journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2021 Dec;27(3):155-164 Volume 27, Issue 3, Autumn 2021 Review Article

Status of Financial Contracts of People With Bipolar Disorder from a Civil Rights Perspective

Seyed Mohammad Asadinejad[1*] **PhD, Farzin Tavakoli Rad**[1] **MA**

[1] Department of Law, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Guilan, Iran

***Correspondence to:** Seyed Mohammad Asadinejad, Email: asadinezhad@guilan.ac.ir

ARTICLE INFO

Article history:

Received: July 23, 2021
Accepted: October 26, 2021
Online Published: December 6, 2021

Keywords:
Bipolar disorder
Legal status
Competence
Contract

HIGHLIGHTS

1. Bipolar patients are considered ostracized due to their condition.
2. In some cases, these patients have the ability to contract, but first they must prove that they are in a normal state and away from mood swings.

ABSTRACT

The underlying basis of legal acts is the volition of individuals, and without the intention and will, the nature of credit will not exist. The will is an internal and sensual matter and will not have legal effects until it is expressed and manifested. The spread of new mental illnesses in people has caused the people's will with different types of such illnesses to be questioned. With the spread of information and the advancement of technology, access to many specialized topics in various other fields has become possible. Because of this, many researchers, such as legal scholars, are more inclined to perform research in other specialized fields. Investigating bipolar disorder and its conditions, we find that patients with bipolar disorder are considered isolated in terms of the nature of what they are experiencing and the mood they have. Hence, the kind of type 1 bipolar patients and rapid-cycling bipolar patients are void and ineffective due to the complete mania and insanity they experience. Patients with type 2 bipolar disorder and cyclothymic disorder are not insane about this situation, but due to their mood swings, they do not have the necessary volition to form legal actions, and the status of this group of bipolar patients must be examined at the moment.

How to cite: Asadinejad SM, Tavakoli Rad F. Status of financial contracts of people with bipolar disorder from a civil rights perspective. Iran J Forensic Med. 2021;27(3):155-64.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

Copyright © 2021 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

مجله
پزشکی قانونی ایران

www.sjfm.ir



دوره ۲۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰، صفحات ۱۵۵ تا ۱۶۴

مقاله مروری

وضعیت قراردادهای مالی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی از دیدگاه حقوق مدنی

سیدمحمد اسدی‌نژاد[1*] PhD، فرزین توکلی‌راد[1] MA

[1] گروه حقوق، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

***نویسنده مسئول:** سیدمحمد اسدی‌نژاد، پست الکترونیک: asadinezhad@guilan.ac.ir

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۰۱
پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۴
انتشار برخط: ۱۴۰۰/۰۹/۱۵

واژگان کلیدی:
اختلال دوقطبی
وضعیت حقوقی
اهلیت
قرارداد

نکات ویژه

۱. بیماران دوقطبی با توجه به وضعیتی که دارند، محجور تلقی می شوند.
۲. این بیماران در برخی حالات قابلیت انعقاد قرارداد دارند ولی ابتدا باید ثابت کنند که در حالت طبیعی و به دور از نوسانات خلقی هستند.

چکیده

زیربنای اعمال حقوقی اراده اشخاص است و بدون قصد و اراده ماهیت اعتباری به وجود نمی‌آید. اراده، امری درونی و نفسانی است و تا زمانی که ابراز و اظهار نشود، آثار حقوقی نخواهد داشت. شیوع و گسترش بیماری‌های روحی و روانی جدید در افراد موجب شده تا اراده اشخاص مبتلا به اقسام مختلف چنین بیماری‌هایی با شک و تردید همراه باشد. با گسترش اطلاعات و پیشرفت فناوری، دسترسی به بسیاری از موضوعات تخصصی در حوزه‌های مختلف دیگر میسر شده است. به همین سبب، بسیاری از محققان، ازجمله محققان حوزه حقوقی، تمایل بیشتری به تحقیق و پژوهش در حوزه‌های تخصصی دیگر دارند. با بررسی بیماری اختلال دوقطبی و شرایط آن متوجه می‌شویم که بیماران مبتلا به این اختلال از لحاظ ماهیت آنچه که با آن روبه‌رو هستند و شرایط خلقی خود، محجور تلقی می‌شوند. از این رو، معاملات بیماران دوقطبی نوع یک و بیماران دوقطبی با تناوب سریع، باتوجه به شیدایی کامل و جنونی که تجربه می‌کنند، باطل و بی‌اثر است. بیماران اختلال دوقطبی نوع ۲ و بیماران اختلال خلق ادواری از لحاظ وضعیت جنون‌آمیز، معاملاتشان باطل نیست اما به دلیل نوسانات خلقی، از اراده لازم برای تشکیل اعمال حقوقی برخوردار نیستند و وضعیت این دسته از بیماران دوقطبی باید در لحظه مورد بررسی قرار بگیرد.

مقدمه

به دلیل پیشرفت و گسترش نوآوری در میان حوزه‌های تحقیقی و میسر شدن دسترسی همگان به منابع تخصصی، دانش بشر همواره در حال به‌روزرسانی در حوزه‌های تخصصی و نیز غیرتخصصی است. مطالعات اخیر در حوزه کیفری از ارتباط بیماری‌های روانی افراد با عملی که منتسب به آنهاست، خبر می‌دهد. تمامی افراد یک جامعه قابل کنترل نیستند. گاه مطلع نبودن افراد از وضعیتی که در آن هستند و گاه بی‌خبری دیگران از وضعیت فرد موجب بسیاری از اتفاقات و اختلافات می‌شود. یکی از راه‌هایی که می‌توان از طریق آن به کم کردن این مشکلات کمک کرد، اگاه بودن از وضعیتی که با آن روبه‌رو هستیم و آگاه کردن دیگران نسبت به وضعیت است. به همین منظور بررسی وضعیت بیمارانی که اختلالات روانی دارند یک موضوع هیجان‌انگیز و در عین حال مفید در راستای بالا بردن سطح اطلاعات فردی است. اراده اشخاص، اساس و زیربنای معاملات است و بدون قصد و اراده، ماهیت اعتباری به وجود نمی‌آید. اما اراده امری مخفی، درونی و نفسانی است و از دیدگاه حقوق، خواسته‌های درونی افراد تا جنبه بیرونی پیدا نکند، آثار حقوقی نخواهد داشت[۱].

موضوع بررسی وضعیت حقوقی قراردادهای منعقد شده توسط افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، یکی از موضوعات بااهمیت جامعه حقوقی است. زیرا یکی از ویژگی‌های خاصی که باعث شده تا این بیماران مورد بررسی قرار بگیرند، فقدان تعادل و ثبات در رفتار و تصمیم‌گیری است. همچنین اختلال دوقطبی یک بیماری روانپزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است که به طور تقریبی یک‌درصد جمعیت عمومی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و تاکنون مورد تحقیق و بررسی در حوزه حقوقی قرار نگرفته

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

اســت. کســی که دچار اختلال دوقطبی است، دچار نوسانات خلقی شــدید اســت که معمولا هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشد. همچنین اختلال دوقطبی یک بیماری نامرئی اســت، به این معنا که دیگران آن را درک نمی‌کنند مگر آنکه اختلال در شــدیدترین شــکل خود باشد [۲].

