

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُونُوا قَوَّامِينَ لِلَّهِ شُهَدَاءَ بِالْقِسْطِ وَلَا
يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَا نُ قَوْمٍ عَلَىٰ أَلَّا تَعْدِلُوا اعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ
وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ (مائده آيه ٨)

دانشگاه پیام نور
مرکز تهران
دانشکده علوم انسانی
گروه حقوق

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد
در گرایش حقوق جزا و جرم‌شناسی

تحت عنوان:

"تأثیر انسفالوپاتی کبدی از منظر جرم‌شناسی"
(the criminology of the hepatic encephalopathy)

استاد محترم راهنما:
آقای دکتر عباس نظیفی

استاد محترم مشاور:
آقای دکتر جلال شیرزاد

دانشجو:
سکینه تقوی
سال ۱۳۹۱

سپاسگزاری:

سپاس و ستایش مرخدای را جل و جلاله که آثار قدرت او بر چهره روز روشن، تابان است و انوار حکمت او در دل شب تار، درافشان. آفریدگاری که خویشتن را به ما شناساند و درهای علم را بر ما گشود و عمری و فرصتی عطا فرمود تا بدان، بنده خویش را در طریق علم و معرفت بیازماید.

به مصداق «من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق» بسی شایسته است از کلیه اساتید، به ویژه استادان فرهیخته و فرزانه، جناب آقای دکتر عباس نظیفی و جناب آقای دکتر جلال شیرزاد تقدیر و تشکر به عمل آورم زیرا با کرامتی چون خورشید، سرزمین دل را روشنی بخشیدند و گلشن سرای علم و دانش را با راهنمایی‌های کارساز و سازنده بارور ساختند. امید آنکه آسمان نیلگون دعاگویشان و ایزد وهاب مؤیدشان و میهن اسلامی به وجود ارزشمندشان همواره مفتخر گردد.

در پایان از فرشتگانی که، با دم مسیحایی خویش، یقین رسیدن را در من جاری ساختند تا استوار گام بردارم، صمیمانه سپاسگزارم.

تقدیم به رادمردی که:

حضور مهربان پدران‌اش توأمان با شکوه آرامش، عظمت فروتنی، وسعت حکمت و خردمندی‌اش در سایه‌سار رحمت الهی درهای خودباوری و اعتماد به نفس را در من گشود تا همواره نیک بیاندیشم و نیک رفتار کنم.

تقدیم به: دایی گرانمایه و ارجمندم، جناب آقای سید حسین هروی.

چکیده:

