

تاجها

پژوهش‌های فقهی

دوفصلنامه علمی - پژوهشی
سال دوم، شماره ۳، بهار و تابستان ۱۳۹۷

بررسی تطبیقی جنون در فقه و روانشناسی^۱

حمید رفیعی هنر^۲

چکیده

با شکل‌گیری علم نوین روان‌شناسی و قرار گرفتن مفهوم جنون در قلمرو این حوزه، فصل تازه‌ای از توصیف، تبیین و معرفی جنون شکل یافته و ابهاماتی را در تشخیص مصادیق جنون در حوزه علوم اسلامی، به‌ویژه در فقه اسلامی، ایجاد نموده است. پژوهش حاضر با شیوه توصیفی-تحلیلی در پی یافتن معنای اصطلاحی جنون در فقه، معنای جنون در روان‌شناسی و یافتن مصادیق جنون فقهی در روان‌شناسی امروز است. برای تبیین معنای اصطلاحی جنون، علاوه بر کتب فقها، به بررسی اجمالی روایات اسلامی پرداخته شده است. شهید ثانی، فاضل هندی، فاضل مقداد، صاحب ریاض، صاحب جواهر و قاضی ابن براج، از جمله فقهای هستند که نظرات آنها در این باب بررسی شده و در بررسی مفهوم جنون در روان‌شناسی از بحث جنون در سیر تاریخ نیز استفاده گردیده است. محقق، در نهایت به چهار دسته کلی از اختلالات و بیماری‌ها دست یافته که می‌توانند مصادیق جنون در فقه باشند. «روان‌گسیختگی» اولین مصادیق جنون فقهی در روان‌شناسی امروز است.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۷/۱۵

تاریخ تأیید: ۹۳/۹/۱

۲. دانش‌پژوه دکترای روان‌شناسی عمومی مؤسسه امام خمینی (ره). hamidRafii2@gmail.com

تاجها
پژوهش‌های فقهی

بررسی تطبیقی جنون در فقه و روان‌شناسی

دومین مصداق آن، «اختلال عصبی-رشدی» (شامل دلیریوم و زوال عقل)، سومین مصداق، «اختلال آشفته‌گی» (مانیا) و چهارمین مصداق، «عقب ماندگی ذهنی» است. هر یک از موارد فوق، شاخه‌های مختلفی را در بر می‌گیرد که همه آنها را نمی‌توان در عنوان فقهی قرار داد. **واژگان کلیدی:** جنون، عقل، فقه، روان‌گسیختگی، آشفته‌گی، دلیریوم، زوال عقل، عقب ماندگی ذهنی.

مقدمه

با پیشرفت علوم و شکل‌گیری شاخه‌های مختلف در علوم انسانی، بعضی از مفاهیم و عناوین به کار رفته در قرون سابق بازنگری و بررسی شده است. گاه دامنه یک عنوان، وسیع و گاهی تنگ‌تر گشته و گاهی هم جای خود را به مفاهیم دیگر سپرده و از حوزه علوم رخت بر بسته است. پیگیری این تغییرات در صورتی که به آشکار شدن ابهامات علمی در قلمرو این علوم منجر شود و اثرات آن در زندگی افراد بشر نمایان گردد، باعث می‌شود محققان را به سمت این‌گونه بررسی‌ها سوق دهد. از جمله این مفاهیم که جوامع مختلف بشری با آن دست به گریبان بوده‌اند، مفهوم «جنون» است. در حوزه علوم اسلامی، به‌ویژه در قلمرو فقه اسلامی، این مفهوم به وفور یافت می‌شود.

در فقه اسلامی، برای افرادی که دچار جنون شده‌اند، همانند دیگر مکلفان شرعی، یک سری احکام سلبی و اثباتی از جانب شارع مقدس در نظر گرفته شده است. اما مسئله‌ای که در این میان به وجود آمده و در پژوهش‌های تطبیقی کمتر به آن پرداخته شده، این است که امروزه با توسعه دانش روان‌شناسی و قرار گرفتن مفهوم جنون در قلمرو شاخه‌های این دانش، نگاه جدیدی از توصیف و تبیین این مفهوم شکل یافته و ابهاماتی را در تشخیص مصادیق جنون در علم فقه به وجود آورده است.

آنچه محقق در پی آن است، بررسی معنای اصطلاحی جنون در فقه، معنای جنون در روان‌شناسی نوین و در نتیجه، یافتن مصادیق جنون فقهی در روان‌شناسی امروز است. از این رو برای تبیین معنای اصطلاحی جنون لازم است علاوه بر بررسی آرای فقهای شیعی، به بررسی اجمالی روایات اسلامی پرداخته و در بررسی مفهوم جنون در روان‌شناسی به سیر تاریخی بحث جنون نیز اشاره گردد.

سازمان
پژوهش‌های فقهی

سال دوم، شماره ۳، بهار و تابستان ۱۳۹۷

مفهوم شناسی

معنای لغوی جنون: جَنَنٌ به معنای پوشاندن بوده و هر چیزی که از نظر شخص مستور شود، واژه «جن» به کار برده می‌شود.^۱ بر همین اساس به قلب جنان گویند، چرا که در میان بدن پوشیده است؛ به سپر مجن و مجنة گویند؛ از آن رو که صاحب سپر را می‌پوشاند؛ به باغ و مزرعه و چمن جنت و جنات گویند؛ چرا که روی زمین را می‌پوشانند و بچه را از آن رو جنین گویند که شکم مادر او را پوشانده و در نتیجه مجنون هم کسی است که عقلش پوشانده شده باشد.^۲

معنای فقهی جنون: هر چند در کتب فقهی به تعریف واضح و روشنی از جنون دست نمی‌یابیم، اما از نظر برخی از علمای اسلامی، جنون عَلم برای مرض شخصی معینی نیست، بلکه اسمی است که همه بیماری‌های مغزی را که موجب اختلال عقلی و فساد عقل است، در بر می‌گیرد و از آن بیماری‌ها به فساد عقل تعبیر می‌شود و منظور از فساد عقل هم، اعم از این است که فساد به اصطلاح فلسفی در قوه عاقله باشد یا در قوای خادمه عقل همچون قوه مفکره و مخیله و غیر آن.^۳ به ادعای فاضل نراقی، فقها هم در کتب خود تصریح کرده‌اند که جنون به معنای فساد عقل است.

علی‌رغم کلام فاضل نراقی، با بررسی کلمات فقها مشاهده می‌شود که در مفهوم جنون اختلاف تعبیر وجود دارد:

الف) برخی فقها، جنون را مطلق فساد عقل می‌دانند. شهید ثانی، فاضل هندی و فاضل مقداد بر این قول تصریح کرده‌اند که جنون همان فساد عقل یا زوال عقلی است که صاحب آن خوب را از بد تشخیص ندهد.^۴

ب) برخی فقها، جنون را صرفاً آن فساد عقلی می‌دانند که از بیماری خاصی ناشی نشده باشد. به اعتقاد صاحب ریاض، جنون همان فساد استقرار یافته در عقل است، به شرطی که

۱. ابن منظور، لسان العرب، ج ۱۳، ص ۹۲.

۲. قرشی، قاموس قرآن، ج ۲، ص ۶۱.

۳. نراقی، عوائد الایام، عاوده ۵۳، ص ۵۱۶.

۴. فاضل هندی، کشف اللثام، ج ۲، ص ۲۸؛ شهید ثانی، مسالک، ج ۷، ص ۱۷۲؛ فاضل مقداد، تنقیح،

ج ۳، ص ۱۷۹.

