

# به نام خدا

## خلاصه روان پزشکی قانونی

برگرفته از کتاب قانون و روان پزشکی

**دکتر سیدمهدی صابری**

دانشیار پژوهشی مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

### مقدمه:

بیشترین و مهم‌ترین نقش روان پزشکان در حیطه فعالیت‌های کیفری، همکاری با دادگاه‌ها جهت بررسی و تعیین صلاحیت روانی متهمین برای محاکمه شدن<sup>۱</sup>، ارزیابی متهم از نظر احتمال ابتلاء به اختلال روانی در زمان ارتکاب جرم<sup>۲</sup> و ارائه توصیه‌هایی به دادگاه در ارتباط با نیاز به درمان در موارد خاص است. صلاحیت روانی متهم برای محاکمه به معنای قابلیت ذهنی متهم برای فهم محاکمه و توانایی همکاری با وکیل مدافع است. در بریتانیا مفهوم مشابه آن قابلیت برای محاکمه<sup>۳</sup> است. روان پزشکان قانونی غالباً به عنوان شاهد متخصص<sup>۴</sup> برای اظهار نظر در هر دو موضوع حقوق کیفری و مدنی<sup>۵</sup> به دادگاه فراخوانده می‌شوند. آنان باید نظر خود را به عنوان متخصص به دادگاه ارائه دهند، بنابراین معمولاً قبل از حضور در دادگاه یک گزارش مفصل تهیه نموده و با خود به دادگاه می‌آورند. دادگاه به روان پزشک اجازه می‌دهد نظرات خود را تا جایی که برای قاضی و هیئت منصفه قابل فهم باشد، ارائه نماید. به همین منظور آموزش ویژه روان پزشکان برای ارائه اصولی و علمی نظراتشان در قبال دادگاه مورد توجه خاص قرار دارد.

### مسئولیت‌های روان پزشکان در پزشکی قانونی

عمده‌ترین وظایف روان پزشکان قانونی در زمینه موضوعات کیفری بیماران معرفی شده از سوی دادگاه است. این موارد عبارتند از:

- \* ارزیابی توانایی ذهنی متهم برای حضور در بازپرسی و محاکم<sup>۶</sup>
- \* بررسی احتمال ابتلاء متهم به اختلال روانی در زمان ارتکاب جرم<sup>۷</sup>
- \* درمان روان پزشکی بیماران مرتکب جرم که با دستور دادگاه به بیمارستان روان پزشکی ایمن معرفی شده‌اند.<sup>۸</sup>

<sup>1</sup>Competence to stand trial (C.S.T)

<sup>2</sup>Mental state at the time of the offense (M.S.O)

<sup>3</sup>Fitness to plead

<sup>4</sup>Expert witness

<sup>5</sup>Criminal and Civil proceedings

<sup>6</sup>Competence to stand trial (C.S.T)

<sup>7</sup>Mental state at the time of the offense (M.S.O)

<sup>8</sup>Hospital Treatment Order (H.T.O)

\* درمان روان پزشکی بیماران مرتکب جرم که با پیشنهاد روان پزشک قانونی و به دستور دادگاه باید در بیرون از بیمارستان و با اعمال محدودیت کمتر انجام شود.<sup>9</sup>

\* درمان روان پزشکی در بیمارانی که به تشخیص دادگاه مسئول شناخته شده اند اما در طی مدت حبس به درمان-های مذکور نیاز دارند.<sup>10</sup>

## گزارش روان پزشکی برای دادگاه

یکی از اولین گام‌ها برای نوشتن یک گزارش مفید در نظر گرفتن سوالاتی است که دادگاه از روان پزشک پرسیده است. این موضوع باعث می‌شود هدف بررسی‌های روان پزشک مشخص تر باشد. سپس باید منابع اطلاعاتی لازم شناسایی شوند. این منابع می‌تواند فقط مصاحبه روان پزشکی باشد اما در اکثر موارد اخذ شرح حال از بستگان نزدیک، بررسی سوابق درمان، تاریخچه زندگی اجتماعی فرد (وضعیت تحصیلی، خدمت وظیفه، زندگی زناشویی و وضعیت شغلی)، و یا ارزیابی‌های روان شناختی بیشتر ضرورت دارد. روان پزشک باید این منابع اطلاعاتی را به ترتیبی که مورد نیاز است به کارگیرد.

در پزشکی قانونی ایران گزارش‌های روان پزشکی برای دادگاه تفصیل زیادی ندارد و گزارش معمولاً کوتاه و مستقیماً در پاسخ به سوال طرح شده در نامه دادگاه است. بر اساس دستورالعمل‌های موجود در سازمان پزشکی قانونی، روان پزشکان تلاش می‌کنند با توجه به موضوع سوال و با بیانی توصیفی، وضعیت روانی فرد را به دادگاه اعلام و از به کار بردن واژه‌های صرفاً قضایی پرهیز کنند.

## اختلالات روانی و موضوعات قانونی

### اختلالات روان پریشی

از مهم‌ترین دسته اختلالات روان پریشی، اسکیزوفرنی است و نشانه بارز آن پریشانی تفکر می‌باشد. بیمار معمولاً دچار آشفتگی در رفتار و ادراک و عواطف است و توانایی واقعیت‌سنجی وی به طورنسبی یا کامل از بین رفته است. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، غالباً در محاکم قضایی کیفری یا تبرئه می‌شوند یا میزان مسئولیت و مجازات آنان کاسته می‌شود.

### اختلالات خلقی

حس شدید ناامیدی و درماندگی ممکن است بیمار مبتلا به افسردگی را درگیر مشکلات قانونی نماید. اقدام به انجام معاملات غیر عقلایی، بذل و بخشش به دلیل سیر شدن از زندگی و انجام وصایای غیرمنطقی از مواردی است که گاه در مورد بیماران افسرده دیده می‌شود. در چنین مواردی ممکن است حکم حجر وی نیز از سوی دادگاه صادر شده و برای او قیم تعیین گردد. در این گونه موارد دادگاه وظایف قیم را به او یادآوری می‌کند و او را ملزم می‌سازد که برای درمان وی اقدام نماید. وظایف قیم در قانون پیش‌بینی شده است.

<sup>9</sup>Community Treatment Order (C.T.O)

<sup>10</sup>Secure treatment order

بیمار مبتلا به افسردگی ممکن است دچار حالات روان‌پریشی باشد. از نظر تشخیصی این موارد را افسردگی هذیانی یا افسردگی با تظاهرات سایکوتیک می‌نامند. از نظر قانونی عود مکرر دوره‌های افسردگی هذیانی می‌تواند جنون ادواری تلقی شود. بدیهی است فواصل بهبود و دوره‌های بدون علامت از نظر بالینی، برهه افاقه (بهبودی) محسوب شده و بر طبق قانون، انجام معاملات فرد در برهه بهبودی نافذ است.

این موضوع در مورد اختلالات دو قطبی خلقی<sup>11</sup> نیز صادق است. اختلال دو قطبی می‌تواند همراه با علائم روان‌پریشی باشد. این موارد هم می‌تواند از نظر قضایی به عنوان جنون ادواری شناخته شود زیرا برهه‌های بهبودی معمولاً وجود دارد. اما اختلال دو قطبی بدون علائم روان‌پریشی را باید مورد به مورد تحت بررسی قرار داد. ممکن است عده‌ای از روان‌پزشکان مواردی از اختلال خلقی را که همراه با علائم روان‌پریشی نیستند، به دلیل اختلال شدید در قوه قضاوت فرد، رفتارهای غیرمنطقی و ضعف و اختلال در درک، نتیجه رفتار در حد رفع مسئولیت کیفری تشخیص دهند، اما این موارد همیشه مورد بحث بوده و قوانین کیفری و گروهی از روان‌پزشکان سیستم قضایی بیشتر در چنین مواردی تأکید بر تقلیل مسئولیت دارند.

از آن جا که یکی از ملاک‌های اختلال، از دست رفتن قوه قضاوت و بینش است بنابراین در اکثر موارد باید بپذیریم که بیمار در دوره‌های عود مانیا از نتایج رفتار خود آگاه نیست، مگر آن که جرم انجام شده ارتباطی به نشانه‌های بیماری مانیا نداشته باشد، که غالباً اثبات این موضوع کار ساده‌ای نیست. خُلق<sup>12</sup> یک تجربه هیجانی درونی است و در بیمار مانیک ممکن است نوسان داشته باشد. پاسخ به این سوال که عمل مجرمانه در چه وضعیت خلقی انجام گرفته، جز در مواردی که آشکارا ناشی از خُلق بالا بوده است، دشوار می‌باشد. از طرفی مواردی از بیماران مانیک حُسن و قُبَح رفتار خود را به طور نسبی تشخیص می‌دهند و در مواجهه با قانون، رفتار منطقی از خود نشان می‌دهند. برای ارائه گزارش به دادگاه در مورد این گونه بیماران باید برای روان‌پزشک محرز گردد که آگاهی و تسلط به رفتار از دست رفته و بیمار قضاوت درستی نسبت به عمل مجرمانه خود نداشته است. هم چنین اگر بیمار به دلیل خُلق بالا و یا خُلق تحریک‌پذیر رفتاری را انجام داده و نسبت به نتایج آن بینش نداشته، و در نهایت انگیزه مجرمانه نیز نامعلوم است، روان‌پزشک باید احتمال اختلال قوه اراده و تمییز را مد نظر قرار دهد. برخی از روان‌پزشکان تمایل دارند که تشخیص اختلالات دو قطبی را بدون توجه به داشتن یا نداشتن علائم روان‌پریشی معادل جنون ادواری بدانند.

بیشترین مشکلات قانونی که بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی با آن‌ها مواجه هستند، عبارت است از درگیری‌های کیفری مانند درگیری و نزاع، حمل و نگهداری یا سوء مصرف مواد مخدر و الکل، جعل عنوان (به دلیل باورهای خود بزرگ‌پنداری)، جرائم سیاسی، جرائم جنسی و قتل. احتمال درگیر شدن این بیماران با موضوعات حقوقی نیز زیاد دیده می‌شود و مهم‌ترین آن‌ها ایجاد عُسَر و حَرَج (سختی و مشقت برای همسر) در روابط زناشویی و مورد سوء استفاده مالی واقع شدن توسط دیگران (به دلیل تمایل به بذل و بخشش و انجام اقدامات مالی غیرعقلایی) است. بررسی کارشناسی در مورد این که یک بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی در برهه بیماری و یا برهه افاقه (بهبودی) اقدام به عقد قرارداد مالی نموده، یکی از مهم‌ترین موضوعات مورد سوال از سوی دادگاه است و متخصص روان‌پزشکی باید بتواند آن را برای دادگاه روشن نماید. بدیهی است روان‌پزشک برای تشخیص این که عمل مجرمانه در برهه بیماری بوده یا خیر به یک شرح حال دقیق، مطالعه جزئیات مندرج در پرونده بالینی و کیفری و انجام مصاحبه روان‌پزشکی با بیمار نیاز خواهد داشت.

<sup>11</sup>Bipolar Disorders

<sup>12</sup>Mood

## دمانس

دمانس<sup>۱۳</sup> که در DSM-5 با عنوان اختلال اساسی عصبی شناختی نامیده شده، عبارت است از تخریب پیش رونده کارکردهای شناختی مغز که در زمینه‌ای از هشیاری کامل بروز می‌کند. دمانس معمولاً سیر پیشرونده دارد ولی ممکن است در مواردی سیر نوسانی داشته و گاهی بهتر و گاه بدتر باشد، مانند دمانس عروقی.<sup>۱۴</sup> هر هفته پرونده‌های متعددی در ارتباط با سوء استفاده مالی از افرادی که مبتلا به دمانس بوده و اسنادی را در شرایط ناآگاهانه تنظیم نموده اند در جلسات شورای روان پزشکی قانونی مطرح می‌شود. بیشترین دلیل ارجاع بیمار مبتلا به دمانس در روان پزشکی قانونی، درخواست حکم حجر و تأیید از کار افتادگی است. در برخی از موارد تعیین تاریخ شروع اختلال قوای عقلی در حدی که فرد ناتوان از اداره امور خود شده باشد، بسیار دشوار است. برای پاسخ دادن به سوال دادگاه در چنین مواردی، از آن جا که سیر دمانس غیرقابل پیش بینی است، باید اطلاعاتی از نحوه رفتار و زندگی بیمار در گذشته و نیز مدارک پزشکی، مستندی در اختیار داشته باشیم.

## اختلالات روانی جنسی

اختلالات روانی جنسی از مواردی است که تشخیص قطعی آن از نظر قانونی می‌تواند حائز اهمیت خاصی باشد. گاه تأیید وجود نوعی اختلال کنشی جنسی می‌تواند به دادگاه کمک کند تا برای ادامه یا ختم یک زندگی زناشویی آشفته تصمیم درستی بگیرد. از آن جا که در قانون مدنی از جمله عیوبی که در مرد و در زن موجب حق فسخ برای طرف مقابل می‌شود، وجود ناهنجاری‌های شدید در برقراری رابطه جنسی است، اهمیت این موضوع بیش از پیش مشخص می‌گردد. ابتلاء مرد به «عِنَن» که مفهومی فراتر از «ناتوانی جنسی» دارد از جمله این عیوب است. هم چنین ابتلاء زن به «قَرَن» یا «عَقْل» که می‌توان آن را معادل واژینیسیموس دانست. هر دو این موارد از دلایل قانونی برای فسخ نکاح است. تأیید وجود اختلالات روانی جنسی نیاز به بررسی‌های تخصصی ویژه‌ای دارد. مشاوره با متخصصین زنان و جراحی غالباً کمک کننده خواهد بود، اما همواره در چنین بررسی‌هایی باید انکار حقایق توسط بیمار را به دلیل این که یک نفع نیرومند خارجی وجود دارد، مدنظر قرار داد.

در پزشکی قانونی بررسی‌های لازم از معاینه تا روش‌های تشخیصی پاراکلینیک صورت گرفته و متخصصین روان پزشکی از نظر وجود اختلالات احتمالی روانی و یا ناهماهنگی زناشویی<sup>۱۵</sup> آنان را مورد معاینه قرار می‌دهند. چنانچه دلایل محکمی مبنی بر ابتلاء هر یک از زوجین به اختلالات روانی - جنسی و یا انحراف جنسی مطرح باشد به دادگاه منعکس می‌گردد تا در مورد ادامه زندگی آنان تصمیم‌گیری شود. در بعضی موارد ممکن است یکی از زوجین دادخواست «عُسر و حَرَج»<sup>۱۶</sup> به دادگاه ارائه نمایند. این نوع دادخواست در هر موردی که رفتار آزارنده همسر غیر قابل تحمل باشد از جمله در موارد اختلال کنشی جنسی قابل طرح است. به عبارتی هرگاه یکی از زوجین (غالباً زن) از رفتارهای جنسی آزار دهنده و غیر معمول همسر خود در رنج باشد، می‌تواند به دادگاه شکایت کند و قاضی ممکن است رأی به عُسر و حَرَج

<sup>13</sup>Dementia

<sup>14</sup>Multi Infarct Dementia (MID)

<sup>15</sup>Marital discordance

<sup>16</sup>به معنای رنج و مشقت

داده و زوج را وادار به طلاق نماید. البته ابتلاء مرد به «عِنَن»<sup>۱۷</sup> و ابتلاء زن به «قَرَن»<sup>۱۸</sup> چنانچه ثابت شود موجب حق فسخ نکاح برای طرف مقابل است و در چنین مواردی فردی که با رأی نهایی دادگاه ادعای خود را ثابت کند حتی می‌تواند طلب خسارت و جبران زیان نماید. این گونه معاینات در روان پزشکی قانونی به دلیل اهمیت موضوع و به دلیل محدودیت‌هایی که برای بررسی و اثبات آن وجود دارد، همواره جزء دشوارترین معاینات است.

### ملال جنسیتی (که قبلاً با نام اختلال هویت جنسی خوانده می‌شد)

این اختلال با احساس نارضایتی مستمر از جنسیت بیولوژیک و احساس شدید متعلق بودن به جنسیت مقابل همراه است. افراد مبتلا به ملال جنسیتی، به خصوص بعد از بلوغ که هویت جنسی آنان نقش مهمی پیدا می‌کند، تصمیم به تغییر دادن ظاهر فیزیکی خود و انجام عمل جراحی تغییر جنسیت<sup>۱۹</sup> می‌گیرند. ارائه مجوز انجام این عمل از نظر روانی باید پس از طی مراحل خاصی توسط کمیسیون روان پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور صورت گیرد. مرجع معرفی کننده در این گونه موارد شعب رسیدگی به امور حسبی<sup>۲۰</sup> دادگاه خانواده است. بیمار ابتدا تأییدیه ای مبنی بر ابتلا به اختلال هویت جنسی از روان پزشک معالج دریافت و با ارائه آن به دادگاه خانواده درخواست خود را برای موافقت با انجام عمل جراحی تغییر جنسیت مطرح می‌کند. قاضی دادگاه دستور انجام بررسی‌های پزشکی را در پزشکی قانونی صادر نموده و بیمار پس از طی مراحل تشخیصی، درمانی و مشاوره که از سوی سازمان پیشنهاد می‌گردد در کمیسیون روان پزشکی شرکت نموده و چنانچه تشخیص در مورد وی احراز گردید و درمان‌های روان پزشکی نیز تأثیری در تغییر وضعیت ذهنی او نداشت، مجوز انجام این عمل برای وی صادر می‌شود.

تأیید متخصصین سازمان مبنی بر این که فرد می‌تواند با هویت جنسی - روانی جدید شناخته شود به منزله تعویض قانونی اوراق هویتی وی تلقی می‌شود و دادگاه رأی نهایی خود را در این مورد برای ارائه به ادارات ثبت احوال اعلام می‌نماید.

## واژه‌ها و قوانین مدنی مرتبط با اختلالات روانی

### حجر و محجوریت

حسب قانون کسی که قادر به اداره اموال خود نباشد، محجور است و باید اداره اموال او به فرد دیگری سپرده شود تا با نظارت قانون منافع او را محافظت کند. به عبارت دیگر محجور به فردی گفته می‌شود که به دلیل نداشتن سن قانونی یا عدم رشد ذهنی و یا ابتلاء به جنون نمی‌تواند امور مالی خود را اداره کند. دادسرای ویژه سرپرستی، مسئول رسیدگی به امور محجورین است. افراد مبتلا به ناتوانی هوشی معمولاً برای انجام معاینات تخصصی از نظر میزان ناتوانی ذهنی و تأثیر آن در توانایی او برای مدیریت در امور مالی به پزشکی قانونی ارجاع می‌شوند. تعیین شدت ناتوانی هوشی برای تصمیم‌گیری‌های قضایی مهم است.

<sup>17</sup> ناتوان ماندن مرد برای انجام مقاربت جنسی ولو یک بار

<sup>18</sup> وجود هر گونه مانع در مجرای تناسلی زن که مانع از انجام عمل جنسی باشد.

<sup>19</sup> Sexual Reassignment Surgery

<sup>20</sup> «حسبی» در لغت به معنای منسوب به حسب و مربوط به شرف خانوادگی است و بنا بر مفاد ماده یک قانون امور حسبی مصوب تیر سال 1319 امور حسبی اموری است که دادگاه‌ها مکلفند نسبت به آن امور اقدام کرده و تصمیمی اتخاذ کنند؛ بدون این که رسیدگی به آن متوقف بر وقوع اختلاف و منازعه بین اشخاص و اقامه دعوا از طرف آنها باشد.

از موارد مهم بالینی که به خصوص در پرونده‌های حقوقی می‌تواند چالش بسیاری را ایجاد کند، دلیریوم<sup>21</sup> است. این امکان وجود دارد که بیمار مبتلا به دلیریوم در مرحله ناآگاهی و در شرایطی که دچار توهمات یا اختلالات شناختی شدید است مورد سوء استفاده مالی قرار گیرد. از آن جا که اعمال انجام شده در حالت عدم هوشیاری مسئولیتی برای فرد ندارد، قبول تعهدات مالی که در چنین شرایطی انجام شود، می‌تواند با نظر دادگاه مبتنی بر نظر روان پزشک قانونی فسخ شود. هرچند تشخیص قطعی این وضعیت در برخی از موارد بسیار دشوار است اما در بیشتر پرونده‌های مطرح شده با توجه به وضعیت بالینی فرد در زمان مورد نظر، دادگاه بر اساس پرونده پزشکی و ماهیت و سیر بیماری می‌تواند مشخص کند که بیمار توانایی تصمیم‌گیری در باره امور مالی را داشته یا خیر؟ یکی از نکات مهم این است که با توجه به گذرا بودن عارضه که معمولاً با بهبودی قابل توجهی نیز همراه است، این سوال مطرح می‌شود که آیا واقعاً بیمار در حالت دلیریوم مورد سوء استفاده قرار گرفته و یا این که آگاهانه قصد سوء استفاده از بیماری عضوی زمینه‌ای<sup>22</sup> را داشته و می‌خواهد قراردادی را که اینک از انجام آن پشیمان شده است ابطال کند؟ هر چند در دادرسی‌های اولیه معمولاً صحت یا سقم ادعا به آسانی مشخص می‌شود اما در برخی موارد، نیاز به تحقیقات بیشتری وجود دارد. قاضی غالباً شخص مدعی را به پزشکی قانونی معرفی می‌کند و روان پزشک پس از اخذ شرح حال و انجام مصاحبه، برای پی بردن به وضعیت روانی فرد در زمان مورد نظر تمامی مدارک پزشکی وی را بررسی می‌نماید. به دلیل این که دلیریوم غالباً در زمینه یک وضعیت شدید طبی بروز می‌کند، معمولاً پرونده پزشکی وجود دارد. ممکن است بیمار در زمان مورد نظر در بیمارستان بستری شده و تحت معالجات ویژه‌ای قرار گرفته باشد. علاوه بر بررسی پرونده پزشکی، تمامی شرایط موجود باید از سوی روان پزشک مورد توجه قرار گیرد. چنانچه پرونده پزشکی به شکلی علمی و به طور کامل تنظیم شده باشد، تصمیم‌گیری و اظهار نظر دقیق کارشناسی امکان پذیر خواهد بود. از آن جا که غالباً بروز دلیریوم در مدت بستری بیمار در بیمارستان بروز می‌نماید، علائم و سیر بیماری که به دقت در پرونده بیمار درج شده باشد، اهمیت ویژه‌ای دارد. در برخی دعاوی قانونی یک پرونده کامل پزشکی که دستورات پزشک و گزارش پرستاری به روشنی در آن درج و اجرا شده و وضعیت بیمار در زمان‌های مختلف ثبت شده باشد، به بررسی‌های پزشکی قانونی کمک زیادی خواهد کرد.

## جنون

جنون یک اصطلاح قضایی است و از کاربرد آن در متون علمی روان پزشکی اجتناب می‌شود. دانش روان پزشکی هر چند تلاش کرده تا اختلالات روانی را طبقه بندی نماید و اصطلاحات ویژه علمی را متداول سازد اما در مواجهه با مشکلات قانونی بیماران روانی ناگزیر به استفاده از مفاهیم متداول در علم حقوق است. در متون روان پزشکی بعضی از اختلالات روانی «با ماهیت روان‌پریشی»<sup>23</sup> تعریف شده‌اند. اختلال روان‌پریشی همراه با اختلال جریان فکر، درک و رفتار به حدی است که واقعیت سنجی بیمار را از بین می‌برد و بیمار دچار هذیان یا توهمات و در مواردی انحطاط مزمن شخصیتی می‌شود. معمولاً اختلال ایجاد شده در روابط فرد با اجتماع چشمگیر است و در بسیاری از موارد منجر به بستری بیمار در بیمارستان روانی می‌گردد. آیا این نوع از اختلالات روانی معادل جنونی می‌باشد که با تعاریف قضایی

<sup>21</sup>Delirium

<sup>22</sup>Underlying organic disease

<sup>23</sup>With psychotic feature

شناخته شده است؟ این سوالی است که همواره به عنوان یکی از چالش‌های مهم بین روان پزشکان مطرح بوده است. در متون حقوقی جنون را گاه به معنای فقدان قوه اراده و تمییز و گاه صفت کسی می‌دانند که قدرت تشخیص حُسن و قُبْح و هم چنین نفع و ضرر را نداشته باشد. دکتر حسن امامی در جلد چهارم کتاب حقوق مدنی مجنون را چنین توضیح داده است: «مجنون کسی است که دارای اختلال عقلی است و نمی‌تواند در اجتماع وضعیت خود را حفظ و از حقوق خود دفاع نماید.»

روان پزشکان در پاسخ به سوالات دادگاه در مورد بیماران روانی ناگزیرند واژه‌های تخصصی خود را با اصطلاحات رایج قضایی تطبیق دهند. هر چند پیش از این در اظهار نظرهای قانونی کاربرد واژه‌های قضایی توسط روان پزشکان به وفور مشاهده می‌شد، اما در سال‌های اخیر بنا بر تصمیماتی که در سازمان پزشکی قانونی، به عنوان تنها مرجع معتمد دادگاه-ها برای پاسخ‌دهی به استعلام‌های مرتبط، اتخاذ شده از کاربرد واژه‌های صرفاً قضایی، نظیر جنون، اجتناب می‌شود و توصیف واژه‌های قضایی در قوانین جدید، اجرای این تصمیم را تسهیل نموده است. امروزه تلاش روان‌پزشکان قانونی بر این است تا با روشن‌تر شدن مفاهیم مورد نظر و با توجه به تأکید قانون سلامت روان مبنی بر انگ زدایی از بیماران روانی، با ارائه مفاهیم توصیفی از وضعیت روانی، قضات را برای تصمیم‌گیری شایسته در موارد مرتبط یاری نمایند. در هر حال این موضوع نباید باعث شود که روان‌پزشکان خود را از دانستن مفاهیم قضایی بی‌نیاز بدانند. به عنوان مثال در متون فقهی به جنون متصل به صغر اشاره شده که منظور از آن جنونی است که شخص قبل از سن بلوغ شرعی به آن مبتلا شده باشد. این مفهوم در حقوق مدنی به معنای جنونی است که در ابتدای نوزده سالگی وجود داشته باشد. هم چنین منظور از جنون غیر متصل به صغر جنونی است که پس از رسیدن به سن بلوغ (در اصطلاح فقهی) و یا سن کِبَر (در اصطلاح قانون مدنی) آشکار شود. روان‌پزشکان برای کمک به دادگاه و اجرای عدالت مجبورند با این مفاهیم به خوبی آشنا باشند.

### جنون مستمر و جنون ادواری

منظور از جنون مستمر جنونی است که بعد از شروع تا زمان حال، علائم و نشانه‌های آن از بین نرفته و بهبود آن نیز متصور نباشد. در متون حقوقی به نام جنون مطبّق یا اطباقی و دائمی نیز گفته شده است. اما جنون ادواری همیشگی و دائمی نیست بلکه هر چند ساعت یا چند روز یا چند ماه در بیمار ظاهر می‌شود و دارای برهه‌های آفاقه (بهبودی) است یعنی این که دوره‌های بهبودی قطعی دارد. این وضعیت تکرار شونده و عود جنون، گاه منظم و گاه نامنظم است. در متون حقوقی به نام جنون غیراطباقی نیز گفته شده است.

