

## A Study on the Process of Diagnostic Evaluation, Treatment and Rehabilitation of Criminal Patients in Razi Mental Hospital

Mansooreh Khalili<sup>1</sup>, Mohammad Reza Khodaei Ardakani<sup>2</sup>, Armindokht Ahmadi<sup>3</sup>, Sara Hashempoor<sup>4</sup>, Seyed Mehdi Saberi<sup>5\*</sup>

1. MA in Clinical Psychology, Legal Medicine Commissions Office, Tehran, Iran
2. Professor of Psychiatry, Psychosis Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3. MSc in Psychometrics, PhD Candidate in Exceptional Psychology, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran
4. Psychiatrist, Razi Psychiatric Hospital, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
5. Associate Professor in Psychiatry, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

---

### Article Info

Received: 12 Nov 2016  
Accepted: 29 June 2017  
Published Online 03 Dec 2018

DOI:  
10.30699/epub.sjfm.23.4.261

Original Article

Use your device to scan  
and read the article online



---

### Abstract

**Background:** Razi Psychiatric Hospital is one of the most important mental hospitals in Iran. The majority of the patients who have committed crime are treated in this hospital. This study surveys the process of diagnostic assessment, care and rehabilitation of criminal inpatients of Razi hospital.

**Materials and Methods:** This is a descriptive-analytic study. The statistical population of this research includes all of the patients of the hospital during winter 2015. The population was chosen using a non-random sampling method. The data was collected using a researcher-made form that included characteristics such as demographic, social-economic situation, diagnosis, the treatment they get and the type of the crime they had committed. In addition, the diagnosis and treatment information that was collected in patients' cases using DSM-IV-TR, was also used. The HCR-20 checklist was piloted to assess the risk level. The collected data was checked using SPSS.

**Findings:** During three months of winter in 2015, the number of criminal inpatients in Razi Hospital was 153 (17 females and 136 males). The findings showed that the treatment that was served for them wasn't different from the non-criminal patients' treatment. The only treatment they received was regular doctor visits and drugs. No organized psychiatric, rehabilitation and educational service was provided. Also there is no follow-up program defined for these patients. Although the forensic medicine doesn't send these patients to this center to only treat them but to assess their risk level, for which there is no organized program.

**Conclusion:** Criminal patients need practices more functional than what is currently being provided. This study shows that the level of the Razi Hospital's service needs improvement and needs its special high secured section to assess and treat the criminal psychiatric patients.

**Keywords:** Criminal Psychiatric Patients, Assessment, Care, Treatment, Razi Hospital

---

### Corresponding Information

Dr. Seyed Mehdi Saberi, Associate Professor in Psychiatry, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran. Email: saberi\_md@yahoo.com, Tel: 02155609071

Copyright © 2018, Ir J Forensic Med. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

### How to Cite This Article:

Khalili M, Khodaei Ardakani M R, Ahmadi A D, Hashempoor S, Saberi M. Study of the Process of Diagnostic Assessment, Treatment and Rehabilitation of Criminal Inpatients of Razi Psychiatric Hospital. Ir J Forensic Med. 2018;23(4):261-270.

## مطالعه روند ارزیابی تشخیصی، درمان و توان بخشی بیماران کیفری بستری در بیمارستان روان پزشکی رازی تهران

منصوره خلیلی<sup>۱</sup>، محمدرضا خدایی اردکانی<sup>۲</sup>، آرمیندخت احمدی<sup>۳</sup>، سارا هاشم پور<sup>۴</sup>، سیدمهدی صابری<sup>۵\*</sup>

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، اداره کمیسیون های پزشکی قانونی، تهران، ایران
۲. استاد روان پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، مرکز تحقیقات پسیکوز، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد روان سنجی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
۴. روان پزشک، بیمارستان روان پزشکی رازی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران
۵. دانشیار روان پزشکی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p><b>زمینه و هدف:</b> بیمارستان روان پزشکی رازی یکی از مهم ترین بیمارستان های روان پزشکی ایران است. بخش عمده ای از بیماران روانی که مرتکب جرم شده اند، در این بیمارستان نگهداری می شوند. این تحقیق به بررسی روند ارزیابی تشخیصی، مراقبت، درمان و توان بخشی بیماران روان پزشکی کیفری پرداخته است که در بیمارستان رازی بستری شده اند.</p> <p><b>روش بررسی:</b> این تحقیق از نوع توصیفی - تحلیلی و جامعه آماری آن کلیه بیماران روان پزشکی کیفری در زمستان ۱۳۹۳ است. نمونه بررسی شده از بین بیماران حاضر در بیمارستان روان پزشکی رازی به صورت غیر تصادفی و از نوع هدفمند انتخاب شد. داده ها با استفاده از فرم جمع آوری اطلاعات محقق ساخته که شامل ویژگی های جمعیت شناختی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، تشخیص بیماری، چگونگی خدمات درمانی دریافتی و نوع جرائم ارتكابی بوده است، جمع آوری شد. افزون بر این از اطلاعات مربوط به تشخیص و درمان موجود در پرونده هایی استفاده شد که براساس TR-DSM-IV صورت گرفته بود. چک لیست HCR-20 برای بررسی میزان خطرناک بودن بیماران پایلوت شد و اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS بررسی آماری شد.</p> <p><b>یافته ها:</b> در سه ماهه زمستان سال ۱۳۹۳ تعداد بیماران کیفری بستری شده در بیمارستان رازی ۱۵۳ نفر (۱۷ زن و ۱۳۶ مرد) بود. یافته ها نشان داد که خدمات درمانی ارائه شده به این بیماران تفاوتی با خدمات ارائه شده به بیماران غیر مجرم ندارد. بیماران فقط از دارودرمانی و ویزیت منظم روان پزشکی بهره مند می شوند و خدمات سازمان یافته روان شناختی، توان بخشی و آموزشی کامل دریافت نمی کنند. ضمن اینکه برای این بیماران برنامه مشخص پیگیری فعال درمانی تعریف نشده است. هم چنین علی رغم اینکه پزشکی قانونی، این بیماران را فقط برای درمان و مراقبت به این مرکز ارجاع نمی دهد و جز این، خواهان ارزیابی میزان خطرناک بودن آنها است، اما برنامه نظام مند و مدونی برای سنجش میزان خطر وجود ندارد.</p> <p><b>بحث و نتیجه گیری:</b> بیماران کیفری در زمینه مراقبت و درمان نیاز به اقداماتی فراتر از اقدامات انجام شده فعلی دارند. این تحقیق نشانگر آن است که سطح خدمات بیمارستان رازی تا زمان تأسیس بخش های ویژه با امنیت بالا برای نگهداری، ارزیابی و درمان بیماران روان پزشکی کیفری، نیاز به ارتقا دارد.</p> <p><b>کلیدواژه:</b> بیماران روان پزشکی کیفری، ارزیابی، مراقبت، درمان، بیمارستان رازی</p>	<p>تاریخ وصول: ۹۵/۰۸/۲۲</p> <p>تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۰۸</p> <p>انتشار آنلاین: ۹۶/۱۲/۱۲</p> <p><b>نویسنده مسئول:</b> سیدمهدی صابری</p> <p>دانشیار روان پزشکی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران</p> <p><b>تلفن:</b> ۰۲۱ ۵۵۶۰۹۰۷۱</p> <p><b>پست الکترونیک:</b> saberi_md@yahoo.com</p>

## مقدمه

بیمارستان عبارت‌اند از: بخش‌های بستری به نام‌های قانون، سینا، شفا، برزویه، ابوریحان، کودکان، جسمی، بخش‌های پردیس (در این بخش بیماران با سابقه بستری طولانی مدت که از زندان ارجاع شده‌اند و یا خانواده‌ای ندارند، نگهداری می‌شوند)، سالمندان و اورژانس است. این مرکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی است و بیماران روان‌پزشکی، اعم از غیرمجرم و مجرم را بستری می‌کند و خدمات درمانی به این بیماران ارائه می‌دهد (۶).