این فساد به سهو سریع الزوال و اغماهای تکراری استناد داده نشود. صاحب جواهر نیز معتقد است جنون، مرضی در عقل است که به فساد عقل منجر و موجب می‌شود تا عقل، افعال و احکام خود را هر چند در بعض اوقات انجام ندهد. از این رو به اعتقاد ایشان جنون بر موارد ذیل اطلاق نمی‌شود: سهو زیادی که سریع از بین می‌رود و اغمایی که از هیجان شخص یا به خاطر مرضی ناشی شده باشد.^۱

ج) از نگاه برخی دیگر، جنون بر دو قسم است: قسمی مسبب از بیماری است و قسم دیگر ناشی از بیماری نیست. قاضی ابن‌براج بر این رأی معتقد است. از نگاه ایشان جنون دو نوع است که البته احکام جنون در هر دو مورد جریان دارد؛ مورد اول بر اثر بیماری است که شخص، مبتلای آن شده و مورد دوم، بدون ایجاد بیماری بر عقل شخص، غالب شده و این مورد بیش از مورد قبل است.^۲

صاحب جواهر در استدراکی از کلام قبلی خویش، می‌گوید:

ممکن است از لحاظ لغوی مفهوم جنون، سهو زیادی که سریع از بین می‌رود و اغمایی که از هیجان شخص یا به خاطر مرضی ناشی شده است را هم شامل شود، هر چند در میان عرف هر کدام از آنها اسم خاصی داشته باشند و منظور قاضی ابن‌براج همین بوده که جنون را دو قسم کرده است.^۳

در جمع‌بندی آرای فقها می‌توان این‌گونه گفت که: در یک دسته از اقوال، جنون تنها در موردی صدق می‌کند که عنوان «فساد عقل» بر آن صادق باشد؛ خواه منشأ این فساد، بیماری خاصی باشد یا نباشد، پس عنوان فساد عقل موضوعیت خواهد داشت.

در دسته دیگر از دیدگاه‌ها، فساد عقل موضوعیت ندارد، بلکه ممکن است شخص دچار زوال عقل نشده و صرفاً بر اثر بیماری، اغمایی بر او عارض شده و قدرت تشخیص خوب و بد را در آن موقعیت از دست داده باشد و در نتیجه احکام جنون بر او هم مترتب می‌شود. در نتیجه تعریفی که از جنون در اینجا اختیار می‌کنیم عبارت است از:

خروج از تعادل عقلی به گونه‌ای که فرد قدرت تشخیص حسن و قبیح را در اعمال و رفتار

۱. حائری، ریاض المسائل، ج ۲، ص ۱۳۴؛ نجفی، جواهر، ج ۳۰، ص ۳۱۸.

۲. ابن‌براج، مهذب، ج ۲، ص ۲۳۲.

۳. نجفی، جواهر، ج ۳۰، ص ۳۱۸.

خویش از دست داده و قادر به ارزیابی منافع و مضار آشکار خود نباشد. انواع جنون در فقه: در ابواب فقه جنون را به دو دسته تقسیم کرده‌اند: جنون اطباقی و جنون ادواری.^۱ منظور از جنون اطباقی، جنونی است که تمام عمر شخص را فراگرفته باشد و در مقابل، جنون ادواری مربوط به شرایطی می‌شود که دوره‌ای از زمان، حالت جنون به شخص دست می‌دهد و در دوره‌ای دیگر رهایی یافته، به وضع عادی برمیگردد. در ابواب فقه، شخصی که دچار جنون ادواری است فقط در دوره‌ای که مجنون باشد احکام فقهی جنون بر او مترتب است و در حالت‌های عادی، احکام دیگر مکلفین را خواهد داشت.^۲ از این تقسیم‌بندی معلوم می‌شود کسی که دچار جنون ادواری است، به خاطر عوامل خاصی، عقل او از حالت تعادل خارج می‌شود، وگرنه در اوقات دیگر در حالت تعادل عقلی و روانی به سر می‌برد.

جنون در روایات

با بررسی روایات متعددی که در آنها از جنون و مجنون و موارد مشابه همچون زوال عقل و مانند آن ذکری به میان آمده، نکات مهمی قابل برداشت است که به آنها اشاره و سپس نتیجه‌گیری خواهد شد:

مجنون در روایات با تعابیر مختلفی توصیف شده است. بیشترین تعابیر در این زمینه عبارت‌اند از: «مغلوبٌ علی عقله»، «مصروع»، «مختبل العقل» و «الذی لا یعقل».^۳ در برخی از روایات تصریح شده است که مجنون، مبتلا به بیماری است؛ برای نمونه حضرت رسول ﷺ از کنار عده‌ای که دور کسی جمع شده بودند عبور می‌کرد. حضرت از ماجرا سؤال کردند، گفته شد: مجنونی است که در میان جمع افتاده است. حضرت فرمودند: «او مبتلی [به مشکلی] است» و در روایت دیگر فرمود: «او مصاب (مشکلی به او برخورد کرده) است».^۴

۱. شهید ثانی، مسالک، ج ۸، ص ۱۰۱؛ علامه حلی، تذکره، ج ۷، ص ۱۰۹.

۲. نراقی، عوائد الایام، عانده ۵۳، ص ۵۱۳.

۳. طوسی، تهذیب، ج ۱۰، ص ۵۱؛ حرّ عاملی، وسائل، ج ۲۰، ص ۱۲۹؛ نوری، مستدرک، ج ۱۵، ص ۳۰۷؛ صدوق، فقیه، ج ۳، ص ۴۹۲.

۴. نوری، مستدرک، ج ۸، ص ۲۳۹؛ مجلسی، بحار، ج ۱، ص ۱۳۱.

در روایات متعددی به اموری اشاره شده که انجام آنها باعث جلوگیری از جنون در افراد می‌شود. برطرف کردن حاجت انسان مؤمن، روزه در ماه رجب، قرائت سوره ممتحنه در نمازهای واجب و مستحب، قرائت سوره‌های ابراهیم و حجر در روز جمعه، قرائت سوره نحل در هر ماه و قرائت سوره یاسین، گفتن هفت مرتبه ذکر حوقله، ادای صدقه، نوشتن تعویذ خاص برای زن نفسا، خواندن ادعیه ماثور خاص، شروع و پایان بردن غذا با نمک، خوردن کرفس، گرفتن شارب و ناخن‌ها در روز جمعه، حجامت، شستن سر با خطمی و استفاده از حنا در حمام، مواردی هستند که در روایات به عنوان موانع شکل‌گیری بیماری‌ها، مشکلات، از جمله جنون ذکر شده است.^۱

در برخی روایات در توصیف مجنون واقعی به برداشت‌های اخلاقی اشاره شده، به گونه‌ای که توجه مخاطبان از شخصی که در نظر آنان مجنون است، منصرف شود. در این موارد، رفتار معصومان علیهم‌السلام این‌گونه بوده که با بیان اینکه چنین شخص مورد تصور مخاطبان، فقط یک بیمار است، ویژگی‌های دیوانه واقعی را بیان کرده است: به برخی از این روایات اشاره می‌شود:

در روایت رسول خدا صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم، مجنون واقعی کسی دانسته شده که با سلامت کامل بدنی در عین تمنای بهشت از خداوند متعال، مقیم معصیت است.

رسول خدا صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم فرمود: «مجنون کسی است که دنیا را بر آخرت مقدم بنماید.» رسول خدا صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم از کنار مردی عبور کرد، بعضی از افراد [در حالی که به شخصی اشاره می‌کردند] گفتند: آن مرد، مجنون است. حضرت فرمود: «نه! او مجنون نیست] بلکه او مصاب است. مجنون آن زن و مردی هستند که جوانی خود را در غیر طاعت خدا گذرانده اند.»^۲

۱. کلینی، کافی، ج ۴، ص ۳۴؛ حرّ عاملی، وسائل، ج ۱۰، ص ۴۷۵، ج ۷، ص ۳۷۱، ج ۶، ص ۲۵۲؛ مجلسی، بحار، ج ۱۸، ص ۱۰؛ حرّ عاملی، وسائل، ج ۶، ص ۴۷۹؛ کلینی، کافی، ج ۴، ص ۵؛ نوری، مستدرک، ج ۱۵، ص ۲۰۹؛ طوسی، امالی، ص ۴۴۸؛ مجلسی، بحار، ج ۹۱، ص ۴۰۴؛ حرّ عاملی، وسائل، ج ۲۴، ص ۴۰۳؛ مجلسی، بحار، ج ۵۹، ص ۲۸۴؛ نوری، مستدرک، ج ۶، ص ۴۵، ج ۱۷، ص ۱۱۵؛ کلینی، کافی، ج ۳، ص ۴۱۸، ج ۶، ص ۵۰۹.

۲. نوری، مستدرک، ج ۸، ص ۲۳۹؛ مجلسی، بحار، ج ۱، ص ۱۳۱؛ طبرسی، مشکاة الانوار، ص ۱۷۰.

