

حالت خطرناک

حالت خطرناک عنوان مهمی در روان‌پزشکی است. جامعه از روان‌پزشکان انتظار دارد بیماران دچار اختلال روانی و خطرناک - برای خود یا دیگران - را مشخص کنند و تحت درمان قرار دهند. این امر بویژه در مورد بیمارانی مصداق دارد که قبلاً مرتکب جرم شده‌اند. در بعضی کشورها برای جلوگیری از ترخیص بیمار توسط پزشک - اگر گمان رود که این کار از جهت حفظ جامعه از زیان عمده، ضروری است - دادگاهها اختیار دارند حکم نگهداری نامحدود بیمار را صادر کنند.

تعریف واژه خطرناک: این واژه دو رگه عربی - فارسی، واژه‌ی است کثیرالاستعمال و به همه نوع اشیاء، مفاهیم و افراد نسبت داده می‌شود. این واژه تا حدودی به خطر آماری قابل محاسبه و به میزان بیشتری به ترس ذهنی اشاره دارد. این عنصر ذهنی، عمل پیچیده‌کننده‌ی در تخمین خطر افراد است. برای نمونه، جنایتکاران زنجیره‌ی به عنوان خطرناک تلقی می‌شوند، از جمله اصغر قاتل، صادق کرده و غلامرضا خوشرو (خفاش شب). این افراد حداکثر باعث مرگ سه دوجین

انسان شده‌اند. حتی اگر دستگیر و معدوم هم نمی‌شدند احتمال این‌که در باقی عمر خود موجب مرگ بیش از این تعداد شوند، نمی‌رفت. در مقابل، راننده‌ی را در نظر بیاورید که با سهل‌انگاری خود موجب مرگ ۴۲ نفر می‌شود و یا خلبانی را مجسم‌کنید که در اثر غفلت خود موجب برخورد هواپیمای مسافری با کوه و مرگ ۲۵۰ مسافر می‌شود، این دونفر از چشم اجتماع تهدید بالنسبه کوچکی به‌شمار می‌روند. از این رو معلوم می‌شود حالت خطرناک یک مفهوم ذهنی است که به افراد خاصی نسبت داده می‌شود و این انتساب لزوماً راهنمای خوبی در مورد خطر واقعی آماری آن افراد نیست.

پیش‌بینی حالت خطرناک: پیش از این در نوشته‌های روان‌پزشکی، پیش‌بینی حالت تهاجمی در یک فرد مفروض را ناممکن یا آن اندازه غیردقیق می‌دانستند که بی‌فایده تلقی می‌شد. اکنون به نظر می‌رسد این رویکرد نفی‌گرا در حال عقب‌نشینی است. انسانها همواره کوشیده‌اند آینده را پیش‌بینی کنند هرچند هرگز به دقت قادر به انجام این کار نبوده‌اند. البته پیش‌بینی آماری در مورد جمعیتها، بویژه اگر شمار آنها افزون باشد، ممکن است، اما پیش‌بینی درباره‌ی یک فرد خاص عملی نیست. این امر به علت گزینش‌های انفرادی آن شخص است. در عین حال، در صورت صحبت با افراد و پرسش از آنان درباره‌ی گزینش‌هایی که محتمل است انجام دهند قدرت پیش‌بینی ما بیشتر می‌شود. با وجود همه نارسایی‌هایی که در مورد پیش‌بینی رفتار انسانی وجود دارد، ما روزانه پیش‌بینی‌هایی از این نوع انجام می‌دهیم و بر پایه آنها عمل می‌کنیم. برای نمونه ما می‌دانیم کدام دولت در موقع سختی به ما کمک می‌کند. روشی که به کار می‌بریم کاملاً ساده است. ما آینده را به وسیله رجوع به رفتارهای پیشین ارزیابی می‌کنیم. البته اشتباه‌هایی نیز وجود دارد اما این روش در کل مؤثر ثمر است. بررسی نوشته‌های جرم‌شناسی نشان می‌دهد که مسائل متعددی وجود دارد. مهمترین آنها عبارت است از تأثیرات محیطی عمده‌یی که هر فرد تحت تأثیر آنها قرار دارد اما به صورت ساده یا ساختارمند قابل بررسی نیستند. با این همه

پژوهشگران نشان می‌دهند بهترین پیش‌بینی‌کننده رفتار جنسیتی آینده تمایلات بزهارانه زود هنگام است.

