

مقاله پژوهشی

تدوین الگوی نظری آسیب‌شناسی روانی بر مبنای تحلیل نامه امام هادی علیه السلام به مردم اهواز^{*}

محسن عزیزی ابرقوئی^۱

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۱/۹/۱۸]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۱/۷/۳]

چکیده

روان‌شناسی اسلامی، به‌عنوان یک «مکتب»، شاخه‌ای معرفتی است که به توصیف، تبیین، پیش‌بینی و کنترل رفتار و فرایندهای ذهنی انسان به‌عنوان مخلوق الهی در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، اخلاقی و معنوی و با استفاده از منابع و روش‌های تجربی، عقلی و وحیانی می‌پردازد. هرچند روان‌شناسی اسلامی از یافته‌های سایر مکاتب روان‌شناختی معاصر، به نحو مقتضی، استفاده می‌کند، اما برای توصیف، تبیین، پیش‌بینی و توضیح مباحث کلیدی نیازمند نظامی است که بر مبنای اسلام یا برخاسته از اسلام باشد. از جمله سرفصل‌های اصلی روان‌شناسی، بحث آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی ناپهنجاری) است. پژوهش حاضر، با هدف تدوین یک دیدگاه اسلامی پیرامون مبحث آسیب‌شناسی روانی، با استفاده از روش تحلیل مضمون و با محور قرار دادن نامه امام هادی علیه السلام به مردم اهواز در تبیین مسائل مربوط به جبر و تفویض و اختیار، الگویی نظری را برای آسیب‌های روانی پیشنهاد می‌دهد. در این الگوی نظری، آسیب‌های روانی در سه دسته «ابتلائات (آسیب‌های مربوط به صحت خلقت)»، «بیماری‌های روانی ناشی از سوء اختیار فرد» و «آسیب‌های محیطی-اجتماعی» قرار می‌گیرد. ابتلائات به دسته‌هایی از قبیل ابتلا در کمال خلق، ابتلا در کمال حواس، ابتلا در ثبات عقل، ابتلا در تمیز و ابتلا در نطق و بیان تقسیم‌بندی می‌شوند. بیماری‌های ناشی از سوء اختیار فرد نیز به بیماری‌های اعتقادی، بیماری‌های اخلاقی، مشکلات رفتاری، بیماری‌های قلب و بیماری‌های ناشی از عدم تعقل (جنود جهل) تقسیم می‌شوند. آسیب‌های محیطی-اجتماعی نیز شامل آسیب‌های روانی ناشی از سوء تربیت والدین (مراقبان)، آسیب‌های ناشی از حکومت‌های ظالم و فاسد و جوامع نامناسب و آسیب‌های ناشی از هم‌نشینی بد و دوستان نامناسب می‌شوند. در قسمت بحث و نتیجه‌گیری، تلویحات الگوی نظری پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

واژگان کلیدی: مکتب روان‌شناسی اسلامی، آسیب‌شناسی روانی، روان‌شناسی ناپهنجاری، بیماری روانی، ابتلا.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اشکذر، دانشگاه آزاد اسلامی، اشکذر، ایران. mohsenazizi1986@gmail.com

^{*} این مقاله پیشتر در اولین همایش قرآن و روان‌شناسی در کتابچه چکیده‌ها و مقالات منتشر شده است

۱- مقدمه

در یک تعریف رسمی، روان‌شناسی را مطالعه علمی رفتار و فرایندهای ذهنی می‌دانند. در این تعریف، رفتار معادل هر کاری است که ما می‌توانیم انجام بدهیم و به صورت مستقیم قابل مشاهده است. منظور از فرایندهای ذهنی هم افکار، احساسات و انگیزه‌هایی هستند که ما انسان‌ها در درونمان داریم و قابل مشاهده نیستند (سانتراک^۱، ۲۰۰۳). در یک دسته‌بندی شناخته‌شده، رفتارها و فرایندهای ذهنی را می‌توان به دو دسته بهنجار و نابهنجار تقسیم کرد. به واقع باید گفت بخش قابل توجهی از تلاش‌های روان‌شناسان معاصر، حول محور بحث روان‌شناسی نابهنجاری (آسیب‌شناسی روانی) و تدوین ملاک‌هایی برای بهنجاری و نابهنجاری بوده است. برای نمونه منگل^۲ (۱۹۸۹) طبقه‌بندی‌ای از این ملاک‌ها به دست داده است. در جدول شماره ۱، طبقه‌بندی وی از معیارهای بهنجاری قابل مشاهده است.

جدول ۱: طبقه‌بندی ملاک‌های بهنجاری (منگل، ۱۹۸۹)

آماري		معیارهای توصیفی	ملاک‌های بهنجاری
اخلاقی	غیر آماری		
هم‌شکلی اجتماعی			
آرمانی			
قانونی			
آسیب‌شناختی		معیارهای تبیینی	
سازگاری			

از نظر منگل (۱۹۸۹) ملاک‌های بهنجاری و نابهنجاری را در دو طبقه کلی می‌توان قرار داد: ۱. معیارهای توصیفی: این معیارها انواع رفتارهای بهنجار و نابهنجار را بیان می‌کنند و ۲. معیارهای تبیینی: معیارهای تبیینی به مبانی نظری رفتارهای بهنجار و نابهنجار و تمایز آن‌ها از یکدیگر اشاره می‌کنند. به تعبیر دیگر، این معیارها به ما می‌گویند که چرا یک رفتار بهنجار یا نابهنجار است. ملاک‌های توصیفی خود به دو دسته ملاک‌های آماری و ملاک‌های غیر آماری تقسیم می‌شوند. ملاک‌های غیر آماری شامل رویکردهای اخلاقی، هم‌شکلی اجتماعی، آرمانی یا کمال‌گرایی و دیدگاه قانونی است. ملاک‌های تبیینی، شامل رویکردهای آسیب‌شناختی و تبیین‌هایی می‌شوند که اصطلاحاً آن‌ها را رویکرد سازگاری می‌خوانند.

فیرس و ترال^۳ (۲۰۰۲) سه ملاک جهت تمایز رفتار نابهنجار از رفتار بهنجار معرفی می‌کنند: ۱. هم‌رنگی با هنجارها؛ ۲. ناراحتی ذهنی و ۳. ناتوانی یا بدکاری. سانتراک (۲۰۰۳) در توضیح این ملاک‌ها می‌نویسد: رفتار نابهنجار رفتار نامعمولی (انحرافی) است. ملاک‌های دیگری نیز توسط متخصصان برای رفتار نابهنجار در نظر گرفته شده است. به‌طور نمونه در کتاب آسیب‌شناسی روانی روزنهان و سلیگمن^۴ (۱۹۸۹) ملاک‌های رنج، ناسازگاری فردی و اجتماعی (در رسیدن به اهداف)، نامعقولی و غیرقابل درک بودن، پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل، مشهود و نامتعارف بودن، ناراحتی مشاهده‌گر، تخلف از معیارهای آرمانی و اخلاقی، مطرح شده‌اند (رویکرد شباهت

1. Santrock
2. Mangal
3. Ferris & trawl
4. Rosenhan & Seligman

خانوادگی). علاوه بر ملاک‌های ذکر شده در بالا، باچر، هولی و مینکا^۱ (۲۰۱۴) ملاک احتمال خطر را نیز به‌عنوان ملاکی برای نابهنجاری اضافه می‌کنند. در مجموع، می‌توان گفت مطالعه و بررسی پیرامون روان‌شناسی نابهنجاری و آسیب‌شناسی روانی، بخش عمده پیشینه روان‌شناسی معاصر را به خود اختصاص داده است.

هرچند دسته‌بندی رفتارها و فرایندهای ذهنی به بهنجار و نابهنجار بسیار ساده و مشخص به نظر می‌رسد، اما در واقع باید گفت این یکی از پیچیده‌ترین انواع دسته‌بندی رفتارها است، به نحوی که شاید بتوان ادعا کرد کمترین توافقات در زمینه خط‌کشی بین رفتارهای بهنجار و نابهنجار در بین صاحب‌نظران مشاهده می‌شود. این اختلاف دیدگاه‌ها تا جایی است که برخی بیان کرده‌اند: «ممکن است شگفت‌انگیز به نظر برسد که هنوز توافقی همگانی درباره معنای نابهنجاری و اختلال (بیماری) وجود ندارد. نمی‌خواهیم بگوییم تعاریفی برای این مفاهیم نداریم؛ چرا داریم؛ اما یک تعریف حقیقتاً رضایت‌بخش شاید برای همیشه دست‌نیافتنی باشد» (لilienfeld و Landfield، ۲۰۰۸؛ اشتین، فیلیپس، بولتون، فولفورد، سادلر و کندل^۳، ۲۰۱۰؛ باچر و همکاران، ۲۰۱۴).

با وجود تمام انتقاداتی که به ملاک‌های مطرح شده برای نابهنجاری وارد است، اما روان‌شناسان معاصر، با استفاده از همین ملاک‌ها، تعاریفی برای اختلال روانی (بیماری روانی) تدوین نموده‌اند. «اختلال روانی سندرمی است که مشخصه آن برهم‌خوردن بارز بالینی شناخت، نظم هیجانی یا رفتاری فرد است و خود بازتابی است از کژکاری فرایندهای زیستی، روانی، یا رشدی زمینه‌ساز عملکرد روانی. اختلالات روانی معمولاً با ناراحتی قابل توجه یا کم‌توانی در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و یا سایر فعالیت‌های مهم زندگی فرد همراه هستند. یک واکنش مورد انتظار یا مبتنی بر فرهنگ به یک استرس یا فقدان عادی مانند مرگ عزیزان اختلال روانی محسوب نمی‌شود. رفتارهای غیرمتعارف اجتماعی (مثلاً رفتارهای سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارضات بین فرد و اجتماع نیز اختلال روانی نیستند، مگر اینکه این انحراف یا تعارض ناشی از یک کژکاری در فرد باشد، مانند آنچه در بالا توضیح داده شد» (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

دانشمندان اجتماعی برای اشاره به تعاملی که در آن عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی فرهنگی در ایجاد نشانه‌های فرد نقش ایفا می‌کنند، اصطلاح زیستی-روانی-اجتماعی را به کار می‌برند.

