

بازتوانی بزه‌دیده در پرتو بزه‌دیده‌شناسی بالینی

ابوالقاسم خدادی* - مریم افتخار**

(تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱)

چکیده؛

بزه‌دیده‌شناسی بالینی به دنبال شناخت درد و رنج ناشی از جرم، جبران آسیب و زیان بزه‌دیده و در نهایت، درمان و بازتوانی بزه‌دیده است. اما در ادبیات جرم‌شناسی ایران بررسی این موضوع، کمتر دید می‌شود. بنابراین در این مقاله سعی شده است، چارچوب مفهومی و مراحل بزه‌دیده‌شناسی بالینی تبیین شود. در این راستا، انواع آسیب‌های وارد شده بر بزه‌دیدگان همراه با ارائه‌ی شناخت جدیدی از اختلال استرس پس از آسیب، نشانه‌ها و سبب‌شناسی این اختلال بررسی می‌شود. اختلال استرس پس از آسیب، واکنش شایعی است که انسان‌ها در مقابل رویدادهای بسیار استرس‌زا یا آسیب‌زا از خود نشان می‌دهند. پس از درک این مهم، با استفاده از دانش پزشکی، روانپزشکی و روان‌شناسی، انواع تدابیر حمایتی روانی و عاطفی، دارو درمانی و روان درمانی برای کاهش آثار آسیب‌های واقعی مجرمانه و تلاش برای بازتوانی بزه‌دیده ارائه می‌شود و در انتهای بحث، برای ارتقای ارائه‌ی خدمات بالینی به بزه‌دیده، اصلاح قانون تشکیل سازمان پزشکی قانونی پیشنهاد شده است.

واژگان کلیدی: بزه‌دیده‌شناسی بالینی، آسیب‌های روانی و عاطفی، اختلال آسیب پس از استرس، دارو درمانی، روان درمانی.

* استادیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه شاهد، (نویسنده مسئول):

a.khodadi@gmail.com

** دانشجوی تخصص روانپزشکی انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه؛

اهداف، اصول، تدابیر و اقدامات مربوط به اصلاح و درمان مجرمین و مفهوم حالت خطرناک مجرم در جرم‌شناسی بالینی^۱ بحث می‌شود. در تعاریفی که برای اصلاح و درمان مجرمین ارائه شده است، می‌توان واژگانی چون بازپذیری، بازسازی و بازاجتماعی شدن را ملاحظه کرد. در مجموع می‌توان جرم‌شناسی بالینی را جرم‌شناسی اصلاح و درمان، در پی شناخت حالت خطرناک مجرم و در نهایت پیشگیری از تکرار جرم دانست.^۲ اما به نظر می‌رسد به مثابه بازپروزی بزه‌کاران، برای پیشگیری از تکرار جرم، باید به دنبال بازتوانی بزه‌دیدگان برای پیشگیری از تکرار بزه‌دیدگی بود. بر این اساس، بزه‌دیدگانی که پس از تحمل جرم از حالت عادی خارج شده‌اند و توان جسمی، عاطفی و روانی خود را از دست داده‌اند، باید مورد بازتوانی قرار گیرند. به تعبیر دیگر، مسائلی چون ترمیم آسیب‌های جسمی، روانی و عاطفی، موضوعاتی است که می‌توان در بزه‌دیده‌شناسی بالینی مورد بررسی قرار داد. در واقع، در بزه‌دیده‌شناسی بالینی^۳ با استفاده از شیوه‌های پزشکی، روانپزشکی و روان‌شناسی بعد از شناخت آسیب‌های ناشی از جرائم، درمان بزه‌دیدگان در دستور کار قرار می‌گیرد. شاخه‌های مختلف بزه‌دیده‌شناسی بالینی شامل عدالت برای بزه‌دیدگان، کمک به بزه‌دیدگان، بزه‌دیده‌شناسی علمی (تجربی) و بزه‌دیده‌شناسی بالینی است. در ادبیات جرم‌شناسی ایران، درباره دو موضوع عدالت برای بزه‌دیدگان و کمک به بزه‌دیدگان در قالب انواع حمایت‌های حقوقی، مالی، اجتماعی و غیره در قالب بزه‌دیده‌شناسی حمایتی تحقیقات قابل توجهی شده است،^۴ اما در مورد بزه‌دیده‌شناسی

^۱. La Criminologie Clinique

^۲. برای مطالعه بیشتر در مورد جرم‌شناسی بالینی رک به بابایی، محمدعلی، جرم‌شناسی بالینی، انتشارات میزان، ۱۳۹۰

^۳. La Victimologie Clinique

^۴. برای مطالعه بیشتر در مورد عدالت برای بزه‌دیدگان رک به اداره کنترل مواد مخدر و پیشگیری از جرم سازمان ملل، عدالت برای بزه‌دیده، ترجمه علی شایان، انتشارات سلسبیل، ۱۳۸۴ و در مورد بزه‌دیده‌شناسی حمایتی رک به رایجیان اصلی، مهرداد، بزه‌دیده‌شناسی حمایتی، نشر دادگستر، چاپ دوم، ۱۳۹۰ و در مورد بزه‌دیده‌شناسی رک به رایجیان اصلی، مهرداد، بزه‌دیده‌شناسی، جلد یکم، موسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی، ۱۳۹۰ و نجفی ابرنآبادی، علی حسین، تقریرات درس جرم‌شناسی (بزه‌دیده‌شناسی)، ۷۴-۱۳۷۳ و جرم‌شناسی بازپروری بزه‌کاران، دانشگاه تربیت مدرس، ۸۷-۱۳۸۶

علمی (تجربی) که به شناخت علت وقوع جرم از زاویه بررسی میزان نقش بزه‌دیده در ارتکاب جرم و رابطه وی با بزه‌کار می‌پردازد، مطالب علمی کمی وجود دارد.^۱ با این وصف، در مورد بزه‌دیده‌شناسی بالینی که علاوه بر علوم جنایی و اجتماعی، نیاز به علوم پزشکی و پیراپزشکی نیز دارد، کمبود تحقیقات بسیار جدی است. بنابراین مقاله‌ی کنونی در صدد پاسخگویی به این سوالات است که ابعاد بزه‌دیده‌شناسی بالینی و مراحل اصلی آن چیست؟ چه تدابیر بالینی برای بازتوانی بزه‌دیده بویژه در مورد اختلال استرس پس از آسیب می‌توان بکار بست؟ در این راستا، مطالب در سه بخش ساماندهی شده است. ابتدا مراحل بزه‌دیده‌شناسی بالینی برای معاینه و تشخیص بزه‌دیدگی بررسی می‌شود. در بخش دوم انواع آسیب‌های وارد بر بزه‌دیدگان با تاکید بر اختلال استرس پس از آسیب‌شناسایی موضوع بحث است و در بخش سوم تدابیر روان‌درمانی و دارو درمانی به عنوان راه کارهای بالینی ارایه می‌گردد.

۱. مراحل بزه‌دیده‌شناسی بالینی؛

جرم‌شناسی بالینی در مفهوم مضیق، یعنی مطالعه و معاینه‌ی مجرم به منظور ارزیابی نوع حالت خطرناک و تشکیل پرونده‌ی شخصیت برای او که با هدف اصلاح و درمان و پیشگیری از تکرار جرم انجام می‌شود. بزه‌دیده‌شناسی بالینی نیز به سهم خود، بازتوانی بزه‌دیده را از طریق تشکیل پرونده‌ی شخصیت او به منظور پیشگیری از تکرار بزه‌دیدگی به ویژه در جرایمی چون ضرب و جرح، اذیت و آزار، تجاوز به عنف و جرائم دیگر که قربانی آن‌ها متحمل درد و رنج جسمانی، روانی و عاطفی می‌شود، دنبال می‌کند. باید دانست با اعمال مجازات نسبت به مجرم، این دردها تسکین نمی‌یابد. بزه‌دیدگان نیاز به حمایتی غیر از حمایت حقوقی - قضایی نیز دارند. مجازات مجرم تنها بخشی از تسکین آلام به شمار می‌آید. به همین دلیل کلینیک بزه‌دیده، که ابتدا سازمان‌های غیردولتی و انجمن‌های مدنی (مانند انجمن حمایت از کودکان آزاردیده و جمعیت حمایت از زنان آسیب‌دیده جنسی) و کسانی که در گذشته‌ی خود قربانی این جرائم بوده‌اند، ایجاد گردیده تا به صورت داوطلبانه، قربانیان جرائم خاص را ترمیم کنند و با دادن مشاوره به آنان،

۱. برای مطالعه بیشتر در مورد بزه‌دیده‌شناسی علمی رک به نجفی ابرنآبادی، علی‌حسین، تقریرات درس

بزه‌دیده‌شناسی علت‌شناختی، دانشگاه شهید بهشتی، ۸۷-۱۳۸۶



آسیب‌های وارده به آنان (به ویژه دردهای عاطفی و مشکلات روانی) را التیام بخشند. بر اساس این اقدامات درمانی، بزه‌دیده به مرور زمان به شرایط قبل از تجربه جرم باز می‌گردد. در کلینیک بزه‌دیده، بیشتر به رفع خساراتی توجه می‌شود که در عین وجود، ملموس نبوده ولی بزه‌دیده را جریحه‌دار کرده و ممکن است در آینده از او یک بزه‌کار و انتقام‌جو بیافریند.

