وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم

كلية الحقوق والعلوم السياسية المرجع: .....

قسم: القانون العام

مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الماستر:

علاقة المرض العقلي بالإجرام

ميدان الحقوق و العلوم السياسية

الشعبة : حقوق التخصص : قانون طبي

من إعداد الطالب(ة) : تحت إشراف الدكتورة:

عبد الرحمان لامية زعيمش حنان

أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ(ة) .....**دوادي**..... رئيسة

الأستاذ(ة) .....**زعيمش حنان**.....مشرفة

الأستاذ(ة) .....**طواولة أمينة**..... مناقشة

السنة الجامعية : 2023/2022

تاريخ المناقشة: 26/06/2023

الإهداء

إلى نور الهداية .....، و معلم البشرية – المبعوث هذا و رحمة للعالمين سيدنا محمد عليه الصلاة و السلام

على من قال تبارك و تعالى فيهم " و اخفض لهما جناح الذل من الرحمة و قل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا "

إلى جدتي جدي رحمهما الله في رحمته

إلى القلب الدافئ و الصد الرحب .... إلى من ضحت بشبابها من أجل سعادتي فكانت مثلي في التضحية و الوفاء .... إلى من أعطتني بدون سؤال و هونت علي المحال .... إلى من الجنة تحت أقدامها بركت يا آماه

.... إلى من أوقد أصابعه شموعا لتنير الطريق ... إلى مرشدي و معلمي .....على من أفتخر بحمل إسمه و أطمح أي نهج دربه تحياتي إليك يا أبي

إلى زوجي و قرة عيني الذي ملئ حياتي نورا و سعادة و أضاء طريقي بتقديم الإرشاد و النصائح بالخير و الفضيلة لوصول إلى ما أتمنى

إلى من غمروني بعطفهم و جنانهم فحصدوا من التقدير و الإحترام ... إلى أغلى ما أملك في الوجود إخوتي في الله مريم و أخواتي في أبي و أمي حفظهم الله و رعاهم

إلى كل إنسان آمن بربه و اعتز بوطنه و ترسخت فيه المثل العليا و أحب العلم

إلى طاقم كلية الحقوق و العلوم السياسية بجامعة مستغانم

بعد شكر الله عز وجل على نعمته العقل والصحة

أتوجه بخالص الشكر وتقدير إلى أستاذة " "

لقبولها على الإشراف علينا ودعمها وتوجيهاتها القيمة جزاها الله خيرا شكرا.

أوجه شكر إلى من دعمني وعلمني الصبر وكان لي قدوة حسنة

شكرا أبي على الدعم والتحفيز.

شكرا لأمي التي سهرت الليالي على راحتي بلا ضجر ولا عتاب.

مقدمة

مقدمة:

يعتبر المرض العقلي من القضايا الاجتماعية الهامة والحساسة التي يواجهها المجتمع. هو أيضا بالرغم من أهميته، من المواضيع التي لم تعنى بالدراسة والبحث الكافيين ؛ خاصة في سباق التحولات الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية التي تؤثر تأثيرا قويا على حيوية وتطور الأفراد في المجتمع وعلى قدرات اندماجهم. والتي غالبا ما تؤدي إلى تنامي ظواهر اجتماعية أخرى ترتبط بشكل أو بآخر بوضعيات المرض مثل :الهشاشة الاجتماعية والوصم.

إن الوصم الاجتماعي والتمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من أمراض معينة، ليس بالظاهرة الجديدة، فلقد وجدت على مر العصور وفي كل المجتمعات. يخبرنا التاريخ والأدبيات المتنوعة حول هذه الظاهرة، التي أصبحت تشكل اليوم حقيقة راسخة وظاهرة اجتماعية بامتياز، أن ظهور مرض ما غالبا ما يكون مصحوبا بشعور بالرفض تجاه المرضى داخل المجتمع . حيث عاني المرضى من النبذ، العزل والاستبعاد الاجتماعي وحتى القتل، كما هو الحال بالنسبة لمرض الجذري والجذام، الصرع والايدز والسرطان.

" لقد ظلت ظاهرة الإعاقة العقلية تشغل بال الإنسان منذ فترة طويلة، تميزت عبر العصور بكثرة التساؤلات والخلافات الحادة نحو أسبابها، كيفية تحديدها والتعامل معها، وهي لا تزال لحد الساعة محاطة بجملة من الصور السلبية والغموض المثير للحيرة داخل المجتمع". كما لا يزال الأشخاص المصابين بأمراض عقلية يعانون من الإقصاء الاجتماعي، الإهمال، المعاملة الوحشية وسوء ولكن ربما ما يميز وصم الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية عن الجماعات الأخرى التي يحتمل أن تكون مهمشة، كالأشخاص الذين يعانون من التشوهات أو الإعاقات الجسدية أو الأقليات العقلية مثلا، هو أنهم ليس لديهم صوت ولا من يحمل عنهم مطالبهم في مجابهة كل أشكال التمييز والإقصاء التي يتعرضون له. فهم من بين أكثر الجماعات تهميشا في المجتمع ، ولقد صنفت منظمة الصحة العالمية الصحة العقلية، بأنها "أهم العقبات التي يجب التغلب عليها وتجاوزها في المجتمع"

و تنتشر الاضطرابات العقلية بدرجات متفاوتتة و مختلفة من الشدة و الكثافة ، لدرجة يندر أن يوجد من بيننا من هو حال تماما من كافة هذه الاضطرابات.

إن تاريخ الأمراض النفسية و العقلية يوضح لنا التطور و التقدم الذي لاحق هذا الفرع من الطب في الآونة الأخيرة، فبعد أن كانت الأمراض النفسية و العقلية شرا مستطيرا، و سيطرة من أرواح خبيثة، و عمل من أعمال الشيطان و كأنها من صنع قوى خارقة أوجدتها، فكأنها حدثت نتيجة لسخط الآلهة، أو إذا تم الشفاء منها و زالت، فإنما يكون البرء منها نتيجة لرضا تلك الآلهة.

و بعد أن كان المرضى يحرقون أحياءا في الشوارع، نظرا لتلوثهم بهذه الأرواح الشريرة، فكان ينظر إليهم أحيانا أنهم أناس مغضوب عليهم من الآلهة، و لهذا فكثيرا ما كانوا يقتلون، تخلصا منهم و من الشياطين التي تلبستهم ، أو كان ينظر إليهم بوصفهم أناسا منبوذين، أما المحظوظين منهم ممن كانوا يكابدون حالات الجنون أخف وطأة، فكانوا يحاطون بالرعاية ومن مظاهر تلك الرعاية أنهم كانت تخلع عليهم الألبسة المزركشة، و تزين هاماتهم بأكاليل الغار.

بعد كل ذلك تطور هذا الفرع من الطب تدريجيا، في القرن الخامس قبل الميلاد عندما جاء أبو قراط و قال:" ليكن معلوما أن المخ يحتوي مناطق محددة هي مواطن اللذة و الانشراح و المرح و الميل إلى اللهو من جهة، ومن جهة أخرى فإنه يحتوي على ما هناك من حزن و أسى ، و أنه بسبب ما يتعرض له الدماغ أحيانا من أعطاب، يقع بعض الناس فرائس في شراك الجنون، و الهذيان، و ما يتعرض له الإنسان من مؤثرات و مخاوف تؤرقه ليل نهار، و مصدر كل ذلك ما يصيب الدماغ من خلل.

و مع تقدم أدوات و وسائل القياس النفسي،و كذا الطب النفسي و أدوات التشخيص العلمية الدقيقة، أصبح من الممكن التمييز بين الشخص السوي المعافى و الشخص المريض عقليا،

بعدما نجح علماء النفس في وضع معايير ثابثة ، تميز بين المرض و الدواء ،كما تحدد الاضطراب الذي يعاني منه الشخص.

و بناءا على ما سبق، تتضح أهمية معالجة تأثير الاضطرابات العقلية على السلوك الإجرامي و إشكالية بحثنا :

ما هي حدود تأثير الاضطرابات العقلية على السلوك الإجرامي ؟

ما مفهوم المرض العقلي ؟

لملامسة هذه الإشكاليات نتناول الموضوع في فصلين نخصص الأول لتحديد ماهية المرض العقلي ، أما في الفصل الثاني فسنتناول حدود تأثير مختلف الاضطرابات العقلية على السلوك الإجرامي.

أهداف الدراسة :

ليس من شأن هذا ابحث أن يتناول مشكلة السيكوباتية على إطلاقها فإن هذه المشكلة كما أسلفنا متعددة الجوانب، وليست الناحية الاجتماعية فيها بأكثر خطراً أو أهمية من الناحية الشخصية أو السيكولوجية، وإن كانت هذه الناحية الاجتماعية، لطبيعة العوامل المشتركة فيها، هي التي وجهت النظر إليها وأثارت الاهتمام بها وأحاطتها بكل هذه العناية التي ظهرت آثارها في السنوات الأخيرة في البحوث المتعددة التي أجريت عليها.

ومن الواضح أن السيكوباتي إنسان سيئ التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، وي كثير من الأحيان يظهر سوء التكيف منذ الصغر، فإلام يشير هذا ؟ أيشير إلى أن جبلة السيكوباتي.. جبلته الجسمية والغدية والمزاجية هي المسئولة عن سوء تكيفه، أم يشير إلى أن المراجع هو بيئته، أو يشير إلى شيء غير هذا وذاك؟ وفي حالات أخرى قد تقرب أعراض السيكوباتية من حدود المرض العقلي أو الاضطراب النفسي أو النقص الذهني، فهل للسيكوباتية علاقة علية محتمة بتلك الحالات، أم أنها على الرغم من ذلك حالة خاصة مستقلة لها سماتها المميزة؟ ثم ما هو مصير السيكوباتية: أيرجي للسيكوباتي أن يتحرر يوما ما من نزواته وأن يعود إلى التكيف مع المجتمع، أم أنه سيظل أبدأ أسير نطاقه الضيق عبد أهوائه وبدواته؟ إن دراسة

الرجع السيكوباتي لا يمكن أن تتم إلا على ضوء الدراسة الدقيقة للتكوين الشخصي والظروف البيئية عند السيكوباتيين، فإن ذلك يعين على فهم الاضطراب، كيف ينشأ وما مداه، ولم يعوق صاحبه عن التكيف المناسب مع المجتمع، وماذا يمكن أن يعمل لإصلاح هذا التكيف، ثم قد يعين بعد ذلك على أن نقف من المشكلة موقفاً وقائياً إيجابياً يكون من شأنه العمل على منع هذه الحالات من التكون كلما تيسر أفراد الفريقين معاً، يرجع الفضل فيما تكشف لي من أمر السيكوباتية وما بلغت من استبصارها.

منهج الدراسة :

العلم معرفة منظمة لموضوع معين، ووسيلة العلم في تحصيل هذه المعرفة هي المنهج العلمي، وتختلف العلوم تبعاً لاختلاف موضوعها ولكنها جميعاً تلتقي عند المنهج العلمي الذي يفصل بين حقائق العلم وبين المحاولات العشوائية غير المنظمة لاكتساب المعرفة، وللمنهج العلمي شرائط يجب أن يوفاها، تتلخص في هذه الخطوات الثلاث المتعاقبة.

1 .ملاحظة الظواهر المختلفة التي تقع في نطاق التجربة وجمعها.

2 .تنظيم الحقائق المختلفة التي كانت موضع الملاحظة وتصنيفها.

3 .استنباط قوانين عامة شاملة تنتظم هذه الحقائق وتفسرها وتسمح بالتنبؤ المستقبل وفقاً لها.

وليست القوانين العلمية في ذاتها من الظواهر الطبيعية ولكنها استنباط العقل البشري لتفسير الظواهر التي تعرض له بنظام خاص، وهي معاني مجردة كل صدقها في تفسير حقائق التجريب والمشاهدة.

ويختلف المنهج إلى حد ما يحسب مدى العلم من التعقد، فهو في العلوم الرياضية قياس عقلي لا يكاد يعتمد على التجربة (وإن كانت العلوم الرياضية المثال الأعلى للعلوم القياسية والعلوم التجريبية)، ولكنه في العلوم الطبيعية يعتمد إلى حد كبير على التجريب إلى جانب ما يعتمد على القياس العقلي.

أما في علوم الأحياء فإن خصائص الظواهر الجديدة المشاهدة في ميادين هذه العلوم وتنوعها تقتضي توسيع المنهج التجريبي، ثم تزداد هذه الحاجة وضوحاً.

إذا انتقلنا إلى علم النفس وما يدخل في ميدانه من مختلف الظواهر العقلية والنفسية للإنسان، إذ يصبح تطبيق المنهج التجريبي كما هو معروف ف العلوم الطبيعية عاجزا عن تفسير تلك الظواهر، لأنه إذا كان سلوك الإنسان هو الإفصاح عن شخصيته فإننا لا نستطيع أن نخضع السلوك الإنساني، بما فيه من عوامل متشابكة معقدة، لدقة المنهج التجريبي وصلابته بدون أن نخرج بالتجربة عن صدق التصوير للمواقف الحقيقية التي تعمل على دراستها. هذا فضلا عن تعذر استحداث مواقف الحياة المختلفة أثناء التجريب بدقة وأمانة، حتى ان المجرب ليلجأ كثيراً، لتبسيطه لموقف معقد إلى استعمال نوع من التنبيه ليس مما يصادفه الفرد في حياته اليومية عادة.

الفصل الأول : ماهية المرض العقلي

الفصل الأول :

إن ظاهرة المرض العقلي توجد في كافة المجتمعات وعلى مختلف المستويات والطبقات، وهذه الظاهرة في ازدياد مستمر كما تشير الكتابات المختلفة في هذا الموضوع وترجع أسباب هذه الظاهرة إلى تعقدها وزيادة متطلباتها وتغير أسلوب الحياة تغيرا واضحا ظهر في اتساع العلاقات الاجتماعية وتشابكها وتغاير أشكالها إلى درجة كبيرة مما أفقدها كثيرا من صفة الكل المتكامل، وأصبحت الحياة الإنسانية خليطا معقدا من المثيرات والمواقف، أدخلت الفرد في تفاعلات كثيرة متنوعة ومتغايرة تضمنت العديد من التحديات المعيشية والضغوط الاجتماعية مما عرضه لأشكال مختلفة من الإحباط والصراع وكان من نتيجة ذلك أن أصبح التوتر والقلق يسيطران بصورة أو بأخرى على الكثير من الأفراد ودخولهم في دائرة المرض العقلي الذي سنتناوله في هذا الفصل بالتعرف على ماهيته وأسبابه وأعراضه وتصنيفاته.

المبحث الأول : مفهوم المرض العقلي :

للمرض العقلي تعريفات عديدة و أسباب كثيرة تؤدي لحدوثه و في هذا المبحث سوف نلقي مفهوم عام لهذا المرض و أسباب الإصابة به و أعراض الناتجة له.

المطلب الأول : تعريف الإضطربات العقلية

1-تعريف المرض:

للمرض معاني مختلفة تختلف باختلاف الأفراد فهو يشمل على نواتج طبية واجتماعية والمرض في اللغة هو من فسدت صحته فضعف، أو هو من به نقص أو انحراف، أو كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال[1].

المرض حادث اجتماعي، لأنه يظهر في مواقف اجتماعية فحسب، بل إن جذوره قائمة في بنية الجماعة نفسها، ولا يمكن تفسيره إلا في الإطار الثقافي الذي يبدو فيه .[2]

2-تعريف الإضطرابات العقلية :

يمثل مفهوم "الإضطراب العقلي" شبكة من الافتراضات التي تم تشريعها من قبل العلاج النفسي ذاته.

حيث يرغب العديد من المرشدين والمعالجين النفسيين في التمييز بشكل واضح بين ما يقومون به وبين ممارسات وافتراضات الطب النفسي التقليدي. ومع ذلك، كلما وصف العلاج النفسي بأنه "علاج"، واعتبر العميل "مريض"، ويتم التشبث بمفهوم المرض العقلي. ويتجذر مفهوم "المرض العقلي في الثقافة الأوروبية وفي أمريكا الشمالية، حيث من الواضح أن المرشدين والمعالجين النفسيين على دراية بما يعنيه هذا المفهوم وما الذي يفعلونه من خلاله.

[1] المدخل الإجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية,أميرة منصور يوسف ،الإسكندرية مصر : دار المعرفة الجامعية, 1997ص 26

[2] محاضرات في علم النفس الإجتماعي محي الدين مختار الجزائر [الجزائر] : ديوان المطبوعات الجامعية, 1982ص313

ويمكن العثور على نقد منهجي لمفهوم "المرض العقلي" في كتابات المحلل النفسي توماس زاسز Szasz (1961)[1] الذي ناقش ما تم وصفه وتسميته "بالمشكلات الحياتية" كأعراض مستعارة "لمفهوم المرض العقلي". ورأى من خلال قول الشخص: بأنه يشعر ويقوم بنمط سلوكي معين لما نطلق عليه مفهوم أو مصطلح "اكتئاب"، ينطوي على عدم قدرته على العمل، ويحتاج للمساعدة من قبل الآخرين.

وكأن الاكتئاب يشبه حالة مرضية الحصبة. لكن القياس، أو الاستعارة، في الحالات المرضية البيولوجية لها حدود صارمة جداً. ولا تشبه "مشكلات الحياة اليومية"، فالاكتئاب كمرض ليس كالحصبة نتيجة لاختلافهما في نواح عديدة منها: أن الاكتئاب لا يمكن الوقاية منه عن طريق التطعيم، كما أن سببه البيولوجي غير معروف، وهلم جرا. ومن ثم يختلف اضطراب الاكتئاب تماما عن مرض الحصبة، حيث يمكن علاجه من خلال المحادثة (الإرشاد أو العلاج النفسي)، ولا يمكن التغلب على المرض البيولوجي بهذه الطريقة على الإطلاق. وإحدى النقاط الأساسية التي أشار إليها Szasz تكمن في أن استعارة المسميات تكون جذابة ظاهرياً بالنسبة للأمراض العقلية، لكنها تخفي أكثر مما تكشف، وتؤدي إلى الإرباك والغموض. ومع ذلك، فإن استعارة مفهوم "المرض العقلي" يسهل فهمه من قبل معظم الأفراد، ولقد ظلت هذه المفاهيم سائدة للتحدث بها عن "المشكلات الحياتية" في المجتمع الغربي منذ حوالي 200 عام.

فلماذا حدث ذلك؟ هناك عدد من الأسباب يمكن عرضها. السبب الأول: هو أن كثير من الأفراد يعتبرون أن كلمة "المرض" هي تفسيراً تقليدياً للسلوك المضطرب. فكثيرا ما ارتبط تفسير الضعف الأخلاقي من (الاستعارات الدينية) أو الضعف الوراثي من (الاستعارات الجينية) بالمناهج العقابية الشديدة لأولئك الذين يعانون من هذه الاضطرابات. كما أن هناك كثير من الأفراد يعتقدون بأن "المرض" العقلي ناتج عن أسباب بيولوجية وعلاجه سوف يتم اكتشافه فيما بعد وفي الوقت المناسب.

[1] Szasz, T.S. (1961) The Myth of Mental Illness. New York Hoeber-Harper.

وهناك أسباب سياسية إضافية لشيوع استعارة كلمة المرض، من خلال القول بأن "المشكلات الشخصية" تكون ناتجة عن أسباب فردية (كالأداء العقلي الخاطئ)، لصرف الانتباه عن المشاكل الناتجة عن عوامل اجتماعية، كالاضطهاد أو التمييز العنصري أو الفقر. فمن الأسهل والأكثر ملائمة للنخب السياسية تقديم إرشاد أو علاج لمتعاطي المخدرات بدلاً من ضمان حقوقهم المادية والاجتماعية التي أدت بهم إلي تعاطي تلك المخدرات. فعن طريق وصف شخص ما بأنه "مريض"، يعد مبرراً لاستخدام القيود الطبية والقانونية لتقييد حريته بحجة أنه "مريض" ولم يعد بإمكانه اتخاذ قرارات عقلانية، ويكون علاجه مطلوب " وإلزامي."

يوضح هذا النقد لمفهوم "المرض العقلي" بعض المبادئ المهمة لتحليل المفاهيم:

أولا: توجيه النظر في احتمالية أن تكون هذه المفاهيم قد نشأت في شكل استعارات (مقارنات تخيلية "تم مراجعتها" (وأصبحت "حقيقية").

ثانياً: من المهم دراسة الطريقة التي يتم بها استخدام المفهوم داخل المجتمع؛ وما هي الممارسات الاجتماعية التي دعمته وجعلته مشروعاً؟

ولقد تم دراسة العديد من الجوانب المكونة لاستعارة مفهوم "المرض العقلي" ،على سبيل المثال، قدم هالام 1994 Hallam (سردا رائعا للطريقة التي تم من خلالها بناء مفهوم "القلق" تاريخيا واستخدامه داخل المجتمع).

كما ناقش كل من ستيلز وشابيرو (1989) [1]الآثار المترتبة، على اعتماد نموذج طبي في مجال أبحاث العلاج النفسي، لما يسمى "استعارة المهدئات"، ففي كثير من الأبحاث، يتم دراسة العلاج النفسي كما لو كان دواء، حيث تركز الفحوصات على تأثير "جرعات مختلفة من الأدوية على الحالة المزاجية للعميل، أو إدراج "مكونات دوائية" جديدة مختلفة.

ويرى كل من ستيلز وشابيرو (1989) بأن النظر إلى العلاج بهذه الطريقة تؤدي إلى صورة مشوهة، لأنها تتجاهل المشاركة النشطة للعميل، وأهمية العلاقة العلاجية.

[1]Stiles, W.B. and Shapiro, D.A. (1989) Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research Clinical Psychology Review, 9, 521-43.

ويمثل تحليل المفاهيم محاولة للوصول لمعانيها من خلال النظر إلى المفهوم من أربعة جوانب هي:

كيف تطور معنى المفهوم مع مرور الوقت؛ والتفكير فيه باعتباره استعارة؛ ومقارنة معناه بمعاني المفاهيم المشابهة له؛ وملاحظة كيفية استخدامه حاليا من قبل الفئات الاجتماعية.

إن تقنية تحليل المفهوم تعد أداة قيمة، ولديها الكثير لتقدمه فيما يتعلق بتوضيح القضايا الأساسية المرتبطة بالتشابه والاختلاف بين العديد من نظريات العلاج التي تم وضعها ولكنها غير مستغلة في الإرشاد والعلاج النفسي المعاصر.

3-بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي :

1-المرض النفسي:

تعتبر الأمراض النفسية العصابية المسبب الأول والرئيسي في ظهور المرض العقلي إذ أن الحالات المتطورة من العصاب قد تدخل الفرد في مرحلة(الذهان)، والفرق الجوهري بين الأمراض العصابية و الأمراض الذهنية فرق في الدرجة والعمق والخطورة .والمرض النفسي كما جاء في التقرير السنوي لجمعية الطب النفسي الصادرة في سنة(1952)عبارة عن اضطرابات وظيفية في الشخصية)[1].

أي أن المرض النفسي اضطراب وظيفي في الشخصية لا يرجع إلى إصابة أو تلف في الجهاز العصبي، وإنما يرجع في الأساس إلى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية أو اضطراب علاقة الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه إلى غير ذلك من ألوان الخبرات المؤلمة التي تعرض لها الفرد في ماضي حياته وخاصة في طفولته المبكرة أما المرض العقلي فهو خلل شامل في الشخصية يعوق نشاط الفرد ذاتيا واجتماعيا. فالمرض النفسي ترجع أسبابه الأساسية إلى العوامل النفسية نتيجة القلق و ضغط النفسي. [2]

---

[1] الأمراض العصابية و الذهانية و الإضطرابات السلوكية ، فيصل محمد خير الزاد ، ، 1984 ، دار القلم / الإسكندرية ، ص 410

[2] الصحة النفسية بين النظرية و التطبيق، أشرف محمد عبد الغني محمد شريت ، محمد السيد حلاوة ، ، المكتب الجامعي الحديث ، الازاريطة – الإسكندرية ، 2002 ، ص 198.

2-المرض الجسمي:

هو ضعف في الجسم ينشأ من خلل في تكوين أعضائه أو أجهزته أو عن طريق عطب يلحق هذه الأعضاء فيفسد تكوينها الطبيعي ويجعلها عاجزة عن أداء وظائفها وبما أن كل التغيرات التي تحدث في الجسم لها علاقة بالعقل، فإن المرض في الجسم له علاقة بالعقل والمرض العقلي سببه عجز بعض المراكز العصبية العليا عن أداء وظائفها مع سلامة تكوينها وعدم إصابتها بعطب مادي والعكس[1]

3-المرض الاجتماعي:

وهو عدم القدرة على التكيف مع البيئة الخارجية وتتمثل في المشكلات الاجتماعية كالانحراف والإدمان وغيره[2]

المطلب الثاني: أسباب المرض العقلي :

أولا : أسباب المرض العقلي

لقد كان بعض علماء النفس يرجعون هذه الأمراض إلى العوامل الوراثية أو الصدمات العنيفة التي تصيب الإنسان في حياته ثم تبين لهم أنه ليس من السهل إرجاع هذه الأمراض إلى سبب واحد ذلك لتعدد وتفاعل وتشابك وتعقد وتداخل عوامل كثيرة داخلية في الإنسان (جسمية، نفسية) وخارجية بيئية(مادية، اجتماعية).