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، در حال حاضر، برهم‌خوردن شناخت، نظم هیجانی یا رفتار را، چه ناشی از عوامل زیستی باشد، چه عوامل روان‌شناختی و چه عوامل اجتماعی، در یک ردیف قرار می‌دهد و نقش عوامل ایجادکننده اختلال (عوامل برهم‌زننده شناخت، هیجان و رفتار) را در این که یک مشکل شناختی، هیجانی، یا رفتاری را اختلال روانی بنامد یا نه دخالت نمی‌دهد. این رویه، باعث شده است که در این راهنما، اختلالات مربوط به دسته «اختلالات رشد عصبی»، همچون کم‌توانی ذهنی، یا اختلال صوت گفتار، یا اختلالات اعتیادی، یا اختلالات شخصیت، یا اختلالات پارافیلیک (مانند تماشاگری جنسی، بچه‌بازی و ...) در عرض هم قرار بگیرند و همه با برچسب «اختلال روانی» مورد بررسی قرار گیرند، حال آن‌که به نظر می‌رسد، بین این اختلالات، تفاوت‌های بارزی وجود داشته باشد. آیا حقیقتاً مشکلی را که فرد در آن نقش بارزی نداشته است و از حوزه اختیار وی خارج بوده، مانند کم‌توانی ذهنی، باید با مشکلی که فرد احتمالاً با اختیار برای خود ایجاد کرده است، باید در عرض هم قرار داد و به یک چشم به آن‌ها نگریست؟! پس نخستین مشکل راهنمای تشخیصی و آماری (دی اس ام)، عدم تفکیک بین اختلالات روانی ناشی از سوء اختیار فرد، با اختلالاتی است که در ایجاد آن‌ها نقش چندانی نداشته است. مشکل دوم، به این مسئله برمی‌گردد که چه ملاک‌هایی بین رفتارها و حالات ذهنی بهنجار و نابهنجار، تفاوت می‌گذارند؟ چگونه است که یک مسئله خاص، روزی به‌عنوان اختلال مطرح می‌شود و روز دیگر از جرگه اختلالات روانی خارج شده و عادی تلقی می‌شود؟ نمونه بارز مشکل دوم، مسئله «هم‌جنس‌گرایی» است که فقط آن نوع هم‌جنس‌خواهی در چهارمین

1. Butcher, Hooley & Mineka
2. Lilienfeld & Landfield
3. Stein, Phillips, Bolton, Fulford, Sadler & Kendler

نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دیده می‌شود (برای مثال ذیل «طبقه اختلال جنسی که در جای دیگری مشخص نشده است») که فرد دچار آن اظهار بدارد از گرایش جنسی خود رنج می‌برد یا قصد تغییر گرایش جنسی خود را دارد. فیرس و ترال (۲۰۰۲) در این خصوص می‌نویسند: «در این جا بحث ما این نیست که آیا این تصمیم درست است یا غلط، بلکه بحث این است که چگونه تصمیم گرفته شد که هم‌جنس‌خواهی از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی حذف گردد. حذف‌شدن بیماری هم‌جنس‌خواهی با رأی‌گیری از اعضای انجمن روان‌پزشکی صورت گرفت. این مثال یادآور آن است که نظام‌های طبقه‌بندی (مثلاً راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) ساخته و پرداخته کمیته‌ها هستند. اعضای این کمیته‌ها نمایندگان جناح‌های علمی، نظری، حرفه‌ای و حتی اقتصادی متفاوتی هستند. در نتیجه طبقه‌بندی نهایی یک سند سیاسی است که معرف مصالحه‌های مشتریان حرفه‌ای گوناگونش است». آیا اگر هم‌جنس‌گرایی، با این بیان که «ناراحتی ذهنی» یا «ناسازگاری» یا «ناتوانی یا بدکاری» ایجاد نمی‌کند، از جرگه اختلالات روانی حذف شود، نباید انتظار داشته باشیم که «فتیشیسم»، «حیوان‌خواهی» و ... نیز با همین تبیین از فهرست حذف شوند؟ پرسش دیگر در اینجا است که آیا مرز بین «هم‌جنس‌گرایی» و «هم‌جنس‌بازی» روشن است؟ تفاوت بین این دو مسئله را باید چگونه مورد توجه قرار داد؟ سؤال دیگر این است که اگر فردی به هر دو جنس تمایل نشان دهد، وضعیت او چگونه است؟! آیا هر کمیت و کیفیتی از روابط جنسی را باید پذیرفت یا مرزی در این بین وجود دارد که به‌نحار را از نابه‌نحار جدا کند؟ اگر مرزی وجود دارد، این مرز بر چه مبنایی است و آن را چه کسی باید وضع کند؟ گرچه این بحث، کلی است، اما هم‌جنس‌گرایی تنها به‌عنوان یک مصداق مطرح شد. مشکل سوم راهنمای تشخیصی و آماری (DSM) و همچنین ICD² (طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها) این است که عمده مشکلات و رذایل اخلاقی، از قبیل دنیاگرایی، بخل، حسادت، عُجب و ... اساساً جایی در اختلالات روانی به خود اختصاص نداده‌اند. با در نظر داشتن تعریف روانشناسی اسلامی که ذکر شد، لازم است در جهت نظام‌سازی چنین مکتبی، با استفاده از منابع پیش‌گفته اقدامات لازم را انجام دهیم. از شاخه‌های بسیار مهم و کلیدی این مکتب، شاخه «آسیب‌شناسی روانی» یا «روان‌شناسی نابه‌نجاری» است که در این زمینه باید نظریه‌پردازی شود.

ابوزید بلخی و محمدبن زکریای رازی از جمله نخستین پزشکانی بودند که روان‌درمانی را توصیف کردند. کتاب‌های «المنصوری» و «الحاوی» رازی، نقاط عطفی در توصیف بیماری روانی بودند که تعاریف، علائم و درمان‌هایی برای مسائل مربوط به سلامت و بیماری روانی فراهم کردند (سید^۳، ۲۰۰۲؛ به نقل از محمد^۴، ۲۰۰۸). ابوزید بلخی، حکیم ایرانی، یکی از اولین افراد در طبقه‌بندی اختلالات نوروپتیک (روان‌نژند) بود. او پیشگام روان‌شناسی شناختی در رابطه با درمان هر کدام از این اختلالات نوروپتیک بود. او نوروژ را در چهار طبقه هیجانی جای داد: ترس و اضطراب، خشم و پرخاشگری، غمگینی و افسردگی و وسواس. بلخی افسردگی را نیز در سه طبقه گنجانید: افسردگی طبیعی یا غمگینی (حزن)، افسردگی درون‌زا (ناشی از بدن) و افسردگی بالینی واکنشی با منشأ خارج از بدن (هک^۵، ۲۰۰۴). ابوعلی سینا، پزشک شهیر مسلمان و ایرانی، نیز در آثار برجسته خود مانند قانون و شفا، پیرامون اختلالات روانی از قبیل بی‌خوابی، شیدایی، سرگیجه، فلج، سکنه مغزی، صرع و افسردگی، همچنین اختلال عملکرد جنسی مردان توضیحات و روش‌های درمانی ارائه داد. او پیشگام در زمینه طب روان‌شناختی بود و تغییرات وضعیت روانی را به تغییرات بدن پیوند می‌داد (اکاشا^۶، ۲۰۰۱). ابوعلی مسکویه رازی بین خلق و خوی طبیعی و عادت‌ی تمایز قائل می‌شود (مسکویه رازی، ۱۳۷۵).

1. Fetishism
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
3. Syed
4. Mohamed
5. Haque
6. Okasha

تمایز بین خُلق و خُلُق تمایز بسیار مهمی است و به مقوله مهم «اختیار» (که بحث آن مطرح شد) اشاره دارد. فارابی، ابن‌سینا و ابن‌مسکویه به این تمایز مهم پرداخته‌اند. غزالی (۱۳۹۶) نیز آن را شرح داده است. برای مثال وی در احیاء می‌نویسد: «خُلُق قابل‌تغییر نیست، ولی خُلُق قابل‌تغییر است و انبیاء آمدند که خُلُق را عوض کنند» (جوادی آملی، ۱۳۹۱). نراقی (۱۳۹۲)، در معراج‌السعاده، اسباب امراض نفسانیه و انحراف اخلاق از حد اعتدال را بر سه قسم نفسانی، خارجی و جسمی تقسیم کرده است. این تقسیم‌بندی نیز بسیار حائز اهمیت است و ابواب جدیدی را به روی ما می‌گشاید. نخست، این‌که تفاوت‌های فردی و خُلُق اولیه را در نظر دارد. دوم، اینکه عوامل روان‌شناختی یا اجتماعی دخیل در مشکلات اخلاقی را بیان می‌کند و سوم آن‌که اثرات مسائل جسمی بر مشکلات روان‌شناختی و با اندکی دقت اثرات جنبه‌های رشد بر این مشکلات را نیز بیان می‌دارد.

