

دو فصلنامه عقل و دین، مؤسسه دین پژوهی علوی،
سال سیزدهم، شماره بیست و پنجم (پائیز و زمستان ۱۴۰۰)

Differential Diagnosis of True Spiritual States from Mental Disorders

Roohollah Rastgarsefat¹ \ Mohsen Imani²

Abstract:

Spiritual states are Divine and non-material states in human beings that are manifested in the form of emotions or behavior. Some of them are true and others are false. In fact, non-psychotic mental disorders sometimes exhibit similar to spiritual states, thus a differential diagnosis seem to be essential. Here, with an interdisciplinary look based on Islamic texts and psychology of religion and psychopathology and with a descriptive-analytical method, the characteristics of mental disorders which can be confused with spiritual states, i.e. schizophrenia, depression, conversion, anxiety, have been discussed. It is concluded that true spirituality has important differences with the above-mentioned disorders and their similarity is only superficial which will disappear by comparing their characteristics with the symptoms of disorders. That's because hallucination, and delusion are not found in the life of the people who experience true spirituality. They try their best to obey sharia and the lifestyle of the infallibles. This plays an important role in differentiating them with the mentally disordered people. Shortage of sleep time in the people with true spirituality is caused by worship and service to people, and the change in the amount of food is resulted by the moderation in eating and the slim bodies are due to fasting, but the lack of self-esteem and problems related to sleep and food, as mentioned in specialized psychological diagnosis texts, are not found in the people who experience true spirituality. They are in fact the symptoms of the patients suffering from those mental disorders, and the people experiencing true Islamic spirituality don't suffer from them.

Keywords: spirituality, psychology, differential diagnosis, mental disorders.

1 - A Phd graduate of Quran and Hadith Knowledge, University of Tehran, (Corresponding Author),
rastgarsefat@gmail.com

2 - Psychologist and associate professor, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University,
eimanim@modares.ac.ir

تشخیص افتراقی حالات معنوی صادق از اختلال‌های روانی

روح الله رستگارصفت^۱ / محسن ایمانی^۲

چکیده:

حالات معنوی، حالات الهی و غیرمادی در درون انسان هستند که به شکل عاطفه یا رفتار نمود می‌یابند و ممکن است صادق یا کاذب باشند. البته گاه برخی از اختلالات خفیف روانی به حالات معنوی شبیه می‌شوند و نیاز به تشخیص افتراقی پیدا می‌شود. در اینجا با نگاهی میان‌رشته‌ای بر اساس متون اسلامی و روان‌شناسی دین و روان‌شناسی مرضی و با روش توصیفی-تحلیلی، به معرفی وجوه تمایز اختلال‌های روانی (اسکیزوفرنی، افسردگی، تبدیلی، اضطرابی) که با حالات معنوی قابل خلط هستند پرداخته و بیان می‌دارد که حالات معنوی صادق تفاوت ماهوی با اختلال‌های اسکیزوفرنی، افسردگی، تبدیلی و اضطرابی دارد و شباهتشان جنبه صوری دارد که با مقایسه ویژگی‌های آنان با نشانگان اختلال‌ها در روان‌شناسی مرضی، این مشابهت از بین می‌رود؛ زیرا توهم، هذیان و سایر نشانگان اختلال روانی در صاحبان حالات صحیح معنوی وجود ندارد. آنان در پیروی از شریعت و سنت معصومان (علیهم‌السلام) کوشا هستند و این امر نقش مهمی در تمییز آن‌ها از بیماران روانی دارد. مثلاً کم‌خوابی در حالات معنوی بر اثر عبادت و خدمت به خلق ایجاد شده و کم‌خوراکی بر اثر مراقبت از شکم برای رعایت اعتدال و نجیفت شدن جسم بر اثر روزه همچنین دارندگان حالات صحیح معنوی در عزت نفس و مشکلات مربوط به خواب و خوراک، عاری از نشانگان ابتلا به آن اختلال‌ها هستند.

کلیدواژه‌ها: معنویت، روان‌شناسی، تشخیص افتراقی، اختلال روانی

rastgarsefat@gmail.com

eimanim@modares.ac.ir

۱ - دانش آموخته رشته علوم قرآن و حدیث، مقطع دکتری دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)،

۲ - دانشیار دانشگاه تربیت مدرس و روانشناس،

۱- مقدمه

"معنوی" منسوب به "معنی" است و آن را معادل "باطنی" و "حقیقی" دانسته‌اند (معین، ۱۳۸۶: ج ۲، ۱۷۷۶). این واژه معادل spirituality است که در متون روان‌شناسی دین برای مقایسه میان زندگی مسیحی با زندگی "دنیوی" یعنی سبک زندگی ماده‌گرایانه استفاده می‌شود (نلسون، ۱۳۹۵: ۲۴) و با مفاهیم الهام و روح مرتبط است و به نیرویی که ابعاد مرئی و نامرئی را اتحاد می‌بخشد، اطلاق می‌شود (فوتانا، ۱۳۸۵: ۳۶). در دو سده اخیر، معنویت در معانی مختلف استفاده شده است (شاکر نژاد، ۱۳۹۶). مثلاً جی مک دانیل^۱ شانزده نوع معنویت ذکر کرده است (صاحب‌دل، ۱۳۹۷: ۹۷). ارائه تعریفی دقیق برای معنویت مشکل است (نلسون، ۱۳۹۵: ۲۶). در اینجا منظور از حالات معنوی، آن حالات درونی انسان‌هاست که با امور غیرجسمانی و الهی در ارتباط است و در عاطفه (نمود احساسی)، رفتار (نمود عملی) و شناخت ظاهر می‌شود. به عبارتی، آنچه در قلب یا نفس به وجود می‌آید و واسطه بین انتخاب‌ها و تصمیم‌های اصیل و رفتار است، حالت معنوی نامیده می‌شود که شامل هر احساس مرتبط با دین یا امور غیر مادی، حتی از بی‌دینان، می‌شود و در شدت و ضعف و دوام مختلف و از دو نوع صادق و کاذب است. نمونه‌های آن عبارتست از احساس سبک شدن، نورانی بودن، مغفرت، تعالی روحی، یکی دیدن خود با طبیعت، سبکیالی و اموری مانند احوال، مقامات، واردات، خواطر، کشف‌ها. برای بیان این امور در فلسفه دین، از اصطلاح "تجربه دینی" استفاده می‌شود. حالات معنوی در طیفی مابین قوی و ضعیف و به شکل‌های عادی و والا در بین دین‌داران رواج دارند؛ اما به دلیل وجود آسیب‌ها، توهم‌ها، نقیص و ابهامات، ضرورت دارد که اعتبارسنجی آنها بر مبنای آموزه‌های قرآن و حدیث انجام گیرد. از جمله مباحث مهم درباره حالات معنوی، امکان خلط آنان با اختلال‌های روانی است. در مواقع بسیاری، خود افراد مبتلا به اختلال‌های روانی یا دیگران، این اختلال‌ها را با حالات معنوی اشتباه می‌گیرند.

