

بهداشت خانواده

✓ بهداشت روانی

✓ کلیات بهداشت روانی

اصول بهداشت روانی

سلامت جسم و روان

معیارهای سنجش رفتار نابهنجار

تاریخچه بهداشت روانی

بهداشت روانی شاخه‌ای از بهداشت عمومی است که در درجه اول به پیشگیری از وقوع بیماری و در درجه دوم به تشخیص به موقع بیماری‌ها، اقدام فوری برای درمان آنها و در نهایت به یاری فرد می‌پردازد تا از توانمندی‌های باقی مانده او 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 می‌تواند توضیح داده

شود و راه‌های پیشگیری آن اعمال گردد. 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 زمینه ابتلاء به آن قبل از تولد یعنی در دوران جنینی و یا دوران اولیه زندگی بعد از تولد شروع می‌شود و همچنین عوامل روانی، فضا و جو روانی حاکم در خانواده و نحوه برخورد والدین با فرزندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که 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 شکوفائی استعدادهای بالقوه

خویش.

اصول بهداشت روانی

✓ 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 متنفر

بوده، برای خود ارزشی قائل نباشند، نشان غیرعادی بودن آنها است. اینکه آیا

فردی خود را دوست دارد؟ آیا به خود احترام می‌گذارد؟ و آیا فکر می‌کند که مردم او را دوست دارند یا خیر، نشان‌دهنده عواطف، احساسات و طرز سازش فرد با محیط است. بدبینی، بدگمانی، سوءظن به دیگران، نداشتن وسعت واقعی، اعتماد نداشتن به دیگران و ارزش قائل نشدن برای خود، از ویژگی‌های فرد غیرطبیعی می‌باشد.

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 اصل در زندگی هر فردی می‌تواند به خود و افراد جامعه کمک فراوانی بنماید. تنها در صورتی که فرد خود را دوست داشته باشد و به دیگران احترام بگذارد قادر خواهد بود که دیگران را نیز دوست بدارد و به آنها احترام بگذارد. افرادی که مرتب دیگران را تحقیر می‌نمایند و دیگران را دوست ندارند بدین معنی است که در واقع خود را دوست ندارند.

شناخت محدودیت‌ها و توانائی‌ها در خود و افراد دیگر

هر فرد سالم باید محدودیت‌های جسمی و روانی خود را بشناسد و بپذیرد. او ضمن اینکه توانائی‌های خود را شناخته و از آنها بهره می‌گیرد

سعی می‌نماید تا محدودیت‌های خود را خالی از هرگونه تعصبی بشناسد و در صدد رفع آنها در حد امکان برآید.

مثلاً اگر شخصی از اعتماد به نفس پائینی برخوردار است، می‌تواند با

کشف استعدادها و توانمندی‌های خود آنها را رشد داده، در صدد کسب موفقیت برآید و در پی کسب موفقیت، اعتماد به نفس او نیز بالاتر خواهد رفت. البته فردی که دارای محدودیت‌های جسمانی باشد باید واقعیت وجودی خود را قبول کرده، زندگی عادی خود را ادامه دهد. لازم به ذکر است که همه افراد دارای محدودیت‌هایی هستند که با شناخت هر چه بهتر آنها می‌توانند در جهت رفع، کاهش، جبران و یا پذیرش آن اقدام نمایند.

پی بردن 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 می‌باشد ولی می‌تواند عللی همچون یادگیری، تجربیات ترسناک دوران قبل و یا تقلید داشته باشد و یا فردی که رفتار پرخاشگرانه دارد، این رفتار می‌تواند عللی همچون ناکامی، یادگیری، تقلید و یا عدم تعادل هورمونی در بدن داشته باشد.