در بین پژوهش‌گران معاصر نیز برخی محققان در راستای توضیح آسیب‌شناسی روانی اقداماتی را ترتیب داده‌اند. برای نمونه در پژوهش ابوترابی (۱۳۸۶) مرز بین بهنجاری و نابهنجاری با ایمان و کفر روشن می‌شود. از منظر شجاعی و حیدری (۱۳۸۹) آسیب‌شناسی روانی در چارچوب روان‌شناسی دینی، به رفتارهای غیر خردمندانه، فاصله‌گرفتن از فطرت و از دست دادن ظرفیت‌های وجودی و ارزش‌های معنوی و اخلاقی مربوط می‌شود. این پژوهش‌گران، با محور قرار دادن معنویت، آسیب‌شناسی روان به معنای رایج آن (در DSM و احیاناً ICD) را خارج از حیطه روان‌شناسی دینی می‌دانند. از منظر سالاری فر، شجاعی، موسوی اصل و دولتخواه (۱۳۹۰) بیماری قلب، انحراف از استقامت فطری شمرده می‌شود. رفیعی هنر (۱۳۹۷) پس از تحلیل و ارتباط‌شناسی پنج مفهوم حوزه سلامت و شش مفهوم حوزه بیماری، سه عنصر کلیدی «توانمندی»، «سازش‌پذیری توحیدی» و «معیارپذیری توحیدی» را استنباط کرده و از ترکیب دو عنصر اخیر با محوریت توانایی، چهار سنخ (عدم سلامت، سلامت ناکامل، سلامت، سلامت کامل) را در حیطه سلامت معرفی و تبیین کرده است. این پژوهش هم به دلیل توجه به نگاه پیوستاری در حیطه سلامت و هم به دلیل معرفی عناصر کلیدی این حوزه و ارتباط بین آن‌ها، بسیار ارزشمند و قابل‌توجه است.

با وجود تمامی نقاط قوتی که این پژوهش‌ها و دسته‌بندی‌ها دارند، هنوز تا نقطه مطلوب فاصله وجود دارد. بالاخره ما با پرسش‌های اساسی مواجه هستیم: نسبت اختلالات روانی مطرح‌شده در روان‌شناسی معاصر با روان‌شناسی اسلامی چیست؟ آیا روان‌شناسی اسلامی برای اختلالات روانی مطرح‌الگو یا نظریه‌ای دارد؟ تفاوت دسته‌بندی اختلالات روانی در روان‌شناسی اسلامی با روان‌شناسی معاصر در چه مواردی است؟ آیا می‌توان الگوی نظری جامعی تدوین کرد که پاسخ‌گوی سؤالات و ابهامات مطرح‌شده باشد؟ پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش‌ها و ارائه الگو (چارچوبی) نظری برای تدوین یک دیدگاه جامع آسیب‌شناسی روانی بر مبنای نگاه «مکتب روان‌شناسی اسلامی» به مقوله آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی نابهنجاری) است. تدوین چنین دیدگاهی، می‌تواند نسبت روان‌شناسی اسلامی با اختلالات مطرح‌حاضر را روشن سازد، همچنین تبیین ماهیت، نشانگان، پیشگیری و درمان اختلالات را عهده‌دار شود و افق‌های تازه‌ای جهت پژوهش و بررسی و مطالعه در این راستا را بگشاید. همچنین، تکلیف روان‌شناسی اسلامی را با اختلالات نوظهور و تازه روشن نماید و به تدوین ملاک‌هایی اصولی جهت تمایز بهنجاری از نابهنجاری بینجامد.

۲- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر کیفی است و با استفاده از روش تحلیل مضمون براون و کلارک^۱ (۲۰۰۶) صورت پذیرفته است. براون و کلارک (۲۰۰۶)، به‌طورکلی روش‌های تحلیل کیفی را به دو دسته تقسیم کردند: الف) روش‌هایی که بیشتر از جایگاه نظری یا معرفت‌شناسی

خاصی نشأت می‌گیرند و تحلیل پدیدارشناسی تفسیری مانند تحلیل محاوره که به‌کارگیری آن‌ها از نظر تنوع، چارچوب محدودی دارد؛ برخی از این روش‌ها نیز، مانند روش داده‌بنیاد، از نظریه کلانی بهره می‌برد. (ب) روش‌هایی که مستقل از جایگاه نظری یا معرفت‌شناسی خاصی هستند، ولی در طیف گسترده‌ای از روش یادشده می‌توان از آن‌ها استفاده کرد. تحلیل مضمون در این دسته جای می‌گیرد؛ از این‌رو ابزار تحقیقاتی منعطف و مفیدی است که برای تحلیل حجم زیادی از داده‌های پیچیده و مفصل، می‌توان از آن استفاده کرد (همان). این روش شش مرحله کلی دارد که عبارتند از: آشنایی با داده‌ها؛ استخراج کدهای اولیه؛ جست‌وجوی تم‌ها؛ بازبینی تم‌ها؛ تعریف و نام‌گذاری تم‌ها؛ و تهیه گزارش. محور پژوهش حاضر، نامه امام هادی (ع) به مردم اهواز بوده که در کتاب تحف‌العقول حرانی (ابن شعبه، ۱۳۹۱) نقل شده است. البته طبیعی است که از آیات و روایات مرتبط دیگر نیز برای جمع‌بندی و تکمیل الگوی نظری بهره برده شده است.

۳- یافته‌ها

در نامه‌ای که امام هادی (ع) در پاسخ به مردم اهواز، پیرامون شرح روایتی از امام صادق یا امام محمدباقر (ع) ارسال فرمودند، نکات جالب‌توجهی بیان شده که به نظر نگارنده می‌توان با استفاده از این نکات و با لحاظ کردن برخی آیات و روایات نزدیک به موضوع، به تدوین الگویی نظری جهت تبیین روان‌شناسی نابهنجاری (آسیب‌شناسی روانی) در «مکتب روان‌شناسی اسلامی» اقدام کرد. نامه مذکور (حرانی، ۱۳۹۱) شرح روایت مشهوری است که از اهل‌بیت به طرق مختلفی نقل شده است: «لا جبر و لا تفویض و لکن امر بین امرین» (محمدی ری‌شهری، ۱۳۸۶) یا «لا جبر و لا تفویض بل منزله بین منزلتین» (حرانی، ۱۳۹۱). در این نامه نسبتاً مفصل، امام هادی (ع) نکات بسیار مهمی در رد عقیده اهل جبر و همین‌طور در رد عقیده اهل تفویض بیان می‌دارند و عقیده صحیح پیرامون مسئله را تبیین می‌نمایند. ایشان در این نامه به تبیین موارد مهمی از قبیل «امتحان»، «ابتلا»، «اختبار»، «طاقت»، «استطاعت» و ... پرداخته و به بیان پنج شرطی که با محقق‌شدن کامل آن‌ها، عمل کامل به اوامر خداوند-عزوجل- و پیامبرش (ص) بر افراد واجب می‌شود، می‌پردازند. این پنج شرط عبارتند از: صحت خلقت، تخلیه سرب (بی‌مانع‌بودن یا بی‌خطربودن راه)، مهلت در وقت، زاد (توشه و توانگری و قدرت معیشت) و سبب تهییج‌کننده فعل (قلب). سپس، امام (ع) به شرح و تبیین این پنج شرط می‌پردازند. ایشان معنای صحت خلقت (به‌عنوان اولین شرط) را مواردی از قبیل کمال خلقت انسان، کمال حواس، ثبات عقل و قدرت تمییز و قدرت نطق انسان می‌دانند. در ادامه می‌فرمایند: «فَمِنْ أَجْلِ ذَلِكَ دَعَا اللَّهُ الْإِنْسَانَ إِلَىٰ اتِّبَاعِ أَمْرِهِ وَإِلَىٰ طَاعَتِهِ بِتَفْضِيلِهِ إِيَّاهُ بِاسْتِوَاءِ الْخَلْقِ وَكَمَالِ النُّطْقِ وَالْمَعْرِفَةِ بَعْدَ أَنْ مَلَكَهُمْ اسْتِطَاعَهُ مَا كَانَ تَعَبُّدَهُمْ بِهِ...» (همان). در واقع، دعوت خداوند جهت اتباع امر و طاعتش، درگرو مواردی از قبیل استواء خلقت، کمال نطق، معرفت و ... است که خداوند بدین‌وسیله استطاعت طاعت را برای انسان‌ها قرار داده است. در ادامه بیان می‌دارند که: «فَإِذَا سَلَبَ مِنَ الْعَبْدِ حَاسَةً مِنْ حَوَاسِهِ رَفَعَ الْعَمَلَ عَنْهُ بِحَاسَتِهِ...» (همان)؛ یعنی پس هرگاه حسی را از بنده بگیرد، تکلیف را از او برمی‌دارد... .

