

Research Article

A Jurisprudential and Legal Examination of Transactions of Depressed People¹

Zohreh Baghi'ee²

Ali Akbar Izadifard³

Ali Akbar Jahani⁴

Received: 24/03/2022

Accepted: 02/02/2023



Abstract

Today, many mental disorders are spreading, which have a direct effect on the intention and will of the parties and affect the validity of the transaction. One of these common disorders is depression. The basic question in this study is what is the status of transaction accuracy in depressed people with different degrees? In this article, which was compiled via a library method and in a descriptive-analytical way, we reached the conclusion that

1. This article has been taken from a doctorate thesis entitled "A Study on the Jurisprudential Status of Transactions in Mental and Personality Disorders". Department of Fiqh and Fundamentals of Islamic Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Mazandaran University (Supervisor: Dr. Ali Akbar Izadifard; Advisor: Dr. Ali Akbar Jahani), Babolsar, Iran.
2. PhD student in Fiqh and Fundamentals of Islamic Law, Babolsar University, Mazandaran, Iran (corresponding author). z.baghi'ee03@umail.umz.ac.ir.
3. Professor of Fiqh and Fundamentals of Islamic Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Mazandaran University, Iran. Ali85akbar@yahoo.com.
4. Assistant Professor, Department of Fiqh and Fundamentals of Islamic Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Mazandaran University, Iran. Aajahani110@yahoo.com

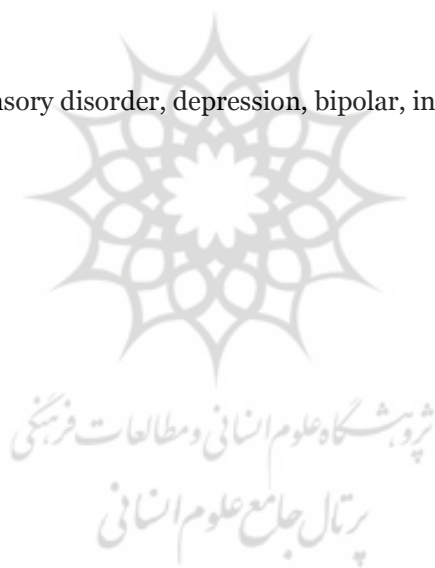
* Baghi'ee, Z., & Izadi Fard, A. A., & Jahani, A. A. (1401 AP). A Jurisprudential and Legal Examination of Transactions of Depressed People, *Journal of Fiqh*, 29(112), pp. 120-156.
Doi: 10.22081/jf.2023.63647.2487.

● © Author (s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

depression in the weak state of the disease can be treated and controlled. However, in acute degrees, due to the lack of perception and thinking power and lack of concentration and severe weakness in decision-making, the intention is faced with errors and mistakes, and the patient makes repeated impulsive and forced transactions and makes unlimited gifts and makes irrational bequests suspecting to get rid of negative thoughts and without paying attention to the effects and consequences. According to the critical conditions of those suffering from depression with acute degrees, as well as the verification of the existence of a defect in the intention of such patients by technical experts, the transactions of these people in this situation are considered null and void according to jurisprudential and legal foundations.

Keywords

Transactions, sensory disorder, depression, bipolar, intention.



مقاله پژوهشی

بررسی فقهی و حقوقی معاملات افراد افسرده^۱

زهره بقیعی^۲ علی اکبر ایزدی فرد^۳ علی اکبر جهانی^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۳

چکیده

© Author (s)



امروزه اختلالات روانی زیادی در حال گسترش هستند که اثر مستقیمی بر عنصر قصد و اراده طرفین می‌گذارد و صحت معامله را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از این اختلالات شایع، اختلال افسردگی است. پرسش اساسی در این پژوهش این است که وضعیت صحت معاملات در افراد افسرده با درجات مختلف چگونه است؟ در این نوشتار که به روش کتابخانه‌ای و به شیوه توصیفی-تحلیلی تدوین گردیده به این نتیجه دست یافتیم که افسردگی در حالت ضعیف بیماری، قابل درمان و کنترل است، اما در درجات حاد به جهت فقدان قوه ادراک و تفکر و عدم تمرکز و ضعف شدید در تصمیم‌گیری، قصد را با خطا و اشتباه مواجه می‌کند و بیمار به گمان رهایی از افکار منفی و بدون توجه به آثار و پیامدهای ناشی از آن، به انجام معاملات تکانه‌ی و اجباری مکرر و بذل و بخشش‌های بی‌حد و حصر و انجام وصایای غیر منطقی می‌پردازد. با توجه به شرایط بحرانی مبتلایان به افسردگی با درجات حاد و همچنین احراز وجود خلل در عنصر قصد در این دسته از بیماران توسط کارشناسان فن، معاملات این دسته از افراد در این حالت مطابق بر مبانی فقهی و حقوقی محکوم به بطلان است.

کلیدواژه‌ها

معاملات، اختلال حواس، افسردگی، دوقطبی، قصد.

۱. این مقاله مستخرج از رساله دکتری با عنوان: «بررسی وضعیت فقهی حقوقی معاملات در اختلالات روانی خُلقی و شخصیتی». گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه مازندران (استاد راهنما: دکتر علی اکبر ایزدی فرد؛ استاد مشاور: دکتر علی اکبر جهانی)، بابلسر، ایران می‌باشد.
۲. دانشجوی دکتری رشته فقه و مبانی حقوق اسلامی دانشگاه بابلسر، مازندران، ایران (نویسنده مسئول).

z.baghi03@umail.umz.ac.ir

۳. استاد گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه مازندران، ایران. Ali85akbar@yahoo.com

۴. استادیار گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه مازندران، ایران.

Aajahani110@yahoo.com

* بقیعی، زهره؛ ایزدی فرد، علی اکبر و جهانی، علی اکبر. (۱۴۰۱). بررسی فقهی و حقوقی معاملات افراد افسرده.

Doi: 10.22081/jf.2023.63647.2487

فصلنامه علمی - پژوهشی فقه، ۲۹ (۱۱۲)، صص ۱۲۰-۱۵۶.

مقدمه

در اندیشه‌های فقهی و حقوقی، انشاء معاملات و قراردادهای بر مبنای اراده طرفین استوار است؛ به این معنا که در هر عمل حقوقی، آگاهی وجدان از آن چیزی که طرفین آن را اراده می‌کنند ضروری است. امروزه اختلالات روانی بسیار گسترده‌ای شناسایی شده که هر کدام اثر مستقیمی بر درک و رفتار افراد می‌گذارد. اختلالات خلقی نیز دسته‌ای از اختلالات روانی هستند که همیشه باعث مختل شدن یا پایین آمدن کیفیت عملکرد اجتماعی، فردی، شغلی یا تحصیلی در افراد مبتلا می‌شوند. از جمله این اختلالات می‌توان به اختلال افسردگی اشاره نمود.

با توجه به شیوع و گسترده‌گی اختلالات روانی از جمله اختلالات افسردگی و دوقطبی در میان افراد جامعه و به جهت آسیب‌پذیر بودن مبتلایان در دوره‌های حاد افسردگی و همچنین ضرورت بررسی میزان تأثیر آن بر اعمال حقوقی و بالأخص معاملات و قراردادهای مالی ایشان، بر آن شدیم تا با هدف حفظ و صیانت از حقوق فردی و اجتماعی مبتلایان و سایر افراد جامعه، این مسئله را در این نوشتار مورد کنکاش و ارزیابی قرار دهیم. در این راستا پرسش‌های بسیاری مطرح می‌شود؛ از جمله اینکه آیا معاملات افراد مبتلا به افسردگی شدید به جهت ایجاد اختلال در عنصر قصدشان و به عبارتی به دلیل فقدان شرط صحت، باطل محسوب می‌گردد؟ و یا به جهت انجام معاملات غیر عقلایی غالب، به سفاها ملحق گشته و احکام سفيه در موردشان جاری است؟ در جستار حاضر به بررسی مسائل فوق‌الذکر پرداخته می‌شود.

۱. مفاهیم بنیادی

DSM^۱: استاندارد یا راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی است که از معتبرترین و به‌روزترین مجموعه‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی در مجامع علمی دنیا محسوب می‌گردد و به‌روزترین آن نسخه پنجم آن یعنی DSM-V است (نولمن هوکسما، ۱۳۹۴، ص ۶۷۹).

1. diagnosis and statistical manual of mental disorders (DSM)

خُلق: به حالت عاطفی گفته می‌شود که روی رفتار انسان تأثیر می‌گذارد؛ برخلاف احساس که ممکن است فقط چند دقیقه طول بکشد (سادوک، ۱۳۹۳، ج ۲، ص ۸۷).

اختلالات خُلقى: دسته‌ای از بیماری‌های روان‌پزشکی هستند که بر حالات عاطفی فرد تأثیر دارند و در DSM-V این اختلال بر اساس قطبیت تقسیم گردیده است (سادوک، ۱۳۹۳، ج ۲، ص ۸۷).

خُلق افسرده: خلق افسرده محدود به زمان یا مکان خاصی نیست، بلکه واکنشی است در مقابل استرس که در هر زمان و برای هر کس بنا به موقعیت هر فرد ممکن است به انواع مختلف رخ دهد. معمولاً اکثر افراد بالغ در دوره‌ای از عمر خود دچار این حالت بوده‌اند و متأسفانه اکثریت از افسردگی خود، آگاه نبوده و نیستند. یکی از دلایل آن خلط دو مفهوم متفاوت اختلال افسردگی و خُلق افسرده (غمگینی) است. غمگینی ناخشنودی یا نارضایتی موقتی است که بر اثر عدم هماهنگی شرایط با میل افراد رخ می‌دهد و با آشفتگی روحی واقعی و تقلیل بینش معنوی فرد همراه نیست؛ درحالی‌که اختلال افسردگی حالتی است که بر کیفیت خُلق شخص تأثیر عمیق گذاشته و نحوه ادراک او از خود و محیطش را دگرگون می‌سازد (اشرفیان بناب، ۱۳۸۰، ص ۱۴۴).

مانیا:^۱ اپیزود مانیک، یک دوره متمایز از خُلق شاد و پرنشاط یا یک خُلق غمگین و تحریک‌پذیر است که حداقل یک هفته طول می‌کشد و در صورت نیاز فرد باید بستری گردد (اشرفیان بناب، ۱۳۸۰، ص ۸۷).

هیپومانیا:^۲ اپیزود هیپومانیک حداقل چهار روز طول می‌کشد و از هر لحاظ شبیه به اپیزود مانیک است، با این استثنا که به اندازه کافی شدید نیست که باعث اختلال یا کاهش کیفیت عملکرد اجتماعی یا شغلی فرد شود و هیچ کدام از ویژگی‌های سایکوتیک^۳ (هذیان و توهم) در آن نیست (اشرفیان بناب، ۱۳۸۰، ص ۸۶).

تک قطبی‌ها: این اختلال که به آن افسردگی عمده، اپیزود منفرد یا تک اپیزودی

1. manic episod

2. hypomania

۳. نوعی بیماری روانی که فرد ارتباط خود را با واقعیت از دست می‌دهد و اغلب دچار هذیان و توهم می‌شوند.

نیز گفته می‌شود، بدون هیچ سابقه ابتلا به مانیا یا هیپومانیا یا میکس روی می‌دهد و فرد برخلاف دوقطبی‌ها، تنها در یک خلق افسرده قرار دارد (ترن پنی، ۱۳۹۶، ص ۲۴۰).

اختلال دوقطبی: بیماری دوقطبی^۱ یا بیماری افسردگی-شیدایی^۲ شکلی از جنون^۳

که در آن نوسانات شدید خلق و خو و تزلزل احساسی دیده می‌شود و به دو نوع I و II تقسیم می‌گردد (ترن پنی، ۱۳۹۶، ص ۲۴۰).

اختلال دوقطبی I: به‌عنوان یک اختلال خلقی که در آن امکان بروز دوره‌های

افسردگی اساسی یا هیپومانیا قبل یا بعد از حملات مانیا وجود دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۷، ص ۱۶۸).