در بین اختلالات روان‌پزشکی به اختلالات خلق با ماهیت روان‌پریشی و نیز اختلالاتی که دوره‌های روان‌پریشی عود کننده دارند برخورد می‌کنیم که می‌توان آن‌ها را با توجه به تعریف، مصادیقی از جنون ادواری دانست.

مواد قانونی مختلفی در قانون مدنی به موضوع جنون اشاره دارد. بر اساس ماده 1211 قانون مدنی جنون به هر درجه که باشد موجب حَجْر است و بنا بر ماده 1213 این قانون مجنون دائمی مطلقاً و مجنون ادواری در حال جنون نمی‌توانند در اموال و حقوق مالی خود تصرف کنند ولو با اجازه ولی یا قیم خود، لکن اعمال حقوقی که مجنون ادواری در حال آفاقه می‌نماید نافذ است مشروط بر آن که آفاقه او مسلم باشد. به تعبیر بسیاری از حقوق‌دانان منظور از آفاقه مسلم بهبودی قطعی است و این که برگشت حالت جنون متصور نباشد. در ماده 1121 قانون مدنی به شرط استقرار برای جنون اشاره شده که برای فسخ نکاح مورد توجه است. این موضوع همان گونه که از متن ماده قانونی پیداست به نوع دیگری از جنون

اشاره نکرده، بلکه به شرایطی خاص از جنون اشاره دارد و تشخیص آن به نظر می‌رسد صرفاً بر مبنای نظر کارشناس متخصص باشد.

قانون مدنی در ماده 678 به موضوع منتفی شدن وکالت پرداخته است. بر اساس ماده مذکور ابتلاء به جنون هریک از طرفین وکالت (وکیل یا موکل)، سبب ابطال وکالت نامیده خواهد شد. موارد دیگرهم شامل عزل موکل و یا استعفای وکیل و یا فوت هریک از آنان است.

### سفاهت

این واژه که در متون حقوقی مرتبط با توانایی اداره امور مالی به کرات به کار گرفته می‌شود، از نظر لغوی به معنای نادانی، بی‌اطلاعی و کم‌عقلی است. در متون حقوقی سفیه کسی است که قدر اموال خود را نداند و تصرفات او در اموال و حقوق خود عقلایی نباشد. سفیه قدرت تشخیص نفع و ضرر ندارد ولی بر تفاوت حُسن و قُبْح آگاه است. در برخی از نوشته‌های فقهی و یا حقوقی به این مطلب اشاره می‌شود که سفیه کسی است که قدرت نگهداری اموال خود را ندارد و یا اموال خود را تلف می‌کند. هم‌چنین گاه گفته می‌شود سفیه صفت کسی است که مالی را به‌گزارف می‌خرد و به ثمن بخش (بسیار ارزان و ناچیز) می‌فروشد و این به معنای نادانی و نداشتن تعقل در ارزش مال است. این مفهوم با تعریفی که از غیر رشید می‌شود نیز منطبق است. ناتوانی ذهنی و هرگونه اختلال روانی همراه با کاهش قوای عقلانی در حدی که منطبق با تعریف فوق باشد، می‌تواند به سفاهت تعبیر شود.

### حَجْر

حَجْر در لغت به معنای منع و بازداشتن آمده است و در حقوق مدنی عبارت است از ممنوع بودن شخص از تصرف مستقل در اموال و حقوق مالی خود از سوی قانون. حَجْر، ناتوانی و ورشکستگی است و فرد محجور به سبب بی‌عقلی و ناتوانی از تصرف در اموال خود منع شده است. حَجْر یک واژه حقوقی است و در گزارش‌های تخصصی و در متون روان پزشکی به کار برده نمی‌شود. فرد محجور نیازمند قییم و سرپرست قانونی است.

بر اساس قانون مدنی ایران سه دسته افراد محجور شناخته شده و از تصرف در اموال و حقوق مالی خود ممنوع هستند: افراد صغیر، مجانین و افراد غیررشید (ماده 1207). بر اساس ماده 213 قانون مدنی معامله محجورین نافذ نیست. در ماده 1223 نیز تصریح شده در مورد مجانین دادستان باید قبلاً رجوع به خبره کرده و نظریات خبره را به دادگاه مدنی خاص ارسال دارد. در صورت اثبات جنون دادستان به دادگاه رجوع می‌کند تا نصب قییم شود. بر اساس ماده 1225 قانون مدنی همین که حکم جنون یا عدم رشد یک نفر صادر و توسط محکمه شرع برای وی قییم معین گردید، مدعی‌العموم می‌تواند حَجْر او را اعلان نماید. انتشار حَجْر هر کس که نظر به وضعیت دارایی او ممکن است طرف معاملات مالی عمده واقع گردد، الزامی است.

دادسرای ویژه سرپرستی، مسئولیت تعیین سرپرست برای محجورین را به عهده دارد. معمولاً بعد از تحقیقات دادستان و تأیید روان‌پزشک مبنی بر این که بیمار به حدی از ناتوانی هوشی مبتلاست که نمی‌تواند در امور مهم زندگی تصمیم‌گیری عقلایی داشته باشد، رأی حَجْر توسط قاضی صادر می‌گردد. دادگاه برای فرد محجور قییم تعیین می‌نماید و طبق ماده 1006 قانون مدنی، فرد صغیر یا محجور در همان اقامتگاه ولی یا قییم خود سکونت می‌کند. در مورد افراد ساکن در خارج از کشور بر اساس ماده 1229 قانون مدنی وظایف و اختیارات قانونی در مورد دخالت مدعیان عمومی در



امور صغار و مجانین و اشخاص غیررشید به عهده مأمورین کنسولی خواهد بود.  
از طرفی رفع خَجَر یا فکّ خَجَر به معنای به دست آوردن مجدد سلامت عقلانی و لزوم عزل قیّم است و کسی که رفع خَجَر شود می‌تواند امور مالی خود را به تنهایی و بدون نظارت دیگران اداره نماید.

## قیمومت

منظور بر عهده گرفتن سرپرستی و مواظبت از فرد محجور است. طبق قانون، دادگاه برای افرادی که نمی‌توانند امور خود را اداره کنند، قیّم تعیین می‌کند. بر اساس ماده 1235 قانون مدنی، مواظبت شخص مولی علیه و نمایندگی قانونی او در کلیه امور مربوطه به اموال و حقوق مالی او با قیّم است. برای قیمومت، با داشتن صلاحیت، اقبای (بستگان نزدیک) محجور مقدم بر سایرین خواهند بود (ماده 1232)

اساس موضوع تعیین قیّم حفظ و نگهداری اموال و دارایی‌های فردی است که به دلایل ذکر شده توانایی اداره امور مالی خود را ندارد. دادگاه به کیفیت اجرای وظایف قیّم نظارت می‌کند و هرگاه معلوم شود که قیّم عامداً مالی را که متعلق به مولی علیه بوده جزو صورت دارایی او قید نکرده و یا باعث شده است که آن مال در صورت مزبور قید نشود، مسئول هر ضرر و خساراتی خواهد بود که از این حیث ممکن است به مولی علیه وارد شود. به علاوه در صورتی که عمل مزبور از روی سوءنیت بوده، قیّم معزول خواهد شد (ماده 1239 قانون مدنی).

هم چنین بر طبق ماده 1244 همین قانون قیّم باید لااقل سالی یک مرتبه حساب تصدّی خود را به مدعی‌العموم یا نماینده او بدهد و هرگاه در ظرف یک ماه از تاریخ مطالبه مدعی‌العموم حساب ندهد به تقاضای مدعی‌العموم معزول می‌شود.

موضوع رفع محجوریت نیز در ماده 1253 پیش بینی شده است: پس از زوال سببی که موجب تعیین قیّم شده، قیمومت مرتفع می‌شود. بر اساس ماده 1254 همین قانون خروج از قیمومت را ممکن است خود مولی علیه یا هر شخص ذینفع دیگری تقاضا نماید. تقاضانامه ممکن است مستقیماً یا توسط دادستان حوزه‌ای که مولی علیه در آن جا سکونت دارد، یا نماینده او به دادگاه مدنی خاص همان حوزه داده شود.

## اهلیت

بنا به تعاریف حقوقی اهلیت به توانائی قانونی شخص برای دارا شدن یا اجرای حق گفته می‌شود. اهلیت دو نوع است، اهلیت تمتّع به معنای حق بهره داشتن و دارا شدن و اهلیت استیفاء به معنای حق بهره‌وری و تصرف. بر اساس ماده 957 قانون مدنی، جنین از حقوق مدنی متمتع می‌گردد مشروط بر این که زنده متولد شود. هم چنین در ماده 956 همین قانون آمده است: اهلیت برای دارا بودن حقوق با زنده متولد شدن انسان شروع و با مرگ او تمام می‌شود.

بر اساس تعاریف قضایی، مجنون و سفیه اهلیت استیفاء ندارند. بنابراین نمی‌توانند در اموال خود مستقلاً مداخله‌ای داشته باشند. این موضوع در ماده 958 قانون مدنی تصریح شده است: هرآنسان متمتع از حقوق مدنی خواهد بود لیکن هیچ کس نمی‌تواند حقوق خود را اجرا کند مگر این که برای این امر اهلیت قانونی داشته باشد. اهلیت<sup>24</sup> در قوانین انگلیسی زبان مختص مدیریت امور مالی نیست بلکه مواردی چون شایستگی داشتن گواهی‌نامه و یا رضایت دادن به درمان طبّی و هم چنین شایستگی برای حضور در محاکمه را نیز شامل می‌شود.

<sup>24</sup>Competence

## مسلوب الاراده

اراده در واقع به حرکت درآمدن برای عملی ساختن یک قصد است. به نظر می‌رسد مواردی چون؛ خواب‌گردی<sup>25</sup> و درجاتی از مستی الکل را بتوان با مفهوم مسلوب الاراده بیان نمود اما موارد اختلال وسواسی جبری فاقد بینش/ هذیانی که در طبقه بندی جدید تصریح شده، می‌تواند به معنای سلب نسبی اراده باشد، همان طور که برخی از موارد اختلال کنترل تکانه را نیز، با توجه به توانایی فرد برای تغییر دادن جهت رفتار پرخاشگرانه، نمی‌توان به معنای سلب اراده تلقی نمود. شاید در این موارد بهتر باشد از مفهوم اختلال اراده استفاده کنیم که طبعاً می‌تواند سبب تقلیل مسئولیت گردد. به هر حال تشخیص این موارد و پاسخ به سؤالات قاضی در مورد این که کدام رفتار ناشی از سلب کامل اراده بوده، مشروط به نظر روان پزشک است. وی باید هر مورد را جدای از موارد دیگر تحت بررسی دقیق قرار داده و اظهار نظر نماید. بدیهی است اعمالی که در شرایط سلب کامل اراده صورت گیرد، مسئولیت کیفری به همراه نخواهد داشت.

«اختلال استرس پس از سانحه»<sup>26</sup> و «اختلال استرس حاد»<sup>27</sup> نیز از مواردی است که در بررسی‌های پزشکی قانونی اهمیت ویژه‌ای دارد. مواجهه با حادثه‌ای که تهدیدی برای حیات فرد تلقی شود مثل حمله سارقین مسلح یا تصادف شدیدی که با یک وسیله نقلیه اتفاق می‌افتد، ادعای بیمار یا اطرافیان وی مبنی بر این که او دچار عوارض روانی ناشی از حادثه شده، از موارد شایع ارجاعی به پزشکی قانونی است. در چنین مواردی ضمن معاینه و مصاحبه با بیمار، پرونده پزشکی وی بررسی و گزارشی از نوع حادثه دریافت می‌شود. چنین بیمارانی ممکن است قصد اغراق در بیان علائم و یا حتی بیمارنمایی داشته باشند که ضروری است این موارد مدنظر روان پزشک قرار گیرد.

تعیین این که اختلالات اضطرابی یا علائم جسمی ایجاد شده مستقیماً مربوط به حادثه بوده یا خیر، در بعضی موارد دشوار است. هر چند در مواردی که معاینه شونده یک کودک یا نوجوان باشد، به دلیل صداقت بیشتر در حین معاینه و نیز توجهی که می‌توان به وضعیت تحصیلی و رفتاری او داشت و مقایسه این وضعیت قبل و بعد از حادثه، نتایج معاینه مطلوب‌تر و اظهار نظر با دشواری کمتری همراه خواهد بود.

در سیستم قانونی کشور، تأمین خسارت روانی بعد از تأیید روان پزشک مبنی بر ایجاد نقص روانی در فرد مصدوم توسط فرد ضارب یا مؤسسه مسئول (که ممکن است شرکت بیمه باشد) صورت می‌گیرد. روان پزشک باید میزان نقص روانی ایجاد شده (ارش<sup>28</sup> عارضه روانی) را تعیین و به دادگاه اعلام نماید.

## قوانین مرتبط با خانواده در قانون مدنی

قانون مدنی در ماده 1121 به موضوع حق فسخ نکاح توجه نموده است. بر اساس این ماده قانونی جنون هر یک از زوجین به شرط استقرار اعم از این که مستمر یا ادواری باشد برای طرف مقابل موجب حق فسخ است و در ماده 1124 اشاره نموده که عیوب زن در صورتی موجب حق فسخ برای مرد است که عیب مذکور در حال عقد وجود داشته باشد. به عبارت دیگر عیوب مرد (جنون و عین) حتی اگر بعد از عقد ایجاد شود برای زن حق فسخ ایجاد می‌کند (ماده 1125).

<sup>25</sup>Sleep walking

<sup>26</sup>Post Traumatic Stress Disorder (P.T.S.D)

<sup>27</sup>Acute Stress Disorder (A.S.D)

<sup>28</sup>ارش: میزان خسارت عضوی که توسط کارشناس متخصص تعیین می‌شود و قانون برای آن دپه مقدر نکرده است.

قانون گذار برای مواردی که عیوب زن یا مرد قبل از ازدواج به اطلاع طرف مقابل برسد در ماده 1126 مقرر نموده که هر یک از زوجین که قبل از عقد عالم به امراض مذکوره<sup>29</sup> در طرف دیگر بوده، بعد از عقد حق فسخ نخواهد داشت. ماده 1136 قانون مدنی نیز شرط لازم برای طلاق را تعریف کرده است: طلاق دهنده باید بالغ و عادل و قاصد و مختار باشد. هم چنین در ماده 1170 این قانون در باره حضانت طفل مشترک آمده: اگر مادر در مدتی که حضانت طفل با اوست مبتلا به جنون شود یا به دیگری شوهر کند، حق حضانت با پدر خواهد بود و در ادامه در ماده 1173 مقرر نموده هر گاه در اثر عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی پدر یا مادری که حضانت طفل با اوست، صحت جسمانی و یا تربیت اخلاقی طفل در معرض خطر باشد، دادگاه می تواند به تقاضای اقربای طفل یا قیم او یا به تقاضای رییس حوزه قضایی تصمیم مقتضی را برای طفل اتخاذ کند. بر اساس این ماده قانونی موارد زیر از مصادیق عدم مواظبت از طفل یا انحطاط اخلاقی هر یک از والدین است:

- 1- اعتیاد زیان آور به الکل، مواد مخدر و قمار
- 2- اشتها به فساد اخلاق ...
- 3- ابتلا به بیماری های روانی با تشخیص پزشکی قانونی
- 4- سوء استفاده از طفل یا اجبار او به مشاغل ضد اخلاقی
- 5- تکرار ضرب و جرح خارج از حد متعارف.

### نگاهی به پیش نویس قانون سلامت روان ایران

درسال های اخیر در کشور ما اقداماتی برای بازنگری و تدوین مجموعه قوانین جزایی در ارتباط با برخی واژه های رایج در متن قانون و ابهاماتی که در تعاریف آنها وجود دارد، صورت گرفته است. موضوع یکسان سازی مفاهیم مرتبط با اختلالات روانی با مفاهیم قانونی آنها در برخی از همایش های طب و قضا، که یکی از مهم ترین تجمعات علمی بوده و با همت سازمان پزشکی قانونی و همکاری سایر نهادهای مرتبط با قوه قضاییه در کشور برگزار می شود، یکی از مهم ترین محورهای گفتگو بوده است. از ابتدای سال 1382 تلاش مضاعفی این بار از سوی گروهی از روان پزشکان با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز و پس از پنج سال مطالعه، تحقیق، بحث و گفتگوهای کارشناسی اولین پیش نویس قانون بهداشت روان آماده ارائه به مراجع قانون گذاری گردید.

یک بررسی اجمالی نشان می دهد که در قوانین مدنی و کیفری فعلی، مواد قانونی متعددی در ارتباط با مشکلات حقوقی و کیفری بیماران روانی وجود دارد که به آنها اشاره شد. اما در قوانین فعلی، تعاریف، اصطلاحات و واژه هایی وجود دارد که اکثراً برای روان پزشکان که با اصطلاحات و واژه های آکادمیک و کتابی آشنا هستند این واژه ها غریب است اما به هر حال این کلمات و واژه ها در قانون به کار رفته، تعریف شده و بر مبنای همان تعاریف باید تصمیم گیری های قضایی صورت گیرد. بنابراین ما ناگزیر به حفظ این قوانین هستیم و فقط باید تلاش شود تا نواقص موجود برطرف شده و نیز اصطلاحاتی که ناخواسته سبب ایجاد انگ بر بیماران روانی هستند با واژه های مناسب جایگزین و برخی موارد که قانون فعلی در مورد آنها سکوت کرده است، تشریح شود تا یک نظام قانونمند در موضوعات مربوط به سلامت روان داشته باشیم.

<sup>29</sup> جنون، عنن و سایر عیوبی که موجب حق فسخ می شود.

## نکات مهم در قانون سلامت روان ایران

### 1- توجه خاص به موضوع قیمومت

این که فرد نیازمند قیم آیا در همه امور خود باید تحت سرپرستی قیم باشد یا خیر، موضوعی است که در قانون سلامت روان مورد تأکید بیشتری قرار گرفته است. در قوانین فعلی قیمومت، اگر فردی دارای قیم باشد از دخالت در امور مالی خود منع می‌شود در حالی که برخی افراد علیرغم ابتلا به اختلال روانی می‌توانند در برخی امور مربوط به خود تصمیم بگیرند. قوانین سلامت روان در بسیاری از ممالک دنیا این موارد را مشخص نموده‌اند. به عنوان مثال در قوانین سلامت روان استرالیا و کانادا اختیارات قیم محدود است و در حکم دادگاه حیطه‌های اختیار قیم تعریف می‌شود. هم‌چنین در بیشتر قوانین یاد شده موضوع «رضایت جانشین» پیش بینی شده است. این در مواردی است که خود فرد نمی‌تواند برای انجام درمان‌های طبی و دندان پزشکی شخصاً رضایت بدهد. برای ادغام قوانین قیمومت فعلی در قانون سلامت روان، امری که با توجه به شرایط قانون‌گذاری در کشور ما اجتناب ناپذیر است، باید نقاط ضعف و قوت قوانین موجود را دانست. باید اذعان نمود که مواد مربوط به قیمومت در قوانین مدنی، امور حسبی و مجازات دارای نقاط قوتی است و بسیاری از موارد را در زمینه حفظ حقوق بیماران روانی در متن خود دارد. اما مواردی چون مدت دار بودن و محدودیت‌های اختیارات قیم که در سایر قوانین پیش بینی شده است را ندارد.

### 2- موانع بستری اجباری بیماران روانی

هنوز در کشور ما استاندارد بستری اجباری برای بیماران روان پزشکی وجود ندارد. سیستم درمان و مراقبت‌های روان پزشکی در کشور ما نظام تعریف شده‌ای ندارد اما پیش نویس تهیه شده این سیستم را به گونه‌ای علمی و به روز منطبق با قوانین پیشرفته مراقبت‌های بهداشتی تعریف نموده است. مواردی چون اختیارات پلیس، قاضی، پزشک و روان پزشک، افراد مراقب، قیم و سایر افراد در ارتباط با بستری اجباری بیمار روانی موضوعاتی است که در قوانین فعلی به تفصیل به آن پرداخته نشده است.

### 3- قانونمند شدن محدود سازی و درمان‌های تهاجمی

درمان بیماران روان پزشکی بعضاً همراه با مواردی از محدود سازی یا اعمال محدودیت است. به عنوان مثال ثابت نمودن بیمار و اعمال محدودیت حرکتی، ممنوعیت از خروج از بخش، جداسازی و یا ممنوعیت از برقراری تماس تلفنی یا ملاقات و غیره که در حال حاضر بدون هیچ گونه قوانین مشخص و بعضاً سلیقه‌ای اعمال می‌گردد. چه بسا آسیب‌های ناخواسته‌ای که در جریان این گونه اعمال محدودیت‌ها و یا انجام ندادن آن‌ها به وجود آمده است. قانون سلامت روان به روشنی در باره انجام درمان‌های تهاجمی و اعمال محدودیت برای بیمار که به منظور حفظ سلامت او و اطرافیان صورت می‌گیرد، راه کارهایی ارائه داده است. به نظر می‌رسد ماده 158 قانون مجازات اسلامی که صرفاً موارد اورژانس را سبب رفع مسئولیت پزشک دانسته برای تمام موارد درمان‌های تهاجمی کفایت نمی‌کند.

### 4- انگ زدایی از بیماران روانی

یکی از نکات مهم که در قوانین جاری کشور ما در زمینه حقوق مدنی و کیفری مرتبط با بیماران روان پزشکی وجود دارد استفاده از واژه‌هایی است که در گویش عامیانه و در فرهنگ ما معنای خوشایندی ندارد و برای بیماران روانی توأم با انگ اجتماعی ناپسندی است. در قانون سلامت روان، علاوه بر حفظ مضامین کلی، این واژه‌ها معادل سازی شده و از واژه‌ها و عبارات علمی که همراه با ایجاد انگ اجتماعی نیست، استفاده شده است.

## 5- قصور در مراقبت و درمان‌های روان پزشکی

قانون سلامت روان با تعریف نمودن صریح حیطه وظایف و مسئولیت‌های یکایک افراد دست اندرکار مراقبت و درمان روان پزشکی این امکان را فراهم می‌آورد که در یکایک موارد دادخواست قصور بتوان به راحتی میزان خطای هر یک از کارکنان سیستم سلامت روان را مشخص نمود. این موضوع بسیار حائز اهمیت است زیرا از یک طرف به احیای حقوق از دست رفته بیماری که از قصور کادر درمانی آسیب دیده منجر می‌شود و از طرف دیگر مانع از دل سردی کادر پزشکی، در مواردی که وظیفه خود را به خوبی و بر اساس شرح وظایف خود انجام داده اند، خواهد شد.

## 6- ارزیابی صلاحیت حضور در دادگاه

یکی از موضوعات اساسی که در قانون سلامت روان مد نظر است، نیاز به مترجم برای افرادی است که باید از خود در ازای اتهام وارده دفاع کنند اما توانایی بیان به زبان مرسوم در آن جامعه را ندارند. این موضوع بسیار اهمیت دارد و در همه قوانین سلامت روان به آن توجه شده است. از آن جا که ایجاد ارتباط کلامی یک امر حیاتی در ارزیابی، مدیریت و ارائه خدمات روان پزشکی است باید تمامی مدارک و دلایلی که می‌تواند احیاء کننده حقوق متهم باشد به زبان محاوره متداول در محدوده جغرافیایی دادگاه ترجمه شود. این امر می‌تواند سبب اعاده حقوق بیمار گردد. اما به هر حال استفاده از مترجم نیز شرایط خاصی دارد تا از اعمال نظر آگاهانه یا نا آگاهانه در مورد رفتار بیمار اجتناب شود.

## 7- لزوم احداث بیمارستان روان پزشکی ایمن با استانداردهای قانون سلامت روان

قانون سلامت روان پیش بینی نموده است که بسیاری از بیماران روان پزشکی که مرتکب جرم شده‌اند و دادگاه پس از تکمیل دادرسی حکم به اقامت آنان در بیمارستان<sup>۳۰</sup> داده است در بیمارستان‌های روان پزشکی ایمن (حفاظت شده) اسکان داده شوند. در بخش مربوط به موضوعات کیفری بیماران روانی در باره این مطلب توضیحات بیشتری داده ایم.

## مسئولیت کیفری بیماران روانی

### قانون مک ناتن

به دنبال محاکمه فردی به نام مک ناتن در سال 1843 موضوع مسئولیت کیفری بیماران روانی در انگلستان مطرح گردید. مک ناتن متهم به قتل منشی نخست وزیر انگلستان بود که بعدها مشخص گردید وی مبتلا به هذیان‌های گزند و آسیب است. رأی دادگاه مذکور بعدها به قانون مک ناتن شهرت یافت و برای تشخیص مسئولیت جزایی فرد مجنون مورد استفاده دادگاه‌ها قرار گرفت. براساس این قانون هرگاه ثابت شود که متهم در زمان ارتکاب جرم به علت بیماری روانی<sup>۳۱</sup> دچار نقص قوه استدلال بوده در حدی که از ماهیت<sup>۳۲</sup> و کیفیت<sup>۳۳</sup> عمل خود آگاهی نداشته و یا اگر به ماهیت عمل خود واقف بوده، نمی‌دانسته که عمل خلاف قانون انجام می‌دهد به علت ابتلاء به جنون مجازات نخواهد شد.

<sup>30</sup>Hospital treatment order

<sup>31</sup>Disease of the mind

<sup>32</sup>Nature

<sup>33</sup>Quality

چند سال بعد کمیته قضات انگلستان در زمینه مسئولیت کیفری بیماران روانی موضوع تکانه غیرقابل مقاومت<sup>۳۴</sup> را بدین شرط پیشنهاد کرد: «هرگاه عمل مجرمانه تحت تأثیر تکانه‌ای صورت گرفته باشد و بیمار به علت ابتلا به بیماری روانی قادر به کنترل آن نباشد، شخص متهم به ارتکاب جنایت مسئول عمل خود شناخته نمی‌شود». این قاعده در آمریکا به همراه قانون مک ناتن تا مدت‌ها مورد استفاده بوده و در حال حاضر نیز در قوانین برخی از ایالات آمریکا هم‌چنان در دادرسی‌های کیفری مورد استفاده است.

### قوانین جزایی ممالک دیگر

انستیتوی حقوق آمریکا<sup>۳۵</sup> در سال 1960 به عنوان روش جدیدی برای تشخیص جنون، قوانین کیفری نمونه<sup>۳۶</sup> را پیشنهاد کرد: «چنانچه شخصی در زمان ارتکاب جرم به دلیل ابتلا به یک بیماری روانی، توانایی اساسی برای درک مجرمانه بودن عمل خود و یا منطبق نبودن رفتارش با مقتضیات قانون را نداشته باشد، دارای مسئولیت جزایی نخواهد بود». بر اساس پیشنهاد انجمن روان پزشکی آمریکا نیز باید برای برائت متکی به جنون به نداشتن نیت جنایی<sup>۳۷</sup> توجه شود. این انجمن در بیانیه حقوق کیفری بیماران روانی متذکر می‌شود که تبرئه بیمار روانی با استناد به جنون باید زمانی مدنظر باشد که فرد آن چنان بیمار بوده که نمی‌توانسته دارای نیت جنایی باشد.