بنابراین هدف عمده‌ی بزه‌دیده‌شناسی بالینی و درمانگاه بزه‌دیده، برگرداندن حالت روانی و عاطفی بزه‌دیده به شرایط قبل از تحمل جرم است (رجبی، ۱۳۸۶: ۱۲). علی‌رغم اینکه ایجاد شاخه‌ی بزه‌دیده‌شناسی بالینی به دلیل وجود مقاومت‌های متعددی با تأخیر بسیار صورت گرفته است. اما به هر حال، بزه‌دیده‌شناسی بالینی حوزه‌های مشتمل بر این موارد می‌شود: مطالعه‌ی نتایج و تبعات پزشکی و روانی ناشی از روند بزه‌دیدگی، بررسی و مطالعه‌ی موارد پیچیدگی‌ها و سپس بررسی و ارزیابی ابعاد خسارت وارد بر فرد (Lopez, 1995: 12).

مراحلی که به طور کلی در بزه‌دیده‌شناسی بالینی طی می‌شود، شامل موارد ذیل خواهد بود.

۱- بزه‌دیده‌شناس بالینی ابتدا شخص مدعی بزه‌دیدگی را معاینه کرده و بررسی می‌کند تا دریابد آیا واقعاً بزه‌دیده به شمار می‌رود، یا اینکه بزه‌دیده‌ی صوری و تخیلی است. برای مثال در حریق‌های عمدی که مرتکب، انبار یا مغازه‌اش را آتش زده تا از بیمه خسارت بگیرد، ابتدا بررسی می‌شود که حریق اتفاقی است یا مجرمانه؟ همچنین در جرم تجاوز جنسی بررسی می‌شود که آیا بزه‌دیده واقعاً رضایت نداشته یا منفعل بوده است؟ در این زمینه می‌توان از نظرات کارشناسان، مشاوران، روان‌پزشکان و روان‌شناسان بهره جست.

۲- مرحله‌ی دیگر، بررسی خصیصه و ماهیت بزه‌دیدگی است. همان‌طور که جرم‌شناس بالینی، بزه‌کار را با تشکیل پرونده‌ی شخصیت معاینه می‌کند تا میزان خطرناک بودن آن را تشخیص دهد و سپس به بازپروری او بپردازد، در کلینیک بزه‌دیدگی نیز ماهیت بزه‌دیدگی، یعنی خسارت و درد و رنج ناشی از جرم برآورد می‌شود. در خصوص تشخیص نوع بزه‌دیدگی، مددکار یا بزه‌دیده‌شناس بالینی به دنبال سنجش ضربه‌ی روانی، جسمانی و عاطفی است که از طریق ارتکاب جرم به فرد وارد شده است. بزه‌دیدگان سرقت، آدم‌ربایی، کودک‌ربایی و سایر جرائم، همگی

نیاز به حمایت مادی، عاطفی، روانی دارند. میزان و نوع حمایت در کلینیک بزه‌دیده برآورد می‌شود.

۳- مددکاران اجتماعی یا بزه‌دیده‌شناسان بالینی به دنبال آنند که آیا بزه‌دیده‌ی شاکی از فرایند رسیدگی به شکایات خود در دادگستری و کلانتری یا از رفتار قاضی و وکیل خود راضی است یا خیر؛ زیرا در کلینیک بزه‌دیده مشاهده می‌شود که پاره‌ای از بزه‌دیدگان، افزون بر زیان‌های ناشی از جرم، از رفتار مقام‌های پلیسی-قضایی نیز رنج می‌برند و شکایت دارند (اداره کنترل مواد مخدر و پیشگیری از جرم سازمان ملل متحد، ۱۳۸۴: ۲۴). بنابراین در کلینیک بزه‌دیده، دو نوع بزه‌دیدگی از یکدیگر تفکیک می‌شوند: یکی بزه‌دیدگی ناشی از تحمل جرم (بزه‌دیدگی اولیه یا اصلی)^۱ که جنبه‌ی حقوقی و قضایی دارد و دیگری بزه‌دیدگی یا نامالایمات ثانوی^۲ یا فرعی که همانا نامالایمات و فشارهایی است که شاکی در مراحل مختلف فرایند کیفری از زمان اقامه‌ی شکایت در جامعه متحمل شده است.^۳ در چنین حالتی بزه‌دیده به جای ترمیم و توجه، مورد بی‌توجهی و خشونت واقع می‌شود. حتی سلسله‌ای از نامالایمات جدید به بزه‌دیدگی اصلی او اضافه می‌شود که آثار آن برای او گاه بسیار شدیدتر از تجربه‌ی جرم است. بر این اساس، امروزه در کنار تضمین‌های حقوقی پیش‌بینی شده برای بزه‌دیده، حق دیگری نیز با عنوان «ترمیم آلام ناشی از رجوع به عدالت کیفری» پدید آمده است. برای مثال پوشش مطبوعاتی دادن به رسیدگی و گرفتن عکس و انعکاس آن در رسانه‌ها یا طولانی شدن فرآیند رسیدگی، ممکن است بزه‌دیدگی ثانوی را برای شاکی ایجاد کند. علاوه بر این، بزه‌دیدگی اولیه‌ی فرد، امکان ورود وی به بزهکاری آینده را به ویژه در مورد کودکان افزایش می‌دهد. مشهور است که گفته می‌شود: «بزه‌دیده امروز، بزهکار آینده» است. این موضوع در مورد سوء استفاده جنسی از زنان، قابل

1. La victimization première

2. La victimization deuxième

۳. در این زمینه می‌توان به طرح حمایت از بزه‌دیدگان در مشهد اشاره کرد که توسط معاونت اجتماعی و پیشگیری استان خراسان رضوی به صورت آزمایشی در مجتمع کامیاب مشهد در حال اجراست. از جمله اهداف این طرح در راستای پیشگیری از بزه‌دیدگی ثانوی آنان، شناسایی مشکلات بزه‌دیده، اطلاع‌رسانی بهتر به بزه‌دیده در مسیر دادرسی و کمک‌رسانی فوری به بزه‌دیدگان است. برای مطالعه بیشتر رک به بهروزیه، محمد، نشریه جرم‌شناسی پیشگیری، دادگستری کل استان خراسان

رضوی، پیش‌شماره ۱، ۱۳۹۰، ص ۲۳



تأمل است. یافته‌های مطالعه‌ی میدانی هشدار جدی در این باره بیان کرده است، به طوری که ۲۲/۵ درصد از زنان روسپی مورد مطالعه، در کودکی، قربانی سوء استفاده‌ی جنسی بوده‌اند (علیانی زند، ۱۳۸۳: ۳۶).

۴- پس از برآورد میزان خسارت جسمانی، روانی و عاطفی با ارائه‌ی نظریات مشورتی به دادگاه، سعی می‌شود ماهیت حکم، منطبق با شرایط و نیازهای بزه‌دیده تنظیم و صادر شود. خسارات روانی و عاطفی به اصطلاح نامرئی هستند و ترمیم آن‌ها طولانی و زمان‌بر است. از این روی بزه‌دیده، چه مقصر و چه بی‌گناه آثار نامطلوب آن را تحمل می‌کند و سزاوار حمایت‌های گوناگون است. در نهایت، هدف یا رسالت عمده‌ی بزه‌دیده‌شناسان بالینی و درمانگاه بزه‌دیده، اعاده‌ی بزه‌دیدگان به شرایط سالم و طبیعی از لحاظ روانی، عاطفی و معنوی است که از طرق مختلف به آن می‌پردازند (رجبی، همان: ۱۹). به عبارت دیگر، پس از شناخت آسیب‌های وارده بر بزه‌دیدگان، با راهکارهای مختلف اقدام به درمان و بازتوانی آنان می‌کنند.

از این رو، در این نوشتار ابتدا آسیب‌های وارده بر بزه‌دیدگان بررسی می‌شود، سپس راهکارهای ترمیم این آسیب‌ها یا بازتوانی بزه‌دیدگان، مورد اشاره قرار خواهند گرفت.

۲. آسیب‌های وارد بر بزه‌دیدگان؛

آسیب‌های ناشی از جرم که بر بزه‌دیدگان جرائم وارد می‌شود، بر اساس نوع جرم، شدت آن و نیز شخصیت بزه‌دیده متفاوت است. به طور معمول در همه‌ی جرائم آسیب‌های عاطفی، حیثیتی و روانی بر بزه‌دیدگان وارد شده و در برخی جرائم نیز بزه‌دیدگان دچار آسیب‌های جسمی می‌شوند. در ادبیات علوم جنایی در خصوص آسیب‌های جسمی مطالب زیادی گفته شده است اما در مورد آسیب‌های روانی، عاطفی، ضرورت بیشتری به بحث و بررسی وجود دارد که در ادامه به آن می‌پردازیم.

۲-۱. آسیب‌های روانی و عاطفی؛

از جمله آسیب‌های وارد بر بزه‌دیدگان جرائم، اختلالاتی است که در روح و روان فرد ایجاد می‌شود. علاوه بر اختلالات جسمی که در اثر بزه‌دیدگی در برخی جرائم به وجود می‌آیند، در اغلب جرائم، آسیب‌هایی بر بزه‌دیدگان وارد می‌آید که آنان را از سلامت روانی خارج می‌سازد.