برای بررسی حالات معنوی، مطالبی در روان‌شناسی دین و هم در روان‌شناسی مرضی یافت می‌شود.^۲ روان‌شناسی دین به مطالعه آداب و رسوم و عقاید و رفتارهای فردی و اجتماعی دینی و کشف ماهیت تجربه دینی و فعالیت ذهنی انسان می‌پردازد؛ از این رو، گزارش‌های شخصی از اعتقاد دینی و تجربه‌های عرفانی که توسط دارندگان آن‌ها ابراز شده است و نیز ارتباط با مبدأ الهی یا مردگان، همگی در راستای مطالعات روان‌شناسی دین قرار می‌گیرد (فوتانا، ۱۳۸۵: ۶۹). روان‌شناسی مرضی، شاخه‌ای از روان‌شناسی است که به آسیب‌های روانی و ارائه فهرست و توضیحات مربوط به هریک از بیماری‌های روانی و نشانه‌های آن‌ها می‌پردازد. روان‌پزشکان و روان‌شناسان از طریق مشاوره و آزمون‌های روانی و تجربیات خویش به تشخیص بیماری‌ها و سپس درمان آنها از طریق روش‌های شناختی و رفتاری و روان‌کاوانه می‌پردازند. روان‌پزشکان بجز موارد بالا، دارو نیز تجویز می‌کنند. اختلال به معنای سست و تباہ شدن کار و نابسامانی است و به آشفتگی فکر و نقصان عقل نیز اختلال گفته می‌شود (معین، ۱۳۸۶: ج ۱، ۱۰۴). آن شاخه از روان‌شناسی که به شرح بیماری‌ها، اختلالات روانی و رفتاری می‌پردازد، آسیب‌شناسی روانی نامیده می‌شود

(دیویس، بی‌تا: ۱۰). در اینجا مراد از اختلالات روانی، همان بیماری‌های روانی است؛ امروزه در روان‌شناسی کاربرد "اختلال روانی" نسبت به "بیماری روانی" ترجیح داده می‌شود (پورافکاری، ۱۳۸۹: ۴۳۲). اگر اختلالات، مشکل جدی در توانایی شخص در ارزیابی دقیق و توأم با حساسیت درباره وضعیت خودش و دنیای اطرافش به وجود آورد، به آن روان‌پریشی (سایکوز^۳) گفته می‌شود که مانع از حفظ روابط همکارانه فرد با دیگران به منظور کنار آمدن با مسائل زندگی روزمره می‌گردد (دیویس، بی‌تا: ۱۰). در مقابل به اختلالاتی خفیف‌تر که در بین افراد وسیعی از جامعه امکان بروز دارند و ضرر قابل توجهی به دیگران وارد نمی‌سازد نوروژ می‌گویند^۴. در راستای شناخت بیماری‌های روانی سه روش گوناگون طبقه‌بندی معرفی شده است: DSM، ICD و RDوC^۵. در کتاب‌های روان‌شناسی که برای مجامع دانشگاهی تهیه می‌شود طبقه‌بندی DSM (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی) مورد استفاده است، هرچند انتقاداتی هم نسبت به آن وجود دارد. در نوشتار حاضر، ملاک‌های تشخیص اختلال‌ها مطابق آخرین نسخه این طبقه‌بندی که نسخه پنجم آن است (DSM-V)، آورده شده است.

برای اختلالات، علل مختلفی ذکر شده است و همچنین رویکردهای مختلفی نیز برای تبیین اختلالات پیشنهاد شده است. برخی، اختلالات را به سطح نورولوژی و اعصاب و مغز تقلیل می‌دهند و برخی دیگر طرفدار مدل انطباقی یا مدل‌های آزمایشگاهی هستند (دادستان، ۱۳۹۰: ۱۰ و ۲۱ و ۲۹). تعریف‌های مختلفی برای اختلال روانی ارائه شده است که هر یک نشانه خود را دارد. می‌توان برحسب دیدگاه‌های مختلف آسیب‌شناختی، آماری، فرهنگی، آرمانی نگر و سازش با توقعات خود یا بیرون خود به بررسی بهنجاری و نابهنجاری پرداخت. به این صورت که اختلال در دیدگاه آسیب‌شناختی با نشانه‌ها شناخته می‌شود. ملاک در دیدگاه آماری، اکثریت جامعه است و نابهنجاری را با نشانه انحراف از هنجارهای آماری بازشناسی می‌کنند. در دیدگاه فرهنگی، رفتار یا بازخوردهای رفتار یک فرد برحسب محیط اجتماعی‌اش تعیین‌کننده سلامت یا بیماری اوست و در دیدگاه سازشی، توقعات و ایده‌آل‌های فرد، ملاک سنجش قرار می‌گیرد. البته به هریک از این دیدگاه‌ها، نقد وارد است به‌عنوان نمونه وجود نشانه‌های مرضی دلیلی بر نابهنجاری نیست زیرا افرادی که کاملاً فاقد نشانه‌های مرضی باشند بسیار کم هستند؛ خصوصاً وقتی تحت شرایط تنیدگی (استرس) قرار داشته باشند (همان، ۱۳۹۰: ۲۴-۲۶). در اینجا تلاش شده بر اساس قرآن و حدیث و نیز متون روان‌شناسی دین و روان‌شناسی مرضی، راهکاری برای تشخیص افتراقی اختلالات روانی از حالات معنوی صادق ارائه شود. در متون روان‌شناسی تعیین دقیق ملاک برای تعیین اختلالی یا غیراختلالی بودن یک امر، با چالش مواجه است. مطابق معیارهای متداول در روان‌شناسی مرضی، مشخصه‌های اصلی تعیین‌کننده اختلال‌های روان‌پریشی عبارتند از: هذیان‌ها، توهم‌ها، تفکر آشفتگی، رفتار حرکتی بسیار در هم ریخته یا نابهنجار و نشانه‌های منفی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۵: ۱۱۹-۱۲۳). حالات معنوی دین‌داران و نیز ملاک‌های تشخیص حالات صادق از کاذب آنان در قرآن و حدیث و نیز تصوف و عرفان تبیین شده است. تبیین صحت و سقم حالات معنوی از دیرباز مورد توجه روان‌شناسان

دین نیز بوده است (ر.ک به 83: Adair, 2009) و معیارهایی برای صادق بودن آن حالات ذکر کرده‌اند و افرادی چون کارل راجرز، به تحلیل و اعتبارسنجی گزارشات معنوی افراد نیز پرداخته‌اند. بخشی از پایان‌نامه خانم خدابخشی با عنوان "اثر بخشی درمان ترکیبی معنوی-شناختی-رفتاری گروهی در درمان افسردگی غیر بالینی جوانان" به این مبحث مرتبط است و دو معیار از ابن عربی برای دینی بودن تجربه دینی ذکر و با معیارهای جیمز مقایسه کرده است. همچنین مقاله دیگری از آقایان رستگارصفت و فاتر به عنوان "قواعد کلی حاکم بر حالات معنوی صادق در قرآن و سنت"، به قواعد معنویت صادق پرداخته است. با این حال، نگارنده تا کنون در آثاری که مشاهده نموده است به تبیین جامعی از مؤلفه‌های اصلی اختلال روانی که صرفاً بر پایه متون اسلامی تدوین شده باشد، دست نیافته و نوشتار حاضر به هدف بیان ملاک‌های تشخیص افتراقی بین حالات معنوی صادق و اختلال‌های روانی و با تکیه بر متون قرآن و حدیث نگاشته شده است و از این جهت با موارد معرفی شده متمایز و دارای نوآوری است.

