



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



Seyed Mohammad Asadinejad^{1*} PhD, Farzin Tavakoli Rad¹ 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.



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

سیدمحمد اسدی نژاد^۱ PhD، فرزین توکلی راد^۲ MA^۱ گروه حقوق، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران^۲ نویسنده مسئول: سیدمحمد اسدی نژاد، پست الکترونیک: asadinezhad@guilan.ac.ir

چکیده

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.

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، آگاه 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

است. کسی که دچار اختلال دوقطبی است، دچار نوسانات خلقی شدید است که معمولاً هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشد. همچنین اختلال دوقطبی یک بیماری نامرئی است، به این معنا که دیگران آن را درک نمی‌کنند مگر آنکه اختلال در شدیدترین شکل خود باشد [۲].

بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از لحاظ شرایط خلقی و ذهنی با سایر بیماران روانی تفاوت دارند و در پاسخ به این سوال که معاملات چنین افرادی در چه وضعیت حقوقی است، باید گفت در این مقاله ضمن تقسیم آنها به انواع مختلف، شرایط هر کدام از این اختلالات دوقطبی با قوانین مرتبط و اطلاعات پزشکی 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 است. اختلال ممکن است به الگوهای تصادفی، غیرمنظم و آشفته اشاره کند. گاهی اختلال به تنهایی استفاده می‌شود که می‌تواند شامل هر نوع آشفتگی و بی‌نظمی باشد و گاهی در گیر با وضعیت‌های دیگر [۳].

مفهوم اختلال از دیدگاه روانشناسی

اختلال روانی یا ذهنی، یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روانشناختی دارای اهمیت بالینی است که فرد به همراه آشفتگی ذهنی، دچار آن می‌شود. مثلاً داشتن یک نشانه دردناک یا ناتوانی و بروز اختلال در یک یا چند کارکرد مهم و یا افزایش خطر درد، 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 باشد [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 نشانه نوعی بدکاری در فرد مورد نظر باشد [۵].

ماهیت اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی، نوعی اختلال خلقی و یک بیماری روانی است. افراد مبتلا به این بیماری دچار تغییرات شدید خلق می‌شوند. اختلال دوقطبی به صورت معمول در آخر دوره نوجوانی یا ابتدای

دوره بزرگسالی خود را نمایان می‌کند. اختلال دوقطبی در دسته بیماری‌های ذهنی قرار می‌گیرد که با ایجاد اختلال در نفر باعث بروز تغییرات و دگرگونی‌های ناگهانی در رفتار، حالات، انرژی و توانایی عملکرد فرد مبتلا می‌شود. این بیماری می‌تواند در پی یک خودکشی ناموفق، به هم خوردن یک رابطه عاطفی، طلاق و جدایی و از دست دادن شغل و تهدید شدن 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 می‌شود. در این دوره خلق به طور نابه‌هنجار و مداوم بالا، گشاده و تحریک‌پذیر است و فعالیت مداوم و نابه‌هنجار و یا انرژی هدفمند که حداقل یک هفته طول می‌کشد. این حالت در بخش عمده‌ای از روز و تقریباً هر روز وجود دارد. در طول این دوره حداقل ۳ نشانه یا بیشتر و در صورتی که خلق فقط تحریک‌پذیر باشد حداقل ۴ نشانه باید برای تشخیص این اختلال وجود داشته باشد. نشانه‌ها شامل عزت نفس کاذب یا بزرگ‌منشی، کاهش نیاز به خواب، پر حرف‌تر شدن از معمول، پرش افکار یا تجربه ذهنی که افکار شتاب دارند، حواس پرتی، افزایش فعالیت هدفمند یا سراسیمگی روانشناختی - حرکتی و رفتارهایی مانند ولخرجی کردن، بی‌احتیاطی جنسی یا سرمایه‌گذاری احمقانه می‌شود [۷]. این اختلال به قدری شدید است که عملکرد اجتماعی یا شغلی را مختل کرده یا بستری شدن را ایجاب می‌کند تا از صدمه رساندن به خود و دیگران پیش‌گیری شود. دوره شیدایی می‌تواند قبل یا بعد از دوره‌های نیمه‌شیدایی یا افسردگی اساسی باشد [۸].