توجه به تمامیت وجود هر فرد

رفتار هر فرد تابع وضعیت جسمانی و روانی او است. مسائل جسمی بر روان انسان و مسائل روانی بر جسم او تأثیر می‌گذارد. مثلاً زمانی که انسان از درد جسمانی رنج می‌برد نمی‌تواند بشآش و با نشاط باشد و همچنین زمانی که دچار خستگی روانی است نمی‌تواند اعمال جسمانی را به خوبی انجام دهد.

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 و روانی توأمأ ضروری است.

شناسائی نیازها و انگیزه‌های مسبب رفتار انسان

بهداشت روانی بر این اصول استوار است که نیازهای هر فرد در هر مقطع سنی باید شناخته شده، به موقع ارضاء گردد. احتیاجات افراد بشر به دو دسته تقسیم می‌شوند: احتیاجات جسمانی و احتیاجات روانی.

احتیاجات جسمانی شامل احتیاج به غذا، آب و استراحت است.

احتیاجات روانی مانند نیاز به امنیت روانی، نیاز به پیشرفت، نیاز به محبت، نیاز به مورد تأیید قرار گرفتن و غیره. انسان دائماً تحت تأثیر این نیازها است و رفتار او براساس ارضاء و یا محرومیت از نیازهای او تبیین می‌گردد.

انسان به‌طور دائم 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 در این راستا واقعیات را در نظر گرفته و بیشتر از اندازه توقع نداشته باشد.

سلامت جسم و روان

✓ سلامت روانی

رفتار انسان تابع تمامیت وجود او است. 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 نشان‌های بیماری روانی بتواند از 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 تأمین رفاه (منظور از رفاه کامل وضعیت مطلوب جسمانی -

روانی و اجتماعی است) کامل جسمی- روانی، اجتماعی و نه فقط نبودن

بیماری و نقص عضو."

اهمیت سلامت روانی

سلامتی جسم و روان از این نظر حائز 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 همراه هستند عوامل به وجود آورنده بیماری جسمانی و یا تشدیدکننده تظاهرات این بیماری‌ها می‌باشند.

با به خطر افتادن سلامتی جسمانی واکنش‌های روانی نیز در افراد به وجود می‌آید. مثلاً بیماری‌های مزمن جسمانی، بیماری قلبی، بیماری‌های درازمدت و محدودکننده‌ای را برای فرد ایجاد می‌کند، تبعات منفی رفتاری را به دنبال دارد. همچنین مشکلات روانی می‌تواند تبعاتی به صورت بیماری شبه جسمانی (Somato-Form)، (مانند کسی که از شدت فشارهای روانی قدرت تکلم خود را از دست می‌دهد) و یا دچار بیماری‌های روان-تنی (Psycho-Somatic)، (مانند زخم معده و فشار خون عصبی). داشته باشد. بنابراین سلامت جسم و روان از لحاظ بروز رفتارهای عادی و طبیعی، رفتارهای منطبق با ملاک‌های اجتماعی بسیار حائز اهمیت است.

معیارهای سنجش رفتار نابهنجار

ممکن است عامه مردم، کسی را غیرعادی (نابهنجار) بدانند که از حیث

رفتار، تفکر و عواطف عجیب و غیرمعمول باشد 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، ادراکی، انگیزشی یا حسی و حرکتی تفاوت‌هایی را با افراد عادی نشان دهد.

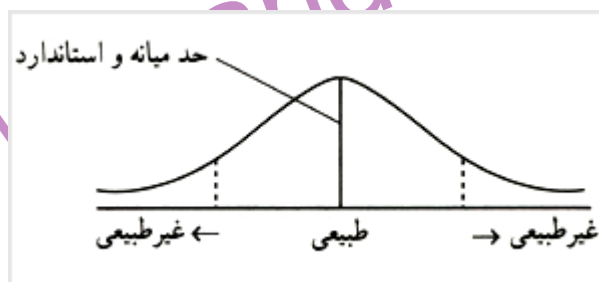
یک رفتار غیرعادی می‌تواند در اثر عوامل ارثی، عضوی و یا عوامل دیگری مانند عوامل اجتماعی، فرهنگی، عقلی و عاطفی به وجود آید.