همان‌طور که در پژوهش‌های مختلف به این مسئله اشاره شده است، روان‌پزشکان و روان‌شناسان قانونی با برخی از سخت‌ترین بیماران روان‌پزشکی در ارتباط هستند (۷). این روان‌پزشکان و روان‌شناسان، افزون بر تشخیص و درمان اختلالات روان‌پزشکی، میزان خطرناک بودن بیماران و احتمال ارتکاب جرم آن‌ها را ارزیابی می‌کنند. علاوه بر این، روان‌پزشکان قانونی در مواقع لزوم به‌عنوان شاهد متخصص در جلسات دادرسی حضور پیدا می‌کنند (۸). این دسته از بیماران، به بررسی موارد پیچیده، مانند میزان خطرناک بودن بیماران مجرم و نیز ارزیابی و درمان اختلالات روانی نیاز دارند و گاه باید به مراکز درمانی و نگهداری با امکانات امنیتی بالا (مانند زندان یا بیمارستان روان‌پزشکی قانونی) انتقال داده شوند (۹)؛ بدین‌سبب برای ارزیابی و تشخیص این بیماران، بررسی‌های گسترده و دقیق لازم است. روشن نبودن وضعیت این بیماران با در نظر داشتن شرایط خاص آن‌ها، از یک سو منجر به موانع جدی در حیطه سلامت روانی می‌شود و از سوی دیگر به سلب امنیت از جامعه خواهد انجامید.

نگاهی اجمالی به شرایط بیماران کیفری در ممالک اروپایی نشان می‌دهد که روش‌های ارزیابی، درمان و توان‌بخشی بیماران در مواردی بسیار مشابه و در برخی موارد دارای تفاوت‌های زیادی است. برای نمونه کارکرد این سیستم در انگلستان، سوئد، آلمان و روسیه را بررسی کردیم؛ در انگلستان بیماران روان‌پزشکی کیفری در بخش‌های نیمه‌ایمن و کاملاً ایمن در بیمارستان‌های برادموور<sup>۱</sup>، اشورث<sup>۲</sup> و رمپتون<sup>۳</sup> نگهداری می‌شوند. سیستم روان‌پزشکی قانونی در این کشور، هم به‌صورت سرپایی و هم به‌صورت بستری وجود دارد. انجام درمان می‌تواند در کلینیک‌های خصوصی روان‌پزشکان، مراکز دانشگاهی و مراکز تأدیبی انجام شود اما مهم‌ترین بخش از فعالیت دست‌اندرکاران روان‌پزشکی قانونی، انجام درمان، توان‌بخشی و نگهداری بیماران مجرم روانی در بیمارستان‌های حفاظت‌شده<sup>۴</sup> است. جایی که روی روش‌های کاستن از احتمال ارتکاب مجدد جرم تمرکز شده است (۱۰). در کشور سوئد، درمان و مراقبت به وسیله ۲۰ خدمات‌دهنده مراقبت استاندارد سلامت به‌صورت منطقه‌ای انجام می‌پذیرد. در این کشور سیستم خدمات روان‌پزشکی قانونی خصوصی وجود ندارد اما تعداد زیادی خانه‌های پرستاری، به‌ویژه

در ایران علی‌رغم اینکه سیستم روان‌پزشکی و روان‌شناسی قانونی پیشینه پژوهشی و نظری لازم را ندارد، در حال حاضر به‌عنوان یک حیطه تجربی در بخش معاینات سازمان پزشکی قانونی کشور مشغول به ارائه خدمات است. عمده‌ترین فعالیت این سیستم، رسیدگی به موضوعات کیفری بیماران روان‌پزشکی است بیمارانی که اغلب با عنوان «بیماران کیفری» شناخته می‌شوند.

روان‌پزشکی قانونی شاخه‌ای از روان‌پزشکی است که به مسائل حقوقی و قانونی در بیماران روان‌پزشکی می‌پردازد (۱). منظور از بیماران روان‌پزشکی کیفری افرادی است که به سبب ابتلا به اختلالات روانی و رفتاری مرتکب جرائمی شده‌اند و یا امکان ارتکاب جرم در آنان بسیار بالا است (۲). این دسته از بیماران، به‌ویژه افرادی که دچار اختلالات سایکوتیک و یا نقص در بهره هوشی خود هستند، مقابل قانون از نوعی حمایت قانونی برخوردارند و به‌دلیل بیماری خود، در برخی موارد مسئول اعمال شناخته نمی‌شوند و یا تخفیف مجازات شامل حال آن‌ها می‌شود. این دسته از بیماران با حکم قاضی برای ارزیابی و تشخیص اولیه به مراکز پزشکی قانونی می‌آیند و پس از آن با دستور قاضی و تشخیص روان‌پزشک، در بیمارستان‌های روان‌پزشکی عمومی بستری می‌شوند (۳). براساس ماده‌قانون ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی، مصوب اردیبهشت ۱۳۹۲، شخصی که در زمان ارتکاب جرم به اختلال روانی مبتلا باشد، به‌نحوی که فاقد قوه تمییز و اراده باشد، مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت جزایی ندارد. هم‌چنین براساس ماده ۱۵۰ همین قانون، در صورت رفع مسئولیت کیفری و خطرناک بودن وضعیت روانی، این بیماران به‌محل مناسبی ارجاع داده می‌شوند و تا رفع حالت خطرناک در آنجا نگهداری می‌شوند. درواقع مطابق این ماده‌قانون، متهمی که دچار بیماری روانی و حالت خطرناک است در مراکز بیمارستانی، تحت درمان روان‌پزشکی و مداخلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد (۴).

معمولاً این بیماران پس از انجام ارزیابی‌های تشخیصی مقدماتی به‌وسیله متخصصان روان‌پزشکی شاغل در سازمان پزشکی قانونی، برای ارزیابی‌های تکمیلی و اقدامات درمانی به بیمارستان‌های روان‌پزشکی عمومی منتقل می‌شوند. به دلیل روشن نبودن تعداد بیماران روان‌پزشکی کیفری و مشخص نبودن فرآیند ارزیابی و چگونگی نگهداری این بیماران، اغلب هم متخصصین روان‌پزشکی در سازمان پزشکی قانونی و هم بیماران روان‌پزشکی کیفری دچار نوعی سردرگمی هستند. این سردرگمی بیماران و نامشخص بودن فراوانی این بیماران، مانعی برای افزایش عملکرد سلامت روان در نظام عدالت کیفری است (۵).

در شرایط فعلی، بخش عمده‌ای از بیماران کیفری به بیمارستان روان‌پزشکی رازی معرفی و در آنجا نگهداری می‌شوند. این بیمارستان در سال ۱۲۹۶ تأسیس شده است و با ۱۴۰۰ تخت روان‌پزشکی، بزرگ‌ترین مرکز آموزشی-درمانی روان‌پزشکی کشور به حساب می‌آید. بخش‌های این

1. Broadmoor

2. Ashworth

3. Rampton

4. Secure Mental Hospital

کیفری، بیماران روان‌پزشکی‌ای هستند که به دلیل ارتکاب جرم با حکم دادگاه در بیمارستان رازی بستری شده بودند.