در این حالت فرد بزه‌دیده- هرچند به صورت موقت- بیمار محسوب می‌شود که باید نسبت به درمان سریع و مطلوب وی اقدامات لازم را به عمل آورد. همچنین در برخی موارد نیز ممکن است فرد بزه‌دیده در سلامت روانی به سر برسد، ولی عواطف و احساسات او خدشه‌دار شده باشد. حمایت‌های عاطفی، کمک‌های روان‌شناسانه‌ای است که برای ترمیم درد و رنج‌های عاطفی بزه‌دیدگان انجام می‌شود و پیش از هر چیز نقش روان‌شناسان و روان‌کاوان در آن برجسته است. اریک لیندمان^۱ به عنوان یک پیشرو در مطالعه‌ی آثار بحران‌ها بر سلامت ذهنی و عاطفی انسان‌ها، شناخت بهتری از پویایی‌های بحران و دیدگاهی سیستمی برای درمان افرادی که از آن رنج می‌برند، ایجاد کرد. مطالعه‌ی او که به فرآیند اندوه^۲ نجات یافتگان آتش‌سوزی بیشه کوکونوت^۳ در سال ۱۹۴۲ در بوستون اختصاص داشت، مبنایی شد که بخش مهمی از دانش فرآیند اندوه بر اساس آن ساخته شود. او اعتقاد داشت که اندوه شدید، پاسخی طبیعی و ضروری به «فقدان شدید»^۴ است. یکی دیگر از متخصصان به نام گارلند کاپلین^۵ این دیدگاه را به این نحو گسترش داد که تمامی واکنش‌های انسانی به وقایع تروماتیک، نتیجه‌ی فقدان است. افراد به شکل‌های متفاوتی به موقعیت‌های مختلف واکنش نشان می‌دهند. آنچه برای یک فرد تبدیل به بحران می‌شود، ممکن است برای دیگری تنها یک آزار جزئی به حساب آید. در نتیجه، بحران معانی متفاوتی دارد. این کلمه در پزشکی یک معنا دارد و در روانپزشکی معنایی دیگر. بسیاری از محققان این کلمه را تعریف کرده‌اند. اما آنچه در این جا برای ما اهمیت دارد، معنایی است که می‌توان در بزه‌دیده‌شناسی از آن مستفاد کرد. بحران در اینجا به عنوان مجموعه‌ای از شرایط موقتی خاص است که منجر به حالتی از ناراحتی و عدم تعادل می‌شود. ویژگی این مشکل، ناتوانی فرد در کنار آمدن با شرایط خاص با استفاده از روش‌های مرسوم حل مسئله است (Ibid: 43). یکی از تحلیل‌های رایج در خصوص واکنش به بحران، این واکنش را به سه مرحله تقسیم می‌کند:

1. Eric Lindemann

2. Grief process

3. Coconut Grove

4. Acute loss

5. Garland Caplin



مرحله‌ی تاثیر،^۱ مرحله‌ی بازگشت،^۲ و مرحله‌ی بازسازی.^۳ که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱-۱-۲. مراحل واکنش روانی در مقابل بحران بزه‌دیدگی؛

الف: مرحله‌ی تأثیر

این مرحله بلافاصله پس از وقوع جرم رخ می‌دهد. در این حالت به بزه‌دیده احساسی شبیه به شوک دست می‌دهد. بعضی از آن‌ها نمی‌توانند غذا بخورند یا بخوابند. بعضی دیگر ممکن است اساساً رخداد جرم را منکر شوند. عبارت‌هایی نظیر «نمی‌توانم باور کنم که این اتفاق برای من رخ داد»، در این مرحله بسیار رایج است. بسیاری از بزه‌دیدگان احساس بی‌پناهی و آسیب‌پذیری می‌کنند و یا جملاتی ناامیدکننده به زبان می‌آورند. مرحله‌ی تأثیر ممکن است از چندین ساعت تا چندین ماه پس از جرم به طول بیانجامد و نوسانات زیادی در رفتار بزه‌دیده مشاهده شود. رفتار وی در یک زمان کاملاً تحت کنترل است و در زمان دیگر، احساسات کنترل نشده و درهم ریخته از خود بروز می‌دهد. بزه‌دیده‌ی جرم در این زمان بسیار آسیب‌پذیر بوده و نسبت به جهت‌گیری دیگران حساس است. دیدگاه‌هایی که کاملاً غیرسرزنش‌آمیز و ساده به نظر می‌رسند و توسط اطرافیان مطرح می‌شوند، ممکن است از سوی بزه‌دیده، سرزنشی برای بزه‌دیدگی‌اش تلقی شود. سرانجام اینکه جرم می‌تواند در روابط زناشویی و در بلندمدت بر اشتغال بزه‌دیده تاثیر نامطلوب بگذارد بویژه در جایی که جرم در محل کار ارتکاب یابد (اداره کنترل مواد مخدر و پیشگیری از جرم سازمان ملل متحد، ۱۳۸۴: ۱۵).

ب: مرحله‌ی بازگشت

در طول این مرحله، بزه‌دیده تلاش می‌کند تا واقعیت رخ داده یعنی جرم را بپذیرد و شخصیت خود را دوباره بازسازی کند. بزه‌دیدگان معمولاً احساساتی شامل گناه، ترس، خشم، ترحم به حال خود و اندوه را تجربه می‌کنند. بعضی از آن‌ها، این احساسات دردناک ناشی از جرم را نمی‌پذیرند و در زمان‌های دیگر، اساساً تجربه‌ی چنین حالاتی را نیز منکر می‌شوند. کاپلین این

¹. Impact stage

². Recoil stage

³. Reorganization Stage

چرخه را به عنوان فرآیند درگیر کردن بزه‌دیدگانی^۱ مطرح می‌کند که نیاز به فرصت‌هایی برای رها شدن از نبرد با شرایطشان دارند. اما در نهایت باید هوشیاری خود را بازیافته و به درک مشکل نائل آیند. اساساً، بزه‌دیدگان، پس از تلاش برای کنار آمدن با احساساتشان در خصوص جرم، به لحاظ احساسی خسته می‌شوند و از فکر کردن به آن صرف‌نظر می‌کنند تا بتوانند آرامش بگیرند، خود را بازیابند و فرایند درمان را آغاز کنند. سپس آنها خواهند توانست تا احساسات خود را نسبت به جرم با بازسازی منابع احساسی‌شان مورد رسیدگی قرار دهند.

در این مرحله است که بزه‌دیدگان تلاش می‌کنند از پس احساساتشان در مورد جرم برآیند. عده‌ای تمامی ابعاد و جزئیات واقعه‌ی جنایی را به ذهن می‌آورند، بعضی تمایل دارند تا به صورت نامحدود در مورد آن صحبت کنند؛ بعضی خواب آن واقعه را می‌بینند. همچنان که بزه‌دیدگان با واقعیت عمل مجرمانه مواجه می‌شوند، ممکن است مجدداً دچار احساس ترس شوند. پس از گذشت هجوم ناگهانی جرم، بعضی از بزه‌دیدگان، شدت احساسات در مورد جرم را، تنها در خود نگاه می‌دارند. این احساس ترس ممکن است غیرقابل انتقال باشد. بزه‌دیدگان باید ترس و دیگر احساسات شدیدی که در مورد جرم دارند را به زبان آورند تا فرایند درمان را آغاز کنند. با گذشت زمان، اکثر تأثیرات تروماتیک مرتبط با این احساسات کاهش می‌یابند (Ibid: 44). یکی دیگر از ویژگی‌های رایج در این مرحله، خشم نسبت به مجرم است. بزه‌دیدگان ممکن است احساس خشم شدید کنند اما از بازگو کردن آن ناتوان باشند. بعضی بزه‌دیدگان ممکن است ساعت‌ها بنشینند و به انتقام فکر کنند؛ به خصوص کسانی که بزه‌دیده‌ی حملات خشونت‌آمیز شده‌اند. بزه‌دیدگان باید بدانند تمایل به انتقام میلی طبیعی بوده و یکی از بخش‌های عادی فرآیند بهبودی است. بسیاری از بزه‌دیدگان می‌خواهند تا دلیلی برای بزه‌دیدگی خود بسازند. این افراد به دنبال پاسخ این سوال هستند که «چرا من؟»

پ: مرحله‌ی بازسازی

بعد از گذشت یک دوره‌ی زمانی، مرحله‌ی بازگشت، راهی برای مرحله‌ی بازسازی ایجاد می‌کند. از آنجایی که حالات ترس و خشم، شدت خود را از دست می‌دهند، بزه‌دیده به سمت

¹. Involving victims



حالتی متعادل تر حرکت می کند و انرژی بیشتری برای او باقی می ماند تا با فعالیت های روزمره زندگی مواجه شود. وقتی نیاز به انکار بزه دیدگی در بزه دیده کاهش پیدا می کند، او طبیعی تر می شود. به تدریج، بزه دیدگان قادر می شوند تا تنها دورنمایی از تجربه ی بزه دیدگی را نزد خود نگاه دارند و توان خود را به زندگی روزانه ی خود اختصاص دهند.

بزه دیدگان هرگز تجربه ی بزه دیدگی را فراموش نخواهند کرد و به روش های مختلفی به آن پاسخ می دهند. بحران یکی از این واکنش ها بوده و لزوماً همه ی بزه دیدگان دچار آن نمی شوند (Lopez, 2007: 143).

پس از بررسی مراحل واکنش در مقابل بحران به مهم ترین اختلالی که پس از وقوع بزه در بزه دیده پدیدار می شود، اشاره می گردد. این اختلال روانی، اختلال استرس پس از آسیب (پست تروماتیک PTSD)^۱ است. شناخت این اختلال و راه های درمان آن، مهم ترین بخش بزه دیده شناسی بالینی است.