پیش‌بینی تهاجم: اگر محدوده توجه به تهاجم منحصر شود، باز همان قضیه عمومی مصداق دارد: بهترین پیش‌بینی‌کننده تهاجم آینده عبارتست از تهاجم پیشین. از علل ضعف پیش‌بینی رفتار تهاجمی در بیماری که حالت خطرناک داشته و اکنون مرخص شده‌است، این است که آن بیمارانی که مطمئناً خطرناک هستند در بیمارستان می‌مانند (کسانی که اگر مرخص می‌شدند نسبت پیش‌بینی‌های درست را بالا می‌بردند) و کسانی مرخص می‌شوند که وضعیت چندان مشخصی از نظر تهاجم ندارند. به هر حال در بسیاری از بررسیها بهترین پیش‌بینی‌کننده هر تهاجم عبارت بوده‌است از وجود سابقه تهاجم در دوران کودکی و نوجوانی، شماره دستگیری‌های پیشین، وجود محکومیت، محکومیت برای جرایم پرخاشگرانه، شدت خلاف اصلی‌وسن.

محدودیت‌های پیش‌بینی: يك وجه پیش‌بینی که اهمیت دارد اما به آن توجه لازم مبذول نشده‌است، مشخص کردن محدودیت‌هایی است که در مورد قضاوت پیش‌بینی‌کننده وجود دارد. گاهی تنها این پیش‌بینی ارزشمند تلقی می‌شود که آیا يك بزهار باز هم تهاجم خواهد داشت یا نه؛ و به عبارت دیگر، انتظار می‌رود پیش‌بینی برای يك دوره زمانی چهل یا پنجاه ساله به عمل آید. در مقام قیاس باید توجه کنیم به پیش‌بینی‌های هواشناسی که هر چه طول دوره مورد پیش‌بینی هواشناسی افزایش یابد دقت آن رو به کاهش می‌رود. در انسان نیز با افزایش سن دگرگونی‌هایی در صفات رفتاری پدید می‌آید و با ادامه زندگی، وی در معرض دگرگونی‌های عمده محیطی قرار می‌گیرد، پیش‌بینی‌های کوتاه‌مدت در محدوده فعالیت انسانی یا زیست‌شناختی احتمال بیشتری دارد که از پیش‌بینی‌های درازمدت دقیق‌تر باشد.

تأثیرات زمینه‌ای یا محیطی بر رفتار: يك تغییر مهم دیگر در پیش‌بینی رفتار عبارت است از تأثیرات زمینه‌ای یا محیطی بر رفتار. اگر قرار بود به عوض پرخاشگری گریستن را پیش‌بینی کنیم، عجیب به نظر می‌رسید از ما انتظار داشته باشند این کار را تنها با مراجعه به متغیرهای انفرادی انجام دهیم. البته متغیرهای انفرادی بی‌تردید به ما می‌گوید چه کسی زود به گریه می‌افتد و چه کسی چنین نیست. ممکن است دریابیم کودکان بیش از بزرگسالان، زنان بیش از مردان می‌گریند، و از این قبیل، اما برای دقت کار لازم است دربارهٔ تجارب اخیر فرد و احساسات درونی او هم بدانیم. چنین امری دربارهٔ تهاجم نیز مصداق دارد. برحسب بررسیها روابط ساختارمندی بین زمینهٔ تهاجم و شدت آن موجود است. برای نمونه، زمانی تهاجم به بالاترین درجه می‌رسد که ۱- شب و دیر هنگام باشد ۲- مجادله خارج از خانه باشد ۳- الکل یا مواد مخدر توسط هریک از طرفین درگیری مصرف شده باشد ۴- در حضور افراد دیگر انجام شود ۵- طرفین درگیری با هم بیگانه باشند ۶- فرد مهاجم تنومندتر و قویتر از طرف دیگر باشد. استثنای عمده وارد بر این قواعد این است که بیماران روانی نسبت به دیگر بزهاران یا کل جمعیت، خیلی بیشتر احتمال دارد اعضای خانواده را در تهاجمات خود درگیرکنند. پیش‌بینی تهاجم باید بر محیطی متمرکز شود که فردی با تمایلات تهاجمی قرار است به آن بازگردد و اگر خط‌مشی‌های مداخله‌ای موردنظر است باید عوامل قابل کنترل در محیط نیز توجه شود.