هذا التداخل جعل من الصعب الفصل بين العوامل المسببة للمرض وتحديد مدى أثر كل منها، ولم يعد يعتقد كما في السابق أن لهذه الأمراض سببا واحدا أو سببين، فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اعتلالها رهنا بحادثة واحدة أو صدمة واحدة .حيث أصبح من النادر إرجاع المرض إلى سبب واحد كالوراثة أو إلى صدمة نفسية ذلك أن اضطراب الشخصية ينجم عن تضافر عوامل عديدة فسيولوجيا وراثية أسرية نفسية اجتماعية ومادية...إلخ

---

[1] مشكلات الصحة النفسية، محمد جاسم محمد ، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان ، 2004 ، ص 112

[2] المدخل الإجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، أميرة منصور يوسف ، مرجع سابق ص 28

1-1الأسباب الوراثية

تتمثل في مجموع العوامل الوراثية والولادية التي يتعرض لها الجنين أثناء الحمل هذه العوامل تختلف من شخص إلى آخر من حيث درجة الحساسية والتأثر وكذا من حيث الحيوية وقوة الدوافع ودرجة احتمال الإحباط والتأزم والحرمان وقد دلت الدراسات التي أجريت على التوائم من بويضة واحدة في النمط الأصلي الوراثي(Génotype)أو من بويضة مختلفة على أن العوامل الوراثية تكون من بين العوامل المهددة للإصابة بالعصاب لكن أثرها في التمهيد للذهان يكون أعمق بكثير [1]

2-1الأسباب البيولوجية :

وهي في مجملها أسباب جسمية المنشأ أو عضوية تطرأ في تاريخ نمو الفرد ومن أمثلتها الاضطرابات الفسيولوجية واضطرابات وظائف الاستقبال الحسي وخلل الجهاز المركزي وإصابات الرأس وحدوث خلل في المخ وتلف خلاياه[2].

3-1الأسباب الاستعدادية:

ويقصد بها استعداد الفرد للإصابة بالأمراض العصابية ولو أن هذا الاستعداد لا يرجع إلى أسباب وراثية أي مساهمة العوامل البيولوجية في تكوين هذا الاستعداد، وقد اختلفت المدارس الفكرية حول هذا المضمون، إلا أنه يمكن أن يقال عن وجود العوامل الإستعدادية هو أن نشأة ردود الأفعال العصابية ترتبط بطبيعة تكوين الشخصية قبل العلة أو المرض ووجود سمات شخصية معينة مثل الحساسية المفرطة يؤدي أكثر إلى استهداف الفرد للانهيار العصبي إلا أنه من غير المؤكد أن يرجع هذا إلى عوامل وراثية، كما أن للأسرة دور في تنشئة الطفل بالاستعداد للإصابة بالأمراض النفسية، كما تؤكد الدراسات على أن نسبة حدوث العصاب مرتفعة في عائلات العاصبين أكثر منها في عائلات غير العاصبين[3].

---

[1] الأمراض النفسية ، عبد العلي الجسماني،ط 1 ،الدار العربية للعلوم ، بيروت – لبنان ،1998 ، ص 115.

[2] الوجيز في الأمراض العقلية و النفسية ، عبد الرحمن الوافي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، ين عكنون ، الجزائر 1999ص26 .

[3] الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية فوزي محمد جبل، الاسكندرية (مصر):المكتبة الجامعية 2000 غزة–المكتبة المركزية ص115

4-1الأسباب المعززة:

وهي الأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي مباشرة وتتضمن الخبرات التي تتوسط بين الطفولة والرشد كآثار البيئة التي تتركها المدرسة والصدمات الانفعالية والفترات الحرجة في حياة الفرد وأزمات المراهقة والاضطهاد الطويل والصبر عن الظلم أو خلافات عائلية أو إرهاق جسمي متواصل وضعف مستوى الطموح، هذه الخبرات المختلفة يلزم لها لكي تؤثر في الفرد أن يكون مهيأ للإصابة بالمرض لأنها بالرغم من عنفها وشدتها فهي لا تكفي وحدها لظهور المرض... لأن المرض ينتج عن تفاعل عوامل عديدة هذا ما عبر عنه فرويد حين قال:

" إن الاضطراب هو حصيلة تآمر بين كبت عنيف في الطفولة المبكرة مع إحباط شديد في عهد الرشد[1]".

ويمكن تصنيف العوامل إلى :الظروف التي تؤدي إلى استرجاع أو تقوية خبرات الطفولة المبكرة أثناء عمليات التنشئة الاجتماعية التي خلقت الصراع والقلق والإحباط لدى الطفل، الظروف التي تؤدي إلى إضعاف العمليات الدفاعية .الظروف التي تستلزم تقوية العمليات الدفاعية التي تفوق طاقة احتمال الفرد وتؤدي إلى الفشل في تحقيق الأهداف، أي أن المواقف الصعبة قد تولد الحاجة إلى سلوك دفاعي يرتفع إلى مستويات غير محتملة تثقل كاهل الفرد تؤدي إلى ترسيب ردود أفعال عصابية مثلا فقدان الذاكرة يعتبر وسيلة هروبية دفاعية من مواقف حرجة أو أعباء ليحتملها الفرد[2].

5-**1الأسباب النفسية** :وهي تلك الأسباب التي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة المبكرة وعدم إشباع الحاجات الضرورية الأساسية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية ومن أهم الأسباب النفسية الصراع، الإحباط، الحرمان، الخبرات السيئة، عدم النضج النفسي الانفعالي، التناقض الوجداني، الضغوط النفسية، مفهوم الذات السلبي وسوء التوافق الذاتي[3]، فالحالة المتطورة للاضطرابات النفسية تؤدي إلى الدخول في مرحلة المرض

---

[1] إجلال محمد يسرى ،علم النفس العلاجي ، ط2 ، عالم الكتب ، القاهرة ، 2000 ،ص 46

[2] فوزي محمد جبل ،الصحة النفسية و السيكولوجية الشخصية ، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ،2000، ص 117.

[3] عبد الرحمن الوافي ، الوجيز في الأمراض العقلية و النفسية ،ص 30.

العقلي وتكون نتيجة الصراع إذا تعارضت رغبات الإنسان وكان عليه أن يختار بينهما ولم يستطيع أن يرجئ إحداهما عن الأخرى[1].

6-1الأسباب البيئية: ويقصد بها البيئة الاجتماعية والوسط الاجتماعي الذي يحيط بالفرد أثناء تشكيل ونمو شخصيته وتكوين العلاقات والتفاعل الاجتماعي المضطرب خاصة في المجتمعات التي لا تتحكم في تطورها الحضري السريع، من أهم الأسباب التي تؤدي إلى عدم توفر القدرة النفسية على التوافق مع الحياة الاجتماعية والصناعية والاقتصادية..

ومنه يمكن القول بأن دراسة أسباب الأمراض العقلية تستند إلى النموذج الحيوي النفس واجتماعي (Biopsychosocial

ثانيا :صور الاضطرابات العقلية

1- الاضطرابات المستقرة:

1-1الضعف العقلي: هو حالة مرضية تصاحب الشخص منذ ولادته، و تتمثل في توقف ملكاته الذهنية عند حد معين دون مستوى النضج الطبيعي للعقل. و يطلق عليه أيضا التخلف العقلي. و له صورتان و هي:- العته: و فيه فئتين، الفئة الأولى لها ذكاء الحيوان، و الفئة الثانية لها ذكاء اقل من ثلاث سنوات.

1-2 البله: هو أدنى مستويات الذكاء. و للأبله مستوى ذكاء بين ثلاث سنوات و ست سنوات، ويمكن للأبله أداء بعض الواجبات الشخصية بنفسه: كالنظافة و المحافظة على نفسه من التعرض للضرر.

1-3الخلل العقلي(الجنون): يقصد به الاختلال الذي يصيب القوى الذهنية، و الذي يؤدي إلى انحراف نشاطها و يرد الأطباء هذا الخلل، إما لصدمات أو للارتجاج الدماغي، أو انفعالات شديدة، أو لبعض الأمراض مثل مرض الالزايمر، و لهذه الحالة عدة أشكال منها:الجنون العام، الجنون المتقطع، و جنون الإرادة.

[1] سلامة منصور عبد العال، نهى سعدي مغازي قضايا ومشكلات الرعاية الإجتماعية للفئات الخاصة، ج3 : رعاية ذوي الأمراض العقلية والنفسية / المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، 1998،ص191

ثانيا: الاضطرابات المتطورة :

1-2الاكتئاب : يكون الاكتئاب مصحوبًا في كثير من الأحيان بالقلق واليأس، والأرق، ومشاعر الذنب المبالغ فيها، وفقدان الشهية، والبكاء المتكرر، وانعدام الثقة بالنفس، والتأْنِيب المستمرّ لِلذَّات. وعند نشأة الاكتئاب (وهو عادة ما ينشَأُ في سنّ متأخّرة)، نجد أنَّ نشاط الشخص يَضْعُفُ ويبلد، وعلاقاته الاجتماعية تتقلَّص، ويتقوقَعُ الشخص على ذاته في خيبة أمل، وعجز، ويتجنب المكتئبون التعبير عن العدوان والكراهية، إمَّا بسبب شُعورهم الشديد بالذنب في التعامل مع الناس، أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدّي إلى رفضهم من قِبَل الآخرين، فهم أيضًا يخافون من الرفض الاجتماعي، ويهلعون منه هلعًا شديدًا، ويتصيَّدون رِضاء الناس، وينتهون بالرغم من هذا، أو بسبب هذا إلى إدانة الآخرين، وإدانة أنفسهم.

2-2الهوس:يصنف الهوس على أنه اضطراب عقلي (ذهني)، يتميز بالنشاط الزائد والمرح والغرابة ، ويكون الفرد مليئاً بالحيوية ، لا يكاد ينتهي من شيء أو عمل حتى يبدأ في الأخر . وقد يبدأ في عمل قبل أن ينتهي من الأول، وقد يصل نشاطه إلى درجة العدوان والتحطيم. وتميز أفكاره بأنها غير منتظمة، فهو ينتقل من فكرة إلى فكرة بسرعة دون داع، وتتميز لغته بالإغراق من التفاصيل التي ليس لها أهمية، وقد تظهر بعض الأعراض الثانوية، مثل القلق والشك واضطراب الوعي وقد تظهر في الحالات الشديدة الضلالات والهلاوس.

3-2 الفصام :الفصام العقلي أو الشيزوفرينيا Schizophrénie ، مرض ينتشر بين الشباب في الفترة من سن الثامنة عشرة والخامسة والعشرين ، لذا يسميه البعض" الجنون المبكر "ومن بين أعراضه اختلال التفكير، وبلادة الشعور وبرود الانفعالات. وعادة ما يكون المرض مصحوباً بهذيان أو هلاوس Hallucinations سمعية أو بصرية، فيتخيل المصاب به سماع أصوات أو رؤية أشياء أو أشخاص لا وجود لها في دنيا الواقع ، أو يتخيل أن هناك من يضطهده أو يتتبعه .[1]

[1] مجدي احمد محمد عبد الله، علم النفس المرضي، دراسة في الشخصية بين الاضطراب و السواء، دار المعرفة الجامعية،2000، ص 200

4-2البارانويا: أما جنون العقائد الوهمية، أو هذيان التفسير أو البارانويا Paranoïa ، فعادة ما يصيب الإنسان في منتصف العمر بين 25 و 40سنة .ومن أعراضه أن المصاب به تسيطر عليه أفكار معينة ومعتقدات خاطئة، بحيث يستحيل عليه التخلص منها .وتتنوع صور هذا المرض تبعاً لطبيعة هذه المعتقدات الخاطئة ، فهناك بارانويا الاضطهاد، حين يسيطر على المريض الشعور بأنه مضطهد من الغير . وهناك بارانويا العظمة الناشئة عن شعور المريض بأنه أحد العظماء أو الشخصيات التاريخية الهامة . وهناك أخيراً بارانويا الغيرة، التي تولد في المريض شعوراً بالأنانية والاستئثار، تجعله يغار بشدة على من يحب أو يتحمس ويتعصب بشدة لموضوع ما [1].

5-2الدهان الدوري:أما الذهان الدوري Dysthymie ، فيتمثل في نوبات مرضية متناقضة فيما بينها، يتأرجح خلالها المريض بين الهوس والاكتئاب، ويتمثل الهوس Manie في شعور المريض بالفرح والنشوة والزهو دون سبب، مصحوباً هذا الشعور بالضحك والثرثرة دون مراعاة الآداب العامة، وخلال هذه النوبة ينتاب المريض حالة من الهياج الشديد والإثارة تجعله مندفعاً وغضوباً ويقل لديه الضمير الأخلاقي ويختل تكفيره وذاكرته.[2]

ويعقب هذه الحالة من الهوس حالة اكتئاب سوداوية Sentiment de frustration تعرف بالميلانخوليا Mélancolie يتميز المريض بها – خاصة في فترات الصباح الباكر – بالتشاؤم والقلق والحزن الشديد المبهم وغير المبرر . كما ينتابه حالة تشتت فكري وشعور بالقهر والإهمال من الغير ، وشعور دائم بالذنب والعار وعدم القدرة على التفسير الصحيح للأمور.

[1] المرجع السابق نفسه ، ص 205

[2] المرجع السابق نفسه، ص 207.

ثالثا :الأعراض العامة للمرض العقلي

الأعراض العامة للذهان شديدة إذا ما قورنت بأعراض الأمراض العصابية فأبسط أعراض الأمراض العقلية هو توقف صورة أو أكثر من صور النشاط الإنساني واعقدها تلك المتمثلة في أنماط الشذوذ، وتقف جميع صور النشاط الإنساني ومن هذه الأعراض العامة ما يلي : اضطراب النشاط الحركي، فيبدأ البطء والجمود والأوضاع الغريبة والحركات الشاذة وقد يبدو زيادة في النشاط وعدم الاستقرار والهياج والتخريب، تأخر الوظائف العقلية تأخرا واضحا، واضطراب التفكير، بوضوح فقد يصبح ذاتيا وخياليا وغير مترابط، ويضطرب سياق التفكير و تذبذب الأفكار أو تأخرها والمداومة والعرقلة والخلط والتشتت وعدم الترابط ويضطرب محتوى التفكير فتظهر الأوهام مثل أوهام العظمة أو الاضطهاد أو الإثم...، ويظهر اضطراب الفهم بشدة وعادة ما يكون التفاهم مع المريض صعبا واضطراب الذاكرة والتداعي وتظهر أخطاء الذاكرة كثيرا واضطراب الإدراك ووجود الخداع و الهلوسات بأنواعها البصرية والسمعية والشمية والذوقية و اللمسية والجنسية، ويلاحظ اضطراب الكلام وعدم تماسكه ولا منطقيته فقد يكون سريعا أو بطيئا واضطراب كمه بالنقصان أو الزيادة واضطراب محتواه، حيث يصبح في بعض الأحيان لغة جديدة خاصة، ويشاهد ضعف البصيرة أو فقدانها مع انفصال كامل عن الواقع وعدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون معه وقد يرفضه[1] اختلال الجانب الانفعالي لدى المريض العقلي، وتبدو في صورة تغيرات انفعالية متطرفة، وتفقد طابعها وتتسم بعدم الثبات الانفعالي وتختل الانفعالات كالتالي : الإسراف الزائد في التشاؤم واليأس والقنوط، قد يؤدي به هذا إلى الانتحار .يبدو المريض العقلي في صورة فرح وسرور زائد دون أي سبب معروف مما يثير انتباه المحيطين به، الثوران والغضب لأتفه الأسباب مع

[1] د حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي علم النفس والاجتماع ،ط1 ،1997 ، القاهرة ،ص 529.

اضطرابات وجدانية متكررة من الانشراح المفرط[1] ، يتصف المريض العقلي بالتبلد وعدم الثبات الانفعالي فلا يحدث أي انفعال إذا ما واجه الموافق التي تثير الانفعالات وذلك لعدم استجابته

للمؤثرات الخاصة بالغضب أو الخوف الحزن أو الفرح أو عدم سيطرته على انفعالاته لأنه لا يملك القدرة على الثبات الانفعالي نتيجة المشاعر الثائرة و القلقلة[2].

المبحث الثاني : الفرق بين المرض العقلي و الأمراض الأخرى

لكل مرض تصنيفه المغاير عن مرض آخر و هنا سوف نبرز أهم الفروقات بين المرض العقلي و الأمراض الأخرى.

المطلب الأول :الفرق بين الأمراض العقلية والنفسية[3]

لا يوجد حد فاصل بين الأمراض العقلية والنفسية، وذلك لأن كلا منها يؤثر في الآخر، فقد يتحول مرض نفسي مثل الوسواس القهري أو الاكتئاب إلى مرض عقلي والعكس صحيح، الأمر الذي جعل علماء النفس يميلون إلى إطلاق اسم الاضطرابات النفسية لتشمل الأمراض النفسية والعقلية، لكن بعض المتخصصين يميزون بين الأمراض النفسية والعقلية، على أساس أن الأمراض النفسية منشؤها وظيفي أما الأمراض العصبية فمنشؤها خلل في الجهاز العصبي المركزي.

يوضح الدكتور أحمد إسماعيل أستاذ الطب النفسي، الفارق بين الاثنين قائلا إن المرض العقلي مرتبط باضطرابات أو عطل في خلايا أو كيمياء المخ، وفي هذه الحالة يكون مرضا عقليا "أوليا" في حين أنه يمكن أن يكون المرض العقلي تابعا أو ثانويا، بمعنى أن يكون الشخص لديه مرض عضوي مثل الكبد أو السرطان يؤثر على خلايا المخ فيصيبه بمرض عقلي.

[1] فوزي محمد جبل ، الصحة النفسية و السيكولوجية الشخصية، مرجع سابق ص 195.

[2] حسن منسي ، الصحة النفسية ، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان ، 1998 ، ص 87

[3] مقال لدكتور اسماعيل الفرق بين الأمراض العقلية والنفسية ، يوم 19-05-2023 ، 19:14

وأضاف أستاذ الطب النفسي "بينما المرض النفسي هو اضطراب وجداني يرتبط بالمشاعر والمزاج والنظرة للحياة."

ويختلف المريض العقلي عن النفسي من حيث إدراكه لواقع مرضه والتعامل معه، ويؤكد دكتور إسماعيل أن المريض النفسي مستبصر بذاته وبمرضه، أي أنه يدرك أنه مريض ويسعى أحيانا لطلب العلاج، بينما المريض العقلي لا يدرك تلك الحقيقة ولا يصدق أنه مريض، بل يعتقد أن من يطالبه بالعلاج هو المريض، مضيفا "علاج المريض العقلي صعب جدا حتى لو أخذه أهله للعلاج فإنه لن يتقيد بتعليمات الطبيب خاصة ما يتعلق بالدواء، والمشكلة أن الأمراض النفسية والعقلية تحتاج إلى وعي تام من أهالي المرضى ومن المرضى أنفسهم لأن علاج المرض العقلي أو النفسي يحتاج إلى مداومة على استخدام الدواء فقد تطول المدة إلى ستة أشهر أو سنة، وربما بعض الأمراض العقلية مثل الشيزوفرينيا قد تستغرق فترة العلاج العمر كله."

ويتطلب المرض العقلي علاجا دائما ومتواصلا من أجل السيطرة على الوضع ووقف تدهور الحالة، كما يؤكد دكتور إسماعيل، في حين أن المرض النفسي، عادة، لا يتطلب إعطاء أدوية للمريض.

المطلب الثاني :أهم الفروق بين الاضطرابات العصابية و الأمراض العقلية [1]

1-1الشخصية:

في الاضطرابات العصابية يكون هناك تغيير بسيط (إن وجد) و تظل الشخصية متماسكة ، بينما في الاضطرابات الذهانية اكتساب عادات وتقاليد وسلوك مختلفة يؤدي إلى تغيير جذري في الشخصية التي يمكن ان تتدهور في معظم الحالات المزمنة..

[1] مدونة د/ جمال عبد العاطى محمد حلمى ،الفرق بين الاضطرابات العصابية (الأمراض النفسية) والاضطرابات الذهانية (الأمراض العقلية) 18:51 2023/05/21

2-1الصلة بالواقع:

في الاضطرابات العصابية تكون الصلة بالواقع سليمة بينما في الاضطرابات الذهانية تضطرب الصلة بالواقع اضطراباً بالغا فيكون المريض بعيدا عن الواقع ويفشل في التكيف مع المجتمع والبيئة الواقعية ويخلق لنفسه عالما وهميا يتعايش معه ويكون ذلك نتيجة لاضطراب التفكير (التفكير التوهمي)

3-1السلوك العام:

يظل السلوك ضمن الحدود الطبيعية أو المقبولة اجتماعيا في الاضطرابات العصابية ، بينما في الاضطرابات الذهانية يكون هناك اضطراب واضح في السلوك من انطواء وعزلة عن الناس والمجتمع وإهمال الذات والعمل وتصرفات غير طبيعية وغير مقبولة اجتماعيا.

4-1اضطراب المزاج والعاطفة:

اضطراب طفيف في الاضطرابات العصابية بينما اضطرابات كمية ونوعية شديدة في الاضطرابات الذهانية.

5-1اضطراب التفكير:

قليل إن وجد في الاضطرابات العصابية مثل الوسواس وعدم القدرة على التركيز، بينما في الاضطرابات الذهانية يكون هناك اضطراب كيفي وكمي في التفكير.

6-1الضلالات والهلاوس:

لاتوجد في الاضطرابات العصابية بينما غالبا ما توجد في الاضطرابات الذهانية.

7-1الاستبصار بالمرض:

يكون سليما في الاضطرابات العصابية حيث يحضر المريض بنفسه يعاني ويشكو بينما في الذهاني لا يشعر المريض بمرضه ويحضر عن طريق الأهل.

الإدراك للزمان والمكان والأشخاص.

سليم في العصاب ويضطرب في الحالات الذهانية المتدهورة.

2- الفرق بين الذهان والشخصية السيكوباتية[1]

عادةً ما يتم استعمال مفاهيم" الذهان "وصاحب الشخصية" السيكوباتية "في المجتمعات بشكل متبادل على الرغم من أنهما يرتبطان بمشاكل عقلية مختلفة، فإن الشخص الذي يعاني من **الذهان** أو الهوس أو الاضطراب العقلي هو الشخص الذي يعاني من انفصاله عن الحقيقة، أما صاحب الشخصية **السيكوباتية** هو الشخص الذي لا يمكنه الشعور بالآخرين بالإضافة لامتلاكه للصفات السابقة، كما أن غالبًا ما يعد الذهان عارضًا لحالة أخرى، أما **السيكوباتية** تعد صفة شخصية، وفيما يأتي ذكر لصفات الشخص الذي يُعاني من مرض **الذهان** :مواجهة صعوبة في التحدث أو التفكير بطريقة يراها الآخرون معقولة؛ حيث يؤدي المرض إلى رؤية أو سماع أو شعور أشياء غير موجود مواجهة الأوهام؛ أي تصديق أشياء غير حقيقية ارتباط حالة الذهان بحالة نفسية أخرى كالاكتئاب أو القلق أو اضطراب في النوم الشعور بالخوف والانسحاب من الآخرين والتوقف عن الشعور بالخوف والانسحاب من الآخرين والتوقف عن الاهتمام.

[1] دكتور محمد حسن غانم ،اضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، ، مكتبة الأنجلو المصرية، 2014

خلاصة الفصل :

الاضطرابات العقلية هي مجموعة من الأعراض المركبة القابلة للتحديد من الناحية العيادية. وقد دخل مفهوم الاضطرابات النفسية اللغة الاختصاصية النفسية والطبية النفسية من دون أن يكون معرفاً بدقة، ومن دون تفريق دقيق بينه وبين مفهوم المرض، بهدف تجنب استخدام المرض الطبي التقليدي الذي يعني بالتحديد الخلل الحاصل في مجرى العمليات الحيوية القابل للبرهان موضوعياً، والذي يعود إلى أسباب محددة بدقة

على الرغم من إشارة الأبحاث العلمية إلى العديد من الأسباب التي تقف خلف الإصابة بالأمراض العقلية، إلا أن أسْباب هذه الأمراض مازالت غير مفهومة بصورة كاملة، فمثلا تحدث بعض الأمراض نتيجة لبعض إصابات الدماغ، وبعضها نتيجةً لعدم التوازن الكيميائي في الدماغ، والأخرى تُسبِّبُها بعض العوامل البيئيّة مثل المرور بطفولة معذبة شقية، أو المعاناة من كرْبٍ عاطفيّ شديد ، وقد تحدث بعض هذه الأمراض نتيجة لتضافر أكثر من سبب من هذه الأسباب.

الفصل الثاني :المرض العقلي و آثره على السلوك الإجرامي

الفصل الثاني:

تمثل مشكلات اضطراب الشخصية النفسية والعقلية سبب من أكبر أسباب اندفاع بعض المرضى نحو ارتكاب الجرائم حيث تكون عدوانية نحو المجتمع وهذا يعني أن المرض النفس (العصاب) وهو اضطراب في الشخصية يبدو في صورة أعراض نفسية أو جسمية مثل القلق والوساوس والخوف الشديد والشكوك التي لا أساس لها, أو قد يظهر المرض النفسي في شكل حدوث شلل لعضو بدون أن يكون له سبب عضوي, ومن أشهر الأمراض النفسية الهستيريا والوسواس والرهاب و هذا ما سنتناوله في هذا الفصل .

المبحث الأول : ماهية السلوك الإجرامي.

