



معیار و ابزار پزشکی قانونی در سنجش اختلالات روانی منجر به جنون

حامد پوریان

دانشجوی دکتری تخصصی حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران.

hamedpourian@yahoo.com

مهرداد تیموری

پژوهشگر مرکز تحقیقات حقوق، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران. (نویسنده مسئول)

mehrdadteymoori1@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: اهمیت دستیابی به معیار و روشی که بتوان فقدان قوه تشخیص و اراده افراد را اثبات نمود موجب می‌گردد که محاکم از نظر متخصصان در این زمینه که پزشکان و روان‌پزشکان قانونی است، بهره‌مند گردد. با تعیین دقیق این مصادیق می‌توان از مجازات بسیاری از بیماران که ممکن است به اشتباه برای آن‌ها مجازات در نظر گرفته شود جلوگیری کرده لذا هدف از مقاله حاضر بررسی معیار و ابزار پزشکی قانونی در سنجش اختلال روانی منجر به جنون است.

روش تحقیق: پژوهش حاضر از روش کتابخانه‌ای استفاده شده است که پس از مراجعه به منابع مکتوب در روان‌پزشکی، پزشکی قانونی و همچنین به مقالات موجود در این زمینه با روش منطقی و استقلال عقلی به تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده پرداخته شده است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از این است که امروزه متخصصین پزشکی قانونی و روان‌پزشکی با استفاده از برخی عوامل مؤثر در بروز اختلالات روانی که شامل تغییرات مغزی، عوامل ارثی، تجارب دوران کودکی، محیط خانوادگی، عوامل اجتماعی و عوامل شناختی است که در کنار آن برخی علائم اختلالات روانی وجود دارد که شامل اختلال در کارکرد جسمی، اختلال در کارکرد روانی و اختلال در فعالیت و سایر کارکردها است که باعث به وجود آمدن انواع و اقسام اختلالات روانی شامل پسیکوز، نوروز و اسکیزوفرنی می‌شود. از همین رو امروزه متخصصان روان‌پزشکی و پزشکی قانونی با استفاده از روش‌های سنجش اختلال‌های روانی از جمله مصاحبه بالینی، آزمون‌های بالینی، مشاهدات بالینی و سایر ابزار سنجش، این‌گونه افراد مبتلا به اختلالات روانی را شناسایی نمایند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش پزشکان قانونی و روان‌پزشکان با انجام آزمون‌ها و مصاحبه‌های علمی بالینی و تجربی که با افراد دارای اختلالات روانی دارند و با تعیین شدت و نوع جنون می‌توانند قضات را در رسیدن به یک وحدت عمل در مورد این افراد راهنمایی نمایند. لیکن چالشی که در این خصوص مطرح است. تشخیص بیماری‌های روانی و جنون امری سخت و مصاحبه‌ها و آزمون‌های تشخیصی سلیقه‌ای است و ممکن است روانشناسی فردی را بیمار تشخیص داده اما روانشناس دیگر چنین نظری در مورد وی نداشته باشد.

کلید واژه‌ها: پزشکی قانونی، جنون، اختلالات روانی، روان‌پزشکی، مسئولیت کیفری.



مقدمه

یکی از مباحث مهم در حقوق کیفری و هم در پزشکی و روان پزشکی قانونی که دارای اهمیت بالایی است، مصادیق اختلال روانی و جنون می‌باشد (دوروشی، مصری، طاهری، نوروزی، ۱۳۹۵، ۱۲۱). در یونان قدیم، بیماری روانی را مقدس دانسته و معتقد به حلول روح خدایی در جسم بیمار بودند و بیمار مورد احترام آن‌ها بود. برعکس در هند حلول روح شیطانی را عامل ناراحتی‌های روانی دانسته و بیمار مورد خشم قرار می‌گرفت. بقراط بیماری جنون را ناشی از اختلال مشاعر می‌دانست که همانند دیگر بیماری‌ها می‌بایست در جهت درمان آن اقدام کرد. افلاطون چنین بیمارانی را غیرمسئول می‌دانست و از مردم جهت پرستاری آن‌ها کمک می‌خواست. بوعلی سینا ضمن انکار تلازم بین بیماری‌های روانی و بیماری‌های جسمی، عامل بیماری روانی را ضایعات مغزی دانسته و از میان چهار نوع مزاج سودایی، صفاوی، دموی و بلغمی، سودایی‌ها را مستعد برای بیماری روانی می‌دانست و به درمان آن‌ها می‌پرداخت. سرانجام پس از سال‌ها، در قرن هفدهم پائولوژاکیا در کتاب خود تأکید کرد که تنها پزشکان می‌توانند در مورد حالات روانی افراد قضاوت کنند و در قرن هجدهم نیز فردی بنام فیلیپ پینل فصل جدیدی را در خصوص بیماران روانی گشود و متخصصانی دیگر نظیر ژان اتیین اسکیرول با مطالعات دقیق علمی خود توانستند جنون را به‌عنوان نوعی بیماری روانی اعلام کنند. در قرن نوزدهم نیز مفهوم جنون را در تحقیقات جان هسلم پزشک انگلیسی می‌توان مشاهده کرد (بیگی و تیموری، ۱۴۰۲: ۴).

جنون یک اختلال روانی است، به‌نحوی که فرد در زمان ارتکاب جرم، توان لازم برای انطباق رفتار خود با واقعیت را نداشته و فاقد اراده یا قوه تمیز باشد. متهمی که بر اثر بیماری ذهنی توان لازم برای درک ماهیت و کیفیت یا خلاف قانونی بودن عملش یا انطباق رفتارش با قانون را از دست داده باشد از نظر قانونی «مجنون» محسوب می‌شود. در فقه، حقوق و قانون ایران واژه جنون به‌عنوان رافع مسئولیت کیفری دانسته شده است، اما معنای دقیق و تعریف مشخصی برای آن بیان نشده است. در فقه فقط به نشانه‌های جنون بسنده شده و برای معرفی جنون با لحاظ همان معانی لغوی و لفظی، از زوال عقل صحبت شده است. در اصطلاح حقوقی «جنون» فقط به توانایی شناختی شخص توجه دارد و توانایی‌های احساسی یا عاطفی او را در برنمی‌گیرد. در علم روان پزشکی واژه جنون وجود ندارد، بلکه «جنون» یک مفهوم عام برای برخی بیماری‌ها یا اختلالات روانی است. آنچه در روان پزشکی معادل جنون حقوقی می‌توان یافت «سایکوز» است؛ یعنی بیماری‌ها یا اختلالاتی که برخی علائم از جمله هذیان و توهم را دارا باشند که زیرمجموعه اختلالات «سایکوتیک» قرار می‌گیرند. روان‌پزشکان در ارزیابی «اختلالات روانی» دو معیار عمده در دست دارند؛ یکی معیار طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت از بیماری‌ها است که از جمله اختلالات روانی را نیز در برمی‌گیرد و تقسیم‌بندی دیگر، طبقه‌بندی انجمن روان پزشکی آمریکا از اختلالات روانی است (موسوی، ۱۳۹۸: ۲۳).

