

فقه و سلامت

دوفصلنامه علمی مطالعات فقه و سلامت
سال اول، شماره دوم (پاییز و زمستان ۱۴۰۴)



هیئت تحریریه به ترتیب حروف الفبا
- سید حسن آل مجدد شیرازی (استاد درس خارج حوزه علمیه قم)
- محمد علی قاسمی (دکتر، استاد سطوح عالی)
- محمد حسن قاسمی (دکتر، استاد سطوح عالی)
- سید علی قاضی عسکر (تولیت آستان عبدالعظیم حسنی)
- محمدجواد فاضل لنکرانی (استاد درس خارج)
- محمد قائینی (استاد درس خارج)
- مصطفی محامی (استاد سطوح عالی و نماینده ولی فقیه در استان سیستان)
- ابوالقاسم مقیمی حاجی (استاد سطوح عالی)
- غلامرضا مصباحی مقدم (عضو مجمع تشخیص مصلحت)
- سید طاها مرقاتی خوئی (دانشیار دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران)
- سیدمحمد نجفی یزدی (استاد درس خارج)
- محمد حسن ربانی بیرجندی (استاد درس خارج)

صاحب امتیاز:

مرکز فقهی ائمه اطهار

مدیر مسئول:

آیت الله محمدجواد فاضل لنکرانی

سر دبیر:

محمدعلی قاسمی

دبیر تحریریه:

حامد میرزاخان

دبیر اجرایی:

عمار نصر اللهی

ویراستار:

احمد رضا خسروی

مترجم انگلیسی:

میثم حسنی

طراح:

حمیدرضا پورحسین

صفحه آرا:

صفر علی اخلاقی

نمایه شده در پایگاه های:

Magiran (بانک اطلاعات نشریات کشور)

Noormags (پایگاه مجلات تخصصی نور)

نشانی: قم، میدان معلم، مرکز فقهی ائمه اطهار

معاونت پژوهش، دفتر فصلنامه فقه مطالعات فقه و سلامت

تلفن: ۰۲۵ - ۳۷۷۴۹۴۹۴

دورنگار: ۰۲۵ - ۳۷۷۳۰۵۸۸

سامانه فصلنامه: www.mags.markafeqhi.com

پست الکترونیکی: mags@markazfeqhi.com

قیمت: ۱۵۰۰۰۰۰ ریال

The Nature of Compulsive Behavior in Islamic Jurisprudence and Psychology

Mostafa Nazari¹

Abstract

Compulsive behavior is one of the most complex human phenomena, situated at the intersection of philosophical, jurisprudential, legal, and psychological discussions, as the extent to which various factors affect an individual's will and freedom of choice plays a fundamental role in determining their moral and legal responsibility. This study aims to provide a comparative analysis of the nature of compulsive behavior in Imāmī jurisprudence and clinical psychology and to examine its impact on the agent's will and responsibility. Employing an analytical-comparative method and drawing on library-based sources and scholarly studies, the research examines compulsive behavior across six dimensions: the source of compulsion, awareness, will, responsibility, diagnostic criteria, and the context in which the behavior occurs. The findings indicate that although Imāmī jurisprudence primarily focuses on external factors such as *ikrāh* (coercion) and *iḍtirār* (necessity), while psychology mainly examines internal mechanisms and cognitive-behavioral disorders, the two fields can be conceptually compared in terms of their effects on an individual's capacity for choice and voluntary control. Furthermore, certain jurisprudential concepts associated with impaired volition can be analyzed alongside varying degrees of diminished behavioral control in disorders such as obsessive-compulsive disorder (OCD), although these concepts are not identical in their underlying foundations. Based on the findings, the study proposes a conceptual "Impact-Source Spectrum" model to explain the varying degrees to which compulsive behavior affects volition. The findings further indicate that, despite the capacity of Islamic jurisprudence to recognize diminished responsibility arising from disorders affecting volition, Iran's legal system lacks comprehensive diagnostic criteria and practical assessment mechanisms in this regard. The development of medical-jurisprudential criteria and the use of multidisciplinary assessment are among the principal recommendations of this study.

Keywords: Islamic jurisprudence, compulsive behavior, comparative study, volition, coercion, free will, obsessive-compulsive disorder (OCD).

1. Professor of Islamic Seminary and University; sadra4@gmail.com

ماهیت‌شناسی رفتار اجباری در فقه و روان‌شناسی

مصطفی نظری^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۸

چکیده

رفتار اجباری یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که در تقاطع مباحث فلسفی، فقهی، حقوقی و روان‌شناختی قرار دارد؛ زیرا میزان تأثیر عوامل مختلف بر اراده و حدود اختیار فرد، در تعیین مسئولیت اخلاقی و حقوقی وی نقش اساسی دارد. این پژوهش با هدف ماهیت‌شناسی تطبیقی رفتار اجباری در فقه امامیه و روان‌شناسی بالینی و بررسی تأثیر آن بر اراده و مسئولیت فاعل انجام شده است. پژوهش حاضر با روش تحلیلی - تطبیقی و با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای و مطالعات علمی، در شش محور منشأ اجبار، آگاهی، اراده، مسئولیت‌پذیری، معیارهای تشخیص و زمینه وقوع رفتار مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهد اگرچه فقه امامیه عمدتاً بر عوامل بیرونی مانند اکراه و اضطراب تمرکز دارد و روان‌شناسی بیشتر سازوکارهای درونی و اختلالات شناختی - رفتاری را بررسی می‌کند، میان آن‌ها از جهت تأثیر بر کاهش توان انتخاب و کنترل ارادی، امکان مقایسه مفهومی وجود دارد. همچنین، برخی مفاهیم فقهی مرتبط با تضعیف اراده را می‌توان در کنار درجات کاهش کنترل رفتاری در اختلالاتی مانند وسواس فکری - عملی (OCD) تحلیل کرد، هرچند این مفاهیم از نظر مبنا یکسان نیستند. بر اساس نتایج پژوهش، مدل مفهومی «طیف تأثیر - منشأ» برای تبیین مراتب اثرگذاری رفتار اجباری بر اراده ارائه شد. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد با وجود ظرفیت‌های فقهی در کاهش مسئولیت ناشی از اختلالات مؤثر بر اراده، نظام حقوقی ایران فاقد معیارهای جامع تشخیصی و سازوکارهای عملی ارزیابی در این زمینه است. تدوین معیارهای پزشکی - فقهی و بهره‌گیری از ارزیابی‌های چندتخصصی از جمله پیشنهاد‌های این پژوهش است.

واژگان کلیدی: فقه، رفتار اجباری، مطالعه تطبیقی، اراده، اکراه، اختیار، وسواس فکری - عملی (OCD).

مقدمه

رفتار انسانی، در تقاطع سه گانه اراده^۱ و جبر،^۲ همواره کانون توجه فلسفه، حقوق و الهیات بوده است (سلیمانی، ۱۳۸۴، ص ۶۳). مسئله اختیار و تعیین مرزهای آن، نقش تعیین کننده‌ای در میزان مسئولیت‌پذیری اخلاقی و حقوقی فاعل ایفا می‌کند (خزاعی و تمدن، ۱۳۹۳، ص ۱۳۲). در این میان، رفتارهایی که خارج از دایره اختیار تام صورت می‌پذیرند، به دلیل ابهام در نحوه تأثیرگذاری عوامل بیرونی یا درونی بر اراده، نیازمند تفکیک دقیق مفهومی هستند. پدیده «رفتار اجباری» در هر دو نظام فقه و روان‌شناسی، به مثابه یک عامل رافع یا کاهنده مسئولیت^۳ شناخته می‌شود (ادهمی، اکبرزاده، ۱۴۰۰، ص ۴)، اما سازوکارهای تبیینی آن‌ها کاملاً متفاوت است. در فقه اسلامی، تحلیل بر پایه تکلیف و اراده ظاهری استوار است (موسوی سیار، ۱۴۰۲، صص ۵۵-۶۰)؛ اکراه^۴ و اضطرار^۵ به عنوان موانع خارجی بر سر راه تحقق «رضایت» و «قصد فعل» مورد بررسی قرار می‌گیرند و تأثیر آن‌ها بر سقوط حکم وضعی و تکلیفی تعیین می‌شود. این رویکرد، ماهیتی هنجاری و مبتنی بر شریعت دارد (غلامی، ۱۳۹۱، ص ۴۱). در مقابل، روان‌شناسی مدرن، به ویژه در حوزه‌هایی چون عصب‌روان‌شناسی شناختی، رفتار اجباری را پدیده‌ای توصیفی و علیتی می‌داند (فقیهی و مطهری، ۱۳۸۲، ص ۴۷). در اینجا، اجبار یا رفتارهای شبه اجباری (مانند نشانگان وسواس‌های فکری - عملی یا اختلالات کنترل تکانه) به نقص در مدارهای مغزی کنترل‌کننده اعمال ارادی (مانند عملکرد قشر پیش‌پیشانی) یا مدل‌های یادگیری شرطی شده ربط داده می‌شود (همان).

