

**Pathology of Medical Responses to Attention Deficit Disorder -  
Overactivity in Criminal Policy Approach**

*Javad Foroutani<sup>1</sup>, Fatemeh Ahadi<sup>2</sup>*

**Abstract**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobehavioral disorder in childhood. It is characterized by three levels of inattention, hyperactivity, impulsivity and compounding. The most dangerous situation is when so-called comorbidity' is associated with one or more other mental disorders.

If this involuntary disorder (Lack of control over activity and impulses) is not treated scientifically in childhood, during adolescence and adulthood, within severely diminishing the therapeutic effects of childhood, will adversely affect individual and family functioning and it will be a factor for be evasive person and have personal and social anomalies that lead to deviance and delinquency and ultimately, these factors lead to the perversion and delinquency of the individual and the community faces significant challenges in various dimensions. One of the most important gaps and damages in the medical Scientific and practical response in line with some of the pioneering countries is especially the lack of screening and supervision in primary education level. Therefore, according to the analytical-descriptive research method and interviews with some psychiatry professors, Iran's criminal policy faces with severe inefficiency in all three legislative, judicial and executive sectors and taking into account the scientific facts and psychological requirements for those with the disorder, it needs to proceed at the level of medical and social via the set of scientific approaches of Criminal policy with government responses and the participation of psychiatry specialists to deal with such phenomena which is increasing day by day.

---

1. Ph.D. Student of Criminal Law & Criminology, Islamic Azad University Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

2. Assistant Professor & Faculty Member of Criminal & Criminology Department, Islamic Azad University, Maraghe Branch, Iran. (Corresponding author)  
Email: fatemeh.ahadi1394@gmail.com

Original Article      Received: 11 March 2020      Accepted: 11 June 2020

**Keywords**

Disorder, Attention Deficit, Hyperactivity, Deviation, Crime, Criminal Polic

Please cite this article as: Foroutani J, Ahadi F. Pathology of Medical Responses to Attention Deficit Disorder - Overactivity in Criminal Policy Approach. Iran J Med Law 2020; 14(54): 7-31.

## آسیب‌شناسی پاسخ‌های پزشکی در قبال اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در

### رویکرد سیاست جنایی

جواد فروتنی<sup>۱</sup>

فاطمه احدی<sup>۲</sup>

#### چکیده

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی موسوم به (ADHD) یک بیماری عصبی - رفتاری در دوران کودکی است. اختلال در سه سطح نوع بی‌توجهی، نوع بیش‌فعالی و تکانشگری و نوع مرکب است. خطرناک‌ترین وضعیت زمانی است که به اصطلاح «همبودی»، یعنی این اختلال با یک یا چند اختلال دیگر همراه باشد، چنانچه این ناهنجاری کاملاً غیر ارادی (عدم کنترل فعالیت و تکانه‌ها) در دوران کودکی به صورت علمی درمان نگردد، در سنین بالاتر، یعنی دوران جوانی و بزرگسالی، ضمن کاهش شدید اثرات درمانی نسبت به دوران کودکی، بر عملکرد فرد در خانواده و اجتماع تأثیرات سوء می‌گذارد و همین اختلال به عاملی برای جامعه‌گریزی و ناهنجاری‌های فردی و اجتماعی منجر می‌شود و در نهایت همین عوامل، انحراف و بزه‌کاری فرد را فراهم می‌نماید و جامعه نیز در ابعاد مختلف با چالش‌های اساسی رو به رو می‌گردد. یکی از مهم‌ترین خلأها و آسیب‌ها در پاسخ پزشکی در تطبیق با برخی کشورهای پیشگام، عدم وجود اقدام علمی و عملی مخصوصاً در موضوع غربالگری و نظارت در دوره آموزش ابتدایی است. بنابراین بر اساس روش تحقیق تحلیلی - توصیفی و مصاحبه با برخی اساتید روان‌پزشکی، سیاست جنایی ایران با ناکارآمدی شدیدی در هر سه بخش تقنینی، قضایی و اجرایی مواجه است و با توجه به واقعیات و مقتضیات روانی افراد دارای این اختلال می‌باید، با اتخاذ مجموعه تدابیر و رویکردهای علمی در سیاست جنایی با پاسخ‌های دولتی و جامعه‌ای با همکاری و مشارکت متخصصین علوم روان‌پزشکی در مواجهه با چنین پدیده‌ای که هر روزه بر شیوع و توسعه آن افزوده می‌شود، در سطح پزشکی و اجتماعی مبادرت گردد.

۱. دانشجوی دکترای تخصصی حقوق کیفری و جرم‌شناسی واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲. استادیار و هیأت‌علمی حقوق کیفری و جرم‌شناسی واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران.

Email: fatemeh.ahadi1394@gmail.com

(نویسنده مسؤول)

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۳/۲۲

واژگان کلیدی

اختلال، نقص توجه، بیش‌فعالی، انحراف، بزه، سیاست جنایی

## مقدمه

با پیشرفت روزافزون علوم پزشکی، توجه به انواع بیماری‌های ناشی از اختلالات روانی از رشد بیشتری برخوردار گردیده است (۱).

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یکی از مهم‌ترین انواع اختلالات روانی است و آمارهای علمی نیز نشانگر رقم قابل‌ملاحظه آن در جامعه دارد. درمان این اختلال، به دلیل این‌که شایع‌ترین اختلال عصبی رفتاری دوران کودکی محسوب می‌شود، باید در سنین پایین مورد تشخیص و درمان اصولی قرار گیرد (۲).

هرچند به طور مطلق نمی‌توان این اختلال روانی را به عنوان عامل بزه‌کاری اثبات نمود، ولی بی‌توجهی و عدم درمان به موقع در رسیدگی به مشکلات رفتاری کودکان از سوی خانواده و جامعه، موجبات نابسامانی زندگی آینده آنان با اختلال عملکرد اجتماعی و شغلی، زمینه انحراف و بزه، تقویت و رفتارهای خطرناک بزه‌کارانه شکل می‌گیرند و جامعه با مشکلات و تهدیدات عدیده مستقیم و غیر مستقیم رو به رو می‌شود. در نمودارهای جرم‌شناختی موجود و مخصوصاً منحنی (سن - جرم) افراد در سنین آخر دوران نوجوانی بیش از سایر دوره‌های سنی، مرتکب جرائمی حتی خشونت‌آمیز و خطرناک می‌شوند که از یک طرف تبعات ذاتی جرائم خشونت‌آمیز کودکان و نوجوانان و از سوی دیگر حساسیت دوران نوجوانی نیز در شکل‌گیری شخصیتی با ورود به دنیای بزرگسالی از اهمیت ممتازی برخوردار است (۳).

سیاست جنایی به دنبال تدابیر و روش‌های کیفی و غیر کیفی برای پیشگیری و مبارزه با انحراف و جرم است. با پذیرش ارتباط بین ارتکاب جرم و اختلال روانی فرض بر این است که بیماران روانی به قوانین جامعه توجهی نداشته و رفتار آن‌ها غیر قابل پیش‌بینی هست و آن‌ها نمی‌توانند اعمال خود را به طور کامل مهار و کنترل کنند و به کارهایی بالقوه خطرناک و عجیب دست می‌زنند (۴).

