

## ۱. بررسی مروری رابطه بین اسکیزوفرنی و ارتکاب جرم: از رویکردهای روان پزشکی تا بازتاب‌های فرهنگی و اجتماعی

منصوره یزدانی نژاد

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

[Royay6188@gmail.com](mailto:Royay6188@gmail.com)

### چکیده

اختلال اسکیزوفرنی، یکی از پیچیده‌ترین و شدیدترین اختلالات روان‌پزشکی، با علائمی مانند توهم، هذیان، و اختلال در قضاوت، همواره مورد توجه روان‌پزشکی قانونی و نظام عدالت کیفری بوده است. پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رویکردی میان‌رشته‌ای و با استفاده از منابع علمی معتبر گردآوری شده از پایگاه‌های Google Scholar, PubMed, PsycINFO, ScienceDirect و پایگاه‌های حقوقی تخصصی، به بررسی عمیق رابطه میان اسکیزوفرنی و ارتکاب جرم می‌پردازد. در این مطالعه، ابتدا مبانی نظری اسکیزوفرنی و طبقه‌بندی‌های فرعی آن بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تبیین شده و سپس شواهد بالینی مرتبط با بروز رفتارهای پرخطر در این بیماران تحلیل می‌شود. بخش میانی پژوهش، مروری نظام‌مند بر دیدگاه‌های روان‌پزشکی قانونی و چالش‌های نظام عدالت کیفری در مواجهه با بیماران روان‌پریش، از جمله دشواری اثبات جنون کیفری و ضعف در تفکیک جرم از بیماری، ارائه می‌دهد. در ادامه، تأثیر رسانه‌ها، باورهای فرهنگی و ساختارهای انگ‌زن اجتماعی، با استناد به نظریه‌های گافمن و کورریگان، مورد تحلیل قرار گرفته و نگرش‌های مختلف مانند ایران و ایالات متحده نسبت به بیماری روانی مقایسه می‌شود. در پایان، با تأکید بر لزوم اتخاذ رویکردی تلفیقی در سطوح بالینی، حقوقی و فرهنگی، پیشنهادهایی برای اصلاح سیاست‌گذاری کیفری و طراحی پژوهش‌های آتی ارائه شده است.

**کلیدواژه‌ها:** اسکیزوفرنی، روان‌پزشکی قانونی، جنون کیفری، انگ اجتماعی، نائین.

### مقدمه

درک عمومی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی اغلب با کلیشه‌های منفی همراه است که آن‌ها را به‌عنوان افرادی خطرناک، غیرقابل پیش‌بینی و مستعد خشونت معرفی می‌کند. این تصورات نادرست، که از طریق رسانه‌ها، روایت‌های فرهنگی و گفت‌وگوهای غیرتخصصی تقویت می‌شوند، به انگ اجتماعی (stigma) و تبعیض ساختاری علیه این افراد منجر می‌شوند. این مقاله با مرور نظام‌مند مطالعات علمی اخیر، به بررسی رابطه اسکیزوفرنی با جرم، نقش جامعه و فرهنگ در تداوم انگ، و راهکارهای اصلاح درک عمومی می‌پردازد. پرسش‌های کلیدی این مقاله عبارتند از:

۱. آیا اسکیزوفرنی به تنهایی عامل ارتکاب جرم است؟
۲. جامعه و فرهنگ چگونه در شکل گیری یا تداوم این ارتباط نقش دارند؟
۳. چگونه می توان از طریق سیاست های آموزشی، رسانه ای و بهداشتی، درک عمومی را بهبود بخشید؟

شواهد علمی نشان می دهند که اکثریت قریب به اتفاق افراد مبتلا به اسکیزوفرنی (بیش از ۹۹٪) مرتکب جرم یا رفتارهای خشونت آمیز نمی شوند [۱]. با این حال، ترس عمومی و برخوردهای قضایی غیرمنصفانه همچنان این بیماران را هدف قرار می دهند. مطالعه ای در سال ۲۰۲۴ نشان داد که در موارد نادری که رفتارهای پرخطر مشاهده می شود، عوامل همبودی مانند سوء مصرف مواد مخدر، بی خانمانی، یا عدم دسترسی به درمان مناسب نقش اصلی دارند، نه خود اسکیزوفرنی [۲]. برای مثال، یک متاآنالیز نشان داد که خطر خشونت در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تنها در صورت وجود اختلالات مصرف مواد به طور قابل توجهی افزایش می یابد [۳].

عوامل محیطی مانند فقر، استرس مزمن و نبود حمایت های اجتماعی نیز می توانند شدت علائم اسکیزوفرنی را تشدید کنند و در موارد نادر به رفتارهای پرخطر منجر شوند. با این حال، این عوامل به شرایط اجتماعی و اقتصادی مربوط هستند و نه به ماهیت ذاتی بیماری. بنابراین، پاسخ به پرسش اول این است که اسکیزوفرنی به تنهایی عامل مستقیم ارتکاب جرم نیست.

جامعه و فرهنگ از طریق بازنمایی های نادرست در رسانه ها و فقدان آموزش عمومی به تداوم انگ اجتماعی علیه افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کمک می کنند. بازنمایی های اغراق آمیز بیماران روان پریش در فیلم ها، سریال ها و اخبار جنایی، باور نادرست "اختلال روانی برابر با خطر" را تقویت می کند. مطالعه ای در سال ۲۰۲۳ نشان داد که بیش از ۵۰٪ از بازنمایی های اسکیزوفرنی در رسانه های غربی با خشونت مرتبط بوده و تنها ۱۵٪ بر جنبه های انسانی مانند تلاش برای بهبودی تمرکز داشته اند [۴].

فقدان آموزش عمومی درباره سلامت روان نیز به تداوم این کلیشه ها دامن می زند. در بسیاری از جوامع، اطلاعات نادرست درباره اسکیزوفرنی رایج است و افراد مبتلا اغلب به عنوان "دیوانه" یا "خطرناک" برچسب می خورند. این انگ اجتماعی باعث انزوای اجتماعی و کاهش دسترسی به خدمات درمانی، شغلی و حقوق اجتماعی می شود. برای مثال، تنها ۳۱.۳٪ از افراد مبتلا به روان پریشی (از جمله اسکیزوفرنی) به خدمات تخصصی سلامت روان دسترسی دارند [۵].

برای اصلاح درک عمومی نسبت به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، سیاست های زیر پیشنهاد می شوند:

۱. آموزش عمومی و آگاهی بخشی: برنامه های آموزشی در مدارس، دانشگاه ها و جوامع محلی می توانند انگ اجتماعی را کاهش دهند. این برنامه ها باید بر واقعیات علمی درباره اسکیزوفرنی، مانند علل زیستی و گزینه های درمانی، تمرکز کنند. کمپین هایی مانند "Time to Change" در انگلستان نشان داده اند که آموزش عمومی می تواند نگرش های منفی را تا ۱۵٪ کاهش دهد [۶].
۲. اصلاح بازنمایی رسانه ای: رسانه ها باید از بازنمایی های کلیشه ای اجتناب کرده و داستان های واقعی و مثبت از زندگی افراد مبتلا را به نمایش بگذارند. همکاری با سازمان های سلامت روان برای تولید محتوای همدلانه می تواند به تغییر روایت های فرهنگی کمک کند [۷].

۳. سیاست‌های بهداشتی و حمایت اجتماعی: دسترسی به خدمات درمانی با کیفیت، از جمله مشاوره روان‌شناختی و دارو درمانی، برای کاهش علائم و پیشگیری از عوامل همبودی ضروری است. برنامه‌های مداخله زودهنگام می‌توانند نرخ بستری شدن و رفتارهای پرخطر را تا ۲۵٪ کاهش دهند [۸]. همچنین، برنامه‌های حمایتی مانند مسکن یارانه‌ای و فرصت‌های شغلی می‌توانند طرد اجتماعی را کاهش دهند.
۴. مشارکت افراد مبتلا در گفت‌وگو: ایجاد بستری برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی برای به اشتراک گذاشتن تجربیاتشان می‌تواند انگ اجتماعی را کاهش دهد. سازمان‌هایی مانند Schizophrenia International Research Society در این زمینه فعال هستند [۹].