امروزه «دفاع مبتنی بر جنون»<sup>۳۸</sup>، هر چند به گستردگی گذشته مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، یکی از دفاعیه‌های قانونی در مواردی است که فردی به دلیل ارتکاب جرم مهمی تحت محاکمه است و خود او یا بستگان و یا وکیل مدافع او برای نجات وی از مجازات موضوع «عدم مسئولیت جزایی» را مطرح می‌نمایند. در سال‌های اخیر دفاع مبتنی بر جنون مورد انتقادات زیادی از سوی جوامع حقوقی قرار گرفته و در بسیاری از دادگاه‌های آمریکا دفاع موفقی نبوده است.

### مسئولیت کیفری در قانون مجازات اسلامی

بازنگری قانون مجازات اسلامی همراه با ایجاد تغییراتی در مواد قانونی مرتبط با اختلالات روانی بود. این تغییرات عمدتاً مثبت بودند ولی هم چنان در برخی زمینه‌ها نارسایی‌هایی وجود دارد که به آن اشاره خواهد شد. مهم‌ترین مواد قانونی در قانون مجازات از نظر روان پزشکان مواد 149 و 150 است. جایی که تکلیف مسئولیت کیفری بیماران روانی و نحوه نگهداری و درمان آنان را مشخص کرده است. در ماده 51 قانون مجازات اسلامی قدیم، عبارت "جنون به هر درجه" بسیار نامفهوم و نارسا بود و همین موضوع بروز مواردی از اختلاف نظر بین روان پزشکان را در جلسات کارشناسی باعث می‌شد. قانون‌گذار در ماده 149 قانون مجازات اسلامی مصوب سال 1392 این ضعف را تا حدودی برطرف کرده و تعریف نسبتاً قابل قبولی از واژه جنون ارائه داده است: "هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار

<sup>34</sup>Irresistible impulse

<sup>35</sup>American Law Institute (A.L.I)

<sup>36</sup>Model penal code

<sup>37</sup>Mens rea

<sup>38</sup>Insanity defense

اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد، مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد".  
بیشترین موضوعی که در ارتباط با رفع مسئولیت کیفری در دادرسی‌های قضایی در کشور ما مورد توجه دادگاه قرار می‌گیرد، اثبات ابتلاء متهم به اختلال روانی در حال ارتکاب جرم است، مشروط به آن که این اختلال در حدی بوده که قوه تمییز یا اراده او را سلب کرده باشد. اشاره ماده 149 قانون مجازات اسلامی مصوب 1392 به این عبارت، که جایگزین واژه جنون در قانون قبلی شده است، ارائه گزارش کارشناسی توسط متخصصین روان پزشکی را به مسیر علمی و منطقی‌تری رسانده است.

ماده 150 این قانون به موضوع بیمار خطرناک و ضرورت مراقبت و نگهداری او توجه نموده است: "هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرائم موجب تعزیر پس از وقوع جرم مبتلا به جنون شود، چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر متخصص، ثابت و آزاد بودن وی مخل نظم و امنیت عمومی باشد به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می‌شود. شخص نگهداری شده یا خویشاوندان او می‌توانند در دادگاه به این دستور اعتراض کنند که در این صورت، دادگاه با حضور معترض، موضوع را با جلب نظر کارشناس در جلسه اداری رسیدگی می‌کند و با تشخیص رفع حالت خطرناک در مورد خاتمه اقدام تأمینی و در غیر این صورت در تأیید دستور دادستان، حکم صادر می‌نمایند. این حکم قطعی است ولی شخص نگهداری شده یا خویشاوندان وی، هرگاه علائم بهبود را مشاهده کردند حق اعتراض به این حکم را دارند. این امر مانع از آن نیست که هرگاه بنا به تشخیص متخصص بیماری‌های روانی، مرتکب، درمان شده باشد، برحسب پیشنهاد مدیر محل نگهداری او دادستان دستور خاتمه اقدام تأمینی را صادر کند."

در تبصره 2 همین ماده آمده: "قوه قضائیه موظف است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه قضائی برای نگهداری افراد موضوع این ماده تدارک ببیند. تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می‌شود".

### مسئولیت کیفری در نوجوانان

قانون مجازات اسلامی سال 1392 در راستای تغییرات مثبتی که اعمال نموده نگاه ویژه تربیتی به مجرمین نوجوان داشته و روش‌های اصلاحی را مد توجه قرار داده است.

ماده 90 قانون مجازات اسلامی به این شرح اختیارات قاضی را در تقلیل مجازات تصریح کرده است: دادگاه می‌تواند با توجه به گزارش‌های رسیده از وضع طفل یا نوجوان و رفتار او در کانون اصلاح و تربیت یک بار در رأی خود تجدید نظر کند و مدت نگهداری را تا یک سوم تقلیل دهد یا نگهداری را به تسلیم طفل یا نوجوان به ولی یا سرپرست قانونی او تبدیل نماید. تصمیم دادگاه مبنی بر تجدید نظر در صورتی اتخاذ می‌شود که طفل یا نوجوان حداقل یک‌پنجم از مدت نگهداری در کانون اصلاح و تربیت را گذرانده باشد. رأی دادگاه در این مورد قطعی است. این امر مانع استفاده از آزادی مشروط و سایر تخفیفات قانونی با تحقق شرایط آن‌ها نیست.

اما بحث انگیزترین مورد تغییر یافته در قانون مجازات اسلامی مصوب سال 92 موضوع مجازات‌های حد و قصاص در نوجوانان است که در ماده 91 توضیح داده شده است: در جرائم موجب حد یا قصاص هرگاه افراد بالغ کمتر از هجده سال، ماهیت جرم انجام‌شده و یا حرمت آن را درک نکنند و یا در رشد و کمال عقل آنان شبهه وجود داشته باشد، حسب مورد با توجه به سن آن‌ها به مجازات‌های پیش‌بینی شده محکوم می‌شوند.

تبصره- دادگاه برای تشخیص رشد و کمال عقل می‌تواند نظر پزشکی قانونی را استعمال یا از هر طریق دیگر که مقتضی بداند، استفاده کند.

به نظر می‌رسد قانون‌گذار در این ماده قانونی تشخیص نهایی رشد و کمال عقل را بر عهده دادگاه گذاشته است، با توجه به این که رشد و کمال عقل از جمله مفاهیم قضایی است که اثبات آن نیاز به بهره‌گیری از فاکتورهای فراتر از معاینه روان پزشکی دارد و هم چنین حدود رشد عقل از طریق عرفی نیز قابل بررسی بوده و اثبات آن فقط از طریق معاینه در پزشکی قانونی کافی نیست.

### سایر مواد قانونی مرتبط

ماده 307 قانون مجازات اسلامی توجه خاص به جرائم مرتبط با مواد روان گردان دارد: "ارتکاب جنایت در حال مستی و عدم تعادل روانی در اثر مصرف مواد مخدر، روان گردان و مانند آن‌ها، موجب قصاص است مگر این که ثابت شود بر اثر مستی و عدم تعادل روانی، مرتکب به کلی مسلوب‌الاختیار بوده است که در این صورت، علاوه بر دیه به مجازات تعزیری مقرر در کتاب پنجم «تعزیرات» محکوم می‌شود. لکن اگر ثابت شود که مرتکب قبلاً خود را برای چنین عملی مست کرده و یا علم داشته است که مستی و عدم تعادل روانی وی ولو نوعاً موجب ارتکاب آن جنایت یا نظیر آن از جانب او می‌شود، جنایت عمدی محسوب می‌گردد."

ماده 495: هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف شدن یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آن که عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه أخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود.

### صلاحیت روانی برای شرکت در محاکمه<sup>39</sup>

در جریان یک دادرسی باید صلاحیت بیمار برای شرکت در محاکمه را در نظر داشت. این که متهم از جریان دادرسی، نحوه سؤالات و نقش آن‌ها در روند محاکمه آگاه باشد، بسیار اهمیت دارد. از طرفی بررسی میزان مسئولیت‌پذیری متهم نیز معمولاً در جریان دادرسی صورت می‌گیرد. این موضوع اهمیت تشخیص دقیق صلاحیت و مسئولیت‌پذیری را نشان می‌دهد. یکی از مشکلات مهم در این راه فریب‌کاری و تقلب است که دست‌آویز بعضی از متهمین برای فرار از مجازات قرار می‌گیرد.

ابتلاء به هر نوع اختلال روانی که باعث عدم آمادگی ذهنی یک متهم در دادگاه شود صلاحیت حضور او در دادرسی را سلب نموده و باید تا زمانی که بتوان از حضور مؤثر وی اطمینان حاصل نمود، روند کار به تعویق انداخته شود. صلاحیت برای اقرار به گناه کار بودن، صلاحیت برای محاکمه شدن، صلاحیت برای امتناع از دفاع مبتنی بر ابتلاء به جنون<sup>40</sup>، صلاحیت برای محکوم شدن به رأی دادگاه<sup>41</sup> و صلاحیت برای اجرای حکم<sup>42</sup> از انواع بررسی صلاحیت در سیستم قضایی کشورهای غربی است.

<sup>39</sup>Competence to Stand Trial (C.S.T.)

<sup>40</sup>Insanity defense

<sup>41</sup>Competence to be sentenced

<sup>42</sup>Competence to be executed



معمولاً موضوع عدم صلاحیت متهم برای شرکت در محاکمه توسط وکیل مدافع مطرح می‌شود. او بیش از همه با متهم در تماس است و این حق را دارد تا در موارد لازم این موضوع را مطرح کند، البته تصمیمات قضایی<sup>43</sup> این حق را برای دادگاه یا خود دادستان نیز قائل هستند که چنانچه در مورد توانایی متهم در شروع محاکمه «شک با حسن نیت هم وجود داشته باشد» این موضوع مطرح و سپس بررسی شود. موضوع عدم صلاحیت متهم در هر زمانی از مراحل محاکمه، از اولین حضور در دادگاه تا زمان اعلام رأی، می‌تواند مطرح شود و بر اساس قانون، دادگاه باید امکان ارزیابی‌های روان پزشکی را فراهم کند.

### ناتوانی هوشی

عقب ماندگی ذهنی، و یا به بیان DSM-5 "ناتوانی هوشی"، به میزان عملکرد روانی و اجتماعی معطوف بوده، اما تأکید DSM-5 این امکان را فراهم می‌کند تا بررسی‌های بالینی با گستردگی بیشتری انجام و به آن استناد شود. ضمن آن که DSM-5 صراحتاً ذکر می‌کند که این رویکرد به خصوص برای موارد بیماران کیفری مناسب‌تر است. با کاهش آمار مرگ و میر کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی، منتج از پیشرفت‌های ایجاد شده در نحوه مراقبت و درمان این افراد، به موازات سیستم سلامت روان که ناگزیر باید با مشکلات و نارسایی‌های ارتباطی این بیماران مواجه شده و راه‌کارهای مناسب برای ارتقاء سطح عملکرد روانی و اجتماعی آنان را پیش بینی کند، قانون‌گذاران نیز مجبورند تا وضعیت خاص این افراد و حقوق آنان را در نظر بگیرند. در همه قوانین مدنی و کیفری به حقوق افراد مبتلا به ناتوانی هوشی و نیز آثار کیفری رفتار مجرمانه آن‌ها توجه خاص صورت می‌گیرد.

### تعیین میزان ناتوانی هوشی

بر اساس DSM-5 ناتوانی هوشی با بررسی سه حیطة از توانمندی‌های انطباقی تقسیم بندی می‌شود. این نوع از طبقه بندی از ایجاد برجسب بد نام کننده شدت بیماری احتراز می‌کند. حیطة‌های یاد شده عبارتند از:

- 1- حیطة مفهومی: شامل مهارت‌های زبان، خواندن، نوشتن، ریاضیات، استدلال، دانش و حافظه
- 2- حیطة اجتماعی: شامل هم‌دلی، قضاوت اجتماعی، مهارت‌های ارتباط بین فردی، توانایی دوست یابی و ادامه دادن دوستی‌ها و توانایی‌های مشابه
- 3- حیطة عملی: شامل مدیریت خود در زمینه‌هایی مثل مراقبت از خود و یا مسئولیت‌های شغلی، اداره امور مالی، تفریحات و سرگرمی‌ها و ساماندهی وظایف تحصیلی یا شغلی

هر چند تأکید DSM-5 به بررسی بالینی این موارد است اما استفاده از آزمون‌های استاندارد هوش و تعیین بهره هوشی را کماکان برای رسیدن به تشخیص مفید می‌داند. DSM-5 بهره هوشی حدود 70 و یا پایین‌تر از این مقدار را هم چنان به عنوان شاخصی برای ناتوانی هوشی پذیرفته است.

### مسئولیت کیفری افراد مبتلا به ناتوانی هوشی

با توجه به این که ناتوانی هوشی اصطلاحی است که برای طیف وسیعی از بیماران با عملکرد روانی متفاوت به کار می‌رود، میزان مسئولیت از نظر قوانین در این بیماران متفاوت است. بدیهی است یک فرد مبتلا به ناتوانی هوشی هر چه

<sup>43</sup>Case law

از نظر عملکرد روانی اجتماعی به سطح عادی عملکرد روانی نزدیک‌تر باشد، نسبت به فرد دیگری که از سطح عملکرد پایین‌تری برخوردار است، مسئولیت او در زمینه موضوعات کیفی بیشتر خواهد بود. معمولاً انگیزه مجرمانه یک فرد مبتلا به ناتوانی هوشی انگیزه‌ای خام و فاقد برنامه و طرح معینی است. گاهی نیز دیده شده که انگیزه مجرمانه با طرح مشخص و پیچیده وجود دارد که در این موارد فرد مبتلا به ناتوانی هوشی هیچ نقشی در این طرح به جز اجرای آن ندارد. میزان مسئولیت هر فرد در قبال چنین اقداماتی بستگی به میزان آگاهی او از نتیجه رفتار مجرمانه دارد. این موضوع از همان مواردی است که در بررسی‌های بالینی باید مورد توجه قرار گیرد.

از طرفی برخی از افراد مبتلا به ناتوانی‌های هوشی ممکن است حتی قادر به تشخیص بد و خوب نباشند. آنچه در قوانین ما برای تعیین میزان مسئولیت مهم است داشتن توانایی برای تشخیص حُسن و قُبْح و در اداره امور مالی قوه تشخیص نفع و ضرر است. از نظر تعریف و با توجه به ماده 149 قانون مجازات اسلامی، که فقدان قوه تمییز در حین ارتکاب جرم را یکی از مصادیق رفع مسئولیت کیفی دانسته، می‌توان این دسته از افراد دچار ناتوانی هوشی را در صورت ارتکاب جرم مبراً از مسئولیت تلقی نمود.

به طور کلی افراد دچار ناتوانی هوشی، بسته به درجه ناتوانی، در بسیاری از قوانین جزایی یا مسئول شناخته نمی‌شوند و یا مسئولیت در آنان نسبی و مجازات آنان مشمول تخفیف و یا به صورت مجازات‌های اصلاحی<sup>44</sup> است.

درگیر شدن افراد دارای ناتوانی هوشی در جرائم مختلف امری عادی است. برخی از آنان ناآگاهانه در جرائمی چون حمل مواد مخدر، سرقت و حتی جرائم سیاسی با مجرمین واقعی همکاری می‌کنند. ارتکاب جرائم جنسی نیز توسط این افراد ممکن است اتفاق بیفتد. جرم در افراد مبتلا به ناتوانی هوشی، هم چون کل جمعیت، در اصل پدیده‌ای مرتبط با جنسیت مذکر است. بزه کارمبتلا به ناتوانی هوشی معمولاً مردی است در ابتدای سال‌های دهه سوم زندگی، که در محدوده نارسایی هوشی خفیف تا مرزی جای دارد. او برخاسته از یک محیط شهری فقیر است، دوران کودکی او در محرومیت گذشته و احتمال دارد که سابقه‌ای از اختلال رفتار، محکومیت قبلی و اقامت در مؤسسات درمانی یا کانون‌های تربیتی داشته باشد و شواهدی از اختلال روان پزشکی (به جز ناتوانی هوشی) و اختلال شخصیت نیز در او به دست آید. به این ترتیب بزه‌کارانی که دچار ناتوانی هوشی هستند، ویژگی‌های مشترک زیادی با بزه‌کاران عادی دارند اما با بیماران روانی بزه‌کار که رفتار مجرمانه‌شان به طور عمده ثانویه به اختلال روان پزشکی است، متفاوتند. گروه اخیر در هنگام نخستین محکومیت خود سن بالاتری دارند، موارد تهاجم در آنان فراوان‌تر است، سوابق بستری بیشتری در بیمارستان‌های روانی دارند، دوره نگهداری آنان در مؤسسات درمانی \_ تربیتی کوتاه‌تر است و در دوره پیگیری پس از آزادی کمتر مرتکب جرایم سنگین می‌شوند.

جرایم جنسی و آتش افروزی در معلولان ذهنی نمود فراوان‌تر دارد ولی جرایمی چون تهاجم شدید از جمله قتل کمتر دیده می‌شود. در کل، بهره هوشی بزه‌کاران جنسی و آتش افروز در حد پایین‌ترین درجه ناتوانی هوشی قرار دارد. البته لازم به ذکر است که در گروه معلولان ذهنی بزه‌کار، اکثر جرایم به وسیله مبتلایان به ناتوانی خفیف هوشی انجام می‌شود و بزه‌کاری در میان افراد دچار ناتوانی شدید هوشی نادر است. یک نکته کلیدی در بررسی مشکلات قانونی و حقوقی افراد دچار ناتوانی هوشی این است که این افراد توانایی طراحی هوشمندانه یک عمل پیچیده مجرمانه را ندارند. در مواردی که یک فرد دچار ناتوانی هوشی به اتهام ارتکاب یک جرم برنامه‌ریزی شده دستگیر می‌شود، از اولین بازجویی ناتوانی وی برای دفاع از خود مشخص شده و واکنش او به بازجویی و سپس معاینات روان پزشکی ناعاقلانه به نظر

<sup>44</sup>Correctional

می‌رسد. گاهی ممکن است ردپایی از مجرمین اصلی وجود نداشته و جرم به گونه‌ای طراحی شده باشد که وی متهم اصلی شناخته شود. چه بسا برخی از این افراد، به خصوص اگر ناتوانی آن‌ها در حد خفیف باشد، محکوم شوند و محکومیت خود را نیز بپذیرند.

### مشکلات حقوقی و قانونی بیماران مبتلا به ناتوانی هوشی

افراد مبتلا به ناتوانی هوشی بر طبق قانون باید تحت سرپرستی و قیمومت فردی شایسته قرار گیرند، در غیر این صورت گرفتاری‌های قانونی آنان ممکن است عواقب وخیمی را برای خانواده‌ها و اجتماع در برداشته باشد. سوء استفاده از این افراد در امور مالی نیز شیوع قابل توجهی دارد. این افراد با توجه به عدم توانایی تشخیص در نحوه اداره اموال خود طعمه وسوسه‌کننده‌ای برای دیگران به شمار می‌روند.

### موضوعات قانونی مرتبط با اعتیاد

سوء مصرف مواد مخدر و محرک روان یکی از عوامل تسهیل کننده جرم است. یک فرد معتاد تحت تأثیر مواد مخدر با سهولت بیشتری قوانین اجتماعی را زیر پا می‌گذارد و در زمان مواجهه با محرومیت ناشی از مواد مخدر ممکن است برای ارتکاب هر نوع جرمی آمادگی داشته باشد.

بروز انواع توهم و افکار هذیانی پس از مصرف ترکیبات آمفتامینی به دلیل تأثیر این مواد بر روی سیستم دوپامینرژیک است. افکار هذیانی عمدتاً افکار بدبینانه و به خصوص هذیان حسادت مرضی (اعتقاد بیمارگونه و غیر واقعی به خیانت همسر در زندگی زناشویی) است. توهمات معمولاً بینایی و لمسی است. در طی سال‌های اخیر مواردی از بروز جنایت بعد از مصرف مت آمفتامین (شیشه) دیده شده و متأسفانه بروز رفتارهای مجرمانه در اثر سوء مصرف این ماده در حال افزایش است.

در ارتباط با نحوه رفتار مجرمانه به دنبال سوء مصرف مت آمفتامین مطالعات پراکنده‌ای صورت گرفته است. بررسی این تحقیقات نشان می‌دهد که دغدغه اکثر سیستم‌های قضایی دنیا موضوع مسئولیت کیفری نیست و بیشتر مسائلی چون اپیدمیولوژی سوء مصرف، مسائل مرتبط با بهداشت روان و مقایسه رفتارهای مجرمانه با مصرف کنندگان سایر داروهای روان گردان مورد توجه قرار گرفته است.

آنچه مسلم است این که ارتکاب جرم توسط افراد سوء مصرف کننده مت آمفتامین شایع است که البته در غالب موارد عدم واقعیت سنجی و بروز علائم روان پریشی دلیل اصلی ارتکاب جرم است. در ایران با توجه به ملاک‌های تشخیصی سایکوز ناشی از ترکیبات آمفتامینی، چنانچه بروز سایکوز به دنبال مصرف این مواد اثبات گردد تمایل به رفع مسئولیت کیفری وجود دارد. این موارد باید با توجه به شرط مندرج در قانون جدید مجازات اسلامی، یعنی نداشتن هدف مجرمانه قبل از مصرف ماده روان گردان شیشه، تصمیم گیری شود. نکته مورد بحث این است که انجام یک عمل مجرمانه (وارد کردن ماده روان گردان به بدن) با علم به این که او را از حالت عادی خارج کرده و احتمال رفتار خارج از کنترل هوشیارانه را باعث می‌شود آیا می‌تواند منشأ رفع مسئولیت جزایی قرار گیرد؟ یا این که باید مانند قوانین برخی از ممالک اروپای غربی موضوع داشتن مسئولیت را به شرط تقلیل در نظر گرفت؟

قانون مجازات اسلامی در ماده 154 نحوه برخورد دادگاه با جرائم ارتكابی در حال مستی را شرح داده است: "مستی و بی‌ارادگی حاصل از مصرف اختیاری مسکرات، مواد مخدر و روان گردان و نظایر آن‌ها، مانع مجازات نیست مگر این که ثابت شود مرتکب حین ارتکاب جرم به‌طور کلی مسلوب‌الاختیار بوده است. لکن 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." (در قانون مجازات سابق در ماده 53 آمده بود: اگر کسی بر اثر شرب خمر، مسلوب‌الاراده شود لکن ثابت گردد که شرب خمر به منظور ارتکاب جرم بوده است مجرم علاوه بر مجازات استعمال شرب خمر به مجازات جرمی که مرتکب شده است نیز محکوم خواهد شد. هم چنین در ماده 224 این طور مطرح شده بود که قتل در حال مستی موجب قصاص است مگر این که ثابت شود در اثر مستی به کلی مسلوب‌الاختیار بوده و قصد از او سلب شده و قبلاً برای چنین عملی خود را مست نکرده باشد و در صورتی که اقدام وی موجب اخلال در نظم جامعه و یا خوف شده و یا بیم تجری مرتکب و یا دیگران گردد موجب حبس تعزیری از 3 تا 10 سال خواهد بود.

یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی که به دنبال سوء مصرف مواد محرک روان ممکن است بروز کند اختلال سایکوتیک با علائمی شبیه اسکیزوفرنیاست. این حالت همراه با ایجاد توهمات شنیداری و بینایی یا لمسی و هذیان‌های گوناگون و به خصوص هذیان گزند و آسیب و یا هذیان حسادت است. به نظر می‌رسد در افرادی که زمینه مستعد خانوادگی برای ابتلاء به اسکیزوفرنی دارند این اختلالات با احتمال بیشتری بروز می‌کند و حتی ممکن است اختلال در آنان ماندگار شده و بروز اسکیزوفرنی را باعث شود. فلام<sup>45</sup> و همکاران، موردی را گزارش کرده‌اند که سوء مصرف طولانی مدت آمفتامین در بیماری بدون سابقه فردی یا خانوادگی سبب بروز اختلال اسکیزوفرنیک شده است. اجبار برای درمان سبب می‌شود تا چنین مواردی نیز به موقع شناسایی شوند.

## بیماری صرع

بیماری صرع از مواردی است که شخص را در زمینه‌های حقوقی و کیفری با مشکلاتی مواجه می‌سازد. موضوعات حقوقی این بیماران عبارت است از؛ مشکلات مرتبط با کار، حوادث شغلی، از کارافتادگی، ازدواج و طلاق، حضانت فرزند، تصمیم‌گیری‌های مالی و نظایر آن. مشکلات کیفری این افراد نیز عمدتاً شامل مسائلی چون صلاحیت برای محاکمه شدن، مسئولیت کیفری و توانایی تحمل اجرای کیفر در صورت مسئول شناخته شدن است. با توجه به ناهمگونی انواع صرع از نظر میزان هوشیاری، شدت حملات و پاسخ به درمان نمی‌توان در باره موضوعات حقوقی و کیفری این بیماران پیش‌دوری نمود بلکه بررسی دقیق نوع و شدت بیماری الزامی است.

## مسائل کیفری مرتبط با صرع

در کلیه قوانین و مقررات مربوط به مشاغلی که نیازمند هوشیاری و توجه کافی هستند بررسی از نظر بیماری صرع مورد توجه قرار گرفته است. در مورد مشاغلی چون رانندگی این موضوع بیشتر مورد تأکید است، زیرا بیماری صرع می‌تواند عامل بروز حوادث ناگوار رانندگی باشد. هر چند در برخی از ممالک به فرد بیمار مشروط به کنترل صرع با مصرف داروهای تجویز شده اجازه رانندگی را می‌دهند، اما باید توجه داشت که صرفاً کنترل صرع کافی نیست و چه بسا مطرح شدن عارضه خواب‌آلودگی ناشی از مصرف برخی از داروهای ضد صرع برای مسئول شناخته شدن فرد، در صورت بروز حادثه، کافی باشد.

در مورد ارتباط صرع با ارتکاب جرائم و رفتارهای تهاجمی و میزان مسئولیت بیماران مصروع تحقیقات فراوانی انجام

<sup>45</sup>Flaum

شده است. بررسی منابع موجود از جمله کارهای گان<sup>۴۶</sup> و تریمن<sup>۴۷</sup> نشان می‌دهد که ارتباط صرع با ارتکاب جرم بسیار ضعیف است. از طرفی در بعضی از بررسی‌ها نشان داده شده که رفتارهای تهاجمی در فاصله بین حملات صرعی، به صورت خودزنی، اقدام به خودکشی و پرخاشگری از جمعیت عادی بیشتر است.

