

## بررسی شیوع و شدت جرائم در بیماران مبتلا به اختلالات روانی

دکتر سید عبدالجبار بحرینیان<sup>\*</sup>، دکتر صفا مقصودلو<sup>\*</sup>، دکتر آرش قدوسی<sup>\*\*</sup>

\* بخش روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\*\* بخش روانپزشکی، سازمان پزشکی قانونی کشور

### خلاصه

سابقه و هدف: از زمانی که حقوقدانان از روانپزشکان خواستند تا در مورد وضعیت روانی مجرمین اظهار نظر کنند، نقش روانپزشکان در تعیین و تبیین میزان صحت و سلامت روانی فرد و میزان مسئولیت کیفری وی حائز اهمیت شد. در این مطالعه سعی ما بر این بود که با شناخت عوامل مؤثر در جرم‌زائی و جرم‌های خشنونت‌بار در بیماران مبتلا به اختلالات روانی گروههای پرخطر را شناسایی و راههای پیشگیری از بروز جرم را بررسی کنیم.

مواد و روشها: در این مطالعه ۱۳۰ بیمار مبتلا به اختلال روانی که از جانب دادگاه جهت بررسی وضعیت روانی و تعیین مسئولیت کیفری به بخش روانپزشکی پزشکی قانونی ارجاع شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ای که شامل نوع بیماری، نوع جرم ارتکابی، شدت جرم، فاکتورهای دموگرافیک و وضعیت معاینه روانی بود، تکمیل گردید.

یافته‌ها: از ۱۳۰ بیمار مورد بررسی، بیشترین مجرمین را بیماران مبتلا به اختلال شخصیت تشکیل می‌دادند در حالیکه شدیدترین جرائم را بیماران سایکوتیک بیویژه اسکیزوفرنی و اختلال هذیانی مرتكب شده بودند. همچنین شیوع جرم در این بیماران با جنس مذکور، مجرد بودن، عدم پذیرش درمان و سربار خانواده بودن ارتباط معنی‌داری داشت ( $P=0.01$ ) در حالیکه با عواملی مثل سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانواده، مصرف الکل و مواد مخدر، ساقه بروز جرم در بستگان نزدیک و طول مدت بیماری ارتباطی نداشت. شدت جرم فقط با نوع بیماری مرتبط بود و ارتباطی با سایر عوامل نداشت.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: از آنجا که یکی از راههای کاهش شیوع جرم در جامعه پیشگیری از وقوع آن است در مورد بیماران مبتلا به اختلالات روانی می‌توان با شناسایی بیماران پرخطر و درمان آنان به ویژه در مورد بیمارانی که پذیرش درمانی ندارند، از بروز جرم در طی وسیعی از بیماران روانی جلوگیری کرد.

واژگان کلیدی: بیماران روانی، جرم

### مقدمه

و سلامت روانی فرد و میزان مسئولیت کیفری وی خودنمایی می‌کند و گاه تا آنجا پیش می‌رود که به این جمله معروف می‌رسد: گناهکار ولی فاقد مسئولیت (guilty but not responsible)

در مورد ارتکاب به جرم در بیماران روانی مطالعات زیادی صورت گرفته است. در اکثر این مطالعات مشاهده شده است که ارتکاب به جرم در بیماران روانی از جمعیت عادی بیشتر است (۳-۷)، گرچه در بعضی از این مطالعات فقط جرائم خشنونبار شایع‌تر گزارش شده است (۴). بسیاری از این مطالعات نیز فاکتورهای خطر در بروز جرائم

علم روانپزشکی از سال ۱۸۴۳ با تبرئه مکناتن، پا در گردداب مجرم بودن یا نبودن بیماران روانی گذاشته و این موضوع تا امروز مورد بحث و جدل حقوقدانان و روانپزشکان بوده ولی هنوز قواعدی که برای تمام بیماران روانی بکار رود، بوجود نیامده است (۱، ۲). از آنجا که قانون و قاضی باید علاوه بر حفظ منافع فرد حافظ منافع اجتماع نیز باشد، اصل برابری و تعادل جرم و مجازات را در مورد بیماران روانی هم اجرا می‌کنند (۱، ۲). در اینجاست که نقش روانپزشکان قانونی در تعیین و تبیین میزان صحت