اختلال دوقطبی II: اختلالی است که در آن حداقل یک دوره هیپومانیا و یک

دوره افسردگی اساسی وجود دارد. این اختلال فاقد دوره‌های مانیا است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۷، ص ۱۷۸).

هم‌ابتلایی: وجود یک یا چند بیماری یا اختلال اضافی که هم‌زمان با یک بیماری

یا اختلال اولیه رخ می‌دهد. (Plana et all, 2019, p. 260).

خرید اجباری: خریدهای تکانه‌ای، آنی، مکرر و غیرقابل کنترل هستند که به‌عنوان

پاسخی اولیه به احساسات منفی صورت می‌گیرد (Moon & Attiq, 2018, p. 549).

آنهدونیا: یک وضعیت شدید خلقی است که با فقدان کامل لذت، انگیزه و علاقه

همراه است (Cooper et all, 2018, p. 128).

افسردگی ملانکولی: افسردگی مالیکولیایی شکلی از اختلال افسردگی اساسی

(MDD) است که با ویژگی‌های مالیکولیایی خود را نشان می‌دهد (Dold et all, 2021, p. 1).

1. bipolar disorder
2. manic - depressive
3. psychosis
4. comorbidity
5. compulsive buying behavior (CBB)
6. anhedonia
7. melancholic depression

معاملات: معامله کلمه‌ای مترادف با عقد است، با این تفاوت که اخص از آن بوده و فقط شامل عقود مالی و معوض می‌گردد (کاتوزیان، ۱۳۶۴، ج ۱، ص ۱۳). معامله به معنی خاص شامل عقود (مالی و غیرمالی مانند نکاح) و ایقاعات است (جعفری لنگرودی، ۱۳۸۸، ص ۶۶۴). منظور از معاملات در این نوشتار نیز معنای اخص آن است. با توجه به آنچه گذشت افسردگی با بیماری‌ها و اختلالات روانی فراوانی ارتباط داشته و هر کدام از آن‌ها می‌تواند به تنهایی و بر اساس شرایط روحی، روانی، اجتماعی و ... در معاملات و فعالیت‌های اقتصادی فرد مؤثر باشد.

۲. وضعیت معاملات افراد مبتلا به افسردگی حاد

احساس افسردگی یک پدیده طبیعی است که بر اثر عوامل خارجی ممکن است به نسبت‌های مختلف در هر فرد پیدا شود، اما در صورتی که این حالت شدید باشد و یا به صورت طولانی مدت ادامه یابد و فرد را در امور زندگی دچار مشکل کند، این پدیده از حالت طبیعی خارج شده و به عنوان یک بیماری مطرح می‌گردد (طریقتی، ۱۳۵۵، ص ۱۸۳). اختلالات افسردگی اساسی و اختلال افسردگی دوقطبی از جمله اختلالات افسردگی‌ای هستند که در طول آن، فرد مبتلا دوره افسردگی را به صورت شدید تجربه می‌کند. در ادامه پس از موضوع شناسی دقیق آن‌ها به بررسی وضعیت معاملات افراد مبتلا پرداخته خواهد شد.

۱-۲. افسردگی اساسی (MDD)

شایع‌ترین اختلال خلقی، اختلال افسردگی اساسی است که با دوره‌های تکی حداقل دو هفته‌ای (گرچه بیشتر دوره‌ها خیلی طولانی‌ترند) همراه با وخامت قابل ملاحظه خلق و کارکردهای شناختی مشخص می‌شود (هافمن، ۱۳۹۸، ص ۲۱۵). اختلال افسردگی اساسی (عمده) بدون هر گونه سابقه ابتلا به اپیزود مانیک، میکس یا هیپومانیک روی می‌دهد. این اختلال باید حداقل دو هفته به طول انجامد و افرادی مبتلا به افسردگی عمده

محسوب می‌شوند که حداقل چهار نشانه از یک مجموعه نشانه‌ها را تجربه کنند (سادوک، ۱۳۹۳، ج ۲، ص ۸۷).

مجموعه این علائم بدین شرح است: ۱. وجود خُلق افسرده در اکثر ساعات روز و تقریباً تمام روزها ۲. کاهش علایق یا لذت‌ها در تمام یا تقریباً تمام فعالیت‌های شبانه‌روزی و تقریباً تمام روزها ۳. کاهش چشمگیر وزن بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً در همه روزها ۴. بی‌خوابی یا پرخوابی تقریباً در تمام روزها ۵. سراسیمگی یا کندی روانی-حرکتی در تمام روزها ۶. خستگی و فقدان انرژی ۷. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط ۸. کاهش توانایی تفکر و تمرکز در تمام روزها ۹. افکار مکرر در مورد مرگ. نکته اساسی در این علائم این است که باید از نظر بالینی سبب ناراحتی چشمگیر یا افت کارکرد اجتماعی، شغلی و یا سایر جنبه‌های کارکردی فرد شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۷، ص ۲۰۲).

برای اینکه علامتی به‌عنوان علامت اختلال افسردگی اساسی محسوب گردد، باید به‌تازگی بروز کرده باشد یا نسبت به زمان قبل از بروز بیماری فرد تغییر محسوسی مشاهده شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۷، ص ۲۰۴). اختلال افسردگی عمده معمولاً آغاز کندی دارد که چند هفته یا حتی چند ماه طول می‌کشد. هر دوره آن به‌طور معمول چند ماه دوام یافته و به‌تدریج به پایان می‌رسد. این اختلال تعداد قابل‌توجهی از مردم را دچار می‌کند (آوادیس یانس، ۱۳۸۰، ص ۳۰۲).
گرچه تشخیص بر مبنای دوره تکی افسردگی امکان‌پذیر است، اما در اکثر موارد افسردگی اساسی به وسیله دوره‌های مکرر با بهبودهایی بین دوره‌ها مشخص می‌شود. نوع مزمن‌تر افسردگی، یعنی اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی) را زمانی می‌توان تشخیص داد که آشفتگی خُلقی به مدت حداقل دو سال در بزرگ‌سالان و یک سال در کودکان ادامه یابد. برای بیمارانی که به اختلال افسردگی مداوم و افسردگی اساسی هم‌زمان مبتلا هستند، تشخیص افسردگی مضاعف^۱ داده می‌شود؛ یعنی در طول بهبود

1. double depression

میان دوره‌ای فقط به سطح افسرده خویی می‌رسند که ممکن است دورهٔ دیگر افسردگی اساسی را به دنبال داشته باشد (هافمن، ۱۳۹۸، ص ۲۱۵). اختلالات خلقی معمولاً با سایر اختلالات روانی نیز همراه می‌شوند که در اصطلاح به آن هم‌ابتلائی می‌گویند. اختلال افسردگی اساسی رایج‌ترین اختلال هم‌زمان است که معمولاً شروع آن بعد از اختلال بدریخت‌انگاری^۱ می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۷، ص ۲۸۰). این اختلال اغلب با سطوح بالایی از احساسات خودسرزنش‌کننده مانند شرم و گناه همراه است؛ به خصوص گناه بازمانده که تا زمان بهبودی ادامه دارد. احساس گناه مبتنی بر همدلی و نوع دوستی بیش از حد با اختلال افسردگی اساسی ارتباط مستقیمی دارد (Pulcu, 2015, p. 1301, Jacquet, 2011, p. 701; Pulcu, 2014, p. 899). افزایش فعالیت در نواحی قشر جلو پیشانی قدامی میانی می‌تواند انگیزه‌های غیر معمولی قوی برای نوع دوستی دلسوزانه یا فداکارانه ایجاد کند (Connor, 2012, pp. 19-21). اختلال افسردگی اساسی همچنین منجر به افزایش ناهنجاری‌ها در تصمیم‌گیری‌های اجتماعی می‌گردد (Beddington et al., 2008, p. 1059)؛ به‌طور مثال معمولاً در یک بازهٔ زمانی نسبتاً طولانی، درگیر خریدهای غیرقابل کنترل می‌شوند که از یک میل غیرقابل مقاومت، به‌ویژه تمایلی برخلاف میل آگاهانه فرد نشئت می‌گیرد. لذا به جهت لذت وافر که از خرید کردن می‌برند، اکثر اوقات بدون هیچ‌گونه نیاز یا قصد قبلی و حتی بدون فکر کردن در مورد آن، اقدام به خریدهای تکانشی^۲ می‌کنند و به همین جهت بعد از خرید احساس افسردگی می‌نمایند (Koran, 2006, p. 1808). در این میان زنان تمایل بیشتری به خریدهای اجباری یا خریدهای تکانشی دارند که با نقش جنسیتی آنان بسیار مرتبط است (Thomas, 2016, p. 357).

خریدهای اجباری یا تکانشی، بخشی از یک طبقهٔ وسیع از رفتارهای پی‌درپی و مکرر است که اغلب برای تسکین تنش، اضطراب، افسردگی یا کسالت به کار می‌رود. مشخصهٔ آن نگرانی در خرید، خرید بیش از توان مالی یا خرید کالاهای غیر ضروری

1. body dysmorphic disorder

2. compulsive buying

است. علاوه بر تأخیر طولانی در خرید که منجر به پریشانی یا تداخل آشکار در عملکرد اجتماعی و شغلی افراد می‌گردد، اغلب این افراد اظهار می‌کنند که وقتی شروع به خرید می‌کنند، دیگر قادر به کنترل رفتار خود نیستند (Pacheco, 2020, p. 551). فرایند اجباری و تکانشی خرید باعث شده است که زندگی آن‌ها به معنای واقعی کلمه از کنترل خارج شود. افرادی که به درجات حاد افسردگی و حالت‌های حُلَقی پایین مبتلا هستند، عزت‌نفس پایین‌تری را نسبت به سایرین تجربه می‌کنند (Workman, 2010, p. 113). درگیر شدن در چنین خریدهایی از ویژگی‌های بارز آن‌ها است که فرد مبتلا با کوچک‌ترین محرک اقدام به رفتارهای تکانشی فاقد قصد، از جمله خرید و فروش می‌کند. علت این امر عدم تطابق خود ایده‌آل با خود فعلی فرد است که باعث ایجاد اختلاف در برداشتی می‌شود که می‌تواند از خود داشته باشد. هرچه ناسازگاری بین این دو خود بیشتر باشد، معایب بیشتری از طریق غم و اندوه و افسردگی آشکار می‌شود. در این حالت فرد به خریدهای آنی و تکانشی بیشتری اقدام می‌کند تا احساس بهتری داشته باشد و بتواند فاصله بین دو قطب خود را کاهش دهد. بنابراین هرچه میزان افسردگی بالاتر باشد، تمایل به استفاده از خریدهای اجباری یا تکانشی آسیب‌زا و مشکل‌آفرین بیشتر است (Varveri and et all, 2014, p. 149).

یکی دیگر از نشانه‌های بسیار رایج افسردگی اساسی، کاهش تمرکز است. با توجه به آسیب‌هایی که مشکلات تمرکز در افراد افسرده ایجاد می‌کند، بیماران آن را نوعی زوال عقل غیر قابل‌برگشت می‌نامند (Watts & Sharrock, 1985, p. 317). نشخوارهای فکری افکاری هستند که به حوادث و ماهیت خلق افسرده مربوط‌اند، هدف‌مدار نبوده و افراد را به طرح و عمل راهنمایی نمی‌کنند. زمانی که فرد مشغول نشخوار فکری است، از لحاظ اجتماعی با محیط همخوانی و مشارکت ندارد. نشخوار فکری در اختلال افسردگی اساسی از لحاظ مدت طولانی‌تر، از لحاظ کنترل ضعیف‌تر و به لحاظ مدت استمرار بیشتری دارد. عواطف منفی شدید و طولانی، علائم افسرده‌ساز، تفکر سودار منفی، حل مسئله ضعیف، انگیزش آسیب‌دیده، بازداری از رفتارهای مؤثر، تمرکز و شناخت آشفته و فشار و مشکلات بیشتر، از جمله آسیب‌های نشخوار فکری است. خلق

افسرده سبب می‌شود که نشخوار فکری با آشفتگی در تمرکز همراه باشد. نقص در انگیزش، تمرکز و رفتارهای مؤثر ممکن است کارآمدی فرد در محل کار و انعطاف‌پذیری او در موقعیت‌های اجتماعی را کاهش بدهد. افکار نشخواری در فعالیت‌های مهم و معمولی و فعالیت‌های روزمره افراد مداخله کرده و در تمرکز و عملکرد آن‌ها خلل ایجاد می‌کند و در نهایت سبب افزایش سطح مشکلات و تنش می‌شود (پاپاجورجیو، ۱۳۸۶، صص ۷-۳۲).