به نظر می‌رسد بسیاری از اختلالات روانی مصطلح در فضای روان‌شناسی و روان‌پزشکی امروز، درواقع مشکلاتی در صحت خلقت باشند. نمونه‌های بارز چنین اختلالاتی را می‌توان در دسته‌های «اختلالات رشد عصبی (مانند کم‌توانی ذهنی، اختلال صوت گفتار، اختلال طیف درخودماندگی و ...)»، بخش نسبتاً قابل‌توجهی از «طیف اسکیزوفرنی و برخی اختلالات روان‌پریشی»، «اختلالات عصبی‌شناختی» و ... مشاهده نمود. درست است که نمود ظاهری مشکلات در شناخت، هیجانات و رفتارهاست، اما افراد درگیر در این مسائل، درواقع، افراد مبتلا هستند. پرسش در اینجا است که آیا صحیح است که افراد مبتلا را در ردیف افرادی که اختلالاتی از قبیل خودشیفتگی، افسردگی، بچه‌بازی، تماشاگری جنسی و ... دارند قرار دهیم؟

در این زمینه چند روایت از پیامبر گرامی اسلام (ص) بیان می‌کنیم تا قضیه روشن‌تر شود.

پیامبر خدا ﷺ بر دیوانه‌های گذشت و پرسید: او را چه شده است؟ عرض شد: او دیوانه است. فرمود: نه او آسیب‌دیده است. دیوانه کسی است که دنیا را بر آخرت برگزیند (ری‌شهری، ۱۳۸۶).

رسول خدا ﷺ بر جمعی گذشت و فرمود برای چه گرد هم فراهم شدید؟ عرض کردند یا رسول‌الله این دیوانه‌ای است که غش می‌کند (صرع دارد) و ما برگرد او جمع شدیم، فرمود این دیوانه نیست بلکه بیمار است، سپس فرمود شمارا از دیوانه حقیقی آگاه نکنم؟ عرض کردند چرا یا رسول‌الله ﷺ، فرمود: دیوانه آن است که از روی تکبر راه می‌رود و با گوشه چشمش نگاه می‌کند و شانه‌های خود را از سر بزرگی می‌جنباند و با آن‌که گناه خدا را می‌ورزد آرزوی بهشت از خدا دارد، از شرش آسوده نیستند و به خیرش امید نیست؛ این است دیوانه، ولی این بیمار و گرفتار است (الخصال، ترجمه کمره‌ای؛ به نقل از سایت جامع‌الاحادیث نور).

در این روایت نیز مجنون حقیقی، مرد یا زنی دانسته شده که جوانی‌اش را در غیر طاعت خدا سپری می‌کند (ری‌شهری، ۱۳۸۶).

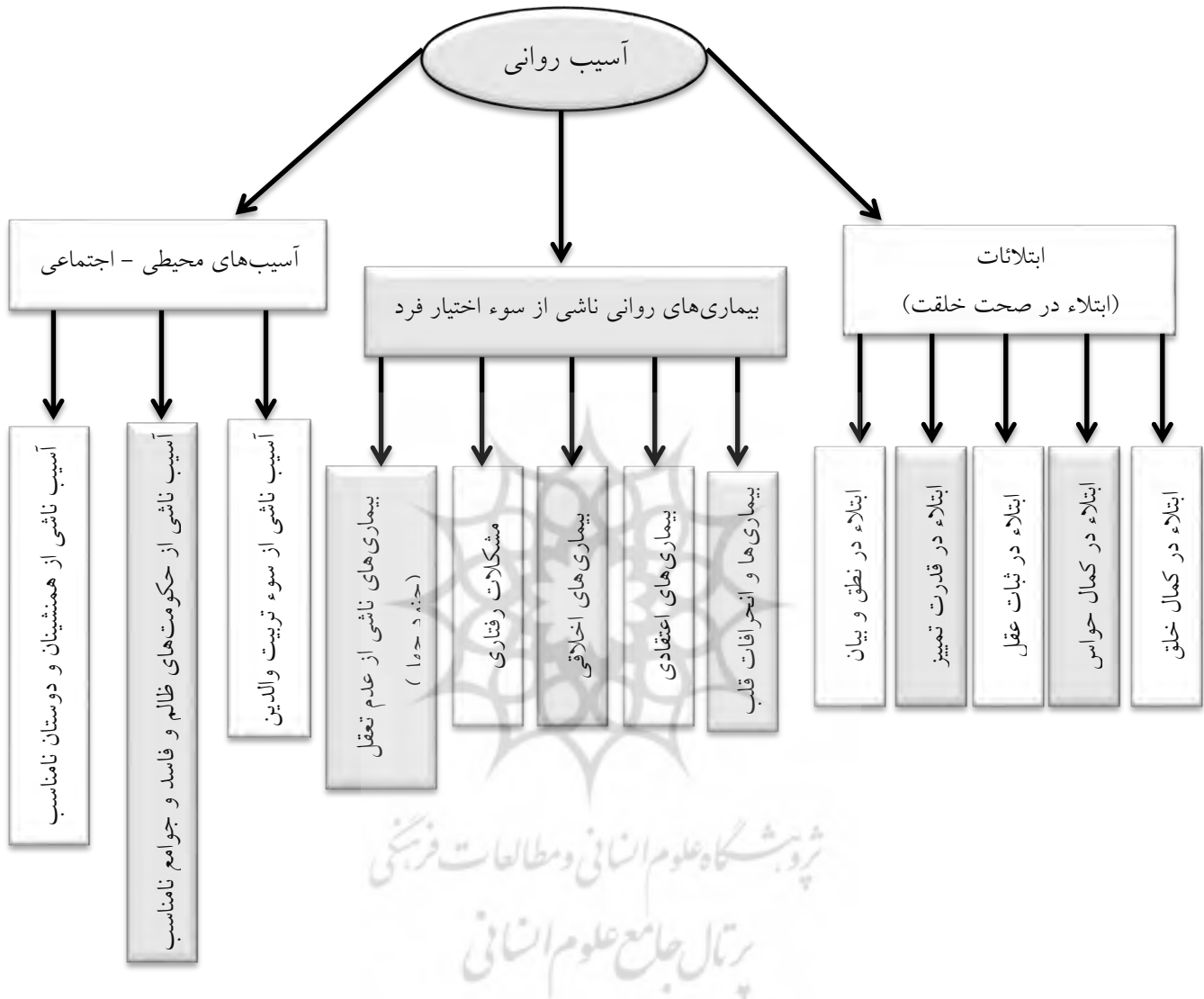
از مجموع این روایات که در برخی از آن‌ها به‌وضوح درباره برخی اختلالات روانی امروزی مانند صرع صحبت شده است، شاید بتوان این‌گونه استنباط کرد که آن بخشی از اختلالات روانی مصطلح که افراد در ایجاد آن‌ها اختیار یا نقش جدی نداشته‌اند، در واقع نوعی «ابتلا» یا «اصابت» هستند و این افراد «مبتلا» یا «مصاب» هستند و نه مجنون. همچنین از سایر توضیحاتی که در روایات آمده و با در نظر گرفتن تفسیر امام هادی علیه السلام از صحت خلقت، این استنباط می‌تواند حاصل شود که مشکل روانی حقیقی در واقع در زمینه‌هایی است که افراد، با وجودی که شرایط انجام اوامر الهی یا شرایط ترک نواهی الهی را دارند، ولی با اختیار خویش، چنین کارهایی را انجام نمی‌دهند. برای نمونه، با وجودی که می‌دانند تکبر اشتباه است و آن‌ها شرایطی را داشته‌اند که با خودسازی از این رذیله اخلاقی دوری کنند، اما تکبر می‌ورزند، این افراد درگیر مشکل روانی به معنای حقیقی هستند. البته نمونه‌های ذکر شده در روایات نمونه، تنها مصادیقی از مشکلات روانی حقیقی هستند.

شرط دومی که امام هادی علیه السلام تبیین آن را بیان کرده بودند، «تخلیه سرب» بود. در بیان این شرط، امام علیه السلام به آیات ۹۸ و ۹۹ سوره نساء استناد می‌کنند که درباره «استضعاف» است. جوادی آملی (۱۳۹۷) معیارهای کلی استضعاف را شامل «ناتوانی در رفع مانع» و «ناآگاهی از راه نجات» می‌داند. به عقیده وی، این دو معیار، مستضعفان راستین را از مدعیان استضعاف بازمی‌شناساند. شرط سوم، مهلت در وقت (عمر) است. این مهلت هم از زمانی است که شناخت (معرفت) بر انسان واجب می‌شود و این زمان، سن تمییز و بلوغ حُلم بیان شده است. جالب آنکه امام هادی علیه السلام در بیان این شرط می‌فرمایند: «...پس هر کس در راه طلب حق بمیرد، با وجود این که کمال حق را دریابد، باز در راه خیر است...» (حرانی، ۱۳۹۱). در ادامه نیز بیان می‌دارند که تکالیف از کودکانی که به این حد نرسیده‌اند برداشته شده است. شرط چهارم یعنی «زاد» هم اشاره به توانگری و قدرت معیشت و استطاعت و توان افراد دارد که بنده بتواند با کمک آن‌ها اوامر الهی را انجام دهد. استناد امام علیه السلام برای این شرط، آیه ۹۱ سوره توبه است که در آن آمده که بر معذوران (مانند ضعفا، مریض‌ها یا فقیران) حرجی نیست و از جبهه معاف هستند و بلکه از این معذوران ناصح با صفت «محسن» تکریم هم به عمل آمده است (جوادی آملی، ۱۳۹۵). شرط پنجم هم «سبب مهیج (نبیتی که دعوت‌کننده انسان به همه افعال است)» یعنی قلب است. در اینجا نیز امام هادی علیه السلام با بیان آیاتی چند از قرآن کریم، نقش صدق نیت و اعتقاد قلبی را در پذیرش اعمال بیان می‌کنند و از طرفی انجام برخی کارهای غیر موافق با نیت خالص فرد را، در صورتی که علتی جهت عدم انجام آن کار درست وجود داشته باشد (در حوزه گفتار یا رفتار و نه در قلب)، با استناد به آیاتی از قبیل «...إِلَّا مَنْ أَكْرَهَ وَقَلْبُهُ مُطْمَئِنٌّ بِالْإِيمَانِ...» (نحل، ۱۰۶) جایز برمی‌شمرند (حرانی، ۱۳۹۱).