بیماری انسفالوپاتی کبدی، اختلال سیستم عصبی مرکزی ناشی از بیماری کبدی، که غالباً به سطح بالای آمونیاک در خون مربوط می‌شود و تغییراتی را در وضعیت ذهنی و سطح هوشیاری ایجاد نموده و تداوم آن در نهایت منجر به کاهش سطح هوشیاری می‌گردد. دو تغییر عمده، زمینه‌ی گسترش آن را در بیماری حاد و مزمن کبدی فراهم می‌کند. آمونیاک، به عنوان عامل اصلی در حدوث انسفالوپاتی کبدی وارد مغز شده و گیرنده‌های نوع بنزودیازپینی محیطی را تحریک می‌کند. بنابراین ساخت نورواستروئیدها را افزایش می‌دهد. این سپس عمل ناقل‌های عصبی گابا (GABA) (گاما-آمینوبوتیریک اسید) را تحریک می‌کند. گابا موجب مهار و کاهش فعالیت سیستم عصبی مرکزی می‌شود. آمونیاک ناقل‌های عصبی و همچنین تنظیم‌کننده‌های سیناپسی را مهار می‌کند. که این امر سبب عوارض گوناگون از جمله، تخریب ذهنی و به تبع آن دلیریوم و دمانس در مرحله سوم و چهارم علائم بالینی بیماری می‌گردد. این شرایط بیمار را چنان ناتوان می‌کند که وی نه تنها قادر به فهم مسائل بغرنج نیست بلکه، افسردگی و اضطراب وی سبب واکنش‌های غیرارادی و ناآگاهانه در ارزیابی موقعیت خود و دیگران می‌شود. دیدن افق موقتی زندگی به دلیل عدم قدرت پیش‌بینی، اختلالات خلقی، شخصیت‌مواج و شکننده، وی را آماده انجام رفتار مجرمانه می‌گرداند. لذا چنین فردی نه تنها یک شخص متعارف نیست، بلکه با شدت بیماری فاقد مسؤولیت کیفری است لذا چنین شخصی نمی‌تواند "بزهکار واقعی" باشد. تمرکز بر صرف رفتار مجرمانه بیمار منهای شخصیت‌مواج و متغیر وی، نه تنها موجب معطوف شدن به جزئیات صحنه جرم است، بلکه سبب برخی از اشتباهات در تحلیل علل وقوع جرم، نهادن بار ناعادلانه مسؤولیت بر دوش فرد بیمار و صدور احکام نادرست توسط دستگاه قضایی می‌شود. مجهز شدن قاضی کیفری به داده‌های جرم‌شناسی با تشکیل پرونده شخصیت قبل از صدور حکم، راه نهادن عادلانه بار مسؤولیت بر دوش بیماران انسفالوپاتی کبدی را هموار می‌سازد و داشتن قیّم، بیمار را در سیر امور حقوقی یاری بسزایی خواهد نمود. لذا جرم‌شناسی حکم می‌کند که این‌گونه افراد دارای مسؤولیت کیفری نباشند و برای درمان آنان اقدامات مقتضی در حد امکان انجام شود.

واژگان کلیدی: جرم، جرم‌شناسی، مسؤولیت کیفری، انسفالوپاتی کبدی، جرم‌شناسی انسفالوپاتی کبدی.

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	چکیده
	فصل اول: کلیات
۲	بخش اول: ساختمان و عمل دستگاه گوارش
۳	بخش دوم: کبد
۳	مبحث اول: ساختمان و عمل کبد
۵	مبحث دوم: مهم‌ترین اعمال و فعالیت‌های کبد
۶	مبحث سوم: نقش کبد در سلامتی
۷	مبحث چهارم: نقش کبد در خنثی کردن سموم بدن
۷	مبحث پنجم: تولید پروتئین
۸	مبحث ششم: تولید صفرا
۹	بخش سوم: بیماری‌های کبد
۹	مبحث اول: هیپاتیت
۱۵	بخش چهارم: سیروز کبدی
۱۵	مبحث اول: علل سیروز
۱۷	مبحث دوم: علائم و نشانه‌های سیروز کبدی
۱۹	مبحث سوم: سیروز صفراوی اولیه PBC
۲۰	بخش پنجم: کبد چرب
۲۲	بخش ششم: دیابت و بیماری‌های کبد
۲۲	مبحث اول: دیابت شیرین
۲۳	مبحث دوم: دیابت (عدم تحمل گلوکز) و طبقه‌بندی آن
۲۸	بخش هفتم: بیماری ژیلبرت
۲۹	بخش هشتم: بیماری ویلسون
۲۹	مبحث اول: ویلسون چیست؟

۳۰	مبحث دوم: «مس» چیست و چگونه باعث بیماری ویلسون می‌شود؟
۳۱	بخش نهم: سایر بیماری‌های کبدی
۳۱	۱- آبسه‌ی کبد
۳۱	۲- ازدیاد بیلی‌روبین خون
۳۲	۳- سندرم کریگلر-ناجار
۳۲	۴- سندرم دویین-جانسون
۳۲	۵- سندرم روتور
۳۳	۶- تومورهای خوش‌خیم کبد
۳۳	۷- تومورهای بدخیم کبد
۳۳	۸- سرطان کیسه‌ی صفرا
۳۴	۹- تومورهای پیش‌رونده و جهنده کبد
۳۴	۱۰- کوله سیستیت
۳۴	۱۱- سنگ کیسه‌ی صفرا
۳۵	۱۲- هموکروماتوز
۳۵	۱۳- کرم کبدی چیست؟
۳۶	۱۴- پیوند کبد در چه مواردی به کار می‌رود؟
۳۶	۱۵- انسفالوپاتی کبدی