در سال‌های اخیر روانشناسان و روان‌پزشکان سعی نموده‌اند که معیارهای خاص علمی را برای متمایز نمودن رفتار عادی (بهنجار) از رفتار غیرعادی (نابهنجار) تعیین نمایند. ملاک‌های تعیین شده به قرار زیر می‌باشند:

۱. 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 نمائیم که توزیع فراوانی در اکثر موارد روی قسمت وسط منحنی قرار گیرد و تعداد کمی در دو طرف منحنی قرار می‌گیرند غیرطبیعی محسوب می‌شوند. اغلب آزمون‌های روانی به خصوص آزمون‌های عینی (منظور از آزمون‌های عینی، آزمون‌های پرسشنامه‌ای است) 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 برروی 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 نقطه هستند غیرعادی تلقی می‌شوند. چنانکه در شکل زیر ملاحظه می‌شود.



«البته این تعریف به تنهایی نواقصی دارد و یک تعریف کامل از رفتار غیرعادی نیست.»

تغییر رفتار از بهنجار به نابهنجار تدریجی است پس نمی‌توان مرز

کاملاً مشخصی بین این دو قائل شد.

۲. ملاک فردی:

یکی از معیارهای تشخیص رفتار غیرعادی پی بردن به قضاوت فرد در مورد احساس درونی خود او است. در ملاک فردی ذهنیت فرد بیمار مورد توجه قرار می‌گیرد که کافی نیست و باید ملاک‌های عینی را در تشخیص رفتار غیرعادی در نظر گرفت.

مانند زمانی که فرد رفتارهای خود را کاملاً قبول دارد و عادی می‌پندارد در حالی که تظاهرات آن از دیدگاه افراد دیگر غیرعادی است و یا می‌توان به گوشه‌گیری و انزواء افراطی اشاره کرد که گرچه فرد خود را عادی می‌داند ولی مسلماً رفتار او نشان‌دهنده رفتار غیرعادی می‌باشد.

۳. ملاک اجتماعی:

انسان موجودی اجتماعی است که باید رفتار او مطابق با موازین، سنت‌ها و انتظارات جامعه باشد. البته این معیار نیز محدودیت‌هایی دارد و یکی از محدودیت‌های آن نسبی بودن آن می‌باشد. مثلاً رفتاری ممکن است در یک جامعه عادی تلقی شود در صورتی که در جامعه دیگر غیرعادی باشد.

به‌طور کلی براساس هیچ معیار واحدی به‌طور مطلق نمی‌توان نابهنجاری را تعریف نمود و هر یک از معیارهای محدودیت‌هایی دارد. البته در

مورد نابهنجاری‌های شدید روانی هر یک از ملاک‌های آماری، بالینی و اجتماعی را می‌توان به‌کار برد. شخص بیمار از هر سه جهت نارسائی‌هایی دارد او معمولاً از نظر آماری از میانگین جمعیت کل دور است، اغلب احساس می‌کند که خوشحال و سلامت نیست و غالباً با اجتماع خود ناسازگار 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 درباره اینکه رفتار یک کودک منطبق با شرایط و وضعیت رشدی او می‌باشد یا خیر، نکات چندی را باید در نظر داشت. **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 نمائیم ممکن است غیرطبیعی تلقی بشود. بسیاری از کودکان تا سن پنج‌سالگی گهگاهی ممکن است رفتارهایی از خود نشان دهند که غیرطبیعی جلوه نماید مانند بهانه‌جوئی ولی بعد از پنج‌سالگی آن رفتارها

کاملاً از بین می‌رود و فقط در صورتی که آن رفتارها ادامه پیدا کند و پایدار باقی بماند غیرطبیعی محسوب می‌گردد.

