

اسکیزوفرنی و مسؤولیت کیفری ناشی از آن از دیدگاه قانونگذار ایران

محمود عباسی

علیرضا خسروی^۱

چکیده

اسکیزوفرنی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های روانی است که در آن افکار، احساسات و ادراک بیمار به صورت ناموزون دستخوش تغییر و انحراف شده و در نهایت اختلال عملکرد فرد را سبب می‌شود. مهم‌ترین مشخصه این بیماری میل شدید بیمار، به جدایی از دیگران و حالت انزوا و گوشه نشینی و در خود فرو رفتن است. بیمار از دنیای خارج بیزار و از آن می‌گریزد و به درون خویش پناه می‌برد. به‌طور استثنایی بزهدکار می‌شود؛ زیرا دستخوش تخیلات خویش است و از این رهگذر ممکن است وارد ماجراهای جنایی گردد (کی‌نیا، ۱۳۸۶ش، ص ۵۳۲). این افراد به دلایل متعددی از جمله: ۱. وجود توهم و هذیان به علت دچار بودن به نوعی روان پریشی یا ضایعات مغزی یا سوء مصرف مواد، ۲. ابتلا به اختلالاتی که سبب بروز رفتارهای تکانه‌ای یا جبری در فرد شده، ۳. وجود اختلالات شخصیتی ۴. وجود حالات تحریک‌پذیری، پایین بودن آستانه تحمل و سایر علایم نوروتیک مرتکب جرم می‌شوند (صابری، ۱۳۸۴ش، ص ۵۵) که تحت شرایط خاصی فاقد مسؤولیت کیفری بوده و در موارد دیگر دارای مسؤولیت هستند که به تفصیل در این مقاله به آنها اشاره شده است.

واژگان کلیدی

اسکیزوفرنیا، مسؤولیت کیفری، اختلالات روانی، کیفیات مخففه، توهم، هذیان.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسؤل)

Email: khosravi135132@yahoo.com

اسکیزوفرنی و مسؤولیت کیفری ناشی از آن از دیدگاه قانونگذار ایران

بر اساس سیستم طبقه‌بندی DSM-IV-TR، که یکی از معتبرترین و جدیدترین سیستم‌های طبقه‌بندی بیماری‌های روانی است، یکی از انواع بیماری‌های روانی، بیماری اسکیزوفرنی است. با توجه به میزان شیوع اسکیزوفرنی که بین ۱٪ تا ۷٪ در نقاط گوناگون جهان برآورد شده است بر حسب یک تخمین محافظه کارانه حداقل ۲۵۰ هزار نفر در کشور ما مبتلا به اسکیزوفرنی که یکی از اختلالات حاد روانی است می‌باشند. در ایالات متحده آمریکا نیز حدود سه میلیون نفر به این بیماری مبتلا هستند و همچنین حدود ۷۵٪ زندانیان ما را مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی تشکیل می‌دهند (بشیریه/۲۷).

اختلالاتی که امروزه با عنوان "اسکیزوفرنیا" یا "شیزوفرنی" شناخته می‌شوند، در گذشته با عنوان کلی "جنون" یا "دیوانگی" از آنها نام برده می‌شد. از زمان‌های قدیم سوءبرداشت‌هایی از این اختلال وجود داشته است که در حال حاضر هم در برخی فرهنگ‌های بدوی این طرز تلقی وجود دارد. در ازمنه گذشته، ابتلا به این اختلال، ننگ و عار شمرده می‌شد. در آن ایام بروز این اختلالات را به علت نفوذ قدرت‌های ماورای قدرت انسانی و عوامل طبیعی مانند خورشید، ماه، و رعد و برق در بدن، (میلانی فر، ۱۳۷۰ش، صص ۱ و ۲۳) یا در مصر باستان و اروپای قرون وسطی، آن را ناشی از حلول شیطان یا تسخیر جسم از سوی ارواح خبیثه می‌دانستند (Millon, T.; Blaney, 1999, pp: 277-311).

بر مبنای این تصورات، عقیده بر این بود که بیماری‌های مذکور باید با نیروهای ماوراءالطبیعه و وساطت افراد مقدس نزد خداوند، بهبود یابند و این شفاعت موقعی اتفاق می‌افتد که بیمار در خواب باشد (همان). در فرهنگ‌های بدوی تحت تأثیر این تصور که جسم بیمار از سوی شیطان یا ارواح خبیثه تسخیر شده است، با آنان

به مانند جادوگران و ساحران و به شیوه‌ای بسیار خشن، ظالمانه و توأم با بی‌رحمی رفتار می‌شده است. به طوری که از اواسط سال ۱۴۰۰ تا ۱۶۰۰ میلادی آنان را می‌سوزاندند و اگر بستری می‌شدند، آنها را به غل و زنجیر می‌کشیدند. غذای مناسبی به آنها نمی‌دادند و خون‌گیری (حجامت و فصد) و دادن مسهل از جمله درمان‌های شکنجه‌مانندی بود که درباره آنها اجرا می‌شد. آنهایی هم که بستری نمی‌شدند، در اطراف شهرها آواره و سرگردان بودند، تحقیر می‌شدند و مورد آزار و شکنجه قرار می‌گرفتند (قائم مقام فراهانی، خدابخشی کولایی، براتی سده، ۱۳۸۵ش، ص ۱۶).

این شرایط دیری نپایید و از اواخر قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹ و با شروع درمان‌های اخلاقی و انسانی، وضعیت بهبود یافت. پرچمداران این نهضت فیلیپ پینل (Phillipe Pinel)، ویلیام توک (William Tuke)، ونسنزو کیاروگی (Vencenzo Chiarugi) و بنیامین راش (Benjamin Rush) به ترتیب از کشورهای فرانسه، انگلیس، ایتالیا و آمریکا بودند (همان، صص ۱۵ و ۱۶).

در این مقاله: در بخش اول، مفهوم‌شناسی موضوعی مطرح، در بخش دوم، علایم و نشانه‌های اسکیزوفرنی طی چهار گفتار مطرح شده، در بخش سوم، به پنج نوع از مهم‌ترین انواع بیماری اسکیزوفرنی اشاره گردیده، در بخش چهارم، طی دو گفتار، علایم مثبت و منفی و همچنین سیر و پیش‌آگاهی این بیماری، بررسی شده و در بخش پنجم به موارد درمان، نشانه‌های بازگشت و شیوه‌های مواجهه با این بیماری اشاره شده است و النهایه در بخش ششم مسئولیت کیفری آنها در قوانین موضوعه ایران مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است.

بخش اول - مفهوم شناسی موضوعی

۱. معنای لغوی اسکیزوفرنی

اختلالاتی که امروزه آنها را با نام "اسکیزوفرنی" می‌شناسیم، نخستین بار از سوی بندیک مورل (Bendict Morel)، با عنوان دمانس پره کوک^۱ یا زوال عقل پیش‌رس شرح داده شدند. امیل کریپلین (Emil Kraepelin) این واژه تشخیصی را به دمانس پرکاکس^۲ تغییر داد (Sadock, B.g.; Sadock, V.a.; 2003. P: 69). کریپلین با دید وسیعی که داشت به خوبی دریافت که لازم است معلوم شود که این سندرم در ممالک شرقی هم وجود دارد یا نه؟ پس به مسافرت‌های متعددی دست زد و تا جاوه سفر کرد، مواردی از اختلال را یافت و گزارش داد که این اختلال در فرهنگ‌های متفاوت هم یافت می‌شود (Leff, J. 1981. P: 23 - 41).

یوجین بلوئر (Eugen Bleuier) در سال ۱۹۱۱ برای نخستین بار واژه اسکیزوفرنیا را که به معنی تجزیه و انفکاک مغز است، به کار برد. پس از آن هکر (Hecker)، این اختلال را در بین جوانان با نام "هبه فرنی"^۳ یا جنون جوانی شرح داد و کالبوم (Kahlbaum) نوع کاتاتونی^۴ بیماری را توصیف کرد (همان).

در زمان‌های گذشته، با توجه به تعریفی که از زوال عقل پیش‌رس ارائه شده بود و سن شروع بیماری که در اکثر مواقع در سنین جوانی بود، این اختلال را عمدتاً جنون جوانی می‌نامیدند. در منابع فارسی هم این واژه رایج بوده؛ به طوری که در برخی از آنها، از این اختلال با عنوان "جنون جوانی" یا "جنون مستمر" یاد شده است (میرسپاسی، نظام و بیگدلی، ۱۳۴۴ش، ص ۲۱ به بعد). با پیشرفت روانپزشکی و ارائه طبقه‌بندی بیماری‌ها، در سطح جهان و به تبع آن در ایران، کاربرد این واژه در متون پزشکی منسوخ گردید. اما در متون حقوقی، کاربرد واژه‌های "جنون" و "مجنون" همچنان وجود دارد.

۲. تعریف اسکیزوفرنی

در بین تمام اختلالات روان‌پزشکی تعریف و توصیف اسکیزوفرنی از همه مشکل‌تر و پیچیده‌تر است. علت عمده این مشکل این است که در طول صد سال گذشته، مفاهیم بسیار دور از ذهنی از اسکیزوفرنیا در ممالک مختلف و از سوی روان‌پزشکان متفاوت بیان شده است (پورافکاری، ص ۱۳۴۰). با این حال در فرهنگ لغات و اصطلاحات چهار زبانه روان‌پزشکی، ضمن اشاره به علایم و ناشناخته ماندن علل بیماری آمده است که: اسکیزوفرنیا یا (روان گسیختگی) نوعی روان‌گسیختگی (پسیکوز) است که با علایمی مانند اختلال فکر، خلق و عواطف و رفتار مشخص می‌شود (بهرامی و معنوی، ۱۳۷۰ش، صص ۳۲۶ و ۳۲۷).