نشخوار فکری یکی از زیرشاخه‌های سرگردانی ذهن^۱ و از بارزترین ویژگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است. سرگردانی ذهن به حالتی اطلاق می‌شود که در آن توجه فرد را از کار یا موقعیتی که در حال حاضر در آن قرار دارد خارج می‌کند و به سمت افکار، احساسات یا ادراکات درونی سوق می‌دهد (Fell, 2018, p. 1).

افسردگی اساسی توانایی تفکر، توجه، حافظه، قدرت پردازش اطلاعات و مهارت‌های تصمیم‌گیری فرد را مختل می‌کند. همچنین انعطاف‌پذیری شناختی (توانایی تطبیق اهداف و استراتژی‌های خود با شرایط در حال تغییر) و عملکرد اجرایی را به‌طور قابل توجهی کاهش می‌دهد. نقص‌های شناختی یکی از ویژگی‌های اصلی افسردگی است. عملکرد شناختی که به‌طور بالقوه در بروز بی‌لذتی و عقب‌ماندگی روانی حرکتی نقش دارد، می‌تواند با اختلال خواب و خستگی بدتر شود و منجر به آسیب و ناتوانی عمیق روانی اجتماعی گردد. نقایص شناختی همیشه به یک شکل یا به یک میزان ظاهر نمی‌شوند و در افسردگی اساسی این نقایص به‌صورت جدی، قدرت تمرکز و تفکر فرد را کاهش می‌دهد (Atique-Ur-Rehman, & Neill, 2019, p. 62).

ملانکولیا که در فارسی مالیخولیا ترجمه شده است، یکی از قدیمی‌ترین اصطلاحات در روان‌پزشکی است که اولین بار توسط بقراط برای توصیف خلق سیاه (تیره) افسردگی به کار رفت. امروزه نیز به نوعی از افسردگی اشاره می‌شود که در آن، آنهدونیا، بیدارشدن در صبح زود، کاهش وزن و احساس گناه عمیق (معمولاً برای

1. mind wandering

رویدادهای بی‌اهمیت) جزو نشانه‌های غالب هستند. برای بیماران ملانکولیک (مالیخولیایی) داشتن افکار انتحاری و خودکشی موضوعی بسیار عادی است (سادوک، ۱۳۹۳، ج ۲، ص ۱۰۶). ملانکولیا با تغییراتی در سیستم عصبی خودمختار و تغییراتی در عملکرد سیستم غدد درون‌ریز مرتبط است، به گونه‌ای که بر چندین محل در قشر جلوی مغز، آمیگدال، هیپوکامپ، هسته اکومبوس و هابنولا تأثیر می‌گذارند (Gold, 2021, p. 212). مطابق DSM5 ویژگی‌های ملانکولیک را در افسردگی اساسی و اختلالات دوقطبی I و II می‌توان مشاهده نمود (سادوک، ۱۳۹۳، ج ۲، ص ۱۰۶). مبتلایان به افسردگی با ویژگی‌های ملانکولیک از نظر قوای روانی، قوه تمیز، قدرت اراده و قدرت اداره امور مربوط به خود دچار اختلال شدیدی هستند، به نحوی که قادر به تشخیص شرایط خود و محیط اطراف نیستند (طریقتی، ۱۳۵۵، ص ۱۸۳).

۲-۲. افسردگی دوقطبی^۱ (BDD)

اختلالات دوقطبی I مجموعه‌ای از یک یا چند گستره شیدایی (مانیا) و یک یا چند گستره افسردگی اساسی یا گستره‌های مختلط است که در افراد مبتلا بروز می‌کند. در این نوع اختلال افراد در دور پایان‌ناپذیری از اوج وجد (مانیا) تا عمق یأس (افسردگی) قرار می‌گیرند. اوج وجد که در اصطلاح روان‌شناسی از آن به مانیا یا شیدایی تعبیر می‌شود کاملاً متضاد با گستره افسردگی (حالت اُفت حیاتی) قرار دارد (دادستان، ۱۳۸۷، ج ۱، ص ۳۶۵).

اختلال دوقطبی (افسردگی شیدایی) شکلی از جنون^۲ است که در آن نوسانات شدید خلق و خو و تزلزل احساسی دیده می‌شود (ترن پنی، ۱۳۹۶، ۲۴۰). به نظر می‌رسد که اختلال دوقطبی I نوع شدیدتری از افسردگی باشد (آوادیس یانس، ۱۳۸۰، ص ۳۱۰).

اختلال افسردگی شیدایی معمولاً شامل تعداد بی‌شماری از رفتارهای پرخطر است.

1. manic - depressive

2. psychosis

نوسانات خلقی شدید که مشخصه اصلی این اختلال است، منجر به تصمیم‌گیری ضعیف شده و پیامدهایی چون ورشکستگی را در پی دارد. در این افراد رفع افراط و قضاوت نادرست در تصمیم‌گیری‌های مالی کار آسانی نیست (Smith et al, 2015, pp. 20-21).

الگوی شناختی گزارش شده در افسردگی دوقطبی با افسردگی اساسی به‌ویژه در رابطه با حافظه و عملکرد اجرایی همپوشانی کامل دارد. بیماران دوقطبی در تمام مراحل بیماری دچار اختلال عملکردی بیشتری نسبت به سایر افراد هستند. به‌طور خاص در این بیماران کندشدن روانی-حرکتی و اختلال حافظه، با ضعف در عملکرد اجتماعی و عملکرد عصبی روان‌شناختی‌شان همراه است (Malhi, 2007, pp.114-122). تمامی علائمی که در افسردگی اساسی وجود دارد در افسردگی دوقطبی I نیز به‌وضوح قابل مشاهده است. اختلال دوقطبی در مقایسه با افسردگی اساسی شیوع کمتری دارد (هافمن، ۱۳۹۸، ص ۳۰۲).

وجه اشتراک اختلالات دوقطبی با اختلالات جنون‌آمیزی که به زوال کامل عقل منجر می‌شود، وجود توهمات و هذیان‌های دائمی و موقت و قطع رابطه با دنیای واقعی بیرونی است که به سبب آن فرد قادر به تشخیص منافع و ضرر مالی خود نبوده و اعمال و رفتار وی منطبق با تشخیص‌های عقلانی و عرفی نمی‌باشد (رفیعی، ۱۳۹۷، ص ۹۷) و از آنجاکه یکی از ملاک‌های اختلال، از دست رفتن قوه قضاوت و بینش است، بنابراین در اکثر موارد باید بپذیریم که بیمار در دوره‌های عود بیماری از نتایج رفتار خود، آگاه نیست (صابری، ۱۳۹۴، ص ۳۶). فرد مبتلا به مانیا در دوره مانیک توانایی اداره اموال خود را ندارد. خرج‌های بی‌حد و حصر و تکانشی این افراد، یکی از اساسی‌ترین و مشکل‌سازترین رفتارها برای مراقبین آن‌ها گزارش شده است که ضرورت وجود قیم و سرپرست در امور مالی را بیش‌ازپیش پررنگ‌تر می‌کند (Beentjes et al, 2012, p. 102).

وجود خلق افسرده، حس شدید ناامیدی و درماندگی بیمار را درگیر مشکلات قانونی می‌نماید. اقدام به انجام معاملات تکانشی، بذل و بخشش به دلیل سیرشدن از زندگی و انجام وصایای غیر منطقی از مواردی است که در مورد بیماران افسرده بسیار دیده می‌شود (صابری، ۱۳۹۴، ص ۳۵). پرواضح است که افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افسردگی دوقطبی به جهت شدت بیماری و نشانه‌هایی که دارند، باعث شده در روابط

فردی و اجتماعی خود بیشتر در معرض آسیب قرار گیرند. وجود علائمی چون فقدان و گُندی تفکر، کاهش تمرکز، نشخوارهای فکری، ذهن سرگردان، افکار هذیانی مانند ارتکاب گناه، خودکشی و خریدهای تکانشی و اجباری همگی سبب شده تا نتوانند ارادهٔ جدی حتی برای ساده‌ترین اعمال روزانه خود داشته باشند.

۳. تحلیل و بررسی

با توجه به آنچه در ارتباط با این دو نوع افسردگی گفته شد روشن گردید که در معاملات این گونه افراد قصد وجود ندارد.

قصد در لغت به معنای استقامت در طریق (واسطی، ۱۴۱۴ق، ج ۵، ص ۱۸۹) یا انجام امری (جوهری، ۱۴۱۰ق، ج ۲، ص ۵۲۴) آمده است. در اصطلاح فقه امامیه، قصد به معنای عزم برای ایجاد فعل است (عبدالرحمان، بی تا، ج ۳، ص ۹۶) و منظور از عزم به شیء نیز تحقق جدی ارادهٔ باطنی نسبت به آن التزام است (ابن منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۲، ص ۳۹۹). منظور از قصد، قصد تحقق مضمون معامله یا به عبارتی قصد ایجاد ماهیت حقوقی یا قصد انشاء است (ایروانی، ۱۴۰۶ق، ج ۱، ص ۱۰۷). در فقه امامیه، تحقق قصد انشاء نیازمند گذراندن مراحل مختلفی است. مرحوم همدانی قصد را شامل سه مرحله می‌داند: ۱. قصد لفظ در مقابل شخص خواب و هر کسی که بدون قصد آن را ادا می‌کند؛ ۲. قصد معنای انشائی ۳. قصد تحقق ماهیت عقد در خارج (همدانی، ۱۴۲۰ق، ص ۱۵۸). میرزای نائینی نیز قصد را به چهار نوع تقسیم می‌کند: قصد لفظ در برابر خواب و غافل؛ قصد معنا در برابر هازل از آن جهت که قصد ارادهٔ معنا را ندارد؛ انگیزه و مرحلهٔ آخر رضایت به مضمون عقد و طیب نفس. وی قصد لفظ و ارادهٔ معنا را در وقوع عقد کافی می‌داند و الفاظ عقود را وسیله‌ای برای تحقق معنای آن‌ها در عالم اعتبار دانسته و زمانی که شخصی قصد لفظ و معنای آن را داشته باشد، ماهیت آن در عالم اعتبار ایجاد خواهد نمود (نائینی، ۱۴۱۳ق، ج ۱، ص ۴۰۵).

پرواضح است که تنها کسی می‌تواند مراحل قصد انشائی را کامل کند که از سلامت کامل روان برخوردار باشد؛ لذا هرگونه نقص در ارکان قصد، سبب ازین رفتن

آن خواهد شد. امروزه نیز اختلالات روانی زیادی در حال وقوع و گسترش است که هر کدام به نحوی می‌تواند اثری مستقیم بر ارکان قصد و به تبع آن عقد داشته باشد و آن‌ها را متزلزل کند و به تبع، آثار ناشی از آن را نیز دچار تغییر نماید.

