



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Comparison of Criminal Insanity and Mental Disorders

Mohammad Mahdi Yousefi^{1*} , Leyly Ramezan Saatchi¹

1. Department of Law and Psychology, Judiciary Research Institute, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: While according to the law, the diagnosis of insanity is made by a specialist in mental diseases, the difference in diagnostic goals and specialized literature in the two fields of law and medicine has caused difficulties in the implementation of the legislator's intention. Aside from the complex nature of insanity that makes diagnosis elusive, many other problems make it even more difficult; Problems such as the periodicity and fluctuation of mental abnormalities, the long time interval between the commission of a crime and the mental assessment, the multiplicity of functional areas and the alienation of the two areas of law and psychiatric knowledge. In this article, we have tried to reduce the inconsistency of the conceptual space of insanity in both criminal and medical fields by comparing legal insanity and psychiatric disorders.

Method: This research was written using the analytical descriptive method and using library resources.

Ethical Considerations: Ethical principles and maintaining the principle of trustworthiness have been observed in this research.

Results: None of the classes of psychiatric disorders can be considered equivalent to criminal insanity. At the same time, executive functions are disturbed and confused in a wide range of disorders, without having the conditions of criminal insanity.

Conclusion: Due to non-specificity and lack of diagnostic function, executive functions cannot be a definitive criterion for the diagnosis of insanity. As a result, diagnosis and decision-making about insanity still rely significantly on the clinical evaluation and diagnosis of a forensic psychiatrist. The indecisiveness of Iran's legal and judicial system in choosing the medical approach or the public security approach further fuels the lack of transparency in this matter.

Keywords: Insanity; Mental Disorder; Volition; Criminal Liability; Criminal Psychology; Forensic Psychology

Corresponding Author: Mohammad Mahdi Yousefi; **Email:** mmyousefi@outlook.com

Received: April 02, 2023; **Accepted:** January 02, 2024; **Published Online:** March 02, 2025

Please cite this article as:

Yousefi MM, Ramezan Saatchi L. Comparison of Criminal Insanity and Mental Disorders. Medical Law Journal. 2024; 18: e49.



مجله حقوق پزشکی

دوره هجدهم، ۱۴۰۳

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>

هم‌سنجی جنون کیفری و اختلالات روانی

محمد مهدی یوسفی^{۱*}، لیلی رمضان ساعتچی^۱

۱. گروه حقوق و روان‌شناسی، پژوهشکده مطالعات راهبردی، پژوهشگاه قوه قضاییه، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در حالی که مطابق با قانون، تشخیص جنون با متخصص بیماری‌های روانی است، تفاوت در اهداف تشخیصی و ادبیات تخصصی در دو حیطه حقوق و پزشکی سبب شده است که در عمل تحقق غرض قانونگذار با مشکل مواجه گردد. گذشته از ماهیت پیچیده جنون که تشخیص را به امری غامض تبدیل می‌کند، مشکلات فراوان دیگری نیز وجود دارد که این امر را دشوارتر می‌سازد؛ مشکلاتی همچون دوره‌ای بودن و نوسان داشتن ناپهنجاری‌های روانی، فاصله زمانی زیاد بین ارتکاب جرم و ارزیابی روانی، تعدد حوزه‌های عملکردی و بیگانگی دو حوزه حقوق و دانش روان‌پزشکی. در این مقاله کوشیده‌ایم با مقایسه جنون حقوقی و اختلالات روان‌پزشکی، از ناهمخوانی فضای مفهومی جنون در دو حوزه کیفری و پزشکی کاسته شود.

روش: این پژوهش با استفاده از روش توصیفی - تحلیلی و با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای نگاشته شده است.

ملاحظات اخلاقی: اصول اخلاقی و حفظ اصل امانتداری در این پژوهش رعایت شده است.

یافته‌ها: هیچ کدام از طبقات اختلالات روان‌پزشکی به طور مطلق نمی‌تواند معادل جنون کیفری تلقی شود. در عین حال کارکردهای اجرایی در طیف وسیعی از اختلالات مختل و مغشوش است، بدون اینکه حائز شرایط جنون کیفری باشند.

نتیجه‌گیری: کارکردهای اجرایی به واسطه غیر اختصاصی بودن و فقدان کارکرد تشخیصی، در عمل نمی‌تواند ملاک قطعی برای تشخیص جنون باشد، در نتیجه همچنان تشخیص و تصمیم‌گیری در مورد جنون، به میزان قابل توجهی به ارزیابی و تشخیص بالینی متخصص روان‌پزشکی قانونی متکی است. بلا تکلیفی نظام حقوقی و قضایی ایران در برگزیدن رویکرد پزشکی یا رویکرد امنیت عمومی، به عدم شفافیت در این موضوع بیش از پیش دامن می‌زند.

واژگان کلیدی: جنون؛ اختلال روانی؛ اراده؛ مسئولیت کیفری؛ روان‌شناسی کیفری؛ روان‌شناسی قضایی

نویسنده مسئول: محمد مهدی یوسفی؛ پست الکترونیک: mmyousefi@outlook.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۱۲

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Yousefi MM, Ramezan Saatchi L. Comparison of Criminal Insanity and Mental Disorders. Medical Law Journal. 2024; 18: e49.

مقدمه

واژه «جنون» به دو دلیل از واژه‌نامه اختلالات روانی حذف شد. یک دلیل وجود داغ یا استیگمای شدیدی است که با خود به همراه دارد. دیگر اینکه جنون مفهومی به شدت گسترده و فاقد مرز و کرانه روشن و آشکار است. فیلسوفان، حقوقدانان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان، شاعران و ادیبان و عموم مردم هر کدام به گونه‌ای این واژه را به کار برده‌اند و اگرچه جان‌مایه مشترکی در تمام این کاربردها وجود دارد، از فقدان انسجام رنج می‌برد و به همین جهت از معنا تهی شده است. در این شرایط قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ در ماده ۱۴۹ در کنار جنون از واژه «اختلال روانی» نیز استفاده کرده است، اگرچه این شیوه از استخدام لغت، مثبت ارزیابی می‌شود، ولی همچنان ابهام و سربسته‌گی واژه پیش، یعنی جنون را دارد و به اختصاصی شدن آن کمکی نکرده است، به ویژه اینکه جنون را گونه‌ای اختلال روانی تعریف می‌کند که منجر به فقدان اراده و قوه تمییز گردد، در نتیجه اختلال روانی را در معنایی عام‌تر از جنون به کار می‌برد، اگرچه این تلقی درست است، اما از ابهام و پیچیدگی موضوع نکاسته است.

هدف از پژوهش حاضر، مقارنه و مقایسه جنون در کاربرد حقوق کیفری آن با اختلالات روانی به معنای پزشکی آن، با محوریت پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. لازم به ذکر است این مطالعه صرفاً بر اختلالات بالینی پرداخته و اختلالات شخصیت را مورد بررسی قرار نداده است. یکی از این مناقشه‌های موجود در این زمینه مربوط به این است که آیا اختلال روانی یک صفت است یا یک حالت؟ بسیاری از مشکلات روانی دوره‌ای و دارای نوسان در طول زمان هستند. اتصاف به وصف جنون، به عنوان عروض حالتی موقتی که می‌تواند در اندک زمانی تغییر وضعیت دهد، مسأله‌ای غامض و در برخی مواقع لاینحل است. فارغ از ارزیابی تخصصی بالینی، احراز جنون مدت‌ها پس از زمان ارتکاب جرم، امری به غایت دشوار است. برای نمونه یک مطالعه در مورد ارزیابی جنون در ایتالیا به این موضوع اذعان دارد که در نمونه مورد بررسی، زمان ارزیابی روان‌پزشکی به

طور میانگین ۷۷۰ روز پس از وقوع جرم بوده است. این فاصله زمانی قابل توجه، می‌تواند به سوگیری زمانی توسط ارزیاب متخصص بیانجامد، به این معنی که افرادی که در زمان ارزیابی دارای علائم شدید و حاد هستند، به احتمال بیشتری حائز شرایط دفاع جنون تشخیص داده خواهند شد و دیگری که در دوره باقیه‌ای یا نهفته هستند، ممکن است در هنگام ارتکاب جرم نیز مجنون تلقی نشوند (۱).

موارد دیگری نیز وجود دارند که این پیچیدگی و سردرگمی را دوچندان می‌کنند، مثلاً در زمانی که اختلالات روان‌پزشکی همچون اسکیزوفرنی، با سوءمصرف الکل یا مواد و احتمال مسمومیت حین ارتکاب همراه باشد، دشواری اتصاف به جنون بیش از پیش می‌گردد، به علاوه تفکیک و تمییزدادن بین علائم روان‌پزشکی (Symptom) و صفاتی که به طور معمول به عنوان پیشایندهای شناخته شده و ریسک فاکتورهای جرائم به شمار می‌روند، امری بغرنج است. به عنوان نمونه، خشم، وضعیتی است که هم می‌تواند به عنوان یک علامت در اختلالاتی همچون دوقطبی، اختلالات شخصیت و اختلال استرس پس از حادثه (PTSD) ظهور پیدا کند و هم یک عامل خطر برای بروز رفتارهای مجرمانه در بین جمعیت عمومی باشد (۲). نمونه دیگر تکانشگری (Impulsiveness) است که در اختلالاتی همچون اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال سلوک قابل مشاهده است و از سوی دیگر یک پیش‌بینی‌کننده قوی رفتارهای مجرمانه در بین جامعه غیر بالینی است، در نتیجه تشخیص اینکه رفتار تکانشی یک علامت برای یک اختلال روان‌پزشکی است یا یک خصیصه شخصیتی، به سادگی میسر نیست (۳). همان‌گونه که اسپار (Sparr) و اتکینسون (Atkinson) تصریح کرده‌اند در مقوله اثبات جنون مشکلات زیادی وجود دارد که یکی از آنها ماهیت ذهنی و غیر اختصاصی علائم است که در بسیاری از موارد، سنجش آنان جز از طریق کاوش و مصاحبه بالینی از خود فرد امکان‌پذیر نیست (۴).

