

فصلنامه بین المللی قانون یار

License Number: 78864 Article Cod: 2019Y3N10A9 ISSN-P: 2538-3701

رابطه اختلالات روانی با بزهکاری و ارتکاب جرم

(تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۲/۱۵، تاریخ تصویب ۱۳۹۸/۰۶/۱۲)

میثم بهر مند

چکیده

طبق ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمیز باشد مجنون محسوب می شود و مسئولیت کیفری ندارد». جنون سلامت درک و شعور را از میان برده و دیوانه از ارزیابی، اندازه گیری و فهم نتایج امور و مسائل زندگی عاجز است، خوبی و بدی و سود و زیان و مصلحت و مفسده را از هم تشخیص نمی دهد و معمولاً با نوعی هیجان روحی و پریشانی حال و آشفتگی همراه است. عدم تشخیص واقعیت از غیر واقعیت نیز مشمول این عنوان می شود. اختلالات ادراکی مانند تحریف ادراک و توهمات و اختلالات مربوط به محتوای تفکر مانند هذیان و همچنین اختلالات مربوط به هوشیاری نیز داخل در این معنی هستند. اختلال در قوه تمیز ناظر به حالاتی است که شخص توان تشخیص خوب و بد و مفید و مضر از همدیگر را ندارد و نمی تواند در امور مختلف قضاوت کند (رحمدل، ۱۳۸۴، ص ۱۲). جنون همواره با علائمی نظیر از دست دادن تماس با واقعیت، اختلال ادراک، پیدایش سلوک کودکانه و قهقرائی، کاهش نیروی مهارکننده محرکها و تمایلات اولیه و بروز افکار غیرعادی که شامل انواع هذیانها و توهمات می شود قابل تشخیص است.

واژگان کلیدی: اختلالات روانی، بزهکاری، ارتکاب جرم، جنون، اختلال ادراک



بخش اول: اختلالات روانی و رابطه آن با بزهکاری

این پرسش همیشه برای صاحب‌نظران مطرح بوده که چرا برخی مردم مرتکب قانون شکنی و جنایت می‌شوند حال آنکه دیگران مرتکب چنین اعمالی نمی‌شوند. دیدگاه‌های موجود را می‌توان در چند گروه عمده طبقه بندی کرد:

۱ - بزهکاری جنبه ارثی و ذاتی دارد: این دیدگاه که قدیمی‌ترین نظریه مرتبط با ارتکاب جرم می‌باشد معتقد است که "گرگ زاده عاقبت گرگ می‌شود گرچه که با آدمی بزرگ شود" و عقیده دارد که ژنتیک و تأثیرات آن در رفتار و منش افراد همواره اثبات شده و غیرقابل انعطاف می‌باشند. "سزار لومبروزو"^۱ که به سبب تحقیقات علمی و تجربی متعدد در علم جرم‌شناسی، لقب "پدر جرم‌شناسی جدید" را به خود اختصاص داده‌است نیز معتقد بود که در افراد جنایتکار برخی ویژگی‌های فیزیکی خاصی همچون فکهای قوی، صورتی خشن و در عین حال دارای بهره‌های هوشی پایین‌تر از متوسط وجود دارد که آنها را بیش از سایرین به سمت ارتکاب انواع جرایم سوق می‌دهد. چنانچه بزهکاری را یک عنصر موروثی بدانیم بنابراین اینطور نتیجه می‌شود که بزهکاری در بعضی خانواده‌ها که دارای ویژگی‌های جسمی مشابه هستند بیشتر باشد یعنی اینکه میانگین تعداد فرزندان والدین مجرم بیش از والدین غیرمجرم است؛ طبق گزارش‌های "اوسبورن"^۲ و "وست"^۳ (۱۹۷۹): «نزدیک به ۴۰ درصد فرزندان والدین بزهکار مرتکب بزهکاری شده بودند در صورتی که این مقایسه با والدین غیر بزهکار فقط ۱۳ درصد بود» (پوت واین و سامونز، ۱۹۷۲، ص ۵۱).



1 . Lombroso
2 . Osborn
3 . West

۲ - اعمال و رفتار افراد همواره از آموزش و یادگیری ناشی می‌شود: طبق این دیدگاه شرایط محیطی و اکتسابی همچون خانواده، دوستان و ... که فرد در طول زندگی با آنها در ارتباط می‌باشد مؤثرترین عامل در ایجاد رفتارهای بزهکارانه و یا برعکس اخلاقی در افراد محسوب می‌شود (فدائی، ۱۳۷۵، ص ۸).

۳ - «شرایط و اوضاع و احوال اجتماعی-اقتصادی پدیدآورنده بزهکاری است: طبق این دیدگاه عواملی همچون فقر و یا برعکس ثروت زیاد، محرومیت، تبعیض، بیسوادی و فرهنگ عموم جامعه می‌تواند در گسترش خشونت و جنایت مؤثر باشد» (همان، ۱۳۷۵، ص ۹).

۴ - عوامل روانشناختی، بیماری‌ها و اختلالات شدید روانی (روانپیشی) در بزهکاری افراد مؤثرند: این دیدگاه بیان می‌کند که تعارضات روانی، ضربات مغزی و صدمات ناشی از آنها که سلامت روانی افراد را تهدید می‌کنند در ارتکاب بزهکاری در افراد نقش مهمی دارند (همان، ۱۳۷۵، ص ۹).

۵ - نقش بزه‌دیده یا مجنی‌علیه در پدید آمدن بزه اهمیت دارد. طبق این دیدگاه رفتار یک فرد ممکن است وی را در معرض رفتار مجرمانه از سوی دیگری قرار دهد. این دیدگاه نیز ارتباط میان عوامل روانی با پدیده جرم‌زایی را بیان می‌کند و به نقش مهم و تأثیرگذار مسائل روانشناسی و روانپزشکی جنایی در برخورد با بزه و کاهش آمار جرایم اشاره دارد (همان، ۱۳۷۵، ص ۱۱-۱۰).

در مکاتب مختلف روانشناسی تیپ‌ها یا صفات شخصیتی توصیف‌های گوناگون دارند. «برخی تمام اعمالی که یک فرد انجام می‌دهد را اختصاصی می‌دانند که به طور مجزا آموخته می‌شود و به شیوه‌ای با یکدیگر ترکیب نمی‌شوند که بتوان صفات یا تیپ‌ها را از آن استنباط



کرد و لذا مفروض دانستن هرگونه مفهومی مانند شخصیت را نمی‌توان الزامی دانست و گروهی دیگر معتقدند فعالیت‌ها و اعمال مختلف قطعاً در مقوله‌های گسترده و کلی که صفات و تیپ‌های شخصیتی از آنها ناشی می‌شوند با یکدیگر ارتباط دارند و مفهوم شخصیت در روانشناسی کاملاً ضروری است. طرفداران نظریه نخست بر این باورند که رفتارهای انسان حاصل یادگیری است و این موضوع که بدون یادگیری هیچ رفتاری، بجز رفلکس‌های غیرارادی بدوی، امکان وقوع ندارند حقیقتی غیرقابل تردید است. اما نظریه دوم باعث می‌شود که در میان افرادی که در عمل به احکام جامعه خود؛ اعم از قوانین مدون و یا غیرمدون، تخلف می‌کنند در جستجو شباهت‌ها باشیم و در نهایت به این نتیجه میرسیم که علت این امر که چرا برخی از مردم به ارتکاب اعمال مجرمانه وسوسه می‌شوند درحالی که دیگران اینگونه نیستند را به گونه‌ای نظام‌دار درک کنیم» (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۶۵). برای درک بهتر لازم است نتایج پژوهشی که در کانادا توسط "هابز" و "تیلمن" روی گروهی از رانندگان که مکرراً تصادف می‌کنند و گروهی دیگر که تصادف نکرده بودند انجام شده را بیان کنیم که در نهایت مشخص شد که «از گروه نخست ۳۴ درصد قبلاً در دادگاهها محاکمه شده بودند، درحالی که از گروه دوم فقط پای یک درصد افراد به دادگاه کشیده شده بود؛ همچنین از گروه اول ۱۷ درصد در دادگاههای نوجوانان سابقه محکومیت داشتند درحالی که این آمار برای گروه دوم ۱/۲ درصد بود. از گروه اول ۱۸ درصد برای مؤسسات اجتماعی و ۱۴ درصد برای درمانگاههای بیماری‌های مقاربتی افرادی شناخته شده بودند ولی در گروه دوم بین صفر تا یک درصد از افراد با این مؤسسات آشنایی داشتند. سپس شخصیت رانندگان مستعد تصادف مورد بررسی قرار گرفت و این نتیجه بدست آمد که نسبتهای نامعلومی از افراد دارای

1. G.E.Hobbs

2. W.A.Tillman



صفات پرخاشگری، بی باکی و جامعه‌ستیزی بوده و نسبت بزرگی از افراد این گروه به اختلالات روان‌نژندی مبتلا بوده‌اند و این‌ها صفاتی هستند که در میان مجرمین با وفور بیشتری مشاهده می‌شوند» (همان، ۱۳۸۴، ص ۶۶-۶۷). در نهایت به نظر می‌رسد که رفتار انسان باید از دیدگاه کلی مورد ارزیابی قرار گیرد و کلیت رفتار انسان با شخصیت او در ارتباط است.