واژه اسکیزوفرنی یا جنون جوانی از مصطلحات بلوئر روان‌پزشک معروف است و از ترکیب دو کلمه "اسکیزو" به معنی شکافتن، تجزیه، تفکیک و از دست دادن وحدت و "فرن یا فرنوس" به معنای ذهن یا فکر به وجود آمده است (کی‌نیا، ۱۳۸۰ش، ص ۲۶۱). اسکیزوفرنی یا روان‌گسیختگی یا جنون جوانی یکی از بیماری‌های عمده روانی است که در آن افکار، احساسات و ادراک بیمار به صورت ناموزون دستخوش تغییر و انحراف شده و نهایتاً اختلال عملکرد فرد را سبب می‌شود.

مشخصه مهم این بیماری میل شدید بیمار به جدایی از دیگران و حالت انزوا و گوشه‌نشینی و در خود فرو رفتن است. بیمار از دنیای خارج بیزار و از آن می‌گریزد و به درون خویش پناه می‌برد. از محیط خانوادگی خود نیز بیزار می‌جوید، از اشتغالات حرفه‌ای هم رو برمی‌تابد، با زندگی روزمره میانه‌ای ندارد. نیروی ادراک بیمار ضعیف می‌شود، اندک اختلالی در اعمال دماغی او راه می‌یابد که غالباً آشکار نیست، اما در هر حال فرار بیمار از تماس اجتماعی، خشکی عاطفی

– روانی، فقدان نرمش، آسیب‌پذیری، بی‌تفاوتی متناوب با پرخاشگری، فقدان رابطه عاطفی با دیگران از آثار این بیماری است. بیمار دچار دوگانگی عواطف است، دستخوش رؤیای مرضی است، ممکن است بزهکار شود؛ زیرا دستخوش تخیلات خویش است و از این رهگذر ممکن است وارد ماجراهای جنایی گردد (همان، ص ۵۳۲).

مطالعاتی که به وسیله سازمان بهداشت جهانی روی اسکیزوفرنی صورت گرفته است، نشان داده که مفهوم اسکیزوفرنی در تمام کشورها و فرهنگ‌ها مفهومی جهانی است. بروز و شیوع این بیماری برای گروه ۱۵ سال و بالاتر، از ۳/۰ تا ۲/۱ در هر هزار نفر گزارش شده است. حداکثر بروز در مردان بین ۱۰-۲۵ سالگی و در زنان بین ۲۵-۳۵ سالگی است. شروع بیماری اسکیزوفرنی قبل از ۱۰ سالگی و پس از ۶۰ سالگی نادر است. زمان اولین بستری اکثر این بیماران غالباً در سن ۲۵ سالگی است (Sadock, B.g.; Sadock, V.a. 2003, P: 73). اقدام به خودکشی در ۵۰ درصد بیماران دیده می‌شود. ۱۰ درصد این اقدام‌ها به مرگ منجر می‌گردد. به عبارت ساده‌تر در نیمی از جمعیت بیماران می‌توان سابقه خودکشی را یافت. مبتلایان به این بیماری بسیارند و تقریباً در تمام فرهنگ‌های مختلف بشری نیز یافت می‌شوند. میزان شیوع آن حدود یک درصد جمعیت است. به علت وخامت و مزمن شدن این بیماری و طول درمان آن، تقریباً ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی به آن اختصاص داده شده است. درصد ابتلای زن و مرد به این بیماری، مساوی است ولی افراد مجرد تقریباً دو برابر اشخاص متأهل، گرفتار این نابهنجاری می‌شوند (شاملو، ۱۳۸۳ش، ص ۱۹۵).

۳. علل ابتلا به اسکیزوفرنی

بیماری اسکیزوفرنیا یکی از جالب‌ترین و در عین حال پیچیده‌ترین نوع بیماری‌های روانی است. با آنکه دانشمندان مختلف در مراکز متعدد پژوهشی دنیا سال‌ها در مورد این اختلال، تحقیقات دامنه‌دار و گسترده‌ای کرده و اطلاعات بسیار زیادی جمع‌آوری نموده‌اند، اما هنوز ماهیت واقعی و علل ایجادکننده و حتی انواع و علایم آن مورد بحث بوده و کلاً روشن نیست.

نظریات متنوع و گوناگونی درباره علت مبتلا شدن افراد به بیماری اسکیزوفرنی مطرح شده است. به‌طور کلی دو گروه فرضیه مهم در این زمینه وجود دارد. در گروه اول علت اصلی بیماری را عوامل ارثی، ژنتیک و سیستم عصبی مختل می‌دانند. دانشمندان گروه دوم بر این عقیده‌اند که شیوه‌های فرزندپروری و تربیت کودک، مسائل اجتماعی و خانوادگی، رویدادها و حوادث فشارآور روانی، چگونگی ارتباط بین فردی و مسائل محیطی و... در بروز بیماری موثرند. ما در اینجا وارد بحث‌های علمی و کشمکش‌های نظری نخواهیم شد. فقط باید خاطرنشان کنیم درباره ارثی بودن بیماری تحقیقات نشان داده است که اگر یکی از والدین مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی باشد، خطر ابتلا برای فرزندان $4/16$ درصد بوده و اگر هر دوی والدین مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی باشند، $9/33$ درصد احتمال دارد که فرزندان مبتلا به بیماری داشته باشند. به عبارت ساده‌تر قربات (نزدیک بودن) ژنتیکی به بیمار، خطر ابتلا را افزایش می‌دهد. به همین علت متخصصان هرگز ازدواج و بچه‌دار شدن بیماران اسکیزوفرنی را در بهبود آنها موثر ندانسته، بلکه معتقدند که این امر مشکلات بیماران را مضاعف خواهد کرد. به خصوص اگر بدون برنامه و بدون مشورت با روانپزشک یا روانشناس بالینی باشد.

۴. مسؤولیت کیفری

مسؤولیت و مسؤول از واژه سأل و سؤال مشتق شده است. سأل به معنی درخواست کردن و چیزی را خواستن و سؤال یعنی پرسش و طرف خطاب قرار دادن در مورد چیزی می‌باشد (معطوف، ۱۳۸۲، ص ۶۸۹ و دهخدا، ص ۹).

در اصطلاح مسؤولیت ارتکاب جرمی از جرایم مصرح در قانون که شخص مسؤول به یکی از مجازات‌های مصرح در قانون خواهد رسید (لنگرودی، ص ۶۴۲-۶۴۳) پل ارتباطی بین جرم و مجازات که مجرم با عبور از این پل به عنوان «مسؤول» شناخته می‌شود (نوربها، ص ۶۱) و انسان در حال اختیار و درک معانی و نتایج آن متحمل افعال حرام گردد، (عوده، ص ۱۳۳-۱۳۲) به کار رفته است.

از دیدگاه اجتماعی مسؤولیت کیفری به دلیل سرزنش عمومی است و این سرزنش عمومی به میزان توقع جامعه از انسان‌ها بستگی دارد به طوری که هرچه میزان توقع اجتماع از افراد بیشتر باشد بار تکلیف شدیدتر است و به طور کلی این سرزنش بستگی دارد به اینکه چگونه و در چه وضعی از انسان‌ها صادر می‌گردد. در حقوق جزا قصد مجرمانه را می‌توان خواستن قطعی و منجز به انجام عمل و یا ترک عملی دانست که قانون آن را نهی کرده است. البته، در اینجا خواستن و یا اراده باید در شرایط متعارف یک انسان عاقل، مختار و واجد رشد جسمی و روانی مطرح گردد، زیرا زوال عقل و اختیار و یا عدم رشد موجب می‌شود که تمایل یا اراده بر ارتکاب جرم مخدوش گردیده و مسؤولیت کیفری مجرم غالباً از میان برود و یا به مسؤولیت جزایی تخفیف یافته تبدیل شود.

بزهکاران روان‌پریش و یا مبتلا به نقایص عقلی شامل مجرمینی هستند که به واسطه نقص استدلال و منطق، از درک اینکه اعمال مجرمانه آنها خلاف است، عاجزند. این گروه شامل افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و نقص عقلی و کسانی که

دچار آسیب مغزی شده‌اند و همچنین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است. جرایم این گروه، ظاهراً بی‌معنا و عجیب هستند و شامل ارتکاب به انواع گوناگونی از جرایم ساده، زد و خورد، آتش‌افروزی، عورت‌نمایی و تجاوز جنسی و قتل عمد است (معظمی، ۱۳۸۸، ص ۱۷).

در نهایت، برای فعلیت یافتن مسئولیت کیفری دو پایه لازم است: یکی پایه اسناد معنوی که بیانگر حالات شاخص است و دیگری پایه موضوعی یا اسناد مادی که مبین رابطه سببیت میان فاعل دارای اهلیت کیفری و عمل ناقض قانون (در جرایم مطلق) و نتایج آن (در جرایم مقید) است (بشیری، ۱۳۸۵، ص ۷۴).

مجرمین فاقد مسئولیت کیفری، نمی‌توانند موضوع مجازات کیفری قرار گیرند، ولی دادگاه می‌تواند، درباره اقدامات لازم جهت بازپروری و حفظ امنیت جامعه تصمیم‌گیری کند. این چنین اقداماتی صرفاً پیشگیرانه است. این تدابیر می‌تواند آموزشی (نظیر به‌کارگیری در مؤسسات آموزشی ویژه)، درمانی (نگهداری در آسایشگاه‌های روانی و یا در مراکز ترک اعتیاد) و یا حمایتی (ممنوعیت نسبت به برخی مشاغل) باشند. درحالی‌که این اقدامات توسط دادگاه تحت عنوان مجازات‌های تکمیلی برای مجرمین دارای مسئولیت کیفری اتخاذ می‌شود، برای مجرمین فاقد مسئولیت کیفری، به عنوان مجازات اصلی خواهد بود. مدت دوره نگهداری در بیمارستان بیماران روانی از پیش تعیین نمی‌شود. این اقدامات، حسب صلاحدید دادگاه، براساس روند بهبودی بیمار، در هر زمانی قابل خاتمه است. پس از خروج از بیمارستان بیماران روانی نیز، لازم است فرد مرخص شده، تحت نظام مراقبتی قرار گرفته و برخی الزامات و تعهدات بر او تحمیل گردد.