در روان‌پزشکی و علوم مرتبط، اختلال روانی عمدتاً در مقابل سلامت روانی به کار می‌رود و فرد غیر مجنون، نه عاقل که سالم خوانده می‌شود (۵)، در حالی که در نگاه سنتی و البته

حقوقی، نقطه مقابل جنون، عقل است (برای نمونه ماده ۱۴۰ ق.م.ا) در دانش روان پزشکی و روان شناسی اختلال روانی در معنای مخالف سلامت روانی به کار می‌رود. این فرض ابتدائاً تلاشی برای بازشناسی سلامت روان است که آن را به فقدان اختلال یا بیماری روانی تعریف می‌کند، اگرچه فهم کلی واژه اختلال روانی به واسطه ارتکاز معنایی متداول آن امری سهل به نظر می‌رسد، اما بررسی معنای متضاد در دو زمینه پزشکی و حقوقی - فقهی، دو واژه متفاوت سلامت و عقل را مطرح می‌سازد که علیرغم اشتراک قابل توجه مصداقی، به لحاظ معناشناختی دارای تفاوت‌هایی اساسی و بنیادین هستند. این مسأله بار دیگر ضرورت این موضوع را پیش می‌کشد که برای نیل به ادراکی ژرف و تشخیصی صائب، دستگاه قضایی نیازمند متخصصانی است که به فهمی دوجبه‌ای از اختلالات روانی و نیز قصد و غرض قانونگذار در ارتباط با موضوع جنون و مسئولیت کیفری، رسیده باشد.

روش

این پژوهش، یک مطالعه نظری است که با مراجعه به منابع و پژوهش‌های انجام‌شده، به توصیف و تحلیل موضوع می‌پردازد، در نتیجه یک پژوهش توصیفی - تحلیلی به شمار می‌رود که گردآوری اطلاعات آن، به صورت کتابخانه‌ای بوده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

سیستم‌های تشخیصی متعددی کوشیده‌اند اختلالات روانی را طبقه‌بندی و سامان‌دهی کنند. طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامت مرتبط، نسخه یازدهم، که با عنوان اختصاری ICD-11 شناخته می‌شود، ابزاری فراگیر است که توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین شده و تمام بیماری‌ها، از جمله اختلالات روانی، را دربر می‌گیرند (۶).

طبقه‌بندی دیگر نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی موسوم به DSM 5 است که توسط انجمن روان پزشکی امریکا منتشر می‌شود، اگرچه هم‌پوشانی و هم‌داستانی زیادی بین این دو طبقه‌بندی وجود دارد، در این پژوهش از طبقه‌بندی DSM بهره گرفته شده است. بر اساس این راهنما، اختلالات روانی در ۲۲ طبقه قرار می‌گیرند و بیش از ۱۵۰ اختلال را شامل می‌شوند (۷). در ادامه طبقات اختلالات و نسبت آنان با جنون مورد بررسی قرار خواهد گرفت. لازم به ذکر است که تمامی اختلالات موجود در هر طبقه که ناشی از مصرف دارو/ مواد تشخیص گذاری می‌شود، به جهت تفاوت در مسئولیت کیفری، از بحث کنار گذاشته شده است. یکی از اصطلاحات تعیین‌کننده در تشخیص جنون کیفری، اراده و قوه تمیز است. با توجه به یافته‌های عصب‌روان‌شناسی کارکردهای اجرایی مابه‌ازای مناسبی برای این دو واژه کلیدی به شمار می‌روند. از این رو در بررسی طبقات اختلالات، پژوهش‌های مربوط به نقص در کارکردهای اجرایی نیز گزارش خواهد شد (۸).

۱. **اختلالات عصبی رشدی:** این اختلالات به دسته‌ای از بیماری‌ها اطلاق می‌شوند که در طی دوره رشد بروز پیدا می‌کنند، عموماً در سنین پیش از مدرسه خود را نشان می‌دهند و کارکرد فرد را در زمینه‌های شخصی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی تخریب می‌کنند. در میان اختلالات این طبقه، کم‌توانی ذهنی به وضوح یکی از مواردی است که دفاع جنون در مورد آن قابل طرح است. پژوهش‌ها نشان‌دهنده آن است که تعداد قابل توجهی از محکومین به حبس دچار مشکلات جدی در زمینه کم‌توانی ذهنی هستند. به عنوان نمونه ۷ درصد از زندانیان ولز و انگلستان را افرادی با بهره هوشی کمتر از ۷۰ تشکیل داده و ۲۵ درصد زندانیان نیز بهره هوشی کمتر از ۸۰ دارند (۹). مبتلایان به اختلال طیف اوتیسم، نقص پایداری در برقراری ارتباط و تعامل اجتماعی دوسویه دارند و دارای الگوهای محدود رفتار، علائق یا فعالیت‌ها هستند. پژوهش‌ها نشان از این دارند که نقص در نظریه ذهن، استدلال اخلاقی، همدلی شناختی (Cognitive

(Empathy) (آگاهی از احساسات دیگران) و قضاوت اخلاقی پیچیده در این افراد بارز است. از آنجا که این نقصان‌ها می‌تواند بر دو عنصر ارادی‌بودن و قوه تمیز افراد اثرگذار باشد، می‌توان ارزیابی مسئولیت کیفری را در این افراد را مورد بازنگری قرار داد (۱۰-۱۱).

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی ۸ درصد واریانس بزهکاری خشن یا غیر خشونت‌آمیز را تبیین می‌کند که البته با میانجی‌گری عواملی همچون سوءمصرف مواد، همسالان بزهکار و اختلال سلوک صورت می‌گیرد (۱۲-۱۳). این افراد در برخی کارکردهای اجرایی از جمله توانایی در برنامه‌ریزی و کنترل بازدارنده دچار نقصان هستند (۱۴).

۲. اختلالات طیف اسکیزوفرنیا: نزدیک‌ترین طبقه اختلالات به مفهوم کلاسیک و حقوقی جنون تلقی می‌شوند. ویژگی بارز این طبقه، قطع ارتباط با واقعیت است و اگرچه معمولاً با علامت‌های کلیدی توهم و هذیان شناخته می‌شوند، لزوماً برای تشخیص نیازمند این دو علامت نیستند. اختلال اسکیزوفرنی یک نشانگان بالینی ناهمگون است. هیچ علامت خاصی به عنوان شناسه این اختلال وجود ندارد و تشخیص آن در گرو مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها و افت عملکرد فرد است که کشف آنان عمدتاً بر پایه شرح حال و معاینه وضعیت روانی دقیق صورت می‌پذیرد (۷).

اگرچه خطرناک‌بودن بیماران سایکوتیک اغراق‌شده و دور از واقعیت است، با این حال پژوهش‌ها این ارتباط را انکار نمی‌کنند. علائم سایکوتیک مستقیماً در بروز حدوداً ۵ درصد از رفتارهای مجرمانه دخیل است (۱۵). با اینکه رفتارهای بسیار خشن در این افراد نادر است، اما برخی جرائم همچون دیگرکشی در این افراد بیش از جمعیت عمومی رخ می‌دهد که عموماً با اختلال سوءمصرف مواد همراه بوده است. هم‌ابتلایی اختلالات روان‌پزشکی با سوءمصرف و وابستگی به مواد، ریسک ارتکاب جرم را در این افراد به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد (۱۶). فارغ از نوع روان‌پریشی، عمل‌کردن بر مبنای هذیان یا توهم در بیماران سایکوتیک زیاد اتفاق می‌افتد. یک مطالعه نشان داد که تا ۸۰ درصد بیماران بر اساس هذیان‌های

خود عمل می‌کنند. این اعمال می‌تواند پرخاشگرانه نسبت به خود، نسبت به دیگران، نسبت به اشیاء یا دفاعی باشد (۱۷). پژوهش‌های زیادی کوشیده‌اند متغیرهای مرتبط با خشونت بیماران سایکوتیک را دریابند و به این ترتیب پیش‌بینی بهتری از رفتارهای خشن محقق سازند. در یک مطالعه مروری طیفی از ریسک فاکتورها در چهار گروه شناسایی شده‌اند. این چهار گروه عبارتند از: ۱- جمعیت‌شناختی (سن پایین، جنسیت مذکر، موقعیت اقتصادی - اجتماعی پایین)؛ ۲- تاریخچه‌ای (پیشینه خشونت علیه دیگران)؛ ۳- بافتاری (وقوع رویدادی تنش‌زا در یک سال گذشته)؛ ۴- بالینی (علائم روان‌پریشانه شدید، دوره طولانی سایکوز درمان‌نشده، تبعیت ضعیف از درمان). تعدد این متغیرها به خوبی نشان می‌دهد که پیش‌بینی چنین امری یا چنانکه ماده ۱۵۰ ق.م.ا. اظهار می‌دارد، تشخیص حالت خطرناک فرد، تا چه اندازه می‌تواند دشوار باشد (۱۸).

مطالعات عصب‌روان‌شناختی حاکی از این است که در بین اختلالات روانی بیشترین آسیب در کارکردهای اجرایی به اسکیزوفرنی تعلق دارد. در واقع اندازه اثر (Effect Size) در بازداری، انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی برنامه‌ریزی در اسکیزوفرنی نسبت به سایر اختلالات در بالاترین سطح است (۱۹). از سوی دیگر قوای شناختی این بیماران در دوره فعال بیماری شدیداً با اختلال مواجه است. این بیماران به ماهیت و شدت اختلال خود بینش نداشته یا بینش اندکی دارند (۵). با اینکه وجود دو علامت کلیدی هذیان و توهم احتمالاً به احراز جنون می‌انجامد، ولی همان‌گونه که پیش‌تر گفته شد، اسکیزوفرنیا اختلالی ناهمگن با بروز علائم متفاوت است.