علاوه بر این، سازمان بهداشت جهانی بیان می‌کند که یک‌چهارم جمعیت جهان با انواع شایع‌تر بیماری‌های روانی «معمولاً ترکیبی از اضطراب و افسردگی» باید در مراقبت‌های اولیه درمان شوند و خدمات روان پزشکی تخصصی باید برای بیمارانی که بیماری شدیدتری دارند، در نظر گرفته شود (Thornicroft, 2007: 807). به دیگر سخن، از هر چهار نفر یک نفر با اختلالات روانی زندگی می‌کند (Heather, 2012: 99). لذا، به‌جای نادیده گرفتن این افراد، بهتر است با آن‌ها احترام‌آمیزتر و سازنده‌تر رفتار کنیم و خدمات خود را بر این اساس تنظیم کنیم (Read, 2020: 1). زیرا در دیدگاه عمومی، بیماری روانی و بسیاری از ننگ مرتبط با بیماری روانی ممکن است به دلیل تمایل به ترکیب بیماری روانی با مفهوم خطرناک بودن باشد؛ و این واقعیت را نادیده می‌گیرند که بیشتر خشونت در جامعه توسط افراد بدون بیماری روانی ایجاد می‌شود (Varshney, Mahapatra,). از همین رو مقاله حاضر ضمن بررسی عوامل، انواع و علائم ایجاد جنون درصدد پاسخ به این سؤال است که معیارهای پزشکی قانونی در سنجش اختلالات روانی منجر به جنون کدامند؟



روش تحقیق

روش تحقیق در پژوهش حاضر کتابخانه‌ای است که پس از مراجعه به منابع مکتوب در روان‌پزشکی، پزشکی قانونی و همچنین به مقالات موجود در این زمینه با روش منطقی و استقلال عقلی به تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده پرداخته شده است.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش متخصصین پزشکی قانونی و روان‌پزشکی با استفاده از برخی عوامل مؤثر در بروز اختلالات روانی که شامل تغییرات مغزی، عوامل ارثی، تجارب دوران کودکی، محیط خانوادگی، عوامل اجتماعی و عوامل شناختی است که در کنار آن برخی علائم اختلالات روانی وجود دارد که شامل اختلال در کارکرد جسمی، اختلال در کارکرد روانی و اختلال در فعالیت و سایر کارکردها است که باعث به وجود آمدن انواع و اقسام اختلالات روانی شامل پس‌کوز، نورو و اسکیزوفرنی می‌شود. از همین رو امروزه متخصصان روان‌پزشکی و پزشکی قانونی با استفاده از روش‌های سنجش اختلال‌های روانی از جمله مصاحبه بالینی، آزمون‌های بالینی، مشاهدات بالینی و سایر ابزار سنجش، این‌گونه افراد مبتلا به اختلالات روانی را شناسایی نمایند

۱. مفهوم شناسی

به‌منظور تبیین مفاهیم به‌کاررفته در مقاله حاضر در ادامه بحث به تعریف مفهوم جنون، اختلالات روانی و پزشکی قانونی می‌پردازیم.

۱.۱. جنون

جنون در لغت از ریشه جن‌ن (پوشاندن و پنهان کردن) معنای پوشیده و پنهان شده است و مجنون کسی است که عقلش پوشانده شده باشد. فرهنگ معین از جنون به «دیوانگی و تباه گشتن خرد» تعبیر کرده است (معین، ۱۳۹۱: ۲۲۰). برخی حقوقدانان جنون را شامل بیماری شدید مغز (زوال مغز)، عدم رشد یا رشد ناکامل مغز و هر بیماری دانستند که مغز را یکسره از کار اندازد، اعم از این‌که مربوط به خود مغز و یا وظایف آن و نیز اعم از اینکه دائمی و ادواری باشد. برخی نیز جنون را بیماری روانی دانستند که موجب سقوط قوه تمیز و زوال اراده فرد گردد. دادگاه فدرال آمریکا جنون را عدم تشخیص اشتباه بودن اعمال می‌داند. دکتر جعفری لنگرودی جنون را وصف شخصی دانسته‌اند که فاقد قدرت تشخیص نفع و ضرر و حسن و قبح است (جعفری لنگرودی، ۱۳۹۸: ۱۸). تشخیص آثار جنون از سوی عرف: بر این اساس شدت آثاری که به‌عنوان نشانه جنون مطرح می‌شود، باید به‌قدری باشد که ظهور آن برای عرف مشخص باشد. پس اگر نشانه‌ها به‌قدری اندک باشد که از سوی عرف مورد اعتناء واقع نشود، عملاً فرد از نظر عرف مجنون محسوب نمی‌شود.

۲.۱. اختلالات روانی

مفهوم اختلال روانی، به‌گونه‌ای که تمام موقعیت‌ها را دربر گیرد. تمامی شرایط طبی با سطوحی از انتزاع تعریف می‌شوند. اختلال‌های روانی نیز، با انواع مفاهیم، مانند ناراحتی، کنترل نداشتن، محروم بودن، ناتوانی، انعطاف نداشتن، بی‌منطقی، الگوی نشانگی، سبب‌شناسی و انحراف آماری، تعریف شده‌اند. هر یک از مفاهیم، شاخص مفیدی برای یک اختلال روانی است، اما هیچ‌کدام معادل مفهوم اختلال نیست. انجمن روان‌پزشکی آمریکا جنون را این‌چنین تعریف می‌کند: هر یک از اختلال‌های روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی تصور می‌شود که در فرد روی می‌دهد و با ناراحتی فصلی (یک علامتی دردناک) یا ناتوانی (تخریب در یک یا چند زمینه مهم عملکرد) یا افزایش قابل ملاحظه مرگ، ناتوانی یا از دست دادن قابل ملاحظه آزادی همراه است به‌علاوه، این سندرم یا الگو نباید صرفاً یک پاسخ قابل انتظار و تأییدشده فرهنگی در مقابل رویدادی خاص، مثلاً مرگ یک شخص موردعلاقه باشد. علت اصلی هر چه باشد فعلاً باید آن را تظاهر یک اختلال کارکردی زیست‌شناختی، رفتاری یا روان‌شناختی در فرد تلقی نمود نه رفتار انحرافی، مثل رفتار سیاسی، مذهبی یا جنسی و نه تعارض‌هایی که اساساً بین فرد و جامعه وجود دارد بیماری روانی شمرده نمی‌شود، مگر انحراف یا تعارضی در فرد علامت یک اختلال کارکردی، به شرحی باشد که فوقاً ذکر شد.



هم‌چنین لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی در بند ۱ ماده ۱ اختلال روانی را هر نوع ناهنجاری روانی که نام آن در طبقه‌بندی‌های علمی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قید شده و توسط وزارت یاد شده ابلاغ گردیده تعریف کرده است؛ و برابر بند ۲ ماده ۱ اختلال شدید روانی وضعیتی است که با تخریب جدی موقتی یا دائمی در اکثر حوزه‌های عملکرد روانی فرد همراه بوده و با حداقل یکی از نشانه‌های زیر مشخص می‌شود: الف) هذیان؛ ب) توهم؛ پ) اختلال جدی شکل فکر؛ ت) اختلال شدید خلق؛ ث) اختلال شدید شناختی؛ ج) اختلال رفتاری مستمر یا مکرری که بر وجود نشانه‌های مذکور در بندهای قبل دلالت داشته باشد. هم‌چنین آشفتگی روانی را اختلال شدید روانی فرد که خطر ایراد آسیب جدی به خود یا دیگران یا حیوانات یا اموال و هم‌چنین حداقل یکی از نشانه‌های مؤثر در استمرار و وخامت وضعیت در وی وجود داشته باشد. نشانه‌های مذکور شامل نداشتن بینش نسبت به بیماری خود، عدم همکاری در پذیرش برنامه درمانی و نداشتن حمایت خانوادگی می‌باشد تعریف کرده است؛ و بحران روانی را وضعیتی کوتاه‌مدت دانسته است که با وجود هر یک از شرایط زیر احراز می‌شود و مراقبت، درمان یا واپایش (کنترل) موقت فرد به‌منظور حمایت از وی یا دیگران را ضروری می‌نماید: الف) رفتار غیر عقلایی و برخلاف هنجارهای اجتماعی که به نحو ناآگاهانه انجام می‌گیرد. ب) خطر ایراد آسیب فیزیکی جدی به خود یا دیگران یا حیوانات یا اموال.

۳.۱. پزشکی قانونی

پزشکی قانونی به‌کارگیری دانش پزشکی و رشته‌های وابسته به آن در تشخیص امور جنایی و مانند آن است. در اجرای قوانین کیفری و مدنی (مانند سن بلوغ) گاه نظر پزشک خبره جهت تشخیص نوع و مقدار آسیب وارد شده و نیز برخی امور دیگر، ضرورت می‌نماید. چنین کارشناسی‌ای در اصطلاح، پزشکی قانونی نامیده می‌شود (جعفری لنگرودی، ۱۳۷۸: ۱۰۷۶). پزشکی قانونی در حقیقت به‌صورت بین‌رشته‌ای مستحدث از علوم پزشکی و علوم قضایی است.