فرم‌های آماده‌شده برای ثبت اطلاعات لازم تکمیل شد. تشخیص بیماران که با توجه به ملاک‌های DSM-IV-TR مشخص و در پرونده‌های بیماران درج شده بود، یادداشت شد. اطلاعات لازم عبارت بودند از: سن و جنسیت بیماران، میزان تحصیلات، جمعیت خانواده، ردیف تولد، محل زندگی، وضعیت زناشویی، عملکرد شغلی، سطح اجتماعی و اقتصادی، سابقه مصرف مواد، سابقه رفتار مجرمانه، نوع جرم اخیر، نسبت قربانی با بیمار (در جرائم علیه اشخاص)، مدت اقامت در بیمارستان، نوع خدمات توان‌بخشی و نوع درمان‌های دارویی. در جریان این تحقیق، چک‌لیست HCR<sup>۲</sup>-۲۰ هم برای ارزیابی میزان خطرناک بودن بیماران جامعه مطالعه پایلوت شد و ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص‌های این ابزار با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و همسانی درونی آن به میزان ۰/۶۹ به دست آمد. HCR-۲۰ چک‌لیستی است که برای ارزیابی میزان خطرناک بودن افراد مبتلا به اختلالات روانی استفاده می‌شود. این چک‌لیست دارای ۲۰ پرسش در موضوعات گوناگون است که بسته به پاسخ ارزیابی‌شده به‌وسیله درمانگر، بدان‌ها نمرات صفر، یک و یا دو تعلق می‌گیرد (۱۴). ارزیابی خطر در این گروه به این دلیل انجام شد تا روش‌های مراقبت و درمان، با توجه به درجه‌بندی میزان خطر، بررسی شود. از آنجا که روش آماری با تأکید بر توصیف داده‌ها است، بنابراین از آن راه میزان فراوانی و درصد مقادیر به‌دست‌آمده ارزیابی و تحلیل شد. اطلاعات مد نظر در تحقیق، با استفاده از نرم‌افزار SPSS بررسی شد و پس از طبقه‌بندی در دسته‌های منظم ساماندهی و در جدول‌های مربوط به‌خود قرار داده شد.

### یافته‌ها

تعداد بیماران روان‌پزشکی کیفری که در مقطع زمستان ۱۳۹۳ در بیمارستان رازی بستری بودند، ۱۵۳ نفر بود که از این تعداد تنها ۱۷ نفر از آن‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. با در نظر گرفتن مدت‌زمان بستری‌شدن این بیماران در بیمارستان، می‌توان آن‌ها را در سه گروه کوتاه‌مدت (۱ تا ۱۲ ماه)، میان‌مدت (دو تا پنج سال) و بلندمدت (۵ تا ۱۵ سال) تقسیم کرد که درصد بیماران در این بخش‌ها به‌ترتیب ۶۰/۲٪، ۱۶/۹٪ و ۲۲/۹٪ است. ارجاع این بیماران به بیمارستان از راه مراکز گوناگونی صورت گرفته است؛ تنها ۴٪ از بیماران به‌شکل مستقیم توسط پزشکی قانونی به بیمارستان روان‌پزشکی رازی ارجاع شده‌اند و تعدادی از این بیماران، یعنی ۲۷ نفر، از زندان به بیمارستان ارجاع شده‌اند. بستری‌های قانونی یا با دستور مستقیم قاضی و یا به‌وسیله ضابط قضایی یعنی کلانتری انجام شده است.

در نواحی شهری، برای مراقبت درازمدت بیماران روان‌پزشکی کیفری پس از ترک بیمارستان وجود دارد. در آلمان و روسیه، درمانگاه‌های پیگیری سرپایی و مراکز اقامت بیماران ترخیص‌شده از بیمارستان که هنوز توانایی زندگی مستقل را ندارند، پیش‌بینی شده است. در تمامی مراکز روان‌پزشکی قانونی، اعم از بخش یا دپارتمان یا بیمارستان قضایی، وظیفه درمان به عهده روان‌پزشکان قانونی است (۱۱). در کشور آلمان، بیمارستان حفاظت‌شده قضایی هاین<sup>۱</sup> و بیمارستان‌های اقماری آن، بخشی از بیماران کیفری در این کشور را در خود جای داده است. در این بیمارستان‌ها انواع درمان و مراقبت، همراه با آموزش و توان‌بخشی برای بهبود بیماران کیفری به کار گرفته می‌شود. البته مدت اقامت بیماران در این بیمارستان‌ها معمولاً بالا است (۱۲). در روسیه بیماران مجرم روانی در بخش روان‌پزشکی قانونی مرکز سربسکی درمان و مراقبت می‌شوند. مرکز سربسکی<sup>۲</sup> هم‌چنین دارای بخشی با عنوان «بخش مشکلات اپیدمیولوژی روان‌پزشکی» است. عمده‌ترین فعالیت‌های متخصصین در این بخش عبارت‌اند از: تحقیقات کلینیکی مبتنی بر اپیدمیولوژی اختلالات روانی، جمع‌آوری و آنالیز نتایج آمار پراکندگی بیماری‌های روانی و طراحی و استفاده از مدل‌های کامپیوتری در خدمات روان‌پزشکی (۱۳). در بیشتر سیستم‌های روان‌پزشکی قانونی در اروپا، آمریکا و اقیانوسیه، درمانگاه‌های پیگیری و خانه‌های پرستاری (سرپرستی) برای مراقبت‌های پس از ترخیص وجود دارد و بیماران تا مدتی تحت نظارت سیستم درمانی باقی می‌مانند. این امر باعث نظارت مستمر و فعال سیستم درمانی می‌شود و در نتیجه دستگاه قضایی با کاهش احتمال ارتکاب جرم مجدد روبه‌رو خواهد بود و در نهایت افراد جامعه در آرامش بیشتری به سر خواهند برد.

آنچه انجام این مطالعه را ضروری ساخت، این بود که تاکنون پژوهشی درباره فراوانی بیماران روان‌پزشکی کیفری، توصیف شرایط آن‌ها، نگهداری این بیماران و نوع درمانی که دریافت می‌کنند، در کشور انجام نشده بود. در واقع اطلاعات مدون و جامعی درباره بیماران روانی مجرم که در بیمارستان رازی نگهداری می‌شوند، در دست نبود و با این شرایط، برنامه‌ریزی برای درمان و توان‌بخشی این بیماران بسیار دشوار به نظر می‌رسید. هدف این پژوهش پاسخ به این پرسش بوده که فرآیند ارزیابی تشخیصی، مراقبت، توان‌بخشی و درمان بیماران روان‌پزشکی کیفری در بیمارستان رازی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز مراقبت و درمان بیماران مجرم روانی، چگونه است. یافتن پاسخ این پرسش به ما کمک خواهد کرد تا برای همه این موارد برنامه‌ریزی مناسب داشته باشیم.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که با هماهنگی بین مرکز تحقیقات پزشکی قانونی و مدیریت بیمارستان رازی انجام شد و روی نمونه بررسی‌شده یعنی بیماران روان‌پزشکی کیفری در بیمارستان رازی که به‌صورت غیر تصادفی از نوع هدفمند انتخاب شده بودند، اجرا شد. منظور از بیماران