از این رو نوشتار حاضر درصدد است برای پاسخ روشن به این سؤالات که اولاً پاسخ‌های پزشکی در سطح سیاست جنایی تقنینی، قضایی و اجرایی در قبال انحراف بیش‌فعالی بدون ارتکاب بزه، دچار چه آسیب‌هایی هست؟ ثانیاً پاسخ‌های پزشکی در سطح تقنینی، قضایی و اجرایی در قبال انحراف بیش‌فعالی همراه با ارتکاب بزه، دچار چه آسیب‌هایی هست؟ بنابراین بایستی نخست به وضع جسمانی و روانی افراد مبتلا به اختلال روانی نقص توجه - بیش‌فعالی

توجه گردد تا با شناخت بهتری از وضعیت آنان برای تدابیر پیشگیری با انحرافات فردی و اجتماعی و همچنین بزه‌کاری حاصل از این اختلال روانی مبادرت گردد و از سوی دیگر با استفاده از مجموعه دستاوردهای موفق برخی کشورها در شناسایی، آموزش و نحوه برخورد با چنین افرادی در مقاطع مختلف زمانی، بسترساز اقدامات مفید و مؤثر به ویژه امور درمانی روان‌پزشکی (دارویی و غیر دارویی) بر اساس اصول اولویتی سلامت‌محور دوران کودکی با غربالگری دقیق در کنار سیاست‌های اغلب تک‌محوری درمان‌محور در بزرگسالی جامعه کنونی ایران اقدام گردد.

### مفهوم‌شناسی

نخستین روان‌پزشکی که شایع‌ترین اختلال رفتاری کودکان را در سال ۱۸۴۵ به صورت علمی با مصادیقی همچون بی‌قرار، وحشی، خشن، شرور، متلاطم و ول‌خور، مسخره‌گر و پوزخند زنده‌مورد شناسایی قرار داد، دکتر هابنریش هافمن آلمانی بود (۵). سرجورج استیل در سال ۱۹۰۲، کودکان برخوردار از محیط تربیتی مناسب دارای مشکلات کنترل رفتار با علائمی از خشونت اختلال و مقاومت در مقابل انضباط و کاملاً هیجانی (۶) و کلمان‌تس و پیترز در سال ۱۹۶۲ اصطلاح اختلال عملکرد مغزی جزئی را مطرح نمودند و چند سال بعد سازمان جهانی بهداشت و انجمن روان‌پزشکان آمریکا نیز به صورت رسمی تحت عنوان نشانگان بیش‌فعالی کودک را مطرح (۷) و چهارمین نشر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۴ مجموعه علائمی با محدودیت میدان توجه ناهماهنگ با سطح رشد فرد و ضعف تمرکز، رفتار ناگهانی، بیش‌فعالی تعریف گردید (۸).

### ۱- اختلال روانی

انجمن روان‌پزشکان در سال ۱۹۶۸، اختلال روانی یا رفتارهای نابهنجار را به چند دسته شامل نابهنجاری عصبی (نوروزها) یا بیماری‌های روان‌نزدی، نابهنجاری جنون یا روان‌پریشی، اختلال‌منش یا اختلال شخصیت ضد اجتماعی و عقب‌ماندگی ذهنی تقسیم کرده است (۹). روان‌پزشکان، بیماری روانی را ناشی از ضایعات وارده به مغز می‌دانند. از این رو کوچک‌ترین نقص یا جراحی در مغز ایجاد شود، سبب آشفتگی روان و قدرت فهم و درک نتایج اعمال خوب و بد را از فرد سلب و حالت خطرناک را بروز می‌دهد (۱۰). از مهم‌ترین آثار روانی می‌توان

به اختلال روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنی)، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های شخصیتی و اختلال‌های کنترل تکانه اشاره نمود. اسکیزوفرنی یک اختلاف روانی شدید دارای علائم توهم، صحبت کردن درهم‌ریخته یا رفتارهای درهم‌ریخته است که به علائم روان‌پریشی (جنون) هم نسبت داده شده است. اختلال خلقی نیز خلق احساسی نافذ و پایداری است که به صورت درونی تجربه می‌شود و تا حدود زیادی تحت عامل‌های ژنتیکی هستند. اختلال‌های شخصیتی از سبک‌های رفتاری و الگوهای رفتاری با دوام ناسازگارانه و انعطاف‌ناپذیر نسبت به دریافت، تفکر درباره محیط و خویشتن است و در نهایت در اختلال‌های کنترل تکانه، اعمال تکانه بدون هیچ فکر و اندیشه و تحت تأثیر فشاری که فرد را وادار به انجام آن کرده و آزادی عمل وی را محدود می‌سازد (۱۱).

## ۲- اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) موسوم به ADHD یک اختلال عصبی - رفتاری دوران کودکی می‌باشد که در سه سطح شامل نوع بی‌توجهی (ADHD-ID)، نوع بیش‌فعالی و تکانشگری (ADHD-HI) و نوع مرکب (ADHD-C) مطرح می‌باشد. از این رو کانون توجه بسیاری از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصین بالینی گردیده است. اغلب محققان و متخصصین روان‌پزشکی اعتقاد دارند به طور دقیق و علمی، هیچ آزمایش پزشکی همچون تست خونی (DNA)، اشعه ایکس یا روش‌های تصویری جدید مانند PET و MRI قادر به تشخیص و اندازه‌گیری اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نیستند، چراکه یک اختلال رفتاری است (۶).

برخی معتقدند این اختلال از دو تا چهارسالگی شروع می‌شود، ولی اغلب علائم، قبل از هفت‌سالگی ظاهر می‌شوند و دفعات و فراوانی این نشانه بیش از دفعات و فراوانی آن‌ها در کودکان نرمال است (۱۲)، هرچند آمار دقیق و قابل استناد دقیقی از افراد مبتلا به این نوع اختلال در دست نیست، ولی کم‌ترین تخمین آمار عمومی، نشانگر حداقل ۳ تا ۵ درصدی است که در جنسیت تأثیری نداشته، ولی در کودکان پسر شایع‌تر است، البته اوج نمایش این اختلال در سنین ۷ الی ۱۲ سالگی مطرح می‌شود (۱۳). این اختلال در کودکان ایرانی هفت تا دوازده‌ساله در دامنه‌ای بین ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است و احتمالاً به دلیل جنبه گزارشی، آمار واقعی بیش از این باشد (۲).

هرچند توافقی مبنی بر تعریف جامع و مانع از این اختلال وجود ندارد، اما ماهیت و علائم آن مد نظر قرار می‌گیرد و از مهم‌ترین علائم این اختلال می‌توان به پرتحرکی، بی‌توجهی، رفتارهای ناگهانی و تکانشگری بیشتر و شدیدتر از سایر کودکان دیگر اشاره نمود که اغلب ناشی از عوامل زیستی، آسیب مغزی یا وراثت می‌دانند (۵). در خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک نیز اختلال بیش‌فعالی را مجموعه علائمی همچون محدودیت و ناهماهنگی میزان توجه نسبت به سطح رشد فرد، ضعف تمرکز، رفتار ناگهانی و بیش‌فعالی معرفی نموده و مشخصه اصلی این اختلال وجود الگوی پایدار فقدان توجه یا بیش‌فعالی، تکانشگری است، البته برخی محققین نقش عوامل ژنتیکی، عوامل عصبی و شیمیایی، علل روان‌شناختی، تأثیر مواد سمی، عوامل مربوط به تغذیه و رفتار والدین، زمینه این اختلال در پیدایش و شیوع آن مؤثر می‌دانند (۱۴).

سه خصوصیت اصلی در اختلال بیش‌فعالی شامل بی‌توجهی (اشکال در تمرکز)، فعالیت مفرط (همیشه در حال حرکت‌بودن) و تکانشگری (فکر نکردن به مسائل قبل از عمل کردن و صبر و شکیبایی‌نداشتن) وجود دارد، هرچند، این رفتارها به طور مطلق غیر طبیعی محسوب نمی‌شوند و همگان در برخی مواقع می‌توانند چنین اعمالی را انجام دهند، ولی تکرار یکی از این رفتارها و یا به صورت ترکیبی باعث ایجاد مشکلاتی در زندگی روزمره خواهد بود، به ویژه این‌که تمامی خصوصیات فوق در شکل‌گیری شخصیت فردی سهم به‌سزایی دارند. در این اختلال، تکانشگری از خصوصیت قابل توجه نسبت به سایر رفتارها برخوردار است، چراکه فرد کنترل کاملی بر خویش ندارد و با وجود اطلاع به عواقب اعمال، رفتارهایی را بدون فکر به نتایج آن انجام می‌دهد و به نوعی در فکر کردن به نتایج اعمال، مشکل دارد (۱۵). پس مشخصه اصلی این اختلال، وجود الگوی پایدار، فقدان توجه و یا بیش‌فعالی تکانشگری است و دست کم باید در دو موقعیت (نظیر مدرسه، خانه و محیط کار) بروز یابد و در عملکرد اجتماعی و تحصیلی فرد اشکال ایجاد کند و این رفتار حداقل شش ماه نیز استمرار داشته باشد (۸).