بخش دوم: بررسی و شناخت اختلالات روانی

بند اول: انواع اختلالات روانی

در این مقاله سعی شده که مباحث براساس میزان جرم‌زایی انواع اختلالات روانی در افراد طبقه‌بندی شوند؛ بدین جهت ابتدا انواع اختلالات شخصیتی که عموماً تأثیر مستقیم در ارتکاب جرم دارند در گفتار اول مورد بررسی قرار می‌گیرند و سپس در گفتار دوم براساس طبقه‌بندی انجمن روانپزشکان آمریکا (DSM-IV-TR)، ابتدا اختلالات روانی دوران کودکی و سپس سایر اختلالات روانی مورد بحث قرار می‌گیرد و در نهایت در گفتار سوم سایر حالاتی که ممکن است در جرم‌زایی مؤثر واقع شوند بیان می‌شود. «اختلال شخصیت عبارت است از یک شیوه پایدار از رفتارها و تجربه‌های زیستی افراد که به طور قابل ملاحظه‌ای از آنچه مورد انتظار محیط فرهنگی است فاصله داشته باشد» (رستگاری‌نیا، ۱۳۸۸، ص ۳۰-۳۳). افراد مبتلا به اختلالات شخصیت الگوها یا ویژگی‌های پایدار، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه‌ای دارند که می‌تواند تفکر، واکنش‌های هیجانی، روابط بین شخصی و کنترل تکانه‌ای آنان را تحت تأثیر قرار دهد. نظریه شخصیت آیزنک بیان می‌دارد: «رفتارهای بزهکارانه از ویژگی‌های شخصیتی خاصی ناشی می‌شوند». آیزنک معتقد است: «تمام ویژگی‌های شخصیتی موجود بین افراد را می‌توان به صورت دو بعد شخصیتی روان رنجوری^۱ و برون‌گرایی تقسیم نمود و با استفاده از

1. Neurotic



آزمونها روان‌سنجی به دریافت این متغیرها پرداخت» مثلاً بعد روان‌رنجوری بالا افراد را مستعد خلق متغیر، افسردگی و اضطراب می‌کند و برعکس بعد روان‌رنجوری پایین باعث ایجاد عواطف ثابت در افراد می‌شود. بعد برون‌گرایی^۱ با مقدار محرکی که فرد نیازمند دریافت آن از محیط می‌باشد قابل تشخیص است». همچنین بیان می‌دارد که: «ویژگی‌های برون‌گرایی و روان‌رنجوری به خواص کلی سیستم عصبی مرکزی انسان مرتبط است. میزان برون‌گرایی وابسته به سطح کلی برانگیختگی با تحریک پذیری کورتکس و سیستم عصبی خودمختار انسان است در نتیجه هرچه سطح این تحریک‌پذیری کمتر باشد شخص نیاز به محرک بیشتری از محیط اطراف خود خواهد داشت، بنابراین یک فرد برون‌گرا به دلیل اینکه میزان برانگیختگی سیستم عصبی مرکزی و سیستم عصبی خودمختار خود از کم تحرکی شدیدی برخوردار است نیاز به تحرک بیشتری از محیط اطراف خود دارد و همچنین بعد روان‌رنجوری وابسته به ثبات سیستم عصبی مرکزی شخص است و نمره بالا در روان‌رنجوری نشانه این است که سیستم عصبی فرد به محرک‌های ناخوشایند با شدت بالایی واکنش نشان می‌دهد». بدین ترتیب، افرادی با نمره روان‌رنجوری بالا به سختی می‌توانند خود را با جامعه سازگار سازند و برای آنها بسیار مشکل است که بتوانند انواع رفتارهای معقول اجتماعی (مثلاً با آرامش برخورد کردن با مسائل) را به سادگی و به وسیله تشویق یا تنبیه بیاموزند. در نتیجه احتمال ارتکاب انواع رفتارهای بزهکارانه و جرم در افرادی با بعد برون‌گرایی و روان‌رنجوری بالا بسیار بیشتر از افراد عادی است و ترکیب این دو بعد روانی به این نتیجه منجر خواهد شد که فرد به طور مرتب به دنبال هیجان و تحریک‌پذیری مفرط باشد و همچنین سعی نمی‌کند که از اشتباهات خود درس بگیرد؛ بنابراین روند طبیعی اجتماعی شدن در این افراد به ندرت صورت گرفته و در نتیجه



1 . Extroversion

احتمال ارتکاب جرم در آنها بیشتر از افراد عادی است (پوت واین و سامونز، ۱۳۸۶، ص ۵۹-۶۰). بعدها آیزنگ به تعریف بعد سوم شخصیتی به نام روان‌پریشی پرداخت، بدین صورت که بعد روان‌پریشی در افراد باعث ایجاد ویژگی‌هایی همچون سرد یا بی‌روح بودن، بی‌توجهی مفرط، انزوا و پرخاشگری شده که همچون دو بعد دیگر ریشه ژنتیکی دارد و نمره بالا در روان‌پریشی، همچون دو بعد دیگر (روان‌رنجوری و برون‌گرایی) احتمال ارتکاب اعمال بزهکارانه را در این افراد افزایش می‌دهد (همان، ۱۳۸۶، ص ۵۹-۶۰). لازم به ذکر است که طبق فرضیه قدیمی در مورد شخصیت که تشکیل شخصیت و منش را از زمان تولد می‌داند و رشد آن، بنابر نیروهای غریزی کودک و محیط در جهتی خاص صورت می‌گیرد. ولی عواطف کودک که در قضاوت تأثیر می‌گذارد دائماً در حال تغییر است و ارزیابی‌ها و در نهایت واکنش‌های او بر حسب احساساتش تغییر یافته و کودک دارای منشی متغیر می‌باشد، ولی وقتی بالغ می‌شود روش اصلی کردار و احساسات او ثابت شده و منش او نیز در حالت معین و ثابتی باقی خواهد ماند (صانعی، ۱۳۷۱، ص ۱۱۸-۱۱۹).

بند دوم: اختلالات روانی ناشی از مواد یا الکل

در طبقه بندی انجمن روانپزشکان آمریکا ترکیباتی که باعث ایجاد تغییرات در فعالیت مغزی می‌شوند به عنوان " مواد " بیان می‌شوند. شیوع سوء مصرف مواد و الکل در اغلب نقاط دنیا بالاست و هزینه‌های زیادی را برای درمان و بازتوانی افراد و همچنین اختلال در عملکرد اجتماعی-اقتصادی بر جوامع مختلف تحمیل می‌کند. توام شدن سوء مصرف داروهای غیرقانونی با اختلالات روانشناختی روند درمانی را نیز پیچیده‌تر نموده و همچنین هزینه‌های گزافی را به سیستم بهداشتی جوامع وارد می‌سازد. «آمارها نشان می‌دهند که ۳۵ تا ۶۰ درصد سوء مصرف کنندگان مواد واجد ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیت ضداجتماعی و





رفتارهای سایکوپات هستند و نزدیک ۴۰٪ این افراد ملاک های افسردگی اساسی را نیز دارا می‌باشند» (بیگدلی، رضاعی و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۱، ص ۹۴-۹۵).

اختلالات ناشی از مواد (که عموماً به سایکوز ناشی از مواد شناخته می‌شوند و در این پژوهش نیز به این عنوان مورد بررسی قرار گرفته‌اند) شیوع بسیار بالایی دارند و عوارض زیادی نیز ایجاد می‌کند که در جرم‌زایی بسیار مؤثر می‌باشد؛ «طبق تحقیقات در آمریکا حدود ۵۰ درصد موارد ارتکاب قتل که به طور متوسط حدود ۲۵۰۰۰ مورد در سال می‌باشد به مواد مخدر رابطه پیدا می‌کند» (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۱۲۴). سوء مصرف مواد یکی از عوامل تسهیل کننده جرم محسوب می‌شود، یک فرد معتاد تحت تأثیر مواد مخدر یا الکل با سهولت بیشتری قوانین اجتماعی را زیر پا می‌گذارد و در زمان مواجهه با تأثیرات ناشی از مواد ممکن است برای ارتکاب هر جرمی آمادگی داشته باشد.

دکتر دوگریف معتقد است: «استعمال مواد مخدر به تدریج سبب ایجاد نوعی شخصیت ثانوی و مصنوعی ولی محکم در فرد معتاد شده که به مرور جایگزین شخصیت قبلی وی می‌شود، اعتیاد اراده و درک بیمار را تضعیف می‌کند به نحوی که در زمان نیاز به ماده مخدر جان خود و دیگران را به خطر می‌اندازد و تحت تأثیر این نیاز، خود را تسلیم هر نوع عملی می‌سازد (همان، ۲۰۱۰، ص ۱۳۰)» و در نوجوانان نیز نیاز به تهیه پول برای خرید مواد آنها را به دزدی از خانه و سپس به رفتارهای بزهکارانه جدی تر سرقت و خودفروشی وادار می‌سازد.

بند سوم: مواد رایج برای ایجاد اختلالات

الف (مواد افیونی: این مواد شامل ترکیبات تریام و داروهای مصنوعی دیگر نظیر مورفین، هروئین، متادون، کدئین و ... می‌باشد.

ب (آفتامین ها:) این گروه از داروها برای درمان اختلالات توجه، افسردگی های شدید و ... بکار می روند، اما در سالهای اخیر با دستکاری فرمول این ماده ترکیباتی را ساختند که اثرات افزایش اعتماد بنفس، فعالیت و انرژی مفرط همراه با اثرات توهمزایی داشته و با نام قرص " اکس " شهرت دارد.

ج (کوکائین:) یکی از اعتیادآورترین مواد می باشد، این ماده یک داروی کمک بیهوشی، محرک و نشه آور بوده و با یکبار مصرف امکان وابستگی شدید را به دنبال دارد. این ماده و سایر محرک ها باعث اثراتی همچون ایجاد سرخوشی، پرتحرکی، بیش فعالی و همچنین موجب ایجاد پندارهای کجروانه و توهمات بینایی و شنوایی نیز می شود (ضرغامی، ۱۳۸۱، ص ۱۷۳).

د (حشیش:) به دنبال مصرف این ماده سوءظن مفرط، انزوایی، اختلال در قضاوت و ارزیابی و در برخی موارد توهم و افکار هذیانی ایجاد می شود (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۲۰۰-۲۰۲).

انواع اختلالات مربوط به مواد مخدر و الکل شامل:

الف) اختلالات اختصاصی مربوط به مواد و الکل:

شامل اختلالات مربوط به اثرات مستقیم بر مغز (شامل مسمومیت با الکل یا مواد، ترک، دلیریوم ناشی از ترک و توهمزدگی)، اختلالات مربوط به رفتارهای وابسته (سوء مصرف و وابستگی) و یا اختلالات دارای تأثیر مستمر (شامل اختلالات فراموشی و دمانس) می باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۱۴۰).