بیمــاران مبتــلا به اختــلال دوقطبی از لحاظ شــرایط خلقی و ذهنی با سایر بیماران روانی تفاوت دارند و در پاسخ به این سوال که معاملات چنین افرادی در چه وضعیت حقوقی اســت، باید گفت در این مقاله ضمن تقســیم آنها به انواع مختلف، شرایط هرکدام از این اختلالات دوقطبی با قوانین مرتبط و اطلاعات پزشــکی در دسترس مورد بررسی قرار خواهد گرفت تا به یک نتیجه درست و منطقی در راستای سوال مطرح شده برسیم.

اختلال دوقطبی

مفهوم لغوی اختلال

اختلال، بی‌نظمی و آشفتگی و به هم خوردگی و آشفتگی نامیده شده اســت. اختلال ممکن اســت به الگوهای تصادفی، غیرمنظم و آشــفته اشــاره کند. گاهی اختلال به تنهایی اســتفاده می‌شود که می‌تواند شــامل هر نوع آشــفتگی و بی‌نظمی باشد و گاهی درگیر با وضعیت‌های دیگر [۳].

مفهوم اختلال از دیدگاه روانشناسی

اختــلال روانــی یــا ذهنی، یک ســندرم یــا الگوی رفتــاری یا روانشــناختی دارای اهمیت بالینی اســت که فرد به همراه آشفتگی ذهنی، دچار آن می‌شــود. مثلاً داشتن یک نشانه دردناک یا ناتوانی و بــروز اختــلال در یک یا چند کارکرد مهم و یــا افزایش خطردرد، مرگ، رنج، ناتوانی و از دست رفتن آزادی است. درضمن این الگو یا سندرم نباید پاسخی قابل انتظار به یک واقعه خاص مثلاً مرگ یک عزیز باشــد [۴]. این الگو یا سندرم با هر علت اولیه باید تظاهر یک بدکاری رفتاری، روانشناختی یا زیست‌شناختی قلمداد شود. تعارض فرد و جامعه، اختلال روانی محسوب نمی‌شود مگر اینکه نشانهٔ نوعی بدکاری درفرد مورد نظر باشد [۵].

ماهیت اختلال دوقطبی

اختــلال دوقطبی، نوعی اختــلال خلقی و یک بیمــاری روانی است. افراد مبتلا به این بیماری دچار تغییرات شدید خلق می‌شوند. اختلال دوقطبی به صورت معمــول در آخر دوره نوجوانی یا ابتدای دوره بزرگســالی خود را نمایان می‌کند. اختلال دوقطبی در دســته بیماری‌هــای ذهنی قرار می‌گیرد که با ایجــاد اختلال در نفر باعث بــروز تغییــرات و دگرگونی‌های ناگهانی در رفتار، حــالات، انرژی و توانایی عملکرد فرد مبتلا می‌شــود. این بیماری می‌تواند در پی یک خودکشــی ناموفق، به‌هم خوردن یک رابطه عاطفی، طلاق و جدایی و از دســت دادن شــغل و تهدید شــدن موقعیت اجتماعی فرد رخ دهد. نکته امیدوارکننده برای همه این بیماران این است که اختلال دوشخصیتی قابل درمان است و بیماران پس از طی کردن پروسه‌های درمانی خود می‌توانند از یک زندگی عادی لذت ببرند [۶].

انواع اختلال دوقطبی

۱-اختلال دوقطبی نوع ۱، ۲-اختلال دوقطبی نوع ۲، ۳-اختلال خلق ادواری، ۴-اختلال دوقطبی از نوع تناوب سریع.

اختلال دوقطبی نوع ۱

اختلال دوقطبی نوع ۱، با وجود حداقل یک دوره شیدایی مشخص می‌شــود. در این دوره خُلق به طور نابه‌هنجار و مداوم بالا، گشاده و تحریک‌پذیر اســت و فعالیت مداوم و نابه‌هنجار و یا انرژی هدفمند که حداقل یک هفته طول می‌کشد. این حالت در بخش عمده‌ای از روز و تقریبا هر روز وجود دارد. در طول این دوره حداقل ۳ نشانه یا بیشــتر و درصورتی که خلق فقط تحریک‌پذیر باشد حداقل ۴ نشانه باید برای تشــخیص این اختلال وجود داشــته باشد. نشانه‌ها شامل عزت نفس کاذب یا بزرگ‌منشــی، کاهش نیــاز به خواب، پرحرف‌تر شــدن از معمول، پرش افکار یا تجربه ذهنی که افکار شــتاب دارند، حواس پرتی، افزایش فعالیت هدفمند یا سراســیمگی روانشناختی - حرکتــی و رفتارهایی مانند ولخرجی کردن، بی‌احتیاطی جنســی یا ســرمایه‌گذاری احمقانه می‌شود [۷]. این اختلال به قدری شدید اســت که عملکرد اجتماعی یا شغلی را مختل کرده یا بستری شدن را ایجاب می‌کند تا از صدمه رســاندن به خود و دیگران پیش‌گیری شــود. دوره شیدایی می‌تواند قبل یا بعد از دوره‌های نیمه‌شیدایی یا افسردگی اساسی باشد [۸].

اختلال دوقطبی نوع ۲

در افــراد مبتلا به این نوع اختلال دوقطبی، با حداقل یک دوره نیمه‌شیدایی و یک یا چند دوره افسردگی در گذشته یا الان مشخص می‌شود. در دوره نیمه‌شیدایی خُلق نابه‌هنجار و مداوم بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر اســت و فعالیت یا انرژی مداوم و به طور نابه‌هنجار بالا

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

که حداقل ۴ روز پی در پی ادامه دارد. این حالت در بخش عمده‌ای از روز و تقریبا هر روز وجود دارد [۹].