۳۷ **فصل دوم: بیماری انسفالوپاتی کبدی و عوارض روان‌شناختی آن**

۳۹	بخش اول: انسفالوپاتی کبدی
۴۲	بخش دوم: آسیب‌شناسی انسفالوپاتی کبدی
۴۲	مبحث اول: وضعیت‌های که سطح آمونیاک سرم خون را افزایش می‌دهند
۴۲	گفتار اول: تولید آمونیاک در دستگاه گوارش
۴۴	گفتار دوم: ترشح آمونیاک کلیوی
۴۶	گفتار سوم: ترشح آمونیاک در ماهیچه
۴۷	مبحث دوم: تشریح نقش آمونیاک در ایجاد بیماری
۴۹	مبحث سوم: رابطه سموم و انسفالوپاتی کبدی
۵۰	گفتار اول: اثرات آمونیاک سمی

۵۱	گفتار دوم: اثرات سمی منگنز
۵۱	گفتار سوم: اثرات سایر سموم
۵۳	مبحث چهارم: سایر عوامل ایجادکننده انسفالوپاتی کبدی
۵۳	گفتار اول: عارضه التهاب سلول‌های مغزی
۵۴	گفتار دوم: عارضه کاهش سدیم خون
۵۵	گفتار سوم: استروئیدهای عصبی (نورواستروئید)
۵۶	مبحث پنجم: تشخیص‌های افتراقی بیماری
۵۸	مبحث ششم: دست آوردی از بیماری انسفالوپاتی کبدی
۶۱	بخش سوم: روش‌های ارزیابی بالینی بیماری انسفالوپاتی کبدی
۶۱	مبحث اول: معیار وست هاون
۶۲	مبحث دوم: الگوریتم ارزیابی انسفالوپاتی کبدی
۶۲	گفتار اول: تست‌های نروسایکومتریک (عصبی - روانی)
۶۲	گفتار دوم: PHEs
۶۳	گفتار سوم: RBANS
۶۳	گفتار چهارم: تست‌های بازدارنده‌ی کنترلی
۶۴	گفتار پنجم: سیستم ارزیابی کامپیوتری شده CDR
۶۴	گفتار ششم: ارزیابی‌های الکتروفیزیولوژی
۶۵	گفتار هفتم: نوار مغز
۶۵	گفتار هشتم: تصویربرداری مغزی
۶۶	گفتار نهم: ارزیابی میزان آمونیاک در خون
۶۶	مبحث سوم: الکتروانسفالوگرام
۶۷	مبحث چهارم: پتانسیل برانگیخته شده از راه بینایی
۶۸	بخش چهارم: تظاهرات بالینی مرتبط با اختلالات روان‌شناختی
۶۸	مبحث اول: مراحل انسفالوپاتی کبدی و نشانه‌های بالینی
۷۳	بخش پنجم: اختلالات روانی عضوی
۷۵	بخش ششم: دلیریوم
۷۵	مبحث اول: سبب‌شناسی دلیریوم