## مواد و روشها

در این تحقیق که یک تحقیق توصیفی - تحلیلی است بیماران ارجاع شده به بخش روانپزشکی مرکز پزشکی قانونی تهران در طول یکسال مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد مجرمین کیفری بودند که جهت تأیید اختلال روانی و تعیین تکلیف از لحاظ مسئولیت کیفری از جانب دادگاه ارجاع شده بودند. در این بخش متخصصان روانپزشکی، یک روانشناس بالینی و متخصص پزشکی قانونی به بررسی بیمار می‌پردازنند. در مجموع ۱۳۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۱۷ مرد و ۱۳ زن بودند. مصاحبه بالینی توسط روانپزشک قانونی که بطور ثابت در این مرکز حضور دارد، انجام می‌شد. تشخیص نهایی پس از بررسی پرونده‌های بیمارستانی، سوابق دارویی و گواهی‌های پزشکی و نهایتاً با مصاحبه ساختار یافته براساس DSM-IV گذاشته می‌شد. در برخی موارد نادر نیز جهت تأیید تشخیص، مجرم به کمیسیون روانپزشکی فرستاده می‌شد که ۳ روانپزشک به بررسی بیمار پرداخته و تشخیص قطعی را اعلام می‌کردند. در مواردی نیاز بود برای تشخیص قطعی مجرم در بیمارستان برای مدتی بستری شود، به دلیل طولانی شدن فاصله زمانی، این موارد از مطالعه حذف شدند.

لازم به ذکر است به دلیل اینکه پرونده‌های جنایی و کیفری پس از وقوع جرم در اسرع وقت توسط دادگاه بررسی می‌شود، مجرمین در کوتاهترین فاصله زمانی از ارتکاب جرم مورد بررسی روانپزشکی قانونی قرار می‌گرفتند و به این ترتیب بررسی آنان از دقت کافی برخوردار بود. در جریان مصاحبه با بیمار پرسشنامه‌ای چند قسمتی توسط دستیار روانپزشکی و یا دستیار پزشکی قانونی که آموزش لازم را دیده بود، تکمیل می‌گشت. پرسشنامه با توجه به مطالعات مشابه تنظیم گشته اعتبار آن تأیید شده بود. بخش اول پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک نظری سن، جنس، تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت مسکن، تأهل و وضعیت شغلی بود. قسمت دیگر پرسشنامه اختصاص به مصرف الکل، مواد مخدر و سیگار در طی زندگی و بطور عمده مصرف الکل یا مواد مخدر در حین وقوع جرم داشت. بخش دیگر پرسشنامه شامل سوالاتی در مورد توهمندی و هذیان در حین ارتکاب جرم بود و پرسشگر (پزشک) تعیین می‌کرد که آیا وقوع جرم با علائم

را بررسی کرده‌اند (۳۵-۳۶) و برخی دیگر به بررسی انواع تخلفات روانی پرداخته‌اند (۱۱-۱۵). Tiihonen و همکاران معتقدند بیمار روانی ممکن است به دنبال علائم سایکوتیک مثل توهمندی و هذیان به صورت رفتار تکانشی مرتکب جرم شود، یا اینکه همچون بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، جرم را در موقعیت‌های غیر دلخواه انجام دهد. همچنین گاهی اوقات اختلال روانی به دنبال جرم ایجاد می‌شود مثل اختلالات تعزیزی. ممکن است فردی اختلال روانی داشته باشد ولی با جرم او ارتباطی نداشته باشد. در کشورهایی که وقوع جرم پایین است، عمله جرائم توسط بیماران روانی صورت می‌گیرد (۶). در کشورهای اروپایی بیشترین عواملی که با وقوع جرم در بیماران روانی ارتباط داشته، مصرف الکل و مواد مخدر بوده است و فاکتورهای دموگرافیک کمترین تأثیر را داشتند (۱۶، ۱۵، ۴).

در مطالعه بر روی بیماران مبتلا به اختلال هذیانی گزارش شد که این گروه از بیماران جرائم شدیدتری مرتکب می‌شوند در حالیکه این افراد در نظر عام ممکنست سالم به نظر برسند (۸).

با توجه به اصول حقوقی جرم‌شناسی جرمی مستوجب مجازات است که عنصر قانونی، عنصر معنوی و عنصر مادی جرم را داشته باشد. منظور از عنصر قانونی یعنی برای جرم انجام شده باید در قانون مجازات تعیین شده باشد. منظور از عنصر معنوی سوءنیت یا قصد مجرمانه است که گاه فقدان همین عنصر می‌تواند بسیاری از جرائم عمد را تبدیل به شبه‌عمد یا غیرعمد کند و عنصر مادی جرم همان عمل ارادی مجرمانه است که در اصطلاح به آن Actus Reus می‌گویند (۲، ۱). هدف از انجام این مطالعه این است که شیوع جرائم و شدت آن را در انواع بیماران روانی بررسی کنیم، همچنین عوامل احتمالی مرتبط با میزان جرم‌زائی بیماران بررسی می‌شود. به عبارت دیگر در نظر داریم که گروههای پرخطر را تعیین کرده و راهکارهای پیشگیرانه را پیش‌بینی کنیم. بر اساس اطلاعات موجود در ایران تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه نشده است و این مطالعه اولین کاری است که در نوع خود در ایران انجام می‌گیرد و یافته‌های آن می‌تواند گامی مؤثر در توسعه دانش جرم‌شناسی در حیطه روانپزشکی باشد.

