



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Content Analysis of Judicial Rulings Issued by Courts in the Field of Mental Disorders

Nabiollah Gholami^{1*}, Sakineh Soltani Kouhbanani²

1. Department of of Philosophy, Religion and Law, UNESCO Chair and Research Center for Human Rights, Peace and Democracy, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. Department of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Providing various definitions and classifications of mental disorders has multiple scientific and practical implications. Understanding that a scientific approach to psychological concepts in the legal domain can have significant practical consequences, the present study aims to examine the attitudes of judicial authorities toward mental disorders.

Method: This study employed a content analysis method, utilizing both quantitative and qualitative approaches, to examine court rulings from various levels (including trial courts, appellate courts and the Supreme Court). The statistical population consisted of all court rulings, while the study sample included rulings directly related to mental disorders and psychological concepts.

Ethical Considerations: The study adhered to ethical principles, including honesty, respect for legal rights, confidentiality and the protection of intellectual and material property.

Results: The results indicate that judicial authorities generally lack a complete and precise understanding of psychological concepts, exhibit both extreme and lenient attitudes toward mental disorders and hold diverse (and sometimes non-scientific) perspectives regarding the scope and boundaries of these disorders.

Conclusion: The study demonstrates that judicial attitudes toward mental disorders are varied and predominantly non-scientific, often involving over- or under-interpretation of psychological concepts. Such attitudes may either broaden or limit the protection of the rights of affected individuals. Accordingly, it is recommended that mechanisms be established to ensure a more scientific and consistent approach in legal proceedings.

Keywords: Mental Disorders; Insanity; Psychotic; Judicial Courts; Content Analysis

Corresponding Author: Nabiollah Gholami; **Email:** N_gholami@sbu.ac.ir

Received: July 06, 2024; **Accepted:** November 12, 2024; **Published Online:** February 09, 2026

Please cite this article as:

Gholami N, Soltani Kouhbanani S. Content Analysis of Judicial Rulings Issued by Courts in the Field of Mental Disorders. *Medical Law Journal*. 2025; 19: e55.



تحلیل محتوای آرای قضایی صادره از محاکم در حوزه اختلالات روانی

نبی‌اله غلامی^{۱*}، سکینه سلطانی کوهبنانی^۲

۱. مرکز تحقیقات و کرسی حقوق بشر، صلح و دموکراسی یونسکو، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ارائه تعاریف مختلف از اختلالات روانی و طبقه‌بندی‌های آن‌ها، از نظر علمی و عملی دارای آثار متعددی است. با درک اینکه وجود نگرش علمی نسبت به مفاهیم روان‌شناسی در حوزه حقوق، می‌تواند آثار و تبعات عملی بسیار مهمی را به همراه داشته باشد، نوشتار حاضر به دنبال بررسی نگرش مقامات قضایی نسبت به اختلالات روانی است.

روش: نوشتار حاضر با استفاده از روش تحلیل محتوا و با بهره‌گیری توأمان از رویکردهای کمی و کیفی، آرای صادره از محاکم مختلف (اعم از بدوی و تجدید نظر) و دیوان عالی کشور را مورد بررسی قرار داده است. جامعه آماری کلیه آرای صادره از محاکم و نمونه پژوهش حاضر، آرای است که به صورت مستقیم در حوزه اختلالات روانی و مفاهیم روان‌شناختی صادر شده‌اند.

ملاحظات اخلاقی: در مقاله حاضر، اصول اخلاقی، صداقت، رعایت حقوقی، رازداری و اصل مالکیت مادی - معنوی رعایت شده است.
یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان‌دهنده عدم آشنایی کامل و دقیق مقامات قضایی با مفاهیم روان‌شناختی، وجود نگرش‌های افراطی و تفریطی نسبت به این اختلالات و نیز وجود دیدگاه‌های مختلف (و بعضاً غیر علمی) در خصوص حدود و ثغور این اختلالات است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نگرش مقامات قضایی نسبت به اختلالات روانی متنوع و غالباً غیر علمی است و در تفسیر مفاهیم روان‌شناختی اغلب افراط و تفریط مشاهده می‌شود. این نگرش‌ها می‌تواند هم موجب گسترش حمایت از حقوق افراد مبتلا و هم محدود شدن آن شود.

واژگان کلیدی: اختلالات روانی؛ جنون؛ سایکوتیک؛ محاکم قضایی؛ تحلیل محتوای

نویسنده مسئول: نبی‌اله غلامی؛ پست الکترونیک: N_gholami@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Gholami N, Soltani Kouhbanani S. Content Analysis of Judicial Rulings Issued by Courts in the Field of Mental Disorders. Medical Law Journal. 2025; 19: e55.

مقدمه

از جمله مبنایی‌ترین چالش‌ها و مشکلات فراروی متخصصان حوزه روان‌شناسی و کنشگران حوزه حقوق، استفاده از داده‌ها و یافته‌های حاصل از یک حوزه در حوزه دیگر است. علت این موضوع را می‌توان دو عامل دانست: نخست، تفاوت در ماهیت دو حوزه روان‌شناسی و حقوق؛ دوم، فقدان رویکرد تخصصی به موضوع این دو علم.

۱- تفاوت در ماهیت دو حوزه روان‌شناسی و حقوق: روان‌شناسی علمی توصیفی - تحلیلی است که غالباً بر رفتار، احساسات و کنش‌های فردی افراد تمرکز دارد. بر این اساس تحلیل هر رفتار، از شخصی به شخص دیگر و از زمان و مکانی به زمان و مکان دیگر متفاوت است. این امر نیز ریشه در طبع و ذات نوع بشر دارد که به رغم اینکه همگی متصف به وصف انسان‌بودن هستند، با این حال هر یک دارای هویت، خصائص، ویژگی‌ها و صفات مختص به خود می‌باشند، به گونه‌ای که نمی‌توان دو شخص را یافت که کاملاً منطبق بر یکدیگر باشند. این فردیت، موضوعی است که وجه ممیزه روان‌شناسی از حقوق را نشان می‌دهد. در مقابل حقوق، در معنای عام آن، علمی است هنجارمند (نورماتیو) که به دنبال نرمال‌سازی رفتارهای عموم اشخاص، منطبق با یک هنجار و معیار مورد قبول جامعه است (۱). در واقع هر چقدر که روان‌شناسی بر اهمیت توجه به ویژگی‌های فردی و شخصی اشخاص تمرکز و توجه دارد، حقوق با مبنای قراردادن اصولی نظیر لزوم تساوی همگان در برابر قانون، به دنبال برخورد یکسان با همه اشخاص یک جامعه، مبتنی بر یک متن و سند قانونی است. این تفاوت در ماهیت موجب می‌شود انطباق یافته‌های این دو علم با یکدیگر با صعوبت همراه باشد، چراکه روان‌شناسی غالباً اثباتی (پوزیتیویستی) (۲) و حقوق غالباً هنجاری (نورماتیو) است، اولی از بودن و تفاوت داشتن سخن می‌گوید و دومی از باید و نباید.

۲- فقدان رویکرد تخصصی به موضوع این دو علم: نکته دیگر در این خصوص، فقدان نگاه عام و کلی‌نگر (پارادایمیک) به این دو حوزه مهم علوم انسانی است. از یکسو، توجه حقوق به

روان‌شناسی، غالباً معطوف به روان‌شناسی قضایی/ جنایی، با تمرکز بر تأثیر مؤلفه‌های روانی بر تصمیمات اتخاذی در سیر فرایند قضایی و نیز مؤثر در وقوع جرم است (۳) و از سوی دیگر، توجه روان‌شناسی به حقوق نیز غالباً معطوف به روان‌شناسی قانونی با تمرکز بر تحلیل رفتار اشخاص به منظور کمک به مقامات قضایی در اتخاذ تصمیماتشان است.

به رغم این مسأله، بنا به برخی از مبانی فقهی - حقوقی، نظر متخصصان روان‌شناسی، هرچند راهگشا است، با این حال برای مقامات قضایی لازم‌الاتباع نیست، این بدان معنا است که مقامات قضایی (اعم از قضات دادگاه‌ها و دادرها) ملزم نیستند تصمیمات و تشخیص‌های متخصصان روان‌شناسی را کاملاً پذیرفته، آن را مبنای صدور رأی و تصمیم خود قرار دهند. برعکس، این اشخاص حق دارند با ذکر دلیل، تصمیمات متخصصان روان‌شناسی در خصوص پرونده را رد نمایند. بنابراین نظر کارشناسان (از جمله متخصصان حوزه روان‌شناسی) برای قضات، جنبه مشورتی دارد (۴). ممکن است این ایراد مطرح شود که به هر حال، در نهایت مقام قضایی، ولو اینکه نظر روان‌شناس را نپذیرد، با جلب نظر دیگر روان‌شناسان، موضوع را تشخیص و در خصوص آن اتخاذ تصمیم می‌نماید، با این حال ایراد دیگری کماکان پابرجاست که در برخی موارد اساساً مقامات قضایی از ماهیت و نوع موضوع که جنبه روان‌شناسی دارد، مطلع نیستند، بنابراین از ارجاع موضوع به متخصصان روان‌شناسی غفلت می‌کنند، موضوع هنگامی حادث می‌شود که مستند به برخی از اصول نظیر تفسیر قضایی، مقامات قضایی نسبت به تعریف برخی مفاهیم روان‌شناسی، نظیر آسیب‌روانی، اختلال روانی و... اقدام می‌نمایند. به عنوان مثال، مفهومی عرفی، و نه روان‌شناختی، از آسیب روانی، جنون، افسردگی و نظایر این‌ها را مطمح نظر قرار داده و بر مبنای آن تصمیم‌گیری می‌نمایند.