۲. تاریخچه اختلالات روانی

بامطالعه و بررسی در متون مختلف می‌توان دریافت که آدمی قریب به نیم میلیون سال قبل به وجود بیماری‌های روانی پی برده است (فرزاد بیرجندی، ۱۳۷۰: ۱۷). در قرون قبل، افراد مبتلا به بیماری روانی را در معرض طوفان، سرما یا جلوی جانوران وحشی رها می‌کردند که از بین بروند. این رویکرد حتی در میان متفکران و فیلسوفان این دوره نیز قابل‌مشاهده است. ارسطو در کتاب سیاست، راجع به تربیت و پرورش کودکان چنین می‌گوید که: «باید قانونی باشد که هیچ فرد ناقصی حق ادامه حیات نداشته باشد». بقراط نیز کودکان را به دو گروه تقسیم می‌کرد دسته اول کودکانی که ارزش بزرگ کردن را داشته باشند و دسته دوم کودکانی که فاقد چنین ارزشی هستند (غلامی، عباسی و سلطانی کوهبنانی، ۱۳۹۷: ۸۱). باوجود این می‌توان بقراط را بیان‌گذار واقعی روش‌های طبیعی و عینی در تشخیص و درمان ناهنجاری‌های روانی دانست. تئوری بقراط، در مورد سبب‌شناسی بیماری‌های روانی، بسیار ساده است. او اعتقاد داشت که اختلالات روانی، فقط بر اثر آسیب به مغز بیمار و یا زیاد شدن ماده‌ای به نام مزاج یا خلط که چهار نوع است ایجاد می‌شود که عبارت‌اند از: صفرای سیاه، صفرای زرد، خون و بلغم. افراط در هر یک از چهار نوع مزاج، نوعی اختلال شخصیت یا منش ایجاد می‌کند. مثلاً زیادی در صفرای سیاه، باعث پیدایش خلق افسرده و مالیخولیایی می‌شود (شاملو، ۱۳۹۰: ۱۵). در طول تاریخ تقریباً تمامی قومیت‌ها، عوامل ماوراءالطبیعه را به وجود آورنده اشیا و انسان می‌دانستند و معتقد بودند سرنوشت همه‌چیز را ارواح معین می‌کند. ارواح نیز دودسته بودند خبیث و پاک؛ افرادی که تحت تأثیر ارواح پاک قرار می‌گرفتند، مورد احترام قرار می‌گرفت اما اگر فردی تحت تأثیر ارواح شیطانی قرار می‌گرفت باید با توسل به‌روش‌هایی، روح پلید و جنی را به ترک جسم او وادار می‌کردند؛ که این روش‌ها به اشکال مختلف از خیلی ملایم تا بسیار خشن و وحشیانه اعمال می‌شد. روش ملایم شامل دعا کردن، رقصیدن و آواز خواندن، ایجاد بوی بد زیر دماغ برای ترساندن و فرار ارواح و روش خشن شامل شلاق زدن، گرسنگی دادن و شکنجه کردن و کشتن بیمار می‌شد (رحمانی زاد فیروزجانی، ۱۳۹۳: ۲۵). بنابراین نه‌تنها در قدیم عدم مسئولیت فرد مجنون پذیرفته‌نشده بود بلکه تصور می‌شد



که شیطان در وجود او حلول کرده است و باید از طریق اعمالی مانند ضرب و شتم، موجبات خروج شیطان را از وجود او فراهم کرد. قرن بیستم، پیشرفت عظیمی در زمینه علوم به‌طور کلی و به‌ویژه روان‌شناسی به وجود آمد. نظریات، نگرش‌ها و روش‌های متعددی ارائه شد که هر یک به‌گونه‌ای در پیشبرد آسیب‌شناسی روانی مهم بوده است. پیدایش دارالمجانین‌ها و اقامت دادن اجباری دیوانگان در اروپا رواج کامل یافت. برخورد با پدیده جنون در عصر رمانتیسم و پس‌از آن (تا به امروز) جنبه ملایم‌تری به خود گرفته است. روان‌شناسی نوین تیغی دو لبه است؛ عقل حق سرکوب جنون را از دست داد، اما در هیئت روان‌شناسی همچنان حق قیومیت بر آن را در دست خود دارد.

در حقوق کیفری اسلام عدم مسئولیت کیفری مجانین به دلیل نداشتن شرایط عامه تکلیف و همچنین به‌موجب احادیث رفع، «رَفَعَ الْقَلَمُ عَنْ ثَلَاثَةٍ: عَنِ النَّائِمِ حَتَّى يَسْتَيْقِظَ وَ عَنِ الْمَجْنُونِ حَتَّى يُفِيقَ وَ عَنِ الْوَجْدَانِ حَتَّى يَخْتَلِمَ» و «عَمَدُ الصَّبِيِّ وَ حَطَّاهُ وَاحِدٌ» مورد قبول واقع شده است. به‌طور کلی می‌توان عارضه‌های روانی در فقه را بر اساس منشأ به دودسته تقسیم کرد: ۱. عارضه عقلی: عبارت است از تمامی عارضه‌هایی که گمان می‌رود به دلیل اختلالی در عقل ایجاد شده باشد؛ صرف نظر از این که شدت اختلال چقدر است، حسب مورد جنون، عته، بله و... قلمداد می‌گردد. ۲. سایر عارضه‌ها: همه عارضه‌هایی که منشأ آن‌ها در فقه خبث طینت، انحراف اخلاقی یا عجز در نظر گرفته شده و اساساً ارتباطی با عقل برای آن‌ها منظور نشده است (علمی و قبادی، ۱۳۹۳: ۸۲۴). در متون فقهی، مجنون کسی است که قوه عقل و درک ندارد و به اختلال کامل قوای دماغی مبتلاست و به‌عبارت دیگر، مختل المشاعر است.

۳. عوامل مؤثر در بروز اختلالات روانی

امروز به دلایل مختلف مثل زندگی‌های نوین، ماشینی و امروزی، محبوس بودن در آپارتمان، مشکلات خانوادگی مانند طلاق و اعتیاد رفتاری‌های زیادی در زمینه اعصاب و روان ایجاد می‌شود. همچنین بدگمانی و بدبینی، قدرت‌طلبی، مادیات، چشم‌وهم‌چشمی و همچنین خودبتریبینی عواملی تماماً بیماری‌زا و زمینه‌ساز بروز بیماری‌های اعصاب و روان است. روان‌شناسان و روان‌کاوان هر یک به شیوه‌ای عوامل بیماری روانی را دسته‌بندی کرده‌اند برای نمونه دکتر جعفر بوالهروی در کتاب بهداشت و روان خود (طاهری، ۱۳۸۷: ۲۷). عوامل بیماری روانی را به شش نوع تقسیم کرده است که عبارت‌اند از:

۱.۳. تغییرات مغزی

هر نوع تغییری که در ساختار یا کارکرد مغز ایجاد می‌شود می‌تواند باعث بیماری روانی گردد. تغییرات بیوشیمیایی درد سطح سلول‌های عصبی عامل اکثر اختلالات روانی شدید و پیسکوزها است. در این‌گونه مواقع مغز در معاینه طبیعی است. امروزه دلایل بسیاری وجود دارد که عامل نوروزها و سایر اختلالات روانی نیز تغییرات بیوشیمیایی است. ضایعات ساختمانی مغز به دلایل زیر نیز می‌تواند باعث اختلال روانی شود: عفونت، ضربه، نرسیدن خون، خون‌ریزی و تومور مغزی، مصرف حشیش و الکل، کمبود غذایی، صرع درمان‌نشده و بیماری‌های پیش‌رونده مغزی (بوالهروی، ۱۳۹۰: ۲۳).

۲.۳. عوامل ارثی

در تعدادی از بیماری‌های روانی دیده می‌شود که افراد دیگری هم از فامیل بیمار، به همان بیماری مبتلا باشند؛ بنابراین گفته می‌شود که استعداد ابتلا به بیماری روانی از والدین به کودکان منتقل می‌شود، اما بروز و ظهور بیماری با عوامل زیادی ارتباط دارد که ممکن است فرد مستعد، مبتلا به بیماری بشود و یا نشود. به‌بیان‌دیگر استعداد زمینه ابتلا به بیماری منتقل می‌شود نه بیماری.