پس از تفصیل و تبیین این پنج شرط، امام هادی علیه السلام می‌فرمایند: «...إِذَا نَقَصَ الْعَبْدُ مِنْهَا خَلَّةً كَانَ الْعَمَلُ عَنْهَا مَطْرُوحًا بِحَسَبِ ذَلِكَ...» یعنی اگر انسان یکی از این شروط رو نداشته باشد، به همان اندازه تکلیف از او ساقط می‌شود (همان).

این پنج شرط در واقع اساس مسئله جبر و تفویض هستند. انسان با دارا بودن کامل این پنج مورد، کمال طاعت و اتباع از اوامر الهی از او انتظار می‌رود و به تناسب نداشتن هر یک از این شروط یا بخشی از این موارد، یا چند مورد از آن، شرایط تکلیفی او متفاوت می‌شود.

شکل ۲: الگوی پیشنهادی آسیب‌شناسی روانی در مکتب روان‌شناسی اسلامی



با استناد به این توضیحات، می‌توان این‌گونه استنباط کرد که افراد با درجات مختلفی درگیر ابتلائات الهی می‌شوند. اگر شروط بیان‌شده، مانند صحت خلقت، برای فردی مهیا نباشد، او در واقع یک فرد «مبتلا» یا «مصاب» است؛ اما کسانی که شرایط را دارند، از آن‌ها توقعات به مراتب متفاوت خواهد بود. برای نمونه کسی که مشکلی مغزی یا هورمونی دارد و به‌خاطر این مسئله حالات خلقی‌اش متغیر است و مثلاً گاهی شاد و گاهی غمگین است، نباید مانند کسی که خود، به‌اختیار، چنین شرایطی را برای خویش فراهم کرده، نگریسته شود. این دو صرفاً نمود ظاهری (شناختی، هیجانی، رفتاری) یکسانی را به نمایش می‌گذارند، اما یکی از این‌ها «مبتلا» یا «مصاب» است و دیگری دارای مشکل روانی. کسی که با «دنیاگرایی» زمینه افسردگی خویش را فراهم کرده، یا با «دوری از معنویات» مستعد «اضطراب» شده، باید متفاوت از کسی دیده شود که به‌خاطر مشکلات ابتدایی در انتقال‌دهنده‌های عصبی‌اش با این مسائل دست‌وپنجه نرم می‌کند. نمی‌توان هر دو را با برچسب «اختلال روانی» پوشش داد، درحالی‌که می‌دانیم این دو کاملاً متفاوت از هم هستند.

به نظر نگارنده، تبیین‌های شفاف امام هادی علیه السلام پیرامون مسئله مهم «لا جبر و لا تفویض بل منزله بین منزلتین»، به‌همراه روایات و آیات مرتبط با بحث، از قبیل آنچه درباره افراد «مبتلا یا مصاب» و «مجنون حقیقی» گذشت، می‌تواند در جهت تدوین یک الگوی نظری جامع، جهت تقسیم‌بندی اختلالات، به ما کمک کند.

در این تقسیم‌بندی، افراد مبتلا یا مصاب، باید از افراد دچار مشکلات روانی تمیز داده شوند.

در جدول ۲، انواع آسیب‌های روانی مطرح‌شده در الگو، به همراه مصادیقی برای هر دسته، آورده شده‌اند.

جدول ۲: نمونه‌ها و مصادیقی از انواع آسیب‌های روانی بر مبنای الگوی پیشنهادی

نمونه‌ها	انواع آسیب‌های روانی	
اختلالات رشد عصبی، برخی اختلالات دوقطبی، اسکیزوفرنی (ناشی از عملکرد معیوب ژن‌ها)، کم‌توانی ذهنی، اختلالات گفتار، اختلالات عصبی-شناختی، اختلالات روانی مصطلحی که در نتیجه مشکلات ساختاری مغز، انتقال‌دهنده‌های عصبی، ژنتیک، یا مسائل هورمونی و مزاجی و ... به‌وجود آمده‌اند.	ابتلائات (ابتلا در صحت خلقت)	
تکبر، زیغ (انحراف)، شدت و تندی، تنگی سینه، تعصب و حمیت، محبت دنیا، قساوت، ترس از غیر خدا، حیله و حسد، برخورد خشن (فظ و غلیظ)، بی‌رحمی و سنگدلی، ختم قلب، غلب، اکنه، تردید و ریب، عدم فهم و تعقل، کوری، رین (حجاب)، اثم (گناه)، انکار، غمره (پوشش)، ناپاکی، غل (کینه)، اعراض از حق، تکذیب پس از آشکارشدن حق، کفر بعد از ایمان، غفلت از یاد خدا، افراط و تفریط و عدم اعتدال و تعادل قلب، قلب لاهی (بازیگوش)، قلب مرعوب، قلب مقهور، قلب قفل‌شده، قلب حق‌ناپذیر، قلب مریض، قلب منافق، قلب منکوس، قلب واجفه و مضطرب، قلوب متنفر از یگانه‌یادشدن خدا، عدم ایمان قلبی، قلب بازگشته از حق، قلبی که از حفظ پیمان ابا می‌کند، شرح صدر برای کفر، تمایل به باطل و ...	بیماری‌ها و انحرافات قلب	بیماری‌های روانی ناشی از سوء اختیار فرد
کفر، نفاق، شرک، شک، اعراض از ذکر خدا	بیماری‌های اعتقادی	
قساوت، ریا، سمعه، عجب، تکبر و استکبار، سوءظن، حقد، حسد، دنیادوستی، عزم بر گناه و رضایت به آن، بدخلقی، غیبت، تئابز باللقاب، دروغ، کفران نعمت، بهانه‌جویی و لجاجت، سخن‌چینی، جدال و مرء (در مقابل بحث منطقی)، تجسس، جاه‌طلبی، عجله و شتاب، بخل و امساک، شهوت‌پرستی، جبن (ترس مذموم)، تعصب (مذموم) و لجاجت، غرور و بدبینی، حسد، حرص (مذموم)، آرزوهای دراز (طول امل)، خیانت در امانت، پیمان‌شکنی و ...	بیماری‌های اخلاقی	
به تأخیر انداختن کارها، آزار و اذیت، سرکشی، خودرأیی، بدعت، اسراف، تبذیر، بیکاری، پرخوری، سرمستی، تجبر و گردن‌کشی، جفا، احتکار، حیاء حمق، نکوهش مذموم، عصیان، دشنام، ضعف و عجز، تضييع، درشتی کردن با مردم، فخر مذموم، کسالت، لغو، مکر مذموم، بیهوده‌گویی، هم‌جنس‌بازی، زنا، خودارضایی، اعتیاد، بی‌غیرتی، خودکنترلی پایین، وسواس و ...	مشکلات رفتاری	

<p>شر، کفر، انکار حق، ناامیدی، ظلم، قهر و خشم، ناسپاسی، یأس از رحمت خدا، حرص و آز، سخت‌دلی، کینه‌توزی، نادانی، حماقت، بی‌باکی و رسوایی، دنیاپرستی، بدرفتاری، گستاخی، کبر، شتاب‌زدگی، بی‌خردی، پرگویی، گردن‌کشی، تردید، جزع، انتقام‌جویی، نیازمندی، غفلت، فراموشی، کناره‌گیری، دریغ و خودداری، دشمنی، پیمان‌شکنی، نافرمانی، تنفر و انزجار، سستی، فاش کردن راز، دغل‌کاری، فرار از جهاد، شکستن پیمان حج، خودآرایی، بی‌پروایی، جانبداری باطل، بی‌حیایی، تجاوز، به‌رنج انداختن، افزون‌طلبی، پیروی از هوس، اصرار بر گناه، سهل‌انگاری، اندوه‌گینی^۱ و ...</p>	<p>بیماری‌های ناشی از عدم تعقل (جنود جهل)</p>
<p>شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار در فرزندان، مشکلات رفتاری و هیجانی و شناختی فرزندان در نتیجه سوء رفتار و تربیت والدین، شبیه‌هم‌نشین بدشدن، اشرافی‌گری، پذیرش حاکمیت طاغوت، تجمل‌گرایی، آزادی جنسی، استبداد، اثبات خود و نفی دیگران، از خودبیگانگی و خودباختگی فرهنگی، تندروی، وابستگی به بیگانه، شایعه‌پراکنی، ریزش قبچ گناه در ذهن، غفلت از دشمن، ظلم‌پذیری، مذهب تشریفاتی، متوقف‌ماندن در افتخارات گذشته، اباحی‌گری، قدرت‌طلبی، وابستگی، مسابقه دنیا، ویژه‌خواهی و ویژه‌خواری، یأس، استرس‌های ناشی از حکومت‌های ظالم و فاسد، عدم امنیت روانی، ترک امر به معروف و نهی از منکر، اختناق، طرفداری از باطل‌گرایان، روابط ناسالم اجتماعی، اشاعه فحشا، تکاثر، استعمار، مصرف‌گرایی، تفرقه و اختلاف‌افکنی، نیرنگ، تهمت‌زنی، نفاق عقیدتی، فرار از مسئولیت، ستمگری و ...</p>	