جنس

در دوران کودکی، به خصوص در دوران اولیه کودکی، ممکن است بعضی از دختران رفتارهای پسرانه و بعضی از پسران رفتارهای دخترانه از خود بروز دهند که این رفتارها پایدار نیست. البته بسیار نادر است مواردی که یک پسر تمام خصوصیات دخترانه و یا یک دختر تمام خصوصیات پسرانه را از خود نشان دهد. البته این مسائل زمانی اهمیت پیدا می‌کند که اولاً تکرار شوند و در ثانی ملاک‌های دیگر رفتارهای غیرعادی کوکان را نیز شامل شوند.

تدام یک رفتار غیرعادی

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

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 به‌نظر نمی‌رسد. مثلاً اغلب کودکان در شروع مدرسه کمی اضطراب دارند. این اضطراب غیرطبیعی نیست و یا اینکه بسیاری از کودکان پس از به دنیا آمدن خواهر و یا برادر کوچکتر خود، رفتارهای بازگشتی (منظور از رفتارهای بازگشتی رفتارهایی است که مناسب سن خود

آنها نیست بلکه متعلق به سنین پائین تر باشد) از خود بروز می دهند. این نوع

رفتارها، نابهنجار تلقی نمی گردد.

www.kandoocn.com

www.kandoocn.com

www.kandoocn.com

www.kandoocn.com

مجموعه عوامل فرهنگی - اجتماعی

رفتار کودک به طور مطلق عادی و غیرعادی نیست بلکه این رفتار

براساس معیارهای فرهنگی، اجتماعی و محیطی که در آن زندگی می کنند مورد

ارزیابی قرار می گیرد. منظور این است از آنجا که ملاکها و ارزشهای

اجتماعی تعیین کننده رفتار طبیعی و غیرطبیعی نیز می باشند و با توجه به اینکه

ارزشهای اجتماعی در جوامع مختلف ممکن است متفاوت باشد. از این رو، یک

رفتار ممکن است در یک جامعه و فرهنگ، طبیعی و در جامعه و فرهنگ دیگر،

غیرطبیعی تلقی شود. (مثلاً نحوه پوشش، آداب غذا خوردن).

دامنه اختلال

همیشه مجموعه علائم و نشانه های غیرعادی از اهمیت بیشتری

برخوردار هستند تا یک علامت. در بین کودکان علامت های واحد شایع تر از

مجموعه علامت ها هستند. معمولاً رفتارهای نابهنجار و یا بیماری های روانی،

دامنه وسیع تری را که شامل چند علامت باشد در برمی گیرد.

(مثلاً کم اشتهائی و یا کم خوابی به تنهایی نمی تواند معرف یک اختلال

روانی باشد مگر اینکه با علامت های دیگر نیز همراه شود).

نوع نشانه و یا علامت رفتاری

ماهیت و نوع علامت و نشانه، تا اندازه‌ای تعیین کننده آن می باشد. تحقیقات نشان داده است که بعضی از نشانه‌های دیده شده در بین کودکان نشان دهنده یک اختلال روان شناختی در کودک است در حالی که بعضی از رفتارهای دیگر از چنین وخامتی برخوردار نیستند. مثلاً ناخن جویدن در کودکان یک عادت غلط است که در هنگام هیجان شکل می گیرد و از وخامت کمتری برخوردار است ولی عدم ارتباط با همسالان و یا داشتن ارتباط آشفته و مختل با دیگران و یا توهم و هذیان، حاکی از یک اختلال روانی عمیق می باشد.

شدت و تکرار یک علامت رفتاری

یک رفتار غیرعادی هرچه بیشتر تکرار شود و هرچه از شدت بیشتری برخوردار باشد حاکی از عمق نابهنجار بودن آن است. در حالی که رفتارهای گهگاهی هرچند اهمیت دارند، با این همه از وخامت کمتری برخوردار می باشند.

