

کلیات بهداشت روانی

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیرنده باید بتواند:

- ۱- بهداشت روانی را تعریف کند.
- ۲- اصول بهداشت روانی را توضیح دهد.
- ۳- سلامت جسم و روان و اهمیت آن را بیان کند.
- ۴- معیارهای سنجش رفتار نابه‌هنجار را در مورد بزرگسالان توضیح دهد.
- ۵- معیارهای سنجش رفتار نابه‌هنجار را در کودکان توضیح دهد.
- ۶- تاریخچه‌ی بهداشت روانی را در ایران و جهان بیان کند.

تعریف بهداشت روانی

بهداشت روانی شاخه‌ای از بهداشت عمومی است که در درجه‌ی اول به پیش‌گیری از وقوع بیماری و در درجه‌ی دوم به تشخیص به‌موقع بیماری‌ها، اقدام فوری برای درمان آن‌ها و در نهایت به یاری فرد می‌پردازد تا از توانمندی‌های باقی‌مانده‌اش حداکثر استفاده را بنماید. گفتنی است که تأمین بهداشت روانی به سادگی بهداشت جسمانی نیست، زیرا عواملی که بیماری‌های جسمانی را ایجاد می‌نمایند تقریباً شناخته شده‌اند. به‌ویژه راه‌های پیش‌گیری و درمان بیماری‌های عفونی و تب‌زا، برای پزشکان کار ساده‌ای است و توصیه‌های سهل‌الوصولی را می‌توانند برای عموم داشته باشند. عوامل بیماری‌زا و طرز سرایت آن‌ها توضیح دادنی است و عملاً راه‌های پیش‌گیری دارند. ولی در مورد بیماری‌های روانی هنوز وضع به این روشنی نیست زیرا در ایجاد و بروز بیماری‌های روانی عوامل متعددی دخالت دارند و حتی در مورد برخی از بیماری‌های روانی زمینه‌ی ابتلای به آن قبل از تولد، یعنی در دوران جنینی و یا دوران اولیه زندگی بعد از تولد ایجاد می‌شود و هم‌چنین عوامل روانی، فضا و جو روانی حاکم در خانواده و نحوه‌ی برخورد والدین با فرزندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

به طور خلاصه می‌توان گفت بهداشت روانی عبارت است از تأمین سلامت فکر و روان در جهت سازگاری و تطبیق فرد با خود و با محیط زندگی، قدرت پذیرش واقعیت‌های موجود و شکوفایی استعدادهای بالقوه‌ی خویش.

اصول بهداشت روانی

همان‌طور که در تعریف بهداشت روانی گفته شد، هدف اصلی بهداشت روانی، پیش‌گیری است. برای رسیدن به این هدف رعایت اصول آن حائز اهمیت است.

اصول بهداشت روانی^۱ عبارت‌اند از:

۱- احترام فرد به شخصیت خود و دیگران؛

۲- شناخت محدودیت‌ها و توانایی‌های خود و افراد دیگر؛

۳- بی‌بردن به علل رفتار؛

۴- توجه به تمامیت وجود هر فرد؛

۵- شناسایی نیازها و انگیزه‌های مسبب رفتار انسان.

۱- احترام فرد به شخصیت خود و دیگران: یکی از اصول بهداشت روانی، این است که افراد خود را دوست داشته باشند و به شخصیت خود احترام بگذارند. برعکس اگر افرادی از خود متنفرند و برای خود ارزشی قائل نیستند، نشان غیرعادی بودن آن‌هاست. این که آیا فردی خود را دوست دارد؟ آیا به خود احترام می‌گذارد؟ و آیا فکر می‌کند مردم او را دوست دارند یا خیر؟ نشان‌دهنده‌ی عواطف، احساسات و طرز سازش فرد با محیط است. بدبینی، بدگمانی، سوءظن به دیگران، نداشتن دوست واقعی، اعتماد نداشتن به دیگران و ارزش قائل نشدن برای خود، از ویژگی‌های فرد غیرطبیعی است.

انسان سالم باید خود را چنان که هست دوست داشته باشد و بپذیرد و البته در صدد رشد خود نیز برآید. با به کار گرفتن این اصل در زندگی، هر کس می‌تواند در سطح گسترده‌ای به خود و افراد جامعه کمک کند. تنها در صورتی که فرد خود را دوست داشته باشد و به خود احترام بگذارد قادر خواهد بود که دیگران را نیز دوست بدارد و به آن‌ها احترام بگذارد. افرادی که مرتب دیگران را تحقیر می‌کنند و آنان را دوست ندارند، در واقع خود را دوست ندارند.

۱- اقتباس از کتاب بهداشت روانی تألیف دکتر شاملو

۲- شناخت محدودیت و توانایی‌ها در خود و افراد دیگر: هر فرد سالم باید محدودیت‌های

جسمی و روانی خود و دیگران را بشناسد و بپذیرد. او ضمن این که توانایی‌های خود را می‌شناسد و از آن‌ها بهره می‌گیرد سعی می‌کند تا محدودیت‌های خود را، خالی از هرگونه تعصبی بشناسد و درصدد رفع آن‌ها در حد امکان برآید.

مثلاً اگر شخصی اعتماد به نفس کم‌تری دارد، می‌تواند با کشف استعدادها و توانمندی‌های خود آن‌ها را رشد دهد و درصدد کسب موفقیت برآید. در این صورت اعتماد به نفس او نیز بالا خواهد رفت. البته فردی که دارای محدودیت‌های جسمانی است باید واقعیت وجود خود را قبول کند و زندگی عادی خود را ادامه دهد. لازم است یادآوری کنیم همه افراد دارای محدودیت‌هایی هستند که با شناخت هرچه بهتر آن‌ها می‌توانند در جهت رفع، کاهش، جبران و یا پذیرش آن اقدام نمایند.

۳- پی‌بردن به علل رفتار: هر رفتاری تابع علتی است و هیچ رفتاری خودبه‌خود صورت

نمی‌پذیرد. مثلاً فردی که دچار ترس‌های بی‌مورد است، اگرچه علت آن از نظر خود فرد پنهان است ولی می‌تواند عللی همچون یادگیری، تجربیات ترسناک دوران قبل و یا تقلید داشته باشد و یا فردی که رفتار پرخاشنگرانه دارد، این رفتار می‌تواند عللی همچون ناکامی، یادگیری، تقلید و یا عدم تعادل هورمونی در بدن داشته باشد.

۴- توجه به تمامیت وجود هر فرد: رفتار هر فرد تابع وضعیت جسمانی و روانی اوست.

مسائل جسمی بر روان انسان و مسائل روانی بر جسم او تأثیر می‌گذارد. مثلاً زمانی که انسان از درد جسمانی رنج می‌برد نمی‌تواند بشاش و با نشاط باشد و هم‌چنین زمانی که دچار خستگی روانی است نمی‌تواند اعمال جسمانی را به‌خوبی اجرا کند.

امروزه ثابت شده است که بسیاری از بیماری‌های جسمانی ماهیت روانی دارند. از این دسته‌اند بیماری‌هایی، مثل زخم معده، زخم روده، آسم، میگرن و

متخصصان و مربیان نباید تنها یک بعد وجودی دانش‌آموزان را مورد توجه قرار دهند بلکه توجه به جنبه‌های جسمانی، عاطفی، عقلانی، روانی و اجتماعی توأمأ ضروری است.

۵- شناسایی نیازها و انگیزه‌های مسبب رفتار انسان: بهداشت روانی بر این اصل

استوار است که نیازهای هر فرد در هر مقطع سنی باید شناخته شود و به موقع ارضا گردد. نیازهای افراد بشر به دو دسته تقسیم می‌شوند: نیازهای جسمانی و نیازهای روانی.

نیازهای جسمانی شامل احتیاج به غذا، آب و استراحت است. نیازهای روانی، مانند نیاز به

امنیت روانی، نیاز به پیشرفت، نیاز به محبت، نیاز به مورد تأیید قرار گرفتن و ... انسان دائماً تحت تأثیر این نیازهاست و رفتارش بر اساس ارضا و یا محرومیت از نیازهایش تبیین می‌گردد. انسان به‌طور دایم در حال مبارزه و تلاش است تا به نیازهای خود دست یابد. انسان سالم این اصول را می‌فهمد و می‌پذیرد و به‌طور واقع‌بینانه با مشکلات زندگی مقابله می‌کند و با وجود موانع دل‌سرد نمی‌شود، زیرا می‌داند که زندگی یعنی مبارزه با عوامل مختلف، او می‌داند که همیشه تقاضاهای انسان با مقتضیات اجتماعی مطابقت نمی‌کند. بنابراین، سعی می‌کند واقعیات را در نظر بگیرد و بیش از اندازه توقع نداشته باشد.

سلامت جسم و روان و اهمیت آن

تعریف سلامت روانی: چنان که قبلاً گفته شد، رفتار انسان تابع تمامیت وجود اوست. یعنی هم جسم و هم روان در رفتار انسان تأثیر می‌گذارند. بنابراین، رفتار انسان تحت تأثیر سلامت جسم و روان اوست.

سلامتی روانی صرفاً به معنای نداشتن علامت‌های بیماری نیست بلکه فرد سالم، علاوه بر نداشتن نشانه‌های بیماری روانی، باید بتواند ارتباطات سالمی را با دیگران برقرار نماید؛ واقعیت‌ها را بپذیرد؛ خود را با محیط سازگار کند و در جهت شکوفا ساختن استعدادهای فطری خود بکوشد و اهداف خود را به‌طور منطقی تحقق بخشد.

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را چنین تعریف کرده است: «سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی - روانی، اجتماعی و نه فقط نبودن بیماری و معلولیت و داشتن یک زندگی مثمر و اقتصادی.»

اهمیت سلامت روانی: سلامتی جسم و روان از این نظر حایز اهمیت است که رفتار انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. امروزه ثابت شده است که بسیاری از عوامل روانی و تغییرات محیط زندگی، که با فشار روانی همراه‌اند، عوامل به‌وجودآورنده‌ی بیماری‌های جسمانی و یا تشدیدکننده‌ی تظاهرات این بیماری‌ها هستند.

با به‌خطر افتادن سلامتی جسمانی، واکنش‌های روانی نیز در افراد به‌وجود می‌آید. مثلاً بیماری‌های مزمن جسمانی، بیماری‌های قلبی، بیماری‌هایی که رژیم‌های درازمدت و محدودکننده‌ای را برای فرد ایجاد می‌کند، تبعات منفی رفتاری را به دنبال دارند. هم‌چنین مشکلات روانی می‌تواند

۱- منظور از رفاه کامل وضعیت مطلوب جسمانی - روانی و اجتماعی است.