اختلال خلق ادواری

به نوعی از اختلال دوقطبی مزمن اطلاق می‌شود که با نوسان میان چرخه‌هایی از افسردگی‌خویی و نیمه‌شیدایی در دوره‌های طولانی‌مدت از زندگی بیمار تعریف می‌شود [۱۰]. علت دقیق اختلال ادواری نامشخص است اما مشاهده شده که افسردگی، اختلال دوقطبی و خُلق ادواری معمولاً در خانواده ریشه دارد. پس امکان وجود عنصر ژنتیکی برای این اختلال وجود دارد. همچنین در یک تحقیق مشاهده شد که اگر یک نفر به به این اختلال دچار شود، دوقلوی او دو یا سه برابر بیشتر امکان دارد که، دچار خُلق ادواری شود [۱۱]. یک نفر با اختلال ادواری خویی در حالت عادی چیزی را حس نمی‌کند، اما به هنگام برخورد با موقعیت‌های احساس‌برانگیز به وضوح تغییرات شدیدی را تجربه می‌کند. برای تشخیص این اختلال، شخص باید حداقل ۲ سال این تغییر احساسات را در زندگی تجربه کرده باشد و در این حین بیش از ۲ ماه پیوسته بدون آثار این تغییرات نباشد. باوجود رایج‌تر شدن تشخیص اختلال خلق ادواری، تعداد کسانی که از این اختلال رنج می‌برند بیشتر از اختلال دوقطبی نیست.

اختلال دوقطبی از نوع تناوب سریع

دانر و فیو، واژه «تندچرخش» را اولین بار در سال ۱۹۷۴ برای توصیف نوعی از اختلال دوقطبی که حداقل ۴ اپیزود یا حالت در سال دارد، ابداع کردند. آنها دریافتند برخی از بیماران چرخه‌های بسیار کوتاه دارند که فقط چند روز یا حتی کمتر از یک روز طول می‌کشد اما تعریفی برای آن ارائه نشده است [۱۲]. در تدوین ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی آماری اختلالات روانپزشکی، واژه تندچرخش به عنوان ویژه‌سازی بیماری در معیارهای تشخیصی اختلال دوقطبی وارد شد. چرخه‌های تکامل این اختلال در نوع بسیار کوتاه (با طول چند روز) و چرخه‌های تکمیل خیلی کوتاه آن (با طول کمتر از یک روز) به ماهیت ناپایداری خُلق تقسیم می‌شود که وجه ذاتی اختلال دوقطبی است [۱۳].

وضعیت معاملات بیماران دوقطبی

برای مشخص کردن وضعیت معاملات بیماران دوقطبی، باتوجه به ماده ۱۹۰ ق.م ابتدا اهلیت و سپس اراده این بیماران مورد بررسی قرار می‌گیرد.

اهلیت بیماران اختلال دوقطبی

همان‌طور که مشخص است، اهلیت در قوانین حقوق موضوعه تعریف مشخصی دارد و در دسته‌بندی ارائه شده، آن را به اهلیت تمتع و استیفا تقسیم کرده‌اند. درخصوص اهلیت تمتع گفته شده هر انسانی که متولد شود دارای اهلیت تمتع است، البته به شرط زنده متولد شدن. در نتیجه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هم از آنجا که دارای حیات هستند دارای اهلیت تمتع هستند [۱۴]. اما نکته قابل تأمل برای درک بهتر این پژوهش، این موضوع است که آیا افراد دارای بیماری اختلال دوقطبی باتوجه به وضع خلقی متغیر و اختلالات ذهنی و روانی محجور تلقی می‌شوند یا با تمامی این شرایط همچنان دارای اهلیت استیفا هستند و از لحاظ قانونی محجور نیستند؟ آیا در انجام کلیه اعمال حقوقی مختار هستند؟ همچنین اگر محجور هستند جزو کدام نوع از محجورانی که در قانون مشخص شده هستند؟ به این سبب که شرایط حاکم بر هر یک از محجوری که در ماده ۱۲۰۷ ق.م آورده شده با یکدیگر متفاوت است، به بررسی مختصر این بیماران با سایر افراد فاقد اهلیت (محجوران) خواهیم پرداخت تا ماهیت اهلیت این بیماران مشخص شود.

حجر زمانی فاقدان شرط بلوغ در مقایسه با بیماران دوقطبی

در حدود یک نفر از هر ۱۰۰ بزرگسال در طول زندگی خود دچار این اختلال می‌شود. معمولا این اختلالات بعد از سنین نوجوانی اتفاق می‌افتد. بیماری اختلال دوقطبی به عنوان «بیماری تنش رفتاری بزرگسالان» شناخته می‌شود اما طبق تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته ۶۵درصد افراد بزرگسالی که مبتلا به این اختلال هستند، قبل از ۱۸سالگی علائم این بیماری را تجربه کرده‌اند [۱۸]. اما نکته‌ای که باید در نظر داشت این است که این اختلال از سنین کم تا مرحله بلوغ کامل و حتی بزرگسالی وجود دارد و با گذشت زمان علائم خود را نمایان‌تر می‌کند، برعکس شرط داشتن بلوغ که بعد از گذشت سن خاص (در قانون ۱۵ سال قمری برای پسران و ۹ سال قمری در دختران) بالغ تلقی می‌شوند و مرحله زمانی محجوریت خود را طی کرده‌اند. از این رو سبب حجر در افراد فاقد شرط بلوغ (صغار) با بیماری اختلال دوقطبی یکی نیست و نمی‌توان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را به سبب نداشتن سن بلوغ صرفاً محجور تلقی کرد.

مقایسه بیماران اختلال دوقطبی با افراد غیر رشید

افراد غیر رشید صرفاً به دلیل این که تفکرات، بلوغ ذهنی و

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

عقلی آنها، به‌خصوص در موضوعات مالی، کامل نشـده و قدرت اداره اعمـال حقوقی با موضوعات مالی و اموال خویش را ندارند و به خود یا دیگران ضرری می‌رسانند، محجور تلقی می‌شوند [۱۶]. سفیه در امور غیرمالی (به مانند نکاح) محجور تلقی نمی‌شود و دارای اهلیت استیفا است. تصمیم قانون‌گذار صرفاً در راستای حمایت از این افراد بوده تا سـبب ایجـاد ضرر برای خود و دیگران نشـوند. با نگاهی به قوانین متوجه می‌شویم که افراد غیر رشید فقط در موضوعات مالی محجور تلقی می‌شـوند و در سـایر اعمال، چه حقوقی و غیرحقوقی غیرمالی، مختار هسـتند و محدودیتی برای آنها از طرف قانون‌گذار وجود ندارد. به همین منظور، سبب حجر در افراد غیر رشید یا سفیه، فقدان تکامل عقل معاش و اندیشـیدن و تشـخیص منفعت از ضرر اسـت. یکی از خدماتی که سازمان پزشـکی قانونی کشور در بخش کارشناسـی انجام می‌دهد، تعیین سـن و صدور گواهی رشد است. با تمامی این تفاسـیر وقتی به بیمـاران اختلال دوقطبی می‌نگریم، خواهیم دید مشابهت‌هایی میان این بیماری و حجر به دلیل فقدان رشد وجود دارد. برای مثال ملاک هر دو سنجش، ملاک ذهنی بوده و تراوشـات ذهنی افراد مورد بررسـی است، اما وقتی تمامی شرایط بیماری اختلال دوقطبی را در جایگاه قیاس با شرط رشد و محجوران به سبب آن بررسی می‌کنیم، متوجه تفاوت‌ها و تمایزهای میان این دو خواهیـم بود که این امر را برای ما ثابت می‌کند که ملاک رشـد که در قانون به آن پرداخته شده و یکی از شرایط افراد برای داشتن اهلیت اسـتیفا اسـت، ملاک کاملی برای سـنجش بیماران اختلال دوقطبی نیسـت و همه جوانب و شـرایط حاکم بر ایـن بیماران را مطابقت نمی‌دهد.