سال بیشترین فراوانی بروز جرائم را داشت. ۷۵ نفر (۵۷٪) آنان متأهل، ۴۰ نفر (۳۰٪) مجرد و ۱۵ نفر (۱۱٪) مطلقه و بیوه بودند. از نظر سطح تحصیلات ۶۰ نفر (۴۶٪) در حد ابتدایی، ۶۳ نفر (۴۸٪) سیکل تا دبیلم و ۷ نفر (۴٪) تحصیلات بالاتر از دبیلم داشتند. ۵۷ نفر (۴۳٪) از آنان شاغل، ۶۸ نفر (۵۲٪) بیکار و ۵ نفر (۳٪) را سایر موارد از قبیل سربازی تشکیل می‌داد.

۶ نفر از مجرمان (۴٪) بی‌خانمان، ۷۳ نفر (۵۶٪) سربار خانواده، ۲۵ نفر (۱۹٪) مستأجر، ۲۳ نفر (۱۷٪) مالک و ۳ نفر (۲٪) نیز مقیم مراکز نگهداری بودند.

در خصوص مصرف الكل فقط ۷ نفر (۵٪) بیماران در حین ارتکاب جرم الكل مصرف کرده بودند. در مورد مصرف مواد مخدر که عمدتاً تریاک و حشیش را شامل می‌شد فقط ۹ نفر (۶٪) حین ارتکاب جرم تحت تأثیر مواد بودند. ۷۸ نفر (۶٪) مصرف سیگار را در مقادیر بالا ذکر می‌کردند.

۲۴ نفر (۱۸٪) از مجرمین در حین ارتکاب جرم تفکر هذیانی داشتند. در مورد توهمنیز فقط ۷ نفر (۵٪) انواع مختلف توهمنی به خصوص توهمات شنوازی داشتند. شیوع انواع اختلالات روانی در بین بیماران مجرم و مقایسه شدت جرم در گروههای مختلف بیماران مجرم در نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده است.

بیشترین درصد جرائم سنگین که مجازات معمول حبس طویل المدت یا اعدام را به همراه داشت مربوط به بیماران اسکیزوفرن (۲۳٪)، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت (۲۰٪)، اختلالات هذیانی (۱۰٪)، فاز مانیک (۷٪) و سندرم استرس پس از سانحه (۵٪) بود.

بیشترین جرائم با شدت متوسط که مجازات معمول آن حبس کوتاه‌مدت یا شلاق بود مربوط به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت (۵٪)، بیماران فاز مانیک (۷٪)، بیماران اسکیزوفرن (۱۵٪) و اختلال هذیانی (۵٪) بود. همچنین بیشترین جرائم خفیف را که مجازات معمول آن جریمه نقدی بود مربوط به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت (۴٪)، بیماران فاز مانیک و اختلال خلقی دو قطبی (۲۵٪)، بیماران عقب‌مانده ذهنی (۸٪) و سندرم استرس پس از سانحه (۸٪) و اختلال افسردگی مژوز (۳٪) بود.

ساپکوتیک بیمار هماهنگی داشته است یا خیر؟ (مثالاً کشیدن چک بی محل با اختلال هذیانی از نوع حسادت ناهمانگ است)، سپس تعیین می‌شد که جرم علیه اموال اتفاق افتاده یا علیه افراد و اگر جرم علیه افراد اتفاق افتاده بود، نسبت قربانی با بیمار نیز تعیین می‌شد. اینکه جرم با قصد قبلی و برنامه‌ریزی شده بود نیز تعیین می‌شد.

نوع جرم ارتکابی و علت ارجاع بیمار از جانب مقام قضایی در قسمت دیگری از پرسشنامه مشخص شده و نهایتاً از مجموع قوانین مجازات اسلامی و مطالعاتی که در این زمینه انجام شده بود شدت جرائم طبق تقسیم‌بندی نسبتاً ساده و عملی در سه سطح تعیین شد: (۲۰٪).

- ۱- جرمی که مجازات معمول آن حبس طویل المدت و اعدام است. مثل قتل نفس یا لواط، فاجاچ مواد مخدر و ...
- ۲- جرمی که مجازات معمول آن حبس کوتاه‌مدت و شلاق است. مثل دزدی یا پخش مواد مخدر و ...
- ۳- جرمی که مجازات معمول آن جریمه نقدی است. مثل تخلفات رانندگی و ...