از روایات می‌توان نتیجه گرفت:

الف: جنون می‌تواند امر عارضی غیر وراثتی و ناشی از بیماری باشد، به گونه‌ای که به واسطه برخی امور، می‌توان مانع شکل‌گیری آن شد. وجود برخی روایات، مبنی بر اینکه جنون یکی از سه بیماری مهم^۱ است، مؤید این مطلب است و نیز تأثیر امور ذکر شده در جلوگیری از ایجاد جنون، مشخص می‌نماید که جنون همچون دیگر بیماری‌ها فرض شده، که با راهکارهایی مرتفع می‌شود. پس لزوماً جنون امر سرشتی نمی‌تواند باشد.

ب: آن مقدار که محقق جست‌وجو نموده، تعبیر «فساد العقل» که در کتب فقهی آمده، در روایات مستند یافت نمی‌شود. هر چند تعابیر روایی هم، حاکی از این است که شخص مجنون، اختلالی در عقل دارد.

ج: در کتب فقهی، جنون به دو دسته اطلاق و ادواری تقسیم شده است. درحالی‌که در منابع روایی این عناوین به چشم نمی‌خورد. البته در برخی روایات^۲ فقط به موضوع افاقه شخص مجنون اشاره شده است.

به هر حال، با اثبات جنون برای شخص، تکالیف شرعی بدنی و مالی از وی برداشته شده و به تعبیر روایات، از فرد رفع قلم می‌شود. در نتیجه وجوب عبادات از او منتفی شده، شهادت و اقرارهای او پذیرفته نمی‌شود، معاملات و اموری چون عقود، ایقاعات، که متعلق به عقلاست، در مورد وی صحیح نبوده و در نهایت در اعمال منجر به پرداخت دیات و اجرای حدود از تخفیف‌های متناسب برخوردار خواهد بود.^۳

نگاهی به تاریخ جنون در روان‌شناسی

هر چند نوع رفتار با آدمیان در فرهنگ‌های مختلف به طور متفاوت بروز می‌کند، به نظر می‌رسد یک توافق عمومی در بیشتر فرهنگ‌ها در مورد افراد مجنون وجود دارد و آن «وجود جوهره حیوانیت در شخص مجنون» است. البته در بعضی فرهنگ‌ها به وجود «شیاطین و اجنه» در آنها ادعان شده و نتیجه مسلم این تلقی، در بند کشیدن این افراد بوده است. این تفکر

۱. برص، جذام و جنون: کلینی، کافی، ج ۸، ص ۱۰۸.

۲. صدوق، خصال، ج ۱، ص ۹۴.

۳. ابن حیون، دعائم الاسلام، ج ۱، ص ۱۹۴.

به اقرار تاریخ در مغرب زمین، نمود بیشتری داشته که در ادامه به بخشی از آن پرداخته می شود.

به اعتقاد تاریخ‌نگاران اروپایی^۱ در عصر کلاسیک از زمان تأسیس بیمارستان پاریس و افتتاح نخستین دارالتأدیبات‌های آلمان و انگلستان تا پایان قرن هجدهم علاوه بر حبس فاسقان و فاجران، دیوانگان هم در بند بودند. حدود یک‌دهم افرادی که برای اعزام به بیمارستان عمومی پاریس در این شهر جلب و توقیف می‌شدند، عبارت بودند از دیوانگان، مبتلایان به زوال عقل، اختلال مشاعر و اشخاصی که کاملاً دچار جنون شده‌اند.

با بررسی کتب مربوط به تاریخ جنون در می‌یابیم که اولین تعابیر معرف جنون در قالب دو عنوان اصلی «مالیخولیا»^۲ و «مانیا»^۳ بوده است. متفکران معتقد بودند، مالیخولیا هذیانی است که با خلط سوداوی سنتی آمیخته شده و سبب هذیان فرد می‌شود و آن را از مانیا، «زوال عقل»^۴ و سرسام متمایز می‌کند. بعدها، بین مانیا و مالیخولیا این‌گونه تفاوت قائل شدند که بیمار مالیخولیایی قادر به برقراری ارتباط با جهان خارج نیست؛ اما بدن فرد مانیا این‌گونه نبوده و با هر محرکی مرتعش می‌شود و هذیان‌های او عمومی است.

به تدریج جنون، به مثابه یک بیماری در قلمرو جسم جای گرفت و دقیقاً در همین زمان بود که روان‌شناسی نضج یافت. کم‌کم در خلال قرن نوزدهم دیوانگان از زندانهای مخوف عصر کلاسیک به آسایشگاه‌ها سوق داده شدند و روان‌شناسان در پی تبیین علمی-تجربی ماهیت این «بیماری»ها برآمدند، به گونه‌ای که سیر تاریخ جنون می‌رفت تا عنوان «جنون» را از افواه علمی بزداید و جای خود را به تعابیر روان‌شناختی بسپارد.^۵

۱. فوکو میشل، تاریخ جنون در عصر کلاسیک، ص ۷۶.

۲. Melancholia.

۳. Mania.

۴. Dementia.

۵. فوکو میشل، تاریخ جنون در عصر کلاسیک، ص ۱۰۳.

شکل‌گیری تاریخی مفهوم روان‌گسیختگی

شاید بتوان تغییرات روان‌شناختی قرن نوزدهم در زمینه مفهوم جنون را در کار «هسلم»^۱ پزشک انگلیسی مشاهده کرد. او در اثری تحت عنوان «مشاهده‌هایی درباره جنون و مالیخولیا» که در سال ۱۸۰۹ منتشر شد، به توصیف اختلالی که وی آن را «شکلی از جنون» می‌نامید پرداخت و پاره‌ای از نشانه‌هایی را که برای این اختلال برشمرد، شبیه چیزی است که در عصر حاضر در ادبیات روان‌شناسی مرض «روان‌گسیختگی»^۲ نامیده می‌شود. شاید شناخت اختلال مذکور را بتوان آغاز ورود مفهوم جنون در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی تلقی نمود؛ چراکه حدود پنجاه سال بعد، پزشک دیگری از اصطلاح «جنون زودرس»^۳ برای توصیف اختلالی که اغلب در خلال نوجوانی بروز می‌کند، استفاده نمود.^۴

اولین نظام طبقه‌بندی برای اختلال‌های روانی شدید که به طور گسترده پذیرفته شد، توسط «امیل کراپلین»،^۵ روان‌پزشک آلمانی به وجود آمد. یکی از اختلال‌هایی که او در سال ۱۸۹۶ توصیف کرد، «دمانس پریکاکس»^۶ بود که به اعتقاد روان‌شناسان بالینی امروزی دقیقاً به معنی زوال عقل زودرس است.

کراپلین، زمانی دمانس پریکاکس را برای بیماران تشخیص می‌داد که آنها نشانه‌های غیرعادی خاصی را بروز و سپس یک دوره تباهی را نشان می‌دادند. از جمله این نشانه‌ها عبارت بودند از: پاسخ‌های هیجانی نامناسب نظیر: خندیدن به مراسم خاک‌سپاری یا گریه کردن به یک جوک، رفتار حرکتی کلیشه‌ای چون تعظیم مکرر قبل از وارد شدن به یک اتاق، پنج‌بار کف زدن قبل از قرار دادن سر روی بالش، مشکلات توجه نظیر ناتوانی در خواندن به خاطر سایه‌های متحرک، دیدن افراد زمانی که کسی حضور ندارد و شنیدن صداهای بی‌منبع.^۷

۱. Haslam. J.

۲. Schizophrenia.

۳. Dementia.

۴. دادستان، روان‌شناسی مرضی از کودکی تا بزرگسالی، ج ۳، ص ۳۹۵.

۵. Kraepelin. E.

۶. Dementia Praecox.

۷. دادستان، روان‌شناسی نابهنجاری آسیب‌شناسی روانی، ص ۱۰۶.