۵. جنون و اختلالات روانی

جنون در لغت به معنی در آمدن شب، پوشیدن و پنهان شدن، شیوایی، شیفتگی و بالاخره دیوانگی است (نوربها، ۱۳۸۴، ص ۳۰۲) و در اصطلاح کسی را که بر اثر آشفتگی روحی و روانی عقلش پوشیده مانده و قوه درک و شعور را از دست داده است، مجنون می‌نامند (اردبیلی، ۱۳۸۶، ص ۷۹).

برخی فقها در تعریف جنون گفته‌اند: جنون فساد عقل است و تباه شدن و اختلال آن (صفایی و قاسم‌زاده، ۱۳۸۵، ص ۲۵۰).

در واژگان فقهی جنون و عقل در مقابل هم به کار رفته است. عقل مهم‌ترین رکن مسؤلیت است و در فرهنگ لغات در معانی مختلف از جمله فهمیدن، دریافت کردن، هوش، شعور ذاتی و خرد آمده است. بنابراین، جنون باید به ناهمی، کم‌هوشی و نابخردی معنی شود (اردبیلی، ۱۳۸۶، ص ۷۹).

از دیدگاه روانپزشکی، جنون در زمره اختلالات روانی مورد مطالعه قرار می‌گیرد، اختلالات روانی نوعی بیماری با علائم روانی و رفتاری همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از اختلال زیست‌شناختی، اجتماعی، روانشناسی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است و مشتمل بر طیف وسیعی از حالاتی است که با الگوهای از علائم و نشانه‌های غیرطبیعی رفتاری و روانشناختی که به سوء عملکرد می‌انجامد مشخص می‌گردد و طبقه‌بندی خاص خود را دارد (ذوالفقاری و دیگران، ۱۳۸۶، ص ۳۵۷). چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) اختلال‌های روانی را این‌گونه تعریف کرده است:

هریک از اختلالات روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی تصور می‌شود که در فرد روی می‌دهد و با ناراحتی فعلی (یعنی: علامتی دردناک) یا ناتوانی (یعنی: تخریب در یک یا چند زمینه مهم عملکرد) یا افزایش قابل ملاحظه

خطر مرگ، درد، ناتوانی یا از دست دادن قابل ملاحظه آزادی همراه است (موسوی نسب و پناهی متین، ۱۳۷۲، ص ۱۱).

منظور از جنون در قانون مجازات اسلامی، وجود برخی اختلالات شدید روانی است که مجرم در زمان ارتکاب جرم، اراده کامل به اعمال خود نداشته و از نتایج آن نیز بی اطلاع بوده باشد (اسلامی تبار، ۱۳۸۲، ص ۳۶). از جمله موارد جنون می توان به اسکیزوفرنی یا جنون اطباقی و اختلال دوقطبی یا جنون ادواری اشاره کرد. اما تحقیقات متعدد نشان داده که در برخی از مجرمان انواع دیگری از اختلالات روان نیز دیده می شود که می توان به انواع اختلالات شخصیت، افسردگی، اختلال دوقطبی، رفتارهای تکانه‌ای، اختلال در کنترل خشم و هیجان، سادیسم جنسی و... اشاره کرد (فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۲۰).

شایع ترین نوع بیماری روانی که در حد جنون باشد، معمولاً تحت عنوان اسکیزوفرنی نام برده می شود (گودرزی، ۱۳۷۰، ص ۷۲). این بیماری جزو بیماری های گروه سایکوزها و روان پریشی هاست و دارای گونه های زیر است:

۱. نوع پارانوئید ۲. نوع کاتونیک ۳. نوع آشفته یا هبه فرنیک ۴. نوع باقی مانده ۵. نوع نامتمایز (گودرزی و کیانی، ۱۳۸۶، ص ۳۲۳).

امروزه از منظر علم روانپزشکی اختلالات روانی طیف وسیعی تشکیل می دهند که جنون یکی از مصادیق آن است.

شایع ترین نوع اسکیزوفرنی در جامعه و همچنین مسأله سازترین آن اسکیزوفرنی نوع پارانوئید است. این گروه معمولاً به دلیل سوءظنی و بد بینی که در ساختار ذهنی آنها وجود دارد، همواره در محیط کار و خانواده و اجتماع درگیری ایجاد می کنند و موجب اختلال نظم اجتماعی و آسایش دیگران می شوند. ولی انواع

دیگر مانند کاتاتونیک ممکن است که آسیب اجتماعی چندانی به بار نیاورند (گودرزی، ۱۳۷۰، ص ۷۲۱).

افرادی که مبتلا به جنون جوانی هستند، در اصطلاح علم روانشناسی مبتلا به اختلالات شخصیتی به نام اسکیزوفرنی هستند.

این افراد خود را غریبه و تنها احساس می کنند و در مقایسه با سایر افراد دچار بیشترین پریشانی هستند؛ اینها گمگشته، مضطرب، غیرمنطقی و پرخاشگرند.

در هر جامعه‌ای افرادی هستند که بدون آنکه بخواهند، نمی‌توانند با هنجارهای اجتماعی سازگاری پیدا کنند. عملکرد آنها به خودشان و اجتماع ضرر وارد می‌کند و این افراد بیشترین مجرمین اجتماعات می‌باشند. این افراد شخصیتی بیمار دارند و نمی‌توانند تطابق اجتماعی نمایند و نبوغی در مقابل خود احساس درد می‌نمایند و افکار و رفتارشان برای خود و دیگران ایجاد تشویش خاطر می‌نماید (حسینی، ۱۳۷۳، ص ۴۷۸).

ویژگی‌های اصلی اسکیزوفرنیا ترکیبی از علایم و نشانه‌های مشخص است که برای مدت قابل ملاحظه‌ای از یک دوره یک‌ماهه وجود داشته و با برخی از علایم اختلال همراه است که به مدت دست کم شش‌ماه ادامه می‌یابند. این علایم و نشانه‌ها با کژکاری اجتماعی یا شغلی بارز همراه است. نشانه‌های شاخص اسکیزوفرنیا دربرگیرنده گسترده‌ای از کژکاری‌های شناختی و هیجانی است که شامل کژکاری ادراک، تفکر استنتاجی، زبان و ارتباطات، بازنگری رفتاری، عاطفه، سیالی و بارآوری تفکر و گفتار، قابلیت لذت بردن، اراده، انگیزه و توجه است. در این افراد غالباً اشکال در تمرکز، توجه و حافظه دیده می‌شود. بینش اکثر این افراد با توجه به این واقعیت که آنان بیماری روان‌پریشی دارند، ضعیف است. این حالت ممکن است با فقدان آگاهی از نقایص عصبی مشاهده شده در سکت

قابل مقایسه باشد. مسخ شخصیت، مسخ واقعیت و نگرانی‌های جسمانی ممکن است رخ دهند. خودکشی یکی از نتایج مهم است (نیکخو، آوادیس، ۱۳۸۶، ص ۴۵۹).

بخش دوم - علایم و نشانه‌های بیماری اسکیزوفرنیا

معمولاً مهمترین نشانه‌های بیماری اسکیزوفرنی را به ۴ گروه عمده، اختلالات ادراکی، اختلالات تفکر، اختلالات خلقی و عاطفی و اختلالات رفتاری و حرکتی تقسیم می‌کنند. ما در اینجا به مهم‌ترین نشانه‌ها در هر گروه اشاره می‌کنیم (عابدین زاده، ۱۳۸۶).

۱. اختلالات ادراکی

در حالت عادی صدا به‌عنوان یک محرک شنوایی و تصویر به‌عنوان محرک بینایی به شمار رفته و باعث تحریک گیرنده‌های حسی گوش یا چشم یعنی اندام حسی خاص شده و از آن طریق پیام‌های دریافت شده را به مغز می‌رساند. تا اینجا "احساس" صورت گرفته است. هنگامی که آن پیام خام در مغز مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد و مغز به آن معنی می‌بخشد، فرایند "ادراک" صورت می‌گیرد. به عبارت ساده‌تر ادراک یعنی معنی بخشی به محرک‌های دریافتی از اندام‌های حسی در مغز. هرگاه در این حوزه اختلالی به‌وجود آید، به آن اختلالات ادراکی گویند. یکی از مهم‌ترین اختلالات ادراکی، توهم است.

توهم عبارت است از درک محرک مشخص بدون وجود واقعی و خارجی محرک. توهم - که یکی از نشانه‌های شاخص بیماری اسکیزوفرنی است - انواع مختلفی دارد که در زیر به آنها اشاره می‌کنیم: (رحمتی، ۱۳۸۵، ص ۲۵)

۱. توهمات شنوایی ۲. توهمات بینایی ۳. توهمات لمسی ۴. توهم‌های بویایی ۵. توهم چشایی ۶. توهم‌های حسی عمقی ۷. توهم‌های جنسی ۸. توهمات متفرقه عجیب و غریب (همان، ص ۲۸).

۲. اختلالات تفکر

تفکر معمولاً به چند صورت عمده اختلال پیدا می‌کند. یکی اشتغال ذهنی شدید با عقاید فلسفی، روانی، انتزاعی، دینی و... و دیگری به صورت هذیان یا اختلال در شکل یا فرایند تفکر. هذیان افکار غیرمنطقی است که با پدیده‌های اجتماعی - فرهنگی و واقعیت مغایرت داشته و با منطق و استدلال نیز تصحیح نگردیده و عجیب و غریب باشد. مهمترین هذیان‌ها عبارتند از:

۱. هذیان بزرگ‌منشی ۲. هذیان گزند و آسیب ۳. هذیان گناه و تقصیر ۴. هذیان تحت تأثیر یا تحت کنترل بودن ۵. هذیان انتساب یا ارجاع ۶. هذیان پخش فکر ۷. هذیان کاشتن فکر ۸. هذیان بیرون کشیدن افکار
اختلالات دیگر تفکر در شکل یا فرایند تفکر به وجود می‌آیند که ضعف حافظه، از این شاخه به آن شاخه پریدن، پرش افکار، انسداد افکار، حاشیه‌پردازی، تفکر مماسی، واژه‌سازی و... از جمله مهمترین آنهاست (عابدین‌زاده، ۱۳۸۶).