بررسی بیماران دوقطبی با مجانین

همان‌طور که در ماده ۲۱۱ ق.م مشـخص شـده، آخرین شرطی که قانون‌گذار برای این که فرد، اهل محسـوب شود و دارای اهلیت استیفا باشد در نظر گرفته، شرط عاقل بودن یا داشتن عقل است. آیا شرط داشتن عقل می‌تواند ملاکی بر محجور بودن یا نبودن بیماران اختلال دوقطبی باشد؟ به بررسی آن خواهیم پرداخت.

بررسی انواع بیماری دوقطبی با جنون دائمی

جنون دائمی، جنونی اسـت که همیشـه در شـخص موجود و معدوم نمی‌شـود و شـخص به حالت عادی عقل بازنمی‌گردد؛ خواه مدت آن طولانی باشـد (تمام عمر) و خواه کوتاه. در تعاریف قضایی، جنون دائمی عبارت اسـت از نوعی بیمـاری روانی که در آن علائم بیماری به طور مستمر و دائم وجود دارد و اگر هم با معالجه و مداوا شدت خود را از دست بدهد، باز باقی می‌ماند و از بین نمی‌رود [۱۷]. در بین انواع اختلال دوقطبی، اختلال نوع ۱ بیشـترین شـباهت به جنـون را دارد. در میان اختلال دوقطبی نـوع ۱ و نوعی بیماری از جنون (اسـکیزوفرنیا)، محققان به این نتیجه دسـت پیدا کردند که عملکـرد اجرایی و بازداری رفتاری این دو گـروه از بیماران به طور مشابهی ضعیف اسـت [۱۸،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴،۲۵]. اما اختلال دوقطبی نوع ۱ جنون دائمی نیست، زیرا جنون دائمی یک وضعیت مسـتمر و دائمی است اما اختلال دوقطبی نوع ۱ طبق پژوهش‌های صـورت گرفته یک وضعیت متغیر اسـت. اختلال دوقطبی نوع ۲ با یک وضعیت نیمه‌شیدایی (به شیدایی کامل نرسیده باشد) شناخته می‌شـود و اصطلاحاً به آن هیپومانیا گفته می‌شـود که چند درجه خفیف‌تر از شیدایی کامل است. البته باید بیان کرد این نوع اختلال علاوه بر وضعیت نیمه‌شـیدایی با یک چندافسردگی اساسی همراه اسـت [۲۶]. از این رو بیماران دوقطبی نـوع۲ مجنون دائمی تلقی نمی‌شـوند. سـومین نوع از بیماری اختلال دوقطبی، اختلال خلق ادواری اسـت. این اختلال چند درجـه خفیف‌تر از اختلال دوقطبی نوع دوم است. هم‌پوشی وضعیت نیمه‌شیدایی و افسردگی غیراساسی یک وضعیت سـردرگم‌کننده برای فرد مبتلا بـه این اختلال ایجاد می‌کنـد که عملکـرد او را در مقابل حقیقت‌های زندگی او با چالش روبه‌رو می‌سـازد ولی هیچ‌گاه تلقی اینکه مبتلایـان به این اختلال مجنـون هسـتند، منطقی نیسـت [۲۷]. اختلال دوقطبـی از نوع با تناوب سـریع، در نگاه اول شـاید یک اختلال بـا مبتلایان کم به نظر برسـد، در حالی که مبتلایان به این نوع اختلال بسیار بیشتر از سایر انواع اختلال دوقطبی هستند. بیشتر افرادی که دارای اختلال دوقطبی تشخیص داده می‌شوند، دارای تعداد دوره، به طور متوسط ۰٫۴تا ۰٫۷ در سال با طول ۳ تا ۶ ماه هستند. در این نوع، خُلق بین شیدایی کامل و افسـردگی اساسی متغیر است. این تغییرات سریع خُلق باعـث رفتارهای تنش‌آمیز و خطرناکی بـرای مبتلایان به آن می‌شود [۲۸] به‌نوعی که گاه عملکرد رفتاری آنها به قدری بی‌منطق اسـت که به آنها دیوانه یا مجنون می‌گوینـد. اما نکته‌ای که باید به آن پرداخت این اسـت که اگرچه تغییرات به سرعت خلقی عملکرد ذهنی فـرد را تا حد جنون تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما بعد از اتمام دوره سیر، یک حالت فروکشی در رفتارها و عملکرد ذهنی افراد رخ می‌دهـد؛ هرچند با بازه کم و این وجه تمایز اصلی بین تمامی انواع بیماران اختلال دوقطبی با جنون دائمی بوده است.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

بررسی بیماران دوقطبی با مجانین ادواری

از آنجا که داشـتن عقل، رشـد و بلوغ از شرایط اهلیت استیفا برای کلیه افراد در قانون مشـخص شـده اسـت، با بررسـی این شـرط‌ها در بیمـاران اختلال دوقطبی به این موضـوع که آیا این بیماران، دارای اهلیت استیفا هسـتند یا به دلیل نداشتن شرایط لازم محجور تلقی می‌شـوند، برسیم. در آخرین مورد از موارد ذکر شده، به نوعی از جنون رسیدیم که از دیدگاه حقوق به آن جنون مدتی یا ادواری گویند. در بررسـی شرط عقل در بیماران اختلال دوقطبی اشـاره کردیم که جنون یک بیماری به تنهایی شناخته نمی‌شـود، بلکه یک وضعیت ذهنی و عقلی اسـت که ارتباط فرد در آن وضعیت با واقعیت‌های جهان بیرونی به کلی قطع می‌شـود و به اصطلاح فقها، عقل زایل می‌شـود. با بررسـی وضعیت خلقی انواع اختلال دوقطبی با جنون دائمی مشخص شد که در ۲ نوع از بیماری اختلال دوقطبی (نوع۱ و با تناوب سریع)، بیماران شیدایی کامل را تجربه می‌کنند همراه با وضعیت افسـردگی که بیشترین آمـار مبتلایان به ایـن اختلال مربوط به همین ۲ نوع اسـت. در ایـن ۲ نـوع از اختلال دوقطبی با توجه تغییرات شـدید خلقی و وضعیتی که فرد دارد، بیمار می‌تواند وضعیت جنون‌آمیز را تجربه کنـد (موقت). در ۲ نـوع دیگر این اختلال، یعنـی نوع ۱ و خلق ادواری، بیماران وضعیت شـیدایی کامل را اصلا تجربه نمی‌کنند. در بررسـی شـروط ماده ۲۱۱ قانون مدنی شرط داشتن عقل در بیماران اختلال دوقطبی نسـبت به دو شـرط دیگر (بلوغ و رشد) بیشتر مورد توجه است. از این رو با بررسی‌هایی که در انواع اختلال دوقطبی انجام دادیم، فقدان عقل یا حالت جنون در بیماران مبتلا به این اختلال دیده می‌شود. همچنین ویژگی‌های اشتیاق بیش از حد، گاه گوشـه‌گیری و کسالت، بعضاً اقدام به خودکشی و رفتارها تحریک‌آمیز در دوران مجنونیت مبتلایان به جنون ادواری و دوره تکامل سـیر اختـلال دوقطبی در بعضی از انـواع آن، جزو برخی نقاط اشـتراک است. به همین منظور مجنون تلقی کردن بیماران به سـبب فقدان عقل شاید درست باشد اما باید مشخص کرد که اگـر بخواهیم بیماران دوقطبـی را مجنون تلقی کنیم، باید از نوع ادواری یا مدتی بدانیم نه دائمی. در رویه قضایی نیز آرایی به چشم می‌خورد که که جنون ادواری و اختلال دوقطبی در کنار هم آورده شـده‌اند. نمونه‌ای از این موارد: درتاریخ : ۲۶/۰۹/۱۳۹۲ به شماره : ۹۲۰۹۹۷۰۹۰۹۱۰۰۲۹۰ - این رای که در شـعبه ۳ دیوان عالی کشور صادرشده است.