کراپلین، با ادغام مفاهیم متعدد و متنوع «جنون»، آنها را به دو نشانگان متمایز یعنی جنون (زوال عقل) زودرس و روان‌گسیختگی آشفتگی-افسردگی تقسیم نمود. چهره مشهور دیگر در تاریخ تبیین اختلال روان‌گسیختگی، بلولر^۱ روان‌پزشک سوئیسی و هم‌عصر کراپلین بود که اصطلاح روان‌گسیختگی را با ترکیب دو اصطلاح یونانی «دوپارگی»^۲ و «روانی»^۳ ابداع کرد و بدین ترتیب نشان داد زیربنای رفتارهای غیرعادی افراد مبتلا به این اختلال، از هم گسیختگی کارکردهای بنیادی شخصیت و تخریب نیروهایی است که این کارکردها را به یکدیگر مرتبط می‌کنند.^۴

عقب ماندگان ذهنی در سیر تاریخ جنون

در سیر تاریخی، تنها اختلال روان‌گسیختگی جزء جنون به شمار نمی‌آمد، بلکه از لحاظ تاریخی، عقب ماندگان ذهنی نیز جزء مجانین به شمار می‌آمده‌اند. در اواخر قرن هجدهم «فیلیپ پینل»^۵ روان‌پزشک فرانسوی، به باز کردن زنجیر از پا و گردن بیماران بیمارستان روانی «بی‌ستر»^۶ اقدام نمود و بر خلاف تنبیه و شکنجه، که درمان بیماران روانی و عقب ماندگان ذهنی آن زمان بود، به دلجویی آنان پرداخت و او بود که اولین بار در سال ۱۸۰۱ در کتاب خود تحت عنوان «رساله پزشکی فلسفی درباره جنون شوق و شور» بیماری‌های روانی را به چهار دسته تقسیم نمود که یک دسته آن عقب ماندگی‌های ذهنی را شامل می‌شد و مالیخولیا، مانیا و جنون گروه‌های دیگر این تقسیم بندی به شمار می‌آمد.^۷

امروزه در جدیدترین طبقه بندی اختلال‌های روانی، یعنی «نسخه پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی»^۸ که از معتبرترین و به‌روزترین مجموعه‌های طبقه بندی

۱. Bleuler, E.
۲. Schizen.
۳. Phren.
۴. دادستان، روان‌شناسی مرضی از کودکی تا بزرگسالی، ج ۳، ص ۳۹۵.
۵. Philippe, Pinel.
۶. Bicetre.
۷. میلانی‌فر، روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۱۴.
۸. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 5th ed (DSM-V, 2013).

اختلالات روانی در مجامع علمی دنیا به شمار می‌آید، از میان اختلال‌های یادشده در سیر تاریخی (مالیخولیا، مانیا، زوال عقل، روان‌گسیختگی و عقب‌ماندگی ذهنی)، عنوان اختلال مالیخولیا رخت بر بسته یا با دیگر اختلال‌ها ترکیب شده است. از این رو در طبقه بندی جدید، از اختلال‌های مذکور چهار عنوان هم‌چنان در ذیل بیماری‌های روانی باقی مانده است: زوال عقل با عنوان جدید «اختلال عصبی-شناختی»^۱، روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنی)، آشفتگی (مانیا) و عقب‌ماندگی ذهنی با عنوان جدید «اختلال رشدی ذهنی»^۲.
حال به نشانه‌شناسی هریک از موارد مذکور پرداخته، ارتباط آنها را با مفهوم جنون فقهی بررسی می‌شود:

نشانه‌شناسی اختلال‌های مرتبط به قلمرو جنون فقهی

در اینجا با توجه به تعریف اصطلاحی جنون در فقه، نشانه‌ها و علایم عرفی جنون در بیان روایات اسلامی، آثار موجود درباره تاریخ جنون و انواع مصطلح آن در قرون ۱۷، ۱۸ و ۱۹ میلادی و طبقه بندی جدید اختلال‌های روانی، به توصیف بالینی چهار اختلال روانی پرداخته می‌شود که به نظر می‌رسد مصداق جنون در فقه اسلامی باشند:

۱. روان‌گسیختگی

با نگاه به پیشینه فقهی حقیقی، اولین مصداق جنون فقهی در روان‌شناسی امروز، «روان‌گسیختگی»^۳ است. روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنی) بر اساس فقدان تماس با واقعیت و بروز ضایعه‌هایی در قلمرو ادراک، پردازش خبر و پاسخ به محرک‌های محیط مشخص می‌شود. به عبارت دیگر، توهم، هذیان و منزوی شدن در جهانی که تقریباً از تأثیر افراد یا رویدادهای پیرامونی به دور است، افراد روان‌گسیخته را متمایز می‌کند.

روان‌گسیختگی، متداول‌ترین نوع روان‌گسستگی است. این اختلال کارکرد سازش‌یافته پیشین بیمار را در قلمروهای شخصی، اجتماعی و حرفه‌ای دچار اغتشاش می‌کند، به ادراک

۱. The neurocognitive disorders (NCDs).
۲. Intellectual Development Disorder (IDD).
۳. Schizophrenia.

ها، باورهای نادرست و مشکلات گسترده در درک واقعیت منجر می‌شود و موانعی در راه گفتار و بیان هیجان‌ها به وجود می‌آورد.

ظاهر عمومی روان‌گسیخته‌ها طیفی وسیع دارد که در یک سر آن، فردی کاملاً ژولیده قرار گرفته که سراسیمه است و جیغ و فغان می‌کند و در سر دیگرش فردی است که به نحوی وسواسی آراسته و کاملاً ساکت و بی‌حرکت است. بین این دو قطب نیز بیماری قرار دارد که وضعیت‌های غریب به خود می‌گیرد. رفتار بیمار ممکن است سراسیمه یا خشونت‌بار گردد و به ظاهر نیز هیچ عامل برانگیزاننده‌ای برای آن در کار نباشد.^۱

نقطه مقابل این رفتار، بُهت مربوط به «کاتاتونی» است که اغلب به آن فقط کاتاتونی اطلاق می‌شود. در این حالت بیمار به نظر می‌رسد هیچ حیاتی ندارد و ممکن است نشانه‌هایی نظیر سکوت، منفی‌کاری یا رفتارهای خودکار از خود نشان دهد. انعطاف مومی شکل، نشانه‌های آن در گذشته بوده است. خودمحوری، فقدان تکلم خودبه‌خود یا حرکات خودبه‌خود و فقدان هرگونه رفتار هدفمندانه از نشانه‌های دیگر آن است.

بیماران روان‌گسیخته، اغلب سر و وضع بدی دارند، نمی‌توانند استحمام کنند و لباس‌هایی می‌پوشند که برای آن فصل، بسیار گرم است، رفتارهای عجیب دیگری مثل پرش (تیک)، حرکات قالبی، حرکات ادایی و تقلیدگونه دارند.^۲

با این حال، علی‌رغم تلاش‌های فراوان در تبیین و توصیف بالینی اختلال روان‌گسیختگی، مؤلفان نتوانسته‌اند به تک نشانه‌ای دست یابند که بتواند به تنهایی معرف وجود روان‌گسیختگی باشد؛ بدین دلیل که اختلال روان‌گسیختگی، همان‌گونه که نمایان شد، به تمامی فرایندهای فکری، ادراکی، هیجانی و حتی شیوه حرکتی پوشش دهد. با این حال متخصصان بالینی در سال‌های اخیر نشانه‌های روان‌گسیختگی را به سه مقوله اثباتی، سلبی و روانی - حرکتی تقسیم کرده‌اند.^۳

همان‌طور که نمایان است افراد مبتلا به روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنی) عملاً توانایی انجام

۱. دادستان، روان‌شناسی مرضی از کودکی تا بزرگسالی، ج ۳، ص ۳۹۷.

۲. کاپلان هارولدای، خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری / روان‌شناسی بالینی)، ص ۴۴.

۳. دادستان، روان‌شناسی مرضی از کودکی تا بزرگسالی، ج ۳، ص ۳۹۸.