السلوك الإجرامي مصطلح واسع له أسباب و عوامل تؤدي إليه و في هذا المبحث سوف نتحدث عن مفهوم السلوك الإجرامي و العوامل الدافعة إليه.

المطلب الأول:مفهوم السلوك الإجرامي و العوامل الدافعة نحوه

أولا- مفهوم السلوك الإجرامي

السلوك الإجرامي هو : الفعل أو الأفعال التي تصدر من شخص والتي يعتبرها القانون جريمة يجب العقاب عليها ، فهو السلوك المادي الذي يظهره الشخص الى حيز الوجود ، والذي يعاقب عليه القانون باعتباره سلوكاً مجرماً يجب العقاب عليه[1].

والسلوك الإجرامي من أهم عناصر الركن المادي ، ذلك لان الركن المادي لا يتحقق إلا بتوفر السلوك الإجرامي فلا جريمة بدون سلوك مجرم ، ويتمثل السلوك الإجرامي في الفعل من المادة (19) من قانون العقوبات العراقي رقم (111) لسنة 1969 بقولها (الفعل كل تصرف جرمه القانون سواء كان ايجابياً أم سلبياً كالترك أو الامتناع ما لم يرد نص على خلاف ذلك)[2]

ثانيا :العوامل الدافعة نحو السلوك الإجرامي

إن السلوك الإجرامي سلوك إنساني ينشأ داخل المجتمع ويرتبط به وجوداً أو عدماً، هذا وإن السلوك الإنساني بشكل عام والسلوك الإجرامي بشكل خاص لا يمكن إرجاعه إلى عامل أو مجموعة عوامل محددة بذاتها بمعنى أن العوامل الدافعة نحو السلوك الإجرامي هي عوامل عديدة ولكنها تصنف تحت عنوان العوامل الداخلية والعوامل الخارجية وأياً كان نوع هذه العوامل فإنّها مرتبطة بالجاني لتكون حافزاً لاتخاذ السلوك الإجرامي المضاد للمجتمع ونظراً لتعدد هذه العوامل فسوف أتناول أهمها وكالآتي:

[1].د . محمود محمود مصطفى ، قانون العقوبات القسم العام ، ط 10 ، القاهرة ، 1983 ، ص266

[2] د . ماهر عبد شويش الدرة ، الأحكام العامة في قانون العقوبات ، جامعة الموصل ، 1990 ، ص188 .

1-العوامل الداخلية

قد تكون العوامل التي تدفع النية نحو السلوك الإجرامي عوامل داخلية وهذه العوامل قد تكون أصلية ويراد بها الصفات والخصائص التي تتوافر في الشخص منذ ولادته مثل الوراثة ونوع الجنس أو قد تكون عارضة أي تلك الصفات والخصائص التي اكتسبها بعد الولادة مثل المرض العضوي[1], ومن أهم هذه العوامل نذكر:

الفرع الأول : الوراثة والسلالة

1-1 الوراثة:

يراد بالوراثة انتقال الصفات والخصائص من السلف إلى الخلف عبر الجينات, هذا وقد اختلف علماء الوراثة حول تحديد دورها كدافع نحو السلوك الإجرامي إلى أكثر من اتجاه الاتجاه الأول أنكر على الوراثة دور الدافع المولّد للنية الإجرامية على اعتبار أن السلوك الإجرامي إنما هو نتيجة العوامل البيئية المحيطة بالمجرم وحدها دون غيرها، أما أصحاب الاتجاه الثاني فقد أيدوا دور الوراثة كدافع للنية نحو السلوك الإجرامي واستندوا في رأيهم إلى عدة طرق علمية وجدوا من خلالها إن الإجرام يمكن أن يورث ومن أهم هذه الطرق طريقة المقارنة بين المجرم والإنسان البدائي وأبرز القائلين بذلك لو مبروز والذي يرى أن السلوك الإجرامي يورث من خلال الصفات البدائية, وطريقة دراسة تاريخ عائلة المجرم من خلال المقارنة بينها وبين العائلات التي لا ينتمي إليها المجرمين وكذلك طريقة دراسة التوائم حيث وجدوا أنها تتفق في النزعة الإجرامية وان وضعوا في بيئتين مختلفتين[2].

أمّا أصحاب الاتجاه الثالث فإنهم يرون عدم تجريد الوراثة من دورها ولكن الذي يورث هنا ليس السلوك الإجرامي وإنما الإمكانية أو الاستعداد الإجرامي والذي يقصد به احتمال سابق يتضمن قوة داخلية تتضافر معها مجموعة من القوى الخارجية فيعبر الاستعداد الإجرامي عن نفسه بصورة سلوك إجرامي وبذلك يكون علماء الوراثة قد أبرزوا دور الاستعداد الإجرامي

---

[1] د.عبد الرحمن توفيق أحمد: دروس في علم الإجرام, دار وائل للنشر, عمان, 2006, ص29.

[2] د.عمار عباس الحسيني: مبادئ علميّ الإجرام والعقوبات, دار التميمي, العراق, 2012, ص 162

المورث كدافع للنية نحو السلوك الإجرامي متى ما ساهمت معه عوامل خارجية أخرى ساعدت على تنبيه وإيقاظ هذا الاستعداد لنقله من حالة السكون إلى حالة الحركة.[1]

هذا ويؤيد الباحث أصحاب الاتجاه الثالث لكونه لم يأخذ بنظرية العامل الواحد وإنما بتعدد العوامل والمتمثلة بالاستعداد الإجرامي وأثر العوامل الخارجية المحيطة به.

2-1 السلالة:

يراد بالسلالة أنها وراثة عامة يشترك بمقتضاها مجموعة كبيرة من الناس سواء كان ذلك في الصفات الداخلية أو الخارجية بمعنى أن الوراثة هنا لا تقتصر على لون البشرة والشعر وطول القامة وتناسب أعضاء الجسم ولكنها تشمل كذلك نوع السلالة ومدى الاستجابة إلى المؤثرات الخارجية ومن ذلك يتضح أن كل سلالة تتميز بنمط من الشخصية مختلف عن غيره.[2]

ويثار لدى علماء الإجرام سؤال حول مدى صلة السلالة بالسلوك الإجرامي، بمعنى آخر هل تعد السلالة دافع داخلي يوجه النية نحو السلوك الإجرامي؟

يرى علماء الإجرام أن مجرد الانتماء إلى سلالة معينة لا يعني انه سبب للإجرام أو لوقوع نوع معين من الجرائم لأنه في كل سلالة كما هو الحال في كل جماعة بشرية توجد الفضيلة والرذيلة الخير والشر فضلاً عن ذلك لا يوجد في العلم شيء قاطع يثبت بأنّ هناك سلالات أو أجناس تتميز عن غيرها في الإجرام من حيث النوع والكمية لكن يرى العلماء أنه يمكن أنْ يكون للسلالة دوراً في الإجرام إذ تعرضت إلى ظروف معيشية سيئة بحيث يكون لها أثر في تكوين شخصياتهم والتحكم في نوازعهم وسلوكهم ومثال ذلك إن ارتفاع معدل السلوك الإجرامي لدى السود عن البيض في الولايات المتحدة الأمريكية لا يمكن أن ننسبه إلى كونهم سلالة متميزة بتكوين بيولوجي خاص يدفعهم نحو الجريمة أكثر من غيرهم وإنما الدافع الحقيقي وراء

[1] د.فتوح عبد الله الشاذلي: أساسيات علم الإجرام والعقاب, منشورات الحلبي الحقوقية, بيروت, 2007, ص115.

[2] د.سعد حماد صالح: مبادئ علمي الإجرام والعقاب, دار النهضة العربية, القاهرة, 2008, ص125.

هذا السلوك الإجرامي هي الظروف السيئة التي تحيط بهم من الناحية الاقتصادية والاجتماعية بحيث تجعلهم محرمون من فرص الحياة الملائمة ومن ثم المساهمة الكاملة داخل المجتمع فضلاً عن مظاهر التمييز العنصري.[1]

الفرع الثاني : السن ونوع الجنس

يتأثر السلوك الإجرامي من الناحية الكمية والنوعية بالسن ونوع الجنس وخاصة إننا نعلم أن الإنسان خلال حياته يمر بمراحل عمرية مختلفة وان كل مرحلة من هذه المراحل يكون لنوع الجنس تأثير على السلوك الإجرامي وخاصة عندما يصادف تغيرات داخلية من الناحية التكوينية وظروف بيئية محيطة تساعد على ذلك[2].

وبذلك فإنّ السن ونوع الجنس متى ما تهيأت لهما هذه الظروف قد يكون ذلك دافع للنية نحو السلوك الإجرامي وهذا ما سوف أوضحه وكالآتي:

يُقسّم الباحثون في علم الإجرام عمر الإنسان إلى عدة أقسام ولكن التقسيم الأكثر شيوعاً هو الذي يأخذ بالمراحل العمرية الأربعة وهي مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة أو الحداثة ومرحلة النضج وأخيرا مرحلة الشيخوخة وهذه المراحل كالآتي:

1-2 مرحلة الطفولة: تعد مرحلة الطفولة من المراحل العمرية المهمة في حياة الإنسان لأنه خلال هذه المرحلة يكون بحاجة إلى رعاية خاصة واهتمام كبير لكي ينمو في إطار ملائم من الظروف الاجتماعية والنفسية[3]

هذا وقد حدد قانون الرعاية الاجتماعية العراقي/ رقم 126 لسنة 1980 المعدل في (م32/ أولاً) المرحلة العمرية للطفل حيث نصت ((دور الدولة للأطفال: لرعاية الأطفال لحين إكمالهم السنة الرابعة من العمر وتطبق عليها الأحكام القانونية المتعلقة بدور الحضانة)) وبعد انتهاء هذه المرحلة تبدأ مرحلة جديدة يطلق عليها الصغير حيث حددت الفئة العمرية له في الفقرة الثانية

---

[1] د.عبد الرحمن توفق أحمد: دروس في علم الإجرام, مصدر سابق, ص49-50.

[2] د.بشير سعد زغلول: دروس في علم الإجرام, دار النهضة العربية, القاهرة, 2006, ص81.

[3] د.منتصر سعيد حموده: حماية حقوق الطفل, دار الفكر الجامعي, الإسكندرية, 2010, ص17. د.عبد المطلب عبد الرزاق:الحقوق المتعلقة بالطفل في الشريعة الإسلامية,دار الفكر الجامعي,الإسكندرية,2011, ص48

من (م32) لتبدأ من خمس سنوات لحين إكمالهم السنة الثانية عشر من العمر حيث نصت ((دور الدولة للصغار: لرعاية الصغار من السنة الخامسة لحين إكمالهم السنة الثانية عشر من العمر))[1].

هذا وتمتاز هذه المرحلة بقلة الجرائم المرتكبة من كلا الجنسين وذلك لعدة أسباب منها طبيعة التكوين البيولوجي إضافة إلى محدودية الوسط الاجتماعي فضلاً عن عدم القدرة على التمييز بين الخير والشر[2].

2-2 مرحلة المراهقة أو الحداثة: حدد المُشرّع العراقي بداية هذه المرحلة بتمام التاسعة من العمر حيث نصت (م3/ثانيا) من قانون رعاية الأحداث رقم 76 لسنة 1983 المعدل ((يعتبر حدثا من أتم التاسعة من عمره ولم يتم الثامنة عشر)), هذا وتمتاز هذه المرحلة بزيادة معدلات السلوك الإجرامي وتحديدا من قبل الذكور نتيجة التغيرات الداخلية سواء كانت من الناحية البدنية أو النفسية أو العقلية من جهة فضلاً عن تأثر الحدث بالعوامل الخارجية سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو ثقافية ولعل أكثر الجرائم وقوعا من الأحداث خلال هذه المرحلة جرائم الأموال كالسرقة بسبب ازدياد متطلبات الحدث وكذلك جرائم الإيذاء البدني كالضرب والجرح نتيجة ازدياد القوة البدنية فضلاً عن جرائم الاعتداء على العرض لنشاط الغريزة الجنسية في هذه المرحلة[3].

3-2مرحلة النضج: إن هذه المرحلة العمرية تمتد لفترة طويلة من حياة الإنسان إذ تمتد من إكمال الثامنة عشر إلى سن الخمسين وتعد هذه المرحلة من أخطر المراحل العمرية في حياة الإنسان من وجهة نظر علماء الإجرام نتيجة تأثر الإنسان بتغيرات داخلية من الناحية التكوينية فضلاً عن مؤثرات البيئة الخارجية[4].

---

[1] قانون الرعاية الاجتماعية العراقي رقم 126 لسنة 1980.

[2] د.بشير سعد زغلول: دروس في علم الإجرام, مصدر سابق, ص81.

[3] د.سليمان عبد المنعم: أصول علم الإجرام والجزاء, المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع, 1996, بيروت, ص330.

[4] د.محمد عبد الله الوريكات: أصول علمي الإجرام والعقاب, منشورات الحلبي, بيروت, 2009, ص161.

هذا ويكون للسن ونوع الجنس خلال هذه المرحلة أثر كبير على السلوك الإجرامي سواء من الناحية الكمية أو النوعية فبالنسبة إلى الجانب الكمي تمتاز هذه المرحلة العمرية بارتفاع معدلات الإجرام مقارنة بالمراحل الأخرى أما من الناحية النوعية فإنّ الجرائم المرتكبة خلال هذه المرحلة تتصف بتنوعها كجرائم القتل العمد والقتل الخطأ والشروع في القتل وجرائم الإيذاء البدني كالضرب أو الجرح وجرائم السرقة والاحتيال وخيانة الأمانة وجرائم الاعتداء على العرض وجرائم الرشوة والاختلاس والتزوير وغيرها, هذا ويكون لنوع الجنس دور في ارتكاب بعض الجرائم دون غيرها مثلا جريمة الاغتصاب التي تقع من قبل الذكور وجريمة الإجهاض التي تقع من قبل الإناث وكذلك أحيانا في جرائم الإيذاء البدني والسرقة باستعمال القوة أو الإكراه أو السطو المسلح فإنها تقع في الغالب من قبل الذكور لكون هذه الجرائم تتطلب قوة من الناحية البدنية[1].

4-2 مرحلة الشيخوخة: تبدأ هذه المرحلة بعد سن الخمسين حتى نهاية العمر[2], ونتيجة التغيرات التي تصيب جسم الإنسان مثل ضعف القوة البدنية والعقلية وانخفاض نشاط الغريزة الجنسية فإنّ دافع النية نحو السلوك الإجرامي يصبح محدود النطاق سواء من الناحية الكمية أو النوعية إذ تقل الجرائم التي تتطلب القوة البدنية أو قدراً من الذكاء كجرائم القتل والإيذاء البدني والاعتداء على العرض وجرائم السرقة بإكراه وكذلك جرائم النصب والاحتيال وغيرها ومع ذلك قد يستعين المجرم بوسائل أخرى لا تتطلب العنف كالقول والكتابة كما في جرائم القذف والسب[3].

مما تقدم ذكره نستخلص وجود علاقة بين السن ونوع الجنس وأثرها على السلوك الإجرامي وان هذا التأثير تختلف قوته من مرحلة إلى مرحلة أخرى خلال حياة الإنسان ولكن هذا لا يعني أن السن ونوع الجنس هما العامل الوحيد الدافع للنية باتجاه السلوك الإجرامي بل لا بد من أن

---

[1] د.محمد زكي أبو عامر: دراسة في علم الإجرام والعقاب, الدار الجامعية, 1982, ص141. د. فوزية عبد الستار: مبادئ علم الإجرام والعقاب, بدون مكان نشر , بدون سنة نشر, ص108.

[2] د.بشير سعد زغلول: دروس في علم الإجرام, مصدر سابق, ص84.

[3] د.سعد حماد صالح: مبادئ علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص160.

يتضافر مع هذا العامل عوامل أخرى كي ينتج أثره بالنسبة إلى السلوك الإجرامي سواء كانت هذه العوامل داخلية أو خارجية.

الفرع الثالث :التكوين العضوي والنفسي والعقلي

يقصد بالتكوين مجموعة الصفات والخصائص التي تصاحب الإنسان منذ ولادته أو تظهر عليه أثناء حياته ويتحلل هذا التكوين إلى[1]:

1-3 التكوين العضوي: يقصد بالتكوين العضوي الصفات الخلقية المتعلقة بشكل الأعضاء ووظيفتها هذا وقد ذهبت بعض النظريات إلى القول بوجود صلة بين شكل الأعضاء والسلوك الإجرامي[2], إلا ان الدراسات العلمية التي أجريت فيما بعد لم يثبت لها علمياً أن الشذوذ في الشكل الخارجي لجسم الإنسان قد يكون دافع للنية نحو السلوك الإجرامي[3], ولكن يمكن أنْ تقوم الصلة بين الخلل في وظائف الأعضاء والسلوك الإجرامي وخاصة الجهاز الغدي الذي له تأثير كبير على السلوك الإنساني لما يفرزه من مواد كيماوية تؤثر على الوظائف الحيوية للجسم وهذه الغدد عند علماء الطب تقسم إلى الغدد القنوية والغدد الصماء وبالنسبة إلى الغدد القنوية فإنها أما أنْ تكون داخلية مثل الغدة الدمعية والعرقية أو خارجية مثل الغدة اللعابية، أما الغدد الصماء فهي تلك الغدد التي تقوم بجمع موادها الأولية من الدم مباشرة ثم تحويلها إلى هرمونات لتعيدها بعد ذلك إلى الدم ثانية من دون الاستعانة بأوعية أو قنوات ومن أمثلة هذا النوع من الغدد الغدة الدرقية الموجودة بالرقبة والنخاعية الموجودة في مؤخرة الرأس والغدد التناسلية, هذا وقد نالت الغدد الصماء اهتمام علماء الإجرام لتأثيرها المباشر على عمل أجهزة الجسم وحالته النفسية وبالتالي فإنّ أي اضطراب في عملها فانه قد يدفع إلى السلوك الإجرامي[4].

---

[1] قسم الدراسات والأبحاث: دراسة موجزة في مادة علم الإجرام والعقاب, دار لاوى للنشر والتوزيع, الأردن, بدون سنة طبع, ص41.

[2] د.علي عبد القادر القهوجي, سامي عبد الكريم محمود: أصول علمي الإجرام والعقاب, منشورات الحلبي الحقوقية, 2008, ص49 وما بعدها

[3] د.عبد الوهاب حومد: نظرات معاصرة في علم الإجرام, مجلة الحقوق, جامعة الكويت, الكويت , العدد (4), 1999, ص33.

[4] د.أحمد ضياء الدين: الظاهرة الإجرامية بين الفهم والتحليل, مؤسسة الطوبجي, بدون سنة طبع, ص152. د.سعد حماد صالح: مبادئ علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص150.

2-3 التكوين النفسي: يقصد بالتكوين النفسي مجموعة العوامل الداخلية التي تساهم في التكوين النفسي للفرد كالوراثة والسن والتكوين البدني وما يصيب الفرد من أمراض فضلاً عن الظروف الخارجية التي تحيط بالبيئة التي يعيش فيها الفرد[1].

هذا وقد ذهبت بعض النظريات[2] إلى القول بوجود صلة بين التكوين النفسي للفرد والسلوك الإجرامي بمعنى أن التكوين النفسي دافع رئيسي نحو ارتكاب الجريمة.

4-2التكوين العقلي ((مستوى الذكاء)):

يعرف الذكاء بأنه مجموعة من العمليات التي يجريها العقل والتي من خلالها نستطيع أنْ نحدد قدرة الشخص على انتهاج سلوك معين يتوافق مع الظروف البيئية المتغيرة[3], هذا وقد اختلف العلماء حول تحديد مدى الصلة بين الذكاء والسلوك الإجرامي ففي بداية القرن التاسع عشر كان الاعتقاد السائد لدى الباحثين أنّ هنالك علاقة بين نقص الذكاء والسلوك الإجرامي حيث اعتبروه عاملاً دافع للنيه نحو الجريمة لكن هذا الاعتقاد أثبت عدم صحته لان الدراسات العلمية أثبتت عدم وجود فوارق بين مستوى ذكاء المجرمين مقارنة بمستوى ذكاء الأفراد العاديين[4].

وهذا يعني أن علاقة الذكاء بالسلوك الإجرامي تأخذ شكلين الأول علاقة مباشرة بين الذكاء والسلوك الإجرامي حيث تتطلب الجرائم المرتكبة هنا قدراً من الذكاء عند ارتكابها كما في جرائم التآمر ضد الدولة والجرائم الاقتصادية وجرائم التزييف والتزوير والنصب، أما الشكل الثاني فيمثل العلاقة غير المباشرة بين الضعف العقلي والسلوك الإجرامي حيث لا تتطلب الجرائم

[1] قسم الدراسات والأبحاث: دراسة موجزة في مادة علم الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص42.

[2] د.رجب عبد الحميد: أسس علم النفس الجنائي والقضائي, مكتبة سلسبيل, 2010, ص46 وما بعدها.

[3] د.بشير سعد زغلول: دروس في علم الإجرام, مصدر سابق, ص88.

[4] د.فتوح عبد الله الشاذلي: أساسيات علم الإجرام والعقاب, مصدر سابق, 143

المرتكبة هنا قدرا أو مستوى معين من الذكاء كما في جرائم التسوّل والسب والفعل الفاضح العلني والسرقات البسيطة وغيرها[1].

نستنتج مما تقدم أن لمستوى التكوين العقلي أثر على نوع الجرائم المرتكبة هذا من جهة ومن جهة أخرى أنّ الضعف العقلي من الأسباب الدافعة نحو الإجرام متى ما اقترنت معه عوامل أخرى سواء كانت داخلية أو خارجية.

هذه أهم العوامل الداخلية الدافعة نحو السلوك الإجرامي فضلاً عن وجود عوامل أخرى[2].

2- العوامل الخارجية:

إذا كانت العوامل الداخلية تتعلق بذات المجرم فإنّ العوامل الخارجية تتعلق بطبيعة الوسط الخارجي الذي يعيش فيه المجرم وهذا الوسط يختلف من بيئة إلى أخرى مما يؤدي إلى اختلاف العوامل الخارجية الدافعة للنية نحو السلوك الإجرامي واستنادا لذلك ستنصب دراستنا على أهم هذه العوامل:

الفرع الأول :العوامل الطبيعية

يقصد بالعوامل الطبيعية مجموعة الظروف الجغرافية السائدة في منطقة معينة مثل حالة الطقس وتتابع الفصول ودرجات الحرارة وكميات الأمطار وطبيعة التربة وغيرها[3], ورغم تعدد هذه الظروف إلا أن علماء الطبيعة عملوا في نظرياتهم على التركيز على عامل المناخ كدافع إلى السلوك الإجرامي[4], حيث وجدوا أن هنالك علاقة وثيقة بين درجة الحرارة والجرائم المرتكبة سواء من الناحية الكمية أو النوعية فمثلاً إن الجرائم المرتكبة ضد الأشخاص مثل جرائم الإيذاء

[1] د.علي عبد القادر القهوجي, سامي عبد الكريم محمود, أصول علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص179. د.سعد حماد صالح: مبادئ علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص143

[2] د.عبد الرحمن توفيق أحمد: دروس في علم الإجرام, مصدر سابق, ص171. د.عمار عباس الحسيني: مبادئ علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص191.

[3] د.محمد عبد الله الوريكات: أصول علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق ,ص187 .

[4] المصدر نفسه, ص188 وما بعدها.

البدني وجرائم الاعتداء على العرض تزداد في الأماكن الحارة على اعتبار أن ارتفاع درجات الحرارة يجعل الجسم أكثر حيوية واندفاع بالإضافة إلى نشاط الغريزة الجنسية مما ينعكس أثره على السلوك الإنساني بشكل عام والسلوك الإجرامي بشكل خاص, أما في فصل الشتاء حيث تنخفض درجات الحرارة فتزداد الجرائم الواقعة على الأموال وتحديداً جريمة السرقة حيث الليل الطويل, من ذلك نلاحظ أنْ العلاقة بين الجرائم الواقعة على الأشخاص والأموال من جهة ودرجة الحرارة من جهة أخرى هي علاقة عكسية[1], وبذلك يكون عامل المناخ أحد العوامل الدافعة نحو السلوك الإجرامي متى ما اقترن بعوامل أخرى تهيأت لها الظروف المناسبة.

الفرع الثاني: العوامل الاقتصادية والاجتماعية

سوف أتناول العوامل الاقتصادية والاجتماعية كدافع للنية نحو السلوك الإجرامي وذلك كالآتي:

1- العوامل الاقتصادية:

تنقسم العوامل الاقتصادية الدافعة إلى السلوك الإجرامي إلى عوامل اقتصادية عامة وخاصة ويراد بالعوامل الاقتصادية العامة تلك العوامل التي تتعلق بالمجتمع بأسره ومن أمثلتها التطور الاقتصادي وحالة الكساد الاقتصادي والتقلبات الاقتصادية والرخاء العام وغيرها, أما العوامل الاقتصادية الخاصة فيراد بها تلك العوامل التي تتعلق بأفراد المجتمع كلا على حده ومن أمثلتها حالة الفقر أو الغنى والبطالة هذا وتشكل العوامل الاقتصادية سواء كانت العامة أو الخاصة,[2] دافع للنية نحو ارتكاب السلوك الإجرامي إلا أنه ليس العامل الوحيد أو الحاسم في ارتكاب هذا السلوك وإنما هو يساهم في ذلك متى ما تضافرت معه عوامل أخرى مساعدة ومن أهم الجرائم

[1] د.أحمد ضياء الدين محمد خليل: الظاهرة الإجرامية بين الفهم والتحليل, مصدر سابق, ص413. د.فتوح عبد الله الشاذلي: أساسيات علم الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص194.

