

فصلنامه دانش انتظامی سمنان ، دوره پانزدهم ، شماره پنجاه و هشتم ، زمستان ۱۴۰۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۲۸

صفحات: ۱۸-۳۹

اختلال دوشخصیتی و مسئولیت حقوقی: ارزیابی حقوقی-روان‌شناختی در پرتو معیارهای

تمییز و اراده

نویسندگان:

سیدعلی اکبر سیادت^۱ * ، ملیکا خیرآبادی^۲

چکیده

اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)، که پیش‌تر با عنوان اختلال چندشخصیتی شناخته می‌شد، یکی از پیچیده‌ترین اختلالات روانی در حوزه روان‌پزشکی و روان‌شناسی است که چالش‌های مهمی در تعیین مسئولیت حقوقی، به‌ویژه کیفری، ایجاد کرده است. مسئله اصلی این پژوهش، بررسی این نکته است که آیا وجود چند هویت در فرد و فقدان آگاهی و حافظه منسجم نسبت به رفتار ارتكابی، می‌تواند همانند جنون موجب رفع مسئولیت کیفری و مدنی شود یا خیر. این پژوهش با رویکردی تحلیلی-توصیفی و با بهره‌گیری از منابع فقهی، حقوقی و روان‌پزشکی، به بررسی تطبیقی معیارهای مسئولیت حقوقی در قوانین ایران و یافته‌های علمی جدید درباره اختلالات تجزیه‌ای پرداخته است. یافته‌ها نشان می‌دهند که برخلاف جنون، که نافی مطلق عقل و اراده در زمان ارتكاب جرم است، در DID تسلط متناوب هویت‌های مختلف و وجود درجاتی از آگاهی، اراده و رفتار هدفمند، مانع از سلب مطلق مسئولیت می‌شود. تحلیل داده‌ها گویای آن است که معیار مسئولیت حقوقی در این اختلال، تشخیص دقیق وضعیت روانی فرد در لحظه ارتكاب رفتار و سنجش سلامت اراده و قوه تمییز است. در نتیجه، نمی‌توان DID را ذاتاً رافع مسئولیت دانست و باید در هر مورد، با استفاده از ابزارهای روان‌پزشکی و نظر تخصصی، احراز مسئولیت یا رفع آن به‌صورت مصداقی تعیین شود.

کلید واژه ها : اختلال هویت تجزیه‌ای، مسئولیت حقوقی، قوه تمییز و اراده، جنون و اختلالات

روانی، حقوق کیفری، روان‌پزشکی تطبیقی

^۱ . دانشجوی دکترا جزا و کیفرشناسی دانشگاه آزاد اسلامی - saas7932@hotmail.com

^۲ . دانش‌آموخته کارشناسی ارشد حقوق خصوصی در دانشگاه شاهد تهران - melika.kh1404@gmail.com

مقدمه

در نظام حقوقی، مسئولیت به‌مثابه یکی از مهم‌ترین مفاهیم بنیادین در حقوق عمومی و خصوصی، همواره مبتنی بر وجود اراده، آگاهی، تمییز و قابلیت انتساب بوده است. در حقوق کیفری، تحقق مسئولیت منوط به احراز عنصر روانی جرم است و در مواردی مانند جنون یا فقدان قوه تمییز، قانون‌گذار به صراحت حکم به رفع مسئولیت داده است (ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی). در حقوق مدنی نیز، اصولی مانند قاعده لاضرر، اتلاف، تسبیب و قاعده درء، همگی بر پایه وجود اراده و اختیار معتبر برای انتساب ضرر یا فعل زیان‌بار به عامل آن استوارند.

با این حال، در سال‌های اخیر، توسعه‌ی علوم روان‌پزشکی و مطرح شدن اختلالات پیچیده‌ای مانند اختلال هویت تجزیه‌ای (Dissociative Identity Disorder: DID)، مرزهای سنتی مفاهیم حقوقی را به چالش کشیده است. نوعی اختلال روانی نادر اما مؤثر است که با وجود چند شخصیت مستقل در درون یک فرد و انتقال نوبتی کنترل رفتاری بین آن‌ها شناخته می‌شود. فرد مبتلا ممکن است نسبت به افعالی که در زمان تسلط یکی از هویت‌ها انجام شده، فاقد آگاهی، حافظه و اراده باشد. همین گسست روانی موجب شده که پرسش‌های مهمی در تعیین مسئولیت حقوقی این افراد، چه از منظر کیفری و چه از دیدگاه مدنی، مطرح شود.

مسئله‌ی اصلی این پژوهش آن است که آیا وجود چند هویت در یک فرد و گسست آگاهی نسبت به افعال ارتكابی، می‌تواند موجب رفع یا کاهش مسئولیت حقوقی وی گردد؟ این مسئله، در هر دو شاخه حقوق کیفری (با تمرکز بر احراز عنصر معنوی، اختیار و اراده) و حقوق مدنی (با تمرکز بر قابلیت انتساب، قصد زیان‌رسانی یا شبه‌عمد) نمود می‌یابد. در حالی که در برخی پرونده‌های کیفری، متهم با استناد به DID تبرئه شده، در حوزه مدنی هنوز تردیدهایی در خصوص امکان جبران ضرر توسط این بیماران و مسئولیت حقوقی ایشان وجود دارد.

از منظر فقهی و حقوقی ایران، تنها در صورت احراز علمی عدم وجود تمییز یا اراده، مسئولیت کیفری یا مدنی از فرد سلب می‌شود. اما در DID، وضعیت پیچیده‌تری حاکم است؛ چراکه هر یک از شخصیت‌های درون فرد درجات متفاوتی از آگاهی، اراده و شناخت دارند و تعیین مسئولیت باید بر اساس بررسی فردمحور و مصداقی انجام شود.

فرضیه‌ی پژوهش حاضر آن است که اختلال هویت تجزیه‌ای در صورتی می‌تواند موجب رفع مسئولیت حقوقی گردد که فقدان آگاهی، تمییز و اراده در لحظه وقوع فعل، به‌صورت مستند و قابل اتکا از سوی کارشناسان روان‌پزشکی قانونی تأیید شود. DID به‌خودی‌خود دلیلی برای معافیت نیست و تنها در صورت فقدان واقعی و اثبات‌شده‌ی ارکان معنوی، می‌تواند مانع مسئولیت باشد.

روش پژوهش این مقاله، تحلیلی-توصیفی است. منابع اصلی شامل متون فقهی، قوانین ایران، آرای قضایی، نظریه‌های مشورتی، متون تخصصی روان‌پزشکی و اسناد تطبیقی کشورهای پیشرفته می‌باشد. همچنین، به بررسی نمونه‌ی قضایی مشهوری همچون پرونده‌ی بیلی میلیگان در ایالات متحده پرداخته شده است.

نوآوری پژوهش حاضر در تمرکز توأمان بر مسئولیت کیفری و مدنی افراد مبتلا به DID است. اغلب آثار پیشین تنها بر دفاع جنون یا اختلال روانی در حوزه جزا تمرکز داشته‌اند؛ اما این مقاله تلاش دارد با رهیافتی جامع، وضعیت مسئولیت مدنی و امکان جبران خسارت توسط این بیماران را نیز تحلیل کند.

در نهایت، مقاله در پی آن است که از رهگذر تلفیق دانش حقوقی و روان‌پزشکی، راهکاری عملی و متناسب با اصول انصاف و عدالت برای تعیین مسئولیت در موارد اختلال هویت تجزیه‌ای در نظام حقوقی ایران ارائه دهد.

بررسی حقوقی عقل و اراده در تحقق مسئولیت حقوقی و کیفری و آثار آن

در دو دهه پایانی سده نوزدهم و تحولات علمی در زمینه پژوهش‌های علوم انسانی مانند جامعه‌شناسی و روانشناسی، منجر به ظهور یک مکتب در جرم‌شناسی گردید که آن را "اصالت تحصیل" نامیدند که بنیانگذار آن استاد پزشکی قانونی به نام لمبروزو بود. اندیشمندان این مکتب جرم را پدیده‌ای طبیعی می‌دانستند و به تاثیر محیط، وراثت، وضعیت جسمانی و روانشناختی در ارتکاب جرم توسط مجرم توجه نمودند. فری از اندیشمندان این مکتب که به تاثیر محیط به عنوان علل وقوع جرم پرداخته، در توصیف اصول عقاید مکتب می‌نویسد: "علوم اثباتی، زیست‌شناختی و جامعه‌شناختی موید این است که انسان بزهکار با بی‌تناسبی اندامی و روانی، وراثتی و اکتسابی گونه‌ای خاص از نوع انسان است". (اردبیلی، ۱۳۸۹: ج ۱، ۹۶) دیگر دانشمندان این مکتب نیز مانند گاروفالو و گابریل، با تاکید و تشریح این مباحث، به نوع واکنش جامعه برای مقابله با این بزهکاران پرداخته و بر لزوم اتخاذ تدابیر پیشگیرانه مانند طرد بزهکار از جامعه متناسب با طبع جرم تاکید نموده‌اند. تقسیم بندی بزهکار به پنج طبقه بزهکار مادرزاد، بزهکار دیوانه، بزهکار به عادت، بزهکار اتفاقی و بزهکار هیجانی از انحصارات این مکتب می‌باشد.