ب) اختلالات مربوط به وابستگی و سوء مصرف مواد:

وابستگی به معنای یک الگوی اجباری مصرف می باشد که عبارت است از وجود آشفستگی در حداقل سه زمینه عمده مرتبط با مواد که طی مدت ۱۲ ماه رخ می دهد؛ این زمینه ها شامل



تحمل (به دو صورت نیاز به افزایش مقدار ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تأثیر دلخواه و یا کاهش قابل ملاحظه اثرات ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسان از آن تعریف می‌شود) یا ترک آن، صرف مقدار زیادی وقت برای مصرف آن، ادامه مصرف علیرغم پیامدهای سوء جسمی و روانی و ... می‌باشد.

«سوء مصرف الکل و مواد زمانی مطرح می‌شود که الکل و مواد در وضعیت‌های فیزیکی خطرناک (مثلاً حین رانندگی) مصرف شده باشد و عبارت است از بروز عواقب منفی ناشی از مصرف مکرر مواد و الکل» (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۳۲). در قانون مجازات اسلامی در کشور ما نوشیدن الکل جرم محسوب شده و کیفر حد در موردش اجرا می‌شود. همچنین طبق ماده ۱۵۳ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲: "مستی و بی‌ارادگی حاصل از مصرف اختیاری مسکرات، مواد مخدر، روان‌گردان و نظایر آنها مانع مجازات نیست، مگر آنکه ثابت شود مرتکب حین ارتکاب جرم به طور کلی مسلوب الاختیار بوده است لیکن چنانچه ثابت شود مصرف این مواد به منظور ارتکاب جرم یا با علم به تحقق آن بوده است و جرم مورد نظر واقع شود به مجازات هر دو جرم محکوم می‌شود".

نکته قابل ذکر در این بحث این است که «غالباً اختلالات مرتبط با مصرف مواد، همپوشانی نسبتاً بالایی با سایر اختلالات روانی دارند؛ تحقیقات نشان می‌دهند که حدود نیمی (۴۷٪) از کسانی که تشخیص می‌بارگی یا مصرف مواد برایشان صادر شده از اختلال شخصیت ضداجتماعی بیش از همه اختلالات روانی و پس از آن از اختلالات افسردگی، اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی نیز رنج می‌برند» (ضرغامی، ۱۳۸۱، ص ۱۷۴).



بند چهارم: اختلال اسکیزوفرنی^۱ و سایر اختلالات سایکوتیک

اختلال روانی اسکیزوفرنیا یکی از بیماری‌های شدید و عمیق روانشناختی می‌باشد که بر فکر، ادراک و خلق تأثیر می‌گذارد و حدود ۱ درصد از جمعیت جهان به این بیماری مبتلا هستند. در این بیماران فعالیت ذهنی و روانی دستخوش تغییر شده و در موارد حاد بیماری فعالیت‌های هیجانی، رفتاری و فکری عملکرد طبیعی خود را از دست می‌دهند. عوامل ادراکی که ممکن است شامل دیدن یا شنیدن باشد دیگر وجود خارجی نداشته و در موارد حاد بیماری، قادر به درک واقعیات که از دید انسانهای سالم جزء بدیهیات می‌باشد نیستند (ملکوتی، متقی پور و فرزادی، ۱۳۸۸، ص ۴۴-۴۶). اختلال روانی اسکیزوفرنی در صورتی که به صورت دائم و مستمر وجود داشته باشد نمونه بارز جنون در قانون محسوب شده که در صورت ارتکاب جرم توسط بیمار باعث سلب مسئولیت کیفری از او می‌شود (حکمت، ۱۳۷۰، ص ۷۶).

این اختلال برای نخستین بار توسط بلولر با "اصطلاح روان‌گسیختگی یا اسکیزوفرنیا" که از ریشه (اسکیزو = شکافت و دونیمه شدن) + (فرن = ذهن) می‌باشد ابداع شد، زیرا او معتقد بود که این اختلال عمدتاً با فقدان انسجام و شکافت فرآیندهای فکر، هیجان و گرایش درونی به دور از واقعیت مشخص می‌شود (باچر، مینکا و هولی، ۱۳۸۸، ص ۳۶۹).

امکان ابتلا به این اختلال در تمام طول عمر وجود دارد اما عموماً در آغاز نوجوانی و حداکثر تا حدود سن ۳۰ سالگی شروع می‌شود و در برخی گونه نادر آن که بصورت دیررس ظهور می‌کند بین سنین ۵۰ تا ۶۰ سال بعنوان "روان‌گسیختگی دیررس" و "روان‌گسیختگی کهولت" که بین ۷۰ تا ۸۰ سالگی ظاهر می‌شود (کراز، ۱۳۸۶، ص ۹۷).

1 . Schizophrenia



تشخیص اختلال اسکیزوفرنی به دلیل تنوع در گونه‌ها، شمار علائم و مشکلات تشخیصی اندکی زمان‌بر و دشوار می‌باشد ولی نشانه‌های آن باید حداقل شش ماه دوام داشته و سطح کارکرد قبلی فرد در محیط کار، روابط اجتماعی و مراقبت از خود به طور قابل توجهی مختل شده باشد. متأسفانه تاکنون علت دقیق این بیماری روشن نشده و در توجیه و تفسیر علل این تغییرات دلایل مختلفی ابراز شده است. اما آنچه که مورد توافق عمومی است این است که اسکیزوفرنی یک اختلال مغزی است که شامل برخی نابهنجاری‌ها در ساختار مغز و یا عملکرد آن می‌باشد به عبارت دیگر؛ برخی از مناطق و یا سیستم‌های ناقل عصبی در اسکیزوفرنی نابهنجار هستند، همچنین «احتمال آسیب‌پذیری نسبت به این بیماری در بسیاری از بیماران از زمان تولد وجود دارد و سه شاهد برای حمایت از این فرضیه وجود دارد: **اولاً** آسیب‌پذیری ممکن است ارثی باشد بدین معنا که همزمان با تولد بیمار این آسیب می‌تواند با او همراه باشد، **ثانیاً** عوارض پیش از تولد به آسیب‌پذیری کمک کند، **ثالثاً** پژوهش‌های رشدی نشان می‌دهد بسیاری از بیماران از همان دوره طفولیت نابهنجاری را نشان می‌دهند» (سلیگمن، روزنهان و والکر، ۱۳۸۹، ص ۱۱۲). لازم به ذکر است که درمان و توانبخشی این بیماران نیز با دشواری‌هایی همراه است و شامل دو دسته درمان دارویی و غیردارویی (شامل انواع روان‌درمانی‌های فردی و خانوادگی از جمله تفریح درمانی) می‌باشد (فلاحی خشک‌ناب، ۱۳۸۶، ص ۲۳۳). پنج معیار و نشانه در اسکیزوفرنی وجود دارد که شامل:

۱ - **هذیان:** از مهمترین نشانه‌های اسکیزوفرنی می‌باشد و به معنی باورها و اعتقادات غلطی می‌باشد که در مقابل تمام مدارک و استدلال‌ها مقاومت کرده و در برابر شواهدی که معمولاً برای برطرف نمودن آنها کافی هستند استمرار می‌یابند و پنج نوع می‌باشند: هذیان خود بزرگ‌بینی (شامل باورهایی مبنی بر مهم بودن فرد)، هذیان کنترل (شامل اعتقاد بر اینکه رفتار

وی از بیرون کنترل می‌شود)، هذیان گزند و آسیب (شامل ترس‌هایی که فرد احساس می‌کند گروه یا افرادی مقاصد بدخواهانه نسبت به او دارند)، هذیان انتساب (شامل باورهای مبنی بر اینکه حوادث یا افراد خاصی مشخصاً به آنها اشاره دارند و درباره آنها حرف می‌زنند) و هذیان جسمی (شامل اینکه فرد معتقد است یک مشکل از درون دارد در صورتی که طبق شواهد هیچ مشکل داخلی ندارد).

۲ - توهم: شامل ادراکات نادرستی می‌باشد که حتی در غیاب محرک‌های خارجی که به طور معمول چنین ادراکاتی را تحریک می‌کنند واقعیتی الزام‌آور دارند و در این بیماری معمولاً شنیداری است و دو حالت دارند؛ یا صدایی است که راجع به اعمال جاری او صحبت می‌کنند، یا دو یا چند صداست که با یکدیگر در مورد بیمار صحبت می‌کنند.

۳ - رفتار آشفته: به معنای گفتاری می‌باشد که بدون ارتباط واضحی از موضوعی به موضوع دیگر می‌پرد. در نتیجه پاسخ به سوال دیگران هم ممکن است بی‌ربط باشد. گاهی آنقدر آشفته می‌شود که گسسته شده و برای شنونده بی‌معناست. مثلاً می‌گوید: «وقتی دیگران وارد می‌شوند من مجبور می‌شوم بیرون بروم و شکی نیست که باید از قایق خارج شوم ...» (سلیگمن، روزنهان و والکر، ۱۳۸۹، ص ۶۸).

۴ - رفتار آشفته یا کاتاتونیک: رفتار آشفته این بیماران می‌تواند از سرگیجه عجیب و غریب و هیجان تا تحریک‌پذیری شدید و بی‌قراری را در بر بگیرد. رفتار کاتاتونیک عجیب‌ترین ویژگی رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک می‌باشد که در آن حرکت فرد بسیار کاهش یافته تا حدی که بسیاری مواقع احساس می‌شود بیمار خشکش زده است.



۵ - **علایم منفی:** به علایمی اشاره دارد که باعث کاهش رفتار بهنجار می‌شود و معمولاً قبل از رفتار مثبت بروز می‌کند. یکی از این علائم شامل کندی یا سطحی شدن عواطف و هیجانات است که همواره با کاهش گفتار نیز همراه می‌شود.