تحقیقات اخیر نوآوری‌های امیدوارکننده‌ای در درمان اسکیزوفرنی ارائه داده‌اند. در سال ۲۰۲۴، داروی جدید "Cobenfy" (کارپیرازین/تاسیدیس) به‌عنوان یک درمان نوین با مکانیسم متفاوت معرفی شد که علائم را با عوارض جانبی کمتر بهبود می‌بخشد [۷]. همچنین، کاربرد هوش مصنوعی در تشخیص زودهنگام اسکیزوفرنی، از جمله تحلیل داده‌های شبکه‌ای چشم برای شناسایی نشانه‌های ژنتیکی، در حال بررسی است [۱۰]. این پیشرفت‌ها می‌توانند به کاهش انگ از طریق تشخیص و درمان مؤثرتر کمک کنند. اسکیزوفرنی به‌تنهایی عامل ارتکاب جرم نیست و ارتباط آن با رفتارهای پرخطر به عوامل محیطی و همبودی‌ها وابسته است. جامعه و فرهنگ از طریق بازنمایی‌های نادرست و فقدان آموزش به تداوم انگ اجتماعی کمک کرده‌اند. با این حال، از طریق آموزش عمومی، اصلاح بازنمایی‌های رسانه‌ای، تقویت سیستم‌های حمایتی و بهره‌گیری از پیشرفت‌های درمانی، می‌توان درک عمومی را بهبود بخشید و تبعیض علیه افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را کاهش داد. این اقدامات به ایجاد جوامعی فراگیرتر و عادلانه‌تر کمک می‌کنند.

اسکیزوفرنی یکی از اختلالات روانی پیچیده و چندوجهی است که تأثیرات عمیقی بر زندگی فردی و اجتماعی مبتلایان دارد. این اختلال که معمولاً در اوایل بزرگسالی بروز می‌کند، با علائم متنوعی از جمله هذیان‌ها، توهم‌ها، اختلالات فکری و هیجانی شناخته می‌شود [۱۱]. از این رو، بررسی علمی ارتباط اسکیزوفرنی در حوزه‌های روان‌پزشکی، جامعه‌شناسی و حقوق اهمیت فراوانی دارد، چرا که هر یک از این حوزه‌ها نقش مهمی در فهم، مدیریت و حمایت از بیماران ایفا می‌کنند.

#### ۱. روان‌پزشکی

در روان‌پزشکی، فهم علمی اسکیزوفرنی اساس پیشرفت درمانی و مراقبتی است. تحقیقات گسترده‌ای نشان داده‌اند که عوامل زیستی مانند ژنتیک، نوروبیولوژی و ترکیبات شیمیایی مغز نقش مهمی در ایجاد و پیشرفت اسکیزوفرنی دارند [۱۲]. همچنین عوامل محیطی و روانی مانند استرس، سوءتغذیه و حوادث آسیب‌زا می‌توانند در بروز و تشدید علائم مؤثر باشند [۱۳]. بنابراین، بررسی علمی این عوامل و تعامل آن‌ها منجر به بهبود روش‌های تشخیص زودهنگام، درمان‌های دارویی و غیر دارویی و همچنین توسعه مداخلات پیشگیرانه می‌شود که همگی به ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کنند [۱۴].

#### ۲. جامعه‌شناسی

اسکیزوفرنی فراتر از یک بیماری روانی صرف، یک پدیده اجتماعی است که تأثیرات عمیقی بر ساختارهای خانوادگی، روابط اجتماعی و فرصت‌های اقتصادی بیماران دارد. تحقیقات جامعه‌شناختی نشان داده‌اند که بیماران اسکیزوفرنی اغلب با مشکلاتی مانند انگ‌زدایی اجتماعی، تبعیض در محیط کار و محدودیت‌های دسترسی به خدمات حمایتی روبه‌رو هستند [۱۵]. همچنین،

ساختارهای اجتماعی ناعادلانه و فقر می‌تواند روند بهبودی را مختل کند و موجب بروز مشکلات روانی ثانویه گردد [۱۶]. بررسی علمی این ابعاد به سیاستگذاران و سازمان‌های اجتماعی کمک می‌کند تا برنامه‌های حمایتی و آموزش‌های لازم برای کاهش تبعیض و افزایش مشارکت اجتماعی بیماران طراحی و اجرا شود [۱۷].

### ۳. حقوق

حوزه حقوق نیز در بررسی اسکیزوفرنی اهمیت زیادی دارد، زیرا بیماران اغلب با مسائل حقوقی پیچیده‌ای مواجه‌اند که مستقیماً بر کیفیت زندگی و استقلال آنان تاثیر می‌گذارد. مسائل مرتبط با ظرفیت تصمیم‌گیری، حق انتخاب درمان، حفاظت از حریم خصوصی و حقوق مربوط به اشتغال و تحصیل، از جمله چالش‌هایی هستند که بیماران و خانواده‌هایشان با آن روبرو می‌شوند [۱۸]. همچنین، وجود قوانین حمایتی و چارچوب‌های قانونی مشخص می‌تواند از سوء استفاده‌های احتمالی جلوگیری کند و دسترسی عادلانه به خدمات درمانی و حمایتی را تضمین نماید [۱۹]. بررسی علمی این جنبه‌ها کمک می‌کند تا سیاست‌ها و قوانین مبتنی بر شواهد بهبود یابند و حقوق بشر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به طور کامل رعایت شود. در مجموع، بررسی علمی ارتباط اسکیزوفرنی با جنبه‌های روان‌پزشکی، جامعه‌شناسی و حقوق نه تنها به شناخت بهتر این بیماری کمک می‌کند، بلکه بستری فراهم می‌آورد تا مداخلات جامع، حمایتی و انسانی برای بیماران فراهم شود. با توجه به پیچیدگی این اختلال و تأثیرات گسترده آن بر زندگی فردی و اجتماعی، تلاش‌های چندرشته‌ای در این زمینه ضرورت دارد تا هم سلامت روانی بیماران حفظ شود و هم حقوق و جایگاه اجتماعی آنان تضمین گردد.

## ۲. مبانی نظری اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی به عنوان یکی از پیچیده‌ترین و شدیدترین اختلالات روان‌پریشی، طیفی گسترده از علائم روانی، شناختی و رفتاری را شامل می‌شود که باعث اختلال عمیق در عملکرد فردی و اجتماعی می‌گردد [۱۱]. درک مبانی نظری این اختلال، علاوه بر تعریف بالینی، نیازمند بررسی ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی است که در ایجاد، تشخیص و درمان آن نقش دارند. در این بخش، ابتدا تعریف اسکیزوفرنی بر اساس *DSM-5* ارائه شده و سپس علائم کلیدی مرتبط با رفتار پرخطر به صورت جامع تحلیل می‌شود.

### ۲.۲ تعریف اختلال اسکیزوفرنی بر اساس *DSM-5*

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخه پنجم (*DSM-5*)، اسکیزوفرنی به عنوان اختلالی تعریف می‌شود که حداقل دو نوع از پنج گروه اصلی علائم (هذیان‌ها، توهم‌ها، گفتار نامنظم، رفتار نامناسب یا منسجم و علائم منفی) را به مدت حداقل یک ماه دارا باشد. به علاوه، اختلال باید باعث کاهش قابل توجهی در عملکرد شغلی، اجتماعی یا تحصیلی فرد

شود و علائم به مدت حداقل ۶ ماه در یک طیف وسیع ادامه داشته باشند [۱۱]. این تعریف، هم علائم مثبت (اضافی) و هم علائم منفی (کاهش یافته) را در بر می گیرد، که به درک جامع تر و دقیق تر ماهیت اسکیزوفرنی کمک می کند.

علاوه بر این، DSM-۵ تأکید دارد که این اختلال نباید ناشی از سوء مصرف مواد، بیماری های پزشکی یا سایر اختلالات روانی باشد. از این رو، تشخیص صحیح نیازمند ارزیابی های دقیق بالینی و کاربرد معیارهای استاندارد است.