تبعاتی به صورت بیماری‌های شبه جسمانی^۱ (مانند کسی که از شدت فشارهای روانی قدرت تکلم خود را از دست می‌دهد) یا بیماری‌های روان - تنی^۲ (مانند زخم معده و فشار خون عصبی) داشته باشد. بنابراین، سلامت جسم و روان از لحاظ بروز رفتارهای عادی و طبیعی و رفتارهای منطبق با ملاک‌های اجتماعی بسیار حائز اهمیت است.

معیارهای سنجش رفتار نابه‌هنجار

ممکن است عامه‌ی مردم، کسی را غیرعادی (نابه‌هنجار) بدانند که از نظر رفتار، تفکر و عواطف عجیب و غیرمعمول به نظر برسد و از این لحاظ با دیگران تفاوت داشته باشد ولی در واقع غیرعادی بودن به معنای «جنون داشتن» نیست و معنای گسترده و پیچیده‌ای دارد. غیرعادی بودن ممکن است در ابعاد مختلف روان به شکل‌های گوناگون ظاهر شود، مثلاً فرد غیرعادی ممکن است در فعالیت‌های ذهنی و عقلانی و یا فعالیت‌های عاطفی اجتماعی، ادراکی، انگیزشی و یا حسی و حرکتی تفاوت‌هایی را با افراد عادی نشان دهد.

یک رفتار غیرعادی می‌تواند در اثر عوامل ارثی، عضوی و یا عوامل دیگری (اجتماعی، فرهنگی، عقلی و عاطفی) به وجود آید.

در سال‌های اخیر، روان‌شناسان و روان‌پزشکان سعی نموده‌اند معیارهای خاص علمی را برای متمایز نمودن رفتار عادی (به‌هنجار) از رفتار غیرعادی (نابه‌هنجار) تعیین نمایند. ملاک‌های

تعیین شده به قرار زیرند:

۱- ملاک آماری^۳

۲- ملاک بالینی^۴

۳- ملاک اجتماعی^۵

ملاک آماری: یکی از روش‌های متداول برای تعریف رفتار غیرعادی، روش توزیع فراوانی خصوصیات متوسط و معمول است، که انحراف از آن، غیرعادی بودن را نشان می‌دهد. ما می‌توانیم صفات قابل سنجش انسان را به صورت اعداد و ارقام درآوریم و آن‌ها را بر روی منحنی طبیعی (زنگوله شکل) به نحوی رسم نماییم که توزیع فراوانی در اکثر موارد روی قسمت وسط منحنی قرار گیرد و تعداد کمی در دو طرف نمودار واقع شود. بیشترین موارد، که در قسمت وسط قرار می‌گیرند،

۱- Somato - Form

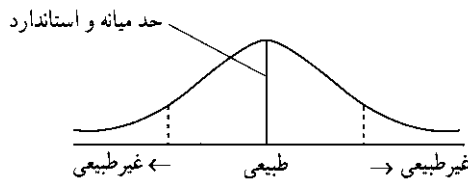
۲- Psycho - Somatic

۳- Statistical Criterion

۴- Clinical Criterion

۵- Social Criterion

طبیعی و کم‌ترین موارد، که در دو طرف منحنی قرار می‌گیرند، غیرطبیعی محسوب می‌شوند. اغلب آزمون‌های روانی، به‌خصوص آزمون‌های عینی^۱ براساس «معیار متوسط آماری» تهیه می‌شوند و سنجش و اندازه‌گیری انحراف از معیار متوسط، ملاک ارزیابی و بازشناسی رفتار سالم از ناسالم است. در تعریف رفتار غیرعادی از لحاظ آماری کافی است که بر روی منحنی نرمال دو نقطه قراردادی در نظر گرفته شود، رفتارهایی که در بین این دو نقطه قرار می‌گیرند عادی و رفتارهایی که بیرون از این دو نقطه‌اند غیرعادی تلقی می‌شوند، چنان‌که در شکل زیر ملاحظه می‌شود.



البته این تعریف به تنهایی تعریف کامل از رفتار غیرعادی نیست. تغییر رفتار از به‌هنجار و نابه‌هنجار تدریجی است پس نمی‌توان مرز کاملاً مشخصی بین این دو قائل شد.

ملاک کلینیکی یا بالینی: در ملاک بالینی، روان‌شناس متخصص، با کاربرد روش‌های مختلف، مانند مشاهده، مصاحبه، آزمون و ... به بررسی رفتار فرد می‌پردازد تا تشخیص دهد که رفتار فرد عادی یا غیرعادی است.

این روش نیز به تنهایی نمی‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. **ملاک اجتماعی:** انسان موجودی اجتماعی است، که باید رفتارهایش مطابق با موازین، سنت‌ها و انتظارات جامعه باشد. البته این معیار نیز محدودیت‌هایی دارد، از جمله نسبی بودن آن است. مثلاً رفتاری ممکن است در یک جامعه عادی تلقی شود در صورتی که در جامعه‌ی دیگر غیرعادی باشد.

به‌طور کلی براساس هیچ معیار واحدی به‌طور مطلق نمی‌توان نابه‌هنجاری را تعریف نمود و هر یک از معیارها محدودیت‌هایی دارد. البته در مورد نابه‌هنجاری‌های شدید روانی هر یک از ملاک‌های آماری، بالینی و اجتماعی را می‌توان به‌کار برد. شخص بیمار از هر سه جهت نارسایی‌هایی دارد. او معمولاً از نظر آماری از میانگین جمعیت کل دور است و اغلب احساس می‌کند که خوش‌حال و سلامت نیست و غالباً با اجتماع خود ناسازگار است.

۱- منظور از آزمون‌های عینی، آزمون‌های پرسشنامه‌ای است.

ملاک‌های رفتار غیرعادی در کودکان: از آن‌جا که کودکان در حال رشد هستند رفتار غیرعادی آن‌ها، انحراف از رشد طبیعی محسوب می‌گردد. برای قضاوت درباره‌ی این که رفتار یک کودک منطبق با شرایط و وضعیت رشدی اوست یا خیر، نکات چندی را باید در نظر داشت. موارد زیر از آن جمله‌اند:

۱- سن: رفتار هر کودک با توجه به سن او تبیین می‌شود. بعضی از رفتارهای کودک برای سن خودش طبیعی است در حالی که اگر این رفتار را با رفتار کودکان بزرگ‌تر مقایسه نماییم ممکن است غیرطبیعی تلقی بشود. بسیاری از کودکان تا پنج‌سالگی گهگاه ممکن است رفتارهایی از خود نشان دهند که غیرطبیعی جلوه نماید (مانند بهانه‌جویی)، ولی بعد از پنج سالگی آن رفتارها کاملاً از بین می‌رود و فقط در صورتی که ادامه پیدا کند و پایدار باقی بماند غیرطبیعی محسوب می‌گردد.

۲- جنس: در دوران کودکی، به خصوص در دوران اولیه‌ی کودکی، ممکن است بعضی از دختران رفتارهای پسرانه و بعضی از پسران رفتارهای دخترانه از خود بروز دهند که این رفتارها پایدار نیست. بسیار نادر است مواردی که یک پسر تمام خصوصیات دخترانه و یا یک دختر تمام خصوصیات پسرانه را از خود نشان دهد. این مسائل زمانی اهمیت می‌یابد که اولاً تکرار گردد. در ثانیاً، ملاک‌های دیگر رفتارهای غیرعادی کودکان را نیز شامل شوند.

۳- تدویم یک رفتار غیرعادی: این که آیا یک رفتار غیرعادی برای ماه‌ها و سال‌ها در کودک ادامه می‌یابد، حائز اهمیت است؛ مانند کودکی که علامت‌های ترس و پرخاشگری را از خود کم‌تر ظاهر می‌سازد. در غیر این صورت، یعنی زمانی که یک رفتار برای مدت بسیار کوتاهی ظاهر شود و سپس از بین برود غیرعادی محسوب نمی‌گردد.

۴- اوضاع خاص زندگی: تغییرات و نوسانات عاطفی و رفتاری موقت، در بین کودکان کاملاً عادی و شایع است. بسیاری از کودکان در وضعیت خاص زندگی خود رفتارهای غیرعادی و یا غیرمناسب با وضعیت رشد خود نشان می‌دهند که بعد از مدتی نیز برطرف می‌گردد. چنانچه این رفتارها را با شرایط زندگی فرد بسنجیم خیلی غیرطبیعی به نظر نمی‌رسد. مثلاً اغلب کودکان در شروع مدرسه کمی اضطراب دارند. این اضطراب غیرطبیعی نیست. یا این که بسیاری از کودکان پس از به دنیا آمدن خواهر یا برادر کوچک‌ترشان، رفتارهای بازگشتی^۱ از خود بروز می‌دهند. این نوع رفتارها، نابه‌هنجار تلقی نمی‌گردد.

۱- منظور از رفتارهای بازگشتی رفتارهایی است که مناسب سن فعلی‌شان نیست بلکه متعلق به سنین پایین‌تر است. مانند تمایل

به شیرخوردن در شیشه برای کودک ۵ ساله.

۵- **مجموعه‌ی عوامل فرهنگی - اجتماعی:** رفتار کودک به‌طور مطلق عادی و یا غیرعادی نیست بلکه این رفتار براساس معیارهای فرهنگی، اجتماعی و محیطی‌ای که در آن زندگی می‌کند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. از آن‌جا که ملاک‌ها و ارزش‌های اجتماعی تعیین‌کننده‌ی رفتار طبیعی و غیرطبیعی نیز هستند و با توجه به این که ارزش‌های اجتماعی در جوامع مختلف ممکن است متفاوت باشند، از این‌رو، یک رفتار ممکن است در یک جامعه و فرهنگ، طبیعی و در جامعه و فرهنگ دیگر، غیرطبیعی تلقی شود (مثلاً نحوه‌ی پوشش - آداب غذا خوردن).

۶- **دامنه‌ی اختلال:** همیشه مجموعه‌ی علائم و نشانه‌های غیرعادی، در مقایسه با یک علامت و یک نشانه اهمیت بیش‌تری دارند. در بین کودکان، علامت‌های واحد از مجموعه علامت‌ها شایع‌ترند. معمولاً رفتارهای نابه‌هنجار و یا بیماری‌های روانی، دامنه‌ی وسیع‌تری را، که شامل چند علامت باشد، در برمی‌گیرد مثلاً کم‌اشتهایی و یا کم‌خوابی به تنهایی نمی‌تواند معرف یک اختلال روانی باشد مگر این‌که با علامت‌های دیگر نیز همراه شود.