برخی بینش مختل را نیز یکی از شاخصهای اسکیزوفرنی به شمار می‌آورند؛ بدین معنا که برخی از بیماران ابتدا به علائم یا رفتارهای نابهنجار را حتی زمانی که در یک مرکز روانپزشکی بستری هستند رد می‌کنند و علت بیماری خود را بدشانسی یا کینه‌توزی بقیه عنوان می‌کنند. همچنین ابتدا به افسردگی در زنان اسکیزوفرنیک نیز بسیار شایع است (همان، ۱۳۸۹، ص ۶۹-۶۴). اسکیزوفرنی و انواع چهارگانه شناخته شده آن شامل:

الف) اسکیزوفرنی فرم: شامل دارا بودن تمام علائم اسکیزوفرنی با تداوم بیش از یک ماه و کمتر از شش ماه.

ب) اسکیزوافکتیو: شامل وجود همزمان علائم مهم اسکیزوفرنی همراه با علائم اختلال افسردگی اساسی یا اختلال مانیک در برهه‌ای از زمان به شرط آنکه حداقل به مدت دو هفته و در غیاب علایم خلقی، نشانه‌های اسکیزوفرنی تداوم یابد. برخی روانپزشکان این نوع اسکیزوفرنی را جنون دائمی یا ادواری می‌نامند.

ج) اختلال هذیانی: ویژگی عمده این اختلال اعتقاد راسخ و هذیانی بیمار به یک ایده غلط است که به صورت واقعی نیز می‌تواند رخ دهد؛ این موضوع برعکس عقاید بیماران اسکیزوفرنیک می‌باشد اینگونه که عقاید و باورهای بیمار آنچنان غیرواقعی و عجیب است که شکی در نادرست بودن عقاید وجود ندارد.

د) **اختلال سایکوتیک گذرا:** این اختلال شامل هذیان‌ها، توهمات، تکلم آشفته و بی‌ربط و ... می‌باشد که به مدت حداقل یک روز و حداکثر یک ماه و سپس برگشت کامل به سطح عملکرد قبل از شروع بیماری می‌باشد.

از دیگر اختلالات اسکیزوفرنی می‌توان به اختلال سایکوتیک ناشی از یک اختلال طبی، اختلال سایکوتیک ناشی از مواد و دیگر اختلالات سایکوتیک که به نوعی دیگر مشخص نشده‌اند اشاره کرد (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۳۸-۳۴).

تصور غلطی که در مورد اسکیزوفرنی وجود دارد این است که چنانچه فردی به این بیماری دچار شد همیشه به آن مبتلا خواهد ماند اما در حقیقت در مورد تمام بیماران این بیماری دائمی نیست و اغلب موارد با دوره‌های بهبودی همراه می‌باشد. اما برخی روانشناسان از جمله بلولر معتقدند که در اغلب موارد علیرغم اقدامات درمانی صورت گرفته روی آنها، به فساد و از هم گسیختگی شخصیتی منتهی شده و بهبودی کامل هیچوقت محقق نمی‌شود (کراز، ۱۳۸۶، ص ۹۷). در طبقه‌بندی انجمن روانپزشکان آمریکا پنج تیپ فرعی اسکیزوفرنی نیز مشاهده می‌شود که شامل: اسکیزوفرنی پارانوئید (دارای علامت و مشخصه هذیان یا توهمات شنیداری فاحش و حسادت هذیانی-باور عمیق به خیانت همسر و ... می‌باشد)، اسکیزوفرنی آشفته (بارزترین نشانه آن عدم انسجام و حساسیت شدید به حالات درونی و عدم حساسیت به محیط بیرونی است)، اسکیزوفرنی کاتاتونیک (که بارزترین مشخصه آن رفتار حرکتی بسیار هیجان‌زده یا بسیار خشک می‌باشد)، اسکیزوفرنی نامتمایز (که زمانی تشخیص آن صورت می‌گیرد که فرد معیارهای سایر تیپ‌های اسکیزوفرنی را برآورده نمی‌کند اما باز هم علائم روان‌پریشی را بروز می‌دهد)، اسکیزوفرنی باقیمانده (که ویژگی آن فقدان علائم مشهود از قبیل هذیان و ... می‌باشد؛ به عبارت دیگر ملاک وجود دو یا چند علامت نسبتاً کوچک و



در عین حال پریشان کننده شامل انزوا یا گوشه گیری فاحش، رفتار بسیار عجیب، آسیب شدید در کارکرد نقش و ... می باشد (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۳۴). تحقیقات نشان می دهد که «بسیاری از افرادی که در دوره بزرگسالی علائم اختلال اسکیزوفرنی را از خود بروز می دهند علائم اولیه رفتاری نیز داشته اند که عبارتند از: انزوای اجتماعی، افکار غیرمعمول و نابهنجاری های فکری که این ترکیب رفتاری شباهت بسیاری با معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت اسکیزوتایپ دارد؛ به عبارت دیگر نسبت قابل توجهی از افرادی که نهایتاً به اسکیزوفرنی مبتلا می شوند سندرمی را نشان می دهند که در سنین پایین تر معادل اختلال شخصیت اسکیزوتایپی می باشد» (وارنر، ۱۳۸۸، ص ۹۸). از عوامل زیستی ژنتیک، اختلالات ساختاری مغز، عفونت ها، سوء تغذیه، بیماری های دوران بارداری مادر، صدمات زایمانی، حوادث و ضربه های مغزی را می توان به عنوان علل وقوع بیماری اسکیزوفرنی نام برد.

نکته مهم در این بحث ارتباط عوامل جمعیت شناختی با این بیماری می باشد، طبق تحقیقات شیوع این بیماری در افراد فقیر و مجرد بیشتر از افراد مرفه و متأهل می باشد اما آنچه قابل توجه می باشد این است که «تحقیقات نشان می دهد تجارب و محیط های پرسترس به تنهایی نمی تواند باعث اسکیزوفرنی شود؛ با این وجود پژوهش ها نشان داده که احتمال عود بیماری اسکیزوفرنی پس از مواجهه با وقایع استرس زا بیشتر است و بیماران اسکیزوفرنیک استرسی بالاتر از افراد سالم را تجربه می کنند؛ به عبارت دیگر عوامل استرس زا زندگی، تأثیر بیشتری بر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی دارد» (سلیگمن، روزنهان و والکر، ۱۳۸۹، ص ۸۶). همچنین این بیماری در کسانی بیشتر مشاهده می شود که در بستگان درجه یک آنها یعنی برادر، خواهر، پدر و مادر بیماری مشابه وجود داشته باشد. اما این به معنی ابتلا قطعی کسی که با فرد مبتلا رابطه نسبی (خونی) دارد، نیست.



صدمات زایمانی، طولانی شدن مدت زایمان، تولد با پا و پیچیدن بند ناف به دور گردن نوزاد، کم‌خونی مغز نوزاد و اختلال تنفسی بعد از زایمان که مغز نوزاد را با کمبود اکسیژن مواجه می‌سازد نیز از عوامل مهم آسیب‌پذیری است. ابتلا مادر باردار به برخی از عفونت‌های ویروسی و همچنین قرار گرفتن مادر در موقعیت‌های پراسترس مانند جنگ و ... نیز می‌تواند جنین وی را مستعد به این بیماری کند. نکته حائز اهمیت دیگر این است که برآورد می‌شود که وقتی والدین هر دو به بیماری اسکیزوفرنی مبتلا هستند، هر کدام از فرزندان آنان به احتمال ۴۶ درصد به این بیماری مبتلا خواهند شد؛ اما این نکته قابل توجه است که اکثریت مطلق بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اقوام درجه یک (شامل والدین، خواهر و برادر) مبتلا ندارند (سلیگمن، روزنهان و والکر، ۱۳۸۹، ص ۸۴-۸۵). همچنین قابل توجه می‌باشد که شیوع اختلالات روانی از جمله اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی در همه فرزندان خانواده‌ها یکسان نیست و در فرزندان اول و آخر خانواده این آمار بیشتر است.

بند پنجم: اختلالات خلقی

۱) افسردگی اساسی :

شامل وجود حداقل پنج علامت از علائم زیر که حداقل یک هفته دوام داشته و باعث تغییر در عملکرد قبلی فرد شود:

«**اول:** وجود خلق افسرده تقریباً هر روز و اکثر مواقع روز.

دوم: کاهش قابل ملاحظه علاقه یا احساس لذت تقریباً هر روز.

سوم: کاهش قابل ملاحظه وزن بدون رژیم غذایی.

چهارم: بیخوابی یا پر خوابی تقریباً هر روز.

پنجم: تحریک یا کندی روانی حرکتی تقریباً هر روز.



ششم: خستگی یا فقدان انرژی تقریباً هر روز.

هفتم: احساس بی‌ارزشی یا گناه بی‌دلیل تقریباً هر روز.

هشتم: کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بلا‌تصمیمی تقریباً هر روز.

نهم: افکار تکرار شونده مرگ، افکار انتحاری یا اقدام به خودکشی» (صابری و محمدی،

۱۳۸۴، ص ۳۹-۴۰).

این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد و همچنین در این اختلال ممکن است فرد به طرق مختلف از قبیل خودکشی و دیگرکشی برای پایان دادن به مشکلات روانی خویش؛ با مراجع قانونی مواجه شود و در این مواقع در صورتی که ادامه کیفر سبب تشدید بیماری وی شود قانون اجازه می‌دهد که بیمار به تشخیص روانپزشک برای مدت مناسبی در بیمارستان روانی بستری شده و تحت درمان قرار بگیرد و بعد از حصول بهبودی به زندان بازگشت داده شود. نکته قابل توجه این موضوع می‌باشد که افسردگی اساسی در صورتی که با علائم اضطرابی شدید همراه باشد و همچنین علائم جنون ادواری را نیز احراز کرده باشد، در صورت ارتکاب جرم مرتبط با اختلال روانی، از مسئولیت کیفری مبری خواهد بود (اشرفیان بناب، ۱۳۸۰، ص ۱۴۲). همچنین شیوع این بیماری طبق آمارها اینگونه است که «در سال ۱۹۹۰ افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان بوده اما انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری شایع بعد از ناراحتی‌های قلبی تبدیل شود» (کاو، ۱۳۹۱، ص ۲۷۸).