مواردی که بیمار مدعی شده به دلیل سابقه ابتلا به صرع در زمان ارتکاب یک عمل پرخاشگرانه و یا بعضاً مجرمانه آگاه به اعمال خود نبوده است، در تجارب بالینی اکثر روان پزشکان وجود دارد. این گونه دفاعیات در دادگاه‌ها به طور چشمگیری دیده می‌شود. از آن جا که در بعضی از انواع صرع (مثلاً نوع روانی - حرکتی<sup>۴۸</sup>) بروز رفتارهای ناآگاهانه و خود به خود همراه با کاهش هوشیاری به کرات اتفاق می‌افتد، تعیین صحت و سقم ادعای بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است.

اکثر مطالعات نشان دهنده آن است که پرخاشگری و ارتکاب جرم پدیده شایعی در حین حملات صرع نیست ولی باید پذیرفت که رفتارهای تهاجمی و خشونت به عنوان مسئله‌ای غیر صرعی در بیماران اپی‌لپتیک شایع است. این موضوع شاید از دیدگاه روانی - اجتماعی بیشتر توجه‌پذیر باشد، به این معنا که عوامل و دلایل فیزیولوژیک و طبی کمتر در بروز مشکلات رفتاری و حالات تهاجمی و خشونت‌های بیماران صرعی مؤثر است، بلکه نارسایی‌های شغلی و اجتماعی آنان سبب افزایش تمایل به رفتارهای غیرقانونی می‌شود. به نظر می‌رسد که عامل بروز خشونت خود بیماری صرع نیست و بیشتر تغییرات شخصیتی ناشی از بیماری و یا پیامدهای اجتماعی و اقتصادی بیماری منجر به بروز رفتارهای خشن می‌شود. وجود عواملی چون سابقه ضربه به سر، پایین‌تر بودن ضریب هوشی، شروع زودرس حملات تشنجی و وجود امواج صرعی در نواحی آمیگدال، هیپوکامپ و هیپوتالاموس نیز امکان بروز پرخاشگری در حین حمله و به خصوص بین حملات را افزایش می‌دهد. هم چنین بالا بودن شیوع اختلال روانی در این افراد می‌تواند در بالاتر بردن شیوع رفتارهای تهاجمی تأثیر داشته باشد. حداقل نیمی از بیماران مصروع دچار اختلالات روانی دیگر نیز هستند. حدود 30 درصد آنان بیماری‌های شدید روانی و 7 درصد آنان سابقه بستری شدن در بخش‌های روان پزشکی را دارند.

بیشترین اختلال روانی که در مبتلایان به بیماری صرع بروز می‌کند، تغییرات شخصیتی<sup>۴۹</sup> است. این حالت در بیمارانی که سابقه طولانی حملات صرعی دارند، دیده می‌شود و آن را اصطلاحاً شخصیت صرعی<sup>۵۰</sup> می‌نامند. این اختلال به ویژه در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی<sup>۵۱</sup> و صرع با علل شناخته شده، دیده می‌شود. از علائم بازار این حالت، پیدایش حملات ناگهانی پرخاشگری و خشم انفجاری، سوءظن و افکار بد بینانه، تمایل به پرحرفی آزارنده، حاشیه پردازی و تکلم سنگین و کسالت‌بار و استفاده از واژه‌های رسمی و کتابی است. کاهش میل جنسی و در مواردی نیز رفتارهای انحرافی و افزایش میل جنسی دیده شده است.

اختلال روانی شایع دیگر در مبتلایان به صرع، اختلال شبه اسکیزوفرنی است. به نظر می‌رسد بروز این اختلال در بیماران مبتلا به صرع که حملات آن‌ها از دوران بلوغ شروع شده و کانون صرعی در نیم‌کره غالب مغز وجود دارد، بیشتر است.

سوء مصرف الکل و مواد مخدر، سندرم محرومیت مواد روان‌گردان، قطع ناگهانی داروهای ضدصرع و کم خوابی نیز

<sup>46</sup>Gunn

<sup>47</sup>Treiman

<sup>48</sup>Psychomotor seizure

<sup>49</sup>Personality changes

<sup>50</sup>Epileptic personality

<sup>51</sup>Temporal Lobe Epilepsy (T.L.E)

بروز رفتارهای خشونت‌بار را تشدید می‌کند. این موارد در زمان بازداشت مجرمین مبتلا به صرع ممکن است مشاهده شود.

از مهم‌ترین دلایل ارجاع بیمار صرعی به روان‌پزشک قانونی، تعیین میزان مسئولیت کیفری در مورد بیماری است که جرمی را مرتکب شده است. تعیین این که فرد مبتلا به حملات صرعی در حین وقوع جرم مسئول رفتار خود بوده یا خیر غالباً دشوار نیست، اما موارد استثناء نیز وجود دارد. زمانی که انگیزه‌ای برای ارتکاب جرم یافت نمی‌شود و یا رفتار ابتدایی و کلیشه‌ای در زمان وقوع جرم گزارش می‌گردد، تشخیص موضوع تا اندازه‌ای مشکل است. در ارزیابی بیمار مصروع که مرتکب جرم شده توجه به برخی نکات می‌تواند به تشخیص میزان آگاه بودن فرد در حین ارتکاب رفتار مجرمانه کمک کند. اگر شخصی سابقه حملات صرع را به صورت مکرر در گذشته داشته و فعلاً نیز دچار یک حمله تهاجمی شده است، باید بررسی شود که تا چه اندازه حمله فعلی با حملات قبلی از نظر نوع رفتار و اتوماتیسم مشابه بوده است. معمولاً در حملات صرع واقعی این گونه رفتارها جنبه تکراری و کلیشه‌ای دارد و در گذشته نیز وجود موارد مشابه محرز است. هم‌چنین ارزیابی فرد از نظر خصوصیات شخصیتی بسیار اهمیت دارد. معمولاً اعمال خشونت‌بار ناشی از یک حمله صرع به عنوان رفتاری نامتناسب و جدای از خصوصیات شخصیتی فرد تلقی می‌شود. در شخصی که ذاتاً پرخاشگر و تهاجمی است کمتر احتمال دارد که ارتکاب اعمال تهاجمی و خشن ناشی از اتوماتیسم و یا حمله صرعی باشد. نکته مهم دیگر این که در بیماران صرعی اقدام به خشونت و جرم بدون طرح و نقشه قبلی است و معمولاً همراه با فراموشی و عدم آگاهی نسبت به وقایع حین حمله می‌باشد. در اغلب موارد وقتی که فرد پس از اتمام حمله و حالت اتوماتیسم متوجه عمل خلاف قانون خود می‌شود، در پی درخواست کمک از سایرین برمی‌آید یا پا به فرار گذاشته و از نتیجه اعمالی که انجام داده بسیار مضطرب و وحشت زده می‌شود. در چنین حالتی اگر فرد دیگری بیمار را در حین حمله دیده باشد معمولاً شواهدی دال بر اختلال سطح هوشیاری در فرد گزارش می‌دهد، مثلاً حالت بهت زدگی و نگاه خیره یا سایر رفتارهای کلیشه‌ای و علائمی دال بر بهت روانی و قطع ارتباط با محیط ممکن است گزارش شود.

در حملات صرع معمولاً فراموشی تنها نسبت به وقایع حین حمله است و فرد نسبت به مسائل قبل از شروع اتوماتیسم خاطره روشنی دارد و صرفاً قادر به یادآوری کامل وقایع حین حمله نیست که علت آن هم وجود اختلال سطح هوشیاری در حین حمله و ناتوانی فرد برای ثبت حوادث در حافظه می‌باشد.

نکات یاد شده، هیچ کدام به تنهایی نمی‌تواند قطعاً وجود حمله صرعی در حین ارتکاب جرم را ثابت نماید، اما همراه بودن همه موارد فوق راهنمای خوبی برای تصمیم‌گیری خواهد بود.

موضوع امکان اجرای کیفر در بیمار مصروع مجرم زمانی مطرح می‌شود که بیمار مبتلا به صرع از مسئولیت کیفری مبرا نشده و برای وی کیفر معینی تعیین شده است. اجرای حد، کیفر حبس یا تبعید از جمله مواردی است که در یک فرد مصروع منجر به دادخواست عدم تحمل کیفر از سوی وکیل دعاوی می‌گردد. روان‌پزشک بعد از معاینه بیمار، مطالعه سوابق درمانی، بررسی پرونده کیفری و شرح مشاهدات روان‌پزشک زندان و یا تحقیق درباره رفتار وی در زمان بازداشت، می‌تواند شدت و نوع صرع را ارزیابی نموده و تأثیر مجازات بر تشدید بیماری را تخمین بزند. نظریه وی راه‌گشای دادگاه برای تصمیم‌گیری نهایی خواهد بود.

بیماران مبتلا به بیماری صرع در مواردی با مشکلات حقوقی نیز مواجه می‌شوند. تأیید بیماری و تعیین شدت آن برای ارائه به شرکت‌های بیمه و از کار افتادگی و یا دعاوی فریب در ازدواج از جمله این موارد است. بیماری که ادعای ابتلاء به صرع دارد، ممکن است از تشخیص بیماری سود ببرد. زمانی که با تأیید بیماری از مزایای بیمه و مستمری

برخوردار می‌شود و یا فرد حامی او می‌تواند از مزایای قانونی پیش‌بینی شده بهره‌مند گردد، در واقع فرد از وجود بیماری متنفع می‌شود. از سوی دیگر زمانی که یکی از زوجین ادعای وجود صرع را در همسر خود مطرح می‌کند، اثبات بیماری باعث متضرر شدن بیمار در زمینه دعوی قانونی مورد نظر می‌گردد. در چنین مواردی ممکن است فرد مبتلا از ارائه سوابق درمانی و اطلاعات لازم در مورد بیماری خود اجتناب کند و گاهی فقدان مدارک کافی پزشکی، لزوم انجام آزمایشات گوناگونی چون تهیه نوار مغزی در خواب یا بیداری و یا همراه با فرانگری نوار مغزی<sup>۵۲</sup> و بررسی سطح سرمی داروهای ضد صرع را ایجاب می‌نماید. در ارتباط با جنبه‌های حقوقی صرع، پیامدهای دوطرفه بیماری و شغل نیز مطرح است. اشتغال به کار بیماران صرعی، بروز صرع برای اولین بار و یا به دنبال ضربه در حین کار و انتخاب شغل با توجه به ماهیت بیماری از جمله مشکلات مهم بیماران مبتلا به صرع می‌باشد.

### اختلال خواب‌گردی<sup>۵۳</sup>

در مواردی از پرونده‌های کیفری دفاع متهم این است که او در حال خواب بوده و ناآگاهانه مرتکب رفتار مجرمانه شده و به همین دلیل به یاد ندارد چه اتفاقی رخ داده است. نمونه‌هایی از ارتکاب جرم در حین خواب و نیز نمونه‌هایی از دفاعیه‌های رد شده از این موارد در مقالات حقوقی و روان پزشکی قانونی دیده می‌شود.

در قانون جزای فرانسه خواب‌گردی و ارتکاب جرم ناشی از آن، از اختلالات عصبی و بیماری‌های ذهنی تلقی می‌شود و ارتکاب جرم به وسیله شخصی که در حال خواب‌گردی می‌باشد، قابل تعقیب کیفری نیست و نوعی بیماری روانی تلقی می‌گردد. در انگلستان نیز مسلوب‌الاراده بودن که مصداق بارز آن خواب‌گردی است صرفاً یکی از محدودیت‌های مسئولیت جزایی شمرده می‌شود. نظام حقوقی آمریکا در این مورد وضعیت مشابهی با قوانین انگلستان دارد و فرد مجرم، به علت این که در زمان ارتکاب جرم در حال خواب‌گردی (یک عمل غیرارادی) بوده، به بیمارستان روانی اعزام می‌شود. برای سال‌های متممادی دادگاه‌های این کشور با وجود این که برای آن‌ها مسلم بود که خواب‌گردان مجنون نیستند، اما آنان را به دلیل جنون رافع مسئولیت کیفری می‌دانستند ولی در سال‌های اخیر این استدلال زیر سوال رفته و در بعضی از موارد متهم تبرئه شده و به صورت کامل رهایی پیدا می‌کند.

قانون مجازات اسلامی در ماده ۱۵۳ به جرایم ارتكابی در حال خواب پرداخته است: "هر کس در حال خواب، بیهوشی و مانند آن‌ها، مرتکب رفتاری شود که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، مجازات نمی‌گردد مگر این که شخص با علم به این که در حال خواب یا بیهوشی مرتکب جرم می‌شود، عمداً بخوابد و یا خود را بیهوش کند."

### اختلالات کنترل تکانه<sup>۵۴</sup>

(اختلالات طبقه بندی شده در این گروه با تغییراتی در DSM-5 مواجه شده است ولی با بحث قانونی مربوط به این موارد تداخلی ندارد)

مشخصه این گروه از اختلالات وجود تنش و فشار روانی مفرط برای انجام اعمال تکانه‌ای<sup>۵۵</sup> و ناتوانی برای مقاومت در برابر این تنش می‌باشد. بعد از اقدام به عمل تکانه‌ای، فرد معمولاً احساس رضایت یا رهایی کرده ولی ممکن است از پیامدهای عمل و مضراتی که حاصل می‌شود اظهار پشیمانی کند.

<sup>52</sup>Monitoring EEG

<sup>53</sup>Somnambulism

<sup>54</sup>Impulse control disorders

<sup>55</sup>Impulsive behaviour

اختلال انفجاری دوره‌ای<sup>۵۶</sup> به دلیل اختلال در کنترل رفتار تکانه‌ای پرخاشگرانه ممکن است به معنای «سلب نسبی اراده» و یا «اختلال اراده» تلقی شود. بعضی از جرائم زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تحت تأثیر تنش غیرقابل مقاومت به ارتکاب یک عمل مجرمانه متوسل می‌شود، اما در همه موارد تشخیص «اختلال انفجاری دوره‌ای» منطقی نیست. برای تشخیص این اختلال «وجود چندین دوره مشخص ناتوانی برای مقاومت» الزامی است. به عبارت دیگر این اختلال باید از نظر بالینی قابل تشخیص و دارای سوابق ثابت شده‌ای باشد. از سوی دیگر از منظر جرم‌شناسی شرایط دیگری نیز باید محقق گردد. به عنوان مثال: در موارد رفتارهای تکانه‌ای انگیزه ضرب و جرح یا قتل قانع‌کننده نیست، معمولاً یک ابزار دم دستی برای انجام جرم مورد استفاده قرار می‌گیرد، اقدام مجرمانه طرح‌ریزی شده نیست و رفتار پس از ارتکاب به جرم موید پشیمانی فرد مجرم از نتیجه عمل است. هر چند این موارد هم کاملاً روشن‌کننده وجود یا عدم وجود اختلال انفجاری دوره‌ای نیست اما احتمال آن را در ذهن تقویت می‌کند. از طرفی نمی‌توان این حالت را به معنای سلب کامل اراده و یا عدم کنترل بر رفتار دانست. به نظر می‌رسد بیماران دچار اختلال انفجاری دوره‌ای ممکن است قادر باشند با تغییر دادن سمت و سوی رفتار تهاجمی خود، ضمن تخلیه اجتناب‌ناپذیر خشم، تبعات مجرمانه کمتری برای خود ایجاد کنند. روان‌پزشک باید پس از بررسی جزئیات شرح حال، شرح واقعه، معاینه بیمار و مطالعه مدارک پزشکی با در نظر گرفتن همه شرایط اقدام به ارائه نظر نماید.

دزدی بیمارگونه<sup>۵۷</sup> و آتش‌افروزی بیمارگونه<sup>۵۸</sup> نیز دارای ویژگی‌های مشترک هستند. این ویژگی‌ها عبارتند از؛ ایجاد تنش، عدم توانایی مقاومت و احساس رهایی بعد از ارتکاب عمل که بارها و بارها تکرار می‌شود. بیمار مبتلا به این اختلال در اثر انگیزه‌هایی ناخودآگاه، دست به اعمال مجرمانه می‌زند و چون نسبت به عواقب عمل خود آگاهی کامل دارد ممکن است از صحنه جرم بگریزد. در دزدی بیمارگونه، صرفاً عمل «دزدیدن» است که رضایت شخص را سبب می‌شود نه شیء دزدیده شده، به همین دلیل ممکن است اشیاء بی‌اهمیت و ارزان قیمت دزدیده شود و یا حتی فرد پس از دزدیدن احتمال دارد این اشیاء را دور بریزد.

قمار بازی بیمارگونه<sup>۵۹</sup> جنبه‌های قانونی و درمانی خاص خود را دارد و در کشور ما کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. وسواس‌کنند<sup>۶۰</sup> نیز غالباً یک اختلال روانی نیازمند درمان و بدون درگیری‌های قانونی و جزایی است.

### مسئولیت کاهش یافته<sup>۶۱</sup>

ابتلاء به اختلال روانی همیشه موجب رفع مسئولیت کیفری نیست. در برخی موارد نشانه‌های بیماری تأثیری بر تصمیم عمل مجرمانه ندارد ولی در اکثر جرائمی که توسط بیماران انجام می‌شود نقش مستقیم و یا غیر مستقیم اختلال روانی دیده می‌شود. در چنین مواردی موضوع تقلیل مسئولیت مطرح می‌شود. این موضوع در سال 1957 در قوانین جزایی انگلستان به شرح زیر بیان گردید: «هنگامی که فردی در قتل دیگری مشارکت می‌کند و یا کسی را به قتل

<sup>56</sup>Intermittent explosive disorder

<sup>57</sup>Kleptomania

<sup>58</sup>Pyromania

<sup>59</sup>Pathological gambling

<sup>60</sup>Trichotillomania

<sup>61</sup>Diminished responsibility



می‌رساند، در صورتی که دچار ناهنجاری روانی<sup>۶۲</sup> باشد (خواه ناشی از توقف یا تأخیر تکامل عقلانی و یا به دنبال یک علت مادرزادی و یا اکتسابی) به گونه‌ای که اساساً مسئولیت روانی فرد را در قبال اعمال و خطاهایش در هنگام ارتکاب یا مشارکت در قتل خدشه‌دار کرده باشد، نباید به قتل عمد متهم گردد».

بسیاری از اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی، روان تنی، خلقی بدون نشانه‌های روان پریشی، اختلالات شخصیت و مواردی نظیر آن حداکثر می‌توانند باعث کاهش مسئولیت شوند. تقریباً در تمامی قوانین کیفری، ناتوانی هوشی و کم عقلی به عنوان مواردی برای رفع یا کاهش مسئولیت کیفری شناخته شده‌اند.

### مسئولیت کیفری در اختلالات شخصیت

در بحث مسئولیت کیفری در اختلالات شخصیت، عمدتاً با مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی<sup>۶۳</sup> و اختلال شخصیت مرزی<sup>۶۴</sup> مواجهیم. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی را در گذشته «سایکوپات» می‌نامیدند. این اصطلاح را اولین بار کرپلین<sup>۶۵</sup> در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی به کار برد.

برخی از پژوهش‌گران این افراد را با عنوان مبتلایان به «جنون اخلاقی» معرفی نموده‌اند. اشنایدر<sup>۶۶</sup> سایکوپاتی را پریشانی در سلوک و رفتار می‌داند که بر اثر آن هم بیمار و هم اطرافیان او در رنج هستند. بر اساس نظرات او این گروه بیماری مشخصی ندارند، فقط رفتار و شخصیت آنان از حد عادی و طبیعی منحرف شده و از نظر بهره هوشی معمولاً در محدوده طبیعی هستند.

مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی در قبال رفتارهای هنجارشکنانه و تخلف آمیز خود دارای مسئولیت کیفری شناخته می‌شوند. این افراد غالباً بهره هوشی متوسط یا بالاتر از متوسط دارند. نشانه‌ای از عدم قدرت تمییز و تشخیص در آنان دیده نمی‌شود. علائم روان پریشی را ندارند و به رفتار خود و نتایج اعمالی که مرتکب می‌شوند، دارای بینش کافی هستند. این افراد ممکن است انباشته از خشم و نفرت نسبت به جهان پیرامون باشند و به همین دلیل استعداد ارتکاب جرم در آنان بالاست.

گروه دیگری از اختلالات شخصیت که مستعد رفتارهای مجرمانه‌اند، افراد دچار اختلال شخصیت مرزی هستند. با توجه به موارد فوق، بدیهی است که درگیری آنان با قانون اجتناب ناپذیر است. به خصوص آن که احتمال دارد بعد از ارتکاب یک جرم سنگین ادعا کند که این عمل مجرمانه در حین یک برهه روان پریشی حاد و گذرا رخ داده است. در مقایسه با اختلال شخصیت ضد اجتماعی این گروه از بیماران دچار مشکلات خلقی و عاطفی بیشتری هستند. این گونه بیماران به نظر می‌رسد بیشتر خود آزاری دارند تا دیگر آزاری. البته درگیری آنان با دیگران و حملات انفجاری خشم در آنان منشاء شکایت‌های متعددی بوده است اما میزان آسیب‌هایی که به خود وارد می‌کنند غالباً قابل توجه است. این

<sup>62</sup>Abnormality of mind

<sup>63</sup>Antisocial personality disorder

<sup>64</sup>Borderline personality disorder

<sup>65</sup>Kraepelin

<sup>66</sup>Schneider

بیماران در طی دوره‌های کوتاه و گذرای روان پریشی که از چند لحظه تا چند ساعت می‌تواند متغیر باشد، علائم رفتاری بسیار شدید بدون آگاهی و بینش کافی ممکن است نشلن دهند. هر چند ارتکاب هر عملی در حین این دوره‌ها را می‌توان از نظر مسئولیت شناسی مورد بررسی قرار داد اما واقعیت این است که تعیین دقیق این موضوع که عمل مجرمانه دقیقاً در طی یک برهه روان پریشی گذرا صورت گرفته، بسیار دشوار است. موضوعی که در مباحث روان پزشکی کیفری بسیار حائز اهمیت می‌باشد و در برخی دادرسی‌های قضایی منشاء اختلاف نظر بین روان پزشکان و حقوق‌دانان و در نهایت گاهی باعث صدور آراء قضایی متفاوت است.

این بیماران بسیار امکان دارد تا درگیری‌های متعدد قانونی پیدا کنند. گرایش آنان به اعتیاد، خودزنی مکرر، حملات شدید خشمگینانه به سوی دیگران و رفتارهای تکانه‌ای آنان سبب درگیر شدنشان با مراجع قضایی می‌شود. به جز در موارد بسیار نادر (وقتی ثابت شود عمل مجرمانه در طی یک دوره روان پریشی گذرا صورت گرفته) در سایر موارد بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مسئول رفتار خود بوده و باید پاسخ‌گوی جرائم ارتكابی خود باشد، هر چند به نظر می‌رسد موضوع مسئولیت کاهش یافته باید به گونه‌ای در بیماران مبتلا به این نوع اختلال شخصیت مطرح گردد. این نیز از جمله مواردی است که در تدوین قوانین جزایی لازم است مورد توجه قرار گیرد. تعیین حیطه مسئولیت در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همواره کار دشواری بوده است.

#### دفاع مبتنی بر ابتلاء متهم به جنون

دفاع مبتنی بر جنون<sup>67</sup> در سال‌های اخیر به دلیل این که بسیاری از جانیان گناه‌کار با استفاده از آن ناعادلانه از مجازات‌هایی می‌یابند، توسط دستگاه قضایی بسیاری از ایالات آمریکا منسوخ شده است. در سایر ایالات تعاریف ارائه شده از جنون محدودتر شده و حتی آراء گناه‌کار ولی بیمار روانی<sup>68</sup> به وفور مورد استفاده قرار می‌گیرد. همه این‌ها برای این است که تعداد کمتری از متهمین به این دلیل غیرمسئول شناخته شوند.

#### راهنمای کاربردی برای تعیین مسئولیت کیفری

از نظر حال<sup>69</sup> برای تعیین میزان مسئولیت کیفری می‌توان مراحل را در نظر گرفت که شاید راه‌کاری عملی و در دسترس برای دستگاه قضایی باشد. از نظر او اولین قدم شامل ارزیابی مجرم، قربانی، محتوای جنایت و سایر اطلاعات مرتبط با شرایط فعلی و قبلی متهم است. هم چنین گزارش‌های دوران نوجوانی که احتمالاً در بایگانی مراکز دولتی (مثلاً مدارس محل تحصیل) وجود دارند، مصاحبه‌هایی با همسر، گزارش‌های عملکرد دوران خدمت نظامی، کسب اطلاعات پزشکی و سوابق درمانی و مواردی مثل آن ممکن است کمک کننده باشد. او معتقد است برای اعتبار نظر نهایی آزمون-گر، بهتر است که اطلاعات تا جایی که امکان دارد از منابع بیشتری اخذ گردد. این‌ها بخش مهمی از پرونده شخصیت را تشکیل می‌دهد که نقش خاصی در شناسایی وضعیت روانی و رفتاری متهم دارد.

تشریح جرم توسط متهم معمولاً به شناخت وضعیت روانی وی کمک می‌کند. حتی وقتی که متهم ارتکاب جرم را

<sup>67</sup> Insanity defense

<sup>68</sup> Guilty but mentally ill (G.B.M.I.)

<sup>69</sup> Hall

انکار می‌کند یا وقتی احتمال جنون متهم وجود دارد، وضعیت روانی متهم در زمان جنایت برای استفاده موفقیت آمیز از دفاع مبتنی بر جنون اهمیت زیادی پیدا می‌کند. گرچه وضعیت روانی را اغلب می‌توان از صحبت‌های شهود، مدارک به دست آمده و گزارش‌های اشخاص ثالث در مورد حوادث قبل و بعد از جنایت حدس زد، توصیف خود متهم از حوادث به عنوان یک منبع اطلاعاتی مفید است.

تشخیص وضعیت روانی متهم در زمان ارتکاب جرم (براساس ICD یا DSM) و نیز مدارکی مبنی بر وجود بیماری در زمان ارتکاب جرم موضوع دیگری است که باید مد نظر باشد. شواهد مبنی بر نوعی اختلال روانی مزمن (مانند اسکیزوفرنی، ناتوانی هوشی و اختلال شخصیتی عضوی) قبل از وقوع جرم احتمال وجود آن را در هنگام جنایت افزایش می‌دهد، اما به تنهایی کافی نیست. بعضی اختلالات روانی مزمن می‌توانند در حالت بهبود موقت یا بهبود موقت نسبی باشند یا با داروهای روان پزشکی کنترل شده باشند. مدارک مبنی بر حالات تکانه‌ای در گذشته تنها در صورتی به تشخیص وضعیت روانی متهم در زمان جرم فعلی ارتباط پیدا می‌کند که جرم فعلی نیز تکانه‌ای باشد. ابتلا به بیماری‌های روانی (مثل افسردگی یا اضطراب) که پس از جنایت ایجاد شده باشد، به تشخیص زمان ارتکاب جرم ربطی ندارد. بسیاری از دادگاه‌ها اختلالات روانی خاصی چون مسمومیت عمدی دارویی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی را از تعاریف جنون قانونی خود حذف کرده‌اند.