با توجه به توضیحات مذکور و با پذیرش چالش‌ها و مسائل پیش‌گفته‌شده، آنچه که محل ابهام و ایراد جدی است، تلقی مقامات قضایی از آسیب‌ها و اختلالات روانی است. به دیگر سخن، از آنجایی که مقامات قضایی عموماً فاقد تخصص لازم در حوزه روان‌شناسی هستند و از آنجایی که در قوانین ایران،

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، در زمره پژوهش‌های توسعه‌ای قرار می‌گیرد که به دنبال بررسی و تشخیص رویکرد دستگاه قضا (و به طور خاص قضات محاکم) نسبت به مفاهیم روان‌شناختی (و به طور خاص اختلالات روان‌شناختی) به منظور یافتن ایرادات و ابهامات در این حوزه، برای یافتن راهکارهای حمایتی و ارتقای سطح کیفی رسیدگی به جرایم افراد دارای اختلال روانی و نیز حمایت از افرادی است که دارای نوعی اختلال روانی بوده و به هر دلیل در فرایند رسیدگی محاکم (به عنوان متهم، شاکی، بزه‌دیده، شاهد و...) حاضر شده‌اند. پژوهش حاضر از نظر نوع داده، پژوهش توصیفی از نوع پیمایشی طولی است، بدین توضیح که این پژوهش، پیمایشی است به این دلیل که با انتخاب نمونه‌ای که معرف جامعه است (آرای حاوی مضامین روان‌شناختی) به بررسی پارامترهای خاص در جامعه مورد نظر (نگرش دستگاه قضایی به مفاهیم روان‌شناختی) می‌پردازد. از این رو و با توجه به ماهیت پژوهش و عدم امکان دسترسی به کلیه آرای صادره در این حوزه، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۱ رای از آرای صادره از محاکم مختلف به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. همچنین این پژوهش، اگرچه ظاهراً طولی است، چراکه آرای مختلف در زمان‌های مختلف را بررسی می‌نماید، با این حال، بر سیر تحولات این موضوع در طول زمان تمرکز نداشته است. پژوهش حاضر از منظر روش اجرای مختلط (کمی و کیفی) است. در روش کمی از دو زیر روش «مقوله‌ای» و «اظهار نظرهای سنجشی» استفاده می‌شود. در روش مقوله‌ای به دنبال یافتن مقوله‌ها و موضوعات مورد نظر در آرای صادره و در روش اظهار نظرهای سنجشی، به دنبال شناسایی رویکرد مقامات قضایی در خصوص اختلالات روانی هستیم. همچنین با توجه به اینکه به دنبال یافتن مفهومی کلی از مجموع آرای صادره هستیم، نیز ناگزیر از استفاده از روش کیفی می‌باشیم. همچنین از منظر بررسی محتوای آرا، صرفاً بر محتوای آشکار آرای صادره تمرکز شده و در خصوص محتوای پنهان آرای بررسی انجام نشده است.

آنچنانکه باید مفاهیم روان‌شناسی تبیین نشده‌اند و نیز به دلیل اینکه مقامات قضایی به هر روی به اتخاذ تصمیم در خصوص موضوعات مطروحه ملزم هستند، این چالش و مسأله مهم پدید می‌آید که مقامات قضایی در هنگام اتخاذ تصمیم در خصوص موضوعات مرتبط با روان‌شناسی، چگونه موضوع را شناسایی کرده و چگونه آن را تفسیر نموده و چگونه در خصوص آن اتخاذ تصمیم می‌نمایند. این مسأله هنگامی اهمیت بیشتری می‌یابد که بدانیم هر یک از قضات در تصمیم‌گیری دارای استقلال رأی بوده و حسب تشخیص خود موضوع را با مقررات موجود تطبیق می‌دهند. این مسأله (تطبیق موضوع با قوانین و مقررات) را می‌توان نقطه کلیدی در بحث حاضر دانست، چه اینکه همانطور که ذکر شد، روان‌شناسی غالباً اثباتی و حقوق غالباً هنجاری است.

پس از فهم اصل بحث، آنگاه مسأله اصلی را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که تلقی مقامات قضایی از مفهوم اختلالات روانی، چه تأثیری در تصمیم‌گیری آن‌ها داشته و این تصمیمات در عمل چه آثار عینی و عملی را به دنبال خواهند داشت. به دیگر سخن، این سؤال مطرح می‌شود که درک و فهم یک مقام قضایی (به عنوان مثال قاضی)، از مفهوم اختلالات روانی، آسیب‌های روانی و به طور کلی مفاهیم و موضوعات روان‌شناسی چیست و این فهم چه تأثیری در تصمیم‌گیری وی خواهد داشت. به عنوان مثال، اینکه یک قاضی، اضطراب را نوعی آسیب/ اختلال روانی بداند یا نداند و اینکه موضوع را برای بررسی به متخصص روان‌شناسی ارجاع دهد یا ندهد و اینکه اختلال مذکور را در ارتکاب رفتاری خاص (مثلاً ارتکاب جرم)، مؤثر بداند یا نداند، همگی ملاحظات هستند که اولاً (و با توجه به عدم تصریح مقنن به تأثیرگذاری چنین اختلالی در فرایند وقوع جرم)، به تشخیص و ذهنیت قاضی بستگی دارند؛ ثانیاً در تصمیم‌گیری قاضی در خصوص مرتکب جرم (بزه‌کار)، شخص آسیب‌دیده از وقوع جرم (بزه‌دیده) تأثیر خواهند گذاشت.

این دو اختلال و جنون (در مفهوم حقوقی) چه تفاوت‌ها و چه شباهت‌هایی وجود دارد. در خصوص این تفسیر موسع از اختلالات روانی و در نظر گرفتن برخی از آن‌ها به عنوان مصداق جنون، باید توجه داشت که با توجه به طیفی بودن غالب این اختلالات، به نظر می‌رسد اینکه بخواهیم همه انواع یک طیف اختلال را جنون در نظر بگیریم، چندان علمی نخواهد بود.

علاوه بر این تفسیر موسع ذکر شده از حوزه اختلالات روانی، موجب توسیع دامنه آثار تعریف ارائه شده از اختلالات روانی شده است. به عنوان مثال، در برخی آراء، جنون به صورت مطلق موجب رفع مسئولیت شخص دانسته شده است. این بدان معنا است که از نظر قاضی، شخص مجنون، دارای هیچ مسئولیتی نیست و این در حالی است که می‌دانیم از نظر قانونی در برخی موارد، ولو به صورت محدود، شخص مجنون نسبت به برخی رفتارهای خود دارای مسئولیت است. همچنین در برخی آراء، این نکته به صراحت مورد تأکید قرار گرفته است که جنون موجب حجر است و شخص مجنون نه تنها حق اعمال برخی حقوق و تکالیف خود را به صورت مطلق ندارد، بلکه حتی امکان طرح دعوا علیه شخص مجنون نیز وجود ندارد.

۲. تلقی خنثی و متعادل از مفهوم اختلالات روانی: رویکرد دومی که در میان آراء وجود دارد، تلقی خنثی و نسبتاً متعادل از مفهوم اختلالات روانی است، بدین معنا که مطابق با رویکرد کلی در روان‌شناسی نسبت به بسیاری از اختلالات، اختلالی نظیر دو قطبی از مواردی که موجب خطر جانی برای دیگران است، در نظر گرفته نشده است. نکته مهم در خصوص این گروه از آراء این است که حدود پنج درصد از کل آرای بررسی شده دارای این رویکرد هستند و این نشان می‌دهد که نگاه موجود به اختلالات روانی، غالباً نگاهی توأم با افراط و تفریط بوده است.

۳. تلقی و تفسیر بسیار محدود از اختلالات روانی: رویکرد سوم که بیشترین تعداد از آراء و نظرات در این خصوص را به خود اختصاص داده است، تفسیر و تلقی بسیار محدود از

همچنین از منظر استفاده از رویکرد قیاسی یا استقرایی نیز، با توجه به فقدان نظریه جامع در خصوص رویکرد قضایی به اختلالات روانی، از روش استقرایی استفاده شده است. بنابراین پژوهش حاضر، با روش مختلط، تمرکز بر محتوای آشکار آرای صادره و با بهره‌گیری از رویکرد استقرایی انجام می‌پذیرد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

با بررسی آرای صادره از محاکم مختلف (اعم از بدوی، تجدید نظر و دیوان عالی کشور)، مجموع نظرات و رویکردهای مختلف مقامات قضایی به مفاهیم روان‌شناختی، در سه طبقه کلی قابل سازماندهی هستند: نخست، تفسیر و تلقی موسع از مفهوم اختلالات روانی؛ دوم، تفسیر خنثی و مطابق با ظاهر قانون از اختلالات روانی؛ سوم، تفسیر و تلقی بسیار مضیق از مفهوم اختلالات روانی. از این رو پس از بیان این سه طبقه کلی، نتیجه نهایی حاصل از پژوهش حاضر بیان خواهد شد.

