

Research Paper

Victim Rehabilitation in the Light of Clinical Victimology

Mustafa Bazzi Allah Ray ¹ , Mehdi Shayani Rad ² 

1-Department of Law, Payamenoor University(pnu), Zahedan Center, Iran.

2- Graduated with a master's degree in law, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Receive:

04 February 2025

Revise:

03 March 2025

Accept:

15 March 2025

Published online:

20 March 2025

Abstract

Committing a crime causes many damages and losses, and the victim is a person who, under the influence of the crime, suffers definite damage and harm to physical, mental and spiritual integrity. The criminal behavior that a person becomes a victim of can be murder, robbery, rape and many other crimes, and just as the crimes are diverse, the victims are also diverse and varied. And these victims need support according to the conditions, situation and amount of damage. The focus of the present study is to examine the rehabilitation of the victim in the light of clinical victimology, which is a descriptive-analytical method. The results indicate that the different stages of clinical victimology in the rehabilitation of the victim include examining the victim, examining the characteristics and nature of the victimization, distinguishing the types of victimization and estimating the amount of physical, mental and emotional damage. The branches of clinical victimology include justice for victims, victim assistance, scientific (experimental) victimology, and clinical victimology. The harm inflicted on victims includes psychological and emotional harm, and post-traumatic stress disorder. In order to rehabilitate the victim, measures such as medical support measures, psychological and emotional support measures, and support measures related to post-traumatic stress disorder are used.

Keywords:

victim, crime, rehabilitation, clinical victimology.

Please cite this article as (APA): Bazzi Allah Ray.M, Shayani Rad.M. (2025). Victim Rehabilitation in the Light of Clinical Victimology. *Journal of Business law and economics*, (1) 2, 423-437.

Sponsored by: Institute of Somamos Publications

[10.22034/jble.2025.535458.1023](https://doi.org/10.22034/jble.2025.535458.1023)



Corresponding Author: Mustafa Bazzi Allah Ray

<https://orcid.org/0009-0005-7859-7120>



Email: M.AllahRay@pnu.ac.ir

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).





مقاله پژوهشی

بازتوانی بزه‌دیده در پرتو بزه‌دیده‌شناسی بالینی

مصطفی بزی‌اله ری^۱، مهدی شایانی راد^۲

۱- گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، مرکز زاهدان، ایران.

۲- کارشناسی ارشد حقوق، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

<p>چکیده</p> <p>ارتکاب بزه سبب ایجاد خسارات و زیان‌های بسیاری می‌شود که شخص بزه‌دیده فردی است که تحت تاثیر بزه دچار خسارت قطعی و آسیب به تمامیت جسمی، روانی و روحی می‌گردد. رفتار مجرمانه‌ای که شخص قربانی آن می‌شود می‌تواند قتل، سرقت، تجاوز و بسیاری از جرایم دیگر باشد و همان‌گونه که جرایم متنوع هستند، بزه‌دیدگان هم متنوع و گوناگونند. و این بزه‌دیدگان با توجه به شرایط، وضعیت و میزان خسارت وارده نیازمند حمایت هستند. اهتمام پژوهش حاضر بررسی بازتوانی بزه‌دیده در پرتو بزه‌دیده‌شناسی بالینی است که به روش توصیفی - تحلیلی می‌باشد. نتایج حاکی از آن است که مراحل مختلف بزه‌دیده‌شناسی بالینی در راستای بازتوانی بزه‌دیده شامل معاینه بزه‌دیده، بررسی خصیصه و ماهیت بزه‌دیدگی، تفکیک انواع بزه‌دیدگی و برآورد میزان خسارات جسمانی، روانی و عاطفی می‌باشد. شاخه‌های بزه‌دیده‌شناسی بالینی شامل عدالت برای بزه‌دیدگان، کمک به بزه‌دیدگان، بزه‌دیده‌شناسی علمی (تجربی) و بزه‌دیده‌شناسی بالینی می‌باشد. آسیب‌های وارده بر بزه‌دیدگان شامل آسیب‌های روانی و عاطفی، اختلال استرس پس از آسیب می‌باشد. در راستای بازتوانی بزه‌دیده تدابیری از جمله تدابیر حمایتی پزشکی، تدابیر حمایتی روانی، عاطفی، تدابیر حمایتی مربوط به اختلال استرس پس از آسیب به کار گرفته می‌شود.</p>	<p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۲/۱۲</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵</p> <p>تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۱۲/۳۰</p> <p>کلید واژه‌ها:</p> <p>بزه‌دیده، جرم، بازتوانی، بزه‌دیده‌شناسی بالینی.</p>
--	---

لطفاً به این مقاله استناد کنید (APA): بزی‌اله‌ری، مصطفی؛ شایانی‌راد، مهدی. (۱۴۰۳). بازتوانی بزه‌دیده در پرتو بزه‌دیده‌شناسی بالینی، *دانشنامه حقوق کسب و کار و اقتصاد*، ۲(۱)، ۴۲۳-۴۳۷.

	10.22034/jble.2025.535458.1023	تحت حمایت: موسسه انتشاراتی ساموس
	https://orcid.org/0009-0005-7859-7120	نویسنده مسئول: مصطفی بزی‌اله ری
	https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa این مقاله تحت شرایط قابل بازنشر است.	ایمیل: M.AllahRay@pnu.ac.ir



مقدمه

بزه دیده در مقام یکی از کنش‌گران بزه که وقوع یافتن جرم را تحمل نموده و لاقلاً پاره‌ای از شرایط، موقعیت و منابع را از دست داده، بی شک مستوجب کمک و حمایت می‌باشد. بنابراین، ضرورت تدارک تمهیداتی به جهت تامین امکاناتی که بزه‌دیدگان با هدف ترمیم زیان و خسارت‌های وارد گردیده به آنان نیاز داشته، بالاخص در رابطه با بزه دیدگان آسیب‌پذیر، منجمله ناتوانان بزه‌دیده، احساس می‌گردد. بزه دیده شناسی حمایتی با در نظر گرفتن گونه‌های خاص و ویژه‌ی بزه‌دیدگان آسیب‌پذیر در پی ارتقاء جایگاه بزه‌دیده در سیستم عدالت کیفری می‌باشد. ناتوان بزه‌دیده به علت آسیب‌پذیری، شایسته برخورداری از گونه‌های خاص سازوکارهای ترمیمی - حمایتی متناسب با نوع و نیز میزان ناتوانی خود می‌باشند. حقوق کیفری در پرتو داده‌های جرم شناسی، غالباً بر بزهکاران تمرکز داشته و این در شرایطی بوده که بزه‌دیدگان هم شایسته و نیازمند کمک می‌باشند. ناتوان بزه دیده به موازات متحمل گردیدن آسیب‌های نشأت گرفته از وقوع یافتن بزه، به نحوی به ناتوانی هم دچار می‌باشند. و نظام عدالت کیفری در برخورد با خصوصیات آسیب‌پذیری که طبیعتاً پیامدهای نشأت گرفته از بزه دیدگی را افزایش می‌دهد در رابطه با ناتوان بزه‌دیده رسالتی کاملاً جدی را بر عهده داشته است. بنابراین توجه نداشتن نظام عدالت کیفری به ناتوانان بزه دیده، نتیجه‌ای به غیر از مایوس گردیدن از نظام مزبور و سرنوشتی به غیر از بزه دیدگی مجدد برای این افراد در پی ندارد.

بزه‌دیده‌شناسی بالینی یکی از شاخه‌های مهم حمایتی از بزه‌دیده است که در پی شناسایی درد و رنج ناشی از جرم، جبران زیان و خسارات وارده و در نتیجه درمان و بازتوانی وی می‌باشد. در این پژوهش با بررسی انواع بزه‌دیده، روش‌های حمایتی، تدابیر بازتوانی بزه‌دیده تبیین خواهد شد.