۳. اختلالات عاطفه

به تجربیات شخصی که رنگ هیجانی به خود می‌گیرد، عاطفه گویند. خشم، شادی، غم، اضطراب و... از عواطف هستند. عواطف به‌طور عمده به سه صورت دچار اختلال می‌شود:

الف- کاهش واکنش‌های هیجانی. معمولاً بیمار در برابر محرک‌هایی که برای دیگران خوشایند یا ناخوشایند است، بی‌تفاوت می‌باشد. فرد اسکیزوفرنیک از

مسایل روزمره لذتی نمی‌برد. برای مثال بیمار در برابر حوادثی مانند ازدواج خود یا تولد فرزندش واکنش هیجانی مثبتی نشان نمی‌دهد.

ب- افزایش بسیار شدید عواطف، مخصوصاً خشم، نشاط یا اضطراب

ج- عدم تناسب واکنش‌های هیجانی و عاطفی؛ برای مثال: بیمار اسکیزوفرنی که مادرش به تازگی فوت نموده است، مرگ وی را با خوشحالی و خنده توصیف و تعریف می‌کند (دهقان به آبادی، ۱۳۷۴ش، ص ۸۵).

۴. اختلالات رفتاری و حرکتی

مهم‌ترین اختلالات رفتاری و حرکتی عبارتند از:

۱. شکلک درآوردن و ادا و اطوار ۲. جمود ۳. بدبینی ۴. منفی‌کاری ۵. کناره‌گیری اجتماعی ۶. تکلم مختل

علامت و نشانه بسیار مهم دیگری که در بیماران روانی شدید از جمله بیماران اسکیزوفرنیک مشاهده می‌شود، عدم بصیرت است. یعنی بیمار از بیماری خود آگاهی ندارد. به همین دلیل است که اکثر بیماران اسکیزوفرنیک اعتقاد دارند که خود سالم هستند، این اطرافیان هستند که مریض هستند. همچنین به همین دلیل از مصرف کردن دارو خودداری می‌کنند (مهدی‌پناه). علائم و نشانه‌های جزئی دیگری وجود دارد که ما در اینجا از ذکر آنها خودداری می‌کنیم. به خاطر داشته باشید که با وجود یکی دو علامت نمی‌توان گفت فردی بیمار است. پس هیچ‌گاه در پی تشخیص و درمان خودسرانه کسی برنیاید و همیشه امور تشخیص و درمانی را به متخصصان بسپارید.

بخش سوم - انواع اسکیزوفرنیا

اسکیزوفرنی انواع مختلفی دارد. در آخرین چاپ تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۵ (DSM-IV-TR) پنج طبقه فرعی تشخیصی و در طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها^۶ (ICD-10)، نه گونه تشخیصی از بیماری مذکور آورده شده است. انواع اختلال در طبقه بندی اول شامل: پارانوئید،^۷ نابسامان،^۸ کاتاتونیک،^۹ نامشایز^{۱۰} و نوع باقیمانده^{۱۱} است. در طبقه بندی جهانی، علاوه بر موارد فوق، انواع دیگر شامل هبفرنی،^{۱۲} افسردگی بعد از اسکیزوفرنیا،^{۱۳} اسکیزوفرنیا ساده،^{۱۴} نامشخص،^{۱۵} و سایر انواع،^{۱۶} افزوده شده است که پنج نوع اول به طور مختصر شرح داده می‌شود (قائم مقام فراهانی، خدابخشی کولایی، و براتی سده، ۱۳۸۵ش، ص ۲۲).

۱. نوع پارانوئید (بدگمان)

یعنی اسکیزوفرنیا با افکار بدبینانه، (کیانی، ۱۳۸۷) مشخصه این نوع اسکیزوفرنیا وجود هذیان‌ها و توهمات شنوایی مکرر است. شروع آن در اواخر دهه دوم و اوایل دهه سوم زندگی است. هذیان‌ها عمدتاً از نوع خودبزرگ بینی و گزند و آسیب است. بیماران مبتلا به این نوع اختلال معمولاً پرتنش، شکاک، مقاوم، محتاط و گاه متخاصم و پرخاشگرند؛ به عبارت دیگر: ویژگی اصلی نوع پارانوئید عبارت است از: وجود هذیان‌های گزند و آسیب و خود بزرگ بینی و وجود توهمات شنوایی فراوان، این افراد معمولاً هیجان زده، شکاک و محتاط بوده و غالباً خشن و پرخاشگر می‌باشند. همچنین از نظر اجتماعی بهتر می‌توانند خود را حفظ کنند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲ش، ص ۲۲).

۲. نوع نابسامان

مشخصه این نوع اسکیزوفرنیا پسرفت آشکار به رفتارهای بدوی، مهار گسیخته و سازمان نیافته و فقدان علایم نوع کاتاتونی است. شروع این اختلال، معمولاً پیش از ۲۵ سالگی است. بیماران مذکور معمولاً فعال هستند، ولی فعالیت آنان بی هدف و غیرسازنده^{۱۷} است. اختلال فکر در آنها برجسته است و تماس چندانی با واقعیات ندارند. ظاهر شخصی و رفتار اجتماعی آنان آشفته و به هم ریخته است. واکنش‌های هیجانی نامتناسبی دارند و بدون دلیل واضحی خنده‌های ناگهانی از آنها بروز می‌کند. خندیدن و شکلک درآوردن بی‌جا و بی‌مناسبت، در این بیماران شایع است (قائم مقام فراهانی، خدابخشی کولایی و براتی سدهت رشد، ۱۳۸۵، ص ۲۳).

۳. نوع کاتاتونیک

مشخصه این نوع اسکیزوفرنیا، در درجه اول آشفتگی واضح در کارکرد حرکتی^{۱۸} است که شامل بهت کاتاتونی (استوپور)،^{۱۹} منفی کاری،^{۲۰} سفتی عضلانی،^{۲۱} تهییج^{۲۲} و اتخاذ وضعیت‌های خاص بدنی،^{۲۳} نزد بیماران است. سایر علایم اختلال عبارتند از: حرکات کلیشه‌ای تکراری،^{۲۴} ادا و اطوار،^{۲۵} سکوت مرضی^{۲۶} و انعطاف‌پذیری مومی شکل^{۲۷} عضلات و اندام (صابری، ۱۳۸۴ ش.، ص ۳۴).

۴. نوع نامتمایز و نوع باقیمانده

الف - نوع نامتمایز: نوعی از اسکیزوفرنی است که علایم اصلی در آن وجود دارد اما ویژگی‌های انواع پارانوئید آشفته یا کاتاتونیک در آن صدق نمی‌کند (صابری و محمدی، همان منبع، ص ۳۴).

ب - نوع باقیمانده: براساس راهنمای کتاب آمار تشخیصی بیماری‌های روانی (DSM-IV-TR) مشخصه این نوع اختلال، وجود شواهد مستمر مبنی بر اسکیزوفرنیا و نبود مجموعه کامل علایم مرحله فعال^{۲۸} یا علایم دیگری است که برای تشخیص یک نوع دیگر از اسکیزوفرنیا کافی است. مشخصه این نوع اسکیزوفرنیا، کندی هیجانی،^{۲۹} انزوای اجتماعی،^{۳۰} رفتار عجیب و غریب،^{۳۱} تفکر غیر منطقی و درجات خفیفی از سستی تداعی‌هاست. اگر هذیان‌ها یا توهمی نیز وجود داشته باشد، برجسته نیست و با حالت عاطفی قدرتمندی بروز نمی‌کند (قائم مقام فراهانی، خدابخشی کولایی و براتی سده، ۱۳۸۵ش، ص ۲۳).

بخش چهارم - تشخیص بیماری اسکیزوفرنیا

تشخیص، براساس تاریخچه و علایمی که بیمار می‌گوید و آنچه که پزشک مشاهده می‌کند، صورت می‌گیرد. ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنی عبارتند از:

الف- علایم اصلی: وجود دو یا چند تا از علایم زیر که حداقل یک ماه تداوم داشته باشد:

۱. هذیان‌ها ۲. توهمات ۳. تکلم آشفته یا بی‌ربط ۴. رفتار کاتاتونیک یا آشفته
 ۵. علایم منفی مثل کند شدن عاطفه، حرف نزدن و بی‌ارادگی
- در صورتی که هذیان‌ها از نوع عجیب و غریب و توهمات به صورت صدای مستمری باشد که به رفتار و افکار بیمار اشاره دارد یا دو یا چند صدا با هم صحبت می‌کنند، فقط یک علامت از علایم اصلی برای تشخیص کافی است.
- ب- اختلال عملکرد اجتماعی و شغلی نسبت به زمان قبل از شروع بیماری
- ج- طول مدت اختلال حداقل ۶ ماه است.

د- علایم اختلال نباید از اختلال خلقی، اختلال اسکیزوافکتیو و سوء مصرف مواد روانگردان یا یک اختلال طبی باشد (صابری و محمدی، ۱۳۸۴ش، ص ۳۳).

۱. علایم مثبت و منفی در اسکیزوفرنیا

اگرچه اسکیزوفرنیا را به انواع مختلف کاتاتونیک، پارانوئید، هبفرنیک و... تقسیم می‌نمایند. اما در تقسیم‌بندی‌های جدید، این بیماری را به دو تیپ، یک و دو تقسیم کرده‌اند؛ در تیپ یک، بیمار دارای علایم مثبت است (بعضی این را معادل مرحله حاد بیماری می‌دانند)، در تیپ دو علایم منفی غلبه دارد. اما بینیم علایم مثبت و منفی چه هستند؟

در تشخیص بیماری اسکیزوفرنیا با مفاهیمی چون علایم مثبت و منفی روبه‌رو هستیم. علایم مثبت، علایمی هستند که قبلاً در فرد وجود نداشته، ولی اکنون وجود دارند. در هر فردی که این علایم وجود داشته باشند، تشخیص اسکیزوفرنیا قطعی است. علایم منفی شامل علایمی هستند که به علت از دست دادن رفتار یا عواطف طبیعی به وجود آمده‌اند؛ مانند عاطفه سطحی، انسداد فکر، انزوای اجتماعی و نظایر آنها که در جدول (۱) آمده است (قائم مقام فراهانی، خدابخشی کولایی و براتی سده، ۱۳۸۵ش، ص ۲۴).