۱. تفسیر و تلقی موسع از مفهوم اختلالات روانی: از مجموع آرای بررسی شده، در حدود یک‌سوم از آن‌ها، رویکردی موسع از مفهوم اختلالات روانی در نظر گرفته شده است، بدین معنا که در این گروه از آراء، مقامات قضایی نه تنها دامنه اختلالات روانی را بسیار گسترده در نظر گرفته‌اند، بلکه حتی در مواردی، بسیاری از اختلالات روانی را به نوعی جنون تلقی کرده‌اند. به عنوان مثال در برخی آراء، قاضی اختلال «سایکوتیک» را نوعی اختلال روحی و روانی و از مصادیق جنون دانسته است. این در حالی است که از منظر علم روان‌شناسی، الزاماً سایکوتیک مترادف با جنون (در مفهوم حقوقی) نیست. همچنین مشاهده شده است که در برخی آرای اختلالی نظیر «اسکیزوفرنی» نیز جنون در نظر گرفته شده است. از این رو این سؤال ایجاد می‌شود که چه تفاوتی بین اختلال‌های سایکوتیک و اسکیزوفرنی وجود دارد و بین

بحث

۱. **مفهوم اختلالات روانی:** اختلال روانی به عنوان مفهومی چتری، از جمله اصطلاحاتی است که حسب رویکردهای مختلف، نه تنها در رشته‌های مختلف، بلکه حتی نزد روان‌شناسان نیز دارای تعاریف مختلفی است. با این حال، ارائه تعریفی دقیق از اختلالات روانی نه تنها از حیث نظری و علمی (برای مثال طبقه‌بندی اختلالات برای مطالعه دقیق‌تر) واجد اهمیت است (۵)، بلکه همچنین از نظر آثار عملی، نظیر تفکیک حوزه مسئولیتی کادر درمان از سایر حوزه‌ها، موارد مربوط به حقوق و تکالیف افراد و... نه تنها مفید، بلکه ضروری است (۶). به صورت اجمال، نظرات و تعاریف ارائه شده از مفهوم اختلال روانی، ذیل چند عنوان کلی ذیل قابل تبیین هستند:

۱- برخی بر این باور هستند که اختلال مفهومی سیال است و در طول زمان و مکان تغییر می‌کند. از این رو علوم روان‌شناختی را ناتوان از درک شکل‌گیری مفاهیم مرتبط با روان و برخواسته از فرهنگ، دانسته‌اند (۸-۷). از این منظر، چون آنچه که به عنوان اختلال روانی تعریف می‌شود، در طول زمان و مکان تغییر می‌کند، بنابراین این مفهوم، بیشتر مفهومی اجتماعی - فرهنگی است تا علمی - روان‌شناختی. مثال‌های مختلفی نیز وجود دارند که نشان می‌دهند در برخی از موارد اختلالات روانی بیشتر با توجه به ارزش‌های فرهنگی، اخلاقی و مذهبی مشخص می‌شدند تا معیارهای علمی. به عنوان، اختلال «دراپتومانی (Drapetomania)» (در خصوص بردگان آمریکایی که قصد فرار داشتند) و اختلال «اسکیزوفرنی راکد (Sluggish Schizophrenia)» (در خصوص مخالفان سیاسی در اتحاد جماهیر شوروی) نمونه‌هایی از اولویت داشتن موضوعات غیر علمی بر مفاهیم علمی در شناسایی اختلالات روانی هستند. بنابراین از منظر این گروه، اختلال روانی مفهومی است برخواسته از معیارها و هنجارهای جامعه و انحراف از این معیارها و هنجارها موجب برچسب‌خوردن به عنوان اختلال روانی خواهد شد. از این رو با پذیرش این رویکرد، ممکن است اشتباهاً برخی از انحرافات

اختلالات روانی، عدم تأثیرگذاری این اختلالات بر تعاملات و رفتارهای روزمره اشخاص و فرض سلامت روان اشخاص در موارد تردید در وجود یا عدم وجود اختلالات روانی در اشخاص است. به عنوان مثال، برخی آراء، تأثیر اختلالات روانی بر فعالیت‌های روزمره را به صورت شدید ندانسته‌اند. این در حالی است که از نظر علمی، قطعاً بین اختلالات روانی مختلف و میزان تأثیرگذاری آن‌ها در تعاملات روزمره اشخاص تفاوت‌های اساسی وجود دارد و نمی‌توان به طور قاطع در خصوص میزان تأثیرگذاری یک اختلال بر فعالیت‌های روزمره با قاطعیت نظر داد. در همین خصوص برخی آرای دیگر، جنون موضوعی و رای یک بیماری معمولی دانسته‌اند، از این منظر، جنون نیز مانند سایر بیماری‌ها است و قابل معالجه بوده و بنابراین آثار عملی خاصی به تفکیک آن از سایر بیماری‌ها وجود ندارد. برخی دیگر از آرای این حوزه، عدم اظهار جنون را قرینه‌ای بر سلامت شخص در نظر گرفته‌اند. بنابراین از منظر این آراء، همین که شخص به صراحت بیان نکند که طرف مقابل او (مثلاً در عقد نکاح) مجنون است، فرض بر این گرفته می‌شود که آن شخص فاقد اختلال روانی خاصی است. برخی آرای دیگر با رویکرد دقیق (و علمی) بر این باور هستند که تشخیص اختلالات روانی به نظر پزشکی قانونی وابسته است. از این منظر، شاید بتوان گفت که این دسته از آراء، دقیق‌ترین و علمی‌ترین نظرات در این حوزه هستند. در همین راستا، برخی دیگر از آراء، جنون را اختلالی خاص در نظر گرفته‌اند و برخی از مصادیق و تعاریف عامیانه از جنون را به عنوان یک اختلال روانی خاص، در معنای دقیق آن، در نظر نگرفته‌اند. هم‌راستا با این رویکرد، برخی دیگر از آراء با تصریح بر اینکه اصل بر عدم جنون بوده و در فرض تردید در مجنون بودن شخص، سلامت روان وی فرض می‌شود، بیان کرده‌اند که احراز جنون نیازمند حکم دادگاه صالح است. برخی دیگر نیز رویکردی دقیق و نسبت به جنون و سایر اختلالات روانی در نظر گرفته شده و تنها در فرض مختل‌نمودن اراده و مشاعر، آن را موجب حجر دانسته‌اند.

اجتماعی یا تغییرات رفتاری به عنوان «اختلال» طبقه‌بندی شوند، مواردی نظیر تفاوت‌های فردی غیر آسیب‌شناختی، انتخاب سبک زندگی، جرم (۹).

۲- برخی دیگر بر این باورند که همان‌گونه که در علوم مانند شیمی، عناصر و ترکیبات، صرف نظر از شناسایی یا عدم شناسایی وجود دارند، در خصوص اختلالات روانی نیز می‌توان (همانند جدول تناوبی در شیمی)، به وجود طبقه‌بندی قائل شد (۱۰-۱۱).

۳- برخی نیز چنین بیان کرده‌اند که مناسب‌ترین معیار برای تعریف اختلال روانی و حتی بسته به ارزش‌های جهانی‌تر (نسبت به ارزش‌های مرتبط با تعریف اختلال روان‌شناختی) معیارهای اضطراب و ناتوانی هستند (۶)، چراکه «هر جامعه‌ای مرگ، درد، ناتوانی و از دست‌دادن لذت را به‌مثابه آسیب در نظر می‌گیرد» (۱۲). این رویکرد با تعریف ارائه‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی در خصوص اختلال روانی همسو است که بر طبق آن یک اختلال روانی با یک آشفتگی از نظر بالینی قابل توجه در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار شخص مشخص می‌شود. از این رو اختلال روانی را می‌توان به عنوان «اختلالات عملکردی آسیب‌زا (Harmful Dysfunctions)» تعریف نمود (۱۳) و نمی‌توان آن را تنها با یک اختلال عملکرد فیزیکی یا بیولوژیکی تعریف کرد (۱۴). پذیرش این معیار است که موجب شده، برخی به عنوان مثال در خصوص همجنس‌گرایی، استدلال کنند که نمی‌توان به اشخاصی که اصرار دارند حالشان خوب است (و هیچ «پیشانی» ذهنی ندارند) و هیچ آسیب عمومی در اثربخشی اجتماعی‌شان نشان نمی‌دهند، برچسب بیمار زد (۱۵).

۴- نخستین تعریف رسمی از مفهوم «اختلال روانی» در نسخه سوم از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مطرح شد، تعریفی که بیشتر برای پرداختن به نیازهای مختلف روان‌پزشکی در آن زمان، به عنوان نقطه شروعی به منظور طبقه‌بندی نظری و مبتنی بر شواهد اختلالات روانی و برای توجیه حذف همجنس‌گرایی از طبقه‌بندی‌ها و مقابله با استدلالات ضد روان‌پزشکی ارائه شد (۶).

مطابق با جدیدترین تعریف ارائه‌شده در نسخه پنجم از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال روانی سندرومی است که مشخص است با آشفتگی از نظر روانی قابل توجه در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار که یک اختلال عملکردی در فرایندهای تحولی، بیولوژیکی، روان‌شناختی که زیربنای عملکردهای روانی هستند را منعکس می‌کند. اختلال‌های روانی معمولاً با اضطراب و ناتوانی در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و سایر فعالیت‌های مهم مرتبط هستند (۶).