در خطابات شرعی و قانونی آنچه برای شارع و قانون‌گذار مهم است، قصد انشاء و یا کشف دلالت تصدیقی است؛ به‌عنوان مثال هرگاه بیعی یا اجاره‌ای واقع شود، باید به قصد بیع و اجاره بوده و اراده جدی فرد بدان تعلق گیرد. به همین جهت در قانون مدنی، وجود قصد انشاء از شروط صحت عقد قرار گرفته است و فقدان آن موجب بطلان عقد خواهد بود و اصولاً با فقدان قصد، عقد ایجاد نمی‌شود. قانون مدنی بر بطلان عقد فاقد قصد تصریح کرده است؛ به‌عنوان مثال در ماده ۱۹۵ اعلام داشته است: «اگر کسی در حال مستی یا بیهوشی یا در خواب معامله نماید، آن معامله به‌واسطه فقدان قصد باطل است». دو نکته مهم از این ماده مستفاد می‌شود: ۱. معلل بودن آن به این معنا که علت بطلان عقد فقدان قصد بیان شده است و به‌عنوان قاعده‌ای کلی مطرح می‌شود که هر جا قصد نباشد عقد نیز باطل است؛ ۲. عدم انحصار ماده به مصادیق تعیین شده در آن، بلکه تعیین مصادیق از باب تمثیل است. بنابراین نباید تصور کرد مصادیق فقدان قصد، منحصر به موارد مذکور در متن ماده است. این عدم انحصار سبب شده تا بتوان مطابق شرایط روز جامعه، مصادیق مربوطه را شناسایی کرد و مورد ارزیابی و بررسی قرار داد و در نتیجه احکام حقوقی هر یک را به تفکیک و دقیق ارائه نمود؛ به‌طور مثال اختلالات خلقی دسته‌ای از اختلالات روانی هستند که با تغییرات خلق در افراد، اثر مستقیمی بر تصمیمات و اعمال حقوقی افراد می‌گذارند. در این میان اختلال افسردگی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی دارای درجات متفاوتی بوده و متناسب با آن سبب عملکرد متفاوتی در افراد مبتلا می‌شود. لذا چنانچه در یک اختلال روانی، اختلال حواس منجر به برهم‌زدن قصد شود، به جهت فقدان قصد صحیح، آن معامله باطل بوده و اعتبار حقوقی نخواهد داشت. همچنین اگر عارضه‌ای روانی منجر به خلل در عنصر رشد و تمیز گردد و قدرت تصمیم‌گیری در فرد را دچار اشکال نماید، به جهت فقدان رکن اهلیت، صحت معامله نیز متزلزل می‌شود؛ زیرا معاملات غیر رشید که در آن عنصر

قصد وجود دارد، در اصل غیر نافذ بوده و تنها به دلیل عدم تشخیص نفع و ضرر مالی صحت آن منوط به اذن ولی قهری، نماینده قانونی و یا حاکم شرع می‌باشد.

اختلالات خلقی که گاهی اختلالات عاطفی نامیده می‌شوند، طبقه‌ای مهم از بیماری‌های روانی را تشکیل می‌دهند. اختلالات افسردگی نیز دسته‌ای از اختلالات خلقی است که انواع متفاوتی دارد و در DSM5 شامل اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی^۱، اختلال افسردگی اساسی^۲ (شامل دوره‌های افسردگی اساسی)، اختلال افسردگی پایدار^۳ (افسرده‌خویی)، اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلال افسردگی ناشی از مصرف مواد/دارو، اختلال افسردگی ناشی از بیماری طبی دیگر و سایر اختلالات افسردگی معین و اختلال افسردگی نامعین می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۷، ص ۱۹۷). در DSM4 اختلالات دوقطبی نیز در کنار اختلالات افسردگی ذکر شده است (سلیگمن، ۱۳۹۱، ج ۱، ص ۲۶۶). ویژگی مشترک تمام این اختلال‌ها وجود غمگینی، احساس پوچی یا خلق تحریک‌پذیر همراه با تغییرهای شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. تفاوت آن‌ها مربوط به زمان‌بندی یا علت احتمالی یا مدت اختلال است (کرمی، ۱۳۹۸، ص ۷).

اختلال افسردگی نیز از جمله اختلالاتی است که اثری مستقیم بر ارکان عقد دارد. در این نوشتار وضعیت ارکان عقد و صحت معاملات در مبتلایان به افسردگی با درجات حاد و خفیف مورد بررسی و مذاقه قرار می‌گیرد و در ادامه به تحلیل و ارزیابی نظرات کارشناسان و دکترین و فقهای عظام در قانون و عرف خاص پرداخته خواهد شد.

همان‌طور که گفته شد قصد انشاء در معاملات نیازمند مراحل است که اگر به‌طور کامل و صحیح صورت نگیرند، قصد انشاء را برهم می‌زند. قدرت تصور و تصدیق، تصمیم و اجرا به‌عنوان مقدمات و مراحل قصد، نیازمند فکری سالم و متمرکز است تا بتواند قصد جدی در تحقق یک عمل حقوقی را موجودیت بخشند. هرگونه خلل در

1. disruptive mood dysregulation disorder
2. major depressive disorder (MDD)
3. persistent depressive disorder (Dysthymia)

ارکان قصد، منجر به اضمحلال قصد شده و قصد را با خلل مواجه می‌کند. مطابق نص صریح قانون مدنی و اتفاق نظر فقهای عظام، معاملات بدون قصد، فاقد شرط صحت بوده و محکوم به بطلان هستند. افراد مبتلا به افسردگی حاد به جهت داشتن ویژگی‌ها و علائم خاص روانی، قدرت کافی برای تمرکز و تکمیل فرآیند تفکر و اراده و تصمیم‌گیری در اعمال حقوقی را ندارند. داشتن قدرت لازم از شرایط اولیه و بدیهی هر امری محسوب می‌گردد. قدرت عقلی به‌عنوان یکی از شروط عامه تکلیف، سبب تنجز و فعلیت تکلیف است و تمامی عقلای عالم بر آن اتفاق نظر دارند. شارع مقدس نیز به جهت اینکه از عقلاست، نه تنها با آن‌ها متحد‌المسلک است، بلکه رئیس عقلاست و این امر را تأیید نموده است (مظفر، ۱۴۳۰ق، ج ۳، ص ۹۷) و تکلیف بما لایطاق را باطل و محال اعلام می‌کند (طوسی، ۱۳۷۵، ص ۶۱؛ حلی، ۱۴۲۰ق، ج ۱، ص ۱۷۷). در عرف خاص نیز این مسئله ثابت شده است و معاملات افراد مبتلا به افسردگی حاد را به جهت دارا بودن افکار انتحار و فقدان قدرت تعقل و تصمیم‌گیری، صحیح نمی‌دانند. شایان ذکر است افسردگی اساسی با توجه به ویژگی‌ها و حالاتی که دارد قطعاً در وادی عدم قصد قرار می‌گیرد؛ اما افسردگی دوقطبی در مواردی که قصد و تمرکز بیمار را مختل کند در بحث وارد بوده و منجر به بطلان معاملات فرد می‌شود و در مواردی که قصد و اراده فرد به قوت خود باقی می‌ماند، به جهت فقدان غرض عقلایی و عدم رشد به سفاقت ملحق گشته و از موضوع بحث خارج می‌گردند. متأسفانه علی‌رغم شیوع و گسترده‌گی این بیماری و آسیب‌پذیر بودن مبتلایان، حمایت از اعمال حقوقی این دسته از مبتلایان از دید محاکم قضایی و قانون‌گذار مغفول واقع شده است. فقدان رویه ثابت و خلأ قانونی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین مشکلات این افراد است. پس از بررسی‌های به‌عمل آمده در باب معاملات افراد افسرده معلوم گردید که تنها یک پرونده در سامانه ملی آراء قضایی در این زمینه ثبت گردیده که به جهت اهمیت موضوع در ادامه مورد بررسی و نقد و تحلیل قرار می‌گیرد.

این رأی از سامانه ملی آراء قضایی اخذ گردیده و در شعبه ۱۱۶ دادگاه مدنی خاص تهران به شماره دادنامه: ۴۵۲-۱۳/۶/۷۲- و کلاسه پرونده: ۱۴۳۹/۱۱/۶۹ مورد رسیدگی

قرار گرفته است. پس از صدور رأی دادگاه، جهت تجدیدنظرخواهی به دیوان عالی کشور ارجاع داده می‌شود و رأی دیوان نیز صادر می‌گردد. به جهت پرهیز از اطاله بحث صرفاً مواردی که با موضوع مرتبط است به اختصار بیان می‌شود.

۱) خانم (الف) تقاضای صدور حکم حجر همسرش آقای (ب) را دارد و مطابق درخواست ایشان، پرونده در شعبه ۲ اداره امور سرپرستی به کلاس ۴۷۹۷ - ۲/۶۸ تشکیل می‌شود. از طرف اداره امور سرپرستی اعلام حجر آقای «ب» می‌شود. با معرفی به پزشکی قانونی و پیش از وصول پاسخ مبنی بر اختلال حواس و جنون وی که قادر به اداره امور خود نمی‌باشد، به تاریخ ۶۸/۱۰/۲۶ شعبه ۱۱۶ دادگاه مدنی خاص حسب حکم شماره ۱۲۹۲ - ۶۸/۱۱/۸ حکم حجر وی را صادر می‌نماید و سپس خانم «الف» همسر آقای «ب» به سمت قیمه محجور و سرپرست صغار وی تعیین می‌شود.

۲) محجور در سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۶۶ با تنظیم مبیعه‌نامه و وکالت‌نامه رسمی با آقای «ح» نسبت به ملک خود معامله می‌نماید که آقای «ح» خریدار هم با استفاده از وکالت‌نامه اقدام معاملاتی انجام می‌دهد.

۳) اطبای خوزستان اختلال وی را افسردگی و ناراحتی اعصاب اعلام می‌کنند.

۴) سوابق بیماری و بستری شدن وی از بهداری ژاندارمری مطالبه پیوست است که به علت اضطراب و بی‌قراری و افسردگی فرار از منزل بستری شده است.

۵) پیرو اعتراض شخص ثالث، عده‌ای از آشنایان به زندگی آقای «ب» به دادگاه معرفی شده و چنین شهادت می‌دهند که «مشارالیه از حیث روحی شدیداً غیرعادی و ناراحت بود، به نحوی که از خانه خارج می‌شد و تا مدتی از وی خبری نبود و یا اینکه با خود صحبت می‌کرد و در خیابان لباس خود را در می‌آورد و کارها و رفتار غیرعادی داشته است.»

۶) آقای وکیل خوانده نیز با توجه به گواهی‌های پزشکی و همچنین گواهی مورخ ۷۱/۱/۲۵ آقای دکتر ... متخصص مغز و اعصاب و پزشک معالج محجور گواهی نموده که نامبرده از اواسط اسفندماه سال هفتاد تحت درمان این‌جانب بوده و

دچار حالات اضطراب، بی‌قراری و اختلال حواس است و قادر به انجام کارهای خود نیست.

رای شعبه دیوان عالی کشور در تجدیدنظرخواهی از رأی فوق‌الذکر: با توجه به اینکه، حکم شماره ۲۰۷-۶۹/۲/۲۳-شعبه ۱۱۶ دادگاه مدنی خاص تهران تنها از حیث تاریخ شروع بیماری آقای «ب» نقض گردیده، با گواهی آقای دکتر ... طیب بیمار که در تاریخ ۷۱/۷/۲۵ صادر گردیده منافاتی ندارد و به جهت سابقه کار و بیماری آقای «ب» مورد امعان نظر کمیسیون پزشکی قرار گرفته و در خصوص مورد صریحاً اعلام نظر صورت گرفته است. لذا حکم تجدیدنظر خواسته که منطبق با موازین قانونی و مدارک مضبوط در پرونده صادر گردیده، خالی از اشکال تشخیص داده شده و اعتراض موجه و مدلی هم که ناقض حکم صادره باشد اقامه نگردیده؛ لذا حکم آن ابرام می‌گردد (بازگیر، ۱۳۸۰، ج ۱، ص ۶۶).