افعال مطابق عقل را ندارند. قطع رابطه آنها با دنیای بیرون، هذیان‌ها و توهمات و انجام اعمال خارج از عرف، همگی نشانه این عدم تطابق هستند و گذشت که فقهای چون صاحب‌جواهر معتقدند جنون، مرضی در عقل است که به فساد عقل منجر و موجب می‌شود تا عقل، افعال و احکام خود را هر چند در بعض اوقات انجام ندهد و به گفته فاضل نراقی، منظور از فساد عقل هم اعم از این است که فساد در قوه عاقله باشد یا در قوای خادمه عقل همچون قوه مفکره و مخیله و غیر آن.^۱

۲. اختلال عصبی-شناختی

«دلیریوم»^۲ و زوال عقل، دو اختلال اکتسابی هستند که امروزه جزء اختلال‌های عصبی-شناختی به شمار می‌آیند. منظور از اختلال اکتسابی، اختلالی است که یک فرد سالم در مرحله‌ای از زندگی خود به آن دچار می‌شود، بر خلاف اختلال رشدی که معمولاً به طور مادرزادی در فرد وجود دارد.^۳ وجه مشترک اختلال دلیریوم و زوال عقل مشکلات شناختی و اختلال در حافظه است؛ اما این دو، تمایزهایی با هم دارند. دلیریوم، عموماً ناشی از یک بیماری جسمانی، مصرف مواد یا مسمومیت دارویی بوده یا سبب‌های چندگانه دارد. فرد مبتلا به دلیریوم به اختلال در هوشیاری و کاهش آگاهی واضح از محیط دچار می‌شود. ناتوانایی در تمرکز، حفظ توجه یا تغییر توجه دیگر مشخصه این اختلال است. این افراد در حافظه، جهت‌یابی و زبان دچار مشکل می‌شوند. در نوع شدت یافته این اختلال، فرد توانی تولید گفتار، توانایی نام‌گذاری اشیا و توانایی نوشتن را از دست می‌دهد. صحبت بیمار مبهم و نامربوط است و در برخی موارد گفتار به صورت فشرده و نامفهوم با تغییر غیر قابل پیش‌بینی همراه است و از موضوعی به موضوع دیگر تغییر مطلب می‌دهند. این اختلال در کوتاه مدت بروز می‌کند و معمولاً در طول روز نوسان دارد، مثلاً طی ملاقات‌های صبحگاهی، فرد ممکن است دارای گفتار و رفتار منطقی باشد؛ اما شب هنگام اصرار داشته باشد لوله سرُم را بیرون بکشد تا به منزل، نزد والدینش، که سال‌ها قبل فوت کرده‌اند، برگردد.

۱. نجفی، جواهر، ج ۳۰، ص ۳۱۸؛ نراقی، عوائد الایام، عانده ۵۳، ص ۵۱۶.

۲. Delirium.

۳. گنجی، راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5، ص ۸۹.

اختلال زوال عقل نیز انواع مختلفی دارد؛ اما مشخصه مشترک همه انواع آنها عبارت است از: اختلال حافظه، اختلال در زبان، اختلال در توانایی اجرای فعالیت‌های حرکتی علی‌رغم سلامت کارکرد حرکتی، ناتوانی در تشخیص یا شناسایی اشیاء علی‌رغم سلامت کارکرد حسی و اختلال در برنامه‌ریزی، سازماندهی، نظم و انتزاع. سیر این بیماری بر خلاف دلیریوم، تدریجی و کند است.^۱

به نظر می‌رسد آنچه موجب می‌شود دلیریوم و زوال عقل جزء مصادیق جنون فقهی قرار گیرند، همراهی این دو اختلال با توهم‌های آشکار و هذیان‌هایی است که معمولاً در نوع شدت یافته این اختلال‌ها نمایان می‌شود.

شاید یکی از مصادیق جنونی که به تعبیر برخی از فقها مسبب از بیماری است، اختلال‌های عصبی-شناختی یعنی دلیریوم و زوال عقل باشد. قبلاً اشاره شد که قاضی ابن‌براج معتقد است جنون دو نوع است؛ مورد اول بر اثر بیماری است که شخص، مبتلای آن شده و احکام جنون در مورد او جاری است.

شیخ طوسی نیز تصریح کرده‌اند که جنون دو نوع است: یک نوع بر تمام عقل فرد غلبه نموده و گویی یک امر ذاتی است و نوع دیگر آن بر اساس اسباب و امراضی شکل گرفته است که ممکن است در روند زمان بهبودی یابد.^۲ به نظر می‌رسد اختلال زوال عقل و دلیریوم از نوع دوم جنون باشند.

۳. آشفتگی

آشفتگی (مانیا)^۳، نوعی حالت انبساط بی حد و مرز و نامتناسب است که در خلال آن هر فعالیتی به ایجاد لذت وافر و شادی بی حصر منتهی می‌شود و کارکردهای هیجانی، انگیزشی، رفتاری و شناختی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

در قلمرو انگیزشی، افراد آشفته (مانیک) نیازمند تحریک‌پذیری دائم و مصاحبت دیگران هستند. رفتار این افراد را معمولاً واجد فعالیت افراطی یا فزون‌کنشی دانسته‌اند. برون‌ریزی

۱. نیکخو، متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ص ۲۳۲ و ۲۴۵.

۲. ابن‌براج، مهذب، ج ۲، ص ۲۳۲؛ طوسی، مبسوط، ج ۴، ص ۲۵۰.

۳. Mania.

هیجان‌های مهارنشده از ویژگی‌های بارز آشفتگی است و احساس شادی و لذت وافر بیمار با رویدادهای کنونی زندگی وی تناسبی ندارد. ضعف افراد مانیا در قلمرو شناختی نیز بارز است؛ چراکه احساس وجد، سرعت عمل و شتاب‌زدگی آنها در دستیابی به هدف‌ها، بیش از آن است که بتوانند پیامدهای اعمال خود را در نظر بگیرند. بر اثر خودبزرگ‌بینی بسیار بالا، به توصیه‌های اطرافیان در مورد حفظ آرامش، متوقف کردن کسب لذت‌ها یا سرمایه‌گذاری‌های نابجا توجهی نمی‌کنند. در وهله‌های حاد مانیا، مهار فکری با آن‌چنان مشکلاتی مواجه می‌شود که به از هم‌پاشیدگی روانی و عدم انسجام روانی می‌انجامد و حتی قطع رابطه با واقعیت را در پی دارد.

در توصیف بیشتر این افراد باید گفت، بیماران مانیک، حرّاف، برآشفته، گاه شادی‌آور و سرگرم‌کننده و اغلب پُر تحرک‌اند. گاهی به‌وضوح روان‌گسسته و نابسامان می‌شوند که باید برایشان محدودیت فیزیکی ایجاد کرد و داروهای رخوت‌زا تزریق نمود.

صحبت افراد مانیک را نمی‌توان قطع کرد و در عین حال خودشان کسانی‌اند که وقتی دوروبری‌هاشان حرف می‌زنند، وسط حرفشان چیزهایی می‌پراندند. تکلم این بیماران اغلب آشفته است. هرچه مانیا شدیدتر می‌شود، صدای بیمار نیز بلندتر و تکلمش سریع‌تر می‌شود و دیگر به راحتی قابل تفسیر نخواهد بود. با تشدید این پُر فعالیتی، تکلم بیمار پر از جناس‌گویی، بذله‌گویی، قافیه‌پردازی، بازی با کلمات و جواب‌های بی‌ربط می‌شود. بیمار به تدریج قدرت تمرکز خود را از دست می‌دهد و این، موجب پرش افکار، به هم ریختگی لغات و واژه‌سازی می‌گردد. در برآشفته‌گی حاد ناشی از مانیا، تکلم بیمار ممکن است به کلی بی‌ربط شود، به طوری که قابل افتراق از تکلم افراد روان‌گسیخته نباشد.

هذیان‌ها در ۷۵ درصد از کل بیماران آشفته (مانیا) وجود دارد. محتوای هذیان‌ها در مانیا شامل ثروتمندی، توانایی یا قدرت بسیار است. محتوای فکر بیماران مانیک، درون‌مایه‌های اطمینان به خود و جاه‌طلبی را تشکیل می‌دهد.^۱

۷۵ درصد این بیماران، حمله‌ور و تهدیدکننده‌اند. واقعاً به خودکشی و آدم‌کشی اقدام می‌کنند. مختل شدن قضاوت، بالاترین علامت بیماران مانیک است. قوانین اجتماعی را زیر پا

۱. دادستان، روان‌شناسی مرضی از کودکی تا بزرگسالی، ج ۱، ص ۳۶۷ و ۳۶۸.

می‌گذارند، از نظر پایان‌بودن در اطلاعاتی که می‌دهند رسوا و انگشت نمایند. دروغ‌گویی و تقلب در مانیا شایع است.

سن بروز گستره مانیا (آشفتگی) حدود بیست‌سالگی است؛ اما در پاره‌ای از موارد آغاز آن در خلال نوجوانی یا بعد از پنجاه‌سالگی مشاهده می‌شود.