۲) اختلالات دوقطبی نوع ۱ و ۲:

در طبقه‌بندی انجمن روانپزشکان آمریکا مجموعه‌ای از اختلالات که همراه با علائم مشخص خلقی و دوره‌های مانیا و هیپومانیا باشد به عنوان اختلالات دوقطبی (اختلال دوقطبی نوع ۱ همراه با برهه مانیا و اختلال دوقطبی نوع ۲ همراه با برهه هیپومانیا) بیان شده است. بدیهی



است که اختلال دوقطبی نوع ۱ هرگاه با علائم روانپریشی همراه باشد بعنوان جنون ادواری شناخته می‌شود. اختلال دوقطبی نوع ۱ با وجود علائم یک دوره مانیا یا به عبارت دیگر؛ تغییر حالت بیمار از شادی و شیدایی شدید به حالت افسردگی و ناامیدی و سپس بازگشت به حالت اولیه قابل تشخیص می‌باشد؛ دوره شیدایی شامل شیدایی خفیف و شیدایی شدید که با علائم جنون‌آمیز نظیر توهم و یا کاتاتونیا (بیحرکتی و سکوت کامل) همراه است می‌باشد. در دوره شیدایی یا مانیک شاهد افزایش انرژی و فعالیت، تحریک‌پذیری مفرط، کاهش خواب، افزایش میل جنسی، افزایش احساس قدرت غیرواقعی، رفتار تحریک‌پذیر، استفاده از مواد مخدر و ... هستیم؛ همچنین پس از یک دوره مانیا شدید افسردگی بر بیمار غالب می‌شود که در این دوره شاهد احساس ناامیدی و بدبینی، کاهش انرژی و خستگی، غم و اندوه پایدار، عدم تمرکز و پرخاشگری و... هستیم، همچنین اگر بیمار در دوره شیدایی-افسردگی با مخالفت روبرو شود به سرعت خشمگین شده و احتمال ضرب و جرح، قتل و همچنین خودکشی برای وی بسیار بالاست (همان، ۱۳۹۱، ص ۲۸۳).

۲۲۱



مرحله ملایم و خفیف‌تر از مانیا، هیپومانیا یا جنون خفیف نامیده می‌شود که در اختلال دوقطبی نوع ۲ شاهد آن هستیم بدین نحو که تمام علائم مانیا به صورت خفیف‌تر به مدت حداقل ۴ روز در فرد به وجود می‌آید ولی به حدی نیست که تخریب بارزی در عملکرد شغلی و اجتماعی بیمار ایجاد کند.

لازم به ذکر است که میزان شیوع اختلال دوقطبی نوع ۱ در هر دو جنس مرد و زن مساوی می‌باشد، در صورتی که حملات شیدایی در زنان شایع‌تر و حملات افسردگی در مردان از شیوع بیشتری برخوردار است. نکته مهم در این بحث این است که یکی از علائم اختلال دوقطبی از دست رفتن قوه قضاوت و بینش می‌باشد و در صورتی که بیمار به دلیل خلق بالا یا

خلق تحریک پذیر، اعمال مجرمانه‌ای مرتکب شود و با احراز نداشتن بینش به نتایج حاصله از آن، می‌تواند سالب مسئولیت کیفری از وی شود (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۴۱).

۳) اختلال افسرده خوبی (دیس تایمی):

این نوع اختلال در گذشته روان نژندی افسردگی^۱ نامیده شده و شدت آن از افسردگی اساسی کمتر است و در میان بستگان درجه اول مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی شایع‌تر می‌باشد. این نوع اختلال در زنان شایع‌تر از مردان بوده و سیر مزمن‌تری دارد و اغلب در افرادی رخ می‌دهد که سابقه فشارهای روانی و استرس طولانی مدت داشته‌اند و غالباً به صورت همزمان با سایر اختلالات روانشناختی بروز می‌کند و در اکثر روزها به مدت حداقل دوساعت با علایمی همچون بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش اعتماد بنفس، کمبود انرژی یا خستگی و ... ظاهر می‌شود و معمولاً در اواخر روز شدت می‌یابد. (پورافکاری، ۱۳۸۰، ص ۱۴۴).

۴) اختلال خلق ادواری (سیکلوتایمی)^۲:

این اختلال شامل ایجاد دوره‌های متعدد با علایم هیومانیا (شیدایی خفیف) و دوره‌های متعدد با علایم افسردگی که باید حداقل به مدت دوسال و در کودکان به مدت یک سال تداوم یابد. همچنین این اختلال مزمن و غیرروان پریشانه می‌باشد و در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی رخ می‌دهد (همان، ۱۳۸۰، ص ۱۴۵). از دیگر اختلالات خلقی می‌توان به اختلال خلقی ناشی از یک اختلال طبی، اختلال خلقی ناشی از مواد و اختلال خلقی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده نیز اشاره کرد.

1 . Depressive neurosis

2 . Cyclothymic disorder

بند ششم: اختلالات اضطرابی

۱) اختلال پانیک^۱ (هراس) با گذرهراسی:

پانیک یا هراس به معنی یک دوره مشخص و شدید ترس یا ناراحتی است که در آن حداقل چهار مشخصه و علامت همچون تپش قلب، تعریق، لرزش، احساس تنگی نفس، خفگی و ... ظاهر شود. «وجه افتراق میان ترس و اضطراب به اعتقاد روانشناسان اینگونه می‌باشد که ترس پاسخ متناسبی یک تهدید شناخته شده است در صورتی که اضطراب پاسخ به تهدیدی است که ناشناخته، مبهم یا متعارض می‌باشد» (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۲۳۶) و اختلال پانیک با گذرهراسی به معنی اضطراب در مورد حضور در مکانها یا موقعیت‌هایی است که فرار از آنها ممکن است مشکل باشد و یا در صورت عود بیماری، کمک قابل وصول نباشد.

۲) اختلال پانیک بدون گذرهراسی:

اختلال پانیک بدون گذرهراسی با ظاهر شدن حملات پانیک به صورت غیرمنتظره و مکرر و همچنین فقدان گذرهراسی شناخته می‌شود.

۳) اختلال گذرهراسی بدون سابقه پانیک:

این اختلال به معنی اضطراب نسبت به حضور در مکانها یا موقعیت‌های شلوغ و جاهایی که بیمار بترسد و فرار یا خروج از آنجا غیر ممکن باشد است. بیمار از این مکانها اجتناب کرده و فقط گاهی با ناراحتی‌های شدید و ترس از حمله پانیک به آنجا می‌رود. اینگونه بیماران معمولاً خانه نشین می‌شوند و یا فقط همراه یک نفر دیگر از خانه خارج می‌شوند.

1 . Panic



۴) اختلال فوبی اختصاصی^۱:

فوبی به معنی ترس غیرمنتظره از یک موقعیت خاص یا یک شی می‌باشد (مانند اسب، ارتفاع و ...) و به هنگام برخورد با شی ترس آور شخص اضطراب شدیدی را تجربه کرده و تلاش می‌کند به هر قیمتی از آن اجتناب کند و همچنین این نوع اختلال در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد (همان، ۲۰۱۰، ۲۴۰).

۵) اختلال وسواسی جبری:

این اختلال شامل وسواسهای فکری و وسواسهای عملی می‌باشد و عبارتند از عقاید و افکار ذهنی تکراری، مزاحم و مکرر (وسواس فکری) و اقدام به اعمال جبری که برای رفع اضطراب یا تنش ناشی از آن می‌باشد. لازم به ذکر است که افکار وسواسی معمولاً همراه با مقاومت می‌باشد و اعمال اجباری برای رفع اضطراب و تنش ناشی از این مقاومت بروز می‌کند و این اعمال جبری را در مواردی می‌توان رفتاری مبتنی بر سلب نسبی اراده شناخت (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۴۲).

۶) اختلال فشار روانی حاد و پس از سانحه :

در این نوع اختلال اضطرابی به علت بروز یک واقعه استرس‌زا شدید و غیرمعمول ایجاد می‌شود که شخص آن رویداد را در گذشته تجربه کرده و پاسخی به صورت ترس شدید و درماندگی از خود بروز داده است و پس از آن بیمار مکرراً واقعه مذکور را در رویاها و افکار بیداری خود مجسم می‌نماید و احساس و رفتار او به گونه‌ای است که انگار حادثه دوباره در حال تکرار شدن می‌باشد. علائم این اختلال معمولاً بیش از یک ماه به طول می‌انجامد ولی

1 . Specific Phobia



اگر علائم بیماری کمتر از یک ماه تداوم داشته باشد اختلال فشار روانی حاد مطرح می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۲۴۳). «تحقیقات نشان می‌دهد که ۱۰۰٪ کودکانی که شاهد قتل والدین خود و یا مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن آنها هستند و ۹۰٪ کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند دچار این اختلال پس از سانحه می‌شوند» (کاوه، ۱۳۹۱، ص ۲۶۸). همچنین لازم به ذکر می‌باشد که شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان می‌باشد. از دیگر اختلالات اضطرابی می‌توان به اختلال اضطراب منتشر، اضطراب ناشی از یک اختلال طبی، اضطراب ناشی از مواد و همچنین اختلال اضطراب که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است نیز اشاره کرد. در پایان این بحث لازم به تذکر می‌باشد که تنها اگر اختلالات اضطرابی با علائم اختلالات خلقی شدید همچون افسردگی اساسی و همچنین علائم جنون ادواری (اختلال دوقطبی نوع ۱) همراه باشد در صورت تحقق جرم، باعث سلب مسئولیت کیفری از مرتکب می‌شود (اشرفیان بناب، ۱۳۸۹، ص ۱۴۲).