۳. اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط: اختلال دوقطبی اختلالی است که تشخیص آن مستلزم شناسایی یک دوره مانیا یا هیپومانیا است. از منظر علامت‌شناسی اختلال دوقطبی جایگاهی بین طبقه اختلالات اسکیزوفرنی و اختلال افسردگی دارد (۷). بروز خصائص روان‌پریشانه (Psychotic Features) در این اختلال نادر نیست. رفتار تهاجمی نیز در این اختلال شایع است، به گونه‌ای که تا ۷۵ درصد از کل افراد مانیک

تهدیدکننده و تهاجمی هستند (۵) و حدود ۵۰ درصد این افراد حداقل یک مرتبه مرتکب جرمی شده‌اند که مستقیماً ناشی از علائم روان‌پزشکی این اختلال است. با این حال نقش قابل توجه همبودی اختلال سوءمصرف مواد در ارتکاب جرائم خشن بیماران دو قطبی، غیر قابل انکار است. در واقع علیرغم تهاجمی‌بودن، بیماران دوقطبی بدون سوءمصرف مواد کمی بیش از جمعیت غیر بالینی مرتکب جرائم خشن می‌شوند و ریسک این دست جرائم در دوقطبی‌ها به جد متأثر از ابتلای همزمان این افراد به سوءمصرف مواد است (۲۰). مطالعات دیگر نیز نتوانستند دریافت برچسب اختلال دوقطبی را به عنوان یک عامل خطر در بروز رفتارهای خشن تشخیص دهند (۲۱). به نظر می‌رسد تکانش‌وری و اختلال در بازداری پاسخ (Impaired Response Inhibition) دو عامل کلیدی در اختلال دوقطبی است که احتمال بروز جرم را افزایش می‌دهد (۲۲).

همه کارکردهای اجرایی مثل برنامه‌ریزی و توانایی تغییر و تنظیم اهداف و عملکردها، در دوره فعال بیماری مختل هستند. همچنین مبتلایانی که در حال گذران دوره باقیه‌ای هستند نیز در کارکردهای اجرایی با مشکل مواجه‌اند، اما بیماران بهبودیافته فاقد علامت، در این زمینه عملکرد بهنجاری از خود به نمایش گذاشتند (۲۳). ناتوانی در خودتنظیم‌گری (Self-Regulatory Dysfunction) و تکانش‌گری، نقش محوری در اختلال دوقطبی ایفا می‌کنند. برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی و بازداری شناختی در کنار برخی ظرفیت‌های شناختی دیگر همچون حافظه کاری، برخی از حوزه‌هایی هستند که در مبتلایان به اختلال دوقطبی در مقایسه با جامعه غیر بالینی با آسیب مواجه شده است (۲۴).

۴. اختلالات افسردگی: حدود ۱۵ درصد از جرائم ارتكابی توسط افراد مبتلا به افسردگی اساسی، کاملاً یا عمدتاً قابل انتساب به علائم اختلال، مثل خودکشی‌گرایی ناشی از ناامیدی (Hopelessness Suicidality) هستند. از میان این ۱۵ درصد جرائم، ۳۹ درصد جرم علیه دیگری، ۱۵ درصد

جرائم مالی و ۴۶ درصد جرائم خفیف بوده‌اند. ۲۰ درصد افراد افسرده حداقل یک بار مرتکب جرمی برآمده از علائم شده‌اند. جرائم نادری نیز وجود دارند که ممکن است در برخی زیرگونه‌های افسردگی بروز پیدا کند، از جمله فرزندکشی (Filicide) که ممکن است در مادران مبتلا به افسردگی حول و حوش زایمان (Peripartum Depression) رخ دهد، البته فرزندکشی معمولاً در مادران مبتلا به افسردگی حول و حوش زایمان درمان‌نشده مشاهده می‌شود که شدت اختلال به بروز علائم سایکوتیک منتهی شده است، البته بروز سایکوز پس از زایمان (Postpartum Psychosis) از افسردگی پس از زایمان نادرتر بوده و میزان شیوع آن حدود ۰/۰۳ درصد است. میزان افکار صدمه به نوزاد در نومادران مبتلا به افسردگی حدوداً ۴۱ درصد است و در مادران غیر افسرده ۷ درصد. با این حال، چنانکه گفته شد، وقوع این پدیده نادر است، در نتیجه احتمال عمل بر اساس این افکار بسیار کم است (۲۵). جرم خشونت‌آمیز نادر دیگری که در مبتلایان به افسردگی رخ می‌دهد خودکشی گسترش‌یافته (Extended Suicide) یا قتل نوع‌دوستانه (Altruistic Homicide) است که طی آن فرد (معمولاً پدر یا مادر) با هدف نجات‌دادن دیگران از زندگی فلاکت‌بار، اقدام به قتل دیگر اعضای خانواده نموده و سپس دست به خودکشی می‌زند. با توجه به شیوع بالای افسردگی و ندرت وقوع خودکشی گسترش‌یافته، این جرم چندان مورد توجه نبوده است (۹).

در مجموع افسردگی حتی پس از کنترل متغیرهایی همچون ژنتیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سوءمصرف الکل با خشونت ارتباط دارد. به طور کلی افسردگی ریسک جرائم خشن را افزایش می‌دهد. پژوهشگران وجود اختلالات همزمانی همچون اختلالات شخصیت، نقص در کنترل تکانه و تنظیم هیجان را به عنوان سازوکارهای احتمالی در این رابطه محتمل می‌دانند (۲۶).

یک اختلال مهم در این طبقه، اختلال کُرنظیمی خلق ایدایی است. با توجه به تازه‌واردبودن این اختلال در زمره اختلالات خلقی، اطلاعات دقیقی از میزان بروز جرم در این افراد وجود

ندارد، اما وجود تحریک‌پذیری مداوم، شدید و غیر دوره‌ای (Non-Episodic) که معمولاً به پرخاشگری کلامی یا رفتاری می‌انجامد، بروز مشکلات قانونی را برای این کودکان و نوجوانان محتمل می‌نماید، به ویژه اینکه در پیشینه این افراد معمولاً مشکلات آسیب‌زایی همچون فقر، مشاهده خشونت خانگی، آبیوز (Abuse) و تغییر مکرر مراقب وجود داشته است. نوجوانان دارای این تشخیص که سطح شدیدتری از فقر را تجربه کرده‌اند و تحصیلات کمتری دارند، بیشتر در معرض رفتارهای غیر قانونی هستند. همچنین نوجوانان دارای برچسب اختلال کُرنظیمی خلق ایدایی، نسبت به نوجوانانی که به سایر اختلالات خلقی مبتلا هستند، بیشتر با اختلالات سوءمصرف مواد دست به گریبانند (۲۷). احتمال رفتارهایی همچون درگیری با پلیس، درگیری فیزیکی، ورود غیر مجاز به خانه یا ملک دیگران و مصرف مکرر الکل در این افراد بیشتر از جامعه عمومی است (۲۸).

رابطه عملکرد اجرایی با افسردگی تا حدودی بحث‌برانگیز است. با این حال یک فراتحلیل نشان می‌دهد که همه ابعاد کارکردهای اجرایی، از جمله بازداری، جابه‌جایی، برنامه‌ریزی و سایر توانایی‌های شناختی همچون سلاست کلامی، در افراد مبتلا به افسردگی اساسی با مشکل مواجه است (۲۹). مطالعات مروری دیگر نیز بر تخریب عملکرد اجرایی در افسرده‌ها صحه گذاشته‌اند (۳۰).

۵. اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط: نقص در مقوله اراده بیش از هر اختلال دیگری، در اختلالات وسواسی جبری در مرکز توجه قرار دارند. اگر در اختلالات شدیدی همچون اسکیزوفرنی مرزهای جهان واقعی مبهم و مه‌آلوده می‌شود، در اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط در عین حفظ ارتباط با واقعیت، رفتارهایی با درجات مختلفی از عجیب‌بودن و نامتعارف‌بودن رخ می‌دهند. تا زمانی که شدت اختلال به حدی نرسد که به روان‌پریشی بیانجامد، فرد در وضعیتی قرار دارد که ضمن درک نسبتاً واقع‌بینانه از واقعیت، جهان پیرامون و ماهیت رفتارشان، به واسطه ویژگی اجباری‌بودن اختلال عملاً مسلوب‌الاراده تلقی می‌شود.

مبتلایان به این اختلال ممکن است بینش خوبی داشته باشند و یا دارای بینش نسبی باشند، چراکه افکار و رفتارهای وسواسی معمولاً خودناهمخوان (Egodystonic) هستند و افراد از وجود آن‌ها رنج می‌برند، اگرچه وسواس‌های عملی، رفتارهای آگاهانه، استاندارد و تکرارشونده هستند، مبتلایان به این اختلال نه از افکار وسواسی و نه از رفتارهای وسواسی استقبال نکرده و از آن‌ها لذت نمی‌برند. افراد فاقد بینش، دارای باورهای هذیانی بوده و معتقدند افکار وسواسی‌شان مطابق با واقعیت است. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری از این شکایت دارند که با اینکه می‌دانند عمل وسواسی بی‌فایده و فاقد ارتباط واقع‌گرایانه با فکر وسواسی است، نمی‌توانند در برابر فشاری که برای انجام رفتار حس می‌کنند، مقاومت کنند (۵، ۷).

دور از انتظار نیست که میزان رفتارهای خشن در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی زیاد نیست و تفاوتی با افراد عادی ندارد، حتی در وسواس‌هایی با محتوای خشن مثل وسواس نوزادکشی (Infanticide) یا فرزندکشی هیچ داده‌ای مؤید رابطه این افکار با اقدام به این اعمال نیست. به طور کلی احتمال عمل بر اساس افکار وسواسی به ویژه افکار وسواسی خشن، بسیار کم است. برعکس به نظر می‌رسد ابتلا به Ocd بدون همبودی، ریسک ارتکاب رفتارهای خشن را کاهش می‌دهد (۳۱). از نظر پدیدارشناختی وسواس‌های تهاجمی یا جنسی تفاوت اساسی با افکار خشونت‌آمیز و پرخاشگرانه مهاجمان و یا مثلاً دل‌مشغولی‌های جنسی متجاوزان به عنف دارد. ویل (Veale) و همکارانش تفاوت‌های موجود بین افکار وسواسی با افکار مهاجمان را این چنین برشمرده‌اند: خودناهمخوان‌بودن افکار، ناتوانی در عمل بر اساس افکار وسواسی، اجتناب از موقعیت‌های آغازگر (Trigger Situations)، تلاش برای سرکوب افکار، فراوانی و ثبات افکار وسواسی، اضطراب، آشفتگی و احساس گناه نافذ به خاطر افکار، بیش‌افشاگری نسبت به پیشینه جنسی نامرتب با موضوع (مثلاً سابقه خودارضایی)، یاری‌طلبی و تلاش برای دریافت خدمات سلامت روان و وجود سایر علائم اختلال وسواس فکری عملی در فرد (۳۲).