۲- دیدگاه‌های روان‌شناسان دین درباره رابطه اختلال روانی با حالات معنوی

رابطه تجربه دینی و آسیب‌های روانی، در کتب روان‌شناسی دین و فلسفه دین، تحت عناوینی مثل "آسیب‌شناسی روان و عرفان" (نلسون، ۱۳۹۵: ۲۰۸) دستیاب است. عده‌ای از روان‌شناسان معتقدند که تجربه دینی نمی‌تواند نمودی از آسیب‌شناسی باشد. اثراتی که این تجربه‌ها بر زندگی صاحبانشان گذارده‌اند مورد مطالعه بود است (نلسون، ۱۳۹۵: ۲۰۹). ویلیام جیمز^۶ (مشهور به پدر روان‌شناسی دین) در حالات عرفای مسیحی مطالعه بسیاری کرده و کتاب "نوع تجربه دینی" او شاهدهی بر کثرت ارجاعات به احوالات عرفای مسیحی است و از این حیث شگفت‌آور است. مثلاً پولس که طبق کتاب مقدس، از تهدید و کشتار پیروان مسیح کوتاهی نمی‌کرد، در راه دمشق ناگهان نوری خیره کننده از آسمان گرداگردش تابید، به طوری که بر زمین افتاد و صدایی شنید که به او می‌گفت: "پولس پولس چرا این قدر مرا رنج می‌دهی؟!" پولس پرسید: "آقا شما کیستید؟" آن صدا جواب داد: "من عیسی مسیح هستم. همان کسی که تو به او آزار می‌رسانی! اکنون برخیز. به شهر برو و منتظر دستور من باش." همسفران پولس مهیوت ماندند، چون صدایی می‌شنیدند ولی کسی را نمی‌دیدند. وقتی پولس به خود آمد و از زمین برخاست، متوجه شد که چیزی نمی‌بیند. دست او را گرفتند و به دمشق بردند. در آنجا سه روز نایبنا بود و در این مدت چیزی نخورد و ننوشت (کتاب مقدس، اعمال رسولان، ۹/۳). برخی روان‌شناسان، واقعه فوق را ناشی از ضایعاتی در ترشحات قشر مخ او دانسته و با بیماری صرع مرتبط دانسته‌اند که بیانگر دیدگاه انکارآمیز آنان درباره حالات معنوی است (جیمز، ۱۳۹۱: ۳۰). به اعتقاد او، نوابغ دینی غالباً علایم بی‌ثباتی عصبی از خود نشان داده‌اند (جیمز، ۱۳۹۱: ۲۳). با آنکه جیمز وجود آسیب‌های روانی را برای نوابغ دینی محتمل می‌داند؛ اما مجموعاً می‌توان گفت نظراتش در راستای تأیید روان‌شناسانه بر صحت تجارب عرفانی است^۷ (همان، ۲۳ و ۲۷). به اعتقاد او، برای شناخت امور معنوی باید ثمرات آن را در زندگی واقعی بررسی کرد. او به برخی پزشکان

انتقاد می‌کند که از روی تغییرات تنفس و گردش خون یا شباهت به هیستری^۱ و خرافات، همه امور عرفانی را باطل می‌شمارند. به نظر جیمز، روان‌پزشک سطح نازلی از مسائل را می‌بیند، در حالی که امور عرفانی از مسائل سطح عالی هستند. البته جیمز در کنار عرفان دینی، از عرفان مرضی نیز سخن گفته و معتقد بود که سنجش امور مرتبط با ضمیر ناهشیار آدمی را نیز باید همانند امور مادی و حسی مورد آزمون قرار داد و با محک تجربه سنجید و به این طریق از ضرورت تمییز میان حالات عرفانی با بیماری‌های روانی سخن گفته است (همان، صص، ۴۰ و ۴۲ و ۴۲۷ و ۴۵۷-۴۵۹ و ۴۷۱). دو ملاک قطعی جیمز برای تشخیص عرفانی بودن تجربه عبارتند از توصیف‌ناپذیری^۲ (یعنی ویژگی تجربه عرفانی که آنچنان شدید است و دارای آنچنان محتوای عمیق معنوی است که نمی‌توان به سرعت و بدون مکث‌های تأملی آن را بیان نمود) و کیفیت معرفتی^۳ (حجیت‌زا و قابل اتکا بودن برای عارف). دو نشانه غیرقطعی عبارتند از زودگذری^۴ و حالت انفعالی^۵ (از دست دادن اراده در لحظه عرفانی در عین ارادی بودن مقدمات آن) که به اعتقادش در بین عرفا دیده نمی‌شود (همان، ۴۲۶-۴۴۰). برخی روان‌شناسان برخلاف جیمز، نسبت به کلیه حالات عرفانی با دید منفی نگریسته و تجربه‌های دینی را مشابه با اختلال‌های روانی محسوب می‌کنند. مثلاً آن را روان‌پریشی آمیخته با خودشیفتگی می‌دانند (رک به دیویس، ۱۳۹۱: ۲۷۱ و فوتانا، ۱۳۸۵: ۲۵۵) (همچنین رک به Spilka B. and et.al, 2003: 397-398)؛ در حالی که مطابق پژوهش‌ها رابطه مستقیمی بین ادراکات معنوی با بیماری‌های روانی وجود ندارد. تفاوت میان تجربه‌های روان‌پریشانه با تجارب دینی به این صورت بیان شده است: ۱. تجربه‌های روان‌پریشانه بر جزئیات بی‌اهمیت تمرکز می‌کنند و توأم با وحشت و هیجان‌ات منفی هستند؛ اما تجارب دینی عرفانی دارای ویژگی مثبت و وحدت‌بخش هستند. ۲. تکرار تجربه‌های روان‌پریشانه عموماً همراه با طول عمر کمتر و تکرار تجارب دینی عرفانی با طول عمر بیشتر افراد مرتبط است. ۳. دارندگان تجارب دینی، برخلاف افراد روان‌پریش، فاقد اختلالات روانی هستند (نلسون، ۱۳۹۵: ۱۹۴). معیارهای دیگری نیز برای صحت روان‌شناختی این تجربیات ذکر گردیده است مانند عدم اخلال در روابط اجتماعی و شغلی، کوتاهی زمان تجربه، شک داشتن صاحب تجربه نسبت به واقعیت آن، تطابق با ارزش‌های دینی یا جامعه، داشتن تسلط بر تجربه، حفظ رشد شخصی و همیاری با دیگران نیز در این خصوص ذکر شده است (Adair, 2009: 83).

دست‌یابی به حالات صحیح معنوی راهکارهای روشنی در دین دارد، مانند مراقبت در کیفیت خوردن، آشامیدن، سخن گفتن و نیز مراقبت در توجه‌های قلبی (صدوق، ۱۳۶۲: ۱۰ و طبرسی، ۱۴۱۲: ۱۵۰) اما در مباحث روان‌شناسی دین عوامل دیگری نیز برای ایجاد حالات معنوی ذکر شده است؛ البته حالات معنوی که از این طرق حاصل شود، لزوماً صادق نیستند و از منشأ الهی ناشی نمی‌شوند. برخی از آن عوامل عبارتند از: نقش شبکه عصبی، نقش محرک‌های جسمانی و نیز مصرف برخی از مواد افیونی و غیره. با تحریک برخی نواحی مغز می‌توان مشاهداتی مثل سفرهای شبه‌جادویی به عوالم دیگر و بازگشت خیالی به زندگی-های گذشته، ایجاد کرد. همچنین ادعا شده است که بین صرع و تجربه‌های دینی مانند شهود انوار الهی،

بصیرت‌هایی از حقایق غایی دست نیافتنی ارتباط وجود دارد (فونتانا، ۱۳۸۵: ۱۴۷-۱۴۵ و ۲۶۰-۲۵۹). همچنین بی‌خوابی ممتد یا کاهش تحریک محیطی و انزوا را به مقدمه طیفی از پدیده‌های عجیب مانند اختلال در تصویر بدنی، توهمات سمعی و بصری، زوال فکری، هیجان شدید و متغیر دانسته‌اند (رک به آذربایجانی: ۱۳۹۳)؛ در بین مصرف‌کنندگان مواد روان‌گردان، یعنی مسکن‌ها، محرک‌ها، مواد مخدر و توهم‌زها، گزارشاتی با مضامین دینی ارائه شده است (به عنوان نمونه رک به زرین کوب، ۱۳۵۶: ۹۴)؛ هرچند معمولاً به عنوان تجارب دینی معتبر قلمداد نمی‌شوند (نلسون، ۱۳۹۵: ۱۹۱؛ انزلی، ۱۳۸۶: ۱۰۳)؛ برخی معتقدند مواد روان‌گردان فقط برای کسانی حالت معنوی ایجاد می‌کند که دارای زمینه‌های پیشین مساعدی باشند و تنها حالاتی در حد ابتدایی و متوسط ایجاد می‌کنند و ساحت‌های نهایی و بسیار عمیق آگاهی انسان از دسترس این عوامل فیزیولوژیک دور است (آذربایجانی، ۱۳۹۳).