۷۸	مبحث دوم: خصوصیات بالینی دلیریوم
۸۰	مبحث سوم: ارزیابی وضعیت شناختی بیماری
۸۱	مبحث چهارم: تشخیص‌های افتراقی
۸۱	گفتار اول: دلیریوم در مقایسه با دمانس
۸۱	گفتار دوم: دلیریوم در مقایسه با اختلال فراموشی
۸۲	گفتار سوم: دلیریوم در مقایسه با اسکیزوفرنی یا افسردگی
۸۳	بخش هفتم: دمانس
۸۴	مبحث اول: سبب‌شناسی دمانس
۸۶	مبحث دوم: تظاهرات بالینی دمانس
۸۷	مبحث سوم: طبقه‌بندی دمانس
۸۸	مبحث چهارم: دمانس نوع آلزایمر
۸۸	مبحث پنجم: دمانس عروقی
۸۸	مبحث ششم: دمانس ناشی از سایر علل طبی عمومی
۹۰	مبحث هفتم: دمانس پایدار وابسته به مواد
۹۰	مبحث هشتم: تغییرات روان‌پزشکی دمانس
۹۰	۱- تغییرات شخصیتی
۹۰	۲- توهمات و هذیان‌ها
۹۰	۳- خلق
۹۱	۴- تغییر شناختی
۹۱	۵- واکنش بحرانی
۹۲	۶- سندرم شامگاهی یا غروبی
۹۲	مبحث نهم: تشخیص‌های افتراقی
۹۳	مبحث دهم: عوامل روانی اجتماعی دمانس
۹۴	بخش هشتم: شخصیت چیست؟
۹۴	مبحث اول: اختلال شخصیت
۹۵	مبحث دوم: طبقه‌بندی اختلال شخصیت
۹۷	مبحث سوم: بررسی شخصیت بیماران انسفالوپاتی کبدی در منابع پزشکی
۹۹	مبحث چهارم: تغییر شخصیت ناشی از یک اختلال طبی

- ۱۰۰ مبحث پنجم: سبب‌شناسی
- ۱۰۰ مبحث ششم: تشخیص و ویژگی‌های بالینی
- ۱۰۱ مبحث هفتم: تشخیص افتراقی تغییر شخصیت و دمانس
- ۱۰۱ مبحث هشتم: سیر و پیش‌آگهی
- ۱۰۳ **بخش نهم: اختلالات خلقی**
- ۱۰۴ مبحث اول: سبب‌شناسی
- ۱۰۵ مبحث دوم: طبقه‌بندی اختلالات خلقی
- ۱۰۶ **بخش دهم: تعریف افسردگی**
- ۱۰۷ مبحث اول: فرضیه‌های موجود پیرامون افسردگی
- ۱۰۷ گفتار اول: فرضیه روانکاوی
- ۱۰۷ گفتار دوم: فرضیه‌های شناختی
- ۱۰۸ گفتار سوم: فرضیه یادگیری
- ۱۰۸ گفتار چهارم: فرضیه زیست‌شناختی
- ۱۰۹ مبحث دوم: تظاهرات بالینی اختلالات افسردگی
- ۱۰۹ مبحث سوم: طبقه‌بندی اختلالات افسردگی
- ۱۱۰ مبحث چهارم: ویژگی‌های اختلال افسردگی اساسی (ماژور)
- ۱۱۲ مبحث پنجم: اختلال افسردگی دیستایمیک (اختلال افسردگی خویی)
- ۱۱۲ مبحث ششم: اختلال افسردگی با الگوی فصلی
- ۱۱۲ مبحث هفتم: افسردگی پس از زایمان
- ۱۱۳ مبحث هشتم: معیارهای تشخیص افسردگی
- ۱۱۳ گفتار اول: آزمون‌های فرافکن
- ۱۱۳ ۱- آزمون رورشاخ
- ۱۱۳ ۲- آزمون تی. آ. تی (T.A.T)
- ۱۱۴ گفتار دوم: آزمون خودسنجی زونگ
- ۱۱۴ گفتار سوم: آزمون سایموندز
- ۱۱۴ گفتار چهارم: آزمون تشخیص افسردگی آرون بک
- ۱۱۵ گفتار پنجم: تست افسردگی ام. ام. پی. آی