در سال‌های گذشته، این اعتقاد در بین متخصصان رایج بود که داروهای روانپزشکی معمولی بر علایم مثبت بیماری اثر خوبی دارند، ولی تأثیر آنها بر علایم منفی چندان مشخص نیست. این قبیل دیدگاه‌ها موجب شد تا پژوهشگران به ساخت و تولید داروهایی بپردازند که بر علایم منفی بیماری اسکیزوفرنیا نیز اثر درمانی مناسبی داشته باشند. سرانجام، سال‌ها پژوهش در این زمینه، نتایج امیدبخشی

به همراه داشت و باعث تولید داروهای تازه‌ای چون کلوزاپین^{۳۲}، اولانزاپین^{۳۳} و ریسپریدون^{۳۴} و چند داروی دیگر شد (همان، ص ۲۶).

بعضی از علائم مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در جدول شماره (۱) آمده است (سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا، ۱۳۸۲ش، ص ۱۲۶).

جدول (۱) بعضی از عمده ترین علائم مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

علائم مثبت	علائم منفی
توهم‌ها:	حالت بی‌عاطفگی
شنوایی	حالت ثابت چهره
صداهایی که اظهارنظر می‌کنند	کاهش حرکات خود به خودی
صداهایی که با هم گفتگو می‌کنند	کمبود تماس چشمی
جسمی - لمسی	فقدان پاسخ‌دهی عاطفی
بویایی	حالت عاطفی نامتناسب
بینایی	بالا و پایین نشدن صدا
هدیایان‌ها:	کم صحبت کردن
گزند و آسیب	فقدان تکلم
حسد	فقر محتوای تکلم
گناه و عصیان	وقفه فکر
خود بزرگ بینی	افزایش مدت پاسخ - نهفتگی
مذهبی	بی‌ارادگی - بی‌احساسی
جسمی	آشفستگی سر و وضع، آراسته نبودن
هدیایان‌های انتساب به خود	بی‌ثباتی در کار یا تحصیل
هدیایان‌های تحت نظارت بودن	بی‌قوتی جسمی
هدیایان‌های ذهن‌خوانی	بی‌لذتی - غیر اجتماعی بودن
پخش شدن فکر؛ مثلاً احساس می‌کند افکارش در هوا پخش می‌شود.	بی‌علاقه بودن به فعالیت‌های تفریحی
کاشت فکر؛ مثلاً "احساس می‌کند که دیگران به او فکر یا ایده می‌دهند.	بی‌علاقه بودن به فعالیت جنسی
برداشت فکر؛ مثلاً "احساس می‌کند که دیگران فکر او را می‌دزدند.	نداشتن روابط صمیمی و نزدیک

ارتباط نداشتن با دوستان و همتایان	رفتار عجیب و غریب
بی توجهی	لباس پوشیدن و ظاهر غیرعادی
در خود بودن در جمع	رفتار اجتماعی و جنسی غیرعادی
نداشتن توجه در حین آزمون	رفتار پرخاشگرانه
	رفتار مکرر یا قالبی؛ مثلاً دایم دست هایش را به هم می‌مالد.
	از خط خارج شدن؛ مثلاً رشته کلام را از دست می‌دهد، صحبت‌های بعدی او ربطی به صحبت‌های قبلی اش ندارد.
	بی ربط گویی
	غیرمنطقی بودن
	حاشیه پردازی
	فشار تکلم
	تکلم توأم با حواس پرتی

۲. سیر و پیش آگاهی

الف- سیر بیماری: علایم مقدماتی مانند اضطراب، حیرت و منگی، وحشت یا افسردگی معمولاً قبل از شروع اسکیزوفرنیا دیده می‌شوند که ممکن است حاد باشند. علایم مقدماتی ممکن است ماه‌ها قبل از مشخص شدن تشخیص وجود داشته باشند. بیماری معمولاً در اواخر دهه دوم و اوایل دهه سوم زندگی شروع می‌شود. حوادثی مانند ضربه‌های هیجانی و عاطفی، جدایی و نیز مصرف برخی داروها یا ابتلا به برخی از بیماری‌ها ممکن است موجب شروع دوره‌های بیماری در افراد آسیب‌پذیری شود که استعداد بیمار شدن را دارند. به‌طور کلی، در گذشته سیر اسکیزوفرنیا به صورت تخریب شرایط روحی بیمار در طی زمان، همراه با دوره‌های تشدید (حاد) و بروز حالات مزمن بوده که امروزه با درمان‌های جدید تا حد زیادی این وضع تغییر یافته است. بیماری اسکیزوفرنیا ممکن است با سایر

بیماری‌ها همراه باشد. بیماری‌های توأم با اسکیزوفرنیا شامل، اختلالات سوءمصرف مواد، اختلال وسواس، آلودگی به ویروس HIV و... است (قائم مقام فراهانی، خدابخشی کولایی و براتی سده، ۱۳۸۵ش، ص ۲۶).

با گذشت زمان، بیماران هذیان‌های عجیب و غریب و توهمات شدید خود را از دست می‌دهند، اما علایم منفی باقیمانده از بیماری (نظیر رعایت نکردن بهداشت و سطحی بودن واکنش عاطفی) عملاً ممکن است افزایش یابند. میزان بازگشت علایم و عود بیماری با درمان دارویی در طول دو سال حدود ۴۰ درصد و بدون درمان تقریباً ۸۰ درصد است. همان‌گونه که ذکر شد، اقدام به خودکشی در ۵۰ درصد بیماران دیده می‌شود. ۱۰ درصد این اقدام‌ها به مرگ منجر می‌گردد. میزان بروز و شیوع خشونت در بیماران از میزان بروز و شیوع آن در جمعیت عمومی بالاتر نیست و خطر مرگ ناگهانی، ابتلا به بیماری جسمی و کوتاهی عمر غیرمنتظره در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا بالاست (همان، ص ۲۶).

ب- پیش‌آگهی: در ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران، پیش‌آگهی خوب است و در ۲۰ تا ۳۰ درصد موارد، بیماران مبتلا به‌طور طبیعی به زندگی معمولی خود ادامه می‌دهند. در ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران، علایم به درجات متوسطی باقی می‌ماند که این بیماران نیز قادر به زندگی در درون جامعه هستند. یک سوم باقیمانده دچار اختلال بارز هستند و به بستری شدن مکرر در بیمارستان نیاز دارند. به‌طور کلی، زن‌ها پیش‌آگهی بهتری نسبت به مردان دارند و در صورت وجود علایم خلقی نیز پیش‌آگهی بهتر است (همان، ص ۲۷).

بخش پنجم - درمان اسکیزوفرنیا، نشانه‌های بازگشت بیماری و شیوه‌های مواجهه با آن

۱. درمان اسکیزوفرنیا

امروزه تجویز داروهای روانپزشکی جدید و مؤثرتر مانند کلوزاپین، اولانزاپین و ریسپریدون افق جدیدی را در درمان و پیشگیری از عود حملات اسکیزوفرنیا گشوده است. این داروها علاوه بر علائم مثبت بر علائم منفی نیز تأثیر دارند و عوارض آنها نیز از آرام‌بخش‌های قوی رایج کمتر است و از این رو ترجیح داده می‌شود (Csernasky, G.J.; 2002, P: 213).

البته نقش خانواده را در امر درمان و توانبخشی این بیماران نباید فراموش کرد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که مداخلات خانوادگی میزان‌های عود و بستری شدن‌های مکرر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را کاهش می‌دهد. اهمیت این مداخلات زمانی بیشتر روشن می‌شود که بدانیم ۳۰ تا ۶۰ درصد این بیماران با خانواده‌های خود زندگی می‌کنند و درصد قابل توجهی از آنان نیز به ارتباطات معمول خود با اعضای خانواده ادامه می‌دهند.

(Mueser, K.T.; Bond, R. G.; Darke, R.E. 2001, p: 114)

نکته مهم دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که تجویز داروهای مؤثر همراه با به کارگیری درمان‌های روانی - اجتماعی، اثربخشی درمان را بیشتر می‌کند. درمان‌های روانی - اجتماعی با ایجاد تغییر در محیط، خطر عود بیماری را کمتر می‌سازند و امکان اصلاح کیفیت زندگی بیمار را فراهم می‌آورند. این درمان‌های روانی - اجتماعی، مثل آموزش اعضای خانواده درباره چگونگی و درمان اسکیزوفرنیا به‌گونه‌ای است که از طریق کاهش انتقادات و مشاجرات بین فردی، خطر عود بیماری را در طول درمان نگهدارنده کاهش می‌دهد.

(Csernasky, G.J, Same Source, Same page)

موضوع فوق در شروع زود هنگام اسکیزوفرنیا هم صادق است. نمونه این مورد مطالعه‌ای است که از سوی وزارت رفاه هلند با پیگیری پنج‌ساله صورت گرفته است. این مطالعه نشان می‌دهد بیمارانی که علاوه بر درمان استاندارد، از مداخلات و حمایت‌های خانوادگی برخوردار بوده‌اند، چند ماه کمتر از بیمارانی که تنها درمان‌های استاندارد دریافت کرده بودند، در بیمارستان‌ها بستری می‌شدند (خسروی، ۱۳۸۹ش، ص ۶۸).

پیش از این ذکر شد که اسکیزوفرنیا تحت تأثیر عوامل مختلف ژنتیکی، بیوشیمیایی، روان‌شناختی و محیطی به وجود می‌آید. از این رو هیچ درمان منفردی به تنهایی کارایی کافی ندارد و لازم است که مجموعه‌ای از درمان‌های دارویی و روانی - اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.

