

اختلال شخصیت دوقطبی از منظر حدود مسئولیت کیفری

سید منصور میرسعیدی* نبی‌اله غلامی**

(تاریخ دریافت: ۹۵/۸/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲)

چکیده؛

از منظر حقوق کیفری ایران، برای اینکه شخص مبتلا به اختلال روانی، مجنون محسوب شود باید فاقد اراده یا قوه تمیز باشد. این قاعده کلی بر تمامی اختلالات روانی شمول دارد؛ با این حال تعیین اینکه هر کدام از اختلالات روانی تا چه اندازه موجب سلب اراده یا قوه تمیز می‌شوند به سادگی میسر نیست. اختلال شخصیت دوقطبی از جمله اختلالات روانی است که از منظر تعیین مسئولیت کیفری مبتلایان به آن، دارای ابهامات و چالش‌های بسیاری است. در این نوشتار با بررسی مسئولیت کیفری مبتلایان به این اختلال این گونه نتیجه گرفته شده است که این اختلال به جز در جرایم حدی - با استثنائاتی - نمی‌تواند به عنوان عاملی برای رفع مسئولیت کیفری باشد؛ با این حال در جرایم غیر حدی، می‌تواند عاملی برای تعدیل مسئولیت کیفری محسوب شود.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت دوقطبی، مسئولیت کیفری، جنون، اختلالات روانی.

* استادیار حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه علامه طباطبائی.

** دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول):

مقدمه؛

به طور کلی بیماری‌های روانی را می‌توان از دو منظر قلمرو و میزان سلب اختیار، دسته‌بندی کرد. منظور از قلمرو این بیماری‌ها، میزان درگیر شدن فرد در حوزه‌های مختلف زندگی با این بیماری است. به عنوان مثال، افسردگی در تمام قلمروهای زندگی، فرد را درگیر می‌کند و از این رو از نمونه بیماری‌های روانی با قلمرو عام است و در مقابل، بیماران روانی که تنها اقدام به جرایم جنسی می‌کنند از نمونه بیماران با قلمروی خاص هستند (یکرننگی؛ کولیوند، ۱۳۹۳: ۷۷). منظور از تقسیم‌بندی این بیماران از منظر سلب اختیار نیز تأثیری است که این بیماری‌ها بر اختیار فرد مبتلا به آن دارند که می‌تواند طیف وسیعی از سلب اختیار کامل تا عدم تأثیر در اختیار را شامل شود. تقسیم‌بندی‌ها به ویژه تقسیم‌بندی اخیر در خصوص بیماری‌های روانی، از نظر حقوق کیفری و برای تعیین حدود مسئولیت این اشخاص در ارتکاب جرم بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا اختیار از اصلی‌ترین ارکان مسئولیت کیفری به شمار می‌آید. به رغم گستردگی تعداد اختلالات روانی^۱، در قانون مجازات اسلامی (۱۳۹۲) تنها یک ماده به صورت عام برای کلیه بیماری‌های روانی اختصاص داده شده است. طبق ماده ۱۴۹ قانون فوق‌الذکر، چنانچه اختلال روانی شخص در زمان ارتکاب جرم، به اندازه‌ای باشد که فاقد اراده یا قوه‌ی تمیز باشد، شخص مجنون محسوب شده و فاقد مسئولیت کیفری است.^۲ برخی حقوقدانان، اختلالات روانی منجر به فقدان اراده یا قوه‌ی تمیز را شامل بیماری‌های شدید مغز (زوال عقل)، عدم رشد یا رشد ناکامل مغز، هر بیماری که مغز را یکسره از کار بیندازد، مانند صرع و اعم از اینکه به خود مغز یا وظایف آن مربوط باشد، خواه دائمی باشد و خواه ادواری دانسته‌اند (بوشهری، ۱۳۷۹: ۵۴). با این حال این نوع تقسیم‌بندی

۱. این فراوانی تا اندازه‌ای است که برخی تعداد بیماری‌های روانی را که جنون شناخته شده‌اند بیش از ۳۰۰ نوع ذکر کرده‌اند (آقایی‌نیا، ۱۳۹۵: ۴۰۲).

۲. نظیر چنین تقسیم‌بندی‌های علمی نیز در قوانین سایر کشورها یافت می‌شود. به عنوان مثال ماده ۲ قانون جزای کانادا، تمام بیماری‌های روانی را تحت عنوان کلی اختلالات روانی تقسیم‌بندی کرده است بدون اینکه بین انواع این بیماری‌ها و تفاوت‌های آن‌ها قائل به تفکیک باشد.

نیز برای تعیین مسئولیت کیفری این بیماران وافی به مقصود نیست؛ چه اینکه این تقسیم‌بندی بیش از آنکه جنبه‌ی حقوق کیفری داشته باشد جنبه‌ی روان‌شناختی دارد. یکی از اختلالات روانی شایع و مهم در حوزه روان‌شناسی، اختلال شخصیت دو قطبی است. اختلال دو قطبی، دارای پیشینه‌ی تاریخی طولانی است که به شکل‌های مختلفی برای قرن‌ها توصیف می‌شده است. نزدیک به ۳۰۰۰ سال پیش در متون مقدس حالت‌های افسردگی-شیدایی به مانند امیالی توصیف می‌شده که از تظاهرات روحیات شیطانی^۱ بوده است (Christensen, 2003: 359). یونانیان باستان هر دو حالت افسردگی (که به آن مالیخولیایی^۲ می‌گفتند) و شیدایی^۳ را شناسایی کردند. آن‌ها اعتقاد داشتند که حالت مالیخولیا از عدم تعادل در ترکیبات استخوان بازو و همچنین افزایش صفرای سیاه به وجود می‌آید (Strakowski, 2013: 262). بقراط^۴ (۴۰۰ قبل از میلاد) نشانه‌های مالیخولیا را شامل دل‌سردی بلند مدت، از دست دادن اشتها، بی‌خوابی و گوش به‌زنگی^۵ می‌دانست که این نشانه‌ها امروزه هم در تشخیص اختلال افسردگی به کار می‌روند. دلایل شیدایی برای افراد دوران باستان کمتر روشن بوده است، شاید صفرای زرد^۶ نوعی تعریف از حالت شیدایی بوده است، اما نشانه‌هایی که این حالت را توصیف می‌کند تا حدی جدید به نظر می‌رسد: انرژی بیش از حد در شب و روز، سرخوشی^۷ و تحریک‌پذیری^۸، بزرگ‌نمایی^۹ و رفتار تند و شدید پرخاشگرانه (Angst; Marneros, 2001: 11).

-
1. Evil spirits
 2. Melancholia
 3. Mania
 4. Hippocrates
 5. Agitation
 6. Yellow bile
 7. Euphoria
 8. Irritability
 9. Grandiosity

آرتائوس^۱ در ۱۵۰ سال قبل از میلاد مسیح (ع)، اولین کسی بود که مانیا را با مالیخولیا ارتباط داد و شرایطی را کشف کرد که امروزه اختلال دو قطبی نامیده می‌شود. از آن زمان به بعد، نویسندگانی که ارتباط مانیا و افسردگی را کشف کردند اغلب به این نتیجه می‌رسیدند که مانیا شکلی شدیدتر از مالیخولیا است. روان‌پزشک فرانسوی فالرت^۲، در سال ۱۸۵۴ دو حالت خُلق را در یک شرایط چرخشی ادغام کرد و آن را "la folie circularia" (در فرانسوی به معنای جنون ادواری) نامید. معاصر فالرت، بایلازرگر^۳ به طور مستقل در زمانی یکسان، به نتیجه‌ای مشابه دست یافت. این نظرات در مورد اینکه مالیخولیا و مانیا دو تظاهر متفاوت از یک بیماری چرخشی زیربنایی است، پایه‌ی این شد که اکنون ما بیماری دو قطبی را می‌شناسیم. امیل کرپلین^۴ این تعریف فرانسوی را با تعریف برجسته‌ی خود از جنون جوانی^۵ در سال ۱۸۹۹ توسعه داد که در واقع تعریفی است که امروزه ما از اسکیزوفرنی و جنون شیدایی - افسردگی داریم. تمایز کرپلین بر اساس پیامدی بود که در آن جنون افسردگی - شیدایی با بازیابی همراه بود اما جنون جوانی این‌طور نبود. کرپلین اختلالی را که امروزه آن را اختلال دو قطبی همراه با افسردگی‌های اساسی مکرر می‌نامیم در مفهوم جنون افسردگی - شیدایی قرار داد. این مفهوم‌سازی‌ها که در ابتدا توسط روان‌پزشک‌ها بسیار گسترده شد در نهایت لئونارد^۶ را در سال ۱۹۵۷ به اصطلاح دو قطبی به منظور توصیف افرادی که حالت افسردگی و مانیا را تجربه می‌کنند سوق داد و این اختلال را از اختلال افسردگی اساسی متمایز کرد (Angst, Marneros, 2001: 14). به دلیل افزایش استفاده از لیتیوم^۷ در دهه‌ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ این طبقه از اختلالات مود، بیشتر مورد حمایت قرار گرفت، بدین علت که لیتیوم کاربرد درمانی برای اختلالات دو قطبی، مخصوصاً مانیا داشت ولی

-
1. Aretaeus
 2. Falret
 3. Baillarger
 4. Kraepelin
 5. Dementia praecox
 6. Leonhard
 7. Lithium

در برنامه‌ی درمان افسردگی و اختلالات تک قطبی جایگاه به خصوصی نداشت. اگرچه نشانه‌ها و تظاهرات اختلال دو قطبی در طول قرن‌ها مورد بازنگری قرار گرفته است، اما نکته‌ی مهم این است که این شرایط در طول تاریخ بشریت مورد شناسایی قرار گرفت (Strakowski, 2013: 270). با این حال، و به‌رغم پیشینه‌ی طولانی این اختلال، هنوز هم حدود مسئولیت کیفری مجرمان مبتلا به این اختلال مبهم و نامعلوم است، علت این امر را می‌توان در پیچیدگی‌های این اختلالات، ناآشنا بودن قضات و کارگزاران دستگاه عدالت کیفری با این اختلال و مهم‌تر از همه، تمایز بین معنای پزشکی و معنای حقوقی اختلالات روانی دانست (Vincent, 2013: 29). از این‌رو در این نوشتار در پی یافتن پاسخ این پرسش هستیم که «تأثیرات اختلال شخصیت دو قطبی بر مسئولیت کیفری به چه صورت است و اشخاص مبتلا به این اختلال، تا چه اندازه از مسئولیت کیفری برخوردار هستند؟». فرضیه اصلی این نوشتار نیز این است که «به‌رغم عدم توجه دقیق مقنن ایران به اختلالات روانی و تأثیر آن‌ها در حدود مسئولیت کیفری، اختلال شخصیت دو قطبی می‌تواند طیفی از تأثیرات - از رافع مسئولیت بودن تا عاملی برای تعدیل مسئولیت کیفری - را در مسئولیت کیفری دارا باشد». بدین منظور، نخست این اختلال، ویژگی‌ها، علائم و آثار آن را بیان کرده و در ادامه نیز این اختلال را از نظر تأثیراتی که بر ارکان مسئولیت کیفری دارد، بررسی می‌نماییم.