در مجموع، پذیرش یا استفاده از هر یک از این تعاریف و رویکردها، هرچند به ظاهر علمی و دقیق، در عمل آثار و نتایج خاصی را به دنبال خواهد داشت. از این روست که هر تعریف و معیار از اختلال روانی، در طول زمان به طور خاص مورد نقد قرار گرفته است. صرف نظر از برخی اندیشمندان، نظیر فوکو (Foucault) که اساساً مفهومی تحت عنوان اختلالات روانی را قبول نداشت. بیشتر نقدهای مطرح‌شده، بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی هستند. برخی بیان کرده‌اند که این راهنما بیش از حد مبتنی بر تعاریف پزشکی است (۱۶-۱۷)، بنابراین معیارهای روانی و ذهنی را کمتر مورد توجه قرار داده است. برخی نیز از بر این باور هستند که هرچند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان منبعی علمی شناخته می‌شود، اما می‌توان در آن نشانه‌هایی از تأثیرپذیری از عوامل اجتماعی - فرهنگی را مشاهده کرد. به عنوان مثال، در برخی موارد رفتاری به عنوان اختلال طبقه‌بندی شده، ولی بعداً دیگر اختلال نامیده نشده است، به عنوان مثال، «همجنس‌گرایی» در نسخه اول این راهنما، به عنوان اختلال طبقه‌بندی شده بود، ولی در نسخه پنجم آن ذکر نشده است.

۲. مفهوم جنون: به رغم اینکه کمتر واژه‌ای، به‌سان «جنون» را می‌توان یافت که در ادبیات عامه به عنوان واژه‌ای روان‌شناختی مصطلح و رایج باشد، با این حال، باید دانست که جنون (Insanity) (و اصلاحاتی نظیر «ناسالم‌بودن ذهن») مفاهیمی حقوقی هستند (۱۸) و نه روان‌شناختی. این بدان معناست که در هیچ یک از منابع معتبر در حوزه طبقه‌بندی اختلالات روانی، اختلالی تحت عنوان «جنون» ذکر نشده

گروهی دیگر اصطلاح جنون حقوقی را یک مفهوم کاملاً قانونی دانسته‌اند که به تشخیص‌های مختلف روان‌پزشکی ارتباطی ندارد (۱۸).

به هر روی، و به رغم وجود اختلاف در اصل مفهوم «جنون» و نیز اختلاف در «معیارها و شاخص‌های» سنجش جنون، قدر متیقن از بحث‌ها و دیدگاه‌های مختلف این است که واژه‌ای تحت عنوان «جنون» ریشه در ادبیات حقوقی دارد، ولی در خصوص تعریف و معیارهای آن اختلاف نظر وجود دارد. از این رو و با توجه به موضوع نوشتار حاضر، به نظر می‌رسد بررسی مفهوم «جنون» در متون حقوقی داخلی، با اهداف پژوهش حاضر متناسب باشد.

مطابق ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی، «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده، به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد، مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد.» از ماده مذکور چند نتیجه استنباط می‌شود. نخست هر «اختلال روانی» جنون محسوب نمی‌شود، بدین معنا که از نظر مقنن ایران، جنون نوعی اختلال روانی است، ولی الزاماً هر نوع اختلال روانی جنون محسوب نمی‌گردد، بلکه یک اختلال روانی باید دارای شروط و ارکانی باشد تا بتواند دارای وصف جنون گردد؛ دوم، اختلال روانی‌ای جنون نامیده می‌شود که منجر به یکی از حالات «فقدان اراده» یا «قوه تمییز» گردد، بنابراین اگر شخص به رغم رنج‌بردن از نوعی اختلال روانی، از نظر اراده یا قوه تمییز فاقد مشکل باشد، نمی‌توان او را مجنون دانست؛ سوم، تأکید مقنن مبنی بر اینکه شخص، مجنون «محسوب می‌شود» و نه اینکه مجنون است، بر این نکته دلالت دارد که مقنن نیز بر این باور است که معیارهای فقدان اراده یا قوه تمییز، معیارهایی حقوقی هستند و نه روان‌شناختی. بنابراین باید قائل بر این شد که از نظر مقنن ایران، معیارهای جنون عبارتند از: ۱- وجود نوعی اختلال روانی؛ ۲- فقدان اراده یا قوه تمییز. در صورتی که یکی از این موارد نباشد، شخص مجنون محسوب نمی‌شود.

۳. **رویکردهای کلی به اختلالات روانی:** بررسی سیر تاریخی مربوط به اختلالات روانی نشان می‌دهند که این حوزه

است، حتی برخی اصل استعمال و کاربرد واژگان جنون و مجنون را وهن‌آور و موهون دانسته‌اند و پیشنهاد کرده‌اند که از مفاهیم اینچنینی که حالت وهن‌آمیز دارند، استفاده نشود. با این حال در قوانین مختلف، هنوز این اصطلاح و اصطلاحات مشابه وجود دارند (۱۸).

هرچند همان‌گونه که ذکر شد، واژه‌ای تحت عنوان «جنون» بیشتر وامدار رشته حقوق است تا روان‌شناسی، با این حال برخی با طبقه‌بندی جنون به دو حوزه جنون در مفهوم حقوقی و جنون در مفهوم پزشکی، بین این دو قائل به تفکیک شده‌اند. از این منظر هر فردی که به نوعی از بیماری‌های روانی مبتلا باشد، دارای «جنون پزشکی» نامیده می‌شود، اما برای احراز «جنون حقوقی» شخص باید قدرت استدلال را از دست بدهد. محاکم نیز بر جنون حقوقی توجه دارند. فارغ از پذیرش یا عدم پذیرش این رویکرد به تعریف جنون و تفکیک بین جنون در حوزه حقوق با جنون در حوزه پزشکی، این سؤال پدید می‌آید که معیار و ملاک جنون چیست؟ و شخص در چه صورتی مجنون محسوب می‌شود؟

در پاسخ به این پرسش، پاسخ‌های متعدد و متکثری ارائه شده است. برخی چنین گفته‌اند که هیچ تعریف مشخصی از «ناسالم‌بودن ذهن» وجود ندارد، با این حال دادگاه‌ها غالباً آن را به عنوان جنون در نظر می‌گیرند (۱۸). از این منظر، جنون مترادف با ناسالم‌بودن ذهن دانسته شده است. برخی سه معیار ناتوانی از شناخت ماهیت رفتار، ناتوانی از دانستن اشتباه‌بودن رفتار (Incapable of Knowing His Act is Wrong) یا ناتوانی در دانستن اینکه رفتار مغایر قانون است (۱۸)، را به عنوان معیارهای تشخیصی جنون ذکر کرده‌اند. از این رو فقدان توانایی برای درک هر یک از موارد سه‌گانه مذکور، موجب اطلاق وصف مجنون بر دارنده آن‌ها می‌شود. برخی دیگر نیز بر این باورند که اصطلاح «جنون» تعریف دقیقی ندارد و در حوزه‌های مختلف معانی مختلفی دارد و درجات مختلفی از اختلالات روانی را تعریف می‌کند. برخی نیز بر این باور هستند که اصطلاح «جنون حقوقی» به «وضعیت روانی» شخص در زمان ارتکاب جرم اشاره دارد و نه چیز دیگر.

نیز به مانند بسیاری دیگر از حوزه‌های علمی، شاهد تغییر و تحولات متعدد و مختلفی بوده است. از عدم پذیرش مطلق اختلالات روانی تا اتخاذ رویکرد علمی نسبت به این اختلالات و نیز بازگشت مجدد به رویکردهای ضد روان‌شناختی در عصر جدید.

۳-۱. عصر تاریکی و عدم پذیرش افراد دارای اختلال

روانی: هرچند نخستین رویکرد کلی به روان‌شناسی و مفاهیم مرتبط با آن (نظیر اختلالات روانی) را باید زمانی دانست که بشر به صورت کلی فاقد علم و دانش در خصوص این مفاهیم بوده است، با این حال از نظر عملی، نخستین رویکردها به اختلالات روانی، زمانی شکل گرفتند که جوامع بشری، افراد دارای اختلال روانی را به عنوان اشخاصی خاص در نظر گرفته که با هم‌نوعان خود فرق دارند. در واقع در این دوران، این موضوع (البته نه به صورت کاملاً علمی و دقیق) پذیرفته شده بود که برخی از افراد، از نظر ذهنی و روانی دارای حالات و روحيات خاصی هستند که موجب تفاوت آن‌ها با سایر اشخاص می‌شود. در این دوره، نگاه غالب به اشخاص دارای اختلال روانی، به مثابه افرادی بود که یا شیطان در روح و جان آن‌ها نفوذ کرده و یا اجنبه آن‌ها را به تسخیر خود درآورده بودند (۱۹). شکنجه‌نمودن این اشخاص به قصد خارج‌ساختن شیطان از روح آن‌ها، ایراد فشار و ضرب و جرح جسمانی، زندانی‌ساختن، شلاق‌زدن و... از جمله رفتارهای غالبی بودند که در خصوص اشخاص دارای اختلال روانی اعمال می‌شدند، بدین امید که این رفتارها موجب آزادی روح آن‌ها و بازیابی سلامت‌شان شود.

هرچند در سال‌ها و قرون بعد، رویکردهای دیگر به این حد از خشونت با افراد دارای اختلال روانی برخورد نمی‌کردند، با این حال آنچه که مهم است، عدم بهره‌مندی افراد دارای اختلال روانی از حقوق انسانی خود، به مانند انسان‌ها، است. به عنوان مثال، در قرون متمادی، افراد مبتلا به بیماری روانی را رها کرده یا در معرض جانوران وحشی قرار داده تا از بین بروند (۲۰). در واقع در این دوران، به جای شکنجه‌کردن افراد دارای بیماری روانی به منظور خروج اجنبه از روان آن‌ها و بهبود

یافتن، با قطع امید از بهبودی این اشخاص، آن‌ها را به امید مرگ و از بین رفتن، به دور از جامعه رها می‌کردند. مع‌الاسف این رویکرد، نه تنها در بین حاکمان و عامه جامعه وجود داشته است که حتی در بین اندیشمندان و متفکران مشهور نیز رایج بوده است. به عنوان مثال، ارسطو (Aristotle) در کتاب «سیاست» اظهار کرده که «باید قانونی باشد که هیچ فرد ناقصی حق ادامه حیات نداشته باشد» (۲۱) همینطور بقراط (Hippocrates) (پزشک معروف)، کودکان را به دو گروه کودکانی که «ارزش بزرگ‌کردن داشته باشند» و کودکانی که فاقد چنین ارزشی هستند، تقسیم‌بندی کرده است (۲۱).