۷- **نوع نشانه و یا علامت رفتاری:** ماهیت و نوع علامت و نشانه، تا اندازه‌ای تعیین‌کننده آن است. تحقیقات نشان داده که بعضی از نشانه‌های دیده شده در بین کودکان نشان‌دهنده‌ی یک اختلال روان‌شناختی در کودک است. در حالی که بعضی از رفتارهای دیگر چنین وخامت‌ی ندارند. مثلاً ناخن جویدن در کودکان یک عادت غلط است که در هنگام هیجان شکل می‌گیرد و وخامت کم‌تری دارد ولی ارتباط نداشتن با هم‌سالان و یا داشتن ارتباط آشفته و مختل با دیگران و یا داشتن توهم و هذیان، حاکی از یک اختلال روانی عمیق است.

۸- **شدت و تکرار یک علامت رفتاری:** یک رفتار غیرعادی هر چه بیش‌تر تکرار شود و هرچه شدیدتر باشد، حاکی از عمق نابه‌هنجار بودن آن است. در حالی که رفتارهای گهگاهی، هرچند اهمیت دارند، با این همه وخامت‌شان کم‌تر است. معمولاً رفتارهای نابه‌هنجار، غیرعادی و بیمارگونه، ضمن ایجاد محدودیت‌های اجتماعی، در رشد عادی کودک نیز، مداخله می‌کنند و در ارتباط متقابل کودک با دیگران نیز تأثیر می‌گذارند و در عین حال، خود کودک نیز از حالات خود رنج می‌برد.

تاریخچه‌ی بهداشت روانی

بررسی دوران ماقبل تاریخ، توجه بشر را به خصوصیات غیرعادی و کوشش برای پیش‌گیری و برطرف کردن این نابه‌هنجاری‌ها نشان می‌دهد. انسان همیشه در مورد خود و پدیده‌های اطرافش

کنجکاو بوده است. شباهت رفتارها و هم‌چنین تفاوت آن‌ها در بین انسان‌ها، او را به تفکر وامی‌داشت و سؤالاتی را در ذهن او ایجاد می‌کرد. از جمله این که آیا این حالات مشاهده شده، نوعی بیماری است؟ علت یا علل این رفتارها چیست؟ آیا به افراد بیمار می‌توان کمک نمود؟ و آیا راه‌های پیش‌گیری از مبتلا شدن به این حالات وجود دارد؟

شواهد نشان می‌دهد که در دوران ابتدایی، انسان‌ها تفاوتی بین بیماری‌های جسمانی و روانی قائل نبودند و تمام اختلالات را به ماوراءالطبیعه و هم‌چنین به ارواح شیطانی نسبت می‌دادند. در آن زمان با بیماران روانی به‌طور بسیار وحشیانه و خشن رفتار می‌شد و آن‌ها را مورد شکنجه و آزار قرار می‌دادند و تصور می‌کردند که با چنین اقداماتی، ارواح پلید و شیطانی از بدن آن‌ها خارج می‌شود و رفتار غیرعادی آن‌ها برطرف خواهد شد. داستان‌ها و افسانه‌های قدیمی نشان می‌دهد که در مورد چگونگی ایجاد بیماری روانی طرز فکری کاملاً خرافی و غیرواقعی بر ذهن بشر حاکم بوده است. بین سال‌های ۴۰۰ تا ۲۰۰ قبل از میلاد مسیح، طرز فکر یونانیان از عقاید ابتدایی جدا شد. در این دوران کشفیات، نظریات و پیشرفت‌های علمی، ابتدا در یونان و سپس در رم، روی داد. سرآغاز این فعالیت‌ها به دست بقراط – پدر علم پزشکی – و جالینوس صورت گرفت. بقراط بنیان‌گذار واقعی روش‌های طبیعی و عینی در تشخیص و درمان نابه‌هنجاری‌های روانی به‌شمار می‌آید. او به تغییرات جسمانی به‌خصوص به آسیب مغزی و تغییرات هورمونی بدن در رابطه با بیماری‌های روانی اشاره داشت و نظریه‌ی مزاج‌ها را بیان کرد^۱ افلاطون، که در سال‌های بین ۴۲۷ تا ۳۴۷ قبل از میلاد مسیح می‌زیست، طرز تفکر فلسفی را عنوان نمود. او به روان منطقی و روان غیرمنطقی در انسان اشاره داشت و معتقد بود هر زمان که روان غیرمنطقی انسان حاکم شود رفتارهای او غیرعادی خواهد شد.

پس از افلاطون افراد دیگری پیدا شدند که در مورد ماهیت رفتارهای غیرعادی دلایلی ذکر نمودند و رفتارهای غیرعادی را طبقه‌بندی کردند. آنان روش‌های خشن برخورد با بیماران روانی را تغییر دادند و روش انسان‌دوستانه را در برخورد با بیماران پیشنهاد نمودند.

در قرون وسطا، به علت جهل و ناآگاهی، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری را ناشی از دخالت ارواح پلید و شیاطین و نفوذ عوامل طبیعی مانند خورشید و ماه و ... می‌دانستند. آغاز قرن شانزدهم که دوره‌ی رنسانس نام‌گذاری شده است نهضت علمی مخالف جریان‌های

۱- بقراط معتقد بود که در انسان چهار مزاج وجود دارد: بلغم، سودا، صفرا و خون و به هم خوردن تعادل بین آن‌ها، سبب

بیماری جسمی و روانی می‌شود.

خرافی به وجود آمد و افرادی مانند موتین^۱ و وایوز^۲ به وجود ضمیر ناخودآگاه پی بردند و کوشیدند به جامعه‌ی خود بفهمانند که بیماران روانی، مانند بیماران جسمانی، باید به‌طور انفرادی و با روش‌های انسانی مورد مداوا قرار بگیرند.

بعد از رنسانس، در عصر جدید قرار می‌گیریم که خود دو دوره‌ی مهم را دربردارد.

۱- دوره‌ی ارگانیک از قرن شانزدهم به بعد.

۲- دوره‌ی روان‌شناختی از حدود سال ۱۸۸۰ میلادی به بعد.

۱- دوره‌ی ارگانیک: با پیشرفت چشم‌گیری که در رشته‌ی آناتومی و فیزیولوژی رخ داد علت بیماری‌های روانی ناشی از بیماری‌های جسمانی شناخته شد. یکی از پیشگامان این مکتب ارگانیک امیل کراپلین^۳ بود که اعتقاد داشت علت بیماری‌های روانی، بیماری‌های جسمانی هستند که ریشه در مغز دارند. در این تعریف، این که بیمار چگونه احساس می‌کند، چگونه فکر می‌کند، چه نگرانی‌هایی دارد و چه عوامل محیطی و خانوادگی در او اثر داشته باشد، مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

در اواخر قرن ۱۸، در ایتالیا، انگلستان، فرانسه، امریکا و در سایر کشورها، بیمارستان‌هایی برای نگه‌داری و درمان بیماری‌های روانی تأسیس شد و به منظور حمایت از بیماران روانی، قوانینی تدوین گردید.

۲- دوره‌ی روان‌شناختی: در اواخر قرن نوزدهم تفکر جدیدی شکل گرفت و آن این بود که همه‌ی بیماری‌های روانی صرفاً معلول عوامل جسمانی نیستند و باید عوامل روان‌شناختی را نیز در نظر گرفت.

پس از این حرکت علمی بود که در سبب‌شناسی بیماری‌های روانی و رفتارهای غیرعادی تفکرات جدیدی پا گرفت و تجارب دوران کودکی، یادگیری‌های دوران کودکی و نوجوانی، ساختار خانواده و طرز برخورد والدین با کودکان و نوجوانان، خاطرات گذشته و در کل عوامل محیطی، به منزله‌ی منابع قوی برای تبیین علت مشکلات روانی مطرح شد. و به دنبال آن، طرز برخورد مناسب و صحیح در خانواده و در نظر گرفتن وضعیت و نحوه‌ی زندگی فرد که می‌تواند در پیش‌گیری از مشکلات روانی مؤثر باشد، مطرح و پیشنهاد گردید. این امر به خصوص بعد از جنگ جهانی دوم بیش‌تر مورد توجه دانشمندان، محققان و روان‌شناسان قرار گرفت، به سبب اهمیت موضوع پیش‌گیری از مشکلات روانی، در سال ۱۹۳۰ اولین کنگره‌ی بین‌المللی بهداشت روانی با حضور ۵۰ کشور

۱- Montaigne

۲- Vives

۳- Emil Krapline

در واشنگتن تشکیل گردید و مسائلی مانند تأسیس بیمارستان، مراکز درمان سرپایی، مراکز کودکان عقب‌مانده و ... مورد مطالعه قرار گرفت.

سومین کنگره در سال ۱۹۴۸ در لندن تشکیل شد و اساس فدراسیون جهانی بهداشت روانی بنیان‌گذاری شد. در همان سال این فدراسیون به عضویت رسمی سازمان یونسکو و سازمان بهداشت جهانی درآمد. از این تاریخ به بعد، هر سال، یک جلسه‌ی بین‌المللی و هر چهار سال یک بار کنگره‌ی جهانی برگزار می‌شود.

در سال ۱۹۵۹ روز ۱۸ فروردین، مطابق با ۷ آوریل، روز جهانی بهداشت روانی نام‌گذاری شد و به این ترتیب، برنامه‌ی بهداشت روانی، جزء برنامه‌ی بهداشت عمومی قرار گرفت.

تاریخچه‌ی بهداشت روانی در ایران

در ایران، از حدود سه هزار سال پیش به بیماران روانی توجه می‌کردند و محل‌های خاصی برای نگهداری آن‌ها می‌ساختند و توسط مغ‌ها (روحانیون آیین زرتشت) داروهایی برای مداوا در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت.

در قرن ششم و هفتم میلادی مدارس پزشکی در ایران وجود داشته و از کتاب‌های یونانی به صورت ترجمه در این مدارس استفاده می‌شده است.

در زمان ساسانیان، در جندی‌شاپور اهواز، بیمارستانی تأسیس شده که مکان خاصی به بیماران روانی (برای بستری و درمان آنان) اختصاص یافته بود.

در قرن هشتم چند بیمارستان در بغداد وجود داشته که به گفته‌ی مسافران، شواهدی در دست است که در آن‌جا، باغ‌ها، حوض‌خانه‌ها، حمام، موسیقی و کشاورزی وجود داشته و از عطریات، داروهای مقوی و اشتهاآور گیاهی برای درمان استفاده می‌شده و مطابق رسم یونانیان، این بیمارستان‌ها با مداوای پزشکی، وابستگی نزدیک داشته و این وسایل برای فقرا و ثروتمندان یک‌سان بوده و بیش‌تر بیماران را افراد «مانیک دیرسیو»^۱ تشکیل می‌داده است.