[2] د.محمد زكي أبو عامر: دراسة في علم الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص168.

المرتكبة بسبب العامل الاقتصادي[1], الجرائم الاقتصادية والمالية مثل جرائم التموين وجرائم التهريب الكمركي بسبب قسوة الأعباء الضريبية المفروضة على الأفراد وجرائم التعامل بالنقد الأجنبي خارج النطاق الذي تسمح به قوانين النقد وكذلك الجرائم الواقعة على الأموال حيث يدفع الفقر والحاجة إلى ارتكاب العديد من هذه الجرائم كالسرقة والنصب وخيانة الأمانة لعجز الفرد عن إشباع حاجاته بالطرق المشروعة وكذلك الجرائم الواقعة على الأشخاص حيث يظن البعض خطأ أن هذه الجرائم ليس لها علاقة بالعامل الاقتصادي وهذا ظن غير صحيح لأن العامل الاقتصادي قد يكون دافع للنية لارتكاب هذه الجرائم مثل جريمة إجهاض الزوجة أو قتل الأطفال الحديثي الولادة خشية الإملاق وكذلك جريمة خطف أحد الأفراد لأجل الحصول على المال أو جريمة القتل بهدف الحصول على الإرث وغيرها وأيضاً من الجرائم المرتكبة بسبب هذا العامل جرائم الاعتداء على العرض سواء من قبل الأثرياء أو الفقراء فبالنسبة إلى الأثرياء قد تكون كثرة أموالهم دافع نحو إشباع ملذاتهم الشخصية بشكل غير مشروع كأن يكون ذلك عن طريق جرائم الزنا وفي نفس الوقت هو دافع لبعض الفتيات للمتاجرة بأعراضهن نتيجة المشاكل الاقتصادية.

فتكثر جرائم البغاء والفسق والفجور, أما الفقراء فقد يرتكبون هذه الطائفة من الجرائم أيضا بسبب سوء أحوالهم الاقتصادية لاسيما الشباب الذي لا تمكنهم أحوالهم المادية من الزواج. [2]

هذه كانت طائفة من الجرائم المرتكبة بسبب العامل الاقتصادي لكن هذا لا يعني أنه العامل الوحيد بل لابد من أنْ تتضافر معه عوامل أخرى.

---

[1] د. رؤوف عبيد: مبادئ علم الإجرام, دار الفكر العربي, القاهرة, 1974, ص134.

[2] العوامل الخارجية للسلوك الإجرامي, مقالة نشرت على شبكة الانترنيت على الموقع www.djelfa.com, 2013, ص7.
د.محمد عبد الله الوريكات: أصول علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص222.

2- العوامل الاجتماعية

لعل أهم العوامل التي يمكن أنْ تشكل بيئة اجتماعية دافعة للنية نحو السلوك الإجرامي هي الأسرة, المدرسة, العمل, الأصدقاء[1], وبالنسبة إلى الأسرة فإنها تمثل أول وسط اجتماعي في حياة الإنسان لذا تسمى بالوسط الاجتماعي المفروض وهذا الوسط إذا كان سويا نشأ الفرد بشكل سليم، أما إذا كان عكس ذلك فإنه يمكن أنْ يدفع الفرد إلى السلوك الإجرامي وأهم العوامل الدافعة إلى السلوك الإجرامي التفكك الأسري , فقدان أحد الأبوين أو غيابهما لفترة طويلة بحيث يؤثر ذلك سلبا على تربية الأبناء لاسيما الأم التي يكون لها دور أساسي في تربية الصغار فضلاً عن كثرة الشجار أو الإدمان على المسكرات والمخدرات أو المعاملة القاسية مما يدفع بالفرد إلى ارتكاب الجريمة[2].

أما المدرسة فتعد مؤسسة تربوية تمثل البيئة الاجتماعية الثانية بعد الأسرة وتسمى بالوسط العارض أو العابر ولكن هذه المؤسسة يمكن ان تكون عامل نحو ارتكاب الجريمة متى ما انحرفت عن دورها التربوي والتعليمي كأن تصبح مكان للإهمال وعدم الرعاية الصحية والقسوة الشديدة مما يؤدي إلى إصابة الفرد بالعقد النفسية وبالتالي انصرافه عن الدراسة للانضمام إلى الجماعات المنحرفة[3].

اما بيئة العمل فلها تأثير كبير في حياة الإنسان لأنه يشغل معظم وقته فيها فضلاً عن أن العمل يحدد المركز الاقتصادي بالنسبة إلى الشخص، لذا فإن هذه البيئة من الممكن أن تكون دافع للنية نحو الجريمة متى ما ساعدت ظروف العمل على ذلك سواء من حيث طبيعة المهنة أو عدم ملائمة المهنة للشخص أو الاتصال بزملاء السوء عن طريق العمل وكذلك عدم كفاية

[1] د. رؤف عبيد: أصول علم الإجرام, مصدر سابق, ص100.

[2] د.غني ناصر حسين: علم الجريمة, دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان, 2011, ص241 وما بعدها.

[3] Ph.Dr .Richard. M. Ryan and Edward .l.Deci :Intrinsic and extrinsic Motivations,contemporary educational psychology,New York, No. 25,2000,p.60.

الأجر المدفوع كل هذه الصور وغيرها يمكن أنْ تكون دافع للشخص باتجاه ارتكاب الجريمة[1], وأخيرا بيئة الأصدقاء وتمثل البيئة المختارة من قبل الشخص إلى حد كبير ولهذه البيئة تأثير كبير على شخصية الفرد من خلال ما يسودها من قيم ومبادئ فمثلاً إذا كانت تحترم القانون وتلتزم بأنماط السلوك الاجتماعي والقيم الفاضلة كان انعكاسها على سلوك الفرد بشكل حسن ولكن إذا حدث العكس أصبحت القيم المكتسبة سيئة, هذا وتدل الدراسات إلى أنّ العديد من أنماط السلوك الإجرامي سببها أصدقاء السوء[2].

هذه كانت أهم العوامل الاجتماعية التي يمكن ان تشكل دافع للنية باتجاه السلوك الإجرامي إذا تهيأت لها الظروف المساعدة على ذلك.

3-العوامل الثقافية والسياسية

هنالك تقارب بين العوامل الثقافية والسياسية على اعتبار أن طبيعة الثقافة التي تسود بلد ما يكون لها انعكاساً على طبيعة النظام السياسي السائد, أما عن دور هذه العوامل كدافع للنية نحو السلوك الإجرامي فهذا ما سوف أوضحه وكالآتي:

3-1 العوامل الثقافية:

للعوامل الثقافية أهمية كبيرة داخل المجتمع لأنّها تعمل على تهذيب النفوس وإنارة العقول إلا أن هذه العوامل قد تكون في ذات الوقت سلاح ذو حدين عندما تكون دافع للنية نحو السلوك الإجرامي ولعل أهم هذه العوامل هي التعليم, الدين, وسائل الإعلام, الانترنيت[3].

فبالنسبة إلى التعليم فله دور وقائي ضد الجريمة لا يمكن إنكاره لما يغرسه في نفوس المتعلمين من قيم اجتماعية وخلقية إلا أنه في ذات الوقت قد يكون عامل في ارتكاب الجريمة وخاصة إذا صادف لدى الفرد ميل أو استعداد إجرامي بمعنى أن التعليم ليس هو الدافع لارتكاب الجريمة، وإنما هو يسهل ارتكابها من خلال ما يوفره لدى المتعلم من معلومات أو

---

[1] د.سعد حماد صالح: مبادئ علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص 193

[2] د.محمد شلال حبيب: أصول علم الإجرام, المكتبة القانونية, بغداد, بدون سنة طبع, ص235 وما بعدها. د.فتوح عبد الله الشاذلي: أساسيات علم الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص261.

[3] د.عمار عباس الحسيني: مبادئ علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص 233

معارف أدبية أو علمية تساعده على ابتكار أساليب جديدة للإجرام أو في إخفاء معالم الجريمة ويكفي في هذا الخصوص أن نشير إلى أثر التعليم على التقدم العلمي في ارتكاب الجريمة كأن يكون عن طريق المحاليل الكيماوية أو الغازات السامة أو الأسلحة الحديثة فضلاً عن الأجهزة العلمية الحديثة التي تستخدم في ارتكاب بعض الجرائم مثل التزوير والتزييف والسرقة, أمّا الدين فهو في المقام الأول عقيدة روحية وقيم نبيلة تستقر في أعماق النفس تحث على الخير وتنهى عن الشر وبذلك يكون الدين عامل يقف ضد الجريمة وهذا أمر لا شك فيه مهما اختلفت الأديان السماوية ولكن الذي يحدث أحيانا ان يستغل الدين كغطاء من قبل بعض أصحاب النفوس الضعيفة لتمرير جرائمهم داخل المجتمع هذا من جهة ومن جهة أخرى قد يساء فهم الدين أحيانا فيتحول إلى تعصب أعمى يدفع الكثيرين إلى ارتكاب جرائم ضد الأشخاص والأموال كما في التعصب العقائدي والذي يراد به نشر أفكار عقيدة معينة على حساب عقيدة أخرى مما يؤدي إلى وقوع جرائم كالقتل إضافة إلى نشر الفتن الطائفية والحروب الأهلية بين أبناء البلد الواحد[1].

وبالنسبة إلى وسائل الإعلام فإنها تمثل مجموعة من الوسائل الفنية التي تساعد على نشر الأخبار والآراء والأفكار وغيره وهذه الوسائل قد تكون مرئية أو مسموعة أو مقروءة ولا يخفى ما لهذه الوسائل من دور في تثقيف الأفراد وتكوين وتوجيه الرأي العام إضافة إلى دورها السياسي من خلال مساعدتها للأفراد في مراقبة عمل السلطات العامة في الدولة ولكن على الرغم من أهمية هذه الوسائل إلا انها من وجهة نظر علماء الإجرام عامل غير مباشر قد يدفع نحو السلوك الإجرامي بواسطة المادة الإعلامية التي تتضمن القتل والعنف والجنس والسرقة وغيره بالإضافة إلى توافر الاستعداد أو الميل الإجرامي لدى المتلقي بمعنى أن وسائل الإعلام كانت بمثابة المنبه أو المثير للرغبات المكبوتة[2].

[1] د.علي عبد القادر القهوجي, د. سامي عبد الكريم محمود: أصول علمي الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص126, 136.
د.عبد الرحمن توفيق أحمد: دروس في علم الإجرام

[2] د.رؤوف عبيد: مبادئ علم الإجرام, مصدر سابق, ص 110

وفيما يخص الانترنيت فإنه اليوم من أهم الوسائل الإعلامية والثقافية نتيجة الخدمات المتعددة التي يقدمها سواء كانت المرئية أو المقروءة أو المسموعة إلا أنه في ذات الوقت سلاح ذو حدين إذا تم استخدمه بشكل سيء كأن يكون عن طريق الدخول إلى المواقع الإرهابية التي هدفها نشر القتل والتدمير أو المواقع الإباحية التي تعمل على نشر الجنس بين الشباب لنشر الانحلال الأخلاقي داخل صفوف المجتمع أو المواقع المتطرفة فكريا أو عقائديا كل هذه المواقع وغيرها عامل دافع للنية نحو السلوك الإجرامي[1].

2-3 العوامل السياسية:

إن الأنظمة الحاكمة أياً كان نوعها تمارس العمل السياسي على مستويين المستوى الأول يسمى بالسياسة الداخلية والتي تعمل من خلالها على تنظيم العلاقة بين النظام الحاكم والشعب أما المستوى الثاني فيسمى بالسياسة الخارجية والتي تعمل من خلالها على تنظيم العلاقة مع الدول الأخرى, وكلا النوعين يكون دافع للنية نحو السلوك الإجرامي إذا تهيأت الظروف المناسبة فبالنسبة إلى السياسة الداخلية لأي دولة بقدر ما تكون سياسة ديمقراطية مستقرة حريصة على تطبيق القوانين بالشكل الذي يحقق العدالة والمساواة بين الأفراد تكون نسبة الجرائم المرتكبة منخفضة وعلى العكس من ذلك إذا كان النظام السياسي الداخلي غير مستقر بين أطراف العلاقة السياسية فهذا يؤدي إلى ارتفاع نسبة الجرائم المرتكبة كجرائم القتل بالنسبة إلى الشخصيات السياسية المهمة في الدولة وجرائم تزوير نتائج الانتخابات وجرائم الفساد الوظيفي مثل الرشوة والاختلاس والتزوير وغيرها من الجرائم[2].

اما على صعيد السياسة الخارجية فالذي يهمنا هو حالة الحرب حيث تزداد نسبة الجرائم المرتكبة خلال هذه الفترة نتيجة الاضطراب الذي تحدثه حالة الحرب في أجهزة الدولة تحديدا الأجهزة الأمنية ومن الجرائم المرتكبة خلال هذه الفترة الجرائم العسكرية مثل العصيان والهروب من الخدمة العسكرية كذلك جرائم التموين وتهريب النقد وجرائم الإخلال بقواعد التصدير

[1] د. بشير سعد زغلول: دروس في علم الإجرام, مصدر سابق, ص156.

[2] قسم الدراسات والأبحاث: دراسة موجزة في مادة علم الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص35.

والاستيراد فضلاً عن جرائم الخيانة والتعامل مع دول معادية والتجسس وإلى غير ذلك من الجرائم التي تمثل الاستغلال السيئ للظروف والدافع إليها الرغبة في تحقيق الكسب السريع ولو كان ذلك على حساب مصلحة الوطن واستقلاله[1].

المطلب الثاني :.علاقة الأمراض العقلية بالسلوك الإجرامي :

الأمراض العقلية تشمل حالات التخلف العقلي باختلاف درجة الخلل العقلي سواء كان دوري أو دائم إلا أن الخلل العقلي بصفة عامة أشد خطورة من تخلف العقلي ويشكل عاملا إجراميا معتبرا في جرائم التعدي على الممتلكات والأشخاص وكذلك جرائم الآداب ، قد اهتم علماء الإجرام في فرنسا وأمريكا على وجه الخصوص بدراسة أثر التخلف العقلي في ظاهرة الإجرام فمنهم من خلص في النهاية إلى القول إن تواجد المتخلفين عقليا في الإجرام يقدر ب89% ، بذلك هناك علاقة متينة بين التخلف العقلي وظاهرة الإجرام ويفسرونها بكون المتخلف عقليا لا يدرك الحكمة من القانون ولا يقدر نتائج ما يترتب عن خرقه ونظرا لنقص ذكاءه يتعرض أكثر من غيره إلى الفشل في الحياة والاستغلال إلا أن البحوث حول التخلف العقلي والإجرام تتناقض من بلد لآخر. كما أن في الدراسات الحديثة تقلصت نسب ارتباط إلى حد متواضع ؛أما حالات الخلل العقلي فقد ارتبطت ببعض أنماط الجرائم فمصاب ب كاتاتونيا catatonie تنحصر جرائم في حالات التشرد وقد يؤذي بصاحبه إلى الانتحار ، أما مريض بارونيا paranoia قد يقبل على جرائم العنف أو جرائم السرقة والتخريب نتيجة لأفكار تسيطر عليه ،أما المصاب بالهوس قد تؤدي بصاحبها إلى ارتكاب جرائم العنف والمساس بأملاك الغير والشذوذ الجنسي بينما المصاب بالاكتئاب قد يرتكب صاحبها جرائم القتل [2]أما المريض العصبي حيث تكون الإصابة على مستوى الجهاز العصبي فيلحق اضطراب وظيفي والمختصين يجدون صعوبة في تعامل مع هذه الحالات أكثر منها عند المختلين عقليا ،فمصاب بالهستيريا Hystérieعادتا ما يرتكب صاحبه جرائم السرقة المرضية

[1] د. محمد زكي أبو عامر: دراسة في علم الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص171؛ د. فتوح عبد الله الشاذلي: أساسيات علم الإجرام والعقاب, مصدر سابق, ص236.

[2] مكي دردوس.(2005)،الموجز في علم الإجرام ،ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر(ط.2) ،ص102،104

Cleptomanie ،قذف الغير والإبلاغ الكاذب وشهادة الزور، أما المصاب بالنوراستينيا Neurasthenie يعيش حالة تشرد عرضتا لجرائم الدعارة والشذوذ الجنسي، المصاب بالصرع الخطر يكون في الفترات التي تسبق النوبة أو تليها بقليل في هذه الحالة التي يسميها العلماء الصرع النفسي كثيرا ما يقتحم صاحبها المنازل وهو لا يشعر ويهتك الإعراض ويهدد الأرواح ويرى لومبروزو في الصرع عاملا مهما من عوامل الإجرام فمن خلال الملاحظة الدقيقة لحالة أحد الجنود الذي كان يعاني من نوبات صرع خلال إحداها قام بقتل مجموعة جنود وعلى هذا الأساس قام بإضافة فئة المجرم الصرعي إلى تصنيفه للمجرمين. [1].

[1] عبد الرحمن محمد العيسوي.(2008).الذكاء والجريمة: دراسة في علم النفس الجنائي .الإسكندرية: منشورات الحلبي الحقوقية. ص101

المبحث الثاني : المسؤولية الجنائية و دورها على المرضى العقليين

لقد شرع الله تعالى في ديننا الإسلامي حقوق وواجبات وعقوبات لمن أغفل عن القانون ، و هنا سوف نلقي الضوء على مفهوم المسؤولية الجنائية و آثارها على المرض العقلي.

المطلب الأول: مفهوم المسؤولية الجنائية و آثرها على المرض العقلي

1- :تعريف المسؤولية الجنائية :

لغة : يقصد بالمسؤولية بوجه عام : حال أو صفة من يسأل عن أمر تقع عليه تبعته : يقال أنا بريء من مسؤولية هذا العمل . وتطلق أخلاقيا على التزام الشخص بما يصدر عنه قولا أو عملا . وتطلق قانونا على الالتزام بإصلاح[1]الخطأ الواقع على الغير طبقا للقانون

التعريف التشريعي : تعتبر المسؤولية الجنائية من النظريات الأساسية في قانون العقوبات وعلى الرغم من أهميتها فقد أغفل القانون رسم معالمها، سواء في القانون الجزائري أم في القانون المقارن واكتفى بالإشارة في نصوص متفرقة إلى بعض أحكامها، وأغلب هذه النصوص يتعلق بموانع المسؤولية،[2] أما شروط المسؤولية فلم تعالجها النصوص مما يقتضي الوقوف على مدلولها في الفقه.

التعريف الفقهي: هناك تعريفات عديدة للمسؤولية الجنائية، فيعرفها البعض بأنها استحقاق مرتكب الجريمة العقوبة المقررة لها ، وتتعلق هذه المسؤولية بفاعل أخل بما خوطب به من تكليف جنائي فحقت عليه العقوبة المقررة لحماية هذا التكليف[3] ، أو أنها واجب مفروض على الشخص بالإجابة على نتائج فعله لإجرامي من خضوع للعقوبة المقررة قانونا[4]، أو أنها التزام قانوني

---

[1] المعجم الوجيز : مجمع اللغة العربية، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم 1414 هـ - 1993 م، ص 299 .

[1] محمد علي سويلم : المسؤولية الجنائية في ضوء السياسة الجنائية، دار المطبوعات الجامعية الإسكندرية، 2007 ، ص 9

[3] - GARRAUD : Precis de Droit Criminel, 13eme ed , 1921 , N° 76, P 181.

[4] STEFANI (G) LEVASSEUR (G) et BOULOC (B) : Droit pénal Général, 16eme ed , 1997 , N° 368, P 292

يقع على عاتق الجاني بتحمل العقوبة المقررة للجريمة التي ارتكبها [1].وهناك من يعرف المسؤولية الجنائية بأنها: صلاحية الشخص لتحمل الجزاء الجنائي المقرر للجريمة التي ارتكبها[2]. "

2-اثر المرض العقلي فى المسؤولية الجنائية

1- الأمراض العقلية العضوية

وتنشأ عن علة عضوية تصيب أحد أجزاء الجهاز العصبي كالمخ، مما يؤدي إلى اختلال في وظائفه[3] ، ومن أشهرها الذهان، وهو ما يطابق المعنى القانوني والاجتماعي لكلمة جنون[4]، ويسمى أيضا بالذهان العضوي psychose organique وهو مرض عقلي ذو منشأ عضوي عصبي أو فيزيولوجي يرتبط بتلف جزئي أو كلي في الجهاز العصبي [5]، فينطوي على اضطراب عقلي خطير واختلال عميق في الشخصية، يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي، ومن أهم مظاهره الجنون والصرع.

1-1 البند الأول : الجنون

1-تعريف الجنون :

هو اضطراب شديد في الشخصية يحول بين الفرد والتوافق الاجتماعي، فيكاد يكون منقطع الصلة بين ما يجري حوله في البيئة والمجتمع[6]، وهو عند فقهاء القانون تلك الظاهرة من ظواهر

---

[1] DELOGU : la Culpabilité Dans la théorie général de l'infraction, cours de Doctorat université Alexandrie, 1950 , N° 56, P 44

[2] الدكتور محمد علي سويلم : المسؤولية الجنائية في ضوء السياسة الجنائية، المرجع السابق، ص 12

[3] El hamdaoui A – la responsabilité du meurtrier normal et pathologique – mémoire de D.E.S.S de psychologie clinique pathologique – université paris – nord –anné uni versitaire 1995- 1996 P 45.

[4] حسين علي الغول، علم النفس الجنائي، الإطار والمنهجية، الطبعة الأولى 2003 دار الفكر العربي، القاهرة ص221 .

[5] محمد علي السكيكر، العلوم المؤثرة في الجريمة والمجرم، دار الفكر الجامعي، ط 2008،ص 111.

الاعتلال العقلي الذي يعتري عقل الإنسان فيفقده الوعي والادراك[1] ، وينقسم عندهم إلى جنون مطبق : يصاحب الإنسان منذ ولادته، أو قد يكون طارئا عليه ويستمر معه بحيث يزيل العقل والتمييز، ويلغي الإدراك والإرادة، وإلى جنون متقطع وهو مشابه للجنون المطبق من حيث الآثار، غير أنه يعتري الشخص في فترات متقطعة يعود إليه عقله في غيرها من الأوقات، فتنعدم مسؤوليته الجنائية في فترة الجنون، وتعود إليه في فترة الإفاقة [2]، ومن الوجهة الطب – نفسية يمكن التمييز بين عدة أنواع من الجنون[3].

الشلل الجنوني العام : وينشا عن طريق الإصابة بعدوى الزهري لمدة طويلة، فينتج عنه ضعف في ذاكرة المريض ووقوعه في تقلبات مزاجية بين التفاؤل والتشاؤم والإكتئاب، وهو ما يدخله في مرحلة الإضمحلال العقلي، ويسمى أيضا بالذهان الناتج عن عدوى[4].

ثانيا : جنون الكحول : وهو مرض عقلي وعضوي تسممي، ينشأ عن تسمم أنسجة المخ بالمواد الداخلة في تركيب المسكرات والمخدرات، ومن أعراضها الاضطراب في الذاكرة والتدهور التدريجي في الإدراك[5].

جنون الشيخوخة : وهو يصيب الأشخاص الذين بلغوا سنا متقدما، وينشأ عن تحلل تدريجي في خلايا القشرة المخية، ويكون من أعراضه ضعف الذاكرة وفقدان الترابط في التفكير والكلام[6].

جنون البلاكرا : Pellagra وهو مرض عقلي ينشأ عن سوء التغذية وتبدأ أعراضه في صورة طفح أحمر جلدي ثم حالات من الإمساك والإسهال، وسبعة في المائة فقط من المصابين بهذا المرض هم الذين يتحول عندهم إلى اضطراب عقلي بعد أن تزول أعراضه العضوية، و العبرة في المرض العقلي المانع للمسؤولية، هي إفقاده للإدراك أوالإرادة، أو إنقاصه منهما حسب الأحوال،

---

[1] عبد السلام التونجي، موانع المسؤولية الجنائية، منشورات معهد البحوث والدراسات العربية 1971، ص 108 .

[2] أحمد فتحي بهنسي، المسؤولية الجنائية في الفقه الإسلامي، دار الشروق، الطبعة الرابعة 1988، ص 215

[3] أكرم نشأت، علم النفس الجنائي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2005 ص 111.

[4] حسين علي الغول، المرجع السابق، ص 221

[5] أكرم نشأت، المرجع السابق، ص 113

[6] أكرم نشأت، المرجع السابق ، ص 114

حتى لو لم يتمظهر في شكل جنون فعلي، وفي هذا يقول بلولير " إن هناك من مرضى النفوس من ليسوا بمجانين ولكن تنتابهم حالات نفسية حادة يفقدون معها القدرة على ضبط النفس والتفكير والتأمل، فأمثال هؤلاء لا يسألون عما يقولون أو يفعلون "[1]، فمن منا لم يستشعر يوما تغييرا في نفسه وشخصه، بتغير الزمان والمكان والوقائع والظروف.

2-شروط الجنون[2]

يترتب على الجنون إنعدام المسؤولية الجزائية فيعفي المجنون من العقوبة، ولا تتخذ ضده إلا تدابير علاجية تتمثل في وضعه في مؤسسة نفسية متخصصة. وحتى يكون الإعفاء من العقوبة كاملا ينبغي توفر الشروط التالية:

1 -فقدان المجنون للوعي والاختيار

إن مسالة إمتناع المسؤولية الجزائية وعدم معاقبته أمر متوقف على أثر حالة المجنون على الوعي المصاب به وإرادته إذا كانت العلة متوافرة وامتنع قيام المسؤولية الجزائية على المجنون.