۳.۳. تجارب دوران کودکی

برای رشد سالم یک فرد محبت و عشق متعادل، راهنمایی مناسب، تشویق، نظم و انضباط از ضروریات دوران کودکی اوست. اگر در دوران کودکی چنین عواملی نباشد و یا اینکه کودک به فراوانی در برابر تجارب ناخوشایندی قرار گیرد امکان این که در آینده دچار ناراحتی روانی شود زیاد است.



۴.۳. محیط خانوادگی

نزاع خانوادگی، سوءتفاهم مستمر در بین اعضای خانواده، عدم وجود صمیمیت و صداقت، باعث ایجاد آثار نامساعد بر افراد و بخصوص کودک می‌شود. چنین افرادی در برخورد با فشارهای روانی و مشکلات بعدی احتمال دارد دچار اختلال روانی شوند، زیرا که در طول دوران گذشته مهارت‌های لازم برای تطابق و کنترل هیجانات خود پیدا نکرده‌اند.

۵.۳. عوامل اجتماعی

اگر فرد در جامعه امکانات و واجبات یک زندگی معمولی را نداشته باشد و هم‌چنین نتواند خود را با فشارها و شرایط نامناسب سازگار کند، دچار رنج و ناراحتی می‌شود و ممکن است مبتلا به بیماری روانی شود. فقر، بی‌کاری، بی‌عدالتی، ناامنی، چشم هم‌چشمی‌های شدید و نبود ارزش‌های معنوی، انسانی، اعتقادی و مذهبی در جامعه ممکن است باعث آشفتگی روانی افراد گردد.

۶.۳. عوامل شناختی

امروزه روان‌شناسان نقش عمده‌ای را برای عوامل شناختی در ایجاد بیماری‌های عصبی و روان‌تنی قائل هستند. آنان معتقدند وقتی در فکر، باور و شناخت‌های افراد انحراف پایدار و مداومی ایجاد شود، او به‌تدریج دچار بیماری روانی می‌شود. مثلاً اگر دانش‌آموزی به این باور رسید که معلم او را تنبیه می‌کند و یا در امتحان مردود می‌کند، او دچار اضطراب از مدرسه می‌گردد. یا اینکه اگر فردی به این نتیجه رسید که او توان درس خواندن یا ابراز وجود ندارد و قیافه و لباس او از دیگران زشت‌تر است به‌تدریج افسرده می‌شود (بواله‌ری، ۱۳۹۰: ۲۷).

۴. علائم اختلالات روانی

در کنار عوامل اختلالات روانی برخی علائم نیز در به وجود آمدن اختلالات روانی اثرگذار هستند که در ادامه به شناسایی برخی از آن‌ها می‌پردازیم.

۱.۴. اختلال در کارکرد جسمی

الف. اختلال در خواب: بیمار دیر به خواب می‌رود. گاه می‌نشیند و گاه در رختخواب دراز می‌کشد و نگران است که چرا خوابش نمی‌برد گاه نیمه‌شب بیدار می‌شود و مجدداً به خواب نمی‌رود.
ب. اشتها و مصرف غذا: بیمار اشتها ندارد و کمتر از معمول غذا می‌خورد و یا اینکه اشتها دارد و از خوردن غذا لذت نمی‌برد، پرخوری نیز گاه روانی و بیمارگونه است.
ج. میل و فعالیت جنسی: میل جنسی بیمار کاهش می‌یابد و ممکن است دچار بی‌میلی جنسی، ناتوانی جنسی و یا انزال زودرس شود. افزایش میل جنسی، خودارضایی و انحرافات جنسی نیز از نشانه‌های بیماری روانی هستند (بواله‌ری، ۱۳۹۰: ۱۸).

۲.۴. اختلال در کارکرد روانی

الف. رفتار: رفتارهای فرد بیمار باعث ناراحتی خانواده و دیگران شده و یا آن‌ها را در شرایط بسیار سختی قرار می‌دهد. رفتارش ممکن است برای خود یا دیگران ناخوشایند، وسواسی و یا خطرآفرین باشد.
ب. تکلم: بیماری بیش‌ازاندازه صحبت می‌کند صحبت‌هایش غیرضروری است و یا خیلی کم‌حرف می‌زند و گاهی اصلاً حرف نمی‌زند.
ج. هیجانات (عواطف): بیمار ممکن است در رابطه با شرایط خاص به شکل غیرطبیعی یا افراطی هیجانی شود. بی‌مورد یا افراطی بخندد، گریه کند یا عصبانی شود. گاه عاطفه نامتناسب دارد و یا هیچ نوع عاطفه مناسبی در جای خود از خود نشان نمی‌دهد.



د. ادراک: بیمار ممکن است در فهم تحریکاتی که از حواس پنج‌گانه‌اش دریافت می‌شود، دچار اختلال شود آن‌ها را نادرست یا با سوء‌تعبیر دریافت دارد، او می‌تواند چیزهایی را ببیند که وجود ندارد و یا صداهایی را می‌تواند بشنود که از جایی نمی‌آیند و چیزهایی را روی پوست خود احساس کند که وجود ندارد «توهم».

ه. حافظه: بیمار حافظه‌اش را از دست داده و وقایع مهم را فراموش می‌نماید، در این حالت آن چیزی را که چند دقیقه پیش دیده یا شنیده و یا عمل کرده است فراموش می‌کند. او به یاد نمی‌آورد که پول، لباس یا سایر وسایل خود را کجا گذاشته است (حافظه نزدیک)؛ اما ممکن است بیمار حافظه دور را از دست بدهد و نتواند به یاد بیاورد که حتی اسم بچه‌هایش چیست و خواهر و برادرش کجا زندگی می‌کنند و راه معمولی خانه‌اش را هم گم می‌کند.

و. هوش و قضاوت: در بعضی بیماری‌های روانی هوش و توان تصمیم‌گیری دچار اختلال می‌شود و مهارت‌های استدلالی فرد کاهش می‌یابد. او در کارهای روزمره دچار اشتباهات زیادی می‌شود و قادر به یادگیری جدید نیست.

ز) سطح هوشیاری: در بعضی اختلالات روانی که بیشتر ناشی از ضایعات عضوی مغزی است سطح هوشیاری کاهش می‌یابد. فرد در شناخت اطرافیان دچار اشکال می‌شود و از نظر تشخیص افراد، زمان و مکان اختلال پیدا می‌کند (بواله‌ری، ۱۳۹۰: ۱۹)

۳.۴. اختلال در فعالیت و سایر کارکردها

الف. فعالیت‌های فردی: بیمار به نیازهای بدنی و بهداشت فردی خود توجه نمی‌کند، خود را نمی‌شوید، حمام نمی‌رود و سروصورت خود را مرتب نمی‌کند و غذا نمی‌خورد. گاه دیده می‌شود که در حالات شدید می‌شود.

ب. فعالیت‌های اجتماعی: بیمار با خانواده، دوستان، همکلاسی‌ها و سایر اطرافیان رفتاری نادرست یا غریب پیدا می‌کند؛ به دیگران توهین، فحاشی، اذیت و آزار و حمله می‌کند.

ج. فعالیت‌های تحصیلی: اشکال در مطالعه، مشکل در توجه و تمرکز، اشکال در یادگیری و یادآوری و افت تحصیلی، ناتوانی در فعالیت‌های گروهی و کلاسی ناسازگاری با همسالان و مریبان همگی هم نشانه‌های بیماری روانی و هم عوارض حاصل از این بیماری است.

۵. انواع و اقسام اختلالات روانی

با توجه به شناسایی عوامل و علائم مؤثر در اختلالات روانی در ادامه به برخی از مهم‌ترین انواع و اقسام اختلالات روانی اشاره می‌گردد.