۳- نشانه‌های حالات معنوی کاذب در روان‌شناسی مرضی

سابقاً گذشت که مشخصه‌های اصلی تعیین‌کننده اختلال‌های روان‌پریشی عبارتند از: هذیان‌ها، توهم‌ها، تفکر آشفته، رفتار حرکتی بسیار آشفته یا نابهنجار و نشانه‌های منفی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۵: ۱۲۳-۱۱۹). با مطالعه نشانگان اختلالات روانی روشن می‌شود که اسکیزوفرنی (جنون)، افسردگی و اختلال تبدیلی بیش از هر اختلال دیگر روانی دیگر قابل خلط با حالات معنوی است. از این رو ضرورت دارد با مقایسه دقیق‌تر نشانگان این اختلالات با حالات معنوی به تشخیص افتراقی آن‌ها اقدام شود. بجز این سه، اختلال‌های اضطرابی نیز با حالات معنوی قابل خلط می‌باشند که در اینجا برای اختصار از ذکر نشانه‌های آن صرف‌نظر شده است (رک به همان، ۱۷۹-۱۸۲). ضمناً مغفول‌نماند، افرادی که کاملاً فاقد نشانه‌های مرضی باشند، بسیار کم هستند؛ خصوصاً وقتی تحت شرایط تنبیدی قرار داشته باشند (دادستان، ۱۳۹۰: ۲۴). مثلاً نشانه هذیان به تنهایی بر اسکیزوفرنی دلالت نمی‌کند، زیرا ممکن است موقتاً و بر اثر تب ایجاد شده باشد. بنابراین داشتن یک یا دو نشانه از موارد فوق به تنهایی نمی‌تواند دلالت بر وجود اختلال روانی نماید؛ بلکه همانطور که گفته شد باید در طی مدت معین و با شرایط خاص دوام داشته باشد تا مطابق موازین روان‌شناختی بتوان کسی را دارای اختلال شمرد. در روان‌شناسی به جنون اسکیزوفرنی گفته می‌شود. بنابراین لازم است به نشانگان جنون در روان‌شناسی مراجعه کنیم. همچنین نشانگان اختلال افسردگی و نیز اختلال تبدیلی هم مطابق آخرین تشخیص‌نامه معتبر روان‌شناسی آورده می‌شود تا بتوان به تشخیص افتراقی آنها از اختلالات روانی پرداخت:

جنون در روان‌شناسی، اسکیزوفرنی نامیده می‌شود که نشانه‌های آن عبارتند از: الف) دست‌کم دو مورد از نشانه‌های زیر که هر یک به مدت قابل ملاحظه‌ای طی دوره‌ای یک ماهه وجود داشته‌اند. دست‌کم یکی از موارد سه گانه ۱. هذیان، ۲. توهم، ۳. گفتار آشفته ۴. رفتار بسیار آشفته ۵. نشانه‌های منفی مثل افت بیان هیجانی یا بی‌ارادگی. ب) پس از آغاز این اختلال، سطح کارکردها در یک یا چند زمینه مهم مثل

شغل یا روابط میان فردی یا مراقبت از خود در مدت قابل ملاحظه‌ای از زمان آغاز اختلال، در مقایسه با قبل از بیماری، افت می‌کند... ج) نشانه‌های مداوم این اختلال دست کم شش ماه دوام می‌یابد. در این دوره شش ماهه باید نشانه‌های ملاک الف برای حداقل یک ماه وجود داشته باشد... (همان، ۱۳۹). البته توهم گاه از نشانه‌های اسکیزوفرنی است و گاه بر اثر استفاده از داروهای روان‌گردان و مواد افیونی ایجاد می‌شود که باید بین این دو مورد تفاوت قائل شد (همان).

اختلال روانی دیگر که ممکن است با حالات معنوی اشتباه شود، افسردگی است. اختلال افسردگی پایدار^{۱۳} (افسرده خویی) لاقلاً چند سال ادامه دارد؛ اما به حد افسردگی حاد نمی‌رسد و دارای نشانه‌های زیر است: الف) وجود خلق افسرده در بخش عمده روز و در بیشتر روزها، دست کم دو سال، به طوری که با گزارش خود بیمار یا مشاهدات دیگران مشاهده می‌شود. ب) دو (یا چند) مورد از این نشانه‌ها باید در حالت افسردگی وجود داشته باشد: ۱. اشتهای کم یا پرخوری ۲. بی‌خوابی یا پرخوابی ۳. کمبود انرژی یا احساس خستگی مفرط ۴. عزت نفس پایین ۵. تمرکز ضعیف یا اشکال در تصمیم‌گیری ۶. احساس ناامیدی. ج) بیمار طی دوره دوساله این اختلال هیچ‌گاه بیش از دو ماه متوالی بدون نشانه‌های ملاک الف و ب نبوده است... و) نشانه‌ها موجب ناراحتی بالینی یا نقص چشمگیر در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شوند^{۱۴} (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۵: ۱۶۶-۱۶۷).

اختلال دیگر اختلال تبدیل^{۱۵} (اختلال نشانه عصبی کارکردی^{۱۶})، مجموعه علائم یا نقص‌هایی است که عملکردهای اختیاری دستگاه حرکتی یا دستگاه حسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، به شکلی که شبیه به یک اختلال جسمی خاص می‌شوند؛ اما به نظر می‌رسد این علائم تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی باشند. این اختلال نیز قابل خلط با برخی حالات معنوی است. نشانه‌های آن عبارتند از: الف) وجود یکی از چند نشانه حاکمی از تغییر کارکرد حرکتی یا حسی-ارادی ب) وجود شواهدی از یافته‌های ناهمخوان بین نشانه‌ها و بیماری‌های عصبی یا جسمانی شناخته شده ج) برای این نشانه یا نقیصه نتوان برحسب اختلال جسمانی یا روانی دیگری تبیین بهتری کرد. د) نشانه یا نقیصه از لحاظ بالینی موجب ناراحتی یا نقص قابل ملاحظه‌ای در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شود... (همان: ۲۳۰-۲۳۱).

۴- نشانه‌های حالات معنوی صادق در مقایسه با اختلال روانی

حالات معنوی صادق در نگاه اولیه، ممکن است با بیماران روانی اشتباه گرفته شوند. مطابق موازین ذکر شده از روان‌شناسی، تنها کسی را می‌توان دارای اختلال روانی دانست که در مدت معین دارای برخی از نشانگان هذیان، توهم، آشفته‌گویی، رفتار آشفته و افت بیان هیجانی یا بی‌ارادگی باشد. بدیهی است این موارد در زندگی بزرگان اهل عرفان وجود نداشته است و اگر هم لابلای سخنانشان به مطالبی سطح بالا و فوق علم و عقل حضار مجلس خود اشاره کرده‌اند، نمی‌توان ایشان را دارای اختلال روانی دانست. در حقیقت، کلیت زندگی آنها عاقلانه و از رفتارها و گفتارهای آشفته و توهمات دور بوده است. در فرهنگ‌های

مختلف، افرادی یافت می‌شوند که حالات آنان برای کسانی نسبت به آن فرهنگ کم‌اطلاع هستند، غریب و بیمارگون به نظر می‌رسد؛ به دیگر سخن، نمی‌توان کسی را صرفاً به این دلیل که سخنان عرفانی بزند یا شهودها و دریافت‌های خارج از عرف داشته باشد، بیمار محسوب کرد، بل باید مطابق با شیوه‌نامه تشخیصی، تعداد معینی از نشانه‌ها برای مدت معین وجود داشته باشد که هیچیک در میان دارندگان حالات صحیح معنوی یافت نمی‌شود.