۲-۲. اختلال استرس پس از آسیب؛

اختلال استرس پس از آسیب واکنش شایعی است که انسان ها در مقابل رویدادهای بسیار استرس-زا یا آسیب زا از خود نشان می دهند. رویدادهای متفاوتی می توانند منجر به اختلال استرس پس از آسیب شوند. مثلاً حوادث اتومبیل، مورد تهاجم قرار گرفتن یا قربانی جنایت دیگری شدن، مورد تجاوز جسمی یا جنسی قرار گرفتن، جان در بردن از یک مصیبت مانند سیل یا انفجار، یا شاهد مرگ دیگری بودن از جمله مواردی است که ممکن است منجر به اختلال استرس پس از آسیب شوند (طهماسبی، ۱۳۹۰: ۱). افراد دچار اختلال استرس پس از آسیب تمایل دارند آسیب را به شکل کابوس های شبانه، خاطرات نگران کننده و مرور خاطرات گذشته در طی ساعاتی بیداری نشان دهند. غرق شدن در خاطرات گذشته ممکن است موجب شود که ارتباط فرد با واقعیت برای ساعاتی و یا حتی روزها قطع شود. گاه در مرور خاطرات؛ تصاویر، صداها و بوها به قدری واقعی و طبیعی هستند که شخص احساس می کند که واقعه ی آسیب زا مجدداً در حال بروز است. در کودکان خردسال، رؤیاهای پریشان کننده ی مربوط به رویداد ممکن است ضمن

¹ Post Traumatic Stress Disorder

چند هفته به کابوس‌های فراگیر مربوط به موجودات عجیب، نجات دادن دیگران، تهدید علیه خود و یا دیگران تبدیل شود.

میزان شیوع اختلال استرس پس از آسیب در زنان دو برابر مردان است. علت دقیق این موضوع در مردان و زنان ناشناخته است، اما احتمالاً ناشی از عوامل فیزیولوژیک و روان‌شناختی است. در مکان‌هایی که آسیب برای هر دو جنس به یک میزان اتفاق می‌افتد (مانند حوادث طبیعی)، در زنان به دلایل ناشناخته و یا کمتر شناخته‌شده، به طور معناداری احتمال بروز علائم اختلال استرس پس از آسیب در سال‌های بعد افزایش می‌یابد.

علاوه بر جنسیت یکی دیگر از عواملی که فرد را مستعد این اختلال می‌کند، طول مدت شرایط استرس می‌باشد. تجربه‌ی جنگ ویتنام نشان داد، سربازانی که در جنگ‌های طولانی‌تری حضور داشتند، گرایش بیشتری به بروز علائم اختلال استرس پس از آسیب از خود نشان دادند و بالاخره یک تجربه‌ی قبلی از این اختلال، شخص را نسبت به فشارهای روانی بعدی، آسیب‌پذیرتر می‌نماید. در مجموع نشانه‌های این اختلال اگر توسط فرد دیگری رخ دهد، نظیر آنچه که در تجاوز جنسی اتفاق می‌افتد، به مراتب بدتر از زمانی است که در اثر یک حادثه‌ی طبیعی مانند سیل اتفاق می‌افتد. در جدول زیر علائم اختلال استرس پس از آسیب ساده و پیچیده بیان شده است.

PTSD پیچیده	PTSD ساده
درگیر چندین حادثه است.	درگیر تنها یک حادثه است.
طول مدت حادثه طولانی است.	طول مدت حادثه بسیار کوتاه است.
در سنین پایین‌تر رشد اتفاق می‌افتد.	در سنین بالاتر رخ می‌دهد.
درگیر خشونت‌هایی است که به وسیله انسان به وجود آمده است.	مشمول بر خشونت‌هایی نیست که به وسیله انسان اعمال شده باشد.
در حادثه به وجود آمده فرد نمی‌تواند نقش فعالی داشته باشد.	در حادثه به وجود آمده، فرد می‌تواند نقش فعالی داشته باشد.
ناگهانی و بدون هیچ زمینه قبلی رخ می‌دهد.	همراه با هشدارهای قبلی است.

نشانه‌های اختلال برای مدت کوتاهی وجود دارد.	نشانه‌ها برای مدت طولانی‌تری ادامه می‌یابد و گاه موجب تغییر نوروفیزیولوژی می‌شود که ممکن است برگشت‌ناپذیر باشد.
نشانه‌ها به خودی خود و یا در یک محیط حمایت شده بهبود می‌یابد.	برای بهبود به مداخلات حرفه‌ای نیاز است.

(کميجانی، ۱۳۸۷: ۴۷-۴۸)

۲-۲-۱. نشانه‌های اختلال پس از آسیب

بر اساس تقسیم‌بندی ویرایش پنجم کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب به چهار گروه نشانه‌های مزاحم و تکرار شونده، اجتنابی، اختلال شناختی و برانگیختگی شدید تقسیم می‌شوند:

الف: نشانه‌های مزاحم و تکرار شونده

نشانه‌هایی که در این دسته قرار می‌گیرند، شامل موارد زیر هستند:

- ۱- تکرار ناخواسته و مزاحم خاطرات مربوط به حادثه.
- ۲- رویاهای تکرار شونده با محتوای مرتبط با حادثه‌ی اتفاق افتاده.
- ۳- وجود واکنش‌های تجزیه‌ای مثلاً به صورت پس‌نمایی، به گونه‌ای که فرد تمامی احساسات و رفتارهای زمان حادثه را مجدداً تجربه می‌کند.
- ۴- استرس روانی شدید و طولانی در صورت مواجه با نشانه‌های داخلی و خارجی یا نشانه‌های که یادآور حادثه باشند. (Arlington, 2013: 78)

در افرادی که دچار اختلال استرس پس از آسیب هستند، خاطرات آن حادثه‌ی آسیب‌زا بدون خواست خود شخص در ذهن وی تداعی می‌شوند. این تداعی به همراه خاطرات مبهم و به صورتی ناگهانی رخ می‌دهند که اغلب با احساسات دردناکی نیز همراه می‌باشند و توجه شخص را به خود معطوف می‌کند. به عبارت دیگر هر چیزی که بتواند به نوعی خاطره‌ی بزه‌دیدگی را تداعی کند، این درد و رنج را برای بزه‌دیده تجدید می‌کند.



ب: نشانه‌های اجتنابی

نشانه‌های این دسته شامل موارد ذیل می‌گردد:

- ۱- تلاش برای اجتناب از افکار یا احساسات و یا مکالماتی که مرتبط با آسیب وارده است.
- ۲- تلاش برای اجتناب از فعالیت‌ها، مکان‌ها یا افرادی که یاد و خاطره‌ی آسیب را در ذهن تداعی می‌کنند (Ibid:79).

این نشانه‌ها روابط با دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهند، و آن‌ها تلاشی برای متوقف ساختن خاطرات ناخوشایند و احساسات نامطبوع هستند؛ شخص اغلب از احساسات و وابستگی‌های نزدیک با افراد خانواده، همکاران و دوستان اجتناب می‌کند.

پ: نشانه‌های اختلال شناختی

این مشکلات می‌تواند خود را به صورت نشانه‌های زیر بروز دهد:

- ۱- ناتوانی برای به یاد آوردن یک جنبه‌ی مهم از حادثه.
 - ۲- کاهش چشمگیر علاقه و انگیزه و یا عدم شرکت در فعالیت‌های خاص.
 - ۳- احساس جدا شدن از دیگران.
 - ۴- به وجود آمدن اعتقادات یا انتظارات منفی تشدید یافته و پایدار از خودشان، دیگران و دنیا.
 - ۵- ایجاد تصویر مخدوش شده و پایدار از علت و پیامدهای ناشی از تروما در ذهنشان.
 - ۶- تجربه کردن پایدار احساسات منفی مثل ترس، خشم، احساس گناه و شرم.
 - ۷- ناتوانی در تجربه‌ی احساسات مثبت مثل شادی، رضایتمندی، عشق و علاقه. (Ibid:79)
- فردی که تحت تأثیر حادثه‌ی شدیداً استرس‌زا قرار گرفته، ممکن است دچار اختلال در قوای شناختی خود شود و یا چنانچه مشابه چنین مشکلاتی را سابقاً داشته است، با وقوع این حادثه، توانایی شناختی آنان که شامل حافظه، آگاهی از خود و دنیای اطراف، توان قضاوت و مواردی از این دست می‌شود، رو به وخامت رود.

ت: نشانه‌های برانگیختگی شدید

آسیب روانی شدید می‌تواند باعث شود فرد احساس کند دائماً در خطر است و بنابراین همیشه گوش به زنگ است و گمان می‌کند تحت تعقیب است. این احساسات منجر به موارد زیر می‌شوند:

- ۱- مشکل برای خوابیدن.
- ۲- تحریک پذیری و رفتارهای پرخاشگرانه‌ی انفجاری.
- ۳- مشکل در تمرکز کردن که ممکن است با تضعیف حافظه همراه باشد.
- ۴- پاسخ‌های تکانشی شدید.
- ۵- گوش به زنگی و هشپاری شدید.
- ۶- انجام رفتارهای بی‌محابا که ممکن است به خودشان آسیب جدی وارد کنند (Ibid).

آنچه که در این زمینه اهمیت پیدا می‌کند زمان بروز و طول مدت این نشانه‌هاست که منجر به تشخیص‌گذاری و به تبع آن درمان می‌شود. این علائم معمولاً بلافاصله بعد از بروز حادثه شروع می‌شوند و حداقل باید به مدت یک ماه به طول انجامد تا مشمول چنین تشخیصی شوند. اما ممکن است بروز این علائم تا ۶ ماه و یا حتی سال‌ها بعد از وقوع حادثه به تعویق افتد که در این صورت با موارد تاخیری روبرو هستیم.