آسیب‌های محیطی - اجتماعی

در الگوی نظری پیشنهادی، آسیب‌های روانی به چند دسته تقسیم می‌شوند. نام آسیب روانی تعمداً انتخاب شده است تا مشخص‌کننده این مطلب باشد که آسیب ممکن است برای افراد اتفاق بیفتد، اما تمام آسیب‌ها بیماری نیستند. منظور از آسیب روانی، تخریب عملکرد فرد در حوزه‌های بینشی (فکری-شناختی)، گرایشی (هیجانی-عاطفی) و عملی (رفتاری) است. «بیماری روانی حقیقی» بیش از همه، در ارتباط با دسته‌ای به کار می‌رود که اختیار فرد در شکل‌دهی به آن بیماری نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. در واقع، «اختلال روانی» یا «بیماری روانی» در پژوهش حاضر، به آن نوعی از اختلال و تخریب جدی و نسبتاً پایدار در حوزه‌های بینشی (فکری-شناختی)، گرایشی (هیجانی-عاطفی) و عملی (رفتاری) اطلاق می‌شود که در نتیجه سوء اختیار فرد حاصل شده باشد و این تخریب صرفاً جنبه ظاهری ندارد و به آسیب خلقت فرد بر نمی‌گردد. در واقع، فردی بیمار حقیقی است که با وجود دارا بودن صحت خلقت در حوزه‌های یادشده، خود سبب شده تا ادراک، هیجانات و رفتارهای ناسالم (در مسیری جدا از فطرت، تعقل و شرع) باشند. سایر موارد تخریب که در سطح ظاهر هستند، «ابتلا» قلمداد می‌شوند و نه «بیماری». آسیب‌های روانی، همان‌گونه که در شکل ۲ مشخص است، در دسته‌بندی اولیه به سه دسته کلی «ابتلا»، «بیماری‌های روانی ناشی از سوء اختیار فرد» و «آسیب‌های محیطی-اجتماعی» تقسیم می‌شوند.

در روایتی از امام جعفر صادق (ع) بین کار بنده و کار خدا تفکیکی صورت گرفته که به بحث مربوط است. هر چیزی که بتوانی بنده را به سبب انجام آن سرزنش کنی کار خود اوست و هر آن چیزی که نتوانی بنده را به سبب آن سرزنش کنی کار خداست (ری شهری، ۱۳۸۶).

درواقع دسته اول آسیب‌های روانی، عمدتاً شامل افعال خداوند در تدبیر خلقت بندگانش هستند. این قبیل افراد هم خودشان مبتلا هستند و هم اطرافیان‌شان درگیر ابتلا هستند. برای نمونه، کودکی که ابتلائی او «در خودماندگی (آتیسم)» یا «کم‌توانی ذهنی» است، هم خودش

۱. البته تمام این موارد به‌ویژه جنود جهل، نیازمند تبیین و شرح می‌باشند.

و هم اطرافیانش مبتلا هستند. آسیب‌های روانی دسته اول ممکن است در ساختار مغز، انتقال‌دهنده‌های عصبی، هورمون‌ها، ژن‌های مختل، مزاج و مواردی از این قبیل باشند. درمان این ابتلائات نیز ممکن است متنوع باشد. هیچ لزومی هم نیست که مانند برخی مکاتب روان‌شناسی معاصر، به دنبال نگاه «تکوجهی» به مسئله بود و مثلاً تلاش کرد تا همه اختلالات را در قالب علل «زیستی» یا «رفتاری» یا «شناختی» یا «اجتماعی» صرف تحلیل نمود. ممکن است یک یا چند علت در این ابتلائات دخیل باشد، اما نکته مهم در آسیب‌های دسته اول این است که این آسیب‌ها ابتلائاتی هستند که فرد در ایجاد آن‌ها چندان اختیاری نداشته است. در واقع این آسیب‌ها در محدوده «عدم اختیار»، «ابتلا»، «اختبار و امتحان» و «عدم استطاعت» هستند و «وسع» مبتلایان باید کاملاً در نظر گرفته شود.

دسته دوم آسیب‌های روانی، «بیماری‌های روانی ناشی از سوء اختیار فرد» نام‌گذاری شده است. این عنوان نیز تعمداً گزینش شده است تا نقش اختیار را برجسته کند و اطلاق عنوان «مرض» یا «بیماری» به خاطر نقش برجسته اختیار در این دسته است. در واقع این قبیل افراد، مشکلی در صحت خلقت ندارند و شرایط پنج‌گانه یادشده در نامه امام علیه السلام را دارا می‌باشند، ولی با سوء اختیار خود، درگیر بیماری‌ها و مشکلات می‌شوند. باید توجه داشت که دسته‌بندی‌های یادشده و توضیحات مربوط به آن‌ها، به لحاظ نظری انجام‌گرفته‌اند تا توضیحشان واضح‌تر باشد. در عالم واقع، بسیاری از این دسته‌بندی‌ها با هم تداخل هم پیدا می‌کنند و برخی مشکلات می‌تواند ترکیبی از دسته‌های یادشده باشد. به نظر نگارنده، این دسته را می‌توان به چند دسته کوچک‌تر تقسیم‌بندی نمود.

دسته سوم، به آسیب‌هایی می‌پردازد که ممکن است در نتیجه شرایط اجتماعی-محیطی برای افراد پیش بیاید. برای نمونه، ممکن است والدین (مراقبان) با سوء تربیت خود، زمینه آسیب‌های روانی فرزندان را فراهم آورند. برای نمونه پیامبر گرامی اسلام صلی الله علیه و آله فرموده‌اند: «ای علی! خداوند، پدر و مادری را که فرزندشان را (با تربیت نادرست و توقع‌های زیاد...)، به سرپیچی از خود وامی‌دارند لعنت کرده است. ای علی! پدر و مادر نیز، دچار عاق (و ناخشنودی) فرزندان خود می‌شوند، چنان‌که فرزندان ممکن است عاق پدر و مادر شوند» (حکیمی، حکیمی و حکیمی، ۱۳۹۵). عوامل اجتماعی نیز در ایجاد آسیب‌های روانی نقش قابل‌توجهی دارند. حکومت‌های ظالم و فاسد، هم‌نشینی‌های نامناسب، دوستان و محیط اجتماعی نامساعد، همه و همه در ایجاد نابهنجاری‌ها و آسیب‌های روانی نقش دارند. در اینجا نیز وظایفی متوجه خود آسیب‌دیدگان و دیگران است. در صورتی‌که خود آسیب‌دیدگان مستضعف حقیقی موحد باشند (ناآگاه و ناتوان از عمل)، بر عهده دیگران است تا این افراد را از استضعاف خارج سازند (نساء، ۷۵) و به یاری‌شان بشتابند. اگر افراد در معرض آسیب، استضعاف نداشته باشند، ممکن است شیوه‌های مختلفی را در پیش بگیرند تا از مسائل رها شوند و کمترین آسیب را ببینند. هجرت، قیام، تقیه، ظلم‌ناپذیری، کار تشکیلاتی، دعا، دوری از هم‌نشینان بد و محیط‌های فاسد و ... نمونه‌هایی از این مواجهه‌ها هستند. جوامع و افراد نیز می‌توانند با قانون‌گذاری صحیح، حمایت‌های اجتماعی و ... در جهت کاهش یا حذف چنین آسیب‌هایی وارد عمل شوند.

۴- بحث و نتیجه‌گیری

الگوی نظری پیشنهادی، تلویحات چندی را در پی خواهد داشت. نخست، این‌که آسیب‌های روانی، همه «اختلال» یا «بیماری» نیستند، برخی «ابتلا» و «امتحان» هستند. دوم، اینکه علل آسیب‌ها متفاوت است. در برخی آسیب‌ها نقش «اختیار» برجستگی دارد و در برخی نقش اختیار بسیار کم‌رنگ است و این انواع با هم متفاوت خواهند بود. حتی یک نمود ظاهری مشابه در شناخت یا هیجان یا رفتار، می‌تواند کاملاً متفاوت دیده شود. سوم، این‌که «ملاک‌های بهنجاری و نابهنجاری» در دسته‌های سه‌گانه می‌تواند متفاوت باشد؛ مثلاً «ملاک آماری» برای آسیب‌های نوع دوم، وجهی ندارد، ولی ممکن است برای آسیب‌های دسته اول، با رعایت شرایطی، قابل‌استفاده باشد. مثلاً این‌که درصد بالایی از افراد جامعه‌ای، مثلاً درگیر خودارضایی باشند، سبب نمی‌شود که این عمل را بهنجار یا سالم یا طبیعی قلمداد