اگرچه انتقادات متعددی به اندیشه‌های این مکتب وارد گردیده، لیکن وجود برخی تعابیر در حقوق کیفری، نشان‌دهنده این واقعیت است که در برخی موارد، شرایط روانی بزهکار در انتساب فعل مجرمانه و بزه به وی موثر واقع خواهد شد. وضعیتی که در موانع مسئولیت کیفری مانند اجبار،

عدم رشد و جنون متبلور شده و بعضاً عنوان مجرمانه را زایل و در برخی موارد قابلیت انتساب جرم به فاعل و مجازات را سلب می‌نماید.

مباحث مربوط به شرایط و موانع مسئولیت کیفری، در دایره مطالعاتی حقوق جزای عمومی گنجانده شده و یکی از مباحث پرچالش آن، موضوع لزوم قصد، اراده و آگاهی از مجرم نسبت به ماهیت فعل، نتیجه و عنصر قانونی فعل ارتكابی است. قدمت این مباحث را می‌توان در مطالعات جرم‌شناسانه و مکاتب متعددی یافت که در توجیه مجازات مجرمین نظریه‌پردازی نمودند. همزمان با پیشرفت این اندیشه‌ها در خصوص تعریف بزه، بزه‌کار و مبنای مجازات، مطالعات روانشناسانه نیز شاهد بلوغ و تحول گردیده که یکی از دستاوردهای آن، شناسایی اختلالات روانی متعدد در انسان بوده است. هنگامی که بحث از مسئولیت کیفری مجرم به میان می‌آید، موضوع عناصر تشکیل دهنده جرم، شرایط و موانع مسئولیت کیفری بررسی می‌شود. در علم حقوق نیاز به تشریح این مساله نیست که هر جرم از سه عنصر مادی، معنوی و قانونی تشکیل شده و بررسی شرایط و موانع مسئولیت کیفری در عنصر معنوی جرم گنجانده می‌شود. در ماده ۱۴۰ قانون مجازات اسلامی، برای انتساب جرم به مرتکب سه شرط عقل، بلوغ و اختیار ذکر گردیده و فقدان هر یک از این موارد در میزان انتساب فعل مجرمانه به مرتکب تاثیر منفی می‌گذارد. همانطور که گفته شود شرایط و موانع مسئولیت کیفری در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ از مواد ۱۴۰ تا ۱۵۹ ذکر گردیده است که در ذیل به موانع مرتبط با مبحث و هدف پژوهش پرداخته می‌شود.

عقل

آگاهی همان معرفت فاعل هم به کیفیت مجرمانه و هم به نامشروع بودن آن است (اردبیلی، ۱۳۸۹: ۲۳۵). لازمه وجود این آگاهی، عقل و نقطه مقابل آن، جنون است. یکی از نقاط تلاقی مباحث روانشناسی و حقوق، جنون و انواع آن می‌باشد. معادل فارسی این واژه عربی، دیوانگی است و احراز آن در افراد، باعث رفع مسئولیت جزایی خواهد شد. فردی که در حال ارتکاب فعل، از درک تبعات ناشایست آن عاجز باشد، از مسئولیت رهایی می‌یابد و این موضوع در تمامی نظام‌های حقوقی پذیرفته شده است. در فقه اسلامی نیز این عامل در ذیل حدیث معروف رفع قلم از عوامل رفع مسئولیت ذکر گردیده است.^۱ قانونگذار ایران نیز همواره جنون را از عوامل رافع مسئولیت کیفری

۱ - حدیث یاد شده، حدیثی مشهور است که شیعه و سنی آن را از رسول خدا صلی الله علیه و آله نقل کرده‌اند که فرمود: رُفِعَ الْقَلَمُ عَنْ ثَلَاثَةٍ: عَنِ النَّائِمِ حَتَّى يَسْتَيْقِظَ وَ عَنِ الْمَجْنُونِ حَتَّى يُفِيقَ وَ عَنِ الْوَلَدِ حَتَّى يَحْتَلِمَ؛ قلم تکلیف از دوش سه گروه برداشته شده است: از خوابیده تا زمانی که بیدار شود، از دیوانه تا هشیار گردد و از کودک تا آنگاه که به سن بلوغ برسد.

قلمداد نموده، لیکن حدود آن در دوره‌های مختلف به تاسی از شرایط گوناگون تغییر نموده است. به عنوان مثال در بند الف ماده ۳۶ قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ به اختلال در قوه تمییز و اراده پرداخته و مقرر نموده بود «هرگاه محرز شود مرتکب جرم حین ارتکاب به علل مادرزادی یا عارضی فاقد شعور بوده یا به اختلال تام قوه تمییز یا اراده دچار باشد، مجرم محسوب نخواهد شد» در بند ب همان ماده نیز به اختلال نسبی در قوه شعور یا قوه تمییز و تاثیر آن در ارتکاب جرم پرداخته و مجازات‌هایی را تعیین نموده بود. اما در قانون مجازات اسلامی سال ۱۳۷۰، قانونگذار تنها جنون را از عوامل رافع مسئولیت کیفری دانسته و مقرر نموده بود: «جنون در حال ارتکاب جرم، به هر درجه که باشد، رافع مسئولیت کیفری است.» در آن قانون مصادیق اختلالات روانی تنها به جنون و انواع آن محدود شده بود و باعث گردیده بود که قضات محاکم به منظور بررسی حالات روانی برخی متهمین، مراتب را از پزشکی قانونی استعلام نمایند. در حقیقت این تعبیر قانون گذار خاصاً جنون را شامل عوامل رافع قلمداد نموده بود. تفاسیر مختلف و پیشرفت علوم روانشناسی این ضرورت را ایجاب نمود که تاثیر سایر اختلالات روانی نیز در ارتکاب جرم توسط مقنن مدنظر قرار گرفته و به همین سبب، قانونگذار در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، با گسترش دایره شمول، از اصطلاح اختلالات روانی استفاده نمود: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد، مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد.» بر همین اساس برخی اختلالات مادون جنون نیز جزء عوامل رافع مسئولیت شناخته شده بود، لیکن هنوز ملاک روشن و واضحی بیان نشده و استفاده از واژه‌های کلی «فاقد اراده» و «فاقد قوه تمییز» ملاک دقیقی برای جدایی اختلال‌های روانی مادون جنون و جنون محسوب نمی‌شود. (علی‌مردانی و همکاران، ۱۳۹۶: ۶۴)

بلوغ

در رابطه با تعیین سن بلوغ و لزوم در نظر گرفتن شرایط جسمی، زمانی و... در رسیدن اطفال به سن بلوغ، اقوال و تحلیل‌های متعددی ذکر گردیده که در مبحث ما نمی‌گنجد. اما آنچه در حال حاضر مدنظر ما قرار گرفته، مفهوم رشد و قدرت تمییز است که به مفهوم بلوغ گره خورده است. قدرت تمییز یکی از شرایط مسئولیت کیفری است که در مقوله بلوغ به آن پرداخته می‌شود. در تعریف آن گفته شده: «تمییز عبارت از قدرت تشخیص خوب از بد است. این کار مستلزم رشد عقلی است.» (صلاحی، ۱۳۸۹: ۱۸۰). قدرت تمییز که از آن به عنوان "ادراک" نیز یاد می‌شود، در سه بخش درک آثار طبیعی، ماهیت رفتار و قبح اجتماعی متصور بوده که به مفهوم درک آثار مادی رفتار و محل ورود اثر، تمییز و تفکیک افعال مختلف و درک خسارت و خطر ناشی از رفتار در حقوق و مصالح مشروع دیگران می‌باشد. (میرسعیدی، ۱۳۹۰: ۱۲۱). بنابراین قوه تمییز به انسان