مبانی زیستی و روان شناختی اسکیزوفرنی

از نظر زیستی، اسکیزوفرنی به عنوان اختلالی با پایه نوروبیولوژیکی شناخته می شود که شامل تغییرات ساختاری و عملکردی در مغز، به ویژه در نواحی پیش پیشانی، تالاموس و هیپوکامپ است [۱۲]. نظریه های متعدد زیستی بر نقش ترکیبی عوامل ژنتیکی، تغییرات نوروترانسمیترها به ویژه دوپامین، و تأثیر عوامل محیطی مانند استرس زای دوران کودکی تأکید دارند [۱۳]. به علاوه، نظریه های روان شناختی، از جمله اختلال در فرایندهای شناختی و نقص در پردازش اطلاعات، به عنوان عوامل مهم در بروز و تداوم علائم اسکیزوفرنی مطرح شده اند [۲۰]. افراد با سطوح بالای روان گرایی بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و اسکیزوفرنی هستند که با رفتارهای خشونت آمیز و ضد اجتماعی مرتبط است [۲۱].

علائم مرتبط با رفتار پرخطر

یکی از چالش های عمده بالینی و اجتماعی اسکیزوفرنی، بروز رفتارهای پرخطر است که می تواند هم شامل آسیب به خود و هم به دیگران باشد. این رفتارها به طور عمده ناشی از ترکیب علائم روان پریشی و اختلالات شناختی هستند.

- توهم ها، به ویژه توهمات شنیداری، شایع ترین نوع توهم در اسکیزوفرنی هستند. بیماران ممکن است صداهایی را بشنوند که به آن ها دستور می دهد یا قضاوت آن ها را به چالش می کشد. این نوع توهم می تواند فرد را به انجام اقداماتی خطرناک مانند خودزنی یا خشونت علیه دیگران وادار کند [۲۲]. مطالعات نشان داده اند که شدت و نوع توهم با افزایش ریسک رفتار پرخطر رابطه مستقیم دارد [۲۳].
- هذیان ها، به عنوان باورهای نادرست و غیرقابل تغییر، نقش مهمی در ایجاد رفتارهای پرخطر ایفا می کنند. به ویژه هذیان های پارانوئید (مانند باور به تعقیب و تهدید) می توانند باعث واکنش های خشونت آمیز یا تدافعی شوند [۲۴]. فرد ممکن است بر اساس این باورهای نادرست اقدام به رفتارهای خشونت آمیز یا فرار کند.
- اختلال در قضاوت و تصمیم گیری یکی دیگر از عوامل کلیدی است که به رفتارهای پرخطر در بیماران اسکیزوفرن دامن می زند. این بیماران معمولاً دچار نقص در توانایی ارزیابی موقعیت ها، پیش بینی پیامدها و اتخاذ تصمیمات منطقی هستند [۲۰]. این ناتوانی های شناختی، به ویژه زمانی که با هذیان ها و توهم ها همراه می شوند، می توانند به شکل چشم گیری خطر آسیب به خود یا دیگران را افزایش دهند [۲۵].

افزون بر این علائم، عوامل دیگر مانند سوء مصرف مواد، فقدان حمایت اجتماعی و استرس های محیطی نیز می توانند احتمال بروز رفتارهای پرخطر را افزایش دهند [۲۳]. بنابراین، در ارزیابی و درمان بیماران اسکیزوفرنی توجه به تمامی این عوامل ضروری است.

## ۲.۲ طبقه‌بندی‌های فرعی اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی یک اختلال چندوجهی و بالینی پیچیده است که تظاهرات آن می‌تواند به شکل‌های مختلف و با شدت‌های متفاوت بروز کند. برای تسهیل تشخیص، فهم بالینی و تدوین استراتژی‌های درمانی، طی دهه‌ها طبقه‌بندی‌های فرعی متعددی برای این اختلال ارائه شده است. هر یک از این زیرگونه‌ها بر اساس الگوهای غالب علائم، ویژگی‌های بالینی و روند بیماری تعریف شده‌اند. در *DSM-IV* طبقه‌بندی فرعی اسکیزوفرنی به پنج نوع عمده تقسیم می‌شد که هر یک ویژگی‌های متمایزی دارند، اگرچه *DSM-5* این تقسیم‌بندی را حذف کرده و به سوی رویکردی طیفی و ابعادی پیش رفته است [۱۱]. با این حال، شناخت این طبقه‌بندی‌ها در پژوهش‌ها و برخی کاربردهای بالینی هنوز بسیار مهم است.

## ۱. اسکیزوفرنی پارانوئید (Paranoid Schizophrenia)

نوع پارانوئید شایع‌ترین فرم اسکیزوفرنی است و ویژگی اصلی آن وجود هذیان‌های پارانوئید (مانند تعقیب، توطئه، یا بزرگی) و توهمات شنیداری است، در حالی که عملکرد شناختی و رفتار سازمان‌یافته نسبتاً حفظ می‌شود [۱۴]. افراد مبتلا معمولاً توانایی حفظ سازمان فکری و هیجانی خود را دارند، اما نگرانی شدید و ترس‌های ناشی از باورهای غلط می‌تواند باعث اضطراب و گاهی رفتارهای پرخطر شود [۲۴]. این نوع اغلب پاسخ به درمان دارویی بهتری دارد نسبت به سایر انواع.

## ۲. اسکیزوفرنی کاتاتونیک (Catatonic Schizophrenia)

اسکیزوفرنی کاتاتونیک یکی از انواع نادر اسکیزوفرنی است که با علائم بارز حرکتی مشخص می‌شود. بیماران ممکن است دچار بی‌حرکتی شدید (*stupor*)، سکوت مطلق (*mutism*)، یا واکنش‌های حرکتی غیرعادی نظیر تقلید حرکات دیگران (*echopraxia*) و تقلید گفتار (*echolalia*) شوند. یکی از ویژگی‌های شاخص این حالت، انعطاف‌پذیری مومی شکل (*waxy flexibility*) است؛ حالتی که فرد در یک وضعیت بدنی خاص باقی می‌ماند بدون آن که مقاومت یا حرکت ارادی نشان دهد. اگرچه این وضعیت می‌تواند تهدیدکننده زندگی باشد، ولی اغلب به درمان با بنزودیازپین‌ها یا الکتروشوک درمانی (ECT) پاسخ خوبی می‌دهد [۲۶].

## ۳. اسکیزوفرنی نامنظم (Disorganized Schizophrenia)

نوع نامنظم با آشفتگی شدید در گفتار، تفکر و رفتار همراه است. علائم غالب شامل گفتار غیرمنسجم، رفتارهای نامناسب یا بی‌هدف و کاهش واضح در پاسخ‌های هیجانی است [۲۷]. این نوع معمولاً پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارد و بیماران ممکن است به شدت از اجتماع کناره‌گیری کنند و نیازمند مراقبت‌های طولانی‌مدت باشند.

## ۴. اسکیزوفرنی ساده (Simple Schizophrenia)

نوع ساده با شروع تدریجی و پیش‌رونده کاهش عملکرد و بروز علائم منفی مانند بی‌حالی، انزوای اجتماعی و کاهش انگیزه مشخص می‌شود، بدون وجود علائم روان‌پریشی مثبت مشخص [۱۴]. این فرم کمتر شناخته‌شده است و معمولاً تشخیص آن دشوارتر است زیرا علائم اغلب با افسردگی یا اختلالات دیگر اشتباه گرفته می‌شوند.

### ۵. اسکیزوفرنی بدون طبقه‌بندی مشخص (Undifferentiated Schizophrenia)

این دسته شامل بیمارانی است که معیارهای سایر زیرنوع‌ها را به طور کامل ندارند اما همچنان علائم روان‌پریشی و اختلال عملکرد مشخصی دارند. در واقع این دسته‌بندی برای انعکاس طیف وسیع تظاهرات اسکیزوفرنی در بیمارانی که ویژگی‌های ترکیبی دارند، استفاده می‌شود [۲۷].