این مقاله با اتخاذ رویکردی تحلیلی - تطبیقی، درصدد است تا به ماهیت‌شناسی رفتار اجباری در دو پارادایم بنیادین، یعنی فقه اسلامی و روان‌شناسی بالینی، بپردازد و وجوه اشتراک و افتراق این دو نحله فکری را در تبیین پدیده اجبار واکاوی نماید.

1. Volition.

2. Determinism.

3. Responsibility.

4. Coercion.

5. Duress.

تبیین مسئله «اختیار^۱ و مرزهای آن» در حقیقت پاسخی به این پرسش بنیادین است که دایره شمول اراده انسان تا کجاست؟ در فلسفه و اصول فقه، این مرزها با مفاهیمی مانند «سلطنت نفس» و «قدرت بر ترک» تعریف می‌شود (مکارم شیرازی، ۱۳۷۰، ص ۳۶؛ هاشمی شاهرودی، ۱۳۸۲، ص ۲۴۲). براین اساس، هرگاه فاعل نسبت به فعل خود «علم» داشته و از «قدرت» بر انجام یا ترک آن برخوردار باشد، فعل او «اختیاری» محسوب می‌شود. در صورت فقدان هر یک از این دو شرط، رفتار از دایره اختیار تام خارج شده و وارد منطقه «اضطرار»، «اکراه» یا «اجبار» می‌گردد (همان).

ضرورت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که رفتارهای واقع شده در شرایط غیرعادی (اعم از اعمال ناشی از تهدید، فشارهای روانی یا اختلالات شخصیت) نیازمند یک «تفکیک دقیق مفهومی»^۲ هستند (رفیعی‌هنر، ۱۳۷۳، ص ۷۸). این ضرورت زمانی دوچندان می‌شود که ملاحظه کنیم مفاهیمی چون اجبار^۳، اکراه^۴ و اضطرار^۵ در علوم مختلف گاهی با لفظ واحد اما معانی متفاوت به کار می‌روند (غلامی، ۱۳۹۱، ص ۴۳). از این رو، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از «رویکرد تحلیلی - تطبیقی»^۶ سامان یافته است. رویکرد تحلیلی به معنای تجزیه مفاهیم کلی به مؤلفه‌های سازنده آنهاست؛ به این معنا که پیش از هرگونه قضاوت تطبیقی، باید تعریف دقیقی از «اراده»، «قصد»، «رضا»، «جبر» و «اختیار» در هر پارادایم ارائه داد. رویکرد تطبیقی نیز ناظر بر مقایسه این مؤلفه‌ها در دو نظام معرفتی متفاوت است: یکی «فقه اسلامی» که ریشه در نصوص دینی و عقل سلیم دارد و دیگری «روان‌شناسی بالینی» که مبتنی بر مشاهده تجربی و مطالعه سازوکارهای ذهنی است.

1. Free Will.

2. Conceptual Distinction.

3. Duress/Coercion.

4. Constraint.

5. Necessity.

6. Analytical-Comparative Approach.

در فقه اسلامی، «ماهیت‌شناسی» رفتار اجباری بر پایه تحلیل نسبت اراده و قصد با عوامل مزاحم بیرونی شکل گرفته است. فقیهان مسلمان باظرافت خاصی مرزهای تأثیر عوامل خارجی بر اراده انسان را ترسیم کرده‌اند. نظریه «سلطنت نفس» در فقه بیانگر آن است که منشأ اثر در عقود و افعال، «قصد» ناشی از «رضا» (رضایت باطنی) است (مکارم شیرازی، ۱۳۷۰، ص ۳۷). از مهم‌ترین دستاوردهای فقه اسلامی در این حوزه، تفکیک ظریف میان «اکراه» و «اضطرار» است. در نظام فقهی، اگر شخص تحت تأثیر تهدید (اکراه) فعلی را انجام دهد، آن فعل به لحاظ حقوقی ممکن است باطل تلقی شود (مانند عقد مکره)، اما نکته مهم آن است که در اکراه، اراده شخص به کلی زایل نمی‌گردد، بلکه فاسد می‌شود. در مقابل، در «اضطرار» شخص با حفظ اراده، اما به دلیل ضرورت و برای دفع خطر، مرتکب فعل می‌شود که طبیعتاً احکام متفاوتی خواهد داشت. قاعده فقهی مشهور «الْإِكْرَاهُ يُنْزِعُ الرِّضَا لَا الْإِخْتِيَارَ» به روشنی گویای این نگاه عمیق فلسفی - فقهی است (هاشمی شاهرودی، ۱۳۸۲، ج ۳، ص ۳۰۷). این قاعده نشان می‌دهد که در فقه، اکراه هرچند رضایت باطنی را از بین می‌برد، اما قدرت انتخاب (اختیار) را به طور کامل سلب نمی‌کند. این نگاه ظریف و دقیق، بعدها در تدوین مواد قانون مدنی (به‌ویژه مواد ۱۹۰ و ۱۹۹) تأثیرگذار بوده و بنیان‌های نظری مسئولیت مدنی و کیفری را شکل داده است (ابهری، فرزنانگان و ظهوری، ۱۳۹۶، ص ۵۹).

در مقابل، روان‌شناسی بالینی^۱ مفهوم «اجبار» یا «رفتار غیرارادی» را از منظر دیگری تحلیل می‌کند. در این پارادایم، عامل فشار الزاماً یک تهدید بیرونی (مانند تهدید از سوی شخص دیگر) نیست، بلکه می‌تواند ریشه در ساختار شخصیت و فرآیندهای درونی داشته باشد (دادستان، ۱۳۸۹، ج ۱، ص ۱۴۷). در «اختلالات کنترل تکانه»^۲، فرد قادر به مقاومت در برابر تکانه‌های خود نیست و رفتارهایی نظیر کلتومانیا^۳ یا قماربازی بیمارگونه^۴ را نشان می‌دهد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ج ۲،

1. Clinical Psychology.

2. Impulse Control Disorders.

3. Kleptomania.

۴. در آخرین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، «قماربازی بیمارگونه» در دسته «اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادها» طبقه‌بندی می‌شود و نام رسمی آن Gambling Disorder است.

ص ۳۸۸). در اینجا، «اجبار» ناشی از یک سازوکار درونی و ناخودآگاه است. همچنین در «اختلال وسواس فکری - عملی»^۱ (OCD)، فرد احساس می‌کند برای انجام یک عمل خاص (مانند شستن مکرر دست‌ها) «مجبور» است، درحالی‌که منشأ این اجبار، ریشه در اضطراب فراگیر و افکار وسواسی دارد (دادستان، ۱۳۸۹، ج ۱، ص ۱۴۷). از منظری عمیق‌تر، نظریه «جبر روانی»^۲ در مکتب روانکاوی مطرح می‌شود که بر اساس آن، بسیاری از رفتارهایی که به‌ظاهر اختیاری به نظر می‌رسند، در واقع توسط فرآیندهای ناخودآگاه، تکانه‌های غریزی و تعارضات سرکوب‌شده تعیین می‌گردند (شولتز، شولتز و مارانز، ۲۰۲۴، ص ۶۰). این نگاه، مرزهای سنتی میان اراده و جبر را به چالش می‌کشد.

پژوهش تطبیقی پیش‌رو در نهایت در پی پاسخ به این پرسش است که «آیا رفتار اجباری در فقه که ریشه در تهدید بیرونی دارد، با رفتار اجباری در روان‌شناسی که ریشه در اختلالات درونی دارد، قابل تطبیق است؟» این مطالعه می‌تواند به پرسش‌های مهمی در حوزه مسئولیت کیفری و حقوقی منجر شود؛ از جمله اینکه اگر فردی به دلیل یک اختلال روانی (مثلاً وسواس یا اختلال کنترل تکانه) مرتکب جرمی شود، آیا می‌توان احکام فقهی ناظر بر «مکره» را به او تسری داد؟ و مرز دقیق «اضطراب روانی» با «بیماری روانی» در کجا قرار دارد؟ پاسخ به این پرسش‌ها نه تنها به غنای نظری مباحث میان‌رشته‌ای می‌افزاید، بلکه می‌تواند راهگشای عملی برای نظام‌های حقوقی و قضایی در مواجهه با پدیده‌های نوظهور رفتاری باشد.

مطالعه تطبیقی رفتار اجباری در دو حوزه فقه اسلامی و روان‌شناسی بالینی، به‌رغم اهمیت نظری و عملی آن، تاکنون کمتر موردتوجه پژوهشگران قرار گرفته است. بااین‌حال، در هر یک از این دو حوزه به‌طور مستقل، تحقیقات ارزشمندی انجام شده که می‌تواند زمینه‌ساز مطالعه حاضر باشد. در این بخش، ابتدا پیشینه فقهی - حقوقی و سپس پیشینه روان‌شناختی مرتبط با موضوع مرور می‌شود. در سنت فقهی امامیه، مسئله اجبار و اکراه همواره موردتوجه فقیهان بوده است. قاعده مشهور

1. Obsessive-Compulsive Disorder .

2. Psychic Determinism.

«الاکراه ینزع الرضا لا الاختیار» که در کتب فقهی به تفصیل تبیین شده، نشان‌دهنده عمق نگاه فقهی به تأثیر عوامل بیرونی بر اراده انسان است. فقهایی همچون شیخ انصاری در «مکاسب» و محقق اردبیلی در «مجمع الفائدة و البرهان» به تحلیل دقیق مرزهای تأثیر اکراه بر عقود و ایقاعات پرداخته‌اند.