اختلال دوقطبی نوع ۲

در افراد 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 خلق نابه‌هنجار و مداوم بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر است و فعالیت یا انرژی مداوم و به طور نابه‌هنجار بالا

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. در خصوص 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. معمولاً 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 ۶۵ درصد افراد بزرگسالی که مبتلا به این اختلال هستند، قبل از ۱۸ سالگی 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

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

اختلال خلق ادواری

به نوعی از اختلال دوقطبی مزمن اطلاق می‌شود که با نوسان میان چرخه‌هایی از افسردگی خویی و نیمه‌شیدایی در دوره‌های طولانی مدت از زندگی بیمار تعریف می‌شود [۱۰]. علت دقیق اختلال ادواری نامشخص است اما مشاهده شده که افسردگی، اختلال دوقطبی و خلق 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 این اختلال دچار شود، دوقلوی او دو یا سه برابر بیشتر امکان دارد که، دچار خلق ادواری شود [۱۱]. یک نفر با اختلال ادواری خویی در حالت عادی چیزی را حس نمی‌کند، اما به هنگام برخورد با موقعیت‌های احساس برانگیز 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

دائر 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 خلق 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.

بیماری به طور مستمر و دائم وجود دارد و اگر هم با معالجه و مداوا شدت خود را از دست بدهد، باز باقی می ماند و از بین نمی رود [۱۷]. در بین انواع اختلال دوقطبی، اختلال نوع ۱ بیشترین شباهت به جنون را دارد. در میان اختلال دوقطبی نوع ۱ و نوعی بیماری از جنون (اسکیزوفرنیا)، محققان به این نتیجه دست پیدا کردند که عملکرد اجرایی و بازداری رفتاری این دو گروه از بیماران به طور مشابهی ضعیف است [۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵]. اما اختلال دوقطبی نوع ۱ جنون دائمی نیست، زیرا جنون دائمی یک وضعیت مستمر و دائمی است اما اختلال دوقطبی نوع ۱ طبق پژوهش های صورت گرفته یک وضعیت متغیر است. اختلال دوقطبی نوع ۲ با یک وضعیت نیمه شیدایی (به شیدایی کامل نرسیده باشد) شناخته می شود و اصطلاحاً به آن هیپومانیا گفته می شود که چند درجه خفیف تر از شیدایی کامل است. البته باید بیان کرد این نوع اختلال علاوه بر وضعیت نیمه شیدایی با یک چندافسردگی اساسی همراه است [۲۶]. از این رو بیماران دوقطبی نوع ۲ مجنون دائمی تلقی نمی شوند. سومین نوع از بیماری اختلال دوقطبی، اختلال خلق ادواری است. این اختلال چند درجه خفیف تر از اختلال دوقطبی نوع دوم است. هم پوشی وضعیت نیمه شیدایی و افسردگی غیر اساسی یک وضعیت سردرگم کننده برای فرد مبتلا به این اختلال ایجاد می کند که عملکرد او را در مقابل حقیقت های زندگی او با چالش روبه رو می سازد ولی هیچ گاه تلقی اینکه مبتلایان به این اختلال مجنون هستند، منطقی نیست [۲۷]. اختلال دوقطبی از نوع با تناوب سریع، در نگاه اول شاید یک اختلال با مبتلایان کم به نظر برسد، در حالی که مبتلایان به این نوع اختلال بسیار بیشتر از سایر انواع اختلال دوقطبی هستند. بیشتر افرادی که دارای اختلال دوقطبی تشخیص داده می شوند، دارای تعداد دوره، به طور متوسط ۴، ۷ تا ۰، در سال با طول ۳ تا ۶ ماه هستند. در این نوع، خلق بین شیدایی کامل و افسردگی اساسی متغیر است. این تغییرات سریع خلق باعث رفتارهای تنش آمیز و خطرناکی برای مبتلایان به آن می شود [۲۸] به نوعی که گاه عملکرد رفتاری آنها به قدری بی منطق است که به آنها دیوانه یا مجنون می گویند. اما نکته ای که باید به آن پرداخت این است که اگرچه تغییرات به سرعت خلقی عملکرد ذهنی فرد را تا حد جنون تحت تأثیر قرار می دهد، اما بعد از اتمام دوره سیر، یک حالت فروکشی در رفتارها و عملکرد ذهنی افراد رخ می دهد؛ هرچند با بازه کم و این وجه تمایز اصلی بین تمامی انواع بیماران اختلال دوقطبی با جنون دائمی بوده است.

