



Psychological Analysis of Suspicion in Islamic Sources and Its Comparison with Paranoid Personality Disorder

Vahid Dehghani Firouzabadi,¹ Moslim Zamanian,² Masoumeh Dashtabadi³

Article info	Abstract
<p>DOI: 10.30470/er.2026.2059007.1427</p> <p>Original Article</p> <p>Submission History Received: 08/05/2025 Revised: 17/11/2025 Accepted: 18/11/2025 Published: 06/12/2025</p> <p>Authors' Contribution Vahid Dehghani Firouzabadi: Corresponding author: Main idea of the article, data collection, initial writing of the article, final writing of the article, analysis and criticism, making refereeing corrections, responsible for correspondence with the journal, reading and final approval of the article. Moslem Zamanian: Participation in refereeing corrections, rewriting parts of the article, mentioning suggestions and correction points, participation in the final writing of the article. Masoumeh Dashtabadi: Participation in refereeing corrections, rewriting parts of the article, mentioning suggestions and correction points.</p> <p>Conflict of Interests The authors declare no conflict of interest.</p> <p>Funding/Support This research has not received any financial support from funding organizations.</p>	<p>This article, using a descriptive-analytical method and with the aim of psychologically analyzing suspicion and comparing it with paranoid personality disorder in terms of overlap and differences in their symptomatology and treatment, has examined these two concepts in Islamic and psychological sources. In addition to explaining the concept of suspicion, it has also examined its most important factors and causes, symptoms and treatment methods of suspicion from the perspective of Islamic and psychological sources. The results show that suspicion in religious teachings includes a broader conceptual scope than paranoid personality disorder, and of course in psychology as well, although suspicion is analyzed as a mental and behavioral continuum and not only in the form of paranoid personality disorder; but paranoid personality disorder is only the extreme and extreme point of this continuum. In terms of symptomatology, suspicion and paranoia are almost the same in general and in their main basis, namely behaviors, thoughts, emotions arising from and resulting from suspicion and pessimism towards individuals; However, for each, other specific symptoms are also stated, and the paranoid symptomatology also refers to more details. In Islamic sources, cognitive causes, namely weakness in faith, lack of reason, ignorance, association with evil, and pollution and impurity of the soul, are mentioned for suspicion; while in the case of paranoid personality disorder, various causes are emphasized, including genetic causes, cognitive causes, including incompatible assumptions and cognitions, cultural causes, and psychodynamic causes. Regarding treatment methods, in each of the sources, specific cognitive and behavioral methods are described, in addition to the fact that drug treatments are also mentioned for the treatment of a paranoid person.</p> <p>Keywords: Suspicion, Islamic Sources, Personality Disorder, Paranoid.</p>

1. **Corresponding author**, Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Researcher, Spiritual Health Research Center, Shahid Sodoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. v.dehghanifirouzabadi@ssu.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Researcher, Spiritual Health Research Center, Shahid Sodoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. m.zamanian@ssu.ac.ir

3. PhD, Counseling, Researcher, Spiritual Health Research Center, Shahid Sodoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. ma.dashtabadi67@gmail.com

1. Introduction

Suspicion or distrust is a fundamental obstacle to mental health and social relationships. In Islamic texts, suspicion is not merely an undesirable behavior but a moral vice that can undermine faith, social bonds, and mutual trust (Makarem Shirazi, 1998, p.174). The Qur'an warns believers against negative assumptions about others (49:12), and numerous hadiths identify suspicion as a source of spying, slander, and social disruption (Tamimi Amadi, 1989, pp. 465, 650, 770; Khomeini, 2008, vol. 4, p. 93). In modern psychology, a concept analogous to suspicion is paranoia or paranoid personality disorder, characterized by pervasive distrust and attributing malicious intent to others (APA, 2013, p. 649). Affected individuals often exhibit tense interpersonal relationships, threat-focused interpretations of others' behaviors, and aggressive defensive reactions, shaped by unstable cognitive and emotional patterns (Freeman et al., 2008, pp. 25–36). Distrust, however, is not limited to paranoid personality disorder; it appears across a spectrum of psychiatric conditions, from delusional disorder and schizophrenia to bipolar I and psychotic depression, as well as in schizotypal personality and substance-induced paranoia (Glasner et al., 2014, pp. 163–172; Freeman et al., 2008, pp. 31–33). While Islamic sources emphasize moral and epistemic causes of suspicion (Naraq, 1998, vol. 1, p. 232), contemporary psychology highlights biological, cognitive, and familial factors, including early experiences, rigid parenting, and maladaptive beliefs about others' intentions (Sadock et al., 2015, pp. 689–690). Despite superficial overlap, the nature of suspicion differs: in psychology, paranoia is a clinical disorder aimed at restoring adaptive functioning, whereas in Islamic ethics, suspicion is a moral and spiritual deviation, requiring purification of the heart and reinforcement of faith (Tamimi, 1989, p. 263; Kafi, 2008, vol. 2, p. 361). Socially, generalized distrust reduces interpersonal trust, cooperation, and collective engagement, paralleling Islamic warnings about its divisive consequences (Stavrova et al., 2016, pp. 116–132; Kramer, 1999, pp. 569–598). The primary research question is: How is suspicion defined in Islamic sources, and how does it compare with paranoid personality disorder in contemporary psychology? This study, using a descriptive-analytical approach with Islamic texts (Qur'an, hadith, and ethical works) alongside modern psychiatric sources, examines types, signs, causes, and treatments of suspicion, and conducts a comparative analysis with paranoid personality disorder, highlighting similarities and differences, and providing a culturally grounded model for understanding the interface of ethics and psychology in Islamic societies.

2. Concepts

2-1. Suspiciousness

Zann refers to beliefs formed from signs or indications. Strong evidence may lead to knowledge, while weak evidence remains mere conjecture, true or false but unstable (Raghib, 1412, p. 327; Mostafavi,

1386, vol. 7, p. 18). Su' combined with zann denotes negative suspicion, one of the most condemned moral vices in Islam. The Qur'an warns believers against harmful suspicions and spying (49:12), and Hadiths prohibit acting on such suspicions in thought, speech, or behavior (Naraq, n.d., vol. 1, p. 318; Tabatabai, 1417, vol. 18, p. 323).

2-2. Personality Disorders

Personality disorders involve enduring behavioral and emotional patterns causing dysfunction (APA, 2013, p. 645). Cluster A disorders relate most to suspicion:

Paranoid personality disorder: pervasive distrust and hostile interpretation of others (Sadock et al., 2015, pp. 784–786).

Schizotypal: mild social suspicion and unusual beliefs (Trull et al., 2021, pp. 563–595) Schizoid: social withdrawal with occasional chronic mistrust Suspicion spans mild conjecture to severe paranoia, sharing core features with the Islamic concept: lack of trust, negative interpretation, and relational anxiety (Freeman, 2008, pp. 16–40; Beck et al., 2015, pp. 39–53).

3. Suspiciousness in Islamic Sources

Here, we examine the factors and roots of suspicion based on Islamic sources, and then describe and analyze the symptoms and finally the treatment methods of suspicion from the perspective of Islamic verses and narrations.

3-1. Causes and Roots of Suspiciousness

Weak Faith: Good suspicion arises from strong faith and inner purity, while mistrust undermines faith (Tamimi, 1410, p. 263; Kafi, 1429, vol. 2, p. 361).

Weakness and Corruption of the Soul: Low moral character leads individuals to assume others are deceitful, projecting their own vices onto others (Ali, 1366, p. 263; Naraq, 1377, p. 173).

Association with the Wicked: Companionship with morally corrupt individuals fosters suspicion toward good people (Tamimi, 1410, p. 166; Saduq, 1376, p. 446).

Lack of Reflection and Ignorance: Inadequate reasoning and knowledge lead to false assumptions about God and humans (Tamimi, 1410, p. 632; Al-Makarem, 1377, p. 321).

3-2. Signs of Suspiciousness

From the perspective of Islamic teachings Excessive distrust, neglect of others' rights, anxiety, overthinking, curiosity, and social withdrawal are key indicators (Tamimi, 1410, pp. 399–412;

Khorasani, 1366, p. 263; Naraq, 1377, p. 233). Stinginess and greed also stem from fear and mistrust of others (Harami, 1409, vol. 12, p. 47). Such traits disturb personal peace and social relationships, as emphasized in Qur'an and Hadith, highlighting the moral and social consequences of this vice.

3-3. Treatment of Suspiciousness in Islamic Sources

Cognitive approaches include recognizing the harms of suspicion, valuing good assumptions, analyzing its motives, and finding positive interpretations for others' actions (Makarem Shirazi, 1377, p. 131; Naraq, 1377, p. 235; Kulayni, 1429, vol. 4, p. 93). Behavioral methods involve ignoring baseless suspicions, modifying one's environment to avoid harmful influences (Makarem Shirazi, 1377, p. 130), requesting explanations from others (Muhammadi Ri-Shahri, 1390, p. 465), and avoiding situations that provoke mistrust (Muhammadi Ri-Shahri, 1389, vol. 10, p. 320), thereby reducing suspicion and promoting social and spiritual well-being.

4. Paranoid Personality Disorder in Psychology

Paranoid Personality Disorder (PPD) involves chronic suspicion and distrust of others. Patients often attribute negative intentions to others, are argumentative, and rarely seek help (Kaplan & Sadock, 1395, p. 473).

4-1. Criteria of Paranoid Personality Disorder

Core features include pervasive mistrust, interpreting neutral acts as threatening, hypervigilance, reluctance to share personal information, holding grudges, and over-controlling relationships. Distinction is made from temporary suspicion, other personality disorders, psychotic disorders, or substance-induced symptoms (APA, 2013, pp. 650–651; Sadock et al., 2015, pp. 784–790).

4-2. Factors of Paranoid Personality Disorder

Etiology involves genetic vulnerability, maladaptive early parent–child interactions, childhood trauma, cognitive distortions (belief that others are harmful), and environmental stressors such as imprisonment, refugee status, aging, or sensory deficits (Ganjavi, 1395, pp. 298–301; Donald, 1396, pp. 287–288).

4-3. Treatment of Paranoid Personality Disorder

Treatment is difficult due to mistrust. Psychodynamic therapy targets unresolved anger and self-cohesion; cognitive-behavioral therapy addresses distorted beliefs and improves interpersonal skills. Pharmacotherapy (e.g., diazepam, haloperidol, pimozide) may reduce anxiety or paranoid ideation but has limited long-term efficacy (Ganjavi, 1395, pp. 289–300; Donald, 1396, p. 290).

5. Comparison of Suspicion and Paranoid Personality Disorder

In modern psychology, pessimism and suspicion are analyzed as a mental and behavioral continuum that extends from complete trust and good faith to absolute distrust, with paranoid personality disorder being only the extreme end of this spectrum. Other conditions include temporary suspicion, situational

suspicion, schizotypal personality, and pessimism caused by anxiety or traumatic experiences (APA, 2013, pp.761–766). In Islamic sources, suspicion is initially a mental or emotional slip that, by repeating and giving effect to a bad suspicion, becomes a moral vice and affects the behavior, speech, and thoughts of the individual (Makarim Shirazi, 1377; Naraq, 1377). The symptoms are somewhat similar in both perspectives: guarding and misinterpreting others, resentment, and pessimism, but Islamic sources emphasize faultfinding, jealousy, disregard for the rights of others, and the social effects of suspicion, while psychology focuses on nervous breakdowns, excessive control, the collection of irrelevant evidence, and disruption of interpersonal relationships (APA, 2014, pp. 945–946; Sadock et al., 2015, pp. 784–790). The causes of suspicion in Islamic sources include weakness of faith, ignorance, self-contamination, and an impure environment, while psychology attributes paranoid personality disorder to genetics, maladaptive cognitions, childhood experiences, and cultural factors (Donald, 2017, pp. 287–288; Ganjavi, 2015, pp. 298–301). Treatment in Islam is cognitive, practical, and behavioral, with moral and social reform, but psychology focuses on psychodynamic, cognitive-behavioral, and pharmacological treatments aimed at improving the individual's functioning in life, although the results are limited (Ganjavi, 2016, pp. 289–300; Donald, 2017, p. 290). Consequently, suspicion in Islam is a broad moral and behavioral spectrum, and paranoid personality disorder is its acute and established form. Islamic sources emphasize moral, social, and spiritual reform, while psychology focuses on improving the individual's functioning and restoring a normal life, and these differences are the core of the distinction between the two perspectives.

6. Conclusion

Suspicion in Islamic sources and paranoid personality disorder in psychology represent intersecting yet distinct perspectives on distrust and pessimism toward others. Paranoid personality disorder reflects a severe, rigid, and dysfunctional manifestation of suspiciousness, while Islamic teachings encompass a broader range of moral-psychological states that may gradually develop into stable traits through repeated acceptance and behavioral reinforcement. Both frameworks recognize the destructive impact of suspicion on mental health and social relationships and emphasize the importance of cognitive and behavioral interventions. However, Islamic teachings uniquely integrate ethical, spiritual, and communal dimensions, highlighting prevention and moral self-cultivation alongside behavioral regulation. Integrating these perspectives can enrich culturally responsive psychological interventions and contribute to the development of Islamic psychology grounded in both ethical teachings and empirical evidence.