دشواری تشخیص دوقطبی با اختلال شخصیت مرزی

گسترش دامنه تشـخیصی اختلال‌های طیف دوقطبی، تکیه بر شباهت‌های این طیف با دیگر اختلال‌ها و نادیده گرفتن تفاوت‌های آنها، به کار نبردن قضاوت بالینی ماهرانه و همچنین آسان‌گیری در تشـخیص این گروه از اختلال‌ها موجب شده بسیاری از بیمارانی که از دیگر اختلال‌های روانپزشکی، مانند اختلال شخصیت مرزی، رنج می‌برند در این طیف طبقه‌بندی شـوند. قرار دادن اختلال دوقطبی و اختلال شـخصیت مرزی در یک گروه می‌تواند پیامدهای درمانی و حقوقی برای بیماران داشـته باشد [۲۹]. اختلال شخصیت مرزی، اختلال شـخصیتی شدیدی اسـت که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان و رفتار شناخته می‌شود. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مـرزی دارای ویژگی‌هـای معمولی از قبیل بی‌ثباتـی در خودانگار، هدف‌های شخصی، روابط میان فردی، عواطف همراه با تکانش‌گری، مخاطره‌جویی و مشـکلات مخصوص هویت و خود فرمانی هستند. اختلال شـخصیت مرزی اختلال نسبتاً شایعی است و ۱,۱ الی ۲,۱ درصد جمعیت عمومی بزرگسـالان را شامل می‌شود. نرخ بالایی از خودکشی در مبتلایان به این اختلال وجود دارد و طبق آمار موجود حـدود ۱۰درصد مبتلایان بـه این بیماری در اثر خودکشـی فوت می‌کنند [۳۰]. در مجموع ناتوانی‌هـای قابل ملاحظه‌ای در زندگی ایـن بیماران وجود دارد. بسـیاری از مبتلایان بـه این اختلال افراد باهوشی هستند ولی بیماری مانع شکوفایی و پیشرفت آنها می‌شود. بسـیاری از آنها حتی نمی‌توانند باوجود اختلال، تحصیلات خود را تکمیل کنند یا شـغل مناسـبی پیدا کنند. بحران در روابط فردی و اجتماعی آنها بسیار حس می‌شود و اغلب به خود آسیب می‌رسانند و درگیر استفاده از مواد مخدر هستند و رفتارهای بی‌ملاحظه دیگر. دلیل بررسی این اختلال (شخصیت مرزی) با اختلال دوقطبی، این موضوع اسـت که این ۲ بیماری از لحاظ تشخیصی بسیار نزدیک به هم هسـتند و بعضاً تشـخیص این اختلالات با اشتباه همراه است. از آنجا که شـباهت‌هایی میان این دو اختلال وجود دارد با بررسـی اختلال شخصیت مرزی، درصورت داشتن وجه تمایز، این دو اختلال را یکی نمی‌دانیم. بیش از دو دهه پیش آکیسکال، اختلال شخصیت مرزی را بـه عنوان یک اختلال عاطفـی در طیف اختلال دوقطبی مطرح کرد. با وجود این نظر، در حال حاضر هیچ توافقی درخصوص این نظریه وجود ندارد. سبب یکی دانستن آنها وجود وجه تشابهاتی میان این دو اختلال بـود. این دو اختلال در ناپایداری‌های خلقی و تکانش‌گری مشابه هستند. در مقابل فرضیه آکیسکال مبنی بر تشابه

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

اختلال شـخصیت مرزی و اختلال دوقطبی برخی از پژوهشگران و صاحـب نظران تئوری آکیسـکال را رد کردند و شـواهدی مبنی بر جدایی و تمایز این دو اختلال مطرح کردند [۳۱]. بررسـی بیماری اختلال شـخیصت مرزی برای درک این موضـوع که بیماری‌هایی وجـود دارند که آثارهـای متفاوت از بیماری دوقطبـی دارند اما به دلیل شـباهت‌هایی و نظرات مختلفی که درخصوص آنها وجود دارد و شـاید بتوان گفت رویه ثابتی در این باره وجود ندارد، هنوز بعد از گذشت سال‌های عده‌ای قائل به نظریه آکیسکال هستند و برخی آن را رد می‌کنند، می‌تواند مفید باشـد. تشخیص این دو اختلال از هم بزرگ‌ترین چالش روانشناسان این حوزه است.