۱. اختلال شخصیت دو قطبی، ماهیت و آثار

۱-۱. مفهوم اختلال شخصیت دو قطبی

اختلال دو قطبی به حضور حالت مانیا^۱ یا هیپومانیا^۲ گفته می‌شود. مانیا یا شیدایی به حالتی گفته می‌شود که در آن خلق سرخوش، نمایشگر یا تحریک‌پذیر می‌شود و همراه با افزایش انرژی است. نشانه‌ها باید نشان‌دهنده‌ی تغییر رفتار بیمار شود و باید تقریباً برای حداقل چندین روز پایدار

-
1. Mania
 2. Hypomania

باشد (برای مثال حداقل یک هفته طبق DSM-5) (American Psychiatry Association, 2012). علاوه بر این، چندین نشانه‌ی قابل تعریف دیگر باید حضور داشته باشد تا تشخیص مانیا تأیید شود. تعداد این علائم که معمولاً ۳ مورد یا بیشتر است، بر اساس ملاک تشخیصی‌ای است که استفاده می‌کنیم. این نشانه‌های قابل تعریف، عبارت‌اند از سرخوشی، گشاده‌رویی یا خلق و خوی تحریک‌پذیر، انرژی بیش از حد یا کاهش نیاز به خواب، پرش افکار، صحبت سریع و بزرگ‌نمایی. برای این منظور، دو ملاک تشخیصی معتبر به نام‌های DSM-5 و ICD-10^۲ (یا ICD-11 با کمی اختلاف) به صورت مشترک استفاده می‌شود (American Psychiatry Association, 2012). این نشانه‌های مشترک، هیپومانیا را هم نشان می‌دهند. با این حال مانیا زمانی تشخیص داده می‌شود که این نشانه‌ها باعث اختلالی قابل توجه در عملکرد بین فردی، اجتماعی، یا شغلی شود و اینکه شخص برای این مشکلات بستری شود. در مقابل، هیپومانیا زمانی تشخیص داده می‌شود که نشانه‌ها، نشان‌دهنده‌ی تغییری قابل توجه از رفتار معمول فرد باشد اما در عملکرد فرد اختلالی ایجاد نکند. از دیگر نشانه‌هایی که در دوره‌ی مانیا و هیپومانیا رخ می‌دهند و با وجود شیوع، حضور آن‌ها برای تشخیص لازم نیست، عبارت‌اند از: نوسانات خلقی، فزون‌خواهی جنسی، دوره‌های کوتاه از خلق افسرده، توهم، هذیان، اختلال تفکر شدید، تکانش‌گری^۳ خشونت‌آمیز، پریشانی و گیجی، افراط و حالات‌های کاتاتونیا^۴ (Bitter et al, 2011: 1011).

۱. DSM-5 که قبلاً با عنوان DSM-V شناخته می‌شد، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است که از سوی انجمن روان‌پزشکی آمریکا ارائه شده است. در این راهنما تمامی اختلالات روانی در ۲۱ گونه طبقه‌بندی شده‌اند. آخرین ویرایش این راهنما، در سال ۲۰۱۳ ارائه شده است.

2. international Classification of Diseases

3. Impulsivity

۴. Catatonia: نوعی از روان‌گسیختگی است که شخص مبتلا به آن دچار اختلالات حرکتی شده و گاهی تا مدتی طولانی بدون حرکت یا صحبت کردن ثابت مانده و در برخی موارد دیگر افراد حرکات هیجانی یا بیش‌فعال از خود نشان می‌دهند.

حالت شدید خلق در مانیا و هیومانیا لزوماً در یک روز و یک ساعت ثابت نیست. در واقع افرادی که معمولاً تحت تأثیر قرار می‌گیرند تغییرپذیری در خلق را نشان می‌دهند. تغییرات سریع لحظه‌ای در خلق، می‌تواند از حالت شادی تا تحریک‌پذیری و حتی دوره‌های افسردگی باشد. انرژی بیش از حد حالت مانیا ممکن است به صورت هدفمند و تاحدی بلندپروازانه باشد (برای مثال ایجاد یک گروه موسیقی راک بدون داشتن تجربه در موسیقی)، یا ممکن است به صورت خستگی‌ناپذیری و گوش‌به‌زنگی نمود پیدا کند. انرژی بیش از حد حرکتی معمولاً به صورت عدم نیاز به خواب نمود پیدا می‌کند؛ افراد مانی ممکن است با چند ساعت خواب یا بدون خواب برای چند روز تحرک داشته باشند و نیز این افراد به صورت سریع صحبت و فکر می‌کنند. با اینکه در موارد کلاسیک مانیا، تکانش‌گری در جهت کسب لذت، اما به صورت پرخطر و همراه با خشونت است اما می‌تواند با تکانش‌گری خشونت‌آمیز همراه باشد و این مورد در افراد تحریک‌پذیر بیشتر است. اگر یک دوره‌ی شیدایی مورد درمان قرار نگیرد، این حالت می‌تواند برای چندین ماه وجود داشته باشد و به دلیریوم^۱، حالت‌های کاتاتونیا و حتی مرگ در اثر خستگی و کم‌آبی^۲ منجر شود. بیشتر از این مانیا یک حالت اورژانسی است که نیازمند مداخله‌ی سریع است (Strakowski, 2013). با یک دوره‌ی شیدایی^۳، فرد مورد نظر تا ۸۰٪ درصد احتمال دارد به یک دوره‌ی شیدایی یا افسردگی مرتبط با بیماری دو قطبی دچار شود. با این وجود، شیدایی همچنان یک نشانه‌ی غیر اختصاصی است که می‌تواند جدا از اختلال دو قطبی رخ دهد و ناشی از دیگر مشکلات پزشکی که مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باشد. در این موارد حالت شیدایی به‌عنوان مانیای ثانویه^۴ شناخته می‌شود که ناشی از شرایط پزشکی است نه اختلال دو قطبی (Strakowski, 2013).

-
1. Delirium
 2. Dehydration
 3. Manic
 4. Secondary mania

۲-۱. افسردگی دو قطبی

با وجود اینکه مانیا و هیپومانیا تشخیص اختلال دو قطبی را نشان می‌دهد، در بیشتر موارد در اثنای بیماری افسردگی هم رخ می‌دهد. در واقع، افراد دارای اختلال دو قطبی معمولاً بیشتر مواقع را در حالت افسردگی به سر می‌برند تا شیدایی. افسردگی نوعی حالت خلقی ناتوان‌کننده است (Bowden, Maier: 2003). تشخیص افسردگی در افراد دو قطبی با دیگر افراد تفاوتی ندارد و بر اساس نشانگان یکسانی است که شامل موارد ذیل است: خلق افسرده، فقدان احساس لذت، احساس بی‌ارزشی یا گناه شدید، تغییر در اشتها و وزن، تغییر در الگوی خواب، خستگی، تمرکز مختل، افکار یا رفتار خودکشی (Strakowski, 2013).

مهم‌ترین شاخص تعریفی از دوره‌ی افسردگی حاد فقدان احساس لذت^۱ است که به حالتی گفته می‌شود که فرد از فعالیت‌هایی که در گذشته لذت آور بوده است دیگر لذت نمی‌برد. در بعضی فرهنگ‌ها و اغلب در مردها که افراد افسرده شکایتی از احساس غمگینی ندارند، اما احساس عدم لذت را تأیید می‌کنند، اغلب بیان می‌کنند دیگر علاقه‌ای به ایجاد رابطه‌ی جنسی ندارند، باین حال غمگینی مداوم، ناراحتی و خلق افسرده معمولاً وجود دارد و به‌عنوان نشانه‌ی دوره‌ی افسردگی حاد در نظر گرفته می‌شود. به‌طور نوعی، بیماران افسرده از فقدان انرژی (بر خلاف حالت مانیا) که با حرکت و تفکر کند همراه است (تأخیر حرکتی^۲)، شکایت دارند. همچنین آشفتگی در این دوره معمول است. مشکل در تمرکز هم رخ می‌دهد البته در افسردگی به‌عنوان بی‌توجهی^۳ ذکر می‌شود و با حواس‌پرتی^۴ در حالت مانیا متفاوت است. نشانه‌های روانی-نباتی شامل افزایش یا کاهش خواب، اشتها و وزن است. حالت‌های روان‌پریشی (توهم‌ها^۵ و

-
1. Anhedonia
 2. psychomotor retardation
 3. Straightforward inattention
 4. Distractibility
 5. Hallucinations

هذیان‌ها^۱ و کاتاتونیا می‌تواند در طول دوره‌های شدید افسردگی همچون دوره‌های شیدایی رخ دهد (Strakowski, 2013).