معمولاً رفتارهای نابهنجار، غیرعادی و بیمارگونه برای کودک محدودیت اجتماعی تولید می‌نمایند و در رشد عادی آنها مداخله دارند و در ارتباط متقابل کودک با دیگران تأثیر می‌گذرانند و در عین حال، خود کودک نیز از حالات خود رنج می‌برد.

www.kandoocn.com

www.kandoocn.com

www.kandoocn.com

www.kandoocn.com

تاریخچه بهداشت روانی

توجه به دوران ماقبل تاریخ، توجه بشر را به خصوصیات غیرعادی و

کوشش برای پیشگیری و برطرف کردن این نابهنجار نشان می دهد. انسان همیشه در مورد خود و پدیده های اطراف او کنجکاوی نشان می داده است.

شباهت رفتارها و همچنین تفاوت رفتارهای موجود در بین انسان، او را وادار به تفکر می نموده و سؤالاتی را در ذهن او ایجاد کرده است. از جمله اینکه آیا این حالات مشاهده شده بیماری است؟ علت یا علل این رفتارها چیست؟ آیا به

افراد بیمار می توان کمک نمود؟ و آیا راه های پیشگیری از مبتلا شدن به این حالات وجود دارد؟

شواهد نشان می دهد که در دوران ابتدائی، انسان ها تفاوتی بین

بیماری های جسمانی و روانی قائل نبودند و تمام اختلالات را به ماوراءالطبیعه و همچنین ارواح شیطانی نسبت می دادند. در آن زمان با بیماران روانی به طور

بسیار وحشیانه و خشن رفتار می شد و آنها را مورد شکنجه و آزاد قرار

می دادند و تصور می کردند که با انجام این اعمال، ارواح پلید و شیطانی از بدن

آنها خارج می شود و رفتار غیرعادی آنها برطرف خواهد شد. داستان ها 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 ابتدائی جدا شد. در این دوران کشفیات، نظریات و پیشرفت‌های علمی ابتدا در یونان و سپس در رم جریان گرفت. سرآغاز این فعالیت‌ها به دست بقراط پدر علم پزشکی صورت گرفته است. او بنیانگذار واقعی روش‌های به‌خصوص به آسیب مغزی و تغییرات هورمونی بدن در رابطه با بیماری‌های روانی اشاره داشت. 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 غیر منطقی در انسان اشاره داشت و معتقد بود هر زمان که دوران غیرمنطقی انسان حاکم شود رفتارهای او غیرعادی خواهد شد. پس از افلاطون افراد دیگری پیدا شدند که در مورد ماهیت رفتارهای غیر عادی دلایلی را ذکر نمودند و رفتارهای غیرعادی را طبقه‌بندی کردند و روش‌های خشن برخوردار با بیماران روانی را تغییر دادند و روش انسان‌دوستانه را در برخورد با بیماران پیشنهاد نمودند. در سال‌های بین ۳۰ تا ۹۰ بعد از میلاد مسیح، پزشکی به نام اریتاعوس در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی ابتکارات زیادی ارائه کرد و بین بیماری‌های روانی مختلف تفاوت قائل شد. اگرچه تفکرات

خرافی تا اواخر قرن ۱۸ ادامه پیدا کرد ولی قرن ۱۶ نقطه شروعی برای تضعیف چنین تفکراتی به حساب می آید.

آغاز قرن شانزدهم که دوره رنسانس نامگذاری شده است نهضت

علمی مخالف جریان های خرافی به وجود آمد و افرادی مانند مونتین

(Montaigne)، و وایون (Vives)، به وجود ضمیر ناخود آگاه پی بردند و

کوشیدند به جامعه خود بفهمانند که بیماران روانی مانند بیماران جسمانی باید

به طور انفرادی و با روش های انسانی مورد مداوا قرار بگیرند.