۱۱۷	بخش یازدهم: اختلالات اضطرابی
۱۱۷	مبحث اول: تعاریف عمده اضطراب
۱۱۸	مبحث دوم: ترس و اضطراب
۱۲۰	مبحث سوم: سبب‌شناسی
۱۲۰	مبحث چهارم: تظاهرات بالینی
۱۲۰	مبحث پنجم: نظریه‌های اضطراب
۱۲۱	گفتار اول: نظریه زیست‌شناختی
۱۲۱	۱- سلسله اعصاب اتونومیک
۱۲۱	۲- ناقل عصبی
۱۲۲	گفتار دوم: نظریه روان‌شناختی
۱۲۲	۱- نظریه روانکاوی
۱۲۲	۲- نظریه رفتاری
۱۲۲	۳- نظریه وجودی
۱۲۲	مبحث ششم: اصول طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی
۱۲۴	مبحث هفتم: اختلال هراس
۱۲۵	مبحث هشتم: گذر هراسی
۱۲۶	مبحث نهم: سبب‌شناسی
۱۲۶	مبحث دهم: فوبی ساده (خاص)
۱۲۷	مبحث یازدهم: فوبی اجتماعی
۱۲۸	مبحث دوازدهم: سبب‌شناسی
۱۲۸	گفتار اول: عوامل روانکاوی
۱۲۸	گفتار دوم: عوامل رفتاری
۱۲۹	مبحث سیزدهم: اختلال وسواس- جبری
۱۳۰	گفتار اول: خصوصیات مشترک افکار و اعمال وسواسی
۱۳۰	گفتار دوم: ویژگی‌های اصلی این اختلال وسواسی
۱۳۲	گفتار سوم: چهار الگوی اختلال وسواس جبری
۱۳۳	مبحث چهاردهم: سبب‌شناسی
۱۳۳	گفتار اول: عوامل زیست‌شناختی

۱۳۳	۱- ناقل‌های عصبی
۱۳۴	۲- ژنتیک
۱۳۴	گفتار دوم: عوامل رفتاری
۱۳۴	گفتار سوم: عوامل روانی- اجتماعی
۱۳۴	۱- عوامل شخصیتی
۱۳۵	۲- عوامل روان پویایی
۱۳۷	مبحث پانزدهم: ویژگی‌های بالینی اختلال وسواس جبری
۱۳۸	مبحث شانزدهم: اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد
۱۳۸	مبحث هفدهم: سبب‌شناسی اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد
۱۳۹	مبحث هجدهم: ویژگی‌های بالینی اختلال استرس
۱۳۹	۱- نشانه‌های شناختی
۱۳۹	۲- نشانه‌های فیزیولوژیک
۱۳۹	۳- نشانه‌های رفتاری
۱۴۰	فصل سوم: جرم‌شناسی انسفالوپاتی کبدی
۱۴۱	بخش اول: مفاهیم واژگان و اصطلاحات اصلی
۱۴۱	مبحث اول: جرم‌شناسی
۱۴۲	مبحث دوم: تفاوت جرم‌شناسی و حقوق کیفری
۱۴۳	مبحث سوم: رفتار مجرمانه از دیدگاه جرم‌شناسی
۱۴۵	مبحث چهارم: علت
۱۴۵	مبحث پنجم: عوامل جرم‌زا
۱۴۷	مبحث ششم: نقش اراده
۱۴۹	مبحث هفتم: علم و آگاهی
۱۵۰	مبحث هشتم: مسؤولیت کیفری
۱۵۱	بخش دوم: جرم‌شناسی و رابطه آن با شخصیت
۱۵۲	مبحث اول: محورهای مورد توجه در شخصیت جرم‌شناختی بیمار انسفالوپاتی کبدی
۱۵۳	بخش سوم: جرم‌شناسی گاما آمینوبوتیریک اسید در بیماری انسفالوپاتی کبدی
۱۵۴	مبحث اول: گاما آمینوبوتیریک اسید