نکته قابل توجه در اینجا این است که گستره‌های آشفتگی معمولاً به طور ناگهانی آغاز و نشانه‌ها به سرعت در خلال چند روز آشکار می‌شوند و وقوع آنها اغلب پس از تنیدگی‌های روانی-اجتماعی قرار دارد. این حالات چند هفته تا چند ماه به طول می‌انجامد و پایان آنها ناگهانی‌تر است.^۱ البته باید توجه داشت که آشفتگی به تنهایی جزء اختلالات تعریف‌شده و طبقه‌بندی‌شده نیست، بلکه این اختلال در قالب اختلالات دو قطبی (آشفتگی-افسردگی) مطرح می‌شود.^۲

قبلاً گفته شد که فقها جنون را به دو دسته اطباقی و ادواری تقسیم کرده‌اند. جنون ادواری مربوط به شرایطی می‌شود که دوره‌ای از زمان، حالت جنون به شخص دست می‌دهد و در دوره‌ای دیگر رهایی یافته، به وضع عادی برمی‌گردد. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال‌های دو قطبی در فاز ابتلا به آشفتگی (مانیا) از جمله مصادیق چنین جنون‌های ادواری به شمار آیند؛ چون با توصیفی که از این بیماران به عمل آمد، در چنین دوره‌ای افراد به لحاظ فقهی قادر به تشخیص صلاح و فساد خود نیستند و افعال و سکانات آنها بر اساس قضاوت عرفی منطبق بر تشخیص‌های عقلانی نیست. شیخ صدوق و شیخ طوسی^۳ با ذکر روایاتی بر این موضوع تصریح کرده‌اند که فرد مجنون تا زمانی که از حالت جنون خارج نشده و حالت «افاقه» پیدا نکرده، احکام فقهی همچون حد بر او جاری نمی‌شود.

۱. کاپلان، خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی)، ص ۱۵۸.
۲. دادستان، روان‌شناسی مرضی از کودکی تا بزرگسالی، ج ۱، ص ۳۶۹.
۳. صدوق، فقیه، ج ۴، ص ۵۱؛ طوسی، تهذیب، ج ۱۰، ص ۱۵۲.

۴. عقب ماندگی ذهنی

همان‌طور که در تاریخ جنون مطرح شد، قبلاً افراد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی^۱ را در زمره مجانین قرار داده، آنها را هم به بند و حبس می‌کشیدند. هر چند امروزه این طیف از دایره جنون خارج شده‌اند و از نگاه متخصصان، علت‌های آن بیش از آنکه منشأ روانی داشته باشد، ریشه‌های عصبی و ژنتیکی دارد؛ اما در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۲، عقب ماندگی ذهنی را هم‌چنان جزء بیماری‌های روانی تحت عنوان «اختلال رشدی ذهنی»^۳ مورد بررسی قرار می‌دهند.

از این رو بخشی از افراد مبتلا به این اختلال (نه همه آنها) طبق تعریف جنون در فقه، در دایره جنون فقهی هستند و احکام جنون شامل آنها هم می‌شود.

طبق تعریف چهارمین نسخه راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۴، عقب ماندگی ذهنی (که امروزه از آن به معلولیت ذهنی یاد می‌شود)، حالتی است که در آن، کارکرد هوش عمومی فرد به میزان چشم‌گیری زیر حد متوسط قرار گرفته و به طور همزمان، سبب تخریب رفتارهای سازگاری با محیط شده است.^۵

به طور کلی از تعریف مذکور این‌گونه برمی‌آید که عقب ماندگان ذهنی که عموماً این شرایط را از دوران نوزادی به همراه داشته‌اند، افرادی از جامعه هستند که از نظر فعالیت‌های ذهنی نسبت به همسالان خود، نارسایی دارند و در نتیجه نمی‌توانند از انتظارات و تقاضای خانواده و جامعه برآیند و از توانایی یادگیری، هم‌سازی با محیط، بهره‌برداری از تجربیات، درک مفاهیم، قضاوت و استدلال صحیح به درجات مختلف محروم‌اند و نارسایی فعالیت‌های ذهنی آنها از بدو تولد یا مراحل اولیه کودکی وجود دارد.^۶

۱. Mental retardation .

۲. DSM-IV & DSM-V.

۳. (Intellectual Development Disorder) IDD.

۴. DSM-IV .

۵. نیکخو، متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ص ۱۰۰.

۶. میلانی‌فر، روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۴۳.

گروه بندی عقب ماندگان ذهنی از نظر روان‌شناسان

عقب ماندگان ذهنی به گروه‌های مختلفی تقسیم می‌شوند و همان‌طور که گفته شد همه گروه‌ها جزء مصادیق فقهی جنون قرار نخواهند گرفت. این گروه‌های عبارتند از:

الف: عقب مانده‌های عمیق (هوشبهر کمتر از ۲۵): این گروه که ۱ تا ۲ درصد عقب مانده‌ها را تشکیل می‌دهند به شدیدترین درجات نارسایی فعالیت‌های ذهنی دچارند و در هر سنی که باشند توانایی‌ها و فعالیت ذهنی‌شان از یک کودک سه ساله تجاوز نمی‌کند.^۱

این افراد علاوه بر نارسایی شدید ذهنی به ناهنجاری‌های حسی و حرکتی و بدشکلی‌های سر و صورت و کوتاهی اندام نیز مبتلایند. این بیماران قادر به کنترل ادرار نیستند و تقریباً همیشه به صرع یا فلج مغزی مبتلا هستند. رشد گویایی و گفتار در این افراد در درجات بسیار ابتدایی متوقف می‌شود، قضاوت و استدلال در آنها وجود ندارد، از انجام دادن کارهای ساده و رفع احتیاجات اولیه و حتی حفظ خود از خطرات عاجزند و باید از آنها در بیمارستان‌ها و آسایشگاه‌ها نگهداری شود.^۲

ب: عقب مانده‌های شدید (هوشبهر بین ۲۵ تا ۴۰): ۳ تا ۴ درصد عقب ماندگان ذهنی را تشکیل می‌دهند. توانایی‌های این افراد در سنین مختلف شبیه کودکان ۴ تا ۵ ساله است؛ ولی هرگز در رفتار، گفتار و کردار به یک کودک عادی پنج ساله نمی‌رسند. قادر به آموختن مواد درسی مانند خواندن و نوشتن نیستند و قوه تعمیم و تمییز ندارند. این افراد کنترل ادرار و مدفوع را به کندی یاد می‌گیرند؛ ولی تا اندازه‌ای قادر به حفظ خود از خطرات هستند و از عهده غذا و لباس پوشیدن برمی‌آیند. این افراد خیلی زود تحت تأثیر قرار گرفته، در مقابل مخالفت دیگران، عصبانیت شدید و حملات تهاجمی از خود نشان می‌دهند.^۳

ج: عقب مانده‌های متوسط (هوشبهر بین ۴۰ تا ۵۰): این گروه که تقریباً ۱۰ درصد کل جمعیت عقب ماندگان ذهنی را شامل می‌شوند،^۴ سن عقلی‌شان از کودکان ۵ تا ۷ ساله تجاوز نمی‌کند. در این افراد استعدادهای ذهنی به طور کلی ضعیف است. در اعمال ذهنی، در

۱. نیکخو، متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ص ۱۰۴.

۲. میلانی‌فر، روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۴۵.

۳. داوری، جعفری نسب و عبداللهی، بررسی شاخص DMFT در دانش‌آموزان عقب مانده، ص ۵۷۰.

۴. نیکخو، متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ص ۱۰۳.