به هر روی، نخستین رویکردها به اختلالات روانی، در نظرگرفتن این اختلالات به مثابه موضوعاتی ماورای علم و فهم بشری و نشأت‌گرفته از موجودات فراانسانی بوده است. طبیعتاً در این رویکرد، در نظرگرفتن حقوق برای این اشخاص ممنوع بوده و یا اشخاص را به قصد بهبودیافتن شکنجه و یا آن‌ها را به قصد مرگ رها می‌ساختند. این رویکرد برای قرن‌های متمادی بر نگرش افراد و جوامع نسبت به اختلالات روانی و افراد دارای این اختلالات سایه افکنده بود، به گونه‌ای که از قرن‌ها قبل از میلاد مسیح، تا دوره رنسانس، نگرش غالب، این نگرش بوده است. نگرشی که به رغم تمامی پیشرفت‌های صورت‌گرفته در سال‌های بعد، باز هم در برخی موارد در قالب اظهار نظرهای خاص برخی اشخاص در خصوص افراد دارای اختلال روانی خود را نشان می‌دهد.

۳-۲. اختلالات روانی (اسکیزوفرنی) به مثابه بیماری:

رویکرد دیگر به مفهوم اختلالات روانی و افراد دارای این اختلالات، تلقی این اختلالات به مثابه بیماری است، بدین معنا که اختلالات روانی نیز نوعی بیماری (به مانند سایر بیماری‌ها) در نظر گرفته شده که می‌بایست برای درمان و معالجه آن‌ها نیز همانند سایر بیماری‌ها رفتار کرد. در خصوص این رویکرد چند نکته واجد توجه است: نخست، توجه به اختلالات روانی به مثابه بیماری و در نظرگرفتن افراد دارای اختلالات روانی به مثابه افراد بیمار، بیش از آنکه نگرش و رویکردی روانکاوانه - روان‌شناختی باشد، رویکردی پزشکی - روان‌پزشکی است،

ارائه شواهدی دال بر مؤثر بودن و امکان بسط به حوزه‌های دیگر)، به طیف وسیعی از تحقیقات سلامت روان و همچنین راهبردهای بالینی مانند جابجایی وظایف، انگیزه داده است (۲۴).

برخی نیز رویکرد بهداشت ذهنی جهانی را به دلیل صدور نامناسب انگاره‌های خود به کشورهای جنوب جهانی، مورد انتقاد قرار داده‌اند (۲۵). همچنین ذیل این رویکرد معیارهای مختلفی نظیر «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» و «طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها» ارائه شده‌اند که برخی عدم استفاده از این معیارها را نقد کرده‌اند و گفته‌اند که پزشکان به ندرت از این معیارها استفاده می‌کنند و در مقابل برخی گفته‌اند استفاده از این رویکردها موجب شکل‌گیری رویکرد چک‌لیستی برای ارزیابی می‌شود و علائم مرتبط و مسائل زمینه‌ای را نادیده می‌گیرد.

۳-۴. اختلال روانی ذیل رویکرد زیست‌روانی - اجتماعی:

رویکرد زیست‌روانی - اجتماعی دهه‌ها پیش توسط جورج انگل و جان رومانو (Gorge Engel & John Romano) ارائه شد، در حالی که مدل‌های سنتی زیست‌پزشکی پزشکی بالینی بر پاتوفیزیولوژی و سایر رویکردهای بیولوژیکی به بیماری تمرکز می‌کنند، رویکرد زیست‌روانی - اجتماعی در برنامه‌های آموزشی بر اهمیت درک سلامت و بیماری انسان در کامل‌ترین زمینه‌های آن‌ها تأکید می‌کند. رویکرد زیست‌روانی - اجتماعی به طور نظام‌مند عوامل بیولوژیک، عوامل روانی و اجتماعی و تعاملات پیچیده آن‌ها در درک سلامت، بیماری و ارائه مراقبت‌های بهداشتی را در نظر می‌گیرد.

همراه با رویکرد مذکور که بیشتر در حوزه درمان مورد استفاده قرار گرفته است. این موضوع مطرح شد که همان‌گونه که برای اصلاح و درمان بیماری‌ها استفاده از رویکرد زیستی - روانی و اجتماعی ضروری و مفید است، به همین صورت می‌توانیم این رویکرد را در خصوص شناسایی و نگرش به اختلالات روانی در نظر بگیریم، بدین معنا که نگرش کلی به اختلالات روانی این باشد که این اختلالات خواستگاهی زیستی، روانی و اجتماعی داشته و بنابراین افراد دارای این

بدین معنا که در این رویکرد، برای اختلالات روانی به مثابه بیماری، همانند سایر بیماری‌های دلایل و علل صریح و مشخصی بیان می‌شوند، نه به مانند روان‌شناسی که گاه برای یک اختلال، علل و عوامل زیستی، روانی، تجربیات دوران کودکی و... را در نظر می‌گیرد؛ دوم، تلقی از اختلال روانی به مثابه بیماری، موجب ترویج استفاده از مداخلات (به صورت خاص دارویی و نیز شناختی - رفتاری) شده است که نقدهای جدی به آن وارد شده است؛ سوم، هرچند شاید تأکید بر مداخلات دارویی و رفتاری موجب شود، تلقی «اختلالات روانی به مثابه بیماری» به سان یک رویکرد جدید و نوین در نظر گرفته شود، با این حال با اندکی تسامح می‌توان این‌گونه در نظر گرفت که این رویکرد، گفتمان علمی همان نظریه سنتی است که به دنبال خارج ساختن ارواح خبیثه از روح افراد است، با این تفاوت که در گذشته درمان با شکنجه بود و امروزه با دارو. برخی نیز چنین گفته‌اند دانش تشخیص بیماری‌ها تحت تأثیر مواردی نظیر صنعت داروسازی هستند و بنابراین فاقد اعتبار علمی هستند (۲۳-۲۲).

۳-۳. اختلالات روانی ذیل بهداشت ذهنی جهانی: از

دیگر نگرش‌ها و رویکردها در خصوص اختلالات روانی، بررسی این موضوع ذیل عنوان «بهداشت ذهنی جهانی» است. بهداشت ذهنی جهانی، از جمله مفاهیم و رویکردهای جدید و قرن بیست و یکمی است. این رشته نوظهور بر پیشرفت‌های روان‌پزشکی بین فرهنگی، اپیدمیولوژی روان‌پزشکی، علوم اجرایی و جنبش حقوق بشر بنا شده است. محققان و پژوهشگران این حوزه بر این باور هستند که در عصر جدید، آنچه که مهم است، داشتن بهداشت جسم و ذهن به صورت توأمان است، از این روست که بر داشتن بهداشت ذهنی به عنوان یک انگاره مثبت تأکید و چندان به مفهومی تحت عنوان اختلالات روانی توجه نمی‌کنند. در واقع این رویکرد بر این موضوع بنا نهاده شده است که به جای توجه بر وجود یا عدم اختلالات روانی در افراد، بهتر است بر موضوعات ایجابی تأکید شود و تلاش شود تا همه شهروندان از بهداشت و سلامت روان برخوردار باشند. رویکرد سلامت ذهنی جهانی (با

اختلال به‌سان افرادی هستند که دچار مشکلات و نارسایی‌های زیستی، روانی و اجتماعی هستند، هرچند این رویکرد در حوزه درمان، با استقبال قابل توجهی مواجه شده است، با این حال در حوزه نگرش و شناخت اختلالات روانی با این انتقاد مواجه شده که با گفتن اینکه همه اختلالات روانی دارای عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند، نمی‌توانیم در مورد هیچ بیماری خاص صحبت کنیم و درمان‌ها را بر این اساس هدف قرار دهیم.

۳-۵. جنبش ضد روان‌پزشکی: هرچند از یک منظر، روان‌شناسی (به مثابه یک علم) از همان بدو ایجاد، نقیض خود یعنی ضد روان‌پزشکی را نیز به همراه داشته است (۲۶)، با این حال، یکی از متأخرترین رویکردها به اختلالات روانی (به طور خاص) و به علم روان‌شناسی (به طور عام) جنبشی است که ذیل عنوان «جنبش ضد روان‌پزشکی» طبقه‌بندی شده است. افراد متعددی نظیر فوکو، ساسز (Szasz) و... از مهم‌ترین افراد این حوزه هستند که به رغم برخی تفاوت‌ها، در یک ویژگی مشترک هستند و آن هم مبارزه با نهاد روان‌پزشکی است که در شکل پزشک و قدرت او ظهور می‌یابد (۶).