مسلمانان با توجه به اعتقادات مذهبی خود و این گفته‌ی رسول اکرم (ص) که «خداوند بیماران را دوست دارد»، نسبت به بیماران روانی مهربان بودند و از آنان حمایت می‌کردند.

دانشمندان و حکمای ایرانی، مثل ابن‌سینا و زکریای رازی، افرادی را که مشکلات روانی داشتند به چشم بیماران روانی می‌نگریستند و برای آن‌ها داروها و شیوه‌ی درمان خاصی را در نظر می‌گرفتند.

توصیه‌های ابن‌سینا برای درمان بعضی از بیماران روانی قابل توجه و دارای اهمیت است. وی برای درمان و بهبود حال بیماران روانی داشتن روحیه‌ی شاد، دیدن مناظر و صحنه‌های زیبا؛ مسافرت و مصاحبت با افراد نشاط‌آور را توصیه می‌نمود.

در تاریخ طب اسلامی نیز افرادی هم‌چون ابوبکر اخوینی (متوفی به سال ۳۷۳ ه.ق) مؤلف کتاب «هدایة المتعلمین فی الطب» و سید اسماعیل جرجانی (۵۳۱-۴۳۴) مؤلف کتاب «اغراض طبیه» وجود داشتند که به بیماری‌های روانی توجه خاصی مبذول می‌نمودند.

دانشمندان دیگری مانند امام محمدغزالی مؤلف کتاب «کیمیای سعادت»، خواجه نصیرالدین طوسی مؤلف کتاب «اخلاق ناصری» و ملا احمد نراقی مؤلف کتاب «معراج السعاده» توجه به بیماری‌های روانی را در آثار خود نشان داده‌اند.

در ایران معاصر، در سال ۱۲۶۷، دارالشفایی در یزد، در باغی مشجر و بزرگ، بنا شد. این بیمارستان دارای بخش‌های مخصوص بیماران روانی، حوض خانه و ... بود.

در سال ۱۲۹۳ در بیمارستان سینا، مکانی به بیماران روانی اختصاص یافت که فقط برای پذیرش عده‌ی کمی از بیماران روانی ثروتمند کفایت می‌کرد.

در سال ۱۲۹۷، نگه‌داری و سرپرستی بیماران روانی، به منظور جلوگیری از حوادث ناگوار، به شهربانی واگذار شد و در اکبرآباد تهران (خیابان سینای فعلی)، اولین بیمارستان روانی (دارالمجانین) ایجاد شد.

در سال ۱۳۰۰، اداره و مدیریت دارالمجانین از شهربانی به شهرداری منتقل شد و در سال ۱۳۱۰، اولین متخصص اعصاب و روان در این بیمارستان به کار مشغول گردید. سپس تیمارستانی در امین‌آباد شهری تأسیس شد و بیماران روانی به آن‌جا منتقل شدند.

به پاس تحقیقات و تألیفات دانشمند معروف محمد زکریای رازی که در شهر ری می‌زیست و در آن‌جا نیز فوت کرد، نام تیمارستان به بیمارستان رازی تبدیل شد.

در سال ۱۳۱۵، برای اولین بار در دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه تهران، تدریس بیماری‌های روانی جزء برنامه‌های آموزشی قرار گرفت.

در سال ۱۳۱۹، سازمان جدید دانشکده‌ی پزشکی توسط پروفیسور اُبرلین، تأسیس شد و با ایجاد کرسی بیماری‌های روانی و تدریس آن در دانشکده‌ی پزشکی تهران، تدریس روان‌شناسی در دانشسرای عالی (دانشگاه تربیت معلم امروز) و دانشکده‌ی ادبیات نیز، آغاز گردید.

در سال ۱۳۲۵، بیمارستان روزبه برای بیماران روانی آرام، ایجاد شد.
در سال ۱۳۳۶، برنامه‌های روان‌شناسی و بهداشت روانی از «رادیویران» آغاز شد. در سال ۱۳۳۸، در اداره‌ی کل بهداشت وزارت بهداری، بهداشت روانی دایر شد.
در سال ۱۳۳۹، برنامه‌ی بهداشت و پرستاری روانی برای مریمان آموزشگاه‌های پرستاری از طرف وزارت بهداری، در دوره‌های یک‌ساله و تدریس بهداشت روانی در این آموزشگاه‌ها، آغاز گردید.

شهرستان‌ها نیز، از جمله مشهد (در سال ۱۳۰۰)، تبریز (۱۳۱۷)، اصفهان (۱۳۱۷)، شیراز (بیمارستان سلامت - ۱۳۳۲)، همدان (۱۳۳۵) و بعداً استان‌های دیگر به تدریج، مراکز روان‌پزشکی تأسیس کردند.

در سال ۱۳۵۵، پس از ادغام وزارت بهداری و رفاه اجتماعی، تمام مراکز وابسته به بیمارستان‌های روانی، به انجمن توان‌بخشی، (وابسته به وزارت بهداری و بهزیستی) منتقل شد. از این پس، مراکز جامع روان‌پزشکی منطقه‌ای در نقاط مختلف تهران تأسیس شدند و درمان‌سریایی یا بستری بیماران روانی را به‌عهده گرفتند.

در سال ۱۳۵۸، پس از انحلال سازمان توان‌بخشی، فعالیت‌های بهداشت روان آن به سازمان‌های منطقه‌ای و فعالیت‌های آموزشی آن به انستیتو روان‌پزشکی تهران واگذار شد. در حال حاضر، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های متعددی، به ویژه در بخش خصوصی، برای درمان بیماری‌های روانی وجود دارد.

خودآزمایی فصل اول

- ۱- بهداشت روانی را تعریف و اصول آن را فهرست کنید.
- ۲- چگونه می‌توان تشخیص داد که رفتار یک فرد بزرگ‌سال غیرعادی است؟
- ۳- معیارهای سنجش غیرعادی بودن رفتار در کودکان کدام‌اند؟
- ۴- چگونه سلامتی جسم و روان در بهداشت روانی اهمیت پیدا می‌کند؟
- ۵- دوره‌ی روان‌شناختی از چه دورانی آغاز گردید و از چه جهاتی حایز اهمیت است؟
- ۶- نکات مهم در تاریخچه‌ی بهداشت روانی در ایران را از نظر خود، توضیح دهید.

اهداف و عملکرد بهداشت روانی

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیرنده باید بتواند:

۱- اهداف بهداشت روانی در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی و درمانی را توضیح

دهد.

۲- نقش پیش‌گیری در بهداشت روانی کودکان را مورد بررسی قرار دهد.

۳- به بررسی، تجزیه و تحلیل نقش درمان در بهداشت روانی بپردازد.

۴- نقش توان‌بخشی در بهداشت روانی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

اهداف بهداشت روانی

همان‌طور که در فصل گذشته بیان گردید، هدف کلی بهداشت روانی، پیش‌گیری از وقوع بیماری‌های روانی است. ضمن این که به تشخیص و درمان نیز می‌پردازد و از بازگشت بیماری نیز جلوگیری به عمل می‌آورد.

بهداشت روانی به مقاوم‌سازی افراد، بسیار اهمیت می‌دهد. چه کنیم تا افرادی مقاوم داشته باشیم که در برابر استرس‌ها و فشارهای محیطی دچار ازهم‌پاشیدگی شخصیت نشوند؟ چگونه افراد را تربیت نماییم که از تجربیات خود درس بگیرند و در جهت ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی سالم و مناسب قدم بردارند؟

در بهداشت روانی، شخصیت هر فرد و الگوهای رفتاری و روانی او مورد توجه قرار می‌گیرند. زیرا افراد با شخصیت‌های متفاوتی که دارند در مقابل فشارهای روانی عکس‌العمل‌های مختلفی از خود نشان می‌دهند. از آن‌جا که شکل‌گیری و فرآیند اجتماعی شدن کودک در سال‌های ابتدایی و در خانواده صورت می‌گیرد، بهداشت روانی نیز، که هدف کلی آن ساختن انسان‌های سالم با الگوهای رفتاری و روانی مناسب است، برای خانواده و چگونگی برخورد والدین با کودک و به‌طور کلی برای سال‌های اولیه زندگی اهمیت زیادی قائل است. بهداشت روانی با اهداف آموزشی، درمانی و پژوهشی، می‌تواند به هدف کلی خود یعنی پیش‌گیری نائل آید.

۱- هدف آموزشی: از طریق آموزش‌های رسمی و غیررسمی به‌طور عمومی و گروهی می‌توان مردم را هدایت نمود و راه‌های پیش‌گیری از اختلالات را به آن‌ها آموخت. بهداشت روانی می‌تواند به صورت انفرادی نیز آموزش داده شود. هم‌چنین از طریق کتاب‌های درسی برای دانش‌آموزان و دانشجویان و هم‌چنین برای تمامی کسانی که به نحوی در اجتماعات آموزشی شرکت می‌نمایند، می‌تواند رهنمودهای مهمی را در جهت پیش‌گیری به همراه داشته باشد.

رسانه‌های گروهی نیز نقش مهمی در ارتقای علم و آگاهی مردم در زمینه‌ی بهداشت روانی دارند. برنامه‌های آموزشی مرتبط با بهداشت روانی، که از طریق روزنامه‌ها، مجلات، رادیو و تلویزیون در اختیار مردم قرار می‌گیرند، یکی از اهداف مهم بهداشت روانی به‌شمار می‌روند.

۲- هدف پژوهشی: بهداشت روانی از طریق به‌کارگیری نیروهای متخصص در زمینه‌ی پژوهش و تحقیق، چه در زمینه‌ی علت‌یابی مشکلات روانی و رفتاری و چه در زمینه‌ی تشخیص اختلالات و هم‌چنین درمان آن‌ها به هدف پژوهشی خود تحقق می‌بخشد. پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی سبب‌شناسی انجام می‌پذیرد می‌تواند راه‌های پیش‌گیری را برای محققان روشن سازد. مثلاً اگر در یک امر پژوهشی، یافته‌های تحقیق نشان دادند که سخت‌گیری‌های افراطی والدین باعث وارد آمدن فشار بر کودکان می‌شود و بعضاً آن‌ها را به طرف اختلالات عادت‌ی سوق می‌دهد. این روش تربیت از طرف متخصصان روشی مطرود و غیرصحیح اعلام خواهد شد و همین‌طور یافتن راه‌حل‌های مناسب برای از بین بردن پاره‌ای از مشکلات کودکان، که از طریق کارهای پژوهشی انجام گرفته باشد می‌تواند والدین و به‌طور کلی تمامی افرادی را که با کودکان سروکار دارند، راهنمایی کند. جلب توجه والدین و به‌خصوص مادران به نکات و توصیه‌ها، می‌تواند در حفظ سلامتی فرزندان‌شان کاملاً مؤثر باشد.