۲- ارزیابی مراتب بزه دیده شناسی بالینی

بزه‌دیده‌شناسی بالینی در آغاز فرد مدعی بزه‌دیدگی را مورد معاینه قرار داده و بررسی می‌نماید. تا بدین واسطه نتیجه گیرد که آیا در اصل بزه دیده شده است و یا آنکه بزه‌دیده‌ی صوری و تخیلی می‌باشد "بزه‌دیده‌نما و یا بزه‌دیده‌ی واقعی". به عنوان نمونه در حریق‌های از نوع کم‌دی که فرد مرتکب مغازه و یا انباری را به آتش می‌کشد تا بدین واسطه از بیمه درخواست خسارت کند؛ در آغاز بررسی خواهد شد که این حریق رخ داده، اتفاقی بوده و یا به صورت مجرمانه است. و حتی در جرم تجاوز از نوع جنسی، بررسی می‌شود که بزه‌دیده در حقیقت موافق نبوده و یا منفعل بوده است.

در این خصوص می‌توانیم از کارشناسان و مشاورین و حتی روانپزشکان استفاده نماییم. بی‌شک چنین اقداماتی در راستای درمان نمودن تمامی بزه‌دیدگان بسیار مفید می‌باشد (برنامه‌ی اورژانس اجتماعی، ۱۳۹۶: ۱). یکی از مراحل دیگر، بررسی خصوصیات و ماهیت بزه‌دیدگی می‌باشد.

به همان نحو که جرم‌شناسی بالینی فرد بزهکار را با تشکیل پرونده‌ی شخصیت مورد معاینه قرار می‌دهد تا مقدار و میزان خطرناک بودن آن را به طور کامل تشخیص بدهد و بعد، اقدام به بازپروری نماید؛ در کلینیک بزه‌دیدگی هم، ماهیت بزه‌دیدگی یعنی زیان و رنج و آلام نشأت گرفته از بزه، برآورد می‌گردد.



در رابطه با تشخیص نوع بزه‌دیدگی مددکاران و یا بزه‌دیده شناسان بالینی در پی سنجش ضربه‌ی روانی و جسمی و عاطفی بوده که از رهگذر ارتکاب بزه، به شخص وارد گردیده است. بزه‌دیده‌ی سرقت و کودک ربائی و غیره تماماً، به حمایت از نوع مادی و روانی و عاطفی و در برخی مواقع نیز معنوی نیاز داشته‌اند.

میزان و نوع حمایت در کلینیک بزه‌دیده به طور کامل برآورد می‌گردد. در رابطه با بزه‌دیدگان، تمامی مددکاران اجتماعی و یا بزه دیده شناسان بالینی برآنند تا به این نتیجه دست یابند که آیا بزه‌دیده‌ی شاکی از فرآیند رسیدگی به شکایتهای خود در دادگستری و کلانتری و یا از رفتار شخص قاضی و وکیل مدافع خود رضایت دارد و یا نه.

به دلیل آنکه در کلینیک بزه‌دیده، دیده شده که جمعی از بزه دیدگان مضاف بر خسارات نشأت گرفته از بزه، از اعمال و رفتار مقامات پلیسی و قضایی هم رضایت نداشته و شکایت دارند (نوربها، ۱۳۹۶: ۹۷). از این رو تا کلینیک بزه‌دیده دو گروه از بزه‌دیدگان از یکدیگر تفکیک می‌گردند:

- بزه دیدگی نشأت گرفته از تحمل بزه "بزه‌دیدگی اولیه و یا اصلی" که بعد حقوقی - قضائی داشته است.
 - بزه دیدگی و یا نا ملایمات ثانوی و یا فرعی که همان ناملایمات و فشارهایی بوده که فرد شاکی در مراحل متعدد فرایند کیفری، از هنگام اقامه‌ی شکایت در اجتماع، متحمل گردیده است.
- بنابراین، در این گونه وضعیت، بزه‌دیده به جای ترمیم و توجه، به او بی‌توجهی و خشونت می‌شود به بزه دیدگی اصلی ایشان، سلسله ناملایمات جدید افزوده خواهد شد که آثار آن برای وی، شدیدتر از تجربه‌ی بزه است (پاک‌روش، ۱۳۹۲: ۱۳).

بدین ترتیب، در حال حاضر به همراه تضمینات حقوقی مورد پیش‌بینی قرار گرفته برای تمامی بزه‌دیدگان، حقوق دیگری هم تحت عنوان ترمیم درد و رنج نشأت گرفته از مراجعه به عدالت کیفری برای ایشان قائل می‌گردند. به عنوان نمونه پوشش مطبوعاتی دادن به رسیدگی و انداختن عکس و منعکس کردن آن در رسانه، و یا طولانی شدن جریان رسیدگی امکان دارد بزه‌دیدگی ثانوی را هم برای فرد شاکی به وجود آورد.

بنابراین، پس از برآورد میزان زیان و خسارت از نوع جسمی و عاطفی و حتی روانی با مطرح کردن دیدگاه‌های مشورتی به دادگاه تلاش می‌گردد تا ماهیت حکم منطبق با وضعیت و نیازهای بزه‌دیدگان هم تضمین و صادر گردد (کلکوهن، ۱۳۹۹: ۹۰).

در قانون و مقررات ایران جبران نمودن زیان از نوع معنوی، مورد پیش‌بینی قرار گرفته که ناظر و حاکم به آثار حیثیتی و نیز اجتماعی بزه می‌باشد. لکن به جبران خسارت‌های روانی - عاطفی هیچ نوع توجهی نگردیده است. خسارات مذکور به صورت نامرئی بوده و ترمیمی تمامی آنها، بسیار طولانی می‌باشد.

بدینسان بزه دیده، خواه مقصر و خواه بیگناه، آثار نامطلوب آن را متحمل می‌شود. از این‌رو، سزاوار و شایسته حمایت‌های متعددی می‌باشد. در نتیجه هدف و رسالت بسیار مهم بزه‌دیده شناسان بالینی و درمانگاه بزه دیده، اعاده‌ی روانی - عاطفی کلیه‌ی بزه‌دیدگان در مواجهه گردیدن و بحث و گفتگو با بزه‌کار در درمانگاه بزه‌دیدگی به شرایط پیش از تحمل بزه می‌باشد که در ممانعت و پیشگیری از تکرار مجدد بزه دیدگی آنها هم مفید و موثر می‌باشد (شایان، ۱۳۹۷: ۸۹).

بنابراین، جبران نمودن زیان و خسارات از نوع مادی که پیش‌تر به آن اشاره گردید در حال حاضر، با مساعدت کمیسیون‌های خسارت زدایی بزه‌دیدگان، صندوق تضمین و نیز پرداختن زیان و خسارت‌های قربانیان اعمال تروریستی و



دیگر جرایم از نوع خشونت آمیز انجام می‌پذیرد که ایجاد آنها در حقوق پاره‌ای از جوامع نظیر کشور فرانسه مورد پیش‌بینی قرار گرفته است.

کمیسیونهای مذکور در چارچوب نظام قضائی اقدام کرده و به شکلی، یاری‌گر عدالت کیفری و نیز مکمل کار محاکم، دادسرا و پلیس می‌باشند (نجفی‌ابرنآبادی، ۱۳۹۷: ۶۷). در کل علل و عوامل مذکور، نشانگر ارزش و نیز نقش و جایگاه درمانگاه در حمایت نمودن از بزه‌دیدگان می‌باشد. به شکلی که از یک طرف سبب شناسایی خصوصیات - ماهیت - نوع بزه‌دیدگی و مشخص کردن مقدار و میزان زیان و خسارت از نوع جسمی و روانی بزه‌دیده می‌گردد و از طرفی نیز، در جایگاه ممانعت و پیشگیری درمان و اعاده بزه‌دیده به اجتماع و جبران نمودن خسارات مادی او، بر می‌آید (رجبی، ۱۳۸۸: ۲۱).