- ۱۵۴ مبحث دوم: اثر گاما- آمینوبوتیریک اسید در پرخاشگری و اختلالات رفتاری
- ۱۵۵ مبحث سوم: اثر گاما- آمینوبوتیریک اسید در ایجاد وابستگی به مواد مخدر و اعتیاد
- ۱۵۶ مبحث چهارم: اثر تجمع مایع مغزی نخاعی گاما- آمینوبوتیریک اسید بر رفتارهای غریزی و پدیده خودکشی
- ۱۵۶ مبحث پنجم: اثر گاما- آمینو بوتیریک اسید در کاهش پرخاشگری
- ۱۵۶ مبحث ششم: مروری بر تأثیرات گاما- آمینو بوتیریک اسید در بیماران انسفالوپاتی کبدی
- ۱۵۷ مبحث هفتم: تحلیل جرم‌شناختی افزایش یا کاهش گاما- آمینوبوتیریک اسید در بیماری انسفالوپاتی کبدی
- ۱۶۰ بخش چهارم: جرم‌شناسی تغییرات شخصیت در انسفالوپاتی کبدی**
- ۱۶۰ مبحث اول: مفهوم کلی شخصیت در جرم‌شناسی
- ۱۶۱ مبحث دوم: مفهوم کلی شخصیت در روان‌شناسی جنایی
- ۱۶۲ مبحث سوم: جرم در چارچوب شخصیت
- ۱۶۳ مبحث چهارم: مروری بر تغییرات شخصیت در بیماران انسفالوپاتی کبدی در منابع پزشکی
- ۱۶۵ مبحث پنجم: تحلیل جرم‌شناختی تغییرات شخصیت در بیماری انسفالوپاتی کبدی
- ۱۶۷ بخش پنجم: جرم‌شناسی دلیریوم و دمانس در بیماری انسفالوپاتی کبدی**
- ۱۶۷ مبحث اول: دلیریوم
- ۱۶۷ مبحث دوم: دمانس
- ۱۶۸ مبحث سوم: دلیریوم در مقایسه با دمانس
- ۱۶۸ مبحث چهارم: مروری کوتاه بر تخریب ذهنی بیماری انسفالوپاتی کبدی در منابع پزشکی
- ۱۶۹ مبحث پنجم: علل تحلیل هم‌زمان جرم‌شناختی دلیریوم و دمانس در این پژوهش
- ۱۷۱ مبحث ششم: تحلیل جرم‌شناختی دلیریوم و دمانس در بیماری انسفالوپاتی کبدی
- ۱۷۳ بخش ششم: جرم‌شناسی افسردگی در بیماری انسفالوپاتی کبدی**
- ۱۷۳ مبحث اول: افسردگی
- ۱۷۳ مبحث دوم: تظاهرات بالینی اختلالات افسردگی

۱۷۴	مبحث سوم: مرور مختصر بر اختلالات خلقی (افسردگی) در منبع پزشکی کبد و غدد
۱۷۵	مبحث چهارم: تحلیل جرم‌شناختی افسردگی در انسفالوپاتی کبدی
۱۷۸	بخش هفتم: جرم‌شناسی اضطراب در بیماری انسفالوپاتی کبدی
۱۷۸	مبحث اول: تعاریف اضطراب
۱۷۹	مبحث دوم: تظاهرات بالینی
۱۷۹	گفتار اول: علائم فیزیولوژیکی اضطراب
۱۷۹	گفتار دوم: علائم روانی اضطراب
۱۸۰	مبحث سوم: مروری بر نقش ناقل‌های عصبی در ایجاد اضطراب با تکیه بر منبع پزشکی
۱۸۰	مبحث چهارم: تحلیل جرم‌شناختی اضطراب در بیماری انسفالوپاتی کبدی
۱۸۳	بخش هشتم: جرم‌شناسی آستریکس و آپراکسی
۱۸۳	مبحث اول: تعریف آستریکس
۱۸۳	مبحث دوم: آپراکسی ترسیمی
۱۸۴	مبحث سوم: رابطه آستریکس و آپراکسی با فعالیت‌های حقوقی
۱۸۴	مبحث چهارم: جرم جعل
۱۸۵	مبحث پنجم: تحلیل جرم‌شناختی آستریکس و آپراکسی در بیماری انسفالوپاتی کبدی
۱۸۶	بخش نهم: نتیجه و دست‌آوردها
۱۸۹	واژه‌نامه
۱۹۳	منابع
۱۹۹	چکیده انگلیسی