به‌طور کلی، درمان‌های بیماری اسکیزوفرنیا به دو دسته عمومی تقسیم می‌شوند:

۱. درمان‌های زیستی ۲. درمان‌های غیر زیستی (همان، ص ۶۹)

درمان‌های زیستی خود شامل دو گروه هستند، الف) درمان‌های دارویی و ب) درمان‌های زیستی غیردارویی مثل الکتروشوک (Conly, R. R. 2002, P:38).

الف- درمان‌های زیستی

درمان‌های دارویی مثل آرام‌بخش‌های قوی رایج (سنتی) و آرام‌بخش‌های آتی پیک^{۳۵} (انواع جدید) است. از دسته اول هالوپریدول^{۳۶} و فلوپنازین^{۳۷} را می‌توان نام برد. انواع تزریقی طولانی اثر این دو دارو برای بیمارانی که همکاری کافی در درمان ندارند، به کار می‌روند. از دسته دوم این داروها (داروهای جدید) ریسپریدون^{۳۸}، اولانزاپین^{۳۹}، کتیاپین^{۴۰}، کلوزاپین^{۴۱}، سرتیندول^{۴۲} و زیراسیدون^{۴۳} را می‌توان نام برد. سایر درمان‌های زیستی شامل الکتروشوک (غیرزیستی) و

درمان‌های دارویی دیگر شامل سولیرید^{۴۴} و داروهای ضد تشنجی (کاربامازپین، سدیم والپرات) است که گاه همراه با داروهای آرام‌بخش قوی و به منظور تقویت اثربخشی آنها تجویز می‌شوند. کربنات لیتیوم هم گاه در موارد مقاوم به درمان به‌عنوان داروی کمکی به کار گرفته می‌شود که البته این امر در تجویز توأم با کلوزاپین باید با احتیاط صورت گیرد (همان، ص ۶۹).

ب- درمان‌های روانی - اجتماعی (غیر زیستی)

درمان‌های روانی - اجتماعی شامل روش‌های مختلفی است. آموزش مهارت‌های زندگی، رفتار درمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی و انواع روان‌درمانی‌ها از جمله درمان‌های مذکور است. کاردرمانی، آموزش‌های شغلی، تأمین نیازهای اساسی مانند شغل، مسکن، کسب درآمد و آموزش مهارت‌های ارتباطی اجتماعی نیز از جمله این درمان‌ها هستند. مجموع این درمان‌ها در محیط اجتماعی مناسب و در حضور منابع حمایتی کارآمد، نتایج درمانی مؤثرتری دارند و بهبود بیمار و اشتغال وی به کار و حرفه و داشتن زندگی مستقل را بیشتر امکان‌پذیر می‌سازد.

براساس گزارش بهداشت جهانی (WHO; 2001, p: 100-103) در سال ۲۰۰۱ در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، خانواده‌ها نقشی کلیدی در مراقبت از بیماران روانی دارند. این خانواده‌ها از بسیاری جهات ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی اولیه هستند. با تعطیلی تدریجی بیمارستان‌های روانپزشکی در کشورهای بهداشتی اولیه هستند. با تعطیلی تدریجی بیمارستان‌های روانپزشکی در کشورهای بهداشتی اولیه هستند. با تعطیلی تدریجی بیمارستان‌های روانپزشکی در کشورهای بهداشتی اولیه هستند. با تعطیلی تدریجی بیمارستان‌های روانپزشکی در کشورهای بهداشتی اولیه هستند.

خانواده‌ها به‌واسطه درک، دانش، مهارت‌ها و توانایی مراقبت از فرد مبتلا، می‌توانند نقش و اثر مثبت یا منفی در روند بیماری داشته باشند. به همین دلیل، یک راهبرد عمده مبتنی بر جامعه در درمان بیماران روانی، کمک به خانواده‌ها در

درک بیماری، تشویق آنان به همکاری و استفاده از دارو، شناسایی زودهنگام علائم عود و حصول اطمینان از حل سریع بحران‌هاست. این اعمال به بهبود و کاهش ناتوانی‌های فردی و اجتماعی منجر می‌شود.

۲- نشانه‌های بازگشت بیماری

عود علائم بیماری، به معنی برگشت علائم حاد بیماری است، یعنی اینکه بیمار به علائم اولیه خود در اولین دوره بیماری برمی‌گردد. توصیه می‌شود که خانواده‌ها با مشاهده این علائم بیمار را به روان پزشک ارجاع دهند (خسروی، ۱۳۸۹ش، ص ۷۱).
نشانه‌های هشداردهنده عود عبارتند از:

۱. ناتوانی در به خواب رفتن، بیدار شدن در ساعات غیرمعمول و قاطی کردن شب و روز با همدیگر.
۲. انزوای اجتماعی، تنهایی و بی تفاوتی.
۳. اختلال در ارتباطات اجتماعی.
۴. کم‌تحرکی یا نداشتن فعالیت.
۵. ناتوانی در تمرکز و تصمیم‌گیری.
۶. ارتباط دادن غیرمعمول وقایع به مذهب یا پدیده‌های ماورای طبیعی.
۷. خصومت، سوءظن شدید و گرفتن حالات ترسناک به خود.
۸. واکنش بیش از اندازه به همسالان خود یا مخالفت شدید با خانواده.
۹. رعایت نکردن نظافت و بهداشت فردی.
۱۰. مسافرت‌های متعدد نامشخص و بدون هدف.
۱۱. خروج بدون دلیل از خانه.
۱۲. نوشتن مطالب به صورت افراطی یا کودکانه یا بدون معنای واضح و روشن.
۱۳. واکنش‌های هیجانی غیرمعمول.
۱۴. نگاه‌های سرد، مات و بی‌احساس.
۱۵. برداشت‌های احساسی غیرمعمول از محرک‌ها (صدا، نور و...).
۱۶. بو کشیدن یا چشیدن غیرمعمول اشیاء.
۱۷. استفاده عجیب و غریب از لغات یا عبارات.
۱۸. رفتار عجیب و غریب یا غیرعادی مانند امتناع از لمس شدن توسط دیگران، استفاده بی‌رویه و غیرمعمول از دستکش، آرایش یا کوتاه کردن

غیرمعمول موی سر یا آسیب رساندن به خود یا دیگران، تهدید به قطع عضو و نظایر آنها. ۱۹. ژست‌ها یا ادا و اطوارهای غیرعادی دست و صورت به‌طور مکرر و دایم.

۳- شیوه مواجهه و کنترل در بازگشت علایم

۱. تا حد امکان آرامش خود را حفظ کنید. ۲. فکرتان را معطوف به بحران کنید. ۳. رادیو، تلویزیون و دستگاه‌های برقی را به سرعت خاموش کنید. ۴. از بیمار بخواهید که بنشیند و آرام بگیرد، سپس با هم صحبت کنید. ۵. با صدای آرام با بیمارتان صحبت کنید. ۶. به بیمارتان دلداری بدهید، مثلاً: به بیمار بگویید شما ترسیده‌اید یا ناراحت شده‌اید، لطفاً بگویید از چه چیزی نگران هستید؟ ۷. از جملات ترحم‌آمیز یا تحکیم‌آمیز به شدت پرهیز کنید (مثلاً نگویید که چرا مثل بچه‌ها رفتار می‌کنید...). ۸. در صورت لزوم پرسش‌ها و جملات اطمینان‌بخش خود را تکرار کنید. ۹. شماره تلفن‌های ضروری را داشته باشید، مثل شماره تلفن بیمارستان، پزشک معالج، فوریت‌ها و نظایر آنها. ۱۰. با پلیس تماس بگیرید که در صورت امکان به شما کمک کند تا بیمارتان را به بیمارستان برسانید. ۱۱. در موقع انتقال به بیمارستان، خودتان رانندگی نکنید. ۱۲. در صورت نیاز به بستری شدن، در اسرع وقت بیمارتان را در بیمارستان بستری کنید.

نکته مهمی که در پایان این مقاله باید خاطرنشان کرد آن است که بررسی‌های به عمل آمده نشان می‌دهد، بیماران روانی بخصوص افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا به چهار دلیل عمده مرتکب جرم می‌شوند. اولین دلیل ارتکاب جرم در این افراد، وجود توهم و هذیان به علت دچار بودن به نوعی روان‌پریشی یا ضایعات مغزی یا سوء مصرف مواد و... است، دلیل دوم، ابتلا به اختلالاتی است

که سبب بروز رفتارهای تکانه‌ای یا جبری در فرد می‌شود. دلیل سوم، وجود اختلالات شخصیتی است که سبب می‌شود جرم در موقعیت‌های غیر دلخواه صورت گیرد و یا اینکه در بعضی انواع این اختلالات، فرد مبتلا تمایل زیادی به زیر پا گذاشتن قوانین و مقررات اجتماعی دارد و دلیل چهارم، وجود حالات تحریک‌پذیری، پایین بودن آستانه تحمل و سایر علایم نوروپیک است (صابری و محمدی، ۱۳۸۴ش، ص ۵۵).

با توجه به نکات مطرح شده و همچنین با توجه به اختلال ادراکی و اختلال تفکری که بیماران اسکیزوفرن دارند، اینان توان سنجش واقعیت و بصیرت خویش را از دست می‌دهند و لذا اعمالی را با توجه به انواع مثبت و منفی اسکیزوفرنی انجام می‌دهند که در طی آن فاقد بصیرت، علم و آگاهی کافی نسبت به نوع عمل و نتیجه آن هستند و به این شکل مفهوم اختیاری بودن انجام عمل نیز در آنها منتفی می‌گردد (کیانی، ۱۳۸۹ش).