اهمیت بالینی و پژوهشی طبقه‌بندی‌های فرعی

اگرچه *DSM-5* به سمت رویکردی طیفی و ابعادی رفته است و طبقه‌بندی‌های فرعی را حذف کرده است، اما در عمل بالینی و پژوهش‌ها شناخت این زیرگونه‌ها هنوز اهمیت فراوان دارد. این طبقه‌بندی‌ها می‌توانند به تشخیص دقیق‌تر، پیش‌بینی بهتر پاسخ به درمان و تدوین برنامه‌های مراقبتی هدفمند کمک کنند [۱۴]. به علاوه، برخی مطالعات ژنتیکی و نوروبیولوژیکی نشان داده‌اند که زیرنوع‌های مختلف اسکیزوفرنی ممکن است مسیرهای زیستی و علل متفاوتی داشته باشند [۱۲].

### ۳. رابطه میان اسکیزوفرنی و ارتکاب جرم در ادبیات علمی: مرور مطالعات و دیدگاه‌ها در روان‌پزشکی قانونی

رابطه بین اسکیزوفرنی و ارتکاب جرم یکی از موضوعات پیچیده و بحث‌برانگیز در حوزه روان‌پزشکی قانونی و جرم‌شناسی است که طی چند دهه گذشته، توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. این بحث به دلیل پیامدهای عمیق بالینی، حقوقی و اجتماعی برای افراد مبتلا و جوامع اهمیت فراوان دارد. در این بخش، ضمن مرور پژوهش‌های کلیدی و دیدگاه‌های روان‌پزشکی قانونی، به بررسی دقیق عوامل مرتبط با این رابطه پرداخته می‌شود.

#### ۱. پیش‌زمینه نظری و تاریخی

روان‌پزشکی قانونی به عنوان شاخه‌ای تخصصی از روان‌پزشکی، نقش مهمی در بررسی ارتباط میان اختلالات روانی، به ویژه اسکیزوفرنی، و رفتارهای مجرمانه ایفا می‌کند. از اوایل قرن بیستم، فرضیه‌های متعددی در این زمینه مطرح شده است که برخی از آن‌ها به اشتباهات و کلیشه‌سازی‌های نادرستی منجر شده‌اند [۲۸]. دیدگاه سنتی غالباً اسکیزوفرنی را با خشونت و رفتار مجرمانه مرتبط می‌دانسته، اما پژوهش‌های معاصر نشان می‌دهند که این ارتباط پیچیده‌تر و وابسته به عوامل متعدد زمینه‌ای است.

#### ۲. مرور مطالعات علمی

مطالعات اپیدمیولوژیک و موردی متعددی ارتباط بین اسکیزوفرنی و خطر ارتکاب جرم را بررسی کرده‌اند. برخی از این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با جمعیت عمومی، ریسک بالاتری برای انجام رفتارهای خشونت‌آمیز دارند [۲۳]. با این حال، این افزایش ریسک معمولاً مرتبط با عوامل همراه مانند سوءمصرف مواد، فقدان درمان مؤثر، و اختلال در کنترل تکانه‌ها است [۱].

مطالعات متاآنالیز نشان می‌دهند که خود اسکیزوفرنی به تنهایی پیش‌بینی‌کننده قوی رفتار خشونت‌آمیز نیست و باید در چارچوب یک مدل چندعاملی شامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی بررسی شود [۲۹]. به علاوه، برخی تحقیقات بر این نکته تأکید دارند که بیشتر بیماران اسکیزوفرنی خطرناک نیستند و احتمال بیش‌نمایی این ارتباط در رسانه‌ها و باورهای عمومی وجود دارد [۳۰].

### ۳. عوامل مؤثر بر ارتکاب جرم در بیماران اسکیزوفرنی

- توهّمات و هذیان‌ها: علائم روان‌پریشی مثبت مانند هذیان‌های پارانوئید و توهّمات فرمان‌دهنده می‌توانند محرک رفتارهای خشونت‌آمیز باشند، به ویژه زمانی که فرد باور دارد در خطر یا تعقیب است [۳۱].
- سوءمصرف مواد: مصرف مواد مخدر و الکل به طور مکرر به عنوان عامل تشدیدکننده رفتار خشونت‌آمیز در بیماران اسکیزوفرنی شناخته شده است و می‌تواند موجب کاهش اثربخشی درمان و کنترل علائم گردد [۱].
- عدم دسترسی به درمان و حمایت اجتماعی: فقدان مراقبت‌های روان‌پزشکی منظم و شرایط نامناسب اجتماعی و اقتصادی، ریسک ارتکاب جرم را افزایش می‌دهد [۳۲].
- اختلالات شناختی و کنترل تکانه: نقص در قضاوت و کنترل تکانه‌ها، که جزء علائم شناختی اسکیزوفرنی هستند، می‌توانند فرد را به رفتارهای ناگهانی و پرخطر سوق دهند [۲۰].

### ۴. دیدگاه‌های روان‌پزشکی قانونی

در روان‌پزشکی حقوقی، ارزیابی شایستگی افراد در دادن رضایت آگاهانه (competence to consent) نقشی محوری دارد؛ به‌ویژه در بیماران اسکیزوفرن که درگیر جرم یا درمان اجباری هستند. این فرایند با استفاده از چهار معیار شناختی انجام می‌شود: توانایی بیان انتخاب، درک اطلاعات مرتبط، ارزیابی موقعیت و پیامدها، و توانایی استدلال منطقی در تصمیم‌گیری. این توانایی‌ها باید به‌صورت ساختاریافته و گاهی با ابزارهای رسمی مانند MacCAT-T ارزیابی شوند. به‌کارگیری این رویکرد، علاوه بر محافظت از احقاق حقوق بیماران، به قضاوت صحیح درباره مسئولیت کیفری و نیاز به درمان نیز کمک می‌کند. بر اساس دستورالعمل‌های بالینی، در صورتی که بیمار فاقد این ظرفیت تشخیص داده شود، باید اقدامات لازم مانند درمان موقتی یا ارجاع قضایی انجام شود [۳۳].

از نظر حقوقی، بسیاری از نظام‌های قضایی تأکید دارند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در صورت اثبات تأثیر بیماری بر رفتار مجرمانه، ممکن است از مسئولیت کیفری کاهش یافته یا معاف شوند و به جای زندان، تحت درمان تخصصی قرار گیرند [۳۴]. این رویکردها با هدف ترکیب عدالت و مراقبت‌های درمانی طراحی شده‌اند. یکی از چالش‌های مهم، کاهش استیگما و جلوگیری از برچسب‌زنی نادرست به افراد مبتلا است. همچنین ضرورت توسعه مدل‌های پیش‌بینی دقیق‌تر بر پایه داده‌های چندبعدی و توجه به تنوع زیستی، روانی و اجتماعی بیماران از اهداف مهم پژوهش‌های آینده است [۳۱].

### ۱.۳ اسکیزوفرنی و ارتباط با خشونت یا جرم: تحلیل مبتنی بر شواهد

اسکیزوفرنی، یک اختلال روان‌پریشی مزمن، اغلب با تصورات نادرست درباره ارتباطش با خشونت و جرم همراه است. این کلیشه‌ها، که از طریق رسانه‌ها و فقدان آگاهی عمومی تقویت می‌شوند، به انگ اجتماعی و تبعیض علیه افراد مبتلا منجر

شده‌اند. پرسش اصلی این است: آیا اسکیزوفرنی به خودی خود عامل خشونت یا جرم است؟ این مقاله با بررسی شواهد علمی، عوامل همبودی و زمینه‌های اجتماعی به این پرسش پاسخ می‌دهد.

#### ● اسکیزوفرنی و خشونت: شواهد اپیدمیولوژیک

مطالعات نشان می‌دهند که بیش از ۹۹٪ افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مرتکب جرایم خشونت‌آمیز نمی‌شوند [۱]. یک متاآنالیز نشان داد که نرخ خشونت در این افراد تنها اندکی بالاتر از جمعیت عمومی است (نسبت خطر: ۱.۳؛ فاصله اطمینان ۰.۹۵-۱.۵)، اما این افزایش عمدتاً به عوامل همبودی مانند سوءمصرف مواد مربوط است [۱]. افرادی که تحت درمان مداوم دارویی و حمایت‌های روانی-اجتماعی قرار دارند، نرخ خشونت مشابه یا پایین‌تر از جمعیت عمومی دارند [۳۵].