در پژوهش‌های معاصر، آقایی بجستانی (۱۳۸۵) در مقاله «تحلیل اراده و نقش آن در نفوذ معاملات مکره» به بررسی چیستی اراده و تأثیر اکراه بر آن پرداخته است. وی با تفکیک میان «رضا» و «اختیار»، نشان می‌دهد که در فقه اسلامی، اکراه هرچند رضایت باطنی را زایل می‌کند، اما قدرت انتخاب را به طور کامل از بین نمی‌برد. کاظمی نجف‌آبادی (۱۳۹۵) نیز در مقاله «تحولات فقهی و تأثیر آن بر مفهوم قصد و رضا»، سیر تطور دیدگاه فقها را درباره نقش اراده در تحقق عقود بررسی کرده است. در حوزه مسئولیت کیفری، صالح‌آبادی و توده (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «بررسی نقش اراده در عنصر روانی جرم» به تحلیل جایگاه اختیار در شکل‌گیری مسئولیت کیفری پرداخته و مرزهای تأثیر عوامل بیرونی بر اراده مجرمانه را واکاوی کرده‌اند.

در روان‌شناسی بالینی، مطالعه رفتارهای اجباری سابقه طولانی دارد. اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) و اختلال شخصیت وسواسی - جبری^۱ (OCPD) از جمله مهم‌ترین مقولاتی هستند که در آنها مفهوم «اجبار» (Compulsion) مورد بررسی قرار گرفته است. فِرکلتون (۲۰۲۰) در مقاله‌ای با عنوان «اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال شخصیت وسواسی - جبری و حقوق کیفری» به تحلیل تأثیر این اختلالات بر مسئولیت کیفری و تقصیر مجرمانه پرداخته است. رابینز، بانکا و بلین (۲۰۲۴) در مقاله‌ای مروری با عنوان «از رفتار جبری تا اجبار: مبنای عصبی اختلالات اجباری» در Nature Reviews Neuroscience^۲، به تحلیل مدارهای عصبی زیربنای رفتارهای اجباری و نقش کلیدی در شکل‌گیری آنها پرداخته‌اند. در حوزه

۱. Obsessive-Compulsive personality Disorder. که به صورت خلاصه و مخفف با این علامت

نمایش داده می‌شود: OCPD.

۲. نام یک مجله علمی معتبر در حوزه علوم اعصاب است.

عصب‌شناسی نوین، برگه‌یر و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهش خود به دست آوردند که تحریک نورون‌های مهاري خاص در جسم مخطط (striatum) می‌تواند رفتارهای وسواسی را متوقف کند. این یافته افق‌های جدیدی برای درمان‌های هدفمند اختلالات اجباری می‌گشاید. همچنین، مطالعات متعددی به نوروپاتوژنز^۱ اختلالات رفتاری^۲ پرداخته‌اند. اختلال در انتقال‌دهنده‌های عصبی دوپامین و سروتونین در هسته اکومبنس^۳ (NAC) و قشر پیش‌پیشانی^۴ (PFC)، به‌ویژه قشر اوربیتوفرونتال (OFC)، با اختلال در کنترل تکانه و تقویت الگوهای رفتاری اجباری مرتبط دانسته شده است.

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون مطالعات فقهی- حقوقی و روان‌شناختی به‌صورت موازی و مستقل از یکدیگر انجام شده‌اند. از یک سو، تحقیقات فقهی عمدتاً به «اجبار» ناشی از عوامل بیرونی (تهدید، اکراه، اضطراب) معطوف بوده و از یافته‌های نوین علوم اعصاب و روان‌شناسی بالینی درباره «اجبار درونی» غفلت کرده‌اند.

ازسوی دیگر، پژوهش‌های روان‌شناختی، باوجود پیشرفت چشمگیر در شناسایی مبانی عصبی رفتارهای اجباری، پیامدهای حقوقی و فقهی این یافته‌ها را کمتر کاویده‌اند. آنچه در این میان مغفول مانده، مطالعه تطبیقی میان مفهوم «اجبار» در فقه اسلامی و مفهوم «اجبار درونی» در روان‌شناسی بالینی است. پرسش‌هایی ازاین‌دست که آیا می‌توان احکام فقهی ناظر بر مکره (کسی که تحت‌تأثیر تهدید بیرونی قرار گرفته) را به فرد مبتلا به اختلال وسواس یا اختلال کنترل تکانه تسری داد؟ یا مرز «اضطراب روانی» با «بیماری روانی» در کجا قرار دارد؟ همچنان بی‌پاسخ مانده است. پژوهش حاضر درصدد است با پر کردن این خلأ، زمینه‌ای برای گفت‌وگوی میان این دو حوزه معرفتی فراهم آورد.

1. neuropathogenesis.

2. behavioral disorders.

3. Nucleus accumbens.

4. Cortex prefrontalis (Prefrontal cortex).

۱. بنیادهای نظری مفهوم اراده و اختیار در فقه اسلامی

برای ورود به بحث ماهیت‌شناسی رفتار اجباری، نخستین و ضروری‌ترین گام، تبیین مفهوم «اراده» و «اختیار» در اندیشه اسلامی است. این مفاهیم نه تنها بنیان مسئولیت اخلاقی و حقوقی را تشکیل می‌دهند، بلکه نقطه عزیمت ما برای تحلیل «اجبار» به عنوان نقطه مقابل اختیار خواهند بود. در این بخش، ابتدا به مفهوم‌شناسی اراده و اختیار، سپس دیدگاه‌های کلامی مطرح در این زمینه و در نهایت به تحلیل نسبت این مفاهیم با یکدیگر می‌پردازیم.

۱.۱. مفهوم‌شناسی اراده و اختیار

در عرف و با تسامح لغوی، اراده و اختیار گاهی به یک معنا به کار می‌روند؛ اما با دقت علمی، میان این دو مفهوم تمایزهای بنیادینی وجود دارد. از دید ریشه‌شناسی، «اراده» از ریشه عربی «رود / ارادَ یُریدُ» به معنای خواستن، طلب کردن و قصد نمودن است (ابن منظور، ۱۳۷۵، ذیل ماده «رود»؛ طریحی، ۱۳۶۲، ذیل «أراد»). در مقابل، «اختیار» از ریشه عربی «خیر» به معنای برگزیدن، ترجیح دادن و بهتر دانستن چیزی گرفته شده است (ابن منظور، همان؛ ازهری، ۱۴۰۵ق، ذیل «خیر»؛ دهخدا، ۱۳۷۷، مدخل «اختیار»). براین اساس، «اراده» بیشتر بر خواست و قصد درونی دلالت دارد، حال آنکه «اختیار» ناظر به گزینش آگاهانه میان چند امکان است؛ و همین تفاوت در آثار حکمای اسلامی به صورت نظری نیز تبیین شده است (صدرالدین شیرازی، ۱۳۸۳، ج ۶، ص ۱۲۳؛ طباطبایی، ۱۳۶۲، مرحله هشتم، فصل اراده؛ مصباح یزدی، ۱۳۸۷، ج ۲، درس ۱۱).

در اصطلاح متکلمان و فقیهان امامیه، اراده به عنوان یک «صفت نفسانی» و «حالت روانی خاص» تعریف می‌شود که انسان را به انجام فعل سوق می‌دهد (مفید، ۱۴۱۳ق، ج ۱، ص ۲۲۶؛ طوسی، ۱۳۸۷، ج ۲، ص ۴۹). در مقابل، اختیار به معنای قدرت بر انجام یا ترک فعل، یا انتخاب آزادانه یکی از دو طرف فعل و ترک دانسته شده است (علامه حلی، ۱۴۱۱ق، ص ۸۳؛ طباطبایی، ۱۳۶۲، ص ۱۴۷). به بیان دیگر، اراده به فرآیند درونی تصمیم‌گیری و انگیزش در سطح نفس اشاره دارد، درحالی‌که اختیار به ویژگی فاعل در انتخاب آگاهانه و آزادانه میان چند امکان عملی اطلاق می‌شود؛ بدین معنا که

اراده علت قریب عمل است، و اختیار وصفی ناظر به مبنای آزادی در فعل می‌باشد (صدرالدین شیرازی، ۱۳۸۳، ج ۶، ص ۱۳۲؛ مصباح یزدی، ۱۳۸۷، ج ۲، درس ۱۲).