در پرونده مذکور خانم (الف) به علت بیماری روانی همسرش آقای (ب) که در جریان پرونده افسردگی عنوان شده است، تقاضای حکم حجر همسرش را به جهت عدم توانایی اداره امور زندگی و اختلال در حواس مبنی بر رأی پزشکی قانونی دارد و دادگاه مطابق نظر کمیسیون پزشکی، مدعی علیه را سفیه تشخیص داده و حجر وی را صادر نموده و به پیشنهاد خانم (الف) وی را به قیمومیت همسرش آقای (ب) نصب می‌کند. پرواضح است که افسردگی اساسی آقای (ب) برای دادگاه محرز بوده و مطابق آن حکم حجر ثابت گردیده است. در این پرونده چند مسئله قابل تأمل است:

۱. معاملات افراد مبتلا به افسردگی حاد بنا بر مبانی فقهی و حقوقی محکوم به بطلان است. اگرچه در نظریه پزشکی قانونی اختلال حواس و عدم توانایی امور مالی ایشان ذکر گردیده است، این ادعا هرگز اثبات‌کننده عدم رشد این افراد نبوده و نمی‌تواند منجر به سفاهت آنها در امور مالی شود و به تبع آن حکم حجر منتسب به سفاهت برایشان صادر گردد؛ زیرا این افراد در اولین شرط صحت معاملات که قصد انشاء است دچار مشکل هستند و به جهت عدم تمرکز، فقدان تفکر، نشخوارهای فکری، سرگردانی ذهن و افکار هذیانی که دارند، عملاً

توانایی تفکر و تصمیم‌گیری صحیح منطبق بر قصد انشاء واقعی را ندارند و خریدهای مکرر و تکانشی و بدون فکر حاکی از همین مسئله است. این در حالی است که فرد سفیه در عنصر قصد خود سالم است، اما در ناحیه رشد و تمیز دچار اختلال می‌گردد.

۲. اقرار مدعی علیه مبنی بر اینکه «شخص عصبانی مزاج بوده است و از زمان مرگ فرزندش دچار افسردگی شده در صفحه ۱۲۷ می‌گوید وقتی سرم را روی بالش می‌گذارم صدای وزوز می‌شنوم، وقتی سرم را برمی‌دارم صدا قطع می‌شود»، شواهد اخذشده از شهود که «مشارالیه از حیث روحی شدیداً غیر عادی و ناراحت بوده است، به نحوی که از خانه خارج می‌شده و تا مدتی از وی خبری نبوده است و یا اینکه با خودش صحبت می‌کند و در خیابان لباس خود را درمی‌آورد و کارها و رفتار غیرعادی از خود نشان می‌دهد» و سابقه بستری مدعی علیه در بیمارستان روانی و همچنین گزارش‌های متخصصین روان‌پزشکی منطبق بر گواهی مورخ ۷۱/۱/۲۵ آقای دکتر... متخصص مغز و اعصاب و پزشک معالج مجبور گواهی نموده «که نامبرده از اواسط اسفندماه سال هفتاد تحت درمان این جانب بوده دچار حالات اضطراب، بی‌قراری و اختلال حواس و قادر به انجام کارهای خود نیست» همه حکایت از وجود علائم جنون آمیز و سایکوتیک در بیمار داشته مؤکداً فرضیه عدم قصد را تأیید می‌نماید.

۳. یکی از نکات مهم و حائز اهمیت در آیین دادرسی مدنی تفاوت آشکار میان اصل و تشریفات است. رجوع به کارشناس و متخصصین فن به‌عنوان یک اصل آیین دادرسی مدنی، در فرآیند صدور حکم نقشی اساسی داشته، به‌گونه‌ای که عدم توجه به آن مقام قضایی را از صدور حکمی عادلانه و منطبق بر واقع دور خواهد نمود. اگرچه در پرونده مذکور قاضی مطابق اظهارات گواهی پزشکی قانونی رأی خود را صادر نموده، اما عدم توجه به ابعاد موضوع و فهم دقیق آن سبب شده حکمی مغایر با واقع صادر نماید. همچنین از مواردی که باید در گواهی پزشکی قانونی لحاظ شود تشخیص نوع بیماری، تعیین قدرت اداره امور

توسط فرد معرفی شده و یا بیمار است و روان‌پزشک عموماً به درخواست مقام قضایی، نظر خود را در مورد آینده بیمار به صورت ارشادی ارائه می‌نماید (اشرفیان بناب، ۱۳۸۰، ص ۱۴۳). واضح است که بر اساس نظر فوق، نظر قاطع کمیسیون پزشکی و کارشناسی دلیل کاملی برای رسیدن به حکم حجر نیست؛ چرا که نظر کارشناسی و احراز عدم رشد توسط متخصصین، صرفاً به‌عنوان یک اماره قضایی مطرح است و مقام قضایی باید بتواند نظری جامع و منطبق بر واقعیت صادر نماید که جز با شناخت دقیق ابعاد موضوع میسر نخواهد بود. به لحاظ فقهی با توجه به نظر پزشکی قانونی در تاریخ ۱۳۶۸/۱۰/۲۶ مبنی بر «نامبرده به جهت اختلال حواس و جنون قادر به اداره امور خود نمی‌باشد» و همچنین سابقه بیماری و بستری شدن وی، علی‌القاعده دادگاه باید حکم بطلان معامله را می‌داد؛ چرا که نظر متخصصین فن که در عرف خاص با قوانین علمی ثابت شده، در واقع به‌عنوان «بناء عقلاً بماهم عقلاً» اولاً همچون قطع حجیت ذاتی داشته و مورد تأیید شارع مقدس‌اند؛ ثانیاً نیازی به کشف آن و واسطه در اثبات از طریق دیگر مانند شهادت شهود و سایر امارات و قرائن نیست (اصفهانی، ۱۳۷۴، ج ۳، ص ۱۲؛ ج ۲، ص ۲۲۰-۲۳۳؛ طباطبایی، بی‌تا، ج ۲، ص ۲۰۵)؛ ثالثاً دلیل مستقل محسوب شده و قاضی نمی‌تواند برخلاف آن عمل کند. امام خمینی علیه السلام نیز قائل به حجیت ذاتی بناء عقلاً بوده و آن را در صورت عدم احراز ردع حجیت می‌داند (خمینی، ۱۴۱۰، ج ۲، ص ۱۳۰-۱۳۱). بر اساس نظر حضرت امام علیه السلام هر سیره عقلایی که جامعه در هر موضوعی در میان خود رایج کرده‌اند، چه به زمان معصوم متصل باشد یا منفصل، حجیت داشته و به‌عنوان دلیل شرعی معتبر است.

۴. اگرچه قانون‌گذار در ماده ۲۶۵ قانون آیین دادرسی مدنی نسبت به نظریه کارشناسی که منطبق بر واقع نیست موضع گرفته و بیان می‌دارد «در صورتی که نظر کارشناس با اوضاع و احوال محقق و معلوم مورد کارشناسی مطابقت نداشته باشد، دادگاه به آن ترتیب اثر نخواهد داد.» اما عکس آن یعنی در مواردی که قاضی علی‌رغم نظریه کارشناسی رأیی خلاف واقع و ارزیابی دقیق صادر

می‌نماید مورد توجه لازم واقع نگردیده و رأی خلاف وی نیز لازم الاتباع است و از طرفی اثبات اشتباه قاضی خود مستلزم اتلاف زمان زیادی است که با هدف دادرسی عادلانه مغایرت دارد.

علاوه بر رویه قضایی مذکور و نظرات کارشناسی و تخصصی که در این زمینه وجود دارد، با توجه به پرسشی که از فقهای معاصر شد، نظرات ایشان نیز دریافت گردید. نظریات مذکور را می‌توان ذیل دو فرضیه تقسیم نموده و مورد تحلیل و بررسی قرار داد:

الف. فرضیه اول: سفاهت

برخی از فقها معتقدند که معاملات افراد افسرده به جهت الحاق ایشان به سفها غیر نافذ می‌باشد (علوی بروجردی، ۱۴۰۰)

بنابر اجماع فقها واژه رشید متضاد واژه سفیه می‌باشد و سفیه کسی است که اموالش را در غیر اغراض عقلایی و صحیح صرف می‌کند، به نحوی که عرف غالباً او را سرزنش می‌کند (نراقی، ۱۴۱۷ق، ص ۵۲۳). علامه در قواعد در تعریف رشد می‌نویسد: کیفی نفسانی است که مانع از تباه کردن مال و مصرف آن در امور غیر عقلایی می‌شود و در صورتی که عرف تشخیص دهد که فرد دچار مغایره نمی‌شود و در حفظ مالی که کسب کرده تواناست، حکم به رشد وی می‌دهد (حلی، ۱۴۱۳ق، ج ۲، ص ۱۳۴). مفهوم مخالف این عبارت این است که اگر عرف خلاف آن را تشخیص دهد، حکم به سفاهت فرد می‌شود و اگر معامله یا هبه‌ای انجام دهد یا اقرار به مالی نماید صحیح نخواهد بود (حلی، ۱۴۰۸ق، ج ۲، ص ۸۶) و منوط به اذن ولی اوست (نراقی، ۱۴۱۷ق، ص ۵۲۲).

فاضل مقداد معتقد است رشید کسی است که در معاملات فریب نخورد (حلی، ۱۴۰۴ق، ج ۲، ص ۱۸۱). بنابراین کسی که اموال خود را به‌طور متعارف و به شیوه عقلی مصرف نمی‌کند و در معاملاتش به سود و زیان و نیرنگ و فریب توجه ندارد و اموال خود را در راه‌های ناشایسته صرف می‌کند، سفیه یا غیر رشید نامیده می‌شود (صفایی، ۱۳۸۰، ص ۲۳۹).

معاملات سفیه در فقه بر اساس قول مشهور غیر نافذ است و با تنفیذ سرپرست او نافذ خواهد شد. اما طلاق و اقرار به نسب و مشابه این امور که مستقیماً موجب تصرف در اموال او نباشد، بدون نیاز به تنفیذ بعدی، معتبر است (نجفی، ۱۴۰۴ق، ج ۲۶، ص ۵۶). شیخ صدوق علت حرمت و منع تصرفات مالی این افراد را خوف نابودی اموال می‌داند. لذا زمانی که در شخص رشد عقلی مشاهده شود، نه تنها منع برداشته می‌شود، بلکه امر به بازگشت مالشان شده است (صدوق، ۱۴۰۹ق، ج ۵، ص ۲۹۰).

مطابق نص صریح قانون، سفیهان فاقد اهلیت شناخته شده و معاملاتشان فاقد اعتبار است. علت این عدم اعتبار، ناتوانی اندیشه این اشخاص در تشخیص و رعایت مصالح مالی خویش عنوان شده است (شهیدی، ۱۳۸۸، ج ۱، ص ۲۴۹).

با توجه به مطالعاتی که در خصوص افراد مبتلا به افسردگی حاد صورت گرفت معلوم گردید که آنچه در این دسته از بیماران به عنوان مانع شناخته شده است، در واقع اختلال در قوه ادراک و تصمیم‌گیری در آنهاست، به گونه‌ای که فرآیند تفکر و تصمیم‌گیری و شکل‌گیری قصد انشاء را دچار اختلال نموده و نمی‌گذارد قصد انشائی صحیح محقق شود؛ در نتیجه اراده و قصد انشائی مدنظر در معاملات را برهم زده و معاملاتشان را به جهت نبود قصد باطل می‌کند.

پرواضح است که چنانچه اثبات شود فرد مبتلا در عنصر قصد خود کامل است، در مرتبه بعد مسئله رشد و عدم سفاقت وی مطرح می‌گردد. البته در مواردی که فرد برای رهایی از شدت غم و اندوه دست به معاملات سفیهانه می‌زند و وارد اعمال حقوقی تکانشی می‌شود، شاید این فرض تصور گردد که به جهت انجام معاملات سفیهانه به سفها ملحق می‌شود. اما لازم به ذکر است که احراز سفاقت و عدم رشد باید در فرد به صورت ملکه نفسانی ظاهر شود و لذا صرف انجام معامله سفیهی نیز نمی‌توان افراد را به سفها ملحق نمود. چه بسا که افراد بالغ و افرادی که از سلامت روان برخوردارند نیز ممکن است در چنین معاملاتی گرفتار شوند. به همین جهت برخی از فقها در تعریف آن گفته‌اند: رشد یک ملکه نفسانی است که مقتضی اصلاح مال و افساد آن است؛ یعنی وجود چنین صفتی در شخص موجب بهره‌برداری درست از مال و مانع صرف مال در

راه‌های غیر عقلایی می‌گردد (شهیدثانی، ۱۴۱۳ق، ج ۴، ص ۱۴۸؛ حلی، ۱۴۰۸ق، ج ۲، ص ۸۵؛ مقدس اردبیلی، ۱۴۰۳ق، ج ۹، ص ۱۹۴). ملکه به صفت راسخ بر نفس گفته می‌شود که حالت دائمی دارد و اتفاقی و زودگذر نیست (صفایی، ۱۳۸۰، ص ۲۳۴). لذا باتوجه به این که در این دسته از بیماران در مرحله اول قصد انشاء به صورت کامل محقق نمی‌گردد، لذا برای بررسی صحت معاملاتشان، نوبت به اثبات عدم رشد آن‌ها نمی‌رسد. بنابراین الحاق این دسته از افراد به سفیهان امری بعید می‌باشد.