رابطه وضعیت روانی فرد با تهاجم: يك جنبهٔ دیگر پیش‌بینی که اهمیت فراوان دارد وضعیت روانی افراد است. البته ما هیچ‌گاه نمی‌توانیم مطمئن باشیم يك انسان دیگر چه احساس می‌کند یا به چه می‌اندیشد. حتی اگر او قادر به صحبت با ما باشد یا تمایل به گمراه کردن ما داشته باشد باز هم باید با او ارتباط کلامی برقرار کنیم. برای نمونه، مجرمی که می‌گوید به محض آزادی از زندان اسلحه به دست خواهد

گرفت با کسی که برنامه‌ای را برای آغاز یک زندگی نوین و سازنده پس از خروج از زندان ارائه می‌دهد، یکسان نیست. در کل، ما با سه عنصر محدودیت زمان پیش‌بینی، عوامل محیطی، و اندیشه‌ها و انگیزه‌ها سروکار داریم که باید به دقت در شمار آوریم تا از قدرت پیش‌بینی بهتر برخوردار شویم.

مهارت‌های پزشکی و پیش‌بینی حالت خطرناک: آن مهارت سنتی پزشکی که

با پیش‌بینی حالت خطرناک مرتبط به نظر می‌رسد عبارت است از هنر تعیین پیش‌آگهی. پیش‌آگهی، به طور ساده یک پیش‌بینی پزشکی است. برای نمونه، بیمار سرطانی آرزو دارد بداند بیماری او چه سیری خواهد داشت و چه اندازه زنده خواهد ماند. در این‌جا بیمار است که می‌خواهد بداند و پزشک به او اطلاعاتی می‌دهد که بر مبنای آنها عمل کند. اطلاعات حاصل از پیش‌بینی در این‌جا، یک ارتباط خصوصی بین پزشک و بیمار است. روشن است که این اطلاعات با عدم قطعیت همراه است و بیمار است که باید تصمیم بگیرد با اطلاعات چه کند. اما هنگامی که حالت خطرناک مورد گفتگوست از روان‌پزشک خواسته می‌شود کاری متفاوت را انجام دهد و از او پرسیده می‌شود احتمال این که یک فرد خاص در آینده به صورت تهاجمی رفتار می‌کند چه اندازه است. پرسشگر لزوماً بیمار نیست، بلکه یک مقام قانونی یا نهاد اجتماعی است. این امر پرسش‌های اخلاقی را برمی‌انگیزد که در ذات تعیین پیش‌آگهی عادی پزشکی وجود ندارد. پیش‌آگهی روان‌پزشکی برای بیماری که خطرناک یا فاقد مسؤولیت فرض می‌شود ممکن است منجر به سلب آزادی او شود. آیا این امر قابل توجیه است؟ آیا می‌توان نقش کنترل‌کننده پدرگونه‌ای را که جامعه به روان‌پزشک و قاضی داده است به سادگی پذیرفت؟ اگر این امر صرفاً به نفع بیمار باشد پذیرش آن به عنوان یک سیر عمل منطقی و انسانی آسانتر است، اما اگر آزادی بیمار را به طور عمده به نفع مردم دیگر و بدون این که صرفاً به نفع

او باشد از او سلب کنیم، پذیرش این امر مشکلتر می‌شود و در عین حال بازداشتن بیمار روانی از صدمه زدن به افراد دیگر تقریباً همیشه به نفع او نیز هست.

استفاده از فرایند پیش‌آگهی در مورد حالت خطرناک: نخستین گام عبارت

است از تصمیم‌گیری در این خصوص که آیا بیمار مورد نظر دچار یک بیماری روانی قابل مشاهده است یا خیر. در صورت وجود بیماری، گام بعدی عبارت است از کوشش برای تعیین ارتباط بین رفتار تهاجمی با بیماری فرد. اگر روشن شود ارتباطی وجود ندارد باید خاطر نشان گردد، اما اگر همان گونه که در مورد اکثریت افراد نابهنجار از نظر روانی که مهاجم نیز هستند مصداق دارد، شخص احتمال وجود ارتباطی را بین بیماری و پرخاشگری داده و به آن متقاعد شده است؛ آن‌گاه باید دانست این ارتباط چگونه واقع شده است و چه وجوهی از بیماری در زمینه رفتار پرخاشگرانه وجود دارد. در چنین مواردی پیش‌آگهی تهاجم و پیش‌آگهی بیماری مرتبط هستند و اقدام برای تخفیف بیماری، اقدام برای کاهش حالت خطرناک است. در این مورد نمونه‌ای ذکر می‌شود: مردی دچار دوره‌های راجعاً افسردگی عمده است که در هنگام بیماری به حدی هذیانی می‌شود که اعتقاد می‌یابد زندگی بی‌فایده و خود او موجودی بی‌ارزش است و تنها چاره کار این است که خود را بکشد و دنیا را منهدم کند. حین یکی از این دوره‌ها همسرش را می‌کشد و می‌کوشد خود را هم بکشد. او تاریخچه دیگری از تهاجم ندارد. منطقی است این مرد را زمانی که نشانه‌ای از افسردگی ندارد، به‌عنوان غیرخطرناک تلقی کنیم اما اگر افسردگی روان‌پریشانه او بازگردد باید وی را به‌عنوان فردی که بالقوه در معرض خودکشی و شاید دیگرکشی است در نظر بگیریم و در ضمن ازدواج آتی او را مورد توجه ویژه قرار دهیم. در مورد مذکور، مراقبت اضطراری ابتداء در بیمارستان و سپس در جامعه می‌تواند برای بیمار و عموم مردم منفعت دوسویه یکسانی داشته‌باشد. مورد دیگری را می‌توان در نظر گرفت و آن