ارادی بودن رفتار و توانایی کنترل توسط متهم اصلی‌ترین مسأله است و قدرت انتخاب سالم در زمان ارتکاب جرم نیز اغلب به معنی مسئولیت پذیری کیفری است. نقص کنترل، نظیر آنچه که در اختلالات کنترل تکانه دیده می‌شود، غالباً به تخفیف مسئولیت پذیری می‌انجامد.

وجود اختلال روانی در زمان ارتکاب جرم به خودی خود مسئولیت کیفری را منتفی نمی‌کند. شدت اختلال و نقص قوای عقلانی در زمان عمل مجرمانه میزان مسئولیت پذیری کیفری را مشخص می‌کند، لذا یکی از موضوعات مهم در روان پزشکی قانونی بررسی احتمال ابتلاء متهم به جنون آنی در حین ارتکاب جرم است. در چنین برهه‌ای بیمار فاقد اراده، قوای تصمیم‌گیری و قضاوت، و فاقد بینش نسبت به حالات روانی خود است. در قوانین ایران به موضوع جنون بسیار پرداخته شده و ماده 149 قانون مجازات اسلامی صراحتاً جنون را حالتی از اختلال روانی می‌داند که فرد مبتلا فاقد قوه تمییز یا فاقد اراده باشد. تشخیص جنون آنی به معنای نداشتن توانایی کنترل رفتار، در حدی که مرتکب جرم قادر به تشخیص، انجام اعمال ارادی و تصمیم‌گیری نباشد و نتیجه عمل خود را نداند، هر چند بسیار مشکل است اما عواملی وجود دارند که می‌توان از آنها برای کمک به تشخیص استفاده نمود. بر اساس نظریات هال، برخی از نشانه‌ها به نفع توانایی کنترل رفتار در زمان ارتکاب جرم هستند به عنوان مثال، نبودن سابقه‌ای از بروز رفتارهای تکانه‌ای و غیرقابل کنترل در گذشته، فقدان علائم مسمومیت دارویی و نبودن دلایلی مبنی بر وجود حالات گیجی، پریشانی روانی و یا رفتارهای مختل در گذشته می‌تواند دلیلی برای توانایی کنترل ارادی رفتار محسوب شود. از طرفی چنانچه علائمی از بیش‌فعالی به جز در حین ارتکاب جرم دیده نشده و فعالیت حرکتی مجرم برای تکمیل جرم ضروری بوده است و نیز وجود مهارت‌های حرکتی طبیعی قبل و پس از ارتکاب جرم یا سهل‌الوصول نبودن وسیله ارتکاب جرم به صورتی که برای تهیه آن نیاز به قصد و برنامه قبلی بوده است، نشانه‌ای از ارادی بودن رفتار مجرمانه می‌تواند محسوب شود. فردی که می‌تواند حوادث منجر به جنایت را به طور کامل و با جزئیات به یاد بیاورد و یا نشانه‌ای از اضطراب شدید در زمان ارتکاب جرم نداشته و یا قادر بوده تکانه خشم خود را مثلاً با صبر کردن و یافتن فرصت مناسب به تأخیر بیندازد از جمله مواردی است که به سود توانایی کنترل رفتار به شمار می‌رود.

از نظر حال، تمرکز خاص بر انجام عمل مجرمانه، مثلاً در جرم قتل وارد نمودن ضربات به شکلی که حتماً منجر به مرگ شود، یکی دیگر از دلایل توانایی کنترل رفتار است. افرادی که به نظر می‌رسد مهارت‌های درکی و حرکتی لازم را برای حرکت کردن و رسیدن به محل ارتکاب جرم داشته‌اند و در زمان ارتکاب جرم بی‌اعتنا به ناله و فریاد، فرار و یا دفاع قربانی رفتار مجرمانه خود را تکمیل می‌کنند غالباً دارای اراده شناخته می‌شوند. این افراد می‌توانند نتایج تهاجم را به یاد بیاورند و ممکن است در بازجویی‌ها این نکته را بروز دهند. رفتار پس از ارتکاب جرم نیز دارای اهمیت است. چنانچه متهم پس از ارتکاب جرم توانسته صحنه را مرتب کرده و آثار جنایت را محو کند و یا تلاش کرده با مخفی کردن ابزار جرم، فرار از صحنه جنایت، دروغ گفتن مکرر و رفتارهای مشابه خود را مبراً از اتهام جنایت نشان دهد، دلیلی برای غیرارادی بودن رفتار مجرمانه به اثبات نخواهد رسید. البته تحقیق در باره موارد فوق باید کامل و بی نقص انجام پذیرد و از همه منابع معتبر اطلاعاتی استفاده شود. مدل اعلام شده صرفاً راهنمای تشخیصی است و نمی‌تواند به خودی خود دلیلی برای اثبات جرم باشد.

موضوع بیمار خطرناک یکی از چالش‌های مهم در روان پزشکی است. اهمیت این موضوع به دلیل الزام بستری اجباری است که در همه قوانین به معنای سلب آزادی بوده و باید راه‌کارهای قانونی آن پیش بینی شده باشد. از طرف دیگر احتمال بروز خطر برای خود و دیگران، همه افراد درگیر این موضوع را موظف می‌کند تا برای پیشگیری از بروز یک آسیب غیر قابل جبران چاره اندیشی کند. در اکثر قوانین جزایی جهان به موضوع بیماران خطرناک، هم به دلیل الزام آنان به درمان و هم به خاطر کمک به امنیت دیگران، توجه ویژه‌ای شده است. این قوانین پزشک را موظف می‌کند که اگر با بیماری مواجه شد که برای دیگران خطرناک است، اقدامات لازم برای حفاظت از این افراد را به کار گیرد. مباحثاتی که در جوامع روان پزشکی و قضایی در این زمینه وجود دارد به دلیل ظرافت‌هایی است که در مواد قانونی مرتبط با موضوع وجود دارد. تعریف بیمار خطرناک، نحوه اقدامات پیشگیری کننده و موضوعات اخلاقی از جمله رازداری مواردی هستند که در این بحث اهمیت بسیاری دارند.

### بیمار خطرناک

در ماده 150 قانون مجازات اسلامی آمده است: «هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرائم موجب تعزیر پس از وقوع جرم مبتلا به جنون شود چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر متخصص، ثابت و آزاد بودن وی مخل نظم و امنیت عمومی باشد، به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می‌شود. شخص نگهداری شده یا خویشاوندان او می‌توانند در دادگاه به این دستور اعتراض کنند که در این صورت، دادگاه با حضور معترض، موضوع را با جلب نظر کارشناس در جلسه اداری رسیدگی می‌کند و با تشخیص رفع حالت خطرناک در مورد خاتمه اقدام تأمینی و در غیر این صورت در تأیید دستور دادستان، حکم صادر می‌کند.»

تعاریف حقوقی در مورد بیمار خطرناک می‌تواند برای روان پزشکان کمک کننده باشد اما به نظر می‌رسد آنچه در قوانین بهداشت روان در این مورد تعریف شده برای تصمیم گیری در کار بالینی مفیدتر است. بر اساس این تعاریف هرگاه فردی که مبتلا به اختلالات روانی است و به احتمال قوی در آینده نزدیک رفتار آسیب رسان جدی خواهد داد به نحوی که نتایج آن غیر قابل جبران یا به سختی قابل جبران باشد، این فرد بیمار خطرناک محسوب شده و نیاز به اعمال مراقبت و درمان اجباری روان پزشکی دارد. خطر جدی می‌تواند جانی یا مالی یا حیثیتی باشد. این موضوع در باره بیمارانی که اختلال روانی آنان سبب رفع کلی مسئولیت کیفری نمی‌شود نیز صادق است.

بستری کردن در بیمارستان در بیشتر مواقع تنها راه مناسب برای رسیدگی به وضع یک بیمار حاد روان پزشکی است. این امر ممکن است داوطلبانه یا به صورت اجباری انجام شود. از آن جا که روان پزشکان همیشه معتقدند که رضایت و همکاری بیمار در نتیجه درمان مؤثر است، و نیز بر این باورند که درمان نباید آزادی فردی بیمار را محدود کند، اگر بیمار تمام توصیه‌های پزشکی را بپذیرد بستری شدن داوطلبانه بهترین تصمیم برای شروع درمان است. اما زمانی که او از بستری شدن امتناع می‌کند، پزشک می‌تواند بیمار را، اگر دارای وضعیت خطرناک است، بر خلاف میل و رضایت او بستری نماید. اگر چه هر بیماری می‌تواند به دلیل سلب آزادی‌اش توسط پزشک علیه او اقامه دعوی کند، اما دادگاه‌ها معمولاً پزشکی را که با احساس مسئولیت و وجدان کاری خود بر طبق قوانین اقدام به بستری نمودن یک بیمار روانی کرده است، محکوم نمی‌کنند. بسیاری از قوانین تبصره‌هایی را برای حمایت و حفظ امنیت شغلی پزشکی که در چهارچوب قوانین دولتی عمل کرده است، پیش‌بینی کرده‌اند. ثبت مناسب شرح حال در پرونده بیمار همراه با گزارش دقیق و روشن از تصمیمات اتخاذ شده، معمولاً از محکوم شناخته شدن پزشک معالج جلوگیری می‌کند.

### تعیین احتمال خطر

تعیین میزان خطرناک بودن یک بیمار معمولاً برای روان پزشکان کار ساده‌ای نیست. امروزه در بیشتر ممالک اروپایی و آمریکایی بعضی قوانین (مانند تاراسوف) پزشک را ملزم می‌دانند تا موارد جدی و پراهمیت را از موارد جزئی و کم اهمیت تفکیک کنند زیرا آنان همواره از یک سو نگران نقض راز داری و از سوی دیگر نگران سلب بی دلیل آزادی فردی هستند. باید قبول کنیم که مراجع قضایی هنوز به این باور نرسیده‌اند که توانایی پیش‌بینی پزشک در مورد رفتار یک بیمار در آینده محدود است و بر همین اساس قوانین موجود همواره پزشک را با عواقب شکست پیش‌بینی‌های او در باره یک بیمار خشن تهدید می‌کند.

در هر حال با وجود تمام مشکلات برای پیش‌بینی موارد خطرناک، هنوز تصمیم برای بستری اجباری در مورد بیماران خطرناک که شدیداً نیاز به درمان دارند، عاقلانه‌ترین تصمیم است. در چنین مواردی استاندارد مراقبت و درمان به طور مشخص مرتبط با تشخیص «خطرناک بودن» می‌باشد.

### عوامل مؤثر در خطرناک بودن

#### سابقه خشونت

سابقه خشونت به عنوان مهم‌ترین عامل مرتبط با خشونت اجتماعی به شمار می‌آید. اطلاعاتی شامل درگیری با پلیس، قتل به خاطر سهل انگاری در حین رانندگی، تجربه نبردهای نظامی و موارد مشابه دیگر باید تحقیق شود. سن، متغیر مرتبط دیگری با مسئله «خشونت» است. سن اولین اقدام خشونت آمیز بسیار مهم است. هر چه فرد در سنین پایین‌تری رفتار خشونت بار انجام داده باشد، احتمال خطر در او بالاتر است. اگر نموداری را بر اساس سن خشونت تصور کنیم، قله آن مربوط به سنین نوجوانی می‌شود. این نمودار تا سن 30 سالگی به آرامی پایین می‌آید و پس از 40 سال با شیب زیادی رو به کاهش می‌گذارد. در معیارهای سنجش خطر (HCR-20) برای اعمال خشونت بعد از 40 سالگی نمره ای در نظر گرفته نمی‌شود و به عبارتی این عامل به تنهایی موید خطرناک بودن فرد محسوب نمی‌شود. زمانی که سابقه‌ای مبنی بر خشونت وجود نداشته باشد، قضاوت بالینی باید براساس وجود تعادل بین عوامل محرک در مقابل عوامل بازدارنده انجام شود. در تصمیمات، هر چه مدت زمان وجود این تعادل طولانی‌تر بوده باشد، احتمال وجود

وضعیت ثابت و پایدار شخص مورد نظر نیز بیشتر می‌شود. برعکس، هر چه این تعادل تغییر پذیرتر بوده باشد، احتمال بر هم خوردن امنیت روانی نیز بیشتر می‌شود. زمانی که سابقه رفتار خشونت آمیز وجود داشته باشد، تصمیم‌گیری به گونه‌ای راحت‌تر می‌شود. پزشک باید آن دسته عواملی را که در گذشته باعث بروز خشونت شده است، شناسایی کرده و میزان بهبودی را توصیف کند. هر چه میزان بهبود و تغییر شرایط بیشتر باشد احتمال بروز مجدد خشونت کمتر می‌شود.

### جنسیت

مردان به نظر می‌رسد بیشتر از زنان به رفتارهای خشن تمایل دارند. در برخی مطالعات این نسبت 9 به 1 اعلام شده است که البته در میان بیماران روانی این نسبت کمتر می‌شود.

### وضعیت اجتماعی اقتصادی و ثبات شغلی

مطالعات ثابت کرده است که این حالت با میزان وقوع جرم نسبت عکس دارد.

### استفاده از مواد روان گردان

استفاده از بسیاری از مواد مؤثر بر روان، خصوصاً الکل، به وضوح با افزایش میزان خشونت مرتبط است. فن-سیکلیدین<sup>70</sup> و کوکائین از نظر بسیاری از پزشکان به عنوان مهم‌ترین عامل محرک و ایجادکننده رفتارهای خشونت بار شناخته شده اند (در سال‌های اخیر در کشور ما افزایش چشمگیری در میزان ارتکاب جرائم مرتبط با مصرف شیشه دیده می‌شود که در فصل مربوط به خود مورد بحث قرار گرفته است).

### ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات روانی

صرف نظر از وجود آشفتگی شدید روانی، صفات شخصیتی ضد اجتماعی، احتمال خطر «خشونت» را افزایش می‌دهد. وجود اختلال پارانوئید، اختلال سازگاری و اختلال کنترل تکانه<sup>71</sup> نیز با خطر بالاتر بروز خشونت همراه است. وجود پیشینه‌ای مبنی بر افکار خطرناک مثل کینه‌های قدیمی، احساس فریب خوردن یا متضرر شدن از سوی فردی خاص و افکار تکرار شونده با محتوای انتقام نیز از عوامل خطر شناخته می‌شود. هم چنین باور غیرمنطقی یک بیمار در مورد این که فردی با موقعیتی بالاتر از او به شدت عاشقش شده و برای او مزاحمت ایجاد می‌کند<sup>72</sup>، می‌تواند یک نشانه جدی برای خطرناک بودن بیمار به شمار آید. عوامل خطر دیگری هم وجود دارد از جمله؛ عضویت در گروه‌های شرور و خشونت‌گرا، داشتن اسلحه، سابقه آزارهای فیزیکی و جنسی، و یا کسانی که مورد تحقیر و توهین بوده اند. پزشک باید به تمام نکات بالا توجه کند، چرا که این عوامل در تأمین میزان «بالقوه خطرناک بودن» بیمار تأثیر به سزایی دارد.

در دسترس بودن اسلحه مورد مهمی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. در ارزیابی‌ها و تعیین و تشخیص‌های فوریتی باید مسئله فراهم بودن اسلحه برای فرد و یا در محل اقامت او (مخصوصاً اسلحه گرم) در نظر گرفته شود. در موارد اورژانس، باید به افراد مطلع و یا خانواده فرد دستور داده شود که موقتاً اسلحه گرم را از دسترس بیمار دور نگه دارند. این دستورالعمل دقیقاً باید ثبت و پیگیری شود. عدم پذیرش موضوع از سوی خانواده مشکل متداولی است که در برخی شرایط نیاز به دخالت پلیس را ایجاد می‌کند.

<sup>70</sup>Phencyclidine (pcp)

<sup>71</sup>Impulse control disorders

<sup>72</sup>Erotomania

## نشانه‌های بالینی بیماران خطرناک

روان پزشکان باید با علائم و نشانه‌های بیماران خطرناک آشنا باشند. عدم آشنایی می‌تواند به نتایج جبران ناپذیری منجر شود. برخی از نشانه‌ها در رفتار ظاهری و بعضی از آن‌ها در محتوای کلام و افکار بیمار قابل ردیابی است. وجود تنش و اضطراب در حین مصاحبه و رفتارهایی مانند خیره شدن و نگاه ثابت، دندان قروچه کردن، مشت کوبیدن، بی‌قراری، قدم زدن مداوم، به همراه داشتن یک اسلحه واقعی یا احتمالی مثل چاقو یا قطعه‌ای از یک لوله می‌تواند زنگ خطری برای یک رفتار تهاجمی تلقی شود. لحن و کلام بیمار چنانچه همراه با عصبانیت بوده و یا اصرار به استفاده از جملات و کلمات تهدید آمیز دارد نیز از نشانه‌های خطر محسوب می‌شود.

عده ای از بیماران، دچار توهمات، افکار هذیانی و یا احساسات غیرعادی هستند. این توهمات، هذیان‌ها و احساسات همواره باید جدی گرفته شوند. احساس فریفته شدن، توهمات شنوایی آمرانه، افکار یا وسوس‌های آزار دهنده، تخیلات و رویاها، از دست دادن اختیار و یا حس قوی برای انتقام از جمله این موارد است. هم چنین باید به موقعیت و شرایط حضور بیمار در مصاحبه توجه نمود. بیماری که با دستبند توسط پلیس به مرکز درمانی انتقال داده شده و نگاه‌های خشمگینانه دارد یا هنگام مصاحبه زیرلب با خود صحبت می‌کند می‌تواند بالقوه خطرناک باشد.

برای هر نوع اقدام و مداخله در مورد بیماری که سلامت و امنیت دیگران را تهدید می‌کند درخواست انجام مشاوره با همکار دیگر، و به خصوص با تأکید بر مشکلات قانونی بیمار، می‌تواند در پیشگیری از بروز اتفاقات ناگوار و حداقل اتهام قصور پزشکی کمک کننده باشد.

دور کردن بیمار از موقعیتی آسیب‌رسان (مانند فراهم کردن سرپناهی برای یک بیمار بی‌خانمان) و تدارک محیط امن‌تری برای او (مثل بستری کردن در یک بیمارستان روان پزشکی) در مرحله بعدی می‌تواند مد نظر قرار گیرد.

## بستری شدن داوطلبانه یک بیمار خطرناک

این نوع بستری شدن به منظور کاهش فشارها و استرس‌های خارجی است که بیمار را به شدت درگیر کرده است؛ بستری شدن بیمار می‌تواند برای او علاوه بر تأمین محیطی حمایتی و مراقبت‌های لازم همراه با روش‌های درمانی نظارت شده باشد. در واقع یک بیمار داوطلب شخصاً توصیه‌های مربوط به بستری شدن را می‌پذیرد و خود اقدام به تکمیل برگه رضایت می‌کند.

## بستری کردن اجباری یک بیمار خطرناک

روان پزشکان در کار بالینی با مواردی از بیماران روبه رو می‌شوند که نیازمند بستری اجباری هستند. این بیماران به بیماری خود بینش نداشته و از بستری شدن و قبول درمان امتناع می‌کنند.

پزشک باید در مواردی که لازم است بیمار بستری شود موضوع را به نحوی روشن و شفاف برای او توضیح دهد: «من تصمیم دارم که تو را در بیمارستان بستری کنم. اگر تمایل داری که فرم رضایت را امضاء کنی می‌توانی؛ اما به هر حال شرایط تو به گونه‌ای است که حتی بدون رضایت و امضای تو نیز باید این کار انجام شود».

هرچند رضایت بیمار به درمان معمولاً عامل تعیین‌کننده‌ای محسوب می‌شود، اما مواردی وجود دارد که منافع بیمار (پیشگیری کردن از آسیب رساندن به خود و دیگران) اولویت دارد. این موضوع را باید پزشک به وضوح به بیمار توضیح

دهد: «گرچه شما فکر می‌کنید که همه چیز نا امید کننده است، من مجبورم که از طرف شما برای بستری شدنتان تصمیم بگیرم؛ تا زمانی که افسردگی شما بهبود یابد و یا کنترل شود».

بدیهی است در مواردی که بیمار به اجبار بدون اندیکاسیون اورژانس در بیمارستان بستری می‌شود، می‌تواند از روان‌پزشک به عنوان اقدام اشتباه به حبس<sup>73</sup> شکایت کند. اقدام برای بستری بیمار بدون رضایت او به معنای سلب آزادی فردی است و این اقدام ناگزیر باید پشتوانه قضایی داشته باشد، البته قانون مواردی را پیش بینی نموده که بر اساس آن هر پزشک می‌تواند به دلیل مواجهه با موارد اورژانس اقدام به بستری بیمار یا انجام اعمال طبی یا جراحی نماید بدون آن که مورد بازخواست قضایی قرار گیرد. با توجه به ماهیت اختلالات روانی و وجود مواردی از بیماران که علیرغم اختلال شدید روانی حاضر به پذیرش درمان نیستند و نیز مواردی از اختلالات روانی که علائم اختلال فقط در زمینه‌های خاصی می‌باشد و ممکن است بیمار در بسیاری از زمینه‌های زندگی خود عادی به نظر برسد، اقدام برای بستری و درمان این بیماران در برخی موارد با ارائه دادخواست قضایی بر علیه پزشکی است که او را در بیمارستان محبوس نموده و در نتیجه پزشک باید در مقام دفاع از خود دلایل این اقدام و چگونگی انجام مراحل قانونی را (اگر انجام داده باشد) توضیح دهد.

در بند «ج» ماده 158 قانون مجازات اسلامی (مصوب 1392) آمده است:

هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آن‌ها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود، جرم محسوب نمی‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود. (متن کامل این ماده قانونی به این شرح است: "علاوه بر موارد مذکور در مواد قبل (توضیح: دفاع نامشروع و...)، ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، در موارد زیر قابل مجازات نیست:

الف- در صورتی که ارتکاب رفتار به حکم یا اجازه قانون باشد.

ب- در صورتی که ارتکاب رفتار برای اجرای قانون اهم لازم باشد.

پ- در صورتی که ارتکاب رفتار به امر قانونی مقام ذی صلاح باشد و امر مذکور خلاف شرع نباشد.

ت- اقدامات والدین و اولیای قانونی و سرپرستان صغار و مجانبین که به منظور تأدیب یا حفاظت آن‌ها انجام می‌شود، مشروط بر این که اقدامات مذکور در حد متعارف و حدود شرعی تأدیب و محافظت باشد.

ث- عملیات ورزشی و حوادث ناشی از آن، مشروط بر این که سبب حوادث، نقض مقررات مربوط به آن ورزش نباشد و این مقررات هم مغایر موازین شرعی نباشد.

ج- هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود، در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست".

آن چه از این ماده قانونی استنباط می‌شود این است که قانون‌گذار برای مواردی که ضرورت بستری نمودن اورژانس بیمار وجود دارد، تمهیداتی را پیش‌بینی کرده است. ضمن این که برای جلوگیری از عواقب ناگوار بستری‌های اجباری، شرایطی کاملاً روشن بیان شده است. بدیهی است در مواردی که فردی به اجبار بستری می‌شود و یکی از شروط ذکر شده در متن قانون (یعنی مشروع نبودن، برخلاف نظامات و قوانین دولتی بودن، بدون اخذ رضایت در موارد غیرفوری و ..... ) حاکم نباشد، بیمار می‌تواند به طرح شکایت اقدام و علیه پزشک اعلام جرم نماید.

<sup>73</sup>False imprisonment



## مدیریت حالت خطرناک در مجرمین غیر مسئول

یکی از اقدامات مناسب برای تعیین میزان احتمال خطر در مورد بیماران روان پزشکی استفاده از ابزارهای استاندارد مثل فهرست وارسی تاریخچه‌ای و بالینی خطر<sup>۷۴</sup> و نیز فهرست وارسی سایکوپاتی<sup>۷۵</sup> است. این ابزارها در کشور ما کمتر مورد استفاده بوده‌اند و روان پزشکان بیشتر تمایل به انجام مصاحبه و ارزیابی بالینی بیمار داشته‌اند، اما پیشنهاد می‌شود به دلیل کُل نگر بودن ابزارهای فوق و توجهی که به موارد خاص (از جمله عوامل تداوم دهنده و یا زمینه ساز خشونت) دارند در ارزیابی خطر بیماران روان پزشکی از این ابزارها استفاده شود.

هر چند قوانین بر حمایت جامعه در برابر بیماران روانی خطرناک تأکید دارند اما این سؤال هم چنان مطرح است که ضوابط و معیارهای خطرناک بودن «بیماری روانی» در جامعه نسبت به «خطرناک بودن» یک فرد غیر بیمار چیست؟ از طرفی تأکید بر وجود «خطرناک بودن» به عنوان یک معیار ضروری برای بستری اجباری ممکن است اذهان عمومی را به این سمت سوق دهد که بیماران روانی اغلب غیر قابل کنترل و خطر آفرین هستند و در نهایت انگ بیماری روانی را بیشتر کند.

## نحوه اقدام به بستری اجباری

بدیهی است زمانی که مسأله «احتمال» یک خطر مهم و یا یک خطر «قریب‌الوقوع» مطرح می‌شود باید این احتمال فراتر از یک شک منطقی باشد. به عبارت دیگر باید تشخیص پزشک این باشد که فردی در معرض خطر قرار دارد نه این که اطمینان از به وجود آمدن خطر حاصل گردد.

در کشور ما به دلیل نداشتن قوانین بهداشت روان، هر چند دادگاه‌ها همیشه نظر پزشکی قانونی را جویا می‌شوند، اما این بررسی‌ها عمدتاً تابع نظر قاضی و با توجه به نحوه تنظیم کیفرخواست و چگونگی دفاع صورت می‌گیرد. در مرحله ابتدایی معاینه برخی از بیماران ممکن است این طور به نظر برسد که شاید خطر جدی برای دیگران یا برای سلامت جسمی خود ندارند. اما با این حال این افراد تحت فشار شدید عاطفی هستند و احتمال وخیم‌تر شدن حالات روانی آن‌ها وجود دارد. مثلاً افراد بی‌خانمان دچار اسکیزوفرنی که در خیابان‌ها پرسه می‌زنند و یا گدایی می‌کنند؛ بیماران افسرده با احساس نومیدی شدید و یا بدبینی و سوء ظن و افرادی که قادر به مراقبت از خود نیستند و در عین حال از بستری شدن سر باز می‌زنند.

## پیش‌بینی حالت خطرناک

برخلاف تصور عمومی اکثریت بیماران روانی حالت خطرناک ندارند. بنابراین، پیش‌بینی کردن افراد خطرناک نیازمند شناسایی افراد مشکل‌ساز از یک تعداد محدود از بین همه افراد مبتلا به اختلالات روانی است. اعتراض و انتقاد برخی از کارشناسان و متخصصین نسبت به این استاندارد، آن است که طراحی برنامه‌ای جامع برای شناسایی و بستری کردن این افراد را مسأله‌ای بسیار دشوار، و با توجه به سخت‌گیری قوانین، تقریباً اجرا نشدنی می‌دانند.