References

- Akbari, Mahmūd. (2011 SH). *Khoshabini va Badbini [Optimism and Pessimism]*. Qom: Enteshārāt-e Fatiyān, 1st ed.
- Al-Ḥurr al-'Āmilī, Muḥammad ibn Ḥasan. (1989 SH? / 1409 AH). *Wasā'il al-Shī'ah*. Qom: Mu'assasah Āl al-Bayt ('Alayhim al-Salām), 1st ed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed)*. Washington, DC: APA. [DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596]
- American Psychiatric Association. (2014 SH). “Rāhnemā-ye Tashkhīsi va Āmāri-ye Ekhtelālāt-e Ravāni (DSM-5)” [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)]. Translated by Farzīn Rezā'ī et al. Tehran: Enteshārāt-e Arjomand, 3rd ed.
- Āqā Jamal Khānsārī, Muḥammad ibn Ḥusayn. (1987 SH). *Sharḥ Āqā Jamal Khānsārī bar Ghurar al-Ḥikam wa Durar al-Kalim*. Tehran: Dānishgāh-e Tehrān.
- Beck, Aaron. Temkin. Davis, Denise. & Freeman, Arthur. (2015). “Cognitive Therapy of Personality Disorders (3rd ed). Guilford Press. Google Scholar link
- Donald, J. C. (2017 SH). *Āsībshenāsī-ye Ravānī [Psychopathology]*. Translated by Yaḥyā Seyyed Moḥammadī, Vol. 2, 9th ed. Tehran: Nashr-e Arasbarān, 1st ed.
- Freeman, Daniel, & Freeman, Jason. (2013 SH). *Pārānoyā: Mabānī, Didgāhhā va Kārbast-hā-ye Bālīnī [Paranoia: Foundations, Perspectives, and Clinical Applications]*. Translated by Leylā Amīrpour and Ḥamīdrizā Khayyāmī. Tehran: Arjomand, 1st ed.
- Freeman, Daniel. & Freeman, Jason. (2008). *Paranoia: The 21st Century Fear*. Oxford University Press. Google Scholar link
- Ganji, Mehdī. (2016 SH). **Āsībshenāsī-ye Ravānī bar Asās-e DSM-5* [Psychopathology Based on DSM-5]*, Vol. 2, 3rd ed. Tehran: Nashr-e Sāvalān, 1st ed.
- Glasner Edwards, Suzette & Mooney, Larissa. (2014). “Methamphetamine psychosis: Epidemiology, neurobiology and treatment”. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2): 163-172. [DOI: 10.1016/j.jsat.2013.09.014]
- Grande, Iria. Berk, Michael. Bortolato, Beatrice. Vieta, Eduard. & Perlis, Roy. (2016). “Bipolar disorder. *The Lancet*”, 387(10027), 1561-1572. [DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X]
- Hamdan, Aisha. (2008). “Cognitive restructuring: An Islamic perspective”. *Journal of Muslim Mental Health*, 3(1), 99-116. [DOI: 10.1080/15564900802035268]
- Ḥeydarī, Aṣghar. (2009 SH). *Shenākht va Darmān-e Sū'ezann [Understanding and Treating Suspicion]*. Qom: Nasīm-e Kowšar.
- Ḥosseini, A'zam al-Sādāt. (2006 SH). *Barrasī-ye Sū'ezann va Ḥosn-e Zann be Khodā va Khalq dar Āyāt va Rīvāyāt [Examining Suspicion and Trust in God and Creation in the Qur'an and Hadiths]*. MA Thesis, Dānishgāh-e Qur'ān va Ḥadīth.

- Ḥosseinī, A'zam al-Sādāt. (2008 SH). *Sū'ezann va Ḥosn-e Zann be Khodā dar Āyāt va Rīvāyāt* [Suspicion and Trust in God in the Qur'an and Hadiths]. Qom: Enteshārāt-e Jāme'ah al-Qur'ān al-Karīm, 1st ed.
- Ibn 'Āshūr, Muḥammad ibn Ṭāhir. (n.d.). *Al-Taḥrīr wa al-Tanwīr*. [Place unknown].
- Kramer, Roderick Moreland. (1999). "Trust and Distrust in Organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions". *Annual Review of Psychology*, 50: 569–598.
- Kulaynī, Muḥammad ibn Ya'qūb. (2008 SH? / 1429 AH). *Al-Kāfi*. Qom: Dār al-Ḥadīth, 1st ed.
- Maghnīyah, Muḥammad Jawād. (2005 SH? / 1424 AH). *Tafsīr al-Kāshif*. Tehran: Dār al-Kutub al-Islāmiyyah, 1st ed.
- Mahdavi-Nejād, Muḥammad Ḥossein. (2015 SH). *Sū'ezann dar Khānevādeh va Rāh-hā-ye Pīshgīrī az Ān* [Suspicion in the Family and Methods of Prevention]. 2nd International Congress on Religious Thought and Research.
- Majlisī, Muḥammad Bāqir ibn Muḥammad Taqī. (2004 SH? / 1425 AH). *Biḥār al-Anwār*. Beirut: Dār Ih'yā' al-Turāth al-'Arabī, 2nd ed.
- Majlisī, Muḥammad Bāqir ibn Muḥammad Taqī. (2008 SH? / 1429 AH). *Ḥikmat Nāma-ye Payāmbār A'zam (S)*. Qom: Mu'assasah 'Ilmī Farhangī Dār al-Ḥadīth, 2nd ed.
- Majlisī, Muḥammad Bāqir ibn Muḥammad Taqī. (2011 SH? / 1432 AH). *Siyāsāt Nāma-ye Imām 'Alī (A)*. Qom: Mu'assasah 'Ilmī Farhangī Dār al-Ḥadīth, 2nd ed.
- Makārem Shīrāzī, Nāṣir. (1998 SH). *Akhlāq dar Qur'ān* [Ethics in the Qur'an]. Qom: Madrasah al-Imām 'Alī ibn Abī Ṭālib (A), 1st ed.
- Makārem Shīrāzī, Nāṣir. (2007 SH). *Zendegī dar Partow-e Akhlāq* [Life in the Light of Ethics]. Qom: Sarvar, 6th ed.
- Muḥammadī Rīshahrī, Muḥammad. (2010 SH). *Mīzān al-Ḥikmah*. Translated by Ḥamīdrīzā Shaykhī. Qom: Mu'assasah 'Ilmī Farhangī Dār al-Ḥadīth, 11th ed.
- Muṣṭafawī, Ḥasan. (2007 SH). *Al-Taḥqīq fī Kalimāt al-Qur'ān al-Karīm*. Tehran: Vizārat-e Farhang va Ershād-e Islāmī.
- Narāqī, Aḥmad. (1998 SH). *Mi'rāj al-Sa'ādah*. Qom: Hijrat, 5th ed.
- Narāqī, Mehdī. (n.d.). *Jāmi' al-Sa'ādāt*. Beirut: Al-A'lamī, 4th ed.
- Nūrī, Ḥusayn. (2009 SH? / 1408 AH). *Mustadrak al-Wasā'il*. Qom: Mu'assasah Āl al-Bayt ('Alayhim al-Salām), 1st ed.
- Payandeh, Abolqāsem. (2003 SH). *Nahj al-Faṣāḥah*. Tehran: Donyā-ye Dānish, 4th ed.
- Qāderī, Narges. (2012 SH). *Sū'ezann dar Qur'ān va Sonnat va Āsār va Peyāmadhā-ye Ān* [Suspicion in the Qur'an and Sunnah: Effects and Consequences]. Level 3 Thesis, Ḥawzah 'Ilmīyyah Khorāsān.
- Rāghib Iṣfahānī, Ḥusayn ibn Muḥammad. (1992 SH? / 1412 AH). *Mufradāt Alfāz al-Qur'ān*. Beirut: Dār al-Qalam, 1st ed.

- Rassool, Ghefar. Hussein. (2021). *Islamic Perspectives on the Psychology of Human Behavior*. Routledge. Google Scholar link
- Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott. & Ruiz, Pedro. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (11th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sadock, Virginia A., Sadock, Benjamin J., et al. (2016 SH). *Kholāseh Ravānpezeshkī, 'Olūm-e Raftārī / Ravānpezeshkī-ye Bālīnī* [Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry]. Translated by Farzīn Rezāī, Vol. 2. Tehran: Arjomand, 1st ed.
- Şadūq, Muḥammad ibn 'Alī. (1997 SH). *Al-Amālī*. Tehran: Ketābchī, 6th ed.
- Sārām Mafrūz, Muḥammad Ḥasan. (2008 SH). *Zann va Tajassus az Manẓar Qur'ān va Rīvāyāt* [Suspicion and Spying from the Qur'an and Hadith Perspective]. *Faṣlnāmeḥ Qur'ānī Kowšār*, 28: 101–105.
- Shahīd Thānī. (n.d.). *Kashf al-Rīyābah*. Translated by Ibrāhīm Mīrbāqerī. Beirut: Dār al-Aḍwā'.
- Stavrova, Olga, & Ehlebracht, Daniel. (2016). “Cynical Beliefs About Human Nature and Income: Longitudinal and Cross-cultural Analyses”. *Journal of personality and social psychology*, 110(1), 116-132. <https://doi.org/10.1037/pspp0000050>
- Ṭabāṭabāī, Seyyed Muḥammad Ḥusayn. (1998 SH? / 1417 AH). *Al-Mīzān fī Tafsīr al-Qur'ān*. Qom: Daftar-e Enteshārāt-e Eslāmī-e Jāme'eh-ye Modarresīn-e Ḥowzeh-ye 'Elmīyyeh, 5th ed.
- Tamīmī Āmadī, 'Abd al-Wāḥid ibn Muḥammad. (1987 SH). *Taṣnīf Ghurar al-Ḥikam wa Durar al-Kalim*. Qom: Daftar-e Tablīghāt, 1st ed.
- Tamīmī Āmadī, 'Abd al-Wāḥid ibn Muḥammad. (1990 AH). *Ghurar al-Ḥikam wa Durar al-Kalim* (2nd ed.). Qom: Dār al-Kitāb al-Islāmī.
- Widiger, Thomas. Anthony. & Trull, Timothy. James. (2021). “Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality”. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 563–595. [DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-112801]
- Zākerī, Moḥammad Anwar. (2012 SH). *Sū'ezann az Dīdgāh-e Āyāt va Rīvāyāt* [Suspicion from the Perspective of Qur'anic Verses and Hadiths]. MA Thesis, Jāme'ah al-Muṣṭafā.



تأملات اخلاقی

دوره ششم، شماره چهارم (پیاپی ۲۴)، زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۵۵-۸۴

شاپا الکترونیکی: ۱۱۵۹-۲۷۱۷/شاپا چاپی: ۴۸۱۰-۲۶۷۶

<https://jer.znu.ac.ir>

تأملات اخلاقی

نشریه علمی دانشگاه زاهد

تحلیل روان‌شناختی سوءظن در منابع اسلامی و مقایسه آن با اختلال شخصیت پارانوئید

وحید دهقانی فیروزآبادی^۱، مسلم زمانیان^۲، معصومه دشت آبادی^۳

چکیده

این نوشتار به روش توصیفی-تحلیلی و با هدف تحلیل روان‌شناختی سوءظن و مقایسه آن با اختلال شخصیت پارانوئید به لحاظ همپوشی و اختلاف‌هایی که در نشانه‌شناسی و درمان دارند، به بررسی این دو مفهوم در منابع اسلامی و روانشناسی پرداخته و علاوه بر تبیین مفهوم سوءظن، مهم‌ترین عوامل و علل آن، نشانه‌ها و روش‌های درمانی سوءظن از منظر منابع اسلامی و روانشناسی را نیز بررسی نموده است. نتایج نشان می‌دهد که سوءظن در آموزه‌های دینی، گستره مفهومی وسیع‌تری از اختلال شخصیت پارانوئید را شامل می‌شود و البته در روان‌شناسی نیز هرچند سوءظن به صورت یک پیوستار ذهنی و رفتاری و نه فقط در قالب اختلال شخصیت پارانوئید تحلیل می‌شود، اما اختلال شخصیت پارانوئید تنها نقطه‌ی انتهایی و شدید این پیوستار است. به لحاظ نشانه‌شناسی نیز سوءظن و پارانوئید، در کلیت و شالوده اصلی یعنی رفتارها، افکار، هیجانات برآمده و مترتب بر بدگمانی و بدبینی نسبت به افراد تقریباً یکسان هستند؛ هرچند برای هرکدام نشانه‌های اختصاصی دیگری نیز بیان شده است و نشانه‌شناسی پارانوئید به جزئیات بیشتری نیز اشاره دارد. در منابع اسلامی، به علل شناختی یعنی همان ضعف در ایمان، عدم تعقل، جهل، هم‌نشینی با بدان و آلودگی و پلیدی نفس برای سوءظن اشاره شده، در حالی که در مورد اختلال شخصیت پارانوئید بر علل مختلفی از جمله علل ژنتیکی، علل شناختی مانند: فرض‌ها و شناخت‌های ناسازگار، علل فرهنگی و علل روان‌پوشی تأکید شده است. در خصوص روش‌های درمانی نیز در هر یک از منابع، روش‌های خاص شناختی و رفتاری توصیف شده، مضاف بر این‌که برای درمان شخص پارانوئید به درمان‌های دارویی نیز اشاره شده است.