۲. ۱. جایگاه اراده و اختیار در فقه امامیه

در فقه امامیه، اراده و اختیار جایگاهی محوری در تحلیل عقود و ایقاعات و همچنین در مسئولیت کیفری دارند. بر اساس مبانی فقهی، منشأ اثر در عقود و افعال، «قصد» ناشی از «رضا» (رضایت باطنی) است؛ و این دو، رکن اصلی تحقق عمل حقوقی محسوب می‌شوند (انصاری، ۱۴۰۵، ج ۳، صفحه ۲۷۸؛ خویی، ۱۴۲۸، ج ۲، ص ۶۳).

فقیهان امامیه میان «قصد»، «رضا» و «اختیار» تفکیک دقیقی قائل شده‌اند: «قصد» ناظر به انشای فعل، «رضا» ناظر به باطن فاعل، و «اختیار» ناظر به فقدان اجبار و اکراه است (علامه حلی، ۱۴۱۳، ج ۲، ص ۸؛ شهید ثانی، ۱۴۱۰، ج ۳، ص ۱۵۶). دیدگاه رایج امامیه بر آن است که عقد حقیقی شرعی است که اعتبار آن از سوی شارع جعل شده است؛ چه از طریق جعل مستقیم و چه از راه امضای سیره عقلاء (طباطبایی یزدی، ۱۳۹۲، ج ۵، ص ۱۰؛ نائینی، ۱۳۶۸، ج ۲، ص ۱۱). اعتبار عقد از آن رو به شارع باز می‌گردد که خداوند مالک حقیقی بوده و تنها او حق تعیین حدود تصرف در اموال را دارد (امام خمینی، ۱۳۹۰، ج ۲، ص ۲۱۵؛ مظفر، ۱۳۷۵، ج ۲، ص ۱۷۵).

باین‌حال، این نظریه نفی‌کننده نقش اراده انسان نیست؛ بلکه اراده در چارچوبی که شارع تعیین کرده، نقش‌آفرینی می‌کند. بنابراین در فقه امامیه، انسان موجودی مختار و مسئول دانسته می‌شود. اختیار حقیقی بدیهی و وجدانی است که مبنای تکالیف شرعی و مسئولیت‌های اخلاقی و حقوقی می‌باشد (مطهری، ۱۳۸۸، ص ۳۱۲؛ سبحانی، ۱۴۲۲، ج ۲، ص ۲۱۷).

این مبنا نقطه عزیمت برای تحلیل فقهی مفاهیمی چون اجبار و اکراه محسوب می‌شود؛ چراکه تا مفهوم «اختیار» تبیین نشود، تحلیل «ناچاری»، «رفع حکم» و «صحت یا بطلان عقد مکره» امکان‌پذیر نیست (شهید اول، ۱۴۰۳، ج ۲، ص ۱۶۸؛ علامه حلی، ۱۴۱۴، ج ۱، ص ۱۹۱).

۲. بنیادهای نظری رفتار اجباری در روان‌شناسی بالینی

این بخش، به تبیین مفهوم «رفتار اجباری» از منظر روان‌شناسی بالینی می‌پردازد. بر خلاف رویکرد فقهی که «اجبار» را عمدتاً ناشی از عوامل بیرونی (تهدید، اکراه) می‌داند، در روان‌شناسی، منشأ اجبار می‌تواند کاملاً درونی باشد و ریشه در ساختار شخصیت، فرآیندهای شناختی و حتی زیست‌شناسی مغز داشته باشد. درک این تفاوت بنیادین، برای تحلیل تطبیقی نهایی ضروری است. مباحث این بخش بر اساس آخرین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5-TR) و منابع متعدد روان‌شناسی بالینی تنظیم شده است.

۲.۱. مفهوم‌شناسی اجبار^۱ در برابر اراده^۲ در روان‌شناسی

در وهله نخست لازم است تمایز میان دو مفهوم کلیدی «اراده» و «اجبار» در روان‌شناسی روشن شود. اراده، یعنی انتخاب عمدی و آگاهانه یک عمل یا انتخاب عملی خاص از بین چند عمل قابل‌گزینش (پورافکاری، ۱۴۰۲، ج ۲، ص ۱۴۱۷). به عبارت دیگر اراده به توانایی انتخاب آگاهانه و آغازگری رفتار برای دستیابی به اهداف معین اطلاق می‌شود. این مفهوم نزدیک به همان «اختیار» در فقه است؛ به این معنا که فرد بر اعمال خود کنترل دارد و می‌تواند میان گزینه‌های مختلف، دست به انتخاب بزند. رفتار جبری^۳، به رفتاری تکراری، هدفمند و عمدی اطلاق می‌شود که فرد برای پاسخ به یک وسواس فکری یا بر اساس قوانینی سخت‌گیرانه، احساس می‌کند مجبور به انجام آن است (دادستان، ۱۳۸۹، ج ۱، ص ۱۴۷). ویژگی بارز این رفتارها این است که لزوماً منجر به پاداش یا لذت نمی‌شوند، بلکه هدف اصلی آنها کاهش اضطراب یا پیشگیری از یک رویداد ترسناک است. نکته حائز اهمیت اینجاست که فرد مبتلا به رفتار جبری، بر خلاف کسی که تحت اجبار بیرونی (مثل اکراه) قرار گرفته، ممکن است آگاه باشد که رفتارش غیرمنطقی یا افراطی است، اما درعین حال

1. Compulsion.

2. Volition.

3. Compulsive Behavior.

احساس می‌کند کنترلی بر انجام آن ندارد. برای مثال، فردی که وسواس شستشو دارد، می‌داند شستن دست‌ها ۲۰ بار در روز منطقی نیست، اما اگر این کار را انجام ندهد، اضطراب غیر قابل تحملی به او هجوم می‌آورد. این تنش میان «آگاهی از غیرمنطقی بودن» و «احساس ناچاری» هسته مرکزی مفهوم اجبار در روان‌شناسی را تشکیل می‌دهد (همان، ص ۱۷۰).

۳. اختلالات مرتبط با رفتار اجباری

رفتارهای اجباری در دسته‌ای از اختلالات روانی به نام «اختلالات وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط» طبقه‌بندی می‌شوند. مهم‌ترین این اختلالات عبارتند از: الف) **اختلال وسواس فکری - عملی**^۱ (OCD)؛ این اختلال، بارزترین نمونه‌ای است که در آن رفتار جبری دیده می‌شود. OCD از دو مؤلفه اصلی تشکیل شده است؛ وسواس فکری (Obsession): افکار، تمایلات یا تصاویری مزاحم و ناخواسته که به طور مکرر وارد ذهن شده و باعث اضطراب و پریشانی شدید می‌شوند. مانند ترس دائمی از آلودگی، شک مداوم در قفل بودن درها، یا افکار ناخوشایند درباره آسیب‌رساندن به دیگران. وسواس عملی یا اجبار (Compulsion): رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی که فرد در پاسخ به وسواس فکری خود احساس می‌کند مجبور به انجام آنهاست. هدف از این اعمال، کاهش اضطراب یا پیشگیری از یک رویداد وحشتناک است. نمونه‌های رایج آن عبارتند از شستن مکرر دست‌ها، چک کردن مکرر قفل در و اجاق‌گاز، مرتب کردن وسایل با نظم خاص. بر اساس DSM-5، برای تشخیص این اختلال، وسواس‌ها یا اجبارها باید وقت‌گیر باشند (بیش از یک ساعت در روز) و در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی فرد اختلال ایجاد کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷: ج ۲، ص ۱۸۲).

ب) **اختلالات کنترل تکانه**^۲؛ در این دسته از اختلالات، فرد در برابر یک تکانه، میل یا وسوسه برای انجام عملی که برای خود یا دیگران مضر است، مقاومت نمی‌کند.

1. Obsessive-Compulsive Disorder.

2. Impulse-Control Disorders.

تفاوت اصلی این اختلالات با OCD در این است که رفتار در اینجا معمولاً با لذت، ارضا یا تسکین همراه است، در حالی که در OCD، رفتار صرفاً برای کاهش اضطراب انجام می‌شود. مهم‌ترین نمونه‌ها عبارتند از: کلپتومانی (Kleptomania): ناتوانی مکرر در مقاومت در برابر وسوسه دزدیدن اشیایی که برای استفاده شخصی یا ارزش مادی آنها نیاز نیست. قماربازی بیمارگونه (Gambling Disorder): رفتار قماربازی مداوم و مکرر که منجر به پریشانی یا اختلال در عملکرد فرد می‌شود (همان، ص ۳۸۸).

ج) **اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادها**: رفتار جبری در اعتیاد به مواد مخدر یا الکل نیز دیده می‌شود. در اینجا، فرد به طور اجباری به دنبال ماده موردنظر می‌رود و آن را مصرف می‌کند. تفاوت آن با OCD در این است که مصرف مواد در مراحل اولیه با لذت همراه است، اما به تدریج به یک رفتار جبری برای اجتناب از علائم محرومیت تبدیل می‌شود (Koob & Volkow, 2010, pp. 220-222).