بیشتر محققین معتقدند پیش‌بینی دقیق یک اتفاق نادر، مثل خشونت و خودکشی، بدون حصول نتایج اشتباه (افراد سالمی که به اشتباه به عنوان افراد خطرناک شناخته می‌شوند) غیرممکن است. عوامل دیگری بر اضطراب ناشی از عواقب

<sup>74</sup>Historical and clinical risk assessment (H.C.R. 20)

<sup>75</sup>Psychopathy checklist (P.C.L-R)

این گونه پیش‌بینی‌ها افزوده است. مثلاً نگرانی پزشک مبنی بر این که بر اثر مرخص کردن سهوی یک بیمار بالقوه خشن و خطرناک، ممکن است با مجازات‌های قانونی و تخریب سابقه و زیر سؤال رفتن صلاحیت‌های پزشکی‌اش مواجه گردد؛ و هم چنین تمایل پزشک به درمان کامل بیماری که باعث می‌شود در درک خشونت دچار اشتباه شود. در مجامع روان پزشکی و قضایی این موضوع که نتایج مثبت شناسایی افراد بالقوه خشن و یا افرادی که احتمال ارتکاب به خودکشی در آن‌ها بالاست، بر پایمال کردن حق آن دسته از بیماران غیرخطرناک ارجحیت دارد یا خیر از مواردی است که هم چنان مورد بحث و اختلاف نظر است.

تأکید بر «مسأله خطرناک بودن» و بستری اجباری عمدتاً متوجه «بیماران خشن» است، و به همین دلیل مراکزی که بیماران خطرناک را می‌پذیرند به مکان‌های غیرقابل تحملی برای درمان سایر بیماران روانی تبدیل می‌شوند. از سوی دیگر، قرار دادن بیماران مثل بیماران دچار افسردگی و یا روان پریشی حاد در کنار بیماران خطرناک مثل اختلالات شخصیتی شدید قطعاً مشکلاتی را به همراه خواهد داشت. بروز خشونت داخل بیمارستان ممکن است با این اقدامات افزایش یافته و کنترل آن نیاز به اقدامات امنیتی خاصی داشته باشد که در بیمارستان‌های عمومی روان پزشکی امکان کمی برای تأمین آن وجود دارد.

ملاک‌های انجمن روان پزشکان آمریکا برای بستری اجباری، یعنی وجود بیماری شدید روانی و عدم وجود توانایی لازم برای بیمار، باعث کاهش شدیدی در تعداد موارد بستری اجباری می‌شود. این مدل افراد «خطرناکی» را که هنوز شایستگی اتخاذ تصمیمات درمانی را دارند و یا بیمار روانی شدید محسوب نمی‌شوند از گروه بیمارانی که باید بستری شوند، خارج می‌نماید.

آنچه مهم است این که افراد مبتلا به اختلالات روانی و به خصوص اختلالات شخصیت، عوامل پیش‌بینی کننده خطر تهاجم را در خود دارند که توجه به آن‌ها می‌تواند در کاهش خطرات ناشی از رفتار خشن مؤثر باشد. در این جا به برخی از عوامل پیش‌بین برای بروز رفتارهای خشن اشاره خواهد شد. این عوامل بدون ارتباط با تشخیص نوع اختلال روانی می‌تواند خطر بالای تهاجم و خشونت را نشان دهد:

- 1- قصد جدی برای آسیب رساندن به دیگری
- 2- تهدیدهای آشکار و مکرر
- 3- دسترسی به ادوات لازم برای تهاجم فیزیکی
- 4- وجود سوابقی از ناتوانی در کنترل تکانه
- 5- خشم و خصومت طولانی یا میل به انتقام
- 6- احساس لذت از تماشای آسیب دیدن دیگران
- 7- عدم احساس دلسوزی و ترحم
- 8- خود را قربانی پنداشتن
- 9- دل آزرده‌گی و خشمگین بودن نسبت به مافوق
- 10- محرومیت‌های دوران کودکی
- 11- کاهش صمیمیت و «گرم نبودن» در خانواده
- 12- از دست دادن والدین در این اواخر
- 13- آتش افروزی و بی‌رحمی نسبت به حیوانات

14- اقدام قبلی به اعمال خشونت آمیز

15- رانندگی بی مهابا و خطرناک

این عوامل مجموعه ای از صفات مختل شخصیتی، استرس‌های محیطی و عوامل زمینه ساز خشونت را تشکیل می‌دهند.

### مراقبت و درمان بیماران روان پزشکی در زندان

مجرمینی که دچار اختلالات شخصیتی هستند و باید در زندان تحت درمان روان پزشکی قرار گیرند یکی از بزرگترین دشواری‌های شغلی روان پزشک و مسئولین زندان را تشکیل می‌دهند. این گونه مجرمین معمولاً در زندان دردسر سازند. غالباً سعی می‌کنند به انگیزه‌های درونی خود جامه عمل بپوشانند و می‌کوشند تا محیط را به میل خود تغییر دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوع اختلالات شدید شخصیت، وابستگی به داروها و الکل، خودکشی و خودزنی و تمامی اشکال بیماری‌های روانی (اعم از روان پریشی‌ها<sup>1</sup> و روان نژندی‌ها<sup>2</sup>)، در بین زندانیان در مقایسه با جمعیت عمومی به نحو بارزی بالاتر است.

هر بیمار روانی، اعم از روان نژند یا روان پریش، ممکن است درگیری با قانون داشته و در مواردی محکوم به حبس گردد. با توجه به این که در بیشتر قوانین جزایی دنیا و از جمله قانون مجازات اسلامی در کشور ما که ابتلاء به اختلال روانی در حین ارتکاب جرم در حدی که سبب عدم قوه تمییز یا اراده باشد سبب رفع مسئولیت جزایی شناخته شده، نباید انتظار حضور بیمارانی که به شدت روان پریش هستند را در زندان‌ها داشته باشیم، اما عملاً این طور نیست. حقیقت این است که در مواردی بیمار روان پریش مرتکب جرمی شده که ارتباطی با بیماری او نداشته و بررسی‌های قضایی نشان داده که ارتکاب جرم مرتبط با بیماری نبوده و فرد روان پریش مجرم با اراده و آگاهی از نتیجه رفتار خود عمل مجرمانه را مرتکب شده است. البته تعداد این موارد اندک است اما حضور همین تعداد اندک در زندان دردسرهای خاص خود را دارد. از طرفی به دلیل نداشتن بیمارستان حفاظت شده قضایی در حال حاضر بسیاری از بیماران روان پریش ناگزیر در زندان نگهداری می‌شوند. این مسائل سبب شده که پزشکان در زندان با مشکلاتی در ارتباط با این بیماران مواجه شوند.

عموماً در زندان مشکلات روانی بیماران را پزشکانی که متخصص در امور بهداشت روان نیستند با دارو درمانی و یا توصیه‌هایی مبنی بر مراقبت بیشتر، مدیریت می‌کنند. گاهی نیز مسائل مطرح شده از سوی بیمار یا مشاهدات زندانیان دیگر از رفتار مختل یک بیمار به خصوص از نگاه پزشک زندان نوعی بیمارنمایی است و به آن بهایی داده نمی‌شود. اما باید در نظر داشت که این بی توجهی بعضاً با نتایج تأسف باری همراه خواهد شد. بنابراین باید بیماران روانی در زندان را با دقت بیشتر از گذشته معاینه نمود و در صورت مشاهده هرگونه حالت بالقوه خطرناک و یا حالاتی که مستلزم مراقبت بیشتر هستند، انتقال بیمار از زندان به سوی بیمارستان روان پزشکی را مد نظر قرار داد.

از آن جا که در روان پزشکی قانونی باید علامت محور باشیم و نه تشخیص محور، هرگاه احساس شود علائم موجود، صرف نظر از تشخیص، سبب افزایش احتمال خطر بیمار برای خود و یا دیگران شده است باید مقدمات انجام اقدامات مراقبتی بیشتر را فراهم نمود.

## چک لیست بررسی خطر اقدام به خودکشی

آیا زندانی اخیراً با یک فقدان مواجه شده است؟ (از دست دادن یک فرد عزیز، خانه، شغل،...)

آیا زندانی دچار افسردگی است؟

آیا زندانی دارای زمینه مذهبی یا فلسفی خاصی است که خودکشی را ترغیب می‌کند؟

آیا زندانی اعتقاد دارد که خودکشی رهایی واقعی است؟ (از زندان یا از زندگی)

آیا زندانی از سایر زندانیان و پرسنل کناره گیری کرده است؟ (بدون دوست و سایر حمایت‌های اجتماعی)

آیا این اولین مرتبه زندانی شدن اوست؟

آیا زندانی به خاطر جرمی که مرتکب شده دچار احساس گناه، شرم یا هراسانی و منگی است؟

آیا زندانی قبلاً به خاطر اختلال روانی یا اختلالات هیجانی درمان می‌شده است؟

آیا زندانی سابقه‌ای از رفتارهای خود آزارانه دارد؟

آیا فردی از اعضاء خانواده او اقدام به خودکشی کرده است؟

آیا زندانی در حال حاضر به خودکشی فکر می‌کند؟

آیا زندانی دچار روان پریشی است؟

آیا زندانی صداهایی را می‌شنود که به او می‌گوید خود را بکشد؟

آیا زندانی آرزوی مرگ خود و شکست تلاش برای نجات جان خود را بروز داده است؟

آیا زندانی یک بیماری طبی وخیم دارد؟

آیا زندانی در باره بخشش اموال خود فکر یا صحبت می‌کند یا خواهان نوشتن وصیت نامه است؟

آیا زندانی در باره روش یا طرح به خصوصی از خودکشی صحبت می‌کند؟

آیا روش فوق قابل دست یابی است؟

## وظایف روان پزشکان در زندان

نحوه ارزیابی بیمار روان پزشکی در زندان، تا حدودی در مقایسه با کلینیک یا بیمارستان متفاوت است. با توجه به محدودیت‌هایی که در زندان وجود دارد انجام ویزیت‌های متعدد به صورت فوری و فشرده ممکن است عملی نباشد، اما راه‌کارهایی وجود دارد. اطلاعات مورد نیاز را می‌توان از سایر پزشکانی که در درمانگاه زندان قبلاً بیمار را معاینه کرده باشند، بیشتر به وسیله تلفن و یا درخواست مشاوره فوری، به دست آورد. افراد مطلع، از جمله نگهبانان، یا سایر پرسنل زندان که با بیمار ارتباط دارند و یا برخی از زندانیان که با بیمار رابطه نزدیک‌تری دارند باید بلافاصله ملاقات شوند. بررسی‌های آزمایشگاهی در صورت لزوم درخواست می‌شود و نتایج حتماً باید پیش از تکمیل ارزیابی‌های روان پزشکی کامل شود. اگر تشخیص دقیق میسر نبود، حداقل باید خطر اقدام به خودکشی تعیین و یک تشخیص موقت با در نظر گرفتن تمام احتمالات گذاشته شود.

در مورد زندانیان مبتلا به اختلال شدید روانی که امکان خودکشی آنان بالاست، برای روان پزشک فقط یک رویکرد درمانی وجود دارد: ارجاع و بستری کردن بیمار در بیمارستان.

بیشتر بیمارانی که به مرکز درمانی سرپایی در زندان ارجاع می‌شوند نیاز به اعزام به بیمارستان ندارند. اما در مورد

برخی از بیماران، به خصوص اگر احتمال خودکشی در آنان زیاد باشد، تنها راه عاقلانه برای رسیدگی به وضعیت روانی او بستری شدن در یک مرکز درمانی روان پزشکی در خارج از زندان است. این امر غالباً در بیمارستان یا بخش ویژه بیماران کیفری اعمال می‌شود تا فرد کماکان در شرایط مراقبت ایمن باشد. در شرایط فعلی بیمارستان حفاظت شده قضایی و یا حداقل بخش ایمن روان پزشکی در کشور ما وجود ندارد تا این بیماران را، همان گونه که در سایر ممالک که دارای چنین بیمارستان‌ها یا بخش‌های ویژه هستند، به مراکز حفاظت شده قضایی معرفی نمود. در هر صورت بر خلاف موارد بیماران روان پزشکی غیر زندانی، این جا دیگر نباید نگران پیامدهای بستری اجباری بود زیرا در این موارد موضوع سلب آزادی مطرح نیست. بدیهی است روان پزشک باید ضرورت بستری بیمار در بیمارستان روان پزشکی را ضمن مشاوره با همکاری دیگر و یا از طریق پزشکی قانونی به اثبات برساند.

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت توجه به خطرات بالقوه ای که در ارتباط با بیماران روان پزشکی در زندان وجود دارد، مواردی که باید در ارزیابی‌های روان پزشکی زندانیان مد نظر باشد شامل این موضوعات است:

### **خطرناک بودن برای سایر زندانیان**

یکی از وظایف روان پزشکان قانونی در ارزیابی روان پزشکی زندانیان، بررسی احتمال بروز رفتارهای خطرناک برای سایر زندانیان است. چنانچه این موضوع برخاسته از اختلالات روان پزشکی باشد، برای محافظت از سلامت سایر زندانیان و حتی پرسنل شاغل در زندان در مقابل خطر این گونه افراد باید اقدامات لازم صورت گیرد. در مواردی که اختلال عمده روانی در کار نباشد، مثلاً ویژگی‌های مختل شخصیتی که در حد اختلال شخصیت نیست و یا اختلالات روانی خفیف که با وجود اشتباهات شناختی سبب افکار دیگر آزارانه شده است، روان پزشک شرح معاینات خود را با رعایت اصول راز داری به مسئولین زندان ارائه نموده و انتقال بیمار به قسمت دیگری که برخورد او را با قربانی هدف، کمتر کند پیشنهاد می‌دهد. در هر صورت روان پزشک باید اهمیت موضوع را تأکید نموده و در ملاقات‌های بعدی آن را پیگیری نماید.

### **انتقال به بیمارستان روانی**

روان پزشک باید در چنین مواردی اقدامات ارزیابی خود را با دقت بیشتری انجام دهد و چنانچه اختلال عمده روان پزشکی در کار باشد دستور انتقال بیمار به بیمارستان روان پزشکی را صادر کند. بدیهی است روان پزشک در جریان معاینات و مصاحبه روان پزشکی احتمال خطر را، با در نظر گرفتن احتمال بیمارنمایی و رفتارهای فریب کارانه، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این موضوع حتی در بیمارستان‌های مجهز روان پزشکی هم بسیار مشکل ساز خواهد بود. بنابراین در زندان‌ها که ممکن است امکانات تخصصی به اندازه کافی وجود نداشته باشد، هیچ گاه نباید برای انجام اقدامات تشخیصی و درمانی در مورد بیماران خطرناک تعلل نمود.

### **تحمل کیفر در اختلالات روانی**

دادخواست عدم تحمل کیفر برای بیمار افسرده‌ای که در زندان به سر می‌برد یکی از شایع‌ترین دادخواهی‌ها در مورد این گونه بیماران است. قانون‌گذار در باره توان تحمل کیفر نیز در ماده 502 به این شکل پیش بینی‌هایی را انجام داده است: "هرگاه محکوم‌علیه به بیماری جسمی یا روانی مبتلا باشد و اجرای مجازات موجب تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبودی وی شود، قاضی اجرای احکام کیفری با کسب نظر پزشکی قانونی تا زمان بهبودی اجرای مجازات را به تأخیر

می‌اندازد. چنانچه در جرائم تعزیری امیدی به بهبودی بیمار نباشد، قاضی اجرای احکام کیفری، پس از احراز بیماری محکوم علیه و مانع بودن آن برای اعمال مجازات، با ذکر دلیل پرونده را برای تبدیل به مجازات مناسب دیگر با در نظر گرفتن نوع بیماری و مجازات به مرجع صادر کننده رأی قطعی ارسال می‌کند.

تبصره- هرگاه حین اجرای مجازات بیماری حادث شود و تعویق اجرای مجازات فوریت داشته باشد، قاضی اجرای احکام کیفری ضمن صدور دستور توقف اجرای آن، طبق مقررات این ماده اقدام می‌کند.<sup>76</sup>

در چنین مواردی باید بررسی نمود که آیا ادامه حبس یا اجرای کیفر سبب تشدید بیماری و یا ایجاد خطر برای بیمار و اطرافیان وی خواهد شد یا خیر؟ اگر ماهیت بیماری به گونه‌ای است که قطعاً در زندان رو به وخامت خواهد رفت قانون اجازه می‌دهد که بیمار به تشخیص روان پزشک مدت مناسبی را در بیمارستان روانی بستری شود و درمان‌های لازم برای وی صورت گیرد. بعد از حصول بهبودی و رفع حالت خطرناک، به تشخیص روان پزشک معالج و تأیید روان پزشک قانونی، با دستور قاضی و در صورت باقی ماندن مدت حبس، بیمار دوباره به زندان فرستاده خواهد شد. در پاره‌ای موارد ممکن است بیمار «صعب‌العلاج» تشخیص داده شود. این اصطلاح مورد علاقه قضات بوده و عموماً از روان پزشک قانونی سؤال می‌کنند که آیا تحمل کیفر برای این بیمار سبب تشدید بیماری شده و بیماری او صعب‌العلاج است یا خیر؟ بدیهی است تشخیص بیماری صعب‌العلاج می‌تواند به معنای عدم امکان تحمل کیفر و منتفی شدن اجرای حکم باشد. در این موارد به دستور قاضی و تأیید روان پزشک قانونی باید بیمار تحت اقدامات لازم درمانی و مراقبتی قرار گیرد.

### بیمارنمایی

بیمارنمایی<sup>76</sup> عبارت است از " نشانه‌های جسمی و روانی دروغین و یا اغراق شده که با انگیزه‌ای بیرونی (نفع ثانوی) به طور عمدی و آگاهانه ایجاد می‌شود". نفع ثانوی یا انگیزه بیرونی ممکن است فرار از مسئولیت شغلی باشد. این مورد گاهی در کارمندان و شاغلین دستگاه‌های دولتی یا خصوصی دیده می‌شود. هم چنین در مواردی که یک دادخواست قضایی به دنبال حادثه‌ای که در محیط کار و یا در اثر غفلت شخص دیگری بروز کرده، ارائه شده و در مراحل تحقیقات قضایی فرد برای معاینه به پزشک ارجاع می‌شود نیز موضوع تأمین خسارت می‌تواند نفع ثانوی فرد آسیب دیده تلقی شود. گریز از مجازات در مورد مجرمین نیز از جمله موارد مشابه است. بیمارنمایی می‌تواند همراه با اختلالات روانی باشد ولی معمولاً در شرایط بدون اختلالات روانی دیده می‌شود. در شرایطی که فرد علی‌رغم خودداری از کارکردن، حقوق دریافت کند، احتمال وقوع بیمارنمایی افزایش می‌یابد. تأیید بعضی علائم ذهنی<sup>77</sup> مثل سردرد یا کمردرد، نورالژی اعصاب محیطی و سرگیجه غالباً به سختی امکان پذیر است. در شرایطی که فرد باید یک وظیفه ناخوشایند را انجام دهد مثل رفتن به زندان یا خدمت در واحدهای نظامی وانمود به اختلال روانی ممکن است دیده شود. گاهی به جای ایجاد علائم ساختگی، فرد به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه علائم بیماری یا نقص عضوی را، که واقعاً وجود دارد، تشدید می‌کند. هرگاه علائم مبهم، غیرمعمول، با بار عاطفی زیاد، متغیر و ناهماهنگ با علائم و نشانه‌های شناخته شده دیده شود، باید به فکر بیمارنمایی بود.

وانمود به بیماری و یا بیمارنمایی در مردان شایع‌تر است و شاید به دلیل این باشد که عموماً مردان مسئولیت‌های بیشتری بر عهده دارند.

<sup>76</sup>Malingering

<sup>77</sup>Subjective

در بیشتر مطالعات انجام شده شیوع قابل توجه بیمارنمایی در افرادی که درگیر مشکلات قانونی هستند گزارش شده است. تظاهر به اختلالات روانی ممکن است در ابتدا آسان به نظر برسد و به همین دلیل بیشتر قضات نگران آن هستند که در مورد پرونده‌های کیفری متهم در زمان انجام معاینات روان پزشکی با فریب دادن پزشک او را مجاب کند که نوعی اختلال روانی وجود دارد و در نتیجه فرد متهم از مجازات بگریزد و یا، در موارد پرونده‌های حقوقی، منافعی را که مستحق آن نیست، دریافت کند. تفاوت موجود در رویکرد واحدهای روان پزشکی بالینی با روان پزشکی قانونی در این است که اظهارات فرد در کار بالینی قابل اعتماد ارزیابی می‌شود زیرا فرد برای اخذ کمک مراجعه کرده و معمولاً دلیلی برای دروغ-گویی وجود ندارد، اما در سیستم روان پزشکی قانونی موضوع در برخی موارد کاملاً متفاوت است. "وانمود خوب"<sup>78</sup> و به عبارتی سعی در مخفی کردن نشانه‌های بیماری روانی، در مواردی که ادعای اختلال روانی در مورد فردی ارائه شده و او با ثابت شدن این ادعا منافعی را از دست خواهد داد، امری بسیار شایع در واحد معاینات روان پزشکی قانونی است. از طرفی "وانمود بد"<sup>79</sup> به معنای تظاهر به بیمار بودن و یا نشان دادن وضعیت روانی خود به گونه‌ای بدتر از آنچه واقعاً هست به منظور رهایی از مسئولیت و یا مجازات به کرات در افراد ارجاع شده به روان پزشک قانونی دیده می‌شود. هرچند دانش، تجربه و مهارت روان پزشکان در پزشکی قانونی به تشخیص بیمارنمایی در همان جلسه نخست کمک می‌کند اما در برخی موارد باید زمان بیشتری را برای بررسی اختصاص داد. بدیهی است هر چه مدت زمان ارزیابی بیشتر باشد و معاینه دقیق‌تر و هدفمندتری صورت گیرد، نتیجه قابل اعتمادتر خواهد بود.

افرادی که تظاهر به بیمار بودن دارند، ممکن است پرخاشگر باشند و یا در انجام مصاحبه همکاری نکنند. فرد متقلب ممکن است بخواهد کنترل مصاحبه را با رفتارهای ترساننده و به هم ریختن تمرکز مصاحبه کننده در دست گیرد. معمولاً سؤالات را تکرار می‌کند یا با دقت و مکث و تأخیر پاسخ می‌دهد تا زمان بیشتری برای پاسخ دادن به سؤالات برای خود فراهم کند. در بیان علائم اغراق کرده و معمولاً علائمی را مطرح می‌کند که با تشخیص‌های رایج و شناخته شده همخوانی ندارد. بسیاری از فریب‌کاران تصور می‌کنند که هر چه خود را غیرعادی‌تر نشان دهند بهتر است. برخی از آنان ممکن است خود را لال و یا کودن نشان داده و گاهی حتی به سؤالات بسیار بدیهی پاسخ اشتباه می‌دهند.

افراد فریب کار معمولاً نشانه‌های ذهنی مبهم و غیراختصاصی مانند سردرد، سرگیجه، درد بدن و اضطراب را مطرح کرده و ممکن است در بیان آن‌ها تناقض زیادی وجود داشته باشد. گاهی اصرار در بیان علامتی دارند که مشهورترین و متداول‌ترین نشانه اختلال روانی است. در جریان معاینه روان پزشکی باید به نشانه‌های رفتاری که می‌تواند تأیید کننده بیمارنمایی و تلاش فرد برای فریب دادن پزشک و دیگران است توجه نمود. ممکن است نحوه ورود به جلسه مصاحبه، طرز نشستن، آراستگی و پوشش او عجیب و غیرعادی باشد. وی ممکن است در حین مصاحبه ژست حمله و خشم به خود بگیرد. معمولاً وضعیت رفتاری فردی که قصد فریب دارد در اوایل مصاحبه بدتر و در انتها بهتر است. از طرفی هنگامی که توجه دیگران به سمت او جلب شده، رفتارهای غیرعادی و علائم روان پریشی آشکارتر و موقعی که توجه به او معطوف نباشد، رفتار فرد عادی است. وجود انگیزه خارجی (غیر پسیکوتیک) در ارتکاب جرم مورد بررسی نیز برای شناخت بیمارنمایی کمک کننده خواهد بود. نکته مهم این است که در گزارش روان پزشکی اعلام این که کدام نشانه‌ها واقعی نیست و اصولاً فرد قصد فریب دارد ضروری نبوده و ذکر این که وجود بیماری با معاینات انجام شده به اثبات نرسید برای دادگاه کافی است.

<sup>78</sup>Faking good

<sup>79</sup>Faking bad

## فراموشی تقلید شده<sup>80</sup>

از نظر بالینی، حافظه بر اساس فاصله زمانی بین تحریک و به خاطر آوردن به حافظه فوری، حافظه نزدیک و حافظه دور تقسیم می‌شود.

وانمود به فراموشی یکی از شایع‌ترین موارد بیمارنمایی در معاینات روان پزشکی است و در حدود نیمی از دیگرکشی‌ها ادعا می‌شود. وانمود کردن به آن آسان و تشخیص آن دشوار است. قبل از رسیدن به تشخیص بیمارنمایی باید سایر علل را رد کرد. برای این کار باید معاینه کامل نورولوژیک، بررسی تاریخچه الکلیسم یا سوءمصرف دارو یا مواد، رادیوگرافی جمجمه، تصویرنگاری مغز و الکتروانسفالوگرافی انجام شود. عدم سابقه قبلی اپیزودهای فراموشی و وجود شخصیت ضد اجتماعی شک به بیمارنمایی را تقویت می‌کند. هم چنین در مورد فردی که واضحاً با شروع و بهبود عارضه نفع خاصی به دست می‌آورد، باید این احتمال را در نظر گرفت.

تناقض در پاسخ‌های ارائه شده حین مصاحبه بسیار مهم است، مثلاً زمانی که فرد با آزمون یادآوری کلمات ارزیابی می‌گردد، ممکن است ادعا کند که کلمات را فراموش کرده و قادر به یادآوری آن‌ها نیست ولی اطلاعات در مورد سیر پرونده، اخبار و موضوعات شخصی را به یاد آورد. هم چنین در مواردی که فردی اظهار می‌کند اسم خود یا افراد خانواده اش را نمی‌داند و در یادآوری اسامی نتواند در روز دوم ارزیابی، اسم مصاحبه کننده را از بین چهارگزینه تشخیص دهد باید به احتمال بیمارنمایی فکر کرد.

