

بررسی شیوع و شدت جرائم در بیماران مبتلا به اختلالات روانی

دکتر سیدعبدالمجید بحرینیان*، دکتر صفا مقصودلو*، دکتر آرش قدوسی**

* 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 اظهارنظر 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 خشونت‌بار 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 ارتكابی، 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 بویژه اسکیزوفرنی و اختلال هذیانی مرتکب شده بودند. همچنین شیوع جرم در این بیماران با جنس مذکر، مجرد بودن، عدم پذیرش درمان و سربرار خانواده بودن ارتباط معنی‌داری داشت ($p=0/01$) در حالیکه با عواملی مثل سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانواده، مصرف الکل و مواد مخدر، سابقه 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 طیف وسیعی از بیماران روانی جلوگیری کرد.

واژگان کلیدی: بیماران روانی، جرم

مقدمه

علم روانپزشکی از سال ۱۸۴۳ با تبریئه مک‌ناتن، پا در گرداب 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 (۲، ۱). 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 (۲، ۱). در اینجا است که نقش روانپزشکان قانونی در تعیین و تبیین میزان صحت

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

مواد و روشها

در این تحقیق که یک تحقیق توصیفی - تحلیلی است بیماران ارجاع شده به بخش روان پزشکی 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 روان پزشکی، یک روان شناس بالینی و متخصص پزشکی قانونی به بررسی بیمار می پردازند. 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 می شد. تشخیص نهایی پس از بررسی پرونده های بیمارستانی، سوابق دارویی و گواهی های پزشکی و نهایتاً با مصاحبه ساختار یافته براساس DSM-IV گذاشته می شد. در برخی موارد نادر نیز جهت تأیید تشخیص، مجرم به کمیسیون روانپزشکی فرستاده می شد که ۳ روانپزشک به بررسی بیمار پرداخته و تشخیص قطعی را اعلام می کردند. 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 پرونده های جنایی و کیفری پس از وقوع جرم در اسرع وقت توسط دادگاه بررسی می شود، مجرمین در کوتاهترین فاصله زمانی از ارتکاب جرم مورد بررسی روانپزشکی قانونی قرار می گرفته اند و به این ترتیب بررسی آنان از دقت کافی برخوردار بود. در جریان مصاحبه با بیمار پرسشنامه ای چند قسمتی توسط دستیار روانپزشکی و یا دستیار پزشکی قانونی که آموزش لازم را دیده بود، تکمیل می گشت. پرسشنامه با توجه به مطالعات مشابه تنظیم گشته اعتبار آن تأیید شده بود. بخش اول پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک نظیر 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 سئوالاتی در مورد توهم و هذیان در حین ارتکاب جرم بود و پرسشگر (پزشک) تعیین می کرد که آیا وقوع جرم با علائم

را بررسی کرده اند (۳-۵، ۸-۱۰) و برخی دیگر به بررسی انواع تخلفات روانی پرداخته اند (۱۱-۱۵). Tiuhonen و همکاران معتقدند بیمار روانی ممکن است به دنبال علائم سایکوتیک مثل توهم و هذیان به صورت رفتار تکانشی مرتکب جرم شود، یا اینکه همچون بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، جرم را در موقعیت های غیر دلخواه انجام دهد. همچنین گاهی اوقات اختلال روانی به دنبال جرم ایجاد می شود مثل اختلالات تجزیه. ممکن است فردی اختلال روانی داشته باشد ولی با جرم او ارتباطی نداشته باشد. در کشورهایی که وقوع جرم پایین است، عمده جرائم توسط بیماران روانی صورت می گیرد (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 (۴، ۵، ۱۵، ۱۶).

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

با توجه به اصول حقوقی جرم شناسی 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 می تواند بسیاری از جرائم عمد را تبدیل به شبه عمد یا غیر عمد کند و عنصر مادی جرم همان عمل ارادی مجرمانه است که در اصطلاح به آن Actus Reus می گویند (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 جرم زائی نیز در این بیماران بررسی می شود. به عبارت دیگر در نظر داریم که گروه های پرخطر را تعیین کرده و راهکارهای پیشگیرانه را پیش بینی کنیم. بر اساس اطلاعات موجود در ایران تاکنون مطالعه ای در این زمینه نشده است و این مطالعه اولین کاری است که در نوع خود در ایران انجام می گیرد و یافته های آن می تواند گامی مؤثر در توسعه دانش جرم شناسی در حیطه روانپزشکی باشد.