عقلی آنها، به خصوص در موضوعات مالی، کامل نشده و قدرت اداره اعمال حقوقی با موضوعات مالی و اموال خویش را ندارند و به خود یا دیگران ضرری می رسانند، محجور تلقی می شوند [۱۶]. سفیه در امور غیر مالی (به مانند نکاح) محجور تلقی نمی شود و دارای اهلیت استیفا است. تصمیم قانون گذار صرفاً در راستای حمایت از این افراد بوده تا سبب ایجاد ضرر برای خود و دیگران نشوند. با نگاهی به قوانین متوجه می شویم که افراد غیر رشید فقط در موضوعات مالی محجور تلقی می شوند و در سایر اعمال، چه حقوقی و غیر حقوقی غیر مالی، مختار هستند و محدودیتی برای آنها از طرف قانون گذار وجود ندارد. به همین منظور، سبب حجر در افراد غیر رشید یا سفیه، فقدان تکامل عقل معاش و اندیشیدن و تشخیص منفعت از ضرر است. یکی از خدماتی که سازمان پزشکی قانونی کشور در بخش کارشناسی انجام می دهد، تعیین سن و صدور گواهی رشد است. با تمامی این تفاسیر وقتی به بیماران اختلال دوقطبی می نگریم، خواهیم دید مشابهت هایی میان این بیماری و حجر به دلیل فقدان رشد وجود دارد. برای مثال ملاک هر دو سنجش، ملاک ذهنی بوده و تراوشات ذهنی افراد مورد بررسی است، اما وقتی تمامی شرایط بیماری اختلال دوقطبی را در جایگاه قیاس با شرط رشد و محجوران به سبب آن بررسی می کنیم، متوجه تفاوت ها و تمایزهای میان این دو خواهیم بود که این امر را برای ما ثابت می کند که ملاک رشد که در قانون به آن پرداخته شده و یکی از شرایط افراد برای داشتن اهلیت استیفا است، ملاک کاملی برای سنجش بیماران اختلال دوقطبی نیست و همه جوانب و شرایط حاکم بر این بیماران را مطابقت نمی دهد.

بررسی بیماران دوقطبی با مجانین

همان طور که در ماده ۲۱۱ ق.م.م.شخص شده، آخرین شرطی که قانون گذار برای این که فرد، اهل محسوب شود و دارای اهلیت استیفا باشد در نظر گرفته، شرط عاقل بودن یا داشتن عقل است. آیا شرط داشتن عقل می تواند 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 است که همیشه در شخص موجود و معدوم نمی شود و شخص به حالت عادی عقل باز نمی گردد؛ خواه مدت آن طولانی باشد (تمام عمر) و خواه کوتاه. در تعاریف قضایی، جنون دائمی عبارت است از نوعی بیماری روانی که در آن علائم