واژه‌های کلیدی: سوءظن، منابع اسلامی، اختلال شخصیت، پارانوئید.

اطلاعات مقاله

DOI:

10.30470/er.2026.2059007.1427

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۸

تاریخ اصلاح: ۱۴۰۳/۰۸/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۲۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۹/۱۵

نقش نویسندگان

وحید دهقانی فیروزآبادی: ایده پرداز اصلی مقاله، جمع آوری داده، نگارش اولیه و نهایی مقاله، تحلیل و نقادی، مسئول مکاتبات با نشریه، انجام اصلاحات داوری، خوانش و تأیید نهایی مقاله.

مسلم زمانیان: مشارکت در انجام اصلاحات داوری، بازنویسی بخش‌هایی از مقاله، ذکر پیشنهادات و نکات اصلاحی، مشارکت در نگارش نهایی مقاله.

معصومه دشت آبادی: مشارکت در انجام اصلاحات داوری، بازنویسی بخش‌هایی از مقاله، ذکر پیشنهادات و نکات اصلاحی.

حمایت مالی و تعارض منافع

مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

استخراج

این مقاله متخذ از رساله / پایان‌نامه نیست.

۱. نویسنده مسئول، استادیار گروه معارف اسلامی، پژوهشگر مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

v.dehghanifirozabadi@ssu.ac.ir

۲. استادیار گروه معارف اسلامی، پژوهشگر مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. m.zamanian@ssu.ac.ir

۳. دکتری مشاوره، پژوهشگر مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. ma.dashtabadi67@gmail.com

مقدمه

سوءظن یا بدبینی یکی از بنیادی‌ترین موانع سلامت روان و روابط اجتماعی در انسان به شمار می‌رود. از دیدگاه متون اسلامی، سوءظن نه تنها یک رفتار ناپسند، بلکه رذیله‌ای اخلاقی است که می‌تواند بنیان ایمان، پیوندهای اجتماعی و اعتماد متقابل را سست کند (مکارم شیرازی، ۱۳۷۷: ۱۷۴). قرآن کریم در آیه‌ی «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ» (حجرات: ۱۲) مؤمنان را از گمان بد بر حذر می‌دارد. سوءظن در روایات متعددی به مثابه سرچشمه‌ی تجسس، تهمت و ازهم‌گسیختگی روابط اجتماعی معرفی شده است. (تمیمی آمدی، ۱۴۱۰: ۶۵۰، ۷۷۰، ۴۶۵؛ کلینی، ۱۴۲۹، ج ۴: ۹۳).

در روان‌شناسی نوین، مفهوم نزدیک به سوءظن با عنوان پارانوئیا^۱ یا اختلال شخصیت پارانوئید^۲ شناخته می‌شود. بنا به تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۳، ویژگی اصلی این اختلال بی‌اعتمادی فراگیر و نسبت دادن نیت بدخواهانه به دیگران است (American Psychiatric Association, 2013, p. 649). افراد دچار این اختلال غالباً روابط بین‌فردی پرتنش، تفسیرهای تهدیدآمیز از رفتار سایرین و واکنش‌های دفاعی پرخاشگرانه دارند. مطالعات متعددی نیز نشان داده‌اند که الگوهای شناختی و عاطفی ناپایدار در این افراد نقش مهمی در شکل‌دهی ساختارهای بدگمانانه ایفا می‌کند (Freeman & Freeman, 2008, pp. 25-36).

البته بدبینی محدود به اختلال شخصیت پارانوئید نیست و در طیفی از اختلالات روانی دیده می‌شود: در اختلال هذیانی نوع گزند، باور به آزار دیگران محور است؛ در اسکیزوفرنی هذیان‌های گزند بخش مهمی از ساختار بیماری را تشکیل می‌دهد؛ در اختلال دوقطبی نوع I و افسردگی روان‌پریشانه نیز ممکن است افکار پارانوئید در فاز حاد بروز کنند (Grande et al. 2016)؛ همچنین در اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و سوءمصرف محرک‌هایی چون مت‌آمفتامین گونه‌هایی از بی‌اعتمادی و بدبینی به‌شکل موقت یا پایدار مشاهده می‌شود (Glasner-Edwards & Mooney, 2014)؛ بنابراین، بدبینی را می‌توان پدیده‌ای پیوسته دانست که از حالت‌های روانی ملایم تا نظام‌های هذیانی شدید امتداد می‌یابد (Freeman & Freeman, 2008, pp. 31-33).

در متون اسلامی، عوامل زمینه‌ساز سوءظن بیشتر جنبه‌ی اخلاقی - معرفتی دارند (ر.ک: نراقی، ۱۳۷۷، ج ۱: ۲۳۲؛ نراقی، بی‌تا: ۳۱۶). در مقابل، روان‌شناسی معاصر عوامل زیستی، شناختی و خانوادگی از جمله تجارب دوران کودکی، الگوهای تربیتی سخت‌گیرانه و باورهای ناسازگار درباره‌ی نیت دیگران را مطرح می‌کند (Sadock et al., 2015, pp. 689-690). این تفاوت در مبانی نظری سبب شده است که پیوند مفهومی میان سوءظن اخلاقی در سنت اسلامی و پارانوئیا در روان‌پزشکی غربی کمتر مورد تحلیل تطبیقی و روشمند قرار بگیرد.

با وجود پژوهش‌های پراکنده در این زمینه، مرور نظام‌مند آثار داخلی نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات تنها به توصیف اخلاقی یا

1. Paranoia.
2. Paranoid Personality Disorder.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental.

قرآنی سوءظن پرداخته‌اند؛ از جمله «بررسی ظن و تجسس از منظر قرآن و روایات» (صرام مفروز، ۱۳۸۷)، «سوءظن از دیدگاه آیات و روایات» (ذاکری، ۱۳۹۱)، «سوءظن در قرآن و سنت و آثار و پیامدهای آن» (قادری، ۱۳۹۱)، «سوءظن در خانواده و راه‌های پیشگیری از آن» (مهدوی‌نژاد، ۱۳۹۴) که هر یک به بررسی آیات، روایات یا ابعاد خانوادگی این پدیده پرداخته‌اند و یا پژوهش حسینی (۱۳۸۵) با عنوان «بررسی سوءظن و حسن ظن به خدا و خلق در آیات و روایات» با تمرکز بر حسن ظن و سوءظن به خدا و خلق، جنبه‌ی کلامی - اخلاقی مسئله را واکاویده است.

در حوزه روان‌شناسی نیز آثار مهمی چون ترجمه فارسی DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳)، آسیب‌شناسی روانی دونالد کامر (۱۳۹۶) و خلاصه روان‌پزشکی سادوک و ریز (۱۳۹۵) مباحث بالینی پارانو یا را با جزئیات تشریح کرده‌اند. با این حال هیچ پژوهشی به صورت تطبیقی، مؤلفه‌های شناختی و هنجاری سوءظن در منابع اسلامی را در برابر شاخص‌های بالینی اختلال شخصیت پارانوئید تحلیل نکرده است.

در دهه‌های اخیر تلاش‌ها برای تلفیق مفاهیم روان‌شناسی با آموزه‌های دینی در قالب «روان‌شناسی اسلامی»^۱ گسترش یافته است (Hamdan, 2008; Rassool, 2021). این رویکرد بر آن است که نظریه‌های تربیتی و درمانی برگرفته از متون وحیانی، می‌توانند در تبیین رفتار و سلامت روان کاربردی باشند. از این رو بررسی پدیده‌هایی چون سوءظن از منظر هر دو دستگاه معرفتی، امکان آزمون تجربی و نظریه‌پردازی در قلمرو روان‌شناسی اسلامی را فراهم می‌سازد.

با وجود اشتراک ظاهری در مفاهیم «بی‌اعتمادی» و «بدبینی»، تفاوت بنیادینی در ماهیت و تلقی این دو حوزه وجود دارد. در روان‌شناسی، پارانو یا به‌عنوان یک اختلال بالینی تلقی می‌شود و هدف، بازگرداندن کارکرد سازگارانه فرد است؛ در حالی که در اخلاق اسلامی، سوءظن افزون بر پیامد روانی، یک انحراف در نیت و ناپاکی قلبی محسوب می‌شود که اصلاح آن مستلزم تزکیه و تقویت ایمان است (تمیمی، ۱۴۱۰، ص ۲۶۳؛ کافی، ۱۴۲۹، ج ۲، ص ۳۶۱). از این منظر، درمان سوءظن تنها به اصلاح عملکرد ذهنی محدود نمی‌شود، بلکه شامل اصلاح باطن، کنترل هیجان و رفتار و بازیابی سلامت معنوی نیز هست.

افزون بر جنبه نظری، پیامدهای اجتماعی سوءظن قابل توجه است. پژوهش‌های جدید در روان‌شناسی اجتماعی نشان می‌دهند که بدبینی تعمیم‌یافته نسبت به ماهیت انسان با کاهش اعتماد بین‌فردی، اجتناب از همکاری اجتماعی و تضعیف مشارکت جمعی همراه است، امری که در سطح گروهی می‌تواند انسجام اجتماعی را تضعیف و تعارضات بین‌فردی را تشدید کند (Stavrova et al., 2016, pp. 116-132; Kramer, 1999, pp. 569-598). این یافته‌ها با آموزه‌های اسلامی مطابقت دارد که سوءظن را عامل اختلاف، تفرقه و زوال محبت می‌دانند. بنابراین انگاره سوءظن در هر دو نظام معرفتی، به‌گونه‌ای مستقیم با سلامت فرد و ثبات جامعه ارتباط دارد. در پژوهش‌های امروزی مربوط به سلامت روان مسلمانان نیز تأکید فزاینده‌ای بر پیوند آموزه‌های اسلامی با سازوکارهای شناختی می‌شود (See: Resole, 2021; Rizal et al., 2002). از این رو، بررسی تطبیقی سوءظن به مثابه پلی میان روان‌شناسی و دین،

می‌تواند بنیان علمی لازم برای نهادینه‌سازی رویکردهای بومی در درمان و پیشگیری از آسیب‌های روانی در جوامع اسلامی را فراهم آورد.

با توجه به کاستی‌های موجود، مسئله‌ی اصلی پژوهش حاضر این است که سوءظن در منابع اسلامی چگونه تعریف و تبیین می‌شود و این مفهوم از چه جهاتی با اختلال شخصیت پارانوئید در روان‌شناسی معاصر شباهت یا تفاوت دارد؟ پاسخ به این سؤال، افزون بر غنای نظری، می‌تواند در طراحی مداخلات آموزشی و درمانی مبتنی بر فرهنگ اسلامی مؤثر باشد. این پژوهش با روش توصیفی-تحلیلی و با بهره‌گیری از متون اصیل اسلامی (قرآن، حدیث و آثار اخلاقی) در کنار منابع روان‌پزشکی معاصر و مطالعات تجربی، گامی نو در جهت تبیین مفهوم سوءظن و ارائه الگویی بومی برای فهم رابطه اخلاق و روان‌شناسی در جامعه‌ی اسلامی برمی‌دارد. به این منظور پس از مفهوم‌شناسی سوءظن، به بیان اقسام، نشانه‌شناسی، عوامل و روش‌های درمانی این رذیله اخلاقی بر اساس منابع اسلامی و روان‌شناسی می‌پردازیم و در پایان با بررسی تطبیقی آن با اختلال شخصیت پارانوئید، شباهت‌ها و تفاوت‌های این دو منظر را مورد بررسی و تحلیل قرار خواهیم.

۲. مفاهیم

۲-۱. سوءظن

«ظن» اسم است برای آنچه از نشانه و اماره‌ای حاصل می‌شود. وقتی نشانه قوی باشد، ظن ممکن است به علم منتهی شود و اگر نشانه ضعیف باشد، صرفاً در حد توهم باقی می‌ماند. این اعتقاد می‌تواند حق یا باطل باشد، اما به دلیل فقدان دلیل قاطع، ضعیف و ناپایدار است (راغب، ۱۴۱۲، ص ۳۲۷؛ مصطفوی، ۱۳۸۶، ج ۷، ص ۱۸).

ترکیب ظن با کلمه سوء به معنای گمان بد و ناپسند است که در منابع اسلامی از آن به‌عنوان یکی از زشت‌ترین رذایل اخلاقی یاد شده است. قرآن مجید مؤمنان را از بسیاری گمان‌ها که برخی از آن‌ها گناه است، نهی کرده و همچنین از تجسس و غیبت یکدیگر برحذر داشته است (حجرات، ۱۲).

با توجه به اینکه هرگاه شرایط و امارات موجود باشد، ممکن است هر نوع ظنی بدون اختیار در ذهن انسان شکل بگیرد (ابن عاشور، بی‌تا، ج ۲۶، ص ۲۱۰). این سؤال در اینجا مطرح می‌شود که چگونه ممکن است عملی مورد نهی خداوند قرار بگیرد، درحالی‌که فعلی اختیاری برای انسان محسوب نمی‌شود؟ پاسخ آن است که آنچه در علم اخلاق مورد نهی است، شکل‌گیری تصادفی ظن در ذهن نیست، بلکه پذیرش سوءظن در دل و تبعیت از آن در گفتار و رفتار است؛ به عبارت دیگر، سوءظن صرفاً یک گمان نیست، بلکه «اثر دادن به بدگمانی و عملی کردن آن در رفتار و گفتار» نامیده می‌شود (نراقی، بی‌تا، ج ۱، ص ۳۱۸؛ طباطبایی، ۱۴۱۷، ج ۱۸، ص ۳۲۳). این ویژگی اخلاقی ناپسند باعث می‌شود انسان گمان‌های منفی را در دل بپذیرد و آن‌ها را به رفتار و گفتار خود منتقل کند (مغنیه، ۱۴۲۴، ج ۷، ص ۱۱۹).