۲-۲-۲. سبب‌شناسی اختلال استرس پس از آسیب

در سبب‌شناسی اختلالات پس از آسیب، عمدتاً به دو دیدگاه اشاره می‌شود:

الف: دیدگاه روان‌شناختی

طبق رویکردهای رفتاری، فرض می‌شود که فرد دچار اختلال استرس پس از آسیب، نسبت به محرک‌هایی که در لحظه‌ی آسیب وجود داشته‌اند، دچار ترس شرطی می‌شود. به خاطر این تداعی آموخته شده، هرگاه این محرک‌ها یا محرک‌های مشابه وجود داشته باشد، فرد دچار اضطراب خواهد شد. فرار از رویداد آسیب‌زا، از این پس در فرد تقویت می‌شود، که این تقویت، واکنش گوشه‌گیری را در قربانیان افزایش می‌دهد. نظریه پردازان شناختی- رفتاری به این موضوع پرداخته‌اند که چگونه عقاید افراد در خصوص وقایع آسیب‌زا بر نحوه‌ی مقابله‌ی آن‌ها با این

رویداد تأثیر می‌گذارد. شایان ذکر است از جمله مواردی که تأثیر زیان‌بخش دارند و ممکن است به اختلال استرس پس از آسیب منجر شوند، سرزنش کردن بیش از حد فرد به خاطر اتفاقاتی است که خارج از کنترل اوست و نیز احساس گناه ناشی از پیامد این اتفاقات است (آشوری، ۱۳۹۰: ۸). یکی از علل پیدایش اختلال پس از آسیب، مرور خاطرات توسط فرد است. بدین معنا که وقتی فرد، به طور مثال بزه‌دیده‌ی یک جرم قرار می‌گیرد، تلاش می‌کند با مرور خاطرات، مفهوم آن را برای خود تجزیه و تحلیل کند. رویدادهای آسیب‌زا باعث می‌شوند که این افراد باورهای پیشین‌شان را زیر سؤال ببرند برای مثال، اینکه «جهان اساساً مکان امنی است» یا «اتفاق بدی برایشان نخواهد افتاد» را مسخره و غیر ممکن می‌دانند. آن‌ها درباره‌ی ضربه‌ی روحی که به آن‌ها وارد شده است، فکر می‌کنند تا بتوانند آن را درک کنند. اما فکر کردن درباره‌ی آن خاطره باعث می‌شود به خاطرات و احساسات ناخوشایند و دردناک برگردند و این خود باعث می‌شود که از فکر کردن درباره‌ی آن واقعه‌ی دردناک طفره بزنند. این افراد به جای آرامش یافتن، در فاصله‌ی بین به‌خاطر آوردن یا تلاش برای فراموش کردن در نوسان هستند.

ب: دیدگاه زیستی

پژوهش‌گران به طور روزافزون شواهدی را یافته‌اند که نشانه‌های آن را به ناهنجاری زیستی مرتبط می‌کنند. چندین ناهنجاری زیستی در افراد دچار اختلال استرس پس از آسیب مورد توجه قرار گرفته است. سطح پایینی از کورتیزول^۱، در پاسخ به فشار روانی آغاز می‌شود. پیشتر تصور بر آن بود که کورتیزول پایین که پس از واکنش به عوامل استرس‌زا اتفاق می‌افتد، دستگاه دفاعی بدن را در هم می‌شکند؛ اگرچه پژوهش‌های جدید نشان داده است که کورتیزول پایین ممکن است مقدم بر این اختلال باشد. مطالعات انجام شده در خصوص افراد آسیب‌دیده‌ی وسائط نقلیه و

^۱ کورتیزول یکی از هورمون‌های مهم بدن است که توسط غده‌های آدرنال ترشح می‌شود و در فعالیت‌های زیر دخالت دارد: تنظیم فشار خون، سوخت و ساز مناسب قند، آزادسازی انسولین برای حفظ سطح قند خون و ... - کورتیزول به طور طبیعی صبح‌ها در بالاترین سطح و شب‌ها در پائین‌ترین سطح، در بدن وجود دارد. با وجودی که استرس تنها دلیل ترشح کورتیزول به جریان خون نیست اما به دلیل آن که ترشح کورتیزول در جریان واکنش بدن به استرس، در سطح بالایی صورت می‌گیرد و نیز به دلیل آن که کورتیزول مسئول چند تغییر مربوط به استرس در بدن است به آن «هورمون استرس» گفته می‌شود.

“Cortisol and Stress”, How to Stay Healthy”, Elizabeth, Scott, <http://stress.about.com-2015>



سوء استفاده‌های جنسی نشان می‌دهد افرادی که سطح کورتیزول پایین تری داشته باشند، بیشتر احتمال دارد علائم این اختلال را از خود نشان دهند. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند داشتن هیپوکامپ کوچک خطر ابتلا به اختلال استرس پس از آسیب را افزایش می‌دهد. هیپوکامپ بخشی از مغز است که وظیفه‌ی رمزگذاری اطلاعات حافظه را برعهده دارد و درگیر پاسخ‌های هیجانی است (کمیجانی، همان: ۵۰). به عنوان مثال می‌توان به تأثیرات روانی سوء استفاده‌ی جنسی از کودکان اشاره کرد. گزارشی که در سال ۱۹۹۷ توسط مؤسسه‌ی ملی دادگستری آمریکا ارائه شد، این طور نشان داد که از حدود ۲۲ میلیون کودک بین سنین ۱۲ تا ۱۷ سال، یک میلیون و هشتصد هزار نفر از آنان بزه‌دیده‌ی سوء استفاده‌ی جنسی می‌باشند. این گزارش نشان داد که بیش از ۵۰ درصد از کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند، حداقل به طور نسبی دچار اختلال استرس پس از ضربه هستند. علاوه بر موارد مذکور، بیش از یک سوم این اطفال، گزارشات مبنی بر استرس و اضطراب را از خود نشان داده‌اند. دیگر علائم کثیرالظهور شامل بی‌قید و بندی (۳۸ درصد)، مشکلات رفتاری (۳۰ درصد)، اعتماد به نفس ضعیف (۳۵ درصد) و اختلالات نابهنجار رفتاری (۲۳ درصد) می‌شود. در برخی گزارشات اخیر، مخاطرات مشکلات جسمی در دوران بلوغ، در نتیجه‌ی حوادث دوران طفولیت از جمله سوء استفاده جنسی افزایش می‌یابد (Adams, E, 2008: 78).

اگر مباشر جرم، پدر یا مادر طفل باشد، طفل استرس و اختلال بیشتری به همراه خواهد داشت. ویژگی‌های طفل شامل سن و سطح پیشرفت او می‌شود. با پیشرفت در تحولات هنجاری، رویکرد طفل در رابطه با بزه‌دیدگی شامل استرس کم و یا زیاد می‌باشد. اطفال با اعتماد به نفس پایین، سطوح بیشتری از اختلال و استرس را تجربه می‌کنند. اطفالی که روش‌های سرمشق‌گیری آنها شامل پیشگیری و انزواست، علایم بیشتری از اختلال را تجربه می‌کنند. تأثیرات منفی روان-شناختی در سوء استفاده‌ی جنسی از کودکان در طول زمان تداوم خواهد داشت. تأثیرات احتمالی بلند مدت سوء استفاده‌ی جنسی از کودکان شامل افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از ضربه‌ای، عدم کارایی جنسی و سوء استفاده‌های بعدی می‌باشد. علاوه بر این، در میان جمعیت بزه‌دیدگان مؤنث بالغ، افراد با تجربیات سوء استفاده‌ی جنسی در کودکی، احتمال خودکشی در

آن‌ها دو برابر نسبت به همسالان خود بیشتر است. در طول زندگی، افرادی که در کودکی مورد سوء استفاده‌ی جنسی واقع شده‌اند، چهار برابر بیشتر در معرض اختلالات عصبی و روان‌شناختی قرار داشته و نیز سه برابر بیشتر در معرض سوء استفاده‌ی مکرر نسبت به هم سن و سالان خود هستند. در میان زنانی که سوء استفاده‌ی جنسی از آن‌ها منجر به ازالهی بکارت آن‌ها شده است، ریسک زیادی برای پیشرفت اختلال عصبی استرس پس ضربه‌ای وجود دارد (Renee Z, 2012: 102)؛ بنابراین اهمیت بررسی آسیب‌های وارد به بزهدیدگان خاص (کودکان و زنان) به دلیل آثار فراوان روانی و آسیب‌های اختلال پس از آسیب دو چندان است.

۳. تدابیر بالینی؛

چنانچه اشاره شد، آنچه در بزهدیده‌شناسی بالینی، پس از شناخت آسیب‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد، بازتوانی بزهدیدگان است. به نظر می‌رسد اولین نیاز بزهدیدگان پس از وقوع جرم، تلاش در جهت تقلیل و تسکین آسیب‌های جسمی، روانی و عاطفی آنان است. در این قسمت به تدابیری برای ترمیم و درمان این آسیب‌ها اشاره می‌شود.

۱-۳. تدابیر حمایتی پزشکی؛

برخی از رویدادهای جنایی ممکن است موجب آسیب جسمی بر بزهدیده شوند که درمان پزشکی، ضروری‌ترین نوع حمایت از چنین بزهدیدگانی است. حمایت پزشکی ممکن است در درمان‌های فوری (اورژانسی) ضرورت پیدا کند. در این صورت، دریافت گواهی پزشکی برای پیگیری‌های قضایی بعدی بسیار اهمیت دارد. این امر بدان جهت است که در صورت هرگونه کوتاهی در انجام این درمان‌ها از سوی پزشک یا مرکز اورژانس یک بیمارستان در عکس برداری از سر یک بزهدیده‌ی تصادف ساده رانندگی و یا اینکه خود بزهدیده به دلیل ترس یا هیجان‌های پس از جرم از انجام این درمان‌ها سر باز زند، یک ضربه‌ی سر به ظاهر ساده می‌تواند به خونریزی مغزی و مرگ بزهدیده منجر شود. در برخی موارد ممکن است این گواهی پزشکی خود یکی از منابع ایجاد تصور بزهدیدگی دوباره باشد. پزشک نباید به معایناتی که مستلزم گرفتن خون از شخص بزهدیده است متوسل شود، به جز در مواردی که نفع قطعی بزهدیده چنین اقدامی را ایجاد می‌کند. پزشک باید تمام وقایعی را که بزهدیده بیان می‌دارد، گزارش کند. او باید در نوشتن



تصدیق پزشکی از وجه شرطی استفاده کند و فرمول (بر اساس گفته‌های بزه‌دیده) را رعایت کند (ژرار لیز، ژینا فیلزولا، ۱۳۸۸: ۱۲۸). رعایت این امر به‌ویژه در مورد هویت و شخصیتی که بیمار از خود معرفی می‌کند و مورد تأیید قرار نگرفته، ضروری است. پزشک باید تمام شکایات بزه‌دیده را با کمال بی‌طرفی، یادداشت کند. وی باید بیانگر و منعکس‌کننده‌ی دردها و شکوه‌های شخص قربانی باشد و علاوه بر این باید اظهارات مخالف با واقع شخص بزه‌دیده را اعلام کند.