سایکوتیک بیمار هماهنگی داشته است یا خیر؟ (مثلاً کشیدن چک بی محل با اختلال هذیانی از نوع حسادت ناهماهنگ است)، سپس تعیین می شد که جرم علیه اموال اتفاق افتاده یا علیه افراد و اگر جرم علیه افراد اتفاق افتاده بود، نسبت قربانی با بیمار نیز تعیین می شد. اینکه جرم با قصد قبلی و برنامه ریزی شده بود نیز تعیین می شد.

نوع جرم ارتكابی 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 تقسیم بندی نسبتاً ساده و عملی در سه سطح تعیین شد: (۲، ۱).

۱- جرمی که مجازات معمول آن حبس طویل المدت و اعدام است. مثل قتل نفس یا لواط، قاجاق مواد مخدر و ...
۲- جرمی که مجازات معمول آن حبس کوتاه مدت 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 تقسیم بندی فرض بر این گذاشته شده بود که اگر فرد بیمار نبود، چه مجازاتی در انتظارش بوده است. سپس بنا به تشخیص نهایی روانپزشکی قانونی، نوع بیماری روانی تعیین می شد و همزمانی آنها با اختلالات وابسته به الکل و مواد نیز مشخص می گشت.

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

اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار 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 معنی دار در نظر گرفته شد. متغیر کمی مثل طول مدت بیماری ابتدا در گروه های متعددی کدگذاری شد (فواصل ۵ سال) و ارتباط آنها با شدت و شیوع جرائم توسط آزمون کای دو مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

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

سال بیشترین فراوانی بروز جرائم را داشت. ۷۵ نفر (۵۷/۷٪) آنان متأهل، ۴۰ نفر (۳۰/۸٪) مجرد و ۱۵ نفر (۱۱/۵٪) مطلقه و بیوه بودند. از نظر سطح تحصیلات ۶۰ نفر (۴۶/۲٪) در حد ابتدایی، ۶۳ نفر (۴۸/۵٪) سیکل تا دیپلم و ۷ نفر (۵/۴٪) تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. ۵۷ نفر (۴۳/۸٪) از آنان شاغل، ۶۸ نفر (۵۲/۸٪) بیکار و ۵ نفر (۳/۸٪) را سایر موارد از قبیل سربازی تشکیل می داد.

۶ نفر از مجرمان (۴/۶٪) بی خانمان، ۷۳ نفر (۵۶/۲٪) سربار خانواده، ۲۵ نفر (۱۹/۲٪) مستأجر، ۲۳ نفر (۱۷/۷٪) مالک و ۳ نفر (۲/۳٪) نیز مقیم مراکز نگهداری بودند.

در خصوص مصرف الکل فقط ۷ نفر (۵/۴٪) بیماران در حین ارتكاب جرم الکل مصرف کرده بودند. در مورد مصرف مواد مخدر که عمدتاً تریاک و حشیش را شامل می شد فقط ۹ نفر (۶/۹٪) حین ارتكاب جرم تحت تأثیر مواد بودند. ۷۸ نفر (۶۰٪) مصرف سیگار را در مقادیر بالا ذکر می کردند.

۲۴ نفر (۱۸/۵٪) از مجرمین در حین ارتكاب جرم تفکر هذیانی داشتند. در مورد توهم نیز فقط ۷ نفر (۵/۴٪) انواع مختلف توهم به خصوص توهمات شنوایی داشتند. شیوع انواع اختلالات روانی در بین بیماران مجرم و مقایسه شدت جرم در گروه های 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 (۲۳/۵٪)، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت (۲۰٪)، اختلالات هذیانی (۱۰٪)، فاز مانیک (۷/۵٪) و سندرم استرس پس از سانحه (۵٪) بود.

بیشترین جرائم با شدت متوسط که مجازات معمول آن حبس کوتاه مدت یا شلاق بود مربوط به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت (۵۰٪)، بیماران فاز مانیک (۱۶/۷٪)، بیماران اسکیزوفرن (۱۵/۴٪) و اختلال هذیانی (۵/۱٪) بود. همچنین بیشترین جرائم خفیف را که مجازات معمول آن جریمه نقدی بود مربوط به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت (۴۱/۷٪)، بیماران فاز مانیک و اختلال خلقی دو قطبی (۲۵٪)، بیماران عقب مانده ذهنی (۸/۳٪)، سندرم استرس پس از سانحه (۸/۳٪) و اختلال افسردگی ماژور (۸/۳٪) بود.