امکان تشخیص خوب از بد را می‌دهد. برای اینکه بتوان از نظر جزایی کسی را مسئول دانست، باید امکان انتساب خطا یا تقصیر به وی وجود داشته باشد. رشد جزایی راجع به تمییز و درک فرد بوده و به قوای عقلی و دماغی مربوط می‌شود و بلوغ جنسی به تکامل قوای بدنی و جسمی ارتباط دارد. این دو پدیده لزوماً لازم و ملزوم یکدیگر نیستند و باید میان آن‌ها تمایز قائل شد و آنچه ملاک اهلیت جزایی و تحمیل مسئولیت کیفری است رشد جزایی است، نه بلوغ جنسی. (رهامی، ۱۳۸۱: ۱۹۵). در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، به تبعیت از فقه، پس از تعیین سن بلوغ شرعی در ماده ۱۴۷، مجازات فرد بالغ زیر هجده سال را با احراز برخی شرایط منوط به رشد جزایی نموده است. به این ترتیب چنانچه محرز شود فرد خاطی با وجود بلوغ جسمانی، فاقد قوه تمییز کافی برای تحقق مسئولیت است، فرد مسئول رفتار خود شناخته نمی‌شود. (گلدوزیان، ۱۳۹۷، ۱۹۵) بنابراین از شروط انتساب مسئولیت کیفری به فعل افراد، فارغ از سن بلوغ، قوه تمییز و تشخیص خوب و بد می‌باشد که البته این قوه پس از رسیدن فرد به ۱۸ سال توسط قانون گذار مفروض قلمداد شده و خلاف آن باید اثبات گردد. البته قوه تمییز و ادراک در برخی موارد با قوه تعقل اختلاط پیدا نموده و بعضاً عدم وجود قوه ادراک، به معنی فقدان عقل نیز تعبیر گردیده و گفته شد عقل یعنی قوه درک عمل و آثار مترتب بر عمل و آنکس که این قوه را ندارد، عملش بی اعتبار است و اثری نیز بر عملش مترتب نمی‌گردد. (افشارمنش، ۱۳۹۷، ۵۹)

اختیار

اختیار در مقابل جبر و به معنی تسلط داشتن در کار یا امری است و در اصطلاح حالت یا صفتی است در انسان که به واسطه آن اعمال نیک و پسندیده را بر افعال زشت و ناپسند یا برخی کارها را بر کارهای دیگر رجحان میدهد. (عمید، ۱۳۸۹: ۸۱) اختیار متضمن اراده و قدرت معنی گردیده اراده، قصد و انگیزه (در موارد خاص و استثنایی) از مولفه‌ها و اجزای رکن معنوی یا روانی جرم می‌باشد که به تناسب شدت و ضعف هریک، در عمد، شبه عمد یا خطایی قلمداد شدن فعل ارتكابی تاثیر گذار هستند. با زوال خواستن یا همان اراده ارتكاب، پیامدهای جرم اعم از عمدی یا خطایی هیچ‌گاه به حساب فاعل گذارده نمی‌شود. (اردبیلی، ۱۳۸۹: ۲۳۳) بنابراین در عنصر معنوی نقش اراده محوری بوده و تحقق مسئولیت بر مبنای آگاهی و اراده آزاد می‌باشد به طوری که مسئولیت هنگامی بر مرتکب تحمیل خواهد شد فعل ارتكابی در شرایط تحقق اراده آزاد صورت گرفته بوده و این مساله در تحقق همه جرائم اعم از عمدی و غیر عمد و حتی جرائم مادی صرف ضروری است. (صادقی، ۱۳۹۶: ۱۶۷). در جرائم غیرعمد نیز تقصیر یا خطای کیفری عنصر روانی این جرائم محسوب می‌شود که در تبصره ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی بدان اشاره گردیده است.

عدم اختیار از موانع مسئولیت کیفری است که در اجبار، اکراه و جنون، عمومیت دارد. مبنای رفع مسئولیت از مجنون نیز همان عدم اختیار و اراده است.

جنون

به جنون به عنوان یکی از موانع مسئولیت کیفری مرتبط با پژوهش در ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی پرداخته شده است. فارغ از تاریخچه تحول آن که در قبل بدان پرداخته شد، جنون به عنوان نقطه مقابل عقل، عامل سلب اراده و قوه تمییز از فرد بوده و مانع از انتساب مسئولیت فعل مجرمانه به فرد می‌شود. جنون با هر درجه رافع مسئولیت کیفری بوده و بنابراین هر نوع بیماری روانی که جنون تشخیص داده شود به نحوی که قدرت تشخیص را زایل کرده باشد، موجب زوال مسئولیت کیفری است. (گلدوزیان، ۱۳۹۷: ۱۹۷) بنابراین ملاک رفع مسئولیت کیفری از مبتلایان به اختلالات روانی، از بین رفتن قدرت تشخیص و ازاله اراده است. به همین سبب ارتکاب جنایت در حالت افاقه و سقوط اراده موجب رفع مسئولیت نخواهد شد. البته بر اساس مواد ۱۶۵ و ۱۶۶ آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ تشخیص جنون و رفع شرایط مسئولیت کیفری با دادگاه بوده و قاضی ملزم به تبعیت از نظر کارشناس نمی‌باشد.

پرونده شخصیت

تشکیل پرونده شخصیت در مواد ۲۰۳ و ۲۸۶ آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ در نظر گرفته شده و دستورالعمل اجرایی آن نیز مشتمل بر ۲۴ ماده در آبان ۱۳۹۸ به تصویب قوه قضاییه رسیده است. طبق مواد مذکور تشکیل این پرونده در جرایمی که مجازات آنها سلب حیات، قطع عضو، حبس ابد و یا تعزیر درجه چهار و بالاتر است و همچنین در جنایات عمدی علیه تمامیت جسمانی که میزان دیه آنها ثلث دیه کامل مجنی علیه یا بیش از آن است، جرایم تعزیری درجه پنج و شش در مورد اطفال و نوجوانان تشکیل خواهد شد. بر اساس بند ب ماده ۲۰۳ آیین دادرسی کیفری و بند ث ماده ۱ دستورالعمل اجرایی، یکی از الزامات پرونده، گزارشات پزشکی و روانپزشکی می‌باشد.

بررسی روانشناسی اختلال گسست شخصیتی

پیش از ورود به جوانب این اختلال شخصیتی، گزارشی از خلاصه وضعیت یک بیمار روانی است که تحت نظر یک پزشک روانپزشک قرار گرفته است قابل توجه می‌باشد. «بیمار مرد جوان ۲۱ ساله با مدرک تحصیلی دیپلم، بیکار و مجردیست که به علت بی‌قراری، پرخاشگری و اقدام به تهاجم نسبت به اعضای خانواده از چهل روز قبل از بستری به مرکز روانپزشکی ارجاع و بستری گردید. در هنگام مصاحبه از علت بستری شدن خود ابراز بی‌اطلاعی نمود ولی در پاسخ به سوالی که راجع به

نظر اطرافیان در رابطه با کسالت وی پرسیده شد، ابراز داشت: می‌گویند تلویزیون خانه را شکسته‌ام و با چاقو دست بردارم را زخمی کرده‌ام. اما خود بیمار می‌گفت که هیچکدام از این اقدامات را به خاطر نمی‌آورد. با بررسی‌های تکمیلی مشخص گردید بیمار اقداماتی را انجام می‌دهد که به خاطر نمی‌آورد و گاهی در کیف یا جیب خود پول یا وسایلی پیدا می‌کند که به خاطر نمی‌آورد آنها را چه موقع تهیه کرده است... با این مشخصات و با شک اولیه اختلال هویت تجزیه‌ای که قبلاً اختلال شخصیتی نامیده می‌شد مورد بررسی قرار گرفت و تشخیص اختلال هویتی تجزیه‌ای با دو شخصیت مجزا مورد تایید قرار گرفت. شخصیت دوم بیمار شخصی به نام امیر بود که نام وی با نام اصلی بیمار متفاوت و به عنوان مثال فردی مودب، خوش لباس و خوش صورت توصیف می‌شد که به راحتی می‌تواند با جنس مخالف ارتباط برقرار نماید. در عین حال هنگامی که خشمگین می‌شد، کنترل تکانه‌ها را از دست داده و اقدام به شکستن وسایل و به گفته بیمار احقاق حق خود می‌نمود. امیر به راحتی می‌توانسته پول در بیاورد و گاهی بیمار پول‌هایی در جیب خود می‌یافت که از نظر مقدار قابل توجه بوده و آن‌ها را مربوط به امیر می‌دانست. بیمار ابراز می‌داشت خیلی افراد که گاهی آن‌ها را نمی‌شناسم من را امیر صدا می‌کنند. بیمار فقط امیر را هنگامی که در آینه نگاه می‌کرد می‌دید و از او به عنوان یک دوست خیلی خوب که در برابر شرایط ناملازم زندگی توانایی مقاومت بیشتری دارد یاد می‌نمود. در مصاحبه تکمیلی با تلقین و ایجاد هیپنوز توانستیم با امیر صحبت نماییم. وی که لحن صدای متفاوت و مودب‌تری نسبت به بیمار داشت عنوان نمود که دوست او آدم کم صبر و کم طاقتی است و لازم است با ناملازمات زندگی بهتر کنار آید. (خردمند و غفاری- نژاد، ۱۳۸۸: ۱۹۶)