شایان ذکر است برخی از فقها از جمله آقایان فاضل لنکرانی (لنکرانی، ۱۴۰۰) و حسینی زنجانی (حسینی زنجانی، ۱۴۰۰) در پاسخ به استفتای صورت گرفته، معاملات این دسته از افراد را سفیهانه دانسته و قائل به بطلان معاملات آن‌ها شده‌اند. چنانچه منظور ایشان سفیهانه بودن معامله است که مطابق اجماع فقها باید قائل به عدم نفوذ شد؛ اما چنانچه منظور از بطلان قصد باشد، عنوان سفهی به آن تعلق نخواهد گرفت.

ب. فرضیه دوم: عدم قصد

دسته دوم از فقها کسانی هستند که فرضیه عدم قصد را در خصوص افراد مبتلا به افسردگی مطرح نموده‌اند. شایان ذکر است که هرگونه خللی در قصد انشاء، به عنوان اصلی ترین رکن عقد، آثار حقوقی متفاوتی را در پی خواهد داشت. افراد مبتلا به افسردگی حاد همان گونه که در موضوع شناسی نیز به تفصیل بیان شد به جهت ویژگی‌ها و شرایط خاصی که در عنصر تفکر و تصمیم‌گیری و همچنین عدم تمرکزی که اغلب دارند فاقد قصد تلقی شده و مطابق قاعده تبعیت، معاملات فاقد قصد محکوم به بطلان است.

یکی از کاربردی ترین و مهم ترین قواعد فقه و حقوق قاعده تبعیت «العقود تابعة للقصود» است که بر اساس آن عقد بدون قصد تحقق نمی‌یابد. لذا همان گونه که فقها در شرایط عمومی عقود به آن تصریح کرده‌اند، این قاعده دارای کلیتی است که شامل همه عقود می‌شود و معنی آن شرطیت اراده و قصد در عقود و عدم تحقق عقد بدون قصد است و این همان معنای تبعیت در فقه است که اگر تابع نباشد، متبوع نیز محقق نخواهد

شد. لذا به همین جهت معاملات غافل، نائم (خواب)، ناسی (فرد دچار نسیان)، هازل (شوخی کننده)، غالط (کسی که زیاد دچار اشتباه می شود) و مستی که فاقد قصد باشد باطل است (مراغی، ۱۴۱۷ق، ج ۲، ص ۴۸). ماده ۱۹۰ قانون مدنی نیز قصد انشاء را شرط صحت معاملات معرفی می کند که اگر قصد انشائی بر هم بخورد، معاملات از اساس باطل خواهد شد. این مسئله را زمانی می توان مشاهده نمود که افراد مبتلا به افسردگی حاد به جهت رهایی از غم و اندوه و بدون تفکر صحیح وارد معاملات سنگین شده و بلافاصله پس از آن پشیمان شده و افکار مخرب انتحاری به سراغشان می آید و بعضاً دست به خودکشی می زنند. این افراد به جهت فقدان قصد در حکم جنون هستند و همان گونه که معاملات مجنون باطل است، معاملات ایشان نیز به جهت مخدوش بودن قصد انشائی محکوم به بطلان خواهد بود.

در این میان آیت الله مدرسی (مدرسی، ۱۴۰۱) و علوی گرگانی (علوی گرگانی، ۱۴۰۱) افراد مبتلا به افسردگی حاد را فاقد قصد دانسته و معاملات آن ها را باطل اعلام نموده اند که نظریه مختار نیز همین می باشد.

۴. معاملات افراد افسرده خفیف

اختلالات افسردگی به حسب انواع متنوع اند و به حسب درجه دارای درجات شدید و خفیف هستند. درجات خفیف افسردگی شامل افسردگی دوقطبی II، افسردگی ملال پیش از قاعدگی، افسردگی ناشی از دارو و مواد، افسردگی پس از زایمان و افسردگی با الگوی فصلی می شود.

افسردگی دوقطبی II مجموعه ای از دوره هیپومانیا و افسردگی اساسی است که فرد در این حالت کاهش توانایی تفکر و تمرکز و یا بی تصمیمی را در تمام روز تجربه می کند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۷، ص ۱۹۸).

اختلال افسردگی پیش از قاعدگی مجموعه ای از نوسانات خلقی، تحریک پذیری، غم و اضطراب که به طور مکرر در طول دوره قاعدگی رخ می دهد و در زمان نزدیک به شروع قاعدگی یا اندکی بعد از آن از بین می روند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۷، ص ۲۶۷).

افسردگی با الگوی فصلی که به آن اختلال عاطفی فصلی نیز می‌گویند نوعی از افسردگی است که در طول فصل خاصی مانند زمستان عود می‌کند و معمولاً با روش نوردرمانی بهبود می‌یابد (کالات، ۱۳۹۶، ص ۶۶۶).

وجود هم‌ابتلائی سبب شده است که نتوانیم به‌طور دقیق درجات ضعیف و خفیف را از یکدیگر متمایز کنیم. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دیس تایمیک و افسردگی دوقطبی II با یک اختلال افسردگی اساسی همراه هستند؛ پدیده‌ای که اغلب به آن «افسردگی مضاعف»^۱ می‌گویند. این بیماران در مقایسه با بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، درصد بهبودی کمتری را از خود نشان می‌دهند (Rhebergen et al, 2009, p. 451).

اگرچه در تمامی انواع افسردگی خفیف، حُلق افسرده شده و کارکرد آن ضعیف می‌گردد، اما این ضعف به حدی نیست که قدرت تصمیم، اراده، تمرکز و قصد بیمار را بر هم زند و معمولاً با روش‌های شناخت‌درمانی، روان‌درمانی یا دارو درمانی بهبودی حاصل می‌شود (Rhebergen et al, 2009, p. 453). در افسردگی خفیف تمام مراحل قصد می‌آید. ابتدا منظور و تصور که همان انعکاس تصور در ذهن است. ثانیاً سنجش و ارزیابی تصور و بررسی آثار سود و زیان آن. ثالثاً رضا و تصمیم که همان شوق به عمل حقوقی و تصمیم به انجام آن است و رابعاً اجرای تصمیم که همان قصد انشاء معامله و اقدام به عمل حقوقی است؛ به‌عنوان مثال به قصد بیع یا اجاره معامله را انجام می‌دهد (شهیدی، ۱۳۸۸، ج ۱، ص ۱۲۹). افراد مبتلا به افسردگی خفیف با تمامی اقسام آن، به جهت ضعیف بودن بیماری، قادر به کنترل و درمان بیماری خود هستند و همچنین سلامت تمرکز، تفکر و قدرت تصمیم‌گیری در این افراد سبب شده تا قصد انشاء معامله در ایشان نیز سالم و کامل باشد؛ لذا بدیهی است که معاملاتشان صحیح و نافذ است.

نتیجه‌گیری

وجود درجات مختلف در اختلالات خلقی با آثار متفاوت حقوقی همراه است. با توجه

1. double depression

به بررسی‌هایی که صورت گرفته است معلوم گردید که اختلال افسردگی به‌عنوان یکی از اختلالات خُلقی دارای شیوع و گستردگی زیادی در میان افراد جامعه است. این اختلال بنا به میزان آسیب‌پذیری‌ای که بر روان و عملکرد فرد دارد، به دو نوع حاد و خفیف تقسیم شد و هر کدام به‌صورت مجزا مورد ارزیابی قرار گرفت. اختلال افسردگی حاد که شامل افسردگی اساسی و افسردگی دوقطبی است، اثر مستقیم و مخربی را بر روان و قدرت ادراک و تصمیم‌گیری افراد می‌گذارد و عنصر اراده و قصد انشائی مدنظر در معاملات را برهم زده و معاملاتشان را به جهت نبود قصد باطل می‌کند و درنهایت منجر به آسیب‌های اجتماعی و فردی غیرقابل‌انکار و غیرقابل‌جبرانی در مبتلایان می‌شود. برهم خوردن تمرکز، سلب قوه ادراک و تفکر، رفتارهای لحظه‌ای و تکانشی، احساس ناامیدی و یأس شدید، افکار هذیانی و خودکشی از ویژگی‌های بارز این اختلال است. این علائم اگرچه در افسردگی‌های خفیف نیز وجود دارد، اما قابل مدیریت و درمان هستند و به‌طور کامل اراده افراد را مختل نمی‌کند؛ لذا به تبع آن برخلاف افراد دچار به افسردگی شدید، معاملات مبتلایان به انواع افسردگی‌های خفیف نیز صحیح و نافذ خواهد بود. در این راستا به جهت حفظ حقوق و حمایت از افراد افسرده در درجات شدید پیشنهاد می‌شود که قانون‌گذار قوانینی را در جهت کشف بیماری و شناخت ابعاد دقیق آن توسط محاکم قضایی برای رسیدن به حکمی عادلانه و مطابق بر واقع تدوین نماید. همچنین به نظر می‌رسد نصب قیم در موارد فقدان قصد، به جهت محافظت از مبتلایان و جلوگیری از تبعات ناشی از تصمیمات اشتباه آن‌ها، امری قابل تأمل و راهگشا خواهد بود.

فهرست منابع

۱. ابن منظور، محمد بن مكرم. (۱۴۱۴ق). لسان العرب (ج ۱۲). لبنان: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع - دار صادر
۲. اشرفیان بناب، مازیار. (۱۳۸۰). ضروریات پزشکی قانونی. تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده.
۳. اصفهانی، محمدحسین. (۱۳۷۴). نه‌ایة الدرایة فی شرح الکفایة (ج ۲، ۳). قم: سیدالشهدا.
۴. انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۷). راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی DSM5 (مترجم: فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر، فرهاد شاملو، چاپ چهارم). تهران: کتاب ارجمند.
۵. ایروانی، علی بن عبدالحسین. (۱۴۰۶ق). حاشیة المكاسب (للایروانی) (ج ۱). تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
۶. آوادیس یانس، هامایاک. (۱۳۸۰). ژنتیک رفتاری مباحث و یافته‌های نوین علم وراثت در روان‌شناسی و روان‌پزشکی (مترجم: محمدرضا نیک‌خو). گلستان: مهتاب.
۷. بازگیر، یدالله. (۱۳۸۰). موازین حقوقی امور حسبی در آرای دیوان عالی کشور (ج ۱). تهران: دانش نگار.
۸. پاجورجیو، کاستاس. (۱۳۸۶). نظریه‌های جدید در اختلال افسردگی (علت‌شناسی، پیشگیری و درمان) (مترجمان: زهرا یوسفی؛ فاطمه بهرامی؛ مجید برکتین). اصفهان: ارکان دانش.
۹. ترن پنی، پیتر دی. (۱۳۹۶). اصول ژنتیک پزشکی امری (مترجمان: لیلا یوسفیان و حسن وحید نژاد). تهران: ابن سینا.
۱۰. جعفری لنگرودی، محمدجعفر. (۱۳۸۸). ترمینولوژی حقوق. تهران: گنج دانش.
۱۱. جوهری، اسماعیل بن حماد. (۱۴۱۰ق). الصحاح - تاج اللغة و صحاح العربیة (ج ۲). لبنان: دار العلم للملایین.