۱.۵. پسیکوز^۱

اگر پریشانی در شعور بروز کند جنون حاصله را پسیکوز می‌گویند که در حقیقت به جنون‌های سنگین و پیشرفته اطلاق می‌شود؛ زیرا در این حالت بیمار و واقف به گفتار و کردار و بیماری خود نیست. در این نوع جنون دقت و حافظه و عاطفه و تمام پدیده‌های عالی مغز کم‌وبیش دچار بی‌نظمی و پریشانی می‌شود. بیمار به صورت انسانی غیراجتماعی از خویش و آشنا، بیگانه و خطرناک برای حیات خود و دیگران درمی‌آید و به آنچه در درون یا اطراف می‌گذرد بی‌اعتنا و بی‌اطلاع است. از بیماری خود رنج نمی‌برد و به فکر خود عافیت خود نیست. این بیماری بسیاری از مراکز کنترل‌کننده و مهارکننده مغز را خراب کرده و ممکن است اعمال و افعال را که در حالت عادی تحت قوه کنترل این مراکز بودند آزاد نماید. انسان روشن‌بین خویش‌شن‌دار سابق به صورت موجودی خودکار درمی‌آید که رفتارش ماشینی و بی‌اراده است.

۲.۵. نوروز^۲

نوروزها به یک دسته از بیماری‌های روانی اطلاق می‌شود که به عاطفه و احساس و اخلاق و عادات اجتماعی انسان آسیب می‌رساند و شخص را عجیب، غیرعادی، بی‌موازنه و نامتعادل بار می‌آورد. نوروز روح سازگاری انسان را با مردم و جامعه‌ای که

¹ Psychoses

² Neuroses



در آن زندگی می‌کند پریشان می‌سازد. این بیماری کشمکش بین قوای غریزی و «من» آدمی از یک‌سو، سنت‌ها و اصول اجتماعی و اخلاقی و قوانین جهان خارج از سوی دیگر است. اضطراب محصول این کشمکش‌ها و هسته اصلی نوروژ است و در حقیقت نوروژ تلاشی برای رهایی از این اضطراب درونی است.
۳،۵. اسکیزوفرنی^۳

این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است و در زبان فارسی از آن به جنون جوانی تعبیر می‌شود زیرا اغلب جوانان به این بیماری مبتلا می‌شوند، این بیماری در واقع بیماری متلاشی شدن شخصیت است شخص مبتلا با محیط خارج قطع رابطه می‌کند و در فکر و درک و عواطف او اختلالات عمده بروز می‌کند رکود فکری گسیختگی افکار فقدان قدرت تصمیم‌گیری، قطع علاقه به افراد و چیزهای موردعلاقه گاهی پیدایش حالات هیجانی و گاهی بی‌تفاوتی از علائم این بیماری است این بیماری به‌نوبه خود انواع و اقسام دارد. شایع‌ترین نوع اسکیزوفرنی در جامعه و همچنین مسئله‌سازترین آن اسکیزوفرنی نوع پارانویید است این گروه معمولاً به دلیل سوءظنی و بدبینی که در ساختار ذهنی آدم‌ها وجود دارد، همواره در محیط کار و خانواده و اجتماع درگیری ایجاد می‌کنند و موجب اختلال نظم اجتماعی و آسایش دیگران می‌شوند. ولی انواع دیگر مانند کاتاتونیک ممکن است که آسیب اجتماعی چندانی به بار نیاورند.

۶. روش‌های سنجش اختلال‌های روانی

علاوه بر برخی عوامل و علائم که در به وجود آمدن اختلالات روانی تأثیر دارند روش‌هایی نیز برای شناخت این عوامل و علائم وجود دارد که در ادامه به بررسی آن‌ها می‌پردازیم.

۱،۶. مصاحبه بالینی

بهترین شیوه برای شناخت اشخاص مواجهه رودررو با افراد است. در حوزه روان‌پزشکی رابطه روان‌پزشک با بیمار بسیار اهمیت دارد روان‌پزشک برای اینکه بتواند یک رابطه خوب و مؤثر با بیمار برقرار کند باید پیچیدگی‌های رفتار انسانی را به‌خوبی درک کند و در فنون و مهارت‌های حرف زدن و گوش دادن تعلیمات دانشگاهی دیده باشد. یکی از خصوصیات اصلی رابطه روان‌پزشک با بیمار ایجاد یک راپورت خوب است، کلمه راپورت به معنای برگشتن یا پس آوردن، یعنی یک رابطه دوطرفه به‌عبارت‌دیگر اشاره دارد به رابطه مثبت، باز، اطمینان‌آمیز و گرم بین روان‌پزشک و بیمار است. شش راه برای ایجاد راپورت ارائه شده است: ۱. کاری کنید که بیمار با شما احساس راحتی کند ۲. درد بیمار را کشف کنید و همدردی نشان دهید ۳. ببینید بیمار تا چه اندازه از مشکل خود آگاه است و متحد شوید ۴. نشان دهید که در کار خود متخصص مجرب هستید ۵. نشان دهید که در این رابطه نقش روان‌پزشک را دارید و به همین دلیل اقتدار دارید، قابل استناد هستید و به نفع بیمار است که حرف‌هایتان را قبول داشته باشد ۶. بین نقش خود به‌عنوان یک شنونده دلسوز، یک متخصص مجرب و یک فرد صاحب اقتدار تعادل برقرار کنید (Sadock, 2015: 2). تحت این شرایط است که گفته‌های آن‌ها را می‌شنویم؛ در حین گوش دادن آن‌ها را مشاهده می‌کنیم و در حال پاسخ دادن به سؤالات، آن‌ها را می‌بینیم و به یک درک کلی از آن‌ها می‌رسیم، هدف عمده مصاحبه روان‌پزشکی اخذ اطلاعات اولیه است (جیمز سادوک، آلکوت سادوک و روئیز سادوک، ۱۳۹۵: ۳۴۹).

۲،۶. آزمون‌های بالینی

آزمون‌ها، ابزارهایی برای جمع‌آوری اطلاعات در باب برخی جنبه‌های عملکرد روان‌شناختی فرد است که از طیف وسیعی از اطلاعات، به انتخاب برخی از آن‌ها می‌پردازد. این فرم ارزیابی، آن بخش از اطلاعات که در طول مشاهده یا مصاحبه آشکار نمی‌شود را کسب می‌کند. در این فرم شرح‌حال‌گیری سؤالات مشخصی از بیمار پرسیده می‌شود و بر اساس جواب‌های دریافتی از وی می‌توان به نوع و علت بیماری او پی برد. برای نمونه: سن، جنس «شیوع بعضی از بیماری‌ها در سن و جنس خاصی بیشتر است»، وضعیت تأهل «تأهل عامل حفاظتی در برابر ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی محسوب می‌شود»، شغل

³ Schizophrenia



«در صورت تعویض مکرر اهمیت می‌یابد»، میزان تحصیلات «در صورت داشتن تفاوت زیاد با سایر اعضای خانواده اهمیت پیدا می‌کند»، مذهب «در هر جامعه‌ای اقلیت‌ها در فشار بیشتری هستند و این یک عامل استرس‌زا محسوب می‌گردد»، محل تولد، محل سکونت «تفاوت بین محل تولد و زندگی گاهی اهمیت می‌یابد و می‌تواند یک عامل استرس‌زا محسوب گردد». به همراه چه کسی مراجعه کرده است؟ (خانواده/خودش/نیروی انتظامی) «پاسخ به ای پرسش میزان آگاهی و اهمیت بیمار را به بیماری‌اش نشان می‌دهد». سابقه‌ی وجود هرگونه بیماری طبی خصوصاً گوارشی، پوستی، اعصاب، غدد درون‌ریز، قلب و عروق ذکر گردد «زیرا بعضی از بیماری‌های جسمی از جمله مشکلات تیروئید با بیماری‌های روان‌پزشکی در ارتباط هستند» و تعداد دفعات بستری «نشان‌دهنده زمان بیماری و انتظار ما از سیر بیماری است».

