, али емоционално, психолошки и социјално функционише на ниском нивоу (Киз, 2005а). Стање потпуне менталне болести подразумева синдром у коме су комбиновани ниски нивои емоционалног, психолошког и социјалног благостања са присуством неке менталне болести у скорије време (Киз и Лопез, 2002). Последња категорија јесте непотпуна ментална болест која подразумева комбинацију присуства неке менталне болести и умереног или високог задовољства животом и доброг психолошког и социјалног функционисања.

Особе са потпуним менталним здрављем Киз назива *у њроцвајџу* (flourishing), а са непотпуним менталним здрављем *у сџаџнаџџу* (languishing). За оне који имају потпуну менталну болест сматра да се *сџоџџџу* (floundering), док се они који су непотпуне менталне болести налазе *у сџаџџу борбе* (struggling).

Испитујући емпиријску заснованост концепта комплетног менталног здравља Киз (2005а) је користио следеће индикаторе: емоционално благостање (мере позитивног афекта и 1 ајтем о свеукупном задовољству животом), психолошко и социјално благостање, а као индикатори менталне болести коришћене су мере којима се процењују симптоми велике депресивне епизоде, генерализоване анксиозности, паничног поремећаја и зависности од алкохола. Методом конфирмативне факторске анализе тестирана су два модела, једнофакторски и двофакторски. Једнофакторским моделом је било претпостављено да мере менталног здравља и менталне болести рефлектују један латентни фактор што би се могло тумачити као да одсуство менталне болести указује на присуство менталног здравља (Киз, 2005а). Двофакторским моделом су претпостављена два латентна, међусобно повезана али различита фактора. Добијени подаци ишли су у прилог двофакторског модела комплетног менталног здравља (Киз, 2005а).

У протеклих 20 година вођена су бројна истраживања у циљу валидације концепта комплетног менталног здравља (за преглед видети Киз, 2007). Она су показала да је потпуно ментално здравље циљ коме треба тежити јер „све испод комплетног менталног здравља резултира повећањем броја оштећења и инвалидитета” (Киз, 2007: стр. 100). Одрасли са утврђеним потпуним менталним здрављем мање одсуствују с посла и супериорнији су у свакодневним активностима, имају мање хроничних физичких болести, мање су беспомоћни и мање склони да оболе од кардиоваскуларних болести (Киз, 2007). Потпуно ментално здравље делује и као протективни фактор у процесу старења. Једно истраживање је показало да одрасли потпуног менталног здравља имају мање хроничних фи-

зичких сметњи на свим узрасним нивоима и да млађи одрасли непотпуног менталног здравља имају исти или чак већи број хроничних физичких сметњи него старији одрасли потпуног менталног здравља (Киз, 2005b).

Нажалост, само мали проценат популације одраслих је потпуног менталног здравља. У истраживању којим је обухваћено 2603 одраслих у САД-у, само 17,2% оних који нису у протеклих годину дана доживели депресивну епизоду има ментално здравље „у процвату” (Киз, 2002), 12,1% испитаних припадало је групи стагнирајућег (непотпуног менталног здравља), а највећи број је био умереног менталног здравља (преко 50%). С друге стране, само мали проценат (4,9%) укупног броја оних који су имали високе скорове на континууму менталног здравља (у процвату) је током те године доживело велику епизоду депресије, док их је у групи са ниским менталним здрављем (стагнирајући) било чак 28%. Ове резултате Киз је тумачио као потврду хипотезе да „одсуство менталног здравља (хедонистичког и еудаимоничког благостања, прим. аут.) може бити ризични фактор за настанак епизоде велике депресије” (Киз, 2002: стр. 213).

Закључак

Иако је први модел позитивног менталног здравља уобличен још крајем 50-их година XX века од стране Мери Јаходе, до њихове експанзије долази тек у последње три деценије. Тада су развијени нови модели засновани на срећи и задовољству, али и развоју компетентности и потенцијала, како на личном тако и на социјалном плану. Последњих неколико година, најзаступљенији је модел који интегрише наведене приступе и говори о потпуном менталном здрављу. Иако за већину људи потпуно ментално здравље представља циљ који тек треба достићи, оно има заштитну улогу у процесу старења, решавању свакодневних проблема, суочавању са хроничним физичким болестима, као и са негативним емоционалним стањима, па, као такво, представља важан циљ коме треба тежити.

ЛИТЕРАТУРА

- ДИНЕР, 1984: Diener, E. (1984). „Subjective well-being“. *У: Psychological Bulletin*, 95: 542–575.
- ДИНЕР И САР., 1985: Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). „The Satisfaction With Life Scale“. *У: Journal of Personality Assessment*, 49 (1): 71–75.
- ДИНЕР И САР., 2002: Diener, E., Lucas, R.E. & Oishi, S. (2002). „Subjective Well – Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction“. *У: Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (Ур.): Handbook of positive psychology* (стр. 63–73). New York: Oxford University Press.
- ДИНЕР И САР., 1997: Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). „Recent findings on subjective well-being“. *У: Indian Journal of Clinical Psychology*, 24: 25–41.