۱۲. حسینی زنجانی، سید محمد. استفتاء مورخه (۱۴۰۰/۱۲/۲)، <https://smalzanjani.ir>.
۱۳. حلّی، جعفر بن حسن. (۱۴۰۸ق). شرائع الإسلام فی مسائل الحلال و الحرام (ج ۲، چاپ دوم). قم: مؤسسه اسماعیلیان.
۱۴. حلّی، حسن بن یوسف. (۱۴۱۳ق). قواعد الأحكام فی معرفة الحلال و الحرام (ج ۲، چاپ اول). قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۱۵. حلّی، حسن بن یوسف. (۱۴۲۰ق). تحریر الأحكام الشرعية علی مذهب الإمامیه (ط - الحدیثه) (ج ۱). قم: مؤسسه امام صادق علیه السلام.
۱۶. حلّی، مقداد بن عبد الله. (۱۴۰۴ق). التفتیح الرائع لمختصر الشرائع (ج ۲، چاپ اول). قم: انتشارات کتابخانه آیت الله مرعشی نجفی علیه السلام.
۱۷. خمینی، سید روح الله. (۱۴۱۰ق). الرسائل (ج ۲). قم: مؤسسه مطبوعاتی اسماعیلیان.
۱۸. دادستان، پریخ. (۱۳۸۷). روان شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (ج ۱). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها.
۱۹. رفیعی هنر، حمید. (۱۳۹۷). بررسی تطبیقی جنون در فقه و روان شناسی. نشریه تا اجتهاد، (۳)، صص ۷۷-۱۰۰.
۲۰. سادوک، بنجامین. (۱۳۹۳). خلاصه روان شناسی کاپلان و سادوک DSM5 (مترجم: مهدی گنجی، ج ۲، چاپ اول). تهران: ساوالان.
۲۱. سلیگمن، مارتین، روزنهان، دیوید و والکر، الین. (۱۳۹۱). آسیب شناسی روانی (مترجم: رضا رستمی، ج ۱). تهران: ارجمند.
۲۲. شهید ثانی، زین الدین بن علی عاملی. (۱۴۱۳ق). مسالك الأفهام إلى تنقیح شرایع الاسلام (ج ۴، چاپ اول). قم: مؤسسه المعارف الإسلامیه.
۲۳. شهیدی، مهدی. (۱۳۸۸). حقوق مدنی (تشکیل قراردادها و تعهدات) (ج ۱). تهران: مجد.
۲۴. صابری، سید مهدی. (۱۳۹۴). قانون و روان پزشکی (چاپ اول). تهران: مرکز پزشکی قانونی.

۲۵. صدوق، محمد بن علی قمی. (۱۴۰۹). من لا یحضره الفقیه (مترجم: علی اکبر غفاری، ج ۵، چاپ اول). تهران: نشر صدوق.
۲۶. صفایی، حسین؛ قاسم‌زاده، مرتضی. (۱۳۸۰). حقوق مدنی: اشخاص و محجورین (چاپ دوازدهم). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
۲۷. طباطبایی، سید محمدحسین. (بی تا). حاشیة الکفایة (ج ۲). قم: بنیاد علمی و فکری علامه طباطبایی رحمته الله علیه.
۲۸. طریقتی، شکرالله. (۱۳۵۵). روان‌شناسی و روان‌پزشکی کیفری. تهران: دهخدا.
۲۹. طوسی، محمد بن حسن. (۱۳۷۵). الاقتصاد الهادی إلى طریق الرشاد (للشیخ الطوسی). تهران: انتشارات کتابخانه جامع چهل ستون.
۳۰. عبدالرحمان، محمود. (بی تا). معجم المصطلحات والألفاظ الفقهية (ج ۳). بی جا.
۳۱. علوی بروجردی، محمدجواد. (۱۴۰۰/۱۲/۹). استفتاء، <http://alaviboroujerdi.ir>.
۳۲. علوی گرگانی، سجاد. (۱۴۰۰/۱۲/۱۲). استفتاء، <http://site.agorgani.ir>.
۳۳. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۶۴). حقوق مدنی (قواعد عمومی قراردادها) (ج ۱، چاپ اول). تهران: به نشر.
۳۴. کالات، جیمز. (۱۳۹۶). روان‌شناسی فیزیولوژیک (مترجم: یحیی سیدمحمدی). تهران: روان.
۳۵. کرمی، ابوالفضل. (۱۳۹۸). تشخیص و درمان اختلال‌های افسردگی. تهران: روان‌سنجی.
۳۶. لنکرانی، محمدجواد. (۱۴۰۰/۱۲/۵). استفتاء، <https://fazellankarani.com/question>.
۳۷. مدرسی، محمدتقی. (۱۴۰۰/۱۲/۹). استفتاء، <https://almodarresi.com/fa/new-questio>.
۳۸. مراغی، عبدالفتاح. (۱۴۱۷ق). العناوین الفقهية (ج ۲). قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۳۹. مظفر، محمدرضا. (۱۴۳۰ق). اصول الفقه (ج ۳). قم: طبع انتشارات اسلامی.
۴۰. مقدس اردبیلی، احمد بن محمد. (۱۴۰۳ق). مجمع الفائدة و البرهان فی شرح ارشاد الأذهان (ج ۹، چاپ اول). قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.

۴۱. نائینی، میرزا محمدحسین. (۱۴۱۳ق). *المکاسب و البیع (ج ۱)*. قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۴۲. نجفی، محمدحسن. (۱۴۰۴ق). *جواهر الکلام فی شرح شرایع الاسلام (ج ۲۶، چاپ هفتم)*. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۴۳. نراقی، احمد بن محمد مهدی. (۱۴۱۷ق). *عوائد الأيام فی بیان قواعد الأحکام (چاپ اول)*. قم: دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.
۴۴. نولمن هوکسما، سوزان؛ الفردریکسون، باربارا؛ ار لاقوس، جفری؛ لوتز، کریستل. (۱۳۹۴). روان‌شناسی عمومی اتکینسون و هیلگارد (مترجم: نصرت‌الله پورافکاری). تهران: ابن سینا.
۴۵. واسطی، زبیدی. (۱۴۱۴ق). *تاج العروس من جواهر القاموس (ج ۵)*. لبنان، دار الفکر للطباعة و النشر و التوزیع.
۴۶. هافمن، استفن جی. (۱۳۹۸). روان‌شناسی بالینی دیدگاه جهانی (مترجم: یحیی سیدمحمدی). تهران: ارسباران.
۴۷. همدانی، رضا. (۱۴۲۰ق). *حاشیه کتاب المکاسب (للهمدانی)*. قم: چاپ ستاره.
48. Atique-Ur-Rehman, H. & Neill, J. C. (2019). Cognitive dysfunction in major depression: From *assessment to novel therapies*. *Pharmacology & Therapeutics*, 202, pp. 53-71
49. Beddington J, Cooper CL, Field J, Goswami U, Huppert F, Jenkins R, Jones H, Kirkwood TBL, Sahakian B & Thomas S. (2008). *The mental wealth of nations*. *Nature* 455, 1057–1060.
50. Cooper, J. A. Arulpragasam, A. R. & Treadway, M. T. (2018). Anhedonia in depression: biological mechanisms and computational models. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22, pp. 128–135.
51. Dold, M. Bartova, L. & Fugger, G and et all, (2021). Melancholic features in major depression – a European multicenter study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, pp. 1-8
52. Fell, J. (2018). Is the Hippocampus a Potential Target for the Modulation of Mind Wandering in Major Depression? *Frontiers in Psychiatry*, 9: 363, 1-4

53. Gold, P. W. (2021). Endocrine Factors in Key Structural and Intracellular Changes in Depression. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 32(4), pp. 212–223.
54. Jacquet J, Hauert C, Traulsen A & Milinski. M (2011). Shame and honour drive cooperation. *Biology Letters* 7, pp. 899–901.
55. Koran.L.M, Faber.R.J, Aboujaoude.E, Large.M.D and Serpe.R.T, (2006), Estimated Prevalence of Compulsive Buying Behavior in the United States, *Am J Psychiatry* 2006; 163:1806–1812
56. Malhi, G. S, Ivanovski, B, Hadzi-Pavlovic, D. Mitchell, P. B, Vieta, E, & Sachdev, P. (2007). Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. *Bipolar Disorders*, 9 (1-2), pp. 114–125.
57. Moon, Moin Ahmed; Attiq, Saman (2018): Compulsive buying behavior: Antecedents, consequences and prevalence in shopping mall consumers of an emerging economy, *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences (PJCSS)*, *Johar Education Society, Pakistan (JESPK)*, *Lahore*, 12(2), pp. 548-570
58. O'Connor LE, Berry JW, Lewis T, Stiver DJ (2012). Empathy-based pathogenic guilt, pathological altruism, and psychopathology. *Pathological Altruism* (10), 10-30
59. Pacheco.D.C, Moniz A. I. D. de S. A.& Caldeira.S.N, and Silva.O.D.L, (2020), "Cannot Stop Buying"—Integrative Review on Compulsive Buying, 46, pp. 550-560
60. Plana-Ripoll, O, Pedersen, C. B & Holtz, Y, and et all (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, (76) 3, pp. 259-270
61. Pulcu. E, Thomas.E. J. & Trotter. P. D, et all, (2015), Social-economical decision making in current and remitted major depression, *Psychological Medicine*, 45, pp. 1301–1313.

62. Pulcu.E, Zahn. R & Moll. J,et all, (2014), Enhanced subgenual cingulate response to altruistic decisions remitted major depressive disorder, *journal Elsevier NeuroImage: Clinical*, (4), pp. 701-710
63. Rhebergen, D, Beekman, A. T& Graaf, R. de, and et all. (2009). The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), pp. 450–459.
64. Smith, T. E, Shelton, V. M, Richards, K. V, & Taliespin, M. (2015). Sirens' call: Understanding poor financial decision making and credit card misuse. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25, pp. 1-27
65. Thomas n.J, Al-Menhali.S & Humeidan.M, (2016), Compulsive buying and depressive symptoms among female citizens of the United Arab Emirates, *Psychiatry Research*, 237, pp. 357-360
66. Titus A A Beentjes, Peter J J Goossens, Irina E Poslawsky.2012. "Caregiver burden in bipolar hypomania and mania: a systematic review". *Journal of Perspectives in psychiatric care*.48(4), pp. 187-97
67. Varveri.L, Novara.C, Petralia.V & Floriana Romano, and et all, (2014), Compulsive Buying And Elderly Men: Depression, Coping Strategies And Social Support, *European Scientific Journal*. (2), pp. 147-157
68. Watts, F. N, & Sharrock, R. (1985). Description and measurement of concentration problems in depressed patients. *Psychological Medicine*, 15(02), pp. 317-326
69. Workman.L, PAPER.D, (2010), Compulsive Buying: A Theoretical Framework, *The Journal of Business Inquiry* 9, (1), pp. 89-126

References

1. Abdurrahman, M. (n.d.). *Mujam al-Mustalahat va al-Alfaz al-Faqihah* (Vol. 3).
2. Alavi Boroujerdi, M. J. (9/12/1400 AP). *Istifta'*. From: <http://alaviboroujerdi.ir>.
[In Persian]
3. Alavi Gorgani, S. (12/12/1400 AP). *Istifta'*. From: Poll <http://site.agorgani.ir>.
[In Persian]
4. American Psychiatric Association. (2017). *DSM5 statistical diagnostic guide for mental disorders* (Rezaei, F., & Fakhraei, A., & Farmand, A., & Niloufari, Hashemi Azar, J., & Shamlou, F. Trans. 4th ed.). Tehran: Kitab Arjmand.
5. Ashrafian Bonab, M. (1380 AP). *Forensic medicine requirements*. Tehran: Teimurzadeh Cultural Publishing Institute. [In Persian]
6. Atique-Ur-Rehman, H. & Neill, J. C. (2019). Cognitive dysfunction in major depression: From *assessment to novel therapies*. *Pharmacology & Therapeutics*, 202, pp. 53-71.
7. Avadis Yanes, H. (1380 AP). *Behavioral genetics, discussions and new findings of the science of heredity in psychology and psychiatry* (Nikkhou, M. R. Trans.). Golestan: Mahtab. [In Persian]
8. Bazgir, Y. (1380 AP). *The legal standards of arbitrary matters in the opinions of the Supreme Court of Iran*. (Vol. 1). Tehran: Daneshnegar. [In Persian]
9. Beddington J, Cooper CL, Field J, Goswami U, Huppert F, Jenkins R, Jones H, Kirkwood TBL, Sahakian B & Thomas S. (2008). *The mental wealth of nations*. *Nature* 455, 1057–1060.
10. Cooper, J. A. Arulpragasam, A. R. & Treadway, M. T. (2018). Anhedonia in depression: biological mechanisms and computational models. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22, pp. 128–135.
11. Dadsetan, P. (1387 AP). *Evolutionary pathological psychology from childhood to adulthood* (Vol.1). Tehran: Organization for Studying and Compiling Humanities Books of Universities. [In Persian]
12. Dold, M. Bartova, L. & Fugger, G and et all. (2021). Melancholic features in major depression – a European multicenter study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, pp. 1-8