۳- زیان و خسارت روانی و عاطفی

منجمله زیان و خسارات وارد شده بر بزه‌دیده جرایم، اختلالاتی بوده که در روح و روان شخص به وجود می‌آید. مضاف بر اختلالات جسمانی که بر اثر بزه‌دیدگی در پاره‌ای از جرایم ایجاد می‌گردند در بسیاری از جرایم، صدمات و نیز آسیب‌هایی بر بزه‌دیدگان وارد می‌شود که آنها را از سلامت روانی خارج میکند (کمیجانی، ۱۳۹۴: ۱۴).

در چنین شرایطی شخص بزه‌دیده "گرچه به شکل موقت" مریض قلمداد می‌گردد که بایستی نسبت به درمان فوری و مناسب او، اقدامات ضروری را به عمل آورد. از طرفی، در پاره‌ای از مصادیق، امکان دارد بزه‌دیدگان در سلامت روانی باشند اما، احساس و عواطف آنها خدشه‌دار گردیده باشد.

پس حمایت‌هایی از نوع عاطفی، مساعدت‌های روانشناسانه‌ای بوده که در راستای ترمیم آلام عاطفی تمامی بزه‌دیدگان صورت می‌پذیرد و بعد از هرچیز نقش و جایگاه روانشناسان و نیز روانکاوها در آن برجسته می‌باشد. فردی به نام لیندمان، در مقام یک پیشرو در بررسی و مطالعات آثار بحران‌ها و سلامت ذهنی و عاطفی تمامی انسان‌ها شناخت بهتری از پویایی‌های بحران و نیز نظریه‌ی سیستمی برای درمان اشخاصی که از آن در رنج و عذاب هستند، به وجود آورد.

بررسی‌ها و مطالعات اریک لیندمان به فرایند اندوه نجات یافتگان آتش سوزی پیشه کوکونوت مورخ ۱۹۴۲ میلادی در بوستون اختصاص دارد. بنابراین مبنایی شد تا بخش بسیار عمده‌ای از دانش فرایند اندوه بر مبنای آن، ایجاد گردد. در ادامه ایشان بر این اعتقاد بود که اندوه شدید، پاسخی کاملاً طبیعی و لازم به فقدان شدید می‌باشد.

از دیگر متخصصین در این حوزه کاپلین بود که دیدگاه مذکور را به این صورت بسط و گسترش داد که: کلیه‌ی واکنش‌های بشری به وقایع تراماتیک، نتیجه فقدان می‌باشد. اشخاص، به انواع و اقسام گوناگونی، به موقعیت‌های متفاوت، واکنش نشان خواهند داد (آشوری و خدادی، ۱۳۹۹: ۴۲).

آنچه که برای یک شخص تبدیل به بحران می‌گردد امکان دارد برای یک فرد دیگر فقط یک اذیت و آزار بسیار جزئی محسوب شود. در نهایت، بحران، معانی بسیار گوناگون و متفاوتی داشته است. این واژه در پزشکی، دارای یک معنا بوده و در روانپزشکی، معنای دیگری دارد. اکثر محققین واژه‌ی مزبور را تعریف نموده‌اند.

لکن، آن چیزی که دارای اهمیت بسزایی می‌باشد معنائی بوده که می‌توان در بزه دیده شناسی از آن مستفاد نمود. بحران در اینجا تحت عنوان یک مجموعه از شرایط موقتی خاص بوده که منتج به یک حالتی از ناراحتی و نامتعادلی می‌گردد.



خصوصیات و ویژگی این معضل ضعف و ناتوانی شخص در کنار آمدن با شرایط خاص با به کارگیری شیوه‌های معمول و مرسوم حل موضوع می‌باشد.

۴- مداخله و مشاوره پلیس در بحران بزه‌دیدگی

این مداخله در گرو تضمین ایمنی و نیز امنیت بزه‌دیدگان می‌باشد و توأمان بایستی فرصت و مهلتی برای کلیه‌ی بزه‌دیدگان مهیا سازد تا هر آنچه بر آنها رفته را به سهولت مطرح نمایند. چنانچه بحران بزه‌دیدگی به صورت یک آسیب از نوع جسمانی و روانی باشد، مداخله در بحران پلیس می‌بایست با در نظر گرفتن نیاز بزه‌دیده به کمک و مساعدت فوری و یا عادی پزشکی، صورت پذیرد (صفاری، ۱۳۹۶: ۸۹).

هرچند در صورتی که درد و نیز رنج عاطفی نشأت گرفته از بزه‌نشانه‌ای از همین بحران باشد، با چیرگی احساس ناامنی بر بزه‌دیده در آن امکان دارد، به یک بزه‌دیدگی ثانوی منتج شود. برخورد بزه‌دیدگان با بزهکاران - رسیدگی کردن به وضعیت و شرایط بزه‌دیدگان در صحنه‌ی بزه - تهدیدات آینده بزه‌دیده و یا خانواده و سایر اطرافیان، اساسی‌ترین دلایل این احساس ناامنی محسوب می‌شود که نیروی پلیس باید مد نظر قرار دهد (قوام، ۱۳۹۷: ۸۹).

از طرفی، مداخله در بحران بایستی این حس بزه‌دیدگان را که با رخداد بزه همه چیز به اتمام می‌رسد، ممانعت نماید. ابراز احساسات بزه‌دیدگان و تایید بعضی از دغدغه‌های آنها به شکلی می‌تواند در مهار بحران و نیز ممانعت از بسط و گسترش آثار بزه‌دیدگی، نقش بسزایی داشته باشد. در نهایت مداخله در بحران می‌بایست با آماده نمودن بزه‌دیدگان برای مواجه شدن با مشکلات و معضلاتی که امکان دارد در آینده برای‌شان اتفاق افتاد به آنها کمک نمایند.

بنابراین، آگاه‌سازی تمامی بزه‌دیدگان از جرم روی داده و پیلده‌های آن اساسی‌ترین عامل به جهت محقق شدن این کمک‌رسانی از جانب نیروی پلیس می‌باشد (قوام، ۱۳۹۷: ۱۱۷). توجه داشتن به ارزش و اهمیت در مداخله‌ی نیروی پلیس، مداخله‌ی فوری در بحران در بخش اورژانس بیمارستان‌های بهزیستی و ایجاد مراکزی که به شکل متمرکز و منسجم و کارآمد برای مداخله در بحران‌های بعد از بزه‌دیدگی "کلینیک بزه‌دیده و بزه‌دیدگی" لازم و ضروری می‌نماید. بنابراین، اساسی‌ترین وظیفه یک مشاور، مهیا ساختن امنیت عاطفی مجدد برای بزه‌دیدگان می‌باشد. که البته پیروزی و موفقیت آن به برآورده شدن نیازهای عملی برای بزه‌دیده بستگی داشته است. چنانچه مشاوره دهنده قادر نباشد هیچ کمک و مساعدتی به جهت از میان برداشتن فشارهای روانی پیوسته بزدیده‌ای که نیازهای عملی او برآورده نگردد، صورت بدهد، قسمتی از سعی و کوشش ایشان می‌بایست یاری رساندن به دگرگونی شرایطی باشد که بر این فشار روانی افزوده است. در این رابطه از سال ۷۹ در بسیاری از مراکز نیروی پلیس ما، واحدهای ارشاد و نیز مددکاری اجتماعی، به وجود آمده است.