۳.۶. مشاهدات بالینی

متخصصان بالینی علاوه بر استفاده از مصاحبه و آزمون به انجام مشاهدات نظام‌مند نیز می‌پردازند. در این روش آزمونگر، به مشاهده افراد در محیط روزانه‌شان می‌پردازد. در نوع دیگری از مشاهده به نام «مشاهده ساختارمند» افراد در محیط کلینیک یا آزمایشگاه مورد مشاهده قرار می‌گیرند. در خود این روش به مراجعان به‌گونه‌ای آموزش داده می‌شود تا بتوانند خود را مورد مشاهده قرار دهند.

۴.۶. ابزار سنجش

به‌منظور کسب نتایج یکسان کلیه متخصصان بالینی باید از فنون خاص و مشابهی برای سنجش، اجرا و تفسیر استفاده کنند. این شیوه به استاندارد شدن ابزار و رسیدن به یک درک پایدار از نتایج آزمون کمک می‌نماید و باید دارای ویژگی‌های زیر باشد:

۱. پایایی: پایایی مبحثی است که به ثبات اندازه‌گیری‌ها اشاره دارد. یک ابزار خوب همیشه نتایج مشابهی را در شرایط مشابه به دست می‌دهد. یکی از روش‌های برای پایایی این است که آزمودنی‌ها در دو موقعیت موردسنجش قرار می‌گیرند و همبستگی نمرات باهم سنجیده می‌شوند. ۲. اعتبار: یک ابزار سنجش باید اعتبار نیز داشته باشد و دقیقاً چیزی را بسنجد که برای آن ساخته شده است (روزنهان و سیلیگمن، ۱۳۸۹: ۲۷۸-۲۸۷).

۷. طبقه‌بندی اختلالات روانی

طبقه‌بندی اختلال روانی از دیرباز در میان متخصصان سلامت روان، موضوعی مورد مناقشه بوده است، کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی زبان استاندارد را فراهم می‌کند که پزشکان، محققان و متصدیان بهداشت عمومی از آن برای برقراری ارتباط در مورد اختلالات روانی استفاده نمایند (زرانی، اسماعیلی، قشنگ، آقا محمدی و خزائی، ۱۳۹۵: ۱۲۵). (DSM) شامل یک علامت تجاری ثبت هست که متعلق به انجمن روان‌پزشکان آمریکا (APA) هست. اولین اقدام برای جمع‌آوری اطلاعات درباره بیماری‌های روانی در آمریکا، ثبت فراوانی یک طبقه از بیماری‌های روانی تحت عنوان (کانا/ دیوانگی) در سرشماری سال ۱۸۴۰ بود. در سال ۱۸۸۰ بین هفت طبقه بیماری روانی تمایز قائل شدند که شامل شیدایی، مالیخولیا، مونومانی مشغولیت فکری بیمار گون، فلج ناقص، زوال عقل، می‌بارگی و صرع است. در جنگ جهانی دوم با توجه به حجم بالای مبتلایان به آسیب‌های روانی، روان‌پزشکان آمریکا با سیل مراجعه‌کنندگان مواجه شدند و ضرورت ارزیابی، اقدام و معالجه سربازان آسیب‌دیده مشهود شد. ارتش آمریکا با تشکیل یک کمیته به‌وسیله روان‌پزشکان و سرتیپ ویلیام سی منیجر به طبقه‌بندی و ایجاد یک برنامه که (medical 203) نامیده می‌شد، اقدام کرد که در سال ۱۹۴۳ مثل یک اطلاعیه فنی وزارت جنگ اعلام شد و توسط همه نیروهای مسلح پذیرفته شد. این طبقه‌بندی بسیار تحت تأثیر اختلالات رفتاری سربازان بود. مقارن با آن سازمان بهداشت جهانی ششمین چاپ طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات تندرستی مرتبط (ICD) را منتشر کرد که برای اولین بار در آن اختلالات روانی گنجانده شده بود. (ICD-6) بسیار تحت تأثیر شدید مجموعه اصطلاحات اداره سربازان قرار داشت و شامل ۱۰ طبقه برای روان‌پریشی‌ها، ۹ طبقه برای روان رنجوری‌ها و ۷ طبقه برای اختلال‌های منش، رفتار و هوش بود. کمیته اطلاعات و آمار انجمن روان‌پزشکی آمریکا، نسخه متفاوتی از (ICD-6) را به‌عنوان



اولین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-I) در سال ۱۹۵۲ منتشر کرد؛ و تاکنون پنج بار مورد بازبینی قرار گرفته است و اکنون کتابچه پنجم معتبر است، (DSM-5) حاصل تحقیق درباره مغز، رفتار انسان و ژنتیک است. هزاران محقق که در بیش از ۱۶۰ گروه تحقیقاتی و عملیاتی به مدت بیش از ۱۲ سال به تحقیق اندازه‌گیری و اجرای میدانی معیارهای تشخیص برای اختلال روانی پرداختند در دسامبر ۲۰۱۲ هیئت‌امانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا آخرین تحقیقات (DSM-5) را تأیید کرد، این کتابچه بیماری‌های روانی را در بیست‌ودو گروه دسته‌بندی کرده است (گنجی، ۱۳۹۴: ۱).

جدول شماره ۱: (طبقه‌بندی بیست و دوگانه DSM-5)

عقب‌ماندگی ذهنی	۱۲	اختلالات مربوط به مصرف مواد
اختلالات یادگیری	۱۳	اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک
اختلالات کمبود توجه	۱۴	اختلالات اضطرابی
اختلالات نافذ مربوط به رشد	۱۵	اختلالات شبه جسمانی
اختلالات تغذیه‌ای و خوردن شیرخوارگی	۱۶	اختلالات ساختگی
اختلالات تیک	۱۷	اختلالات تجزیه‌ای
اختلالات ارتباطی	۱۸	اختلالات هویت جنسی و جنسیتی
اختلالات دفعی	۱۹	اختلالات خواب
سایر اختلالات دوران شیرخوارگی و کودکی	۲۰	اختلالات کنترل تکانه
اختلالات خلقی	۲۱	اختلالات انطباقی
اختلالات نسیانی	۲۲	اختلالات شخصیتی

۸. نحوه احراز جنون در دادگاه و رویه قضایی

در تشخیص جنون به نظر کارشناسان گاه درک مرز جنون و عقل پیچیده است، زیرا جنون درجاتی دارد و پی بردن به آن در مواردی که نمود خارجی و آشکار ندارد جز برای پزشک متخصص و بدون آزمایش‌های دقیق و مستمر و طولانی امکان ندارد. با توجه به ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی دادگاه می‌تواند در تشخیص جنون از نظر پزشکان متخصص امراض روحی استفاده کند، در این راستا دادگاه می‌تواند از کسان و نزدیکان او و سایر مطلعین، تحقیقات لازم را به عمل آورد. ماده ۱۲۸ قانون آیین دادرسی کیفری و چنانچه جانی مدعی عروض جنون در زمان ارتکاب جنایت گردد، در صورت عدم وجود سابقه جنون باید ادعای خود را اثبات نماید. چراکه اصل دلالت بر سلامت او داشته و قول ولی دم مبنی بر تعقل وی به هنگام ارتکاب جنایت، مقدم خواهد بود. لکن اگر جانی قبلاً مجنون بوده و اکنون مدعی شود که جنایت در زمان دیوانگی او واقع شده است، ادعای جانی باوجود سوگند پذیرفته می‌شود، مگر آنکه اولیای دم افاقه او را اثبات کنند؛ زیرا ادعای آنان خلاف اصل است. همان‌طوری بیان شد جنون یک فرض و اماره قانونی نیست بلکه واقعیتی است که باید وجود آن را برای هریک از مجانین احراز و اثبات کرد. در دادگاه‌ها پرونده‌هایی که در این‌باره طرح می‌شوند باید مستندات برای احراز جنون و در آخر رفع مسئولیت کیفری از شخص ارائه شود. از همین رو بر اساس ماده ۲۴ لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی «هرگاه در جریان رسیدگی به دعوی و شکایات، شواهد یا قرائنی دال بر وجود اختلال روانی هر یک از طرفین وجود داشته باشد، مرجع قضایی موظف است فرد را برای انجام معاینات روان‌پزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی معرفی کند. چنانچه مرجع یادشده نظر کارشناس پزشکی قانونی را با شواهد موجود منطبق نبیند، پرونده را با ذکر دلایل برای جلب نظر هیئت کارشناسی مجدداً به پزشکی قانونی ارجاع می‌دهد. در هر صورت مرجع قضایی با لحاظ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبادرت به صدور رأی می‌نماید». هنگامی که بحث از اوضاع و احوال روانی شخص به میان می‌آید و چون این اوضاع و احوال یک امر درونی و باطنی است. از بحث‌های تخصصی پزشکی و روان‌پزشکی و در این مواقع دادگاه احراز جنون را به پزشکی قانونی و به نظر کارشناسان