- ЕНДРУЗ И ВАЈТИ, 1974: Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). „Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys“. У: *Social Indicators Research*, 1: 1–26.
- ЈАХОДА, 1958: Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- КАТАН, 2006: Cattan, M. (2006). „Introduction“. У: Cattan M.& Tilford S. (Ур.). *Mental Health Promotion (A Lifespan Approach)* (стр. 1–8). Berkshire: Open University Press.
- КИЗ, 1998: Keyes, C. L. M. (1998). „Social Well – Being“. У: *Social Psychology Quarterly*, 61 (2): 121–140.
- КИЗ, 2002: Keyes, C. L. M. (2002). „The Mental health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life“. У: *Journal of Health and Social Behavior*; 43 (2): 207–222.
- КИЗ, 2005а: Keyes, C. L. M. (2005а). „Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health“. У: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3): 539–548.
- КИЗ, 2005б: Keyes, C. L. M. (2005б). „Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor?“. У: *Ageing International*, 3: 88–104.
- КИЗ, 2007: Keyes, C. L. M. (2007). „Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health“. У: *American Psychologist*, 62 (2): 95–108.
- КИЗ И ЛОПЕЗ, 2002: Keyes, C. L. M. & Lopez, S. J. (2002). „Toward a Science of Mental Health – Positive Directions in Diagnosis and Interventions“. У: Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Ур.): *Handbook of positive psychology* (стр. 45–59). New York: Oxford University Press.
- КИЗ И САР., 2002: Keyes, L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). „Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions“. У: *Journal of Personality and Social Psychology*, 8 (6): 1007–1022.
- КОУЕН И КИЛМЕР, 2002: Cowen, E. L. & Kilmer, R. P. (2002). „'Positive Psychology': Some plusses and some open issues“. У: *Journal of Community Psychology*, 30 (4): 449–460.
- ЉУБОМИРСКИ, 2008: Lyubomirski, S (2008). *The How of Happiness. A scientific approach to getting the life you want*. London: The Pinguin Press.
- РАЈАН И ДЕЦИ, 2001: Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). „On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being“. *Annual Review of Psychology*, 52: 141–166.
- РАФАНЕЛИ И САР., 2000: Rafanelli, C., Park, S.K., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro, M. & Fava, G. A. (2000). „Rating well – being and distress“. У: *Stres & Health*, 16 (1) 55–61.
- РИФ, 1989: Ryff, C. (1989). „Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being“. У: *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1069–1081.

- РУИНИ И САР. (2003): Ruini C., Ottolini F., Rafanelli C., Tossani E, Ryff C. D., Fava G. A. (2003). „The relationship of psychological well-being to distress and personality“. У: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 268–275.
- ТЕЛЕЦЕН И САР. (1988): Tellegen, A., Lykken, D.T., Bouchard, T. J., Jr., Wilcox, K., Segal, N., & Rich, S. (1988). „Personality Similarity in twins reared apart and together“. У: *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1031–1039.
- ТРЕНТ (1993): Trent, D. (1993). The concept of mental health, *Promoting Mental Health: Everyone`s Business*. Surrey: NW Surrey Health Authority.
- ФАВА И САР. (1998): Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). „Well-being therapy“. У: *Psychological Medicine*, 28: 475–480.
- ФАВА И САР. (2001): Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). „Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia“. У: *Journal of Affective Disorders*, 31: 899–905.

Dragana Z. Stanojević

CURRENT MODELS OF POSITIVE MENTAL HEALTH²

Summary

The concept of positive mental health represents not merely the absence of mental disease but presence of high level of happiness and well-being. In this paper we mentioned shortly the earliest concept of mental health, presented by Marie Jahoda in the mid-twentieth century. After that, we described two traditions in understanding and researching of subjective well-being: hedonic and eudaimonic approach. First approach focuses on investigation of positive affects and happiness as emotional and life satisfaction as cognitive component of subjective well-being. Second tradition emphasizes potentials and competences that person develops to the highest level, in personal and social area. Both psychological and social well-being are core concept of positive mental health psychology, designated together as positive functioning. The psychological well-being comprises six dimensions: self-acceptance, positive relations with others, environmental mastery, autonomy, purpose of life and personal growth. Social well-being consists of five dimensions: social integration, social acceptance, social contribution, social actualization and social coherence. By integrating hedonic and eudaimonic well-being as well as absence of mental disease, Corey Keyes introduced concept of complete mental health. People with complete mental health have reported absence of disease during past year and presence of high level of emotional, psychological and social well-being (flourishing). People with incomplete mental health have also reported absence of mental disease but low level of positive functioning (languishing). Keyes thought there are people with complete and incomplete mental illness; both groups report presence of mental disease, but second group has high level of positive functioning.

Models of positive mental health are widely used in research studies as well as in programs for prevention and promotion of mental health.

Key words: positive mental health, hedonic approach, eudaimonic approach.

²Рад је примљен 18. октобра 2012, а прихваћен за објављивање на састанку Редакције Зборника одржаном 19. децембра 2012.