۳- هدف درمانی: هدف از درمان، بهبود اختلال و بیماری است. در عین حال، نقش پیش‌گیری نیز در آن نهفته است. درمان نه‌تنها به رفع علامت‌های بیماری می‌پردازد بلکه به بیمار کمک می‌کند تا به زندگی، خانواده و کار خود برگردد و از تبعات بیماری‌ای که ممکن است برای او و خانواده‌اش به‌وجود آید و لطمات فردی و اجتماعی به دنبال داشته باشد جلوگیری کند. در درمان بیماری‌های روانی باید هم به مسائل جسمانی و هم به مسائل روانی بیمار توجه شود تا بتوان تأثیر منفی آن‌ها را به حداقل رساند و یا به‌طور کلی از بین برد.

البته، افرادی که مبتلا به بیماری‌های روانی می‌شوند، چون از لحاظ ظرفیت روانی و شخصیت، آسیب‌پذیری بیش‌تری دارند باید مراقبت بیش‌تر و همه‌جانبه‌ای از آن‌ها به‌عمل آید. عوامل

آسیب‌زننده را، حتی‌الامکان، باید از محیط آن‌ها دور ساخت تا سلامت روانی آن‌ها حفظ گردد. بعضی از بیماری‌های روانی ماهیت عودت‌پذیری دارند. ممکن است تحت عوامل و اوضاع خاصی دوباره برگردند. در این‌گونه موارد باید به درمان چند بعدی و چند جانبه اقدام کرد و به خانواده نیز، آموزش‌های لازم را ارائه داد تا از بازگشت احتمالی بیماری جلوگیری به عمل آید. تحقیقات نشان داده است که خانواده‌های بیماران، وقتی آموزش می‌بینند که با بیمارشان در زمینه‌های مختلف چگونه رفتار نمایند، از شدت علائم و بازگشت بیماری، تا حد قابل ملاحظه‌ای، می‌کاهند.

عملکرد بهداشت روانی

عملکرد بهداشت روانی در سه زمینه‌ی «پیش‌گیری»، «درمان» و «بازتوانی» صورت می‌گیرد. بهداشت روانی در زمینه‌ی پیش‌گیری از وقوع بیماری‌ها و هم‌چنین شناخت عوامل بیماری‌زا و دادن آگاهی لازم به مردم و اصلاح محیط زندگی آنان اقدام می‌کند و چنان‌چه اختلالی به‌وجود آمده باشد، درصدد یافتن راه‌های جلوگیری از بازگشت مجدد اختلال برمی‌آید. کمک به افراد، تا توانایی‌های از دست رفته‌ی خود را به‌دست آورند و فرد مفید و مؤثری شوند، نیز از عملکرد بهداشت روانی است. حال به عملکرد «پیش‌گیری»، «درمان» و «توان بخشی» در بهداشت روانی می‌پردازیم.

الف - پیش‌گیری انواع آن :

۱- پیش‌گیری سطح اول (اولیه)

۲- پیش‌گیری سطح دوم (ثانویه)

۳- پیش‌گیری سطح سوم (ثالث)

۱- **پیش‌گیری سطح اول (اولیه) :** هدف، انجام کلیه اقداماتی است که از پیدایش مشکلات روانی و رفتاری جلوگیری به عمل می‌آورد. به عبارت دیگر هدف پیش‌گیری اولیه این است که چه کنیم و چه راه‌هایی را در پیش‌گیریم که مبتلا به بیماری و یا مشکل روانی نشویم.

۲- **پیش‌گیری سطح دوم (ثانویه) :** هدف این است که در صورت بروز اختلال، این اختلال باید فوری مشخص و شناخته شود تا اقدامات لازم به عمل آید و این مشکل وخیم‌تر نشود و یا شدت پیدا نکند. پس هدف پیش‌گیری سطح دوم، تشخیص و اقدام فوری و به موقع است تا عارضه‌ی ایجاد شده شدت نیابد.

۳- **پیش‌گیری سطح سوم (ثالث) :** هدف این است که اقداماتی به عمل آید تا در ضمن آن،

نه تنها اختلال، بازگشت نداشته باشد بلکه تمامی کمک‌ها به فرد داده شود تا او بتواند از توانایی‌های باقی‌مانده‌اش حداکثر استفاده را ببرد. به عبارت دیگر، در پیش‌گیری سطح سوم، تمام اقدامات و کمک‌های لازم به فرد و خانواده‌اش می‌شود تا بتواند از توانایی‌های بالقوه‌ی خود، در جهت استقلال فردی استفاده کند و برای خود، خانواده و اجتماعش فرد مفید و مؤثری باشد. مثلاً کودکی که در اثر یک بیماری عفونی و یا آسیب مغزی دچار عقب‌ماندگی ذهنی شده است، باید برایش اقدامات لازم آموزشی به عمل آید تا از توانایی‌های ذهنی باقی‌مانده‌اش به خوبی استفاده کند.

ب - درمان و انواع آن: بیماری‌های روانی نیز، هم‌چون بیماری‌های جسمانی، انواع مختلف دارد و هر بیماری درمان خاصی را می‌طلبد و دارای سبب‌شناسی خاص خود است. هم‌چنین درمان آن‌ها براساس نوع بیماری و تحت ضوابط خاصی اجرا می‌گردد. انواع درمان بیماری‌های روانی عبارت‌اند از:

۱- دارو درمانی

۲- روان‌درمانی

۳- محیط درمانی

۱- دارو درمانی: بعضی از بیماری‌های روانی، که شدت و وخامت بیش‌تری دارند یا نوع علامت بیماری آن‌ها به‌گونه‌ای است که با روش‌های غیردارویی بهبود نمی‌یابند، باید از دارو استفاده نمایند. از جمله در درمان افسردگی‌های شدید و اضطراب مزمن، از داروها استفاده کنند.

۲- روان‌درمانی: بعضی از بیماران را می‌توان با آموزش روش جدید زندگی کردن بهبود بخشید: در یکی از روش‌های روان‌درمانی می‌توان با ارائه‌ی توصیه‌های مستقیم، به بیمار آموخت که چگونه عادات غلط بیمارگونه‌ی خود را کنار بگذارد و عادات جدید را جانشین آن‌ها کند. به این روش درمانی «رفتار درمانی» می‌گویند. با این روش می‌توان انواع ترس‌های مرضی را از بین برد. رفتار درمانی انواع مختلف دارد. برای درمان هر بیماری با توجه به شناختی که روان‌درمانگر از شخصیت بیمار، ماهیت و وخامت بیماری دارد، شاخه‌ای از رفتار درمانی را انتخاب و اعمال می‌کند. در روش روان‌کاوی، که روش دیگری از روان‌درمانی است، با پی‌بردن به ضمیر ناخودآگاه فرد و بازگرداندن او به دوران کودکی‌اش به علت بیماری پی‌می‌برد. در این روش هدف این است که به بیمار در مورد علت بیماری‌اش بیش‌تر داده شود و سپس راه جدیدی در زندگی برای تطبیق و سازگاری بیش‌تر و مؤثرتر آموخته شود تا خود در اثر تجربه، مؤثر بودن آن‌ها را لمس نماید.

امروزه دیده شده است که روش‌های رفتاردرمانی سریع‌تر و مقرون‌به‌صرفه‌تر است تا روش‌های

روان‌کاوی. یکی دیگر از انواع «روان‌درمانی» روشی است به اسم شناخت‌درمانی، که به‌طور مثال برای افراد افسرده پیش‌نهاد می‌شود. به اعتقاد پاره‌ای از متخصصان، افراد افسرده در نتیجه‌ی تفکر منفی دچار افسردگی شده‌اند. به عبارت دیگر، چون درست فکر نکرده‌اند افسرده شده‌اند. براساس این اعتقاد باید طرز تفکر جدیدی را به افراد افسرده آموخت، چنان‌چه این بیماران بیاموزند که چگونه تفکر نمایند (تفکر منطقی - مثبت) دچار افسردگی نمی‌شوند. اگر خوب فکر کنند افسردگی از بین خواهد رفت. در این روش، نحوه‌ی تفکر منطقی و صحیح را به فرد افسرده می‌آموزند. در مورد اهمیت تفکر، حضرت علی (ع) می‌فرماید: «بهترین عبادت، به کار انداختن نیروی تفکر و تعقل است.»

در زمینه‌ی درمان بیماری‌های روانی کودکان می‌توان به رایج‌ترین نوع آن، یعنی بازی‌درمانی و گروه‌درمانی اشاره نمود.

بازی‌درمانی: گاهی اوقات، بعضی از کودکان مشکل‌دار نمی‌توانند به راحتی احساسات و عقاید خود را بیان نمایند. در این روش به کودک فرصتی داده می‌شود که اولاً به صورت آزاد به بازی بپردازد. ثانیاً، تضادهای عاطفی خود را به راحتی ضمن بازی عنوان نماید. برون‌ریزی عاطفی در این نوع درمان، نقش مهمی را بازی می‌نماید. کودکان ضمن بازی کردن ممکن است صحبت کنند و احساسات و عقاید خود را بروز دهند و یا این‌که عکس‌العمل‌های رفتاری خود را درباره‌ی اسباب‌بازی‌ها نشان دهند.

آنان هیجان‌های مهار شده، (مثل خشم، ترس، پرخاشگری) را هنگام بازی با اسباب‌بازی‌ها نشان می‌دهند. مثلاً ممکن است دختر کوچکی که به تازگی دارای خواهر کوچک‌تر از خود شده است، حالت خشم و عصبانیت خود را به صورت کشیدن موهای عروسک و یا جدانمودن دست و پاهای او نشان دهد. این روش بیش‌تر برای کودکان پیش‌دبستانی مورد استفاده قرار می‌گیرد تا کودکان سنین بالاتر.

گروه‌درمانی: برخی از کودکان مشکلاتی دارند که در جمع بهتر قابل حل است. بعضی از رفتارهای نابه‌هنجار کودکان، که در بین کودکان ابراز می‌شود و از طرف گروه مورد تأیید قرار نمی‌گیرد، در جمع اصلاح می‌شود. بعضی از کودکان خجالتی در گروه هم‌سالان خود فرصتی برای ابراز وجود پیدا می‌کنند و گاهی احساسات و هیجانات واپس‌زده شده‌ی در گروه، به طرف فرد خاصی جهت می‌یابد و ابراز می‌گردد. این برون‌ریزی عاطفی به یک تنش‌روانی و رفع اضطراب منتهی می‌گردد.