فعالیت مهم و اصلی واحدهای مذکور، ارائه‌ی راهنمایی‌های ضروری به بزه‌دیدگان و آگاهی دادن به تمامی آنها در رابطه با حق و حقوقشان می‌باشد. در ضمن از راه بحث و گفتگو با بزهکاران، سعی در به وجود آوردن سازش میان بزه‌دیده و بزهکار هم می‌نمایند (بابایی، ۱۳۹۵: ۸۸).



۵- نقش نهادهای رسمی در مرحله بزه‌دیدگی

نهادهای رسمی بالاخص تمامی دست اندرکاران نظام عدالت جنائی و هم‌چنین سایر نهادهای اجتماعی نظیر آموزش و پرورش بایستی با رسانه‌ها و شیوه‌های تبلیغاتی نظیر آگهی‌های تلویزیونی، بروشور و غیره و هم‌چنین راهکارهای آموزش مناسب، آموزش همگانی تمامی بزه‌دیدگان را تحت پوشش قرار بدهند.

یکی از اهداف آموزش‌های مزبور عبارت می‌باشد از: تشدید آگاهی عمومی - تلقی شهروندان به منزله‌ی بزه‌دیده‌ی احتمالی - برقراری حس مسئولیت - مرتبط نمودن عامه مردم با نهادهای کنترل بزه و مساعدت به ایجاد تحول در نحوه اندیشه و عملکرد اشخاص و نیز نهادهای درگیر در موضوع (گارلند، ۱۳۹۵: ۷۱۶).

نیروی پلیس، اهداف مشابهی را دنبال می‌نماید و غالباً حمایت‌های تخصصی مطرح می‌سازد و با ترغیب و تشویق ساکنین و گروه‌های خودیاری شهروندان برای تدوین نمودن طرح‌های پیشگیری از بزه نظیر مراقبت از آپارتمان و محلها، به آنها یاری می‌رساند.

آگاهی‌های آن‌ها را در رابطه با بزه تشدید می‌سازد و بین آنها و نیز مقامات دولتی رابطه‌ی تنگاتنگی ایجاد می‌نماید. به توضیحی، آموزش مناسب و صحیح نه تنها توانایی‌های تمامی دست اندرکاران درگیر با موضوعات بزه‌دیدگان را افزایش می‌دهد بلکه بسط و گسترش آن در سطوح همگانی به شکل کاملاً غیر مستقیم در ممانعت و پیشگیری از بزه‌دیدگی هم نقش بسزایی داشته است.

بنابراین، آموزش همگانی را می‌توان یکی از وسایل و ابزارهای بسیار مهم یک پیشگیری اجتماعی بزه‌دیده مدار بر شمرد که نقش و جایگاه نهادهای جامعه مدنی در آن در کنار سازمان و نهادهای رسمی و دولتی پررنگ می‌باشد. بدینسان مساعدت و موفقیت چنین برنامه‌هایی، مشروط به دسترسی پیدا کردن به یک سیاست جنایی مشارکتی بوده که خود به همکاری و هماهنگی و نیز تعامل نهادهای رسمی و غیررسمی بالاخص مشارکت نظام عدالت جنایی منجمله نیروی پلیس و ظرفیت‌های حاکم و موجود جامعه مدنی نیازمند بوده است.

۶- راهکارهای بالینی در خصوص بزه‌دیدگان

در ادامه به بررسی راهکارهای حمایتی با روش‌های پزشکی، راهکارهای مرتبط با حمایت عاطفی - روانی، راهکارهای مرتبط با اختلالات اضطراب بعد از ایجاد زیان خواهیم پرداخت.

۶-۱- راهکارهای حمایتی با روش‌های پزشکی

بعضی از رویدادهای جنائی امکان دارد سبب آسیب جسمانی به بزه‌دیدگان گردد که درمان پزشکی مهمترین و ضروری‌ترین نوع حمایت از این گونه بزه‌دیدگان محسوب می‌شود. حمایت نمودن پزشکی امکان دارد در درمان‌های فوری و یا اورژانسی ضرورت یابد.

در چنین شرایطی، دریافت گواهی پزشکی، برای پیگیری‌های قضائی آینده، دارای اهمیت بسزایی می‌باشد. چنین مسئله‌ای به آن لحاظ بوده که در صورت هر نوع کوتاهی و قصور در انجام دادن چنین درمان‌هایی از جانب پزشک و یا مراکز اورژانس بیمارستانها در عکسبرداری از سر یک بزه‌دیده تصادف ساده رانندگی یا آنکه خود بزه‌دیده به علت ترس و



یا هیجان‌های بعد از بزه از انجام چنین درمان‌هایی سرباز زند، یک ضربه سر ظاهراً ساده می‌تواند به خونریزی مغزی و در نهایت مرگ بزه دیده منتج گردد.

در پاره‌ای از مصادیق امکان دارد این گواهی پزشکی خود یکی از منابع برقراری تصور بزه‌دیدگی مجدد باشد. پزشک نبایستی به معایناتی که نیازمند گرفتن خون از فرد بزه‌دیده می‌باشد متوسل گردد به غیر از مصادیقی که نفع و سود قطعی بزه دیده، این گونه اقداماتی را ایجاب می‌دارد.

تمامی پزشکان می‌بایست کلیه‌ی وقایعی را که بزه‌دیدگان مطرح می‌سازند، گزارش نمایند. پزشکان بایستی در نوشتن تصدیق پزشکی از وجه شرطی استفاده کرده و فرمول "بر مبنای بیانات بزه‌دیدگان" را کاملاً رعایت سازند (فیلیزولا، ۱۳۹۰: ۱۲۲). رعایت کردن چنین مسئله‌ای بالاخص در رابطه با هویت و شخصیتی که مریض از خود معرفی می‌نماید و تایید نمی‌شود لازم و ضروری می‌باشد.

پزشک می‌بایست کلیه‌ی شکایتهای بزه‌دیدگان را با بی طرفی تمام، یادداشت نماید. آنها بایستی بیانگر و نیز منعکس‌کننده‌ی آلام و دردهای قربانیان باشند. مضاف بر آن می‌بایست بیانات و اظهارات مخالف با وقایع بزه‌دیدگان را اعلام نمایند. فراموشی پزشکان نه تنها امکان دارد در بستر و زمینه‌ی گردآوری علل، برای بزه‌دیدگان، بسیار زیان آور باشد، که این احتمال وجود داشته سبب اختلاف و نیز اعتراضات آینده در خصوص ترمیم خسارات از نوع جسمانی گردد (اردبیلی، ۱۳۹۱: ۷۸).

مضاف بر آن فراموشی پزشکان به شکلی می‌تواند به عنوان یکی از منابع برقراری تصور بزه‌دیدگی مجدد مطرح باشد؛ به دلیل آنکه این امکان وجود دارد بزه‌دیده تصور نماید که پزشک نسبت به رنج و آلام وی سهل‌انگاری نموده و آن را به طور کامل انکار می‌کند.

گزارشات پزشکی قانونی می‌بایست برای مراجع تقاضاکننده، ارسال گردد. عملاً پزشک در همان روز معاینه، گواهی پزشکی را به شخص بزه دیده تقدیم نموده و به وی سفارش می‌نماید که یک کپی از آن برای خود تهیه کند. معاینه بر مبنای اصول و قواعد معینی انجام می‌پذیرد؛ پزشکان می‌بایست خود را به فردی که مورد معاینه واقع می‌شود، معرفی ساخته و هدف از ماموریتشان را معین کنند.

معاینه مذکور یک بحث شخصی می‌باشد و بهتر بوده که ماموران پلیس قضائی که به طور معمول به همراه آنها (بزه‌دیدگان) هستند از چنین گفتگویی برحذر بمانند. این موضوع هنگامی با معضل روبرو می‌گردد که معاینه مرتبط با شخص تحت نظر باشد. پزشک می‌بایست در چارچوب وظایف و ماموریت خویش جوابگو باشد.