مهم‌ترین نشانه‌ی افسردگی تمایل به خودکشی^۲ است؛ خودکشی یک راه حل همیشه وحشتناک برای یک مشکل موقتی و قابل حل و جلوگیری از خودکشی یکی از اهداف اصلی درمان است. متأسفانه اختلال دو قطبی در زمره‌ی اختلالاتی است که در آن اقدام به خودکشی (بیشتر از نیمی از بیماران) و خودکشی (بالغ بر ۱۵٪ از بیماران) بالاست. این تلاش‌های خودکشی، اغلب در دوره‌ی افسردگی بیماری اتفاق می‌افتد، اما در حالت‌های آمیخته‌ی بیماری که همراه با افزایش انرژی و خوشی و ناامیدی است هم رخ می‌دهد (Strakowski, 2013).

به طور سنتی، دو هفته وجود نشانه‌های افسردگی نیازمند این است تا تشخیص افسردگی حاد میسر شود (American Psychiatry Association, 2012)، اما زمانی که همراه با حالت شیدایی است، یک دوره‌ی افسردگی فقط زمانی تشخیص داده می‌شود که در عملکرد روانی اختلال ایجاد کند. افسردگی همچنین یکی از پیامدهای روانی شایع در هر گونه بیماری پزشکی است که بر مغز نیز تأثیر می‌گذارد. به این عارضه اختلال افسردگی ثانویه گفته می‌شود که از شیدایی ثانویه شایع‌تر است (Strakowski, 2013). با اینکه ملاک تشخیصی برای افسردگی تک قطبی و دو قطبی یکسان است، اما افراد دارای افسردگی دو قطبی بیشتر افسردگی را به صورت غیر معمول یا آتیپیکال^۳ نشان می‌دهند. در افسردگی آتیپیکال پر خوابی به جای بی‌خوابی نمود پیدا می‌کند و به جای کاهش وزن افزایش وزن رخ می‌دهد و همچنین تأخیر روانی حرکتی به جای گوش‌به‌زنگی ایجاد می‌شود و در آخر نوسانات خلقی در یک دوره‌ی افسردگی رخ می‌دهد. حالت‌های کاتاتونی و روان پریشی در افسردگی‌های دو قطبی بیشتر از تک قطبی رخ می‌دهد. با این حال هیچ کدام از این نشانه‌های افسردگی به‌تنهایی یا ترکیبی نمی‌تواند اختلال دو

-
1. Delusions
 2. Suicidality
 3. Atypical

قطبی را از تک قطبی تشخیص دهد. همان طور که قبلاً هم ذکر شد تشخیص اختلال دو قطبی تنها زمانی داده می شود که حالت مانیا و هیپومانیا هم حضور داشته باشد (Strakowski, 2013).

۳-۱. حالت های دو قطبی آمیخته

نام دو قطبی بعضی اوقات گمراه کننده است؛ زیرا بیان کنندهی این است که فرد مورد نظر در دو قطب متمایز قرار دارد که افسردگی یا شیدایی است، اما این دو قطب هرگز با یکدیگر وجود ندارند. واقعیت این است که در حدود نیمی از دوره ها، نشانه های افسردگی و شیدایی هم زمان رخ می دهند. گرچه حالت آمیخته بسیار هم شایع است، اما تا قبل از اینکه کرپلین از آن ها تعریف دقیقی بدست دهد، اختلافات زیادی بر سر این حالت آمیخته وجود داشت. در DSM-IV، حالت آمیخته زمانی مورد تشخیص قرار می گیرد که نشانه های مانیا و افسردگی در هر دو حالت افسردگی و شیدایی به صورت کامل موجود باشد (American Psychiatry Association, 2012). در DSM-5، حالت های مختلط با یک تعدیل کنندهی مختلط از حالت های افسردگی و شیدایی جابه جا شده است که این تغییر به درمان گر اجازه می دهد در تعیین حالت بهتر تصمیم گیری کند (American Psychiatry Association, 2012). این تفاوت های رویکردی ناشی از پیچیدگی در دوره های دو قطبی خلق است؛ زیرا بسیاری از نشانه های شیدایی و افسردگی مشابه هستند و هم پوشانی دارند (برای مثال تمرکز ضعیف در مقابل حواس پرتی، کاهش نیاز به خواب در مقابل بی خوابی). علاوه بر این خلق های بی قرار و افسرده حتی در دوره های شیدایی خالص هم می تواند به عنوان بخشی از نوسانات خلق رخ دهد. این دوره های آمیخته ی افسرده-شیدایی از لحاظ تشخیصی چالش برانگیز هستند و ممکن است کمتر به مداخلات درمانی جواب گو باشند. همان طور که قبلاً ذکر شد حالت های آمیخته بیان کنندهی بخشی عاطفی است که خطر خودکشی در آن بالاست که دلیل آن ترکیب انرژی بالا و خلق و شناخت شدیداً بی قرار است. پس به لحاظ عملی، زمانی که حالات خلق را در بیماران دو قطبی

مورد سنجش قرار می‌دهیم، مهم این است که تمام نشانگان و علائم مهم را مدنظر قرار دهیم و تأثیر حالات افسردگی و شیدایی بر روند درمان را هم در نظر بگیریم (Strakowski, 2013).

۱-۴. زیرشاخه‌های اختلال دو قطبی

به دلیل پیچیدگی هر دو حالت شیدایی و افسردگی، تعجب‌آور نیست که محققان درمان‌گر و روان‌پزشک برای دهه‌ها در مورد وجود زیرشاخه‌های اختلال دو قطبی و اینکه هر زیرشاخه روند درمانی و پیش‌آگهی خاص خود را می‌طلبد، دچار اختلاف نظر هستند. در واقع در حال حاضر همچنان این بحث وجود دارد که آیا این زیرشاخه‌ها وجود دارند یا این‌ها صرفاً یک محور از نشانگان افسردگی و شیدایی در افراد هستند که به راحتی در طبقه‌بندی‌ها دسته‌بندی نشده‌اند. در حال حاضر این بحث علمی حل نشده باقی مانده است، اگرچه بیشتر شواهد نشان می‌دهند که دو دسته‌ی عمده در اختلال دو قطبی وجود دارد: اختلال دو قطبی نوع I، II و اختلال خلق ادواری^۱ (American Psychiatry Association, 2012).

اختلال دو قطبی نوع I نسخه‌ی پایه و کلاسیک از اختلال دو قطبی است که با حضور شیدایی کامل تعریف می‌شود. با اینکه افسردگی به طور نوعی در طول اختلال دو قطبی نوع I رخ می‌دهد، اما شاید ۱۰٪ از افراد تنها حالت عود شیدایی را تجربه کنند. با این حال درمان تجربه‌ی نشانگان و الگوهای خانوادگی این گروه آخری تفاوت قابل توجهی با افرادی که هر دو حالت افسردگی و مانیا را تجربه می‌کنند ندارد، به همین دلیل باهم در یک دسته طبقه‌بندی می‌شوند (Strakowski, 2013).

اختلال دو قطبی نوع II به وسیله‌ی حضور حداقل یک حالت نیمه‌شیدایی به همراه یک یا بیشتر دوره‌های افسردگی تعریف می‌شود. این زیرشاخه‌های اختلال دو قطبی که تا حدی جدید هستند حاصل تلاش علمی دنر^۲ و همکارانش در سال ۱۹۷۰ بوده است (Bidzin, 1984). تفاوت اختلال دو قطبی نوع II با اختلال دو قطبی نوع I تنها در سطح آسیب‌رسانی به عملکرد

1. Cyclothymia
2. Dunner

به وسیله‌ی علائم شیدایی است. اگر چه این بدان معنی نیست که اختلال دو قطبی نوع II از اختلال دو قطبی نوع I کمتر آسیب‌زا است. در واقع، در هر دوی این زیرشاخه‌های اختلال دو قطبی این نشانگان افسرده‌ساز هستند که سهم بیشتری در ناتوانی دارند. اختلال دو قطبی نوع II همچنین از لحاظ تغییرات مکرر خلق با زمان کمتر در حالت سرخوشی با اختلال دو قطبی نوع I متفاوت است. افراد دارای اختلال دو قطبی نوع II ممکن است نسبت به افراد دارای اختلال دو قطبی نوع I بیشتر به ضد افسردگی‌ها^۱ واکنش نشان دهند، البته این تفاوت زیاد مورد تأیید نیست. اختلال دو قطبی نوع II ممکن است از لحاظ ژنتیکی هم از اختلال دو قطبی نوع I متفاوت باشد، اما این موضوع همچنان مورد بحث است (Strakowski, 2013).

اختلال خلق ادواری به وسیله‌ی وجود تغییرات قابل توجه خلق که شامل هر دو حالت افسردگی و شیدایی می‌شود اما تمام ملاک‌های افسردگی و شیدایی را به صورت کامل دربر نمی‌گیرد، تعریف می‌شود. بعضی از محققان و درمان‌گران اعتقاد دارند که اختلال خلق ادواری بیشتر یک مزاج^۲ (به عنوان مثال سبک شخصیتی) است تا یک بیماری عاطفی. در هر دو مورد حالت‌هایی مزمن و ناتوان‌کننده است. در کودکانی که اختلال خلق ادواری را نشان می‌دهند، بالغ بر دو سوم در آینده به اختلال دو قطبی دچار می‌شوند، در حالی که خلق ادواری در بزرگسالان زیاد پیشرفتی ندارد. به نظر می‌رسد اختلال خلق ادواری به لحاظ اینکه در چه شرایطی برای فرد رخ دهد با اختلال‌های دو قطبی نوع I و II متفاوت است (Strakowski, 2000: 137).