بررسی بیماران دوقطبی با مجانین ادواری

از آنجا که داشتن عقل، رشد و بلوغ از شرایط اهلیت استیفا برای کلیه افراد در قانون مشخص شده است، با بررسی این شرط‌ها در بیماران اختلال دوقطبی به این موضوع که آیا این بیماران، دارای اهلیت استیفا هستند یا به دلیل نداشتن شرایط لازم مجبور تلقی می‌شوند، 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 بررسی شرط عقل در بیماران اختلال دوقطبی اشاره کردیم که جنون یک بیماری به تنهایی شناخته نمی‌شود، بلکه یک وضعیت ذهنی و عقلی است که ارتباط فرد در آن وضعیت با واقعیت‌های جهان بیرونی به کلی قطع می‌شود و به اصطلاح فقها، عقل زایل می‌شود. با بررسی وضعیت خلقی انواع اختلال دوقطبی با جنون دائمی مشخص شد که در ۲ نوع از بیماری اختلال دوقطبی (نوع ۱ و با تناوب سریع)، بیماران شیدایی کامل را تجربه می‌کنند همراه با وضعیت افسردگی که بیشترین آمار مبتلایان به این اختلال مربوط به همین ۲ نوع است. در این ۲ نوع از اختلال دوقطبی با توجه تغییرات شدید خلقی و وضعیتی که فرد دارد، بیمار می‌تواند وضعیت جنون‌آمیز را تجربه کند (موقت). در ۲ نوع دیگر این اختلال، یعنی نوع ۱ و خلق ادواری، بیماران وضعیت شیدایی کامل را اصلاً تجربه نمی‌کنند. در بررسی شروط ماده ۲۱۱ قانون مدنی شرط داشتن عقل در بیماران اختلال دوقطبی نسبت به دو شرط 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 گوشه‌گیری و کسالت، بعضاً اقدام به خودکشی و رفتارها تحریک‌آمیز در دوران مجنونیت مبتلایان به جنون ادواری و دوره تکامل سیر اختلال دوقطبی در بعضی از انواع آن، جزو برخی نقاط اشتراک است. به همین منظور مجنون تلقی کردن بیماران به سبب فقدان عقل شاید درست باشد اما باید مشخص کرد که اگر بخواهیم بیماران دوقطبی را مجنون تلقی کنیم، باید از نوع ادواری یا مدتی بدانیم نه دائمی. در رویه قضایی نیز آرای به چشم می‌خورد که که جنون ادواری و اختلال دوقطبی در کنار هم آورده شده‌اند. نمونه‌ای از این موارد: در تاریخ: ۲۶/۰۹/۱۳۹۲ به شماره: ۹۲۰۹۹۷۰۹۰۹۱۰۰۲۹۰ - این رای که در شعبه ۳ دیوان عالی کشور صادر شده است.

دشواری تشخیص دوقطبی با اختلال شخصیت مرزی

گسترش دامنه تشخیصی 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 تشخیص این گروه از اختلال‌ها موجب شده بسیاری از بیمارانی که از دیگر اختلال‌های روانپزشکی، مانند اختلال شخصیت مرزی، رنج می‌برند در این طیف طبقه‌بندی شوند. قرار دادن اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی در یک گروه می‌تواند پیامدهای درمانی و حقوقی برای بیماران داشته باشد [۲۹]. اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیتی شدیدی است که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان و رفتار شناخته می‌شود. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای ویژگی‌های معمولی از قبیل بی‌ثباتی در خودانگار، هدف‌های شخصی، روابط میان فردی، عواطف همراه با تکانش‌گری، مخاطره‌جویی و مشکلات مخصوص هویت و خود فرمانی هستند. اختلال شخصیت مرزی اختلال نسبتاً شایعی است و ۱،۱ الی ۲،۱ درصد جمعیت عمومی بزرگسالان را شامل می‌شود. نرخ بالایی از خودکشی در مبتلایان به این اختلال وجود دارد و طبق آمار موجود حدود ۱۰ درصد مبتلایان به این بیماری در اثر خودکشی فوت می‌کنند [۳۰]. در مجموع ناتوانی‌های قابل ملاحظه‌ای در زندگی این بیماران وجود دارد. بسیاری از مبتلایان به این اختلال افراد باهوشی هستند ولی بیماری مانع شکوفایی و پیشرفت آنها می‌شود. بسیاری از آنها حتی نمی‌توانند باوجود اختلال، تحصیلات خود را تکمیل کنند یا شغل مناسبی 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 است که این ۲ بیماری از لحاظ تشخیصی بسیار نزدیک به هم هستند و بعضاً تشخیص این اختلالات با اشتباه همراه است. از آنجا که شباهت‌هایی میان این دو اختلال وجود دارد با بررسی اختلال شخصیت مرزی، در صورت داشتن وجه تمایز، این دو اختلال را یکی نمی‌دانیم. بیش از دو دهه پیش آکیسکال، اختلال شخصیت مرزی را به عنوان یک اختلال عاطفی 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 بود. این دو اختلال در ناپایداری‌های خلقی و تکانش‌گری مشابه هستند. در مقابل فرضیه آکیسکال مبنی بر تشابه

اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی برخی از پژوهشگران و صاحب نظران تئوری آکسکال را رد کردند و شواهدی مبنی بر جدایی و تمایز این دو اختلال مطرح کردند [۳۱]. بررسی بیماری اختلال شخصیت مرزی برای درک این موضوع که بیماری‌هایی وجود دارند که آثارهای متفاوت از بیماری دوقطبی دارند اما به دلیل شباهت‌هایی و نظرات مختلفی که درخصوص آنها وجود دارد و شاید بتوان گفت رویه ثابتی در این باره وجود ندارد، هنوز بعد از گذشت سال‌های عده‌ای قائل به نظریه آکسکال هستند و برخی آن را رد می‌کنند، می‌تواند مفید باشد. تشخیص این دو اختلال از هم بزرگ‌ترین چالش روانشناسان این حوزه است.

تحلیل اراده در بیماران اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی یک بیماری جدی و عودکننده است که به صورت بی‌نظمی خلقی، به ویژه خطرپذیری و تکانش‌گری، مشکلات بین فردی و افسردگی مشخص می‌شود [۳۲]. همان‌طور که در مباحث گذشته به آن پرداخته شد در اختلال دوقطبی نوع ۱، قدرت درگیری این بیماری با روان افراد به قدری است که بسیاری از امور را مختل کرده و فرد را ناچار از بستری می‌کند [۷]. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ و با تناوب سریع، نقطه اوج اختلال دوقطبی هستند. این بیماران با توجه به تجربه کردن وضعیت شدیدی کامل، در اراده و درک موضوعات پیش رو با مشکل روبه‌رو هستند. ۳ ویژگی اصلی این اختلال دوقطبی نوع ۲، بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشی و بی‌ثباتی اجتماعی است. در این افراد، احساس فرسودگی و فقدان عاطفه با ثبات در ارتباط با دیگران به وضوح مشاهده می‌شود و این عوامل صرفاً مرتبط با عملکرد فرد در زمان حال نیست زیرا فرد ارزش‌ها و قوانین موجود در محیط پیرامون را از مدت‌ها قبل درونی ساخته و به همین دلیل پاسخ‌های فیزیولوژیایی و روان‌شناختی کنونی فرد به بافت اجتماعی یادآور و رویدادها و قضاوت‌های درونی‌شده‌ای است که فرد در گذشته در برخورد با همین بافت اجتماعی درونی ساخته است [۳۳]. در اختلال خلق ادواری، فرد بیمار با دوره‌های طولانی نیمه‌شیدایی اما با شدت کم مواجه می‌شود و همچنین دوره‌های افسردگی زودگذر و خفیفی را تجربه می‌کند که شباهت‌هایی میان این نوع و نوع ۲ وجود دارد. اختلال خلق ادواری، یک نوع اختلال خلقی نسبتاً ملایم است. در بسیار از نظرات، این نوع اختلال را مقدمات رسیدن به سایر انواع اختلال دوقطبی

می‌دانند. این بیماران بر خلاف بیماران دوقطبی نوع ۲، اقدامات مخرب و تنش‌آمیزی از خود تا حد امکان ندارند. با توجه به اطلاعاتی که از منابع مطالعاتی روانشناسی درخصوص ویژگی‌های این بیماران خواندیم و هنگامی که این خصوصیات فرد را با شرایط قانونی و مفهوم قصد و اراده در حقوق بررسی می‌کنیم، متوجه نداشتن تمرکز یا ذهنیت آگاه فرد برای تصمیمی که می‌خواهد بگیرد می‌شویم. درست است که این بیماران وضعیت طبیعی‌تری نسبت به ۳ نوع دیگر دوقطبی دارند، اما با توجه به نوسانات خلقی، هوشیاری و آگاهی آنها در برابر واقعیت‌های بیرونی با اختلال روبه‌رو است.