و هذا ما عبر عنه بعض الفقهاء فاشترط من أن يكون جنونا قائما أي أن تكون الإضطرابات العقلية من الجسامة بحيث يعدم الشعور والإختيار كليا، وهذه المسألة موضوعية يرجع تقديرها لقضاة الموضوع خلال إجرائهم لخبرة طبية. أي أن صلة عدم مسألة الشخص المجنون مرتبطة إرتباطا وثيقا بفقده للشعور والإختيار.

ومنه فان الجنون الذي يقتصر تفعيله على إضعاف الوعي والاختيار لا يصلح لأن يكون مانعا من موانع المسؤولية الجزائية. وهذا ما تكلم عنه المشرع الجزائري على انعدام الأهلية للإضطراب العقلي في حالة الجنون ولا يتكلم على حالة نقص الأهلية، فمن الناس من يصاب بإضطراب ول والاكتئاب أهم أعراضه[3] .

---

[1] محمد فتحي، علم النفس الجنائي، الجزء الثاني مكتبة النهضة المصرية، ص 103

[2] من الموقع الالكتروني https://www.ngmisr.com/education.

[3] أكرم نشأت، المرجع السابق، ص 115

عقلي ينقص من إدراكه فيكون شبه مجنون بالأخص المصاب بالهستيريا والصم والبكم. فمثل هؤلاء الأشخاص يعدون مسؤولون جزائيا وهذا ما نص عليه المشروع التمهيدي لقانون العقوبات الجزائري سنة 1997 بنصه : "من كان مصابا وقت إرتكاب الجريمة بإضطراب نفساني أو عصبي أو نقص وعيه أو عرقل سيطرته على أفعاله و يكون مسؤولا جزائيا عن أفعاله."

ويتضح من ذلك أن فقد الشعور أو الإختيار هو علة إمتناع المسؤولية الجزائية، إذا كان الفقد بسبب الإضطراب العقلي أو الجنون. كما أن قاضي الموضوع هو الذي يقدر مدى ما توافر للمتهم من تمييز وحرية الإختيار عند إرتكاب الفعل، وما إذا كان يكفي لمسائلته عن الجريمة المرتكبة أو أنه دون القدر اللازم لذلك، ويلجأ القاضي في تحديد مدى تمييز وحرية إختيار المتهم عند إتيان فعله إلى أهل الخبرة الفنية (الخبرة الطبية) وفي المقابل يكون الشخص الذي هو تحت الإضطراب العقلي الجزئي مسؤولا مسؤولية جزائية وبشكل مخفف رغم فقد الشعور والإختيار النسبي أو الجزئي.

2 –معاصرة الجنون لإرتكاب الجريمة

فقد أشارت معظم التشريعات على هذا الشرط شرط معاصرة الجنون لإرتكاب الجريمة وهو أمر منطقي فحتى تقام وتؤسس مسؤولية الجاني أو مرتكب الجريمة فلا بد من تحديد عدة أمور وقت ارتكاب الجريمة.

وبالتالي لا أثر للجنون السابق على إرتكاب الجريمة إذا ثبت أن الجاني كان مصابا بالجنون ولكنه شفي منه قبل إرتكاب الجريمة. كما أقر البعض على أنه إذا أصيب المتهم بالجنون عقب إرتكاب الجريمة فإن ذلك لا يؤثر في إنعقاد المسؤوليته الجزائية عن الجريمة، ولا أهمية لسابق إصابة المتهم بالجنون طالما ثبت أنه كامل الإدراك أو التمييز وحرية الإختيار وقت إرتكاب الجريمة. كما إستقرت معظم التشريعات على أنه لا يحقق الجنون أثره في منع المسؤولية

الجزائية إلا إذا كان فقد الشعور وحرية الإختيار لأن الجنون قد عاصره لحظة إرتكاب الجريمة ويترتب عن ذلك أن المتهم الذي فقد الشعور وحرية الإختيار بسبب اضطرابه العقلي أو الجنون قبل إرتكاب الجريمة، يسأل عن هذا الفعل المنافي للقانون والمضر بالمجتمع متى ثبت أنه كان قد شفي تماما من الجنون، وأصبح متمتعا بكل تمييزه وإختياره وقت إرتكابه الفعل الإجرامي.

هذا إذا كان المجنون مستمرا أما إذا كان متقطعا وإرتكب المتهم الجريمة أثناء إصابته بالنوبة (الجنون المتقطع) إمتنعت المسؤولية الجزائية عنها (عن فعله المجرم قانونا)، أما إذا إرتكب المتهم الجريمة خلال فترة الإفاقة الكاملة تحققت المسؤولية الجزائية عنها. ونظرة المشرع الجزائري في معاصرة الجنون لإرتكاب الجريمة هو ما يستكشف من حكم المادة 47 من قانون العقوبات الجزائري "و قت إرتكاب الجريمة ". فلا أثر للجنون في المسؤولية الجزائية إذا طرأ قبل إرتكابها ولا أثر له فيها أيضا إذا طرأ بعد الجريمة.

ومتى إتضح وجود الجنون من جهة وثبتت معاصرته لحظة إرتكاب الجريمة من جهة أخرى إستبعد العقاب بالتالي وكنتيجة حتمية أيا كانت الجريمة المرتكبة وإنما حق التدبير الوقائي إذا كانت الجريمة جناية أو جنحة عقوبتها الحبس. أما إذا كانت العقوبة منسوبة إلى مجنون المخالفة لا يحكم عليها بالحبس وإنما يحكم عليها بالبراءة.

3-ثبوت الجنون

بإعتبار أن الجنون هو حالة تنعدم فيها المسؤولية الجزائية فلا شك أنه ليس بأمر من السهل إثباته وثبوت الجنون عن عدمه حالة واقعية يمكن إرجاعها لذوي الخبرة والإختصاص لتقرير وجودها أو عدم وجودها، وتمييز حالة المرء العاقل من المرء المجنون. ولا شك أن القاضي الموضوع هو المختص في تحديد مدى توافر شروط إمتناع المسؤولية الجزائية للمتهم لإصابته بالجنون، فعليه أن يتحقق من وجود المرض لدى المتهم وقت إرتكاب الجريمة كما أقر البعض على أنه للقاضي الإستعانة بالخبراء في علم الطب العقلي لفحص المتهم والفصل في حالته العقلية.

وإذا تبين بعد الفحص الطبي وتم إثبات أن المتهم ليس مجنونا وكان يتصنع الجنون مثلا، فهنا مسؤولية قائمة ويعاقب بالعقوبة المقررة قانونا دون تخفيف. أما إذا اتضح أن المتهم مجنون حقيقة فإنه يلزم التثبت من أن جنونه هذا كان قائما وقت إرتكاب الجريمة لأن هذا الشرط إستبعد العقاب.

أما الجنون المتقطع ولأن القانون الحالي لا يضع له حكما خاصا لا يترتب على ثبوته سوى تخفيف العقوبة أو وقف تنفيذها. والقول بوجود الجنون أو تخلفه أمر موضوعي يبقى لقضاة الموضوع الفصل فيه.

4- آثار الجنون

إن إمتناع المسؤولية الجزائية في المجنون بفقده للشعور والإختيار عند قيامه بمختلف الأعمال ينتج عنه آثار نتيجة قيامه بعمل منافي للقانون، ولذلك وجدت عدة أثار للجنون نذكرها فيما يلي:

أثر إمتناع المسؤولية للجنون المعاصر:

يترتب على حالة توفر الجنون المفقد للوعي والإرادة وقت إرتكاب الجريمة إمتناع المسؤولية الجزائية وإستحالة توقيع العقاب سواء كانت الجريمة جناية أو جنحة أو مخالفة أو كانت عمديه أو غير عمديه. ومع ذلك فقد تم تقرير بعض التدابير الإحترازية على الجنون وذلك حماية للمجتمع.

وبذلك فالمجنون الذي يقترف جناية أو جنحة مقصودة عقابها الحبس سنتين وقضي بعدم مسؤوليته للجنون حجز في مأوى إحترازي بموجب فقرة خاصة في حكم الإعفاء أما إذا كانت الجنحة

غير المقصودة أو كان عقابها الحبس أقل من سنتين قضي حجز الفاعل في المأوى الإحترازي إذا ثبت أنه خطر على السلامة العامة، ويستمر الحجز إلى أن يثبت شفاء المجنون بقرار تصدره المحكمة التي قضت بالحجز ويمكن أن تفرض المراقبة على المحجوز عن تسريحه.

وأثار إمتناع المسؤولية شخصية فهي تقتصر على الشخص الذي توافرت فيه شروط إمتناع المسؤولية الجزائية دون غيره ممن ساهموا في الجريمة فاعلين كانوا أو شركاء، فعدم مساءلة من كان

فاقد الشعور والإختيار لا تحول دون غيره ممن ساهموا معه في الجريمة فاعلين كانوا أو شركاء، فعدم مساءلة من من كان فاقد الشعور والإختيار لا تحول دون مساءلة من ساهم معه (مع المجنون) في إرتكاب الفعل.

ويلاحظ أيضا أن إمتناع المسؤولية الجزائية كأثر لتوافر الجنون لا يتحقق إلا إذا كان فقد الشعور والإختيار غير راجع لإرادة الجاني، ويعني ألا يكون لإرادة الجاني دخل في حدوث فقد الشعور والإختيار ولا حدوث الأثر المترتب عن فقد الشعور والإختيار أما إذا كان للمجنون دخل في إعدام الإرادة والإدراك فإنه يكون من غير مقبول إعفاء المتهم من المسؤولية الجزائية عما يرتكبه من أفعال، سواء في ذلك المسؤولية العمدية أو غير العمدية ويحدث هذا الفرض مثلا في أحوال التنويم المغناطيسي فمن يقبل أن ينومه الغير تنويما مغناطيسيا مع علمه بأن من قام بتنويمه سوف يوجه أثناء الغيبوبة إلى إرتكاب الجريمة يسأل عن هذه الجريمة، كما يسأل عنها من قام بتنويم الفاعل وتوجيهه إلى إرتكاب الجريمة وتكون الجريمة عمدية في الحالتين.

كما يمكن أن يسأل المصاب بعاهة عقلية مسؤولية غير عمدية إذا أهمل في إتخاذ الإحتياطات اللازمة لمنع وقوع الفعل وهو تحت تأثير العاطفة، ويحدث هذا بالنسبة للشخص المصاب بعاهة متقطعة تتخذ صورة نوبات دورية تفصل بينهما فترات إفاقة مثل اليقضة النومية أو الصرع، فمن هو مصاب بمثل هذه العاهة ولم يأخذ الإحتياطات اللازمة التي تكون في إستطاعته منع وقوع أضرار أثناء إصابته بالنوبة يسأل عن هذا الفعل مسؤولية غير عمدية ومثال ذلك اليقظة النومية أو الصرع والذي يترك قرب فراشه أو في متناول يده أسلحة أو مواد ضارة ثم يستعملها في إرتكاب جريمة قتل أو إعتداء على سلامة الجسم أو نحو ذلك أثناء فقده للوعي والإختيار.

ثانيا: أثر الجنون الطارئ بعد ارتكاب الجريمة

يرى البعض أن الجنون إذا طرأ بعد إرتكاب الجريمة لا يكون له أثر في المسؤولية الجزائية لأن المتهم لا يكون قد فقد الشعور أو الإختيار وقت إتيان الفعل ومن ثمة تظل المسؤولية الجزائية

قائمة، ومن ثمة فإن فقد الشعور أو الإختيار بعد إرتكاب الجريمة له تأثير في الإجراءات المتخذة في مواجهة مرتكب الجريمة، لأن إتخاذها في مواجهته يفترض إدراكه لها حتى تنتج الأثر الذي يرجوه القانون منها وهو ما لا يمكن تحققه إذا كان المتهم فاقد التمييز.

ولذلك فتزامن الجنون مع الجريمة لا يعني أن ليس للجنون أثر لو وقع بعد إرتكاب الجريمة فما هو تأثيره لو وقع بعد ارتكاب الجريمة؟

هناك عدة افتراضات منها:

- **الجنون الطارئ بعد الجريمة وفي أثناء المحاكمة:**

تقتضي بعض التشريعات (المادة 339 من قانون الإجراءات الجزائية المصري) على أنه " إذا ثبت أن المتهم غير قادر على الدفاع عن نفسه بسبب عاهة طرأت في عقله بعد وقوع الجريمة يوقف رفع الدعوى عليه أو محاكمته حتى يعود إلى رشده."
ويجوز في هذه الحالة لقاضي التحقيق أو القاضي الجزائي بطلب من النيابة العامة أو المحكمة المنظورة أمامها الدعوى إذا كانت الواقعة جناية أو عقوبتهما الحبس وإصدار أمر بحجز المتهم في أحد المحال المعدة للأمراض العقلية إلى أن يتقرر إخلاء سبيله. ولكن محاكمة المتهم حين يعود إلى رشده شرطها ألا تكون الدعوى العمومية ضده قد سقطت بمضي مدة تقادمها على الوقت الذي أوقفت

فيه بسبب الجنون واقفة لسريان مدة تقادم الدعوى، ولا يجوز إيقاف الدعوى بسبب جنون المتهم دون إتخاذ إجراءات التحقيق المستعجلة أو اللازمة والتي لا يتعين أن تكون في مواجهة المتهم كالمعاينة والتفتيش وسؤال الشهود"، وإذا تمت محاكمة المتهم وأدين بالعقوبة تعين أن تستنزل من مدة العقوبة المدة التي قضاها تحت الملاحظة أو في الحجز.

- **الجنون الطارئ بعد الحكم النهائي:**

قبل التطرق إلى الجنون الطارئ بعد الحكم بالإدانة نتطرق إلى الجنون الطارئ أثناء المحاكمة، وفي حالة توقف الجنون المحاكمة وتبدأ فترة الإنتظار أو ينتظر حتى يشفى المتهم من جنونه، فلا يجوز محاكمة من لا يستطيع الدفاع عن نفسه أو الحكم على من لا يفهم العقاب أما بالنسبة للجنون الطارئ بعد الحكم النهائي فيرى البعض وطبقا لنص المادة (487 من قانون الإجراءات الجزائية المصري) بأنه إذا أصيب المحكوم عليه بعقوبة مقيدة للحرية بجنون، وجب تأجيل تنفيذ العقوبة حتى يبرأ ويجوز للنيابة العامة أن تأمر بوضعه في أحد المحال المعدة للأمراض العقلية. وفي هذه الحالة تستنزل المدة التي يقضيها في هذا المحل من مدة العقوبة المحكوم بها. والمقصود بالعقوبة المقيدة للحرية والتي يوقف الجنون تنفيذها طبقا لهذه المادة عقوبة الأشغال الشاقة والسجن والحبس أما العقوبة المالية أي الغرامة، فلا يوقف الجنون تنفيذها على أموال المجنون إنما لا يجوز تنفيذ الغرامة عليه بطريق الإكراه البدني وتنفيذ المصادر يعتبر ملكا للدولة فور النطق بها "وكان تنفيذ الإعدام يوقف في حالة الجنون – المحكوم عليه – غير أن المرسوم بقانون رقم 116 لسنة 1952 ألغى ذلك الإيقاف فصار غير حائل دون تنفيذ الإعدام له."

الفرع الخامس: وضع المجنون في حجز قضائي

إذا ثبت جنون المتهم أو أي خلل عقلي يمنع مسؤوليته وقت وقوع الجريمة أو أن يكون المتهم قد أصابه خلل عقلي بعد إقترافه الجريمة فإنه يجوز للقاضي أن يأمر بوضعه في الحجز القضائي كتدبير أمن وقائي بموجب نص المادة 21 من قانون العقوبات الجزائري في نصها الحجز القضائي في المؤسسة نفسية هو وضع الشخص ناء على قرار قضائي في المؤسسة مهيأة لهذا الغرض بسبب خلل في قواه العقلية قائم وقت إرتكاب الجريمة أو إعتراه بعد ارتكابها.

يمكن أن يصدر الأمر بالحجز القضائي بموجب أي حكم بإدانة المتهم أو العفو عنه أو ببراءته أو بعدم وجود وجه لإقامة الدعوى غير أن في هاتين الحالتين الأخيرتين يجب أن تكون مشاركته في الواقعة المادية ثابت يجب إثبات الخلل في الصادر بالحجز بعد الفحص الطبي."

ما يفهم ويلاحظ من نص المادة 21 أعلاه أن حق إصدار الحكم بالحجز القضائي هو من إختصاص القضاة، أي السلطة التقديرية للقاضي، لا يجوز أن يوضع المتهم أو المحكوم عليه في الحجز القضائي بناء على قرار إداري وهذا إحتراما للحريات الشخصية المنصوص عليها في الدستور بإعتبار أن القاضي هو الحارس الأمين لتلك الحريات وحاميا للعدالة الإجتماعية فقد أوجب القانون ثبوت أن يكون المتهم المحكوم عليه بالبراءة أو عدم وجود وجه لإقامة الدعوى قد ثبت إشتراكه المادي في الواقعة الإجرامية، ومن جهة ثانية فقد أوجب القانون أن يخضع المتهم المراد وضعه في الحجز القضائي أمر بالتدبير دون اللجوء إلى الفحص الطبي لإثبات الخلل العقلي وهنا نلاحظ إعادة المشرع ضرورة إخضاع المتهم للفحص الطبي وإلزام القاضي بذلك وعليه فيجب علينا القيام بالعناية الكاملة واللازمة التي تدعوا إليها حالته العقلية فالمقصود هنا هو معالجته كمريض لا معاقبته كمجرم.

ومن زاوية ثالثة فتطبيقا للقواعد فإننا نرى أنه لا يجوز أن يوضع المجنون المبرأ تلقائيا في الحجز القضائي ولو بحكم قضائي وبعد إجراء فحص طبي إذ لم يكن يخشى منه إرتكاب الجرائم فهنا

توقيع التدبير هو بدافع الخطورة الإجرامية التي يوجد عليها وبغياب هذه الخطورة فلا مجال لتوقيع التدابير.

وأخيرا إذا أردنا أن نعطي دراسة مقارنة بين رؤية القانون الفرنسي والجزائري كمانع المسؤولية فنقول على خلاف القانون الفرنسي الذي جعل من المجنون مانع من الموانع المسؤولية بقوله: " لا جناية ولا جنحة إذا كان المتهم في حالة جنون أثناء إرتكاب الفعل."

فإن المشرع الجزائري إعتبر حالة الجنون مانعا من موانع العقاب وليس مانعا من موانع المسؤولية الجزائية فالمجنون مسؤول عن أفعاله لكن لا يمكن معاقبته لكون العقوبة لا تجدي ولا تفيد بشيء وبالتالي فإن القاضي يحكم بإدانة المجنون المرتكب للجريمة ويمتنع عليه النطق بالعقوبة بل يعفيه منها طبقا للمادة 47 من قانون العقوبات الجزائري.

كما يمكن لنا تبرير أهمية الفحص الطبي على المتهم قبل وضعه في الحجز القضائي وذلك لنسبة الحقائق العملية التي يتميز بها طب الأمراض العقلية.

يذكر الفرنسي"هنري باروك" في كتابة"رجال مثلنا" وهو واحد من أبرز الأطباء الفرنسيين قصة تشخيص مرض لدى الشباب إلتقى به من الأطباء في البرتغال أثناء إنعقاد مؤتمر الأمراض العقلية يقول: " باروك بشأن هذه الحالة أن 18 طبيبا الذين كلفوا بتشخيص الحالة المرضية التي عرضت عليهم، نصفهم قال بوجود عرائض مرضية وبعضهم الآخر أقر بسلامة تامة للقوى العقلية للشاب المفحوص فقد نصادف أيضا حالات مثيلة لهذه الحالة في واقعنا عندما يكلف القاضي خبراء في طب الأمراض العقلية بالقيام بخبرات وتقع في تضارب حاد بعد إعطاء فكرة ولو وجيزة حول أول مانع المسؤولية وهو الجنون وما يمكن قوله أن معظم وغالبية التشريعات جعلته مانعا من موانع المسؤولية والعقاب.

ورغم أن المشرع الجزائري ولم يتطرق إليها إلا أن ما نلاحظه أن الجنون كحالة مرضية يتعرض لها الشخص وراثيا أو بعد إرتكابه للجريمة أو قبلها يبقى الجنون مانعا للمسؤولية، لأن لا هدف

من معاقبة متهم لا يعرف معنى العقاب ولا معنى المسؤولية ولا تخطر بباله فكرة الذنب والخطيئة ويبقى الحجز القضائي إجراء وقائيا تفاديا من إرتكابه لجرائم أخرى يخضع فيه المريض للعناية المركزة وعسى أن يعود إلى حالته الطبيعية كبقية الأشخاص ليفهم معنى المسؤولية والعقاب.

ونستخلص أن الشخص الذي يصاب بمرض من الأمراض العقلية والعصبية ولكنه مع ذلك لا يفقد قدرته على وعيه وإرادته فإنه لا يعد مجنون ولا تسقط مسؤوليته عن أعماله الإجرامية كما أنه لا يجوز إحتجاجه بمرض ولو كان موجودا إذا لم يكن هناك صلة بين هذا المرض والجريمة التي إرتكبها فالمريض بجنون السرقة مثلا ليس له أن يحتج بجنونه إذا إقترف جريمة القتل إذا حتى يصبح إحتجاجه وإعتبار مرضه سببا لإمتناع المسؤولية أن تكون هناك علاقة بين مرضه وبين الجريمة التي إقترفت

2-1 البند الثاني : الصرع

وهو اضطراب مزمن يصيب الوظائف الدماغية، ويظهر في شكل نوبات حادة ومتكررة وفجائية، ويكون من خصائصه إتيان المريض لسلوكات تشنجية أو اهتزازية[1]، وقد تم تعريفه أيضا بأنه " اضطراب وقتي في وظائف المخ يميل إلى التكرار بشكل نوبات آنية ومحددة ومصحوبة بفقدان الوعي أحيانا "[2]، وهو ينشأ أساسا كنتيجة لتغيرات فيزيوكيميائية في خلايا المخ مما ينتج عنه التأثير في مظاهر سلوك المريض[3]، قد يتطور إلى فقدان للوعي أو الذاكرة فلا يستطيع السيطرة على جوارحه ويكون معرضا لنوبات ودوافع لا قبل له باحتمال مقاومتها[4]. ويميز علم الطب النفسي في نوبات الصرع بين النوبة الكبرى والنوبة الصغرى، ففي الأولى قد يسقط المريض على الأرض فاقدا للوعي نتيجة ازدياد حدة الإختلاجات والتشنجات في الأطراف والجسم وتعابير الوجه، وهي نوبة تسبقها عادة علامات منذرة بساعات أو أيام تعلن عن قرب حدوثها، ومن هذه العلامات القلق والصداع والإكتئاب والتوتر، أو بعض إضطرابات الإدراك

[1] عماري سناء، التصورات العامة وأثرها على شخصية المصروع، بحث جامعي، جامعة محمد الخامس، كلية الآداب، شعبة علم النفس، 2006، ص 53

[2] خالد سليمان، المرجع السابق، ص 72

[3] أشرف توفيق شمس الدين، شرح قانون العقوبات– القسم العام – النظرية العامة للجريمة والعقوبة، دار النهضة العربية الطبعة الأولى 2008، ص 331

[4] عبد السلام التونجي، المرجع السابق، ص 113.

الحسي كالهلوسة مثلا[1]، وفي الثانية تخف حدة هذه التشنجات ويحتفظ المريض فيها بوعيه، غير أن أعراض الصرع عموما تظهر في الحالتين معا والمتمثلة في حالة التوتر وسرعة التهيج والغضب أو الصداع والكئابة[2].

وقد افترض العالم لمبروز و وجود علاقة بين الجريمة ومرض الصرع، قائلا أن هناك منطقة مشتركة بين الإجرام والصرع الذي اعتبره سببا هاما من أسباب الجريمة[3]، وغالبا ما يرتكب المريض بالصرع جرائمه بعد نوبة صرعية أو قبل حدوثها مباشرة، ويرتكب جرائم قتل أو اغتصاب غريبة غير مفهومة، وقد يقدم البعض على الإنتحار[4]، نتيجة اشتداد آثار الاضطراب العقلي وهو ما سمي أيضا بجنون الصرع[5].

1-الأمراض العقلية الوظيفية

وهي نوع من الأمراض العقلية التي لا يكون منشأها سببا عضويا[6] وإنما ترجع إلى بعض الإضطرابات في الوظائف العقلية لدى المريض.

2البند الأول : الفصام أو الشيزوفرينياSchézophrénie

وهو الأوسع انتشارا في الأمراض العقلية ويعني انقسام الشخصية، وعدم انتظامها[7]، وقد تم تعريفه أيضا بأنه اضطراب عقلي أو ذهان عقلي ينتمي إلى فصيلة الأمراض الوظيفية التي لا ترجع إلى أسباب عضوية في جسم الإنسان أو في مخه ولكنها اضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية[8]؛ ومن أعراضه الإنسحاب من الحياة الاجتماعية، وعدم التفاعل معها وتفضيل

---

[1] أشرف توفيق شمس الدين، المرجع السابق، ص 331.