13. Esfahani, M. H. (1374 AP). *Nahayat al-Dirayah fi Sharh al-Kifaya* (Vol. 2 & 3). Qom: Seyyed al-Shohada. [In Persian]
14. Fell, J. (2018). Is the Hippocampus a Potential Target for the Modulation of Mind Wandering in Major Depression? *Frontiers in Psychiatry*, 9(363), pp.1-4.
15. Gold, P. W. (2021). Endocrine Factors in Key Structural and Intracellular Changes in Depression. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 32(4), pp. 212–223.
16. Hamedani, R. (1420 AH). *Hashiya Kitab al-Makasib (by Hamedani)*. Qom: Setareh. [In Arabic]
17. Heli, H. (1413 AH). *Qawa'id al-Ahkam fi Ma'arifah al-Halal va al-Haram* (Vol. 2, 1st ed.). Qom: Islamic Publications Office affiliated with the Qom Seminary Society of Teachers. [In Arabic]
18. Heli, H. (1420 AH). *Tahrir Al-Ahkam Al-Sharia ala Madhab al-Imamiyah* (Al-Hadithah) (Vol. 1). Qom: Imam Sadiq Institute. [In Arabic]
19. Heli, J. (1408 AH). *Shara'e al-Islam fi Masa'il al-Halal va al-Haram* (Vol. 2, 2nd ed.). Qom: Esmaeilian Institute. [In Arabic]
20. Heli, M. (1404 AH). *Al-Tanqih al-Ra'e le Mukhtasar al-Shara'e* (Vol. 2, 1st ed.). Qom: Ayatollah Mar'ashi Najafi Library Publications. [In Arabic]
21. Hoffman, S. J. (1398 AP). *Clinical psychology from a global perspective* (Seyed Mohammadi, Y. Trans.). Tehran: Arasbaran. [In Persian]
22. Hosseini Zanjani, S. M. *Istifta'* (2/12/1400 AP). From: <https://smalzanjani.ir>. [In Arabic]
23. Ibn Manzoor, M. (1414 AH). *Lisan al-Arab* (Vol. 12). Lebanon: Dar Al-Fikr le Tab'a'ah va al-Nashr va Al-Tawzi'a - Dar Sader. [In Arabic]
24. Irwani, A. (1406 AH). *Hashiya al-Makasab (Irvani)* (Vol. 1). Tehran: Ministry of Culture and Islamic Guidance. [In Arabic]
25. Jacquet, J, & Hauert, C, Traulsen A. & Milinski. M. (2011). Shame and honour drive cooperation. *Biology Letters* 7, pp. 899–901.
26. Jafari Langaroudi, M. J. (1388 AP). *Legal terminology*. Tehran: Ganj Danesh. [In Persian]

27. Johari, E. (1410 AH). *Sahah - Taj al-Lugha va Sahah al-Arabiya* (Vol. 2). Lebanon: Dar al-Ilm le al-Mala'een. [In Arabic]
28. Kalat, J. (1396 AP). *Physiological psychology* (Seyed Mohammadi, Y, Trans.). Tehran: Ravan. [In Persian]
29. Karami, A. (1398 AP). *Diagnosis and treatment of depressive disorders*. Tehran: Psychometry. [In Persian]
30. Katouzian, N. (1364 AP). *Civil rights (general rules of contracts)* (Vol. 1, 1st ed.). Tehran: Beh Nashr. [In Persian]
31. Khomeini, S. R. (1410 AH). *Al-Rasa'il* (Vol. 2). Qom: Esmaeilian Press Institute. [In Arabic]
32. Koran. L. M, Faber. R. J, Aboujaoude. E, Large. M. D and Serpe. R. T. (2006). *Estimated Prevalence of Compulsive Buying Behavior in the United States, Am J Psychiatry* 2006; 163:1806–1812
33. Lankarani, M. J. (5/12/1400 AP). *Istfita'*. From: <https://fazellankarani.com/question>. [In Persian]
34. Malhi, G. S, Ivanovski, B, Hadzi-Pavlovic, D. Mitchell, P. B, Vieta, E, & Sachdev, P. (2007). Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), pp. 114–125.
35. Maraghi, A. (1417 AH). *Al-Anawin al-Fiqhiyyah* (Vol. 2). Qom: Islamic Publications Office affiliated with the Qom Seminary Society of Teachers. [In Arabic]
36. Modaresi, M. T. (9/12/1400 AP). *Istifta'*. From: <https://almodarresi.com/fa/new-questio>. [In Persian]
37. Moghaddas Ardebili, A. (1403 AH). *Majma' al-Fa'idah va al-Burhan fi Sharh Irshad al-Azhan* (Vol. 9, 1st ed.). Qom: Islamic Publications Office affiliated with the Qom Seminary Society of Teachers. [In Arabic]
38. Moon, Moin Ahmed; Attiq, Saman. (2018): Compulsive buying behavior: Antecedents, consequences and prevalence in shopping mall consumers of an emerging economy, *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences (PJCSS), Johar Education Society, Pakistan (JESPK), Lahore, 12(2)*, pp. 548-570

39. Muzaffar, M. R. (1430 AH). *Usul al-Fiqh* (Vol. 3). Qom: Islamic Publications. [In Arabic]
40. Naeini, M. M. H. (1413 AH). *Al-Makasib va Al-Ba'i* (Vol. 1). Qom: Islamic Publications Office affiliated with the Qom Seminary Society of Teachers. [In Arabic]
41. Najafi, M. H. (1404 AH). *Jawahir al-Kalam fi Sharh Sharae al-Islam* (Vol. 26, 7th ed.). Beirut: Dar Ihya al-Toras al-Arabi. [In Arabic]
42. Naraghi, A. (1417 AH). *Awaed al-Ayam fi Bayan Qawa'id al-Ahkam* (1st ed.). Qom: Office of Islamic Propaganda of Qom Seminary. [In Arabic]
43. Nolman Hoeksma, S., & Fredrickson, B., & AR Loftus, J., & Lutz, C. (1394 AP). *General psychology of Atkinson and Hilgard* (Pourafkari, N. Trans.). Tehran: Ibn Sina. [In Persian]
44. O'Connor LE, Berry JW, Lewis T, Stiver DJ. (2012). Empathy-based pathogenic guilt, pathological altruism, and psychopathology. *Pathological Altruism* (10),10-30
45. Pacheco. D. C, Moniz A. I. D. de S. A. & Caldeira. S. N, and Silva. O. D. L, (2020), *Cannot Stop Buying*—*Integrative Review on Compulsive Buying*, 46, pp. 550-560
46. Papageorgiou, C. (1386 AP). *New theories in depression disorder (etiology, prevention and treatment)* (Yousefi, Z., & Bahrami, F., & Barkatein, M, Trans.). Isfahan: Arkan Danesh. [In Persian]
47. Plana-Ripoll, O, Pedersen, C. B & Holtz, Y, and Et all (2019). Exploring Comorbidity within Mental Disorders among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, (76) 3, pp. 259-270
48. Pulcu. E, Thomas. E. J. & Trotter. P. D, et all, (2015), Social-economical decision making in current and remitted major depression, *Psychological Medicine*, 45, pp. 1301–1313.
49. Pulcu. E, Zahn. R & Moll. J ,et all, (2014), Enhanced subgenual cingulate response to altruistic decisions remitted major depressive disorder, *journal Elsevier NeuroImage: Clinical*, (4), pp. 701-710
50. Rafiei Honar, H. (1397 AP). Comparative study of insanity in jurisprudence and psychology. *Ta Ijtihad magazine*, (3), pp. 77-100. [In Persian]

51. Rhebergen, D, Beekman, A. T & Graaf, R. de, and et all. (2009). The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), pp. 450–459.
52. Saberi, S. M. (1394 AP). *Law and psychiatry* (1st ed.). Tehran: Forensic Medicine Center. [In Persian]
53. Sadouq, M. (1409 AH). *Man La Yahzoroho al-Faqih* (Ghaffari, A. A. Trans.). (Vol. 5, 1st ed.). Tehran: Sadouq Publications. [In Arabic]
54. Saduk, B. (1393 AP). *Kaplan and Sadok DSM5 Psychological Summary* (Ganji, M, Trans.). (Vol. 2, 1st ed.). Tehran: Savalan. [In Persian]
55. Safaei, H., & Ghasemzadeh, M. (1380 AP). *Civil rights: individuals and prisoners* (12th ed.). Tehran: Organization for Studying and Compiling Humanities Books of Universities (Samt). [In Persian]
56. Seligman, M., & Rosenhan, D., & Walker, E. (1391 AP). *Psychopathology* (Rostami, R. Trans., Vol. 1). Tehran: Arjmand. [In Persian]
57. Shahid Thani, Z. (1413 AH). *Masalak al-Afham ila Tanqih Sharae al-Islam* (Vol. 4, 1st ed.). Qom: Mu'asisah al-Ma'arif al-Islamiya. [In Arabic]
58. Shahidi, M. (1388 AP). *Civil rights (formation of contracts and obligations)* (Vol. 1). Tehran: Majd. [In Persian]
59. Smith, T. E, Shelton, V. M, Richards, K. V, & Taliespin, M. (2015). Sirens' call: Understanding poor financial decision making and credit card misuse. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25, pp. 1-27
60. Tabatabaei, S. M. H. (n.d.). *Hashiya al-Kifaya* (Vol. 2). Qom: Allameh Tabatabaei Scientific and Intellectual Foundation.
61. Tariqati, S. (1355 AP). *Criminal psychology and psychiatry*. Tehran: Dehkoda. [In Arabic]
62. Thomas n. J, Al-Menhali. S & Humeidan. M. (2016), Compulsive buying and depressive symptoms among female citizens of the United Arab Emirates, *Psychiatry Research*, 237, pp. 357-360
63. Titus A A Beentjes, Peter J. J Goossens, Irina E Poslawsky. (2012). "Caregiver burden in bipolar hypomania and mania: a systematic review". *Journal of Perspectives in psychiatric care*.48(4), pp. 187-97

64. Tousi, M. (1375 AP). *Al-Iqtisad al-Hadi ila Tariq al-Rashad (by Sheikh Al-Tousi)*. Tehran: Chehelsotun Comprehensive Library Publications. [In Persian]
65. Tranpenny, P. D. (1396 AP). *Principles of medical genetics* (Yousefian, L., & Vahid Nejad, H, Trans.). Tehran: Ibn Sina. [In Persian]
66. Varveri. L, Novara. C, Petralia.V & Floriana Romano, and et all. (2014). Compulsive Buying And Elderly Men: Depression, Coping Strategies And Social Support, *European Scientific Journal*. (2), pp. 147-157
67. Vasti, Z. (1414 AH). *Taj al-Arus, mina Jawahir Al-Qamoos* (Vol. 5). Lebanon, Dar al-Fekr le Taba'ah va al-Nashr va Al-Tawzi'a. [In Arabic]
68. Watts, F. N, & Sharrock, R. (1985). Description and measurement of concentration problems in depressed patients. *Psychological Medicine*, 15(02), pp. 317-326
69. Workman. L, PAPER. D, (2010). Compulsive Buying: A Theoretical Framework, *The Journal of Business Inquiry*, 9(1), pp. 89-126