۴. مبانی عصب‌شناختی رفتارهای اجباری

پیشرفت علوم اعصاب در دهه‌های اخیر، افق تازه‌ای را در درک «چرایی» رفتارهای اجباری گشوده است. برخلاف تصور سنتی که ریشه این رفتارها را صرفاً در تربیت یا ضعف اخلاقی می‌دانست، تحقیقات عصب‌شناختی نشان می‌دهد که مدارهای مشخصی در مغز در این پدیده دخیل هستند. تحقیقات نشان می‌دهد که رفتارهای اجباری غیرقابل کنترل اغلب با ناهنجاری‌هایی در مدارهای پیشانی - مخطط (fronto-striatal circuits) مغز مرتبط است. این مدارها که ارتباط بین قشر پیش‌پیشانی (مرکز تصمیم‌گیری و کنترل) و عقده‌های قاعده‌ای (مرکز عادت‌ها و یادگیری رویه‌ای) را برقرار می‌کنند، در OCD بیش‌فعال هستند. به بیان ساده‌تر، در مغز فرد مبتلا به OCD، سیستم هشداردهنده (مرکز تشخیص خطا) بیش از حد فعال است و مدام پیام «اشتباه است، این کار را دوباره انجام بده» صادر می‌کند، حتی زمانی که کاری به‌درستی انجام شده باشد. همچنین، عدم تعادل در سطح انتقال‌دهنده‌های عصبی به‌ویژه سروتونین و دوپامین در این اختلالات نقش دارد. کمبود سروتونین با بروز وسواس‌های فکری

مرتبط دانسته شده است، درحالی‌که دوپامین با سیستم پاداش و تکرار رفتارهای لذت‌بخش (مانند اعتیاد) در ارتباط است. به همین دلیل، گروهی از داروهای مؤثر در درمان OCD، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRI) هستند که با افزایش سطح این ماده در مغز، به کاهش علائم کمک می‌کنند (دادستان، ۱۳۸۹، ص ۱۷۵).

آنچه از مبانی نظری روان‌شناسی بالینی می‌توان نتیجه گرفت، این است که مفهوم «اجبار» در این دانش، پدیده‌ای پیچیده و چندلایه است که می‌تواند منشأ درونی داشته باشد. رفتار جبری، بر خلاف تصور رایج، یک «انتخاب» آگاهانه برای لذت‌بردن نیست، بلکه اغلب یک «واکنش» ناخودآگاه و گاه غیرقابل‌کنترل برای کاهش رنج و اضطراب ناشی از افکار وسواسی یا اختلال در کارکرد مدارهای مغزی است. این درک نوین از اجبار، پرسش‌های بنیادینی را برای نظام‌های حقوقی و فقهی که بر پیش‌فرض «اختیار» بنا شده‌اند، ایجاد می‌کند که در بخش تطبیقی به آنها خواهیم پرداخت.

۵. محورهای اصلی تحلیل تطبیقی

بر اساس مبانی روش‌شناختی حاکم بر پژوهش‌های تطبیقی میان‌رشته‌ای، اکنون لازم است محورهای تطبیقی معین شود. این محورها، نقاط کانونی مقایسه را مشخص می‌کنند و این امکان را فراهم می‌نمایند تا در بخش یافته‌ها، دو حوزه فقه و روان‌شناسی به‌صورت نظام‌مند با یکدیگر مقایسه شود. محورهای پیش‌رو از مبانی نظری هر دو حوزه استخراج شده‌اند.

محور اول: منشأ اجبار (Source of Compulsion)

معیار تحلیل	در فقه امامیه	در روان‌شناسی بالینی
نوع منشأ	عمدتاً بیرونی (تهدید از سوی مُکره، خطر در اضطراب)	عمدتاً درونی (افکار وسواسی، اضطراب، ساختار مغز)
عامل ایجادکننده	عامل انسانی (در اکراه) یا عامل خارجی غیرانسانی (در اضطراب)	عامل زیست‌شناختی (عدم تعادل نور و شیمیایی) یا روانی (تعارضات ناخودآگاه)
نحوه تأثیرگذاری	از طریق تهدید و ایجاد ترس در نفس	از طریق ایجاد اضطراب و افکار مزاحم

پرسش تطبیقی: با توجه به تفاوت بنیادین در منشأ، آیا اساساً می‌توان این دو مفهوم را با یکدیگر مقایسه کرد؟ یا باید به دنبال مفاهیم هم‌سطح‌تری در فقه (مانند وسوسه یا نفوذ شیطان) گشت؟

محور دوم: آگاهی و شناخت (Awareness & Cognition)

معیار تحلیل	در فقه امامیه	در روان‌شناسی بالینی
آگاهی از عمل	مکره از عمل خود آگاه است و آن را با قصد انجام می‌دهد	فرد مبتلا به OCD معمولاً از غیرمنطقی بودن رفتار خود آگاه است (insight)
آگاهی از علت	مکره به علت (تهدید) آگاه است و آن را درک می‌کند	فرد مبتلا ممکن است از علت واقعی رفتار خود (اختلال مغزی) آگاه نباشد
نقش شناخت‌ها	ترس ناشی از تهدید، شناخت را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد	افکار وسواسی، شناخت را مخدوش می‌کنند

پرسش تطبیقی: آیا «آگاهی همراه با ناتوانی» در روان‌شناسی، با «عدم رضایت همراه با بقای اختیار» در فقه قابل مقایسه است؟ آیا می‌توان فرد مبتلا به OCD را به مکره تشبیه کرد که منبع تهدید، درون خود اوست؟

محور سوم: اراده و اختیار (Will & Volition)

معیار تحلیل	در فقه امامیه	در روان‌شناسی بالینی
تأثیر بر قدرت انتخاب	اکراه قدرت انتخاب را سلب نمی‌کند، اما رضایت را از بین می‌برد	در اختلالات اجباری، قدرت انتخاب به شدت تضعیف می‌شود
مراتب تأثیر	طیف: اجبار کامل (سلب اختیار) ← اکراه (سلب رضایت) ← اضطراب (تأثیر محدود)	طیف: اختلال شدید (ناتوانی کامل) ← اختلال متوسط (تضعیف شدید) ← اختلال خفیف (کنترل دشوار)
نسبت با مسئولیت	هر میزان از اختیار، مسئولیت متناسب دارد	هر میزان از تضعیف اراده، مسئولیت را کاهش می‌دهد

پرسش تطبیقی: آیا می‌توان مراتب تأثیر بر اراده در فقه را با مراتب تضعیف اراده در روان‌شناسی تطبیق داد؟ چه نسبتی میان «عدم رضایت» فقهی و «ناتوانی در انتخاب» روان‌شناختی برقرار است؟

محور چهارم: مسئولیت‌پذیری (Accountability)

معیار تحلیل	در فقه امامیه	در روان‌شناسی بالینی
آثار حقوقی	بطلان عقد مکره، عدم نفوذ، احکام خاص دیات و قصاص	کاهش یا رفع مسئولیت کیفری، اقدامات تأمینی و درمانی
مبانی نظری	قاعده «الاکراه ینزع الرضا لا الاختیار»	نظریه «جبر روانی» و یافته‌های عصب‌شناختی
نگاه به فرد	فرد مکره، مرتکب خطا شده اما قابل مؤاخذه کامل نیست	فرد بیمار، نیازمند درمان است نه صرفاً مجازات

پرسش تطبیقی: آیا الگوی مواجهه فقه با مکره و مضطر، می‌تواند برای مواجهه با افراد مبتلا به اختلالات اجباری در نظام حقوقی ایران الهام‌بخش باشد؟

محور پنجم: معیارهای تشخیص و اثبات (Diagnostic & Evidentiary Criteria)

معیار تحلیل	در فقه امامیه	در روان‌شناسی بالینی
معیار تشخیص	معیارهای عرفی و شرعی (وجود تهدید، قدرت بر تهدید، عجز مکره و...)	معیارهای تشخیصی DSM-5-TR (فراوانی، شدت، مدت، اختلال در عملکرد)
روش اثبات	بینه، اقرار، علم قاضی	مصاحبه بالینی، آزمون‌های روان‌شناختی، تصویربرداری مغزی
نقش کارشناس	قاضی خود به تشخیص می‌پردازد یا از کارشناس متشرع کمک می‌گیرد	نقش کلیدی روان‌پزشک و روان‌شناس در تشخیص

پرسش تطبیقی: چگونه می‌توان معیارهای تشخیصی روان‌شناختی را در چارچوب فقهی و حقوقی ایران وارد کرد؟ آیا امکان تدوین «معیارهای پزشکی - فقهی» ترکیبی وجود دارد؟

محور ششم: بافت و زمینه (Context & Background)

معیار تحلیل	در فقه امامیه	در روان‌شناسی بالینی
بافت تاریخی	شکل‌گیری در بافت جامعه اسلامی قرون اولیه	شکل‌گیری در بافت جوامع مدرن غربی
جهان‌بینی	مبتنی بر جهان‌بینی توحیدی و نگاه دینی به انسان	مبتنی بر جهان‌بینی سکولار و نگاه زیست‌شناختی
هدف غایی	تقرب به خدا، سعادت اخروی، عدالت	سلامت روان، سازگاری اجتماعی، کاهش رنج

پرسش تطبیقی: آیا تفاوت در بافت و جهان‌بینی، امکان هرگونه گفتگو را منتفی

می‌کند؟ یا می‌توان با در نظر گرفتن این تفاوت‌ها، به دنبال نقاط مشترک انسانی گشت؟

۶. مدل پیشنهادی برای تحلیل تطبیقی

بر اساس محورهای شش‌گانه فوق، اکنون می‌توان مدلی جامع‌تر برای تحلیل تطبیقی ارائه داد. این مدل، به صورت یک طیف چندبعدی طراحی شده است که هم مراتب تأثیر بر اراده و هم منشأ اجبار را در نظر می‌گیرد.