### ۳- سیاست جنایی

پیدایش اصطلاح سیاست جنایی به آنسلم فون فوئر باخ دانشمند آلمانی نسبت داده شده است. از دیدگاه وی، سیاست جنایی مجموعه روش‌های سرکوب‌کننده که دولت به وسیله آن‌ها علیه جرم واکنش نشان می‌دهد (۱۶)، اما مفهوم موسع امروزی، سیاست جنایی مجموع شیوه‌ها



و روش‌هایی که هیئت اجتماعی با توسل به آن‌ها، پاسخ‌های خود را به پدیده جنایی (مجرمانه) سازمان می‌بخشد (۱۷). از این رو اولاً در سیاست جنایی به غیراز جنبه کیفری و سرکوبگرانه، جنبه غیر کیفری نیز ملاک خواهد بود؛ ثانیاً نهادهای حاکمیتی و رسمی تنها سیاستگذار و مجری سیاست جنایی محسوب نمی‌شوند، بلکه جامعه مدنی نیز در تدوین و اجرای سیاست جنایی مشارکت خواهد داشت؛ ثالثاً برخلاف سیاست کیفری، پاسخ نه فقط برای جرم، بلکه در مقابل هر پدیده‌های مجرمانه که در این صورت، دربرگیرنده انحراف و حتی آسیب نیز خواهد بود؛ رابعاً اقدامات در مقابل پدیده مجرمانه صرفاً جنبه واکنشی نخواهد بود، بلکه جنبه کنشی نیز خواهد داشت. از این رو سیاست جنایی از نظر علمی و عملی دربرگیرنده سیاست جنایی تقنینی مبنی بر تدبیر قانونگذار در نحوه مقابله با پدیده مجرمانه و پاسخ به آن (جرم، مجازات و دادرسی)، سیاست جنایی قضایی مبنی بر نحوه استنباط و برداشت دستگاه قضایی از سیاست جنایی تقنینی و نحوه اعمال قوانین و مقررات مربوطه و سیاست جنایی اجرایی نیز مبنی بر سیاست قوه مجریه در زمینه کنترل جرم با نظارت بر چگونگی اجرای قوانین است (۱۸)، در نتیجه سیاست جنایی در قبال اختلال روانی نقص توجه - بیش‌فعالی از اهمیت به سزایی برخوردار است، چراکه یکی از اهداف سیاست جنایی با رویکرد کیفری همواره سزادهی و سرکوبگرانه می‌باشد تا ضمن ایجاد نوعی عدالت و ارباب جمعی، نسبت به اصلی‌ترین هدف کیفری که همان پیشگیری کیفری نسبت به شخص مجرم است و با اصلاح مجرم به تکرار جرم منجر نگردد و این در حالی است که مجازات برای شخص مبتلا به اختلال روانی به دلیل همین مقتضیات روانی چندان کارساز نخواهد بود و همان هدف اصلی پیشگیری کیفری عقیم خواهد گردید. بنابراین مؤثرترین تدابیر پیشگیرانه در خصوص اشخاص مبتلا به اختلال‌های روانی، جنبه غیر کیفری ملاک عمل خواهد بود که به دلیل اثرات فردی و اجتماعی، جامعه مدنی نیز با حمایت نهادهای حاکمیتی و رسمی در تدوین و اجرای سیاست جنایی مشارکت داده شود.

### ویژگی فردی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

نقص توجه - بیش‌فعالی دارای سه خصیصه اصلی بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی است. خطرناک‌ترین وضعیت زمانی است که به اصطلاح «همبودی» رخ دهد. بدین مفهوم که این اختلال همواره با یک یا چند اختلال دیگر همچون اختلالات نافرمانی مقابله‌جویانه، سلوک،

افسردگی، اضطراب، وسواسی جبری، دوقطبی که هر کدام دارای علائم خاصی هستند، همراه باشد (۶)، در نتیجه هر یک از موارد فوق نقش متفاوتی همراه با شدت و ضعف نابهنجاری در زندگی فردی و اجتماعی فرد مبتلا به دنبال خواهد داشت، در نتیجه سه علامت بارز بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی یا به طور جداگانه یا با همدیگر، علائم مشخصه اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی است و در صورت عدم شناسایی و درمان، آثار منفی اجتماعی از کودکی شروع و به بزرگسالی کشیده خواهد شد که به برخی علائم روانی و آثار منفی اجتماعی هر نوع از عوامل سه‌گانه اشاره می‌گردد.

### ۱- علائم بی‌توجهی

یکی از ویژگی‌های مهم این اختلال که تقریباً همواره وجود دارد این است که این افراد، بی‌دقت و بی‌توجه هستند و به آسانی گرفتار حواس‌پرتی و پریشانی فکر یا کوتاهی مدت‌زمان توجه می‌شوند. به ویژه خردسالان در مقایسه با بزرگسالان نسبتاً فاقد مهارت تمرکز و ادامه انجام وظایف درازمدت و کسالت‌آور می‌باشند. این افراد مشکل‌هایی را در توجه انتخابی نشان می‌دهند و از آنجا که قادر به کنترل توجه خود نیستند. در حین انجام کارها و تکالیف به رؤیا فرو می‌روند و این ناتوانی، خود عاملی برای ناتوانی‌های تحصیلی و رفتارهای اجتماعی می‌شود و غالباً این خصیصه در موارد ذیل بروز دارد (۵):

- توجه زیادی به جزئیات ندارد یا بی‌دقتی در تکالیف مدرسه، کار یا دیگر فعالیت‌ها دارد.
- در تقویت توجه در وظایف یا فعالیت‌های مربوط به بازی مشکل دارد.
- به نظر نمی‌رسد به آنچه که صحبت می‌شود، گوش بدهد.
- ساختارها را دنبال نمی‌کند و در اتمام تکالیف مدرسه، کارهای روزمره یا وظایف در محل کار با شکست مواجه می‌شود.
- در سازمان‌دادن کارها و فعالیت‌ها مشکل دارد.
- از درگیر شدن در کارهایی که نیاز به تلاش ذهنی قوی دارد، خودداری می‌کند یا بی‌میل است و یا تنفر دارد.
- چیزهای ضروری برای انجام کارها و وظایف را گم می‌کند.
- به راحتی با محرک‌های خارجی حواس‌پرت می‌شود.
- فعالیت‌های روزانه را فراموش می‌کند.