۵-۱. طیف دو قطبی

تعدادی از محققان روان‌پزشک و نظریه‌پردازان از این نظر که دو قطبی یک طیف است حمایت می‌کنند. این طیف بدین صورت است که در یک سو نشانگان افسردگی خفیف یا افسرده‌خویی^۳

1. Antidepressants
2. Temperament
3. Dysthymia

شروع می‌شود، سپس دوره‌های برگشت‌پذیر افسردگی پدید می‌آید و سپس با پیشرفت آن نشانگان افزایشی، حالت شیدایی (خلق ادواری) هم به آن اضافه می‌شود و در پی آن، حالت‌های نیمه‌شیدایی پدید می‌آید (اختلال دو قطبی II) و در آخر به حالت شیدایی کامل (اختلال دو قطبی نوع I) می‌رسد. تمرکز قابل توجهی بر بیمارانی وجود دارد که دارای دوره‌های برگشت‌پذیر افسردگی اساسی هستند و اغلب به درمان‌ها جواب نمی‌دهند و دوره‌ی بیماری آن‌ها همراه با نشانگان شیدایی تحت بالینی است. در DSM-5 این بیماران تحت طبقه‌ی اختلال دو قطبی نامشخص جای می‌گیرند و در ICD-10^۱ این افراد تحت عنوان اختلال عاطفی دو قطبی طبقه‌بندی نشده، طبقه‌بندی می‌شوند (American Psychiatry Association, 2012). متأسفانه، اطلاعات درمانی و ژنتیکی کمی برای حمایت از ارتباطات بین این شرایط خاص و کمک به بهتر شناختن اختلال دو قطبی نوع I و II وجود دارد. در این برهه‌ی زمانی، رویکرد طیفی راهنمایی خاصی برای روندها و تصمیمات درمانی فراهم نیاورده است، اما ممکن است ارزش اکتشافی برای اصلاح ملاک‌های تشخیصی در آینده داشته باشد و به مانند اختلال خلق ادواری این نشانگان دو قطبی نامعین در کودکان یک عامل خطری است که در آینده به اختلال دو قطبی نوع I و II منتهی شود و نشان‌دهنده‌ی یک جنبه‌ی رشدی از نشانگان بیان‌شده از اختلال دو قطبی در طول عمر است (Bienvenu, et al, 2011: 40).

۶-۱. تشخیص افتراقی اختلال دو قطبی

تعدادی از شرایط، دارای تعدادی از نشانگان یکسان با اختلال دو قطبی هستند، بنابراین بایستی در هنگام تشخیص، این موارد را مدنظر قرار دهیم. شرایطی که می‌تواند با اختلال دو قطبی اشتباه تشخیص داده شود شامل موارد ذیل است:

۱. به معنی «طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات تندرستی مرتبط» است که توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شده و به‌طور دوره‌ای بازنگری می‌شود و دوباره انتشار می‌یابد. در حال حاضر، دهمین نسخه در سراسر جهان پخش شده و تحت عنوان ICD-10 مورد استفاده قرار می‌گیرد.

افسردگی اساسی برگشت پذیر: همان طور که قبلاً ذکر شده افرادی که از اختلال دوقطبی رنج می‌برند بیشتر طول بیماری‌شان دارای علائم و نشانگان افسردگی است و دوره‌های شیدایی و نیمه‌شیدایی بسیار کوتاه است. تمایز افراد دوقطبی از افرادی که تنها افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند بسیار مشکل است و به طور کامل به شناسایی حالت‌های شیدایی و نیمه‌شیدایی وابسته است (Bitter et al, 2011, 1019).

افسرده خوبی: افسرده خوبی حالتی است که با نشانگان افسردگی مزمنی که به سطح سندرم افسردگی اساسی نرسیده است، مشخص می‌شود. برای افرادی که اختلال دوقطبی دارند، بیان کردن این نشانه‌های افسرده خوبی بین دوره‌های عاطفی عمده غیر معمول نیست و به مانند اختلال افسردگی اساسی تا زمانی که حالت شیدایی و نیمه‌شیدایی رخ ندهد نمی‌توان از تشخیص مطمئن شد (Carballo et al, 2008: 60).

اسکیزوفرنیا: اسکیزوفرنی شرایط پیچیده‌ای است که با نشانگان روان‌پریشی مزمن، تخریب شخصیت و اختلال کاربردی عمیق مشخص می‌شود. بیشتر افراد دارای اختلال اسکیزوفرنی همچنین دوره‌هایی از افسردگی را تجربه می‌کنند. حالت‌های روان‌پریشی معمولاً در دوره‌های شیدایی رخ می‌دهد، اما ممکن است در دوره‌های افسردگی اختلال دو قطبی هم رخ دهد؛ که منجر به گمراهی و تشخیص اشتباه با اختلال اسکیزوفرنی می‌شود. با این حال اختلال دوقطبی همراه با نشانه‌های روان‌گسیختگی می‌تواند از اختلال اسکیزوفرنی به وسیله‌ی تشخیص نشانگان عاطفی که از نشانه‌های روان‌پریشی برجسته‌تر هستند، متمایز شود. علاوه بر این، روان‌پریشی در اختلال دو قطبی محدود به دوره‌های عاطفی است، در حالیکه در اسکیزوفرنی، روان‌پریشی پایدار و مستقل از نشانگان عاطفی است (Bohus et al, 2004: 490).

اختلال اسکیزوافکتیو، نوع دوقطبی: افرادی که از اختلال اسکیزوافکتیو، نوع دو قطبی رنج می‌برند، هر دو حالت مانیا و افسردگی که در طول دوره‌ی بیماری موجود هستند را نشان می‌دهند،

همچنین نشانه‌های روان‌پریشی نامرتبط با خلق را هم نشان می‌دهند. تشخیص این دسته بعضی اوقات بحث‌برانگیز است و ممکن است روان‌پزشکان و روان‌شناسان این اختلال را اختلال دو قطبی نوع I تشخیص دهند. در واقع درمان این اختلال هم به مانند درمان اختلال دوقطبی نوع I است (Cecero, et al, 2008:112).

اختلال شخصیت مرزی: افرادی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند بی‌ثباتی‌های خلقی مزمن، روابط بین فردی توفانی، رفتارهای خود تخریبی مزمن و اغلب اقدام به خودکشی و تکانش‌گری را نشان می‌دهند. شروع این اختلال معمولاً تدریجی و از روابط بین فردی متشنج به وجود می‌آید. اختلال دوقطبی از اختلال شخصیت مرزی به وسیله‌ی وقوع مجزای دوره‌های عاطفی (مخصوصاً مانیا)، دوره‌های سرخوشی و اغلب سن شروع مشخص تشخیص داده می‌شود. با این حال، این دو اختلال برای متمایز شدن از یکدیگر در طول زمان بیماری مخصوصاً در بزرگسالان بسیار مشکل است. علاوه بر این، این شرایط متقابلاً منحصربه‌فرد نیستند و ممکن است باهم رخ دهند. در حالی که اختلال دوقطبی به‌طور مساوی در بین هر دو جنس شایع است، اختلال شخصیت مرزی بیشتر در زنان شایع است (Colom; Lam, 2005: 360).

اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD): اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی به وسیله‌ی حواس‌پرتی، رفتار تکانشی و انرژی بیش از حد مشابه به نشانگان مانیا و هیپومانیا مشخص می‌شود. با این حال، در اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی این علائم پایدار و مزمن هستند، در حالی که در اختلال دوقطبی، این علائم در دوره‌های مانیا و هیپومانیا رخ می‌دهد. علاوه بر این اختلال دوقطبی به وسیله‌ی حضور دوره‌های عاطفی مشخص می‌شود. طبق تعریف، اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی در کمتر از ۷ سالگی رخ می‌دهد، در حالی که سن شروع اختلال دوقطبی در دوره‌ی نوجوانی است. تشخیص اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی و اختلال دوقطبی منحصربه‌فرد نیست و می‌تواند با هم در بیماران جوان رخ دهد. علاوه بر این، در جوانی با سابقه‌ی خانوادگی اختلال

1. Attention deficit and hyperactivity disorder

دوقطبی، سن شروع اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی ممکن است شروع اختلال دوقطبی را در سنین بالاتر قابل پیش‌بینی سازد.

اختلال‌های مصرف الکل / مواد مخدر: مصرف مزمن مواد مخدر یا الکل معمولاً با بی‌ثباتی خلق و رفتارهای فاقد کنترل در ارتباط است که ممکن است مشابه نشانگان اختلال دوقطبی باشد. خیلی از مواد مخدر (مانند مواد مخدر) معمولاً نشانگان افسردگی را ایجاد می‌کنند. محرک‌ها نشانه‌هایی همچون حالت مانیا ایجاد می‌کنند. موضوع پیچیده‌تر اینکه بیشتر از نیمی از افرادی که اختلال دوقطبی دارند در برهه‌ای از زندگی خود مصرف مواد مخدر یا الکل داشته‌اند. اختلال دوقطبی از بیماری‌های عاطفی ناشی از مصرف مواد مخدر به وسیله‌ی حضور نشانگان عاطفی در طول دوره‌های هشیاری، شروع نشانگان عاطفی قبل از شروع به سوءمصرف مواد، یا وجود نشانگان عاطفی پس از سم‌زدایی متمایز می‌شود (Cecero et al, 2008:110).

۲. آثار اختلال دوقطبی در مسئولیت کیفری:

در حقوق کیفری ایران و سایر کشورها، ذکری از اختلال شخصیت دوقطبی و تأثیرات آن بر مسئولیت کیفری ذکر نشده است، از این‌رو برای بررسی تأثیر این اختلال در حقوق کیفری ایران، ناگزیر از رجوع به تنها ماده‌ای هستیم که به صورت عام در این خصوص تدوین شده است و با مبنا قرار دادن آن سعی در تعیین آثار این اختلال در مسئولیت کیفری نماییم. برطبق ماده ۱۴۹ ق.م.ا (۱۳۹۲) «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمیز باشد مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد»؛ بنابراین از منظر حقوق کیفری ایران، چنانچه اختلال روانی - و از جمله اختلال شخصیت دوقطبی - منجر به زوال اراده یا قوه تمیز شخص شود شخص مجنون محسوب شده و فاقد مسئولیت کیفری است، در غیر این صورت از مسئولیت کیفری - تام یا تعدیل‌یافته - برخوردار است. از این‌رو در خصوص اشخاص مبتلا به اختلال شخصیت دوقطبی دو حالت کلی را می‌توان متصور بود، می‌توان این اختلال را به‌عنوان عاملی برای زوال اراده یا قوه تمیز در نظر گرفت و بدین‌سان با قرار دادن چنین شخصی

در حکم مجنون او را از مسئولیت کیفری مبرا دانست؛ همچنین می توان این اختلال را نه به عنوان عاملی برای رفع مسئولیت، بلکه عاملی برای تعدیل مسئولیت کیفری شخص مبتلا به این اختلال دانست.