## بیمارنمایی پس از ضربه

در خیلی از مواقع مراجعان به پزشکی قانونی ادعا می‌کنند که به دنبال ضربه دچار آثار و علائم روانی شده و اغلب این‌ها به روان پزشک ارجاع داده می‌شوند. بروز واقعی علائم روانی به دنبال ضربه مشخص نیست. افرادی که قصد بیمارنمایی در آسیب‌های به دنبال ضربه را دارند به ندرت ادعای روان پریشی می‌کنند و بیشتر شکایات آنان به صورت افسردگی و علائم اختلال استرس پس از سانحه<sup>81</sup> است، زیرا چنین بیماری‌های سرپایی باعث می‌شود که از یک طرف از بستری شدن در بیمارستان و مراقبت 24 ساعته در امان باشند و از طرف دیگر از مسئولیت سر باز زنند و از کار کردن معاف شوند. برای تفکیک بیمارنمایی از افسردگی واقعی پس از ضربه باید به دنبال علائم و نشانه‌های ظریف افسردگی بود که نزد افراد غیر متخصص شناخته شده نیست. نداشتن تغییرات روزانه به خصوص صبح زود برخاستن، فقدان تحریک پذیری و عصبانیت و فقدان کاهش میل جنسی همه باید ما را به بیمارنمایی سوق دهد. فقدان یک سابقه خانوادگی از اختلال یا بروز قبلی باید ما را به بیمارنمایی مظنون کند. احتمالاً مهم‌ترین عامل آشکار کننده بیمارنمایی در این موارد این است که فرد علیرغم تنفر کامل از کار کردن، از فعالیت‌هایی که لذت بخش هستند (مثل فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی) دست نکشیده است.

در اختلال استرس پس از سانحه هم مثل افسردگی پس از ضربه لازم است تصویر دقیق و کاملی از عملکرد فرد قبل از تروما گردآوری شود. چیزی که ما را به ارزیابی رهنمون می‌سازد، ارتباط قابل قبول بین شدت استرس با مجموع علائم

<sup>80</sup>Faked amnesia

<sup>81</sup>Post-Traumatic Stress Disorder (P.T.S.D.)



ایجاد شده است .

چند راهنمای کلی برای تشخیص بیمارنمایی در اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد. بیمار واقعی اغلب بر روی نکات منفی بیماری تکیه دارد مثل کرختی هیجان‌ات، بی‌تفاوتی و انزوا طلبی، اما افراد متقلب ممکن است بیشتر روی کابوس‌های وحشت‌انگیز و مرور گذشته تکیه کنند. در اختلال استرس پس از سانحه واقعی محتوای کابوس‌ها گوناگون است و محور همه آن‌ها وحشت و بیچارگی و درماندگی است. اما متقلبین مدعی‌اند که یک رویا را مانند یک فیلم همیشه تجربه می‌کنند. اغلب آنان که تظاهر به اختلال استرس پس از سانحه دارند در توصیف ماهیت «تجربه مرور گذشته»<sup>۸۲</sup> اشتباه کرده و آن را با یک یادآوری تصویری خوش خیم اشتباه می‌گیرند. از آن جا که معیارهای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه کاملاً توصیف شده است، اگر در فردی تظاهرات بیماری کاملاً کلیشه‌ای و عمدتاً همراه با علائم ذهنی بدون علائم عینی بود بیشتر باید به بیمارنمایی شک کرد تا کسی که علائم مبهم دارد.

### وانمود به روان پریشی<sup>۸۳</sup>

در ارزیابی بیماری که ظاهراً سایکوتیک است، به خصوص در مواقعی که شک به بیمارنمایی می‌رود، باید هر چه بیشتر اطلاعات بالینی و سوابق نامبرده را به دست آورد. داشتن انگیزه و یا در اختیار داشتن کسی که علائم سایکوز را به فرد آموزش بدهد در تشخیص کمک کننده است. فریب‌کاران اغلب در ناهنجار نشان دادن رفتار خود اغراق می‌کنند. مبتلایان به اسکیزوفرنی تمایل به توضیح دادن درباره علائم‌شان، به خصوص درباره افکار هذیانی گزند و آسیب یا توهمات خود را ندارند. در صورتی که فردی که بیمارنمایی می‌کند، ممکن است مشتاق باشد تا توجه دیگران را به بیماری و رفتارهای ناهنجار خود جلب نماید. برای این افراد تقلید کردن از فرم تفکر اسکیزوفرنیک مشکل‌تر از محتوای تفکر آن‌هاست. برای مثال احتمال این که فرد متقلب سستی تداعی‌ها یا حاشیه پردازی یا تفکر مماسی را تقلید کند کم است. حال آن که ابراز عقاید هذیانی عجیب و غریب ممکن است آسان‌تر باشد. متقلبین در خصوص بیماری مورد ادعایشان دچار تناقضاتی هستند که با گذشت زمان این تناقضات آشکارتر می‌شوند، آن‌ها را با سؤالات کلیدی و پرسش‌های سریع و مواجهه مستقیم می‌توان به اشتباه انداخت، علائمی را که اظهار می‌دارند ممکن است با ملاک‌های تشخیص تطابق نداشته باشد و وقتی به این تناقضات می‌رسند ممکن است اخم کرده یا بخندند. متقلبین اغلب سعی می‌کنند تا مصاحبه را تحت کنترل خود درآورند و رفتارهای تهدید کننده، فریب کارانه و یا آشفته کننده را در پیش بگیرند.

فرد متقلب به علت نا آگاهی اغلب سایکوز را با ادا و اطوار اشتباه می‌گیرد و می‌پندارد که رفتارهای ابلهانه و بچه‌گانه نشان‌دهنده تجارب هذیانی و نابهنجار است. متقلبین ممکن است ادعا کنند که به طور ناگهانی دچار هذیان شده‌اند در صورتی که سیستم هذیانی واقعی هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها طول می‌کشد تا کامل شود. بیماری که واقعاً سایکوتیک است و یک حمله حاد را تجربه می‌کند ممکن است در رابطه مستقیم با نوع هذیان خود عمل نماید و عقاید هذیانی بر تمام رفتار او اثر کرده و تمام اعمال او را تحت تأثیر قرار می‌دهد، ولی در فردی که بیمارنمایی دارد این اعمال فقط در مواقعی که به نفع فرد باشد از وی سر می‌زند.

تفکر غیرانتزاعی، ارتباط عجیب و غریب کلامی و عواطف سطحی<sup>۸۴</sup> فقط توسط متقلبین بسیار مستعد ممکن است

<sup>82</sup>Re-experience

<sup>83</sup>Faked psychosis

نشان داده شود.

گاهی لازم است فرد را پس از مصاحبه روان پزشکی نیز مشاهده و رفتار او را مد نظر قرار داد. چنانچه تفاوت بارزی بین رفتار حین مصاحبه و رفتار خارج از زمان مصاحبه دیده شود و یا برخی اطلاعات تأیید کننده دروغ‌گویی مثل اطلاعات حاصل از روان‌سنجی و یا سابقه فریب کاری وجود داشته باشد، باید به موضوع بیمارنمایی فکر کرد.

### توهمات دروغین<sup>۸۵</sup>

توهم درک بدون محرک بیرونی است و از نشانه‌های مهم روان‌پریشی محسوب می‌شود. توهم‌های واقعی بیشتر همراه با هذیان است. محتوای توهمات ممکن است خوشایند، ناخوشایند یا خنثی باشد. صداها یا تهمت‌آمیز گاهی نشان‌دهنده ارتکاب گناهی است که هنوز مورد قبول بیمار واقع نشده است. جانوران ترسناک یا حیوانات تهدید کننده می‌توانند نشان دهنده یک احساس درونی و ترس ناخودآگاه باشند و این عقیده که بوی بسیار نامطبوعی از بدن او استشمام می‌شود ممکن است نشان‌دهنده افسردگی شدید باشد.

برخلاف توهمات واقعی، توهمات ساختگی ربطی به هذیان نداشته و درباره موضوعات مختلف است. بیماران اسکیزوفرنیک اغلب گزارش می‌کنند که صداها مستقیماً با آن‌ها صحبت می‌کنند یا مستقیماً از آن‌ها انتقاد می‌نمایند و توهم‌ها بیشتر متناوب و مقطعی هستند، در صورتی که فرد متقلب ادعا می‌کند که توهمات ممتد و مداوم هستند. توهمات شنوایی معمولاً واضح هستند، در صورتی که برعکس افرادی که بیمارنمایی دارند اغلب ادعا می‌کنند صداها مبهم و ناواضح است.

افراد سایکوتیک واقعی بیشتر مواقع نسبت به توهمات خود بی‌تفاوت بوده و روش‌هایی برای کنترل آن‌ها دارند، مانند تغییر وضعیت بدن، پرت کردن حواس در زمان فعالیت، تماس با اشخاص و یا خوردن داروهای ضد سایکوز، ولی ممکن است اگر صداها آشنا باشد و یا رکن اصلی و اساسی سیستم هذیانی آن‌ها باشد اطاعت کنند، اما کسانی که بیمارنمایی می‌کنند توهمات را اغلب غیرقابل کنترل و غیرقابل مقاومت می‌دانند. بیماران اسکیزوفرنیک گاهی از توهمات سوم شخص می‌گویند ولی متقلبین معمولاً اظهار می‌نمایند که صداها به آنان دستوراتی می‌دهد.

### وانمود به اختلالات شناختی

شایع‌ترین وضعیتی که همراه با اختلال شناختی بارز است و در روان پزشکی قانونی اهمیت زیادی دارد دمانس است. آنچه در متون حقوقی در باره زوال عقل آمده می‌تواند بر این مفهوم منطبق باشد. هرچند بحث زوال به معنای از بین رفتن و نابود شدن است، حال آن که دمانس در مراحل اولیه همراه با زائل شدن عقل نیست. روان‌پزشکان غالباً برای توصیف وضعیت روانی بیمار خود در گزارش‌های کارشناسی، زمانی که بیمارشان در مراحل اولیه یا متوسط دمانس باشد، از عبارت «شروع نقصان عقل» و یا «شروع زوال عقل» استفاده می‌کنند که گرچه در بسیاری از موارد کارساز است اما در مواردی نیز موجب سوء تفاهم بین قضات می‌شود و دادگاه ارائه نظری صریح‌تر را از پزشکی قانونی می‌خواهد. دمانس انواع مختلفی دارد. برخی از انواع دمانس برگشت پذیر است و بدیهی است با توضیحاتی که داده شد این موارد نمی‌تواند به معنای زوال عقل در نظر گرفته شود. در واقع مواردی از دمانس که در مراحل پیشرفته بوده و از نظر بالینی امکان

<sup>84</sup>Flat affect

<sup>85</sup>Faked hallucinations

برگشت آن نباشد، می‌تواند با عبارت زوال عقل توصیف شود. از نظر بالینی علائم اولیه دمانس عبارت است از اختلال حافظه نزدیک، بدتر شدن خلق و رفتار، اختلال قضاوت و مختل شدن تفکر انتزاعی. افراد خانواده و همکاران اغلب زودتر از خود بیمار متوجه تغییراتی در وی می‌شوند. علائم در افرادی که فعالیت‌های هوشمندانه و درکی دارند زودتر از افرادی که به مشاغل معمولی و ساده اشتغال دارند مورد توجه قرار می‌گیرد. دمانس ناشی از صدمه حاد مغز ممکن است پس از گذشت چند روز الی چند هفته ثابت باقی بماند یا بهبودی مختصری پیدا کند. زوال عقلی پیشرونده به طور ناگهانی یا تدریجی آغاز شده و به مرور زمان بدتر می‌شود و سرانجام غالباً تمام توانایی‌های بیمار را تباه می‌کند.

مهم‌ترین اختلاف بین کسانی که واقعاً دمانس دارند و آن‌هایی که سعی می‌کنند اختلال شناختی را تقلید نمایند وجود مداومت در بیماران واقعی و عدم مداومت در متقلبین است. در مواردی که شخص مظنون به بیمارنمایی است، باید در مورد عوارض ضربه ایجاد کننده اختلال اطلاعات کافی به دست آورد و سپس بین شکل‌های ادعا شده با آن‌ها که واقعاً باید وجود داشته باشند مقایسه انجام شود. بیشتر فریب‌کاران مواردی را ادعا می‌کنند مانند پارانوئیا و خودکشی که با عوارض ضربه فیزیکی مورد نظر قابل توجیه نیست.

لازم است تحلیلی از عملکرد شخص قبل و بعد از ایجاد علائم شناختی به عمل آید و رفتارهای وی در تمام زوایای عملی از زمان وقوع حادثه مورد ارزیابی قرار گیرد. قطعاً در مورد کسی که در اجتماع و اوقات فراغت عملکرد طبیعی دارد اما در محل کار مشکلاتی از خود بروز می‌دهد باید به احتمال بیمارنمایی فکر کنیم. در مواردی نیز مسائل مالی مطرح است و وانمود به ابتلاء به دمانس می‌تواند در چنین پرونده‌هایی به سود بیمار باشد. یکی از نکاتی که باید مد نظر داشت این است که در مواردی از دمانس نوع آلزایمر، بیمار مایل نیست مشکلات رفتاری و شناختی خود را بروز دهد. در حالی که بیشتر افرادی که سعی در بیمارنمایی دارند از پاسخ دادن اشتباه به سؤالات پیرامون این مسائل راضی به نظر می‌رسند.

### تشخیص بیمارنمایی

در مصاحبه با فردی که مشکلات قانونی دارد و اکنون برخی نشانه‌های بیماری روانی را برای به دست آوردن امتیاز یا هدف خاصی مطرح می‌کند، همواره باید قصد بیمارنمایی را در فرد مورد معاینه مد نظر قرار داد. برخی از موارد ارجاع شده از دادگاه به دنبال اعلام بیماری روانی وی از سوی شاکی و یا فردی ذینفع است. در چنین مواردی بیمار ممکن است سعی بر کتمان و یا ریزنمایی مشکلات روانی خود داشته باشد. این موضوع با عنوان «پنهان کاری»<sup>86</sup> یا «بیمارنمایی منفی»<sup>87</sup> و هم چنین «حالت دفاعی»<sup>88</sup> شناخته می‌شود و در واقع نوعی رفتار فریب‌کارانه است که در معاینات روان پزشکی قانونی به وفور با آن رو به رو می‌شویم. گاهی وانمود به درد یک نوع رفتار فریب‌کارانه است. این موارد باید ابتدا از نظر وجود درد واقعی و سپس درد با منشاء روانی بررسی شود. دردهای با منشاء روانی معمولاً با تحریف در دریافت حس درد همراه است. در بیماران افسرده و یا سایکوتیک، درد می‌تواند بخشی از هذیان جسمی باشد. در اغلب موارد مشکل اساسی در بررسی درد این بیماران نبودن یافته‌های عینی کافی و توجیه کننده است. در چنین مواردی ضروری است که با بررسی‌های بالینی تخصصی مشخص شود که درد بیمار متناسب با یافته‌های بالینی نیست، در این صورت

<sup>86</sup>Dissimulation

<sup>87</sup>Negative Malingering

<sup>88</sup>Defensiveness

برای بیمار اختلال روانی مانند اختلالات سوماتوفرم تشخیص داده می‌شود که عبارت است از اشتغال ذهنی با درد در غیاب یافته‌های بالینی کافی توجیه کننده و متناسب با آن.

وجود برخی نشانه‌ها می‌تواند ظن روان پزشک را در مورد فریب‌کاری فرد مصاحبه شونده تقویت نماید، لذا باید در حین معاینه و مصاحبه با فردی که از سوی مراجع قضایی برای ارزیابی معرفی شده به نکاتی که ذیلاً شرح داده می‌شود توجه نمود. ممکن است فرد شکایاتی را مطرح کند که با یک عارضه تشریحی و یا اختلال شناخته شده تطبیق نمی‌کند اما او تأکید دارد که مشکلات فوق اختلال عملکرد جدی برای او ایجاد کرده است. او توانایی یادگیری مهارت‌های تازه را برای جبران چیزهایی که از دست داده انکار می‌کند. معمولاً فرد متقلب در جریان مصاحبه تلاش برای اغراق در بیان مشکلات گزارش شده دارد و تأیید شکایات او غالباً منجر به فرار از مسئولیت یا یک فعالیت نامطلوب می‌شود.

فردی که تلاش برای بیمار نشان دادن خود دارد گاهی از انگیزه مصاحبه کننده و یا در مورد قابلیت‌ها و صلاحیت او سؤال می‌کند و آن را مورد تردید قرار می‌دهد. گاهی نیز برعکس این موضوع ممکن است به نحوی مبالغه آمیز به تعریف و تمجید از او بپردازد. مثلاً ممکن است بگوید که تا کنون کسی به این دقت او را معاینه نکرده و از این که روان پزشک نام آور و با تجربه‌ای او را معاینه می‌کند خوشحال است. این برخوردها نباید پزشک را دچار ناراحتی و یا غرور کند بلکه باید بدون واکنش به این موضوع مصاحبه را ادامه دهد. ممکن است فرد به این که یک متخصص دیگر مشکل او را تأیید نموده تأکید کند و یا ادعاهای مشابهی در این زمینه داشته باشد اما معمولاً شواهد تأیید کننده ای برای اثبات ادعاهای خود ندارد. فرد متقلب از توانایی حرفه‌ای افرادی که مشکلات او را تأیید نموده‌اند، تمجید می‌کند، اما در پاسخ به این سوال که نتیجه اقدامات انجام شده چه بوده ممکن است نتایج درمان‌های انجام شده را غیرمطلوب گزارش کند و یا به این سوال پاسخ‌های نامربوط یا مبهم بدهد. در طی معاینه او معمولاً سعی دارد توانمندی‌های خود را مستثنی و بر ناتوانی‌های خود تأکید کند. فردی که تلاش بر بیمارنمایی دارد ممکن است مسئولیت کارهای کاملاً ارادی خود را انکار نماید و برای موجه شناخته شدن ادعای خود به یک دلیل نامربوط متوسل شود. در مواردی که پزشک باتجربه سوالات انحرافی مطرح می‌کند گاه مواجه با پاسخ مثبت می‌شود که این نشانه تمایل فرد به فریب دادن مصاحبه کننده است. از طرفی این طور نشان می‌دهد که انتظار دارد حتی با وجود اطلاعات ناکافی که ارائه داده، نتیجه‌گیری نهایی حاصل شود و ممکن است اظهار کند چنانچه ادعای او پذیرفته نشود، ممکن است به خود و دیگران صدمه بزند.

با وجود توجه به موارد فوق و مشاهده بعضی از این شواهد، بدیهی است تشخیص رفتار فریب‌کارانه در حین مصاحبه نیاز به دقت بسیار از سوی مصاحبه کننده دارد به خصوص آن که افرادی که سعی در بیمارنمایی دارند به انواع رفتارهای فریب‌کارانه متوسل می‌شوند. مثلاً در برخی از مراجعین علائم روانی، ساختگی و غیر واقعی نیستند اما از قبل وجود داشته‌اند و حال به منظور استفاده از یک نفع آشکار، مشکلات روانی قبلی دستاویز قرار گرفته و مرتبط با حادثه و یا رویداد مورد نظر بیان می‌شود.<sup>89</sup> هم چنین شکل دیگری از فریب با عنوان دستکاری اطلاعات<sup>90</sup> به صورت آماده نمودن اطلاعات ساختگی و یا جعل کردن اطلاعات مندرج در پرونده پزشکی و دستکاری در محتوای مدارک بالینی می‌باشد که یکی از معضلات بزرگ در فرآیند اقدامات تشخیصی در پزشکی قانونی است. گاهی روان پزشک قانونی هنگام اخذ شرح حال متوجه «فرآیند مرحله‌ای سازمان یافته‌ای»<sup>91</sup> از سوی فرد مورد معاینه به صورت برنامه ریزی و تنظیم وقایع برای رسیدن به نفع ثانوی در آینده می‌شود. تشخیص برخی از این ادعاها گاه بسیار دشوار است.

<sup>89</sup>Opportunistic Malingering

<sup>90</sup>Data tampering

<sup>91</sup>Staged Events

## سهل انگاری در درمان و مراقبت روان پزشکی

نداشتن مهارت و یا سهل انگاری پزشک در تأمین مراقبت معمول از بیمار، که یک پزشک دیگر با همان تخصص در وضعیت مشابه می‌توانست آن را تأمین کند، قصور پزشکی تعریف می‌شود.

همانند همه فعالیت‌های حرفه‌ای، روان پزشکان نیز از نظر قانونی مسئول خطاهای حرفه‌ای خود هستند، این خطاها که قصور در مراقبت و درمان روان پزشکی نامیده می‌شود به دو دسته عمده تقسیم می‌گردد:

### بی احتیاطی

عبارت است از وضعیتی که درمان یا مراقبت خاصی در مورد بیمار خاصی نباید صورت گیرد ولی این عمل توسط روان پزشک انجام گرفته و موجب عوارض نامطلوب در بیمار می‌شود، به عنوان مثال تجویز داروهای نامناسب، دستور به محدود کردن بیمار و یا تجویز الکتروشوک بدون این که برای درمان و مراقبت کافی اندیکاسیون داشته باشد.

### بی‌مبالاتی

عبارت است از این که درمان و مراقبت خاصی باید در مورد بیمار خاصی صورت گیرد ولی روان پزشک از انجام آن غفلت کند مثل؛ انجام ندادن آزمایشات و معاینات لازم و معمول قبل از انجام الکتروشوک، عدم کسب اطلاعات مورد نیاز برای شروع درمان با داروهای با عوارض خاص، و کوتاهی در مراقبت از بیماری که افکار خودکشی یا دیگر کشی دارد. در تمام موارد برای این که دادخواست قصور مطرح شود باید آسیبی متوجه بیمار شده باشد.

### عناصر تشکیل دهنده قصور

قصور پزشکی نوعی رفتار سهل انگارانه حرفه‌ای است که توسط پزشک رخ داده و به ایجاد آسیب در بیمار منجر شده است. لذا این سهل انگاری نوعی شبه جرم<sup>۹۲</sup> تلقی شده و پزشک ملزم است آسیب‌هایی را که ایجاد شده جبران کند. شبه جرم نوعی خطای حقوقی (یعنی غیرجنایی) است که بر پایه نقض قرارداد نبوده و توسط فردی صورت گرفته که منجر به آسیب به فرد دومی شده است. اقامه دعوی در یک شبه جرم عبارت است از؛ تقاضا برای وجود عناصر چهارگانه‌ای که باید اثبات شود تا ادعای قصور تأیید گردد. این چهار موضوع به اختصار تحت عنوان 4D<sup>۹۳</sup> بیان می‌شود:

الف) وظیفه<sup>۹۴</sup>: این به معنای تأیید برقرار شدن رابطه پزشک و بیمار است. در واقع پزشک باید برای درمان بیمار موافقت کرده باشد. زمانی که درمان بیمار با یک اندیکاسیون طبی پایان یافته یا از بیمارستان مرخص شده و یا برای مراقبت و درمان به پزشک دیگری ارجاع شده باشد وظیفه درمانی پزشک خاتمه یافته تلقی می‌شود.

تعهد پزشک که برای کمک به بیمار آغاز شده، ممکن است با ترخیص بیمار (مشروط به این که از نظر طبی مناسب باشد) یا با انتقال بیمار تحت نظر یک پزشک دیگر خاتمه یابد. این قانون برای همه متخصصین روان پزشکی هم صدق می‌کند.

ب) کوتاهی کردن<sup>۹۵</sup>: چنانچه ثابت شود درمانی که توسط پزشک انجام شده خارج از استاندارد قابل قبول برای مراقبت و درمان طبی مناسب بوده است، دادخواست قصور تأیید می‌گردد. در حال حاضر هرچند عملاً معیاری برای شرایط لازم مراقبت در هر موقعیت خاص وجود ندارد اما به طور کلی انتظار می‌رود افراد حرفه‌ای، مهارتی را که سایر افراد همان حرفه در شرایط مشابه از خود نشان می‌دهند، داشته باشند.

<sup>92</sup>Tort

<sup>93</sup>Dereliction of a Duty Directly led to Damage

<sup>94</sup>Duty

<sup>95</sup>Dereliction

امروزه هماهنگ سازی اقدامات درمانی از طریق مجلات تخصصی علمی، برنامه‌های آموزش مدون و استانداردهای یکسان موجب شده است که قضاوت بالینی در باره قصور پزشکان عموماً بر اساس استانداردهایی که برای عملکرد آن‌ها در یک کشور وجود دارد صورت گیرد.

(ج) آسیب<sup>۹۶</sup>: اقدامات درمانی پزشکان تا زمانی که آسیبی متوجه بیمار نشده باشد، موجب محکوم شدن آن‌ها نخواهد بود. حتی یک اقدام سهل انگارانه (مثلاً تجویز تلفنی دارو برای بیماری که خود پزشک تاکنون او را ملاقات نکرده است) اگر باعث بروز صدمه‌ای به بیمار نشده باشد، نمی‌تواند موجب طرح دادخواست قصور بشود. برای اثبات قصور پزشکی شاکی باید ادعای خود را با دلایل کافی ثابت کند. او باید عمل انجام شده را ثابت نماید و رابطه علت و معلولی بین اقدام پزشکی و ایجاد صدمه مورد ادعا را نشان دهد. هم چنین او باید کیفیت سهل انگاری را نیز مشخص نماید. معمولاً برای اثبات این موارد تأیید یک یا چند نفر متخصص دیگر لازم است. بدیهی است شناخت جزئیات اقدام‌های درمانی و مراقبتی در محدوده معلومات افراد غیر متخصص نیست و دادگاه‌ها در چنین مواردی از متخصصین امر کمک می‌گیرند. آن چه برای پزشکان بهتر می‌باشد، این است که در چنین مواردی توضیحات تخصصی به مقامات قضایی ارائه شود. اگر قصور پزشک به اثبات رسید او مجبور به جبران خسارت است. بر اساس قوانین کشور ما آسیب حاصله از قصور حرفه‌ای بر حسب دیده انسان محاسبه و رقم ریالی آن را پزشک مقصر یا بیمه‌گر او می‌پردازد.

(د) علت<sup>۹۷</sup>: در هر صورت دشوارترین و پیچیده‌ترین موضوع در تعیین قصور حرفه‌ای، یافتن علت است. اگر سهل انگاری توسط پزشکی که مسئول مراقبت از بیمار بوده انجام گرفته و بیمار دچار آسیب دائمی شده، در صورتی که سهل انگاری علت آن آسیب تشخیص داده شود، پزشک باید آن را جبران کند. اگرچه تعیین علت در ابتدا ممکن است ساده به نظر برسد اما در واقع این طور نیست، به عنوان مثال روان پزشکی که یک بیمار با قصد خودکشی را در بیمارستانی بستری می‌کند که نمی‌تواند به دقت او را کنترل کرده و بیمار در همان مرکز خودش را بکشد، اگر روان پزشک بداند یا منطقاً می‌توانسته بداند که آن مرکز امکانات لازم برای تحت نظر گرفتن بیمار را ندارد دادگاه ممکن است نتیجه بگیرد که غفلت روان پزشک ارتباط نزدیکی با مرگ بیمار دارد، به طوری که یک عامل مؤثر در مرگ بیمار تلقی می‌شود، یعنی این که به بیان حقوقی وقوع آسیب قابل پیش‌بینی بوده است. ولی اگر فوت بیمار ناشی از هل دادن بیمار توسط یک بیمار دیگر از پله‌ها رخ داده و این عمل منطقاً قابل پیش‌بینی یا پیشگیری نباشد، روان پزشک محکوم به سهل انگاری نیست. در بعضی موارد نیز علیرغم این که عملکرد ابتدایی روان پزشک در مورد قرار دادن بیمار در چنین مرکزی که می‌دانسته مناسب نبوده و علیرغم این که در صورت انجام ندادن این کار بیمار زنده می‌بود، وی تبرئه می‌شود. اظهار نظر در همه این موارد بر اساس بررسی‌های کارشناسی و در نهایت اتفاق نظر متخصصین مورد اعتماد دادگاه است.