فراموشی پزشک، نه تنها ممکن است در زمینه‌ی جمع‌آوری دلایل برای بزه‌دیده زیان‌آور باشد، بلکه ممکن است باعث اختلاف‌ها و اعتراض‌های بعدی در زمینه‌ی ترمیم خسارت‌های جسمی شود. علاوه بر این، فراموشی پزشک می‌تواند به عنوان یکی از منابع ایجاد تصور بزه‌دیدگی دوباره مطرح باشد، چراکه ممکن است، بزه‌دیده فکر کند که پزشک نسبت به درد و رنج او سهل‌انگاری کرده یا آن را انکار کرده است (همان: ۱۲۷). گزارش پزشکی قانونی باید برای مرجع درخواست‌کننده فرستاده شود. در عمل، معمولاً پزشک در همان روز معاینه، گواهی پزشکی را به بزه‌دیده داده و به او سفارش می‌کند که یک تصویر از آن برای خود تهیه کند. معاینه بر اساس قواعد مشخصی صورت می‌گیرد. پزشک باید خود را به شخصی که تحت معاینه قرار دارد، معرفی کند و هدف از مأموریت خود را مشخص کند. این معاینه یک گفتگوی فردی است و بهتر است یا حتی ضروری است که مأمور پلیس قضایی که معمولاً همراه وی می‌باشد، از این گفتگو به دور باشد. این مسأله زمانی با مشکل مواجه می‌شود که معاینه مربوط به شخص تحت نظر باشد. پزشک باید در حدود وظیفه و مأموریت پاسخگو باشد. وی تنها با رضایت صریح بزه‌دیده، معاینه را شروع می‌کند. در مواردی که خود قربانی مانع انجام معاینه می‌شود، پزشک دلایل مربوطه را برای مرجع درخواست‌کننده توضیح می‌دهد (همان: ۱۲۸).

همچنین تأمین نیازهای درمانی بزه‌دیدگان به لحاظ فوریت داشتن، بر سایر نیازمندی‌ها تقدم دارد. اصول عالی انسانی ایجاب می‌کند که نیازهای اولیه‌ی درمانی بزه‌دیده، حتی اگر در وقوع جرم مقصر باشد، در اسرع وقت مرتفع گردد. نظر به اهمیت این مسأله مواد ۱۴-۱۷ بیانیه سازمان ملل متحد که تحت عنوان «اصول اساسی عدالت برای بزه‌دیدگان و قربانیان سوء استفاده از قدرت» در ۲۹ نوامبر ۱۹۸۵ توسط مجمع عمومی پذیرفته شد، به ضرورت و فوریت کمک‌های

دارویی، روانی و اجتماعی اختصاص یافته است. همچنین ماده ۴ کنوانسیون اروپایی در مورد خسارت‌زدایی از قربانیان جرایم خشونت آمیز که در ۲۴ نوامبر ۱۹۸۳ در استراسبورگ فرانسه به تصویب رسید، هزینه‌های پزشکی و دارویی و حتی مخارج کفن و دفن را مشمول خسارت‌زدایی دانسته است. ضروری است در کلیه مراکز اورژانسی، واحدی تحت عنوان واحد «پزشکی-قضایی» تشکیل شود تا همراه با بسیاری از امور تعقیب و شناسایی به طور هم‌زمان درمان نیز انجام گیرد. در این مراکز، آزمایشات جسمانی و روانی زیر نظر گروهی از کارشناسان از رشته‌های مختلف (پزشکی، روان‌شناسی و مددکاران اجتماعی) صورت گیرد یا حداقل، کارشناس عمومی برای پذیرش بزه‌دیده حضور داشته باشد و تمام این امور با رعایت رازداری و محرمانه بودن انجام پذیرد (Caroi, 2001:189). در واقع، تعدد اشخاصی که بزه‌دیده با آنها در فرایند پس از بزه-دیدگی مواجه می‌شود اعم از کارشناسان اداره‌ی کار، موسسات بیمه، پزشک بیمارستان، کارشناسان قضایی و غیره به نوبه‌ی خود از عوامل سردرگمی بزه‌دیده خواهد بود، لذا حضور یک مددکار اجتماعی یا کارشناس عمومی در کنار بزه‌دیده برای کمک به بزه‌دیده پیشنهاد می‌شود.

۲-۳. تدابیر حمایتی روانی، عاطفی؛

حالت روانی بزه‌دیدگان، پس از وقوع جرم، حالتی غیرمتعادل و اغلب افسرده و مضطرب و یا برآشفته و عصبانی است. این حالات بر اساس نوع بزه‌دیدگی متفاوت خواهد بود؛ به عنوان نمونه، از آنجا که قربانیان جرایم خلاف اخلاق، احساس شکست معنوی کرده و نوعاً دچار انزوا و اندوه سنگین شده‌اند، چه بسا درمان درد خود را در خودکشی و یا پنهان شدن از جامعه بدانند. در مقابل، افرادی که قربانی جرایمی چون ضرب و شتم یا تهمت و افترا شده‌اند، اغلب درصدد دفاع از خویشان و حتی انتقام بر می‌آیند. بزه‌دیدگان جرایم مالی نیز بر اساس مقدار تمکن و دارایی باقیمانده‌شان، احساسات متفاوتی دارند که البته چنانچه بزه‌دیدگی مالی سنگین باشد، افسردگی و تشویش و احساس شکست و از هستی ساقط شدن بر حالات دیگر غلبه خواهد داشت. بدیهی است همان‌گونه که جسم آسیب‌دیده‌ی بزه‌دیدگان، فوریت‌های پزشکی را می‌طلبد، شخصیت



جریحه‌دار و روان غیرمتعادل نیز نیازمند مساعدت و مراقبت است. اصولاً مساعدت‌ها و مراقبت‌های روانی بزه‌دیدگان باید با دو هدف انجام گیرد: هدف نخست، جلوگیری از طغیان و اخذ انتقام از سوی بزه‌دیده است که در اغلب موارد، نبود چنین مراقبت‌هایی در بزه‌دیدگی مجدد وی یا تحقق جرم جدید مؤثر بوده است. انگیزه‌ی دیگر این کمک‌ها، پیشگیری از انزوا و افسردگی بزه‌دیده است که این حالات نیز می‌تواند در تکرار بزه‌دیدگی وی دخالت داشته باشد.

تسکین احساسات جریحه‌دار شده‌ی بزه‌دیدگان از طرق مختلفی امکان‌پذیر است که مهم‌ترین آن واکنش مناسب و سریع جامعه در قبال بزهکاری است. به علاوه، برخورد افراد جامعه با بزه‌دیده نباید به گونه‌ای باشد که وی احساس کند هویت اجتماعی خود را از دست داده و مورد ترحم و دلسوزی قرار گرفته است. دعوت به آرامش و توصیه به بردباری اگر به صورت صحیح انجام پذیرد، در تسکین وی مؤثر خواهد بود. در کشور ما خلأ چنین مساعدت‌هایی، خصوصاً در قالب سازمان‌یافته و علمی، کاملاً محسوس است و بزه‌دیدگان اغلب با اظهارنظرهای متفاوتی مواجه می‌شوند که بر حیرت و سرگردانی و نهایتاً عدم تعادل آنان می‌افزاید. شایسته است واحدهای مشاوره و راهنمایی بزه‌دیدگان، چه در قالب رسمی و دولتی و چه به شکل مردمی، تشکیل و به صورت علمی پاسخگوی این نیاز بزه‌دیدگان باشند.

در ادامه تدابیر مربوط به حمایت‌های عاطفی بررسی می‌شود. در برخی از جرائم ممکن است فرد بزه‌دیده دچار آسیب روانی نشده ولی احساسات و عواطف او خدشه‌دار شود که لزوم حمایت عاطفی را می‌طلبد. حمایت‌های عاطفی، کمک‌های روان‌شناسانه‌ای است که برای ترمیم درد و رنج‌های عاطفی بزه‌دیدگان انجام می‌شود و پیش از هر چیز نقش روان‌شناسان و روان‌کاوان در آن برجسته است. حمایت عاطفی از بزه‌دیدگان را می‌توان از طریق مراکز خصوصی روان‌درمانی بهره‌مند از روان‌شناسان متخصص تضمین کرد. ولی اهمیت نقش روان‌شناسی در حمایت عاطفی هرگز به معنای انحصار آن در دست روان‌شناسان متخصص نیست. حمایت عاطفی را ممکن است کسانی انجام دهند که خود پیش‌تر بزه‌دیده بوده‌اند (رایجیان اصلی، ۱۳۹۰: ۹۳). بر این اساس در برخی از کشورها بزه‌دیدگان دیروز با راه‌اندازی «انجمن‌های کمک به بزه‌دیدگان» همواره این امکان را می‌یابند که پیشینیان عاطفی بزه‌دیدگان امروز باشند. به عبارت دیگر، کسی که پیش‌تر

تجربه‌ی بزهدیدگی را چشیده است، بهتر از هر شخص دیگر قادر به فهم درد و رنج‌های بزهدیده‌ی کنونی بوده و می‌تواند به او کمک کند. همچنین انجمن‌های کمک به بزهدیدگان می‌توانند با بهره‌گیری از روان‌شناسان متخصص به حمایت عاطفی از بزهدیدگان، جامعه‌ی عمل‌پوشانند (همان). به دلیل اهمیت موضوع اختلال استرس پس از آسیب، تدابیر حمایتی برای درمان و بازتوانی بزهدیدگانی که دچار این آسیب شده‌اند، به تفصیل بررسی می‌شود.