مدل «طیف تأثیر - منشأ» (Impact-Source Spectrum Model)

درجه تأثیر بر اراده	منشأ بیرونی (فقه)	منشأ درونی (روان‌شناسی)	آثار بر مسئولیت
درجه صفر: اراده سالم	اعمال عادی و اختیاری	رفتارهای ارادی سالم	مسئولیت کامل
درجه یک: تضعیف خفیف	اکراه غیر ملزم (تهدید ضعیف)	OCD خفیف، اختلال کنترل تکانه خفیف	مسئولیت کاهش‌یافته
درجه دو: تضعیف متوسط	اکراه ملزم (تهدید شدید)	OCD متوسط، قماربازی بیمارگونه	مسئولیت کاهش‌یافته قابل توجه
درجه سه: تضعیف شدید	اضطراب شدید (خطر قریب‌الوقوع)	OCD شدید، اختلالات سایکوتیک	رفع مسئولیت یا مسئولیت بسیار کاهش‌یافته
درجه چهار: سلب کامل	اجبار مطلق (اکراه به معنای اخص)	سایکوز حاد با فقدان بینش	رفع کامل مسئولیت

ویژگی‌های این مدل عبارت است از:

- این مدل یک طیف پیشنهادی است، نه یک طبقه‌بندی قطعی بنابراین مرز میان درجه‌ها سیال است و همپوشانی دارند.
- تشخیص نهایی با کارشناس است؛ لذا تطبیق هر مورد خاص با این طیف، نیازمند تخصص دوگانه (فقهی و روان‌شناختی) است.
- این مدل پیشنهادی بوده و برای کاربردی شدن، علاوه بر روایی‌سنجی (cvi & cvr) نیازمند بحث و اصلاح در محافل علمی است.

۷. یافته‌های تحلیل تطبیقی رفتار اجباری در دو نظام فکری

مبتنی بر چارچوب تطبیقی طراحی شده در بخش قبل، مقایسه نظام‌مند مفاهیم فقهی و روان‌شناختی صورت می‌گیرد؛ لذا یافته‌ها در شش محور اصلی سازماندهی شده‌اند که هر یک پاسخی به یکی از پرسش‌های تطبیقی است.

۱. تحلیل تطبیقی بر اساس محور «منشأ اجبار»؛ یافته اول: مهم‌ترین نقطه افتراق میان دو حوزه، در «منشأ اجبار» نهفته است. در فقه امامیه، اجبار عمدتاً پدیده‌ای برون‌زا (exogenous) است که از بیرون بر فرد تحمیل می‌شود. اکراه به وسیله «مکره» (شخصی دیگر) اعمال می‌گردد و اضطرار نیز ناشی از عامل بیرونی (مانند گرسنگی، خطر سیل و...) است. در مقابل، در روان‌شناسی بالینی، اجبار پدیده‌ای درون‌زا (endogenous) است که ریشه در ساختار شخصیت، فرآیندهای شناختی و زیست‌شناسی مغز دارد. تحلیل: این تفاوت بنیادین، تطبیق مستقیم مفاهیم را با چالش مواجه می‌کند. با این حال، می‌توان از منظر دیگری به مسئله نگریست: آنچه در هر دو حوزه مشترک است، تجربه «ناچاری» (experience of coercion) در فاعل است. مکره تجربه می‌کند که «ناچار» به انجام عمل است و فرد مبتلا به OCD نیز همین احساس ناچاری را دارد. از این منظر، هر دو مفهوم به یک پدیده انسانی (احساس ناچاری) اشاره دارند، اگرچه منشأ آن متفاوت است. نتیجه تطبیقی: به رغم تفاوت در منشأ، اشتراک در «نتیجه نهایی» (احساس ناچاری) می‌تواند مبنایی برای تطبیق باشد، مشروط به اینکه این تفاوت در تحلیل نهایی لحاظ شود.

۲. تحلیل تطبیقی بر اساس محور «آگاهی و شناخت»؛ یافته دوم: در هر دو حوزه، «آگاهی» عنصری کلیدی است، اما نقش و جایگاه آن متفاوت است. در فقه امامیه، مکره از عمل خود آگاه است و آن را با «قصد» انجام می‌دهد. قاعده مشهور «الاکراه ینزع الرضا لا الاختیار» گویای آن است که آگاهی و قصد باقی است، اما رضایت باطنی (که مرتبه‌ای بالاتر از قصد است) از بین رفته است. شیخ انصاری در «مکاسب» تأکید می‌کند که «الاکراهُ عَلَى الْفَعْلِ لَا يُنَافِي الْاِخْتِيَارَ». در روان‌شناسی بالینی، فرد مبتلا به OCD معمولاً از غیرمنطقی بودن رفتار خود آگاه است. در DSM-5-TR، معیار «بینش» (insight) به عنوان یکی از معیارهای تشخیصی مطرح شده است. براین اساس، OCD می‌تواند با بینش

خوب (فرد می‌داند باورهایش درست نیستند)، بیش از ضعیف (فرد فکر می‌کند باورهایش احتمالاً درست هستند) یا فقدان بینش / باورهای هذیانی همراه باشد. تحلیل: اشتراک جالب توجهی در اینجا وجود دارد: هم در فقه و هم در روان‌شناسی، «آگاهی» به طور کامل سلب نمی‌شود. مکره می‌داند چه می‌کند، فرد مبتلا به OCD نیز معمولاً می‌داند رفتار غیر منطقی است. آنچه متفاوت است، «نوع» تأثیر بر آگاهی است. در اکراه، آگاهی تحت تأثیر ترس ناشی از تهدید قرار دارد. در OCD، آگاهی تحت تأثیر افکار وسواسی و اضطراب قرار دارد. نتیجه تطبیقی: فرد مبتلا به OCD که از رفتار خود آگاه است؛ اما در انجام آن ناتوان، به مکره شباهت دارد که از عمل خود آگاه است؛ اما رضایت باطنی ندارد. در هر دو، «قصد» ظاهری وجود دارد اما «رضا» (در فقه) یا «کنترل ارادی» (در روان‌شناسی) مخدوش است.

۳. تحلیل تطبیقی بر اساس محور «اراده و اختیار»؛ یافته سوم: هر دو حوزه، «اراده» و «اختیار» را دارای مراتب می‌دانند و تأثیر عوامل مختلف بر آن را به صورت طیفی تحلیل می‌کنند. در فقه امامیه، مراتب تأثیر بر اراده را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد: مرتبه اول - اختیار کامل: اعمال عادی و ارادی. مرتبه دوم - سلب رضایت با بقای اختیار: اکراه (قاعده «الاکراه ینزع الرضا لا الاختیار»). مرتبه سوم - سلب اختیار با بقای قصد: اضطراب شدید (در برخی موارد). مرتبه چهارم - سلب کامل قصد و اختیار: اجبار به معنای اخص (مانند کسی که دست او را به زور می‌گیرند و امضا می‌کنند). در روان‌شناسی بالینی، مراتب تضعیف اراده را می‌توان بر اساس شدت اختلال و میزان تأثیر آن بر کنترل رفتار طبقه‌بندی کرد: مرتبه اول - کنترل کامل: رفتارهای ارادی سالم. مرتبه دوم - کنترل دشوار اما ممکن: OCD خفیف، اختلالات کنترل تکانه خفیف. مرتبه سوم - کنترل بسیار دشوار: OCD متوسط، قماربازی بیمارگونه. مرتبه چهارم - فقدان کنترل: OCD شدید با فقدان بینش، سایکوز. تحلیل: هر دو حوزه، طیفی از تأثیر بر اراده را به رسمیت می‌شناسند. آنچه متفاوت است، مبنای این طبقه‌بندی است. فقه بر مبنای مفاهیم «رضا»، «قصد» و «اختیار» این طیف را ترسیم می‌کند، در حالی که روان‌شناسی بر مبنای شدت علائم، میزان اختلال در عملکرد و معیارهای تشخیصی این کار را انجام می‌دهد. نتیجه

تطبیقی: تطبیق این دو طیف امکان‌پذیر است، مشروط به اینکه معادل‌سازی دقیق و باتوجه‌به بافت هر حوزه انجام شود. مدل «طیف تأثیر - منشأ» که در بخش قبل ارائه شد، چارچوب مناسبی برای این تطبیق است.