تعریف مسأله:

به نظر می‌رسد، بیماری انسفالوپاتی کبدی یعنی اختلال سیستم عصبی مرکزی ناشی از بیماری کبدی، که غالباً به سطح بالای آمونیاک در خون مربوط می‌شود تغییراتی را در وضعیت ذهنی، سطح هوشیاری، نوسانات خلقی و شخصیتی، تظاهرات عصبی- روانی و تغییر الگوی رفتاری ایجاد می‌کند. پس خالی از لطف نیست که از منظر جرم‌شناسی این بیماری تحلیل شده و مورد توجه قرار گیرد.

انگیزه‌ی پژوهش:

هرچند تاکنون بیماری انسفالوپاتی کبدی از منظر جرم‌شناسی مورد توجه قرار نگرفته است اما با توجه به این‌که بیماری کبدی دارای عوارضی است که امکان وقوع عمل مجرمانه را ممکن می‌سازد. نگارنده بر آن است که زمینه‌های بروز این بیماری، عوارض آن و تأثیر آن در وقوع جرم را مورد مطالعه و پژوهش قرار دهد.

اهداف پژوهش:

- آشنایی با نحوه‌ی کارکرد کبد و عوارض جسمی و روانی بیماری انسفالوپاتی کبدی در بدن و تأثیر آن بر کارکرد اعصاب مرکزی و اراده‌ی بیمار.
- بررسی و نتیجه‌گیری از پژوهش، مبنی بر این‌که آیا انسفالوپاتی کبدی تأثیری در ارتکاب جرم دارد یا خیر؟ اگر تأثیر دارد، میزان مسؤولیت کیفری بیمار چقدر است؟

سؤال‌های اصلی پژوهش:

- انسفالوپاتی کبدی چه تأثیری در حالات روحی و شخصیتی فرد دارد؟
- انسفالوپاتی کبدی چه رابطه‌ای با بیماری اختلالات روانی دارد؟
- مسؤولیت کیفری مجرمانی که مبتلا به انسفالوپاتی کبدی هستند به چه میزانی است؟

روش انجام پژوهش:

این پژوهش به روش کتابخانه‌ای و توصیفی و از طریق گردآوری اطلاعات و تحلیل جرم‌شناسانه‌ی آن انجام شده است.

فرضیه‌ها:

- به نظر می‌رسد که انسفالوپاتی کبدی به احتمال زیاد تأثیر «فعلی» در وضعیت روحی - روانی و حتی جسمی شخص داشته باشد، زیرا تعادل بدن به واسطه‌ی بیماری به هم می‌خورد.
- به نظر می‌رسد که بیمار انسفالوپاتی کبدی، قابلیت ابتلا به اختلالات روانی به خصوص آلزایمر نوع ۲، دلیریوم و دمانسِ طبی را دارد.
- و به نظر می‌رسد، بسته به نوع جرم و پیشرفت مراحل بالینی بیماری، می‌توان فرد متهم را در ارتکاب جرم نیمه مسؤؤل دانست، مگر آن‌که این اختلالات به نحوی احراز شود که اراده را سلب نماید تا در حکم سلب اراده قرار گیرد که در آن صورت فرد مسؤؤلیت کیفری نداشته باشد.

سابقه و ضرورت انجام پژوهش:

کتب پزشکی به نارسایی‌های کبدی و به ویژه انسفالوپاتی کبدی و عوارض آن پرداخته‌اند ولی تجزیه و تحلیل جرم‌شناسی آن در ایران برای اولین بار در این پژوهش انجام شده است.