در میان سایر اختلالات این طبقه اختلال ذخیره‌سازی ممکن است مشکلات قانونی برای افراد به وجود آورد. این مشکلات معمولاً جنبه ثانویه نسبت به اختلال دارد، مشکلاتی همچون آتش‌سوزی ناشی از نگهداشت مواد اشتعال‌زا یا انتقال بیماری‌های انگلی. با این حال آمار دقیقی از میزان بروز مشکلات قانونی ناشی از این اختلال در دست نیست، ولی این دست مشکلات نسبتاً نادر هستند (۳۳).

فرا تحلیل‌ها از وجود نقائص عدیده در کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به OCD خبر می‌دهند. این افراد علاوه بر حافظه کاری و سلاست کلامی (Verbal Fluency) در بازداری پاسخ، جابه‌جایی زمینه و برنامه‌ریزی نیز نسبت به جامعه بهنجار، تفاوت معنادار داشتند (۲۹).

۶. اختلالات مرتبط با سانحه: برانگیختگی و واکنش‌های برونی‌ساز در برخی مبتلایان به اختلال استرس پس از حادثه وجه غالب است. به جز این، سایر اختلالات این طبقه، از جمله اختلالات سازگاری نیز ممکن است با اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی همراه باشد (۷). عمده مطالعات در زمینه رفتارهای خشن در مبتلایان به این اختلال، بر جمعیت نظامی متمرکز است. سه عامل هم‌پسته با رفتار خشن در مبتلایان به PTSD عبارت است از: ابراز خشم، مصرف الکل پس از حادثه و پیشینه نظامی افراد. به عبارت دیگر در صورت کنترل دو متغیر ابراز خشم و مصرف الکل، هیچ ارتباطی بین مبتلایان به PTSD غیر نظامی و رفتار خشونت‌آمیز وجود ندارد (۳۴). مطالعات مصرف فزاینده مواد، شدت وابستگی به مواد و شدت نشانه‌شناسی اختلال استرس پس از حادثه را با افزایش خشونت در طول زمان مرتبط می‌دانند (۳۵-۳۶).

از میان مطالعات موردی فراوان چهار دسته عوامل روان‌شناختی معرفی شده‌اند که احتمال بروز خشونت را در مبتلایان به PTSD افزایش می‌دهد (۳۷):

۱- دسته اول از عوامل و زمینه‌های تجزیه‌ای شایع در رفتارهای مهارنشده در PTSD وجود جهش به گذشته یا فلش‌بک‌هایی (Flashback) است که افراد نسبت به گذشته دارند؛ ۲- دسته دوم خشونت‌های وابسته به خواب آشفته هستند که برآیند

مطالعاتی است که بی‌خوابی و کابوس‌های شبانه را در این بیماران گزارش کرده‌اند؛ ۳- دسته سوم ناشی از بی‌ثباتی خلق (Mood Lability) هستند که با خصومت مزمن، تحریک‌پذیری، تکانش‌وری، نوسانات خلقی و اضطراب مشخص می‌شوند؛ ۴- دسته چهارم، خشونت مرتبط با اعتیاد به مبارزه (Designer Defenses) در سربازان از جنگ برگشته دارای PTSD است. این عامل اشاره به رفتارهایی دارد که طی آن افراد الگوهای رفتاری را در پیش می‌گیرند که به نوعی بازآفرینی و تجربه مجدد مبارزات و نزاع‌های تروماتیک گذشته آنان است.

انواع مختلفی از دفاع‌های مرتبط با PTSD وجود دارند که در راهنماهای تشخیصی متداول اختلالات روانی وجود ندارند و به ویژه توسط وکلا مورد ابداع و اقبال قرار می‌گیرند. این دفاع‌ها را گاهی «دفاع‌های طراح (Designer Defenses)» می‌نامند. برخی از این دفاع‌ها عبارتند از: سندرم همسر آزاردیده (Battered Spouse Syndrome) که پیش‌تر به آن سندرم زنان آزاردیده (Battered Women Syndrome) نیز گفته می‌شد، سندرم کودک آزاردیده (Battered Children Syndrome)، سندرم خشم سیاه (Black Rage Syndrome) و سندرم هولوکاست (Holocaust Syndrome) از دیگر دفاع‌های مرتبط با دفاع PTSD به شمار می‌روند (۳۸).

این یافته‌ها تا حدودی با پژوهش‌های مربوط به اختلال در کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه همخوانی دارد. بیماران مذکر، مسن‌تر، دارای تجربه ترومای جنگ و دارای علائم افسردگی همزمان شدیدتر، تخریب‌های شدیدتری را در کارکردهای اجرایی از خود نشان می‌دهند. مطالعات با توجه به تنوع ابزارهای مورد استفاده، از وجود نقائصی در توجه تقسیم‌شده، توجه انتخابی، انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی و حافظه کاری در مبتلایان به اختلال استرس پس از حادثه حکایت دارند (۳۹).

۷. اختلالات تجزیه‌ای (Dissociative Disorders): این طبقه به مشکلاتی اشاره دارد که به موجب آن هشیاری، حافظه، هویت، هیجان، ادراک، بازنمایی بدن، کنترل حرکات و

رفتار، دچار گسست یا از دست دادن پیوستگی طبیعی می‌شود (۷). پژوهش‌ها حکایت از این دارند که با تشخیص یک اختلال تجزیه‌ای یا وجود علائم تجزیه‌ای، احتمال بروز یا شدت بیشتر خشونت وجود دارد. برخی از جرائم بسیار خشن، به ویژه مواردی که بدون برنامه‌ریزی قبلی و با برانگیختگی هیجانی قابل توجه همراه بوده‌اند، نشانه‌های تجزیه‌ای همچون گسست از خویش و فراموشی تجزیه‌ای را دربر داشته‌اند. همچنین در جمعیت روان‌پزشکی، شواهد نشان‌دهنده این است که علائم تجزیه‌ای پیش‌بینی‌کننده رفتار خشونت‌آمیز بوده و افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای بیشتر در معرض ارتکاب خشونت هستند (۴۰). مطالعه دیگری در مورد میزان درگیر شدن ۱۷۳ فرد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای با نظام کیفری در ۶ ماه گذشته، حکایت از ارتباط ضعیف بین این اختلالات با ارتکاب جرم دارد (۴۱).

احتمال پیدایش علائم و اختلالات تجزیه‌ای در جامعه کیفری به میزان قبل توجهی بیشتر از جمعیت عمومی است. شواهد نشان‌دهنده وجود ارتباط بین علائم تجزیه‌ای و خشونت بین فردی همچون تجاوز جنسی و قتل است. افراد دارای علائم تجزیه‌ای بیشتر در معرض رفتارهای تهاجمی هستند، اگرچه بزهکاری و حالات تجزیه‌ای با یکدیگر همبستگی مستقیم ندارند، اما هر دو از سوءرفتارهای دوران کودکی نشأت می‌گیرند. در واقع یکی از پیش‌بین‌های مشترک جرائم خشن و حالات تجزیه‌ای، به ویژه در مردان، وقوع آبیوز در دوران کودکی است (۴۲-۴۳). مطالعات در مورد قتل عمد، ارقامی بین ۱۰ تا ۷۰ درصد فراموشی تجزیه‌ای را گزارش کرده‌اند، حتی در مواردی مثل قتل در دفاع از خود یا افرادی که شاهد جرائم خشن بوده‌اند نیز فراموشی تجزیه‌ای به دفعات رخ می‌دهد. به طور کلی هم در مرتکبین، هم در قربانیان و هم در شاهدان این جرائم، تجزیه رخ می‌دهد (۴۴).

برخی بر این باورند که از آن جهت که در اختلال هویت تجزیه‌ای یکپارچگی فرد و تصمیم‌گیری او دچار اختلال می‌شود، نمی‌توان فرد را در قبال رفتارهایش مسئول دانست. وجود هویت‌های مجزا، یکپارچگی در هویت و تصمیم‌گیری را مختل می‌کند. تصمیم‌گیری یا اراده مختل‌شده، به معنای

رخ‌دادن رفتارهای غیر ارادی متعدد است، چراکه در این صورت مهار اجرایی (Executive Control) وجود ندارد و فرد بر انجام کنش‌های خود کنترلی ندارد. تنها در صورتی می‌توان برای فرد مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای قائل به مسئولیت کیفری شد که تمامی هویت‌ها در انجام بزه اتفاق نظر داشته باشند (۴۵).

۸. اختلال علائم جسمانی و اختلالات مرتبط: در مردان بین اختلال نورولوژیک کارکردی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و پرخاشگر - منفعل رابطه وجود دارد. این موضوع ممکن است بیانگر رابطه‌ای بین بروز رفتارهای خشن و اختلال نورولوژیک کارکردی باشد، اگرچه این امر نیازمند مطالعات دقیق‌تر است. چنین به نظر می‌رسد که در این طبقه از اختلالات، زمینه‌ای برای دفاع جنون یا مانعی برای مسئولیت کیفری وجود ندارد، اما در میان اختلالات این طبقه، به طور ویژه اختلال ساختگی تحمیل‌شده بر دیگری (FDIA: Factitious Disorder Imposed on Another) (اختلال ساختگی نیابتی) می‌تواند رفتاری مجرمانه تلقی شود. در این اختلال، فرد به جعل علائم بیماری پزشکی یا روانی در دیگران (معمولاً فرزندان خردسال) می‌پردازد. در بیش از ۷۵ درصد موارد مادران دچار چنین اختلالی هستند (۴۶). به طور تقریبی ۰/۴ درصد از کودکان آزاری‌های گزارش‌شده به این اختلال اختصاص دارد (۵).