سارز مفهوم «اختلال روانی» را یک افسانه می‌داند (۲۷) و بر این باور بود که رنج روانی و مشکلات زندگی وجود دارند، اما اشتباه است اگر آن‌ها را به عنوان «بیماری» در نظر بگیریم (۱۷). نهایتاً اینکه از نظر ساسز، اختلال روانی موضوعیت نداشته و نباید مورد بحث قرار گیرد، بلکه به جای مفهوم «اختلال» باید از «انحراف» از هنجارها و ارزش‌های پذیرفته‌شده اجتماعی سخن گفت (۲۷). از دیگر اندیشمندان مهم در این حوزه، میشل فوکو، (نویسنده نامدار فرانسوی) است. وی در ابتدای کتاب معروف خود، «تاریخ جنون» به نقل از پاسکال و

داستایوفسکی (Dostoevsky) چنین می‌نویسد: «دیوانگی بشر آنچنان ضروری است که دیوانه‌نبودن خود شکل دیگری از دیوانگی است» (پاسکال)؛ «برای آنکه از عقل سلیم خود مطمئن شویم، راه چاره آن نیست که همسایه‌مان را محبوس کنیم» (داستایوفسکی) (۲۸).

فوکو، از جمله مشهورترین شخصیت‌های معاصر است که رویکرد ضد روان‌شناختی را بسط داده و ترویج نموده است. از نظر فوکو، دانسته‌های ما در خصوص جنون نباید راهنمای حرکت ما باشد، [بنابراین] هیچ یک از مفاهیم آسیب‌شناسی روانی نباید سامان‌بخش کار ما باشد (۲۸). وی بر این عقیده است که یافته‌های مدعایی روان‌شناسان و روان‌پزشکان در خصوص مفاهیمی نظیر جنون، اختلالات روانی و... بیش از آنکه علمی باشند، بیشتر ابزاری در دست صاحبان قدرت و برای کنترل و تنظیم‌نمودن رفتار سایر انسان‌ها هستند.

۴. تحلیل موضوع: با توجه به هدف اصلی این نوشتار و با در نظرگرفتن تحلیل محتوا به عنوان یک روش تحقیق با راهبردهای مختلف، دو راهبرد کمی مقوله‌ای و اظهار نظرهای سنجشی، به عنوان راهبردهای تحلیلی در نوشتار حاضر مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

۴-۱. تحلیل محتوا بر اساس راهبرد کمی: مقوله‌ای: تحلیل محتوا بر اساس راهبرد کمی: مقوله‌ای بر طبقه‌بندی واحدهای متن در مقوله‌های ازپیش‌تعیین‌شده و شمارش فراوانی هر مقوله تمرکز دارد. این روش امکان مقایسه و شناسایی الگوهای غالب در محتوا را به‌صورت عددی فراهم می‌کند (جدول ۱).

جدول ۱: تحلیل مقوله‌ای آرا بر اساس واژگان روان‌شناختی به کاررفته در هر رأی

واژگان دارای مفهوم روان‌شناختی به کاررفته در رأی	مرجع صادرکننده
جنون، اختلال روحی، اختلال روانی، سایکوتیک	شعبه ۴۸ دیوان عالی کشور
بیماری شخصیتی دوقطبی، اختلال دوقطبی	شعبه ۲۵۰ دادگاه عمومی حقوقی
اختلالات عصبی	شعبه ۲ تجدید نظر دیوان عدالت اداری
جنون	شعبه ۳ دیوان عالی کشور

مرجع صادرکننده	واژگان دارای مفهوم روان‌شناختی به کاررفته در رأی
شعبه ۴۱ دیوان عالی کشور	جنون، حجر، عدم جنون
شعبه ۴۹ دیوان عالی کشور	جنون
شعبه ۶۲ دادگاه تجدید نظر تهران	جنون، حجر، جنون ادواری، جنون دائمی
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	جنون، فقدان تام شعور، اختلال تام قوه تمیز و اراده، بیماری اسکیزوفرنی، حجر، تجنن، سلامت روحی و روانی، مجنون
شعبه ۸ دیوان عالی کشور	جنون، جنون مستمر، جنون ادواری، حجر، محجور، صغر
شعبه ۴۰ دادگاه تجدید نظر استان تهران	جنون
شعبه ۸ دیوان عدالت اداری	جنون ادواری
شعبه ۱۵ دیوان عالی کشور	جنون، حجر، تشنجات متوالی، کاهش حافظه، وسواسی، تحریک‌پذیری، حجر
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	عدم حجر، رشد، بیماری‌های روانی، جنون، عوارض روحی، عوارض روانی، حجر، جنون، اختلال تام مشاعر، سلب اراده، اراده سالم، آگاهی درست، عقلانیت صحیح، سقه، محجور
شعبه ۴۰ دادگاه تجدید نظر استان تهران	جنون ادواری، مجنون، مجانین
شعبه ۱۵ دادگاه تجدید نظر استان تهران	محجور، جنون، جنون ادواری، جنون مقطعی، جنون دائم، جنون دائمی
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	حجر، جنون، وضعیت روحی و روانی
شعبه ۲۶ دیوان عالی کشور	جنون ادواری، جنون، جنون ادواری، بیماری دوقطبی، کمال سلامت، ضعف اعصاب
شعبه ۲۶ دیوان عالی کشور	جنون، حجر
شعبه ۳۲ دیوان عالی کشور	جنون، جنون مقطعی، جنون دائمی، جنون ادواری، سلامت روانی
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	جنون، اختلال تام مشاعر، اختلال تام اراده، امراض روانی، حجر
شعبه هشتم دیوان عالی کشور	محجوریت

- جنون (و مشتقات آن): از مجموع آرای بررسی‌شده، واژه جنون به همراه مشتقات آن (مجنون/ جنون ادواری/ جنون دائمی/ تجنن و...)، با ۳۶ مورد تکرار در آرای مختلف، بیشترین تکرار را به خود اختصاص داده است.

- از میان کلیه اختلالات روانی که در طبقه‌بندی‌های علمی ارائه شده‌اند، سه اختلال سایکوتیک، شخصیت دوقطبی و اسکیزوفرنی، اختلالاتی هستند که در آرای مورد بررسی، ذکر شده‌اند.

- در آرای که واژگان تخصصی روان‌شناسی به کار برده شده است، نیز واژه جنون غالباً به کار برده و تکرار شده است؛ این بدین معنا است که حتی در موارد کاربرد واژگان روان‌شناسی، توجه به ارتباط آن‌ها به پرتکرارترین واژه (جنون)، معطوف بوده است و قضات به دنبال بررسی این موضوع بوده‌اند که به

هر روی، آیا این اختلالات موجب اتصاف وصف «مجنون» بر دارنده آن‌ها می‌شود یا خیر.

- برخی واژگان نظیر وسواسی (با یک بار تکرار)، سلامت روانی (با یک بار تکرار)، هرچند دارای بار روان‌شناسی بوده و در حوزه روان‌شناسی تعریف خاص مختلف به خود را دارند، با این حال ظاهراً کاربرد آن‌ها در آراء، با توجه به مفهوم عامیانه و متداول از این واژگان صورت گرفته است و به تعریف دقیق و علمی این واژگان توجه نشده است.

۴-۲. تحلیل محتوا بر اساس راهبرد کمی: اظهار نظرهای سنجشی: تحلیل محتوا با راهبرد کمی و تمرکز بر اظهار نظرهای سنجشی به شمارش و دسته‌بندی داورها و قضاوت‌های مثبت، منفی یا خنثی در متن می‌پردازد. هدف این روش، نشان‌دادن جهت‌گیری‌ها و گرایش‌های کلی محتوا به صورت عددی و قابل مقایسه است (جدول ۲).