پدیدارشناسی گسستگی و اختلال هویت گسسته

اختلال هویت گسسته^۱، که قبلاً اختلال شخصیت چندگانه نامیده می‌شد، اولین بار در انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷ (DSM-III-R) طبقه‌بندی شد. (American Psychiatric Association, 1987, 100). این اختلال در ۲۰ سال گذشته در بین بیماران شیوع بیشتری یافته و در-DSM-IV TR به عنوان یک اختلال محور I باقی ماند (American Psychiatric Association, 2000, 150). معیارهای تشخیصی هم در DSM-III-R و هم در DSM-IV-TR برای زمان خود واضح و قابل قبول بودند، اما در بافت اطلاعات فعلی در مورد DID نسبتاً ناقص به نظر می‌رسند. جای تعجب نیست که در سال ۱۹۹۹، در یک نظرسنجی از روانپزشکان دارای گواهی هیئت مدیره در ایالات متحده، تنها ۲۱٪ گزارش دادند که شواهدی برای اعتبار علمی DID وجود دارد (Gharraibeh,

45, 2009). ظاهراً، عدم اجماع نه تنها در سیستم حقوقی بلکه در میان متخصصان بهداشت روان نیز یک مشکل بود.

در تلاشی برای رفع این مشکل، در سال ۲۰۱۳، کارگروه انجمن روانشناسی آمریکا تغییرات جزئی در معیارهای تشخیصی DSM-5 پیشنهاد کرد که در آن "علائم گسستگی هویت ممکن است گزارش شوند و همچنین مشاهده شوند، و شکاف در یادآوری رویدادها ممکن است برای رویدادهای روزمره و نه فقط رویدادهای آسیب‌زا رخ دهد" (American Psychiatric Association, 2013, 291). علاوه بر این، با گذشت زمان، شواهد علمی بیشتری توسط مطالعات اخیر که تجربه گسستگی و تجلی آن را به عنوان DID بررسی می‌کنند، ارائه می‌شود و فضای کمی برای هرگونه اختلاف بالینی باقی می‌گذارد.

وجود دو یا چند هویت شخصیتی مجزا یکی از نشانه‌های اختلال هویت تجزیه‌ای (DID) است. عوامل نوروبیولوژیکی مانند تغییر در ساختار و عملکرد مغز، به‌ویژه در نواحی‌ای مانند هیپوکامپ و آمیگدالا، و نیز اختلال در حافظه، هویت و تنظیم هیجانات نیز می‌توانند نقش داشته باشند.

روانشناسان معروفی از جمله کلافت در سال ۱۹۹۹ مفهوم "جمع‌بندی" DID را بررسی کرده‌اند (Kluft, 1999, 320). طبق این نظریه، افرادی که توانایی تجزیه دارند، بیشتر احتمال دارد که شخصیت‌های متعددی با نام‌ها و هویت‌های مجزا بسازند، تجربیات آسیب‌زای شدید داشته باشند که واقعیت را دگرگون کند، و ثبات بیرونی نداشته باشند. در نتیجه، ضروری است که کودکان توانایی تسکین خود برای مقابله با تنش‌ها را یاد بگیرند. بدون وجود این چهار شرط، DID نمی‌تواند شکل بگیرد.

اختلال هویت تجزیه‌ای که قبلاً به‌عنوان اختلال شخصیت چندگانه (MPD) شناخته می‌شد، اغلب واکنشی به تروما است که به فرد کمک می‌کند از خاطرات دردناک فرار کند. بسیاری از مردم معتقد بودند که این افراد «دروغ‌پردازان» زیرکی هستند که پزشکان ساده‌لوح را فریب می‌دهند. علم اغلب شواهدی به نفع اختلالات تجزیه‌ای و تجزیه ارائه نمی‌دهد. شک‌گرایان ادعا می‌کنند که تجزیه، توهم تروما ایجاد می‌کند و اختلالات تجزیه‌ای نتیجه‌ای مصنوعی ناشی از عوامل پزشک‌ساخته و فرهنگی-اجتماعی هستند.

DID یک بیماری مزمن روانی با پشتوانه تجربی قوی است که از عدم یکپارچگی نوروبیولوژیکی، شناختی و بین‌فردی در پاسخ به فشار روانی شدید ناشی می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً حجم هیپوکامپ کمتری دارند که می‌تواند آن‌ها را از سایر اختلالاتی که علائم مشابهی دارند ولی با استرس رابطه کمتری دارند (مانند برخی اختلالات اضطرابی)، متمایز کند.

افسانه‌ها و باورهای نادرستی درباره DID وجود دارد. برخی معتقدند که این اختلال بیشتر در آمریکای شمالی تشخیص داده می‌شود و برخی متخصصان بیش از حد آن را تشخیص می‌دهند. برخی دیگر آن را مد زودگذر می‌دانند. با وجود پیچیدگی آن، DID اغلب یک اختلال نادر در نظر گرفته می‌شود.

فارغ از اینکه فرد مبتلا به DID صلاحیت حضور در دادگاه را داشته باشد یا نه، از نظر قانونی مسئول جرمی که مرتکب شده است، شناخته می‌شود. تجربیات ترومازای بیماران DID باعث بروز نشانه‌های فیزیولوژیکی شده‌اند و اگرچه از آگاهی حذف شده‌اند، اما همچنان افکار و رفتار آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

تعریف و ماهیت گسستگی

تعریف فعلی گسستگی به جدایی از تجربیات حسی، افکار، احساسات، حس هویت یا تاریخچه شخصی فرد اشاره دارد که در واکنش به یک تجربه آسیب‌زا رخ می‌دهد (Pollock et al., 2017, 45). این پدیده دارای ماهیتی دیالکتیکی است: از یک سو به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای عمل می‌کند که به افراد اجازه می‌دهد از یک تروما که ممکن است در غیر این صورت غیرقابل تحمل باشد، فاصله بگیرند، و از سوی دیگر، از ادغام بین تروما و روایت شخصی جلوگیری می‌کند، که برای بهبودی ضروری است.

گسستگی به اشکال مختلف ظاهر می‌شود: در مسخ شخصیت^۱ و مسخ واقعیت^۲، فرد در پردازش اطلاعات مربوط به خود و واقعیت در زمان حال مشکل دارد. در فراموشی گسسته^۳، حافظه آسیب‌زا از خاطرات فرد دور نگه داشته می‌شود و تنها با فلاش‌بک‌های گسسته قابل یادآوری است. در DID، اطلاعات آسیب‌زا در بخش‌های مختلف هویت، به اصطلاح آلتراها^۴، ذخیره می‌شوند.

در میان سایر اختلالات گسسته، DID پیچیده‌ترین تصویر بالینی را نشان می‌دهد که توسط آسیب‌های طولانی‌مدت دوران کودکی پیش‌بینی می‌شود (Ozturk and Sar, 2016). طبق گفته لوونشتاین و پاتنام (۱۹۹۰)، ریشه‌های داستان‌های بیماران زن و مرد به گذشته باز می‌گردد، جایی که ۶۰٪ از زنان علل مربوط به سوء استفاده جنسی داشتند، در حالی که ۱۷٪ از بیماران مرد در دوران کودکی از خشونت یا تجاوز رنج می‌بردند (Loewenstein & Putnam, 1990, 112).

1 . depersonalization
2 . derealization
3 . dissociative amnesia
4 . alters

DID با همزیستی هویت میزبان و هویت‌های آلت‌ر مشخص می‌شود که با ارتباط محدود یا بدون ارتباط از یکدیگر گسسته هستند. یک نظریه اخیر ۱۳ هویت آلت‌ر را شناسایی کرده است، از جمله هویت‌های آشکارا طبیعی، کمک‌کننده، آزاردهنده، کودک، همجنس‌گرا/الزبین، پیام‌آور، سوءاستفاده‌گر (مجرم)، رهبر (راهنما، دانا)، عینی (خنثی)، برگشت‌پذیر، با استعداد، خودکشی-افسرده و زن قدرتمند، که همه آن‌ها آگاهی متفاوتی توسط شخصیت میزبان دارند.

علاوه بر این، سه شکل آگاهی شخصیت‌ها توسط شخصیت میزبان شناسایی شد: فراموشی متقابل^۱، فراموشی یک‌طرفه^۲ و هم‌آگاهی^۳. (Ozturk & Sar, 2016, 85; Ozturk, 2021, 47).