در این تقسیم‌بندی فرض بر این گذاشته شده بود که اگر فرد بیمار نبود، چه مجازاتی در انتظارش بوده است. سپس بنا به تشخیص نهایی روانپردازی قانونی، نوع بیماری روانی تعیین می‌شد و همزمانی آنها با اختلالات وابسته به الكل و مواد نیز مشخص می‌گشت.

طول مدت بیماری، درمان و پذیرش درمان نیز از موارد دیگری بودند که در این پرسشنامه مورد بررسی قرار می‌گرفتند.

اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه متغیرهای کیفی از تست کای دو استفاده شد و مقادیر  $p < 0.05$  بعنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد. متغیر کمی مثل طول مدت بیماری ابتدا در گروههای متعددی کدگذاری شد (فواصل ۵ سال) و ارتباط آنها با شدت و شیوع جرائم توسط آزمون کای دو مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته‌ها

از مجموع ۱۳۰ بیمار مجرم، ۱۱۷ نفر (۹۰٪) مرد و ۱۳ نفر (۱۰٪) زن بودند. حداکثر سن ۷۰ و حداقل آن ۱۴ سال بود (میانگین سنی ۳۰ سال و نما ۲۲ سال). محدوده سنی ۲۰-۳۰

## بررسی شیوع و شدت جرائم در بیماران اختلالات روانی

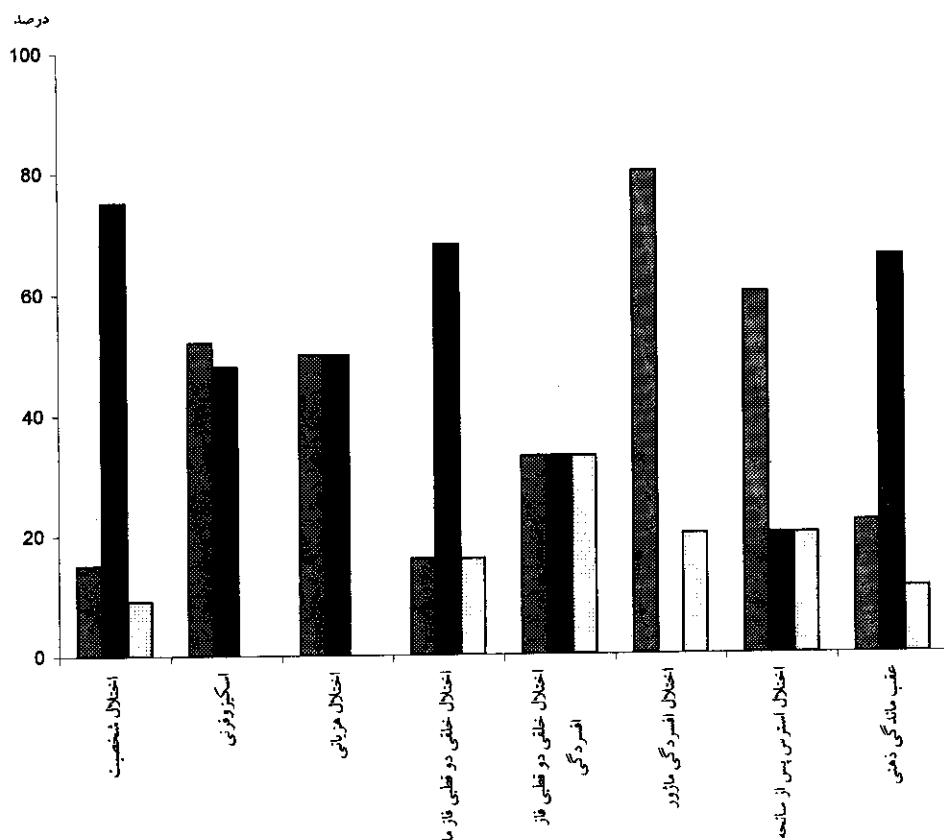
( $p=0.0001$ ). با این تفاوت که در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت و BMD جرم بیشتر بر علیه افراد غریبه و در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال هذیانی، جرم بیشتر بر علیه بستگان درجه اول اتفاق افتاده بود ( $p=0.07$ ).

ارتباط وقوع جرم با علائم سایکوتیک مثل توهمندی و هذیان نیز مورد بررسی قرار گرفت. بیماران اسکیزوفرن و اختلال هذیانی به طور معنی داری حین ارتکاب جرم افکار هذیانی داشتند ولی محتوای هذیانها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با نوع جرم ارتکابی ارتباط معنی داری نداشت در حالیکه در بیماران مبتلا به اختلالات هذیانی ارتباط محتوای هذیانها با وقوع جرم بسیار معنی دار بود ( $p=0.0001$ ).