جدول ۲: تحلیل سنجشی آرا بر اساس جملات روان‌شناختی به کاررفته در هر رأی

مرجع صادرکننده	جملات سنجشی	بررسی جملات سنجشی
شعبه ۴۸ دیوان عالی کشور	- سایکوتیک نوعی اختلال روحی و روانی است. - آیا سایکوتیک از موارد جنون است؟	در رأی مذکور، نگرش کاملی دال بر اینکه قاضی «سایکوتیک» را نوعی اختلال روحی و روانی و از مصادیق جنون دانسته است، وجود دارد. با این حال به این نگرش این نقد وارد است که قاضی اختلال مذکور را به عنوان جنون (در مفهوم مصطلح حقوقی) در نظر گرفته است؛ این در حالی است که به صورت قطع تمامی مصادیق اختلال سایکوتیک، با مفهوم «جنون» منطبق نیستند.
شعبه ۲۵۰ دادگاه عمومی حقوقی	اختلال دوقطبی نمی‌تواند از موارد خطر جانی محسوب شود.	در رأی مذکور، هر چند اصل اینکه به صورت مطلق ذکر شده که اختلال دوقطبی موجب خطر جانی (برای خود و دیگران) نیست، محل نقد است. با این حال در خصوص تلقی از این اختلال، برخلاف برخی دیگر از آرا (که این اختلال را معادل جنون یا یکی از مصادیق آن در نظر گرفته‌اند)، نگرش نسبتاً متعادلی نسبت به اختلال دوقطبی در نظر گرفته شده است.
شعبه ۲ تجدید نظر دیوان عدالت اداری	اختلالات روانی و پزشکی مستخدم منجر به غیبت‌ها و تخلفات مکرر، دلیلی برای نقض رأی کمیسیون موضوع ماده ۱۴۶ قانون استخدام ناجا مبنی معافیت از خدمت به دلیل فقدان بهره خدمتی نمی‌باشد.	در رأی مذکور، تأثیر اختلالات روانی بر فعالیت‌های روزمره به صورت شدید در نظر گرفته نشده است.
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	تحت کنترل بودن بیماری دلالت بر جنون نمی‌کند.	در رأی مذکور، تحت کنترل بودن بیماری، قرینه‌ای بر عدم جنون دانسته شده است. در واقع در رأی مذکور، جنون چیزی ورای بیماری‌های معمول در نظر گرفته شده است.
شعبه ۴۱ دیوان عالی کشور	- عدم طرح مسأله جنون و حجر قبل از عقد و تأیید محتوای مندرجات عقدنامه اقرار بر سلامت زوج و عدم جنون وی می‌باشد. - اگر فرد مجنون بوده (باشد)، عقد وی بدون حضور نماینده دادستان باطل است.	در رأی مذکور، عدم اظهار جنون قرینه‌ای بر سلامت شخص در نظر گرفته شده است. از سنجش جملات مذکور چنین نتیجه گرفته می‌شود که در رأی صادره، جنون به عنوان اختلال/ بیماری معمولی در نظر گرفته شده که ظاهراً شخص باید نسبت به آن وقوف داشته باشد.
شعبه ۴۹ دیوان عالی کشور	نظر پزشکی قانونی در مورد اینکه متهم جنون رافع تکلیف دارد یا نه، می‌بایست به وکیل متهم ابلاغ گردد.	در رأی مذکور جنون از موجبات رفع تکلیف در نظر گرفته شده است. بنابراین در رأی مذکور، با توجه به ارزش حاصل، از جمله سنجشی، این گونه احراز شده که نظر قاضی بر خاص بودن جنون و تأثیرگذاری آن بر رفتارهای شخص است.
شعبه ۶۲ دادگاه تجدید نظر تهران	- نظریه پزشکی قانونی مقید [مفید] جنون وی [متهم] ... منجر به قرار موقوفی تعقیب شده است. - جنون از مواردی نیست که بتوان استصحاب نمود. - جنون عارضه‌ای است که هر لحظه فرض خلاف آن به جهت امر حدوث بودن آن قابل تصور است. - جنون در امر کیفری به هر درجه‌ای که باشد، رافع مسئولیت کیفری است. - در امور حقوقی جنون می‌بایست زائل‌کننده اراده و موجب فقدان اهلیت و فقدان قصد و اراده انشایی گردد.	در رأی مذکور، داشتن جنون موجب زوال اراده و قصد و فقدان قصد و همچنین رفع مسئولیت و دانسته شده است. همچنین شدت یا کم بودن جنون در نظر گرفته نشده و صرف احراز آن با هر درجه‌ای به عنوان عاملی برای رفع مسئولیت شخص قلمداد شده است. بنابراین نگرش قاضی صادرکننده این رأی به جنون، خاص بودن و تأثیرگذاری آن بر رفتارهای شخصی و حوزه مسئولیت فردی است.

مرجع صادرکننده	جملات سنجشی	بررسی جملات سنجشی
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	- منظور از جنون که باعث محجور شدن است، جنون به مفهوم فقهی و قانونی است. - جنون به مفهوم فقهی و قانون عبارت است از فقدان تام شعور و اختلال تام قوه تمیز و اراده است. - اگر بیماری روانی منتهی به فقدان تام شعور و اختلال تام قوه تمیز و اراده در شخص نشود، اطلاق جنون بر آن از حیث موازن قانونی و جاهتی ندارد. - بیماری اسکیزوفرنی موجب جنون است.	در رأی مذکور، هرچند در برخی موارد، رویکردی خاص و بالنسبه شدید نسبت به جنون و تأثیرات آن احراز شده (مثلاً اسکیزوفرنی جنون دانسته شده) است، با این حال با توجه به سنجش کل جملات موجود در رأی، نمره ۱/۵+ نشانگر رویکردی متوسط نسبت به جنون و تأثیر آن در اعمال و رفتارهای شخص است.
شعبه ۸ دیوان عالی کشور	- جنون در زمره بیماری‌هایی است که تشخیص قطعی آن بر عهده پزشک متخصص روان پزشکی است. - افراد عادی قادر به تشخیص قطعی آن [جنون] نمی‌باشند. - مادامی که جنون هر یک از زوجین در مرجع صالح قضایی به اثبات نرسیده و حکم حجر محجور صادر نشده باشد، برای طرف مقابل خيار فسخ وجود ندارد.	در رأی مذکور، رویکردی تا حدی سخت‌گیرانه نسبت به جنون وجود داشته و تشخیص آن به نظر پزشکی قانونی منوط شده است.
شعبه ۴۰ دادگاه تجدید نظر استان تهران	در مورد جنون زوج، فوریت، شرط اعمال خيار فسخ است و اگر زوجه به فوریت اعتراض نکند، نشان از رضایت وی به زندگی با زوج می‌باشد.	در رأی مذکور، نگرشی کاملاً سهل‌گیرانه در خصوص جنون وجود داشته و صرف عدم اعتراف به جنون نشانه رضایت به زندگی با شخص مجنون دانسته شده است.
شعبه ۸ دیوان عدالت اداری	صرف صدور حکم حجر به جهت جنون ادواری از موجبات اثبات علیل بودن یا ناقص‌العضوب بودن نیست (بنابراین موجب برخورداری محجور از حقوق وظیفه مستخدم متوفی نمی‌گردد).	در رأی مذکور (برخلاف بسیاری از آرا)، در خصوص نقش جنون در کارکردهای عادی و روزمره شخص، رویکردی سخت‌گیرانه اتخاذ شده است، به صورتی که حتی داشتن جنون را موجهی برای ناتوانی شخص در انجام امورات جاری زندگی ندانسته است.
شعبه ۱۵ دیوان عالی کشور	- شرط تحقق حق فسخ در جنون برای هر یک از زوجین را استقرار جنون دانسته است، ولاً چنانچه در زمان اعمال حق فسخ نکاح یا قبل از آن جنون مرتفع شده باشد، طبعاً حق فسخی در بین نخواهد بود. - مصادیق تشنجات متوالی به همراه کاهش حافظه، وسواسی و تحریک‌پذیری، از مصادیق جنون محسوب نمی‌شود. - طرح دعوا علیه شخص مجنون صحیح نبوده و چنین دعوایی می‌بایست علیه ولی و یا سرپرست (حسب مورد) اقامه شود.	در رأی مذکور و با توجه به نمره حاصل از سنجش جملات (۱/۸-)، احراز عنوان جنون موضوعی تخصصی دانسته شده و برخی موارد که ظاهراً (و حداقل در تلقی عرفی) از نشانگان جنون هستند، به مثابه جنون در نظر گرفته نشده‌اند.
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	- اصل عدم حجر و رشد افراد بالغ است، مگر خلاف آن به طریق متقن و ادله معتبر قانونی ثابت گردد. - بیماری‌های روانی، از جمله جنون از عوارض روحی و روانی هستند و مانند بقیه امراض معالجه و درمان می‌شوند. - هر بیماری روانی موجب حجر نیست.	در رأی مذکور، رویکردی خنثی نسبت به جنون در نظر گرفته شده است. در مواردی آن را مانند یک بیماری دانسته که قابل درمان است و در مواردی ذکر شده که هر بیماری جنون نیست.

مرجع صادرکننده	جملات سنجشی	بررسی جملات سنجشی
	- خیلی از بیماری‌های مرقوم را در عرف پزشکی روز از مصادیق جنون تلقی می‌کنند، ولی نوعاً موجب اختلال تام مشاعر و سلب اراده نیست و در صورت وجود و علاج دیگر، مانند بقیه امراض جسمانی نمی‌توان آن فرد را بیمار دانست، ولو معالجه استمرار داشته باشد، چون با پیدایش عقلانیت صحیح و اراده سالم و آگاهی درست در فرد جنون و سفه موجب حجر، ولو با معالجه مستمر دیگر حجر مصداقی ندارد و در این صورت نمی‌توان فرد سالم را مجبور تلقی کرد.	
شعبه ۴۰ دادگاه تجدید نظر استان تهران	- طرح دعوی علیه مجنون فاقد وجاهت قانونی است. - مجانین در امور خود حق تصرف ندارند، مگر با اجازه ولی و قیم. - دعوی علیه مجنون بایستی به طرفیت ولی یا قیم طرح شود.	در رأی مذکور، نگرشی نسبتاً خنثی و منطبق با مقررات کلی نسبت به مجنون در نظر گرفته شده است. نه آن‌گونه ذکر شده که هر اختلالی جنون است و نه آن‌گونه ذکر شده که احراز جنون نیازمند دقت نظر بسیار است و دامنه آن بسیار محدود.
شعبه ۱۵ دادگاه تجدید نظر استان تهران	در مورد جنون ادواری برخلاف جنون دائم به شرح ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی اقدامات حقوقی فرد در زمان افافه نافذ بوده، مشروط به مسلم‌بودن افافه.	در رأی مذکور، نگرشی سهل‌گیرانه نسبت به جنون در نظر گرفته شده است. بدین‌معنا که اقدامات مجنون در برخی موارد نافذ و دارای اثرحقوقی قلمداد شده است.
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	ملاک صدور حکم حجر به علت جنون محقق‌بودن آن در زمان صدور حکم است.	در رأی مذکور، نگرشی سهل‌گیرانه نسبت به جنون در نظر گرفته شده و آن را موجب حجر دانسته‌اند.
شعبه ۲۶ دیوان عالی کشور	- جنون ادواری در زوجه در صورتی مجوز فسخ نکاح می‌باشد که احراز گردد، قبل از عقد نکاح وجود داشته است. - جنون مرد مطلقاً چه قبل از عقد باشد و چه بعد از عقد، مجوز فسخ نکاح است، اما جنون زن فقط در صورتی که قبل از عقد عارض شده و استمرار داشته باشد، موجب فسخ است، ولیکن اگر بعد از عقد و ازدواج عارض شود، موجب فسخ نمی‌باشد و شوهر نمی‌تواند نکاح را فسخ کند. - بیماری دوقطبی موجب فسخ نکاح نیست.	در رأی مذکور، با رویکردی سخت‌گیرانه نسبت به جنون و برخی از اختلالات روانی نظیر اختلال دوقطبی، وجود آن‌ها را غالباً موجب فسخ عقد نکاح ندانسته‌اند.
شعبه ۲۶ دیوان عالی کشور	در صورت تردید در وجود یا عدم وجود جنون احد زوجین در لحظه انعقاد عقد و عدم ارائه دلیلی دال بر حجر آن‌ها قبل از وقوع عقد، نکاح صحیح تلقی خواهد شد.	در رأی مذکور، اصل بر عدم جنون بوده و در فرض تردید در مجنون‌بودن شخص، سلامت روان وی فرض می‌شود. همچنین نمره حاصل از سنجش جملات (۳-)، مؤید این موضوع است که از نظر قاضی صادرکننده این رأی، جنون مفهومی خاص بوده و تا زمان عدم احراز آن، فرض بر سلامت روان شخص می‌شود، ولو اینکه شخص دارای برخی از اختلالات رفتاری یا روانی باشد.
شعبه ۳۲ دیوان عالی کشور	ثبوت جنون فرد اعم از دائمی و یا ادواری با صدور حکم از محکمه صلاحیت رأی قابلیت استناد دارد، در غیر این صورت اصل بر سلامت روانی افراد است.	در رأی مذکور، نگرشی سخت‌گیرانه نسبت به جنون در نظر گرفته شده و احراز آن نیازمند حکم دادگاه صالح دانسته شده است.