1. Haina

2. Serbsky

3. Historical Clinical Risk Assessment

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مطالعه شده

وضعیت جمعیت‌شناختی	فراوانی	درصد
طبقه سنی		
۱۵-۲۵	۸	۵/۲
۲۵-۳۵	۳۳	۲۱/۶
۳۵-۴۵	۵۴	۳۵/۳
۴۵-۵۵	۴۰	۲۶/۱
۵۵-۶۵	۱۶	۱۰/۵
۶۵-۷۵	۲	۱/۳
جمعیت خانواده بیمار		
تک‌فرزند	۱۰	۶/۵
۲-۴ فرزند	۵۲	۳۴
۵-۱۰ نفر	۹۰	۵۹/۹
وضعیت تحصیلی		
ابتدایی	۴۰	۲۶/۱
راهنمایی	۴۷	۳۰/۷
متوسطه	۱۸	۱۱/۸
دیپلم	۴۴	۲۲/۲
تحصیلات دانشگاهی	۴	۲/۶
بی‌سواد	۱۰	۶/۵
وضعیت تأهل		
مجرد	۷۸	۵۱/۰
متاهل	۱۶	۱۰/۵
مطلقه	۵۵	۳۵/۹
فوت همسر	۴	۲/۶
وضعیت اشتغال		
بیکار	۱۱۶	۷۵/۸
کارمند	۴	۲/۶
کارگر	۱۳	۸/۵
فروشنده	۱۱	۷/۲
راننده	۳	۲/۰
کشاورز	۶	۳/۹

در بررسی وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در بیماران روان‌پزشکی کیفری روشن شد که ۵۷/۸٪ از بیماران سابقه مصرف انواع مواد مخدر را دارند. ۳۸/۳٪ این افراد سابقه مصرف الکل را دارند و ۲۶٪ شاهدانه و فرآورده‌های آن را مصرف کرده‌اند. ۴۶٪ این افراد سابقه مصرف مواد افیونی و اپیوئیدها را دارند. ۲۸٪ از این مصرف‌کنندگان افزون بر مواد گفته‌شده، سابقه مصرف شیشه را هم دارند و ۱۱۶ نفر، یعنی ۷۳٪ سیگار می‌کشند. بیماران روان‌پزشکی کیفری‌ای که یک نوع مواد مخدر را استفاده کرده بودند، دیگر مواد را نیز امتحان کرده بودند. بین بیماران کیفری بیمارستان رازی، بیماری که تنها به یک نوع ماده مصرفی اعتیاد داشته باشد، دیده نشد. ۱۱٪ بیماران دارای تشخیص اولیه سایکوز ناشی

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، از لحاظ توزیع سنی، میانگین سنی بیماران بستری در بیمارستان ۴۱/۵ سال و طیف سنی بیماران روان‌پزشکی کیفری بستری در بیمارستان از ۱۸ سال تا ۶۷ سال است. بیشترین فراوانی گروه سنی بیماران بستری در بیمارستان را ۳۴-۴۵ ساله‌ها (۳۵٪) تشکیل می‌دهند و در این گروه نیز بیشترین تکرار در گروه سنی ۴۰ ساله‌ها است. افراد جوان بستری در بیمارستان، یعنی گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، فقط ۵٪ نمونه را به خود اختصاص داده و طیف مقابل این گروه یعنی افراد ۵۵ تا ۶۷ سال، ۱۱٪ افراد نمونه را تشکیل داده‌اند. دیگر گروه‌های سنی از جمله گروه ۲۶ تا ۳۵ سال، ۲۱٪ و گروه میان‌سالان، یعنی ۳۴-۴۶ سال نیز ۲۶٪ نمونه را شامل می‌شود (جدول ۱). زنان فقط ۱۱٪ از ارجاع شدگان به بیمارستان رازی را تشکیل داده‌اند. در بررسی وضعیت خانوادگی و تحصیلی هم، از لحاظ توزیع جمعیت خانواده‌های بیماران روان‌پزشکی، ۴۷٪ بیماران در خانواده‌های پرجمعیت (۵-۱۰ نفره) زندگی می‌کردند. ۶٪ از این بیماران تک‌فرزند بودند و ۳۴٪ در خانواده‌های چهار تا ۶ نفره زندگی می‌کردند. ۷۳/۳٪ از مراجعه‌کنندگان ساکن شهر تهران و اطراف آن بودند که ۲۷٪ از آن‌ها از مناطق جنوب شهر و ۷٪ بی‌خانمان بودند. ۲۵/۴٪ از بیماران از مناطق مختلف ایران به بیمارستان ارجاع داده شده بودند. در این بین تنها یک بیمار، غیر ایرانی و تبعه افغان بود.

۶۸/۶٪ از بیماران تحصیلات زیر دیپلم دارند و ۶/۸٪ از بیماران سواد خواندن و نوشتن ندارند. در این بین ۲۲/۲٪ دارای مدرک دیپلم و تنها ۲/۶٪ بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. در بررسی تحصیلات والدین بیماران روشن شد که تنها ۳۴٪ از پدران بیماران پایین‌ترین سطح تحصیلات را گذرانده و بقیه بی‌سواد بوده‌اند. در بین مادران بیماران تنها ۲۳٪ پایین‌ترین سطح تحصیلات را گذرانده بودند و بقیه بی‌سواد بودند. از نظر وضعیت تأهل بیماران بررسی شده، ۵۱٪ از افراد مجرد هستند و ۳۵٪ تجربه طلاق را دارند و تنها ۱۰/۵٪ از بیماران را افراد متأهل تشکیل می‌دهند. سابقه ابتلا به اختلال روان‌پزشکی هم در خانواده بیماران بررسی شد؛ تقریباً نیمی (۴۹٪) از بیماران سابقه بیماری روان‌پزشکی در خانواده خود دارند، ولی بقیه (۵۱٪) سابقه بیماری روان‌پزشکی‌ای را در خانواده گزارش نکردند. در بررسی وضعیت سربازی بیماران روان‌پزشکی کیفری مشخص شد که تنها ۲۰٪ دارای معافیت روان‌پزشکی بودند. ۳۵٪ دوران سربازی خود را بدون هیچ‌گونه مشکلی طی کرده بودند. از بین بیماران بستری، یک نفر سرباز بوده است. از نظر اشتغال و کارکرد اجتماعی، ۷۵٪ از بیماران سابقه هیچ‌گونه اشتغالی نداشتند (جدول ۱).

از مواد هستند.

در توصیف و بررسی وضعیت قضایی و تاریخچه رفتارهای خشونت‌آمیز بیماران روان‌پزشکی کیفری می‌توان به یافته‌های زیر اشاره کرد:

میانگین سنی نخستین رفتار خشن در بین بیماران ۲۰ سال است. براساس توصیف انجام‌شده در ابزار HCR-۲۰، منظور از رفتار خشن هرگونه رفتار فیزیکی قهرآمیز است که منجر به ایجاد آسیب به شخص یا محیط شود. سن نخستین اقدام خشونت‌بار یکی از موضوعات مهم در ارزیابی خطر خشونت محسوب می‌شود (۱۴). ۵۰/۷٪ از بیماران سابقه رفتار مجرمانه و زندان دارند و جرائم خود را تکرار کرده‌اند. ۸۱٪ از بیماران در تاریخچه خود سابقه درمان و بستری در بیمارستان دارند. در بین این بیماران، ۳٪ یعنی پنج نفر سابقه دیگرکشی داشته‌اند. این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان و آزادی از زندان، دوباره دست به دیگرکشی زده بودند. جرائمی که به وسیله بیماران روان‌پزشکی انجام شده شامل این موارد است: ۳۹٪ قتل، ۲۶٪ زورگیری و تجاوز، ۵۰٪ رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه، ۲۶٪ خرید و فروش مواد مخدر یا محرک، ۱۳٪ سابقه آتش‌افروزی و ۲۶٪ سرقت. در این بین تنها ۱۳٪ از بیماران برای جرائم سیاسی بازداشت شده‌اند. ۴۰٪ از بیماران در حین ارتکاب جرم از چاقو و ۲٪ از آن‌ها از سلاح گرم استفاده کرده‌اند. بیشتر بیماران یعنی ۴۲٪ هیچ نوع وسیله‌ای نداشته‌اند. درباره قربانیان بیماران این اطلاعات به دست آمد: ۷۰٪ آن‌ها با خانواده خود، به‌ویژه پدران خود درگیر شده‌اند، ۸٪ با همسران خود مشکل دارند، ۲۶٪ با دوستان خود و ۱۰٪ با فرزندان آن‌ها درگیر می‌شوند. ۳۱/۴٪ از بیماران با قربانیان خود نسبتی ندارند.