بند هفتم: اختلالات شبه جسمی

در اختلالات شبه جسمی علائم و نشانه‌های فیزیکی وجود دارند که در وهله اول احتمال یک بیماری طبی را مطرح می‌نمایند ولی این علائم را نمی‌توان به طور کامل با بیماری‌های طبی، مصرف مواد و یا سایر اختلالات توجیه کرد. این اختلالات آنقدر شدید هستند که موجب ناراحتی و اختلالات عملکردی قابل ملاحظه در بیمار می‌شوند ولی با توجه به اینکه در این بیماران سنجش واقعیت دستخوش تغییر نمی‌شود در صورت ارتکاب جرم توسط آنان، دارای مسئولیت کیفری کامل می‌باشند (گودرزی و کیانی، ۱۳۸۷، ص ۳۲۰).



۱) اختلال جسمانی سازی^۱:

این اختلال در زنان نسبت به مردان شایع تر است و شامل سابقه شکایتهای متعدد فیزیکی می باشد که قبل از سن سی سالگی شروع شده و طی یک دوره چند ساله رخ می دهد و سبب می شود که فرد درصدد درمان آنها برآید و یا اختلالات قابل ملاحظه ای در عملکردهای اجتماعی و شغلی وی به وجود می آورد. این اختلال با علائمی همچون چهار علامت درد مرتبط با چهار ناحیه از بدن، دو علامت گوارشی به غیر از درد (مثل تهوع و استفراغ)، یک علامت جنسی به غیر از درد همچون بی تفاوتی جنسی و یک علامت نورولوژیک کاذب (به معنی یک علامت یا نقص یادآور اختلال عصبی که محدود به درد نباشد مانند اختلال هماهنگی یا تعادل) در سیر اختلال همراه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۲۵۸).

۲) اختلال تبدیلی^۲:

«این اختلال با وجود یک یا چند علامت بالینی یا نقص مربوط به حرکات ارادی یا کارکرد حسی که ناشی از یک عارضه طبی یا عصبی عمومی (مانند مواجهه با نزاع، استرس و کشمکش های روانی حاد) می باشد ایجاد می شود ولی علامت یا نقص مربوط به عوامل روانی است». توجه به این نکته ضروری است که اختلال تبدیلی از تمارض جداست؛ بدین معنا که ادعای داشتن و بزرگنمایی بیماری جسمی، زمانی که وجود ندارد تمارض می باشد و معمولاً تنها نقشه برای فرار از کار و... می باشد اما مبتلایان به اختلالات تبدیلی درباره عارضه های خود بی اعتنایی تعجب برانگیزی (که فرانسوی ها به این حالت بی اعتنایی زیبا^۳ می گویند) نشان می دهند به ویژه در مواقعی که عارضه های آنها برای مردم خیلی نگران کننده است این بی تفاوتی

1 . Somatization Disorder

2 . Conversion Disorder

3 . La belle indifference

نشان دهنده نوعی آسودگی خاطر می‌باشد، زیرا عارضه‌ها سبب می‌شوند که فرد مجبور نباشد با کشمکشها و استرس‌های جاری زندگی خود مقابله کند (دی‌وی، ۱۳۸۹، ص ۱۳۰) این نوع اختلال در زنان دو برابر مردان شایع می‌باشد.

۳) اختلال هیپوکندری یا خودبیمارانگاری^۱:

این اختلال به معنی باور یا ترس بیمارگونه از اینکه فرد به یک بیماری شدید مبتلاست می‌باشد، در صورتی که هیچ بیماری وجود ندارد و احتمال ابتلا به این اختلال در مردان مساوی زنان می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۲۶۵).

۴) اختلال درد^۲:

این اختلال شامل اشتغال ذهنی درباره درد در غیاب بیماری فیزیکی می‌باشد و در زنان شایع‌تر از مردان است. از دیگر اختلالات شبه جسمی می‌توان به اختلال بدریخت انگاری بدن، اختلال درد مربوط به اختلال طبی کلی، اختلال شبه جسمی نامتمایز و اختلال شبه جسمی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است اشاره نمود.

بند هشتم: اختلالات ساختگی

در این اختلال بیمار عمداً اقدام به تظاهر نشانه‌های بیماری‌های طبی یا روانی کرده و علائم بیماری خود را برخلاف واقع بیان می‌کند و تنها هدف در این بیماری ایفای نقش بیمارگونه می‌باشد تا باعث جلب توجه و محبت اطرافیان و پزشکان شود. این اختلال می‌تواند با نشانه‌های فیزیکی همچون ریختن خون در ادرار خود برای تظاهر به بیماری و یا با علائم روانشناختی همچون توهمات و هذیان‌های عجیب و غریب ساختگی و یا هر دو علائم فیزیکی

1. Hypochondriasis
2. Pain Disorder



و روانشناختی ظاهر شود و در مردان بیشتر از زنان شایع است و همچنین رافع مسئولیت کیفری از مجرم بیمار نخواهد شد (همان، ۲۰۱۰، ص ۲۷۰).

بند نهم: اختلالات تجزیه ای

«در این نوع اختلالات اجزاء اصلی عبارتند از گسستگی در عملکرد منسجم، هوشیاری، حافظه، هویت و درک محیط» (همان، ۲۰۱۰، ص ۲۷۴).

۱) اختلال فراموشی تجزیه ای^۱

این نوع اختلال شایع ترین نوع اختلال تجزیه ای می باشد و در آن بیمار قادر نیست در یک یا چند دوره ناگهانی خاطرات مهم مشخصی را که معمولاً استرس زا هستند را به خاطر بیاورد اما مطالب جدید را می تواند بیاموزد (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۴۶).

۲) اختلال گریز تجزیه ای^۲

مشخصه اصلی در این بیماری مسافرت ناگهانی و غیرمنتظره از محل کار یا زندگی و ناتوانی در بخاطر آوردن جنبه های مهم هویت (شامل اسم، خانواده و شغل) است و غالباً بیمار یک هویت جدید برای خود در نظر می گیرد. لازم به ذکر می باشد که این نوع اختلال تقریباً نادر است و میزان شیوع آن ۰/۲ درصد در جمعیت می باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۲۷۷).

۳) اختلال هویت تجزیه ای (اختلال شخصیت چندگانه)^۳

این نوع اختلال معمولاً نتیجه یک رویداد تروماتیک (اغلب به صورت آزار جنسی یا جسمی در دوران کودکی) می باشد و با وجود دو یا چند شخصیت یا حالات شخصیتی مجزا

1. Dissociative Amnesia

2. Dissociative Fugue

3. Multiple personality disorder

در یک فرد و تغییر از یک شخصیت به شخصیت دیگر به صورت ناگهانی شناخته می‌شود در این اختلال فرد معمولاً یک هویت اصلی (میزبان) دارد که معمولاً پیش از آغاز اختلال روانی وجود داشته است و یک یا چند هویت فرعی که پس از ابتلا به اختلال به وجود آمده است و نرخ شیوع این اختلال در نمونه‌های اجتماعی بیش از ۱/۵ درصد گزارش شده است (دی‌وی، ۱۳۸۹، ص ۱۶۲-۱۶۳).

۴) اختلال مسخ شخصیت^۱

این نوع اختلال در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد و مشخصه اصلی آن بیگانه شدن و جدایی از خود می‌باشد؛ بیمار ممکن است حس کند که در حال مشاهده خود در فیلم می‌باشد و یا بر هیچ یک از اعمال خود کنترل ندارد (همان، ۲۰۱۰، ص ۲۸۱).

نکته لازم به ذکر در این اختلال این است که مسئولیت کیفری اینگونه بیماران جزء موضوعاتی است که حتماً باید در قوانین مدون ما مورد توجه قرار گیرد، این اختلالات معادل جنون نیستند و اساساً در روانپزشکی جزء اختلالات سایکوتیک نیز طبقه‌بندی نمی‌شوند اما ماهیت این اختلال به گونه‌ای است که به نظر می‌رسد اراده و قضاوت فرد تغییر یافته و مشکلاتی که در نتیجه رفتارهای دگرگون شده بیمار بروز می‌کند اینگونه به ذهن متبادر می‌شود که فرد در مورد صحت و سقم رفتارهای خود آگاهی نداشته است (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۴۶).

بند دهم: اختلالات جنسی

در طبقه بندی انجمن روانپزشکان آمریکا اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری جنسی) عبارت است از اختلال در چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام مقاربت جنسی؛ این اختلالات شامل:

1 . Depersonalization disorder



۱) اختلالات تمایل و تحریک جنسی

۲) اختلالات ارگاسمی و درد جنسی

۳) اختلالات جنسی ناشی از یک اختلال طبی کلی

۴) انحرافات جنسی (پارافیلیاها)

ویژگی این نوع اختلالات وجود تکانه‌ها و خیالات، اعمال جنسی غیر معمول و عجیب و غریب می‌باشد که شیوع آن در مردان بیشتر می‌باشد و علت آن هم شناخته شده نیست و در شرایط فشار روانی، اضطراب و افسردگی احتمال انجام اینگونه اعمال بیشتر است. این نوع اختلالات شامل نمایشگری^۱ (به معنی تخیلات یا رفتارهای جنسی در طول دوره ۶ ماهه که به نمایش آلت تناسلی فرد مربوط می‌شود)، یادگار خواهی^۲ (شامل تخیلات و رفتارهای جنسی که به استفاده از اشیای بی‌جان مربوط می‌شود)، مالش^۳ (شامل تخیلات و رفتارهای جنسی که به لمس اندام یا مالش به اندام فرد دیگر بدون رضایت او، مربوط می‌شود)، بچه بازی^۴ (شامل تخیلات و رفتارهای جنسی که به فعالیت جنسی با کودک زیر سن بلوغ مربوط می‌شود)، سادیسم جنسی^۵ (شامل تخیلات و رفتارهای جنسی که در آن ایجاد رنج جسمی یا روانشناختی برای قربانی، که از نظر شخص تحریک کننده است مربوط می‌شود)، نظربازی جنسی^۶ (شامل تخیلات و رفتارهای جنسی که به عمل مشاهده فرد برهنه یا مشغول عمل جنسی مربوط می‌-



1 . Exhibitionism

2 . Fetishism

3 . Frotteurism

4 . Pedophilia

5 . Sexual Sadism

6 . Voyeurism

شود)، یادگار خواهی^۱ یا مبدل پوشی، مرده دوستی^۲ و ... می‌باشد (پورافکاری، ۱۳۸۰، ص ۱۸۰).