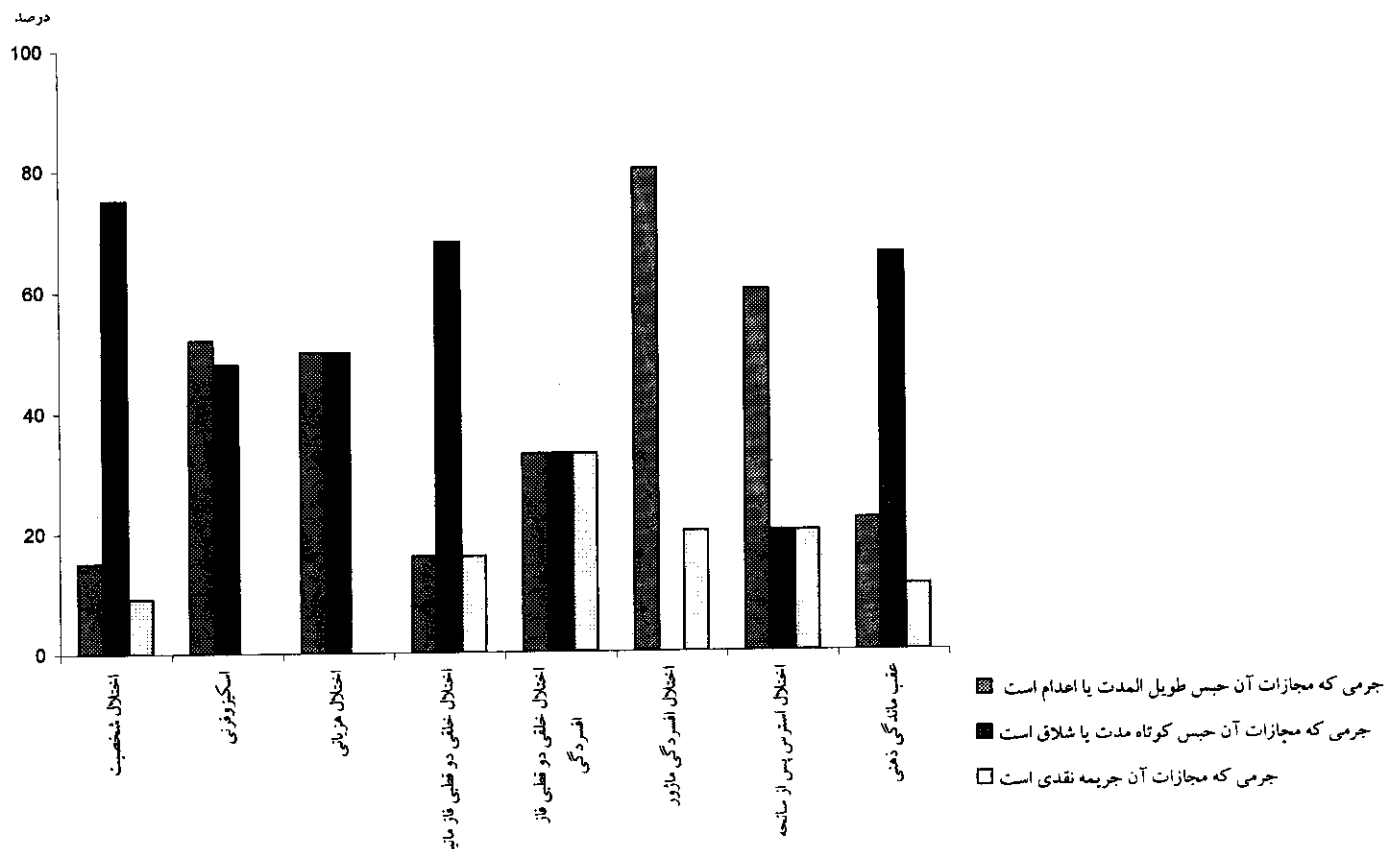
($p=0/001$). با این تفاوت که در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت و BMD جرم بیشتر بر علیه افراد غریبه و در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال هذیانی، جرم بیشتر بر علیه بستگان درجه اول اتفاق افتاده بود ($p=0/007$).

ارتباط وقوع جرم با علائم سایکوتیک مثل توهم و هذیان نیز مورد بررسی قرار گرفت. بیماران اسکیزوفرنی و اختلال هذیانی به طور معنی داری حین ارتکاب جرم افکار هذیانی داشتند ولی محتوای هذیانها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با نوع جرم ارتكابی ارتباط معنی داری نداشت در حالیکه در بیماران مبتلا به اختلالات هذیانی ارتباط محتوای هذیانها با وقوع جرم بسیار معنی دار بود ($p=0/001$).