**۲- علائم تکانشگری**

منظور از تکانشگری، انجام یک عمل بدون فکر و تأمل در مورد آن عمل و نتایج بعدی آن است. به مفهومی برانگیختگی، ناتوانی در فکرکردن قبل از انجام یک عمل نیست، بلکه انجام یک عمل پیش از فکرکردن به آن است. بدون کنترل، اعمالی را مرتکب می‌شوند که در شأن و منزلت آنان نیست. ملاحظه هیچ کاری را نمی‌کنند. اعمال آنان بدون پیش‌بینی و غیر قابل انتظار است. به پیامد کارهایی که انجام می‌دهند، فکر نمی‌کنند و برنامه‌ریزی خاصی برای کارهای خود ندارند. صبر و تحمل کمی دارند و فوری می‌خواهند کاری را انجام داده و به پایان برسانند و اکثراً آن کار را نیز نیمه‌کاره رها می‌کنند و سراغ کار دیگری می‌روند و رفتار با پرحرفی یا بی‌ادبی به نحوی که برای خانواده و دوستان غیر قابل تحمل است و در بیشتر مواقع به مشاجره، دعوا و نزاع ختم می‌شود. غالباً این خصیصه در موارد ذیل بروز دارد (۵):

- پاسخ‌ها را قبل از این‌که سؤال تمام شود از دهان بیرون می‌پراند.
- در منتظرماندن در صف مشکل دارد.
- صحبت دیگران را قطع می‌کند.
- کارهایی را برای انجام‌دادن انتخاب می‌کند که جایزه فوری داشته باشند تا از کارهایی که منتهی به جایزه طولانی‌مدت گردند.
- بدون احتیاط حرف می‌زند و احساسات دیگران را در نظر نمی‌گیرد.
- افراد را مجبور می‌کند که فوراً به قول و تعهدش عمل کند.
- از راه‌های میانبر در انجام کار استفاده می‌کند و تلاش کمی برای تکمیل آن می‌کند.

**۳- بیش‌فعالی**

افراد بیش‌فعال در انواع مختلف آن، دارای حالات غیر قابل پیش‌بینی برای اطرافیان خود بوده و از این رو قابل‌تحمل برای اطرافیان نیستند و به واسطه حالات مختلفی که دارند، افراد آن‌ها را از نزد خود طرد می‌کنند. بی‌قراری و ناآرامی، دوییدن مداوم از سوئی به سوی دیگر، عدم توانایی در بی‌سر و صدابودن، وسط صحبت دیگران حرف‌زدن، بدون اجازه وسط بازی دیگران پریدن، بیش از حد صحبت‌کردن، آزار و اذیت دوستان خود و... همه موجب می‌شود، این افراد مورد تنفر دیگران قرار بگیرند و سرزنش شوند. برخوردهای نامناسب موجب می‌شود

کودک از جمع خانواده و اطرافیان گریزان گشته و تدریجاً به رفتار انحرافی روی آورد. غالباً این خصیصه در موارد ذیل بروز دارد:

- همیشه در حالت ایستاده و این طرف و آن طرف می‌رود.

- طوری عمل می‌کند که انگار موتوری او را به حرکت وادار می‌کند.

- بیش از حد از جایی بالا می‌رود.

- ساکت و یکجا نمی‌نشیند.

- بیش از حد صحبت می‌کند.

- اغلب وزوز می‌کند یا صداهای عجیب درمی‌آورد.

- به پیچ و تاب است، وول می‌خورد.

#### ۴- تحلیل رویکرد انحراف در اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

رفتار صحیح اعضای جامعه بر اساس هنجارهای اجتماعی (رسمی و غیر رسمی) تعیین‌کننده رفتاری در یک وضعیت سنجیده می‌شود و انحراف، درست نقطه مقابل آن است. انحراف طبق نظریه مرتن، تمام اعضای جامعه دارای ارزش‌های مشترک بوده و اعضای جامعه از لحاظ ساختار اجتماعی در موقعیت‌های مختلفی قرار می‌گیرند و برای درک ارزش‌های مشترک از فرصت‌های مساوی برخوردار نمی‌باشند. از این رو ممکن است موجب انحراف شوند، البته انحراف در زمان‌ها و مکان‌های مختلف، متفاوت خواهد بود (۱۹) و بر مبنای تحولات اجتماعی هر جامعه، قابل‌تغییر هستند (۲۰).

انحراف در دو شکل اساسی قابل‌تصور است، شامل شکل عمومی (نوعی پیشگویی از جرم) و شکل خاص (هنجارگریزی درون‌گروهی) که پشت‌کردن به هنجارهای درون‌گروهی و صرفاً ضمانت اجرای درون‌گروهی دارد، در نتیجه انحراف فردی نبوده و گروهی است.

سه خصیصه اصلی بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی، هر یک به تنهایی و یا به صورت ادغامی در شکل‌گیری شخصیتی در رویکرد ناهنجاری فردی و اجتماعی تأثیر فراوانی به دنبال خواهد داشت و در صورت عدم شناسایی و درمان، آثار منفی اجتماعی از کودکی شروع و به بزرگسالی کشیده خواهد شد، چراکه اختلال بی‌توجهی سبب حواس‌پرتی و پریشانی فکر یا کوتاهی مدت‌زمان توجه گردیده و زمینه‌های ناتوانی در تحصیل و سایر رفتارهای اجتماعی می‌شود و در تکانشگری که سبب انجام یک عمل بدون فکر و تأمل در مورد آن عمل و نتایج

بعدی آن همچون مشاجره، دعوا و نزاع و... زمینه‌های غیر قابل تحمل شدن فرد را از سوی خانواده و دوستان مهیا می‌کند و بیش‌فعالی سبب بی‌قراری و ناآرامی زمینه‌های تنفر و سرزنش سایر افراد را فراهم می‌کند که این نوع رفتارهای سرزنشی به گریزان شدن فرد از خانواده و اجتماع منجر می‌شود.

معمولاً خانواده قبل از ورود کودکان به مدارس به دلایلی همچون عدم برچسب‌زنی، نسبت به درمان اصولی به موقع اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مقاومت می‌نمایند، ولی با بروز نقص‌های تحصیلی، حساسیت بیشتری از خود نشان می‌دهند، البته این اختلال به تنهایی جهت یادگیری دخالتی ندارد، اما دسترسی به یادگیری را مورد تأثیر قرار می‌دهد، چراکه بی‌توجهی و انگیزش آن‌ها با توانایی دانش‌آموز در تمرکز کردن و حفظ تلاش دخالت دارد و قبل از عمل کردن با دو مشکل اساسی حافظه کارکردی و نقص‌های عملکرد اجرایی، معکوس می‌گردد (۶).

بر اساس دیدگاه روانکاو فروید، خانواده و والدین کودک، نقش بسیار بزرگی در ساختن شخصیت معتدل و استوار انسان دارند، زیرا چنانچه سیر طبیعی رشد کودک تا پنج‌سالگی تکمیل نگردد و در طی یکی از مراحل توقف حاصل شود، این امر سبب بروز اختلال‌ها و واکنش‌های ضد اجتماعی در رفتار آدمی خواهد شد (۲۱)، پس مشکلات حافظه کارکردی در انواع یادگیری و عملکردهای اجرایی که عمدتاً قادر به پذیرفتن طرح کامل، روش استراتژیک، تنظیم هدف در رفتار و در نهایت مداومت برخوردارند و به همین دلایل با عدم پیشرفت تحصیلی و عدم مهارت آموزشی در علم، تکنولوژی، ریاضیات و خواندن، فرد را به اخراج و یا فرار از مدرسه سوق خواهد داد که در سنین بالاتر عاملی برای جامعه‌گریزی و ناهنجاری‌های بعدی خواهد بود.

بنابراین اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بر روی عملکرد فرد در خانواده، مدرسه و اجتماع تأثیر سوء گذارده و باعث واکنش‌های منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان خواهد شد. مشکلات جدی در مدرسه و اجتماع موجبات تقویت عدم اعتماد به نفس و احساس بی‌کفایتی در این کودکان به دلایل سرزنش، توبیخ، تنبیه و طرد شدن از گروه‌ها و اجتماعات می‌گردد، در نتیجه عدم مهارت آموزشی در علم، تکنولوژی، ریاضیات و خواندن در دوران کودکی و نوجوانی از مدرسه و اجتماع متنفر و گوشه‌گیر می‌شوند و فرد را به اخراج و یا فرار از

مدرسه و همچنین به صورت ثانویه دچار اختلالات ارتباطی، اضطراب، افسردگی و... سوق خواهد داد. در نهایت همه این مشکلات و ناهنجاری‌های کاملاً غیر ارادی به سنین بالاتر، یعنی دوران جوانی و بزرگسالی انتقال می‌یابد و عاملی برای جامعه‌گریزی و ناهنجاری‌های بعدی خواهد بود که خود فرد و به ویژه جامعه را با چالش‌های اساسی مواجه خواهد نمود و این در حالی است که خود فرد به دلیل این اختلالات روانی و تکانشگری، هرگز اراده و عمدی در ایجاد چنین وضعیتی در خانواده و جامعه نداشته است و از مضرات مشهود اختلال کنترل تکانه، آنی بودن رفتار ضد اجتماعی فرد است، برخلاف بسیاری از اختلال‌ها، این اختلال بدون طرح برنامه و انگیزه قبلی رخ می‌دهد و از سوی دیگر به غیر از درمان روان‌پزشکی، هیچ برنامه اصلاحی اجتماعی نیز به دلیل همین رفتار غیر ارادی بر اثر اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نمی‌تواند اثربخش باشد.