۱-۲. اختلال شخصیت دوقطبی به منزله‌ی عامل رافع مسئولیت کیفری؛

در تعریف مسئولیت کیفری بین حقوقدانان اختلاف نظر وجود دارد، برخی مسئولیت کیفری را این گونه تعریف کرده‌اند: «مسئولیتی است که مرتکب عمل مجرمانه علاوه بر علم و اطلاع باید دارای اراده و سوءنیت یا قصد مجرمانه بوده و رابطه‌ی علیت بین عمل ارتكابی و نتیجه‌ی حاصل از جرم باید وجود داشته باشد تا بتوان عمل انجام شده را به مرتکب منتسب نمود» (شامبیاتی، ۱۳۸۸: ۲۸) و برخی نیز مسئولیت کیفری را قابلیت یا اهلیت شخص برای تحمل تبعات جزایی رفتار مجرمانه‌ی خود دانسته‌اند (غلامی، ۱۳۹۲: ۵۸). با این حال به نظر می‌رسد باید بین دو نوع مسئولیت کیفری انتزاعی و مسئولیت کیفری واقعی و عینی قائل به تفصیل باشیم. مسئولیت انتزاعی را قابلیت و اهلیت شخص برای تحمل تبعات جزایی رفتار مجرمانه تعریف کرده‌اند (میرسعیدی، ۱۳۸۲: ۲۱) و مسئولیت کیفری در معنای عینی را مبین فقدان توجیه لازم در رفتار خلاف قانون با ملاحظه‌ی شرایط و اوضاع و احوال بیرونی مرتکب در کنار جنبه‌های فردی دانسته‌اند (شمس ناتری و دیگران، ۱۳۹۵: ۳۸۲).

آن گونه که ذکر شد برای اینکه اختلال شخصیت دو قطبی به عنوان عاملی برای رفع مسئولیت کیفری قلمداد شود باید در حد جنون باشد؛ زیرا مجنون حسن و قبح اعمال خود را درک نمی‌کند و یا تمیز این دو برای او دشوار است (اردبیلی، ۱۳۸۹: ۷۴). در خصوص اینکه فرد در چه صورت مجنون محسوب می‌شود نیز بر طبق ماده ۱۴۹ باید فاقد اراده یا قوه‌ی تمیز باشد. از این رو باید بررسی نماییم آیا اشخاص مبتلا به اختلال شخصیت دو قطبی دارای اراده‌ی و قوه‌ی تمیز هستند یا خیر؟

در خصوص قوه‌ی تمییز که از آن به ادراک نیز تعبیر شده است باید این گونه گفت که منظور قدرت و توانایی درک و تمییز ماهیت، آثار و تبعات اخلاقی و اجتماعی افعال است که از یک سو به عامل عقل و از دیگر سو به عامل رشد ارتباط پیدا می‌کند (شمس ناتری؛ عبدالله یار، ۱۳۹۰: ۳۵). با توجه به مطالب پیش گفته در خصوص این اختلال به نظر می‌رسد در این که اشخاص مبتلا به این اختلال، دارای قوه‌ی تمییز هستند تردیدی وجود ندارد، اما ارادی بودن رفتار این اشخاص نیاز به بررسی بیشتر دارد.

در خصوص اراده، به رغم بحث‌های موجود بین حقوقدانان، باید نقشی دوگانه را برای آن در ساختار رکن روانی و رکن مادی جرم در نظر گرفت. اراده به معنای کنش نفسانی توأم با شعور (شمس ناتری؛ عبدالله یار، ۱۳۹۰: ۳۵)، بدین معناست که شخص برای تأمین خواسته‌های خود، به سمت رفتار خاصی متمایل شود. توضیح اینکه انسان وقتی احساس نیازی در خود می‌کند برای رفع آن نیاز، به راه‌های مختلف فکر کرده و با توجه به آن‌ها، یک راه را برمی‌گزیند. این گزینش یک راه از بین چند راه، مربوط به قسمت روانی شخص است که اراده در معنای کنش نفسانی که مربوط به رکن روانی جرم است ناظر به این قسم خاص از اراده است.

ارادی بودن رفتار، شرط لازم و مقدم رکن مادی هر جرم است و بدون اراده، رکن مادی قابل تحقق نیست (آقایی نیا، ۱۳۹۵: ۴۴). نیز گفته شده برای اینکه اراده را در شخص محقق بدانیم باید رفتار ارتكابی او از لحظه‌ی ادراک و تصور آن تا لحظه‌ی اجرای آن تفکر، بدون تأثیرات بیرونی یا درونی و تنها بر طبق خواست مرتکب اتفاق افتاده باشد (شیروی؛ کیانی، ۱۳۹۰: ۱۵۳)؛ بنابراین برای تحقق رکن مادی جرم، رفتار مرتکب باید ناشی از اراده و خواست او باشد، در نتیجه رفتارهایی که شخص در اثر خواب، بیهوشی، هیپنوتیزم، بیماری پارکینسون و مواردی از این دست از خود بروز می‌دهد را نمی‌توان رفتار ارادی دانست؛ زیرا هیچ کدام از این رفتارها ناشی از خواست مرتکب آن‌ها نیست و خواستن یا عدم خواستن مرتکب تأثیری در وقوع آن‌ها ندارد.

در خصوص اینکه آیا اختلال شخصیت دو قطبی می‌تواند باعث زوال اراده شود یا خیر، صرف‌نظر از بحث‌های روان‌شناختی و پزشکی-برای تعیین مسئولیت این اشخاص بسیار مهم هستند- از منظر حقوق کیفری باید به منشأ تأثیر این اختلال در اراده فرد توجه داشت؛ توضیح اینکه از منظر حقوق کیفری تأثیرات اختلال شخصیت دوقطبی را می‌توان از منظر اجبار^۱ بررسی کرد. با توجه به تعاریف به عمل آمده از این اختلال و تأثیرات آن بر ذهن فرد، ظاهراً باید آن را در زمره‌ی اجبار معنوی داخلی دسته‌بندی کرد. منظور از این نوع اجبار نیز نیرویی است که بر روح و روان انسان اثر می‌گذارد و با تحت تأثیر قرار دادن قدرت فکر و اندیشه و تعقل او، مانع از اتخاذ تصمیمات صحیح توسط او می‌شود (شمس ناتری و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۵۲). حقوق‌دانان معتقدند چنین اجباری نمی‌تواند عاملی برای زوال اراده تلقی شود و از این‌رو چنین شخصی دارای مسئولیت کیفری است (زراعت، ۱۳۸۴: ۹۱). به علاوه با توجه به اینکه اراده بر وقوع جرم و اختیار بر اهلیت جزایی برای تحمل مسئولیت کیفری تأثیرگذار هستند، در خصوص این اشخاص به طور قطع، باید آن‌ها را دارای اراده دانست؛ زیرا ارادی ندانستن رفتار این اشخاص، به این معنا است که این اشخاص به مانند اشخاص مبتلا به رعشه و پارکینسون، هیچ قدرتی بر اعضا و جوارح خود ندارند و بنابراین فرض ارتکاب جرم در خصوص این افراد منتفی است، در حالی که در واقع چنین نیست و این اشخاص از اراده برخوردار هستند.

نکته مهمی که می‌توان برای ارادی دانستن رفتار این اشخاص به آن توسل جست، یادآوری کامل فرآیند ارتکاب عمل مجرمانه توسط شخص مبتلا به این اختلال است. در بررسی‌های

۱. اجبار به صورت کلی به دو شاخه اصلی مادی و معنوی تقسیم‌بندی می‌شود که هر یک از این دو نیز دارای دو شاخه داخلی و خارجی هستند. اجبار مادی مواردی را شامل می‌شود که بر جسم فرد تأثیر می‌گذارند، نظیر جنون، صرع و خواب (اجبار مادی داخلی) و کسی که با گذاشتن دست دیگری بر روی ماشه‌ی اسلحه، او را وادار به چکاندن ماشه می‌کند (اجبار مادی خارجی). اجباری معنوی نیز مواردی را دربرمی‌گیرد که بر روان فرد اثر می‌گذارند. اکراه به عنوان مثالی برای اجبار معنوی خارجی و خشم به عنوان مثالی برای اجبار معنوی داخلی، قابل بیان هستند (شمس ناتری و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۵۱-۳۵۳).

میدانی که توسط نگارندگان این نوشتار به عمل آمده در موارد انجام مصاحبه بالینی اشخاص دارای اختلال شخصیت دو قطبی توسط روان‌شناسان، حتی اشخاص مبتلا به درجات شدید این اختلال نیز رفتار مجرمانه و فرآیند وقوع آن را به خاطر دارند به علاوه در کلام روان‌شناسان این نابه‌هنجاری نه به عنوان جنون (Insanity) بلکه به عنوان اختلال روانی (Mental Disorder) بیان شده است، از این رو برخلاف نظری که معتقد است اختلال دو قطبی معادل جنون ادواری است (امام هادی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۵۴) به نظر می‌رسد نمی‌توان این اختلال را معادل جنون محسوب کرد.