او فقط با موافقت و رضایت کاملاً صیح بزه‌دیده معاینه را آغاز می‌نماید. در مصادیقی که شخص قربانی مانع انجام دادن معاینات می‌گردد پزشک، علل مربوطه را برای مراجعه درخواست‌کننده توضیح می‌دهد (فیلیزولا، ۱۳۹۰: ۱۱۱). از طرفی تامین تمامی نیازهای درمانی بزه‌دیده از نظر فوریت داشتن بر دیگر نیازمندیها تقدم داشته است.

اصول و قواعد عالی بشری ایجاب می‌دارد که نیازهای ابتدایی درمانی بزه دیدگان حتی در صورتی که در وقوع بزه مقصر باشد، در کوتاه‌ترین وقت ممکن، مرتفع شود. با توجه به ارزش و اهمیت این موضوع مواد ۱۴ و ۱۷ بیانیه‌ی سازمان ملل متحد که تحت عنوان اصول مهم و اساسی عدالت برای بزه‌دیدگان و تمامی قربانیان سوء استفاده از قدرت در سال ۱۹۸۵



میلادی از سوی مجمع عمومی مورد پذیرش قرار گرفت، به لزوم و فوریت مساعدت داروئی - روانی و نیز اجتماعی اختصاص پیدا نمود.

از طرفی، ماده‌ی ۴ کنوانسیون اروپایی در رابطه با خسارت‌زدایی از تمامی قربانیان جرائم از نوع خشونت‌آمیز که در سال ۱۹۸۳ میلادی در کشور فرانسه تصویب شد هزینه‌های پزشکی و دارویی و مخارج کفن و دفن را مشمول خسارت‌زایی می‌داند.

لازم بوده تا در تمامی مراکز اورژانسی، واحدی تحت عنوان واحد پزشکی و قضائی ایجاد گردد. تا همراه با اکثر مسائل تعقیب و شناسایی، همزمان درمان هم صورت پذیرد.

در مراکز مذکور، آزمایش‌های جسمی و روانی تحت نظارت جمعی از کارشناسان از علوم متعدد پزشکی و روان‌شناختی و مددکاران اجتماعی انجام پذیرد و یا لاقلاً کارشناس عمومی برای پذیرش بزه‌دیده حضور داشته و کلیه‌ی این مسائل با رعایت کامل رازداری و محرمانه بودن، صورت گیرد.

در حقیقت، تعداد افرادی که بزه دیده با آنها در فرآیند بعد از بزه‌دیدگی روبرو می‌گردد اعم از:

کارشناسان اداره کار - موسسه‌های بیمه - پزشکان بیمارستان - کارشناسی قضائی به نوبه خود از علل و عوامل سردرگمی بزه‌دیدگان هستند (فیلیزولا، ۱۳۹۰: ۷۸).

بنابراین حضور داشتن یک مددکار اجتماعی و یا کارشناس عمومی به همراه بزه‌دیده برای مساعدت و کمک به او، پیشنهاد می‌گردد.

۶-۲- راهکارهای مرتبط با حمایت‌های عاطفی - روانی

حالت روانی بزه‌دیده بعد از وقوع یافتن بزه، یک حالت غیر متعادل و غالباً مضطرب، افسرده و یا برآشفته می‌باشد. حالات مذکور بر مبنای نوع بزه‌دیدگی کاملاً تفاوت با هم داشته‌اند. به طور مثال از آنجایی که قربانی جرائم خلاف اخلاق، احساس شکست عاطفی نموده و نوعاً با انزوا و اندوه دچار می‌باشند، چه بسا درمان دردش را در خودکشی و یا پنهان نمودن از اجتماع، بداند.

متقابلاً اشخاصی که قربانی جرائم نظیر تهمت و افترا و غیره، واقع گردیده غالباً برآند تا در مقام دفاع از خود و انتقام برآیند. تمامی بزه‌دیدگان جرایم از نوع مالی هم بر مبنای مقدار تمکن و دارایی باقی مانده خود، احساسات کاملاً متفاوتی داشته‌اند که البته اگر بزه‌دیدگی مالی سنگین باشد، افسردگی و احساس شکست و ساقط شدن از هستی، بر دیگر حالات، غلبه دارد (اردبیلی، ۱۳۹۰: ۶۷).

پرواضح می‌باشد همانطور که جسم آسیب‌دیده‌ی بزه‌دیده فوریت‌های پزشکی را می‌طلبد؛ شخصیت جریحه‌دار و روان غیر متعادل هم به کمک و مراقبت نیاز داشته است. در اصل، مراقبت و مساعدت‌های از نوع روانی بزه‌دیده می‌بایست با دو هدف صورت پذیرد:

- ممانعت از طغیان و گرفتن انتقام از جانب بزه دیده بوده که در غالب مصادیق عدم اینگونه مراقب‌ها در بزه‌دیدگی دوباره او و یا محقق شدن بزه تازه و جدید موثر می‌باشد.



- کمک، مساعدت و یاری ممانعت از انزوا و افسردگی بزه دیده می‌باشد که این حالت‌ها هم می‌تواند در تکرار بزه دیدگی ایشان، مداخله داشته باشد.

بنابراین، تسکین احساسات جریحه‌دار شده تمامی بزه‌دیدگان به شیوه‌های متعددی امکان‌پذیر بوده که اساسی‌ترین آن، واکنش مناسب و بسیار سریع اجتماعی در برابر بزهکاری می‌باشد. افزون بر آن، برخورد اشخاص در اجتماع با بزه‌دیده نبایستی، به نحوی باشد که او احساس نماید هویت اجتماعی‌اش را به طور کل از دست داده و مورد ترحم قرار گرفته است. دعوت به صبر، آرامش و توصیه به خویشتن داری، چنانچه به شکل صحیح و درست صورت گیرد، در تسکین او، مفید و موثر است.

در ایران، خلا اینگونه کمک‌ها به ویژه در چارچوب سازمان یافته و علمی، محسوس بوده و بزه‌دیدگان غالباً با اظهارات گوناگونی روبرو می‌گردند که بر حیرت و درنهایت تعادل نداشتن آنها می‌افزاید. شایسته و بایسته بوده از واحدهای مشاوره و نیز راهنمایی بزه‌دیدگان اعم از رسمی و دولتی و حتی به صورت مردمی ایجاد و به شکل علمی جوابگوی نیازهای این نیاز بزه‌دیدگان باشند.

بنابراین باید بیان داشت که تدابیر مرتبط با حمایت‌های عاطفی می‌بایست مورد بررسی قرار گیرد. در بعضی از جرایم امکان دارد شخص بزه دیده دچار آسیب‌های روانی گردیده اما احساس و عواطف وی، خدشه‌دار گردد که ضرورت حمایت از نوع عاطفی را می‌طلبد.

حمایت‌های عاطفی مساعدت‌های روانشناسانه‌ای بوده که در راستای ترمیم آلام و درد عاطفی بزه دیده صورت می‌پذیرد (کی‌نیا، ۱۳۹۰: ۱۱۲). و قبل از هر چیز جایگاه و نقش روانشناسان و حتی روانکاوان در آن برجسته می‌باشد. بنابراین حمایت عاطفی از بزه دیده را می‌توان به واسطه‌ی مراکز خصوصی روان درمانی برخوردار از روانشناسان متخصص را تضمین نمود؛ اما ارزش و اهمیت نقش روانشناسی، در حمایت از نوع عاطفی هرگز به مفهوم انحصار آن در اختیار روانشناسان متخصص نبوده است.

حمایت عاطفی را امکان دارد افرادی صورت بدهند که خود در گذشته بزه‌دیده بوده‌اند. بر همین مبنا در بعضی از جوامع، بزه‌دیدگان دیروز با ایجاد انجمن‌های کمک به بزه‌دیدگان، همواره این امکان را داشته که حامی و پشتیبان عاطفی بزه دیدگان امروز باشند (رایجیان اصلی، ۱۳۹۳: ۶۶).