اگرچه ممکن است بین یک آلت‌ر و شخصیت میزبان هم‌آگاهی وجود داشته باشد، درجه شناخت بین شخصیت‌های آلت‌ر کاملاً محدود است. این به این دلیل است که هر آلت‌ر حاوی درجات متفاوتی از آگاهی از خاطرات آسیب‌زا است و واقعیت ذهنی خود را بر این اساس تجربه می‌کند که منجر به یک حاجز گسسته می‌شود. (Ozturk & Sar, 2016, 86; Ozturk, 2021, 48).

علت‌شناسی اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)

وجود دو یا چند وضعیت شخصیتی متمایز، نشانه‌ای از اختلال هویت تجزیه‌ای است. وجود دو یا چند هویت شخصیتی جدا از هم، یکی از نشانه‌های DID است. هر هویت ممکن است نام، گذشته و ویژگی‌های شخصیتی خاص خود را داشته باشد. برای تشخیص DID، حداقل باید دو هویت مجزا وجود داشته و هر هویت الگوهای ثابت خود را برای درک جهان، ایجاد روابط و تفسیر محیط اطراف دارد.

اختلالات پردازش تجزیه‌ای شامل از دست دادن یکپارچگی در فرآیندهای حیاتی مانند حافظه، آگاهی، ادراک، کنترل حرکتی و هویت هستند (۱۲۳: Modesti et al, 2022). اگرچه تحقیقات نوروتصویربرداری محدود بوده‌اند، اما نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به DID ممکن است الگوهای فعالیت مغزی خاصی داشته باشند. در این بیماران کاهش فعالیت در بخش‌هایی از مغز مانند ناحیه کمربندی^۴، جزیره‌ای^۵، لوب آهیانه‌ای تحتانی^۶، و نواحی مجاور قشر گیجگاهی فوقانی مشاهده شده است. (Lotfinia et al., 2020, 67).

1 - mutual amnesic
2 - unidirectional amnesic
3 - co-conscious
4 - cingulate
5 - insular
6 - inferior parietal

تخیلات کودکانه مانند ساختن دوستان خیالی یا بازی‌های تخیلی نمی‌تواند علت علائم کودک باشد. این اختلال نه به دلیل یک بیماری جسمی عمومی (مانند حملات صرع جزئی پیچیده) ایجاد می‌شود و نه به دلیل اثرات فیزیولوژیکی فوری مواد (مانند ازدست‌دادن هوشیاری یا رفتار غیرمنطقی در حالت مستی) (Gentile et al., 2013, 92)

نارضایتی از جنسیت گاهی با DID که اختلالی روان‌پزشکی و کمتر شناخته‌شده است، اشتباه گرفته می‌شود. DID یک بیماری پیچیده روانی است که مشکلات پایدار در حافظه، رفتار و هویت برای فرد ایجاد می‌کند. رابطه بالایی بین این اختلال و تروماهای اولیه، به‌ویژه تروماهای جنسی، وجود دارد.

تشخیص افتراقی تمارض از اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)

یکی از چالش‌های بالینی و قانونی مهم، افتراق بین این اختلال و تمارض است؛ زیرا شباهت‌های ظاهری میان این دو، احتمال تشخیص نادرست را افزایش می‌دهد. از نظر مفهومی، تمارض حالتی است که در آن فرد به‌صورت آگاهانه علائمی را برای به‌دست آوردن منافع بیرونی مانند فرار از مجازات، کسب غرامت یا جلب توجه تقلید می‌کند (Rogers, 2008, 34). در مقابل، DID معمولاً به‌عنوان پاسخ روانی به تروماهای شدید و مکرر در دوران کودکی، به‌ویژه سوءاستفاده‌های جنسی یا جسمی، توسعه می‌یابد (Putnam, 1997, 57; Brand & Loewenstein, 2010, 89).

برخلاف افراد تمارض‌گر، بیماران مبتلا به DID معمولاً سابقه قابل‌توجهی از تروماهای روانی دارند که در ارزیابی‌های بالینی و مصاحبه‌های ساختاریافته قابل‌شناسایی است.

در ارزیابی روان‌سنجی، آزمون MMPI-2 می‌تواند با استفاده از مقیاس‌های اعتبار مانند F ، L و K ، نشانه‌هایی از تمارض را آشکار سازد. در موارد تمارض، معمولاً الگوهای پاسخ‌دهی غیرمنطقی، متناقض یا بیش‌ازحد اغراق‌آمیز مشاهده می‌شود (Greene, 2011). از سوی دیگر، بیماران واقعی DID معمولاً الگوهای مشخص و پایدار در رفتار و پاسخ‌های شناختی دارند که با گزارشات شخصی آن‌ها همخوانی دارد (Brand et al., 2009, 103).

از منظر نوروبیولوژیکی نیز شواهدی وجود دارد که بیماران مبتلا به DID فعالیت غیرعادی در مناطقی از مغز مانند قشر سینگولیت، آمیگدالا، و هیپوکامپ نشان می‌دهند، در حالی که چنین الگوهای مغزی در تمارض مشاهده نمی‌شود (Reinders et al., 2006, 78). این یافته‌ها به تمایز عینی میان دو وضعیت کمک می‌کنند.

در نهایت، مشاهده طولی و بررسی رفتار فرد در جلسات مختلف درمانی می‌تواند تمارض را از DID افتراق دهد. بیماران DID ممکن است به صورت غیرارادی بین هویت‌های مختلف تغییر کنند، در حالی که افراد تمارض‌گر در بازنمایی مداوم و دقیق این حالت ناتوان هستند. (Kluft, 1991, 67)

اختلال واقعیت‌سنجی در DID

مطابق با *DSM-5-TR*، افراد مبتلا به DID دچار اختلالاتی در هویت، حافظه، آگاهی و درک از خود و دیگران هستند، اما این اختلالات لزوماً به معنای روان‌پریشی نیستند (American Psychiatric Association 2022, 301) با این حال، در برخی حالت‌های هویتی، ممکن است فرد تجربیاتی شبیه به توهمات شنوایی، بینایی یا بدگمانی را گزارش کند که می‌تواند موجب تداخل در واقعیت‌سنجی شود. (Dell, 2009, 23)

برخی پژوهشگران تأکید دارند که در بیماران DID، به‌ویژه در هویت‌هایی که تحت تأثیر آسیب روانی شدید قرار دارند، ممکن است نوعی "روان‌پریشی واکنشی" محدود ظاهر شود که واقعیت‌سنجی را به‌طور موقت مختل می‌کند (Brand et al., 2009). این اختلال معمولاً همراه با استرس شدید، تجارب تجزیه‌ای شدید (مانند مسخ شخصیت و مسخ واقعیت) یا بازگشت به خاطرات آسیب‌زا رخ می‌دهد.

در مطالعه‌ای تصویربرداری عصبی، نشان داده شد که حالت‌های هویتی مختلف در DID می‌توانند فعالیت‌های متفاوتی در نواحی مغزی مانند آمیگدالا و هیپوکامپ داشته باشند که بر ادراک، هیجان و پردازش حافظه تأثیر می‌گذارد و ممکن است منشأ تجربیات ناپایدار درک واقعیت باشد (Reinders et al., 2006, 79).

با وجود این، اکثر بیماران مبتلا به DID، برخلاف مبتلایان به اختلالات روان‌پریشانه (مانند اسکیزوفرنی)، در حالت غالب خود (host personality) معمولاً واقعیت‌سنجی نسبتاً سالمی دارند و قادر به درک تفاوت بین تجربه درونی و واقعیت بیرونی هستند. (Dell & O'Neil, 2009, 88)

بررسی انتقادی دیدگاه‌های روانپزشکی و کاربرد آن در نظام‌های حقوقی تطبیقی

اختلال هویت تجزیه‌ای (DID) یکی از پرمنافشه‌ترین مباحث در حوزه روان‌پزشکی قانونی است. اگرچه در *DSM-5* به‌عنوان یک اختلال معتبر پذیرفته شده، اما برخی روان‌پزشکان و روان‌شناسان همچنان در پذیرش آن به‌عنوان یک «بیماری واقعی» تردید دارند. نویسندگانی چون نیکلاس گارایبه (Gharaibeh) و ریچارد راجرز (Rogers) اشاره کرده‌اند که مرز میان DID و تمارض آگاهانه بسیار باریک است و احتمال فریب متخصصان توسط برخی متهمین وجود دارد. در مقابل،

پژوهشگرانی مانند کلافت (Kluft) و پاتنام (Putnam) بر پشتوانه‌های تجربی و نوروبیولوژیکی DID تأکید کرده‌اند. این دوگانگی باعث شده که در سیستم‌های حقوقی مختلف، پذیرش DID به‌عنوان مانع مسئولیت با رویکردی محافظه‌کارانه صورت گیرد.