تهمت جنون از قدیمی‌ترین تهمت‌های تاریخ علیه پیامبران است: «كَذَلِكَ مَا أَتَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِهِمْ مِنْ رَسُولٍ إِلَّا قَالُوا سَاحِرٌ أَوْ مَجْنُونٌ» (ذاریات/ ۵۲). بنابراین مناسب تا بی‌پایگی این تهمت‌ها به شکل دیگری هم نمایان شود. انبیاء عظام (علیهم السلام) نه گفتار پریشان داشته‌اند و نه از کارکردهای اجتماعی فرونشسته‌اند؛ برعکس، جزو مردم پرنشاط و استدلال‌گر و اخلاق‌محور جامعه بوده‌اند و از سال‌ها قبل از نبوت در بین مردم به سلامت عقل و کردار نیک معروف بوده‌اند. نقطه مشترک اختلال‌های روانی، نقص چشمگیر در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر است و صرفاً داشتن حالات معنوی اگر به ضعف کارکردی منجر نشود، به خودی خود نمی‌تواند نشانگر اختلال روانی باشد. در نتیجه شور و نشاط انبیاء و اوصیایشان و با توجه به سابقه صداقت و امانتداری و زندگی سالم آنان، تهمت‌هایی مثل جنون و صرع در زمره واهی‌ترین بهانه‌ها برای نپذیرفتن سخنان حق ایشان بوده است. این افتراءات که تا زمان حاضر نیز ادامه دارد، گاه در پوشش اصطلاحات روان‌شناسی نیز انجام می‌شود و نمونه‌ای از آن درباره پولس گذشت. البته پولس پیامبر نبوده است و حتی متهم به ایجاد انحراف شدید در آیین مسیحیت است (زیبایی نژاد، ۱۳۸۹: ۱۰۴)؛ بنابراین در اینجا بدون تأیید حالات معنوی پولس، بیان می‌شود که برخی از روان‌شناسان به صرف وجود یک گزارش عجیب درباره یک شخصیت مطرح مذهبی، سخن از بیمار بودن او به میان آورده‌اند که این‌گونه اظهار نظرها، خلاف موازین روان‌شناسی است.

در واقع بین رویکرد نشانه‌ها تفاوت ماهوی وجود دارد. بین حزن و اختلال افسردگی هم تفاوت بسیار است. حزن عارفانه ممدوح است و به معنای غم دنیایی نیست. مطابق روایات، مؤمن باید حزنش را در دلش نگه دارد، نه اینکه به دیگران بروز دهد: «الْمُؤْمِنُ بَشْرُهُ فِي وَجْهِهِ وَ حَزْنُهُ فِي قَلْبِهِ» (کلینی، ۱۴۰۷: ج ۲، ۲۲۶) و نیز مؤمن دارای این خصوصیت است که از کردار ناشایست خود محزون و از کردار شایسته شاد می‌شود: «مَنْ سَرَّتَهُ حَسَنَةٌ وَ سَاءَتْهُ سَيِّئَةٌ فَهُوَ مُؤْمِنٌ» (کلینی، ۱۴۰۷: ج ۲، ۲۳۲). خصوصیت شیعیان هم این است که شادی، حزن، ترس و آرامش خود را همراستا با شادی و حزن اهل بیت طهارت (علیهم‌السلام) قرار می‌دهند: «يَفْرَحُونَ لِفَرَحِنَا وَ يَحْزَنُونَ لِحَزْنِنَا وَ يَخَافُونَ لَخَوْفِنَا وَ يَأْمَنُونَ إِذَا أَمْنَا» (ابن قولویه، ۱۳۵۶: ۱۰۱). از سوی دیگر، متقین از آیات قرآن به عنوان منبعی برای دریافت حزن (و نیز شادی) استفاده می‌کنند: شبها (برای نماز) برپا می‌ایستند و آیات قرآن را با لحنی خوش و دلکش می‌خوانند و جان خویش را بدان وسیله محزون می‌دارند (و با درد آشنا می‌سازند) و داروی دردشان را از آن برگیرند و

چون به آیه‌ای بشارت دهنده بگذرند، به مورد بشارت طمع کنند و روحشان از روی شوق به آن خیره گردد و گمان برند که مورد بشارت در برابر آنهاست و چون به آیه‌ای بگذرند که در آن بیم داده شده است، گوش دل به آن دهند و گمان برند شیون و فریاد عذاب بیخ گوش آنان است.^{۱۳۱} (نهج البلاغه، خطبه متقین، ص ۳۰۳) و این حزن دارای افقی بسیار وسیع‌تر از حزن دنیایی است. بنابراین، اختلال افسردگی با حزن مؤمنانه تفاوت ساختاری دارد. اولی ناظر به امور دنیایی است و همراه با بی‌تحریکی، اما دومی ناظر به امور اخروی است و همراه با عبادت و تلاش برای جلب رضای خدا. اولی باعث کاهش یا افزایش خواب به شکل بیمارگونه و خارج از اختیار می‌شود، اما دومی وابستگی به خواب را می‌کاهد و انسان را به عبادت و رسیدگی به مردم وامی‌دارد. افزایش یا کاهش خوراک از نشانه‌های دیگر اختلال افسردگی است که مشابه آنچه درباره خواب گفته شد، قابل بیان است. لازم به ذکر است که حالات معنوی صادق نیز ممکن است کسی را مانند بیماران افسرده، کم‌انرژی کند یا بعکس در برخی افراد سبب افزایش توان و نشاط شود؛ اما تفاوت عمده در بین افسردگی و حالات معنوی آن است که کمبود توان در افسردگی، دارای آثار منفی است و به ناامیدی و سکون و حزن دنیایی و پوچی روی دارد؛ اما در حالات معنوی، همین کم‌حالی‌های موقتی نیز روشن و رو به تعالی است؛ یعنی کم‌توانی بر اثر مراقبت در خوراک و کثرت عبادت است، اما این مراقبت‌ها هیچ ضرری در راه انجام وظایف او ندارد و سالک در راستای آنچه نیت کرده است، پرتوان است: «مَا ضَعَفَ بَدَنٌ عَمَّا قَوَّيْتُ عَلَيْهِ النَّيَّةَ» (صدوق، ۱۴۱۳: ج ۴، ۴۰۰). جالب آنکه ناامیدی هم جزو حالات معنوی صادق است، اما با رویکردی کاملاً متمایز؛ به شرطی که باعث اتکا به قوای خدادای و قطع سربار بودن بر دیگران بشود که در روایات اسلامی از آن به یأس و بریدن طمع از دست مردم "قَطَعَ الطَّمَعُ عَمَّا فِي أَيْدِي النَّاسِ" (کلینی، ۱۴۰۷: ج ۲، ۳۲۰) تعبیر شده و با ناامیدی مرضی بسیار متفاوت است.