### ارزیابی تشخیصی بیماران روان‌پزشکی کیفری

از نظر تشخیصی برای ۵۷/۸٪ از بیماران اسکیزوفرنی، ۲۰٪ اختلال دوقطبی در دوره مانیک، ۵/۲٪ دوقطبی در دوره افسردگی، ۳/۲٪ اختلال اسکیزوافکتیو و ۱/۳٪ از آنان اختلال هذیبانی داده‌اند (جدول ۲).

جدول ۲. تشخیص روان‌پزشکی بیماران

تشخیص	فراوانی	درصد
اسکیزوفرنیا	۸۹	۵۸/۲
اختلال دوقطبی (فاز مانیا)	۳۲	۲۰/۹
اختلال دوقطبی (فاز افسردگی)	۸	۵/۲
اختلال هذیبانی	۲	۱/۳
سایکوز ناشی از مواد	۱۷	۱۱/۱
اختلال اسکیزوافکتیو	۵	۳/۳

همان‌طور که اشاره شد در ۱۱٪ بیماران تشخیص سایکوز ناشی از مواد داده شده است و ۸۳٪ از بیماران بستری شده در بیمارستان رازی علائم مثبت روان‌پریشی دارند که بیشترین

علامت بالینی هذیان، بزرگ‌منشی است که ۳۲٪ بیماران را در برمی‌گیرد و در این بین ۳۵٪ بیماران هر دو علامت توهم و هذیان را دارند. تنها ۱۶/۲٪ از بیماران علائم مثبت ندارند و در آن‌ها علائم منفی دیده‌شده یا در مرحله باقی‌مانده سایکوز قرار دارند. موضوعی که در بیماران روان‌پزشکی کیفری وجود دارد، ابتلای هم‌زمان به چند اختلال روان‌پزشکی است. هم‌زمانی اختلال شخصیت در بین بیماران روان‌پزشکی بستری در بیمارستان رازی نشان می‌دهد که ۵۱/۳٪ تشخیص هم‌زمان اختلال شخصیت کلاستر B و ۱۳٪ تشخیص اختلال شخصیت کلاستر A دارند و تنها در ۱٪ تشخیص اختلال شخصیت کلاستر C داده شده است. در بین بیماران ۳۳٪ تشخیص اختلال شخصیت نداشته‌اند. افزون بر این ۳۲٪ از بیماران بستری در بیمارستان رازی سابقه بیماری جسمی دارند. ۴۹/۴٪ بیماران در مرحله شدید بیماری قرار دارند و تنها ۱/۹٪ بیماران به شکل کامل کنترل شده‌اند. دیگر بیماران در وضعیت رو به بهبود قرار دارند. این بیماران که در مرحله کنترل کامل قرار دارند، بیش از پنج سال است که در بیمارستان و بخش‌های پرديس نگهداری می‌شوند. ۷۶٪ این بیماران هیچ‌گونه بینشی نسبت به بیماری خود ندارند و تنها ۱/۹٪ بیماران بینش کامل نسبت به بیماری خود دارند. دیگر بیماران نیز بینش نسبی دارند؛ به این معنا که بیماری را پذیرفته‌اند و خود را نیازمند درمان می‌دانند اما علت این بیماری را یک عامل بیرونی تلقی می‌کنند.

### بررسی وضعیت خطرناک بودن بیماران روان‌پزشکی کیفری

بیشتر پرسش‌های ارجاعی از روان‌پزشکان قانونی درباره ارزیابی میزان خطر بیماران روان‌پزشکی کیفری است؛ اما از این رو که ابزار لازم در کشور ما تاکنون هنجاریابی نشده است، روان‌پزشکان یا تنها با استفاده از تجربه و مهارت تشخیصی خود، بدون استفاده از یک ابزار و دستورالعمل ساختاریافته به این پرسش‌ها پاسخ می‌دهند و یا آن‌ها را برای بررسی کامل‌تر و تشخیص نهایی به بیمارستان‌های روان‌پزشکی دولتی ارجاع می‌دهند که در این بیمارستان‌ها هم برای پاسخگویی به این پرسش، ابزار مناسبی جز مصاحبه و نظارت بر رفتار وجود ندارد. این در حالی است که ارزیابی میزان خطرناک بودن بیماران گامی مهم و اساسی پس از ارجاع آن‌ها به بیمارستان است؛ زیرا میزان خطرناک بودن بیماران در نوع اقدام درمانی، کنترل بیماری، محل نگهداری و پیشگیری از ارتکاب جرم اهمیت زیادی دارد. متخصصین روان‌پزشکی در بیمارستان‌های مذکور، بدون ارزیابی ساختارمند از نظر میزان خطر، به کمک دارودرمانی سعی در کنترل بیماری دارند. در این پژوهش، برای اولین بار از چک‌لیست HCR-۲۰ استفاده شده است. آلفای کرونباخ این ابزار برای بررسی همسانی درونی آن نیز ۶۷٪ به دست آمد (جدول ۳).

## جدول ۳. همسانی درونی آیتم‌های HCR-۲۰

مدیریت خطر	بالینی	خصوصیت	نمره
نمره	۰/۵۵۸	۰/۸۶۷	۱/۰۰۰
خصوصیت	۰/۲۱۴	۱/۰۰۰	۰/۸۶۷
بالینی	۱/۰۰۰	۰/۲۱۴	۰/۵۵۸
مدیریت خطر	-۰/۰۲۹	۰/۱۱۹	۰/۳۸۹
آلفای کرونباخ استاندارد	۰/۶۸۶		

این چک‌لیست ابزاری است که برای ارزیابی شدت و خطرناک بودن بیماران بستری شده در بیمارستان استفاده می‌شود. براساس این چک‌لیست، میزان خطرناک بودن بیماران به سه دسته کم، متوسط و شدید تقسیم شده است که تنها ۷٪ بیماران بستری شده خطری پایین، ۵۶٪ خطر متوسط و ۳۷٪ خطر بالایی دارند (جدول ۴).

## جدول ۴. میزان خطرناک بودن

۱۹-۱۰ (خطر پایین)	۱۱	۷/۲
۲۰-۳۱ (خطر میانی)	۸۵	۵۵/۶
۳۲-۴۰ (خطر بالا)	۵۷	۳۷/۲

به‌وسیله روان‌پزشک و دستیاران روان‌پزشکی معاینه و ارزیابی می‌شوند و علائم روان‌پزشکی آنان کنترل می‌شود. بیماران حاضر در بخش‌های غیرفعال، یعنی بخش‌های پردیس که برای اقامت طولانی‌مدت بیماران در نظر گرفته شده (شامل ۳۶٪ از بیماران روان‌پزشکی کیفری)، در هفته دو بار به‌وسیله روان‌پزشکان معاینه روان‌پزشکی می‌شوند. در این معاینات، روان‌پزشک به تغییر دارو و یا تنظیم میزان داروی مصرفی، با توجه به علائم بیمار، می‌پردازد. داروهایی که به بیماران تجویز می‌شود شامل این داروها است: ضدافسردگی، ضد روان‌پریشی، تثبیت‌کننده خلق و یا ترکیبی از این داروها. ۴۳/۸٪ بیماران ترکیبی از داروها را مصرف می‌کنند؛ ۲۴/۲٪ داروهای ضدسایکوتیک و ۳۰/۷٪ داروهای تثبیت‌کننده خلق را مصرف می‌کنند. نوع و میزان دارو در هر بار ویزیت، با توجه به علائم فرد معاینه‌شده، تغییر می‌کند (جدول ۵).