حال با توجه به مطالب فوق، این موضوع مطرح می‌شود که مسؤلیت افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا در صورت ارتکاب جرم چگونه است؟ آیا این افراد دارای مسؤلیت کیفری هستند یا خیر؟ در صورت عدم مسؤلیت کیفری، آیا عدم مسؤلیت آنها مطلق است یا نسبی؟

در پاسخ به سؤالات فوق، می‌توان گفت، با توجه به تحقیقات به صورت گرفته و همچنین با توجه به بررسی‌های به عمل آمده در خصوص قوانین موضوعه ایران در ادوار مختلف و نیز با مطالعه کتب و تقریرات اساتید رشته‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی، روان‌شناسی و روانپزشکی، به این نتیجه رسیدیم که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا تا زمانی که در مرحله فعال بیماری و استقرار علایم بوده و بیماری آنها تحت کنترل قرار نگرفته و دارای توهم و هذیان فعال هستند، فاقد مسؤلیت

کیفری‌اند. عدم مسؤولیت کیفری این افراد برخلاف دیگر بیماری‌های روانی، به دلیل فقدان قوه تمیز، تشخیص و فقدان اهلیت کیفری، مطلق بوده و با توجه به موارد مطرح شده اسقاط مسؤولیت کیفری در خصوص این افراد صورت می‌پذیرد؛ به عبارت دیگر: مسؤولیت کیفری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، به دلیل فقدان قوه تمیز، تشخیص و فقدان اهلیت کیفری مطلق بوده و فاقد مسؤولیت کیفری هستند؛ مگر آنکه در مرحله فعال بیماری و استقرار علایم آن نباشند؛ یعنی: علایم بیماری آنها تحت کنترل بوده و در این خصوص هذیان و توهم فعالی نداشته باشند که در این صورت مسؤولیت کیفری این افراد نسبی است.

بخش ششم: شرایط مسؤولیت کیفری مبتلایان به اسکیزوفرنی در قانون جدید مجازات اسلامی

در قانون مجازات اسلامی جدید شرایط و موانع مسؤولیت کیفری در مواد ۱۳۹ به بعد این قانون تصریح و تشریح شده است که یکی از این موارد تعریف جنون به عنوان عامل رافع مسؤولیت کیفری به «اختلال روانی که فقدان اراده و قوه تمیز را باعث شود»، است.

مطابق ماده‌ی ۱۳۹ قانون جدید مجازات اسلامی مسؤولیت کیفری تنها زمانی محقق است که فرد، حین ارتکاب جرم، عاقل، بالغ و مختار باشد. در اینجا چون قصد، در بطن عقل و از آثار آن است، در قانون جدید از آن صحبتی نشده است. برای تحقق مسؤولیت در جرم عمدی، علاوه بر شروط سه‌گانه‌ی فوق‌الذکر، دو شرط علم به موضوع و قصد ارتکاب رفتار مجرمانه هم نیاز است و در جرایم غیرعمدی علاوه بر شروط سه‌گانه، نیاز به تقصیر بزه‌کار است.

منظور از جنون در قانون مجازات اسلامی، حالتی است که مجرم در زمان ارتکاب جرم، اراده کامل به اعمال خود نداشته (عنصر مادی) یا از نتیجه اعمال خود بی اطلاع باشد (عنصر معنوی). از مصادیق جنون می توان به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی اشاره کرد که در صورت اثبات این شرایط، وصف کیفری از عمل مجرم سلب می شود.

یکی از عوامل رافع مسؤولیت کیفری، جنون در حال ارتکاب جرم است. بر این اساس ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی سابق، جنون در حال ارتکاب جرم را «به هر درجه که باشد» رافع مسؤولیت کیفری مقرر داشته است؛ اما از آنجایی که همین قانون، تعریفی از جنون به دست نمی دهد و مفهوم درجه را مشخص نمی کند، رویه قضایی غالب در تشخیص جنون با اخذ نظریه پزشکی قانونی بر محور «جنون مطلق» یا «سلامت روانی کامل» است.

بنابر مفاد قانون مجازات اسلامی، در برخی شرایط می توان فرد را مبری از مسؤولیت جزایی دانست که از این شرایط می توان به جنون، حجر و عدم بلوغ اشاره داشت (اسلامی تبار، ۱۳۸۲، ص ۳۶).

اما ماده ۴-۱۴۲ قانون مجازات اسلامی جدید مقرر می دارد: «هرگاه مرتکب در حال ارتکاب جرم به اختلال نسبی قوه تمییز یا اراده دچار باشد، به حدی که در ارتکاب جرم موثر واقع گردد در صورتی که شرایط تحقق جرم و مجازات را مرتفع سازد، مستوجب مجازات نخواهد بود و در غیر این صورت در جرایم موجب حد یا قصاص و دیات طبق مقررات آن مجازات ها خواهد بود و در مورد جرایم تعزیری دادگاه ممکن است مجازات وی را طبق مواد ۱-۱۵۱ و ۲-۱۵۱ [راجع به تخفیف مجازات ها] این قانون تخفیف دهد».

به این ترتیب، گذشته از نگارش مبهم و ثقیل متن مقرر فوق، مقررات جدید با برگشت به قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲ (اما نه برگشت کامل)، هرگونه اختلال روانی موجب فقدان اراده یا قوه تمییز را به عنوان جنون تلقی کرده و دارنده چنین حالاتی را در زمان ارتکاب جرم از نظر کیفری مسؤول شناخته است. با این حال در بحث نسبی بودن اختلال روانی حکم قضیه را بیان نداشته است. به هر صورت، چنین تغییراتی یک گام به جلو تلقی می‌شود؛ در نتیجه نقص ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی سابق مرتفع و در مصداق‌های جنون نسبی یا حالت‌های شبیه آن، موارد از عوامل رافع مسؤولیت کیفری مرتکب جرم شمرده می‌شود.

درواقع، طبق ماده‌ی ۱۴۸ قانون جدید شرط رافع بودن جنون از مسؤولیت کیفری بروز جنون حین ارتکاب جرم است و علاوه بر آن اگرچه بروز جنون حین ارتکاب جرم رافع مسؤولیت کیفری است، طبق ماده ۱۴۹ اگر افرادی که حین ارتکاب جرم مجنون شده‌اند و همچنین افرادی که بعد از ارتکاب جرایم تعزیری مجنون شده‌اند، باعث اختلال در نظم عمومی بشوند، دادستان وظیفه دارد تا در قالب اقدام تأمینی آنان را در مراکزی مناسب نگهداری کند.

طبق تبصره یک ماده ۱۴۹ قانون جدید بروز جنون بعد از حدوث جرایم موجب حد، قصاص، دیات و حتی تعزیرات رافع مسؤولیت کیفری نیست، بلکه در جرایمی که مجازات آنها جنبه‌ی حق‌اللهمی دارد، تا زمان افاقه تعقیب و محاکمه‌ای در کار نیست، اما این موضوع در جرایمی که مجازات آنها جنبه‌ی حق‌الناسی دارد این چنین نیست و بلافاصله باید رسیدگی شوند.

در ماده آخر قانون جدید مجازات اسلامی، قانون اقدامات تأمینی تربیتی ۱۳۳۹ به‌طور کلی نسخ صریح شده است.

در واقع در مورد افراد غیرمسئول مقررات اقدامات تأمینی و تربیتی (صغیر مواد ۸۷ و ۸۸ مجنون ماده ۱۴۹) در لایحه قانون جدید مجازات اسلامی قرار داده شده است. بنابراین در قانون جدید مقرر شد که قانون اقدامات تأمینی تربیتی منسوخ و اقدامات تأمینی تربیتی یا در قالب مجازات اصلی یا در قالب مجازات تکمیلی و تبعی برای افراد مسول پیش بینی شود که در مواد ۱۰-۱۲-۱۳ و مواد مربوط به مجازات اطفال و شخص مجنون (افراد غیرمسئول) به آن اشاره شده است.

نتیجه

با توجه به آنچه ذکر شد، معلوم می‌شود که بیماری اسکیزوفرنیا یکی از جالب‌ترین و در عین حال پیچیده‌ترین نوع بیماری‌های روانی است. با آنکه دانشمندان مختلف در مراکز متعدد پژوهشی دنیا سال‌ها در مورد این اختلال، تحقیقات دامنه دار و گسترده‌ای کرده و اطلاعات بسیار زیادی جمع‌آوری نموده‌اند، اما هنوز ماهیت واقعی و علل ایجادکننده و حتی انواع و علائم آن مورد بحث بوده و کلاً روشن نیست.

با این وجود، امروزه تجویز داروهای روانپزشکی جدید و مؤثرتر مانند کلوزاپین، اولانزاپین و ریسپریدون افق جدیدی را در درمان و پیشگیری از عود حملات اسکیزوفرنیا گشوده است. این داروها علاوه بر علائم مثبت بر علائم منفی نیز تأثیر دارند و عوارض آنها نیز از آرام‌بخش‌های قوی رایج کمتر است و از این رو ترجیح داده می‌شود (Csernasky, G.J.; 2002, P: 213).

البته نقش خانواده را در امر درمان و توانبخشی این بیماران نباید فراموش کرد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که مداخلات خانوادگی میزان‌های عود و بستری شدن‌های مکرر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را کاهش می‌دهد. اهمیت این مداخلات زمانی بیشتر روشن می‌شود که بدانیم ۳۰ تا ۶۰ درصد این بیماران با خانواده‌های خود زندگی می‌کنند و درصد قابل توجهی از آنان نیز به ارتباطات معمول خود با اعضای خانواده ادامه می‌دهند.

(Mueser, K.T.; Bond, R. G.; Darke, R.E. 2001, p : 114.)

در ارتباط با مسؤلیت کیفری این افراد نیز می‌توان گفت: «به دلیل فقدان قوه تمیز، تشخیص و فقدان اهلیت کیفری مطلق بوده، و فاقد مسؤلیت کیفری هستند. مگر آنکه در مرحله فعال بیماری و استقرار علائم آن نباشند یعنی علائم بیماری

آنها تحت کنترل بوده و در این خصوص هذیان و توهم فعالی نداشته باشند. که در این صورت مسؤولیت کیفری این افراد نسبی است» (کیانی، ۱۳۸۹ش.).