ملاک روشن در تشخیص اختلال تبدیلی نیز همان نقص چشمگیر در کارکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر است. اگر کسی به گونه‌ای دچار نقیصه حرکتی شود که به لحاظ پزشکی نتوان دلیلی بر آن پیدا کرد، احتمالاً دچار اختلال روانی تبدیلی است؛ اما حالات صادقانه اهل عرفان چنین نیست. لااقل شنیده نشده است که کسی در عالم اسلام بر اثر محبت خدا یا ترس دوزخ، حتی به طور کوتاه مدت فلج شده باشد؛ بل به عکس، محبت خدا توان و انگیزه را برای عبادت افزایش می‌دهد.

جدول مقایسه نشانه‌های حالات معنوی صادق و اختلال‌های روانی

نشانه‌های اختلال روانی	حالات معنوی صادق
کم‌خوابی، پر‌خوابی مرضی	کم‌خوابی بر اثر عبادت و خدمت به خلق
پراشتهایی یا کم‌اشتهایی	اعتدال در خوراک و نحیف شدن جسم بر اثر روزه و مراقبت
توهم (ادراک بدون محرک حسی)	شهود (ادراک قابل قبول با محک عقل و قرآن)
پرشان‌گویی	سخنان حکیمانه و عمیق (قابل قبول با محک عقل و قرآن)
از کار افتادن یک عضو بدون مشکل جسمی	قوت برای عبادت و خدمت به خلق حتی در پیری
کمبود انرژی یا خستگی مفرط بدون دلیل پزشکی	سالم و کارا بودن جسم برای عبادت و خدمت به خلق در عین ضعیف و نحیف بودن
سکوت بیمارگونه، بهت و عدم پاسخ‌های کلامی و حرکتی	سکوت همراه با تفکر و پاسخ به سؤالات به شکل حکیمانه
غم و حزن بدون دلیل یا برای امور حقیر زندگی	حزن عمیق اما ناپیدا درباره امور اصیل زندگی (مثل معاد)
نامیدی از زندگی سالم و ناتوانی در برقراری روابط سالم	اتکای کامل درونی به خدا و بریدن امید و طمع از مردم در عین حفظ روابط سالم اجتماعی
تمایل به خودکشی یا آزار رساندن به خود	اشتیاق به مرگ برای لقاء خدا به همراه مراقبت از سلامت

۵- ملاک‌های حالات معنوی صادق و بررسی نمونه‌هایی از حالت معنوی کاذب

مهم‌ترین راه برای شناسایی حالات صادق معنوی، مطابقت آن‌ها با شریعت یعنی قرآن و سنت است و قواعد کلی زیر برای حالات معنوی صادق پیشنهاد شده است: الف) معیارهای قرآن و سنت در شناسایی آن‌ها کافی می‌باشند؛ ب) یقیناً الهی‌اند. ج) در چارچوب دین (شریعت) هستند؛ د) در چارچوب حالات معنوی معصومان علیهم‌السلام هستند؛ ه) قابل ایجاد، تقویت و سرکوبند؛ و) دارای مراتب‌اند؛ ز) دارای نشانه و نمودهای بیرونی هستند (رستگار صفت و فائز، ۱۳۹۸). در اینجا به بررسی چند نمونه حالت معنوی کاذب و صادق می‌پردازیم:

برخی مفاهیم دینی به طرز نادرستی فهمیده شده و به عنوان حالات معنوی پنداشته شده است؛ مثلاً برخی صوفیه از تحقیر ناراحت نمی‌شدند. از جنید کلامی نقل می‌کنند که یک جمله‌اش جمله خوبی نیست، اما دو جمله‌اش خوب است. می‌گوید: عارف، عارف نیست مگر اینکه مثل زمین بشود که همه او را لگد کنند (که جمله خوبی نیست)؛ مانند ابر باشد که بر همه سایه اندازد؛ و مانند باران باشد که بر زمین رویا و بایر بیارد (که البته دو جمله آخر درست است). اما جمله اول، درست نیست. در وسائل الشیعه بایی دارد تحت عنوان "کراهة التعرض للذل" یعنی اینکه انسان اختیار مال خود را دارد، اختیار شغل خود را دارد و

حتی همسرش را می‌تواند طلاق دهد ولی اختیار آبرویش را ندارد و نمی‌تواند بگوید اختیار آبروی خودم را دارم. حفظ شرافت و کرامت نفس یکی از اصول اخلاق اسلامی است (مطهری، بی‌تا: ج ۲۲، ۶۵۱)

همچنین اگر کسی به اسم توکل اقدام به مسافرت طولانی اما بدون توشه کند، نمی‌توان حالات او را معنوی صحیح دانست. همانند کسی که از نظافت لباس خودداری کند یا به مدت مدید از خوردن غذاهای مطلوبش خودداری کند (به‌عنوان نمونه رک به عطار نیشابوری، ۱۳۹۰: ۹۸). زیرا این ریاضت‌ها در راستای حالات معنوی پیامبر (صلی الله علیه و آله) و اهل بیت علیهم‌السلام نمی‌باشد. همچنین، کشاکش ذهنی مدید برای خوردن یا نخوردن یک غذا، خود بخلاف زهد است، زیرا به جای وارستگی (زهد)، دلبستگی خود را به مدت مدید ادامه داده است. این حالات که بدون وجود دلیل معقول، از روند عادی سایر مردم فاصله دارد، از حالات معنوی صحیح فاصله دارد و به حالت مرضی شبیه‌تر است. با توجه به موارد بالا، تقید بصیرانه به دین، خود مانعی برای ابتلا به بیماری‌های روانی است و در این مسیر، پیروی از سبک زندگی پیامبر و اهل بیت ایشان بسیار راهگشاست و مرز بین دینداری صحیح و غلط را مشخص می‌کند.

جدول مقایسه حالات معنوی صادق و کاذب

حالات معنوی صادق (سالم)	حالات معنوی کاذب (مرضی)
تأیید شده در قرآن و سنت	مبتنی بودن بر بدعت
در راستای احکام شرعی بودن	همراه با افراط و تفریط و گاه ارتکاب محرمات
در راستای رفتار معصومان	توأم با احساس برتری نسبت به معصومان
همراه صفات ممدوح مثل تواضع و حمد	همراه صفات رذیله مثل عجب و کبر
توأم با فهم فقیهانه از دین	توأم بودن با فهم عوامانه از دین

۶- نمونه‌های عینی حالات معنوی صادق

در اینجا دو نمونه از حالات معنوی صادق، یکی از صدر اسلام و دیگری از دوران معاصر آورده می‌شود که هر دو ممکن است با اختلال روانی اشتباه شود: منقول است پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) با جوانی گفتگو می‌کرد که حالاتش شبیه چرت زدن بود و سرش تعادل نداشت و صورتش زرد و جسمش نحیف و چشمانش گود افتاده بود. رسول الله به او فرمود: چگونه‌ای؟ گفت: ای پیامبر، اهل یقین هستم. آن حضرت با تعجب پرسید: هر یقینی نشانه‌ای دارد. نشانه یقین تو چیست؟ گفت: یقینم مرا به حزن کشانده و شب‌هایم را به بیداری و گرم‌ترین ساعات روز را به تشنگی مشغول کرده (روزه) و دنیا و امور دنیا را رها کردم تا آن که حالم طوری گشته که گویی به عرش پروردگارم می‌نگرم که برای حساب برپا شده و خلاق برای آن گردآوری شده‌اند و من جزء آنهایم و (مانند آنکه) می‌نگرم به بهشتیان که در بهشت نعمت

هستند و همدیگر را بازمی‌شناسند و بر پشتی‌ها تکیه زده‌اند، نگاه می‌کنم و به دوزخیانی که در آتش عذاب می‌شوند و فریاد می‌کشند. گویا همینک صدای جهنم را که در گوشم می‌پیچد، می‌شنوم! رسول الله به اصحاب فرمودند: این بنده‌ای است که خدا قلبش را با ایمان نورانی کرده است. سپس به او فرمودند: همین‌گونه ادامه بده. آن جوان گفت: ای پیامبر دعا کنید که در راه شما، شهادت را نصیبم کند. پیامبر (صلی الله علیه و آله) برای او دعا کردند. چندی نگذشت که در یکی از غزوات پیامبر (صلی الله علیه و آله)، دهمین شهید از مسلمانان گردید (کلینی، ۱۴۰۷: ج ۲، ۵۳). این نمونه عینی، شرح حال کسی است که پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) صحت حالات او را تأیید کرده‌اند؛ او را الگوی مناسب برای دیگران دانستند و به خود او فرمودند: "همین‌گونه ادامه بده".