قضاوت و استدلال نارسایی کامل دارند و به راهنمایی، نظارت و مراقبت افراد مطلع نیازمندند. این افراد در راه رفتن تأخیر ندارند؛ ولی از لحاظ بیان و گویایی عقب ماندگی دارند. اینها از توجه، دقت و تمرکز زود خسته می‌شوند. این افراد در بزرگی به علت بهره‌مندی از قوه عضلانی مناسب در مزارع کشاورزی و کارخانجات مفید واقع می‌شوند؛ ولی به علت عدم رشد کامل شخصیت این افراد زودباور، تلقین‌پذیر و در حل مشکلات و دفاع از منافع خود عاجزند.^۱

د: عقب مانده‌های خفیف (هوشبهر بین ۵۰ تا ۷۰): تقریباً ۸۵ درصد عقب ماندگان ذهنی به این گروه تعلق دارند.^۲ از لحاظ عقل و ادراک و مهارت‌های عملی حداکثر به کودکان ۷ تا ۱۱ ساله می‌رسند. این افراد هم دارای ضعف قوای فکری هستند؛ لذا قادر به قضاوت صحیح و استدلال مطلوب نیستند. از ابتکار، ابداع و انتقاد عاجزند. اگرچه به کندی می‌آموزند، ولی در امور حرفه‌ای و عملی مهارت‌هایی نشان می‌دهند.^۳

این افراد مفاهیم پیچیده و دقیق را در نمی‌یابند؛ ولی اگر با شرایط تربیتی صحیح و راهنمایی تحصیلی در مدارس استثنایی حرفه‌ای مدارج را طی کنند و از طرف دیگر گرفتار اختلالات عاطفی و هیجانی و ناسازگاری‌های اجتماعی نشوند، می‌توانند در شرایط مساعد از زندگی آرام و مناسب بهره‌مند و فرد مفید و فرمان‌برداری برای جامعه باشند. با این حال در پیچ و خم زندگی، بخصوص در زندگی شهری و صنعتی، به تنهایی قادر به تشخیص راه از چاه نخواهند بود.^۴

طبق تعریفی که محقق از جنون فقهی از کلام فقها استنباط نمود، میان چهار گروه عقب ماندگان ذهنی؛ سه گروه اول از مصادیق جنون فقهی خواهند بود؛ چراکه آنها از تعادل عقلی خارج شده‌اند به گونه‌ای که این افراد قدرت تشخیص حسن و قبیح را در اعمال و رفتار خویش ندارند و قادر به ارزیابی منافع و مضار آشکار خود نیستند.

اما گروه چهارم ظاهراً به خودی خود نمی‌تواند در زمره مصادیق فقهی قرار بگیرد. البته اگر افراد این گروه، دچار اختلالات عاطفی هیجانی گردند و از مسیر تعادل عقلی خارج شوند، می‌توان عرفاً به آنها جنون فقهی را اطلاق نمود و شاید یکی از علل اینکه در جوامع مختلف،

۱. میلانی‌فر، روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۴۷.

۲. نیکخو، متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ص ۱۰۳.

۳. داوری، جعفری نسب و عبداللهی، بررسی شاخص DMFT در دانش‌آموزان عقب مانده، ص ۵۷۰.

۴. میلانی‌فر، روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۴۸.

افراد عقب مانده ذهنی را همچون می خوانده‌اند به خاطر ظهور رفتارهای نابهنجار بر اثر شکل گیری اختلالات روانی هیجانی در این افراد بوده و این تلقی را در اذهان شکل داده که هر فردی در شمایل و ویژگی‌های عقب مانده ذهنی، رفتار دیوانه‌وار از خود نشان می‌دهد، بنابراین دارای جنون است.

با توجه به روایاتی که قبلاً ذکر شد، گویا در عرف زمان پیامبر ﷺ و اهل بیت  نیز افرادی که دچار حالات اغما و صرع می‌شدند، همچون تلقی می‌شده‌اند؛ حالت‌هایی که در عقب ماندگان ذهنی به وفور دیده می‌شود.

دیگر عقب ماندگان ذهنی و حکم آنها

با توجه به یافته‌های تحلیلی پژوهش حاضر، بعضی از افراد، علی‌رغم قرار گرفتن در زمره عقب ماندگان ذهنی، حکم جنون در فقه را نخواهند داشت. از جمله این موارد می‌توان به اختلالات ذیل اشاره نمود:

اختلال سندرم «کلاین فلتر» که به علت داشتن یک کروموزوم جنسی زیادت، در مرد اعلامی نظیر زن دیده می‌شود و سندرم ترنر، که در زن‌ها دیده می‌شود و به جای دو کروموزوم جنسی دارای یک مورد هستند و اختلال صرع که طغیان عمل مغزی است و به علت تخلیه الکتریکی نامتعارف و متناوب نورون‌های مغز پیدا می‌شود.^۲

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در بررسی تطبیقی جنون در فقه اسلامی و دانش روان‌شناسی و با توجه به مقدمات در زمینه معنای اصطلاحی جنون در فقه و برداشت روایات اسلامی و معانی و انواع اختلال‌های مرتبط به جنون در روند تاریخ و وضعیت کنونی طبقه‌بندی اختلال‌های روانی، محقق به این نتیجه دست یافت که در روان‌شناسی مدرن، دست کم می‌توان به چهار دسته کلی از اختلالات و بیماری‌ها اشاره نمود که مصداق جنون در فقه اسلامی هستند:

۱. اختلال روان‌گسیختگی؛

۱. نوری، مستدرک، ج ۸، ص ۲۳۹؛ مجلسی، بحار، ج ۱، ص ۱۳۱.

۲. میلانی‌فر، روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۵۲.

۲. اختلال عصبی-شناختی (دلیریوم و زوال عقل)؛

۳. اختلال آشفته‌گی؛

۴. عقب ماندگی ذهنی.

شاید وجه مشترک این چهار مورد، وجود هذیان‌ها و توهمات موقت یا دائمی و قطع رابطه با دنیای واقعی بیرونی باشد که از قبل آن، فرد قادر به تشخیص منافع و مضار خود نبوده و اعمال و رفتارهای او منطبق به تشخیص‌های عقلانی عرفی نخواهد بود.

همان‌طور که نمایان شد، برخی از این موارد (عقب ماندگی ذهنی) اختلال‌های رشدی هستند که از ابتدای تولد با فرد همراه و ناشی از شرایط ژنتیکی و وراثتی هستند و برخی دیگر (روان‌گسیختگی، اختلال عصبی-شناختی، زوال عقل و دلیریوم، و آشفته‌گی) اکتسابی و در دوره‌ای از زندگی بر فرد عارض شده است. در مورد اخیر نیز گاهی اختلال اکتسابی بعد از شروع، تقریباً ثابت باقی می‌ماند یا ماه‌ها و حتی سال‌ها همراه فرد است (روان‌گسیختگی و زوال عقل) و برخی دیگر با سرعت تغییر کرده، به صورت دوره‌ای فرد بدان مبتلا می‌شود (دلیریوم و آشفته‌گی). بنابراین عملاً همه موارد یادشده، هر چند به صورت پراکنده، در کتب فقها مورد توجه قرار گرفته است.

فقهایی چون صاحب‌جوهر معتقد بودند جنون، مرضی در عقل است که به فساد عقل منجر شده و موجب می‌شود تا عقل، افعال و احکام خود را انجام ندهد و منظور از فساد عقل هم اعم از این است که فساد در قوه عاقله باشد یا در قوای خادمه عقل. معلوم شد که افراد مبتلا به روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنی) عملاً توانایی انجام افعال مطابق عقل را ندارند. قطع رابطه آنها با دنیای بیرون، هذیان‌ها و توهمات و انجام اعمال خارج از عرف، همگی نشانه این عدم تطابق هستند.

شیخ طوسی و قاضی ابن‌براج از جمله فقهایی هستند که معتقدند برخی از انواع جنون مسبب از بیماری است. گفته شد که اختلال‌های عصبی-شناختی، یعنی دلیریوم و زوال عقل از همین نوع‌اند. از سوی دیگر، طبق نظر اکثر فقها، جنون به دو دسته اطلاق و ادواری قابل تقسیم است. جنون ادواری مربوط به شرایطی می‌شود که دوره‌ای از زمان، حالت جنون به شخص دست می‌دهد و در دوره‌ای دیگر رهایی یافته، به وضع عادی برمی‌گردد. افراد مبتلا به

اختلال‌های دو قطبی در فاز ابتلا به آشفتگی (مانیا) از جمله مصادیق چنین جنون‌های ادواری هستند؛ چون با توصیفی که از این بیماران به عمل آمد، در چنین دوره‌ای افراد قادر به تشخیص صلاح و فساد خود نیستند و افعال و سکنت‌ها بر اساس قضاوت عرفی منطبق بر تشخیص‌های عقلانی نیست.