۵) اختلالات هویت جنسی

هویت جنسی یک اختلال روانشناختی است که نمایانگر احساس فرد از مذکر یا مؤنث بودن خود می‌باشد که معمولاً هماهنگ با جنس زیستی فرد است. بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی خود را متعلق به گروه جنسی مخالف می‌دانند و از وضعیت بدنی خود ناراضی هستند. مشخصه اصلی این اختلال تمایل شدید به ایفای نقش جنس مخالف، پوشیدن لباس او و همچنین داشتن این احساس که بیمار با جنسیت اشتباهی به دنیا آمده است می‌باشد. این نوع بیماران به دنبال درمان زیست شناختی (جراحی و هورمونی) به منظور تغییر جنسیت و کسب ویژگی‌های آناتومیک جنس مخالف هستند. نکته ای که در این بحث جلب نظر می‌کند این است که «برخلاف آمارهای جهانی که اغلب بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مذکر را بیش از مؤنث بیان می‌کنند طبق پژوهش‌هایی که در ایران در سال ۱۳۸۶ انجام شده است آمار دختران مراجعه کننده به سازمان پزشکی قانونی بیش از مراجعین پسر می‌باشد» (عسگری، صابری، رضائی، دولت شاهی، ۱۳۸۶، ص ۱۸۴). در خاتمه این اختلال باید متذکر شویم که ابتلا به انواع انحرافات جنسی در افراد هیچگاه رافع مسئولیت کیفری آنها نمی‌باشد (گودرزی و کیانی، ۱۳۸۰، ص ۲۸۶-۳۰۴).

بند یازدهم: اختلالات غذا خوردن

این نوع اختلال شامل بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی (شامل شکمبارگی شدید همراه با تداخلات اجتماعی و ناراحتی‌های جسمانی از قبیل درد شکم و تهوع که باعث توقف آن شده و سپس فرد دچار احساس گناه و تنفر از خود می‌شود) و ... می‌باشد.

1. Transvestic Fetishism
2. Necrophilia



بند دوازدهم: اختلالات خواب

این نوع اختلالات شامل بی‌خوابی اولیه، پرخوابی اولیه، ناركولپسی (به معنی خواب آلودگی شدید در طول روز)، اختلال خواب مربوط به تنفس، اختلال خواب ریتم شبانه‌روزی، اختلال خواب‌گردی و ... می‌باشد که در جرم‌زایی نقشی ندارند.

بند سیزدهم: اختلالهای کنترل تکانه

تکانه عبارت است از: «تمایل به انجام عملی به منظور کاهش تنش و استرس افزایش یابنده‌ای که در نتیجه اوج‌گیری وسوسه‌های غریزی ایجاد می‌شود؛ به عبارت دیگر زمانی که یک فرد وسوسه انجام عملی را دارد تا به این طریق اضطراب، تنش و استرس خود را کاهش دهد یک تکانه را تجربه کرده است» (کاوه، ۱۳۹۱، ص ۲۹۰). این نوع بیماران قادر به مقاومت در برابر تکانه‌ها یا وسوسه‌های انجام کارهای زیان‌آور برای خود یا دیگران نیستند. معمولاً پیش از رفتار تکانشی، فرد احساس افزایش تنش و برانگیختگی می‌کند و گاه احساس لذت پیشاپیش آگاهانه‌ای وی را وسوسه می‌کند؛ پس از عمل نیز احساس خشنودی و راحتی می‌کند اما پس از یک فاصله زمانی دچار احساس پشیمانی، گناه و دلهره می‌شود. این احساس ممکن است ریشه در تعارض‌های پنهان ناخودآگاه یا آگاهی از تأثیر منفی رفتارهای آنان بر دیگران داشته باشد (مثل تبعات قانونی خطرناک در اختلالاتی همچون جنون دزدی). علت دقیق این اختلالات مشخص نیست اما دلایلی همچون عزت نفس پایین، اضطراب و نیاز به کاهش استرس در بروز این اختلال نقش دارند. این اختلالات شامل:

۱) اختلال انفجاری دوره ای یا متناوب:

در این اختلال فرد به طور مکرر قادر به مقاومت در مقابل تکانه‌های پرخاشگری نیست و باعث آزاررساندن به دیگران می‌شود. این اختلال در مردان شایع‌تر از زنان می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۳۳۹). لازم به ذکر می‌باشد که در این اختلال به دلیل ناتوانی در کنترل

رفتار تکانه‌ای پرخاشگرانه در بعضی موارد منجر به ارتکاب جرایم گوناگون می‌شود و در نهایت ممکن است موضوع " سلب اراده " مطرح شود، اما منسوب نمودن این وضعیت به اختلال انفجاری دوره‌ای منطقی نیست. برای تشخیص این اختلال وجود چندین دوره مشخص ناتوانی برای مقاومت الزامی می‌باشد، ضمن اینکه شرایط دیگری نیز باید محقق گردد (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۵۰-۴۹).

۲) جنون دزدی:

این اختلال شامل ناتوانی مکرر در مقاومت مقابل تکانه‌های دزدی اشیایی که فرد به آنها نیاز نداشته و ارزش مالی هم ندارند می‌باشد و عموماً بدون طرح‌ریزی و مشارکت دیگری رخ می‌دهد (محمدی فرود، ۱۳۸۱، ص ۱۸-۱۷). شیوع این اختلال در زنان بیشتر از مردان می‌باشد.

۳) جنون آتش افروزی:

این اختلال شامل آتش افروزی عمدی و هدفمند فرد به صورت مکرر می‌باشد، این اختلال که در مردان به نسبت زنان شایع‌تر است فرد بیمار هنگام آتش افروزی، مشاهده یا مشارکت در پیامدهای آن احساس لذت می‌کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ص ۳۴۰).

۴) قماربازی مرضی:

این اختلال شامل دوره‌های مکرر قمار بازی که باعث ایجاد مشکلات اجتماعی-اقتصادی، بدهکاری و انجام فعالیت‌های غیرقانونی می‌گردد می‌باشد و در مردان نیز شایع‌تر است.

۵) وسواس کندن مو:

این اختلال شامل کشیدن و کندن مکرر موها، به شکلی که سبب از دست دادن مقدار قابل توجه موها می‌شود است که در زنان شایع‌تر می‌باشد لازم به ذکر می‌باشد که ابتلا به انواع

اختلالات کنترل تکانه همچون جنون دزدی و ... هیچگاه باعث رفع مسئولیت کیفری از مرتکب نمی‌شود.

بند چهاردهم: اختلال انطباق یا سازگاری

این اختلال شامل علائم هیجانی یا رفتاری در پاسخ به عامل (یا عوامل) مشخص استرس‌زا که ظرف مدت سه ماه پس از بروز استرس ظاهر شود می‌باشد. این علائم هیجانی می‌تواند به صورت ناراحتی شدید فراتر از تصور و یا تخریب قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی فرد ظاهر شود (همان، ۲۰۱۰، ص ۳۴۴).

بخش سوم: سایر حالات روانی

بند اول: عملکرد هوش مرزی

مقصود از این اختلال آن است که بیمار از بهره هوشی بین ۷۱ تا ۸۴ برخوردار است و عقب مانده ذهنی محسوب نمی‌شود اما از قوای عقلانی کافی و در حدود طبیعی نیز برخوردار نیست اینگونه افراد در موقعیت‌های استرس‌زا و دشوار ممکن است تصمیم‌های عجولانه و غیرمنطقی اتخاذ کنند و مرتکب جرایمی شوند. اما در قوانین کشور ما هنوز برای این افراد تعریف خاصی وجود ندارد و حدود مسئولیت آنها نیز مشخص نمی‌باشد (صابری و محمدی، ۱۳۸۴، ص ۵۱).

بند دوم: رفتار ضد اجتماعی کودکان یا نوجوانی

بدین مفهوم که کودک یا نوجوان رفتارهایی را از خود بروز می‌دهند که ناشی از اختلال روانی نیستند و شامل اعمال ضد اجتماعی صرف می‌باشند که نمی‌توان آنها را الگوی رفتاری خاصی تلقی کرد ولی موجب نقض حقوق دیگران می‌شوند. همچون مدرسه‌گریزی و دزدی.



از دیگر نمونه‌های این حالات می‌توان به رفتار ضداجتماعی بزرگسالی، مسئله هویتی و ... اشاره نمود (همان، ۱۳۸۴، ص ۵۱).

بخش چهارم: رابطه اختلال عقب ماندگی ذهنی با جرایم ارتكابی

عقب ماندگی ذهنی به عنوان یکی از اختلالاتی دوران شیرخواری و کودکی می‌تواند باعث ارتكاب انواع جرایم شود. از نظر وکسلر هوش عبارت است از «تفکر عاقلانه، عمل منطقی و رفتار مؤثر در محیط» بنابراین هوش بارزترین قوای ذهنی بشر است که قدرت سازگاری او را با محیط فراهم می‌سازد و همچنین هوش پایین موجب جلوگیری از فرآیند جامعه پذیری در کودکان می‌شود، به همین علت در تحلیل‌های روانشناختی، هوش پایین را علت وقوع جرم و بزهکاری می‌دانند (کاوه، ۱۳۹۱، ص ۱۵۶). همانطور که در نتایج این پژوهش مشاهده می‌شود اختلال عقب ماندگی ذهنی با ارتكاب سه فقره جرم شامل حمل مواد و مشروب با درصد فراوانی ۲,۹٪ و سرقت ۱,۴٪ به عنوان هفتمین اختلال جرم‌زا محسوب می‌شود. این بیماران به علت ناتوانی در درک رفتارهای قابل قبول و غیرقابل قبول مرتکب جرم می‌شوند و عموماً به عنوان وسیله برای دیگران برای رسیدن به خواسته‌هایشان محسوب می‌شوند. شونند در نتیجه مرتکب جرایمی همچون حمل مواد و مشروب و همچنین سرقت می‌شوند. لازم به ذکر است که «طبق مطالعات انجام شده روی ۳۰۰۰ مجرم، به این نتیجه رسیدند که جرم را می‌توان پیامد نارسایی هوش در نظر گرفت و این نارسایی را به عوامل ژنتیکی نسبت داد» (دادستان، ۱۳۸۲، ص ۱۵۴).