۹. اختلالات خوردن: پژوهش‌های متعددی در زمینه اختلالات خوردن از وجود ارتباط سبب‌شناختی بین اختلالات خوردن از جمله اختلال پراشتهایی عصبی با دزدی از فروشگاه‌ها حکایت دارند. این رفتار در اختلال بی‌اشتهایی عصبی کمتر دیده می‌شود، اما در بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی با علائم شدید و مزمن و دارای هم‌ابتلائی شایع‌تر است (۴۷). در یک مطالعه بیش از ۳۷ درصد از مبتلایان به اختلالات خوردن سابقه سرقت از فروشگاه‌ها را داشته‌اند و ۱۶ درصد نیز در حال حاضر تمایل به ارتکاب آن را دارند. با این حال علائم شدید اختلالات خوردن بیشتر از اختلالات هم‌بودی مثل افسردگی و وسواس، با احساس فشار کنونی

برای سرقت ارتباط دارد (۴۸). در برخی مطالعات شیوع سرقت از فروشگاه در بین این بیماران، تا ۷۲ درصد نیز برآورد شده است (۴۹). برخی معتقدند که دزدی مکرر از فروشگاه، نه در ویژگی‌های ضد اجتماعی یا تکانشی، بلکه دقیقاً در علائم جدی اختلالات خوردن ریشه دارد. از این رو حتی در فقدان حالات تکانشی یا گرایش‌های ضد اجتماعی نیز دزدی از فروشگاه در سطحی قابل توجه در این افراد رخ می‌دهد (۵۰). در مقایسه با جامعه غیر بالینی، نوجوانان مبتلا به پراشتهای عصبی نمرات بالاتری در ابزارهای سنجش پرخاشگری داشته‌اند، اگرچه در برخی پژوهش‌ها پرخاشگری و خصومت بالاتر فقط در پراشتهای عصبی دیده شده است (۵۱)، مطالعات دیگر نرخ بالاتر پرخاشگری را در همه اختلالات خوردن گزارش کرده‌اند (۵۱). میزان تخریب در فرایندهای شناختی به ویژه کارکردهای اجرایی، در اختلال پراشتهای عصبی بیشتر از بی‌اشتهای عصبی است. با این حال بیشترین نقص در این عملکردها در بین مبتلایان به بی‌اشتهای عصبی در بزرگسالان است (۵۲).

۱۰. اختلالات خواب - بیداری: تخمین‌ها در مورد میزان خشونت وابسته به اختلالات خواب، چندان دقیق نیستند. با این حال این شواهد به خوبی نشان‌دهنده این موضوع هستند که خشونت در افراد مبتلا به اختلالات خواب نادر نیست. برای نمونه یک زمینه‌یابی تلفنی نشان داد که میزان شیوع خشونت مربوط به مشکلات خواب ۲ درصد در جامعه عمومی است. همچنین در افراد مبتلا به وحشت خواب و خوابگردی که به کلینیک‌های اختلالات خواب مراجعه کرده‌اند، تا ۵۹ درصد رفتار آسیب‌زای ناشی از این اختلالات گزارش شده است. به طور کلی، در اختلالات مختلف بین ۴۰ تا ۹۰ درصد خشونت‌های وابسته به خواب، توسط نزدیکی فیزیکی، لمس کردن و ایجاد صدا آغاز شده‌اند (۵۳). در ۶۴ درصد افراد مبتلا به اختلال برانگیختگی خواب حرکات سریع چشم، ۶۴ درصد اقدام به حمله به همسر وجود داشته است که البته تنها ۳ درصد آن‌ها به جراحت و آسیب جدی منجر شده‌اند، البته

۵۷ درصد این افراد به یک اختلال عصب‌شناختی، از جمله پارکینسن یا دمانس مبتلا بوده‌اند (۵۴). می‌توان بد خوابی‌ها را در ذیل دفاع بی‌ارادگی قرار داد. با وجود این، تردیدهایی در این زمینه وجود دارد، از جمله اینکه در کانادا، خواب‌گردی مشمول دفاع بی‌ارادگی سالم قرار دارد، ولی در انگلستان، نوعی بی‌ارادگی ناشی از جنون به شمار می‌رود. به عبارت دیگر بد خوابی‌ها در نظام حقوقی انگلستان ذاتاً نوعی اختلال روانی به شمار می‌روند، ولی در کانادا بروز این دست رفتارهای غیر ارادی در خواب، در مرحله اول اختلال شمرده نمی‌شوند، مگر اینکه ارزیابی‌های بعدی وجود یک اختلال روانی را محرز سازند (۵۵).

از زیرگونه‌های پاراسومنیا که احتمال درگیری افراد را با سیستم قانونی بالا می‌برد، رفتارهای جنسی مربوط به خواب یا سکسومنیایا هستند. این اختلال که در واقع زیرشاخه‌ای از اختلال برانگیختگی خواب غیر حرکات سریع چشم است، به صورت رفتارهای دارای ماهیت جنسی در طول خواب نمود پیدا می‌کند. در یک مطالعه از بین ۳۱ فرد مبتلا، در طول دوره خواب ۴۵ درصد رفتار جنسی تهاجمی و ۲۱ درصد رفتار جنسی با کودکان داشته‌اند و از این میان، عواقب قانونی دامنگیر ۳۶ درصد از این افراد شده است. موارد دیگر ممکن است شامل به کار بردن کلمات و آواهای شهوانی (Sexual Vocalisations)، خودارضایی یا برقراری رابطه جنسی با همسر باشد (۵۶). نرخ شیوع این اختلال در حدود سایر بد خوابی‌ها، بین ۳ تا ۶ درصد تخمین زده شده است (۵۵).

همچون سایر بد خوابی‌ها، سکسومنیا نیز در ذیل دفاع بی‌ارادگی قابل تعریف است. با این حال، این موضوع نیز چندان شفاف نیست. برای نمونه در کانادا چنانچه عمل مجرمانه ارتكابی در زمان خواب، ناشی از یک عامل درونی باشد، مشمول تعریف اختلال روانی بوده، فرد واجد شرایط دفاع بی‌ارادگی ناشی از جنون بوده و این شانس را دارد که «از نظر کیفری غیر مسئول، به خاطر داشتن اختلال روانی (NCR-MD: Not Criminally Responsible by Reason of Mental Disorder)» تلقی شود، اما اگر این

رفتار ناشی از یک عامل خارجی بوده باشد، بی‌ارادگی سالم (غیر مجنون) تشخیص داده خواهد شد. در این صورت چنانچه اثبات شود که یک عامل بیرونی مسبب بی‌ارادگی بوده است، به گونه‌ای که احتمال رخداد دوباره اندک باشد، فرد تبرئه خواهد شد، در حالی که اگر فرد با دفاع بی‌ارادگی ناشی از جنون، از مجازات‌های یابد، احتمالاً به بستری در بیمارستان روانی ملزم خواهد شد (۵۵).

کارکردهای مختلف اجرایی، همچون قضاوت، حافظه و پردازش اطلاعات هیجانی در این طبقه از اختلالات با مشکل مواجه‌اند که به طرز قابل انتظاری با فقدان مهار رفتاری و فراموشی دوره خواب هماهنگ است (۵۸-۵۷). مطالعات عصب‌شناختی نیز حاکی از کم‌کاری قشر پیش‌پیشانی هستند که به مشکلاتی در کارکردهای مهم اجرایی مثل برنامه‌ریزی، قضاوت و بازداری رفتاری منتهی می‌شود.

۱۱. اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک: این طبقه با مشکلات محوری در اشکال و نقص در تنظیم هیجان و خودکنترلی رفتاری مشخص می‌شود. وجه ممیز این اختلال وقوع رفتارهایی است که باعث نقض حقوق دیگران شده و یا دربردارنده تعارض جدی با هنجارهای اجتماعی یا منابع قدرت است (۵، ۷). اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک، را می‌توان گروهی از اختلالات دانست که بیش از هر مجموعه اختلال دیگری با پیامدهای قانونی درآمیخته‌اند. بزرگ‌ترین طبقه از اختلالات به ویژه در مواردی که پشیمانی و احساس گناه پس از بروز علائم وجود دارد، ناتوانی در مهار تکانه است. منظور از تکانه میل به انجام رفتاری است که با هدف کاستن از تنش و احساس فشار درونی انجام می‌شود. این مسأله از ناتوانی بنیادین و اساسی در کنش‌های اساسی هیجانی و رفتاری فرد مبتلا پرده برمی‌دارد، حتی در اختلال سلوک نیز که معمولاً الگوی بالینی بی‌توجهی نسبت به قانون همراه با درون‌مایه‌های سنگدلی و قساوت بارز است، مشخصه‌ای برای وجود ندامت و احساس گناه قرار داده شده است (۷).

فعالیت قشر پیش‌پیشانی در افراد تکانشی کمتر از عموم افراد است و در مقابل قسمت‌های تحت قشری فعالیت بیشتری

دارند. ابتلا به اختلالات کنترل تکانه با فعالیت کاهش‌یافته در بخش پشتی جانبی قشر پیش‌پیشانی همراه است (۵۹). ارتباط قابل توجهی بین کارکردهای اجرایی مختل و رفتارهای تکانشی و ضد اجتماعی وجود دارد. بیشترین اندازه اثر در یک فراتحلیل مربوط به گروه مجرمین، سپس مبتلایان به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و اختلال سلوک و در مرحله بعد سایکوپات‌ها بود (۶۰). یک مطالعه محدود با محوریت سه نوجوان مبتلا به اختلال سلوک بر این موضع صحنه می‌گذارد که در ایران نیز اختلال سلوک نه‌تنها عامل رفع مسئولیت کیفری به شمار نمی‌رود که عامل تخفیف نیز برشمرده نمی‌شود. با این حال مراکز قضایی پس از دریافت نظر پزشکی قانونی، این افراد را به مراکز درمانی ارجاع داده‌اند (۶۱).

۱۲. اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد: اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد عموماً ذیل مفهوم دفاع جنون قرار نمی‌گیرند و موضوعاً از تعریف جنون خارج هستند. از این روست که مقنن غالباً مفهوم دفاع ناشی از مصرف مواد مخدر را همسان با دفاع ناشی از مصرف مسکرات و مواد رونگردان دانسته و آن را از حوزه جنون خارج دانسته است (برای نمونه ماده ۱۵۴ قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲ ش.).

یک مورد از اختلالات اعتیادی وجود دارد که از دایره قوانین مرتبط با الکل یا مواد مخدر و محرک خارج بوده و با عنوان اختلالات غیر مرتبط با مواد شناسایی می‌شود. اختلال قماربازی (Gambling Disorder) عبارت است از قماربازی مکرر و مستمر در دسرساز که به ناراحتی یا تخریب بالینی قابل توجه می‌انجامد (۷). ۳۶ درصد افراد مبتلا به اختلال قمار، به رفتارهای غیر قانونی، اعم از مالی و غیر مالی، دست آورده‌اند. با توجه به شباهت پدیدارشناختی این اختلال با اختلالات کنترل تکانه، اختلالات وسواسی جبری و وابستگی به مواد، دور از ذهن نیست که این اختلال نیز نمی‌تواند در زیر لوای جنون قرار گیرد. با این حال همچون اختلالات نامبرده، می‌تواند حائز شرایط کاهش مسئولیت کیفری باشد (۶۲).

۱۳. اختلالات عصبی شناختی: اگرچه نقائص شناختی در طیف وسیعی از اختلالات رخ می‌دهند، طبقه اختلالات عصبی

شناختی، آن دسته از اختلالات را در برمی‌گیرد که علائم اصلی آن‌ها شناختی هستند. منظور از شناخت، حوزه‌هایی از قبیل حافظه، زبان، قضاوت، حل مسأله، موقعیت‌سنجی (Orientation)، توجه، حوزه ادراکی حرکتی، شناخت اجتماعی و مواردی از این دست است.

در موارد متوسط تا شدید دمانس (Major Neurocognitive Disorder (Dementia) احتمال زبان‌پریشی دریافتی، نقص در ادراک حرکتی/ دیداری - ساختاری، علائم روان‌پریشی، تحریک‌پذیری، ستیزه‌جویی و سراسیمگی قابل مشاهده است. ۲۰-۳۰ درصد بیماران مبتلا به دمانس دچار توهم شده و ۴۰-۳۰ درصد نیز هذیان (عمدتاً گزند و آسیب) دارند. پرخاشگری در این گروه از مبتلایان به دمانس شایع است. گونه رفتاری (Behavioral Variant) اختلال عصبی‌شناختی پیشانی جانبی (Frontotemporal Neurocognitive Disorder) علاوه بر علائم شناختی، با بروز علائم عمده رفتاری بالقوه آسیب‌رسان مشخص می‌شود که احتمال بروز رفتارهای مجرمانه را تسهیل می‌کند. این علائم عبارتند از: مهارگسیختگی رفتاری (Behavioral Disinhibition)، آپاتی و بی‌کنشی (Inertia)، فقدان همدردی یا همدلی، رفتارهای درجامانده، قالبی یا جبری/ تشریفاتی (Perseverative, Stereotyped or Compulsive/ Ritualistic Behavior) و تغییرات در رفتار تغذیه‌ای (7). در برخی موارد مثل سندروم کورساکوف، علاوه بر حافظه تغییرات شخصیتی نیز وجود دارند.

میزان خشونت در بیماری‌های مختلف در این طبقه، متفاوت است. برای نمونه لیلجگرن (Liljegen) و دیگران (۲۰۱۵ م.) به این نتیجه رسیدند که مبتلایان به سویه رفتاری دمانس جانبی پیشانی (Behavioral Variant of Frontotemporal Dementia (bvFTD) به احتمال بیشتری درگیر رفتارهای قانون‌شکنانه می‌شوند. به طوری که ۳۷ درصد این بیماران مرتکب رفتارهای مجرمانه‌ای همچون سرقت، تخلفات راهنمایی رانندگی، تعرضات جنسی، تعدی به افراد (Trespassing) و ادرارکردن در اماکن عمومی شده‌اند.

در مقابل ۸ درصد بیماران مبتلا به آلزایمر مرتکب جرم شده‌اند که عمدتاً تخلفات رانندگی مرتبط با نقائص شناختی بوده‌اند (۶۳). در واقع رفتارهای مجرمانه در زمره ظهورات اولیه دمانس به ویژه دمانس جانبی پیشانی به شمار می‌رود. بر اساس دیدگاه برخی نویسندگان، دفاع جنون کلاسیک از جمله قانون مک‌ناتن (M'Naghten Rule)، برای دمانس مناسب نیست، چراکه این بیماران می‌توانند رفتارهای نامناسب را شناسایی کرده و در مورد آن صحبت کنند. دیگرکشی، اقدام به قتل (Attempted Murder)، تعرض و هجوم به سایرین و دستبردزدن (Larceny) از دیگر جرائمی است که در بیماران مبتلا به اختلالات عصبی‌شناختی گزارش شده‌اند (۶۴).

حافظه کاری، توجه و دیگر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی در این طبقه از اختلالات عموماً دچار نقص و کم‌کاری می‌شوند. برای نمونه در دمانس نوع آلزایمر و دمانس پیشانی جانبی ظرفیت حافظه کاری، توجه، بازداری و سایر کارکردها دچار نقص هستند، البته در این میان تفاوت‌هایی وجود دارد، از جمله اینکه در آلزایمر حافظه کاری بیشتر آسیب می‌بیند و در دمانس نقص در پیشانی جانبی، حواس‌پرتی، نقص در بازداری و مشکل در توالی و دنباله‌سازی (Sequencing) بیشتر غالب است (۶۵-۶۶). در نتیجه بسته به میزان آسیب می‌توان آن را مشمول دفاع جنون یا مسئولیت تقلیل یافته دانست.

۱۴. **اختلالات پارافیلیک:** هر نوع تمایل جنسی شدید و پایداری که جایگزین میل جنسی طبیعی شده، ولی از رفتارهای جنسی بهنجار فاصله زیادی داشته باشد، پارافیلیا (Paraphilia) نامیده می‌شود. تشخیص اختلال پارافیلیک زمانی به کار گرفته می‌شود که فرد نمی‌تواند به محرک‌های شهوانی بهنجار پاسخ دهد و برای رسیدن به ارگاسم به رفتارها یا محرک‌های نابهنجار ویژه‌ای وابسته است. افرادی که گاهی به رفتارهای پارافیلیک اقدام می‌کنند، ولی می‌توانند به محرک‌های جنسی بهنجار پاسخ دهند، تشخیص اختلال پارافیلیک دریافت نمی‌کنند. اختلال پارافیلیک، نشانگانی است که همچون سایر اختلالات روان‌پزشکی دارای تعدادی ملاک

است و تشخیص آن فقط در حیطه تخصص متخصص بالینی است. در نتیجه هر فردی که مرتکب رفتار نابهنجار یا تعرض جنسی می‌شود، لزوماً بیمار پارافیلیک نیست. از سوی دیگر نیز همه مبتلایان به اختلالات پارافیلیک، لزوماً به تعرض جنسی مبادرت نمی‌ورزند (۶۷). مطالعات عصب‌شناختی تفاوت‌هایی را در این افراد نشان می‌دهند. یک پژوهش نشان داد که کودکان آزاران، نیم‌رخ متفاوتی از مهاجمان غیر جنسی نشان داده‌اند. آن‌ها در تفکر انتزاعی عملکرد بهتر و در بازداری نمرات پایین‌تری داشتند. همچنین کودکان آزاران مبتلا به پدوفیلیا از کودکان آزاران غیر پدوفیلیک در برنامه‌ریزی بهتر بوده‌اند و در دقت عملکرد کلی نمرات بالاتری داشته‌اند. در نتیجه می‌توان گفت که کودکان آزاران غیر پدوفیلیک تکانشی‌تر عمل می‌کنند (۶۸). از سوی دیگر مشخص شده است که پدوفیل‌ها نسبت به متجاوزان به قربانیان بالغ، نقائص شدیدتر و پایدارتری در کارکردهای اجرایی همچون بازداری، حفظ توجه و نقائص کلامی دارند که از وجود مشکلات جانبی - پیشانی حاکمی است (۶۹). با این حال همان‌گونه که پیش از این نیز گفته شد، نقص در کارکردهای اجرایی نمی‌تواند مشخصه یک اختلال خاص باشد و این نقائص در سایر اختلالات و نیز در سایر جرائم و کج‌روی‌ها نیز کم و بیش قابل مشاهده است (۷۰).

مطالعات در مورد میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در متجاوزان جنسی نامتوازن و ناهمخوان است. برخی پژوهش‌ها بیانگر این موضوعند که علیرغم بالابودن ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، میزان شیوع اختلالات سایکوتیک در متجاوزان جنسی کم است. از سوی دیگر یک مطالعه مروری در مورد متجاوزان جنسی در سوئد از میزان بالای بستری‌شدن به خاطر اختلالات روانی در این افراد حکایت دارد، به گونه‌ای که این افراد شش برابر بیشتر از جمعیت عمومی در بیمارستان‌ها و مراکز روان‌پزشکی بستری شده‌اند. همچنین نرخ ابتلای متجاوزان جنسی به اسکیزوفرنی قریب به پنج برابر و نرخ ابتلای آنان به اختلال دوقطبی حدوداً سه و نیم برابر جمعیت عمومی است. این نویسندگان خود به ناهمخوانی و تقابل نتیجه پژوهش خود با مطالعات دیگر تصریح کرده‌اند (۲۶).

همچنین دوسوم متجاوزانی که «بی‌گناه به خاطر جنون» تشخیص داده شده‌اند، به اسکیزوفرنی یا اسکیزوافکتیو مبتلا بوده‌اند (۷۱). این تفاوت احتمالاً ناشی از این موضوع است که احتمال دریافت حکم NGRI در افراد مبتلا به اختلالات سایکوتیک بیشتر است. همچنین در این مطالعه ۷۴ درصد این افراد دچار اختلال سوء‌مصرف مواد بوده‌اند. با کنار گذاشتن اختلالات همراه این نکته قابل توجه است که پارافیلیاها همچون بسیاری دیگر از اختلالات روانی، ملاک شناختی جنون را برآورده نمی‌سازند و حتی با وجود برخی باورهای نادرست در افراد پارافیلیک، نمی‌توان آن‌ها را فاقد قوه تشخیص و تمییز دانست (۷۲)، اما ملاک ارادی و وجود نقص در توانمندی فرد در مقاومت در برابر عناصر مخل به اراده، همچنان قابل بحث و بررسی است. با این حال در نظامات قضایی، بدون ابتلای همزمان به سایر اختلالات از جمله اختلالات سایکوتیک، این افراد، مجنون تلقی نمی‌شوند، اما مسئولیت نقصان‌یافته در مورد این افراد محتمل است (۷۳).