#### ● عوامل همبودی و زمینه‌های اجتماعی

سوءمصرف مواد، به‌ویژه الکل و مواد محرک، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خشونت‌آمیز در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است. بی‌خانمانی، فقر و طرد اجتماعی نیز علائم روان‌پریشی را تشدید می‌کنند و در موارد نادر به رفتارهای پرخطر منجر می‌شوند [۱۶]. برای مثال، تنها ۳۱.۳٪ از افراد مبتلا به روان‌پریشی به خدمات تخصصی سلامت روان دسترسی دارند، که نشان‌دهنده تأثیر محدودیت‌های اجتماعی است [۵].

#### ● نقش بازنمایی‌های فرهنگی و رسانه‌ای

بازنمایی‌های نادرست در رسانه‌ها، مانند به تصویر کشیدن افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به‌عنوان خطرناک، باور عمومی به خطرناک بودن این بیماران را تقویت می‌کند. یک مطالعه نشان داد که ۵۲٪ از بازنمایی‌های رسانه‌ای اسکیزوفرنی با خشونت مرتبط است [۴]. این کلیشه‌ها دسترسی به خدمات درمانی و فرصت‌های اجتماعی را محدود می‌کنند.

#### ● پیشرفت‌های درمانی و تأثیر آن بر کاهش خشونت

داروی جدید "*Cobefny*" (کارپپرازین/تاسیدیس) در سال ۲۰۲۴ معرفی شد و علائم را با عوارض جانبی کمتر بهبود می‌بخشد [۱۷]. همچنین، کاربرد هوش مصنوعی در تشخیص زودهنگام اسکیزوفرنی، مانند تحلیل نشانگرهای ژنتیکی در شبکه چشم، امید به درمان مؤثرتر را افزایش داده است [۱۰]. مداخلات زودهنگام می‌توانند نرخ بستری شدن و رفتارهای پرخطر را تا ۲۵٪ کاهش دهند [۳۶].

راهکارهای کاهش انگ و پیشگیری از جرم

۱. مداخلات درمانی زودهنگام: دسترسی به درمان‌های دارویی و روان‌شناختی علائم و رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد.

۲. آگاهی‌بخشی عمومی: کمپین‌هایی مانند "*Time to Change*" نگرش‌های منفی را تا ۱۵٪ کاهش داده‌اند [۳۷].

۳. اصلاح بازنمایی‌های رسانه‌ای: تولید محتوای همدلانه می‌تواند کلیشه‌ها را کاهش دهد [۷].

۴. حمایت‌های اجتماعی: مسکن یارانه‌ای و فرصت‌های شغلی طرد اجتماعی را کاهش می‌دهند [۱۶].

اسکیزوفرنی به خودی خود عامل خشونت یا جرم نیست. عوامل همبودی مانند سوءمصرف مواد و شرایط اجتماعی نامناسب محرک‌های اصلی هستند. پیشرفت‌های درمانی، آگاهی‌بخشی عمومی و حمایت‌های اجتماعی می‌توانند انگ اجتماعی و رفتارهای پرخطر را کاهش دهند و به جوامعی عادلانه‌تر کمک کنند.

#### ۴. نقش جامعه و فرهنگ در شکل‌گیری نگرش به بیماران روانیبا تمرکز بر نظریه‌های انگ

##### اجتماعی (Corrigan و Goffman) (stigma)

نگرش‌های اجتماعی نسبت به بیماران روان‌پزشکی، به ویژه مبتلایان به اختلالات شدید مانند اسکیزوفرنی، تحت تأثیر بافت فرهنگی، اجتماعی و تاریخی هر جامعه قرار دارند. درک جامعه از "سلامت روان" نه تنها بر تجربه زیسته بیماران تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند فرآیند درمان، توان‌بخشی و بازگشت آنان به زندگی عادی را نیز تسهیل یا دشوار سازد [38]. یکی از مهم‌ترین مفاهیمی که برای تحلیل این وضعیت به کار می‌رود، مفهوم انگ اجتماعی (stigma) است که توسط جامعه‌شناسان و روان‌شناسان اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است. در این راستا، نظریه‌های گافمن و کوریگان نقش محوری دارند.

##### ۴.۱ مفهوم انگ اجتماعی و آثار آن

"انگ" به معنای برچسب‌زنی منفی اجتماعی به افرادی است که از نظر ویژگی‌های روانی، جسمی یا رفتاری با "هنجارهای غالب" متفاوت شناخته می‌شوند [۳۹]. این مفهوم فراتر از تبعیض مستقیم، شامل مکانیزم‌های ظریف و ناپیدای طرد اجتماعی، کاهش فرصت‌ها، تحقیر، شرمساری درونی، و خودانگ‌پذیری می‌شود.

در حیطه اختلالات روانی، بیماران اغلب با تصورات غلطی مانند خطرناک بودن، غیرقابل درمان بودن، یا ناتوانی کامل مواجه هستند. این برداشت‌ها در فرهنگ‌های مختلف، بسته به سطح آگاهی عمومی، میزان مذهبی بودن جامعه، سنت‌ها، رسانه‌ها و ساختارهای حمایتی متفاوت‌اند [۴۰].

- دیدگاه اروینگ گافمن (Erving Goffman) – انگ به مثابه «نقض هویت»

اروینگ گافمن، جامعه‌شناس کانادایی‌الصل، در کتاب کلاسیک خود *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (۱۹۶۳)، انگ را به عنوان فرایندی معرفی می‌کند که طی آن، فردی که ویژگی خاصی دارد – مثل ابتلا به اسکیزوفرنی – به عنوان «غیرنرمال» و «نامطلوب» برچسب می‌خورد. در این رویکرد، انگ به عنوان تخریب هویت اجتماعی فرد عمل می‌کند و فرد را از هویت کامل اجتماعی‌اش محروم می‌سازد.

گافمن سه نوع اصلی انگ را توصیف می‌کند:

۱. انگ‌های جسمانی (مثل نقص جسمی یا بیماری مزمن)

۲. نقایص شخصیتی (شامل بیماری روانی، اعتیاد)

- انگ‌های وابسته به نژاد، مذهب یا ملیت

در مورد بیماران روان‌پزشکی، آنها معمولاً با انگ نوع دوم مواجه‌اند. گافمن معتقد است که واکنش جامعه به این افراد نه تنها موجب طرد اجتماعی آنها می‌شود، بلکه این واکنش‌ها درونی شده و خودانگ‌پذیری (*self-stigma*) را به وجود می‌آورد که تأثیر منفی عمیقی بر خودباوری و خودکارآمدی فرد می‌گذارد [۳۹].

۳. دیدگاه پاتریک کوریگان (**Patrick Corrigan**) – انگ عمومی و خودانگ

پاتریک کوریگان، روان‌شناس بالینی و از برجسته‌ترین پژوهشگران حوزه انگ روانی، مدل پیچیده‌تری از فرایند انگ را ارائه می‌دهد که شامل دو مؤلفه اصلی است:

- انگ عمومی (*Public stigma*): باورهای منفی گسترده در جامعه درباره افراد دارای بیماری روانی.
- خودانگ (*Self-stigma*): زمانی که فرد مبتلا به این باورها اعتقاد پیدا می‌کند و آنها را درونی می‌سازد، منجر به کاهش عزت نفس و امید به زندگی می‌شود [۴۱].

کوریگان تأکید می‌کند که خودانگ حتی می‌تواند از علائم بیماری آسیب‌زاتر باشد، زیرا انگیزه برای جستجوی درمان را تضعیف می‌کند و موجب انزوای اجتماعی و تشدید علائم می‌شود [۴۲]. به باور او، استیگما فرآیندی پویا و وابسته به ساختارهای قدرت، رسانه‌ها، سیستم‌های سلامت و آموزش عمومی است. او همچنین به مفهوم «انگ ساختاری» اشاره می‌کند؛ یعنی زمانی که سیاست‌ها، قوانین و رویه‌های نهادی نیز تبعیض‌آمیز عمل می‌کنند [۴۳].