در خصوص این اختلال به عنوان عاملی برای رفع مسئولیت کیفری، شاید بتوان به قاعده‌ی درأ که در ماده ۱۲۰ ق.م.ا بیان شده است استناد کرد^۱، بر طبق این ماده: «هرگاه وقوع جرم یا برخی از شرایط آن و یا هر یک از شرایط مسئولیت کیفری مورد شبهه یا تردید قرار گیرد و دلیلی بر نفی آن یافت نشود حسب مورد جرم یا شرط مذکور ثابت نمی‌شود». با توجه به این که این قاعده عام است و شامل تمام جرایم - اعم از جرایم مستوجب حد و قصاص و تعزیر - می‌شود (گلدوزیان، ۱۳۹۱: ۱۴۳) شاید این ابهام پیش بیاید که در خصوص اختلال شخصیت دو قطبی نیز، با توجه به تردید نسبی که در شرایط مسئولیت کیفری وجود دارد بتوان شخص را به طور کلی از مسئولیت مبرا دانست. با این حال به نظر می‌رسد این مسئله نمی‌توان چندان مقرون به صواب باشد؛ زیرا از این سو ماده ۱۲۰ حصول شبهه یا تردیدی را شرط دانسته که دلیلی بر نفی آن یافت نشود و در خصوص این اشخاص، نظر پزشکی قانونی می‌تواند به عنوان دلیلی بر رد شبهه و تردید محسوب شود.

البته اگر از جنبه‌ی اثباتی بدین قضیه بنگریم این اختلال در جرایم مستوجب حد می‌تواند به مثابه عاملی برای عدم اثبات بار مجرمیت بر عهده شخص (نه عاملی برای رفع مسئولیت از او)

۱. هرچند در قاعده درء به صورت کلی جرم اثبات نمی‌شود و رفع مسئولیت کیفری فرع بر اثبات مجرمیت است ولی با توجه به اینکه به هر حال در صورت اعمال قاعده درء، در نهایت شخص از تحمل مجازات معاف می‌شود از این رو در این نوشتار هم جنبه ثبوتی و هم جنبه اثباتی مدنظر قرار گرفته شده است.

تلقی شود. توضیح اینکه ماده ۲۱۸ قانون مجازات اسلامی در خصوص جرایم حدی بدین گونه بیان کرده که چنانچه شخص ادعای فقدان علم، قصد، یا وجود یکی از موانع مسئولیت کیفری را در زمان ارتکاب جرم نماید در صورتی که احتمال صدق گفتار او داده شود، این ادعا بدون نیاز به بینه و سوگند پذیرفته می‌شود؛ در خصوص اختلال شخصیت دو قطبی می‌توان این گونه گفت که هر چند این اختلال در حالت کلی موجب فقدان اراده و به تبع آن مسئولیت کیفری نمی‌شود ولی با این وجود، بنا بر پیچیدگی‌های خاص این اختلال، احتمال اینکه در موارد نادری نیز اراده‌ی شخص سلب شود وجود دارد، مضافاً اینکه این ماده نیز با ذکر «احتمال صدق گفتار» عملاً در پی توسیع این ماده و حدزدایی بوده است. البته رافع بودن این اختلال برای مسئولیت کیفری در جرایم مستوجب حد با یک استثناء کلی قابل تخصیص است و آن اینکه در ارتکاب جرایم محاربه و افساد فی الارض و جرایم منافی عفت با عنف، اکراه، ربایش یا اغفال، صرف ادعای شخص مبتلا به این اختلال مبنی بر فقدان اراده یا سایر ارکان مسئولیت کیفری پذیرفته نمی‌شود و بر طبق تبصره ۱ ماده ۲۱۸ دادگاه موظف به بررسی و تحقیق است.

۲-۲. اختلال شخصیت دو قطبی به منزله‌ی عامل تعدیل‌کننده‌ی مسئولیت کیفری؛

تعدیل مسئولیت کیفری به‌عنوان معادلی برای «مسئولیت کیفری کاهش یافته»^۱ در حقوق کامن‌لا است و جایگاه آن نیز حالتی مابین مسئولیت کیفری کامل و عدم مسئولیت است (Margaine, 2011: 181). مثال این نوع مسئولیت را می‌توان در «قانون قتل»^۲ مصوب ۱۹۷۵ انگلیس دانست بر این اساس: «هرگاه کسی مرتکب قتل شود یا در قتل دیگری شرکت داشته باشد در صورتی که به آن چنان بی‌قاعدگی ذهنی دچار باشد که به‌طور مؤثری بر مسئولیت دماغی او به خاطر افعال یا ترک فعل‌هایی که از وی در راستای انجام عمل قتل یا شرکت در آن سرزده است آسیب می‌رساند، چنین شخصی محکوم به ارتکاب قتل عمد نخواهد شد» (براندن، ۱۳۷۶: ۷۶).

1. Diminished Responsibility
2. Homicide Act

در خصوص تأثیر این اختلال در تعدیل مسئولیت کیفری، به نظر می‌رسد باید بین نوع جرایم ارتكابی قائل به تفصیل شد؛ توضیح اینکه مسئولیت تعدیل یافته‌ی افراد مبتلا به این اختلال را باید بنا به نوع جرمی که مرتکب شده‌اند تعیین کرد و از این رو بین مسئولیت کیفری این اشخاص در جرایم مستوجب مجازات‌های حد، قصاص، دیه و تعزیر باید قائل به تفکیک شد.

در خصوص جرایم مستوجب دیه - صرف نظر از مجازات بودن یا نبودن دیه - چون ثبوت دیه به ثبوت شرایط مسئولیت کیفری وابسته نیست (شمس ناتری و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۵۱)؛ بنابراین در صورت ارتكاب جرم مستوجب دیه توسط این اشخاص، خود آن‌ها مسئولیت پرداخت دیه را بر عهده دارند، مگر اینکه جنایت ارتكاب یافته خطای محض باشد که در این صورت عاقله را می‌توان مسئول پرداخت دیه دانست. در خصوص حدود نیز، همان‌گونه که ذکر شد، این اختلال در پاره‌ای موارد می‌تواند رافع مسئولیت کیفری باشد و در برخی موارد نیز شخص دارای مسئولیت کیفری تام است.

در خصوص جرایم مستوجب قصاص - که جرایم عمدی محسوب می‌شوند - باید بین بند الف ماده ۲۹۰ با سایر بندهای این ماده تفکیک قائل شد. بند الف این ماده، قصد ایراد جنایت را مهم‌ترین شرط لازم برای تحقق عنوان عمد دانسته است، از این رو در صورتی که شخص قصد ایراد جنایت را نداشته باشد از شمول بند الف خارج است خواه دچار اختلال شخصیت دوقطبی باشد و خواه نباشد؛ بنابراین در خصوص این بند، ابهامی در خصوص عمدی محسوب نشدن جنایت ارتكاب یافته توسط شخص مبتلا به اختلال شخصیت دوقطبی وجود ندارد، اما در بندهای ب و پ این ماده، مقنن برای عمدی محسوب کردن جنایت واقع شده، «آگاهی و توجه»^۱ را لازم دانسته است. بدین توضیح که در خصوص رفتار نوعاً کشنده (بند ب) در صورت اثبات عدم

۱. مثال ملموسی که برای آگاهی و توجه ذکر می‌شود گذشتن از چراغ قرمز به دلیل عدم توجه به آن است. در این حالت شخص می‌داند که عبور از چراغ قرمز ممنون است پس آگاهی دارد ولی در یک لحظه به علت ناراحتی، صحبت با تلفن همراه، حواس‌پرتی و یا هر دلیل دیگر از چراغ قرمز گذر می‌کند در این حالت می‌گوییم شخص آگاهی دارد ولی توجه ندارد.

آگاهی و توجه شخص، جنایت عمدی محسوب نمی‌شود (مقنن اصل را بر آگاهی شخص گذاشته است) و در خصوص بند پ که ناظر به وقوع جنایت در خصوص اشخاص با وضعیت‌های خاص و بدون قصد جنایت یا نظیر آن است، باید آگاهی و توجه شخص اثبات شود و در صورت عدم اثبات آگاهی و توجه او جنایت عمدی محسوب نمی‌شود (مقنن اصل را بر عدم آگاهی شخص از وضعیت خاص مجنی علیه یا شرایط مکانی و زمانی گذاشته است).

همان‌گونه که بیان شد، یکی از ویژگی‌ها و علائم اشخاص مبتلا به شخصیت دو قطبی، حواس پرتی و عدم توجه است، بدین معنا که این اشخاص هرچند به موضوعی علم دارند ولی در مقام عمل، دچار غفلت و کوتاهی می‌شوند. هرچند سکوت قانون‌گذار در خصوص منشأ عدم توجه اعم از هیجان یا مصرف مواد سکرآور و بیماری و غیر آن‌ها موجب ابهام است (آقایی‌نیا، ۱۳۹۵: ۱۱۴) با این حال برخی از نویسندگان این‌گونه بیان کرده‌اند که هرگاه مرتکب جنایت عمدی، علی‌رغم آگاهی در لحظه ارتکاب جرم به دلیلی مثل عصبانیت (یا بیماری و نظایر آن) توجهی به ماهیت نوعاً کشنده یا مجروح‌کننده بودن عمل ارتكابی نداشته باشد، محکوم کردن وی به جنایت عمدی مشکل خواهد بود (میرمحمد صادقی، ۱۳۹۲: ۱۲۳). از این رو و به‌رغم ابهام موجود در این خصوص، به نظر می‌رسد در خصوص جنایات ارتكابی توسط اشخاص مبتلا به اختلال شخصیت دو قطبی، با توجه به عدم توجه و التفات این اشخاص که ناشی از این اختلال می‌باشد، رفتار ارتكابی توسط آن‌ها را از شمول عمد خارج دانست.