تحلیل اراده در بیماران اختلال دوقطبی

اختـلال دوقطبی یـک بیماری جدی و عودکننده اسـت که به صورت بی‌نظمی خلقی، به ویژه خطرپذیری و تکانش‌گری، مشکلات بین فردی و افسـردگی مشـخص می‌شـود [۳۲]. همان‌طور که در مباحث گذشته به آن پرداخته شد در اختلال دوقطبی نوع ۱، قدرت درگیری این بیماری با روان افراد به قدری اسـت که بسیاری از امور را مختل کرده و فرد را ناچار از بستری می‌کند [۷]. بیمارن مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ و با تناوب سریع، نقطه اوج اختلال دوقطبی هسـتند. این بیمارن باتوجه به تجربه کردن وضعیت شیدایی کامل، در اراده و درک مضوعات پیش رو با مشکل روبه‌رو هستند. ۳ ویژگی اصلی این اختلال دوقطبی نوع ۲، بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشـی و بی‌ثباتی اجتماعی است. در این افراد، احساس فرسودگی و فقدان عاطفه باثبات در ارتباط با دیگران به وضوح مشـاهده می‌شود و این عوامـل صرفاً مرتبـط با عملکرد فرد در زمان حال نیسـت زیرا فرد ارزش‌ها و قوانین موجود در محیط پیرامون را از مدت‌ها قبل درونی سـاخته و به همین دلیل پاسـخ‌های فیزیولوژیایی و روان‌شناختی کنونـی فرد به بافـت اجتماعی یـادآور و رویدادهـا و قضاوت‌های درونی‌شـده‌ای اسـت که فرد در گذشـته در برخورد با همین بافت اجتماعی درونی سـاخته اسـت [۳۳]. در اختلال خلق ادواری، فرد بیمار با دوره‌های طولانی نیمه‌شیدایی اما با شدت کم مواجه می‌شود و همچنین دوره‌های افسـردگی زودگذر و خفیفی را تجربه می‌کند که شـباهت‌هایی میـان این نوع و نوع ۲ وجـود دارد. اختلال خلق ادواری، یک نوع اختلال خلقی نسبتاً ملایم است. در بسیار از نظرات، این نوع اختلال را مقدمات رسـیدن به سـایر انواع اختلال دوقطبی می‌داننـد. این بیمـاران بر خلاف بیماران دوقطبـی نوع ۲، اقدامات مخرب و تنش‌آمیزی از خود تا حد امکان ندارند. باتوجه به اطلاعاتی که از منابع مطالعاتی روانشناسی درخصوص ویژگی‌های این بیماران خواندیـم و هنگامـی که این خصوصیات فرد را با شـرایط قانونی و مفهوم قصد و اراده در حقوق بررسی می‌کنیم، متوجه نداشتن تمرکز یـا ذهنیت آگاه فرد برای تصمیمی که می‌خواهد بگیرد می‌شـویم. درسـت اسـت که این بیماران وضعیت طبیعی‌تری نسبت به ۳ نوع دیگر دوقطبی دارند، اما باتوجه به نوسانات خلقی، هوشیاری و آگاهی آنها در برابر واقعیت‌های بیرونی با اختلال روبه‌رو است.

بررسـی معامـلات مجنـون ادواری در راسـتای تحلیـل معاملات بیماران دوقطبی

قراردادهـای مجنـون ادواری از نظر قاعـده اثباتی، یعنی وضع قاعده‌ای به سـود محجور یا غیر محجور، وضع متفاوتی نسـبت به سایر محجوران دارد، زیرا مجنون ادواری به خاطر زندگی مواج خود و تکـرار حالات جنون و افاقه، موقعیت ثابتی ندارند [۳۴]. در نتیجه همان‌طـور که در ماده ۱۲۱۱ قانون مدنی بیان شـده، جنون به هر درجه که باشـد موجب حجر است و مجنون نمی‌تواند عمل حقوقی را برای دیگری انشـا کند. مطابق مـاده ۱۲۱۳ قانون مدنی، مجنون دائمی مطلقـاً نمی‌تواند هیچ تصرفی در امـوال و حقوق مالی خود داشته باشد (برخلاف ادواری).

معاملات مجانین ادواری در حالت جنون

معاملات و به‌طـور کلی اعمال حقوقی مجنون ادواری در حالت جنون به مانند معاملات مجنون دائمی به سـبب فقدان قصد انشـا، باطل و کان‌لم‌یکن است. بنابراین تنفیذ ولی یا قیم او بی‌اثر است که این حکم مطابق قول مشهور فقیهان امامی است [۳۵].

معاملات مجنون ادواری در حالت افاقه

وضعیـت معاملات مجنون ادواری کاملاً متفاوت اسـت. اگر فرد مزبـور درحالت جنون معامله‌ای کنـد، به دلیل فقدان قصد و رضا و اهلیـت همانند مجنون دائمی باطل و بلااثر اسـت، اما اگر درحالت افاقـه و فقدان جنون معامله‌ای کند، طبـق نص صریح ماده ۱۲۱۳ قانـون مدنی صحیح و نافذ اسـت. مـاده ۱۲۱۳ قانون مدنی در این خصوص مقرر مـی‌دارد: «... مجنون ادواری درحال جنون نمی‌تواند هیچ تصرفی در اموال و حقوق مالی خود داشـته باشـد ولو با اجازه ولـی یا قیم خود. لکن اعمال حقوقی که مجنـون ادواری در حالت

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

افاقه می‌کند، نافذ است مشروط بر آنکه افاقه او مسلم باشد» [۳۶] با توجه به انتهای این ماده، مجنون ادواری در حالت افاقه، عاقل است و می‌تواند که انشای ماهیت عمل حقوقی را در عالم اعتبار قصد کند.

معاملات مجنون ادواری در حالت مشکوک (شک بین افاقه و جنون)