یه توضیحی فردی که قبلاً تجربه بزه دیدگی را داشته بهتر از هر شخص دیگری توانایی درک رنج‌های بزه‌دیدگان امروزی را دارد. از طرفی انجمن‌های کمک به بزه‌دیدگان قادرند با برخوردار شدن از روانشناسان متخصص اقدام به حمایت عاطفی از بزه دیده کنند. بعلاوه ارزش و اهمیت موضوع اختلال استرس بعد از آسیب، تدابیر حمایتی برای درمان و نیز بازتوانی بزه‌دیدگانی که دچار چنین آسیب گردیده، به تفصیل بررسی می‌شود.

۳-۶- راهکارهای مرتبط با اختلالات اضطراب بعد از ایجاد زیان

- روش‌های دارویی

کلیه‌ی پژوهشگران در قلمرو نظریه‌ی زیستی از درمان موفقیت‌آمیز نشانه‌های PTSD با انواع و اقسام داروها خبر دادن به شکلی که داروی ارجح به طور عمد به نشانه‌های بزه دیده منوط می‌باشد. یک گروه از داروهای ضد افسردگی تحت



عنوان بازدارنده‌های جذب مجدد گزینشی سروتونین، در مقام خط نخست درمان چنین بیمارانی مورد استفاده قرار می‌گیرند که اثربخش‌ترین داروهای مرتبط با این گروه از دارویی که به درمان پاره‌ای از نشانه و علائم اختصاصی PTSD مضاف بر اثر آلودگی و اضطراب کمک شایانی می‌نماید سرتالین و پاروکستین می‌باشد.

داروهای مذکور با دوز بسیار پایین تجویز می‌گردند و به تدریج تا آنجایی که ضرورت دارد، دوز را بالا می‌برند. SSRI عوارض جانبی کمتری نسبت به داروهای ضد افسردگی قدیمی‌تر داشته است. با این وجود، بعضی از بیمارانی که از داروهای SSRI استفاده نموده به حالت تهوع خفیف اشاره نمودند که عوارض مذکور به تدریج برطرف می‌گردد.

از طرفی، معضلات جنسی از دیگر عوارض جانبی چنین داروهائی محسوب می‌شود. در بین گذاشتن بروز عوارض جانبی با پزشک معالج مهم بوده به شکلی که تغییر دوز یا تعویض دارو، مشکل مزبور را هم برطرف می‌سازد. دیگر داروهای ضد افسردگی نظیر داروهای سه حلقه‌ای و نیز مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز هم، در درمان پاره‌ای از علائم PTSD بسیار مفید و موثر هستند.

به ویژه از دسته داروهای سه حلقه‌ای، داروهای نظیر ایمی پرامین و آمی تریپتیلین در طول مطالعات و بررسی‌های دقیق و کنترل شده ثابت گردیده است. داروهای مذکور هم با دوز بسیار پایین تجویز شده و به تدریج دوز را افزایش می‌دهند و به طور معمول مدت درمان بهتر بوده، حداقل به میزان هشت هفته و در صورت اثر بخشی تا یک سال ادامه پیدا کند.

از دیگر داروهای موثر بر درمان چنین اختلالاتی، داروهای ضدصرع نظیر والپرات، پروپرانول و .. را می‌توان نام برد. در رابطه با درمان دارویی نیز بایستی بیان نمود که هرچند داروها قادرند علائم و نشانه‌ها را مقداری بکاهند، لکن تمامی درمان‌های دارویی در این خصوص بیشترین اثر را بر روی اضطراب و افسردگی و تحریک‌پذیری بسیار زیاد بیماران گذاشته و اثر کمتری بر نشانه‌های دیگر مرتبط با PTSD نظیر اجتناب - انکار - کرختی هیجانی داشته‌اند.

بنابراین این دارو به تنهایی در راستای بهبود بخشیدن به معضلات روانی و میان فردی که بر عهده‌ی مبتلایان به PTSD سنگینی می‌کند، کافی نبوده است. نتیجتاً آنکه متخصصین بالینی، نه تنها در راستای برطرف کردن موضوعات هیجانی که برای کنترل واکنش‌های فرد به درمان‌های دارویی، روان‌درمانی را پیشنهاد می‌نمایند.

هم‌چنین با در نظر گرفتن آن یکی از نشانه و علائم چنین اختلالاتی، اجتناب از یادآوری حادثه بوده، روان‌درمانی از راه ایجاد مسیری برای صحبت بیمار در رابطه با حادثه و هیجانات مربوط به آن، به درمان چنین بیمارانی کمک شایانی می‌نماید.

- روان‌درمانی

بعضی فنون در روان‌درمانی به شکلی می‌تواند سبب تسکین علائم بیمار گردد. نظیر درمان رفتاری و شناختی - گروه درمانی - هیپنوتیزم - روان‌درمانی عاجل - خانواده‌درمانی.

بعضی از پژوهشگران به این نتیجه دست یافته در اشخاصی که فوراً بعد از حادثه مهلت و یا فرصت مناسبی به جهت سخن گفتن در خصوص تجربیات خود به دست آورده امکان دارد میزان علائم PTSD به طرز چشم‌گیری کاهش پیدا کند. مطالعات که بر ۱۲ هزار کودک دانش آموز در طوفان بسیار شدیدی در هاوایی صورت گرفته است، حاکی از آن است که اطفالی که به شکل سریع از خدمات مشاوره‌ای برخوردار گردیده در دو سال آینده شرایط بهتری داشته تا افرادی که مشاوره‌ی مزبور را دریافت نمودند.



لکن، چنانچه PTSD ایجاد گردیده باشد دو عملکرد و یا رویکرد بسیار مهم روان‌درمان‌گرانه را می‌شود در پیش گرفت:

- اولی قرار دادن مریض در معرض واقعه آسیب زای فوق با شیوه‌های تجسمی و یا مواجهه‌سازی زنده بوده که این مواجهه‌سازی به شکلی می‌تواند یا شدید و یا تدریجی باشد و به ترتیب انفجار درمانی و حساسیت‌زدایی منظم نام داشته‌اند.

- دومی آموزش شیوه‌های تدبیر استرس بوده که مشمول فنون آرام‌سازی عضلات و نیز رویکرد های شناختی برای مدارا با استرس می‌باشد.

در شیوه‌ی درمانی شناختی که غالباً به همراه درمان رفتاری مواجهه‌سازی مورد استفاده قرار می‌گیرد سه مرحله بسیار مهم موجود است:

- نخست شناسایی افکار ناکارآمد در خصوص حادثه استرس‌زا ایجاد گردیده است.
 - دوم بررسی میزان قدرت این اندیشه و چالش با آنها و در نتیجه جایگزین نمودن آنها با افکار مثبت و منطقی که مرحله مزبور اساسی‌ترین بخش آن می‌باشد و تحت عنوان بازسازی شناختی از آن اسم برده می‌شود.
- باید بیان داشت که کارایی درمان شناختی به تنهایی اثربخشی کمتری در رابطه با رویارویی درمانی و یا ترکیب آن دو با یکدیگر داشته است. از انواع و اقسام دیگر درمان‌های شناختی و رفتاری که در راستای تسلط مریض به اضطراب خویش وجود داشته، می‌توان به مهارت‌هایی نظیر تکنیک‌های تنفسی و یا بیوفیدبک "مهارتی که فرد قادر است عملکرد غیر ارادی‌اش را کنترل سازد" - مهار افکار منفی - کنترل خشم - مقاومت در مقابل استرس - و یادگیری مهارت‌های اجتماعی اشاره نمود.