۳- محیط‌درمانی: گاهی برای درمان بیماری‌های روانی لازم است فرد در محیط زندگی خود، تغییراتی ایجاد کند. این در صورتی است که محیط او دارای عناصر آزاردهنده باشد و فرد با رفتن به محیط‌های تازه، دیدن مناظر زیبا و ملاقات افراد جدید بتواند بر خستگی روانی خود فائق آید. در بعضی از انواع افسردگی‌ها، اگر از این روش استفاده شود، فرد سازگاری بیشتری با محیط پیدا می‌کند. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، برای رفع علامت‌های هر بیماری، لازم است درمانگر ارزش‌یابی درستی از وضعیت شخصیتی بیمار داشته باشد. در درمان انواع بیماری‌ها روش‌های متفاوت اعمال می‌شود. از جمله در درمان بعضی افسردگی‌ها چنان‌چه شدید باشد از دارودرمانی و روان‌درمانی توأم استفاده می‌شود.

پس به‌طور کلی می‌توان گفت که به کمک دارودرمانی، روان‌درمانی و محیط‌درمانی می‌توان به بیماران روانی کمک نمود و روش بهتر و تطبیق یافته‌تری را در زندگی به آن‌ها آموخت. موارد زیر، از شرایطی است که باعث تسهیل درمان بیماری‌های روانی می‌گردد:

- ۱- مدت زیادی از شروع بیماری نگذشته باشد.
 - ۲- شخصیت بیمار، قبل از ابتلا نسبتاً سالم و ثابت بوده باشد.
 - ۳- انگیزه‌ی قوی برای بهبودی داشته باشد.
 - ۴- فعالیت و کوشش فرد برای برطرف نمودن بیماری زیاد باشد.
 - ۵- عوامل بیرونی در ایجاد بیماری تأثیر بیشتری داشته باشد تا عوامل درونی.
- ج- توان‌بخشی و انواع آن: هدف اصلی توان‌بخشی آن است که فرد درمان‌گر، ضمن اقدام در از بین بردن اختلالات روانی، رفتاری و شخصیتی باید توجه داشته باشد که توانمندی‌های از دست رفته‌ی فرد را به وی بازگرداند تا بیمار بتواند به‌طور مفید و مؤثر به زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی خود ادامه دهد و به محیط اجتماعی و شغلی خود بازگردد و حالت تطبیق یافته‌تر از قبل، داشته باشد.

در توان‌بخشی، مسئله‌ی کارآموزی اهمیت خاصی دارد. چنان‌چه فرد حرفه و شغلی ندارد باید حرفه‌ی مناسب با توان او را به او آموخت و او را وارد بازار کار و اجتماع نمود. انسان‌ها با اجرای کار و حرفه، احساس ارزشمندی و مفیدبودن بیشتری می‌نمایند و اعتمادبه‌نفس آن‌ها بیشتر می‌شوند. افرادی که بیماری آن‌ها منجر به معلولیت شده است، این معلولیت‌ها - اعم از جسمانی، روانی و ذهنی - نیاز به بازتوانی دارند. در این زمینه باید ابتدا نیازهای افراد را شناسایی کرد و سپس بنابه امکانات و وضع موجود، وضعیت مطلوب را در این بیماران ایجاد نمود.

در توان بخشی باید کلیه اقدامات و کمک ها به فرد اعمال گردد تا افراد از توانمندی های خود حداکثر استفاده را ببرند. لازم است از بعضی از بیماران در ابعاد حقوقی، شغلی و اجتماعی حمایت به عمل آید، زیرا خود آن ها ممکن است فاقد این توان باشند. مراقبت، آموزش و حمایت از خانواده ی فرد بیمار نیز اهمیت زیادی دارد. مددکاران اجتماعی نقش مهمی را در امر بازتوانی ایفا می نمایند. به طور مثال باید به خانه های این بیماران بروند و از نزدیک وضعیت و امکانات خانوادگی آن ها را مشاهده کنند و ارزش یابی درستی از کلیه نیازمندی های خانواده به عمل آورند. شواهد نشان داده است که هرگاه آموزش های درست و کمک های لازم در اختیار خانواده های این افراد قرار گیرد، بیماران سریع تر بهبود می یابند و سازگاری بهتر و بیش تری را در جامعه از خود نشان می دهند.

خودآزمایی فصل دوم

- ۱- بهداشت روانی با چه اهدافی به پیش گیری می پردازد؟
- ۲- عملکرد بهداشت روانی در چه زمینه اجرا می شود؟
- ۳- پیش گیری را تعریف کنید و برای هریک از انواع آن مثال بزنید.
- ۴- برنامه های آموزشی ای، که از طریق رسانه های گروهی مانند رادیو و تلویزیون و مطبوعات برای تأمین سلامت روان و پیش گیری بیماری های روانی صورت می پذیرد، مربوط به کدام یک از اهداف بهداشت روانی است؟
- ۵- انواع درمان را در بیماران روانی نام ببرید.
- ۶- روش رفتاردرمانی را توضیح دهید و برای آن مثال بزنید.
- ۷- هدف روش روان کاوی را بیان کنید.
- ۸- در چه شرایطی می توان از روش های درمانی استفاده بهتری برد؟
- ۹- هدف اصلی توان بخشی چیست؟ توضیح دهید.

سازگاری

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیرنده باید بتواند:

- ۱- سازگاری را تعریف کند.
- ۲- ناکامی و انواع آن را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.
- ۳- انواع تعارض و راه‌های مقابله با آن را بررسی کند.
- ۴- فشار روانی را توضیح دهد.
- ۵- عوامل مؤثر در مقاومت روانی را فهرست نماید.
- ۶- نقش مقاومت روانی در پیش‌گیری از اختلالات روانی را توضیح دهد.
- ۷- مکانیزم‌های دفاعی و انواع آن را تعریف کند.

تعریف سازگاری

سازگاری عبارت است از ایجاد تعادل و هماهنگی در رفتار خود با محیط، به گونه‌ای که ضمن حفظ تعادل روانی، در ارتباط با تغییرات و دگرگونی‌های محیط خویش نیز به تطابق مفید و سازنده دست یابیم. این تعادل و هماهنگی با محیط در حالت کلی «تطابق^۱» نامیده می‌شود.

پیاژه روان‌شناس سوئیسی، سازگاری را شامل دو فرایند می‌داند:

- ۱- همگون‌سازی^۲، یعنی تغییر شرایط محیطی برای ایجاد سازگاری و تعادل روانی
 - ۲- همسازی^۳، یعنی تغییر اندیشه و رفتار خود برای ایجاد تطابق با شرایط پیش‌آمده
- به عنوان مثال، دانش‌آموزی که در امتحان نمره‌ی خوبی نگرفته است، با بررسی علت آن، باید رفتار خود را تغییر دهد و با برنامه‌ریزی مناسب، افت درسی خود را جبران کند یا با همکاری والدین و با ایجاد آرامش در خانواده، زمینه را برای درس خواندن آماده سازد.
- انسان‌ها در برابر فشارهای روانی و مشکلات، واکنش‌ها و عکس‌العمل‌های متفاوت از خود

۱- Adaptation

۲- Assimilation

۳- Accommodation

نشان می‌دهند زیرا مقاومت‌شان یکسان نیست. بعضی مقاومت بالاتری دارند و بعضی دیگر مقاومت پایین‌تری دارند. «آستانه‌ی مقاومت» و هم‌چنین «زمینه»ی افراد با یکدیگر تفاوت دارد و عوامل مؤثر در مقاومت افراد نیز از این دو موضوع یعنی «آستانه مقاومت» و «زمینه» ناشی می‌شود. هر محرک یا انگیزه‌ای که سبب رفتار می‌شود باید از شدت لازم برخوردار باشد تا بتواند پاسخی را موجب گردد.

درجه‌ی شدت تحریک لازم را برای تحریک‌پذیری افراد، «آستانه‌ی مقاومت» می‌نامند. به مجموعه عوامل ارثی، مادرزادی، محیطی و اجتماعی «زمینه» گفته می‌شود. بنابراین، افراد عکس‌العمل‌های متفاوتی نشان می‌دهند و مقاومت‌های مختلفی دارند زیرا دارای آستانه‌ی مقاومت و زمینه‌ی گوناگونی هستند. به همین سبب است که برخی افراد در مقابل پاره‌ای از مسائل دارای عکس‌العمل شدید می‌شوند، در حالی که بعضی دیگر در مقابل همان مسائل عکس‌العمل حادّی از خود نشان نمی‌دهند. چنان‌چه فرد زمینه‌ی نامتزلزلی داشته باشد مقاومتش در برابر مشکلات پایین می‌آید و بیش از پیش در معرض ابتلا به اختلالات روانی قرار می‌گیرد.

عوامل مؤثر در سازگاری

در طول زندگی، سازگاری تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد. این عوامل عبارت‌اند از:

۱- ناکامی

۲- تعارض

۳- فشار روانی (استرس)

۱- ناکامی

تعریف: زمانی که انسان به موانعی برخورد کند که رسیدن او را به هدف غیرممکن سازد دچار حالت «ناکامی» می‌گردد. مثلاً دانش‌آموزی که نتواند در کنکور موفق شود دچار ناکامی می‌شود. گاهی اوقات این موانع، «درونی» و در پاره‌ای موارد، «بیرونی» هستند. عوامل درونی، مانند ترس، اضطراب و ... و عوامل بیرونی مانند استرس‌های محیطی، مرگ عزیزان، فقر و ... هستند.

افراد در مقابل ناکامی دچار خشم و پرخاشگری می‌شوند، که البته جهت این خشم، گاهی به طرف محیط و بیرون است، یعنی پرخاشگری را عملاً در محیط و نسبت به افراد نشان می‌دهند

و گاه خشم و پرخاشگری را متوجه درون خود می‌سازد، که در چنین مواردی فرد دچار حالت افسردگی می‌شود. بعضی افراد در مقابل ناملايمات تسليم می‌شوند. بعضی دیگر زمانی که در مقابل ناکامی قرار می‌گیرند کوشش می‌کنند تا راه حلی منطقی برای رفع مشکل خود بیابند و این بهترین روش ممکن برای رفع مانع و ناکامی است.

۲- تعارض

تعریف: در این حالت، شخص بین دو هدف یا دو انگیزه یا یک هدف مشترک به‌طور همزمان و با شدت یکسان قرار می‌گیرد، که ناچار باید یکی از آن دو را انتخاب نماید. به طوری که انتخاب هر یک او را از دیگری محروم می‌کند.