بحث

ماهیت درجه‌مند تکانش‌وری و رفتارهای جبری سبب می‌گردد که بسیاری از دادورزان مبتلایان به بیماران روانی غیر سایکوتیک را مسئول بدانند. برای نمونه دریافت حکم NGRI در سیستم ایالات متحده، برای فرد مبتلا به جنون دزدی (کلپتومانیا) بسیار نادر است، به ویژه در مواردی که شواهدی دال بر برنامه‌ریزی قبلی یا تعمد وجود دارد، چراکه این فرد دارای قوه تمییز است و ملاک‌های قانون مکاناتن را برآورده نمی‌سازد. افرادی با اختلالاتی همچون کلپتومانیا، پیرومانیا و پدوفیلیا به ندرت می‌توانند از پس آزمون‌های اراده (Volitional Tests) برای احراز جنون، همچون آزمون تکانه مقاومت‌ناپذیر (Irresistible Impulse Test) برآیند و نمی‌توانند حائز شرایط دفاع جنون باشند. با این همه، فقدان مطالعات کافی در مورد نیم‌رخ مجرمین مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی جدی، مانعی جدی برای فهم بهتر این اختلالات در بستر قانونی است. پیشینه موجود نیز صرفاً در مورد

و متأثر از ملاک کلاسیک جنون است. این موضوع بار دیگر تأکیدی بر ضرورت تنوع بیشتر در اصول حاکم بر مسئولیت کیفری در اختلالات روانی است.

آیا اختلالات روانی لزوماً می‌بایست به تخفیف مجازات منجر شود؟ مثلاً در اختلال شخصیت ضد اجتماعی یا اختلال سلوک، آیا تشدید مجازات مناسب‌تر نیست؟ مشکل مجازات پیشگیرانه و به تعبیر دیگر، پیشگیری‌کننده بودن مجازات این موارد، آن است که چنانچه تصور کنیم ظرفیت فرد برای در نظر گرفتن پیامدهای رفتار مجرمانه کمتر از حد معمول است و او این پیامدها را دست کم می‌گیرد، ارزش بازدارندگی مجازات یا تنبیه برای فرد کاهش پیدا می‌کند. به این نقیصه در ظرفیت شناختی این افراد، این مشکل هم اضافه می‌شود که برای بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات برونی‌ساز همچون اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضد اجتماعی که دارای سابقه کیفری نیز هستند، مجازات‌های مرسوم، از جمله حبس، نه تنها فاقد بازدارندگی قابل توجه است، در زیست اجتماعی مجرمانه و در خرده‌فرهنگ این گروه اسباب سربلندی و مایه مباحثات به شمار می‌روند، در نتیجه ممکن است چنین فرضی مطرح گردد که مجازات‌های سنتی و نابینا نسبت به اختلالات روان‌پزشکی مجرمان، ناقض غرض بوده باشند. یک راه ممکن برای این موضوع، اعمال مجازات شدیدتر برای جرم است به گونه‌ای که بتواند احتمال وقوع دوباره جرم را کاهش دهد. در این زمینه دو منطق متفاوت قابل طرح است: اول رویکرد کیفری (Retributive) مبتنی بر مجازات است که بر منطق پیش‌گفته استوار است. رویکرد دیگر، در منطق بازتوانی (Rehabilitative) مجرمین ریشه دارد و بر آن است که نظارت و مداخله درمانی می‌تواند احتمال تکرار رفتار مجرمانه را در مجرمین دارای اختلال روانی کاهش دهد (۷۶).

پیش از تصمیم‌گیری در مورد انتخاب یکی از این دو رویکرد، نظام قانونی می‌بایست نسبت به اتخاذ موضعی شفاف در ارتباط با بیماران روان‌پزشکی اقدام کند و تکلیف خود را با دوگانه‌ای دیگر مشخص کند: رویکرد پزشکی در برابر رویکرد امنیت عمومی (Public Safety Approach). رویکرد پزشکی،

ویژگی‌های روان‌شناختی یا هم‌ابتلائی‌های روان‌پزشکی به ارائه اطلاعات پرداخته‌اند. مشکل دیگر به ناهمخوانی ملاک‌های روان‌پزشکی با حدود و ثغور قانونی فقدان اراده در بافت حقوقی برمی‌گردد. نسبت خودمهارگری به عنوان مفهومی روان‌شناختی، با قدرت اراده در حقوق کیفری نامشخص و مبهم است و گویا تاکنون تلاشی در خور برای رفع ابهامات صورت نگرفته است و یا حداقل نتیجه مورد نظر حاصل نشده است (۷۴-۷۵).

نتیجه‌گیری

پیچیدگی تعیین تکلیف مسئولیت کیفری در بسیاری از اختلالات، ناشی از این امر است که این اختلالات قاطعانه باعث زوال توانایی‌های شناختی و ارادی نمی‌شوند. در نظام قضایی ابزارهای معتبر و پایدار برای ارزیابی این ظرفیت‌ها وجود ندارد. با آنکه به صورت اجمالی تردیدی نیست که بیماران روان‌پزشکی از این نظر با افراد سالم هم‌تراز نیستند. یک ایده برای طبقه‌بندی ظرفیت ارادی در اختلالات روانی، هماهنگی رفتار با خویشتن فرد است. بسیاری از رفتارهای نابهنجار خودناهمخوان هستند، یعنی فرد از انجام آن‌ها احساس ناراحتی و تشویش کرده و انجام آن‌ها را مطابق میل و ارزش‌های خود نمی‌داند. در سوی دیگر برخی رفتارها نیز خودهمخوان (Ego-Syntonic) بوده، باعث ناراحتی و رنجیدگی نمی‌شوند و برای فرد پذیرفتنی هستند. بر این اساس می‌توان چنین تلقی کرد که افرادی که دارای رفتارهای مجرمانه یا غیر اخلاقی خودهمخوان هستند، تمایلی برای مقابله با آن را ندارند و در نتیجه رفتار ارادی محسوب می‌شود، اما افرادی که تکانه، مخالف میلشان بوده و برایشان ناپذیرفتنی است، اراده مختل تلقی می‌شود، چراکه فرد میل به مقابله با تکانه دارد، ولی از نظر توان ارادی یارای غلبه بر آن را ندارد و به همین دلیل می‌بایست مشمول تخفیف در مسئولیت کیفری قرار گیرد، البته این ملاک در مورد برخی اختلالات مثل اسکیزوفرنی کاربست‌پذیر نیست، چراکه در آنجا اراده و خودهمخوان بودن سلوک فرد تحت تأثیر عدم توانایی شناختی

بیانیه هوش مصنوعی

در هیچ یک از مراحل نگارش و تدوین این پژوهش از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

درمان مجرمان دارای یک اختلال شدید روان‌پزشکی را در اولویت می‌گمارد، در حالی که رویکرد امنیت عمومی، پیشگیری از وقوع مجدد جرم و حفظ امنیت عمومی را مقدم می‌شمارد (۵۵). در این راستا نمی‌توان به صراحت و با قاطعیت اظهار نظر کرد، چراکه شواهدی از وجود هر دو نگرش وجود دارد. برای نمونه قانون اقدامات تأمینی مصوب ۱۳۳۹ به ارائه اقدامات تأمینی برای بیماران روان‌پزشکی مبادرت داشته است، لکن به نظر می‌رسد نظام حقوقی ایران بیشتر به رویکرد امنیت عمومی گرایش دارد. وصف «حالت خطرناک» در قانون از جمله در ماده ۱۵۰ ق.م.ا می‌تواند بازنمایانگر این رویکرد باشد. با این حال در این زمینه همچنان ابهامات فراوانی باقی است، آنچه مسلم است ضرورت تغییرات بنیادین در حوزه تقنین و سازوکارهای اجرایی مربوط به آن است.

مشارکت نویسندگان

محمد مهدی یوسفی: پردازش ایده، گردآوری اطلاعات و نگارش مقاله.

لیلی رمضان ساعتچی: بازبینی و اصلاح.
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

References

- Mandarelli G, Carabellese F, Felthous AR, Parmigiani G, Del Casale A, Catanesi R, et al. The factors associated with forensic psychiatrists' decisions in criminal responsibility and social dangerousness evaluations. *Int J Law Psychiatry*. 2019; 66: 101503.
- Novaco RW. Anger dysregulation: Driver of violent offending. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2011; 22(5): 650-668.
- Peterson JK, Skeem J, Kennealy P, Bray B, Zvonkovic A. How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law Hum Behav*. 2014; 38(5): 439-449.
- Sparr LF, Atkinson RM. Posttraumatic stress disorder as an insanity defense: Medicolegal quicksand. *Am J Psychiatry*. 1986; 143(5): 608-613.
- Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
- World Health Organization. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2019. Available at: <https://icd.who.int/browse11>.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1 Publishing; 2013.
- Yousefi MM, Ramezan Saatchi L. Conceptology of Volition and Discernment: A Neuropsychological Approach. *Med Law J*. 2022; 16(57): 760-785. [Persian]
- Thomson LDG, Robinson L. The relationship between crime and psychiatry. In: *Companion to Psychiatric Studies*. Edinburgh: Elsevier; 2010. p.731-767.
- Lerner MD, Haque OS, Northrup EC, Lawer L, Bursztajn HJ. Emerging perspectives on adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorders, violence and criminal law. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 2012; 40(2): 177-190.
- Grant T, Furlano R, Hall L, Kelley E. Criminal responsibility in autism spectrum disorder: A critical review examining empathy and moral reasoning. *Can Psychol Can*. 2018; 59(1): 65-75.
- González RA, Kallis C, Coid JW. Adult attention deficit hyperactivity disorder and violence in the population of England: does comorbidity matter? *PLoS One*. 2013; 8(9): e75575.
- Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S. A national epidemiological study of offending and its relationship with ADHD symptoms and associated risk factors. *J Atten Disord*. 2014; 18(1): 3-13.
- Silverstein MJ, Faraone SV, Leon TL, Biederman J, Spencer TJ, Adler LA. The relationship between executive function deficits and DSM-5-defined ADHD symptoms. *J Atten Disord*. 2020; 24(1): 41-51.
- Peterson J, Skeem JL, Hart E, Vidal S, Keith F. Analyzing offense patterns as a function of mental illness to test the criminalization hypothesis. *Psychiatr Serv*. 2010; 61(12): 1217-1222.
- Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence. New York: Oxford University Press; 2001.
- Wessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, Everitt B, Garety P, et al. Acting on delusions. I: Prevalence. *Br J Psychiatry*. 1993; 163(1): 69-76.
- Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard AI, Jollant F, Mondoloni A, Voyer M, Senon JL. Homicide, schizophrenia and substance abuse: A complex interaction. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013; 61(4): 339-350.
- East-Richard C, R-Mercier A, Nadeau D, Cellard C. Transdiagnostic neurocognitive deficits in psychiatry: A review of meta-analyses. *Can Psychol Can*. 2020; 61(3): 190-214.
- Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(9): 931-938.
- Witt K, Van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: A systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*. 2013; 8(2): e55942.
- Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Kjome KL, Steinberg JL, Moeller FG. Criminal conviction, impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2011; 13(2): 173-181.
- Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: A review. *J Affect Disord*. 2002; 72(3): 209-226.