بررسی معاملات مجنون ادواری در راستای تحلیل معاملات بیماران دوقطبی

قراردادهای مجنون ادواری از نظر قاعده اثباتی، یعنی وضع قاعده‌ای به سود مجبور یا غیر مجبور، وضع متفاوتی نسبت به سایر مجبوران دارد، زیرا مجنون ادواری به خاطر زندگی مواج خود و تکرار حالات جنون و افاقه، موقعیت ثابتی ندارند [۳۴]. در نتیجه همان‌طور که در ماده ۱۲۱۱ قانون مدنی بیان شده، جنون به هر درجه که باشد موجب حجر است و مجنون نمی‌تواند عمل حقوقی را برای دیگری انشا کند. مطابق ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی، مجنون دائمی مطلقاً نمی‌تواند هیچ تصرفی در اموال و حقوق مالی خود داشته باشد (برخلاف ادواری).

معاملات مجانین ادواری در حالت جنون

معاملات و به‌طور کلی اعمال حقوقی مجنون ادواری در حالت جنون به مانند معاملات مجنون دائمی به سبب فقدان قصد انشا، 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

وضعیت معاملات مجنون ادواری کاملاً متفاوت است. اگر فرد مزبور در حالت جنون معامله‌ای کند، به دلیل فقدان قصد و رضا اهلیت همانند مجنون دائمی باطل و بلااثر است، اما اگر در حالت افاقه و فقدان جنون معامله‌ای کند، طبق نص صریح ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی صحیح و نافذ است. ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی در این خصوص مقرر می‌دارد: «... مجنون ادواری در حال جنون نمی‌تواند هیچ تصرفی در اموال و حقوق مالی خود داشته باشد ولو با اجازه ولی یا قیم خود. لکن اعمال حقوقی که مجنون ادواری در حالت

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 افافه 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 افافه 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 افافه واقع شده است [۳۹]؛ یعنی قانون‌گذار، افافه 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 با توجه 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 افافه 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

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

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

وضعیت قرارداد مجنون ادواری در حالت مشکوک، یعنی حالتی که به درستی ندانیم شخص در حالت افافه قرار دارد یا جنون، مورد اختلاف نظر است. فقها و حقوقدانان در ابواب مختلفی در خصوص 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 افافه صحیح است، معتقدند در سایر اوقات او همانند مجنون دائمی در نظر 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 در صورتی 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 افافه 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 افافه 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

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 نمی کنند هیچ گاه مجنون تلقی نمی شوند. این وضعیت بین جنون و افاقه در ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی ملاک قرارداده نشده، آن هم به دلیل اینکه این ماده در خصوص مجانین مقنن شده و بیماران دوقطبی در خصوص وضعیت معاملات خود می توانند در برخی شرایط از این ماده کمک بگیرند.

نتیجه گیری

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، همان طور که شرایطشان ایجاب می کند، از لحاظ عقلی و خلقی دارای اختلالاتی هستند. از این رو به دلیل فقدان شرایط ماده ۲۱۱ قانون مدنی، محجور تلقی می شوند. همچنین در بررسی وضعیت معاملات بیماران اختلال دوقطبی، این بیماران را به دو گروه تقسیم می کنیم. 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 جنون آمیز، 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 هیچ گاه شیدایی کامل را تجربه نمی کنند و از لحاظ علمی وضعیت جنون در آنها پدیدار نمی شود، 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 اسدی نژاد: 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: هیچ گونه تعارض منافی 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/NEJMr035354.
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

- 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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 Rehabilitation* 2013;14(3):73-9. [Persian]
 22. Hegde SH, Thirhalli 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](https://doi.org/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. Mirsaiedi 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](https://doi.org/10.1002/jclp.20440).
 27. Tillman R, Geller B. Definitions of rapid, ultrarapid,