در ایالات متحده آمریکا، دادگاه‌ها معمولاً در پذیرش DID به‌عنوان دفاع از جنون محتاطانه عمل می‌کنند. در پرونده‌هایی مانند «بیلی میلیگان»، متهم به دلیل وجود شخصیت‌های مجزا تبرئه شد، اما در بسیاری از ایالت‌ها، معیار «تشخیص درست از نادرست در لحظه ارتکاب جرم» همچنان ملاک تصمیم‌گیری است. طبق این معیار، صرف وجود DID، اگر همراه با ناتوانی در تمییز نباشد، مانع مسئولیت نخواهد بود.

در نظام حقوقی آلمان، تأکید بر ساختار روانی پایدارتر است. DID تنها در صورتی می‌تواند رافع مسئولیت باشد که با فقدان کامل اراده یا قوه تمییز در لحظه ارتکاب همراه باشد. رویه قضایی نیز نقش متخصصین روان‌پزشک دادگاه را کلیدی می‌داند، اما بار اثبات عدم مسئولیت بر عهده مدعی است. در حقوق فرانسه نیز، دفاع مبتنی بر اختلال روانی باید به‌گونه‌ای باشد که فرد هنگام ارتکاب جرم فاقد «اراده آگاهانه» تلقی شود. DID معمولاً به‌تنهایی برای رفع مسئولیت کیفری کافی نیست، مگر اینکه پزشک قانونی «علت روان‌پریشی فعال» را تأیید کند.

به‌طور کلی، در این نظام‌ها، اصل بر حفظ مسئولیت کیفری است و دفاع مبتنی بر DID استثنا تلقی می‌شود. تنها در صورت احراز علمی فقدان اراده یا قوه تمییز در لحظه وقوع جرم، دادگاه‌ها ممکن است به رفع یا تخفیف مسئولیت رأی دهند. بنابراین، در مقایسه تطبیقی، به‌وضوح دیده می‌شود که هیچ نظام حقوقی پیشرفته‌ای، DID را به‌طور مطلق و پیش‌فرض رافع مسئولیت کیفری نمی‌داند. این نگاه انتقادی باید در حقوق ایران نیز مدنظر قرار گیرد تا از استنادهای کلی و غیرمصادیقی پرهیز شود و تصمیم‌گیری بر اساس داده‌های بالینی، فردمحور و مستند صورت گیرد.

بررسی مسئولیت قانونی و صلاحیت محاکمه بیماران مبتلا به اختلال هویت

گسسته

اختلال هویت گسسته (DID) که در DSM-V به‌عنوان «وجود دو یا چند هویت یا حالت شخصیتی متمایز، هر یک با الگوهای خاص خود برای درک، تفکر و ارتباط با محیط و خود» طبقه‌بندی شده است، سوالات حقوقی مهمی را مطرح می‌کند. این اختلال که در آن «حداقل دو هویت یا حالت شخصیتی به‌طور مکرر کنترل رفتار فرد را به دست می‌گیرند» (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)،

دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است که پیچیدگی‌های زیادی را در سیستم قضایی ایجاد می‌کند.

مطالعات پیشین از دهه ۱۹۵۰ نشان داده‌اند که هویت‌های متعدد بیماران DID نه تنها در تست‌های شخصیتی، بلکه در تست‌های IQ نیز متفاوت عمل می‌کنند. علاوه بر این، این هویت‌ها ممکن است در سن، جنسیت، علایق و حتی دست‌خط نیز تفاوت داشته باشند. این تفاوت‌های چشمگیر و این واقعیت که برخی هویت‌ها ممکن است از کارهای دیگران بی‌خبر باشند، این سوال را مطرح می‌کند که در صورت نقض قانون توسط یکی از هویت‌ها، مسئولیت قانونی فرد مبتلا به DID چگونه خواهد بود.

در بررسی عملی مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به DID، پرونده‌ی بیلی میلیگان یکی از نمونه‌های شاخص و بحث‌برانگیز است که همچنان در محافل حقوقی و روان‌پزشکی به‌عنوان معیاری برای تحلیل تمییز و اراده مورد استناد قرار می‌گیرد.

بیلی میلیگان، مردی ۲۲ ساله، در سال ۱۹۷۷ به اتهام چند مورد تجاوز جنسی و آدم‌ربایی در ایالت اوهایو بازداشت شد. در روند بازجویی‌ها، رفتارهای او بسیار متناقض و غیرقابل توجیه بود و ادعا می‌کرد هیچ‌گونه خاطره‌ای از جرائم ندارد. تیمی از روان‌پزشکان و روان‌شناسان، پس از معاینات بالینی و آزمون‌های روان‌سنجی، وجود ۲۴ هویت مجزا را در روان او تشخیص دادند. برخی از این هویت‌ها کاملاً از اقدامات یکدیگر بی‌اطلاع بودند. شخصیت غالب (host) هیچ‌گونه آگاهی نسبت به رفتارهای مجرمانه نداشت.

دادگاه، با استناد به نظریه‌ی روان‌پزشکان دادگستری و پذیرش این‌که جرم توسط یکی از شخصیت‌های غیراصیل و بدون آگاهی و اراده شخصیت اصلی انجام شده، رأی به رفع مسئولیت کیفری به دلیل اختلال روانی صادر کرد. میلیگان به‌جای زندان، به مرکز روان‌پزشکی امن منتقل شد و سال‌ها تحت درمان قرار گرفت. نکته مهم در این رأی آن بود که معیار «ادراک و اراده در لحظه ارتکاب جرم» نه بر اساس وضعیت بیولوژیکی فرد، بلکه بر مبنای «هویت فعال در آن لحظه» ارزیابی شد. دادگاه پذیرفت که شخصیت فعلی میلیگان نمی‌تواند نسبت به جرائمی که توسط هویت‌های دیگر او صورت گرفته‌اند، پاسخ‌گو باشد؛ زیرا فاقد آگاهی و کنترل نسبت به آن افعال بوده است.

اگر چنین پرونده‌ای در نظام حقوقی ایران طرح شود، معیارهای ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی (فقدان قوه تمییز یا اراده در لحظه ارتکاب) باید بر وضعیت روانی هویت فعال در زمان وقوع رفتار اعمال شود، نه بر فرد به‌طور کلی. این پرونده به‌روشنی نشان می‌دهد که مسئولیت در بیماران DID

نه مطلقاً منتفی است و نه به‌سادگی قابل اثبات؛ بلکه نیازمند تحلیل مصداقی، روان‌پزشکی قانونی و تمرکز بر عنصر زمانی است.

یکی دیگر از مسائل حقوقی مربوط به DID، صلاحیت محاکمه است. از آنجایی که هویت‌های فرعی ممکن است در طول فرآیند محاکمه «ظاهر شوند» و هویت غالب ممکن است هیچ آگاهی و یا خاطره‌ای از اعمال و رویدادهایی که تحت کنترل هویت‌های فرعی رخ داده‌اند، نداشته باشد، روشن نیست که آیا فرد تحت محاکمه قادر به درک کامل تمام اتفاقات در طول محاکمه است یا خیر. در چنین شرایطی، این سوال ممکن است مطرح شود که آیا فرد صلاحیت محاکمه را دارد، حتی فارغ از مسئولیت‌های قانونی که باید به دلیل جرایم مرتکب شده متحمل شود (Kabene et al., 2022, 134).

نتیجه گیری

اختلال دوشخصیتی گسسته یا اختلال هویت تجزیه‌ای (DID) یکی از پیچیده‌ترین و بحث‌برانگیزترین اختلالات روانی در قلمرو علوم روان‌شناسی و روان‌پزشکی است که آثار قابل توجهی در حوزه مسئولیت حقوقی، اعم از کیفری و مدنی، دارد. این اختلال با وجود دو یا چند هویت مستقل و نسبتاً پایدار در یک فرد شناخته می‌شود که هر یک از این هویت‌ها می‌توانند به‌طور متناوب کنترل رفتار، حافظه، عواطف و شناخت فرد را به‌دست بگیرند. در این حالت، ممکن است فرد در دوره تسلط یک هویت خاص مرتکب فعل یا ترک فعل مجرمانه‌ای شود، در حالی که در زمان تسلط سایر هویت‌ها هیچ آگاهی یا حافظه‌ای از آن رفتار نداشته باشد. همین مسئله، مبنای اصلی چالش در تشخیص مسئولیت حقوقی مبتلایان به این اختلال است.