تعارض انواع مختلفی دارد و عبارت‌اند از:

تعارض مثبت - منفی (جاذب - دافع)

تعارض مثبت - مثبت (جاذب - جاذب)

تعارض منفی - منفی (دافع - دافع)

تعارض مثبت - منفی: یکی از دو انگیزه بار مثبت و دیگری بار منفی دارد و شخص در حالتی قرار می‌گیرد که رسیدن به یک هدف از یک سو برایش خوشایند و مطلوب است و از طرف دیگر ناخوشایند و نامطلوب. تعارض بین تمایلات درونی و اخلاقیات، غالباً شامل تعارض مثبت و منفی در فرد می‌شود. برای مثال، شخصی دوست دارد کاری را انجام دهد و برایش هم لذت دارد در عین حال می‌داند که اقدام به آن بار منفی نیز به همراه خواهد داشت. مثلاً دختری لباسی را بسیار دوست دارد و به خرید آن تمایل است ولی از طرف دیگر نگران وضع اقتصادی خانواده خویش است و می‌خواهد از خرید آن لباس اجتناب ورزد. این گونه تعارضات اگر بسیار شدت گیرد خود زمینه‌ای برای ایجاد اختلالات روانی می‌شود.

تعارض مثبت - مثبت: گاهی فرد بین دو انگیزه که هر دو مثبت است و برای فرد منفعتی را در پی دارد مجبور به انتخاب یکی است. از این رو دچار تعارض می‌گردد. مثلاً شخصی ممکن است در انتخاب بین دو هدف یکی رفتن به دانشگاه و دیگری اشتغال به کار مورد علاقه‌ی خود در حال حاضر و کسب درآمد، دچار تعارض گردد. این نوع تصمیمات معمولاً آگاهانه انجام می‌پذیرد و در ایجاد اختلال روانی نقش زیادی ندارد.

تعارض منفی - منفی: این گونه تعارض، بین دو انگیزه‌ی منفی صورت می‌گیرد. یعنی شخص مجبور به انتخاب یک انگیزه‌ی منفی از بین دو انگیزه‌ی منفی است. دو هدف که هر کدام

به نوعی برای فرد نامطلوب و مضر است و او باید سعی کند که گزینه‌ی کم‌ضرر را انتخاب نماید. مثلاً شخصی مجبور است بین بیکاری و یا شغل کم‌درآمد و نامطلوب یکی را برگزیند. یا فردی که دچار ترس از دندان‌پزشکی است یا باید مداوای دندان‌پزشکی را هرچند دردآور باشد تحمل نماید و یا این‌که ناراحتی‌های ناشی از درد دندان را بپذیرد. افرادی که بین دو انگیزه‌ی منفی قرار می‌گیرند دائم بین انتخاب یکی از آن دو تردید دارند و دچار حالت بلاتکلیفی می‌شوند.

به‌طور کلی، در مواردی که فرد دچار تعارض می‌شود، بهترین روش این است که او را تشویق به تصمیم‌گیری نماییم تا از تردید و نگرانی رها شود. برای این کار، باید زیان‌ها و فواید هر یک از انگیزه‌ها را مورد بررسی قرار دهد تا بتواند به صورت درست تصمیم‌گیری کند.

به عنوان مثال، دانش‌آموزی که در انتخاب بین دو رشته‌ی تحصیلی (تعارض مثبت - مثبت) دچار تعارض می‌شود، باید امتیازات و محدودیت‌های هر رشته را مشخص سازد و با توجه به علایق خود، رشته‌ای را، که امتیازات بیش‌تری دارد، انتخاب کند و اگر احساس کند که به تنهایی نمی‌تواند انتخاب کند، از یک فرد آگاه و مشاور کمک بگیرد.

در مورد ضرورت مشاوره، امام علی (ع) می‌فرماید: «پیش از تصمیم‌گیری مشورت کن و پیش از عمل، بیندیش»

۳- فشار روانی (استرس)

تعریف: هرگاه انسان در راه رسیدن به هدف خود دچار مانع شود و یا امنیت روانی او به خطر افتد، از حالت تعادل روانی خارج می‌شود و دچار فشار روانی می‌گردد. اصطلاحاً گفته می‌شود که فرد دچار استرس شده است. عاملی را که ایجاد فشار نموده است «عامل فشارزا» می‌نامند. بسیاری از دانشمندان و محققان بر این اعتقادند که تمامی بیماری‌های موجود در انسان، اعم از جسمانی و روانی از جهاتی با استرس ارتباط دارند.

انواع استرس: استرس‌ها را می‌توان به دو دسته تقسیم نمود:

۱- استرس‌های قابل پیش‌گیری (مانند شکست تحصیلی).

۲- استرس‌های غیرقابل پیش‌گیری (مانند مرگ عزیزان).

به عقیده‌ی هانس سلیه^۱، زمانی که انسان دچار فشارهای روانی می‌گردد، ترشحات هورمون‌های بخش قشری غده فوق‌کلیه (بر اثر تحریکات غده‌ی هیپوفیز مغز) زیاد می‌شود و در نتیجه، ضمن واکنش‌های فیزیولوژیک شدید، درجه مقاومت بدن پایین می‌آید و تعادل حیاتی بدن به هم می‌خورد

۱- Hans Selye - روان‌پزشک اتریشی الاصل مقیم کانادا، که پایه‌گذار پژوهش‌های علمی درباره‌ی استرس بود.

و اگر طولانی شود، منجر به بروز بیماری خواهد شد.

توماس هلمز^۱ در سال ۱۹۵۰ به این نتیجه رسید که انواع پاسخ‌ها در مقابل عوامل فشارزا از افراد بشر سرمی‌زند، ولی تنها عامل مشترک در ایجاد هر نوع استرس، ایجاد تغییر و تحول مهم در روند زندگی معمولی فرد است. یعنی آنچه که در تمام فشارها و استرس‌ها دیده می‌شود این است که مسیر عادی و روزمره‌ی زندگی فرد را از حالت طبیعی و عادی خارج می‌نماید. مثلاً بحث‌های نامطلوب می‌تواند تغییرات فیزیولوژیک ایجاد کند. دانشمندانی که در زمینه استرس مطالعه نموده‌اند، اعتقاد دارند آن‌گونه استرس‌هایی که تقریباً مداوم‌اند و مرتب تکرار می‌شوند اثر بیش‌تری بر روی فرد می‌گذارند تا وقایعی که به‌طور ناگهانی ایجاد می‌شوند و تکرار نمی‌گردند. البته این نکته را باید یادآور شویم که وقایع بزرگ و ناگهانی نیز خود باعث یک سلسله عوارض ناخوشایند خواهند گردید. مثلاً طلاق معمولاً با یک سلسله عوارض جسمی و روحی همراه است. بیکاری، از دست دادن شغل، که سبب تغییرات تدریجی اجتماعی - روانی - خانوادگی می‌شوند. منبع اساسی فشار تلقی می‌گردند.

آنچه بیش‌تر از وجود عوامل استرس‌زا در زندگی اهمیت دارد، نحوه‌ی برخورد افراد با عوامل استرس‌زاست. تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که بعضی از گروه‌ها سالم‌تر زندگی کرده و طول عمر بیش‌تری داشته‌اند. از آن‌جمله‌اند گروه‌های مذهبی و کسانی که دارای اعتقادات قوی دینی هستند. هم‌چنین کسانی که در زندگی موفقیت‌هایی داشته‌اند و رضایت شخصی در آن‌ها ایجاد گردیده است.

امروزه اعتقاد بر این است که بعضی از استرس‌ها و فشارهای روانی را می‌توان پیش‌گیری کرد. مثلاً با برنامه‌ریزی صحیح می‌توان از شکست تحصیلی جلوگیری نمود. البته پاره‌ای از استرس‌ها را نمی‌توان از محیط دور نمود، مانند مرگ عزیزان و دوستان که یک فشار روانی برای افراد محسوب می‌گردد و اجتناب‌ناپذیر است و باید مقاومت‌سازی صورت گیرد. شخصیت‌های محکم و مقاوم باید تربیت شوند تا در برابر فشارها و معضلات، از هم پاشیدگی شخصیت برایشان پیش نیاید. روش‌هایی در خانواده و در اجتماع باید وجود داشته باشد که انسان‌ها با توسل به آن روش‌ها خود را مقاوم سازند. مثلاً داشتن اعتقادات مذهبی قوی، مقاومت انسان را بالا می‌برد. افرادی که اعتقادات مذهبی قوی دارند علت هر رفتار و پدیده‌ای را از طریق مذهب خود جست‌وجو می‌نمایند. این‌ها دعای خواجه‌عبدالله انصاری را باور دارند که می‌گوید: «الهی مرا آن ده، که آن به» و حافظ

۱ - Thomas Holmes - روان‌پزشک (کتاب بهداشت روانی، دکتر سعید شاملو)

نیز آن را این گونه بیان می‌کند :
وصال او ز عمر جاودان به خداوندا مرا آن ده که آن به

نقش مقاومت روانی در پیش‌گیری از اختلالات روانی

به عقیده‌ی بسیاری از روان‌شناسان، عواملی باید در شخص وجود داشته باشد تا او بتواند در مقابل مشکلات و استرس‌ها مقاومت کند و به اختلالات روانی مبتلا نگردد. این عوامل عبارت‌اند از :

- ۱- ایمان به خدا و داشتن اعتقادات دینی قوی ؛
- ۲- تسلط داشتن به زندگی خود، ضمن رعایت معیارهای اخلاقی و اجتماعی ؛
- ۳- داشتن حمایت‌های خانوادگی - اجتماعی ؛
- ۴- انعطاف‌پذیری (استفاده از نظریات و تجربیات مفید دیگران) ؛
- ۵- امیدواری ؛
- ۶- داشتن هدف ؛
- ۷- داشتن اوقات فراغت مناسب ؛
- ۸- فعال بودن و کار کردن.

خانواده در شکل‌گیری احساس امنیت در افراد نقش بسیار مهمی را بازی می‌کند. خانواده‌هایی که نزدیکی، دوستی و صمیمیت اساس آن را تشکیل می‌دهد، از عوامل مهم مصون‌سازی افراد برابر فشارها و ناملایمات محسوب می‌شوند. به‌طور خلاصه می‌توان گفت هر فردی باید مشکلات خود را برحسب خصوصیات شخصیتی و محیطی خود حل کند و آگاهی از نحوه‌ی تأثیر استرس بر روان و تن است که هر فرد را در جلوگیری از استرس یا رفع آن مجهز می‌کند.

تعریف مکانیزم‌های دفاعی : زمانی که انسان در مقابل محرومیت‌ها و ناکامی‌ها قرار می‌گیرد معمولاً سه راه در پیش دارد که به بیمودن آن‌ها مبادرت می‌ورزد :

- ۱- پرخاشگری و حمله
 - ۲- ترس و فرار
 - ۳- پیدا کردن راه حل منطقی
- گاهی هیچ یک از این راه‌حل‌ها ممکن نیست و فرد فقط یک پاسخ احساسی و نه منطقی نسبت به موقعیت ناکام کننده نشان می‌دهد. این پاسخ‌های احساسی «مکانیزم‌های دفاعی» نامیده

می‌شوند.