۳-۳. تدابیر حمایتی مربوط به اختلال استرس پس از آسیب؛

چنانچه اشاره شد اختلال استرس پس از آسیب واکنش شایعی است که انسان‌ها در مقابل رویدادهای بسیار استرس‌زا یا آسیب‌زا از خود نشان می‌دهند. پس از شناخت آثار، علائم و علت این اختلال در این قسمت، مباحث مربوط به درمان این اختلال بررسی می‌شود:

۳-۳-۱. دارو درمانی؛

پژوهش‌گران در چارچوب دیدگاه زیستی، از درمان موفقیت‌آمیز نشانه‌های PTSD با انواع داروها خبر داده‌اند، به طوری که داروی ارجح عمدتاً به نشانه‌های بزهدیده بستگی دارد. یک گروه از داروهای ضد افسردگی، با نام بازدارنده‌های جذب مجدد گزینشی سروتونین^۱ به عنوان خط اول درمان این بیماران به کار می‌روند که اثربخش‌ترین داروهای مربوط به این دسته دارویی که به درمان برخی علائم اختصاصی PTSD، علاوه بر افسردگی و اضطراب، کمک می‌کند، سرتالین و پاروکستین است (Kaplan, 2014: 44). این داروها با دوز پایین تجویز می‌شوند و سپس رفته رفته تا آنجا که لازم باشد دوز را افزایش می‌دهند. SSRIها عوارض جانبی کمتری نسبت به داروهای ضد افسردگی قدیم دارند. با این حال برخی از بیمارانی که از داروهای SSRI استفاده کرده‌اند به حالت تهوع خفیف اشاره کرده‌اند که این عوارض با گذشت زمان از بین

۱. سروتونین، ماده‌ی شیمیایی مهمی در مغز است که به عنوان «انتقال دهنده‌ی عصبی» شناخته می‌شود. انتقال دهنده‌ی عصبی، مولکولی در مغز است که به سلول‌های عصبی کمک می‌کند که با یکدیگر کار کنند. یکی از نقش‌ها و وظایفی که سروتونین در مغز دارد، عمل کردن به عنوان پلیس راهنمایی و رانندگی برای سایر انتقال دهنده‌های عصبی است. بدون وجود سروتونین به مقدار کافی، بسیاری از فعالیت‌های بدن و از جمله حالات روحی، تحت تاثیر قرار می‌گیرند:

<http://serotonin.blogfa.com/post-26.aspx>



می‌روند. همچنین مشکلات جنسی یکی دیگر از عوارض جانبی این داروهاست. در میان گذاشتن بروز عوارض جانبی با پزشک معالج بسیار مهم است، به طوری که تغییر دوز یا تعویض دارو این مشکل را نیز از بین می‌برد.

سایر داروهای ضد افسردگی مثل داروها سه حلقه‌ای و مهارکننده‌های مونو آمین اکسیداز نیز در درمان برخی علائم PTSD موثرند، خصوصاً از دسته‌ی داروهای سه حلقه‌ای داروهای مثل ایمی پرامین و آمی تریپتیلین طی مطالعات دقیق و کنترل شده‌ای، ثابت شده است. این داروها نیز با دوز پایین تجویز می‌شوند و کم کم دوز را بالا می‌برند و معمولاً مدت درمان، بهتر است حداقل به میزان ۸ هفته باشد و در صورت اثربخشی تا یکسال ادامه یابد (Ibid). از سایر داروهای موثر بر درمان این اختلال می‌توان داروهای ضد صرع مثل کاربامازپین و والپرات، کلونیدین و پروپرانولول را نام برد. در مورد درمان دارویی باید در نظر داشت که گرچه داروها می‌توانند نشانه‌ها را مقداری کاهش دهند، اما کلیه‌ی درمان‌های دارویی در این زمینه بیشترین اثر را روی افسردگی، اضطراب و تهییج پذیری زیاد بیماران می‌گذارند و اثر کمتری بر نشانه‌های دیگر مربوط به PTSD مثل اجتناب، انکار و کرختی هیجانی دارند. لذا دارو به تنهایی برای بهبود بخشیدن به مشکلات روانی و میان فردی که بر دوش مبتلایان به PTSD سنگینی می‌کند کافی نیست. در نتیجه، متخصصان بالینی نه تنها برای حل مسائل هیجانی، بلکه برای کنترل واکنش‌های فرد به درمان‌های دارویی، روان‌درمانی را توصیه می‌کنند. از طرفی با توجه به اینکه یکی از علایم این اختلال، اجتناب از یادآوری حادثه است، روان‌درمانی از طریق ایجاد راهی برای صحبت کردن بیمار در مورد حادثه و هیجانات مربوط به آن، به درمان این بیماران کمک می‌کند.

۳-۲-۳. روان‌درمانی؛

برخی فنون در روان‌درمانی می‌تواند باعث تسکین علائم بیمار شود، مانند درمان رفتاری-شناختی، گروه‌درمانی، هیپنوتیزم، روان‌درمانی عاجل^۱، روان‌درمانی روان‌پوشی و خانواده‌درمانی. برخی پژوهش‌گران، نتیجه گرفتند در افرادی که بلافاصله پس از حادثه، فرصت مناسبی برای صحبت کردن درباره تجربه‌هایشان به دست می‌آورند، ممکن است میزان علائم PTSD

1. time-limited

کاهش یابد. مطالعه بر ۱۲۰۰۰ کودک دانش آموز در توفان شدید در هاوایی، نشان داد آن دسته از کودکانی که به طور سریع از خدمات مشاوره‌ای بهره‌مند شدند در دو سال بعد وضعیت بهتری داشتند تا کسانی که این مشاوره را دریافت نکردند (Victoria M, 1998: 105)، اما اگر PTSD تشکیل شده باشد، دو رویکرد عمده‌ی روان درمانگرانه را می‌شود در پیش گرفت. اولی قرار دادن بیمار در معرض واقعه‌ی آسیب‌زای مذکور با روش‌های تجسمی یا مواجهه‌سازی زنده است، که این مواجهه‌سازی می‌تواند شدید یا تدریجی باشد و به ترتیب انفجار درمانی^۱ و حساسیت‌زدایی منظم^۲ نام دارند. رویکرد دوم، آموزش روش‌های تدبیر استرس^۳ است که شامل فنون آرام‌سازی عضلات و رویکردهای شناختی برای مدارا با استرس است.

در روش درمانی شناختی که اغلب به همراه درمان رفتاری مواجهه‌سازی به کار می‌رود، سه مرحله‌ی مهم وجود دارد، اول شناخت افکار ناکارآمد که در زمینه‌ی حادثه‌ی استرس‌زا ایجاد شده، دوم بررسی میزان قدرت این افکار و چالش با آنها و در نهایت جایگزین کردن آنها با افکار مفید و منطقی که این مرحله مهم‌ترین قسمت آن است و تحت عنوان بازسازی شناختی از آن یاد می‌شود. لازم به ذکر است که کارایی درمان شناختی به تنهایی اثربخشی کمتری نسبت به مواجهه‌درمانی یا ترکیب این دو با هم دارد. از انواع دیگر درمان‌های شناختی-رفتاری که جهت تسلط بیمار به اضطراب خود وجود دارد، می‌توان مهارت‌هایی مانند تکنیک‌های تنفسی یا بیوفیدبک (مهارتی که شخص می‌تواند عملکرد غیرارادی خود را کنترل کند)، مهار افکار منفی، کنترل خشم، مقاومت در برابر استرس و یادگیری مهارت‌های اجتماعی را نام برد.^۴

یکی دیگر از روش‌های مفید درمانی، روان‌درمانی روان‌پویشی است. روان‌پویشی به معنای بازسازی واقعه‌ی آسیب‌زا، توأم با تخلیه‌ی هیجانی^۵ و پالایش^۶ است که امکان دارد اثر درمانی داشته باشد. البته روان‌درمانی را باید متناسب با وضعیت هر بیمار انجام داد، چون برخی از بیماران

1. Implosive therapy
2. Systematic desensitization
3. Stress management

۴. اختلال استرس پس آسیمی، موجود در سایت اینترنتی اختلال‌ها و بیماری‌های روانی و جسمی به آدرس اینترنتی:

www.plague.blogfa.com به تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۲۹

5. abreaction
6. catharsis



ممکن است بر اثر احساس وقوع مجدد آسیب، از پا درآیند. قربانیان دچار PTSD همچنین می‌توانند یاد بگیرند با برخورد منطقی با شرایطشان و تجزیه کردن مشکلات خود به واحدهای قابل کنترل، فشار روانی را کاهش دهند. آن‌ها می‌توانند بین سرزنش خود و پرهیز کردن، تعادل بهتری برقرار کنند. افرادی که به خاطر نقش‌شان در واقعه‌ی آسیب‌زا بیش از حد احساس گناه می‌کنند، باید توجه کنند که مسئولیت‌شان آن قدر که تصور می‌شود، سنگین نبوده است. برعکس، کسانی که احساس می‌کنند بر آنچه که برایشان رخ می‌دهد، کنترلی ندارند و بنابراین از مواجهه با مشکلات پرهیز می‌کنند، می‌توانند یاد بگیرند احساس تسلط بیشتری بر روند زندگی خود داشته باشند. از گروه درمانی و خانواده درمانی نیز می‌توان در تسکین علائم بیمار مبتلا به PTSD یاری جست، به طور مثال گروه درمانی برای سربازان جنگ و بازماندگان بلاهایی نظیر زلزله بسیار موفقیت آمیز بوده است (Kaplan, 2014: 54). خصوصا گروه درمانی باعث شریک شدن در آسیب‌هایی که بر دیگران وارد آمده، و برخوردار شدن از حمایت سایر اعضای گروه می‌شود.