از منظر حقوق کیفری، مسئولیت جزایی تنها در صورتی قابل انتساب است که سه رکن اساسی آن فراهم باشد: عنصر مادی (ارتکاب فعل مجرمانه)، عنصر روانی (قصد، علم، آگاهی و اراده در انجام فعل) و عنصر قانونی (وجود قانون کیفری لازم‌الاجرا). در میان این ارکان، عنصر روانی بیش از دیگر عناصر در معرض تأثیر اختلالات روانی از جمله DID قرار دارد. در اختلال هویت گسسته، برخی از هویت‌های فرعی ممکن است به‌صورت مستقل دارای آگاهی، اراده، و قدرت تصمیم‌گیری باشند. این در حالی است که هویت اصلی یا غالب ممکن است هیچ نقشی در تصمیم‌گیری یا اجرای فعل نداشته باشد. از این‌رو، پرسش بنیادین این است که آیا می‌توان فرد را با وجود چنین اختلالی مسئول فعل ارتكابی دانست یا خیر؟

در نظام حقوقی ایران، بر اساس ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی، اگر فرد در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده باشد، به نحوی که فاقد قوه تمییز یا اراده باشد، مجنون محسوب شده و

مسئولیت کیفری از وی ساقط می‌گردد. بنابراین، دو معیار بنیادین در تعیین مسئولیت افراد مبتلا به اختلالات روانی مطرح می‌شود: ۱. توانایی تشخیص نادرستی رفتار (قوه تمییز) و ۲. آزادی اراده در انجام عمل (اختیار). چنانچه این دو معیار در زمان وقوع جرم مخدوش شده باشد، فرد مسئول شناخته نمی‌شود. در غیر این صورت، مسئولیت پابرجاست.

در نظام حقوقی ایران، گرچه رویه مدون و صریحی درباره اختلال هویت تجزیه‌ای (DID) در آرای دیوان عالی کشور یا نظریات مشورتی اداره حقوقی قوه قضاییه مشاهده نمی‌شود، اما در مورد نقش اختلالات روانی در رفع مسئولیت کیفری، مراجع قضایی و پزشکی قانونی دارای جایگاه مهم و تأثیرگذار هستند. بر اساس ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی، تشخیص جنون یا اختلال روانی به گونه‌ای که منجر به رفع اراده یا قوه تمییز شود، مستلزم ارزیابی تخصصی روان پزشکی است. در عمل، این ارزیابی معمولاً توسط سازمان پزشکی قانونی کشور انجام می‌شود. مطابق با آیین‌نامه‌های داخلی این سازمان، روان‌پزشکان متخصص با استفاده از ابزارهایی نظیر ۲MMPI-، SCID-D، و مصاحبه‌های بالینی استاندارد اقدام به تشخیص شدت و نوع اختلال می‌نمایند.

همچنین طبق مواد ۲۰۳ و ۲۸۶ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، در جرائم خاص، تشکیل پرونده شخصیت اجباری است. این پرونده، شامل ارزیابی روان پزشکی، سابقه خانوادگی، اجتماعی، رفتاری و تحلیل‌های بالینی فرد است. بر اساس بند (ب) ماده ۲۰۳، یکی از اجزای این پرونده، «گزارش روان پزشکی قانونی» است که به‌ویژه در موارد اختلالات روانی نظیر DID اهمیت کلیدی دارد.

در نظریه مشورتی شماره ۸۴۵۲/۹۲/۷ مورخ ۲۳/۷/۱۳۹۲ اداره کل حقوقی قوه قضاییه نیز تأکید شده است که:

«تشخیص جنون و رفع مسئولیت کیفری از صلاحیت قضایی دادگاه است و دادگاه مکلف است با توجه به نظر کارشناسی، به‌صورت استدلالی رأی دهد و نمی‌تواند صرفاً به اظهار پزشکی قانونی اکتفا یا از آن عدول کند مگر با استدلال.» این نظریه نشان می‌دهد که در حقوق ایران، گرچه نظر کارشناسی (پزشکی قانونی) شرط لازم است، اما شرط کافی نیست و دادگاه باید با ارزیابی دقیق و تحلیلی به رفع یا اثبات مسئولیت حکم دهد. از این‌رو در موارد ابتلا به DID نیز، دادگاه با بهره‌گیری از نظر روان‌پزشک قانونی، و ارزیابی شخصیت هویت غالب در لحظه ارتکاب جرم، تصمیم‌گیری می‌نماید. در صورت احراز اینکه فرد در آن لحظه دارای قوه تمییز یا اختیار نبوده، مسئولیت کیفری منتفی خواهد شد.

اختلال دوشخصیتی در اغلب موارد منجر به زوال کامل عقل یا اراده نمی‌شود، بلکه تنها در زمان تسلط یکی از هویت‌ها، تغییرات رفتاری، شناختی یا هیجانی خاصی در فرد دیده می‌شود. برخی از هویت‌ها ممکن است رفتارهای پرخاشگرانه یا مجرمانه انجام دهند، در حالی که دیگر هویت‌ها شخصیتی ملایم و قانون‌مدار دارند. به‌همین دلیل، این اختلال با جنون که زوال کلی و پایدار قوه عقل و اراده را به همراه دارد، تفاوت ماهوی دارد. جنون همواره و در همه زمان‌ها مسئولیت کیفری را از بین می‌برد؛ اما اختلال DID تنها در صورتی ممکن است مسئولیت را ساقط کند که در لحظه وقوع جرم، فقدان اراده یا تمییز به‌طور مستند و تخصصی اثبات شود.

در پژوهش‌های روان‌پزشکی نیز آمده است که برخی از بیماران DID، هنگام تسلط هویت‌های فرعی، توانایی بالایی در برنامه‌ریزی، تحلیل رفتاری، و حتی پاسخ به محرک‌های محیطی دارند. آن‌ها ممکن است در تست‌های شناختی و رفتاری عملکردی مشابه افراد سالم داشته باشند. حتی گاه مشاهده می‌شود که برخی هویت‌ها نسبت به سایرین از هوش بالاتر، روابط اجتماعی بهتر و حافظه فعال‌تری برخوردارند. این امر بیانگر آن است که نمی‌توان به‌صورت کلی و پیش‌فرض، مسئولیت کیفری یا مدنی این بیماران را منتفی دانست، بلکه باید به‌صورت دقیق، موردی و مبتنی بر ارزیابی‌های بالینی تصمیم‌گیری نمود.

بر خلاف مسئولیت کیفری که ناظر به پاسخگویی فرد در برابر نظم عمومی است، مسئولیت مدنی ناظر بر جبران زیان‌های وارد شده به اشخاص خصوصی می‌باشد. در نظام حقوقی ایران، اصل بر این است که هر کس به دیگری ضرری وارد کند، در صورت داشتن قابلیت انتساب و وجود اراده، مکلف به جبران آن خواهد بود؛ چه از طریق قاعده «لاضرر» و چه از طریق اصول فقهی مانند «اتلاف» یا «تسبیب». در مسئولیت مدنی، ارکان اصلی شامل ضرر، فعل زیان‌بار، رابطه سببیت و قابلیت انتساب است. اما در مواردی مانند اختلالات روانی، تردید در «اراده آگاهانه»، «قصد جبران‌پذیر» و حتی «اهلیت» برای انجام فعل حقوقی، پرسش‌هایی ایجاد می‌کند. در مبتلایان به اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)، بسته به اینکه کدام «هویت» در زمان وقوع فعل غالب بوده، باید اراده و آگاهی همان هویت را بررسی کرد. اگر هویت غالب در زمان فعل، برخوردار از ادراک، قصد و آگاهی نسبی بوده باشد، امکان انتساب فعل و در نتیجه، مسئولیت مدنی وجود دارد. اما اگر رفتار، در شرایطی اتفاق افتاده باشد که فرد در وضعیت گسست کامل روانی و بدون درک ماهیت فعل یا تبعات آن بوده، مسئولیت مدنی نیز ممکن است منتفی گردد. همچنین باید توجه داشت که در مسئولیت مدنی، برخلاف مسئولیت کیفری، عنصر معنوی و نیت به اندازه‌ی نتیجه و ضرر ایجاد شده اهمیت ندارد. بنابراین حتی در صورت فقدان نیت زیان‌رسانی، اگر فعل ارتكابی با شرایط «اتلاف» یا «تسبیب» مطابقت داشته باشد، مسئولیت جبران وجود دارد.

در چنین مواردی، نظریه‌های فقهی درباره‌ی مسئولیت افراد صغیر، مجنون یا ناقص‌العقل، قابل تطبیق بر بیماران DID است؛ یعنی در صورتی که اراده و قوه تمییز مختل باشد، و فعل در حالت اختلال روانی شدید واقع شده باشد، امکان رفع مسئولیت وجود دارد. اما در غیر این صورت، بیماران DID نیز همانند سایر افراد، ممکن است پاسخ‌گو باشند. در نتیجه، تشخیص مسئولیت مدنی در مبتلایان به DID نیز باید به‌صورت مصداقی و با ارزیابی روان‌پزشکی دقیق انجام شود؛ به‌ویژه آنکه در برخی موارد ممکن است قرارداد، زیان یا عمل حقوقی توسط هویتی آگاه و دارای قدرت تصمیم‌گیری انجام شده باشد.