۴. تحلیل تطبیقی بر اساس محور «مسئولیت‌پذیری»؛ یافته چهارم: هم در فقه و هم در نظام‌های حقوقی متأثر از روان‌شناسی، میان «درجه تأثیر بر اراده» و «میزان مسئولیت» رابطه مستقیم برقرار است. در فقه امامیه، مکره: مسئولیت کامل ندارد، اما به طور کامل مبرا از مسئولیت هم نیست. عقد مکره باطل است، اما در برخی احکام کیفری (مانند قصاص) ممکن است مسئولیت متوجه مباشر باشد نه مُکره؛ مضطر: در بسیاری موارد، از مسئولیت مبرا می‌شود، به‌ویژه اگر اضطرار ناشی از عوامل قهری باشد؛ مجبور (فاقد اختیار): مسئولیتی ندارد. در نظام‌های حقوقی پیشرفته (مانند کانادا) که بر اساس یافته‌های روان‌شناختی شکل گرفته‌اند: فرد مبتلا به OCD شدید: در صورت اثبات تأثیر اختلال بر ارتکاب جرم، می‌تواند از معافیت کیفری برخوردار شود یا مجازاتش تخفیف یابد. فرد مبتلا به اختلال کنترل تکانه: باتوجه‌به میزان کنترل بر رفتار، ممکن است مسئولیت کاهش یافته داشته باشد. تحلیل: مقاله مهربان و همکاران (۱۴۰۴) نشان می‌دهد که در نظام حقوقی کانادا، «با استناد به یافته‌های علمی نوین، ادله اثباتی این‌گونه اختلالات به رسمیت شناخته شده و امکان معافیت مرتکب از مجازات وجود دارد»، درحالی‌که در نظام حقوقی ایران، «خلأ معیارهای پزشکی - قانونی مدون برای شناسایی این حالات محسوس است». نتیجه تطبیقی: مبانی فقهی برای کاهش یا رفع مسئولیت در موارد اختلال اراده وجود دارد (مانند اکراه و اضطرار). آنچه در ایران missing است، نه مبانی فقهی، بلکه معیارهای تشخیصی عملیاتی و رویه‌های اجرایی برای شناسایی و اثبات این اختلالات در نظام قضایی است.

۵. تحلیل تطبیقی بر اساس محور «معیارهای تشخیص و اثبات»؛ یافته پنجم: یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های عملی میان دو حوزه، در «معیارهای تشخیص» و «روش‌های اثبات» است. در فقه امامیه، تشخیص اکراه و اضطرار عمدتاً بر عهده قاضی است و با معیارهای عرفی و شرعی انجام می‌شود. قاضی با استفاده از علم خود، بینة اقرار و سایر ادله شرعی، وجود یا عدم وجود اکراه را احراز می‌کند. در موارد پیچیده، ممکن است به کارشناس متشرع مراجعه شود، اما اساساً قاضی خود متخصص تشخیص است. در

روانشناسی بالینی، تشخیص اختلالات اجباری بر عهده روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی است و با معیارهای مشخص و عملیاتی (مانند DSM-5-TR) انجام می‌شود. این معیارها شامل مواردی مانند فراوانی علائم، مدت‌زمان، شدت و میزان اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی است. روش‌های تشخیصی نیز شامل مصاحبه بالینی، آزمون‌های روان‌شناختی (مانند Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) و گاه تصویربرداری مغزی است. تحلیل: این تفاوت، چالش عمده‌ای در مسیر بهره‌گیری از یافته‌های روان‌شناختی در نظام قضایی ایران ایجاد می‌کند. قاضی شرعاً صلاحیت تشخیص موضوع را دارد، اما برای تشخیص اختلالات روانی تخصص ندارد. از سوی دیگر، روان‌شناس و روان‌پزشک تخصص تشخیص دارند، اما معیارهای آن‌ها با معیارهای فقهی و حقوقی ایران هماهنگ نیست. نتیجه تطبیقی: نیاز به تدوین «معیارهای پزشکی - فقهی ترکیبی» احساس می‌شود. این معیارها باید: مبتنی بر مبانی فقهی باشد (تا از نظر شرعی معتبر باشد). از یافته‌های علمی روان‌شناسی بهره گرفته باشد (تا از نظر علمی دقیق باشد). برای قضات قابل فهم و اجرا باشد (تا عملیاتی باشد).

۶. تحلیل تطبیقی بر اساس محور «بافت و زمینه»؛ یافته ششم: تفاوت در بافت تاریخی و جهان‌بینی دو حوزه، بر تمام مفاهیم و تحلیل‌ها سایه افکنده است. فقه امامیه در بافت جامعه اسلامی و با جهان‌بینی توحیدی شکل گرفته است. هدف غایی آن، سعادت اخروی انسان و تقرب به خداست. انسان در این نگاه، موجودی مکلف و مسئول در برابر خداوند است. روان‌شناسی بالینی در بافت جوامع مدرن سکولار غربی شکل گرفته است. هدف غایی آن، سلامت روان، سازگاری اجتماعی و کاهش رنج انسان در همین جهان است. انسان در این نگاه، موجودی زیست‌شناختی - روان‌شناختی است که با سازوکارهای قابل مشاهده قابل تحلیل است. تحلیل: این تفاوت در بافت، به این معنا نیست که گفتگو ممکن نیست. بلکه به این معناست که هرگونه تطبیق باید با آگاهی کامل از این تفاوت‌ها انجام شود و از تحمیل مفاهیم یک حوزه بر حوزه دیگر پرهیز شود. نتیجه تطبیقی: می‌توان با حفظ مبانی و اصول هر حوزه، به دنبال نقاط مشترک انسانی گشت. مسئله «رنج انسان» و «عدالت» نقطه مشترکی است که می‌تواند زمینه‌ساز این گفتگو باشد. فقه به دنبال عدالت و رفع ظلم از انسان است، روان‌شناسی نیز به دنبال کاهش رنج و ارتقای سلامت انسان.

۸. مدل نهایی تطبیقی: پیاده‌سازی «طیف تأثیر - منشأ»

مدل نهایی در قالب یک جدول گویای نتایج این تحلیل تطبیقی است.

درجه	وضعیت فقهی	وضعیت روان‌شناختی	نمونه عینی	آثار بر مسئولیت
۰	اختیار کامل	سلامت روان	فردی که آزادانه و بدون هیچ فشاری تصمیم می‌گیرد	مسئولیت کامل
۱	اکراه غیر ملزم	OCD خفیف	فردی که برای کاهش اضطراب خفیف، دست‌هایش را کمی بیشتر می‌شوید؛ اما قابل کنترل است	مسئولیت کاهش‌یافته (تخفیف مجازات)
۲	اکراه ملزم	OCD متوسط	فردی که ساعاتی از روز را صرف وسواس می‌کند و کنترل آن بسیار دشوار است	مسئولیت کاهش‌یافته قابل توجه (معافیت نسبی)
۳	اضطراب شدید	OCD شدید	فردی که وسواس او تمام زندگی‌اش را مختل کرده و عملاً کنترلی بر رفتار خود ندارد	رفع مسئولیت (معافیت کامل با اقدامات تأمینی)
۴	اجبار مطلق	سایکوز با فقدان بینش	فردی که در حالت روان‌پریشی و بدون هرگونه آگاهی، مرتکب عمل می‌شود	رفع کامل مسئولیت

نتیجه

مهم‌ترین یافته این پژوهش تأیید امکان تطبیق مشروط مفاهیم فقهی و روان‌شناختی است. این تطبیق هرگز به معنای یکسان‌انگاری یا تحویل مفاهیم دینی به مفاهیم مادی نیست، بلکه به معنای ایجاد زبانی مشترک برای گفتگو درباره پدیده‌ای انسانی است: «ناچاری در رفتار». آنچه در هر دو حوزه مشترک است، این است که فرد علی‌رغم حضور «قصد» ظاهری، به دلیل عاملی خارجی (در فقه) یا درونی (در روان‌شناسی)، «رضایت» یا «کنترل ارادی» خود را از دست می‌دهد. این اشتراک، زمینه‌ساز گفتگویی سازنده میان فقه و روان‌شناسی در حوزه مسئولیت‌پذیری است. بر این اساس یافته‌های این تحقیق عبارتند از:

اولاً، علی‌رغم تفاوت‌های بنیادین در منشأ اجبار (بیرونی در فقه، درونی در روان‌شناسی)، اشتراکات قابل‌توجهی در «نتیجه نهایی» یعنی تجربه ناچاری و تأثیر بر اراده وجود دارد. ثانیاً، مفاهیم فقهی مانند اکراه، اضطراب و اجبار، با درجات مختلف تضعیف اراده در روان‌شناسی (OCD خفیف، متوسط، شدید) قابل‌تطبیق است، مشروط به اینکه این تطبیق بادقت و با در نظر گرفتن مراتب و درجات انجام شود. ثالثاً، مبانی فقهی برای کاهش یا رفع مسئولیت در موارد اختلال اراده وجود دارد، اما نظام حقوقی ایران فاقد معیارهای تشخیصی عملیاتی و رویه‌های اجرایی برای شناسایی و اثبات این اختلالات است. رابعاً، الگوی نظام حقوقی کانادا که با استناد به یافته‌های علمی، امکان معافیت مرتکبان مبتلا به اختلالات روانی را فراهم کرده، می‌تواند برای ایران الهام‌بخش باشد، مشروط به اینکه با مبانی فقهی تطبیق و بومی‌سازی شود. خامساً، مدل «طیف تأثیر - منشأ» که در این پژوهش طراحی شد، می‌تواند به‌عنوان چارچوبی برای تحلیل موارد خاص و صدور آرای متقن قضایی مورد استفاده قرار گیرد و شکاف موجود میان مبانی فقهی و رویه عملی حقوقی را کاهش دهد.