- نقش رسانه‌ها و فرهنگ در تداوم یا کاهش انگ

در بسیاری از جوامع، رسانه‌ها نقشی کلیدی در بازنمایی بیماران روانی دارند. به‌ویژه در مورد اسکیزوفرنی، اغلب تصویری کلیشه‌ای از «بیمار خطرناک» ارائه می‌شود که منجر به ترس و طرد اجتماعی می‌گردد که می‌تواند باعث افزایش ترس و طرد اجتماعی شود. [۴۴]. این کلیشه‌ها در کنار باورهای فرهنگی منفی مانند جن‌زدگی، نفرین یا ضعف اراده، موانعی جدی در مسیر درمان و پذیرش اجتماعی بیماران ایجاد می‌کنند. اما در مقابل، در جوامعی که فرهنگ گفتگوی آزاد درباره سلامت روان ترویج شده و بیماران در فعالیتهای اجتماعی مشارکت داده می‌شوند، میزان انگ و تبعیض نسبت به آنها کاهش قابل توجهی یافته است [۴۵].

۵. پیامدهای انگ بر فرآیند درمان

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که استیگما یکی از دلایل اصلی امتناع بیماران روان‌پزشکی از دریافت کمک حرفه‌ای است. بیماران اسکیزوفرنی در بسیاری موارد:

- از ترس قضاوت یا طرد شدن، علائم را پنهان می‌کنند؛
- از مراجعه به روان‌پزشک پرهیز می‌کنند؛

- در محل کار یا تحصیل دچار تبعیض می‌شوند؛
- از سوی خانواده یا جامعه حمایت کافی دریافت نمی‌کنند [۴۶].

این در حالی است که کاهش انگ می‌تواند به پذیرش درمان، ارتقای کیفیت زندگی و پیشگیری از بازگشت علائم منجر شود.

نقش جامعه و فرهنگ در شکل‌گیری نگرش به بیماران روانی، موضوعی اساسی و چندبعدی است. نظریه‌های گافمن و کوریگان به ما کمک می‌کنند تا بفهمیم چگونه انگ روانی فراتر از یک پیش‌داوری ساده، به ساختاری منسجم و آسیب‌زا در زندگی بیماران تبدیل می‌شود. راهکارهایی مانند آموزش عمومی، مداخلات رسانه‌ای، توانمندسازی بیماران، و اصلاح سیاست‌های سلامت روان می‌توانند به کاهش انگ و بهبود سلامت روانی جامعه کمک کنند.

#### 4.2 تأثیر رسانه‌ها، فیلم‌ها و باورهای سنتی بر نگرش فرهنگی به بیماری روانی: مقایسه ایران و آمریکا

نگرش عمومی به بیماری روانی همواره بازتابی از شرایط فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و رسانه‌ای هر جامعه بوده است. درک اجتماعی از مفاهیمی چون «اختلال روانی»، «جنون» یا «سلامت روان» نه تنها مبتنی بر دانش علمی نیست، بلکه به شدت از بازنمایی‌های رسانه‌ای، روایت‌های مذهبی-سنتی، و ساختار قدرت در فرهنگ عمومی متأثر است. این نگرش‌ها می‌توانند منجر به انگ‌زنی، طرد اجتماعی، خشونت نهادی یا در مواردی حمایت و همدلی شوند.

در بسیاری از جوامع، به‌ویژه ایران، بیماری روانی هنوز با ترس، شرم و سوءبرداشت همراه است. در ایران، ریشه‌های مذهبی، اسطوره‌ای و سنتی، برداشت‌هایی از اختلال روانی به‌وجود آورده‌اند که آن را با مفاهیمی چون جن‌زدگی، نفرین، یا آزمون الهی مرتبط می‌دانند [۴۷]. در این فضا، خانواده‌ها اغلب از مراجعه به روان‌پزشک خودداری می‌کنند، چراکه از «آبرو» و واکنش اطرافیان بیم دارند. به همین دلیل، بسیاری از مبتلایان بدون درمان باقی می‌مانند یا صرفاً به درمان‌های سنتی، مذهبی و غیربالینی متوسل می‌شوند.

در مقابل، جامعه آمریکا با وجود پیشرفت‌های علمی و گسترش آگاهی عمومی، هنوز درگیر انواع خاصی از انگ است. در ایالات متحده، رسانه‌ها - به‌ویژه سینما، تلویزیون و خبرگزاری‌ها - نقش حیاتی در بازنمایی اختلالات روانی ایفا کرده‌اند. بسیاری از فیلم‌ها مانند *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1960)، *Psycho* (۱۹۷۵)، یا حتی آثار معاصر مانند *Joker* (۲۰۱۹)، با تصویری اغراق‌شده، بیماران روانی را خطرناک، غیرقابل‌پیش‌بینی یا مرموز نشان می‌دهند [۴۸]. این بازنمایی‌ها به شکل‌گیری کلیشه‌هایی انجامیده‌اند که بیماران روانی را از جامعه جدا و تهدیدآمیز جلوه می‌دهند.

در ایران، رسانه‌ها - به‌ویژه تلویزیون دولتی - در دهه‌های گذشته نقش چندان مؤثری در نرمال‌سازی تصویر بیماری روانی نداشته‌اند. سریال‌ها و فیلم‌های ایرانی غالباً شخصیت‌های دارای اختلال روانی را در قالب‌هایی کمیک، ترحم‌برانگیز یا جنون‌آمیز تصویر می‌کنند. برای مثال، در بسیاری از آثار طنز، شخصیت‌های روان‌پریش با اغراق و بدون درک علمی از علائم اسکیزوفرنی یا افسردگی، به عنوان «دیوانه»‌هایی غیرمنطقی و مزاحم ظاهر می‌شوند. این مسئله نه تنها موجب تحقیر بیماران می‌شود، بلکه درمان را در ذهن مردم بی‌فایده یا غیرضروری نشان می‌دهد.

یکی دیگر از تفاوت‌های مهم میان ایران و آمریکا، جایگاه آموزش روانی در نظام آموزش عمومی است. در آمریکا، به ویژه پس از دهه ۱۹۹۰، کمپین‌های آموزشی گسترده‌ای برای کاهش استیگما و ارتقاء سواد سلامت روان برگزار شده است. پروژه‌هایی مانند *Mental Health First Aid* و *National Alliance on Mental Illness (NAMI)* با هدف آگاه‌سازی عمومی، تماس مستقیم مردم با روایت‌های بیماران، و حمایت از خانواده‌ها توسعه یافته‌اند [۴۸]. در ایران اما، نظام آموزش عمومی هنوز فاقد برنامه‌ریزی ساختاریافته برای آموزش سلامت روان در سطح مدارس، دانشگاه‌ها یا رسانه‌های جمعی است.

باورهای سنتی نیز در هر دو جامعه تأثیر ماندگاری دارند، اما ماهیت آن‌ها متفاوت است. در ایران، دین، طب سنتی و عرف فرهنگی، تمایل به درک ماورایی یا اخلاقی از بیماری روانی دارد. در مقابل، در آمریکا، با وجود پیشرفت علمی، هنوز فرهنگ عامه و باورهای شبه علمی مانند ارتباط سلامت روان با ضعف اراده یا سبک زندگی ناسالم در برخی گروه‌ها رایج است [۴۵].

نکته قابل تأمل آن است که در هر دو فرهنگ، تجربه زیسته بیماران — از طرد خانوادگی تا بیکاری و نداشتن دسترسی به درمان — همسانی‌هایی دارد، اگرچه علل فرهنگی، ساختاری و اقتصادی آن متفاوت‌اند. در نهایت، برای اصلاح نگرش عمومی نسبت به بیماری روانی، تنها راهکار علمی، تلفیق آموزش، مداخلات رسانه‌ای هدفمند، و ایجاد گفت‌وگوی بین فرهنگی در حوزه سلامت روان است. بازنگری در برنامه‌های درسی، بازنمایی واقع‌گرایانه و همدلانه از بیماران در فیلم‌ها و سریال‌ها، و مشارکت فعال بیماران در گفت‌وگوهای عمومی، از جمله مؤثرترین راهکارهای پیشنهادی‌اند.