با این حال، یک فرد ناآگاه ممکن است بخاطر ضعف ظاهری در جسم و مشاهداتی که آن جوان گزارش کرده است، او را بیمار روانی یا جسمی بشمارد که در نظر مغرضان، ممکن است نشانه توهم به نظر بیاید و هم حزن و هم ضعف جسمانی که از بیماری جسمی ناشی نشده است؛ لذا بر اساس تلقی آنان دارای نشانه‌های هر سه اختلال اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلال تبدیلی است. اما در نگاه عمیق‌تر، نشانه‌های یادشده به پنج دلیل از اختلال روانی متمایز است: الف) صحت حالات او توسط پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) تأیید شده است. دوم) حالات او نه تنها آشفتگی یا نقص بالینی چشمگیر در کارکرد اجتماعی او نداشته بلکه در کارکردهای مورد انتظارش یعنی عبادت و حتی جنگ‌آوری هیچ مانعی به وجود نیامده است. زندگی فقیرانه او ناشی از شرایط سخت اقتصادی آن دوران بوده و ضعف جسمانی او ناشی از روزه‌داری و بیدارماندن معقول شبانه برای عبادت است. سوم) همچنین، نشانه‌های مرضی کم‌اشتهایی (مثلاً در افسردگی) یا گفتار آشفته (در اسکیزوفرنی) اصلاً در او یافت نمی‌شود. نه تنها از آشفته‌گویی پرهیز داشته بلکه دقتش تا حدی بالاست که به‌جای این که بگوید عرش خدا و اهل بهشت و جهنم را می‌بینم، می‌گوید حالتم مانند کسی که گویا عرش خدا را می‌بیند. یعنی در عین دریافتهای باطنی، در حال بیان لفظی حالاتش هم اهل دقت و حدنگهداشتن است. همچنین، مضمون دعایش کاملاً در راستای بیشش او و به دور از آشفتگی است. چهارم) حزن او هم از نوع حزن ممدوح بوده است، نه حزن بیمارگونه؛ زیرا همزمان، به شادی اهل بهشت هم توجه داشته است و بر اثر حزن، خموده و دل‌سرد نشده است. پنجم) بی‌قراری، کندی روانی-حرکتی، احساس بی‌ارزشی، افکار عود‌کننده درباره مرگ و خودکشی، ناامیدی و اشکال در تفکر و تمرکز در او وجود نداشته است.

نمونه دوم) یکی از سرشناسان سیر و سلوک توصیه کرده بود که شاگردان بعضی شب‌ها را به تنهایی در مسجد کوفه یا سهله مشغول عبادت باشند و اگر در حال فکر و ذکر، صورت زیبایی را دیدند یا بعضی از جهات دیگر عالم غیب را مشاهده کردند، توجهی نکنند و به دنبال عمل خود باشند. از شاگرد ایشان نقل شده است که: "روزی من در مسجد کوفه نشسته و مشغول ذکر بودم، در آن بین یک حوریه بهشتی از طرف راست من آمد و یک جام شراب بهشتی در دست داشت و برای من آورده بود ... یاد حرف

استاد افتادم و لذا چشم پوشیده و توجهی نکردم...'' (رک به حسینی طهرانی، ۱۴۲۵: ۳۱). ممکن است کسی که مخالف عرفان و حالات معنوی است و با شخصیت ایشان آشنایی نداشته باشد، نسبت به صحت این حالات استبعاد کند؛ اما بعد از آنکه مشخص می‌شود که او در زندگی شخصی سلوک معقولی طی نموده است و همواره پیرو شرع و توصیه‌های معصومان (علیهم‌السلام) بوده و نیز از داناترین افراد زمان خود بوده که در علوم مختلف دینی و فلسفی دارای اطلاع عمیق و حتی از علومی مثل ریاضیات و نجوم بهره‌مند بوده و نیز از مریبان و مؤثران مهم زمانه بوده و از خود آثار علمی مطرحی هم به یادگار گذاشته است، روشن می‌شود که ملاک‌های بیماری روانی - با اوصافی که از کتب روان‌شناسی ذکر شد - با ایشان قابل تطبیق نیست.

در حقیقت حالات معنوی صحیح، از اختلالات روانی متمایز است؛ اما در مواجهه اولیه و غیر عمیق با دارندگان این حالات، ممکن است تصور شود که آنان بیمار هستند. همان طور که امیرالمؤمنین علیه‌السلام درباره متقین فرمودند: «بیننده آن‌ها را بیمار می‌بندارد، در حالی که هیچ مرضی ندارند، نیز متقین را به خلط و آشفتگی متهم می‌کنند: «... يَقُولُ لَقَدْ خُولُوا» (نهج البلاغه، خطبه متقین، ص ۳۰۳)؛ در عین حال نباید غفلت شود که تعداد این افراد زیاد نیست و درباره مدعیان حالات معنوی، باید به گمان این که حالات آنها الهی است، اکتفا نشود و نباید خطر مدعیان و بیماران را فراموش کرد. از این رو، جستجوی نشانه‌های صحت حالات معنوی اهمیت دارد و از مقایسه حالات آنها با نشانه‌های بیماری روانی نباید غفلت نشود.

۷- نتیجه‌گیری

حالات معنوی، حالات درونی انسان‌ها هستند که به نحوی به امور معنوی صادق مرتبط هستند و به شکل عاطفه یا رفتار نمود می‌یابند. برخی از حالات معنوی، صادق و برخی کاذب هستند. تطابق با ارزش‌های دینی یا جامعه و حفظ رشد شخصی، کوتاهی زمان تجربه و عدم اخلال در روابط اجتماعی و شغلی از جمله نشانه‌های حالات معنوی صادق است. حالات معنوی ممکن است در اثر خطا با اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی یا تبدیلی خلط شوند. اختلال‌های اسکیزوفرنی، افسردگی، تبدیلی و اضطرابی با حالات معنوی صادق تفاوت ماهوی دارند و شباهتشان جنبه صوری دارد که با دقت در نشانگان آن اختلال‌ها در روان‌شناسی مرضی از بین می‌رود؛ زیرا توهم، هذیان، کم‌اشتهایی یا پراشتهایی مرضی، آشفتگی در کلمات، گم‌گشتگی در زمان و مکان و از کار افتادگی بی‌دلیل اعضا در بین عارفان الهی وجود ندارد. همچنین دارندگان حالات معنوی صادق، در پیروی از شریعت و سنت معصومان علیهم‌السلام کوشا هستند و این امر نقش مهمی در تمییز آن‌ها از بیماران روانی دارد.