از دیگر شیوه‌های مفید و مثبت درمانی، روان‌درمانی روان‌پویشی می‌باشد. روان‌پویشی به مفهوم بازسازی وقایع آسیب‌زا همراه با تخلیه‌های هیجانی و پالایش می‌باشد که امکان داشته اثر درمانی داشته باشد. البته روان‌درمانی را بایستی متناسب با شرایط هر بیمار صورت داد. به دلیل آنکه بعضی از بیماران امکان دارد در اثر احساس وقوع مجدد آسیب از پا در بیایند.

قربانیان دچار PTSD از طرفی قادرند آموزش ببینند با برخورد منطقی با شرایطشان و تجزیه کردن معضلاتشان به واحدهای قابل کنترل، فشار روانی را به طرز چشمگیری کاهش بدهند. تمامی آنان قادر هستند بین سرزنش خویش و دوری کردن، تعادل بهترین ایجاد سازند.

اشخاصی که به علت نقش‌شان در واقعه آسیب‌زا، بیش از دیگران احساس گناه می‌نمایند بایستی به این نکته توجه کرد که مسئولیت آنها چنان که تصور می‌رود، سنگین نیست بالعکس افرادی که احساس نموده بر آنچه که اتفاق افتاده کنترلی نداشته، از این رو از مواجهه با معضلات پرهیز می‌نمایند قادرند یادگیرند احساس تسلط بیشتری بر فرآیند زندگی‌شان داشته باشند.

از گروه درمانی و خانواده درمانی هم می‌توان در تسکین علائم بیمار مبتلا به PTSD یاری گرفت. به عنوان نمونه گروه درمانی برای سربازان جنگ و بازماندگان بلاهایی مانند زلزله بسیار موفقیت‌آمیز است. به ویژه گروه درمانی سبب شریک شدن در آسیبهایی که بر سایرین وارد آمده و برخورد شدن از حمایت دیگر افراد گروه می‌گردد.



نتیجه گیری

تاکنون تحت تاثیر آموزه‌ها و نیز تعالیم جرم‌شناختی و در پرتو یکی از شاخه‌های کاربردی جرم‌شناختی یعنی جرم‌شناختی بالینی، عدالت کیفری در خدمت درمان و هم‌چنین بازپروری بزهکار و یا بزهکاران می‌باشد. به نحوی که در راستای محقق شدن این مسئله، از رعایت کردن تشریفات حمایتی حقوق فرد متهم بحث شده و این حقوق حمایتی تحت عنوان دادرسی عادلانه و منصفانه مورد شناسایی قرار گرفته است.

جرم‌شناسی بالینی، بر ایجاد اندیشه‌ی بازپروری به واسطه‌ی مجازات بسیار موثر می‌باشد. اندیشه‌ی اصلاح و نیز درمان را در آغاز مکتب تحقیقی و یا اثباتی ایتالیایی [لومبروزو، گارافالو و فری] ارائه نمودند و بالاخص از جنگ جهانی دوم به این طرف با در نظر گرفتن غلبه‌ی اندیشه‌های رفاه‌گرایی بر حکومت‌ها، جرم‌شناختی بالینی در پی احیای ابعاد معنوی و نیز روانی افراد بزهکار می‌باشد که مد نظر واقع شد. بنابراین، جرم‌شناختی بالینی در مجموع، دارای دو معنا و مفهوم بوده است:

- معنای موسع و یا نظری

- معنای مضیق و یا عملی

جرم‌شناسی بالینی در معنا موسع و یا نظری به مفهوم مطالعه‌ی پدیده‌ی مجرمانه‌ی شخصی که در برابر جامعه‌شناختی جنائی واقع می‌شود که موضوع آن بررسی و مطالعه‌ی پدیده‌ی بزهکارانه‌ی جمعی و نیز توده‌ای و یا به بیانی بزهکاری می‌باشد.

از این رو، در معنا و مفهوم موسع، جرم‌شناختی بالینی به مفهوم مطالعه‌ی نظری بزه به شکل فردی می‌باشد. متقابلاً مفهوم مضیق و یا کاربردی موجود است که به معنی مطالعه‌ی چندبعدی بزه و مجرم با هدف اصلاح و بازپروری فرد مجرم که به پیشگیری از تکرار مجدد بزه، منتج گردد.

در معنا و مفهوم مذکور، جرم‌شناسی بالینی دارای کاربرد یافته‌های جرم‌شناسی در خصوص مجرمان می‌باشد. در این نوع جرم‌شناسی در آغاز، مجرمین از بعد روان‌شناختی و روانکاوای تحت مطالعه واقع می‌شوند و سپس، در مرحله‌ی دیگر به جنبه‌های جسمی و اجتماعی و نیز فرهنگی مجرمان، پرداخته خواهد شد. جرم‌شناسی بالینی، شیوه و روشش را از دانش و یا علوم پزشکی اقتباس نموده است. که از یک طرف، مشمول تحلیل حقایق مجرمانه، به زبان پزشکی معاینه و از طرفی، مبادرت با هدف برطرف کردن مشکل یعنی درمان می‌گردد.

به توضیحی دقیق‌تر: جرم‌شناسی بالینی از مدل پزشکی معاینه - درمان مریض، پیروی می‌نماید. به دلیل آن که قسمتی از راهکارهای ارائه شده در آن پزشکی به مفهوم و معنای واقعی می‌باشد. مابقی راهکارها اکثراً بعد اقتصادی - فرهنگی - آموزشی - اجتماعی داشته که یک نوع پزشکی - اجتماعی محسوب می‌شود.

از این رو، از اصطلاحات درمانگاه و کلینیک اجتماعی و درمانگاه‌خانوادگی هم استفاده می‌شود. بزه‌دیده شناسی بالینی هم به جهت ممانعت و پیشگیری از تکرار مجدد بزه‌دیدگی و مزمن شدن بزه دیدگی در یک شخص در اندیشه‌ی بازپروری وی می‌باشد به این معنا که حمایت‌های روانی - عاطفی - مادی که سبب التیام و نیز درمان بزه‌دیدگان گردیده، مدنظر واقع شود.



به عنوان نمونه، در جرایم از نوع خشونت‌آمیز به همراه پاسخ‌های قضایی و حقوقی بایستی پاسخ‌ها و یا راهکارهای درمانی و نیز التیامی برای کلیه‌ی بزه‌دیدگان مدنظر قرار گیرد که چنین مسئله‌ای در قالب و چهارچوب بزه‌دیده‌شناسی بالینی و نیز درمانگاه و یا کلینیک بزه‌دیده، ارائه می‌گردد.

یکی از اهداف بسیار مهم بزه‌دیده‌شناسی بالینی و نیز درمانگاه بزه‌دیده، بازگرداندن حالت روانی-عاطفی فرد بزه‌دیده به شرایط و وضعیت پیش از تحمل بزه می‌باشد. علیرغم آنکه به وجود آوردن شاخه‌ی بزه‌دیده‌شناسی بالینی به علت موجود بودن مقاومت‌های گوناگونی با یکسری تأخیرهایی انجام پذیرفته، لیکن در هر صورت، بزه‌دیده‌شناسی بالینی حوزه‌های مشتمل بر همین مصادیق می‌گردد: بررسی‌ها و مطالعه‌ی نتایج و نیز پیامدهای پزشکی - روانی نشأت گرفته از فرآیند بزه‌دیدگی و همچنین مطالعه‌ی مسائل پیچیده و در نهایت، ارزیابی ابعاد خسارت وارد شده بر شخص.