#### تأثیر و پیامدهای انحراف رفتاری بیش‌فعالی بر بزه‌کاری

رفتار غیر عمدی و ناخواسته در این اختلال می‌تواند به دلایلی همچون عدم کنترل فعالیت‌ها و دستور تکانه‌ها که از مغز صادر می‌شود که تأثیر قابل توجهی در بزه و رفتارهای بزه‌کارانه دارد، در نتیجه اکثر پژوهشگران بر این موضوع اتفاق نظر دارند که چنانچه این اختلال در کودکی پیشگیری و یا درمان نگردد، در بزرگسالی منشأ بسیاری از کجروی و انحرافات اخلاقی و در نهایت عامل بزه‌کاری فرد می‌گردد (۲). بر اساس تحقیقات مافیت و همکارانش در چنین اختلالی، نشانه‌های رفتار ضد اجتماعی از سنین پیش‌دبستانی تا دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی از خود نشان می‌دهند. وی اعتقاد دارد از دو دسته مجرمین، هرگاه مجرمی رفتارهای مجرمانه خود را از دوران کودکی آغاز کرده باشد، در همه عمر خود، بزه‌کار باقی می‌ماند، ولی مجرمی که صرفاً در دوران نوجوانی مرتکب جرمی شوند و بعد از گذشت این دوران، ارتکاب جرم آن‌ها سیر نزولی پیدا می‌کند (۳).

پژوهشگران علل عمده بزه‌کاری و خشونت را به غیر از فقر، وضعیت نابسامان اقتصادی، مشکلات خانوادگی، مهاجرت، مسائل آموزشی و فرهنگی ناشی از فشارهای روانی می‌دانند (۲۲). اختلال روانی می‌تواند به صورت اولیه به انحرافات اجتماعی بینجامد و در مراحل ثانویه به ارتکاب جرم تبدیل شود. وخامت اوضاع زمانی است که این اختلال با سایر اختلالات روانی

همچون اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، اختلال سلوک، افسردگی، اضطراب، وسواسی جبری، دوقطبی همراه باشد. بدین ترتیب رفتار با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه با پرخاشگری و با اختلال سلوک می‌تواند به رفتارهای تهاجمی با آسیب فیزیکی، ضرر مالی، فریب‌دادن و تخطی جدی از قوانین اشاره نمود (۶)، در نتیجه یک الگوی مکرر و باثبات از رفتار را دربر می‌گیرد که در آن به حقوق اساسی دیگران تجاوز می‌شود یا هنجارهای اجتماعی یا قواعد متناسب با سن، زیر پا گذاشته می‌شود (۲۳). بنابراین ابتلا به اختلال روانی می‌تواند انحرافات در دو سطح را پدید آورد، یعنی شکل عمومی انحرافات که در شکل‌گیری جرائم بعدی مؤثر باشد و یا شکل خاص انحرافات، با هنجارگریزی درون‌گروهی بدین مفهوم که با پشت‌کردن به هنجارهای درون‌گروهی همراه خواهد بود.

#### ۱- انحراف نقص توجه - بیش‌فعالی بدون ارتکاب بزه

اغلب انحرافات می‌توانند زمینه‌ساز بزه‌کاری محسوب گردند، ولی در برخی موارد در سطح همان انحراف باقی می‌مانند و به بزه تبدیل نمی‌شوند، هرچند تفکیک انحراف از بزه به دلیل نوع نگرش حاکمیت و جوامع به سبب نژادی، مذهبی، قومی و... از یک امر نسبی در جوامع مختلف برخوردار گردیده است، ولی انحراف نقص توجه - بیش‌فعالی بدون ارتکاب بزه در شکل خاصی از انحرافات با هنجارگریزی صرفاً درون‌گروهی مواجه است. بدین مفهوم که با پشت‌کردن به هنجارهای درون‌گروهی صورت می‌گیرد، بدون این‌که به ارتکاب بزه بیانجامد که می‌توان به پرخاشگری، درگیری لفظی، عدم اطاعت از والدین، عدم اطاعت از معلمان، فرار از مدرسه و تحصیل، تخریب اموال مدرسه، همراهی با دوستان ناباب، بدخلقی و بداخلاقی، توقعات بی‌مورد، کاهش محبت نسبت به دیگران، تصادفات رانندگی متعدد، مصرف سیگار، مشروبات الکلی، استفاده زود هنگام مواد مخدر، ارتباطات ناسالم جنسی، عدم پایبندی به اخلاق و مقررات اجتماعی، عدم گوش‌دادن به نصایح، بدقولی، تظاهر به ندامت، دلیل‌تراشی افراطی، دروغ‌گویی و امثال این‌ها اشاره نمود.

#### ۲- انحراف نقص توجه - بیش‌فعالی همراه با ارتکاب بزه

سطح دیگری از انحرافات نقص توجه - بیش‌فعالی همراه با ارتکاب بزه مطرح است، بدین مفهوم که برخلاف شکل خاص هنجارگریزی صرفاً درون‌گروهی، به طور عمومی انحرافات در شکل‌گیری جرائم بعدی مؤثر می‌باشند و آن انحرافات به ویژه در ارتکاب جرائم متعددی

همچون جرائم علیه اشخاص و تمامیت جسمانی، جرائم علیه شخصیت معنوی اشخاص، جرائم مالی و... مطرح است که می‌توان به اخلال در نظم، حمل مواد مخدر، سرقت غیر پیچیده، توهین، تجاوز به عنف، آدم‌ربایی، عصبانیت، پرخاشگری، درگیری فیزیکی، ضرب و شتم، نقص قوانین، انجام کارهای خطرناک، فعالیت‌های جنسی و غیر اخلاقی و... اشاره نمود. افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی تکانشگر زمانی که دچار اختلال سلوک شوند، به هر بزه‌کاری می‌توانند دست بزنند، در نتیجه شیوع و شدت جرائم به نسبت اختلالات روانی، هماهنگی دارند (۲۴). ولی به نظر بریت ویت، سیزده حقیقت درباره جرم وجود دارد که برخی در اختلال نقص توجه - پیش‌فعالی وجود دارد و مهم‌ترین آن‌ها متعلق به افرادی است که دارای درس‌های ضعیف مدرسه و فرار از مدرسه می‌باشند که بیشتر مرتکب جرم می‌شوند (۲۵). از سوی دیگر فرد دارای اختلال نقص توجه - پیش‌فعالی می‌تواند بیش از سایر افراد جامعه، خود قربانی جرم واقع گردد و این تجربه تلخ بزه‌دیدگی با ادغام انحرافات اولیه ناشی از حالات روانی می‌تواند به عنوان عامل و محرک اصلی بزه‌کاری را فراهم نماید.

بنابراین این افراد به دلیل وجود خصیصه‌های پرخاشگری، تکانشگری، ضعف در خویشتن‌داری و... بیش از سایر افراد نسبت به درگیری‌های لفظی و فیزیکی مواجه هستند که این درگیری‌ها اغلب به جرائمی علیه اشخاص منتهی می‌شود، البته از انجام جرائم دارای پیچیدگی همچون کلاهبرداری ناتوان بوده و از مشخصه‌های بارز جرائم سادگی، اتفاقی و حتی تفریحی بودن است.