پی‌نوشتها

1-Jay McDaniel

۲- بسیاری از آموزه‌های روان‌شناسی با تکیه صرف بر تجربه و فعالیت‌های بالینی ابراز می‌شود و با اقتضائات فرهنگی و متون معتبر دینی ما متناسب نیست. همچنین روان‌شناسان نگاهی عمدتاً با نگاهی برون‌دینی و بر پایه سکولاریسم به دین می‌نگرند و تفاوتی بین ادیان توحیدی و غیر آن نمی‌گذارند و عجیب‌تر، واژه "معنویت" (حتی در معنویت‌های بی‌اساس و خودساخته) نزد برخی روان‌شناسان واژه‌ای محبوب‌تر و کارآمدتری نسبت به حالات معنوی دینی به شمار می‌آید. نقد دیگر بر عدم استحکام مبانی در روان‌شناسی است که باعث ایجاد خلل در نتایج می‌شود.

3- Psychosis

4- Neurosis

۵- طبقه‌بندی ICD (the International Classification of Diseases) توسط سازمان جهانی بهداشت و DSM (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) تدوین و به‌روز می‌شوند و RDOC (Research Domain Criteria) توسط نسخه مؤسسه ملی فدرال سلامت آمریکا در مراحل تدوین است و هنوز قابل عرضه و مقایسه با نظام اول و دوم نیست (Clark, 2017: 111). مطابق یک پژوهش، طبقه‌بندی ICD هنوز کاربرد بیشتری در سطح دنیا دارد (Clark, 2017: 80) که آخرین نسخه آن در ۲۰۱۶ به عنوان نسخه پنجم منتشر شده است. اما در ایران DSM مشهورتر است که جدیدترین نسخه آن، نسخه پنجم است.

6- William James

۷- دو نمونه از جملات جیمز: "ایمان آوری ناشی از بحران نوجوانی و بلوغ است و مبلغان مذهبی دارای نمونه‌هایی از غریزه پدران و مادرانه هستند که انحراف پیدا کرده است" یا "عشق زمینی که در خیال برخی راهبه‌ها با حضرت مسیح شکل گرفته است."

۸- اختلال روانی، مثل فلج شدن یک عضو بدون هیچ علت جسمانی؛ هم‌اکنون به نام اختلال تبدیلی خوانده می‌شود.

9- Ineffability

10- Noetic Quality

11- Transiency

12- Passivity

13- Dysthymia

۱۴- در کنار افسردگی پایدار، به نشانه‌های اختلال افسردگی عمده نیز پرداخته شده است که با آن مشابه است لذا در اینجا ذکر نشد.

15- Conversion Disorder

16- Functional Neurological Symptom Disorder

۱۷- تَالِینَ لَأَجْزَاءِ الْقُرْآنِ...وَ إِذَا مَرُّوا بِآيَةٍ فِيهَا تَخْوِيفٌ أَصْغَوْا إِلَيْهَا مَسَامِعَ قُلُوبِهِمْ...وَ إِذَا مَرُّوا بِآيَةٍ فِيهَا تَشْوِيقٌ رَكَنُوا إِلَيْهَا طَمَعًا وَ تَطَلَّعَتْ أَنْفُسُهُمْ إِلَيْهَا شَوْقًا

منابع

- قرآن کریم
- نهج البلاغه، قم، دارالهجره
۱. آذربایجانی، مسعود، (۱۳۹۳)، "روان‌شناسی تجربه دینی"، *حکمت اسلامی*، شماره ۱۳، صص ۳۷-۷۲.
 ۲. ابن قولویه، جعفر بن محمد، (۱۳۵۶)، *کامل الزیارات*، نجف، دار المرتضویه.
 ۳. انجمن روان‌پزشکی آمریکا، (۱۳۹۵)، *چکیده دی اس ام-۵*، گروه مترجمان، تهران، رشد.
 ۴. انزلی، سید عطاء، (۱۳۸۶)، "تجربه عرفانی و داروهای روان نما"، *نقد و نظر*، شماره ۴۸ و ۴۷، ص ۱۰۳.
 ۵. پورافکاری، نصرت الله، (۱۳۸۹)، *فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی*. تهران، فرهنگ معاصر.
 ۶. جیمز، ویلیام، (۱۳۹۱)، *تنوع تجربه دینی*، ترجمه: حسین کیانی، تهران، حکمت.
 ۷. حسینی طهرانی، محمدحسین، (۱۴۲۵ق)، *مهر تابان*، هفتم، مشهد، نور ملکوت قرآن.
 ۸. دادستان، پریخ، (۱۳۹۰)، *روان‌شناسی مرضی تحولی*، تهران، سمت.
 ۹. دیویس، دیرک راسل، (بی تا)، *درآمدی به آسیب‌شناسی روانی*، کتاب درسی آکسفورد، ترجمه: نصرت الله پورافکاری، بی جا.
 ۱۰. دیویس، سی اف، (۱۳۹۱)، *ارزش معرفت‌شناختی تجربه دینی*، ترجمه: علی شیروانی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
 ۱۱. رستگارصفت، روح الله؛ فائز، قاسم، (۱۳۹۸)، "قواعد کلی حاکم بر حالات معنوی صادق در قرآن و سنت"، *عقل و دین*، سال یازدهم، شماره بیست و یکم، صص ۳۳-۵۶.
 ۱۲. زرین کوب، عبدالحسین، (۱۳۵۶)، *ارزش میراث صوفیه*، تهران، امیرکبیر.
 ۱۳. زیبایی نژاد، محمد رضا، (۱۳۸۹)، *مسیحیت‌شناسی مقایسه‌ای*، چاپ سوم، تهران، سروش.
 ۱۴. شاکر نژاد، احمد، (۳۰ شهریور ۹۶)، "کرسی ترویجی مفهوم معنویت در عصر پست مدرن"، <https://iqna.ir/fa/news/3644762>.
 ۱۵. صاحب‌دل، فاطمه، (۱۳۹۷)، "گونه‌شناسی معنویت در ارتباط با سلامت معنوی"، *پایان نامه*، کارشناسی ارشد ادیان و عرفان، دانشگاه تهران.
 ۱۶. صدوق، محمد بن علی، (۱۳۶۲)، *صفات الشیعه*، تهران، اعلی.
 ۱۷. ————، (۱۴۱۳ق)، *من لایحضره الفقیه*، مصحح: علی اکبر غفاری، قم، دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین.
 ۱۸. طبرسی، حسن بن فضل، (۱۴۱۲ق)، *مکارم الاخلاق*، قم، الشریف الرضی.
 ۱۹. عطار نیشابوری، فریدالدین، (۱۳۹۰)، *تذکره الاولیاء*، تهران، لیدا.
 ۲۰. فونتانا، دیوید، (۱۳۸۵)، *روان‌شناسی، دین و معنویت*، ترجمه: الف ساوار، قم، نشر ادیان.
 ۲۱. *کتاب مقدس* (عهد عتیق و عهد جدید)، (بی تا)، بی جا.

۲۲. کلینی، محمد بن یعقوب، (۱۴۰۷ق)، *الکافی*، تهران، دار الکتب الاسلامیه.
۲۳. معین، محمد (۱۳۸۶)، *فرهنگ معین*، تهران، ادنا.
۲۴. نلسون، جیمز ام، (۱۳۹۵)، *روان شناسی، دین و معنویت*، ترجمه: مسعود آذربایجانی و امیر قربانی، تهران، سمت و پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
25. Adair de menezes junior, Alexander moreira-almeida, (2009), "**Differential Diagnosis Between Spiritual Experiences and Mental Disorders of Religious Content, Religion and Mental Health**". *Menezes Júnior A, Moreira-Almeida A/Rev Psiq Clín*. Vol. 36, no.2, pp.83-90.
26. Clark, Lee Anna, e. a. (2017), "**Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC)**", Vol. 18, no. 2.
27. Spilka B. and et.al, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, (2003), Guilford, Wiley.