در مراحل بزه‌شناسی بالینی ابتدا شخص مدعی بزه‌دیدگی معاینه شده و سپس خصیصه و ماهیت بزه‌دیدگی بررسی می‌گردد. در مرحله‌ی بعد میزان رضایت فرد بزه‌دیده از فرآیند رسیدگی به شکایات خود در دادگستری و کلانتری و رفتار قضات و وکیل خود بررسی می‌شود. و در نهایت میزان خسارات جسمانی، روانی، عاطفی و ... برآورده خواهد شد.

بنابراین، صدمات و نیز آسیب‌های برخاسته از بزه که بر بزه‌دیده‌ی جرم‌ها وارد می‌گردد بر مبنای نوع بزه - شدت جرم - شخصیت بزه‌دیدگان کاملاً متفاوت می‌باشد. در مجموع در کلیه‌ی جرایم، صدمات و آسیب‌های عاطفی و نیز حیثیتی و روانی بر بزه‌دیده وارد گردیده و در پاره‌ای از جرایم هم بزه‌دیده، به صدمات جسمانی دچار می‌گردد.

هر آنچه در بزه‌دیده‌شناسی بالینی بعد از شناسایی صدمات و آسیب‌ها، بررسی می‌گردد بازتوانی بزه‌دیدگان می‌باشد. لذا این چنین به نظر می‌آید نخستین نیاز بزه‌دیده بعد از وقوع بزه، سعی و کوشش در راستای کاستن و تسکین آسیب و صدمات جسمانی و عاطفی و روانی می‌باشد.

تدابیر بالینی در خصوص بزه‌دیدگان که می‌تواند خسارات ناشی از بزه را جبران سازد شامل تدابیر حمایتی پزشکی، تدابیر حمایتی روانی و عاطفی و درمان‌های دارویی، روان‌درمانی است.

در کشور ما هیچ نهادی به شکل خاص متولی رسیدگی به بزه‌دیدگان جرایم، بالاخص در رابطه با آسیب و صدمات روانی و عاطفی نبوده است. جبران نمودن زیان و خسارات صدمات وارد گردیده را صرفاً می‌توان به شکل پراکنده در تکالیف و وظایف پاره‌ای از نهاد و موسسات مشاهده نمود.

از این‌رو، اقدامات سازمان پزشکی قانونی برای بزه‌دیدگان در مجموع شامل: معاینات، اظهارات کارشناسی به جهت بررسی‌های قضائی می‌باشد. به توضیحی دقیق‌تر: سازمان پزشکی قانونی مستقیماً اقداماتی را در راستای ترمیم صدمات و آسیب‌های جسمی و نیز روانی بزه‌دیدگان صورت نداده و تنها آسیب‌های وارد شده که محدود به صدمات جسمانی و روانی می‌باشد، معاینه و کارشناسی می‌نماید.

لذا باید بیان داشت که اقدامات سازمان مزبور، چنان‌چه به درستی انجام گیرد، به شکلی می‌تواند نقش بسیار مهمی در جبران نمودن زیان و ضرر بزه‌دیده داشته باشد. از طرفی، نوع برخورد پزشک و روان‌پزشک سازمان مزبور هم، به نوعی از بزه‌دیدگی ثانویه ممانعت می‌ورزد.



لکن، توجه این پژوهش به ترمیم نمودن صدمات عاطفی و روانی می‌باشد. گرچه موسسه و نهادهای متعدد دولتی - خصوصی نظیر درمانگاه و بیمارستان‌های اعصاب و روان و نیز واحدهای مشاوره و مددکاری، یکسری اقدامات را به جهت درمان نمودن بزه‌دیده و یا بزه‌دیدگان جرایم صورت داده‌اند.

نظیر سازمان بهزیستی "دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی معاونت اجتماعی" که در کنار سایر وظایف، مبادرت به بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی می‌نماید. اما رابطه‌ای مستقیم، به‌مراه شرح وظیفه و نیز برنامه‌ای جامع، برای تمامی بزه‌دیدگان در دسترس نبوده است.



منابع فارسی

۱. آخوندی، محمود ۱۳۹۱، آیین دادرسی کیفری، جلد دوم، چاپ اول، تهران انتشارات مجد.
۲. اردبیلی، محمدعلی ۱۳۹۱، حقوق جزای عمومی، جلد ۲، چاپ ۴، تهران انتشارات میزان.
۳. آشوری، محمد ۱۳۹۶، آیین دادرسی کیفری، چاپ چهارم، جلد اول، تهران انتشارات سمت.
۴. آشوری، محمد و خدادی، ابوالقاسم ۱۳۹۹، حقوق بنیادین بزه دیده در فرایند دادرسی کیفری، فصلنامه آموزه های حقوق کیفری.
۵. امامی، حسن ۱۳۹۰، حقوق مدنی، چاپ اول، جلد اول، تهران نشر اسلامیه.
۶. بابایی، اکرم ۱۳۹۵، بررسی حقوق بزه دیده در فرآیند دادرسی کیفری با تاکید بر لایحه قانون آیین دادرسی کیفری، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دامغان.
۷. بابایی، محمدعلی (۱۳۹۰)، جرم شناسی بالینی، تهران: انتشارات میزان.
۸. حاجی تبار، حسن (۱۳۹۱)، بزه دیده شناسی حمایتی افتراقی، نشر جنگل جاودانه.
۹. خزانی، منوچهر ۱۳۹۹، فرایند کیفری، چاپ اول، تهران: انتشارات گنج دانش.
۱۰. دهخدا، علی اکبر ۱۳۸۰، لغتنامه، جلد سوم، چاپ اول، تهران انتشارات دانشگاه تهران.
۱۱. رایجیان اصلی، مهرداد (۱۳۹۰)، بزه دیده شناسی حمایتی، چاپ دوم، تهران: نشر دادگستر.
۱۲. رایجیان اصلی، مهرداد ۱۳۹۱، بزه دیده در فرایند کیفری، چاپ اول، تهران انتشارات خط سوم.
۱۳. رایجیان اصلی، مهرداد ۱۳۹۳، بزه دیده حمایتی، تهران، چاپ اول، انتشارات دادگستر.
۱۴. رایجیان اصلی، مهرداد ۱۳۹۴، بزه دیده در فرایند کیفری، چاپ اول، تهران انتشارات خط سوم.
۱۵. رحیمی نژاد، اسماعیل ۱۳۹۶، جرم شناسی، چاپ اول، تبریز انتشارات فروزش.
۱۶. زکوی، مهدی ۱۳۹۹، بزه دیدگان خاص در پرتو بزه شناسی حمایتی، چاپ اول، تهران انتشارات مجد.
۱۷. صانعی، پرویز ۱۳۹۸، حقوق جزایی عمومی، چاپ اول، تهران انتشارات طرح نو.
۱۸. صفاری، علی ۱۳۹۶، روش زندگی و تاثیر گذاری بزه دیده در وقوع جرم، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۴۱.
۱۹. صلاحی، جاوید (۱۳۸۹)، درآمدی بر جرم شناسی و بزه دیده شناسی، نشر میزان.
۲۰. فیلیزولا، ژینا ۱۳۹۰، بزه دیده و بزه دیده شناسی، ترجمه روح الله کردعلیوند و احمد محمدی، چاپ اول، تهران انتشارات مجد.
۲۱. قوام، میر عظیم ۱۳۹۷، مقاله حقوق بزه دیدگان و خواسته های آنان از پلیس، فصلنامه علمی و پژوهشی انتظام اجتماعی، سال دوم، شماره دوم.
۲۲. کی نیا، مهدی ۱۳۹۰، بزه دیده شناسی یا مجنی علیه شناسی، نشریه حقوق دانشکده علوم قضایی و خدمات اداری، شماره یک.
۲۳. گارلند، دبوید ۱۳۹۵، پاسخ های انطباقی مدرنیزم کیفری، ترجمه محمد فرجیها، علوم جنایی مجموعه مقالات در تجلیل از استاد دکتر محمد اشوری، انتشارات سمت.