بخش پنجم: رابطه اختلال اسکیزوافکتیو با جرایم ارتكابی

اختلال اسکیزوافکتیو که در نگاه روانپزشکان جنون ادواری محسوب شده و همواره رافع مسئولیت کیفری مجرمین خواهد شد، یکی از انواع اختلالات روانی اسکیزوفرنی می‌باشد ولی



به دلیل ارتکاب دو مورد فقره جرم قتل (۲،۹٪)؛ به عنوان خشن‌ترین جرم، در نمونه انتخابی از مجرمین به صورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد. همانطور که در بخش اول بیان شد این اختلال شامل نشانه‌ها و علائم مهم در اختلال افسردگی اساسی و اختلال مانیک به همراه تداوم نشانه‌های اختلال اسکیزوفرنی می‌باشد که با توجه به ویژگی اصلی این اختلالات که بی‌ثباتی و تغییرات مداوم در خلق و خو است و همواره با تحریک‌پذیری و خشونت مفرط نیز همراه است احتمال ارتکاب جرایمی خشونت‌آمیز همچون قتل در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو همواره بالاست.

بخش ششم: رابطه اختلال دمانس با جرایم ارتكابی

اختلال دمانس به عنوان یکی از اختلالات شناختی که باعث ایجاد اختلال در قوه قضاوت، کنترل خشم در بیمار شده و می‌تواند منحرف به بروز جرم در افراد شود. با توجه به نتایج حاصل از نمونه مجرمین انتخابی، دمانس ناشی از بیماری هانتینگتون منجر به ارتکاب یک فقره جرم مالی (۱،۴٪) شده است که با توجه به ویژگی‌های روانشناختی این بیماری و اختلال در حافظه فرد بیمار دور از انتظار نیست.

نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات

در مقاله حاضر شواهد بدست آمده حاکی از آن است که در میان نمونه‌های انتخابی از بین مجرمین انواع اختلالات روانی دیده می‌شود که شامل اختلال شخصیت با بیشترین فراوانی، سایکوزها (ناشی از مواد یا ضربه) در مرتبه دوم و سپس اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، افسردگی، سایر اختلالات خلقی، عقب ماندگی ذهنی، اسکیزوافکتیو و در نهایت دمانس به ترتیب در مرتبه‌های بعدی قرار دارند و نتیجه ابتلا به انواع اختلالات روانی، ارتکاب جرایم متعددی است که در نمونه‌های انتخابی مورد بررسی بسیار دیده میشوند؛ جرایمی از جمله

اختلال در نظم، حمل مواد، سرقت، قتل، توهین، جرایم مالی، تجاوز به عنف و آدم‌ربایی. یافته‌های این پژوهش با نتایج مقالات دیگر از جمله مقاله شیوع و شدت جرایم در بیماران مبتلا به اختلالات روانی نیز هماهنگی دارند. در تحقیقات متعدد دیگر که روی زندانیان نیز انجام شده این نتیجه دریافت شده که در بین مجرمین چه در زندان و چه در مراکز روان، شیوع اختلالات روانپزشکی به وفور دیده می‌شود و این موضوع نیازمند در نظر گرفتن جنبه‌های رفتاری و روانشناختی مجرمین در کنار جنبه‌های جرمشناختی و جامعه شناختی رفتار آنان توسط مسئولین قضایی می‌باشد. همچنین با توجه به اینکه سطوح معناداری تمام اختلالات با نوع جرم بالای ۰,۰۵ می‌باشد؛ بدین معناست که افراد دارای ویژگی‌های روانی (اختلالات روانی) مشابه، تمایل به ارتکاب انواع جرایم دارند و نه برخی جرایم خاص و مشابه هم، در نتیجه فرضیه تمایل مجرمین دارای اختلالات روانی مشابه به نوع خاصی از جرایم منتفی می‌باشد. همانطور که نتایج تجزیه و تحلیل‌های آماری از داده‌های مورد نظر برمی‌آید تنها متغیری که ارتباط تنگاتنگی با شیوع جرم دارد ابتلا به اختلالات روانی است؛ به عبارت دیگر، متغیر اختلالات روانی با سطح معناداری کمتر از ۰,۰۵، به عنوان یک عامل داخلی قوی، رابطه مستقیم با ارتکاب انواع جرایم در افراد بیمار دارد؛ اما این موضوع بدان معنا نیست که تمام بیمارانی که مبتلا به اختلالات روانی می‌باشند مرتکب جرم می‌شوند همانطور که در نمونه انتخابی از میان بیماران غیرمجرم به این نتیجه رسیدیم که تنها ۴,۳ درصد از بیماران سابقه ارتکاب جرم در گذشته را داشتند و اکثریت آنها (حدود ۹۵٪) هیچگاه مرتکب جرم نشده‌اند. این فقدان سابقه ارتکاب جرم در اکثر بیماران در نمونه انتخابی اینطور می‌تواند تفسیر شود که ابتلا به انواع اختلالات روانی تنها یک عامل تأثیرگذار در ارتکاب جرم محسوب می‌شود و نه تنها عامل مؤثر؛ به عبارت دیگر ارتکاب بزه توسط افراد معلول علت‌های متعددی از جمله



شرایط مالی، میزان تحصیلات، حمایت خانواده و... می‌باشد که در صورت حصول تمامی آنها، فرد مرتکب جرم می‌شود. مثلاً در نمونه انتخابی میان بیماران ممکن است که آنها به دلیل داشتن شرایط مالی مناسب، از امکانات درمانی و بستری شدن به موقع به منظور جلوگیری از ارتکاب جرم استفاده نموده و با استفاده از مکانیسم‌های مهارکننده دارویی، حالت خطرناک آنان کنترل شده و مانع ارتکاب جرم توسط آنها شود، در این راستا شرایط مالی مناسب و میزان تحصیلات و آگاهی خود بیمار و خانواده او، بسیار می‌تواند در جلوگیری از ارتکاب جرایم توسط بیمار مؤثر واقع شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



منابع و مآخذ

۱. اس میلر، ن(۱۳۸۱). روانپزشکی اعتیاد و تشخیص و درمان‌های جاری. ترجمه: دکتر مهران ضرغامی. ساری: انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی.
۲. اشرافیان بناب، م(۱۳۸۰). ضروریات پزشکی قانونی. تهران: انتشارات تیمورزاده.
۳. ال اسپیتزر، ر و گیون، م(۱۳۷۹). سرگذشت بیماران روانی به روایت انجمن روانپزشکی آمریکا. ترجمه: دکتر محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس و دکتر قاسم حاتمی. تهران: انتشارات مهارت.
۴. انجمن روانپزشکان آمریکا(۱۳۸۰). طبقه بندی اختلالات روانی، ترجمه: دکتر نصرت اله پورافکاری. تهران: انتشارات آزاده.
۵. اونز، ان و رونی، ب(۱۳۸۹). روش‌های تحقیق در روان شناسی. ترجمه: اسماعیل سعدی پور و فاطمه رسولی. تهران: انتشارات سروش.
۶. ایبراهمسن، د(۱۳۷۱). روانشناسی کیفری. ترجمه: پرویز صانعی. تهران: انتشارات گنج دانش.
۷. آیزنگ، ه(۱۳۷۹). جرم و شخصیت. ترجمه: حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند. تهران: انتشارات سخن.
۸. باچر، ج؛ مینکا، س و هولی، ج(۱۳۸۸). آسیب شناسی روانی. ترجمه: یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران.
۹. پوت واین، د و سامونز، آ(۱۳۸۶). روانشناسی و جرم. ترجمه: دکتر داوود نجفی توانا. تهران: انتشارات میزان.



۱۰. حافظنیا، م (۱۳۸۷). مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی. تهران: انتشارات سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
۱۱. سیاسی، ع (۱۳۸۴). نظریه شخصیت یا مکاتب روانشناسی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۱۲. شولتز، د و الن شولتز، س (۱۹۹۸). نظریه های شخصیت. ترجمه: یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات شابک.
۱۳. صابری، م و محمدی، م (۱۳۸۴). نگرشی نو به روانپزشکی قانونی. تهران: انتشارات تیمورزاده.
۱۴. فتحی آشتیانی، ع و داستانی، م (۱۳۹۲). آزمونهای روانشناختی. تهران: انتشارات بعثت.
۱۵. فرهنگی، ع و صفرزاده، ح (۱۳۸۵). روشهای تحقیق در علوم انسانی. تهران: انتشارات پیام پویا.
۱۶. کاوه، م (۱۳۹۱). آسیب شناسی بیماریهای اجتماعی. تهران: انتشارات جامعه شناسان، جلد اول.
۱۷. کراز، ژ (۱۳۸۶). بیماریهای روانی. ترجمه: دکتر محمود منصور و دکتر پریدخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
۱۸. کریمی، ی (۱۳۸۹). روان شناسی شخصیت. تهران: انتشارات نشر.
۱۹. کی‌نیا، م (۱۳۷۶). روانشناسی جنایی. تهران: انتشارات رشد، جلد دوم.
۲۰. نادری، ع و سیف نراقی، م (۱۳۸۳). روشهای تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی. تهران: انتشارات بدر.