بنابراین در خصوص بند ب که مقنن اصل را بر آگاهی و توجه مرتکب جنایت گذاشته است، نظر پزشکی قانونی و روان‌پزشکان می‌تواند دلیلی برای اثبات عدم آگاهی و توجه او شمرده شود؛ چراکه همان‌طور که ذکر شد عدم توجه و التفات یکی از ویژگی‌های مبتلایان به این اختلال است. در خصوص بند پ نیز همین استدلال صدق می‌کند با این تفاوت که مقنن در این مورد، بار اثبات وجود آگاهی و توجه را بر عهده مدعی گذاشته است و فرض اصلی خود را مبتنی بر عدم آگاهی و توجه مرتکب جنایت قرار داده است.

از این رو چه در خصوص بند ب و چه در خصوص بند پ ماده ۲۹۰، با توجه به عدم توجه مرتکب به رفتار خود، در هر دو صورت جنایت ارتکاب یافته از شمول بندهای ب و پ این خارج است؛ بنابراین در خصوص جنایات ارتکاب یافته توسط مبتلایان به این اختلال معقول تر آن است که جنایت ارتکاب یافته را عمدی ندانسته و بنا به سایر شرایط آن را شبه عمد یا خطای محض محسوب نماییم. از این رو می توان گفت در جنایات ارتکابی توسط اشخاص مبتلا به شخصیت دوقطبی، این اختلال به مثابه‌ی عاملی برای تغییر عنوان مجرمانه از عمد به غیر عمد، عمل می کند و این گونه در تعدیل مسئولیت کیفری نقش دارد.

در خصوص تعزیرات نیز، به نظر می رسد تنها می توان این اختلال را به عنوان عاملی برای تخفیف مجازات مجرمان مبتلا به این اختلال دانست. برای اینکه این اختلال را به عنوان یکی از موجبات تخفیف مسئولیت کیفری برشمرد باید واجد دو ویژگی مهم باشد. نخست اینکه این اختلال در حد جنون نباشد.^۱ دوم اینکه دادگاه، این اختلال را به حدی بداند که در مجازات مجرمی که دچار چنین اختلالی است تخفیف بدهد. در خصوص اینکه این اختلال در حد جنون نیست شکی نیست؛ بنابراین باید به بررسی احراز تخفیف توسط دادگاه پردازیم. نکته‌ی اول اینکه همان طور که بر طبق اصل قانونی بودن جرایم و مجازات‌ها، دادگاه‌ها نمی توانند در احکام خود مجازاتی بیش از مجازات‌های تعیین شده توسط قانون گذار را منظور دارند، نیز نمی توانند مجازاتی کمتر از مجازاتی که مقنن پیش‌بینی کرده در حکم خود منظور دارند؛ بنابراین تخفیف مجازات مجرمین به کمتر از مجازاتی که قانون گذار تعیین کرده است نیازمند دستور خاص قانون گذار است. این دستور خاص را جهات تخفیف قانونی می نامند. در قانون ایران بر طبق ماده‌ی ۳۷ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، جهات تخفیف در ۸ بند احصاء شده‌اند. از این ۸ بند، بند ث این ماده، «ندامت، حسن سابقه و یا وضع خاص متهم از قبیل کهولت یا بیماری» را از عوامل مخففه‌ی مجازات می داند. از این سه مورد «بیماری به عنوان یکی از مصادیق وضع خاص

۱. زیرا در صورتی که در حد جنون باشد، شخص با استناد به مجنون بودن از مسئولیت کیفری معاف است.

متهم» موردی هستند که می‌تواند به‌عنوان عاملی برای تخفیف مسئولیت کیفری در خصوص مجرمین مبتلا به اختلال شخصیت دوقطبی مورد توجه واقع شوند.

وضعیت خاص متهم نیز اشاره به هر وضعیتی دارد که براساس آن، متهم عرفاً مستحق تخفیف در مجازات باشد به‌عنوان مثال، عرف از تحمیل مجازات سنگین بر بیمار یا شخص کهن‌سال چندان استقبال نمی‌کند. در خصوص مبتلایان به این اختلال حتی اگر نپذیریم که این اختلال در عملکرد و کارکرد ذهنی و رفتاری آن‌ها- ولو به‌صورت نسبی- تأثیر داشته، یقیناً این نکته مورد پذیرش قرار می‌گیرد که این افراد از نظر پزشکی بیمار و نیازمند درمان هستند. معالجات بالینی و دارویی که در خصوص این افراد تجویز می‌شود نیز مؤید بیمار بودن این اشخاص است. از این‌رو طبق ماده‌ی پیش‌گفته، می‌توان در خصوص این افراد از تخفیف مجازات برای کاستن از بار مسئولیت کیفری آن‌ها سود جست.

می‌توان گفت که مناسب‌ترین تخفیف برای مجرم، آن است که دادگاه نظر را از مجازات گردانده و به سمت درمان مجرم نظر کنند؛ چراکه حبس مجرم، تنها خاصیت عقیم‌سازی بیماری او، برای یک دوره‌ی کوتاه را دارد. این نگاه درمان‌گرایانه، در قانون مجازات سوئیس به خوبی مشخص شده است. در ماده‌ی ۵۳ قانون مجازات سوئیس عنوان شده است که اگر مرتکب جرم، از یک اختلال شدید روانی رنج می‌برد، قاضی می‌تواند دستور درمان مجرم را طبق شرایطی صادر کند. یکی از این شرایط، ارتباط جرم صورت گرفته با اختلال روانی است (یک‌رنگی؛ کولیوند، ۱۳۹۳: ۹۶).

در حقوق ایران، طبق ماده ۳۷ ق.م.ا در صورت وجود جهات تخفیف، دادگاه می‌تواند به‌جای تخفیف مجازات تعزیری، آن را تبدیل به مجازاتی کند که به حال متهم مناسب باشد. به نظر می‌رسد مساعدترین مجازات به حال متهمی که مبتلا به اختلال شخصیت دوقطبی است، مجازات‌های جایگزین حبس هستند که بر طبق ماده ۶۴ ق.م.ا عبارت‌اند از: دوره‌ی مراقبت، خدمات عمومی رایگان، جزای نقدی روزانه و محرومیت از حقوق اجتماعی که در صورت وجود شرایطی نظیر وجود شرایط تخفیف، آثار ناشی از جرم، سن، «وضعیت» مجرم و مواردی

از این دست اجرا می‌شوند. همانند ماده ۳۸، بیماری متهم را می‌توان یکی از وضعیت‌های خاص دانست که می‌توان با استناد به آن مجازات‌های جایگزین حبس را در خصوص شخص اعمال کرد.

برآمد؛

توجه به علائم و نشانه‌های اختلال شخصیت دو قطبی این نکته را مبرهن می‌سازد که در بسیاری از موارد مرز بسیار باریکی بین این اختلال با نمونه‌های مشابه وجود دارد. تأثیر گذاری این اختلال بر قوای دماغی شخص و متأثر کردن اراده و قوه‌ی تمییز شخص، ناشناخته بودن آن برای مقامات قضایی و نیز پیچیدگی‌های خاص آن لزوم توجه به مسئولیت کیفری مبتلایان به این اختلال را بیش از پیش توجیه می‌نماید. به‌عنوان نتیجه‌گیری این نوشتار باید بین جرایمی که در آن‌ها، اختلال شخصیت دو قطبی باعث رفع مسئولیت کیفری می‌شود و جرایمی که در آن‌ها این اختلال باعث تعدیل مسئولیت کیفری می‌شود تفکیک قائل شد.

– در جرایم موجب حد، با توجه به اینکه ماده ۲۱۸ ق.م.ا صرف ادعای متهم مبنی بر فقدان علم، قصد یا وجود یکی از موانع مسئولیت کیفری را در صورتی که احتمال صدق ادعای او داده شود مورد پذیرش قرار داده است؛ بنابراین همین که شخص مبتلا به اختلال شخصیت دو قطبی ادعا کند در حین ارتکاب جرم، دچار این عارضه بوده است، این ادعا بدون نیاز به بینه و سوگند از او پذیرفته می‌شود. با این حال این موضوع با جرایم مندرج در تبصره ۱ همین ماده (محاربه و افساد فی الارض و جرایم منافی عفت با عنف؛ اکراه، ربایش یا اغفال) تخصیص خورده است که در این موارد صرف ادعا مسقط نیست؛ بنابراین به جز جرایم مندرج در تبصره ۱ ماده ۲۱۸، چنانچه شخص مبتلا به اختلال شخصیت دو قطبی ادعای تأثیر این اختلال را در ارتکاب جرم نماید همین که احتمال صدق گفتار وی داده شود (و با توجه به اینکه شخص دچار این اختلال است باید اصل را بر صدق گفتار او قرار داد)، حسب مورد جرم ثابت نشده و به تبع آن مسئولیت کیفری از او برداشته می‌شود.