منابع

الف) منابع فارسی و عربی

۱. ابن منظور، محمد بن مکرم (۱۳۷۵). لسان‌العرب. بیروت: دار صادر.
۲. ازهری، محمد بن احمد (۱۴۰۵ق). تهذیب‌اللغة. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۳. انصاری، مرتضی (۱۴۰۵ق). المکاسب. قم: مؤسسه النشر الاسلامی التابعة لجماعة المدرسين بالحوزة العلمية.
۴. حلی، حسن بن یوسف (۱۴۱۱ق). کشف‌المراد فی شرح تجرید الاعتقاد. قم: منشورات الرضی.
۵. حلی، حسن بن یوسف (۱۴۱۴ق). تذکرة الفقهاء. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۶. حلی، حسن بن یوسف بن مطهر (۱۴۱۳ق). قواعد الأحکام فی معرفة الحلال و الحرام. قم: مؤسسه النشر الإسلامی.
۷. خمینی، روح‌الله (۱۳۹۰ق). تحریر الوسيلة. قم: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.
۸. خویی، سید ابوالقاسم (۱۴۲۸ق). مصباح الأصول. قم: دار الزهراء للطباعة والنشر و التوزيع.
۹. دادستان، پریخ. (۱۳۸۹). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، ج ۱، تهران، انتشارات سمت.
۱۰. دهخدا، علی‌اکبر (۱۳۷۷). لغت‌نامه دهخدا. تهران: دانشگاه تهران.
۱۱. سادوک، بنیامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۰۷). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۹۰.
۱۲. سبحانی، جعفر (۱۴۲۲ق). محاضرات فی الإلهیات علی وفق مذهب أهل البيت عليه السلام، ج ۲. قم: مؤسسه الإمام الصادق عليه السلام.
۱۳. شولتز، دوان پی، شولتز، سیدنی الن، مارانتز، هترام. (۲۰۲۴). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران، انتشارات ویرایش، ۱۴۰۴.
۱۴. شهید اول، محمد بن مکی عاملی (۱۴۰۳ق). القواعد والفوائد. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۱۵. شهید ثانی، زین‌الدین بن علی عاملی (۱۴۱۰ق). مسالك الأفهام إلى تنقیح شرائع الإسلام. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۱۶. صالح‌آبادی، مؤگان، توده، حسین. (۱۳۹۶). بررسی نقش اراده در عنصر روانی جرم. سومین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی ایران، ۱۳۹۶.
۱۷. صدرالدین شیرازی (ملاصدرا) (۱۳۸۳). الحکمة المتعالیة فی الأسفار الأربعة العقلیة، ج ۶. قم: دار احیاء التراث.

۱۸. طباطبایی یزدی، سید محمدکاظم (۱۳۹۲ق). العروة الوثقی مع تعلیقات فقهاء العصر. بیروت: دار إحياء التراث العربی.
۱۹. طباطبایی، سید محمدحسین (۱۳۶۲). نهاية الحکمة. قم: جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۲۰. طریحی، فخرالدین (۱۳۶۲). مجمع البحرین. تهران: مکتبه المرتضویه.
۲۱. طوسی، محمد بن حسن (۱۳۸۷). الاقتصاد الهادی الی طریق الرشاد. قم: مؤسسه النشر الاسلامی، ج ۲.
۲۲. مصباح یزدی، محمدتقی (۱۳۸۷). آموزش فلسفه. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
۲۳. مطهری، مرتضی (۱۳۶۵). شرح منظومه (قسمت الهیات و فلسفه نفس). تهران: انتشارات صدرا.
۲۴. مطهری، مرتضی (۱۳۸۸ش). عدل الهی. تهران: انتشارات صدرا.
۲۵. مظفر، محمدرضا (۱۳۷۵ش). أصول الفقه. قم: دار الفکر.
۲۶. مفید، محمد بن محمد بن نعمان (۱۴۱۳ق). اوائل المقالات فی المذاهب و المختارات. قم: کنگره شیخ مفید، ج ۱.
۲۷. مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۷۰). القواعد الفقهیه، ج ۲. قم: انتشارات مدرسه الامام علی بن ابی طالب علیه السلام.
۲۸. نائینی، سید محمدحسین (۱۳۶۸ش). منیه الطالب فی شرح المکاسب. قم: دار الفکر.
۲۹. هاشمی شاهرودی، فرهنگ فقه فارسی، ۱۳۸۲ش، ج ۶. قم، مؤسسه دائرة المعارف فقه اسلامی بر مذهب اهل بیت علیهم السلام.

ب) مقالات

۱. ادهمی، سعیده، اکبرزاده، رجب. (۱۴۰۰، پاییز). قلمرو و آثار شرط عدم مسئولیت از منظر فقه امامیه. فقه و حقوق نوین، ۲ (۷)، ۸۷-۱۰۶.
۲. آقایی بجستانی، مریم. (۱۳۸۵). تجزیه اراده و نقش آن در تنفیذ معاملات اکراهی. فقه و مبانی حقوق اسلامی، (۶)، ۱۰۷-۱۱۸.
۳. خزاعی، زهرا، تمدن، فاطمه، (۱۳۹۳، پاییز). دیدگاه جان مارتین فیشر درباره اختیار لازم در مسئولیت اخلاقی. حکمت و فلسفه، ۱۰ (۳)، ۱۳۱-۱۵۱.
۴. رفیعی هنر، حمید. (۱۳۹۷، بهار و تابستان). بررسی تطبیقی جنون در فقه و روان شناسی. پژوهش های فقهی تا اجتهاد، ۲ (۳)، ۷۷-۱۰۰.
۵. سلیمانی، فاطمه، (۱۳۸۴). بررسی اراده انسان از دیدگاه متکلمین و فلاسفه اسلامی. مشکاه النور، ۳ (۳۱)، ۷۷-۵۴.
۶. غلامی، علی. (۱۳۹۱، بهار و تابستان). اضطراب، اجبار و اکراه؛ از ترادف تا تفاوت. پژوهش نامه حقوق اسلامی. ۱۳ (۱) پیاپی ۳۵، صص ۳۲-۷۳.
۷. فرزندگان، محمد، ابهری، حمید، ظهوری سمیه (۱۳۹۶، زمستان). بررسی فقهی و حقوقی مفهوم و

- شرایط اضطراب و تأثیر آن در مسئولیت مدنی. پژوهش‌های فقه و حقوق اسلامی، ۱۴ (۵۰)، ۶۶-۵۱.
۸. فقیهی، علینقی، مطهری، جمشید. (۱۳۸۲). وسواس و درمان آن؛ مقایسه دو شیوه شناخت درمانگری اسلامی و شناخت درمانگری سنتی. مجله معرفت، شماره ۷۵.
۹. کاظمی نجف‌آبادی، عباس. (۱۳۹۵). پاییز و زمستان. تحولات فقهی و تأثیر آن بر مفهوم قصد و رضایت. فقه و مبانی حقوق اسلامی، ۴۹ (۲)، ۳۱۱-۳۲۸.
۱۰. موسوی سیار، محمدامین. (۱۴۰۲). بررسی اجمالی شرایط عامه تکلیف از دیدگاه فقهی و حقوقی، آفاق علوم انسانی، (۷۷)، ۶۶-۵۱.
۱۱. مهربان، میلاد، اسماعیلی، مهدی، حاجی تبار فیروزجایی، حسن. (۱۴۰۴). پاییز. اثر اختلال شخصیت وسواسی بر ارتکاب جرم در نظام حقوقی ایران و کاناد. پژوهش‌های حقوقی، ۲۴ (۶۳).

ج) منابع لاتین

1. Bergheer, J., et al. (2024). Delta waves as early warning signal for compulsive behavior: An optogenetic study in animal models. Paris Brain Institute Research Report.
2. Fineberg, N. A., Potenza, M. N., Chamberlain, S. R., Berlin, H. A., Menzies, L., Bechara, A.,... & Hollander, E. (2009). Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: A narrative review. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 591-604.
3. Freckelton, I. (2020). Obsessive compulsive disorder, obsessive compulsive personality disorder and the criminal law. *Psychiatry, Psychology and Law*, 27(4), 499-524.
4. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.
5. Robbins, T. W., Banca, P., & Belin, D. (2024). From compulsive behaviour to compulsion: The neural basis of compulsive disorders. *Nature Reviews Neuroscience*, 25, 123-142.