وضعیت قرارداد مجنون ادواری در حالت مشکوک، یعنی حالتی که به درستی ندانیم شخص در حالت افاقه قرار دارد یا جنون، مورد اختلاف نظر است. فقها و حقوقدانان در ابواب مختلفی درخصوص معاملات مجنون ادواری در دوران مشکوک بحث کرده‌اند که پس از تأمل در عبارات ایشان می‌توان اقوال مطرح شده را در ۴ مورد بیان کرد: ۱-بطلان: برخی فقها و حقوقدانان [۳۷] با بیان این نکته که معاملات مجنون ادواری تنها در حالت افاقه صحیح است، معتقدند در سایر اوقات او همانند مجنون دائمی درنظر گرفته می‌شود. دلیل این امر، اصل بقای مال در ملکیت مالک سابق است و اینکه حالت جنون او تا معلوم شدن زوال آن استصحاب می‌شود و در دوران مشکوک نیز زوال آن معلوم نیست. همچنین اصل بر جلوگیری از بیع و صحت نداشتن آن است، زیرا صحت آن متوقف بر شرایطی است که بایستی معلوم و مشخص باشد و هنگام شک در وجود چنین شرایطی، اصل بر ابطال آنهاست [۳۸]. عاقل بودن متعاقدان، رکن در صحت معامله است و شک در وجود آن، شک در اصل وجود عقد است، نه شک در صحت عقد که در این صورت با جریان اصل عدم، وجود عقد منتفی می‌شود. قابل ذکر است که برخی از ایشان درصورتی که مدعی بطلان، علت را فقدان کمال طرف دیگر بیان کند قول مدعی صحت را مقدم دانسته‌اند. ۲-صحت: در مقابل نظر اول، برخی دیگر از فقها و حقوقدانان معاملات مذکور را صحیح دانسته و بیان می‌دارند اگر اختلاف شود که معاملات مجنون ادواری در دوران افاقه بوده یا جنون، قول نزدیک‌تر به صواب آن است که قول مدعی صحت، مقدم می‌شود. به تفسیر برخی حقوقدانان معامله مذکور باطل شناخته نمی‌شود مگر کسی که از بطلان معامله منتفع می‌شود ثابت کند که معامله مزبور در زمان جنون واقع شده است [۳۹]. ۳-قول تفصیلی: برخی فقها نیز معاملات مجنون ادواری را از دو نظر بررسی کرده‌اند؛ الف: زمان در حال جنون یا در حال افاقه بودن مجنون ادواری به طور کامل برای طرفین معلوم باشد، اما اینکه معامله در کدام یک از این دو زمان اتفاق افتاده مورد نزاع طرفین قرار گیرد. در این صورت از باب «الحاق شیء مشکوک به اعم اغلب»، قول مدعی صحت مقدم می‌شود زیرا غالب معاملات از سوی افراد دارای شرایط صادر می‌شود. ب: هر دو طرف اتفاق نظر داشته باشند که معامله در زمان خاصی تحقق یافته است، اما اینکه فرد مشکوک در آن موقع دارای جنون بوده یا خیر، محل اختلاف باشد. در این صورت برای غلبه، ظن به تحقق معامله در حین افاقه حاصل نمی‌شود زیرا در این بخش اصلاً غلبه‌ای وجود ندارد. از طرف دیگر، جریان اصل صحت نیز پس از احراز بلوغ و عقل است [۳۹]. ۴-توقف: برخی فقها هر دو احتمال صحت و بطلان را با یکدیگر برابر دانسته و در مسئله تردید کرده‌اند، زیرا اصل صحت با اصل بقای مال در ملک مالک سابق تعارض می‌کند [۳۹] مگر اینکه مدعی بطلان، علت را فقدان کمال طرف دیگر بیان کند که در این صورت ترجیح با اصل صحت است. مفسران قانون مدنی نیز در تفسیر ماده مذکور اختلاف نظر دارند، به طوری که برخی معتقدند از عبارت ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی که می‌گوید «اعمال حقوقی که مجنون ادواری می‌کند نافذ است مشروط بر آنکه افاقهٔ او مسلم باشد» معلوم می‌شود که اصل، وقوع معامله در حال جنون است و معامله‌ای که مجنون ادواری انجام داده، باطل است تا هنگامی که مدعی صحت، خواه ولی یا قیم باشد یا طرف دیگر معامله، به طریقی از ادله‌ای که ابراز می‌دارد، ثابت کند که معامله در حال افاقه واقع شده است [۳۹]؛ یعنی قانون‌گذار، افاقه را مورد تردید و شک می‌بیند و شرط نفوذ عمل حقوقی را اثبات آن قرار داده است. این مورد در ماده ۷۲ قانون امور حسبی مشاهده می‌شود.

مقایسه معاملات بیماران دوقطبی با مجانین ادواری

بیماران دوقطبی باتوجه نقصی که در اهلیت خود دارند، در گروه محجوران قرار دارند و از این قاعده مستثنی نیستند. مطابقت دادن بیماران اختلال دوقطبی و شرایط مجانین ادواری، وجه تشابه و تمایز میان این افراد را مشخص کرد. اختلال دوقطبی را نمونه بی‌عیب و نقص حالت جنون ادواری می‌دانند اما با توجه به انواع مختلفی که اختلال دوقطبی دارد و شرایط متفاوت هر کدام، تفاوت‌های در این موضوع به چشم می‌خورد. به این دلیل با بررسی معاملات مجانین ادواری به این نکات پی می‌بریم که بیماران اختلال دوقطبی در شدیدترین حالت خود، جنون را تجربه می‌کنند و بعد از اتمام سیر چرخه نوسان از لحاظ علمی به حالت طبیعی یا افاقه می‌رسند. به این دلیل بیماران دوقطبی را از لحاظ ماهیتی همچون مجانین ادواری تلقی کردیم. اما باید اشاره کرد در ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی فقط

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

حالت بین جنون و افاقه مورد بررسی قرار گرفته و معاملات مجانین ادواری از این دو منظر که یا مجنون هستند یا در حالت افاقه، مد نظر قرار گرفته است. در حالی که با بررسی انواع اختلال دوقطبی مشاهده کردیم که در برخی از انواع آن، بیماران به سبب اینکه شیدایی کامل را تجربه نمی‌کنند هیچ‌گاه مجنون تلقی نمی‌شوند. این وضعیت بین جنون و افاقه در ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی ملاک قرارداده نشده، آن هم به دلیل اینکه این ماده درخصوص مجانین مقنن شده و بیماران دوقطبی درخصوص وضعیت معاملات خود می‌توانند در برخی شرایط از این ماده کمک بگیرند.

نتیجه‌گیری

باتوجه به شرایطی که ماده ۲۱۱ قانون مدنی برای افراد دارای اهلیت معین کرده و با بررسی هر یک از این شروط با بیماران اختلال دوقطبی، مشخص شد که این بیماران، همان‌طور که شرایطشان ایجاب می‌کند، از لحاظ عقلی و خلقی دارای اختلالاتی هستند. از این رو به دلیل فقدان شرایط ماده ۲۱۱ قانون مدنی، محجور تلقی می‌شوند. همچنین در بررسی وضعیت معاملات بیماران اختلال دوقطبی، این بیماران را به دو گروه تقسیم می‌کنیم. گروه اول شامل: بیماران اختلال دوقطبی نوع ۱ و بیماران اختلال دوقطبی با تناوب سریع است که این گروه از بیماران به سبب تحمل وضعیت جنون‌آمیز، شیدایی کامل و همچنین داشتن شرایطی ناپایدار، معاملاتشان باطل و فاقد اثر حقوقی است. گروه دوم شامل بیماران دوقطبی نوع ۲ و بیماران خلق ادواری است. این دسته از بیماران دوقطبی به دلیل اینکه هیچ‌گاه شیدایی کامل را تجربه نمی‌کنند و از لحاظ علمی وضعیت جنون در آنها پدیدار نمی‌شود، نباید از این حیث مورد ایراد و ممنوعیت قرار بگیرند اما از شرایط قانونی لازم و کافی برای ایجاد یک اثر حقوقی نیز برخوردار نیستند. باید شرایط این دسته از بیماران دوقطبی در لحظه تشکیل یک اثر حقوقی مورد بررسی و ملاک قرار بگیرد. این بیماران برای صحیح پنداشتن وضعیت حقوقی معاملات خود نیازمند این هستند که ثابت کنند هنگام انشای معاملات در وضعیت ثابت، طبیعی و به دور از اختلالات خلقی هستند.

تقدیر و تشکر: از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این مقاله بنده را یاری کردند، به ویژه استاد راهنما گرانقدر بنده، کمال سپاسگزاری را دارم.

سهم نویسندگان: فرزین توکلی راد: نگارش و تألیف مقاله؛ سید محمد اسدی‌نژاد: راهنمایی و نظارت بر اجرای کار.