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشانی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۳ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶-۹ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



ارجاع خواهد داد. در واقع دادگاه نیاز به جلب نظر کارشناس و روان‌پزشکان به این دلیل دارد که بداند آیا وضع روانی بزهدکار در لحظه ارتکاب جرم بر رفتار و کردار و به‌ویژه اراده‌ی وی مؤثر بوده یا خیر، دادگاه هرگاه نظر کارشناسی را با اوضاع و احوال مسلم قضیه مغایر دید می‌تواند امر را به کارشناس دیگری ارجاع دهد. عدم قاطعیت نظر متخصص بیماری‌های روانی در تعیین شعور یا عدم شعور مرتکب به جرم، دو دلیل عمده دارد: یکی از آنکه اختلالات روانی که هنوز به مرحله علوم تجربی نرسیدند، جنبه نسبی و نظری دارند و ضوابط و معیارهای مشخص و یکنواختی برای تعیین و تشخیص این بیماری‌ها مشخص نشده است؛ از این جهت نمی‌توان یک متخصص روانی را به‌عنوان یک قاطعیت علمی پذیرفت. استدلال دوم که اهمیت بیشتری دارد این است که در جوامع کنونی اخذ تصمیم درباره حقوق و مسئولیت افراد به قوه قضاییه واگذار شده است و حفظ حقوق و آزادی‌های اساسی مستلزم آن است که تعیین سرنوشت و حقوق مردم دست مقامات اجرایی و غیرمسئول نیفتد و تاریخ طولانی خودسری‌ها و تجاوزهای قوه مجریه نسبت به حقوق مردم تکرار نشود. از این رو پزشکان، روانشناسان و همین‌طور کلیه متخصصین دیگر، تنها از نظر مشورت مورد توجه قرار می‌گیرند و هرگز قاطع دعوی مدنی و جزایی نیست (صانعی، ۱۳۸۸: ۳۹).

در حال حاضر درصد زیادی از پرونده‌های ارجاعی از مراجع قضایی به بیمارستان با نامه‌هایی با دلایل (نیاز به درمان) و (بستری و نگهداری) می‌باشند که این دلایل در اکثر نامه‌ها به‌طور مشترک مشاهده می‌شود و اختیار را از پزشک معالج سلب می‌کند و وی را مجبور به بستری همه این افراد ارجاع شده می‌کند. تنها با وجود یک نامه نمی‌توان به بیمار عنوان بیمار روان‌پزشکی را داد، بلکه نیاز به مصاحبه و گرفتن شرح حال دقیق از بیمار است. این مسئله ضرورت ارتباط هرچه بیشتر نظام‌های قضایی در زمینه ارجاع افراد و مراکز درمانی روان‌پزشکی را نشان می‌دهد. (شکرگزار، وارسته، عیسی نظر، زوار موسوی و فلاحی خشت مسجدی، ۱۴۰۰: ۳۱۴). در قوانین کیفری، تأسیس جنون در دو مورد جنون بزهدکار و جنون بزه دیده منشأ اثر است. آنچه قانون مجازات اسلامی در خصوص تعریف جنون و مصادیق آن ارائه کرده است، رویکردی حمایتی است که باهدف برداشتن مسئولیت کیفری از طیفی از بیماران دارای اختلال روانی اتخاذ شده است؛ اما این رویکرد در همه مواردی که بزه دیده دارای اختلال روانی است قابل استفاده نخواهد بود؛ زیرا با توجه به برخی احکام افتراقی ناظر بر بزه دیده مجنون، این انطباق معنایی در عمل طیف گسترده‌ای از این افراد را به بزه دیدگان قانونی تبدیل خواهد کرد (روستایی و عبدالله زاده رافی، ۱۴۰۰: ۸۱۷).

امروزه مقرره‌ای که در خصوص مسئولیت کیفری مجانین و مبتلایان به اختلالات روانی وضع شده است، ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ است که اشعار می‌دارد: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به‌نحوی که فاقد اراده یا قوه تمیز باشد مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد». به‌تصریح ماده ۱۴۹، تنها آن دسته از اختلالات روانی در ردیف جنون قرار گرفته و موجب عدم مسئولیت کیفری می‌شوند که اراده و یا قوه تمیز را از مرتکب سلب کرده باشند. در واقع، منظور از جنون در ماده اخیر، همان بیماری‌های روانی است که در آن فرد قوه اراده و قوه تمیز خود را از دست می‌دهد، حسن و قبح رفتارهای خود را تشخیص نمی‌دهد و آثار و عواقب آن را درک نمی‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

تشخیص اختلالات روانی منجر به جنون حاصل از آن از دیرباز مورد مناقشه صاحب‌نظران در این زمینه بوده است؛ اما طی قرن‌ها هیچ معیار و ابزار معینی برای تشخیص آن وجود نداشت، امروزه با سیر تحولات تاریخی اختلالات روانی منجر به جنون متخصصین روان‌پزشکی و پزشکی قانونی با استفاده از برخی عوامل مؤثر در بروز اختلالات روانی که شامل تغییرات مغزی، عوامل ارثی، تجارب دوران کودکی، محیط خانوادگی، عوامل اجتماعی و عوامل شناختی است که در کنار آن برخی علائم اختلالات روانی وجود دارد که شامل اختلال در کارکرد جسمی، اختلال در کارکرد روانی و اختلال در فعالیت و سایر کارکردها است که باعث به وجود آمدن انواع و اقسام اختلالات روانی شامل پسیکوز، نورو و اسکیزوفرنی می‌شود. از همین رو امروزه متخصصان پزشکی قانونی و روان‌پزشکی با استفاده از روش‌های سنجش اختلال‌های روانی از جمله مصاحبه بالینی، آزمون‌های بالینی، مشاهدات بالینی و سایر ابزار سنجش، این‌گونه افراد مبتلا به اختلالات روانی را شناسایی نمایند. قانون‌گذار ما در ماده



۱۴۹ قانون مجازات اسلامی افرادی را که در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی باشند که فاقد اراده و قوه تمیز باشد را مجنون محسوب کرده و فاقد مسئولیت کیفری دانسته است؛ اما مقنن بدون تعیین ضابطه معینی از افراد دارای اختلال روانی به اعمال تخفیف و معافیت آن‌ها از مجازات نموده است. در نتیجه پزشکان قانونی و روان‌پزشکان با انجام آزمون‌ها و مصاحبه‌های علمی بالینی و تجربی که با افراد دارای اختلالات روانی دارند و با تعیین شدت و نوع جنون می‌توانند قضات را در رسیدن به یک وحدت عمل در مورد این افراد راهنمایی نمایند. لیکن چالشی که در این خصوص مطرح است. این است که تشخیص بیماری‌های روانی و جنون امری سخت و مصاحبه‌ها و آزمون‌های تشخیصی سلیقه‌ای است و ممکن است روانشناسی فردی را بیمار تشخیص داده اما روانشناس دیگر چنین نظری در مورد وی نداشته باشد.

پیشنهادهای

در ادامه پیشنهاد‌های زیر به دست‌اندرکاران نظام عدالت کیفری و پزشکی قانونی، در جهت شناسایی معیار سنجش اختلالات روانی منجر به جنون ارائه می‌گردد.

۱. استفاده از تمامی ابزارهای موجود اعم از فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در کاهش ابتلا افراد به اختلالات روانی.
۲. به‌روزرسانی قوانین موجود با توجه به پیشرفت‌های علمی در مورد تشخیص اختلالات روانی منجر به جنون.
۳. باید تعریف‌های ارائه‌شده در مورد اختلال‌های روانی منجر به جنون صریح، جامع و مانع گردد.
۴. استفاده از نظر‌های متخصصین امر برای تشخیص درست اختلالات روانی منجر به جنون.