[2] خالد سليمان، المرجع السابق، ص 73

[3] عبد الرحمان العيسوي، إتجاهات جديدة في علم النفس القضائي، منشورات الحلبي الحقوقية، 2004، ص 246 .

[4] خالد سليمان، المرجع السابق، ص74.

[5] أكرم نشأت، المرجع السابق، ص 117.

[6] حسين علي الغول، المرجع السابق، ص 222

[7] حسين علي الغول، نفس المرجع، ص 229

[8] خالد سليمان، المرجع السابق، ص 76

الإنطوائية والعزلة وحياة التشرد[1]؛ ويضاف إلى هذه الأعراض الهلاوس سواء السمعية أو البصرية مع هذيان، فقد يحدث أن ينظر المريض إلى المرآة فيعتقد أن وجهه بدأ يتغير.[2]

ويعد الفصام من أخطر الأمراض العقلية وأكثرها صلة بالجريمة، حيث يندفع المريض إليها بإيعاز من هلاوسه وهذاءاته فيتكون لديه اعتقاد خاطئ يدفعه إلى ارتكابها، وتشكل جرائم الإيذاء أكثر الجرائم شيوعا بين مرضى الفصام العقلي[3].

2-2 البند الثاني : ذهان الهذاء أو البارانويا Paranoia

وقد تم تعريف البارانويا بأنها " حالة مرضية ذهانية واضطراب وظائفي، وتتصف بالأوهام، والهذيان والمعتقدات الخاطئة عن الاضطهاد، أو الشعور بالعظمة، أو هذاء الجنس، أو هذاء الغيرة والمشاكسة "[4]. وغالبا ما يعيش المصاب بمرض ذهان الهذاء حياة مستقرة نوعا ما إلى جانب عائلته غير أنه يتمسك بوجود معتقد وهمي عندما يتعلق الأمر بموضوع معين له علاقة بأعراض المرض لديه؛ فمن كان مصابا بهذاء العظمة يعتقد في كونه شخصا عظيما في ميدان معين من ميادين الحياة الاجتماعية، ومن كان مصابا بهذاء الاعتلال يعتقد في إصابته بمرض خطير في جسمه، والمصاب بهذاء الاضطهاد يعتقد في كونه مضطهدا من الجميع، ومن كان مصابا بهذاء العشق يعتقد انه معشوق النساء وقاهر قلوب العذارى، والمصاب بهذاء الغيرة يعتقد في خيانة من يحبها خطيبة كانت أو زوجة أو عشيقة[5]. ومن خلال ما تقدم، يتبين بأن أعراض البارانويا قد تأتي في شكل شعور بالاضطهاد أو العظمة أو الغيرة، الأمر الذي قد تفرز

---

[1] خالد سليمان، المرجع السابق، ص 77. و كذلك حسين علي الغول، المرجع السابق، ص 229

[2] عكاشة بن المصطفى : دروس في مادة علم النفس الجنائي، محاضرات ألقيت على طلبة الإجازة المتخصصة في القانون الجنائي والعلوم الجنائية، بكلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية – بجامعة محمد الأول بوجدة، الموسم الجامعي 2011/2010، ص 12.

[3] حسين علي الغول، المرجع السابق، ص 229.

[4] خالد سليمان، المرجع السابق، ص 80

[5] اكرم نشأت، المرجع السابق، ص 129.

معه بدورها هلاوس سمعية وحسية وهذيانات مختلفة قد تخلق لديه انعدام الترابط الذهني والتوافق الإجتماعي[1].

وتعتبر البارانويا من بين الأمراض العقلية الخطيرة التي تستمد خطورتها من مختلف الجرائم التي يرتكبها المريض بدافع من الهذيان الذي قد يسيطر على تفكيره، دون أن يكون له سند في الواقع الفعلي[2]، ويتشكل

الفعل الإجرامي الذي قد يرتكبه مريض البارانويا على حسب الأعراض المرضية المسجلة لديه[3].

فالشخص الذي يتوهم أن فتاة تحبه قد يقدم على اغتصابها، ومن يتوهم بأنه مصلح ديني قد يقوم بالقضاء على أشخاص معينين ضنا منه أنه يطهر البلاد والعباد من المفسدين، ومن كان مصابا ببارانويا الغيرة قد يصل حد قتل زوجه أو خطيبه أو عشيقه[4].

3-2البند الثالث : ذهان الهوس والإكتئاب

تختلف نوبات الهوس عن نوبات الاكتئاب، في أن منشأ الأولى يكون حالة من النشوة والغبطة تغمر المصاب وتتطور في مرحلة ثانية إلى حركية زائدة تصاحبها ثرثرة قد تقلب حالة الانتشاء إلى غضب وهياج قد يؤدي به إلى ارتكاب الجريمة، وتنشأ الثانية (الإكتئاب) من إغراق النفس في الهموم والأحزان والخواطر المظلمة[5] وبالتالي اختيار العزلة والانطواء، وقد ينتقل المريض من هوس وهياج إلى هبوط واكتئاب، وقد يقدم على تصرفات عنيفة كإيذاء الغير وتحطيم الأشياء، ثم يعود للضحك بصوت عال، وبعدها يدخل في مرحلة هدوء واكتئاب[6].

وخلال النوبات الحادة لهذاء الهوس والاكتئاب قد يرتكب المريض تجاوزات جنائية خطيرة، قد

---

[1] خالد سليمان، مرجع سابق ، ص 81.

[2] خالد سليمان، المرجع السابق نفسه ، ص 81

[3] أكرم نشأت، مرجع سابق، ص 129

[4] عكاشة بن المصطفى، مرجع سابق، ص 13

[5] أكرم نشأت، مرجع سابق، ص 128

[6] خالد سليمان، مرجع سابق، ص 108.

تصل إلى حد القتل والانتحار كحالة الأم التي قامت بقتل أطفالها الثلاثة مخافة المجاعة بزعمها، ثم حاولت الانتحار غير أنه وقع إسعافها لتدلي بهذه الرواية 5.[1]

وخلاصة الكلام في هذا المقام، أن معنى الفصام والذهان كأمراض عقلية غالبا ما تختلط بمصطلح الجنون الشائع في الفقه الجنائي كمعيار لتحديد المسؤولية الجنائية، وهو مفهوم لا يتفق مع تصورات علماء النفس وأطباء الصحة العقلية، لما ينطوي عليه من مفهوم قانوني ضيق لهذه الأمراض العقلية.

3- أثر ثبوت الإصابة بالمرض العقلي

1-ثبوت الإصابة بالمرض بالمرض العقلي:

إن إثبات المرض العقلي هو من اختصاص قاضي الموضوع، وللمحكمة أن تتحقق منه بنفسها إن آنست فيها القدرة على ذلك، فهي الخبير الأعلى في كل ما يستدعي خبرة فنية[2]، والأصل في الخبرة أنها جوازية ولا إلزامية فيها،باعتبارها إمكانية مخولة للقضاء له أن يأخذ بها أو يطرحها ولا شيء عليه في ذلك، وقد سبق للمجلس الأعلى أن أعلن موقفه منها في عدة قرارات، نذكر منها القرار رقم 4963 الصادر بتاريخ 29 ماي 1984 في الملف الجنائي عدد 84/9381 والذي جاء في إحدى حيثياته أن الخبرة هي "وسيلة إثبات تملك معها المحكمة سلطة تقديرية لا تخضع فيها لرقابة المجلس، وأن عدم الاستجابة لطلب إجراء خبرة لا يؤثر في قرار المحكمة وأن السكوت عنه يعد جوابا ضمنيا برفضه[3]" ، غير أن مسألة تقرير وجود العيب العقلي من عدمه وقت ارتكاب الجريمة، هي من المسائل الشائكة شديدة التعقيد، لما لها من ارتباط وثيق بمعارف علم النفس والطب النفسي، وهو تخصص ينآى بطبيعته عن مجال تخصص القاضي ولا يمكن أن يشق إليها طريقه بنفسه، خاصة وأن النتائج التي قد تترتب عن ثبوت الخلل العقلي من عدمه هي ذات أهمية كبيرة للفصل في الدعوى على النحو الذي يكون

[1] أكرم نشأت، المرجع السابق، ص 126.

[2] أكرم نشات ، المرجع السابق، ص 171

[3] جنان سعيد الرحو، المرجع السابق، ص 120.

أقرب إلى العدالة[1]، فإما إقرار المسؤولية لدى المتهم، وبالتالي عقابه طبقا للقانون، وإما القول بانعدام مسؤوليته الجنائية أو نقصانها حسب الأحوال، وهو ما يستتبع إعفاءه من العقاب أو تخفيضه في حقه وباستقراء أنواع الأمراض العقلية والنفسية، والإحاطة بأسبابها وأعراضها، يتضح أن أخطرها هي التي لا تظهر للعيان، بل تكون متوارية في نفوس أصحابها كامنة بين ثنايا الصدور، ولا يستطيع غير خبير إخراجها من هذه المكامن، وفي هذا تقول الأستاذة آمال عبد الرحيم عثمان في مؤلفها – الخبرة في المسائل الجنائية – " إن أخطر صور الجنون هي ما خفي أمرها، بحيث يصعب على غير الخبير الفني اكتشاف أعراضه، فإنه يحسن أن تستعين المحكمة في الحالات التي تكون محل شك بالخبير.[2]"

لذلك فإن التثبت من وجود الخلل العقلي لدى المتهم، هو بلا جدال مسألة تقنية لا يجدر بالقاضي الجنائي التصدي للجواب عنها بالإيجاب أو النفي بنفسه، وإنما يكون عليه الاستعانة بأهل الخبرة من الأطباء والأخصائيين النفسيين، لاستيضاح هذه المسألة وتسليط الضوء عليها، غير أن هذا الاتجاه لا يجد له صدى في القضاء المصري الذي يعتبر مسألة التثبت من الجنون أو عدمه هو مسألة موضوعية يستقل بها قاضي الموضوع ويكفيه في ذلك مجرد تسبيب سائغ لقضائه، ولا حرج على القاضي أن يكتفي بقناعته بوجود الجنون أو عدمه2، وقد جاء في أحد قرارات محكمة النقض المصرية أن " المحكمة غير ملزمة بندب خبير فني في الدعوى لتحديد مدى تأثير مرض الطاعن على مسؤوليته الجنائية، بعد أن وضحت لها الدعوى إذ أن الأصل أن تقدير حالة المتهم العقلية من الأمور الموضوعية التي تستقل محكمة الموضوع بالفصل فيها ما دامت تقيم تقديرها على أسباب سائغة (نقض 1970/10/31 طعن 766)

[1] محمد الأزهر، المرجع السابق، ص 28.

[2] محمد صبحي نجم، شرح قانون العقوبات الأردني، القسم العام، منشورات الجامعة الأردنية، الطبعة الأولى ، عمان 1988، ص 181

المطلب الثاني :مبادئ حماية الأشخاص المصابين بالمرض العقلي و تحسين العناية بالصحة العقلية [1]

1-2الانطباق

تنطبق هذه المبادئ دون تمييز بأي دافع، كالتمييز بسبب العجز، أو العنصر، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل القومي أو الاثني أو الاجتماعي، أو المركز القانوني أو الاجتماعي، أو السن، أو الثروة أو المولد.

التعاريف

في هذه المبادئ:

تعني عبارة "المحامي" ممثلا قانونيا أو ممثلا آخر مؤهلا،

تعني عبارة "السلطة المستقلة" سلطة مختصة ومستقلة يقضى بوجودها القانوني المحلي،

تشمل "العناية بالصحة العقلية" تحليل حالة الشخص العقلية وتشخيصها وتوفير العلاج والعناية وإعادة التأهيل فيما يتعلق بمرض عقلي أو الاشتباه في الإصابة بمرض عقلي،

تعني "مصحة الأمراض العقلية" أي مؤسسة، أو أي وحدة في مؤسسة تكون وظيفتها الأساسية توفير العناية بالصحة العقلية.

تعني عبارة "الممارس في الصحة العقلية" طبيبا، أو أخصائيا نفسيا إكلينيكيا، أو ممرضة، أو أخصائيا اجتماعيا أو شخصا آخر مدربا ومؤهلا علي نحو مناسب وذا مهارات خاصة تتصل بالرعاية الصحية العقلية، تعني عبارة "المريض" شخصا يتلقى رعاية صحية عقلية، وتشمل جميع الأشخاص الذين يدخلون مصحة للأمراض العقلية، تعني عبارة "الممثل الشخصي"

[1]مبادئ حماية الأشخاص المصابين بالمرض العقلي و تحسين العناية بالصحة العقلية ، مكتب المفوض سامي ، من الموقع الإلكتروني https://www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement

شخصا يكلفه القانون بمهمة تمثيل مصالح المريض في أي ناحية خاصة أو ممارسة حقوق خاصة نيابة عن المريض، ويشمل ذلك الأب أو الأم أو الوصي القانوني علي قاصر ما لم ينص القانون المحلي علي غير ذلك، تعني عبارة "هيئة الفحص" الهيئة المنشأة وفقا للمبدأ 17 لإعادة النظر في إدخال مريض أو احتجازه قسرا في مصحة الأمراض العقلية.

2-2بند تنفيذي عام

لا يجوز إخضاع ممارسة الحقوق الواردة في هذه المبادئ إلا للقيود التي يقضي بها القانون والتي تكون لازمة لحماية صحة وسلامة الشخص المعني أو الأشخاص الآخرين، أو لحماية السلامة العامة أو النظام العام أو الصحة العامة أو الآداب العامة، أو حقوق الآخرين وحرياتهم الأساسية.

2-3 **المبدأ 1**[1]

الحريات الأساسية والحقوق الأساسية

1-يتمتع جميع الأشخاص بحق الحصول علي أفضل ما هو متاح من رعاية الصحة العقلية التي تشكل جزءا من نظام الرعاية الصحية والاجتماعية.

2-يعامل جميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة معاملة إنسانية مع احترام ما للإنسان من كرامة أصيلة.

3- لجميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة الحق في الحماية من الاستغلال الاقتصادي والجنسي وغيرهما من أشكال الاستغلال، ومن الإيذاء الجسدي أو غير الجسدي أو المعاملة المهينة.

4- لا يجوز أن يكون هناك أي تمييز بدعوى المرض العقلي. ويعني "التمييز" أي تفريق أو استبعاد أو تفضيل يؤدي إلي إبطال أو إضعاف المساواة في التمتع بالحقوق. ولا تعتبر

[1] المرجع السابق نفسه.

التدابير الخاصة التي تتخذ لمجرد حماية حقوق الأشخاص المصابين بمرض عقلي، أو ضمان النهوض بهم تمييزا. ولا يشمل التمييز أي تفريق، أو استبعاد أو تفضيل يجري وفقا لأحكام هذه المبادئ ويكون ضروريا لحماية ما لشخص مصاب بمرض عقلي أو لأفراد آخرين من حقوق الإنسان.

5- لكل شخص مصاب بمرض عقلي الحق في ممارسة جميع الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية المعترف بها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، وفي الصكوك الأخرى ذات الصلة مثل الإعلان الخاص بحقوق المعوقين ومجموعة المبادئ المتعلقة بحماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من أشكال الاعتقال أو السجن.

6- أي قرار يتخذ، بسبب إصابة شخص بمرض عقلي، بأن هذا الشخص عديم الأهلية القانونية، وأي قرار يتخذ، نتيجة لعدم الأهلية، بتعيين ممثل شخصي، لا يجوز اتخاذه إلا بعد محاكمة عادلة تجريها محكمة مستقلة ونزيهة، منشأة بموجب القانون المحلي. ويحق للشخص الذي تكون أهليته موضع النظر أن يمثله محام. وإذا لم يحصل الشخص الذي تكون أهليته موضع النظر علي هذا التمثيل بنفسه، وجب أن يوفر له هذا التمثيل دون أن يدفع أجرا عنه طالما لم تكن تتوفر له الإمكانيات الكافية للدفع. ولا يجوز أن يمثل المحامي في نفس الدعوى مصحة للأمراض العقلية أو العاملين فيها، ولا يجوز أيضا أن يمثل أحد أفراد أسرة الشخص الذي تكون أهليته موضع النظر، ما لم تقتنع المحكمة بانعدام التعارض في المصلحة. ويجب أن يعاد النظر في القرارات المتعلقة بالأهلية وبالحاجة إلي ممثل شخصي علي فترات متفرقة معقولة يحددها القانون المحلي. ويحق للشخص الذي تكون أهليته موضع النظر، ولممثله الشخصي، إن وجد، ولأي شخص آخر معني أن يستأنف أي قرار من هذا القبيل أمام محكمة أعلي.

7- عندما تتبين محكمة أو هيئة قضائية مختصة أخري أن الشخص المصاب بمرض عقلي

عاجز عن إدارة شؤونه، تتخذ التدابير، في حدود ما يلزم ويناسب حالة ذلك الشخص، لضمان حماية مصالحه.

2-4 المبدأ 2

حماية القصر

تولي عناية خاصة، في حدود أغراض هذه المبادئ وفي إطار القانون المحلي المتعلق بحماية القصر، لحماية حقوق القصر، بما في ذلك، إذا لزم الأمر، تعيين ممثل خاص من غير أفراد الأسرة.

2-5 المبدأ 3

الحياة في المجتمع المحلي

لكل شخص مصاب بمرض عقلي الحق في أن يعيش وأن يعمل، قدر الإمكان، في المجتمع المحلي.

2-6 المبدأ 4

تقدير الإصابة بالمرض العقلي

1- يكون تقرير أن شخصا مصاب بمرض عقلي وفقا للمعايير الطبية المقبولة دوليا.

2- لا يجوز أبدا تقرير الإصابة بمرض عقلي علي أساس المركز السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي، أو العضوية في جماعة ثقافية أو عرقية أو دينية أو لأي سبب آخر لا يمت بصلة مباشرة لحالة الصحة العقلية.

3- لا يجوز أبدا أن يكون النزاع الأسري أو المهني، أو عدم الامتثال للقيم الأخلاقية أو الاجتماعية أو الثقافية أو السياسية أو المعتقدات الدينية السائدة في المجتمع المحلي لشخص ما، عاملا مقررا في تشخيص المرض العقلي.

4-لا يجوز أن يبرر أي قرار يتخذ في الحاضر أو المستقبل بشأن إصابة شخص بمرض عقلي بمجرد أن يكون هذا الشخص قد سبق علاجه أو دخوله مستشفي بصفته مريضا.

5- لا يجوز لأي شخص أو لأي هيئة تصنيف شخص ما علي أنه مصاب بمرض عقلي، أو الإشارة إلي ذلك بأي طريقة أخري، إلا للأغراض التي تتصل مباشرة بالمرض العقلي أو بعواقبه.

2-7 المبدأ 5

الفحص الطبي

لا يجوز إجبار أي شخص علي إجراء فحص طبي يستهدف تقرير ما إذا كان مصابا أو غير مصاب بمرض عقلي إلا وفقا لإجراء مصرح به في القانون المحلي.

2-8 المبدأ 6

السرية

يحترم الحق في سرية المعلومات فيما يتعلق بجميع الأشخاص الذين تنطبق عليهم هذه المبادئ.

2-9 المبدأ 7

دور المجتمع المحلي والثقافة

1- لكل مريض الحق في أن يعالج وأن يعتني به، قدر الإمكان، في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه.

2-حينما يجري العلاج في مصحة للأمراض العقلية يكون من حق المريض أن يعالج بالقرب من منزله أو منزل أقربائه أو أصدقائه متي أمكن ذلك، وأن يعود إلي مجتمعه المحلي في أقرب

وقت ممكن.

3- لكل مريض الحق في علاج يناسب خلفيته الثقافية.

2-10 المبدأ 8

معايير الرعاية

1-لكل مريض الحق في أن يحصل علي الرعاية الصحية والاجتماعية التي تناسب احتياجاته الصحية، كما يحق له الحصول علي الرعاية والعلاج وفقا لنفس المعايير المنطبقة علي المرضي الآخرين.

2-توفر لكل مريض الحماية من الأذى، بما في ذلك العلاج بالأدوية التي لا يكون هناك مبرر لها، ومن الإيذاء علي أيدي المرضي الآخرين أو الموظفين أو غيرهم، ومن الأعمال الأخرى التي تسبب ألما عقليا أو ضيقا بدنيا.

2-11 المبدأ 9

العلاج

1- لكل مريض الحق في أن يعالج بأقل قدر من القيود البيئية، وبالعلاج الذي يتطلب أقل قدر ممكن من التقييد أو التدخل ويكون ملائما لاحتياجات المريض الصحية وللحاجة إلي حماية سلامة الآخرين البدنية.

2-يكون علاج كل مريض ورعايته قائما علي أساس خطة توضع لكل مريض علي حدة وتناقش معه، ويعاد النظر فيها بانتظام، وتعدل حسب الاقتضاء، ويقدمها مهنيون مؤهلون.

3-يكون توفير الرعاية للصحة العقلية دائما وفقا لما ينطبق من معايير آداب المهنة المتعلقة بالممارسين في ميدان الصحة العقلية، بما في ذلك المعايير المقبولة دوليا مثل مبادئ آداب مهنة الطب المتعلقة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو

المهينة، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة. ولا يجوز أبدا إساءة استخدام المعلومات والمهارات الطبية في مجال الصحة العقلية.

4- ينبغي أن يستهدف علاج كل مريض الحفاظ علي استقلاله الشخصي وتعزيزه.

12-2 المبدأ 10

العلاج بالأدوية

1- يتعين أن تفي الأدوية باحتياجات المريض الصحية علي أفضل وجه، ولا تعطي للمريض إلا لأغراض علاجية أو تشخصية، ولا تعطي له أبدا علي سبيل العقوبة أو لراحة الآخرين. ورهنا بأحكام الفقرة 15 من المبدأ 11 أدناه من هذه المبادئ، لا يعطي ممارسو الرعاية الصحية العقلية للمريض إلا الأدوية ذات الفعالية المعروفة أو المثبوتة.

2-لا يجوز أن يصف الأدوية سوي طبيب صحة عقلية ممارس يصرح له القانون بذلك، ويسجل الدواء في سجلات المريض.

2-13 المبدأ 11

الموافقة علي العلاج

1-لا يجوز إعطاء أي علاج لمريض دون موافقته عن علم، باستثناء ما يرد النص عليه في الفقرات 6 و 7 و 8 و 13 و 15 من هذا المبدأ.

2- الموافقة عن علم هي الموافقة التي يتم الحصول عليها بحرية دون تهديدات أو إغراءات غير لائقة، بعد أن يكشف للمريض بطريقة مناسبة عن معلومات كافية ومفهومة بشكل ولغة يفهمها المريض، عن:

(أ) التقييم التشخيصي.

(ب) الغرض من العلاج المقترح، وطريقته، ومدته المحتملة والفوائد المتوقعة منه.

(ج) أساليب العلاج البديلة، بما فيها تلك الأقل تجاوزا.

(د) الألم أو الضيق المحتمل، وأخطار العلاج المقترح وآثاره الجانبية.

3-يجوز للمريض أن يطلب حضور شخص أو أشخاص من اختياره أثناء إجراء إعطاء الموافقة.

4- للمريض الحق في رفض أو إيقاف العلاج، باستثناء الحالات المنصوص عليها في الفقرات 6 و 7 و 8 و 13 و 15 من هذا المبدأ. وينبغي أن تشرح للمريض عواقب رفض أو إيقاف العلاج.

5- لا يجوز بأي حال دعوة المريض أو إغراؤه بالتنازل عن حقه في إعطاء الموافقة عن علم. وإذا طلب المريض هذا التنازل، وجب أن يوضح له أنه لا يمكن إعطاء العلاج دون الموافقة عن علم.

6-باستثناء ما تنص عليه الفقرات 7 و 8 و 12 و 13 و 14 و 15 من هذا المبدأ، يجوز أن تنفذ علي المريض خطة علاج مقترحة دون موافقة المريض عن علم إذا تحقق الوفاء بالشروط التالية:

(أ) إذا كان المريض، في وقت اقتراح العلاج، محتجزا كمريض رغم إرادته.

(ب) إذا اقتنعت سلطة مستقلة في حوزتها كل المعلومات المتعلقة بالموضوع، بما في ذلك المعلومات المحددة في الفقرة 2 من هذا المبدأ، بأنه لم تكن للمريض، وقت اقتراح العلاج، الأهلية لإعطاء أو رفض الموافقة عن علم علي خطة العلاج المقترحة، أو إذا اقتنعت السلطة المذكورة بأن امتناع المريض عن إعطاء الموافقة المذكورة هو، حسبما تنص عليه القوانين المحلية، امتناع مخالف للمنطق المعقول وفقا لما تقتضيه سلامة المريض نفسه أو سلامة الأشخاص الآخرين.

(ج) إذا اقتنعت السلطة المستقلة بأن خطة العلاج المقترحة تفي باحتياجات المريض الصحية علي أفضل وجه.

7- لا تنطبق الفقرة 6 أعلاه علي مريض له ممثل شخصي يخوله القانون سلطة الموافقة علي علاج المريض، لكن باستثناء ما هو منصوص عليه في الفقرات 12 و 13 و 14 و 15 من هذا المبدأ، يمكن إعطاء العلاج للمريض دون موافقته عن علم إذا وافق الممثل الشخصي بالنيابة عن المريض، وذلك بعد إعطاء الممثل الشخصي المعلومات الوارد وصفها في الفقرة 3 أعلاه.