بیماری است که صرفاً برای منفعت جامعه و نه مطلقاً خود او، از آزادی محروم می‌شود: فرد بیمار از يك روان‌پریشی گذرا که حین آن به شدت مهاجم بوده و دیگری را به قتل رسانده‌بود، رهایی یافته‌است اما از بیمارستان مرخص نشده‌است زیرا آسیب‌شناسی روانی و سیر بیماری او معلوم نیست و اعتماد پزشکی وجود ندارد که روان‌پریشی تکرار نشود.

متغیرهای مهم در پیش‌بینی خطر تهاجم: در این جا هفت گروه از متغیرهایی که در پیش‌بینی حالت خطرناک اهمیت دارند مورد اشاره قرار می‌گیرند. متغیرهایی که در طول زمان احتمال دگرگونی دارند با ستاره مشخص می‌شوند و ملاحظه خواهید کرد که این متغیرها در اکثریت هستند:

- الف - عوامل جمعیت‌شناختی (۱- تهاجم قبلی ۲- حملات جنسی قبلی - سن*
 ۳- جنس ۴- نژاد ۵- وضعیت اجتماعی - اقتصادی* ۶- سوء مصرف مواد مخدر یا الکل* ۷- هوش* ۸- وضعیت زناشویی*)
- ب - عوامل محیطی (استرسورها)* (۱- حمایت توسط خویشاوندان ۲- روابط فردی ۳- اشتغال ۴- مسکن)
- ج - علایق* (۱- علایق و انحرافات جنسی از جمله دیگرآزاری یا سادیسم جنسی، رابطه با کودکان نابالغ ۲- خشونت ۳- بی‌رحمی ۴- روش اجتماعی (عضویت در گروه‌های پرخاشگر) ۵- نژادپرستی و قومیت‌پرستی)
- د - عوامل زمینه‌ای* (۱- دسترسی به قربانیان بالقوه ۲- دسترسی به اسلحه ۳- دسترسی به مواد مخدر یا الکل)
- ه - اعلام نيات و دیدگاهها* (۱- به قربانیان پیشین ۲- به قربانیان بالقوه آینده ۳- به کارکنان مراقبت)
- و - ویژگیهای جسمی (۱- اندازه ۲- نیرو* ۳- کژکاری مغزی*)

ز- وضعیت روانی* (۱- احساس تنش ۲- افسردگی ۳- افکار بدبینی بویژه در بعد هذیانی ۴- توهمات بویژه دستور صدمه ۵- مذهبی شدن اغراقی ۶- حسادت ۷- خشم، بویژه حملات قهرآمیز)

تا این جا شاید آشنایی کلی با رویکرد روان پزشکی نسبت به حالت خطرناک حاصل شده باشد که اهداف آن عبارتند از: ۱- ارزیابی عواملی که منجر به تهاجم بیمار شده است ۲- مشخص کردن آن عواملی که استعداد تغییر را دارند ۳- و سرانجام، مداخله برای تغییر عوامل به نحوی که خطرات تهاجم کاسته شود. پس ارزیابی حالت خطرناک در روان پزشکی تنها به عنوان گام نخست مهم است. موضوع مهمتر که البته وابسته به ارزیابی شایسته است، تدابیری برای رفع حالت خطرناک می باشد.