### خلأهای سیاست جنایی تقنینی ایران در قبال اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در سطح پاسخ پزشکی

رویکرد سیاست جنایی ایران در قبال افراد مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در سه سطح سیاست جنایی تقنینی، قضایی و اجرایی مورد بررسی قرار می‌گیرد تا خلأهای اصلی آن، قابل احصا باشد.

#### ۱- سیاست جنایی تقنینی

سیاست جنایی تقنینی در برخورد با افراد دارای اختلال‌های روانی، از ابتکارات و تدابیر چندان موفق‌تری به جز موارد ناچیزی برخوردار نیست. از این رو در برخی مواد قانون مجازات اسلامی و قانون آیین کیفری از عبارت اختلال روانی در راستای توجه به واقعیات و به روزکردن



قوانین کیفری بر اساس علوم روان‌پزشکی استفاده شده است، ولی تحول چندانی به دلیل بازگشت به سبک و سیاق تقنینی سنتی نداشته است. در ماده ۱۴۹ ق.ا.ا منظور از اختلال روانی همان جنون مد نظر است و به غیر از جنون، دیگر عناوین و اختلالات روانی تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، چراکه سلب مسؤولیت کیفری مجرم در جنون حین ارتکاب جرم، بایستی تام و کامل بوده باشد، در حالی که بین هوشیاری کامل و جنون حالات روانی گوناگونی وجود دارد که در اصطلاح با آن بیماری اراده گفته می‌شود که فرد قدرت تمییز و آگاهی را دارد، ولی در عین حال اراده وی بیمار است، در نتیجه هیچ‌گونه عدم مسؤولیتی حتی مسؤولیت نسبی در قبال اختلال روانی نقص توجه - بیش‌فعالی مورد پذیرش واقع نگردیده است.

قانونگذار ایران از رویکردهای چندگانه مبهمی در سیاست جنایی ایران در قبال افراد دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی داشته است، چراکه اولاً اختلالات روانی از جهات تخفیف ماده ۳۸ ق.م.ا. موضوع مستقل مورد توجه قرار نگرفته است؛ ثانیاً تنها بند «ث» ماده ۳۸ مبنی بر وضع خاص متهم از قبیل بیماری از جهات تخفیف به شمار آمده است، بدون این‌که به اختلال روانی اشاره داشته باشد؛ ثالثاً در ماده ۳۷ ق.م.ا. تخفیف صرفاً نسبت به جرائم تعزیری ممکن بوده و شامل جرائم حدودی نخواهد بود؛ رابعاً تنها مقام تخفیف مجازات بر عهده دادگاه بوده و الزامی بر پذیرش تخفیف نیز ندارد و فقط مخیر به این امر می‌باشد؛ خامساً ماده ۱۸ ق.م.ا. تکلیف دادگاه در صدور حکم محکومیت تعزیری و تخفیف با رعایت بندهای مقرر به ویژه بند «الف» مبنی بر وضعیت ذهنی و روانی حین ارتکاب جرم مقرر داشته است که نوعی ابهام در برخورد با ماده ۳۷ ق.م.ا. است.

بنابراین لزوم تقنین قوانین خاص حمایتی برای افراد دارای اختلال روانی بیش از پیش احساس می‌گردد و با توجه به این‌که هیچ‌گونه قوانین خاص حمایتی با راهبرد پیشگیری اجتماعی در جهت مشروعیت علمی - کاربردی در مواجهه با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی کودکان وجود ندارد، می‌بایستی قوانینی مبتنی بر پیشگیری اجتماع‌مدار با محوریت ایجاد و توسعه مدارس با هزینه رایگان و امثال این‌ها مورد تقنین واقع گردد، چراکه با درمان افراد دارای این اختلال از آثار و هزینه‌های حاصل از انحراف و بزه‌کاری بعدی به شدت کاسته خواهد شد، چنانچه به عنوان مثال برخی از کشورهای جهان، از جمله آمریکا تجارب موفقی در این زمینه دارند. بر این اساس در کشور آمریکا قوانین عمومی دولتی برای همه کودکان مشکل‌دار

موسوم به ماده ۵۰۴ وضع گردیده است تا از حقوق آموزشی کودکان ناتوان حمایت نماید. طبق این قانون، سیزده دسته ناتوانی تعریف و معیارهایی برای هر کدام مشخص گردیده است. این قانون به طور کلی شامل سه جزء کلیدی است که نیازهای خاص دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را به صورت رایگان و عمومی تحت نظر قرار می‌دهد که شامل آموزش عمومی آزاد و مناسب، قرارگرفتن در محیط کم‌تر محدود و طرح آموزش فردی (مداخلات مستقیم) با هدف آماده‌ساختن دانش‌آموزان با نیازهای خاص جهت سودبردن از فرصت آموزشی است، البته با تعهد به خدمات و کمک‌های خاص و مناسب (وسایل کمک‌آموزشی و مربیان) بایستی خدمات خاص آموزشی تحت نظارت و شامل خدمات پیش‌دستانی، مدرسه ابتدایی و مدرسه ثانویه باشد. بنابراین این ماده قانونی که بخش‌های مفصلی دارد، با هدف اساسی ایجاد محیطی تا حد ممکن به موقعیت‌های نرمال آموزشی در نظر گرفته شده است (۶).

از دیگر خلأهای سیاست تقنینی عدم پذیرش مسؤولیت کیفری نسبی نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی غیر از جنون به ویژه در اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی است و این در حالی است که در قوانین کیفری برخی از کشورهای جهان حتی در حقوق کامن‌لا در برخورد با چنین اختلالات روانی، هرگاه کسانی از مسؤولیت کامل در قبال اعمال خود برخوردار نباشند، مستحق آن هستند که تا حدودی معذور شناخته شوند که چنین مواردی موسوم به مسؤولیت تقلیل یافته تلقی می‌شوند (۲۶)، در نتیجه در چنین اختلالات روانی، ضمن توسعه جهات تخفیف، به صورت مستقل به غیر از جرائم تعزیری در جرائم حدی و قصاصی نیز مورد تقنین قرار گیرد.

همانطوری که ملاحظه می‌شود، سیاست جنایی تقنینی ایران نه تنها نسبت به اختلالات روانی به ویژه اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به ویژه در حالت تکانشگری که فرد اراده و عمد آنچنانی در ایجاد چنین وضعیتی در جامعه ندارد، هیچ‌گونه رویکرد فعالی نداشته و با مخیر نمودن دادرس در تخفیف نیز به صورت منفعلانه عمل نموده است و از سوی دیگر قانونگذار مجرم بیمار به اختلالات روانی را حسب حالت خطرناک به امور درمانی مبهمی سوق داده است و این در حالی است که تدابیر پیشگیرانه در ابعاد حمایتی سلامت‌محور مبتنی بر شناسایی و کنترل اختلال‌های روانی مخصوصاً در دوران کودکی در مدارس و یا در سایر استخدام‌ها، گزینش‌های قانونی با بهره‌مندی از خدمات روان‌پزشکان دارای صلاحیت گام‌های عملی

بر نداشته است و هرگز نسبت به تقنین قوانین خاص مبنی بر ایجاد بسترهای فضای آموزشی و علمی با استفاده از کادر فرهنگی آموزش دیده، قانونگذاری مناسبی نداشته است.