مرجع صادرکننده	جملات سنجشی	بررسی جملات سنجشی
شعبه ۳ دیوان عالی کشور	- جنون موقعی موجب حجر است که موجب اختلال تام مشاعر و اراده شود. - هر نوع جنون که از امراض روانی بوده و موجب افسردگی شده، ولی اراده و مشاعر را مختل نکند، قانوناً فرض مختل نمودن اراده و مشاعر موجب حجر دانسته شده‌اند. و شرعاً موجب حجر و سلب مسئولیت نیست.	در رأی مذکور، رویکردی دقیق و سخت‌گیرانه نسبت به جنون و سایر اختلالات روانی در نظر گرفته شده و تنها در فرض مختل نمودن اراده و مشاعر موجب حجر دانسته شده‌اند.
شعبه ۸ دیوان عالی کشور	- طرح دعوای طلاق علیه زوج به علت ادعای جنون وی مسموع نیست.	در رأی مذکور، وجود جنون از موجبات عدم امکان طرح دعوا علیه شخص در نظر گرفته شده است. نمره حاصل از سنجش جملات (۱/۳-) نیز نشان می‌دهد از نظر قاضی صادرکننده رأی، احراز جنون موضوعی تخصصی است و نیز شخص مجنون فاقد صلاحیت برای استیفای برخی از حقوق خود است.

نتیجه‌گیری

به صورت کلی و در مقام نتیجه‌گیری نهایی از پژوهش حاضر، می‌توان به وجود نگرش‌های مختلف در خصوص اختلالات روانی، عدم ابتنا نگرش مقامات قضایی بر رویکردهای علمی نسبت به اختلالات روانی و وجود افراط و تفریط در تفسیر مفاهیم روان‌شناختی را به عنوان سه نتیجه اصلی مستنبط از پژوهش زیر دانش. وجود نگرش‌های مختلف در خصوص اختلالات روانی، بدین معناست که در خصوص اصل پذیرش مفاهیم روان‌شناختی، به طور خاص اختلالات روانی و نیز تعریف و تأثیر این اختلالات در کنش‌ها، اقدامات و حقوق اشخاص رویکردهای مختلف و متفاوتی وجود دارد؛ در خصوص عدم ابتنا نگرش مقامات قضایی بر رویکردهای علمی نسبت به اختلالات روانی، نیز باید توجه داشت که وجود رویکردهای مختلف در آرای قضات نسبت به اختلالات روانی (از تلقی سخت‌گیرانه تا تساهل و تسامح شدید) که از نتایج حاصل از سنجش جملات سنجی استنباط می‌شود، نشانگر فقدان رویکرد علمی به مفاهیم روان‌شناختی است. این مسأله، به وضوح این موضوع را تأیید می‌کند که نگرش مقامات قضایی به مفاهیم روان‌شناختی، بیشتر بر تلقی عامیانه - غیر علمی از این مفاهیم و نیز در مواردی تعریف حقوقی از این مفاهیم مبتنی است. همچنین وجود افراط و تفریط در تفسیر مفاهیم روان‌شناختی. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، این

چنین استنباط می‌شود که نگرش مقامات قضایی به مفاهیم روان‌شناختی، در مواردی با توسیع اختلالات روانی به معنای عام و مورد شمول قرارداد آسب‌های روانی، موجب حمایت از حقوق افراد مبتلا به این اختلالات می‌شوند و در برخی موارد، نگرش مقامات قضایی به مفاهیم روان‌شناختی، با منحصر کردن اختلالات روانی به مواردی نظیر جنون (با تعریف حقوقی آن)، موجب محدود شدن موارد حمایت از حقوق افراد مبتلا به این اختلال می‌شوند.

همچنین در مقام ارائه پیشنهاد می‌توان به ایجاد الزام قانونی برای ارجاع موضوع به پزشک متخصص، ایجاد ضابطه دقیق و قابل سنجش برای بررسی تأثیر اختلالات روانی در حوزه‌های مختلف حقوقی، اصلاح قوانین و مقررات به منظور اجتناب از انجام تفسیرهای قضایی متفاوت، ارائه تعاریف دقیق و متقن از مفاهیم روان‌شناختی نظیر اراده، قصد، جنون و... اشاره نمود.

مشارکت نویسندگان

نبی‌اله غلامی: ارائه ایده، نگارش مقاله، گردآوری منابع.

سکینه سلطانی کوهبنانی: نظارت بر کیفیت مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در نگارش مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Finnis J. The philosophy of law. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
2. Perez-Alvarez M. Psychology as a science of subject and comportment, beyond the mind and behavior. *Integr Psychol Behav Sci*. 2018; 52(1): 25-51.
3. Mirsaedi SM, Golami N. Bipolar personality disorder from the viewpoint of the criminal liability. *J Crim Law Res*. 2018; 6(22): 9-39. [Persian]
4. Hashemi Bajegani SJ, Sobhani M. Value and validity of expert theory in Iranian and French law. *Fares Law Res*. 2022; 5(10): 193-209.
5. Spitzer RL, Endicott I. Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. Edited by Spitzer RL, Klein DF. In: *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis*. New York, NY: Raven Press; 1978. p.15-40.
6. Telles-Correia D. Mental disorder: Are we moving away from distress and disability?. *J Eval Clin Pract*. 2018; 24(5): 973-977.
7. Kleinman A. Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience. New York: Free Press; 1988.
8. Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*. 2005; 38(4): 192-196.
9. Stein DJ, Palk AC, Kendler KS. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychol Med*. 2021; 51(6): 894-901.
10. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology: Smart pills, happy pills and pepp pills. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
11. Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*. 2016; 15(1): 5-12.
12. Gert B, Culver CM. Defining mental disorder. Edited by Radden J. In: *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*. New York: Oxford University Press; 2003. p.415-425.
13. Wakefield JC. The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol*. 1992; 47(3): 373-388.
14. Jaegwon K. Mental causation and consciousness. *Physicalism or something near enough*. New Jersey: Princeton University Press; 2005. p.1-29.
15. Spitzer RL. A proposal about homosexuality and the APA nomenclature: Homosexuality as an irregular form of sexual behavior and sexual orientation disturbance as a psychiatric disorder: A symposium. *Am J Psychiatry*. 1973; 130: 1207-1216.
16. Frances A. Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. New York, NY: William Morrow; 2014.
17. Creswell M. Szasz and his interlocutors: Reconsidering Thomas Szasz's 'myth of mental illness' thesis. *J Theory Soc Behav*. 2008; 38(1): 23-44.
18. Math SB, Kumar CN, Moirangthem S. Insanity defense: Past, present and future. *Indian J Psychol Med*. 2015; 37(4): 381-387.
19. Ganji M. Psychopathology on DSM-5. Tehran: Savalan; 2023. Vol.1. [Persian]
20. Durant W. The Story of Civilization. Translated by Aram A. Tehran: The Education of Islamic Revolution; 1986. Vol.2. [Persian]
21. Kamali M, Iran F. The review on rights of disabled children. *Refahj*. 2003; 2(7): 93-110.
22. Moynihan R. Selling sickness: Jow the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. New York: National Books; 2005.
23. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R, Narrow W, Reed GM. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5 and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychol Sci Public Interest*. 2017; 18(2): 72-145.
24. van Ginneken N, Chin WY, Lim YC, Ussif A, Singh R, Shahmalak U, et al. Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 8(8): CD009149.
25. Mills C. Decolonizing global mental health: the psychiatrization of the majority world. London: Routledge, Taylor & Francis; 2014.
26. Quérel C. Histoire de la Folie - De l'Antiquité à nos jours. Paris: Éditions Tallandier; 2012. [French]
27. Szasz T. The myth of mental illness. *Am Psychol*. 1960; 15: 113-118.
28. Foucault M. The history of insanity. Translated by Valiani F. Tehran: Hermas Publications; 2020. [Persian]