8- باستثناء ما تنص عليه الفقرات 12 و 13 و 14 و 15 من هذا المبدأ، يجوز أيضا إعطاء العلاج لأي مريض دون موافقته عن علم إذا قرر طبيب صحة عقلية ممارس مؤهل يسمح له القانون بذلك أن العلاج ضروري بصورة عاجلة لمنع حدوث ضرر فوري أو وشيك للمريض أو لأشخاص آخرين. ولا يجوز إطالة مدة هذا العلاج إلي ما بعد الفترة الضرورية تماما لهذا الغرض.

9- عندما يؤذن بإجراء، أي علاج دون موافقة المريض عن علم، يجب مع ذلك بذل كل جهد لإعلام المريض بطبيعة العلاج وبأي بدائل ممكنة، ولإشراك المريض في وضع الخطة العلاجية بالقدر المستطاع عمليا.

10- يجب تسجيل كل علاج علي الفور في سجلات المريض الطبية، مع بيان ما إذا كان العلاج اختياريا أو غير اختياري.

11- لا يستخدم التقييد الجسدي أو العزل غير الاختياري للمريض إلا حسب الإجراءات المعتمدة رسميا لمصحة للأمراض العقلية، وفقط عندما يكون ذلك هو الوسيلة الوحيدة المتاحة للحيلولة دون وقوع ضرر فوري أو وشيك للمريض أو للآخرين. ويجب أن لا يمتد هذا الإجراء إلي ما بعد الفترة الضرورية تماما لتحقيق هذا الغرض. وتسجل جميع حالات التقييد الجسدي أو العزل غير الاختياري، وأسبابها، وطبيعتها، ومداها في السجل الطبي للمريض. ويجب إبقاء المريض المقيد أو المعزول في ظروف إنسانية وتحت الرعاية والمراقبة الدقيقة والمنتظمة من جانب موظفي المصحة المؤهلين. ويجب إشعار الممثل الشخصي، إن وجد وإذا كان لذلك صلة بالموضوع، علي الفور بأي تقييد جسدي أو عزل غير اختياري للمريض.

12-لا يجوز مطلقا إجراء التعقيم كعلاج للمرض العقلي.

13-لا يجوز إجراء معالجة طبية أو جراحية كبيرة لشخص مصاب بمرض عقلي إلا إذا كان القانون المحلي يسمح بذلك، وفقط في حالة اعتبار أن ذلك يفي علي أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية، وبشرط موافقة المريض عن علم علي ذلك إلا في الحالة التي يكون فيها المريض عاجزا عن إعطاء الموافقة عن علم، ولا يجوز الإذن بالمعالجة إلا بعد استعراض مستقل للحالة.

14-لا يجوز إجراء معالجة نفسية أو غيرها من أنواع العلاج التجاوزي الذي لا يمكن تدارك أثاره للمرض العقلي لمريض مودع في مصحة للأمراض العقلية دون إرادته، ويجوز إجراء هذه العلاجات، في الحدود التي يسمح بها القانون المحلي، لأي مريض آخر فقط عندما يكون المريض قد أعطي موافقته عن علم وتكون هيئة خارجية مستقلة قد اقتنعت بأن هناك موافقة حقيقية عن علم وبأن العلاج يفي علي أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية.

15- لا يجوز مطلقا إجراء تجارب إكلينيكية وعلاج تجريبي علي أي مريض دون موافقته عن علم، ويستثني من ذلك حالة عجز المريض عن إعطاء الموافقة عن علم، حيث لا يجوز عندئذ أن تجري عليه تجربة إكلينيكية أو أن يعطي علاجا تجريبيا إلا بموافقة هيئة فحص مختصة ومستقلة تستعرض حالته ويتم تشكيلها خصيصا لهذا الغرض.

16- في الحالات المحددة في الفقرات 6 و 7 و 8 و 13 و 14 و 15 من هذا المبدأ، يحق للمريض أو لممثله الشخصي، أو لأي شخص معني، أن يطعن أمام هيئة قضائية أو سلطة مستقلة أخري في أي علاج يعطي للمريض.

14-2 المبدأ 12

الإشعار بالحقوق

1- يحاط المريض المودع في مصحة للأمراض العقلية علما، في أقرب وقت ممكن بعد إدخاله في المصحة، بشكل ولغة يمكن للمريض أن يفهمها، بجميع حقوقه وفقا لهذه المبادئ وبموجب القانون المحلي، يجب أن تتضمن المعلومات توضيحا لهذه الحقوق ولكيفية ممارستها.

2-إذا عجز المريض عن فهم هذه المعلومات، وما دام عجزه عن هذا الفهم قائما، وجب عندئذ إبلاغ حقوق المريض إلي الممثل الشخصي، إن وجد وإذا كان ذلك ملائما، وإلي الشخص أو الأشخاص القادرين علي تمثيل مصالح المريض علي أفضل وجه والراغبين في ذلك.

3-يحق للمريض الذي يتمتع بالأهلية اللازمة أن يعين شخصا تبلغ إليه المعلومات نيابة عنه، وكذلك شخصا لتمثيل مصالحه لدي سلطات المصحة.

2-15 المبدأ 13

الحقوق والأحوال في مصحات الأمراض العقلية

1-يكفل الاحترام الكامل لحق كل مريض مودع في مصحة للأمراض العقلية في أن يتمتع، بصفة خاصة، بما يلي:

(أ) الاعتراف في كل مكان بصفته الاعتبارية أمام القانون.

(ب) خصوصيته.

(ج) حرية الاتصالات التي تشمل حرية الاتصال بالأشخاص الآخرين في المصحة، وحرية إرسال وتسلم رسائل خاصة غير مراقبة، وحرية تلقي زيارات مكفولة الخصوصية من محام أو ممثل شخصي، ومن زائرين آخرين في جميع الأوقات المعقولة، وحرية الحصول علي خدمات البريد والهاتف وعلي الصحف والاستماع إلي الإذاعة ومشاهدة التليفزيون.

(د) حرية الدين أو المعتقد.

2-تكون البيئة والأحوال المعيشية في مصحات الأمراض العقلية أقرب ما يمكن لأحوال الحياة الطبيعية التي يحياها الأشخاص ذوو السن المماثلة، وتشمل بصفة خاصة ما يلي:

(أ) مرافق للأنشطة الترويحية وأنشطة أوقات الفراغ.

(ب) مرافق للتعليم.

(ج) مرافق لشراء أو تلقي الأشياء اللازمة للحياة اليومية والترفيه والاتصال.

(د) مرافق لاشتراك المريض في عمل يناسب خلفيته الاجتماعية والثقافية، وللتدابير المناسبة لإعادة التأهيل المهني من أجل تعزيز إعادة الاندماج في المجتمع، والتشجيع علي استخدام هذه المرافق. ويجب أن تشمل تلك التدابير الإرشاد المهني وخدمات للتدريب المهني ولإيجاد العمل، بغية تمكين المرضي من الحصول علي عمل في المجتمع أو الاحتفاظ به.

3- لا يجوز في أي ظروف إخضاع مريض للعمل الإجباري. وينبغي أن يتمكن المريض، في الحدود التي تتفق مع احتياجاته ومع متطلبات إدارة المؤسسة، من اختيار نوع العمل الذي يريد أن يؤديه.

4- لا يجوز استغلال عمل مريض في مصحة للأمراض العقلية. ويكون لكل مريض الحق في أن يحصل عن أي عمل يؤديه علي نفس الأجر الذي يدفع، حسب القانون أو العرف المحلي، عن مثل هذا العمل إلي شخص غير مريض. ويجب أن يكون لكل مريض في جميع الأحوال الحق في الحصول علي نصيب منصف من أي أجر يدفع إلي مصحة الأمراض العقلية عن عمله.

16-2 المبدأ 14

موارد مصحات الأمراض العقلية

1-ينبغي أن يكون لمصحة الأمراض العقلية نفس مستوي الموارد الذي يكون لأي مؤسسة صحية أخري، ولا سيما ما يلي:

(أ) عدد كاف من الأطباء المؤهلين وغيرهم من العاملين المهنيين المناسبين، ومكان كاف لتوفير الخصوصية لكل مريض، وبرنامج علاج مناسب وفعال.

(ب) معدات لتشخيص الأمراض وعلاج المرضي.

(ج) الرعاية المهنية المناسبة.

(د) العلاج الكافي والمنتظم والشامل، بما في ذلك إمدادات الأدوية.

2-يجب أن تقوم السلطات المختصة بالتفتيش علي كل مصحة للأمراض العقلية بتواتر كاف لضمان اتساق أحوال المرضي وعلاجهم ورعايتهم مع هذه المبادئ.

2-17 المبدأ 15

مبادئ إدخال المرضي في المصحات

1- في حالة احتياج مريض إلي العلاج في مصحة للأمراض العقلية، تبذل كل الجهود الممكنة لتجنب إدخاله علي غير إرادته.

2- تجري إدارة دخول المريض إلي مصحة للأمراض العقلية بنفس طريقة دخول أي مصحة أخري من أجل أي مرض آخر.

3-يكون لكل مريض أدخل مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته الحق في مغادرتها في أي وقت، ما لم تنطبق عليه المعايير المتعلقة باحتجاز المرضي علي غير إرادتهم، حسبما يرد بيانه في المبدأ 16 أدناه، وينبغي إعلام المريض بهذا الحق.

2-18 **المبدأ 16**

إدخال المريض في مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته

1- لا يجوز إدخال شخص مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته بوصفه مريضا، أو استبقاؤه كمريض علي غير إرادته في مصحة الأمراض العقلية بعد إدخاله كمريض باختياره، ما لم يقرر طبيب مؤهل في مجال الصحة العقلية ومرخص له قانونا بالممارسة في هذا المجال، ويكون قراره،

وفقا للمبدأ 4 أعلاه أن ذلك الشخص مصاب بمرض عقلي، وأنه يري ما يلي:
(أ) أنه يوجد، بسبب هذا المرض العقلي، احتمال جدي لحدوث أذى فوري أو وشيك لذلك الشخص أو لغيره من الأشخاص، أو (ب) أنه يحتمل، في حالة شخص يكون مرضه العقلي شديد وملكة التمييز لديه مختلة، أن يؤدي عدم إدخاله المصحة أو احتجازه فيها إلي تدهور خطير في حالته أو إلي الحيلولة دون إعطائه العلاج المناسب الذي لا يمكن أن يعطي إياه إلا بإدخاله مصحة للأمراض العقلية، وفقا لمبدأ أقل الحلول البديلة تقييدا. وفي الحالة المشار إليها في الفقرة الفرعية (ب)، يجب، حيثما أمكن ذلك، استشارة طبيب ممارس ثان في مجال الصحة العقلية، يكون مستقلا عن الطبيب الأول. وإذا تمت هذه الاستشارة، فإنه لا يجوز إدخال الشخص أو احتجازه علي غير إرادته إلا بموافقة الطبيب الممارس الثاني.

2-يكون إدخال الشخص أو احتجازه علي غير إرادته في بادئ الأمر لفترة قصيرة يحددها القانون المحلي للملاحظة والعلاج الأولي، في انتظار قيام هيئة فحص بالنظر في إدخال المريض أو احتجازه. وتبلغ أسباب الإدخال أو الاحتجاز إلي المريض دون تأخير كما يبلغ الإدخال أو الاحتجاز وأسبابه فورا وبالتفصيل إلي هيئة الفحص، وإلي الممثل الشخصي للمريض، إن وجد، وكذلك إلي أسرة المريض ما لم يعترض المريض علي ذلك.
3-لا يجوز أن تستقبل مصحة للأمراض العقلية مرضي أدخلوا علي غير إرادتهم إلا إذا كلفت سلطة مختصة يحددها القانون المحلي المصحة بالقيام بذلك.

2-19 المبدأ 17

هيئة الفحص

- تكون هيئة الفحص هيئة قضائية أو هيئة أخري مستقلة ونزيهة تنشأ بموجب القانون المحلي وتعمل وفقا للإجراءات الموضوعة بمقتضى القانون المحلي. وتستعين هذه الهيئة، في اتخاذ قراراتها، بواحد أو أكثر من الأطباء الممارسين المستقلين، المؤهلين في مجال الصحة العقلية، وتأخذ رأيهم في

الاعتبار.

2- تجري إعادة النظر الأولية التي تقوم بها هيئة الفحص، حسبما تتطلبه الفقرة 2 من المبدأ 16 أعلاه، في قرار بإدخال أو احتجاز شخص مريض علي غير إرادته في أقرب وقت ممكن بعد اتخاذ ذلك القرار، وتتم وفقا لإجراءات بسيطة وسريعة وفقا لما يحدده القانون المحلي.

3- تقوم هيئة الفحص دوريا باستعراض حالات المرضي المحتجزين علي غير إرادتهم، وذلك علي فترات معقولة وفقا لما يحدده القانون المحلي.

4-يكون للمريض المحتجز علي غير إرادته حق تقديم طلبات إلي هيئة الفحص علي فترات معقولة، وفقا لما ينص عليه القانون المحلي، لإطلاق سراحه أو تحويله إلي وضع الاحتجاز الطوعي.

5-تقوم هيئة الفحص، لدي كل استعراض، بالنظر فيما إذا كانت معايير الإدخال علي غير الإرادة المبينة في الفقرة 1 من المبدأ 16 أعلاه ما زالت مستوفاة، وإذا لم تكن كذلك، تعين إخلاء سبيل المريض كمريض محتجز علي غير إرادته.

- 6-إذا اقتنع الطبيب الممارس في مجال الصحة العقلية والمسؤول عن الحالة، في أي وقت، بأن شروط احتجاز شخص بوصفه مريضا محتجزا علي غير إرادته لم تعد مستوفاة، تعين عليه أن يأمر بإخراج ذلك الشخص بوصفه مريضا محتجزا علي غير إرادته.

7-يكون للمريض أو لممثله الشخصي أو لأي شخص معني الحق في أن يطعن أمام محكمة أعلي في قرار بإدخال المريض أو احتجازه في مصحة للأمراض العقلية.

2-20 المبدأ 18

الضمانات الإجرائية

1-يحق للمريض أن يختار ويعين محاميا يمثله بوصفه مريضا، بما في ذلك تمثيله في أي إجراء للشكوى أو للطعن. وإذا لم يحصل المريض بنفسه علي هذه الخدمات، تعين توفير محام له دون أن يدفع المريض شيئا، وذلك في حدود افتقاره إلي الإمكانيات الكافية للدفع.

2-يكون للمريض أيضا الحق في الاستعانة، إذا لزم الأمر، بخدمات مترجم شفوي. وفي الحالات التي تلزم فيها هذه الخدمات ولا يحصل عليها المريض بنفسه، يتعين توفيرها له دون أن يدفع شيئا، وذلك في حدود افتقاره إلي الإمكانيات الكافية للدفع.

3- يجوز للمريض ولمحامي المريض أن يطلبا وأن يقدما في أي جلسة تقريرا مستقلا عن الصحة العقلية وأي تقارير أخري وأدلة شفوية ومكتوبة وغيرها من الأدلة التي تكون لها صلة بالأمر ويجوز قبولها.

4-تعطي للمريض ومحامية نسخ من سجلات المريض ومن أي تقارير ووثائق ينبغي تقديمها، إلا في حالات خاصة يتقرر فيها أن كشف أمر بعينه للمريض من شأنه أن يسبب لصحته ضررا خطيرا أو أن يعرض سلامة الآخرين للخطر، ووفقا لما قد ينص عليه القانون المحلي، فإن أي وثيقة لا تعطي للمريض ينبغي إعطاؤها لممثل المريض الشخصي

ومحاميه عندما يمكن القيام بذلك في إطار الثقة والسرية. وعند الامتناع عن إعطاء أي جزء من أي وثيقة إلي المريض، يتعين إخطار المريض أو محاميه، إن وجد، بهذا الامتناع وبأسبابه، مع خضوع هذا الامتناع لإعادة النظر فيه قضائيا.

5-يكون للمريض ولممثله الشخصي ومحاميه الحق في أن يحضروا أي جلسة وأن يشتركوا فيها وأن يستمع إليهم شخصيا.

6-إذا طلب المريض أو ممثله الشخصي أو محاميه حضور شخص معين في أي جلسة، تعين السماح بحضور هذا الشخص، ما لم يتقرر أن حضوره يمكن أن يلحق ضررا خطيرا بصحة المريض أو أن يعرض سلامة الآخرين للخطر.

7- أي قرار يتخذ بشأن ما إذا كان يجب أن تعقد الجلسة أو أن يعقد جزء منها علنا أو سرا وأن تنقل علنا، ينبغي أن تراعي فيه تماما رغبات المريض نفسه، وضرورة احترام خصوصيته وخصوصية الأشخاص الآخرين، وضرورة منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض أو تجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر.

8- يجب تدوين القرار الناشئ عن الجلسة وتدوين أسبابه، وإعطاء المريض وممثله الشخصي ومحاميه نسخا من ذلك القرار. ولدي البت فيما إذا كان القرار سينشر بالكامل أو جزئيا، يجب أن تراعي تماما في ذلك رغبات المريض نفسه، وضرورة احترام خصوصيته وخصوصية الأشخاص الآخرين، والمصلحة العامة في إقامة العدل علنا، وضرورة منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض أو تجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر.

2-21 المبدأ 19

الحصول علي المعلومات

1-يكون للمريض (الذي يشمل مصطلحه في هذا المبدأ المريض السابق) الحق في الحصول علي المعلومات المتعلقة به والواردة في سجلاته الصحية والشخصية التي تحتفظ بها مصحة الأمراض العقلية. ويمكن أن يخضع هذا الحق لقيود بغية منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض وتجنب

تعريض سلامة الآخرين للخطر، ووفقا لما قد ينص عليه القانون المحلي، فإن أي معلومات من هذا القبيل لا تعطي للمريض، ينبغي إعطاؤها لممثل المريض الشخصي ومحاميه عندما يمكن القيام بذلك في إطار الثقة والسرية. وعند الامتناع عن إعطاء المريض أيا من هذه المعلومات، يتعين إخطار المريض أو محاميه، إن وجد، بهذا الامتناع وبأسبابه مع خضوع هذا الامتناع لإعادة النظر فيه قضائيا.

2- تدرج في ملف المريض عند الطلب أي تعليقات مكتوبة يقدمها المريض أو ممثله الشخصي أو محاميه.

2-22 المبدأ 20

مرتكبو الجرائم

- ينطبق هذا المبدأ علي الأشخاص الذين ينفذون أحكاما بالسجن بسبب ارتكابهم جرائم، أو الذين يحتجزون علي نحو آخر أثناء إجراءات أو تحقيقات جنائية موجهة ضدهم، والذين يتقرر أنهم

مصابون بمرض عقلي أو يعتقد في احتمال إصابتهم بمثل هذا المرض.

2- ينبغي أن يتلقى جميع هؤلاء الأشخاص أفضل رعاية متاحة للصحة العقلية كما هو منصوص عليه في المبدأ 1 من هذه المبادئ. وتنطبق هذه المبادئ عليهم إلي أقصي حد ممكن، باستثناء ما تقتضيه هذه الظروف فقط من تعديلات واستثناءات محدودة. ولا يجوز أن تخل هذه التعديلات والاستثناءات بما للأشخاص من حقوق بموجب الصكوك المذكورة في الفقرة 5 من المبدأ 1 أعلاه.

3- يجوز أن يسمح القانون المحلي لمحكمة أو سلطة أخري مختصة، تعمل علي أساس مشورة طبية مختصة ومستقلة، بأن تأمر بإدخال هؤلاء الأشخاص في مصحة للأمراض العقلية.

4- ينبغي في جميع الأحوال أن يتفق علاج الأشخاص الذين يتقرر أنهم مصابون بمرض عقلي مع المبدأ 11 أعلاه.

2-23 المبدأ 21

الشكاوي

يحق لكل مريض أو مريض سابق أن يقدم شكوى عن طريق الإجراءات المحددة في القانون المحلي.

2-24 المبدأ 22

المراقبة وسبل الانتصاف

ينبغي للدول أن تكفل وجود آليات مناسبة سارية للتشجيع علي الامتثال لهذه المبادئ، ومن أجل التفتيش علي مصحات الأمراض العقلية، وتقديم الشكاوي والتحقيق فيها وإيجاد حلول لها، ومن أجل إقامة الدعاوى المناسبة التأديبية أو القضائية بسبب سوء السلوك المهني أو انتهاك حقوق المريض.

2-25 المبدأ 23

التنفيذ

1- ينبغي للدول أن تنفذ هذه المبادئ عن طريق اتخاذ تدابير مناسبة تشريعية وقضائية وإدارية وتعليمية وغيرها من التدابير، وأن تعيد النظر في تلك التدابير بصفة دورية.
2- يجب علي الدول أن تجعل هذه المبادئ معروفة علي نطاق واسع بوسائل مناسبة وفعالة.

2-26 لمبدأ 24

نطاق المبادئ المتعلقة بمصحات الأمراض العقلية

تنطبق هذه المبادئ علي جميع الأشخاص الذين يدخلون في مصحة للأمراض العقلية.

2-27 المبدأ 25

الحفاظ علي الحقوق القائمة

لا يجوز إخضاع أي حق من الحقوق القائمة للمرضي لأي قيد أو استثناء أو إلغاء، بما في ذلك الحقوق المعترف بها في القانون الدولي أو المحلي المنطبق، بدعوى أن هذه المبادئ لا تعترف بهذه الحقوق أو أنها تعترف بها بدرجة أقل.

2-28 إستشفاء المصابين بالأمراض العقلية:[1]

*الإستشفاء في مصلحة مفتوحة : إن الإستشفاء في هذه المصلحة لا يكون خاضع لأي تنظيم خاص فيما يخص الدخول والخروج ويكون بناء على تذكرة موضوعة من طرف طبيب للأمراض العقلية في نفس المصلحة ، كما أن خروج المريض لا يخضع لأي إجراء خاص.

[1] من الموقع الالكتروني mouwazaf-dz.com

1 – الوضع تحت المراقبة:

أ)– المراقبة البسيطة : يوضع المريض تحت المراقبة البسيطة إما بناء على:

1 –طلب من المريض نفسه.

2–أو تقديم المريض إلى السلطة الطبية من مصلحة مختصة أو من طرف عائلة المريض أو قيم أو وصي أو أي شخص وذلك لصالح المريض وكذلك بواسطة شخص عمومي يهتم بالمريض : كالوالي ، رئيس المجلس الشعبي ، محافظ الشرطة ، مسؤول الدرك الوطني أو ممثليهم الموكلين.

وقد نصت المادة 166 من قانون الصحة العمومية على ما يلي:

" كل شخص طبيعي خاص أو عمومي هذا القيم أو الوصي يقدم على طلب وضع شخص من الغير تحت المراقبة بهدف يتنافى بشكل ظاهر مع فائدة هذا التدبير يستوجب الملاحقات والعقوبات."

ب)– المراقبة الوجوبية : تنص المادة 168 من قانون الصحة العمومية على:

"لايختص بإتخاذ مقرر الوضع تحت المراقبة تلقائيا بهدف يتنافى بشكل ظاهر مع فائدة هذا التدبير يستوجب الملاحقات والعقوبات."

وطلب الوضع تحت المراقبة الوجوبية يجب أن يكون متضمنا لإحدى الأوراق التالية:

1 –شهادة طبية ممنوحة من طرف طبيب عام.

2 –شهادة ممنوحة من طرف مساعدة إجتماعية أو عون شبه طبي مختص ومحلف.

وإن تثبت هذه الشهادات الإشهاد الرسمي للخلل العقلي الذي تعتري المريض وخطورته وترسل إلى الوالي أو النائب العام وتشفع بالصيغة التالية:

" يجب وضع هذا المريض تحت المراقبة تلقائيا في مصلحة أو مستشفى الأمراض العقلية" وتعهد للموقعين المسؤوليات المهنية والمدنية ، ويجب أن لا تكون هناك رابطة قرابة لأي أحد من الموقعين لهذه الشهادات سواء كانت هذه القرابة مباشرة أو غير مباشرة مع المريض.

وخروج المريض يكون بإقتراح من الطبيب النفساني للمؤسسة وأن يحصل على موافقة النائب العام أو الوالي الذي أصدر قرار الوضع الوجوبي تحت المراقبة.

إن أقصى مدة للوضع تحت المراقبة هي شهرين وخمسة عشر يوما أما المدة الأولى فإنها محددة بـ 15 يوما ويمكن تمديدها بموافقة الطبيب النفسائي ، رئيس المؤسسة ، لمدة أقصاها شهرين ، وفي حدود هذه المدة فإن القرار النهائي يكون كالتالي:

إما : بخروج المريض أو الترتيب الإختياري أو الإستشفاء الوجوبي.

3 – الوضع تحت الترتيب الإختياري : يجوز وضع المريض ضمن الترتيب الإختياري في نهاية الوضع تحت المراقبة وذلك بإقتراح من الطبيب النفساني ومرافقة عائلته أو وكيله عن طريق تقديم طلب بالترتيب الإختياري يدرج بنص في سجل القانون وخروج المريض يقرر بطلب من الشخص الذي كان قد طلب الترتيب الإختياري أو بمبادرة من الطبيب النفساني ، رئيس المؤسسة.

4 – الإستشفاء الوجوبي : يأتي بعد الترتيب الإختياري بطلب من طبيب الأمراض العقلية ، وذلك بتوجيه عريضة إلى الوالي يذكر فيها على وجه التفصيل الأسباب التي دفعته لطلب هذا التدبير اللازم والأخطار التي يمكن أن تنشأ عن خروج هذا المريض ، فإذا رأى الوالي أن طلب الإستشفاء التلقائي لا مبرر ، أعلم طبيب الأمراض العقلية بذلك ورفع الطلب تلقائيا إلى لجنة الصحة العقلية ، وفي جميع الحالات ، فإن القرار يؤخذ لمدة ستة أشهر قابلة للتجديد بواسطة طلب سبب من طرف ا لطبيب النفساني.