همچنین شدت جرم فقط با نوع بیماری مرتبط بود ( $p=0.001$ ) و با هیچ کدام از فاکتورهای دیگر ارتباط معنی داری نداشت.

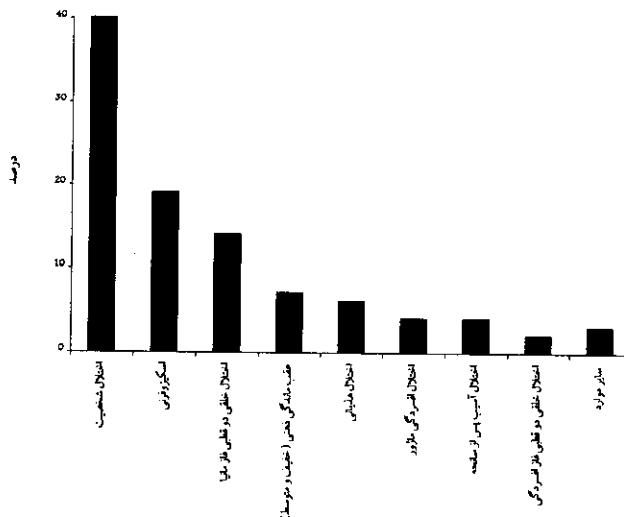
شیوع جرم با جنسیت فرد، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن و درآمد و پذیرش درمان ارتباط معنی داری را نشان داد به طوریکه وقوع جرم در مردان شایعتر از زنان بود ( $p=0.001$ )، این درحالیست که در مورد اختلال افسردگی مازور و فاز افسردگی اختلال دوقطبی تفاوتی بین دو جنس مشاهده نشد. همچنین وقوع جرم در افراد مجرد و کسانی که بدليلى درآمدشان کفاف زندگی آنها را نمی داد و سربار خانوارده بودند، بیشتر بود ( $p=0.01$ ، بیمارانیکه پذیرش درمان خوبی نداشتند، بیشتر مرتكب جرم می شدند ( $p=0.02$ ).

شیوع جرم با عواملی مثل سطح تحصیلات، نوع شغل، مصرف الکل و مواد مخدر، سابقه بیماری روانی در بستگان درجه اول، وقوع جرم در بستگان درجه یک و طول مدت بیماری ارتباط معنی داری نداشت. ۱۴۱ نفر (۷۶/۶٪) از مجرمانیکه به اختلال شخصیت، اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی و اختلال خلقی دوقطبی (BMD) مبتلا بودند، جرم بر علیه افراد را بیش از جرم علیه اموال صورت داده بودند



نمودار ۱: مقایسه شدت جرم در انواع اختلالات روانی

- جرمی که مجازات آن جبس طویل المدت یا اعدام است
- جرمی که مجازات آن جبس کوتاه مدت باشلاق است
- جرمی که مجازات آن جرمیه نقدی است



نمودار ۲: شیوع انواع اختلالات روانی در بیماران مبتلا به اختلال روانی که مرتكب جرم شده بودند

می‌شوند ولی اگر علائم شدید باشد، قتل نیز اتفاق می‌افتد.  
(۱۷).

Tiihonen و همکاران، دیگر کشی را بیش از همه با اختلال شخصیت و سپس با اسکیزوفرنی مرتبط دانسته‌اند، شاید علت این اختلال شیوع زیاد مصرف الکل باشد. در مطالعه‌ما بین بروز جرم و مصرف الکل حین ارتکاب جرم ارتباطی دیده نشد در حالیکه در مطالعه Tiihonen و همکاران (۱۵) ذکر شده بود که تمام موارد دیگر کشی توسط افراد الکلیک صورت گرفته بود که ۸۵٪ موارد با اختلال شخصیت و ۱۵٪ موارد با اسکیزوفرنی همراه بوده‌اند. در چند مطالعه دیگر نیز ارتباط بسیار قوی بین مصرف الکل و ارتکاب جرم خشونت‌بار مطرح شده است (۱۶، ۱۷). در منابع آورده شده است که ۵۰٪ بیماران روانی که دیگر کشی کرده بودند درست قبل از ارتکاب جرم مصرف زیاد الکل داشتند. علت این تفاوت می‌تواند ناشی از ۲ مسئله باشد:

یکی اینکه واقعاً اختلاف فرهنگی باعث این تفاوت شده و یا اینکه بیماران در حضور نماینده قانونی و ترس احتمالی از بدتر شدن اوضاع کیفری، موضوع را انکار کرده‌اند. شاید اگر در یک موقعیت درمانی مثل بیمار بستری در بخش این

مورد بررسی می‌شد، نتایج دیگری بدست می‌آمد.