در ماده ۱۴۸ قانون جدید مجازات اسلامی معیاری برای جنون در نظر گرفته شده است که می‌گوید: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده، به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمیز باشد، مجنون محسوب شده و دارای مسؤولیت کیفری نخواهد بود».

از مصادیق جنون می‌توان به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی اشاره کرد که در صورت اثبات این شرایط، حالت کیفری از عمل مجرم سلب می‌شود.

به این ترتیب، مقررات جدید با برگشت به قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲ (اما نه برگشت کامل)، هرگونه اختلال روانی موجب فقدان اراده یا قوه تمیز را به‌عنوان جنون تلقی کرده و دارنده چنین حالاتی را در زمان ارتکاب جرم از نظر کیفری مسؤول نشناخته است.

به هر صورت چنین تغییراتی، یک گام به جلو تلقی می‌شود؛ زیرا رویه قضایی سابق با برخورد سیاه و سفید، متمایل و متکی به احراز جنون مطلق یا سلامت روانی کامل بود؛ اما در قانون جدید نقص ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی سابق مرتفع و مصداق‌های جنون نسبی یا حالت‌های شبیه آن، مثل اسکیزوفرنی از عوامل رافع مسؤولیت کیفری مرتکب جرم شمرده می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

- 1- De'mence Pre'coce
 - 2- Dementia Precox
 - 3- Heephrenia
 - 4- Catatonia
 - 5- Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders
 - 6- Internatinal Statistical Classification of Disease and Related Health Problems
 - 7- Paranoid
 - 8- Disorganized
 - 9- Catatonic
 - 10- Undifferentiated
 - 11- Residual
 - 12- Hebephrenia
 - 13- Post schizophrenic depression
 - 14- Simple
 - 15- Unspecified
 - 16- Others
 - 17- Nonconstructive
 - 18- Motor Function
 - 19- Stupor
 - 20- Negativism
 - 21- Rigidity
 - 22- Excitement
 - 23- Posturing
 - 24- Stereotypic
 - 25- Mannerism
 - 26- Mutism
 - 27- Waxy Flexibility
- ۲۸- بیماری اسکیزوفرنیا دارای سه مرحله است. مرحله مقدماتی، مرحله فعال و مرحله باقیمانده. مرحله فعال، مرحله‌ای است که علائم بیماری از جمله هذیان‌ها و توهم‌ها و سایر علائم و نشانه‌ها به وضوح بارز هستند.
- 29- Emotional Blunting
 - 30- Social Withdrawal
 - 31- Eccentric
 - 32- Clozapine
 - 33- Olanzapine
 - 34- Risperidone
 - 35- Atypic
 - 36- Haloperidol
 - 37- Fluphenazine
 - 38- Risperidone
 - 39- Olanzapine
 - 40- Qvetiapine
 - 41- Clozapine

- 42- Sertindole
43- Ziprasidone
44- Soliride

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- اردبیلی، محمد علی - (۱۳۸۶). حقوق جزای عمومی، ج ۱، ج ۲، ج ۱، تهران: میزان اسلامی تبار، شهریار - (۱۳۸۲). مجموعه کامل قوانین مجازات اسلامی و آیین نامه های کیفری، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی سیما
- امام هادی، محمدعلی و جلیلود، مریم و صالحی، منصور، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰. *فراوانی اختلالات روانی در مجرمان قتل عمد*
- بشیریه، تهمورث - (۱۳۸۵). بررسی مفهوم جنون از دیدگاه حقوقی و مقایسه آن با مفهوم جنون از دیدگاه روانپزشکی بر مبنای DSM-IV، پایان نامه دکتری، دانشگاه تهران
- بوالهری، جعفر؛ انصاری، ماهرخ - (۱۳۷۱). بهداشت روان برای بهورزان، انتشارات بشری بهرامی، غلامرضا؛ معنوی، عزالدین - (۱۳۷۰). فرهنگ لغات و اصطلاحات چهار زبانه روان پزشکی، انتشارات دانشگاه تهران
- پورافکاری، نصرت‌الله - (۱۳۷۳). فرهنگ جامع روان شناسی - روان پزشکی، انتشارات فرهنگ معاصر، ج دوم
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر - (۱۳۷۶). ترمینولوژی حقوق، گنج دانش، تهران، چاپ هشتم
- حکمت، سعید - (۱۳۷۰). روان پزشکی کیفری، انتشارات گنتبرگ
- حسینی، سیدابوالقاسم - (۱۳۵۹). «روان پزشکی بالینی» انتشارات دانشگاه مشهد
- خسروی، علی رضا - (۱۳۷۹). پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات
- دهخدا، علی اکبر - (۱۳۶۷). لغت‌نامه، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ دوم از دور جدید
- دهقان به آبادی، محمد رضا - (۱۳۷۴). مسؤلیت کیفری مجنون، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس
- ذوالفقاری، میترا و دیگران - (۱۳۸۶). مجموعه کامل دروس پرستاری، ج ۵، تهران: بشری رحمتی، فاطمه - (۱۳۸۵). بررسی تأثیر اختلالات روانی غیر از جنون در مسؤلیت کیفری، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران
- سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینیا - (۱۳۸۲). خلاصه روان پزشکی ترجمه رفیعی، حسن، سبحانیان، خسرو، انتشارات ارجمند، ج دوم
- شاملو، سعید - (۱۳۸۳). آسیب شناسی روانی، انتشارات رشد، چ هشتم

- صفایی، سیدحسین و قاسم‌زاده، سید مرتضی - (۱۳۸۵). حقوق مدنی اشخاص و مجبورین، چ ۱۲، تهران: سمت
- صابری، سید محمود؛ محمدی، محمدرضا - (۱۳۸۴). روان پزشکی قانونی، انتشارات نشر طبیب، چ اول
- عابدین زاده، زهرا - (۱۳۸۵). اسکیزوفرنی هیولای توهم، روزنامه رسالت، شماره ۶۳۸۹
- عوده، عبدالقادر - (۱۳۷۳). التشریح الجنائی الاسلامی، ترجمه عباس شیری و دیگران، چاپ اول، تهران: میزان
- فوکو، میشل - (۱۳۸۱). تاریخ جنون، ترجمه فاطمه ولیانی، فصل سوم (دیوانگان)، تهران: انتشارات هرمس، چ اول
- قائم مقام فراهانی، ضیاء؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ براتی سده، فرید - (۱۳۸۵)، درمان و توانبخشی اسکیزوفرنیا، انتشارات رشد
- کاپلان و سادوک - (۱۳۸۲). خلاصه روان پزشکی، ترجمه پورافکاری، نصرت الله، انتشارات شهر آب، چ اول
- کی نیا، مهدی - (۱۳۸۰). روان شناسی جنایی، چ دوم، انتشارات رشد
- کی نیا، مهدی - (۱۳۸۶). مبانی جرم شناسی، انتشارات دانشگاه تهران، ج اول
- کیانی، مهرزاد - (۱۳۸۷). تقریرات درس روان شناسی جنائی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، واحد علوم و تحقیقات تهران
- کیانی، مهرزاد - (۱۳۸۹). تقریرات درس روان شناسی جنایی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، واحد تهران مرکز
- کیانی، مهرزاد - (۱۳۸۹). تقریرات، دانشکده طب سنتی
- گودرزی، فرامرز - (۱۳۷۰). پزشکی قانونی، چ ۱، تهران: انیشتین
- گودرزی، فرامرز و کیانی، مهرزاد - (۱۳۸۶). پزشکی قانونی، چ ۴
- معطوف، لوئیس - (۱۳۸۲). المنجد، ترجمه محمد بندرریگی، چاپ چهارم، تهران: نشر ایران
- معظمی، شهلا - (۱۳۸۸). بزهکاری کودکان و نوجوانان، چاپ اول، تهران: دادگستر
- موسوی نسب، سید مسعود؛ پناهی متین، علی اصغر - (۱۳۷۲). روان پزشکی قانونی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- مهدی پناه، مسعود - (۱۳۸۰). اختلالات روانی (جنون) و مسؤولیت کیفری، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه امام صادق
- میرسپاسی، عبدالحسین؛ نظام، احمد؛ بیگدلی، مهدی - (۱۳۴۴). بررسی آماری بیماری های روانی در ایران، انتشارات کاویان
- میلانی‌فر، بهروز - (۱۳۷۰). بهداشت روانی، نشر قومس، چ اول
- نوربها، رضا - (۱۳۸۴). زمینه حقوق جزای عمومی، چ ۱۴، تهران: گنج دانش

نیکخو، محمدرضا و آوادیس، هامایاک - (۱۳۸۶). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا)، چاپ چهارم، تهران: مهارت

(ب) منابع انگلیسی

- Conly, R. R. (2002). Management of Treatment Refractory Patients. in: Schizophrenia: A New Guide for clinicians. Marcel Dekker. USA.
- Csernasky, G.J.; (2002). Maintenance Treatment for Schizophrenia. in: Schizophrenia: A New Guide for Clinicians, Marcel Dekker, New York.
- Leff, J.(1981). The Universality of the Functional Psychoses - in: Psychiatry Around the Globe - A Transcultural View. Marcel Dekker, New York.
- Millon, T.; Blaney, P.H.; Davis, R.D. (1999) - Schizophrenia - in: Oxford Text book of Psychopathology - Oxford University Press.
- Mueser, K.T.; Bond, R. G.; Darke, R.E.(2001). Community Based Treatment of Schizophrenia and other Severe Mental Disorder: Treatment Outcomes. Medscape General Medicine 3(1).
- Sadock, B.g.; Sadock, V.a.; (2003). Schizophrenia - in: Synopsis of Psychiatry, Ninth Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- WHO; (2001). The World Health Report . Mental Health View Understanding : New Hope. WHO. p: 100-103.

یادداشت شناسه مؤلفان

محمود عباسی: عضو هیأت علمی و رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و مدیر گروه اخلاق پزشکی.

نشانی الکترونیک: Dr.abbasi@sbmu.ac.ir

علیرضا خسروی: دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیک: khosravi135132@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۴/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۸