منابع

۱. بوالهروی، جعفر (۱۳۹۰)، *بهداشت روان برای کارشناسان بهداشتی*، چاپ اول، تهران: انتشارات حکیم هیدجی.
۲. بیگی، جمال و تیموری، مهرداد (۱۴۰۲)، تحلیل فقهی، حقوقی و پزشکی قتل مجنون و چالش‌های فراروی کیفر آن، *مجله فقه پزشکی*، ۱۵(۴۵): ۱-۱۲.
۳. جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۷۸)، *مبسوط در ترمینولوژی حقوق*، چاپ اول، تهران: انتشارات گنج دانش
۴. جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۹۸)، *ترمینولوژی حقوق*، چاپ سی و ششم، تهران: انتشارات گنج دانش.
۵. جیمز سادوک، بنجامین، آلکوت سادوک، ویرجینیا و روئیز، پدرو (۱۳۹۵)، *خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی ویراست یازدهم ۲۰۱۵*، ترجمه: فرزین رضاعی، جلد ۱، تهران: انتشارات ارجمند.
۶. دوروشی، غلامعلی، مصری، مهدی، طاهری، سید کاظم، نوروزی، ساره (۱۳۹۵)، بررسی مصادیق فقدان قوه تشخیص و اراده از دیدگاه پزشکی قانونی و حقوق کیفری، *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۲(۲): ۱۲۸-۱۲۱.
۷. رحمانی زاد فیروزجائی، هادی (۱۳۹۳)، *تحولات مفهوم جنون و مسئولیت کیفری ناشی از آن در قانون مجازات اسلامی جدید با مطالعه تطبیقی در فقه امامیه و حقوق مصر*، پایان‌نامه دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری.
۸. روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای. پی (۱۳۸۹)، *روانشناسی نابهنجاری: آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM - IV* ترجمه: یحیی سید محمدی، جلد ۱، تهران: انتشارات ساوالان.
۹. روستایی، مهرانگیز و عبدالله زاده رافی، مهدی (۱۴۰۰)، سیاست جنایی افتراقی در قبال اختلال روانی بزه دیده در مقایسه با اختلال روانی بزهکار؛ ضرورت و چالش‌ها، *مجله حقوق پزشکی*، ۱۵(۵۶): ۸۱۷-۸۳۲.
۱۰. زرانی، فریبا، اسمعیلی، صلاح‌الدین، قشنگ، نیره، آقا محمدی، سوده و خزائی، محمود (۱۳۹۵)، پنج‌مین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: تحول، نقد، چشم‌انداز، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۱): ۱-۱۳۶-۱۲۵.

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجانشرقی، مراغه، بلوار شهید درخششی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۳ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ - داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



۱۱. شاملو، سعید (۱۳۹۰)، *آسیب‌شناسی روانی*، چاپ یازدهم، تهران: انتشارات رشد.
۱۲. شکرگزار، سمیه، وارسته، محدثه، عیسی نظر، عادل، زوار موسوی، مریم، فلاحی خشت مسجدی، مهناز (۱۴۰۰)، بررسی بستری اجباری در پرونده‌های بیماران معرفی شده از مراجع قضایی به بیمارستان روان‌پزشکی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۳۰(۴): ۳۱۴-۳۲۵.
۱۳. صانعی، پرویز (۱۳۸۸)، *حقوق جزای عمومی*، چاپ اول، تهران: انتشارات طرح نو.
۱۴. طاهری، حبیب‌الله (۱۳۸۷)، *نقش باورهای دینی در رفع نگرانی‌ها*، چاپ اول، تهران: انتشارات زائر.
۱۵. علمی، محمدرضا و قبادی، کاوه (۱۳۹۳)، گستره جنون در فقه و حقوق، *فصل‌نامه پژوهش‌های فقهی*، ۱۰(۴): ۸۲۳-۸۵۲.
۱۶. غلامی، نبی‌الله، عباسی، محمود و سلطانی کوهبنانی، سکینه (۱۳۹۷)، مفهوم جنون در قانون مجازات اسلامی؛ موضوعیت یا طریقیّت، *فصل‌نامه حقوق پزشکی*، ۱۲(۴۴): ۹۴-۷۷.
۱۷. فرزاد بیرجندی، پروین (۱۳۷۰)، *روانشناسی رفتارهای غیرعادی (مرضی)*، چاپ پنجم، تهران: انتشارات دهخدا.
۱۸. گنجی، مهدی (۱۳۹۴)، *راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5*، چاپ سوم، تهران: انتشارات ساوالان.
۱۹. معین، محمد (۱۳۹۱)، *فرهنگ فارسی*، چاپ بیست و هفتم، جلد اول، تهران: انتشارات امیرکبیر.
۲۰. موسوی، سید محمد (۱۳۹۸)، مقایسه «جنون» در حقوق ایران و افغانستان و روان‌پزشکی، *دو فصل‌نامه گفت‌مان حقوقی*، ۸(۱۶): ۲۳-۳۶.

21. Heather, Stuart (2012), Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments, *Journal of CNS Drugs*, 20(1): 99.
22. Read, John (2020), Bad things happen and can drive you crazy: The causal beliefs of 701 people taking antipsychotics, *Journal of Psychiatry Research*, 285(1): 1-7.
23. Sadock, Benjamin, Sadock, James, Alcott, Virginia, Pedro & Ruiz (2015), *Kaplan & Sadocks Synopsis of Psychiatry*, Eleventh Edition, Publisher LWW.
24. Thornicroft, Graham (2007), Most people with mental illness are not treated, *Journal of The Lancet*, 370(9590): 807.
25. Varshney, Mohit, Mahapatra, Ananya, Krishnan, Vijay, Gupta, Rishab & Sinha Deb, Koushik (2016), Violence and mental illness: what is the true story?, *Journal of Epidemiol Community Health*, 70(3): 1-3.



Criteria & Tools of Forensic Medicine in Measuring Mental Disorders Leading to Insanity

Hamed Pourian

PhD Student in Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran.
hamedpourian@yahoo.com

Mehrdad Teymouri

Researcher of Law Research Center, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
(Corresponding Author) mehrdadteymoori1@gmail.com

Abstract

Background & Aim: The importance of achieving a standard and a method that can prove the lack of discernment and will of individuals causes the courts to benefit from experts in this field, which are legal doctors and psychiatrists. By accurately determining these examples, it is possible to prevent the punishment of many patients who may be wrongly considered as punishment, so the purpose of this article is to examine the criteria and tools of forensic medicine in measuring mental disorders leading to insanity.

Method: The current research has used the library method, which after referring to the written sources in psychiatry, forensic medicine, as well as to the articles in this field, with a logical method and intellectual independence, the collected information has been analyzed.

Findings: The findings of the research indicate that today, forensic medicine and psychiatric specialists use some effective factors in the occurrence of mental disorders, which include brain changes, hereditary factors, childhood experiences, family environment, social factors and cognitive factors, along with some symptoms. There are mental disorders that include physical dysfunction, mental dysfunction, activity dysfunction, and other dysfunctions that cause all kinds of mental disorders including psychosis, neurosis, and schizophrenia. Therefore, today, psychiatric and forensic medicine specialists identify such people with mental disorders by using methods of measuring mental disorders, including clinical interviews, clinical tests, clinical observations and other measuring tools.

Conclusion: Based on the results of the research, forensic doctors and psychiatrists can guide the judges in reaching a unity of action regarding these people by conducting clinical and experimental scientific tests and interviews with people with mental disorders and by determining the intensity and type of insanity. But there is a challenge in this regard. Diagnosing mental illnesses and insanity is a difficult matter, and diagnostic interviews and tests are subjective, and a psychologist may have diagnosed a person as sick, but the psychologist no longer has such an opinion about him.

Keywords: Forensic Medicine, Madness, Mental Disorders, Psychiatry, Criminal Liability.