عیناً مطالب فوق در مورد مصرف مواد مخدر مثل اوپیوم و حشیش نیز قابل ذکر است و همان منابع به ارتباط جدی بین

## بحث

در این مطالعه شیوع جرائم در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت بیش از سایر گروهها بود. پس از آن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و سپس اختلال دوقطبی فاز مانیا بیشترین جرائم را مرتكب شده بودند. در مطالعه‌ای که Hidav و همکاران انجام دادند، اختلال شخصیت بیش از همه با بروز جرم مرتبط بود (۱۸)، در مطالعه Eronen و همکاران نیز نتایج مشابهی بدست آمد (۱۹).

علیرغم اینکه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی اولین رتبه جرم‌زاوی را در بیماران مبتلا به اختلال روانی در این مطالعه به خود اختصاص می‌دهند، ولی وقتی صحبت از خشونت و جرائم خشونت‌بار به میان می‌آید، اختلالات شخصیت گرچه دومین رتبه را در کل بیماران به خود اختصاص می‌دهند، ولی در مقام مقایسه، فقط ۱۵٪ کل جرائم‌شان جرم سنگین بوده که با توجه به شیوع بالای این اختلال باعث شده بود که در کل جرائم تعداد قابل ملاحظه‌ای را به خود اختصاص دهند، این در حالیست که اختلالاتی مثل اختلال هذیانی و اختلال افسردگی مژوزر گرچه تعداد کمی از مجرمین را تشکیل می‌دادند، ولی بیش از نیمی از جرائم‌شان، جرائم خشونت‌بار بود.

در مطالعه Silva و همکاران نیز ارتباط قوی بین هذیان حسادت و خشونت عنوان شده است (۲۰). در مطالعه Kunjukrishnan و همکاران نشان داده شد که بیماران خلقی گرچه کمتر از بیماران اسکیزوفرنی جرم مرتكب

به اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی در افراد بیکار بیش از افراد شاغل بود، در حالیکه در بیماران مبتلا به اختلال هذیانی در افراد شاغل بیشتر اتفاق افتاده بود. در واقع این آمار تأیید کننده این مطلب است که بیماران مبتلا به اختلال هذیانی در عین حال که در سایر حیطه‌ها عملکرد خوبی دارند و از نظر افراد دیگر ممکنست سالم به نظر بیایند ولی می‌توانند مرتكب جرم و جنایت شوند.

علیرغم اینکه Hidav و همکاران (۴) بی‌خانمانی را عامل مهمی در بروز جرم در بیماران مبتلا به اختلال روانی ذکر کرده‌اند و در دیگر منابع نیز اشاره شده است که ۳۰٪ از زندانیان روانی قبل از دستگیری بی‌خانمان بوده‌اند، ولی در مطالعه‌ما ارتباطی بین فراوانی جرم و بی‌خانمانی در این بیماران دیده نشد و در عوض در بیمارانی که سریار خانواده بودند، فراوانی جرم بیشتر دیده شد. شاید علت این تفاوت این باشد که خانواده‌های ایرانی به دلیل وابستگی زیاد و عاطفی بودن حتی در بدترین شرایط بیمارانشان را کمتر به حال خود رها می‌کنند.

در این مطالعه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال هذیانی بطور معنی‌داری هنگام وقوع جرم تحت تأثیر هذیان بودند و آنهایی که هذیان داشتند، بیشتر جرائم شدید و متوسط مرتكب شده بودند و همینطور در تمام بیمارانی که هذیان داشتند، محتواهای هذیانها با نوع جرم ارتکابی هماهنگی داشت. این موضوع در مطالعه Silva و همکاران تأیید شده که جنبه‌های روانی - اجتماعی مهمی را در خصوص ارتباط هذیان با خشونت مطرح کرده‌اند (۸). همچنین در این مطالعه گرچه وجود توهمندی بروز جرم را در بیماران سایکوتیک افزایش می‌داد، ولی محتواهای توهمند در شدت جرم بی‌تأثیر بود.

در این مطالعه در بررسی نسبت قربانی با مجرم، در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرونی، اختلال هذیانی، اختلال دو قطبی فاز افسردگی و اختلال افسردگی مژهور به طور معنی‌داری جرم بیشتر علیه بستگان درجه یک اتفاق افتاده بود. در حالیکه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت بیشتر افراد غریب‌های را هدف قرار داده بودند.

در مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی در مورد بیماران مبتلا به اختلال هذیانی و اختلال شخصیت بدست آمد (۸، ۱۷). در متون روانشناسی جرم نیز از maternicide یا مادرکشی

صرف مواد مخدر و بروز جرم نیز اشاره کرده‌اند (۱۵، ۱۶، ۴).

در این مطالعه بیشترین جرائم در محدوده سنی ۲۱-۳۰ سال اتفاق افتاده بود که البته تفاوتی با بروز جرم در جمعیت نرمال ندارد (۲)، ولی بهر حال به نظر می‌رسد که از بیماران مبتلا به اختلالات روانی در این گروه سنی باید مراقبت بیشتری به عمل آید.

گرچه در مطالعه حاضر فراوانی جرم در مردان به طور معنی‌داری بیش از زنان بود، ولی در خصوص اختلال افسردگی مژهور و فاز افسردگی اختلال دو قطبی تفاوتی بین زن و مرد مشاهده نمی‌شود. این نشان می‌دهد که احتمالاً زنان افسرده به اندازه مردان افسرده مرتكب جرم می‌شوند.

علیرغم این مطلب، به لحاظ شدت جرم، تفاوتی بین زنان و مردان مشاهده نشد. به عبارتی مرد بودن ریسک جرائم خشونت‌بار را در بیماران مبتلا به اختلالات روانی بالا نمی‌برد. در مطالعه Eronen و همکاران (۶) نشان داده شد که در مردان اسکیزوفرنیک ۸ برابر و در زنان اسکیزوفرنیک ۶/۵ برابر ریسک دیگرکشی بیشتر از افراد عادیست، این در حالیست که در زنان مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۰/۵ برابر و در مردان ۱۰ برابر جمعیت عادی دیگرکشی دیده می‌شود.

عامل دیگر مورد بررسی، وضعیت تأهل بود. در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی بطور معنی‌داری جرم در افراد مجرد بیشتر اتفاق افتاده بود. این در حالیست که شدت جرائم ارتکابی هیچ ارتباط معنی‌داری با وضعیت تأهل بیماران نداشت. در مطالعه Glancy و همکاران (۱۰) نیز از مجرد بودن بعنوان یک فاکتور مهم در بروز رفتارهای ضد اجتماعی در بیماران اسکیزوفرنیک مرد نام بردۀ شده است. در مطالعات دیگر نیز این موضوع تأیید شده است (۷، ۹).

در این مطالعه گرچه فراوانی جرم در بیماران با سطح تحصیلات زیردیپلم بیشتر بود، ولی سطح تحصیلات ارتباطی با شدت جرائم ارتکابی نداشت. Glancy و همکاران نیز بیماران دارای تحصیلات پائین را در معرض خطر بیشتری برای ارتکاب جرم معرفی کرده‌اند (۱۰). این در حالیست که در مطالعه دیگر عوامل جمعیت شناختی را دخیل ندانسته‌اند (۴). همچنین فراوانی جرم در بیماران مبتلا

- طیف وسیعی از بیماران روانی معاف از مسئولیت کیفری نیستند و این موضوع می‌تواند حتی منجر به حکم اعدام برای آنان گردد (۱۹).

- بسیاری از بیماران ظاهر بیمار مجنون را ندارند (مثل بیماران مبتلا به اختلال هذیانی) در عین حال که کاملاً طبیعی به نظر می‌رسند می‌توانند شدیدترین جرائم را مرتکب شوند. پس بهتر است مقامات قضایی تصمیم در مورد اینگونه بیماران را به عهده روانپزشکان قانونی و صاحب‌نظران این حرفه بگذارند.

تاکنون سنت قضاوت در مورد جرائمی که با انگیزه بیماری روانی صورت گرفته است به این ترتیب بوده که قصاص برای بررسی پرونده‌های مجرمین، آنان را به دو دسته مجنون و غیرمجنون تقسیم کرده و اظهارنظر می‌کردن. متأسفانه این گونه فضایها محدودیت زیاد داشته و نتیجه قضاوت با ماهیت جرم و انتظار جامعه همخوانی نداشته است. نتیجه مطالعه ما می‌تواند آغاز راهی برای بازنگری و

بسط قوانین مناسب با پیشرفت‌های علمی باشد.

با توجه به اینکه یکی از معمولیت‌های مطالعه ما نداشتند گروه کنترل بوده توصیه می‌شود در مطالعات آینده گروه کنترل نیز در نظر گرفته شود که این گروه می‌تواند بیماران روانی غیر مجرم یا افراد سالم مجرم باشند. همچنین باید تعیین شود که گواهی پزشکی قانونی و توصیه‌های علمی از سوی متخصصین روانپزشکی قانونی در رأی نهایی دادگاه چقدر تأثیر داشته است. زیرا همانطور که در مقدمه گفته شد بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال روانی در صورتیکه هر سه عنصر جرم را داشته باشند، واجد مسئولیت کیفری هستند.