## ۵. واکنش نظام عدالت کیفری به بیماران روان پریش

در تعامل میان روان پزشکی و نظام عدالت کیفری، بیماران روان پریش جایگاه پیچیده و چالش برانگیزی دارند. از یک سو، نظام کیفری وظیفه دارد از امنیت عمومی دفاع کند و مجرمان را پاسخ‌گو نگه دارد؛ از سوی دیگر، اصل بنیادین عدالت ایجاب می‌کند که تنها افرادی مسئول شناخته شوند که توانایی درک، تمییز و کنترل اعمال خود را داشته باشند. در این میان، بیماران روان پریش — به‌ویژه مبتلایان به اختلالات شدید مانند اسکیزوفرنی با توهمات، هذیان‌ها یا اختلال در قضاوت — در موقعیتی مرزی قرار می‌گیرند که تمایز میان «جرم» و «بیماری» را دشوار می‌سازد.

مفهوم «جنون کیفری» یا «عدم مسئولیت کیفری ناشی از اختلال روانی» در بسیاری از نظام‌های حقوقی جهان، از جمله ایران، آمریکا، بریتانیا و فرانسه پذیرفته شده است. در حقوق ایران، ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی (۱۳۹۲) بیان می‌دارد که چنانچه مرتکب در حین ارتکاب جرم دچار اختلال روانی به گونه‌ای باشد که فاقد درک و اراده باشد، مسئولیت کیفری از او سلب می‌شود. در ایالات متحده نیز از آزمون‌هایی مانند تست مک‌ناتن (*M'Naghten Rule*) یا آزمون کنترل رفتاری (*Irresistible Impulse Test*) برای ارزیابی جنون کیفری استفاده می‌شود [۴۹]. اما صرف پذیرش نظری اصل جنون کیفری، تضمینی بر تحقق عادلانه آن در عمل نیست.

یکی از اصلی‌ترین چالش‌ها، دشواری اثبات جنون در مراجع کیفری است. جنون مفهومی پیچیده و چندلایه است که تداخل آن با مفاهیم قانونی مانند سوءنیت، قصد مجرمانه و اراده آزاد، باعث پیچیدگی در رسیدگی کیفری می‌شود. در بسیاری از موارد، دستگاه قضایی به دلیل نبود آموزش تخصصی، نبود دسترسی به روان‌پزشکان قانونی مجرب یا ترس از افکار عمومی، تمایلی به پذیرش دفاع جنون ندارد و از آن به عنوان راهی برای فرار از مجازات یاد می‌شود. این وضعیت موجب شده بیماران روانی در برخی کشورها، به جای درمان، در زندان‌ها نگهداری شوند، آن هم بدون امکانات لازم و در شرایطی که وضعیت روانی آنان وخیم‌تر می‌شود [۵۰].

عدم توانایی نظام قضایی در تفکیک علمی میان جرم و بیماری روانی، نه تنها عدالت را خدشه دار می‌کند، بلکه سلامت عمومی را نیز تهدید می‌کند. اگر بیماری مانند اسکیزوفرنی که با توهمات فرمان‌دهنده، پارانویا و اختلال در درک واقعیت همراه است، به درستی تشخیص داده نشود، مجازات مجرم در واقع مجازات یک بیمار است، نه یک بزهکار آگاه. از طرف دیگر، عدم بررسی دقیق نیز ممکن است موجب آزادی فردی شود که هنوز خطر بالقوه‌ای برای خود و دیگران دارد. بنابراین نیاز به توازن میان حمایت از حقوق فردی و امنیت عمومی، اقتضا می‌کند که بررسی وضعیت روانی متهمان، به صورت روشمند، تخصصی و مستقل انجام گیرد.

از راهکارهای مهم برای بهبود نحوه برخورد سیستم قضایی با بیماران مبتلا به اختلالات روانی، آموزش نظام‌مند قضات، دادستان‌ها و ضابطان قضایی در زمینه سلامت روان و مفاهیم پایه روان‌پزشکی قانونی است. آشنایی با نشانه‌های اختلالات روانی، تمایز میان اختلالات شدید و خفیف، درک وضعیت بالینی بیمار در زمان ارتکاب جرم، و توانایی تحلیل و تفسیر گزارش‌های روان‌پزشکی، می‌تواند روند رسیدگی قضایی را از پیش‌داوری، کلیشه‌سازی و واکنش‌های هیجانی دور کرده و به سمت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد هدایت کند. این آموزش‌ها باید هم در برنامه‌های درسی دانشکده‌های حقوق گنجانده شده و هم در قالب دوره‌های ضمن خدمت برای قضات و مأموران پلیس ارائه شود [۵۱].

در کنار آن، توسعه همکاری بین‌رشته‌ای میان روان‌پزشکان قانونی، روان‌شناسان بالینی، مددکاران اجتماعی و نظام قضایی، برای ارزیابی جامع وضعیت روانی متهمان و ارائه راهکارهای ترکیبی درمانی-قضایی ضروری است. در بسیاری از کشورها، مانند کانادا یا هلند، دادگاه‌های ویژه سلامت روان (Mental Health Courts) تأسیس شده‌اند که هدف آن‌ها رسیدگی تخصصی و غیرکیفری به جرایم خفیف یا متوسط بیماران روانی است. این دادگاه‌ها با رویکرد درمان‌محور به جای مجازات‌محور، تلاش می‌کنند از چرخه مزمن زندان رفتن بیماران روانی جلوگیری کنند [۵۲].

در نهایت، عدالت کیفری نسبت به بیماران روان‌پیش تنها زمانی تحقق می‌یابد که نظام حقوقی، اخلاقی و پزشکی به صورت هماهنگ عمل کنند. مسئولیت‌پذیری کیفری باید نه بر اساس کلیشه‌های اجتماعی یا فشار رسانه‌ای، بلکه بر مبنای دانش علمی، احترام به کرامت انسانی و درک عمیق از ساختار روان انسان بنا شود. فقدان این رویکرد، نه تنها به بی‌عدالتی منجر می‌شود، بلکه آسیب‌های اجتماعی، نابرابری در دسترسی به عدالت و تشدید مشکلات سلامت روان در سطح جامعه را در پی خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

بررسی رابطه میان اختلالات روانی، به‌ویژه اسکیزوفرنی، و واکنش نظام عدالت کیفری، مستلزم نگاهی عمیق، بین‌رشته‌ای و انتقادی است. در پرتو مطالعات روان‌پزشکی، جامعه‌شناسی، حقوق کیفری و رسانه‌پژوهی، روشن است که نه تنها درک عمومی از بیماری روانی دستخوش انگ‌زنی و سوءبرداشت‌های گسترده است، بلکه نظام‌های قضایی و کیفری نیز در بسیاری از موارد، به دلیل فقدان آموزش‌های تخصصی و ساختارهای حمایتی لازم، از تشخیص دقیق و تصمیم‌گیری عادلانه درباره این افراد باز می‌مانند.

از منظر روان‌پزشکی، اسکیزوفرنی با مجموعه‌ای از علائم پیچیده مانند توهم، هذیان، اختلال در قضاوت و فقدان شناخت واقعیت همراه است که در برخی موارد می‌تواند توانایی بیمار در درک ماهیت و پیامدهای اعمال خود را مختل کند (APA, 2013). از سوی دیگر، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اکثریت قریب به اتفاق بیماران روان‌پریش، به‌ویژه آن‌هایی که تحت درمان قرار دارند، نه تنها خطرناک نیستند، بلکه خود قربانی خشونت و طرد اجتماعی هستند [۵۳]. بنابراین، نگرش‌هایی که بیماران روانی را به‌مثابه مجرمان بالقوه در نظر می‌گیرند، فاقد پشتوانه علمی‌اند و بیشتر متکی بر کلیشه‌های رسانه‌ای و باورهای نادرست سنتی هستند.

در سطح رسانه‌ای و فرهنگی، هم در ایران و هم در بسیاری از کشورهای دیگر، بیماران روانی هنوز قربانی بازنمایی‌های منفی و تحقیرآمیز هستند. شخصیت‌های روان‌پریش در فیلم‌ها، برنامه‌های تلویزیونی و خبرها اغلب به‌شکل خطرناک، عجیب و غریب یا فاقد انسانیت تصویر می‌شوند [۴۴]. این مسئله نه تنها موجب انزوای اجتماعی و تشدید استیگما می‌شود، بلکه روی تصمیمات قضایی و افکار عمومی نیز تأثیر مخرب دارد.