کنیم: «قُلْ لَا يَسْتَوِي الْخَبِيثُ وَالطَّيِّبُ وَلَوْ أَعْجَبَكَ كَثْرَةُ الْخَبِيثِ»^۱ بگو (هیچ‌گاه) ناپاک و پاک مساوی نیستند هرچند فزونی ناپاک‌ها تو را به شگفتی اندازد!؛ اما برای دسته اول، ممکن است ملاک اکثریت استفاده شود. البته همین ملاک اکثریت را نیز باید با در نظر داشتن سایر ملاک‌ها نگرست. چهارم، این‌که مسئولیت و تکلیف انسان‌ها بسته به نوع آسیب متفاوت می‌شود. در برخی آسیب‌ها خود افراد بیشترین تکلیف و مسئولیت را دارند و باید وارد عمل شوند. در برخی آسیب‌ها که حالت ابتلا دارند، بیشتر اطرافیان درگیر هستند و ممکن است خود مبتلایان مسئولیت و تکلیف کمتری داشته باشند؛ در برخی آسیب‌ها نیز هم خود افراد و هم دیگران مسئولیت‌ها و تکالیف مشترکی دارند که باید جهت رفع یا دفع آسیب‌ها اقداماتی را انجام دهند. انتظارات از افراد و جوامع برای هر دسته متفاوت خواهد بود. پنجم، این‌که درمانگر آسیب‌های دسته‌های مختلف، شرایط متفاوتی دارد. برای آسیب‌های دسته اول، داشتن شرایط یک پزشک متخصص و متعهد کفایت می‌کند؛ اما برای آسیب‌های دسته دوم، مشاور یا روان‌شناس باید شرایط بسیار ویژه‌ای را داشته باشد. مثلاً خود اهل فضایل اخلاقی باشد، اهل عمل خیر باشد و ... ششم، این‌که باید جنبه‌های رشدی را نیز در نظر داشت. برخی آسیب‌ها قابل پیش‌بینی هستند؛ مثلاً ضعف در حافظه برای سنین پیری قابل پیش‌بینی است یا برخی رفتارهای مشابه حسادت و ... در کودکانی که به سن تمیز نرسیده اند. همچنین باید در نظر داشت که نابهنجاری در شرایط و اقتضائات خاص نیز می‌تواند متفاوت باشد، مثلاً یک پلیس یا مأمور اطلاعات باید درجاتی از بدبینی داشته باشد و این برای حرفه او سالم تلقی می‌شود. هفتم، این‌که این دیدگاه باید بتواند تکلیف روان‌شناسی اسلامی را با پدیده‌ها و اختلالات نوظهور روشن نماید و بین موارد مختلف، به‌درستی، تفکیک قائل شود. برای مثال تمایز بین «همجنس بازی» و «همجنس‌گرایی» مهم است. ممکن است فردی، بدون اینکه در گرایش خویش با سوء اختیار تغییری ایجاد کرده باشد، به جنس در ظاهر موافق گرایش (غیرمعمول و غیرقابل‌انتظاری) داشته باشد (به فرض اثبات چنین مدعایی). چنین فردی می‌تواند در دسته نخست قرار داده شود و برای حل مشکلش اقدامات لازم انجام پذیرد. مثلاً آگاهی‌دهی، درمان جهت تغییر گرایش یا رفتار، تمرین خودکنترلی جهت تبدیل‌نشدن گرایش به عمل و ... این فرد، احتمالاً متفاوت از کسی دیده می‌شود که در صحت خلقت خود مشکلی ندارد، اما با سوء اختیار به سمت جنس موافق می‌رود و تمایلات جنسی‌اش را این‌گونه ارضا می‌نماید. هشتم، این‌که در تعریف اختلال روانی در روان‌شناسی معاصر، همان‌گونه که گذشت، یکی از موارد لحاظ شده این است که افراد دچار اختلال روانی معمولاً رنج شخصی دارند (به‌جز اختلالاتی خاص چون شیدایی)، یا در عملکرد شغلی، تحصیلی، اجتماعی و ... آن‌ها اختلال ایجاد می‌شود؛ درحالی‌که در الگوی پژوهش حاضر، اتفاقاً ممکن است بسیاری افراد بیمار، هیچ رنج شخصی ادراک نکنند و تصور کنند همه‌چیز خوب پیش می‌رود و در عملکرد ظاهری آن‌ها هم هیچ مشکلی نباشد: «قُلْ هَلْ نُنَبِّئُكُمْ بِالْأَخْسَرِينَ أَعْمَالًا الَّذِينَ ضَلَّ سَعِيَهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَهُمْ يَحْسَبُونَ أَنَّهُمْ يُحْسِنُونَ صُنْعًا»^۲. نهم، این‌که اختلال در شناخت، هیجان و رفتار ممکن است در دو سطح ظاهر و باطن اتفاق بیفتد. این‌که فردی مثلاً در حوزه شناختی و پردازش اطلاعات مشکلی دارد (مثلاً سرعت ادراکی پایینی دارد) فقط بخشی از آسیب روانی را پوشش می‌دهد. آسیب جدی‌تر زمانی است که دستگاه ادراکی ظاهری سالم است، اما دستگاه ادراکی باطن تخریب شده است: «وَمَثَلُ الَّذِينَ كَفَرُوا كَمَثَلِ الَّذِي يَنْعِقُ بِمَا لَا يَسْمَعُ إِلَّا دُعَاءً وَنِدَاءً صُمُّ بَكَمُ عَمِّي فَمَهُمْ لَا يَعْقِلُونَ»^۳ یا «أَفَلَمْ يَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَتَكُونَ لَهُمْ قُلُوبٌ يَعْقِلُونَ بِهَا أَوْ آذَانٌ يَسْمَعُونَ بِهَا فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى الْأَبْصَارُ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبُ الَّتِي فِي الصُّدُورِ»^۴. آیا آن‌ها در زمین سیر نکردند تا دل‌هایی داشته باشند که با آن حقیقت را درک کنند یا گوش‌های شنوایی که ندای حق را بشنوند چراکه چشم‌های ظاهر نابینا نمی‌شود بلکه دل‌هایی که در سینه‌ها جای دارد بینایی را از

۱. آیه ۱۰۰ سوره مائده

۲. آیات ۱۰۳ و ۱۰۴ سوره کهف

۳. آیه ۱۷۱ سوره بقره

۴. آیه ۴۶ سوره حج

دست می‌دهد! دهم، این‌که با توجه به رابطه تنگاتنگ جسم و روح، هرگونه درمان آسیب‌های نوع اول، می‌تواند مسئولیت و تکلیف افراد را به‌روزرسانی کند و به‌عکس ایجاد آسیب در حالات اختیاری افراد (مثلاً در نتیجه ضربات مغزی و ...) می‌تواند درجات تکلیف و مسئولیت آن‌ها را متفاوت نماید. با توجه به این نوع رابطه بین جسم و روان، هر درمانی برای آسیب‌های دسته اول جایز و روا نخواهد بود. این رابطه به‌قدری تنگاتنگ است که ممکن است فردی که به‌اصطلاح به اختلال دوقطبی مبتلا است، در صورتی‌که در زمان‌های خُلق معمولی خود، مثلاً اعمال دینی را مستمراً انجام داده باشد، در حالت خُلقی شیدایی خود، بیداری شبانه به‌قصد شب‌زنده‌داری و دعا و راز و نیاز را تجربه کند، یا نسبت به انجام عبادات انرژی مضاعفی را تجربه کند. یازدهم، این‌که این الگوی نظری باید بتواند به حل مسئله مربوط به جرائم افرادی که اصطلاحاً دچار اختلال روانی هستند، کمک نماید. با رویکردی که DSM در پیش‌گرفته است، ممکن است افرادی با سوءاستفاده از عنوان «اختلال روانی» و با کمک سوء برخی حقوق‌دانان غیر متعهد، جرمی را مرتکب شوند و ذیل عناوینی چون «جنون آنی» یا هر اختلال روانی دیگری، خود را از تبعات انجام آن جرم رها سازند؛ اما این الگو باید کمک کند تا بین فرد مبتلا و فرد بیمار یا درگیر اختلال تمایز قائل شود و این مهم با تعیین نقش «اختیار» در عمل مجرمانه محقق خواهد شد. دوازدهم، این‌که در این الگو، به‌جای تأکید بر «فایده بالینی» تشخیص مشکلات، تأکید در دسته اول بر «شناخت معنای ابتلائات» و «توجه به وسع» فرد مبتلا و «درک ابتلای اطرافیان فرد» و در دسته دوم، تأکید بر «تشخیص زودهنگام مشکل» جهت برطرف‌نمودن مشکل و بازگشت به «مسیر فطرت و عقل و سلامت» است تا فرد از «رشد و کمال و حرکت به سمت الله» باز نماند. در دسته سوم نیز تأکید بر «توانمندسازی» و «حمایت اجتماعی از آسیب‌دیدگان»، «اصلاح فردی و اجتماعی»، «تغییر محیط نامناسب»، «بیش‌افزایی درباره آسیب یا اختلال» و ... جهت پیشگیری یا درمان مسائل است.

در این الگو، هرچند علائم و نشانگان حائز اهمیت است و در آیات و روایات نیز به آن‌ها اشاره شده است، اما باید توجه داشت که به ویژه در دسته دوم، هرکسی (به‌خصوص در مراحل ابتدایی بیماری) خود می‌تواند علائم مشکلش را تشخیص دهد و برای برطرف‌نمودن آن اقدامات را آغاز کند. در واقع، مشکلات به‌صورت پیوستاری هستند و ممکن است فردی در رابطه با یک خصوصیت، ابتدا درگیر «حالت» مربوط به آن شود، سپس شاید در او تبدیل به «صفت» شود و در برخی موارد «فصل مقوم» شخصیت فرد بر مبنای آن خصلت شکل گیرد. طبیعی است هرچه اختلال و بیماری شدیدتر شود، تشخیص آن برای خود فرد دشوارتر و درمان آن برای درمانگر پیچیده تر خواهد شد و باید تلاش شود تا «پیشگیری» لازم صورت گیرد.