بعنوان جرم اسکیزوفرنیک نام برده شده است. که این امر احتمالاً یا به دلیل حساسیت مفرط بیماران اسکیزوفرنیک نسبت به طرد از سوی بستگان و یا بدلیل تمایلات جنسی به مادر و وابستگی توأم با خشونت نسبت به وی است (۲۰، ۲۱). بیماران مبتلا به اختلال هذیانی به دلیل اینکه در حوزه‌های غیرهذیانی عملکرد طبیعی دارند و می‌توانند برنامه‌ریزی کرده و طرح و نقشه بریزنند، زمانیکه تحت تأثیر هذیانهای حسادت و عشقی (که جزو قویترین عواطف انسانیست) قرار بگیرند، می‌توانند به خطرناکترین جانیان تبدیل شود. بنابراین:

- روانپزشکان به همان اندازه که دغدغه درمان بیمار و محافظت وی در مقابل خودکشی را دارند در قبال احتمال بروز جرم از جانب بیمارانشان نیز باید حساس باشند چون در گیریهای قانونی باعث شکست درمان و بدتر شدن وضع بیمار می‌شود و روانپزشک را درگیر تحقیقات قضایی می‌کند.

- با توجه به ارتباط بروز جرم در بیماران مبتلا به اختلالات روانی که مذکور، مجرد و سربار خانواده هستند و عدم پذیرش درمان دارند و نیز در بیماران اختلال هذیانی که بروز جرائم خشونت‌بار با محتوای هذیانی آنها بسیار مرتبط بود، می‌توان گروههای پرخطر را شناسایی کرده و حساسیت بیشتری در درمان اینها اعمال گردد.

- در بسیاری از موارد جرائم عمده زمانی توسط بیمار روانی رخ می‌دهد که از جانب اطرافیان بسیار عادی به نظر می‌رسند و تنها کسی که از افکار و نیات بیمار مطلع است درمانگر است که وظیفه او را در محافظت از بیمار و اطرافیان و جلوگیری از جرم دو چندان می‌کند. (۲۰، ۲۱).

## REFERENCES

- ۱- موسوی نسب سیدمسعود، پناهی متین علی‌اصغر. روانپزشکی قانونی. چاپ اول، اردیبهشت ۱۳۷۲؛ تهران. صفحات ۶۴ تا ۷۰.
- ۲- کی‌نیا مهدی. روان‌شناسی جنایی. چاپ اول، سال ۱۳۷۴؛ تهران. صفحات ۴۲۲ تا ۴۳۵.
- 3- Mitchell EW. Does psychiatric disorder affect the likelihood of violent offending? A critique of the major findings. *Med Sci Law* 1999; 39(1): 23-30.
- 4- Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner R. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50(1): 62-8.
- 5- Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Taking the wrong drugs: The role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 Suppl 1 : S75-80.

- 6- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(6): 497-501.
- 7- Robertson G, Pearson R. The entry of mentally disordered people to the criminal justice system. *Br J Psychiatry* 1996; 169(2): 172-80.
- 8- Silva AJ, Ferrari MM, Leong GB, Penny G. The dangerousness of persons with delusional jealousy. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998; 26(4): 607-23.
- 9- Rice ME. Violent offender research and implications for the criminal justice system. *Am Psychol* 1997; 52(4): 414-23.
- 10- Glancy GD, Regehr C. The forensic psychiatric aspects of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15(3): 575-89.
- 11- Mullen PE, Pathe M. Stalking and the pathologies of love. *Aust N Z J Psychiatry* 1994; 28(3): 469-77.
- 12- Mester R, Toren P, Gonen N. The delusion based will: the question of validity. *Med Law* 1994; 13(5-6): 555-61.
- 13- Dietz PE. Mentally disordered offenders. Pattern in the relationship between mental disorder and crime. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15(3): 539-51.
- 14- Mullen PE, Pathe M, Purcell R, Stuart GW. Study of stalkers. *Am J Psychiatry* 1999; 156(8): 1244-9.
- 15- Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry* 1994; 151(3): 436-8.
- 16- Beaudoin MN, Hodains S, Lavoie F. Homicide, schizophrenia and substance abuse or dependency. *Can J Psychiatry* 1993; 38(8): 541-6.
- 17- Kunjukrishnan R, Varan LR. Major affective disorders and forensic Psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15(3): 569-74.
- 18- Gross G, Huber G. Competence and responsibility in schizophrenia. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1994; 48 suppl: 25-32.