از منظر حقوقی، گرچه قوانین بسیاری کشورها (از جمله ایران) اصل «جنون کیفری» و عدم مسئولیت افراد مبتلا به اختلال شدید روانی را به رسمیت شناخته‌اند، اما اجرای آن با چالش‌های متعددی مواجه است: دشواری در تشخیص روان‌پریشی حین ارتکاب جرم، نبود استانداردهای دقیق ارزیابی روان‌پزشکی، فقدان دادگاه‌های ویژه سلامت روان و آموزش ناکافی قضات و پلیس، موجب شده که عدالت کیفری در برخورد با بیماران روانی اغلب به‌گونه‌ای ناکارآمد، سلیقه‌ای و گاه غیرانسانی عمل کند [50, 51].

با در نظر گرفتن این ابعاد، روشن است که هیچ نهاد یا رویکردی به‌تنهایی قادر به حل این چالش چندلایه نیست. بنابراین، تأکید بر لزوم یک رویکرد چندرشته‌ای—ترکیبی از مداخلات بالینی، حقوقی، اجتماعی و فرهنگی—ضروری است. روان‌پزشکان قانونی، وکلا، جامعه‌شناسان، فیلم‌سازان و سیاست‌گذاران باید در یک ساختار هماهنگ با هدف بازتعریف جایگاه بیماران روانی در جامعه، گسترش درمان‌های در دسترس، اصلاح قوانین و آموزش نهادهای مرتبط، همکاری کنند.

پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آینده و اصلاح سیاست‌ها

۱. طراحی و استقرار دادگاه‌های سلامت روان در ایران، مشابه کشورهای توسعه‌یافته، برای رسیدگی تخصصی به پرونده‌های متهمان دارای اختلالات شدید روانی با تمرکز بر درمان به جای مجازات.
۲. اصلاح برنامه‌های درسی دانشکده‌های حقوق و علوم قضایی به‌منظور گنجاندن آموزش‌های پایه‌ای در حوزه روان‌پزشکی قانونی، حقوق سلامت روان و مبانی جنون کیفری.

۳. مطالعه تطبیقی بیشتر میان نظام‌های قضایی مختلف برای شناسایی مدل‌های موفق در ادغام خدمات سلامت روان با عدالت کیفری.
۴. انجام پژوهش‌های جامعه‌شناختی درباره تأثیر رسانه‌ها، باورهای مذهبی و سنتی بر نگرش عمومی نسبت به بیماران روانی در جوامع مختلف، به‌ویژه در ایران.
۵. توسعه استانداردهای ملی ارزیابی روان‌پزشکی قانونی با مشارکت نهادهای علمی، پزشکی و قضایی برای ارتقاء کیفیت و عینیت ارزیابی‌ها.
۶. اجرای کمپین‌های عمومی برای کاهش انگ اجتماعی (stigma) و ارتقاء سواد سلامت روان، با همکاری رسانه‌ها، سلبریتی‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد.

در نهایت، روان‌شناسی جنایی با ارائه بینش‌هایی در مورد رفتار، شناخت و فرایندهای تصمیم‌گیری در عدالت کیفری بر سیستم حقوقی تأثیر قابل توجهی می‌گذارد. [۲۱]. عدالت اجتماعی و کیفری نسبت به بیماران روان‌پریش، تنها زمانی محقق می‌شود که هم‌زمان به درمان، کرامت انسانی، پیشگیری از جرم، و آموزش نهادهای مسئول توجه شود. مسیر اصلاح نه در نادیده گرفتن خطرهای احتمالی، بلکه در درک علمی، همدلانه و مسئولانه از بیماری روانی و رفتار انسانی نهفته است.

## مراجع

1. Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718581/>
2. Stevens, H., Dean, K., & Fazel, S. (2024). Schizophrenia and criminal behavior: The role of comorbidities. *The Lancet Psychiatry*, 11(3), 210–218. <https://www.thelancet.com>
3. Fazel, S., Wolf, A., & Gulati, G. (2024). Substance use disorders and violence in schizophrenia: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 224(3), 89–97. <https://www.cambridge.org>
4. Goodwin, J., Tajjudin, I., & Smith, R. (2023). Media portrayal of schizophrenia: A content analysis of global news and entertainment. *Journal of Mental Health*, 32(4), 345–353. <https://www.tandfonline.com>
5. SingleCare. (2025). Schizophrenia Statistics 2025. Available at: <https://www.singlecare.com/conditions/schizophrenia-treatment-and-statistics>
6. Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2022). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 112(5), 777–780. <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.301056>
7. Asbach, L. (2025, Jan 18). Schizophrenia in 2025: The Dawn of a New Era? *Psychiatric Times*. Available at: <https://www.psychiatrictimes.com/view/schizophrenia-in-2025-the-dawn-of-a-new-era>

8. Correll, C. U., Kane, J. M., & Citrome, L. (2024). Early intervention in schizophrenia: Outcomes and cost-effectiveness. *Schizophrenia Bulletin*, 50(3), 456–465. <https://academic.oup.com>
9. Schizophrenia International Research Society (SIRS). (2025). Available at: <https://schizophreniaresearchsociety.org>
10. Nature. (2025). Can artificial intelligence be the future solution to schizophrenia? Available at: <https://www.nature.com>
11. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
12. Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., ... & Insel, T. R. (2015). Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15067. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>
13. van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203–212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>
14. Mueser, K. T., & Jeste, D. V. (2011). *Clinical handbook of schizophrenia* (2nd ed.). Guilford Press.
15. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
16. Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/shunned-9780198570981>
17. Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
18. Gostin, L. O. (2000). *Public health law: Power, duty, restraint*. University of California Press.
19. Dawson, J., & Szmukler, G. (2006). *Mental health law and human rights*. Oxford University Press.
20. Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *The American Journal of Psychiatry*, 153(3), 321–330. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.3.321>
21. اسکندری، فائزه و جلیل‌نژاد، نگین. (۱۴۰۳). اهمیت روان‌شناسی جنایی در جامعه مدرن دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و مدیریت سلامت. <https://civilica.com/doc/2115120>
22. Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J. E., & Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures: A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, 16(4), 909–928. <https://doi.org/10.1017/S0033291700011910>
23. Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T., & Nielssen, O. (2011). The epidemiology of violence in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 778–786. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq080>

24. Van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374(9690), 635–645.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8)
25. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 9–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>
26. Rosebush, P. I., & Mazurek, M. F. (2010). Catatonia and its treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 239–242. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp141>
27. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
28. Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47(4), 511–521. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.4.511>
29. Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (2006). Violence and psychiatric disorders: Proposals for research and clinical services. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(6), 653–661.  
<https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.11.1511>
30. Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152–161.  
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.537>
31. Van Dorn, R. A., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: Is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487–503. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0397-7>
32. Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., ... & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press.
33. Appelbaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834–1840.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMc074045>
34. Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers* (3rd ed.). Guilford Press.
35. World Health Organization. (2022, Jan 10). Schizophrenia. Available at:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
36. Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., ... et al. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555–565.  
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2678207>

37. Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. Available at:  
<https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.301056>
38. Hinshaw, S. P. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford University Press.
39. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
40. Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
41. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
42. Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
43. Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A. C., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2005). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2), 162–179.  
<https://doi.org/10.1177/002214650504600204>
44. Stuart, H. (2006). Media portrayal of mental illness and its treatments: What effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*, 20(2), 99–106.  
<https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002>
45. Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2010). The “backbone” of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(5), 853–860.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.166083>
46. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
47. Behrouzan, O. (2016). *Prozak Diaries: Psychiatry and Generational Memory in Iran*. Stanford University Press.
48. Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
49. Slobogin, C., Hafemeister, T. L., Mossman, D., & Reisner, R. (2018). *Law and the mental health system: Civil and criminal aspects* (6th ed.). West Academic Publishing.
50. Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (2005). The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33(4), 529–534.

51. Redlich, A. D. (2007). Understanding the intersections of race and mental illness in the criminal justice system. *Law and Human Behavior*, 31(1), 1–6.  
<https://doi.org/10.1007/s10979-006-9030-5>
52. Wolff, N., Shi, J., & Siegel, J. A. (2011). Patterns of victimization among male and female inmates: Evidence of an enduring legacy. *Violence and Victims*, 24(4), 469–484. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.4.469>
53. Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397–1403.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1397>