5 – تدابير الرقابة : تكوين ملف فردي خاص بكل مريض تحت العلاج ، يصدر الطبيب النفساني شهادة لحالة المريض ويحدد تشخيص المرض الذي يشكو منه ، وكذلك منذ تحويله تحت الرقابة ، إلى ترتيب إختياري ، إلى الإستشفاء وجوبيا وذلك بعد:

15 *يوما من تاريخ هذا التحويل.

*ثلاثين يوما من تاريخ هذا التحويل ، ثم بعد ستة أشهر من تاريخ هذا التحويل.

ومحتوى هذه الشهادات يسجل في سجل القانون ، ولا بد من إخبار الوالي والسلطات القضائية المختصة بهذا السجل في أجل غير محدود ، وكذلك يجب مسك سجل خاص بالبلدية فيما يخص المرضى الذين هم تحت الإستشفاء الوجوبي.

6 –السلطات المكلفة بالحراسة والرقابة : تتمثل هذه السلطات في:

الوالي – الوكيل العام – رئيس المجلس الشعبي البلدي – مدير الصحة للولاية – وكل شخص مفوض من طرف هذه السلطات.

خلاصة الفصل :

إن علم ساهم إلى حد كبير في تفسير السلوك الإجرامي خاصة في ظل تطور مفاهيم ونظريات جديدة حول الأمراض النفسية والعقلية، و قد كان لهذه الدراسات التي تنادي بأهمية العوامل النفسية في الإجرام والجناح الأثر الواضح في إعادة النظر في قضايا الأحداث حيث بدأ النظر في تخصيص قوانين خاصة بهده الفئة وإنشاء محاكم مختصة تهتم بقضايا جنوح الأحداث وزاد الاهتمام بدراسة الاضطرابات والأمراض النفسية التي تكون سبب مباشر في ارتكاب الفرد للجريمة أو من العوامل البارزة المسببة للجريمة ،حيث أن هذه الاضطرابات تعوق الفرد على التكيف والتوافق مع البيئة والمحيط الذي يعيش فيه،فهناك علاقة قوية بين الأمراض النفسية والعقلية والجريمة فالأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية واضطرابات عقلية يتورطون في أخطر الجرائم فلو كان هناك تكفل تدخل مسبق للتعامل مع مثل هذه الحالات لتفادينا عديد من الجرائم التي تمس الأمن الفرد والمجتمع .

نتائج الدراسة:

- تنتشر الإصابة بالأمراض العقلية، ويمكن أن تبدأ الأمراض العقلية في أي سن، بداية من مرحلة الطفولة وحتى مراحل سن البلوغ المتأخرة، لكن معظمها يبدأ مبكراً.
- تؤثر مشاكل الصحة العقلية على واحد من كل 4 أشخاص في أي سن معينة، وهي تتراوح بين المشاكل الشائعة، مثل الاكتئاب والقلق، إلى المشكلات النادرة مثل الفصام والاضطراب الثنائي القطب.
- لا تنتج حالات الصحة العقلية عن اضطراب جسدي ويتم تشخيصها وعلاجها بناءً على العلامات والأعراض، بالإضافة إلى مدى تأثير الحالة في الحياة اليومية .
- المريض العقلي الذي لا يكون على علم بما يحدث معه أو من حوله، والذي يمكنه تقمّص الشخصيات والعيش على هذا الأساس وتصبح شخصيته مختلفة بشكل تام، وسلوكه غير الطبيعي يكون واضحاً تماماً لمن حوله وهو غير مقبول اجتماعياً.
- هذا المريض غالباً ما تحدث له الهلاوس، التي يعيشها ويصدقها وكأنها حقيقية تماماً.
- المرض العقلي، فهو خلل في تركيبة الدماغ أو الوصلات العصبية، ما يؤدى إلى تغير في سلوك المريض، ويكون في هذه الحالة خطيراً على نفسه ومن حوله.
- تمثل مشكلات اضطراب الشخصية النفسية والعقلية سبب من أكبر أسباب اندفاع بعض المرضى نحو ارتكاب الجرائم حيث تكون عدوانية نحو المجتمع.
- السلوك الاجرامي يرتبط بجينات معينة يحملها الشخص و اعتقد آخرون أن السلوك الاجرامي مكتسب نتيجة الظروف التي نشأ بها الانسان.

الخاتمة:

كانت الأمراض العقلية ، على مر السنين ، عاملا مرتبطا في الغالبية العظمى من الجرائم. ومع ذلك ، فإن هذا التفكير ملتبس في نواح كثيرة. منذ البداية ، من الضروري مراعاة أنه ليس كل مجرم أو الجانح يعاني من اضطراب عقلي ، ولكن أيضًا ,**تجدر الإشارة إلى أن كل شخص مريض عقليا يرتكب أعمالا إجرامية** ,لأنه على الرغم من وجود تشخيص سريري ، يجب أن يكون هناك علاقة سببية مع الفعل.

يمكن تشبيه السلوك الإجرامي بالمرض الذي يضر بالجسد الاجتماعي أو أحد أو بعض أعضائه، ويؤدي للعديد من أشكال الألم والمآسي الشخصية والاجتماعية ومن الضروري إيجاد أفضل الطرق للوقاية من هذا المرض وعلاج نتائجه، ويمكن من خلال بعض الطرق علاج أسباب هذا المرض والوقاية منها، ومن طرق محاربة السلوك الإجرامي على المستوى النفسي والاجتماعي والقانوني يمكن ذكر:

1- **دراسة الحالة النفسية للشخص المجرم:** فدارسة هذه الحالة تفيد في تقدير السبب النفسي وراء سلوكه الإجرامي فقد يكون ناتج عن اضطراب نفسي مؤقت أو مزمن أو اضطرابات في نمط الشخصية، وكل من هذه الحالات تستدعي نمط معين من العلاج النفسي والسلوكي.
2- **علاج الاضطرابات والمشاكل النفسية التي يعاني منها المجرم:** فقد ينتج السلوك الإجرامي عن مشاكل الإحباط أو الاكتئاب أو عقد النقص أو أي مظهر آخر من مظاهر الاضطرابات النفسية، وبعد دراسة حالة المجرم وتحديد نوع الاضطراب الذي يعاني منه تأتي مرحلة العلاج النفسي لهذا الاضطراب.

3-**وضع خطط للتعامل مع المجرمين داخل المؤسسات العقابية:** مثل السجون أو مؤسسات حجز الحرية الجزئية أو الكاملة فيجب وضع برامج تأهيلية على المستوى النفسي والاجتماعي والتعليمي يتلقاها المجرم خلال مدة عقوبته في هذه المؤسسة، فمن ناحية من شأن هذه برامج الرقي بالطبيعة النفسية للشخص المجرم وتعليمه شيء جديد قد يستفيد منه بعد خروجه من المؤسسة العقابية بالإضافة لمساعدته في تجاوز مدة العقوبة.

4-**سن قوانين كافية تعاقب مختلف أنواع الجرائم:** وذلك بغية ردع أسباب الجرائم بجميع أنواعها وإشكالها، حيث أن بعض الجرائم ما زالت حتى الآن تمارس دون وجود قانون يعاقب مرتكبها ويردعه عنها، وهذه المسألة تعتبر عامل يشجع بعض المنحرفين على هذا النوع من الجرائم.

5-علاج المشاكل الاجتماعية: المشاكل التي قد تفضي لانتشار الجريمة كالبطالة.

التوصيات :

على الرغم من أن الأدوية النفسية لا تشفي المرض العقلي، فإنها غالبًا ما تحسن الأعراض بشكل ملحوظ، كذلك يمكن أن تساعد الأدوية النفسية على جعل العلاجات الأخرى، مثل العلاج النفسي أكثر فعاليةً، سيعتمد اختيار أكثر الأدوية المناسبة لك على وضعك الخاص وكيف يستجيب جسمك للدواء.

تشمل بعض الفئات الأكثر شيوعًا من الأدوية النفسية المقررة بوصفةٍ طبية:

- **مُضادَّات الاكتئاب.** تُستخدم مضادات الاكتئاب لعلاج الاكتئاب والقلق، وأحيانًا لحالات أخرى. يمكن أن تساعد في تحسين أعراض مثل: الحزن، واليأس، وقلة النشاط، وصعوبة التركيز، وفقدان الاهتمام بالأنشطة. لا تسبب مضادات الاكتئاب الإدمان ولا الاعتماد عليها.
- **الأدوية المضادَّة للقلق.** تُستخدم هذه الأدوية لعلاج اضطرابات القلق، مثل اضطراب القلق العام أو اضطراب الهلع. قد تساعد أيضًا في الحد من الهياج والأرق. عادةً ما تكون الأدوية المضادة للقلق على المدى الطويل مضادات اكتئاب تعمل أيضًا على علاج القلق. تساعد الأدوية المضادة للقلق السريعة المفعول في التخفيف على المدى القصير، ولكن لديها القدرة أيضًا على التسبب في الاعتمادية؛ لذلك من الأفضل استخدامها على المدى القصير.
- **الأدوية المثبتة للمزاج.** يشيع استخدام مثبتات المزاج لعلاج الاضطرابات الثنائية القطب، التي تنطوي على نوبات متبادلة من الهوس والاكتئاب. في بعض الأحيان تُستخدم مثبتات المزاج مع مضادات الاكتئاب لعلاج الاكتئاب.

التوصيات. ....

- **الأدوية المضادة للذهان.** عادةً ما تُستخدم الأدوية المضادة للذهان لعلاج الاضطرابات الذهانية، مثل الفصام. كذلك قد تُستخدم الأدوية المضادة للذهان لعلاج الاضطراب الثنائي القطب، أو مع مضادات الاكتئاب لعلاج الاكتئاب.

العلاج النفسي:

يتضمَّن العلاج النفسي، الشائع أيضًا باسم العلاج بالتحدُّث، التحدُّث إلى أحد اختصاصيي الصحة العقلية عن حالتكَ ومشاكلك، وفي أثناء العلاج النفسي، ستتعلم عن حالتكَ ومزاجكَ ومشاعركَ وأفكاركَ وسلوكك، كما يُمكنكَ تعلُّم مهارات التعامل مع الضغوط ومعالجتها، مستعينًا بالأفكار والمعارف التي تكتسبها.

ثمَّة العديد من أنواع العلاج النفسي، ولكل منها طريقة خاصة لتحسين صحتكَ العقلية. يُمكن إكمال العلاج النفسي بنجاح غالبًا في غضون بضعة أشهر، ولكن في بعض الحالات قد تستلزم الحالة علاجًا أطول أجلًا، يُقدَّم العلاج النفسي بشكل شخصي أو في مجموعة أو مع أفراد العائلة.

عند اختيار المعالج، يجب أن تشعر بالراحة، وأن تكون واثقًا من قدرته على الإصغاء وسماع ما تقوله، ومن المهم كذلك أن يفهم مُعالِجُكَ رحلة الحياة التي ساهمَتْ في تشكيل شخصيتكَ وكيف تحيا في هذا العالم.

علاجات تحفيز الدماغ:

تُستخدم علاجات تنبيه الدماغ في بعض الأحيان لعلاج الاكتئاب واضطرابات الصحة العقلية الأخرى. تُحجَز عمومًا للحالات التي لم تنجح فيها الأدوية والعلاج النفسي، وهي تشمل المعالجة بالصدمات الكهربائية، والتحفيز المغناطيسي المتكرِّر عبر الجمجمة، وتحفيز الدماغ العميق وتحفيز العصب المُبهَم.

التوصيات. ....

تأكَّد من فهمك لمخاطر وفوائد أي علاج مُوصَى به.

برامج العلاج للمرضى في المستشفى أو المرضى المقيمين:

في بعض الأحيان، يصبح المرض العقلي شديدًا للغاية لدرجة الاحتياج للرعاية في مستشفى أمراض نفسية، يُنصح بذلك بصورة عامة عندما لا يمكنك الاعتناء بنفسك بصورة مناسبة أو عندما تقع في خطر مباشر لإيذاء نفسك أو شخص آخر.

تتضمن الخيارات رعاية المرضى في القسم الداخلي لمدة 24 ساعة، الإقامة بالمستشفى طوال اليوم أو جزء من اليوم، أو العلاج الداخلي؛ مما يوفر مكان دعم مؤقت للحياة به، أحد الخيارات الأخرى قد يكون العلاج المكثف في العيادة الخارجية.

قائمة المراجع :

1. المدخل الإجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية أميرة منصور يوسف الإسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية, 1997 .
2. محاضرات في علم النفس الإجتماعي محي الدين مختار الجزائر [الجزائر] : ديوان المطبوعات الجامعية, 1982
3. فيصل محمد خير الزاد ، الأمراض العصابية و الذهانية و الإضطرابات السلوكية ، 1984 ، دار القلم / الإسكندرية.
4. أشرف محمد عبد الغني محمد شريت ، محمد السيد حلاوة ، الصحة النفسية بين النظرية و التطبيق ، المكتب الجامعي الحديث ، الازاريطة – الإسكندرية ، 2002
5. محمد جاسم محمد ، مشكلات الصحة النفسية ، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان ، .2004
6. عبد العلي الجسماني ،الأمراض النفسية ،ط 1 ،الدار العربية للعلوم ، بيروت – لبنان ،1998 .
7. عبد الرحمن الوافي ، الوجيز في الأمراض العقلية و النفسية ، ديوان المطبوعات الجامعية ، ين عكنون ، الجزائر 1999.
8. الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية فوزي محمد جبل، الاسكندرية ،مصر:المكتبة الجامعية 2000 غزة–المكتبة المركزية.
9. إجلال محمد يسرى ، علم النفس العلاجي ، ط2 ، عالم الكتب ، القاهرة ، 2000.
10. فوزي محمد جبل ، الصحة النفسية و السيكولوجية الشخصية ، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ،2000.

11. قضايا ومشكلات الرعاية الإجتماعية للفئات الخاصة. ج3 : رعاية ذوي الأمراض العقلية والنفسية / سلامة منصور عبد العال، نهى سعدي مغازي المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، 1998.
12. مجدي احمد محمد عبد الله:علم النفس المرضي، دراسة في الشخصية بين الاضطراب و السواء، دار المعرفة الجامعية،2000.
13. د حامد عبد السلام زهران الصحة النفسية والعلاج النفسي علم النفس والاجتماع ،ط1 ،1997 ، القاهرة .
14. حسن منسي ، الصحة النفسية ، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان ، 1998 .
15. مقال لدكتور اسماعيل الفرق بين الأمراض العقلية والنفسية ، يوم 19-05-2023 ، 19:14.
16. الفرق بين الاضطرابات العصابية (الأمراض النفسية) والاضطرابات الذهانية (الأمراض العقلية) مدونة د/ جمال عبد العاطى محمد حلمى2023/05/21 18:51.
17. د. محمد حسن غانم ،اضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، مكتبة الأنجلو المصرية،2014.
18. د . محمود محمود مصطفى ، قانون العقوبات القسم العام ، ط 10 ، القاهرة ، 1983.
19. د . ماهر عبد شويش الدرة ، الاحكام العامة في قانون العقوبات ، جامعة الموصل ، 1990 .
20. د.عبد الرحمن توفيق أحمد: دروس في علم الإجرام, دار وائل للنشر, عمان, 2006.
21. د.عمار عباس الحسيني: مبادئ علميّ الإجرام والعقوبات, دار التميمي, العراق, 2012.
22. د.فتوح عبد الله الشاذلي: أساسيات علم الإجرام والعقاب, منشورات الحلبي الحقوقية, بيروت, 2007.
23. د.سعد حماد صالح: مبادئ علمي الإجرام والعقاب, دار النهضة العربية, القاهرة, 2008.
24. د.بشير سعد زغلول: دروس في علم الإجرام, دار النهضة العربية, القاهرة, 2006 .

25. د.منتصر سعيد حموده: حماية حقوق الطفل, دار الفكر الجامعي, الإسكندرية, 2017.

26. د.عبد المطلب عبد الرزاق:الحقوق المتعلقة بالطفل في الشريعة الإسلامية,دار الفكر الجامعي,الإسكندرية,2011.

27. قانون الرعاية الاجتماعية العراقي رقم 126 لسنة 1980.

28. سليمان عبد المنعم: أصول علم الإجرام والجزاء, المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع, 1996, بيروت.

29. د.محمد عبد الله الوريكات: أصول علمي الإجرام والعقاب, منشورات الحلبي, بيروت, 2009.

30. د.محمد زكي أبو عامر: دراسة في علم الإجرام والعقاب, الدار الجامعية, 1982

31. د. فوزية عبد الستار: مبادئ علم الإجرام والعقاب, بدون مكان نشر , بدون سنة نشر.

32. قسم الدراسات والأبحاث: دراسة موجزة في مادة علم الإجرام والعقاب, دار لاوى للنشر والتوزيع, الأردن, بدون سنة طبعة.

33. د.علي عبد القادر القهوجي, سامي عبد الكريم محمود: أصول علمي الإجرام والعقاب, منشورات الحلبي الحقوقية, 2008.

34. د.عبد الوهاب حومد: نظرات معاصرة في علم الإجرام, مجلة الحقوق, جامعة الكويت, الكويت , العدد (4), 1999.

35. د.أحمد ضياء الدين: الظاهرة الإجرامية بين الفهم والتحليل, مؤسسة الطوبجي, بدون سنة طبعة 1.

36. د. رؤوف عبيد: مبادئ علم الإجرام, دار الفكر العربي, القاهرة, 1974.

العوامل الخارجية للسلوك الإجرامي, مقالة نشرت على شبكة الانترنيت على الموقع www.djelfa.com, 2013.

37. د.غني ناصر حسين: علم الجريمة, دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان, 2011.

38. جعفر عبد الأمير علي: التشرد وانحراف سلوك الصغار والأحداث في العراق, أطروحة دكتوراه مقدمة إلى كلية الآداب جامعة بغداد, 2002.

39. مكي دردوس.(2005).الموجز في علم الإجرام.(ط.2).الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية

40. عبد الرحمن محمد العيسوي.(2008)،الذكاء والجريمة: دراسة في علم النفس الجنائي .الإسكندرية: منشورات الحلبي الحقوقية.

41. المعجم الوجيز : مجمع اللغة العربية، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم 1414 هـ - 1993 م.

42. الدكتور محمد علي سويلم : المسؤولية الجنائية في ضوء السياسة الجنائية، دار المطبوعات الجامعية الإسكندرية، 2007 .

43. حسين علي الغول، علم النفس الجنائي، الاطار والمنهجية، الطبعة الاولى 2003 دار الفكر العربي، القاهرة .

44. محمد علي السكيكر، العلوم المؤثرة في الجريمة والمجرم، دار الفكر الجامعي، ط 2008

45. عبد السلام التونجي، موانع المسؤولية الجنائية، منشورات معهد البحوث والدراسات العربية 1971 .

46. أحمد فتحي بهنسي، المسؤولية الجنائية في الفقه الإسلامي، دار الشروق، الطبعة الرابعة 1988.

47. أكرم نشأت، علم النفس الجنائي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2005

48. عماري سناء، التصورات العامة وأثرها على شخصية المصروع، بحث جامعي، جامعة محمد الخامس، كلية الآداب، شعبة علم النفس، 2006.

49. أشرف توفيق شمس الدين، شرح قانون العقوبات- القسم العام – النظرية العامة للجريمة والعقوبة، دار النهضة العربية الطبعة الأولى 2008.

50. عبد الرحمان العيسوي، إتجاهات جديدة في علم النفس القضائي، منشورات الحلبي الحقوقية، 2004

51. .عكاشة بن المصطفى : دروس في مادة علم النفس الجنائي، محاضرات ألقيت على طلبة الإجازة المتخصصة في القانون الجنائي والعلوم الجنائية، بكلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية – بجامعة محمد الأول بوجدة، الموسم الجامعي 2011/2010.

52. محمد صبحي نجم، شرح قانون العقوبات الأردني، القسم العام، منشورات الجامعة الأردنية، الطبعة الأولى . عمان 1988.

مبادئ حماية الأشخاص المصابين بالمرض العقلي و تحسين العناية بالصحة العقلية ، مكتب المفوض سامي ، من الموقع الإلكتروني:

https://www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-personsmental-illness-and-improvement

باللغة الأجنبية :

54- Szasz, T.S. (1961) The Myth of Mental Illness. New York Stiles, W.B. and Shapiro, D.A. (1989) Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research Clinical Psychology Review, 9, 521-43,.

55-Ph.Dr .Richard. M. Ryan and Edward .l.Deci :Intrinsic and extrinsic -Motivations,contemporary educational psychology,New York.

56- GARRAUD : Precis de Droit Criminel, 13eme ed , 1921 , N° 76.

57-STEFANI (G) LEVASSEUR (G) et BOULOC (B) : Droit pénal Général, 16eme ed , 1997 , N° 368 .

58-DELOGU : la Culpabilité Dans la théorie général de l'infraction, cours de Doctorat université Alexandrie, 1950 , N°1 56,

59-El hamdaoui A – la responsabilité du meurtrier normal et pathologique – mémoire de D.E.S.S de psychologie clinique

pathologique – université paris – nord –anné uni versitaire 1995- - 60 1996 P 45

61- من الموقع الالكتروني https://www.ngmisr.com/education.

فهرس المحتويات :

فهرس المحتويات :	الصفحة
الإهداء	
الشكر	
مقدمة	**أ-ج**
الفصل الأول : ماهية المرض العقلي	
تمهيد	**02**
المبحث الأول : مفهوم المرض العقلي	
المطلب الأول : تعريف الإضطربات العقلية - تعريف المرض - تعريف الإضطرابات العقلية - بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي	**07-03**
المطلب الثاني : أسباب المرض العقلي - أسباب المرض العقلي - صور الاضطرابات العقلية - الأعراض العامة للمرض العقلي	**14-07**
المبحث الثاني : الفرق بين المرض العقلي و الأمراض الأخرى	
المطلب الأول :الفرق بين الأمراض العقلية والنفسية	**15-14**
المطلب الثاني :أهم الفروق بين الاضطرابات العصابية و الأمراض العقلية	**17-15**
خلاصة الفصل	**18**
الفصل الثاني : المرض العقلي و علاقته بالسلوك الإجرامي	
تمهيد	**20**
المبحث الأول : علاقة المرض العقلي بالسلوك الإجرامي	

المطلب الأول:مفهوم السلوك الإجرامي و العوامل الدافعة نحوه – مفهوم السلوك الإجرامي – العوامل الدافعة نحو السلوك الإجرامي	**36-21**
المطلب الثاني :علاقة الأمراض العقلية بالسلوك الإجرامي	**37-36**
المبحث الثاني : المسؤولية الجنائية و علاقتها بالمرض العقلي	
المطلب الأول: المسؤولية الجنائية و أثر المرض العقلي عليها – تعريف المسؤولية الجنائية – اثر المرض العقلي فى المسؤولية الجنائية	**55-38**
المطلب الثاني :مبادئ حماية الأشخاص المصابين بالمرض العقلي و تحسين العناية بالصحة العقلية	**78-56**
خلاصة الفصل	**78**
نتائج الدراسة	**79**
الخاتمة	**81-80**
التوصيات	**84-82**
قائمة المراجع	**90-85**

ملخص مذكرة الماستر

باللغة العربية :

المريض العقلي ما هو إلا مجموعة من النماذج السلوكية، وهي نماذج مخففة فاشلة يصطنعها الفرد في محاولاته للاحتفاظ بتوازنه الإنفعالي الذي اختل نتيجة الصراع بين دوافعه المجرمة وضميره والواقع.والعصابي من وجهة نظر علماء النفس لا يعتبر سلوكه إجرامياً، لأن العصابي مجرم في نظر نفسه وليس في نظر المجتمع لأن أعراضه المرضية تكون ذاتية لا تحمل تعارضاً مع المجتمع أو القانون. غير أن العصابي أو المريض النفسي قد يتجه للسلوك الإجرامي في بعض الحالات عندما تشتد بالمريض عقده النفسية ودوافعه اللاشعورية، وخاصة تلك التي تدور حول مشاعر الإثم أو النقص أو الخوف أو الحقد أو الحقد أو الكراهية أو الغيرة، والتي تدفعه إلى الجريمة عندما تضعف قدرته على إحتمال الحرمان والنور والضيق والقلق الذي تسببه دوافعه اللاشعورية المكبوتة.

الكلمات المفتاحية :

المرض العقلي ، السلوك الإجرامي.

الملخص باللغة الأجنبية :

The mental patient is only a set of behavioral models, unsuccessful mitigating models manufactured by the individual in his attempts to retain his emotional balance, which has been disrupted by the conflict between his criminal motives, conscience and reality. Neuroscientist from the point of view of psychologists does not consider his behaviour criminal, because neuroscientist is a criminal offence in the community's view and not in the view of the community because his pathological symptoms are subjective and do not carry a conflict with

society or the law. In some cases, however, neuropsychiatric or psychiatric behaviour may tend to aggravate the patient's psychological complexity and subconscious motivations, especially those around feelings of sin, inferiority, fear, malice, hatred, hatred or jealousy, which lead him to a crime when his potential for deprivation, light, distress and anxiety is undermined by his suppressed unconscious motives.

Keyword:

Mental illness, criminal behavior.