از طرفی، در حقوق مدنی نیز اصل بر وجود اراده سالم در اعمال حقوقی است. در صورتی که یکی از هویت‌ها، به‌طور مستقل اقدام به انعقاد قرارداد، ایراد زیان یا انجام رفتار ناقص حقوق دیگران کند، در صورتی که اراده وی قابل احراز باشد، مسئولیت مدنی از بین نمی‌رود. اما اگر اثبات شود که این اراده به‌لحاظ اختلال روانی فاقد سلامت تشخیص و اختیار بوده، می‌توان با استناد به فقدان قصد و آگاهی، مسئولیت را منتفی یا محدود دانست. بنابراین، همان‌طور که در حقوق کیفری، اثبات فقدان قوه تمییز یا اراده برای رفع مسئولیت لازم است، در حقوق مدنی نیز باید عدم سلامت اراده و رضایت، توسط کارشناس روان‌پزشکی و نظر دادگاه تأیید شود.

بر این اساس، تعیین مسئولیت در بیماران DID نیازمند انجام بررسی‌های تخصصی روان‌پزشکی، نوروسایکولوژیک و مصاحبه‌های بالینی دقیق است. ابزارهایی مانند SCID-D یا آزمون ۲MMPI می‌توانند به افتراق بین اختلال واقعی و تمارض کمک کنند. همچنین مطالعات تصویربرداری عصبی از فعالیت مغز نیز شواهدی در تفاوت عملکردی بین هویت‌های مختلف ارائه کرده‌اند. در صورتی که اثبات شود فرد در زمان وقوع رفتار مجرمانه یا زیان‌بار، تحت سلطه‌ی هویتی فاقد اراده آزاد یا قوه تمییز کافی قرار داشته است، می‌توان مسئولیت وی را منتفی دانست. اما اگر هویت مزبور، دارای شعور و اراده بوده و به‌صورت فعال و آگاهانه رفتار را مرتکب شده باشد، مسئولیت حقوقی همچنان پابرجاست.

در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که اختلال هویت گسسته، برخلاف جنون، به‌صورت مطلق و کلی مانع مسئولیت کیفری یا مدنی نمی‌شود. شرط اصلی رفع مسئولیت، اثبات علمی و قضایی زوال قوه تمییز یا اختیار در زمان وقوع جرم یا فعل حقوقی است. مسئولیت حقوقی در این بیماران، تابع شرایط ذهنی هویت حاکم در لحظه انجام رفتار است، نه صرف ابتلای کلی به اختلال. از این رو، تصمیم‌گیری در این زمینه باید مبتنی بر تلفیق دانش حقوق و روان‌پزشکی، و با نگاه فردمحور و مصداق‌محور انجام شود؛ چرا که عدالت در گرو شناخت دقیق روان انسانی و شرایط ذهنی فاعل است، نه اتکا به مفروضات کلی و غیرعلمی.

منابع

الف) منابع فارسی :

۱. اردبیلی، محمدعلی. (۱۳۸۹). حقوق جزای عمومی، چاپ ۲۳، بنیاد حقوقی میزان.
۲. نوربها، رضا (۱۳۸۷)، زمینه حقوق جزای عمومی، چاپ ۲۳، تهران انتشارات گنج دانش.
۳. گلدوزیان، ایرج (۱۳۹۷)، محشای قانون مجازات اسلامی، چاپ ۸، تهران، انتشارات مجد.
۴. صلاحی، جاوید (۱۳۸۹)، بزهکاری اطفال و نوجوانان، چاپ ۸، تهران، بنیاد حقوقی میزان.
۵. رهامی، محسن (۱۳۸۱)، رشد جزایی، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، شماره ۵۸.
۶. صادقی، محمد (۱۳۹۶)، نقش اختلالات روانی در مسئولیت کیفری، فصلنامه دانش انتظامی سمنان، دوره هفتم، شماره ۲۵.
۷. علیمردانی، آرمین، رایجیان اصلی، مهرداد، واحدی، مصطفی، خانی، میرحامد (۱۳۹۶)، نقش اختلال‌های روانی منجر به رفتار مجرمانه بر درجات مسئولیت جنایی، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۵، شماره ۱.
۸. میرسعیدی، سید منصور (۱۳۹۰)، مسئولیت کیفری، چاپ سوم، تهران، انتشاران میزان.
۹. افشارمنش، فاطمه (۱۳۹۷)، تاثیر اختلالات روانی بر مسئولیت کیفری مجرمان جرائم درجه یک، مجله بین المللی پژوهش ملل، دوره چهارم، شماره ۳۹.
۱۰. عمید، حسن (۱۳۸۹)، فرهنگ فارسی جیبی، تهران، راه رشد.
۱۱. خردمند، علی، غفاری‌نژاد، علیرضا (۱۳۸۸)، گزارش یک مورد اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلال چند شخصیتی) متعاقب واکنش سوگواری بیمارگونه، مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۵، شماره ۳.

ب) منابع انگلیسی

12. Thigpen, C. H., and Cleckley, H. (1954). A case of multiple personality. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 49, 135–151. doi: 10.1037/h0057795
13. Gharaibeh, N. (2009). Dissociative identity disorder: time to remove it from DSM V? *Curr. Psychiatry* 8, 30–36.
14. Ozturk, E. (2021). Trauma based alliance model therapy. *Med. Sci.* 10, 631–650. doi: 10.5455/medscience.2021.03.100

15. Ozturk, E., and Sar, V. (2016). Formation and Functions of Alter Personalities in Dissociative Identity Disorder: A Theoretical and Clinical Elaboration. *J. Psychol. Clin. Psychiatry* 6:385. doi: 10.15406/jpcpy.2016.06.00385
16. Loewenstein, R., and Putnam, F. (1990). The clinical phenomenology of males with DID: a report of 21 cases. *Dissociation* 3, 135–143.
17. Pollock, B. E., Macfie, J., and Elledge, C. (2017). Evidence for phase based psychotherapy as a treatment for dissociative identity disorder comorbid with major depressive disorder and alcohol dependence. *J. Trauma Dissociation* 18, 595–609. doi: 10.1080/15299732.2016.1241853
18. Costabile T, Bilo L, De Rosa A, Pane C, Saccà F: Dissociative identity disorder: restoration of executive functions after switch from alter to host personality. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2018, 72:189. 10.1111/pcn.12630 13. Orlof W, Rozenek E
19. Orlof W, Rozenek EB, Waszkiewicz N, Szewczak B: Dissociative identity (multiple personality) disorder in Poland: a clinical case description and diagnostic difficulties. *Postep Psychiatr Neurol.* 2021, 30:213-8. 10.5114/ppn.2021.110804
20. Modesti MN, Rapisarda L, Capriotti G, Del Casale A: Functional neuroimaging in dissociative disorders: a systematic review. *J Pers Med.* 2022, 12:1405. 10.3390/jpm12091405
21. Lotfinia S, Soorgi Z, Mertens Y, Daniels J: Structural and functional brain alterations in psychiatric patients with dissociative experiences: a systematic review of magnetic resonance imaging studies. *J Psychiatr Res.* 2020, 128:5-15. 10.1016/j.jpsychires.2020.05.006
22. Gentile JP, Dillon KS, Gillig PM: Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innov Clin Neurosci.* 2013, 10:22-9.
23. Bremner JD, Wittbrodt MT: Stress, the brain, and trauma spectrum disorders . *Int Rev Neurobiol.* 2020, 152:1-22. 10.1016/bs.irn.2020.01.004
24. Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, treatment, and clinical challenges. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 413–435.
25. Brand, B. L., Classen, C. C., Lanius, R. A., Loewenstein, R. J., McNary, S. W., Pain, C., ... & Putnam, F. W. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 646–654.
26. Greene, R. L. (2011). *The MMPI-2: An interpretive manual.* Allyn & Bacon.
27. Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed.).

28. Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.
29. Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2006). Functional brain imaging of dissociative identity disorder: A PET study. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 449–453.
30. Rogers, R. (2008). *Clinical assessment of malingering and deception (3rd ed.)*. Guilford Press.
31. Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. American Psychiatric Press.
32. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*.
33. Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 646–654.
34. Dell, P. F. (2009). The phenomena of pathological dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 226–239). Routledge.
35. Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (Eds.). (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge.
36. Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2006). Functional brain imaging of dissociative identity disorder: A PET study. *British Journal of Psychiatry*, 189, 449–453.
37. Kabene, S. M., Balkir Neftci, N., & Papatzikis, E. (2022). Dissociative identity disorder and the law: Guilty or not guilty?. *Frontiers in Psychology*, 13, 891941