۲-۲. انواع سوءظن

سوءظن در منابع اسلامی به‌عنوان یکی از رذایل اخلاقی، شامل دو نوع یعنی سوءظن به خدا و سوءظن به مردم می‌شود. سوءظن به خدا شامل سوءظن به صفات خداوند، نظیر: علم، رزاقیت، قدرت، مهربانی و عفو رحمت خداوند می‌شود؛ به‌عنوان مثال، ناامیدی از رحمت و عفو خداوند، بدترین نوع سوءظن به خداست که در قرآن کریم به‌شدت مورد نکوهش واقع شده است (نک: فتح، ۶). سوءظن به مردم نیز یکی دیگر از رذایل اخلاقی است و آثار زیان‌بار زیادی را به دنبال دارد که در آموزه‌های دینی به آن هشدار داده شده است. این نوع از سوءظن در میان مردم از شیوع بیشتری برخوردار است و یا حداقل می‌توان گفت در سطح اجتماع، از ظهور و بروز بیشتری برخوردار است. رسول خدا (ص) در این باره می‌فرماید: «إِنَّ اللَّهَ حَرَّمَ مِنَ الْمُسْلِمِ دَمَهُ وَ مَالَهُ وَ عِرْضَهُ وَأَنْ يَظُنَّ بِهِ ظَنَّ السَّوْءِ؛ به درستی که خداوند تعرض به جان و مال و آبروی مؤمن و اینکه به او سوءظن برده شود را حرام کرده است». در مذمت سوءظن به مردم همین بس که حضرت آن را در کنار کشتن و تجاوز به آبروی مؤمن بیان نموده است (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۷۵، ص ۲۰۱).

۲-۳. اختلال شخصیت^۱

مجموعه‌ای از نابهنجاری‌های پایدار رفتاری و هیجانی هستند که طبق DSM-5 با الگوهای درونی و رفتاری ناسازگار، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر شناخته می‌شوند؛ از نوجوانی یا بزرگسالی آغاز می‌شوند و موجب رنج یا اختلال در عملکرد می‌گردند (American Psychiatric Association, 2013, p. 645). این اختلال‌ها به سه خوشه تقسیم می‌شوند: خوشه A (عجیب و غریب)، خوشه B (هیجانی و نمایشی) و خوشه C (مضطرب و ترسو). اختلالات خوشه A بیشترین ارتباط را با بدبینی و سوءظن دارند و برای موضوع این پژوهش اهمیت ویژه‌ای دارند. در خوشه A سه اختلال شخصیت وجود دارد:

اختلال شخصیت پارانوئید^۲: الگوی مسلط بی‌اعتمادی و تفسیر بد از نیت دیگران است، به‌گونه‌ای که فرد انگیزه‌های اطرافیان را خصمانه تلقی می‌کند و غالباً در روابط خود حالت دفاعی یا خصومت دارد. نشانه‌های آن شامل حساسیت نسبت به توهین، عدم اعتماد حتی به نزدیکان و تفسیر تهدیدآمیز از رویدادهای خنثی است (Sadock et al., 2015, pp. 784-786).

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال^۳: با افکار ارجاعی، عجیب‌اندیشی، بدبینی اجتماعی و باور به نیروهای پنهان که از نظر ماهیت مشابه پارانوئید؛ اما شدت آن کمتر است (Trull & Widiger, 2021, pp. 563-595).

اختلال شخصیت اسکیزوئید^۴: اگرچه تمرکز آن بر کناره‌گیری اجتماعی است، اما در موارد خاص ممکن است با بی‌اعتمادی مزمن نسبت به نیت دیگران همراه شود.

1. Personality disorder

2. Paranoid Personality Disorder

3. Schizotypal Personality Disorder.

4. Schizoid Personality Disorder.

علاوه بر این سه مورد، در طبقه‌ی اختلال‌های سایکوتیک نیز اختلال‌های نوع‌گزند^۱ و اختلال پارانوئیا ناشی از مواد، از مهم‌ترین اختلال‌هایی هستند که با بدبینی شدید و احساس تهدید دائمی نسبت به محیط مشخص می‌شوند. در اختلال‌های نوع‌گزند، فرد باور نظام‌مندی دارد که دیگران قصد آزار یا فریب او را دارند، بدون آنکه شواهد عینی وجود داشته باشد (Freeman & Freeman, 2008, pp. 16-40). در نوع ناشی از مصرف محرک‌هایی چون مت‌آمفتامین، بدبینی حاد اما گذرا رخ می‌دهد که به صورت پارانوئیا یا هذیان‌گزند تجلی می‌یابد (Glasner-Edwards & Mooney, 2014, pp. 163-172).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پدیده‌ی بدبینی در این اختلالات اغلب ریشه‌ی چندعاملی دارد: از استعداد ژنتیکی و الگوهای تربیتی ناسازگار گرفته تا طرح‌واره‌های شناختی منفی و سبک‌های فکری تهدیدمدار (Beck et al., 2015, pp. 39-45, 49-53). به‌هرحال بدبینی به‌مثابه‌ی مؤلفه‌ی مشترک در این طیف، از سطح ملایم سوءظن تا سطح حاد پارانوئیا امتداد دارد و می‌تواند با دیدگاه اخلاقی اسلام درباره‌ی سوءظن تطبیق یابد؛ زیرا هر دو در بطن خود بر فقدان اعتماد، تفسیر منفی رفتار دیگران و اضطراب در روابط تأکید دارند.

۳. سوءظن در منابع اسلامی

بعد از تبیین مفاهیم مرتبط با بحث، در این قسمت ابتدا مهم‌ترین عوامل و ریشه‌های سوءظن بر اساس منابع اسلامی را بررسی می‌کنیم و سپس نشانه‌ها و در نهایت روش‌های درمانی سوءظن را از منظر آیات و روایات اسلامی توصیف و تحلیل می‌نماییم.

۳-۱. عوامل و ریشه‌های سوءظن

۳-۱-۱. ضعف در ایمان و دین‌داری

در روایتی از حضرت علی (ع) چنین آمده است: «اصل و ریشه حسن ظن، ایمان نیکوی شخص و صفای باطنی او است» (تمیمی، ۱۴۱۰، ص ۲۶۳). نکته دیگر این‌که خود سوءظن نیز ایمان انسان را تباه می‌کند؛ چنانچه امام صادق (ع) در این خصوص می‌فرماید: «اتهام به مؤمن از بدگمانی و سوءظن به او ناشی می‌شود و به تدریج ایمان را از قلب انسان زایل می‌نماید» (کلینی، ۱۴۲۹، ج ۲، ص ۳۶۱).

۳-۱-۲. ضعف و پستی نفس

سوءظن و بددلی از نتایج ضعف و پستی نفس و حاکی از خبیث باطن انسان است، حضرت علی علیه‌السلام می‌فرماید: «از پستی انسان است که به کسانی که خیانت‌پیشه نیستند، بدگمان باشد» (تمیمی، ۱۳۶۶، ص ۲۶۳)؛ نراقی در این خصوص چنین می‌نویسد: «سوءظن، نتیجه ضعف و جبن نفس است؛ چراکه هر انسان ضعیف‌النفس و ترسویی، هر چه به فکرش خطور می‌کند و به قوه واهمه وی درمی‌آید، اعتماد می‌کند و در پی آن درمی‌آید» (نراقی، احمد، ۱۳۷۷، ص ۱۷۳).

1. Persecutory Type.

شخصی که به انواع رذایل اخلاقی آلوده است، به شخصیت دیگران نیز از همین دریچه می‌نگرد؛ به‌عنوان مثال فرد حسود گمان می‌کند که دیگران نسبت به او حسادت دارند و می‌خواهند به او آسیب بزنند و یا کسی که در روابط خود با دیگران صادق نیست و غالباً دروغ‌گو و فریبکار است؛ به دیگران نیز اعتماد ندارد و اعمال و رفتار ایشان را از همین منظر تحلیل می‌کند (حسینی، ۱۳۸۷، ص ۱۸۶). امام علی (ع) در این باره می‌فرماید: «انسان بد به هیچ‌کس خوش‌بین نیست، زیرا همه را مانند خود می‌بیند» (تمیمی، ۱۳۶۶، ص ۱۲۶). بنابراین یکی از علل و ریشه‌های سوءظن، خیانت نفس و پلیدی آن است که در اثر آلوده شدن انسان به رذایل اخلاقی حاصل می‌شود.

۳-۱-۳. هم‌نشینی با بدان

از منظر اخلاق اسلامی یکی دیگر از ریشه‌های ابتلا به سوءظن در کنار خیانت و پلیدی باطن، هم‌نشینی با افرادی است که گرفتار رذایل اخلاقی و خصلت‌های ناپسند هستند. چنانچه در روایتی آمده است: «إِيَّاكَ وَ مَعَاشِرَةَ مُتَّبِعِي عُيُوبِ النَّاسِ فَإِنَّهُ لَنْ يَسْلَمَ مُصَاحِبُهُمْ مِنْهُمْ؛ از دوستی و معاشرت با کسانی که به دنبال عیوب مردم هستند، پرهیز کن؛ چراکه هم‌نشینی با ایشان از آن‌ها به سلامت نمی‌ماند» (تمیمی، ۱۴۱۰، ص ۱۶۶). بنابراین معاشرت با بدان انسان را به خصلت‌های ایشان و از جمله عیب‌جویی مبتلا می‌سازد که در حقیقت زمینه‌های لازم برای شکل‌گیری سوءظن را در انسان به وجود می‌آورد. در روایت دیگری امام علی (ع) می‌فرماید: «مُجَالَسَةُ الْأَشْرَارِ تُورِثُ سُوءَ الظَّنِّ بِالْأَخْيَارِ هم‌نشینی با بدان موجب سوءظن به انسان‌های خوب خواهد شد» (صدوق، ۱۳۷۶، ص ۴۴۶).

۳-۱-۴. فقدان تعقل و اندیشه‌ورزی

انسانی که خردمند و اندیشه‌ورز است، هرگز اجازه نمی‌دهد افکار و اندیشه‌هایش صرف او هام‌پوچ و باطلی شود که هیچ نتیجه مفیدی را برای او در بر ندارد؛ بلکه با اندیشه صحیح تلاش می‌کند همیشه و در همه حالات به خداوند و مردم و رفتارهای آن‌ها خوش‌بین باشد و بی‌دلیل فکر خود را درگیر بدبینی و سوء‌نگرش در مورد آن‌ها نمی‌کند. در روایتی از امام علی (ع) نقل شده است: «هرکسی که به بدگمانی نسبت به برادر خویش ترتیب اثر ندهد، به تحقیق از اندیشه درست و قلبی آسوده و با آرامش برخوردار است» (تمیمی، ۱۴۱۰، ص ۶۳۲). با توجه به این روایت می‌توان نتیجه گرفت که یکی از علل سوءظن انسان نسبت به خداوند و یا نسبت به افعال و رفتارهای مردم، عدم تعقل و اندیشه‌ورزی صحیح است.

۳-۱-۵. جهل و نادانی

با توجه به آنچه درباره‌ی نقش فقدان تعقل و اندیشه‌ورزی صحیح در پیدایش سوءظن گفته شد، می‌توان «جهل و نادانی» را نیز یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری بدگمانی دانست. در منطق قرآن، ناآگاهی نسبت به حکمت الهی، تحلیل نادرست رویدادها و ناتوانی در فهم علل و نتایج امور، زمینه را برای پیدایش برداشت‌های نسنجیده و گمان‌های منفی فراهم می‌کند. قرآن کریم در جریان حادثه‌ی اُحُد به پیوند میان جهل و سوءظن اشاره می‌کند و می‌فرماید: «سپس به دنبال این غم و اندوه (که از شکست اُحُد حاصل شد) خداوند آرامش را به‌صورت خواب سبکی بر شما فرستاد که جمعی را فراگرفت؛ اما جمع دیگری در فکر جان خود بودند (و خواب به

چشم‌انداز نرفت). آن‌ها گمان‌های نادرستی درباره خداوند مانند گمان‌های دوران جاهلیت داشتند! (آل عمران، ۱۵۴).

بر اساس این آیه، گروهی از مسلمانان در پی حادثه‌ی اُحد به سبب ناآگاهی و تحلیل نادرست شرایط، گرفتار گمان‌های نادرست نسبت به خداوند شدند و ریشه‌ی این بدگمانی، در حقیقت، نوعی جهل و ناتوانی در فهم درست وقایع بوده است (مکارم شیرازی، ۱۳۷۷، ص ۳۲۱). بنابراین، جهل و نادانی عامل ایجاد سوگیری‌های منفی و داوری‌های عجولانه است و می‌تواند زمینه‌ی گسترش سوءظن در روابط فردی و اجتماعی را فراهم سازد.