- در جرایم مستوجب قصاص، با توجه به مباحث بیان شده به نظر می‌رسد این اختلال را در برخی موارد بتوان عاملی برای تعدیل مسئولیت کیفری با تغییر عنوان مجرمانه از جنایت عمدی به جنایت غیر عمدی در نظر گرفت. بدین صورت که با توجه به اینکه افراد مبتلا به این اختلال معمولاً دچار حواس پرتی و فقدان توجه در خصوص ارتکاب بسیاری از رفتارهای خود هستند و نیز با توجه به اینکه بندهای ب و پ ماده ۲۹۰ ق.م.ا آگاهی و توجه مرتکب را به عنوان یکی از عناصر ضروری عمدی بودن قتل ذکر کرده‌اند؛ بنابراین در خصوص این اشخاص با توجه به فقدان آگاهی و توجه، می‌توان جنایت ارتكابی را از شمول بندهای ب و پ ماده ۲۹۰ خارج دانسته و بر حسب شرایط مشمول یکی از مواد ۲۹۱ (جنایات شبه عمد) و یا ۲۹۲ (جنایات خطای محض) دانست. البته این نکته را نیز باید در نظر داشت که شمول بندهای ب و پ ماده ۲۹۰ در صورتی است که شخص قصد ارتکاب جنایت را نداشته باشد ولی چنانچه مرتکب قصد ارتکاب جنایت را داشته باشد مورد مشمول بند الف ماده ۲۹۰ قرار می‌گیرد؛ بنابراین در خصوص جنایات ارتكابی توسط اشخاص مبتلا به اختلال شخصیت دو قطبی، در صورتی که قصد صریح قتل (بنده الف ماده ۲۹۰) را نداشته باشند، می‌توان با احراز این اختلال در آن‌ها، جنایت ارتكابی را غیر عمد (حسب مورد شبیه عمد یا خطای محض) به شمار آورد.
- در خصوص جرایم مستوجب دیه (صرف نظر از مجازات بودن یا نبودن دیه) همان‌طور که بیان شد، ثبوت دیه به ثبوت شرایط مسئولیت کیفری وابسته نیست؛ بنابراین در خصوص جرایم مستوجب دیه نیز شخص مبتلا به اختلال شخصیت دو قطبی، خود مسئولیت پرداخت دیه را به عهده دارد، مگر اینکه جنایت ارتكابی توسط خطای محض باشد که در این حالت طبق قواعد کلی، عاقله مسئولیت پرداخت دیه را به عهده دارد.
- در خصوص جرایم مستوجب تعزیر نیز این اختلال باعث تعدیل مسئولیت کیفری با کاستن از بار مجازات از طریق اعمال کیفیات مخففه خواهد بود؛ زیرا علاوه بر اینکه بند الف ماده ۱۸ ق.م.ا دادگاه را مکلف به توجه به «وضعیت ذهنی و روانی» مرتکب حین ارتکاب جرم برای تعیین مجازات تعزیری کرده است، بند ث ماده ۳۸ ق.م.ا نیز «وضع خاص متهم از قبیل بیماری»

را از جمله مواردی دانسته است که دادگاه می‌تواند با توجه به آن در مجازات مرتکب تخفیف دهد.

نکته‌ی مهمی که در خصوص این اختلال (و سایر اختلالات روانی) باید مورد توجه قرار گیرد تأثیرگذاری آن‌ها بر فرآیندهای ذهنی اشخاص است؛ زیرا صرف نظر از عمق و شدت تأثیر این اختلالات بر تصمیم‌گیری‌ها و کنش‌های افراد مبتلا به آن‌ها، به هر حال مقامات قضایی باید بدین نکته توجه داشته باشند که در خصوص شخص مبتلا به اختلال روانی، به هر حال با یک شخص غیر طبیعی از نظر عنصر ذهنی و ادراکی روبه‌رو هستند؛ از این رو ارجاع به پزشکی قانونی و متخصصان روان‌پزشکی در مواردی که کوچک‌ترین تردیدی در خصوص سلامت قوای ذهنی شخص وجود دارد از نظر حسن اجرای عدالت و جلوگیری از مجازات شدن اشخاص فاقد مسئولیت مهم و بلکه ضروری است.

Archive of SID

منابع

- آقایی‌نیا، حسین (۱۳۹۵)، *جرایم علیه اشخاص*، چاپ پانزدهم، تهران: نشر میزان.
- اردبیلی، محمدعلی (۱۳۸۹) *حقوق جزای عمومی*، جلد دوم، چاپ بیست‌وسوم، تهران: نشر میزان.
- امام هادی، محمدعلی؛ جلیلودن، مریم؛ صالحی، منصور (۱۳۸۵)، «فراوانی اختلالات روانی در مجرمان قتل عمد»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰: صص ۱۶۲-۱۵۳
- براندن، استیو. (۱۳۷۶)، *مروری بر حقوق جزای انگلستان*، ترجمه حسین میرمحمدصادقی، چاپ اول، تهران: انتشارات حقوقدان.
- بوشهری، جعفر (۱۳۷۹)، *حقوق جزا (جلد ۱ اصول و مسائل)*، چاپ اول، تهران: سهامی انتشار.
- زراعت، عباس، (۱۳۸۴)، *حقوق جزای عمومی تطبیقی، تطبیق در قانون جزای فرانسه، اردن، لبنان و ایران*، چاپ اول، تهران: انتشارات فکر سازان.
- شامبیاتی، هوشنگ (۱۳۸۸) *حقوق جزای عمومی*، جلد دوم، چاپ پانزدهم، تهران: نشر مجد.
- شمس ناتری، محمدابراهیم؛ عبدالله یار، سعید (۱۳۹۰) *اضطرار و دفاع مشروع*، نشر مجد: تهران.
- شمس ناتری، محمدابراهیم؛ کلانتری، حمیدرضا؛ زارع، ابراهیم؛ ریاضت، زینب (۱۳۹۲)، *قانون مجازات اسلامی در نظم حقوقی کنونی (جلد اول) حقوق جزای عمومی*، چاپ اول، تهران: نشر میزان.
- شیروی، مهسا؛ مهرزاد کیانی (۱۳۹۰)، «مسئولیت کیفری منحرفین جنسی در نظام عدالت کیفری»، تحقیقات حقوقی آزاد، شماره ۱، صص ۱۷۰-۱۴۱.
- غلامی، علی (۱۳۹۲)، «مانع یا رافع بودن صغر، جنون و عوامل مشابه آن نسبت به مسئولیت کیفری»، پژوهشنامه حقوق اسلامی، شماره ۳۷، صص ۷۸-۵۳.
- میرسعیدی، سیدمنصور، (۱۳۸۲)، *مسئولیت کیفری: قلمرو و ارکان*، ج ۱، تهران: نشر میزان.
- میرمحمد صادقی، حسین (۱۳۹۲)، *جرایم علیه اشخاص*، چاپ دوازدهم، تهران: نشر میزان.

– نوربها، رضا، (۱۳۸۳)، *زمینه‌ی حقوق جزای عمومی*، چاپ یازدهم، تهران: انتشارات گنج دانش.

– یکرنگی، محمد، کولیوند، رضا (۱۳۹۳)، «تأثیر اختلال هوس ربایش بر مسئولیت کیفری»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هشتم، شماره بیست و هشتم، صص ۱۰۴-۷۶

- American Psychiatry Association. (2012), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders* (5th edition), Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Angst J, Marneros A. (2001), "Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth", *Journal of Affective Disorders*, Volume 67, Issues 1–3, PP. 3–19.
- Bidzin ska, E.J. (1984). "Stress factors in affective diseases", *British Journal of Psychiatry: Journal of Mental Science* 144,161–166.
- Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. (2011). "Psychiatric "diseases" versus behavioral disorders and degree of genetic influence". *Psychol Med* 2011; 41:33–40.
- Bitter SM, Mills NP, Adler CM, Strakowski SM, DelBello MP. (2011), "Progression of amygdala volumetric abnormalities in adolescents after their first manic episode". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 50:1017–1026.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., Linehan, M.M., (2004). "Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial", *Behaviour Research and Therapy* 42: PP 487–499.
- Bowden, C., Maier, W. (2003). *Bipolar disorder and personality disorder*, *European Psychiatry* 18, 9s–12s.
- Carballo, J.J., Harkavy-Friedman, J., Burke, A.K., Sher, L., Baca-Garcia, E., Sullivan, G.M., Grunebaum, M.F., Parsey, R.V., Mann, J.J., Oquendo, M.A. (2008). "Family history of suicidal behavior and early traumatic

- experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness", *Journal of Affective Disorders* 109: PP. 57–63.
- Cecero, John J., Mark Beitel, and Tracy Prout. (2008) "Exploring the relationships among early maladaptive schemas, psychological mindedness and self-reported college adjustment." *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 81.1: 105-118.
 - Christensen, E.M., Gjerris, A., Larsen, J.K., Bendtsen, B.B., Larsen, B.H., Rolff, H., Ring, G., Schaumburg, E. (2003). "Life events and onset of a new phase in bipolar affective disorder,". *Bipolar Disorders* 5, PP. 356–361.
 - Colom, F., Lam, D. (2005). "Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder", *European Psychiatry* 20, PP. 359–364.
 - Dunayevich E, Sax KW, Keck PE Jr., McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ, Strakowski S.M. (2000), "Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders", *J Clin Psychiatry*, 61: PP.134–139.
 - Margaine, Clément. (2011). *La Capacité Pénale*, Université Montesquieu Bordeaux Iv École Doctorale De Droit (E.D. 41), Soutenue Publiquement Le 28 Octobre.
 - Strakowski, S. M. (2013). *Integration and consolidation. A neurophysiological model of bipolar disorder. The Bipolar Brain. Integrating Neuroimaging and Genetics.* Oxford University Press: New York, NY, USA, PP. 253-273.
 - Vincent, Julie. (2013). *Les Troubles Du Contrôle Des Impulsions En Droit Pénal Canadien. Mémoire Présenté À La Faculté Des Études Supérieures En Vue Del'obtention Du Grade De Maîtrise En Droit (L.M.), Université De Montréal.*



Bipolar Personality Disorder from the Viewpoint of the Criminal Liability

Seyyed Mansour Mirsaeidi¹ – Nabiollah Gholami²

(Received: 23/ 05/ 2017 - Accepted: 8/ 11/ 2016)

Abstract

From the view of Iran's criminal law, a person suffering from the mental disorder, to be considered as insane, must lack the will and distinguishing power. This general principle is common in all mental disorders. However, determining how many mental disorders divest will and distinguishing power is not an easy job. A bipolar personality disorder is one of the mental disorders which is inflicted in many misconceptions and challenges from the view of determining criminal liability. In this paper, by investigating the criminal responsibility of patients suffering from the bipolar personality disorder, we conclude that this disorder cannot be a factor to eliminate criminal liability except for hududd crimes. However, in other crimes, it can be considered a factor to moderate the criminal liability.

Keywords: Bipolar personality disorder, Criminal Liability, Insanity, Mental disorders.

1. Assistant Professor in Criminal Law and Criminology, Allameh Tabataba'i University, Tehran.

2. Ph.D. Student in Criminal Law and Criminology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, (Corresponding Author): nabiollah.gholami@yahoo.com