تأییدیه اخلاقی: مقاله حاضر از نوع مروری می باشد و نیازی به اخذ کد اخلاق نمی باشد.

تضاد منافع: هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان اعلام نشده است.

منابع مالی: این پژوهش مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Bigdeli S. Application of Andre Tonek's view on the basis of civil and contractual liability with the position of Iranian civil law. Research Journal of Islamic Law. 2019. [Persian]
2. Khosravi Z, Rahmatinejad P. The relationship between Borderline Personality Disorder and bipolar disorder type II based on Borderline Personality Organization. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2014;9(32):37-46. [Persian]
3. Bahrami G, Manavi G. Dictionary of Psychiatric Vocabulary and Terms. Tehran: Publishing and Printing Institute, 2020. [Persian]
4. Khodabakhshi A. The battle of madness and horizon in the periodic insane contract. Tehran: Jurisprudential publication of Ahl al-Bayt, Issue 84, 2015. [Persian]
5. Gholami F. Evaluation of schizophrenia mental disorder and its causes. Quarterly Journal of Medical Ethics. 2009;10. [Persian]
6. Lakshmi N. Yatham, Gin S. Malhi, Bipolar Disorder. Oxford University Press, 2019.
7. Sadock B, Kaplan H. the handbook of psychiatry. Sciences/ Psychiatry, 1st edition, 2001.
8. Belmaker RH. Bipolar disorder. N Engl J Med. 2018;3(51):476-86. doi: 10.1056/NEJMra035354.
9. Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Sartorius N, editors. Bipolar disorder. John Wiley & Sons; 2003 Feb 7. doi: 10.1002/047084650X.
10. Seligman L, Moore BM. Diagnosis of mood disorders. Journal of Counseling & Development. 1995;74(1):65-9. doi: 10.1002/j.1556-6676.1995.tb01824.x.
11. Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Bipolar disorder. BMJ. 2012;345. doi: 10.1136/bmj.e8508.
12. Heybati K. Investigating the legal and psychiatric factors that destroy the will and its legal effects on contracts. Law Studies. 2016;7. [Persian]
13. Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. Arch Gen Psychiatry. 1974;30(2):229-33. doi: 10.1001/archpsyc.1974.01760080077013.
14. Anis E, Montaser A, Savalehim A, Khalef Ahmad A. Farhang Intermediate Dictionary, Tehran, 2013. [Arabic-Persian]
15. Katuzian N. Civil law Legal acts. Tehran: Publishing

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]

and ultradian cycling and of episode duration in pediatric and adult bipolar disorders: a proposal to distinguish episodes from cycles. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2003;13(3):267-71. doi: 10.1089/104454603322572598.
28. Hirschfeld RM. Bipolar depression: the real challenge. Eur Neuropsychopharmacol. 2004;14:S83-8. doi: 10.1016/j.euroneuro.2004.03.001.
29. Shabani A. Weakness of descriptive approach in diagnosing bipolar disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010. [Persian]
30. Paris J. The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long term outcome. Can J Psychiatry. 1993;38(Suppl 1):28-34.
31. Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Sanislow CA, Yen S, Morey LC, Grilo CM. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2006;163(7):1173-8. doi: https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1173.
32. Kazemi H, Rasoolzadem K, Dezhkam M, Falah P, Momeni KH. The effectiveness of cognitive-analytical psychotherapy, cognitive psychotherapy and drug therapy in reducing emotional instability and impulsivity and social instability in people with bipolar II disorder. 2011;2. [Persian]
33. Ahadi S. The situation of periodic insane transactions during the suspicious period. Quarterly Journal of Private Law Studies. 2020;1. [Persian]
34. Heydar H, Shogaian M, Asgari A. The effect of stone on the responsibility of the signatories of commercial documents with a comparative study of the Geneva Conventions. 2016. [Persian]
35. Ardebili A, The Compound of Interest and Proof in Explanation of Irshad Al-Azl. Qom: First Edition, 2019. [Arabic]
36. Katouzian N. Introductory Course in Civil Law. Tehran: Published in collaboration with Bahman Borna, 13th Edition, 2020. [Persian]
37. Mirzayeghomi A. The diaspora collector in answers to questions. Keihan Foundation, 2000. [Arabic]
38. Alameheli H. Various Shiites in the provisions of Sharia. Qom: Boostan Publication, 2012. [Arabic]
39. Safai H, Ghasemzade M. Civil rights of persons and detainees. Print 11, 2015. [Persian]
Company, Print 13, 2018. [Persian]
16. Kiani M, Gudarzi F. Special for law students. Tehran: Side Publications, 2010. [Persian]
17. Peters AT, Peckham AD, Stange JP, Sylvia LG, Hansen NS, Salcedo S, et al. Correlates of real world executive dysfunction in bipolar I disorder. J psychiatric Res. 2019;5387-93.
18. Benito JG, Guilera G, Pino O, Seisdedos RT, Martinez AM. Comparing neurocognitive impairment in schizophrenia and bipolar I disorder using the screen for cognitive impairment in psychiatry scale. Int J Clin Health Psychol. 2014;14(2):128-36. doi: 10.1016/S1697-2600(14)70046-8.
19. Schaefer J, Giangrande E, Weinberger DR, Dickinson D. The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. Schizophrenia Res. 2013;150(1):42-50. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.009.
20. Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(9):1204-10. doi: 10.1097/00004583-199709000-00012.
21. Khodaei-Ardakani MR, Kamran-Derakhshan M, Rezaei O, Dolatshahi B, Mirab-Zadeh A. The comparison of executive function in bipolar I disorder and schizophrenia. Journal of Rehabiliation 2013;14(3):73-9. [Persian]
22. Hegde SH, Thirthalli J, Rao SH, Ranguram A, Philip M, Gangadhar BN. Cognitive deficits and relation with psychopathology and global functioning in first episode schizophrenia. Asian J Psychiatry. 2013;6(6):537-43. doi: 10.1016/j.ajp.2013.07.002.
23. Karimi Aliabadi T, Kafi SM, Farrahi H. Study of executive functions in bipolar disorder patients. Advance in Cognitive Science. 2010:29-39. [Persian]
24. Bavily Maralani H, Rezaei O, Dolatshahi B, Noorian N. The comparison of cognitive deficits between patients with bipolar disorder type I with schizophrenic patients. Contemporary Psychology. 2016;4:37-44. [Persian]
25. Mirsaeidi M, Gholami N. Bipolar personality disorder in terms of the limits of criminal responsibility. Criminal Law Research. 2018;22. [Persian]
26. Shen GH, Sylvia LG, Alloy LB, Barrett F, Kohner M, Iacoviello B, Mills A. Lifestyle regularity and cyclothymic symptomatology. J Clin Psychol. 2008;64(4):482-500. doi: 10.1002/jclp.20440.
27. Tillman R, Geller B. Definitions of rapid, ultrarapid,

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-06]