۳-۲. نشانه‌های سوءظن

در این قسمت از بحث به بررسی نشانه‌های این رذیلت اخلاقی از دیدگاه منابع اسلامی می‌پردازیم. شناخت این نشانه‌ها می‌تواند در تشخیص به‌موقع و درمان سوءظن نقش بسزایی داشته باشد.

۱-۲-۳. بی‌اعتمادی (افراطی) به دیگران

به نظر می‌رسد بی‌اعتمادی به دیگران مبنایی‌ترین نشانه سوءظن و بلکه لازمه آن است. کسی که دچار سوءظن باشد نسبت به دیگران و حتی نزدیک‌ترین افراد و دوستان خود نیز بی‌اعتماد است. در روایتی از امام علی (ع) آمده است: «بدترین مردم کسی است که به خاطر بدگمانی‌اش به مردم اعتماد نمی‌کند و کسی هم به او به خاطر بدی رفتارشان اعتماد نمی‌کند» (تمیمی، ۱۴۱۰، ص ۴۱۲).

۲-۲-۳. بی‌اعتنایی به حقوق دیگران

اشخاصی که به بیماری روحی روانی سوءظن و بدبینی دچار شده‌اند؛ به خاطر پایبندی بی‌دلیل و بی‌جهت به افکار سوئی که درباره دیگران به ذهنشان خطور کرده، به راحتی دیگران را قضاوت کرده و با غیبت، عیب‌جویی، تهمت و ... آبروی دیگران را بازیچه دست خویش قرار می‌دهد. این طبیعت بدگمانی است و کسی که به مردم بدگمان باشد و ایشان را متهم بداند، غیبت او از مردم زیاد می‌شود. (خوانساری، ۱۳۶۶، ص ۲۶۳). همان‌طور که پیامبر (ص) می‌فرماید: «مَنْ سَلِمَ مِنَ الظَّنِّ سَلِمَ مِنَ الغِيْبَةِ؛ هر کسی که از ظن سلامت یافت، از غیبت نیزرها خواهد شد» (نوری، ۱۴۷: ۹). یا امام علی (ع) می‌فرماید: «مَنْ كَثُرَتْ رِيْبَتُهُ كَثُرَتْ غِيْبَتُهُ؛ هر کسی شکش بیشتر شد، غیبتش بیشتر خواهد شد» (تمیمی، ۱۳۶۶، ص ۲۶۳).

ملا احمد نراقی در این خصوص می‌نویسد: «و شکی نیست که هر کس در باطن، گمان بد به دیگری برد... در حقوق او کوتاهی می‌کند؛ بلکه از غیبت و اظهار آنچه گمان به او برده است، مضایقه نمی‌کند و همه این امور منشأ هلاکت او می‌شود» (نراقی، ۱۳۷۷، ص ۲۳۳).

۳-۲-۳. ترس، اضطراب و عدم آرامش روانی

بدگمانی نسبت به دیگران، آرامش و آسایش خاطر را از انسان سلب می‌نماید و او را دچار تشویش و آشفتگی روانی می‌نماید. چنین شخصی به خاطر سوءظنی که نسبت به دیگران دارد همواره دچار ترس و وحشت از آن‌ها خواهد بود: «مَنْ لَمْ يَحْسُنْ ظَنَّهُ اسْتَوْحَشْ

مِنْ كُلِّ أَحَدٍ؛ کسی که گمانش نیکو نباشد از دیگران وحشت خواهد داشت» (همان، ص ۶۶۰). تداوم این افکار و ترتیب اثر دادن به نگرانی که درباره دیگران به ذهنش خطور می‌کند؛ موجب اضطراب و تشویش خاطر دائمی شده و بدین ترتیب آرامش روانی خویش را از دست می‌دهد.

برعکس فردی که نسبت به دیگران خوش‌بین است و یا اگر هم دچار افکار سوئی درباره دیگران می‌شود، به آن‌ها ترتیب اثر نمی‌دهد از آسایش و آرامش بیشتری برخوردار است و بی‌جهت و بدون دلیل آرامش فکری و ذهنی خود را برهم نمی‌زند. در روایتی از امیرالمؤمنین (ع) آمده است: «حُسْنُ الظَّنِّ يُخَفِّفُ أَلْهَمَ؛ گمان نیکو اندوه انسان را می‌کاهد» (همان، ص ۳۴۴). در روایت دیگری از آن حضرت چنین نقل شده است: «حُسْنُ الظَّنِّ رَاحَةُ الْقَلْبِ وَ سَلَامَةُ الْبَدَنِ»؛ «گمان نیکو موجب راحتی قلب و سلامت بدن است» (همان).

۴-۲-۳. تأمل زیاد از حد در کارها

همان‌طور که بیان شد، کسی که دچار این رذیلت اخلاقی است، نسبت به دیگران بیش از حد بی‌اعتماد است. این بی‌اعتمادی باعث می‌شود، در کارها و معاملات خود با مردم بیش از حد تأمل و درنگ داشته باشند. روایتی از امام علی (ع) در این خصوص چنین بیان شده است: «مَنْ سَاءَ ظَنُّهُ تَأَمَّلْ». آقا جمال‌الدین خوانساری در این باره می‌نویسد: «هر که بد گمان باشد، تأمل کند، یعنی هر که بد گمان به مردم باشد، در کارها و معاملات خود تأمل کند و سعی در محکم کردن آن‌ها کند که مبدا از کسی فریب خورد» (خوانساری، ۱۳۶۶، ص ۱۳۶). بر این اساس اگرچه مقداری تأمل در کارها و معاملات، ضروری است، ولی تأمل بیش از حد و افراطی می‌تواند نشانه بدگمانی افراطی و خارج از حد اعتدال فرد باشد.

۵-۲-۳. کنجکاوی و تجسس در امور دیگران

هنگامی که فردی دچار بیماری سوءظن به دیگران می‌شود، از لحاظ روحی دیگر آرام و قرار ندارد. از این جهت دائماً تلاش می‌کند برای گمان و فکر بدی که نسبت به دیگران در ذهن خویش دارد، شواهد و مدارک بیشتری به دست آورد. چنین شخصی به‌طور دائم در زندگی دیگران سرک می‌کشد و به تجسس در امور خصوصی دیگران می‌پردازد؛ به‌گونه‌ای که ممکن است آسایش و راحتی را از دیگران سلب کند. در روایتی از پیامبر خدا (ص) نقل شده است که: «از گمان پرهیزید؛ زیرا گمان دروغ‌ترین سخن است و تجسس و کنجکاوی نکنید» (محمدی ری‌شهری، ۱۳۸۷، ج ۹، ص ۶۳). بدیهی است که این کنجکاوی و تجسس در مسیر بدبینی و عیب‌جویی از دیگران است. شهید ثانی در این باره می‌فرماید:

تجسس و عیب‌جویی از ثمرات سوءظن است؛ زیرا قلب انسان تنها با بدبین شدن قانع نمی‌شود؛ بلکه آدمی را وادار و تحریک به تحقیق و جستجو می‌نماید و در نتیجه او را به تجسس و عیب‌جویی مشغول می‌سازد که آن نیز کاری است که در شرع مقدس مورد نهی واقع شده است (شهید ثانی، بی‌تا، ص ۲۰).

۶-۲-۳. ضعف در روابط اجتماعی

کسی که به خاطر سوءظن به دیگران، دائماً در حال عیب‌جویی و تجسس در امور دیگران است، نمی‌تواند از روابط اجتماعی خوبی

برخوردار باشد. چنین شخصی ممکن است حتی در روابط با صمیمی ترین دوستان خویش نیز دچار سوءظن و بدگمانی شود و بر اساس آن عمل و رفتار نماید. در نتیجه موجب آزرده خاطر شدن دوستان خود گردد و آن‌ها را از خود براند و دور سازد.

امام صادق (ع) در این باره می‌فرماید: «از درون مردم، کاوش و جستجو نکن که بی‌رفیق و بی‌دوست بمانی. چون عموم مردم خواه‌ناخواه نقطه ضعفی دارند و آن‌که خالی از هر عیب یا ضعفی باشد، به‌طور عموم در میان مردم نیست. شخص جستجوگر، از عیوب یا ضعف‌های مردم آگاه می‌شود و آن‌کس را که می‌خواهد بی‌عیب و ضعف باشد، پیدا نمی‌کند و لذا تنها و بی‌رفیق می‌ماند، چون از هر شخص دارای عیب و ضعف (ولو عیب و ضعف کوچک) دوری می‌گزیند» (حیدری، ۱۳۸۸، ص ۱۲۲). بر اساس این روایت، با بدگمانی میان انسان و دوستانش هیچ جای صلحی باقی نمی‌ماند؛ یعنی چنین شخصی به سبب بدگمانی همه دوستان خود را چنان برنجانند که جای صلح و آشتی نگذارد (خوانساری، ۱۳۶۶، ص ۲۶۳). از این جهت اشخاص دچار سوءظن در کارهایشان که عموماً در گرو ارتباط با دیگران است، توفیق چندانی نخواهند داشت؛ چنانچه در روایتی از امام علی (ع) آمده است: «گمان بد کارها را فاسد می‌کند و بدی‌ها را برمی‌انگیزاند» (تمیمی، ۱۴۱۰، ص ۳۹۹).

۷-۲-۳. بخل و حرص

در روایتی از پیامبر (ص) چنین آمده است که: «ترس و بخل و حرص يك طبيعت‌اند که بدگمانی سرچشمه آن‌ها است» (حر عاملی، ۱۴۰۹، ج ۱۲، ص ۴۷). در کنار ترس که به آن اشاره کردیم؛ بخل و حرص نیز از دیگر نشانه‌های انسانی هستند که ممکن است در افراد مبتلا به سوءظن دیده شود. به نظر می‌رسد این بخل و حرص نیز ناشی از همان بدبینی و نگرانی شخص از سوء رفتار دیگران نسبت به خودش باشد؛ یعنی با توجه به ترس و وحشتی که چنین اشخاصی از دیگران دارند و پیش‌تر بدان اشاره شد، حرص و بخل ایشان نیز در حقیقت واکنشی برای حفظ منافع خود در برابر آسیب‌های احتمالی از سوی دیگران باشد.

۳-۳. درمان سوءظن بر اساس منابع اسلامی

برای بدگمانی از دیدگاه منابع اسلامی دو نوع درمان شناختی و درمان عملی- رفتاری وجود دارد که در اینجا به‌طور کلی به آن‌ها اشاره می‌کنیم.

۱-۳-۳. درمان‌های شناختی

الف) شناخت و توجه به مفاسد و عواقب سوءظن: در این روش، زیان‌های فردی و اجتماعی بدبینی و خطرات بزرگی که از این رهگذر دامن‌گیر انسان و جامعه انسانی می‌گردد، مورد توجه قرار می‌گیرد. شخص باید توجه شود که اگرچه ممکن است، بدبینی به‌طور موقت در تسکین «حس انتقام» یا «خودخواهی» او مؤثر باشد و آرامش موقتی کاذبی در وی ایجاد کند، در مقابل، زیان‌های غیرقابل‌جبرانی برای انسان در پی خواهد داشت که با آن قابل‌مقایسه نیست (مکارم شیرازی، ۱۳۷۷، ص ۱۳۱).

ب) شناخت و توجه به محاسن و ثمرات نیکوی حسن‌ظن: همان‌طور که توجه و شناخت مفاسد سوءظن یکی از روش‌های

شناختی برای درمان بدگمانی است، توجه و شناخت ارزش و محاسن حسن ظن نیز یکی از روش‌های شناختی برای درمان سوءظن است (همان).

ج) شناخت و توجه به انگیزه‌های سوءظن: اگر سرچشمه سوءظن و بدبینی، انحرافات اخلاقی دیگران از قبیل کینه‌توزی و خودخواهی و توجیه اعمال بد خود و فرار از مجازات وجدان است، باید با تجزیه و تحلیل روانی، شخص را به این سرچشمه‌ها واقف گردانیم و به اصطلاح این عوامل را از مرحله ناخودآگاه ذهن به مرحله خودآگاه منتقل سازیم (ر.ک: نراقی، ۱۳۷۷، ص ۲۳۵).

د) یافتن توجیه مناسب برای آنچه باعث سوءظن می‌شود، یکی از روش‌های رفتاری برای معالجه و درمان بدبینی است. در روایتی از امیرالمؤمنین نقل شده است که: «رفتار برادرت را به بهترین وجه آن تفسیر کن تا زمانی که کاری از او سرزند که راه توجیه را بر تو ببندد و هیچ‌گاه به سخنی که از دهان برادرت بیرون آید تا وقتی برای آن توجیه خوبی می‌یابی، گمان بد مبر» (کلینی، ۱۴۲۹، ج ۴، ص ۹۳).

۲-۳-۳. درمان‌های رفتاری

الف) بی‌اعتنایی به بدگمانی و حمل بر صحت: در این رویکرد، فرد به صورت عملی تمرین می‌کند که به افکار بدبینانه خود ترتیب اثر ندهد و نسبت به آن‌ها اعتنا نکند. چنانچه در روایتی آمده است: «... إذا ظننتم فلا تحقّقوا»؛ «هنگامی که [به یقین نرسیده و] گمان بردید آن را جاری نسازید» (پابنده، ۱۳۸۲، ص ۱۹۲)؛ بلکه آنچه از سوی دیگران صادر شده است و زمینه‌های بدگمانی را فراهم می‌آورد، به بهترین نحو توجیه می‌کند و اگر نتوانست توجیه مناسبی برای آن بیابد، بر این امر اذعان می‌کند که حتماً من نتوانسته‌ام توجیه مناسبی را برای عمل وی دریابم.