### مسئولیت‌های قانونی پزشکان در موارد اورژانس روان پزشکی

برطبق اصول حرفه‌ای شناخته شده، پزشک هنگامی مسئول درمان یک بیمار شناخته می‌شود که رابطه درمانی بین او و بیمار برقرار شده باشد. بنابراین، بیماری که در مطب خصوصی و یا در یک مرکز درمانی سرپایی مورد معاینه قرار می‌گیرد و پس از معاینات و ارزیابی‌های اولیه روشن می‌شود که باید در مورد او اقدام درمانی فوری انجام شود، حتی بدون وجود یک قرارداد یا نوشته رسمی، منطقاً یک رابطه درمانی بین او و پزشک معاینه کننده ایجاد شده است. زمانی

<sup>96</sup>Damage

<sup>97</sup>Direct cause

که یک پزشک به سؤالات پزشکی افراد به عنوان یک پزشک پاسخ می‌دهد، نه صرفاً به عنوان یک دوست، ارتباط درمانی برقرار شده و مسئولیت درمانی برای پزشک ایجاد می‌گردد. گذشته از این تمام بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها وظیفه دارند که برای مراجعین خود اقدامات درمانی اورژانس را انجام دهند.

پزشکان در مورد بیمار اورژانس روان پزشکی وظیفه دارند پس از انجام ارزیابی دقیق برای یک درمان مناسب برنامه ریزی نمایند. پزشک باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن، اطلاعات ضروری درباره وضعیت فعلی بیمار و یافتن راه‌های مناسب برای اقدام فوری درمانی را جمع‌آوری کند و سپس در باره انجام یک اقدام فوری درمانی در محل معاینه یا بستری کردن بیمار در بیمارستان تصمیم بگیرد.

### خودکشی، مهم‌ترین خطر

در تمام بررسی‌های تشخیصی که در اورژانس روان پزشکی انجام می‌شود، باید موضوع افسردگی و افکار خودکشی مورد توجه ویژه باشد. سن بیمار عامل مهمی است. بر اساس تحقیقات انجام شده مردان بیش از زنان به خصوص در سنین میان‌سالی در خطر خودکشی هستند. هم‌چنین احتمال خطر در افرادی که تنها زندگی می‌کنند یا مطلقه هستند، مهاجرین، افراد بازنشسته و یا بی‌کار بیشتر از دیگران است. ابتلاء به افسردگی، سابقه اقدام به خودکشی، استفاده مکرر از مشروبات الکلی یا اعتیاد به الکل، جدا شدن یا از دست دادن عزیزان، تغییر مکان زندگی به خصوص به نقطه‌ای دورافتاده و پرت؛ از دست دادن شغل؛ و ابتلاء به بیماری‌های جسمی به خصوص در مورد افراد سالخورده می‌تواند در افزایش خطر اقدام به خودکشی موثر باشد. در برخی موارد اختلالات شخصیت و نیز اختلال سازگاری خطر ارتکاب به خودکشی به خصوص زمانی که این موارد با یک دوره افسردگی حاد همراه می‌شود، افزایش می‌یابد. افسردگی، به خصوص اگر اپیزودی از اختلالات دو قطبی باشد، عمده‌ترین اختلال روانی زمینه ساز به شمار می‌رود. در اختلال شخصیت مرزی، بیشتر تهدید به خودکشی و ژست خودکشی دیده می‌شود و خودکشی موفق کمتر رخ می‌دهد. تعداد کمی از این افراد ممکن است خودکشی موفق داشته باشند که بیشتر در اثر مصرف مواد مخدر بروز می‌کند. اختلال اسکیزوفرنی هم از موارد پرخطر برای اقدام به خودکشی شناخته شده است. وجود خلق افسرده، احساس ناامیدی، بدبینی، احساس درماندگی و تحلیل روانی شدید، عدم لذت از زندگی و از دست دادن علائق و انگیزه‌ها از جمله نشانه‌های مهم برای تعیین خطر خودکشی است. در برخی موارد، به خصوص در جوانان، امید به وصال معشوق از دست رفته، در صورت مردن ممکن است اندیشه‌های خودکشی را تقویت کند.

اعتقادات مذهبی به نظر می‌رسد که مانع بزرگی برای ارتکاب به خودکشی باشد. تأثیر اعتقادات اسلامی در پایین آوردن شیوع خودکشی به دلیل گناه شمردن آن در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است، اما مشکل عمده پزشکان این است که درباره زمینه اعتقادات مذهبی بیمار نمی‌توانند اطلاع دقیق و کافی کسب نمایند. این اطلاعات می‌تواند پزشک را در یافتن نقاط قوت و ضعف اعتقادی بیمار و نیز تصویری که او از زندگی پس از مرگ دارد، یاری دهد.

### نشانه‌های تصمیم به خودکشی

برخلاف برخی رفتارهای خودکشی که با میزان خطر کمی همراهند، بعضی رفتارها نشانه تصمیم قوی برای خودکشی است. نوشتن وصیت‌نامه و واگذار کردن دارایی‌ها، اقدام‌های شدیداً خشن مانند پرت کردن خود از ارتفاع زیاد یا در بزرگ-راه‌های پرت‌رود که سرعت اتومبیل‌ها بالاست، استفاده از سلاح گرم، حلق آویز کردن یا اقدام به غرق کردن خود از این

موارد هستند.

وجود نشانه‌های روان‌پریشی مثل توهم یا هذیان، وجود تاریخچه اقدام به خودکشی در گذشته و یا ابتلاء به اختلالات روان‌پریشی در خانواده بیمار، و هم چنین در پیش بودن مناسبت خاصی که به یاد آورنده چیزهایی باشد که او از دست داده است، هم می‌تواند جزء عوامل خطر ساز باشد.

فهرستی از عواملی که بنابر تجارب علمی به عنوان نشانه‌های خطر برای اقدام به خودکشی می‌باشند در زیر آمده است:

افکار خودکشی: این مسئله در تمام دنیا و بنا به تمام گزارش‌های علمی می‌تواند به عنوان عامل خطر ساز معرفی شود. بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، غالباً اشتغال ذهنی آزارنده‌ای با موضوع خودکشی دارند.

قصد خودکشی: تصمیم به خودکشی، گاهی ممکن است باعث کاهش اضطراب و ملال در فرد بیمار شده و هم چنین باعث آرامی و بهبود موقت شرایط روانی وی نیز بشود. با جدی شدن این تصمیم حتی ممکن است بیمار بهبود یافته تلقی و زمینه ساز غفلت از درمان گردد. اقدام به خودکشی در چنین شرایطی را خودکشی پارادوکس می‌نامند.

داشتن برنامه برای خودکشی: این عامل یکی از مهم‌ترین نشانه‌های خطر است. معمولاً در چنین مواردی برنامه ریزی برای خودکشی می‌تواند تمام انرژی فرد را روی هدف او متمرکز کند و این موضوع با میزان خطر بالایی همراه است.

### در دسترس بودن ابزارهای لازم

در دسترس بودن لوازم مرتبط با نقشه و هدف فرد (مثل دارو یا سم، اسلحه، طناب) می‌تواند احتمال خطر را افزایش دهد.

### تلاش برای تمرین خودکشی

مرور و تمرین کردن مراحل انجام خودکشی، همیشه باید یک عامل هشدار دهنده محسوب شود. (بازدید کردن اسلحه پر شده، نشانه گرفتن خود و قرار دادن لوله اسلحه در دهان). در مجموع انجام دادن اعمالی که می‌تواند سلامتی فرد را به خطر بیندازد و به نوعی امتحان کردن روش انتخاب شده برای خودکشی است از مهم‌ترین عوامل خطر به شمار می‌رود.

زمانی که روان‌پزشک به این نتیجه برسد که احتمال خطر خودکشی توسط بیمار وجود دارد، باید او را به دقت تحت نظر داشته و تصمیم قاطعی در باره نحوه مراقبت و درمان اتخاذ کند. آنچه باید پزشک اورژانس در نظر داشته باشد این است که بیمارانی که دچار افسردگی شدید هستند در شرایط حاد بیماری ممکن است از هر فرصت کوتاهی، برای اقدام به رفتاری خطرناک استفاده کنند. در چنین شرایطی پزشک تا قبل از بستری شدن بیمار و انجام مراقبت‌های حین بستری، مسئولیت انجام اقدامات مراقبتی و درمانی مناسب را مستقیماً بر عهده خواهد داشت.

### سهل انگاری حرفه ای در روان پزشکی

به نظر می‌رسد طرح دعای قصور علیه متخصصین روان پزشکی رو به افزایش است. تقریباً در تمامی مواردی که روان‌پزشک مسئول شناخته می‌شود آسیب جسمی واضحی وجود دارد اما باید پذیرفت که هر نتیجه بدی حاصل سهل انگاری نیست. روان‌پزشکان نمی‌توانند درستی تشخیص و درمان خود را تضمین نمایند. اشتباه در جریان درمان ممکن است بروز کند بدون این که لزوماً مسئولیتی متوجه روان‌پزشک باشد. بسیاری از بیماران روان‌پزشکی مشکلات پیچیده‌ای دارند و روان‌پزشک باید برای درمان او از گزینه‌های متعددی که پیش رو دارد، استفاده کند. زمانی که نتیجه مطلوبی حاصل نشده شاید بتوان ثابت نمود که تصمیم درمانگر درست نبوده ولی ممکن است لزوماً به دنبال انحراف از



استانداردهای درمان نیز نباشد. قضات معمولاً پزشکی را که تمام معاینات دقیق و لازم را انجام داده و بهترین شیوه درمان را بر اساس یافته‌های تشخیصی خود انتخاب کرده مسئول نمی‌دانند. معمولاً دادخواست قصور زمانی مطرح می‌شود که علاوه بر نتیجه بد، احساس بدی نیز ایجاد شده باشد. به همین دلیل یک رابطه خوب بین پزشک و بیمار بیشترین نقش را در کاهش دعاوی قصور خواهد داشت. روان پزشکی که فعالیت‌های گسترده‌ای دارند و یا در مراکز متعددی کار می‌کنند امکان دارد بیشتر از دیگران در خطر دعاوی قصور باشند. هم چنین برخی از بیماران مثلاً بیماران مرزی به دلیل ویژگی‌های معمول خود از جمله اقدام به خودزنی و خودکشی، رفتارهای تکانشی، توانایی برای منحرف کردن درمانگر از مسیر درمان، مصرف الکل و مواد، ابتلاء هم زمان به سایر اختلالات روانی و نیز ناپایداری پدیده انتقال می‌توانند با خطر بالای شکایت همراه باشند. شایع‌ترین موارد دادخواست قصور در روان پزشکی عبارتند از مواردی چون بستری اجباری و بدون اخذ رضایت، اشتباه در تشخیص اختلالات روانی، کوتاهی در کنترل عوارض درمان‌های دارویی و الکتروشوک، سهل انگاری در روان درمانی، سهل انگاری در پیشگیری از آسیب به خود و دیگران، ایجاد رابطه جنسی با بیمار، سهل انگاری در نظارت بر عملکرد پرسنل و سرانجام قطع درمان و مراقبت به دلیل غیبت یا مشکلات بیمه.

گاهی ممکن است در اثر سهل انگاری در تشخیص، اقدامات درمانی مناسب انجام نشود و در نتیجه آسیبی متوجه بیمار شود. مثلاً ممکن است تشخیص نادرست به گونه‌ای بر درمان تأثیر گذارد که منجر به آسیب بیمار گردد. مثلاً بیمار به دلیل تجویز غیر ضروری داروهای ضد سایکوز به دیس‌کینزی تأخیری<sup>98</sup> مبتلا شود. برای اثبات قصور، تشخیص اشتباه باید ناشی از سهل انگاری پزشک باشد. البته اگر بیمار درباره وجود هذیان‌ها دروغ گفته، و روان پزشک تشخیص اشتباه داده است، این تشخیص اشتباه را نمی‌توان مرتبط با سهل انگاری او دانست. همین طور اگر روان پزشک بعد از ارزیابی مبتنی بر استانداردهای موجود، مرتکب اشتباه تشخیصی شود مسئولیتی متوجه وی نخواهد بود. عدم تشخیص درست همیشه به قصور در تشخیص صحیح یک اختلال روانی محدود نمی‌شود بلکه سوء تشخیص می‌تواند در مواردی چون سهل انگاری در تشخیص وضعیت بیماری که تمایل به خودکشی یا دیگرکشی دارد نیز به کار رود.

تجویز داروی اشتباه یا دوزهای نامناسب دارویی، عدم کنترل عوارض، و تجویز دارو علیرغم وجود کنتراندیکاسیون به عنوان اقدامات سهل انگارانه حرفه‌ای محسوب می‌شود. سهل انگاری در کنترل عوارض دارویی یکی از مهم‌ترین علل دادخواست‌های قصور در روان پزشکی است. این موارد می‌تواند شامل سهل انگاری در انجام آزمایش‌های سطح سرمی دارو، معاینه فیزیکی و ارجاع بیمار به متخصص مربوطه باشد.

### سهل انگاری در پیشگیری از آسیب به خود

روان پزشکان ممکن است در مواردی که بیمارشان خودکشی کرده به دلیل عدم کنترل مناسب بیمار متهم به سهل انگاری شوند. در میان موارد قصور روان پزشکی دادخواست‌هایی که در ارتباط با خودکشی هستند از همه پیچیده‌تر است. این دعاوی معمولاً با عنوان سهل انگاری در شناخت تمایلات خودکشی در بیمار و قصور در اقدام مناسب برای کنترل آن‌ها ارائه می‌شود. معمولاً از روان پزشکان این سوال پرسیده می‌شود که در مورد احتمال اقدام بیمار به خودکشی چه تخمینی داشته و چه تمهیداتی برای جلوگیری از وقوع آن به کار گرفته است. برخلاف موارد دیگر، باید در ایجاد آسیب به خود در اثر اقدام به خودکشی، خود بیمار را به عنوان عامل اصلی در نظر گرفت زیرا هر خطایی که پزشک در سیر درمان مرتکب شده باشد، منتهی به آسیب نمی‌شود، مگر این که اقدام نهایی توسط خود بیمار انجام گردد. البته اگر

<sup>98</sup>Tardive dyskinesia (TD)

روان پزشک نتوانسته تمایلات خودکشی یا دیگر کشی را در بیمار خود تشخیص دهد و یا علیرغم اقرار بیمار، پزشک چاره‌ای برای آن نیاندیشیده باشد ممکن است منجر به اثبات قصور پزشک شود و او باید بر حسب میزان تقصیر خود جبران خسارت کند.

واقعیت این است که در مورد بیمار بستری حداکثر نظارت نمی‌تواند وجود داشته باشد اما زمانی که عوامل خطر متعددی برای اقدام به خودکشی بیمار وجود دارد لازم است او در یک مرکز روان پزشکی بستری شود و تحت مراقبت قرار گیرد.

روان پزشک باید در همان اولین مصاحبه به جستجو و پرسش از نشانه‌ها و علائم افسردگی پرداخته و درباره اقدام قبلی و قصد فعلی برای خودکشی از بیمار سؤال کند. اگر بیمار افکار خودکشی را انکار ولی بعداً به آن اقدام نماید، معمولاً پزشک مسئول شناخته نمی‌شود. واضح است که بار این موضوع در بیماران بستری بیشتر است زیرا در این شرایط پزشک می‌تواند کنترل بیشتری را بر رفتار بیمار داشته باشد. بیشتر پزشکان با تجربه متعقدند بیماری که قصد جدی برای خودکشی دارد، با وجود اقدامات پیشگیری انجام شده توسط پزشک، سرانجام راهی را برای این کار می‌یابد و به همین دلیل است که بسیاری از دادگاه‌ها استاندارد بستری کردن اجباری را در مورد این گروه از بیماران پذیرفته اند.

### سهل انگاری در پیشگیری از آسیب به دیگران

تقریباً همه روان پزشکان در زندگی حرفه ای خود با بیمارانی مواجه شده اند که در جریان انجام مصاحبه قصد خود برای از بین بردن فردی دیگر را مطرح کرده اند. در چنین مواردی این که روان پزشک باید چه تصمیمی بگیرد و به چه افرادی باید اطلاع دهد و یا اصلاً به کسی اطلاع ندهد و رازداری را مبنای کار خود قرار دهد نکته مهم و بحث انگیزی است. آیا روان پزشک باید صرفاً به مراقبت از بیماری که خطر آسیب به دیگری دارد پردازد و وظیفه دیگری ندارد؟

### حق ویژه

حق حفظ اسرار فرد در مقابل احضار به دادگاه را حق ویژه می‌نامند. این شامل مطالبی است که افراد در یک رابطه خاص (مانند رابطه زن و شوهر، کشیش و توبه کار، یا پزشک و بیمار) اظهار کرده اند و افشاء اجباری آن‌ها در مقام شاهد جایز نیست. در رابطه درمانی این حق متعلق به بیمار است و به همین دلیل فقط خود او می‌تواند از آن چشم پوشی کند اما موارد استثناء نیز وجود دارد. در رایج‌ترین موارد استثناء به بیمار گفته می‌شود که با مطرح نمودن اختلال روانی خود در متن دادخواست از حق ویژه خود صرف نظر کند، به این ترتیب اختلال وی به صورت جزئی از ادعا نامه یا دفاعیه او در می‌آید. مورد استثنای دیگر مربوط به بستری کردن بیمار است که در آن منافع جامعه و بیمار بر رازداری مقدم شمرده می‌شود. در بسیاری از دعاوی حقوقی ممکن است به درمانگر دستور داده شود تا اطلاعاتی را در اختیار دادگاه قرار دهد که بسیار محرمانه است. از دیگر موارد استثناء پرونده‌های مربوط به حضانت و حفاظت کودک است که باید حداکثر منافع کودک حفظ شود. به علاوه حق ویژه شامل جریانات حقوقی بین بیمار و درمانگر هم نمی‌شود. بنابراین در دعاوی حقوقی مربوط به حق معالجه یا ادعای معالجه غلط، وکیل شاکی می‌تواند برای رسیدگی به موضوع مدارک درمانگر را نیز بررسی نماید. بنابراین روان پزشکان و سایر پزشکان قانوناً فاقد حق ویژه ای هستند که بین موکل و وکیل، کشیش و اهل کلیسا و زن و شوهر وجود دارد.

## توقف درمان یا انتقال مراقبت

بر اساس اصول اخلاقی زمانی که پزشک به هر دلیلی قصد دارد ارائه خدمات درمانی به بیمار را متوقف کند باید یک جایگزین مناسب برای خود مشخص و آن را به بیمار اعلام کند. در واقع پزشک باید ابتدا با همکار دیگری که می‌خواهد بیمار را به وی ارجاع دهد تماس بگیرد و موافقت وی را درباره انتقال مراقبت به او جلب نماید.

ترک درمان از طرف پزشک لزوماً نباید یک کناره‌گیری دائمی از ارائه خدمات به بیمار باشد تا منجر به محکومیت وی شود. در دسترس نبودن یک درمانگر به دلیل سهل‌انگاری حتی برای مدتی کوتاه نیز به همان اندازه قصور تلقی می‌شود. پزشک باید در هنگام اورژانس در دسترس باشد و بتواند مقدمات مراقبت لازم یا ارجاع مناسب را فراهم آورد.

بدیهی است که هیچ درمانگری نمی‌تواند دائماً در دسترس باشد، بنابراین قانون اجازه می‌دهد که این مسئولیت را به متخصص دیگری واگذار کند. پزشکانی که برای مدتی طولانی در دسترس نیستند (مثلاً اگر درمانگر شهر را برای تعطیلات آخر هفته ترک می‌کند) باید پیشاپیش برای پوشش دادن درمان و مراقبت از بیماران خود با همکار خود هماهنگی لازم را انجام دهد و بیماران را نیز درباره این که چگونه با آن پزشک تماس بگیرند، مطلع سازد. اگرچه پزشک اول برای اعمال سهل‌انگارانه پزشک جانشین مسئول تلقی نمی‌شود اما او در صورت سهل‌انگاری در انتخاب جانشین مسئول است (مثلاً اگر برای جانشینی با کسی هماهنگ شود که پزشک اول می‌داند یا باید بداند که صلاحیت انجام این کار را ندارد، پزشک اول در کارهای سهل‌انگارانه پزشک دوم شریک شمرده می‌شود)، این که آیا برای مدت‌های کوتاهی که پزشک در دسترس نیست نیاز به معرفی فردی برای جایگزینی هست یا خیر، دقیقاً تابعی است از طبابت پزشک و این که چقدر احتمال دارد یک وضعیت اضطراری در این مدت بروز کند.

## رضایت شخصی بیمار

اخذ رضایت شخصی از بیمار مشروط به آن است که بیمار صلاحیت آن را داشته باشد که به او چنین پیشنهادی ارائه شود. در این موضوع هدف این است که مطمئن شویم فرد توانایی ذهنی کافی برای رضایت دادن را دارد یا خیر. برخی از بیمارانی که ممکن است فاقد صلاحیت برای دادن رضایت شناخته شوند عبارتند از افراد مبتلا به ناتوانی هوشی، افرادی که مبتلا به بیماری‌های روانی عضوی هستند و بیماران روان پریش. علاوه بر این‌ها در قانون، کودکان فاقد صلاحیت تلقی می‌شوند تا زمانی که به سن بلوغ فکری برسند و این به توانایی و قابلیت‌های واقعی آن‌ها در هر سنی بستگی ندارد.

در باره اخذ رضایت شخصی در درمان‌های روان‌پزشکی یک توافق کلی وجود دارد که اعمال تهاجمی مثل درمان با شوک الکتریکی و نیز دارو درمانی همیشه باید با رضایت بیمار انجام شود مگر آن که او قادر به دادن رضایت نباشد و رضایت جانشین اخذ شود. البته مواردی از اقدامات درمانی هم هستند که فوریت دارند و عدم اخذ رضایت برای انجام آن‌ها جرم محسوب نمی‌شود.

برای حفظ حقوق بیمار باید قبل از شروع درمان، چگونگی انجام اقدامات درمانی به او شرح داده شود. برای این که رضایت آگاهانه<sup>99</sup> تلقی شود ماهیت و نوع درمان، درمان‌های جایگزین، منافع و مضرات هر یک به زبان ساده و قابل فهم توضیح داده می‌شود. انجام هر نوع درمان (به خصوص درمان‌های تهاجمی) بدون اخذ برگه رضایت آگاهانه نوعی ضرب و جرح تلقی می‌شود، در حالی که انجام اقدامات درمانی بعد از رضایت گرفتن ناکافی فقط می‌تواند سوء طبابت محسوب گردد.

<sup>99</sup>Informed consent

برای این که اخذ رضایت ناکافی از بیمار نوعی قصور پزشکی محسوب شود شرایطی وجود دارد. شرط اول این است که ثابت شود رابطه پزشک، بیمار و مسئولیت مراقبت از وی ایجاد شده است. اگر پزشک برای بیمار اقدامی انجام داده باشد برای اثبات ایجاد تعهد درمانی کافی است. در این شرایط، سهل انگاری پزشک عبارت است از این که او رضایت آگاهانه درباره آنچه بر روی بیمار انجام شده اخذ نکرده است. این که بیمار قبل از درمان به خوبی در باره اقدامات درمانی آگاه شده باشد اهمیت زیادی دارد.

پزشک موظف است همه اطلاعاتی که یک فرد ممکن است قبل از تصمیم گرفتن به پذیرش یا رد درمان بخواهد به او ارائه دهد. پزشک باید دقیقاً به زبانی قابل فهم توضیح دهد که این درمان چگونه انجام می‌شود، فواید و خطرات این درمان چیست و آیا جایگزینی برای این درمان وجود دارد و اگر وجود دارد فواید و خطرات آن چیست و پیامدهای اجتناب از درمان چه خواهد بود. در پایان به بیمار اجازه داده شود که سؤالات خود را از پزشک بپرسد. البته واضح است که در مورد بیماران روان پریش، ناتوان هوشی و هرگونه اختلال روانی که قوه تشخیص و قضاوت فرد را مختل کند این توضیحات باید به ولی یا سرپرست قانونی وی ارائه شود. چنانچه رضایت آگاهانه گرفته نشود، حتی اگر واقعاً سهل انگاری در درمان صورت نگرفته باشد ولی نتیجه بدی عارض گردد، باز هم ممکن است پزشک مسئول شناخته شود.

از آن جا که شاکمی ممکن است ادعا کند قبل از درمان بعضی اطلاعات اساسی به وی داده نشده، پزشکان باید اقدامات خود را مستند و ثبت کرده باشند. بعضی از پزشکان و مراکز درمانی رضایت نامه کتبی مبنی بر براءت از مسئولیت پزشکان و بیمارستان از بیمار اخذ می‌کنند. از آن جا که معمولاً سایر گفتگوهای بین پزشک و بیمار یا بین بیمار و سایر پرسنل در این رضایت نامه‌ها ثبت نمی‌شود، ممکن است ادعا شود که به جز موضوعات شرح داده شده در فرم مطلب دیگری به بیمار ارائه نشده است. ضمناً برگه‌های رضایت نامه از پیش آماده شده ممکن است پر از واژه‌های تخصصی باشد که بیمار به خوبی آن را نفهمیده باشد.

پزشک باید در پرونده بیمار ثبت کند که توضیحات لازم قبل از اخذ رضایت به بیمار داده شده و موضوعاتی که به طور کلی در این گفتگو مطرح گردیده، شرح داده شود و توجه به این که بیمار چه نگرانی‌های خاصی داشته در پرونده درج شده باشد.

موضوع دیگر، موردی است که به آن اجبار موقعیتی<sup>100</sup> می‌گویند. بیمارانی که در بیمارستان‌ها و مراکز توان بخشی و نگهداری زندگی می‌کنند ممکن است به دلیل وابستگی به مؤسسه خود با نوعی اجبار برای موافقت با دستورات آن مرکز رو به رو شوند تا آن جا که در نحوه رضایت دادن آنان به انجام اقدامات درمانی تاثیرگذار باشد.

توصیه مناسب در این موارد این است که از سرپرست قانونی بیمار این رضایت اخذ گردد تا اجبار موقعیتی تأثیری در تصمیم اتخاذ شده نداشته باشد.

#### منبع:

کتاب قانون و روان پزشکی، تالیف دکتر سید مهدی صابری؛ انتشارات مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، چاپ اول، 1394

<sup>100</sup>Stuational coercion