## جدول ۵. نوع داروی تجویزی

داروهای ضدافسردگی	۲	۱/۳
داروهای ضد روان‌پریشی	۳۷	۲۴/۲
داروهای تثبیت‌کننده خلق	۴۷	۳۰/۷
ترکیب چند دارویی	۶۷	۴۳/۸

در بررسی وضعیت درمان روان‌شناختی بیماران روان‌پزشکی کیفری در بیمارستان رازی مشخص شد که ۱۳۰ نفر از بیماران، یعنی ۸۴٪ از آن‌ها، درمان روان‌شناختی و حمایت سازمان‌یافته‌ای دریافت نمی‌کنند و تنها ۱۴٪ بیماران درمان حمایتی دارند. در بررسی یک نوع از درمان روان‌شناختی که در بیمارستان‌های روان‌پزشکی متداول است یعنی رفتاردرمانی ۱۴۶ نفر، (۹۵٪ بیماران)، رفتاردرمانی منظمی دریافت نمی‌کنند و تنها ۵٪ بیماران تحت رفتاردرمانی، از جمله درمان اقتصاد پته‌ای<sup>۲</sup> قرار دارند. در بررسی کاردرمانی مشخص شد که با وجود در نظر گرفتن اتاق‌های کاردرمانی و ساعات کاردرمانی برای بیماران روان‌پزشکی کیفری در بیمارستان رازی، ۵۵٪ از بیماران در کلاس‌های کاردرمانی شرکت نمی‌کنند و برای ۴۴٪ از بیماران که برنامه کاردرمانی دارند و در جلسات کاردرمانی شرکت می‌کنند، برنامه جامع هدفمندی که در راستای بهبود و ارتقای وضعیت بیماری آنان مؤثر باشد، اجرا نمی‌شود.

در این تحقیق به وضعیت تفریح و سرگرمی بیماران و نحوه گذران اوقات فراغت آنان در بیمارستان هم توجه شده است. آنچه به‌عنوان ساعات تفریح برای این بیماران در نظر گرفته می‌شود، رفتن به کارگاه‌های آموزشی، و یا تماشای فیلم در سینمای بیمارستان یا اتاق تلویزیون واقع در هر بخش است. بیماران در بیمارستان ساعات موسیقی دارند. افزون بر این، ساعتی را هم برای هواخوری برخی از بیماران در نظر گرفته‌اند؛ ۵/۸٪ از بیماران می‌توانند برای هواخوری از بخش خارج شوند. ۸۶٪ نیز از تماشای تلویزیون و فیلم‌های

شایان توجه است که اقدامات امنیتی و کنترل میزان خطرناک بودن این بیماران تفاوت چندانی با یکدیگر ندارد. در واقع برای مراقبت از بیماران، اقدام امنیتی مناسبی پیش‌بینی نشده و فقط ۲/۶٪ از بیماران خطرناک، در بخش، با دستبند و پابند محدود شده‌اند و مأمور انتظامی به‌عنوان مراقب همراه آنان حضور دارد. ۷٪ از بیماران نیز بنا به دستور پزشک معالج تحت نظارت پرستاری قرار دارند.

## وضعیت خدمات درمانی

بیمارستان روان‌پزشکی رازی ۱۴۰۰ تخت دارد که ۱۵۳ تخت آن به بیماران روان‌پزشکی کیفری اختصاص داده شده است. در این بیمارستان، روان‌پزشک، متخصص نورولوژی، روان‌شناس بالینی، مددکار اجتماعی، کاردرمانگر و پرستار به بیماران روان‌پزشکی خدمات ارائه می‌کنند. درباره بیماران روان‌پزشکی بستری در بیمارستان رازی تفاوتی به بیماران مجرم و غیرمجرم وجود ندارد و خدمات درمانی ارائه‌شده بین بیماران یکسان است. تفاوتی در بخش‌های درمانی نیز به سبب نوع بیماری و میزان خطرناک بودن بیماران وجود ندارد. بررسی انجام‌شده درباره بیماران کیفری نشان داد که میزان پذیرش<sup>۱</sup> نسبی و همکاری بیماران برای ادامه درمان پس از ترخیص از بیمارستان، ۷۶٪ است. این بیماران در بیمارستان زیر نظر پرستاران، داروهای خود را مصرف می‌کنند اما پس از ترخیص تنها در صورت پیگیری خانواده، برای ادامه درمان و کنترل وضعیت خود به شیوه سرپایی و یا بستری مراجعه می‌کنند. حدود ۱۳٪ از بیماران حتی در بیمارستان پذیرش درمانی نداشتند و در برابر اقدامات درمانی مقاومت می‌کردند. بیماران روان‌پزشکی بستری در بیمارستان رازی که در بخش‌های فعال بستری شده‌اند، یعنی ۶۳٪ از بیماران روان‌پزشکی کیفری، چهار بار در هفته

1. Compliance

2. Token Economy

دارودرمانی و روان‌درمانی می‌تواند منجر به افزایش پذیرش درمانی در بیماران شود (۱۶). یکی از روش‌های استفاده شده برای افزایش اثربخشی درمانی، پیگیری فعال درمانی به‌وسیله تشکیل تیم‌های تخصصی با دخالت نیروهای مجرب کادر درمان، از جمله روان‌پزشک، روان‌شناس و مددکار است (۱۵). همچنین برای پیشگیری از ارتکاب مجدد جرم، صرف زمان کافی توسط تیم مذکور، برای پیگیری فعال درمانی ضروری به نظر می‌رسد.

در بیمارستان روان‌پزشکی رازی، بیماران روان‌پزشکی غیرمجرم و بیماران روان‌پزشکی مجرم در بخش‌های یکسان نگهداری می‌شوند. بیماران با توجه به نوع علائم و نوع بیماری از یکدیگر جدا نمی‌شوند و به نظر می‌رسد تنها در بخش ابوریحان، بیمارانی نگهداری می‌شوند که برای بستری کوتاه‌مدت آمده‌اند با توجه به این می‌توان گفت آنچه منجر به جدا شدن بیماران می‌شود، فقط مدت‌زمان اقامت در بیمارستان است که آن هم درباره تمامی بخش‌های فعال بیمارستان مصداق ندارد. از نظر اقدامات درمانی، بیماران تنها از دارودرمانی منظم و دقیقی برخوردارند مانند آنچه در دهه ۱۹۸۰ در بیمارستان‌های آلمان در جریان بوده است (۱۵). در برخی بخش‌ها مانند بخش ابوریحان، درمان‌های روان‌شناختی، از جمله گروه‌درمانی و روان‌درمانی‌های حمایتی دیده می‌شود اما برای این درمان‌ها اهداف کوتاه‌مدت در قالب برنامه‌های بلندمدت در نظر گرفته نشده است ولی این روش درستی نیست؛ زیرا باینکه علامت تشخیص و درمان بیماران روان‌پزشکی قانونی نیاز به برنامه درمانی با اهداف بلندمدت دارد، باید در نظر داشت که برای رسیدن به اهداف درمانی، برنامه باید در قالب اهداف کوتاه‌مدت روشن و مشخص ارائه شود (۱۶). در بیمارستان، بیمارانی وجود دارند که بارها و بارها به‌علت بیماری مرتکب رفتار پرخاشگرانه شده‌اند اما باوجود بازگشت مکرر این بیماران، تغییر در نوع رفتار آنان دیده نشده است. بیشترین بیمارانی که در بیمارستان بستری هستند، تشخیص اختلال اسکیزوفرنی را گرفته‌اند. علائم شدید روان‌پزشکی این بیماران پس از مدتی بستری شدن، با داروها کنترل می‌شود اما به‌علت مراجعه مجدد آن‌ها به بیمارستان می‌توان به این نتیجه رسید که کنترل کوتاه‌مدت علائم راهکار اصلی نیست.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که این بیماران غالباً با خانواده‌های خود روابط مساعد و مناسبی ندارند. آنان اغلب از خانواده‌های متوسط و ضعیف جامعه هستند که پس از آغاز بیماری و ارتکاب جرم نمی‌توان انتظار حمایت خانواده را از آن‌ها داشت. از طرفی مشخص شد که ۵۱٪ از بیماران روان‌پزشکی کیفری باوجود سابقه درمانی در بیمارستان مجدداً مرتکب جرم شده‌اند. در این میان می‌توان به دیگرکشی برای بار دوم به میزان ۵٪ اشاره کرد. این بیماران باوجود محکومیت قبلی برای ارتکاب قتل و گذران دوره درمانی در بیمارستان روان‌پزشکی رازی، پس از ترخیص برای بار دوم دست به دیگرکشی زده‌اند. این یافته نشانگر آن