در نهایت، طبق تعریفی که محقق از جنون فقهی از کلام فقها استنباط نمود، میان چهار گروه عقب‌ماندگان ذهنی، سه گروه اول از مصادیق جنون فقهی خواهند بود؛ چراکه آنها از تعادل عقلی خارج شده‌اند؛ به گونه‌ای که این افراد قدرت تشخیص حسن و قبیح را در اعمال و رفتار خویش را ندارند و قادر به ارزیابی منافع و مضار آشکار خود نیستند؛ اما گروه چهارم ظاهراً به خودی خود نمی‌تواند در زمره مصادیق فقهی قرار بگیرد، مگر اینکه هم‌زمان به اختلالات عاطفی هیجانی مبتلا شود به گونه‌ای که فرد را از مسیر تعادل عقلی خارج نماید. گویا در عرف زمان پیامبر ﷺ و اهل بیت علیهم‌السلام نیز افرادی که دچار حالات اغما و صرع می‌شدند، مجنون تلقی می‌شده‌اند؛ حالت‌هایی که در عقب‌ماندگان ذهنی به وفور دیده می‌شود. البته اختلالات و بیماری‌های دیگر که قرابت خاص با دسته‌های مذکور دارند، در صورت مهیا شدن شرایط دیگر و قرار گرفتن در چهار دسته مذکور، در زمره مصادیق جنون فقهی قرار خواهند گرفت.

البته طبق کلام شیخ طوسی به نقل از برخی اساتید خود و نیز برخی از فقهای بعد از شیخ طوسی با استناد به کلام ایشان، «درک اوقات نماز» می‌تواند ملاکی برای جنون فقهی تلقی شود؛ به گونه‌ای که اگر فرد مجنون بتواند اوقات نماز را درک کند یا به او تفهیم شود، در آن صورت احکام فقهی جنون در مورد او صدق نخواهد کرد؛ اما اگر از این درک مذکور ناتوان باشد، احکام جنون بر او جاری خواهد شد. با این بیان با توجه به توصیف و نشانه‌شناسی انواع چهارگانه اختلالات روانی در این مقاله، می‌توان ادعا نمود که اختلال روان‌گسیختگی و دو گروه اول عقب‌ماندگان ذهنی به احتمال بسیار زیاد قادر به درک اوقات مذکور نخواهند بود، اما گروه سوم عقب‌ماندگان ذهنی با یک سری آموزش‌های توأم با مراقبت ممکن است به این درک نائل شوند.

اما با توجه به اکتسابی بودن اختلالات آشفتگی، زوال عقل و دلیریوم ممکن است افراد

مبتلا به این اختلال قبل از دوره بیماری، مدت‌ها عادت به انجام امور عبادی داشته یا به این درک در مورد اوقات نماز رسیده باشند؛ لذا این احتمال وجود دارد که در دوره بیماری نیز در صورتی که شدت هذیان‌ها، توهمات و زوال عقل آنها بالا نباشد، قادر به درک اوقات نماز باشند و با این ملاک احکام جنون در مورد آنها صدق نکند؛ اما طبق آنچه از مطالب پیشین گذشت، در کلام اکثریت فقها، ملاک مذکور منعکس نشده است.

منابع و مآخذ

۱. ابن حیون، نعمان بن محمد مغربی، دعائم الإسلام، آصف فیضی، قم: مؤسسه آل البيت علیهم‌السلام، چ ۲، ۱۳۸۵ ش.
۲. ابن منظور، محمد بن مکرم، لسان العرب، بیروت: دار صادر، چ ۳، ۱۴۱۴ ق.
۳. ابن براج، عبدالعزیز قاضی طرابلسی، المهذب، قم: انتشارات اسلامی، چ ۱، ۱۴۰۶ ق.
۴. حر عاملی، محمد بن حسن، تفصیل وسائل الشیعة إلى تحصیل مسائل الشریعة، قم: مؤسسه آل البيت علیهم‌السلام، چ ۱، ۱۴۰۹ ق.
۵. دادستان، پریرخ، روان‌شناسی مرضی از کودکی تا بزرگسالی، تهران: سمت، ۱۳۸۳ ش.
۶. داوری، عبدالرحیم و جعفری نسب معصومه و عبداللهی فاطمه، بررسی شاخص DMFT در دانش آموزان عقب مانده ذهنی ۸-۱۲ ساله مدارس استثنایی شهر یزد در سال ۱۳۸۰، مجله دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شماره ۴، تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، زمستان ۱۳۸۴ ش.
۷. روزنهان دیویدال و سلیگمن و ای پی مارتین، روان‌شناسی نابهنجاری آسیب‌شناسی روانی، یحیی سیدمحمدی، تهران: ارسباران، ۱۳۸۰ ش.
۸. شهید ثانی، زین الدین بن علی عاملی، مسالک الأفهام إلى تنقیح شرائع الإسلام، گروه پژوهش مؤسسه معارف اسلامی، قم: مؤسسه المعارف الإسلامية، ۱۴۱۳ ق.
۹. طباطبائی، سیدعلی بن محمد بن ابی‌معاذ، ریاض المسائل فی تحقیق الأحکام بالدلائل، قم: مؤسسه آل البيت علیهم‌السلام، چ ۱، ۱۴۱۸ ق.
۱۰. طبرسی، علی بن حسن، مشکاة الأنوار، نجف: المكتبة الحیدریة، چ ۲، ۱۳۸۵ ش.
۱۱. طوسی، محمد بن حسن، المبسوط فی فقه الإمامیه، سیدمحمدتقی کشفی، تهران: المكتبة المرتضویة لإحیاء الآثار الجعفریة، چ ۳، ۱۳۸۷ ش.
۱۲. ———، أمالی، قم: دار الثقافة، چ ۱، ۱۴۱۴ ق.

۱۳. ———، تهذیب الاحکام، تهران: دار الکتب الإسلامية، ۱۳۶۵ ش.
۱۴. علامه حلی، حسن بن یوسف بن مطهر اسدی، تذکرة الفقهاء، گروه پژوهش مؤسسه آل البيت علیهم السلام، قم: مؤسسه آل البيت علیهم السلام، ۱۳۷۳ ش.
۱۵. فاضل مقداد، جمال الدین مقداد بن عبدالله، التنقیح الرائع لمختصر الشرائع، قم: کتابخانه آیت الله مرعشی نجفی، چ ۱، ۱۴۰۴ ق.
۱۶. فاضل هندی، محمد بن حسن بن محمد حلی، کشف اللثام و الإبهام عن قواعد الأحکام، قم: دفتر انتشارات اسلامی، چ ۱، ۱۴۱۶ ق.
۱۷. فوکو میشل، تاریخ جنون در عصر کلاسیک، ولیانی فاطمه، تهران: هرمس، ۱۳۸۱ ش.
۱۸. قرشی، سیدعلی اکبر، قاموس قرآن، تهران: دار الکتب الإسلامية، چ ۶، ۱۴۱۲ ق.
۱۹. قمی، محمدبن بابویه، الخصال، علی اکبر غفاری، قم: جامعه مدرسین، ۱۳۶۲ ش.
۲۰. ———، من لایحضره الفقیه، قم: مؤسسه انتشارات اسلامی، چ ۳، ۱۴۱۳ ق.
۲۱. کاپلان هارولدای و جی سادوک بنیامین، خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی)، عباس رفیعی و فرزین رضاعی، تهران: ارجمند، ۱۳۷۸ ش.
۲۲. کلینی، محمد بن یعقوب، الکافی، تهران: دار الکتب الإسلامية، ۱۳۶۵ ش.
۲۳. گنجی، مهدی، راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5، تهران: ساوالان، ۱۳۹۳ ش.
۲۴. مجلسی، محمدباقر، بحار الانوار، بیروت: مؤسسة الوفاء، ۱۴۰۴ ق.
۲۵. میلانی فر، بهروز، روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی، تهران: قومس، چ ۱۷، ۱۳۸۵ ش.
۲۶. نجفی، محمدحسن، جواهر الکلام فی شرح شرائع الإسلام، بیروت: دار إحياء التراث العربی، چ ۷، ۱۴۱۲ ق.
۲۷. نراقی، مولی احمد، عوائد الأيام فی بیان قواعد الأحکام و مهمات مسائل الحلال و الحرام، قم: مرکز نشر تابع مکتب الاعلام الاسلامی، ۱۴۱۷ ش.
۲۸. نوری الطبرسی، حسین، مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل، قم: مؤسسه آل البيت علیهم السلام، ۱۴۰۸ ق.
۲۹. نیکخو محمدرضا و یانس هامایاک آوادیس، متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، تهران: سخن، چ ۴، ۱۳۸۱ ش.
۳۰. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), Washington, DC, 2013.