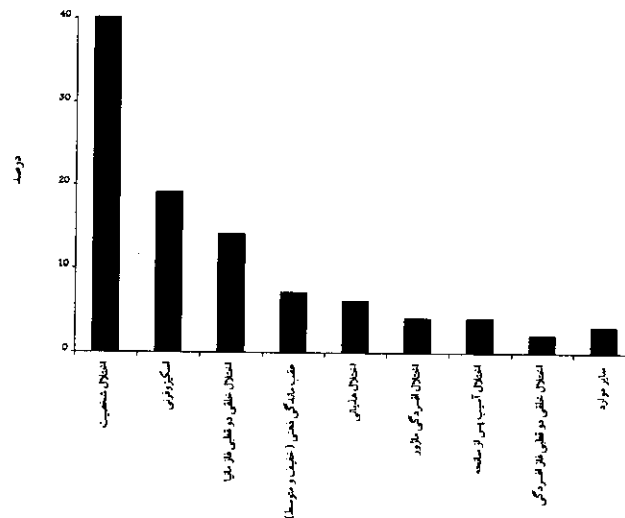
همچنین شدت جرم فقط با نوع بیماری مرتبط بود ($p=0/001$) و با هیچ کدام از فاکتورهای دیگر ارتباط معنی داری نداشت.

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 بدیلی درآمدها کفاف زندگی آنها را نمی داد و سربار خانواده بودند، بیشتر بود ($p=0/01$)، بیمارانی که پذیرش درمان خوبی نداشتند، بیشتر مرتکب 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



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

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 مرتکب شده بودند. در مطالعه‌ای که Hidav و همکاران انجام دادند، اختلال شخصیت بیش از همه با بروز جرم مرتبط بود (۴)، در مطالعه Eronen و همکاران نیز نتایج مشابهی بدست آمد (۶).

علیرغم اینکه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی اولین رتبه جرم‌زایی 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 ماژور 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 (۸). در مطالعه Kunjukrishnan و همکاران نشان داده شد که بیماران خلقی گرچه کمتر از بیماران اسکیزوفرنی جرم مرتکب

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

Tiihonen و همکاران، دیگرکشی 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 دیگرکشی 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، ۶، ۴). در منابع آورده شده است که ۵۰٪ بیماران روانی که دیگرکشی 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

به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی 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 تأییدکننده 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 مرتکب 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 مطالعه ما ارتباطی بین فراوانی جرم و بی‌خانمانی در این بیماران دیده نشد و در عوض در بیمارانی که سرپار 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 مرتکب شده بودند و همینطور در تمام بیمارانی که هذیان داشتند، محتوای هذیانها با نوع جرم ارتكابی 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 توهم احتمال بروز جرم را در بیماران سایکوتیک افزایش می‌داد، ولی محتوای توهمات در شدت جرم بی‌تأثیر بود.

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

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

مصرف مواد مخدر و بروز جرم نیز اشاره کرده‌اند (۱۶، ۱۵، ۴، ۶).

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 مازور و فاز افسردگی اختلال دوقطبی تفاوتی بین زن و مرد مشاهده نمی‌شود. این نشان می‌دهد که احتمالاً زنان افسرده به اندازه مردان افسرده مرتکب 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 ۵۰ 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 دوقطبی بطور معنی‌داری جرم در افراد مجرد بیشتر اتفاق افتاده بود. این در حالیست که شدت جرائم ارتكابی 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 برده شده است. در مطالعات دیگر نیز این موضوع تأیید شده است (۹، ۷).

در این مطالعه گرچه فراوانی جرم در بیماران با سطح تحصیلات زیردیپلم بیشتر بود، ولی سطح تحصیلات ارتباطی با شدت جرائم ارتكابی نداشت. Glancy و همکاران نیز بیماران دارای تحصیلات پائین را در معرض خطر بیشتری برای ارتكاب 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 قضات برای بررسی پرونده‌های مجرمین، آنان را به دو دسته مجنون و غیرمجنون تقسیم کرده و اظهارنظر می‌کردند. متأسفانه این گونه قضاوتها 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 محدودیت‌های مطالعه ما نداشتن 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 خشنونت نسبت به وی است (۲۱). بیماران مبتلا به اختلال هذیانی به دلیل اینکه در حوزه‌های غیرهذیانی عملکرد طبیعی دارند و می‌توانند برنامه‌ریزی کرده و طرح و نقشه بریزند، 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 درگیرهای 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 مذکر، مجرد و سربار خانواده هستند و عدم پذیرش درمان دارند و نیز در بیماران اختلال هذیانی که بروز جرائم خشنونت‌بار 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 نیت بیمار مطلع است درمانگر است که وظیفه او را در محافظت از بیمار و اطرافیان و جلوگیری از جرم دو چندان می‌کند. (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. Psychiatri 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 Suppl1 : 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.