برآمد؛

از بین شاخه‌های مختلف بزه‌دیده‌شناسی یعنی عدالت برای بزه‌دیدگان، کمک به بزه‌دیدگان، بزه‌دیده‌شناسی علمی (تجربی) و بزه‌دیده‌شناسی بالینی، در ادبیات جرم‌شناسی ایران، کمتر به موضوع بزه‌دیده‌شناسی بالینی پرداخته شده است. در این مقاله اما سعی شده است در پاسخ به پرسش‌های طرح شده در ابتدای مقاله با استفاده از دانش پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی، مراحل و ابعاد بزه‌دیده‌شناسی بالینی تبیین شود. بدین ترتیب می‌توان گفت بزه‌دیده‌شناسی بالینی دارای دو بُعد اصلی یعنی آسیب‌شناسی و تدابیر بالینی است. در بُعد اول انواع آسیب‌های جسمی، روانی و عاطفی مورد بررسی قرار می‌گیرد. از مهم‌ترین آسیب‌های روانی نیز موضوع اختلال استرس پس از آسیب است که متأسفانه کنشگران نظام عدالت کیفری به این آسیب مهم توجه چندانی ندارند. در بُعد دوم نیز تدابیر بالینی مشتمل بر تدابیر دارو درمانی و روان‌درمانی شناسایی و بررسی گردید. همچنین مراحل اصلی بزه‌دیده‌شناسی بالینی نیز عبارت از معاینه‌ی بزه‌دیده، بررسی ماهیت و نوع بزه‌دیدگی، برآورد خسارت‌ها و در نهایت ارزیابی راه‌های درمان بزه‌دیده و اقدام مناسب برای درمان است. با این وصف، بعد از ارائه‌ی شناختی جامع از انواع آسیب‌های

وارد شده بر بزه‌دیده، با هدف پیشگیری از تکرار بزه‌دیدگی، انواع تدابیر بالینی با تاکید بر درمان اختلال استرس پس از آسیب ارایه شده است. از نتایج به دست آمده از این مقاله، ارائه‌ی شناختی از اختلال استرس پس از آسیب به عنوان یکی از آثار کمتر شناخته شده‌ی بزه‌دیدگی است. چرا که عمدتاً از این اختلال در مورد آسیب‌های پس از جنگ، سوانح هوایی یا رانندگی یاد می‌شود، اما در خصوص رویداد جرم، به عنوان واقعه‌ای استرس‌زا بحث زیادی نشده است. از این رو، می‌توان از یافته‌های این مقاله در شناخت از این اختلال، نشانه‌ها و آثار آن و راه‌های درمان این اختلال استفاده کرد. مع‌الوصف اما متأسفانه، در ایران هیچ نهاد و مؤسسه‌ای به صورت خاص متولی رسیدگی به بزه‌دیدگان جرائم، به خصوص در مورد آسیب‌های روانی و عاطفی نیست. جبران خسارت آسیب‌های وارد شده را صرفاً می‌توان به صورت پراکنده در وظایف برخی نهادها مشاهده کرد. اقدامات سازمان پزشکی قانونی برای بزه‌دیدگان، مشتمل بر معاینات و اظهارنظرهای کارشناسی برای بررسی‌های قضایی است. به عبارت دیگر، سازمان پزشکی قانونی به طور مستقیم اقدامی جهت ترمیم آسیب‌های جسمی و روانی بزه‌دیدگان انجام نمی‌دهد و فقط آسیب‌های وارد شده را آن هم محدود به آسیب‌های جسمی و احیاناً روانی، مورد معاینه و کارشناسی قرار می‌دهد.^۱ البته اقدامات این سازمان اگر به درستی صورت پذیرد، می‌تواند نقش عمده‌ای در جبران خسارات بزه‌دیده ایفا کند. همچنین نوع برخورد پزشکان و روانپزشکان این سازمان نیز از بزه‌دیدگی ثانوی جلوگیری خواهد کرد، اما توجه این مقاله به ترمیم آسیب‌های عاطفی و روانی است. هرچند مؤسسات مختلف دولتی و خصوصی، همچون بیمارستان‌های اعصاب و روان و واحدهای مشاوره و مددکاری، اقداماتی در راستای درمان بزه‌دیدگان جرائم انجام می‌دهند همانند سازمان بهزیستی (دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی معاونت اجتماعی) که در کنار دیگر وظایف، اقداماتی در خصوص بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی انجام می‌دهد ولی ارتباط مستقیم و همراه با شرح وظیفه و برنامه‌ای جامع برای بزه‌دیدگان نیست. اما با توجه به مباحث مطروحه، به دلیل نیازهای خاص روانی و عاطفی بزه‌دیدگان، همچنین به دلیل ارتباط نزدیک و پیوستگی هرگونه معاینه و تجویز در خصوص این آسیب‌ها با پرونده‌ی قضایی بزه‌دیده و مهم‌تر از همه

۱. جهت مشاهده خدمات سازمان پزشکی قانونی و سازمان بهزیستی رک به سایت اینترنتی این سازمان ها به آدرس:



برای پیشگیری از بزه‌دیدگی ثانوی و تکرار بزه دیدگی در راستای وظایف قوه قضاییه علی-الخصوص بعنوان اقدام مناسب برای پیشگیری از جرم موضوع بند ۵ از اصل ۱۵۶ قانون اساسی، پیشنهاد می‌شود ضمن اصلاح قانون تشکیل سازمان پزشکی قانونی، مدیریت، برنامه‌ریزی و سازماندهی به کلینیک‌های تخصصی برای ترمیم آسیب‌های بزه‌دیدگان به ویژه آسیب‌های روانی و عاطفی آنان از وظایف این سازمان قرار گیرد.

Archive of SID

منابع

فارسی

- اداره کنترل مواد مخدر و پیشگیری از جرم سازمان ملل، (۱۳۸۴)، *عدالت برای بزهدیده*، ترجمه علی شایان، تهران: انتشارات سلسبیل
- آشوری، محمد؛ خدادی، ابوالقاسم، (۱۳۹۰)، «حقوق بنیادین بزهدیده در فرایند دادرسی کیفری»، فصلنامه آموزه های حقوق کیفری، پاییز و زمستان
- بابایی، محمدعلی، (۱۳۹۰)، *جرم‌شناسی بالینی*، تهران: انتشارات میزان.
- بنی فاطمه، سعید و دیگران، (۱۳۸۷)، *فیزیوپاتولوژی PTSD*، قم، انتشارات رازبان.
- رایجیان اصلی، مهرداد، (۱۳۹۰)، *بزهدیده‌شناسی حمایتی*، نشر دادگستر، چاپ دوم، تهران
- رایجیان اصلی، مهرداد، (۱۳۹۰)، *بزهدیده‌شناسی*، موسسه مطالعات و پژوهشهای حقوقی شهردانش، تهران
- رجبی، ابراهیم، «درمانگاه بزهدیده و بزهدیدگی و نقش پلیس در آن»، فصلنامه دانش انتظامی، سال دوازدهم، شماره اول
- ژرار لپز، ژینا فیلیزولا، (۱۳۸۸)، *بزهدیده و بزهدیده‌شناسی*، ترجمه روح‌الدین کرد علیوند و احمد محمدی، چاپ دوم، تهران: نشر مجد.
- طهماسبی، شهرزاد، اختلال استرس پس از ضربه، مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی سگال، www.segalcbt.com
- علیایی زند، شهین، (۱۳۸۳)، «روسیگری، کودکان خیابانی و تکدی»، مجموعه مقالات اولین همایش آسیب‌های اجتماعی، جلد پنجم، نشر آگاه.
- کمیجانی، مهرناز، (۱۳۸۷)، «اختلال استرس پس از آسیب»، مجله تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۸۷
- نجفی ابرندآبادی، علی حسین، (۱۳۷۳-۷۴)، *تقریرات درس جرم‌شناسی (بزهدیده‌شناسی)*
- نجفی ابرندآبادی، علی حسین، (۱۳۸۷-۸۷)، *تقریرات درس بزهدیده‌شناسی علت‌شناختی*، دانشگاه شهید بهشتی



انگلیسی

- Adams, E, *Understanding the Traumas of Childhood Psycho-Sexual Abuse*, Bedford, Mass: Mills, Sanderson Publisher 2008,
- Cario R, *victimologie*, Ed. L'Harmattan, Vol. 4, 2e éd, 2001
- *Cognitive – behavioral therapies for trauma/* edited by Victoria M. Follette, Josef I. Ruzek, Francis R. Abueg, the Guilford press, 1998
- *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, fifth edition. Arlington, AV, American psychiatric association, 2013
- Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, eleventh edition, Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz, 2014
- Lopez G, Bornstein S, *Victimologie Clinique*, Ed. Malion, 1995
- Lopez G, Portelli S, Clément, *Les droits des victimes*, Ed. Dalloz, Coll. États de droit, 2e éd, 2007
- Renee Z. Dominguez., Connie F. Nelke, Bruce D. Perry, *Sexual Abuse of Children*, American Academy of Experts in Traumatic Stress: www.aaets.org

Archive of SID