## ۲- سیاست جنایی قضایی

سیاست جنایی قضایی عبارت از نحوه استنباط و برداشت دستگاه قضایی از سیاست جنایی تقنینی و نحوه اعمال قوانین و مقررات مربوطه است. سیاست جنایی قضایی نیز به نوعی تابع سیاست جنایی تقنینی است. از این رو، هرچند اغلب دادگاه‌ها نیز در مواجهه با بزه‌کاران به دلایلی همچون وضع اقتصادی و فرهنگی، خانوادگی، روحی و روانی و... تعیین کیفر قانونی را نسبت به آنان سنگین و نامناسب بدانند، تلاش می‌کنند با استناد به بند «ث» ماده ۳۸ ق.م.ا از اعمال مجازات قانونی نامناسب و نامتناسب پرهیز نمایند و این ماده تا حدودی می‌تواند در مواجهه با بزه‌کاران مبتلا به اختلالات روانی غیر از جنون راه‌گشا و مثمر ثمر باشد و دادرسان و قضات تنها در جرائم تعزیری می‌توانند از امکان شخصی کردن مجازات استفاده نمایند، ولی متأسفانه در مجازات‌های حدود و قصاص چنین امکانی وجود ندارد و از سوی دیگر در حقوق کیفری ایران (ماده ۱۸ ق.م.ا)، هرچند دادگاه به صراحت ضمن صدور حکم تعزیر، نسبت به ذکر اختلال نسبی متهم و مسؤولیت تخفیف‌یافته وی، اشاره می‌نماید، ولی مقرراتی در زمینه اعزام مرتکبینی که دچار اختلال نسبی در قوه تمییز هستند، به مراکز درمانی پیش‌بینی نشده است (۲۷). بنابراین تدابیر و رویه‌های خاصی برای برخورد با بزه‌کاران اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی پیش‌بینی نشده است.

## ۳- سیاست جنایی اجرایی

مفهوم سیاست جنایی اجرایی، یعنی سیاست قوه مجریه (دولت) در زمینه کنترل جرم با نظارت بر چگونگی اجرای قوانین است. از این رو با توجه به ناکارآمدی سیاست جنایی تقنینی و قضایی در مواجهه با بزه‌کاران اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به تحقیق در سطح سیاست جنایی اجرایی نیز به منظور حمایت از افراد مبتلا اقدام مفیدی صورت نگرفته است، البته در مواردی غیر الزامی، غربالگری با فرم‌های شخصیتی که به صورت اینترنتی از سوی دانش‌آموزان آن هم در سطح مدارس متوسطه با دانش‌آموزان بالای ده سال به بالا تکمیل می‌گردد که متأسفانه بازخورد علمی و عملی در شناسایی اختلالات روانی نمی‌تواند داشته باشد، چراکه بیشتر دانش‌آموزان حتی از درک مفاهیم سؤالات و جواب‌های چندگزینه‌ای آن‌ها دچار مشکل

تطبیق هستند و از سوی دیگر تنها مرجع رسمی تشخیصی انواع اختلالات روانی، روان‌پزشکان هستند، به نحوی که حتی روان‌شناسان نیز مرجع اصلی تشخیصی و یا تجویز دارو محسوب نمی‌شوند. بنابراین علی‌رغم این‌که نیاز به تقنین قوانین حمایتی وجود دارد، ولی این موضوع مانع برخی اقدامات اجرایی حمایتی دولتی و جامعه‌ی نخواهد بود. دولت می‌تواند با توجه به عدم آشنایی علمی و کاربردی کادر آموزشی مدارس نسبت به اختلال و آثار نقص توجه - بیش‌فعالی، آموزش‌های حین خدمت طولی و عرضی در بین معلمان مدارس را اجرایی نموده و نسبت به ارتقای علمی و عملی کادر آموزشی مدارس مبادرت نماید و با ایجاد ساز و کار روش‌های چند مدله ترکیبی درمانی در مدارس ویژه که بر اساس برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات نقص توجه - بیش‌فعالی بر اساس حمایت روان‌شناختی، مقتضیات ساختاری، مدیریت رفتاری و مدیریت دارویی طرح‌ریزی نماید. در اجرای روش درمان چند مدله، ارزیابی سیستماتیک دانش‌آموزان - اجرای طرح در داخل محیط مدرسه - برآورده‌ساختن نیازهای دانش‌آموزان بر اساس طرح درمان - پایش مداوم پیشرفت صورت می‌گیرد که هر کدام دارای مراحل و برنامه وسیع آموزشی با ابزارهای مربوطه انجام می‌گیرد. همچنین حمایت‌های دارویی رایگان و یا حداقل این‌که تمامی داروهای مربوطه تحت بیمه‌های مختلف قرار گیرند، چراکه قیمت بالای دارو در کشور و عدم بضاعت عمده مردم در تهیه داروهای تخصصی منجر به عدم اهتمام به امر درمان خواهد گردید. از این رو بهترین راه‌کار شناسایی و درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (رفتاردرمانی و دارودرمانی) به صورت مستقیم در مدارس توسط روان‌پزشکان است.

ایجاد بسترهای ورزشی با توجه به خصوصیات شخصیتی افراد دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، شهرداری مناطق شهری بر اساس نظر روان‌پزشکان، مکان‌های ورزشی مناسبی را طراحی و اجرایی نمایند.

از سایر اقدامات مؤثر غیر دولتی می‌توان به دخالت‌دادن اطفال و والدین در امر درمان اشاره نمود. استفاده از ساز و کارهای پیشگیری رشدمدار در راستای جلوگیری از ورود افراد دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به دنیای بزه‌کاری با ایجاد بسترهای ارتباطی و آموزشی منظم و هدفمند با والدین و کودکان و همچنین پیوند خانه و مدرسه برقرار گردد، چراکه نمونه تجربه موفق بر اساس تحقیق بر روی همین کودکان بیش‌فعال در سال‌های ۱۹۸۴ در مونترال کانادا

وجود دارد. آگاهی‌بخشی و توجیه والدین و ارتباط مؤثر در فضای مجازی با والدین جهت آموزش‌های همگانی و تشویق نمودن والدین جهت شرکت در کلاس‌ها و کارگاه‌های تخصصی امر مؤثری می‌باشد.

بنابراین با عنایت به موارد مطروحه، سیاست جنایی ایران در هر سه بخش با ناکارآمدی مواجه است، چراکه به نظر می‌رسد بزه‌کاری افراد دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مورد توجه و دغدغه متولیان قانونی و قضایی نبوده است و این در حالی است که با دقت در عوامل مؤثر بر ارتکاب جرم از سوی افراد که همه‌ساله به نوعی بر جمعیت آن‌ها افزوده می‌گردد، اقدامات کنشی با توسل به مجموعه اقدامات پیشگیرانه به ویژه در دو سطح انحراف و جرم، بایستی در کنار اتخاذ شیوه‌های واکنشی خاص بازدارندگی و بازپروری اجتماعی بزه‌کاران این طیف با بهره‌برداری از تجارب اصولی سایر کشورهای موفق مبادرت گردد.

### نتیجه‌گیری

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یک اختلال عصبی و رفتاری اثبات‌یافته علم روان‌پزشکی جهان در دوران کودکی است. این اختلال دارای سه سطح نوع بی‌توجهی، نوع بیش‌فعالی و تکانشگری و نوع مرکب می‌باشد. بدین مفهوم که بی‌توجهی به معنای اشکال در تمرکز، بیش‌فعالی همان فعالیت مفرط و در حال حرکت بودن و تکانشگری نیز این‌که فرد کنترل کاملی بر رفتارهای خویش نداشته و با وجود اطلاع از عواقب اعمال، رفتارهایی را بدون فکر به نتایج آن، انجام می‌دهد. این علائم قبل از هفت سالگی قابلیت تشخیصی دارد و باید در دو موقعیت (نظیر مدرسه، خانه و محیط کار) بروز یابد و در عملکرد اجتماعی و تحصیلی فرد اشکال ایجاد کند و رفتار حداقل شش ماه استمرار نیز داشته باشد. خطرناک‌ترین وضعیت زمانی است که به اصطلاح «همبودی» رخ دهد، یعنی این اختلال با یک یا چند اختلال دیگر همچون اختلالات نافرمانی مقابله‌جویانه، سلوک، افسردگی، اضطراب، وسواسی جبری، دوقطبی همراه باشد، در نتیجه بر روی عملکرد در خانواده، مدرسه و اجتماع تأثیر سوء گذارده و باعث واکنش‌های منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان خواهد شد. عدم اعتماد به نفسی و احساس بی‌کفایتی به دلایل سرزنش، توبیخ و تنبیه موجبات عدم مهارت آموزشی در علم، فناوری، ریاضیات و خواندن در دوران کودکی و نوجوانی و به اخراج و یا فرار از مدرسه گردیده و در