نکته مهم دیگری که باید درباره آن بحث شود این است که ممکن است برخی آسیب‌ها زمینه خُلقی داشته باشند، ولی با سوء اختیار تبدیل به بیماری شوند. برخی آسیب‌ها ترکیبی از موارد یادشده در دسته‌ها هستند. شاید بتوان وسواس و برخی دیگر از مسائل را در این خصوص نام برد. درجات هر آسیب، بسته به این‌که مشکل از کدام بخش بوده و شدت مسائل هر دسته چقدر بوده، متفاوت باشد. مطلب دیگر این‌که روی دیگر سکه آسیب روانی و بیماری روانی، «سلامت روانی» است. پژوهش‌گر در جای دیگری برای سلامت روانی تعریفی ارائه داده که این تعریف، در واقع، بیشتر شامل افرادی می‌شود که شرایط پنج‌گانه یادشده در نامه امام هادی علیه السلام را داشته باشند. «انسان سالم کسی است که دارای قلب سلیم باشد. چنین فردی را می‌توان مؤمن متعبد (عابد) عالم عادل نامید. چنین انسانی روابط چهارگانه خود را با خدا، خود، خُلق و هستی بر مبنای ایمان و بندگی خدا و عدل تنظیم می‌نماید. انسان سالم، با غلبه عقل نظری اش بر وهم و خیال و نیز غلبه عقل عملی‌اش بر شهوت و غضب، اعتقادات (باورها)، اخلاقیات (اخلاق، احساسات، گرایش‌ها و نیات) و اعمال (رفتارهای) خویش را بر پایه رضایت خدا تنظیم کرده و با شکوفاکردن فطرت الهی خود، با استفاده از سرمایه‌های درونی و بیرونی که خداوند برایش فراهم نموده و با غلبه بر موانع پیش رو، شاکله‌ای محکم و مناسب در خود ایجاد کرده (با توجه به وسع خود) و با قرارگرفتن در ذیل ولایت الهی به سمت اهداف والایی چون دستیابی به نفس مطمئنه، هدایت و رشد، تقوا، علم، قرب و رضوان و بندگی خدا حرکت می‌کند تا به طهارت و حیات طیبه و بهشت و لقاءالله نائل شود» (عزیزی ابرقوئی، ۱۳۹۶).

به هر صورت، تلویحات ارائه این الگوی نظری فراوان هستند و امید می‌رود این چشم‌انداز بتواند خلأ نظری در حوزه آسیب‌شناسی روانی در مکتب روان‌شناسی اسلامی را پوشش دهد و با نظرات صاحب‌نظران، متخصصان و منتقدان ریزبین، اصلاح و تکمیل شود.

۵- تقدیر و تشکر

با تشکر از تمام عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند.

۶- منابع

- ۱- قرآن کریم.
- ۲- ابوترابی، علی. (۱۳۸۶). نقد ملاک‌های بهنجاری در روانشناسی با نگرش به منابع اسلامی. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ع).
- ۳- ابن شعبه، حسن بن علی. (۱۳۹۱). تحف العقول عن آل الرسول صلی الله علیه و آله. ترجمه حمیده مروتی. قم: حبل‌المتین.
- ۴- الخصال. برگرفته از سایت جامع‌الحادیث نور <https://hadith.inoor.ir/fa/hadithlist>
- ۵- انجمن روان‌پزشکی امریکا. (۲۰۱۳). چکیده ملاک‌های تشخیصی DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی‌آذر و فرهاد شاملو. (۱۳۹۵). تهران: انتشارات ارجمند.
- ۶- جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۹۱). مبادی اخلاق در قرآن (چاپ دهم). قم: مرکز نشر اسراء.
- ۷- جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۹۵، ۱۳۹۷). تفسیر تسنیم. قم: انتشارات اسراء.
- ۸- حرّانی، ابن‌شعبه. (۱۳۹۱). تحف‌العقول عن آل‌الرّسول. ترجمه حمیده مروتی. قم: طلیعه سبز.
- ۹- حکیمی، محمدرضا، حکیمی، محمد، و حکیمی، علی. (۱۳۹۵). الحیاه. ترجمه احمد آرام. قم: انتشارات دلیل ما.
- ۱۰- رفیعی‌هنر، حمید. (۱۳۹۷). مدل مفهومی «سلامت روان» بر اساس ارتباط‌شناسی مفاهیم «سلامت» و «مرض» در منابع اسلامی. *روان‌شناسی و دین*، ۱۱(۴)، ۲۶-۵.
- ۱۱- روزنهان، دیوید، و سلیگمن، مارتین. (۱۹۸۹). آسیب‌شناسی روانی (چاپ دوم). ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۸۰). ج ۱. نشر ساوالان.
- ۱۲- سالاری فر، محمدرضا، شجاعی، محمدصادق، موسوی اصل، سید مهدی، و دولتخواه، محمد. (۱۳۹۰). بهداشت روانی به نگرش به منابع اسلامی (چاپ دوم). قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ۱۳- سانتراک، جان دبلیو. (۲۰۰۳). زمینه روان‌شناسی. ترجمه مهرداد فیروزبخت. (۱۳۸۵). مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- ۱۴- شجاعی، محمدصادق، و حیدری، مجتبی. (۱۳۸۹). نظریه‌های انسان سالم با نگرش به منابع اسلامی (چاپ اول). قم: انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
- ۱۵- عزیزی ابرقوئی، محسن. (۱۳۹۶). تدوین شاخص‌های سلامت روانی و ارائه الگو بر مبنای تحلیل محتوای آیات قرآن کریم. طرح تحقیقاتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو علوم اعصاب و رفتاری، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (ع).
 ۱۶- غزالی، امام محمد. (۱۳۹۶). کیمیای سعادت (چاپ چهارم). تهران: مؤسسه انتشارات نگاه.
- ۱۷- فیرس، ای. جی.، و ترال، تیموتی جی. (۲۰۰۲). روان‌شناسی بالینی، مفاهیم، روش‌ها، حرفه‌ها. ترجمه مهرداد فیروزبخت. (۱۳۹۲). تهران: رشد.

- ۱۸- مسکویه رازی، ابوعلی. (۱۳۷۵). کیمیای سعادت (ترجمه طهاره‌الاحلاق). ترجمه میرزا ابوطالب زنجانی. تهران: دفتر نشر میراث مکتوب.
- ۱۹- محمدی ری‌شهری، محمد. (۱۳۸۶). منتخب میزان‌الحکمه (چاپ ششم). تلخیص سیدحمید حسینی، ترجمه حمیدرضا شیخی. قم: دارالحدیث.
- ۲۰- نراقی، ملااحمد. (۱۳۹۲). معراج السعاده (چاپ سیزدهم). قم: مؤسسه انتشارات هجرت.
- 21- Braun, Virginia., & Clarke, Viktoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- 22- Butcher, J. N., Hooley, J. M., & Mineka, S. (2014). *Abnormal Psychology* (16th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- 23- Haque, Amber. (2004). Psychology from Islamic Perspective: Contributions of Early Muslim Scholars and Challenges to Contemporary Muslim Psychologists. *Journal of Religion and Health*, 43 (4), 357-377.
- 24- Lilienfeld, S. O., & Landfield, K. (2008). Issues in diagnosis: Categorical vs. Dimensional. In W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, & L. W. Craighead (Eds.), *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- 25- Mangal, S.K. (1989). *Abnormal psychology*. Sterling Publishers Private Limited.
- 26- Mohamed, Wael. M. (2008). History of Neuroscience: Arab and Muslim contributions to modern neuroscience. *IBRO History of Neuroscience*.
- 27- Okasha, A. (2001). Egyptian contribution to the concept of mental health. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 7 (3), 377-380, 2001.
- 28- Stein, Dan. J., Phillips, Katherin. A., Bolton, Derek., Fulford, K. W. M., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological medicine*, 40(11), 1759-1765.



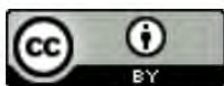
Modification of the theoretical model of psychopathology based on the analysis of Imam Hadi's letter to the people of Ahvaz

Mohsen Azizi Abarghoi¹

Abstract

Islamic psychology as a "doctrine" is a branch of knowledge that describes, explains, predicts, and controls human behavior and mental processes as a divine creation in physical, psychological, social, moral, and spiritual dimensions by using resources and experimental, rational, and revelatory methods. Although Islamic psychology uses the findings of other contemporary psychological doctrines as appropriate, it needs a system based on Islam or originating from Islam to describe, explain, predict, and explain key issues. Among the main topics of psychology is the discussion of psychopathology (abnormal psychology). The present study, with the aim of formulating an Islamic perspective on the topic of psychopathology, using the Thematic analysis method and focusing on Imam Hadi's letter to the people of Ahvaz in explaining the issues related to predestination, delegation, and discretion, developed a theoretical model for the harms of Psychic suggests. In this theoretical model, mental injuries are categorized into three classifications of ailments (injuries related to the health of creation, mental illnesses caused by a person's abuse of will, and environmental-social injuries). The afflictions (Ibtala) themselves are divided into categories such as afflictions in the perfection of character, afflictions in the perfection of the senses, afflictions in the stability of reason, afflictions in differentiation, and afflictions in speech and expression. Diseases caused by a person's abuse of will are also divided into belief diseases, moral diseases, behavioral problems, heart (Qalb) diseases, and diseases caused by lack of reasoning (Jonoud Jahl). Additionally, Environmental-social damages include mental damage caused by bad parenting (or caregivers), damages caused by cruel and corrupt governments and inappropriate societies, and damages caused by unreliable companions and friends. Throughout the discussion and conclusion section, the implications of the proposed theoretical model have been examined.

Keywords: Doctrine of Islamic Psychology, Psychopathology, Abnormal Psychology, Mental Illness, Affliction (Ibtala)



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Ashkazar Branch, Islamic Azad University, Ashkazar, Iran. mohsenazizi1986@gmail.com