ب) تغییر محیط یکی دیگر از روش‌های رفتاری است که با استمداد از آن می‌توان این رذیلت اخلاقی را درمان کرد. فرد باید محیط و ارتباطات خود را پاک‌سازی کند؛ به‌ویژه از معاشرت با افرادی که منشأ سوءظن هستند یا رفتارهای مسموم اجتماعی دارند، اجتناب کند؛ زیرا این‌گونه ارتباطات ذهن و قضاوت او را تاریک و باعث اشتباه در شناخت شخصیت دیگران می‌شود (ر.ک: مکارم شیرازی، ۱۳۷۷، ص ۱۳۰).

ج) توضیح خواستن: هنگامی که فرد دچار سوءظن می‌شود، بهترین راه این است که از شخص مقابل بخواهد عذر و توضیح خود را بیان کند. این رویکرد مانع رسوخ بدگمانی و اوهام در ذهن می‌شود و فرد بر اساس آن عمل نمی‌کند. در نامه امام علی (ع) نیز آمده است که آشکار کردن دلیل رفتار برای دیگران، سوءظن آنان را رفع و موجب مدارا و اصلاح رفتار جامعه می‌شود (محمدی ری‌شهری، ۱۳۹۰، ص ۴۶۵).

د) دوری از مواضع تهمت: هر فرد باید تلاش کند از رفتارها یا موقعیت‌هایی که موجب اتهام و بدگمانی دیگران می‌شود پرهیز کند. در صورت وقوع، شفاف‌سازی و ارائه دلیل برای رفتار خود ضروری است. این کار زمینه بروز سوءظن و آثار رفتاری آن را کاهش می‌دهد. روایتی از حضرت امیر (ع) بیان می‌کند: «هرکس خود را در موضع تهمت قرار دهد، کسی را که به او گمان بد برده است، سرزنش ننماید» (محمدی ری‌شهری، ۱۳۸۹، ج ۱۰، ص ۳۲۰).

۴. اختلال شخصیت پارانوئید در روانشناسی

برای بررسی مفهوم روان‌شناختی اختلال شخصیت پارانوئید و مقایسه آن با سوءظن در آموزه‌های دینی در اینجا ابتدا معیارهای کلی اختلال شخصیت پارانوئید، سپس عوامل و ریشه‌های این اختلال و در ادامه روش‌های درمانی این بیماری روانی را بر اساس معتبرترین منابع روانشناسی مورد کاوش قرار می‌دهیم.

۱-۴. معیارهای کلی اختلال شخصیت

DSM5 در خصوص معیارهای کلی اختلال شخصیت به این نکات اشاره می‌کند:

الف) الگوی پایدار از تجربه‌های درونی و رفتارهایی که با آنچه از فرهنگ فرد انتظار می‌رود، بسیار متفاوت است. این الگوی تجربه‌ای و یا رفتاری بیشتر در حوزه‌های ذیل مشاهده می‌شود:

- شناخت:^۱ (روش‌های ادراک خود، دیگران و رویدادها)

- عاطفه:^۲ (دامنه، شدت، تغییر و به‌جا بودن واکنش‌های هیجانی)

- عملکرد میان فردی^۳

- کنترل تکانه^۴

ب) این الگوی پایدار غیرقابل انعطاف است و دامنه وسیعی از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی را دربر می‌گیرد.

ج) این الگوی پایدار منجر به رنج شخصی یا نابسامانی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود.

د) این الگو ثبات دارد، یعنی به مدت طولانی ادامه می‌یابد و شروع آن در نوجوانی یا اول بزرگسالی است.

ه) این الگو را نمی‌توان به‌مثابه تجلی یا پیامد یک اختلال روانی دیگر توضیح داد.

و) این الگوی پایدار را نمی‌توان به آثار فیزیولوژیک یک ماده (مانند مواد سوءمصرفی یا سایر داروهای تجویزی) یا یک بیماری

پزشکی دیگر نسبت داد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳، ص ۹۳۹).

همان‌طور که اشاره شد، در روانشناسی صفات شخصیتی^۵ الگوهای پایداری هستند که افراد مطابق با آن‌ها خویشتن و محیط اطرافشان

را درک می‌کنند، با آن ارتباط برقرار می‌کنند و در مورد آن می‌اندیشند. صفات شخصیتی تنها زمانی اختلال شخصیت را شکل می‌دهند که

غیرقابل انعطاف باشند و یا نقص عملکردی و یا رنج شخصی به وجود آورند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳، ص ۹۴۱-۹۴۲).

1. Cognition.

2. Affectivity.

3. Interpersonal functioning.

4. Impuls control.

5. Personal traits.

۲-۴. معیارهای اختلال شخصیت پارانوئید

مشخصه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید^۱ شکاکیت و بی‌اعتمادی پایدار به همه افراد است. نکته دیگر این‌که آن‌ها مسئولیت این احساسات را نه به عهد خودشان، بلکه بر عهد دیگران می‌دانند. این بیماران اغلب متخاصم، تحریک‌پذیر و خشمگین‌اند. افرادی متعصب و جزم‌اندیش و بدعنتی هستند که اهل دعوا و مرافعه هستند. این بیماران به ندرت در پی درمان خود می‌روند و اگر هم کسی آن‌ها را برای درمان ارجاع دهد، اغلب این توانایی را دارند که رنجیدگی خود را از درمانگر پنهان کنند (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۵، ص ۴۷۳).

DSM5 ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیت پارانوئید را چنین بیان می‌کند:

۱-۲-۴. بدبینی و عدم اعتماد فراگیر به دیگران

وقتی فردی انگیزه‌ها و نیت سائر افراد را بدخواهانه تلقی می‌نماید، چهار مورد یا بیشتر از نشانه‌های زیر را داراست:

- فرد اغلب فکر می‌کند دیگران قصد سوءاستفاده، فریب یا آسیب رساندن به او را دارند، هرچند دلیل کافی برای این باورها وجود ندارد.
- ذهن او دائماً درگیر شک و تردیدهای ناموجه درباره وفاداری و قابل اعتماد بودن دوستان و همکاران است و ممکن است تصور کند، دیگران نقشه‌ای علیه او می‌کشند و ممکن است هر لحظه و بدون هیچ دلیل به‌طور ناگهانی به آن‌ها حمله کنند. این شک‌ها سبب می‌شوند کوچک‌ترین حرکات دیگران را زیر نظر بگیرد تا شواهدی علیه نیت خصمانه پیدا کند.

- افراد دارای این ویژگی معمولاً تمایلی به ابراز احساسات یا درد و دل کردن با دیگران ندارند، زیرا می‌ترسند اطلاعات شخصی علیه‌شان استفاده شود. همچنین، سخنان و رفتارهای مهربانانه یا خنثای دیگران را به‌صورت تهدیدآمیز یا تحقیرآمیز تفسیر می‌کنند؛ برای مثال تعریف دیگران از موفقیتشان را نوعی فشار برای عملکرد بهتر می‌دانند یا پیشنهاد کمک را به‌عنوان انتقاد از توانایی خود تلقی می‌کنند.

- این افراد کینه‌توز هستند و توهین‌ها، جریحه‌دار شدن احساسات و انتقادهای را هیچ‌گاه نمی‌بخشند و حتی بی‌احترامی‌های کوچک می‌تواند به دشمنی‌های طولانی آنها منجر شود. به‌طور مکرر حمله‌هایی را علیه شخصیت و آبروی خود کشف می‌کنند که دیگران متوجه آن نیستند و واکنش‌های شدید از جمله عصبانیت یا حمله متقابل نشان می‌دهند.

- در روابط عاشقانه آن‌ها نیز شک و کنترل بیش از حد مشاهده می‌شود. ممکن است بدون دلیل منطقی نسبت به وفاداری همسر یا نامزد خود شک کنند، مدارک بی‌اهمیت جمع‌آوری کنند و روابط را تحت کنترل کامل درآورند تا از خیانت احتمالی جلوگیری کنند و ممکن است دائماً درباره مکان، نیت و وفاداری همسر خود از وی سؤال کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳، ص ۹۴۶-۹۴۵).

۲-۴-۲. عدم همبندی با برخی از اختلالات دیگر

بدبینی و سوءظن در انسان می‌تواند در شدت و شکل‌های مختلف دیده شود و همیشه نشانه اختلال شخصیت پارانوئید نیست. برخی

1. Paranoid personality disorder.

افراد در دوره‌های خاص زندگی، به دلیل اضطراب، خستگی یا تجربه‌های تلخ گذشته، رفتارهای شکاکانه گذرا نشان می‌دهند که پایدار و بالینی محسوب نمی‌شوند (American Psychiatric Association, 2013, pp. 650-651). اختلالات شخصیتی مانند پارانوئید، اسکیزوتایپال، اسکیزوئید، اختلال هذیانی نوع گزند و گاهی اختلال ناشی از مصرف مواد، همگی می‌توانند بدینی شدید ایجاد کنند. در اختلال پارانوئید، بدینی مزمن و فراگیر است؛ در اسکیزوتایپال با افکار عجیب و ارجاعی همراه می‌شود؛ در نوع گزند فرد معتقد است دیگران قصد آسیب دارند؛ و در اختلال ناشی از مواد، بدینی تند اما کوتاه‌مدت است (Sadock et al. 2015, pp. 784-790).

در مقابل، در بیماری‌های روان‌پریش مانند اسکیزوفرنی، افسردگی سایکوتیک یا اختلال دوقطبی با علائم روان‌پریشی، شک و بی‌اعتمادی به حدی شدید می‌شود که فرد پیوندش با واقعیت را از دست می‌دهد و دچار هذیان یا توهم می‌شود. DSM-5 تأکید می‌کند که بدینی پایدار شخصیت باید از بدینی ناشی از بیماری‌های روان‌پریش و اثرات مواد متمایز شود (American Psychiatric Association, 2013, p. 650). در مجموع، بدینی در روان‌شناسی می‌تواند از یک ویژگی شخصیتی نرم و قابل اصلاح تا یک اختلال شدید روانی امتداد یابد. درک این تفاوت هم برای تشخیص بالینی اهمیت دارد و هم برای تحلیل اخلاقی سوءظن در منابع اسلامی؛ زیرا اسلام نیز میان بدینی گذرا و بدینی نهادینه تمایز قائل شده است.

۳-۴. عوامل اختلال شخصیت پارانوئید

اختلال شخصیت پارانوئید به‌عنوان نمونه‌ای از بدینی شدید و بیمارگونه در روان‌شناسی مطرح است. بر اساس (DSM-5)، شیوع این اختلال در خویشاوندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر است و بین آن و اختلال هذیانی نوع گزند و آسیب، ارتباط خانوادگی مشخصی وجود دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳، ص ۹۴۸؛ گنجی، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۲۹۹-۳۰۰). با وجود این، نظریه‌های علل اختلال شخصیت پارانوئید، مانند سایر اختلالات شخصیت، کمتر به‌صورت منظم مورد کاوش قرار گرفته‌اند.

نظریه‌های روان‌پویشی کلاسیک علل اختلال را در تعاملات اولیه با والدین جست‌وجو می‌کنند، مانند پدران خشک و پرتوقع و مادران کنترل‌کننده و طردکننده. بدرفتاری یا فقدان محبت در کودکی سبب می‌شود فرد محیط را خصمانه ببیند، همیشه گوش‌به‌زنگ باشد و خشم خود را فرافکنی کند؛ در نتیجه احساس می‌کند دیگران قصد آزار او را دارند (دونالد، ۱۳۹۶، ج ۲، ص ۲۸۷-۲۸۸). تحقیقات گذشته‌نگر نیز نشان داده‌اند که تجربه‌های تروماتیک دوران کودکی ممکن است در ایجاد اختلال نقش داشته باشد، هر چند تفسیر این داده‌ها باید با احتیاط انجام شود؛ چراکه افراد پارانوئید دنیا و دیگران را تهدید برای خود برمی‌شمارند و ممکن است خاطرات کودکی خود را بر اساس طرز فکری که دارند بازسازی و بیان نمایند (گنجی، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۳۰۰).

از دیدگاه شناختی، این اختلال ناشی از باورها و شناخت‌های ناسازگار است؛ باورهایی مانند «افراد پلید هستند» یا «اگر فرصت داده شود، به شما حمله خواهند کرد» که تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دونالد، ۱۳۹۶، ج ۲، ص ۲۸۸-۲۸۹؛ گنجی، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۳۰۰). نظریه‌های زیستی نیز نقش ژنتیک را مهم می‌دانند؛ پژوهشی بر دوقلوهای استرالیایی نشان داد که

اگر یکی از دوقلوها بیش از حد بدگمان بود، دیگری نیز به احتمال بالا بدگمان بود، هر چند ممکن است این شباهت ناشی از تجربیات محیطی مشترک باشد (گنجی، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۲۹۸).