نهایت همه این مشکلات به سنین بالاتر، یعنی دوران جوانی و بزرگسالی انتقال می‌یابد و عاملی برای جامعه‌گریزی و ناهنجاری‌های بعدی خواهد بود که به تحقیق فرد و جامعه را با چالش‌های اساسی مواجه خواهد نمود، چنانچه این اختلال رفتاری در کودکی پیشگیری و درمان نگردد، در بزرگسالی منشأ بسیاری از کجروی‌ها و انحرافات اخلاقی و در نهایت بزه‌کاری فرد را مهیا خواهد نمود. بنابراین اثرات خاص این اختلال می‌تواند بر انحرافات در دو سطح، یعنی شکل عمومی انحرافات که در شکل‌گیری جرائم بعدی مؤثر می‌باشند که به تحقیق آن انحرافات در ارتکاب جرائم متعددی همچون جرائم علیه اشخاص و تمامیت جسمانی، جرائم علیه شخصیت معنوی اشخاص، جرائم مالی و... همچون اخلال در نظم، حمل مواد مخدر، سرقت، توهین، تجاوز به عنف، آدم‌ربایی، عصبانیت، پرخاشگری، درگیری فیزیکی، ضرب و شتم، نقص قوانین، انجام کارهای خطرناک، فعالیت‌های جنسی و غیر اخلاقی و... یا شکل خاص انحرافات، با هنجارگریزی درون‌گروهی بدین مفهوم که با پشت‌کردن به هنجارهای درون‌گروهی نظیر عدم اطاعت از والدین، عدم اطاعت از معلمان، فرار از مدرسه، همراهی با دوستان ناباب، کاهش محبت به دیگران، مصرف سیگار، مصرف مشروبات الکلی، مصرف مواد مخدر و امثال این‌ها اشاره نمود.

با این اوصاف، سیاست جنایی ایران علی‌رغم اثبات علمی و عملی انحرافات و بزه‌کاری حاصل از افراد دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و همچنین برآورد واقعی خسارت‌های جبران‌ناپذیر مادی و معنوی برای فرد و کل جامعه، نه‌تنها سیاست جنایی افتراقی در مواجهه با موضوع نداشته است، بلکه با ناکارآمدی شدیدی در هر سه بخش تقنینی، قضایی و مشارکتی مواجه است. بنابراین با توجه به واقعیات علمی و مقتضیات روانی افراد مبتلا بایستی ضمن تعامل سازنده با متخصصین علوم روان‌پزشکی و غربالگری و نظارت به موقع در دوره آموزش ابتدایی نسبت به اتخاذ تدابیر در راستای ایجاد بسترهای لازم سخت‌افزاری و نرم‌افزاری در برخورد با چنین پدیده‌ای در دو سطح کیفی و غیر کیفی به ویژه پیشگیری اجتماعی مبتنی بر اجتماع‌مدار و رشد‌مدار مبادرت گردد.

**References**

1. Gharibi Z, Milani A. Iran's Criminal Policy on Criminal Responsibility for Personality Disorder. Quarterly of Social Science Studies 2017; 3(2): 123-139. [Persian]
2. Fekri A, Kaveh H, Fekri A. The Impact of Hyperactivity on Juvenile Delinquency. Tehran: The First International Conference on Innovation and Research in Management Education and Psychology; 2016.
3. Hoseini SM, Mostafapoor M. A New Approach to the Analysis of Violent Crimes in Children and Adolescents. Quarterly of Legal Research of Criminal Law Research 2017; 5(19): 165-196. [Persian]
4. Najafi Tavana A. Criminology. 18th ed. Tehran: Amuzesh va Sanjesh Publications; 2015.
5. Alizadeh H. Kinetic Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 1st ed. Tehran: Roshd Publications; 2004.
6. Robert R, Joseph J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Translated by Amiri SH. 1st ed. Tabriz: Furouzesh Publications; 2016. [Persian]
7. Davari Ashtiani R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 1st ed. Tehran: Gatreh Publications; 2008.
8. Khanzadeh Abasali H, Taher M, Yegana T. Identification and Treatment of Attention Deficit Disorder - Hyperactivity in School. Quarterly of Legal Research of Exceptional Education 2013; 6(119): 39-52. [Persian]
9. Rahimi Nejhad E. Criminology. 5th ed. Tabriz: Forouzesh Publications; 2016.
10. Vigh Hitter B. Personality disorder. Translated by Mohamadi AA. 3rd ed. Tehran: Arjmand Publications; 2014. [Persian]
11. Alimardani A, Raiejian Asl M, Vahedi M, Khani H. The Role of Mental Disorders leads to Criminal Behavior on the levels of Criminal Responsibility. Iranian Journal of Medical Sciences Organization 2017; 35(1): 61-71. [Persian]
12. Shooshtari M, Abedi A, Golshani F, Ahromi R. Effectiveness of Early Interventions Based on Child-Centered Games on Pre-Activity Level - Impulsivity of Preschool Child. Quarterly of Exceptional People Psychology 2011; 1(2): 103-119. [Persian]

13. Mokhtariyan T, Yaryari F. Mokhtarian T. The Effect of Brain Exercise on Mothers' Stress Reduction. Quarterly of Exceptional Children 2015; 15(3): 31-41. [Persian]
14. RezazadeTitkanloo Z. Hyperactive Children. 1st ed. Tehran: Shahriyar Publications; 2010.
15. Joan B. Hyperactive Children. Translated by Malek A, Salehi MA. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences and Health Services; 2013. [Persian]
16. Christine L. Review of Criminal Policy. 7th ed. Tehran: Nashr Publications; 2019.
17. Marti D, Rey M. Large systems of criminal policy. Translated by Najafi Abrandabadi AH. 3rd ed. Tehran: Mizan Publications; 2016. [Persian]
18. Azimiyan A, Shamloo B, Mahdavi Sabet M, Mehra N. The Pragmatism of Participatory Criminal Policy on Violence against Women. Quarterly of Private and Criminal Law Research 2017; 13(2): 55-83. [Persian]
19. Safavi A. Diversion Theory. Quarterly of Social Science Education Development 1991; 6-7: 22-27. [Persian]
20. Ardabili MA, Saeidi Nezhad Y. Medicalization of crime and diversion. Quarterly of Legal Research 2018; 82: 1-32. [Persian]
21. Mohseni M. Criminal Phenomenon. 1st ed. Tehran: Ganj Danesh; 1996. Vol.12.
22. Moazzemi SH. Juvenile Delinquency. 1st ed. Tehran: Dadgostar Publications; 2009.
23. Samavati P, Dastan Z. Patients with Antisocial Personality Disorder. Quarterly of Legal Research of Medical Law 2013; 7(24): 171-191. [Persian]
24. Bahrmand M. Relationship between Mental Disorders and Delinquency and Crime. Legal-Law Quarterly of Legal Research 2019; 3(10): 203-240. [Persian]
25. Leyt Sandra V. Understanding Criminology. Translated by Malekmohamadi HR. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2007.



26. Clarkson CH. Analysis of the Principles of Public Penal Law. Translated by Mirmohamad Sadeghi H. 2nd ed. Tehran: Jangal Publications; 2016. [Persian]
27. Taghipoor A. Defending Mental Disorder at the Time of the Crime. Quarterly of Legal Research of Judicial Law Views 2017; 21(73-74): 21-44. [Persian]