تدابیر برای رفع حالت خطرناک: این تدابیر در سه گروه کلی جای می گیرد:

تأمین، مراقبت، حمایت. سطح تأمین اعمال شده در مورد یک بیمار باید همیشه سطح حداقلی باشد که با ایمنی و تدبیر خوب سازگار است. سلسله مراتب تأمین و مراقبت، از کمترین حد تا بالاترین حد می تواند به صورت زیر باشد:

بدون مراقبت \longleftrightarrow مراقبت بدون سرپرستی در جامعه \longleftrightarrow مراقبت با سرپرستی در جامعه \longleftrightarrow بخش معمولی روان پزشکی \longleftrightarrow بخش بسته روان پزشکی \longleftrightarrow بیمارستانهای ویژه مجرمان روانی. تصمیم گیری درباره سطح تأمین، قضاوتی است که باید با استفاده از حداکثر اطلاعات به عمل آید. عواملی که در این تصمیم گیری نقش دارند عبارتند از: ۱- جدی بودن رفتار پرخاشگرانه قبلی ۲- شدت اختلال روانی ۳- نوع اختلال روانی و پیش آگهی آن ۴- دوره احتمالی وجود خطر رفتار تهاجمی ۵- احتمال برگشت رفتار پرخاشگرانه ۶- گستره خدمات درمانی و آموزشی قابل دسترسی.

مراقبت باید در همه سطوح تأمین فراهم باشد. درجه و نوع مراقبت عرضه شده، وابسته است به تعداد کارکنان قابل دسترسی و مهارت آنان. اصطلاح مراقبت در این جا برای رسانیدن مفهوم ضمنی ارزیابی مداوم خطر بیمار برای خود و دیگران همراه با آمادگی برای رویارویی، در صورتی که به میزان غیرقابل پذیرش افزایش یابد، به کار می رود.

حمایت به معنی در دسترس بودن روان پزشکی در اوقات غیر معمول است و شامل ترتیبات ویژه‌ای است که در اوقات بحرانی لازم است (شامل پذیرش در بیمارستان، ادای شهادت در دادگاه و ملاقات در منزل). حمایت می‌تواند شامل روان‌درمانی هم شود اما لزوماً چنین نیست.

کاستن از خطر: این پرسش را که آیا این فرد خطرناک است می‌توان از نو مطرح کرد. نخست، می‌توان پرسید در چه موقعیت‌هایی احتمال دارد وی موجب خطر شود. بهتر است تصویری از پرخاشگری وی در زمینه اختلال روانی او، روابط وی، محیط او و فرصتهای پرخاشگری او ترسیم کرد. سپس می‌توان پرسید در این میان چه عواملی را می‌توان تغییر داد و چگونه می‌شود این کار را کرد؟ برای نمونه، پذیرش در بیمارستان ممکن است روابط، موقعیت‌ها، و فرصتهای اجتماعی بیمار را عوض کند و در ضمن سبب درمان شود که اختلال روانی بیمار را بهبود می‌بخشد یا تعدیل می‌کند. سپس می‌توان پرسید: چگونه و چه هنگام می‌توانیم تأمین، مراقبت، و حمایتی را فراهم کنیم که حالت خطرناک این بیمار را به حداقل می‌رساند؟ و سرانجام: چه هنگام به آن نقطه خواهیم رسید که بتوانیم در خارج از بیمارستان مراقبت لازم را برای بیمار فراهم کنیم؟

با توجه به موارد فوق، از تصمیم‌گیری‌های همه یا هیچ اجتناب می‌شود. در عوض،

طرحی از تدابیر ممکن ترسیم می‌گردد، خطرات تعدیل می‌شود و امکان يك برنامه انعطاف‌پذیر فراهم می‌آید که هدف آن تنظیم ترتیبات لازم در صورت نیاز است. از این پس، بیمار مفروض ما «خطرناك» یا «غیرخطرناك» نیست، بلکه انسانی است که در موقعیت‌های شناخته شده خطراتی را پدید می‌آورد و باید مورد مراقبت قرار گیرد تا آن خطرات به حداقل برسد.



حیله زندانی

ابراهیم مزین گوید در ایام خلافت متوکل، نجاج مسلم مرا حبس فرمود و جلسات حبس من متداول شد و خلاص خود را وسیلتی نمی‌دانستم. این دو بیت بگفتم (ترجمه)

دوش آمد نزد من، بی‌وعده و صلی نگار

تا به روز از شوق می‌کرد او حکایت من زغم

گاه بارید از مژه بر برگ گل لولوی تر

گاه بر ساعد نهاد آن روی چون باغ ارم

پس این را به خدمت مسعود طنپوری فرستاده التماس کردم تا با لحنی دلکش در مجلس متوکل بدان سماع کند و اگر از گوینده ابیات پرسید حال او تقریر کند، مسعود این کار بکرد و موجب رهائیم شد.

لطیفه‌های ادبی «بقا» ص ۲۵۰ به نقل از جوامع الحکایات