همچنین عوامل فرهنگی و شرایط خاص زندگی می‌توانند خطر اختلال را افزایش دهند. گروه‌هایی مانند زندانیان، پناهندگان، سالمندان و افراد مبتلا به نقص شنوایی به دلیل تجربه‌های منحصر به فرد، نسبت به اختلال شخصیت پارانوئید آسیب‌پذیرترند (گنجی، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۳۰۱).

۴-۴. درمان اختلال شخصیت پارانوئید

افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید به طور کلی نسبت به دیگران بی‌اعتمادند و اغلب خود را نیازمند کمک حرفه‌ای نمی‌بینند. در مواردی که به روان‌درمانی مراجعه می‌کنند، معمولاً علت مراجعه بحران‌های زندگی است نه خود اختلال و برقراری رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد برایشان دشوار است. درمانگران باید محیطی مثبت ایجاد کنند تا حس اعتماد شکل گیرد (همان، ج ۲، ص ۳۰۱؛ دونالد، ۱۳۹۶، ج ۲، ص ۲۸۹).

از منظر روان‌شناسی، این افراد نیازمند یادگیری مهارت‌های زندگی، کنترل هیجانات و «ذهن‌خوانی» هستند، یعنی توانایی شناسایی و تفکیک افکار، احساسات و نیازهای خود و دیگران و درک تأثیر رویدادهای درونی بر رفتار (گنجی، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۳۸۸-۳۸۷). همچنین برای درمان این اختلال از این روش‌های درمانی استفاده می‌شود:

۱-۴-۴. درمان‌های روان‌پوشی

درمانگران روان‌پوشی که به روابط اهمیت زیادی^۱ می‌دهند، تلاش می‌کنند خشم گذشته بیمار را در نظر بگیرند و روی آنچه آن را به صورت میل شدید او به روابط ارضاء کننده می‌دانند، کار می‌کنند (گنجی، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۳۰۱). درمانگران روان‌پوشی که روی نیاز به خود سالم یکپارچه تأکید می‌کنند، تلاششان را روی کمک به مراجع برای از نو به دست آوردن انسجام و شخصیت یکپارچه متمرکز می‌نمایند؛ شخصیت متمرکزی که در تمرکز منفی مداوم فرد بر دیگران از بین رفته است (دونالد، ۱۳۹۶، ج ۲، ص ۲۸۹).

۲-۴-۴. درمان‌های رفتاری و شناختی - رفتاری

از درمان‌های شناختی رفتاری که اغلب در رویکرد یکپارچه شناختی - رفتاری ترکیب شده‌اند نیز برای درمان این اختلال استفاده می‌شود. در این درمان‌ها از جنبه رفتاری، درمانگران به مراجعان کمک می‌کنند تا بر روش‌های کاهش اضطراب تسلط یابند و مهارت‌های خود را در حل مشکلات بین فردی بهبود بخشند. از جنبه شناختی، درمانگران به مراجعان کمک می‌کنند؛ تعبیرهای واقع‌بینانه‌تری از کلمات، گفت‌وگوها و اعمال سائر افراد پرورش دهند و از افکار و نقطه نظرات دیگران به گونه بهتری آگاه شوند (همان، ص ۲۸۹-۳۰۰). آن‌ها تلاش می‌کنند تا باورهای غلط شخص پارانوئید را درباره دیگران تغییر دهند و او را متقاعد سازند که

۱. درمانگران روابط شیء

همه مردم بدخواه نیستند و به اکثر آن‌ها می‌توان اعتماد کرد. نکته مهمی که در اینجا به آن اشاره می‌کنیم این است که البته تا به امروز ثابت نشده که انواع روش‌های مختلف درمانی توانسته باشند زندگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید را به صورت معناداری بهبود داده باشند. تنها حدود ۱۱٪ افراد مبتلا به این اختلال روان‌درمانی را ادامه می‌دهند (گنجی، ج ۲، ۲۹۰-۲۸۹).

۳-۴-۴. دارودرمانی

دارودرمانی برای مقابله با سراسیمگی و اضطراب این بیماران مفید است. در اکثر موارد داروی ضد اضطرابی مانند دیازپام در این مورد کافی است؛ اما گاهی نیز ممکن است از داروی ضد روان‌پریشی مثل هالوپریدول به مقدار کم و به مدتی کوتاه استفاده شود. پیموزاید نیز که یک داروی ضد روان‌پریشی است، در برخی از بیماران برای کاهش افکار بدبینانه استفاده شده که موفق هم بوده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۴۷۵). با این وجود به نظر می‌رسد که درمان با داروهای ضد روان‌پریشی نیز برای اختلال شخصیت پارانوئید فواید محدودی داشته است (دونالد، ۱۳۹۶، ج ۲، ص ۲۹۰).

۵. مقایسه سوءظن و اختلال شخصیت پارانوئید

در این قسمت از بحث، به بررسی و مقایسه بدبینی از منظر منابع اسلامی و روانشناسی (با تأکید بر اختلال شخصیت پارانوئید) با توجه به حوزه‌های مختلفی که در نوشتار به آن اشاره شد، می‌پردازیم.

در روان‌شناسی نوین، هر چند بدبینی و سوءظن به صورت یک پیوستار ذهنی و رفتاری و نه فقط در قالب اختلال شخصیت پارانوئید تحلیل می‌شود و بر اساس آن، انسان‌ها در میزان اعتماد به دیگران از یک سر طیف یعنی «اعتماد بالا و حسن‌ظن» تا سر دیگر طیف یعنی «بی‌اعتمادی مطلق» قرار دارند، اما اختلال شخصیت پارانوئید تنها نقطه‌ی انتهایی و شدید این پیوستار است. در میان این دو سر طیف، حالت‌هایی همچون سوءظن موقتی، بدگمانی موقعیتی، شخصیت اسکیزوتایپال با افکار ارجاعی و حتی بدبینی ناشی از اضطراب یا تجارب آسیب‌زا قرار دارد.

در مدل‌های روان‌شناختی جدید تأکید می‌شود که ویژگی‌های شخصیتی (از جمله بدبینی، شکاکیت و ترس از سوءاستفاده) می‌توانند در حد زیر آستانه‌ای نیز وجود داشته باشند و الزاماً به اختلال شخصیت منجر نشوند؛ بلکه گاهی به صورت صفات ناسازگار اما غیر آسیب‌زا در رفتار اجتماعی ظاهر می‌گردند (American Psychiatric Association, 2013, pp. 761-766). این دیدگاه موجب هم‌پوشی بهتر میان تحلیل روان‌شناختی بدبینی و مفهوم اخلاقی سوءظن در آموزه‌های دینی می‌شود؛ زیرا در منابع اسلامی نیز همان‌طور که اشاره شد، سوءظن وقتی به سطح رفتاری یا اعتقادی برسد و تکرار گردد، به تدریج به «ملکه» یا صفت پایدار تبدیل می‌شود (ر.ک: نراقی، ۱۳۷۷).

بر اساس مقایسه دو رویکرد، می‌توان گفت در روان‌شناسی، بدبینی نه الزاماً به مثابه بیماری، بلکه ویژگی خلقی و شناختی در یک پیوستار سلامت تا اختلال است؛ در حالی که در اسلام نیز سوءظن از یک لغزش ساده‌ی ذهنی آغاز شده و در صورت ادامه‌ی بی‌توجهی، به رذیله‌ی اخلاقی تبدیل می‌گردد؛ بنابراین در روان‌شناسی نیز «بدبینی» فقط به صورت یک اختلال شدید روانی بررسی

نمی‌شود؛ بلکه همانند منابع اسلامی، تمام طیف نگرش منفی به دیگران را در برمی‌گیرد و بسته به شدت و اثر آن بر زندگی، با عنوان‌های گوناگون از «صفت ناسازگار» تا «اختلال شخصیت» طبقه‌بندی می‌شود. از این رو، مقایسه‌ی سوءظن و اختلالات بدبینانه بر پایه‌ی مدل پیوستاری در هر دو نظام مفهومی ما را به این نتیجه می‌رساند که سوءظن در اسلام معادل «افکار و شناخت‌های منفی در طیف سلامت روان» است و اختلال شخصیت پارانوئید تنها یکی از جلوه‌های نهایی این طیف است.

به بیان دیگر، بر اساس منابع اسلامی سوءظن یکی از بیماری‌های روحی و روانی است که طیف گسترده‌تری از حالات، ملکات و رفتارهای ناشی از بدبینی و بی‌اعتمادی نسبت به افراد را شامل می‌شود. اگرچه سوءظن بر اساس منابع اسلامی بیشتر ناظر به ترتیب اثر دادن به بدگمانی و پذیرش گمان بد در دل و تبعیت از آن در گفتار و رفتار است؛ این حالت بدگمانی ممکن است به تدریج بر اثر تکرار به صورت ملکه‌ای نفسانی و هیئتی پایدار در انسان رسوخ نموده و بخشی از صفات شخصیتی او را شکل دهد؛ بنابراین سوءظن بر اساس منابع اسلامی هم شامل رفتارهایی است که از ترتیب اثر دادن و پذیرش گمان بد نسبت به سائر افراد از انسان صادر می‌شود و هم شامل آن رذیله اخلاقی است که حکایت از ملکه و صفت شخصیتی است که در نفس انسان شکل می‌گیرد و در حقیقت از الگوی پایدار بدبینی حکایت دارد؛ اما اختلال شخصیت پارانوئید، صورت حاد و نهایی و تثبیت شده همین طیف به شمار می‌آید.

به لحاظ نشانه‌شناسی نیز اگرچه در سوءظن و اختلال شخصیت پارانوئید، به لحاظ الگوهای رفتاری و هیجانی شباهت‌هایی دیده می‌شود، نشانه‌هایی که در DSM5 برای اختلال شخصیت پارانوئید ذکر شده است، اگرچه به جزئیات بیشتری اشاره دارد، اما در کلیت و شالوده اصلی یعنی رفتارها، افکار، هیجانات برآمده و مترتب بر بدگمانی و بدبینی نسبت به افراد تقریباً یکسان هستند. در این میان عیب‌جویی از دیگران و غفلت از عیوب خود، عدم توجه به آبرو و حیثیت دیگران، تأمل زیاد از حد در کارها و معاملات خود با مردم، بخل و حرص از نشانه‌های اختصاصی است که از آموزه‌های دینی برای این رذیلت اخلاقی استنباط می‌شود و کینه‌توزی و عدم فراموش نمودن توهین‌ها و جریحه‌دار شدن احساسات، حسادت و باورهای حسودانه، افکار سوءاستفاده و بهره‌کشی دیگران از او، برداشت منفی از کلام مثبت و یا کاملاً خنثی و حتی تعریف و تمجید دیگران از نشانه‌های اختصاصی که در روانشناسی اختلال شخصیت پارانوئید بیان شده است.

در بحث از عوامل و ریشه‌ها، در منابع اسلامی به علل مختلفی برای این بیماری اخلاقی اشاره شده است. این عوامل را می‌توان به عوامل شناختی یعنی همان ضعف در ایمان، عدم تعقل و اندیشه ورزی، جهل و نادانی و عامل بیرونی (محیطی) یعنی هم‌نشینی با بدان و عامل درونی یعنی ضعف، آلودگی و پلیدی نفس تقسیم نمود. این در حالی است که در مورد اختلال شخصیت پارانوئید، با توجه به رویکردهای مختلف روانشناسی به علل مختلفی از جمله علل ژنتیکی، علل شناختی از جمله فرض‌ها و شناخت‌های ناسازگار، علل فرهنگی و نیز علل روان‌پویشی که در تعاملات اولیه کودک با والدین نهفته، اشاره شده است؛ بنابراین در حالی که در منابع اسلامی به ضعف ایمان و شناخت نسبت به خداوند به مثابه یکی از علل سوءظن تأکید شده است؛ در روانشناسی اختلالات روانی که بیشتر بر بهبود حال افراد و زندگی آن‌ها تأکید دارد و کمتر به نقش بهبود رابطه انسان و خدا در سلامت روحی و روانی انسان پرداخته شده، به علل مادی و جسمانی مانند علل و عوامل ژنتیکی و فرهنگی این اختلال روانی اشاره شده است. البته می‌توان هم‌نشینی با بدان را نیز از جمله

علل فرهنگی دانست که در منابع اسلامی بدان اشاره شده است. هم‌نشینی با افراد شرور و پلید که از باطنی زشت و آلوده برخوردارند به غیر از تأثیر که روی فرد دارد، زمینه‌های شیوع اتهام و بدگمانی را در زندگی اجتماعی به وجود می‌آورد.

در مورد درمان سوءظن در منابع اسلامی و همچنین اختلال شخصیت پارانوئید در روانشناسی نیز روش‌های کلی درمانی مشابهی بیان شده است که شامل درمان‌های شناختی و رفتاری می‌شود. در منابع اسلامی بیشتر درمان‌های شناختی و عملی، به جنبه‌های اخروی و دنیوی سوءظن و شناخت آثار و مفاسد و همچنین فواید دوری از این رذیله اخلاقی اشاره دارند و مضاف بر آن، راه‌های عملی و رفتاری از جمله عدم اعتنا و توجه به اوهامی که سبب بدگمانی می‌شوند و همچنین دوری از قرار گرفتن در مواضع تهمت و غیره به مثابه روش‌های رفتاری درمان سوءظن بیان شده است.