بعد از رنسانس در عصر جدید قرار می گیریم که خود دو دوره مهم را در

بردارد: **۱. دوره ارگانیک از قرن شانزدهم به بعد:**

با پیشرفت چشمگیری که در رشته آناتومی و فیزیولوژی رخ داد علت

بیماری های روانی ناشی از بیماری های جسمانی شناخته شد. یکی از

پیشگامان این مکتب ارگانیک امیل کراپلین (Emil Krapline)، بود که معتقد

بود علت بیماری های روانی، بیماری های جسمانی هستند که ریشه در مغز

دارند. در این تعریف، اینکه بیمار چگونه احساس می کند، چگونه فکر می کند،

چه نگرانی هائی دارد و چه عوامل محیطی و خانوادگی در او اثر داشته باشد،

مورد توجه قرار نمی گیرد.

۲. دوره روان‌شناختی از حدود سال ۱۸۸۰ میلادی به بعد:

در واقع در اواخر قرن نوزدهم، تفکر جدیدی شکل گرفت و آن این بود که همه 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 جدید پا گرفت و تجارب دوران کودکی، تجربه‌ها و یادگیری‌های دوران کودکی و نوجوانی، ساختار خانواده و طرز برخورد والدین با کودکان و نوجوانان، خاطرات گذشته و در کل عوامل محیطی به‌عنوان 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 نحوه زندگی فرد که می‌تواند در پیشگیری از مشکلات روانی در سال ۱۹۳۰ کنگره ملی بهداشت روانی با حضور ۵۰ کشور در واشنگتن تشکیل گردید و اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ به تصویب رسید و در سال ۱۹۵۹ از طرف سازمان بهداشت جهانی روز هفتم آوریل روز جهانی سلامت روانی اعلام گردید.

تاریخچه بهداشت روانی در ایران

در ایران از حدود سه هزار سال پیش به بیماران روانی توجه، و

محل‌های خاصی برای نگهداری آنها ساخته می‌شده است و توسط مغ‌ها (روحانیون آئین زرتشت) داروهائی برای مداوا در اختیار آنها قرار می‌گرفت.

بیمارستان جنبدی شاپور در دوره ساسانیان اقدام به بستری نمودن بیماران روانی نمود.

البته آغاز توجه خاص به سبب‌شناسی و درمان بیماری‌های روانی را

باید بعد از ظهور اسلام دانست.

دانشمندان و حکمای ایرانی مثل ابن‌سینا و زکریای رازی به افرادی که

مشکلات روانی داشتند به‌عنوان بیماران روانی می‌نگرستند و برای آنها

داروها و شیوه درمان خاصی را در نظر داشتند.

توصیه‌های ابن‌سینا برای درمان بعضی از بیماران روانی بسیار جالب

و حائز اهمیت است. وی برای درمان و بهبود حال بیماران روانی، خوشحالی،

دیدن مناظر و صحنه‌های زیبا؛ مسافرت و مصاحبت با افراد نشاط‌آور را

توصیه نمود.

در تاریخ طب اسلامی نیز افرادی همچون ابوبکر اخوینی متوفی به سال

۳۷۳هـ ق مؤلف کتاب "هدایة المتعلمین فی الطب" و سید اسماعیل جرجانی

(۴۳۴-۵۳۱) مؤلف کتاب "اغراض اطبیبه" وجود داشتند که به بیماری‌های

روانی توجه خاصی مبذول می نمودند.

دانشمندان دیگری مانند امام محمد غزالی 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 از سال ۱۲۹۳ توجه به امر درمان و بهداشت روانی

آغاز شد. برای اولین بار در بیمارستان سینا مکانی برای نگهداری بیماران

روانی در نظر گرفته شد. در سال ۱۳۱۵ برای اولین بار در دانشکده پزشکی

دانشگاه تهران تدریس بیماری‌های روانی جزء برنامه‌های آموزشی قرار گرفت

و در سال ۱۳۳۹ برنامه بهداشت و پرستاری روانی برای مربیان

آموزشگاه‌های پرستاری از طرف وزارت بهداشتی در دوره‌های یکساله ترتیب

داده شد و تدریس "بهداشت روانی" در اکثر آموزشگاه‌های پرستاری و

بهبودی آغاز گردید.