مکانیزم‌های دفاعی پاسخ‌هایی هستند در جهت ارضای غیرمستقیم احتیاجات یا کاستن اضطراب، که به‌طور ناخودآگاه صورت می‌پذیرند. این مکانیزم‌ها انسان را به‌طور موقت در مقابل محیط نامساعد حفاظت می‌کنند.

همه‌ی افراد به‌طور ناخودآگاه از مکانیزم‌های دفاعی یا مکانیزم‌های سازگاری استفاده می‌کنند. لیکن افراط در این رفتارها ممکن است به ناراحتی‌های روانی منجر گردد. مانند افرادی که از مقابله‌ی منطقی با مسائل عاجزند و برای توجیه هر رفتار خود، ناخودآگاه متوسل به یکی از مکانیزم‌های دفاعی می‌شوند، عکس‌العمل‌های شدید احساسی از خود بروز می‌دهند. به عبارت دیگر افرادی که دارای مشکلات روانی شده‌اند قادر به ارائه‌ی عکس‌العمل‌های منطقی نیستند.

انواع مکانیزم‌های دفاعی

۱- فرافکنی^۱

۲- انکار^۲

۳- بازگشت^۳

۴- جابه‌جایی^۴

۵- دلیل‌تراشی^۵

۶- تصعید^۶ (والایش)

۱- **فرافکنی**: مکانیزم دفاعی فرافکنی یا برون‌فکنی عبارت است از نادیده گرفتن بعضی خصوصیات، حالات، صفات و یا تمایلات نامطلوب در خود و نسبت دادن آن به دیگران، که البته این عمل به‌طور ناخودآگاه صورت می‌پذیرد.

مثلاً نوجوانی که پدر خود را دوست ندارد، می‌گوید که پدر مرا دوست ندارد. در واقع می‌توان گفت که شخص با نسبت دادن احساسات درونی خود به دیگران خود را از داشتن آن احساسات منفی مبرا می‌سازد.

۲- **انکار**: نوعی مکانیزم دفاعی است که در آن شخص به‌طور ناخودآگاه سعی در انکار واقعیت نامطلوب موجود دارد. او سعی می‌کند موقعیت نامساعد و وضعیتی را که باعث ناراحتی و اضطراب خود شده است به‌طور کلی نفی نماید. انکار به معنی نفی واقعیت نامطلوب درونی یا بیرونی

۱- Projection

۲- Denial

۳- Regression

۴- Displacement

۵- Rationalization

۶- Sublimation

است. مثلاً فردی که از خشم خود نگران است و نمی‌تواند آن را تحمل و یا قبول کند، وجود خشم را منکر می‌شود. انکار ممکن است مربوط به واقعیت بیرون نیز باشد، مثلاً وقتی فرد عزیزی را در اثر مرگ از دست داده و می‌گوید «او نمرده است، او زنده است». انکار، کوششی است برای کاستن تأثیر عوامل آزاردهنده‌ی گذشته، حال و یا آینده.

۳- بازگشت: بازگشت یا رجعت، به معنای عقب‌نشینی از مشکلات زندگی است، ضمن بازگشت به مراحل اولیه و ساده‌تر رفتار و یا متوسل شدن به رفتارهایی که فرد در گذشته داشته است. چنین فردی معتقد است که قادر به حل مشکلات موجود نیست و چون دوران کودکی خود را موفق‌تر و شاداب‌تر می‌داند به آن دوران رجوع می‌کند و رفتار و طرز تفکری را پیش می‌گیرد که مربوط به دوران گذشته‌ی خود اوست. مثلاً کودکی که پس از به دنیا آمدن خواهر یا برادرش دچار شب‌اداری می‌شود و یا این که دوست دارد او هم از شیشه شیر بخورد (مانند نوزاد).

البته گفتنی است که تمایل به بازگشت ممکن است در هر فردی موجود باشد. معمولاً خاطرات شیرین در ذهن افراد باقی می‌ماند و تمایل دارند خاطرات گذشته‌ی خود را بازبایی کنند. فردی که بیش از حد از مکانیزم بازگشت استفاده می‌کند معمولاً شخصی درون‌گراست و حس اعتماد به نفس در او کم است. چنین افرادی تمایلی به فراگرفتن تجارب جدید ندارند و سعی می‌کنند از روبرو شدن با موفقیت‌های نو خودداری نمایند. فردی که در استفاده از این مکانیزم افراط می‌کند دائماً به گذشته می‌اندیشد و از آینده به سختی می‌هراسد. در موارد بسیار حاد، فرد بازگشت را تنها راه حل مشکلات می‌داند. در نتیجه به تدریج تماس خود را با زندگی واقعی کم می‌کند و به عالم گذشته، به خصوص دوران کودکی، پناه می‌برد که این خود نوعی بیماری روانی را برای فرد به بار می‌آورد.

۴- جابه‌جایی: جابه‌جایی عبارت است از تغییر جهت یک احساس از یک موضوع ناراحت‌کننده (منبع ایجادکننده‌ی آن احساس) به یک موضوع امن و قابل قبول. زمانی که فرد ناراحت شده، در یک موقعیت اضطراب‌آور قرار می‌گیرد و نمی‌تواند احساس خود را در آن موقعیت تخلیه نماید. این احساس در او باقی می‌ماند و در جای دیگر وقتی فرصتی را برای تخلیه‌ی مناسب می‌بیند آن احساس را از خود بروز می‌دهد. مثلاً کودکی که تحت فشار و ظلم خانواده قرار گرفته است، به خواهران، برادران و یا کودکان کوچک‌تر زور می‌گوید و به آن‌ها ظلم می‌کند و آن‌ها را تحت شکنجه و آزار قرار می‌دهد. غالباً احساسی که در جابه‌جایی وجود دارد عناد و خشم است و این احساس عناد و خشم یا در واکنش‌های ظاهری شخص، یا در تخیل یا در طرز فکر و برخورد

عاطفی فرد با دیگران پدید می‌آید.

۵- دلیل تراشی: هرگاه فردی در زندگی به خواسته، آرزو و هدف خود نرسد و از این بابت احساس ناراحتی داشته باشد ممکن است برای تخفیف و کاهش اضطراب خود به بهانه‌جویی دست بزند و دلایل غیرمنطقی را منطقی جلوه دهد و به این طریق در خود آرامشی ایجاد نماید. مصداق این ضرب‌المثل معروف فارسی است که می‌گوید «گر به دستش به گوشت نمی‌رسد می‌گوید بو می‌دهد». گاهی اوقات شخص به آرزوی خود نرسیده و با شکست مواجه شده است، ولی نتیجه‌ی آن را شیرین می‌داند. مثلاً گاهی دانش‌آموزی که به دانشگاه راه نمی‌یابد، می‌گوید «دانشگاه هم به آدم چیزی را نمی‌آموزد» و یا پسری که از دختری خواستگاری می‌کند و جواب رد می‌شنود می‌گوید «در اصل آن دختر به درد زندگی با من نمی‌خورد». به‌طور خلاصه افراد سعی می‌کنند با دلیل تراشی شکست‌ها و ناکامی‌های خود را در نظر خود و دیگران موجه جلوه دهند.

۶- تصعید (والایش): گاهی، فرد برای ارضای خواسته‌های محروم مانده‌اش، از راه‌های اجتماع‌پسند و معقول استفاده می‌کند. جبران مثبت محرومیت‌های شدید زندگی به کمک اعمال اجتماع‌پسند را «تصعید» می‌نامند. مثلاً گاهی شخص محرومیت کشیده قسمت زیادی از وقت خود را صرف پیشرفت و کسب موفقیت می‌کند تا از فشارهای روانی فرار کند. این فرد می‌تواند هیجان و تنش روانی خود را با کار بکاهد و از راه فعالیت‌های مطلوب و مثبت برای سازگاری و جبران محرومیت‌ها اقدام کند و با این که به خلق آثار هنری بپردازد.

بسیاری از افراد بزرگ و برجسته، به منظور جبران کمبودهای جسمی و روانی خود با پشتکار و با استفاده از هوش و توانمندی ذهنی خود توانسته‌اند بشریت را از مصیبت‌ها و بلاهای عظیم رهایی بخشند. گاهی تصعید یا والایش را مکانیزم دفاعی محرومیت‌ها تلقی نمی‌کنند بلکه گفته می‌شود که افراد بالغ و باهوش این روش مطلوب را برمی‌گزینند و بدان عمل می‌نمایند.

به‌طور خلاصه می‌توان چنین نتیجه گرفت که بهترین روش پاسخ‌دهی به فشارهای روانی و مشکلات زندگی آن است که پاسخی منطقی ارائه نماییم. گاهی اوقات به دلیل شرایط محیطی خاص و یا برآورده نشدن نیازهای فردی، تعادل و آرامش روانی فرد دست‌خوش تغییراتی می‌گردد و او قادر به ارائه‌ی پاسخ‌های منطقی نیست. در چنین حالتی افراد ممکن است پاسخ‌های احساسی از خود بروز دهند. این پاسخ‌های احساسی را «مکانیزم‌های دفاعی» یا «مکانیزم‌های سازگاری» می‌گویند. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، این مکانیزم‌ها در همه‌ی افراد دیده می‌شود ولی افراط در استفاده از این مکانیزم‌ها افراد را از حالت عادی و طبیعی خارج و از واقعیات زندگی دور می‌کند.

دانش‌آموزان به گروه‌های ۶-۵ نفری تقسیم می‌شوند و هر گروه یکی از انواع تعارض را با ذکر یک مثال، مورد بررسی قرار می‌دهد و نتیجه را در کلاس ارائه می‌کند.

خودآزمایی فصل سوم

- ۱- سازگاری چیست و تحت تأثیر چه عواملی قرار می‌گیرد؟
- ۲- چرا انسان‌ها در مقابل مشکلات، عکس‌العمل‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند؟
- ۳- انواع استرس و راه‌های مقابله با آن را بیان نمایید.
- ۴- مکانیزم‌های دفاعی را تعریف کنید و انواع آن را نام ببرید.
- ۵- نمونه‌هایی از مکانیزم‌های دفاعی در زندگی روزمره را برشمارید (به غیر از مثال‌های کتاب).
- ۶- چرا بعضی از متخصصان، مکانیزم دفاعی تصعید را یک مکانیزم دفاعی محرومیت‌زا تلقی نمی‌کنند؟