در روانشناسی نیز هرچند امروزه روش‌های درمانی شناختی رفتاری (CBT) پیشرفت‌های بسیاری کرده و شیوه‌هایی در آن به وجود آمده که به طور مستقیم به مسائل هیجانی، رفتاری و شناختی موجود در اختلالات شخصیت پرداخته و اشتباهات منطقی و باورهای غلط این افراد را مورد کندوکاو قرار داده و با به چالش کشیدن آن‌ها باورهای بهتری را جایگزین می‌نماید و به این طریق بیماران مسیر درمان را طی می‌کنند؛ ولی به هر حال اکثر این درمان‌ها مبتنی بر بهبود زندگی دنیوی فرد و بازگشت فرد به زندگی طبیعی است که کارکردهای درست فرد را در زمینه‌های شغلی، اجتماعی، بین فردی، تحصیلی و غیره تضمین می‌نماید که البته بر اساس تحقیقات انجام شده، همان‌طور که اشاره شد این درمان‌ها نیز چندان مؤثر واقع نشده‌اند. مضاف بر این درمان‌های دارویی نیز برای درمان اختلال شخصیت پارانوئید، فواید محدودی داشته است. نکته دیگر این‌که در منابع اسلامی، به غیر از اهمیت دادن به جنبه‌های فردی این رذیله اخلاقی، به جنبه‌های اجتماعی و گسترش این بیماری اخلاقی در سطح اجتماع و روش‌های پیشگیری از آن اشاره شده است در حالی که روانشناسی در خصوص اختلالات شخصیت و از جمله اختلال شخصیت پارانوئید، به دلیل سطح بالای اختلال در کارکرد، بیشتر بر درمان‌های فردی متمرکز است و نکته آخر این‌که روش‌های درمانی در روانشناسی با توجه به رویکردهای مختلفی که در این وجود دارد، متنوع‌تر بوده و از نظم و سامانش بهتری برخوردارند، در حالی که در منابع اسلامی کمتر به گسترش و توسعه روش‌ها و ساخت پروتکل‌های درمانی با توجه به اصول و کلیات استنباط شده از آموزه‌های دینی پرداخته شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هرچند مفهوم سوءظن در منابع اسلامی و اختلال شخصیت پارانوئید در روانشناسی معنای مشترکی از بی‌اعتمادی و شکاکیت را پوشش می‌دهند، در اختلال شخصیت پارانوئید این حالت جزء ملکات و صفات پایدار نفسانی شخص شده است؛ به گونه‌ای که در کارکردهای طبیعی خود دچار مشکل و رنج شده است؛ درحالی‌که سوءظن بر اساس منابع اسلامی ترتیب اثر دادن به گمان بد به گونه‌ای است که فرد آن گمان را در قلب خویش بپذیرد و در رفتار و گفتار از آن تبعیت کند. البته این حالت پذیرش و ترتیب اثر دادن ممکن است بر اثر تکرار و سایر عوامل و علل این بیماری که در منابع اسلامی بیان شده و به مهم‌ترین آن‌ها اشاره نمودیم به ملکه و هیئتی راسخ در نفس انسان تبدیل شود و شئون مختلف زندگی او را از لحاظ شناختی، هیجانی و رفتاری به شدت تحت تأثیر قرار دهد،

به‌گونه‌ای که فرد به‌طور دائم بر اساس بدگمانی‌های و حالتی از بی‌اعتمادی و شکاکیت با افراد مختلف برخورد می‌نماید. این مرتبه از سوءظن که به‌صورت یک رذیله اخلاقی در فرد نمود و ظهور پیدا می‌کند، در بالاترین مرتبه‌اش با آنچه در روانشناسی، اختلال شخصیت پارانوئید نامیده می‌شود، تقرب مفهومی بسیاری دارد. به‌رحال سوءظن در منابع اسلامی مفهوم گسترده‌تری از این حالات و ملکات بدبینانه را شامل می‌شود که به ترتیب اثر در رفتار و گفتار می‌انجامد. البته ذکر این نکته نیز در اینجا لازم است که در روانشناسی نیز، بدبینی و سوءظن به‌صورت یک پیوستار ذهنی و رفتاری و نه فقط در قالب اختلال شخصیت پارانوئید تحلیل می‌شود؛ اما اختلال شخصیت پارانوئید تنها نقطه‌ی انتهایی و شدید این پیوستار است. علاوه بر این در منابع اسلامی به عوامل و ریشه‌های سوءظن، نشانه‌ها و آثار آن و روش‌های درمانی مختلف شناختی و رفتاری (هرچند به‌صورت کلی) برای درمان آن اشاره شده که فارغ از وجوه افتراق و اشتراک آن با آنچه در این خصوص در روانشناسی بیان شده است؛ راهبردهای تشخیصی و درمانی کامل‌تر و جدیدتری را به دلیل توجه و نگاه جامع‌ش به تمام ابعاد وجودی انسان، در برابر پژوهشگران روانشناسی اسلامی قرار دهد که درنهایت می‌تواند زمینه‌های ارائه فنون و برنامه‌های درمانی با توجه به منابع اسلامی و البته با استفاده از روش‌های تجربی‌تر و عینی‌تر را نیز فراهم بیاورد. مفاهیم و رذایل اخلاقی دیگر مانند تجسس، عیب‌جویی، تهمت، بخل و حرص و غیره که به‌مثابه نشانه‌های تشخیصی این بیماری اخلاقی بر اساس منابع اسلامی موردبحث و بررسی قرار گرفت؛ علاوه بر آشکار نمودن مؤلفه‌های مفهومی آن، مقدمه‌ای است برای کاوش بیشتر در مورد ارتباط مؤلفه‌ای این مفاهیم با یکدیگر که درنهایت به تحلیل روان‌شناختی کامل‌تری از این مفهوم اخلاقی می‌انجامد و زمینه پژوهش‌های دیگر در حوزه سنجش روان‌شناختی مفاهیم اخلاقی از جمله سوءظن در حوزه روانشناسی اسلامی را نیز فراهم می‌آورد.

منابع

قرآن کریم

- ابن عاشور، محمد بن طاهر. (بی تا). التحرير و التویر. بی جا.
- اکبری، محمود. (۱۳۹۰). خوش بینی و بدبینی. قم: انتشارات فقیان، چاپ اول.
- آقا جمال خوانساری، محمد بن حسین. (۱۳۶۶). شرح آقا جمال خوانساری بر غررالحکم و درر الکلم، تهران: دانشگاه تهران.
- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5). ترجمه فرزین رضاعی و همکاران، تهران: انتشارات کتاب ارجمند، چاپ سوم.
- پاینده، ابوالقاسم. (۱۳۸۲). نهج الفصاحة. تهران: دنیای دانش، چاپ چهارم.
- تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد. (۱۴۱۰). غررالحکم و درر الکلم. قم: دارالکتاب الاسلامی، چاپ دوم.
- _____ (۱۳۶۶). تصنیف غررالحکم و درر الکلم. قم: دفتر تبلیغات، چاپ اول.
- حسینی، اعظم السادات. (۱۳۸۷). سوءظن و حسن ظن به خدا در آیات و روایات. قم: انتشارات جامعه القرآن الکریم، چاپ اول.
- _____ (۱۳۸۵). بررسی سوءظن و حسن ظن به خدا و خلق در آیات و روایات. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه قرآن و حدیث.
- حیدری، اصغر. (۱۳۸۸). شناخت و درمان سوءظن. قم: نسیم کوثر.
- حر عاملی، محمد بن حسن. (۱۴۰۹). وسائل الشیعة. قم: مؤسسه آل البیت علیهم السلام، چاپ اول.
- دونالد، جی. کامر. (۱۳۹۶). آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی، ج ۲، ویراست نهم، تهران: نشر ارسباران، چاپ اول.
- دنیل فریمن، جیسون فریمن. (۱۳۹۲). پارانو یا: مبانی، دیدگاه ها و کاربردهای بالینی. مترجمان: لیلا امیرپور، حمیدرضا خیامی، تهران: ارجمند، چاپ اول.
- ذاکری، محمد انور، (۱۳۹۱). سوءظن از دیدگاه آیات و روایات. پایان نامه کارشناسی ارشد، جامعه المصطفی.
- راغب اصفهانی، حسین بن محمد. (۱۴۱۲). مفردات ألفاظ القرآن. بیروت: دار القلم، چاپ اول.
- سادوک، ویرجینا آلدوک و همکاران. (۱۳۹۵). خلاصه روان پزشکی، علوم رفتاری / روان پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، ج ۲، تهران: کتاب ارجمند، چاپ اول.
- شهید ثانی. (بی تا). کشف الریبه. ترجمه: ابراهیم میرباقری بیروت: دارالاضواء.
- صدوق، محمد بن علی، (۱۳۷۶)، الامالی. تهران: کتابچی، چاپ ششم.
- طباطبایی، سید محمد حسین. (۱۴۱۷). المیزان فی تفسیر القرآن. قم، دفتر انتشارات اسلامی جامعه‌ی مدرسین حوزه علمیه، قم: چاپ پنجم.
- قادری، نرگس. (۱۳۹۱). سوءظن در قرآن و سنت و آثار و پیامدهای آن. پایان نامه سطح ۳، حوزه علمیه خراسان.
- کلینی، محمد بن یعقوب. (۱۴۲۹). الکافی. قم: دارالحدیث، چاپ اول.

- گنجی، مهدی. (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5. ج ۲، ویراست سوم، تهران: نشر ساوالان، چاپ اول.
- محمدی ری‌شهری، محمد. (۱۳۸۹). میزان الحکمة. ترجمه شیخی، حمیدرضا، قم: موسسه علمی فرهنگی دار الحدیث، سازمان چاپ و نشر، چاپ یازدهم.
- مجلسی، محمدباقر. (۱۴۰۳). بحارالانوار. بیروت: داراحیاء التراث العربی، چاپ دوم.
- _____ (۱۳۸۷). حکمت نامه پیامبر اعظم (ص). قم: موسسه علمی فرهنگی دار الحدیث، سازمان چاپ و نشر، چاپ دوم.
- _____ (۱۳۹۰). سیاست‌نامه امام علی (ع). قم: موسسه علمی فرهنگی دار الحدیث، سازمان چاپ و نشر، چاپ دوم.
- مغنیه، محمدجواد. (۱۴۲۴). تفسیر الکاشف. تهران: دار الکتب الإسلامیة، چاپ اول.
- مصطفوی، حسن. (۱۳۸۶). التحقیق فی کلمات القرآن الکریم. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۷۷). اخلاق در قرآن. قم: مدرسه الإمام علی بن ابی طالب (ع)، چاپ اول.
- _____ (۱۳۸۶). زندگی در پرتو اخلاق، سرور، قم: چاپ ششم.
- نراقی، مهدی. (بی تا) جامع السعادات. بیروت: اعلمی، چاپ چهارم.
- نراقی، احمد. (۱۳۷۷). معراج السعادة، قم: هجرت، چاپ پنجم.
- نوری، حسین، (۱۴۰۸). مستدرک الوسائل، قم: مؤسسه آل‌البیت علیهم السلام، چاپ اول.
- صرام مفروز، محمد حسن. (۱۳۸۷). «ظن و تجسس از منظر قرآن و روایات»، فصلنامه قرآنی کوثر. ۲۸: ۱۰۱ - ۱۰۵.
- مهدوی‌نژاد، محمدحسین. (۱۳۹۴). «سوءظن در خانواده و راه‌های پیشگیری از آن»، دومین کنگره بین‌المللی تفکر و پژوهش دینی.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Washington, DC: APA. [DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596]
- Beck, Aaron. Temkin, Davis, Denise. & Freeman, Arthur. (2015). Cognitive Therapy of Personality Disorders (3rd ed). Guilford Press. Google Scholar link
- Freeman, Daniel & Freeman, Jason. (2008). Paranoia: The 21st Century Fear. Oxford University Press. Google Scholar link
- Glasner
- Edwards, Suzette. & Mooney, Larissa. (2014). “Methamphetamine psychosis: Epidemiology, neurobiology and treatment”. Journal of Substance Abuse Treatment, 46(2), 163-172. [DOI: 10.1016/j.jsat.2013.09.014]
- Grande, Iria. Berk, Michael. Bortolato, Beatrice. Vieta, Eduard. & Perlis, Roy. (2016). “Bipolar disorder. The Lancet”, 387(10027), 1561-1572. [DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X]
- Hamdan, Aisha. (2008). “Cognitive restructuring: An Islamic perspective”. Journal of Muslim Mental Health, 3(1), 99-116. [DOI: 10.1080/15564900802035268]
- Kramer, Roderick Moreland. (1999). “Trust and Distrust in Organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions”. Annual Review of Psychology, 50, 569-598.
- Rassool, Ghefar. Hussein. (2021). Islamic Perspectives on the Psychology of Human Behavior. Routledge. Google Scholar link

- Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott. & Ruiz, Pedro. (2015). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (11th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Stavrova, Olga, & Ehlebracht, Daniel. (2016). "Cynical beliefs about human nature and income: Longitudinal and cross-cultural analyses". *Journal of personality and social psychology*, 110(1), 116-132. <https://doi.org/10.1037/pspp0000050>
- Widiger, Thomas. Anthony. & Trull, Timothy. James. (2021). "Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality". *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 563-595. [DOI: 10.1146/annurev clinpsy 081219 112801]