24. McClure G, Hawes DJ, Dadds MR. Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personal Ment Health*. 2016; 10(1): 43-57.
25. Friedman SH, Cavney J, Resnick PJ. Mothers who kill: Evolutionary underpinnings and infanticide law. *Behav Sci Law*. 2012; 30(5): 585-597.
26. Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM, Lichtenstein P. Depression and violence: A Swedish population study. *The Lancet Psychiatry*. 2015; 2(3): 224-232.
27. Mroczkowski MM, McReynolds LS, Fisher P, Wasserman GA. Disruptive mood dysregulation disorder in juvenile justice. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2018; 46: 329-338.
28. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(6): 668-674.
29. Snyder HR, Miyake A, Hankin BL. Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: Bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Front Psychol*. 2015; 6: 328.
30. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014; 44(10): 2029-2040.
31. Booth BD, Friedman SH, Curry S, Ward H, Stewart SE. Obsessions of child murder: Underrecognized manifestations of obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014; 42(1): 66-74.
32. Veale D, Freeston M, Krebs G, Heyman I, Salkovskis P. Risk assessment and management in obsessive-compulsive disorder. *Adv Psychiatr Treat*. 2009; 15(5): 332-343.
33. Cramer R, Vols M. Hoarding disorder and the legal system: A comparative analysis of South African and Dutch law. *Int J Law Psychiatry*. 2016; 49: 114-123.
34. Blakey SM, Love H, Lindquist L, Beckham JC, Elbogen EB. Disentangling the link between posttraumatic stress disorder and violent behavior: Findings from a nationally representative sample. *J Consult Clin Psychol*. 2018; 86(2): 169-178.
35. Barrett EL, Mills KL, Teesson M. Hurt people who hurt people: Violence amongst individuals with comorbid substance use disorder and post-traumatic stress disorder. *Addict Behav*. 2011; 36(7): 721-728.
36. Barrett EL, Teesson M, Mills KL. Associations between substance use, post-traumatic stress disorder and the perpetration of violence: A longitudinal investigation. *Addict Behav*. 2014; 39(6): 1075-1080.
37. Silva JA, Derecho D V, Leong GB, Weinstock R, Ferrari MM. A classification of psychological factors leading to violent behavior in posttraumatic stress disorder. *J Forensic Sci*. 2001; 46(2): 309-316.
38. Miller L. PTSD and forensic psychology: Applications to civil and criminal law. New York: Springer; 2015.
39. Polak AR, Witteveen AB, Reitsma JB, Olff M. The role of executive function in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2012; 141(1): 11-21.
40. Moskowitz A. Dissociation and violence: A review of the literature. *Trauma, Violence, Abus*. 2004; 5(1): 21-46.
41. Webermann AR, Brand BL. Mental illness and violent behavior: the role of dissociation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2017; 4(1): 1-13.
42. Spitzer C, Liss H, Dudeck M, Orlob S, Gillner M, Hamm A, et al. Dissociative experiences and disorders in forensic inpatients. *Int J Law Psychiatry*. 2003; 26(3): 281-288.
43. Reinders AATS. Cross-examining dissociative identity disorder: Neuroimaging and etiology on trial. *Neurocase*. 2008; 14(1): 44-53.
44. Porter S, Birt AR, Yuille JC, Hervé HF. Memory for murder: A psychological perspective on dissociative amnesia in legal contexts. *Int J Law Psychiatry*. 2001; 24(1): 23-42.
45. Saxe G. Dissociation and criminal responsibility: A developmental perspective. *C Cal Interdisc LJ*. 2000; 10: 243-252.
46. Christie-Smith D, Gartner C. Special report: highlights of the 2004 Institute on Psychiatric Services. *Psychiatr Serv*. 2005; 56(1): 16-21.
47. Baum A, Goldner EM. The relationship between stealing and eating disorders: A review. *Harv Rev Psychiatry*. 1995; 3(4): 210-221.
48. Yanase M, Sugihara G, Murai T, Noma S. Shoplifting and eating disorders: An anonymous self-administered survey. *Eat Weight Disord Anorexia, Bulim Obes*. 2018; 23: 753-759.
49. Okamoto H. Stealing behavior in patients with eating disorders. *Med J Osaka City Univ*. 2013; 62: 7-14.

50. Asami T, Okubo Y, Sekine M, Nomura T. Eating disorders among patients incarcerated only for repeated shoplifting: A retrospective quasi-case-control study in a medical prison in Japan. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(1): 1-10.
51. Miotto P, Pollini B, Restaneo A, Favaretto G, Preti A. Aggressiveness, anger and hostility in eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2008; 49(4): 364-373.
52. Hirst RB, Beard CL, Colby KA, Quittner Z, Mills BM, Lavender JM. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis of executive functioning. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017; 83: 678-690.
53. Pressman MR. Disorders of arousal from sleep and violent behavior: The role of physical contact and proximity. *Sleep*. 2007; 30(8): 1039-1047.
54. Olson EJ, Boeve BF, Silber MH. Rapid eye movement sleep behaviour disorder: Demographic, clinical and laboratory findings in 93 cases. *Brain*. 2000; 123(2): 331-339.
55. Organ A, Fedoroff JP. Sexsomnia: Sleep sex research and its legal implications. *Curr Psychiatry Rep*. 2015; 17: 1-8.
56. Béjot Y, Juenet N, Garrouy R, Maltaverne D, Nicolleau L, Giroud M, et al. Sexsomnia: An uncommon variety of parasomnia. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010; 112(1): 72-75.
57. Simor P, Pajkossy P, Horváth K, Bódizs R. Impaired executive functions in subjects with frequent nightmares as reflected by performance in different neuropsychological tasks. *Brain Cogn*. 2012; 78(3): 274-283.
58. Howell MJ. Parasomnias: An updated review. *Neurotherapeutics*. 2012; 9(4): 753-775.
59. New AS, Hazlett EA, Newmark RE, Zhang J, Triebwasser J, Meyerson D, et al. Laboratory induced aggression: A positron emission tomography study of aggressive individuals with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2009; 66(12): 1107-1114.
60. Ogilvie JM, Stewart AL, Chan RCK, Shum DHK. Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: A meta-analysis. *Criminology*. 2011; 49(4): 1063-1107.
61. Shajirat M, Bashirieh T. Iran's judicial system's approach in dealing with Conduct disorder. *Natl Congr Leg Judic Challenges Psychiatr Patients, Tehran Univ Welf Rehabil Sci*. 2018; 45-52. [Persian]
62. Mestre-Bach G, Granero R, Vitró-Alcaraz C, Juvé-Segura G, Marimon-Escudero M, Rivas-Pérez S, et al. Youth and gambling disorder: What about criminal behavior? *Addict Behav*. 2021; 113: 106684.
63. Liljegen M, Naasan G, Temlett J, Perry DC, Rankin KP, Merrilees J, et al. Criminal behavior in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *JAMA Neurol*. 2015; 72(3): 295-300.
64. Kim JM, Chu K, Jung KH, Lee ST, Choi SS, Lee SK. Criminal manifestations of dementia patients: Report from the national forensic hospital. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2011; 1(1): 433-438.
65. Hornberger M, Piguet O, Kipps C, Hodges JR. Executive function in progressive and nonprogressive behavioral variant frontotemporal dementia. *Neurology*. 2008; 71(19): 1481-1488.
66. Stopford CL, Thompson JC, Neary D, Richardson AMT, Snowden JS. Working memory, attention and executive function in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Cortex*. 2012; 48(4): 429-446.
67. Winsmann F. Assessing volitional impairment in sexually violent predator evaluations. *Sex Offender Treat*. 2012; 7: 1-14.
68. Eastvold A, Suchy Y, Strassberg D. Executive function profiles of pedophilic and nonpedophilic child molesters. *J Int Neuropsychol Soc*. 2011; 17(2): 295-307.
69. Joyal CC, Black DN, Dassylva B. The neuropsychology and neurology of sexual deviance: A review and pilot study. *Sex Abus*. 2007; 19(2): 155-173.
70. Burton D, Demuyneck S, Yoder JR. Executive dysfunction predicts delinquency but not characteristics of sexual aggression among adolescent sexual offenders. *Sex Abus*. 2016; 28(8): 707-721.
71. Novak B, McDermott BE, Scott CL, Guillory S. Sex offenders and insanity: An examination of 42 individuals found not guilty by reason of insanity. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 2007; 35(4): 444-450.
72. Kim JW, Choi JH, Yu M, Lee JY, Shim G. Study of Factors Affecting on Evaluation of Sex Offenders' Criminal Responsibility. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 2017; 56(2): 84-88.
73. Shiravi M, Bashirieh T. Tracking the criminal liability of sexual deviants in the light of criminological theories. *Int Leg Res*. 2012; 5(17): 91-136. [Persian]

74. Novak B. Kleptomania and the law. *Impuls Control Disord.* 2010; 45-50.
75. Penney S. Impulse control and criminal responsibility: Lessons from neuroscience. *Int J Law Psychiatry.* 2012; 35(2): 99-103.
76. Morse SJ. Preventive confinement of dangerous offenders. *J Law, Med Ethics.* 2004; 32(1): 56-72.