سینمایی و یا گوش دادن به موسیقی بهره می‌برند. در این بین تنها ۱۶٪ بیماران از تمام امکانات تفریحی و رفاهی بهره‌مند می‌شوند. از نظر امکانات آموزشی برای بهبود مهارت‌ها و توانمندی‌های بین فردی، تنها ۱۵٪ بیماران از خدمات آموزشی در راستای ارتقا و بهبود روابط بین فردی بهره‌مند شده‌اند، ولی برای ۸۵٪ باقی‌مانده، هیچ برنامه آموزشی‌ای پیش‌بینی نشده است.

در بررسی تجربی حاصل از این تحقیق که با کمک پرونده‌های بالینی بیماران و مصاحبه با بیماران انجام شده، درمان جامع نگه دارنده و ارتقادهنده‌ای برای بیماران، چه در راستای پیشگیری از ارتکاب مجدد جرم و چه حتی در راه ارتقا و بهبود نسبی این وضعیت یافت نشده است. افزون بر این، برنامه درمانی بلندمدت سازمان‌یافته‌ای برای ممانعت از بازگشت بیماری وجود ندارد، جز توصیه شفاهی به بیماران برای مراجعه سرپایی، بدون آنکه حکم اجباری و یا پیگیری‌های قانونی برای اطمینان از مراجعه مجدد وجود داشته باشد؛ به‌عبارت دیگر در برنامه‌های درمانی بیمارستان رازی برای بیماران روان‌پزشکی کیفری، به مسئله پیگیری، توان‌بخشی، ارزیابی و کنترل روان‌شناختی بیماران توجه زیادی نشده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد، تمام ۱۵۳ نفر بیمار روان‌پزشکی کیفری که در سه ماهه زمستان ۱۳۹۳ در بیمارستان روان‌پزشکی رازی بستری بودند، به دستور دادگاه (و با تأیید پزشکی قانونی) در بیمارستان، به‌صورت اجباری، بستری شده بودند. تعداد این بیماران و نحوه توزیع آنان در بخش‌های مختلف بیمارستان رازی باعث شده تا درمان و مراقبت‌های تخصصی لازم برای بیماران روان‌پزشکی کیفری ارائه نشود. اگرچه در درمان بیماران روان‌پزشکی کیفری دارای نقص در انگیزش هستند، انتظار درمان و بهبود قطعی نمی‌رود (۱۷) اما هدفی که ضروری به نظر می‌رسد، کاستن از شدت علائم بیماری و ایجاد ثبات در بیمار و شخصیت او است. نتایج این تحقیق نشان داد که بیماران باوجود داشتن سابقه بستری در بیمارستان و حبس در زندان، بازهم مرتکب رفتار مجرمانه شده‌اند؛ این یافته حاکی از اثربخشی ناکافی روش‌های درمانی ارائه‌شده در ارتباط با پیشگیری از جرم است.

طی این بررسی مشخص شد که بیماران روان‌پزشکی کیفری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی به‌وسیله روان‌پزشک و دستیاران روان‌پزشکی منظم ویزیت می‌شوند اما درمان‌های ارائه‌شده برای این بیماران در بیشتر اوقات دارودرمانی است. درحالی‌که در بیشتر بیمارستان‌های قانونی دنیا از دارودرمانی به‌عنوان فرآیند تسهیل‌کننده، برای انجام روان‌درمانی استفاده می‌شود (۱۵-۱۶، ۱۸-۱۹). برای بیماران روان‌پزشکی کیفری در بیمارستان رازی برنامه جامعی برای روان‌درمانی هدفمند، کاردرمانی و برنامه آموزشی و توان‌بخشی منظم پیش‌بینی نشده است. دارودرمانی تنها منجر به کنترل کوتاه‌مدت علائم روان‌پزشکی می‌شود، درحالی‌که به نظر می‌رسد همراهی



افزون بر افزایش احساس ناامنی، منجر به خلل در کار کادر درمانی بیمارستان شود. همچنین، به خاطر شدت بیماری در این بیماران، ممکن است که پرستاران و کادر پزشکی از توجه به دیگر بیماران بازمانند؛ از سوی دیگر، حضور این بیماران در بیمارستان مانع ارائه خدمات درمانی مناسب خواهد شد. بیماران کیفی اغلب در شرایطی از وضعیت روانی هستند که نسبت به بیماری خود آگاهی ندارند و احتمال مقاومت آنان در برابر مصرف دارو زیاد است بنابراین این بیماران نیاز به دریافت خدمات درمانی در محیط‌هایی با امنیت بالا دارند.

یکی از علل مهم برای ارزیابی دقیق، لزوم تشخیص تمارض است؛ زیرا بیماران کیفی ممکن است برای فرار از مسئولیت و مجازات، به تقلید از علائم روان‌پزشکی متوسل شوند. با توجه به شرایط حاضر، وجود بخش‌های تخصصی و یا مراکز و بیمارستان‌های ایمن برای تخصصی‌تر شدن درمان‌های دارویی و غیر دارویی، سرعت بخشیدن به فرآیند قضایی و کاهش خطر بروز مجدد رفتار مجرمانه ضروری است. افزون بر این، افزایش روزافزون بیماران روان‌پزشکی کیفی دلیل دیگری است که نیاز به مکانی برای ارزیابی دقیق این بیماران در زمان بستری، اقامت و ترخیص را ضروری می‌سازد. تا پیش از تأسیس بیمارستان‌های جدید که ممکن است چندین سال طول بکشد، می‌توان درباره ایجاد بخش یا بخش‌هایی با هدف درمان و مراقبت علمی و استاندارد در فضاهای موجود بیمارستان‌های روان‌پزشکی خاص نظیر بیمارستان روان‌پزشکی رازی، برنامه‌ریزی‌هایی را انجام داد.

هرچند بیمارستان روان‌پزشکی رازی مهم‌ترین بیمارستان کشور است که بخش عمده‌ای از بیماران کیفی را در خود جای داده، اما نمی‌توان فراوانی حاصل از این پژوهش را به تمام کشور تعمیم داد. این پژوهش تنها به توصیف وضعیت فعلی بیماران کیفی در بیمارستان روان‌پزشکی رازی ایران پرداخته است بنابراین برای مشخص شدن اقدامات درمانی مدنظر و روشن شدن اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی و نیاز به کاردرمانی و توان‌بخشی، باید تحقیقات وسیع‌تری انجام داد تا اثربخشی این اقدامات را در طولانی‌مدت بتوان به‌خوبی بررسی کرد.

## سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات پزشکی قانونی انجام شده است و در اینجا از ریاست و معاونت پژوهشی و کارشناسان این مرکز سپاسگزاریم. همچنین از مدیریت و پرسنل درمانی و پرستاری بیمارستان روان‌پزشکی رازی تهران که برای اجرای این تحقیق ما را یاری کردند و نیز از همکارانمان در بخش معاینات و کمیسیون‌های روان‌پزشکی سازمان پزشکی قانونی صمیمانه تشکر می‌کنیم.

## تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

است که خدمات ارائه‌شده در بیمارستان تنها توانسته برای مدت کوتاهی علائم را کنترل کند و به خاطر حمایت نکردن خانواده و نداشتن برنامه‌های پیگیری درمانی و توان‌بخشی، بیماران بارها و بارها پس از ارتکاب جرم در بیمارستان بستری شده‌اند. این بخش از نتایج تحقیق را مقایسه کنیم با مطالعاتی که گرتنکورد و همکاران برای بررسی ارتکاب مجدد جرم پس از ترخیص بیماران از بیمارستان‌هاینا انجام دادند و دریافتند که میزان ارتکاب جرم مجدد پس از ۳۲ ماه، تنها ۶/۶٪ و پس از ۱۰۲ ماه، ۱۱/۲٪ بوده است. این میزان نشانگر موفقیت‌آمیز بودن برنامه‌های درمانی در بیمارستان‌هاینا است که اختصاصاً روی شناخت ویژگی‌های بیماران و نیازهای آنان استوار شده است (۲۰). ۱۰/۵٪ از افراد بستری در بیمارستان رازی دارای سوابق بستری ۱۵ ساله هستند، اما آنچه در این بیماران دیده نشده، کنترل طولانی‌مدت علائم است.

در این مطالعه مشخص شد که برای بیماران هیچ پیگیری فعال درمانی‌ای برای جلوگیری از بازگشت بیماری پیش‌بینی نشده است. خدمات درمانی ارائه‌شده در بیمارستان روان‌پزشکی رازی صرفاً براساس دارودرمانی و با هدف کنترل علائم بیماری است. روشن است که در این بیماران به علت سبک شخصیتی و نوع بیماری و وجود رفتارهای تکانشی، احتمال مقاومت برابر مصرف دارو بسیار زیاد است؛ بنابراین نحوه مصرف دارو نیز نیاز به آموزش و حمایت دارد که این مورد به خود بیمار و خانواده او، به‌ویژه برای زمان پس از ترخیص، آموزش داده می‌شود ولی نحوه همکاری بیمار و مراقبین او را نمیتوان چندان پیگیری کرد. از آنجا که دارودرمانی تنها منجر به کنترل کوتاه‌مدت علائم روان‌پزشکی می‌شود و انجام روان‌درمانی می‌تواند باعث افزایش پذیرش درمانی در بیماران شود و هم‌زمان شدن این دو نوع از درمان می‌تواند به بازنگشتن بیماری کمک کند (۲۱).

افزون بر این‌ها، نیاز به ارزیابی دقیق‌تر این بیماران و بررسی دقیق میزان خطرناک بودن آن‌ها هنگام ترخیص، یک امر ضروری است؛ زیرا این موضوع می‌تواند مانع ارتکاب مجدد جرم به وسیله بیماران شود. همچنین باید در نظر داشت که به دلیل وجود سابقه رفتار پرخطرانه در تمامی بیماران روان‌پزشکی کیفی و سوابق طولانی بیماری روان‌پزشکی و نیز به سبب فقر در مهارت‌های اجتماعی و گاهی طرد از سوی جامعه و خانواده و داشتن سابقه سوءمصرف مواد و سابقه ارتکاب جرم، ارزیابی این بیماران امری بسیار دشوار است. این مسئله نشانگر نیاز به انجام ارزیابی در محیط‌های حفاظت‌شده، همچون بخش‌های ویژه روان‌پزشکی قانونی است. در حال حاضر، بیشتر بیماران روان‌پزشکی کیفی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دانشگاهی و به‌ویژه در بیمارستان رازی تحت مراقبت و نگهداری هستند، اما بدیهی است که بستری شدن این بیماران در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دانشگاهی منجر به ایجاد احساس ناامنی در بیماران غیرمجرم می‌شود و حضور مأمور مراقب و حضور بیماران با دستبند و پابند، می‌تواند

## References

1. Florez A. forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World psychiatry*. 2006;5(2):87-91.
2. Mullen P. forensic mental health. *The British journal of psychiatry*. 2000;176(4):307-11.
3. Saberi M, Mohammadi M. A new attitude on Forensic Psychiatry. 2nd ed. Tehran: Teimourzadeh; 2012: 11-21.[Persian].
4. Abolhasani s. Iranian Islamic penal code. Tehran: Ala ghalam; 2013:130. [Persian]
5. Saberi S M, Dehghani zade N, Tofighi Zavare H, Mehr pishe S, Memarian A. A Comparison of Committed Crimes Between Patients Suffering From Bipolar Mood Disorder and Schizophrenia Referred to Forensic Psychiatry Department in Tehran. *Forensic Medicine*. 2012;18(1):39-45 [Persian].
6. Razi educational and therapeutic psychiatric center. Available by: <http://psychiatry.uswr.ac.ir/>
7. Konrad N, Welke J, Opitz-Welke. Forensic psychiatric expert witnessing within the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2014;37:149-54.
8. Kramer G, Bernstein D, Phares V. *Introduction to Clinical Psychology (7th Edition)*. Prentice Hall; 2009:550-2.
9. Konrad N, Völlm B. Forensic psychiatric expert witnessing within the criminal justice system in Germany. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37(2):149-54.
10. Jamshidpour M, Izadi N, Najafi F, Khamoshi, F, Roustaei Shirdel A, Jalili K. Maternal mortality rate and causes in Kermanshah province (2001-2012). *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014;18(7):409-15
11. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1091-8.
12. Müller-Isberner R, Freese R, Jöckel D, Cabeza SG. Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany: Legal framework, recent developments, and current practice. *Int J Law Psychiatry*. 2000;23(5-6):467-80.
13. Ruchkin VV. The forensic psychiatric system of Russia. *Int J Law Psychiatry*. 2000; 23(5-6):555-65.
14. Dickens GL, O'Shea LE. Use of the HCR-20 for violence risk assessment: views of clinicians working in a secure inpatient mental health setting. *Journal of Forensic Practice*. 2017;19(2):130-8.
15. Müller-Isberner R, Freese R, Jöckel D, Gonzalez Cabeza S. Insane offender treatment in Germany: Legislation, organization, and treatment programs. *Int J Law Psychiatry*. 2000; 23(5-6):467-80.
16. Müller-Isberner R. Forensic Psychiatric Assessment and Treatment in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1997;6:23.
17. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*: Williams & Wilkins Co; 1988.
18. Chudzik L, Aschieri F. Clinical Relationships with Forensic Clients: A Three-Dimensional Model. *Aggression and Violent Behavior*. 2013;18(6):722-31
19. McCann R. A, Ball E.M. DBT With an Inpatient Forensic Population: The CMHIP Forensic Model. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2000;7:447-56
20. Müller-Isberner R, Webster CD, Gretenkord L. Measuring progress in hospital order treatment: relationship between levels of security and C and R scores of the HCR-20. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2007;6(2):113-21.
21. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*. 2011;48(1):98.