واژگان اصلی پژوهش:

واژگانی که در تحلیل جرم‌شناختی پژوهش حاضر نقش اساسی دارند:

- جرم: هر فعل یا ترک فعلی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد جرم محسوب می‌شود.
- جرم‌شناسی: مطالعه کامل و جامع انسان است و با توجه ودقت مستمر جهت شناسایی هرچه بهتر بزهکاری و راه‌های درمان آن‌ها می‌کوشد (جرم‌شناسی علم کامل انسان است).
- مسؤؤلیت کیفری: تحمل نتایج آن دسته از اعمال ممنوعه‌ای است که با اختیار و آگاهی از محتوا و نتایجشان توسط انسان ارتکاب یافته باشد.
- بیماری انسفالوپاتی کبدی: اختلال سیستم عصبی مرکزی ناشی از بیماری کبدی، که غالباً به سطح بالای آمونیاک درخون مربوط می‌شود و تغییراتی را در وضعیت ذهنی و سطح هوشیاری ایجاد نموده و تداوم آن در نهایت منجر به کاهش شدید سطح هوشیاری می‌شود.

- جرم‌شناسی بیماری انسفالوپاتی کبدی: تشخیص و تحلیل جرم‌شناختی بیماری و تبیین میزان مسؤولیت کیفری افراد مبتلا به آن گویند.

مقدمه

پژوهش پیش رو به تأثیرات جرم‌شناسی انسفالوپاتی کبدی- به‌عنوان یک بیماری که اعصاب مرکزی فرد بیمار را هدف قرار می‌دهد و اراده‌ی او را مختل می‌سازد- می‌پردازد.

موضوع این پژوهش در علوم پزشکی، روان‌شناسی، جرم‌شناسی و قوانین حقوقی ریشه دارد. علم پزشکی با فیزیولوژی کبد و کارکرد آن و عوارض ناشی از نارسایی کبد بخصوص بیماری انسفالوپاتی آشنا است و در این علم کتب و مقالات ارزنده‌ی بسیاری در این موضوع تألیف شده است که اساس بخش پزشکی این پژوهش بر آن استوار است. از سوی دیگر، استفاده از علم روان‌شناسی در جرم‌شناسی و روان‌شناسی جنایی به تأثیرات روانی بیماری‌ها در ارتکاب جرم پرداخته است بدون آنکه به همه‌ی بیماری‌های روانی ناشی از نارسایی‌های فیزیولوژیکی از جمله انسفالوپاتی کبدی اشاره کرده باشد.

اراده متهم در احراز مجرم بودن او نقش کلیدی دارد. اراده با اعصاب رابطه‌ی مستقیم علی دارد و عوامل فیزیکی که بر اعصاب تأثیرگذار باشند سبب واکنش متقابل عوامل روانی و ارادی می‌شوند، به‌نظر می‌رسد که بررسی بیماری انسفالوپاتی و تحلیل عوارض روانی آن به طریق جرم‌شناسی در تعیین جایگاه حقوقی فرد بیمار از نظر میزان مسؤول بودن او در وقوع جرم لازم است.

فصل اول: کلیات

در این فصل، برای آشنایی بیشتر خوانندگان با ساختمان، کارکرد کبد و برخی بیماری‌های آن به گزیده‌ای از مطالب مربوط به موارد فوق پرداخته شده است. به این مطالب در بیشتر کتب پزشکی سال‌های اخیر اشاره شده و صرفاً مروری بر آن انجام می‌شود. لازم به ذکر است که با توجه به تخصصی بودن مطالب در رشته‌ی پزشکی و سطح تحصیلات مخاطبین پژوهش حاضر، نگارنده مطالب را بسیار ساده نکرده است و سعی نموده سطح علمی و تخصصی مباحث را حفظ کند.

بخش اول: ساختمان و عمل دستگاه گوارش

دستگاه گوارش به شکل لوله‌ای توخالی است که از دهان شروع شده و به مقعد ختم می‌شود. غذا پس از خورد شدن در دهان، وارد مری و سپس معده می‌شود. تمام بخش‌های مختلف دستگاه گوارش با ترشح مواد مختلف به هضم مواد غذایی کمک نموده و سپس با انجام فعل و انفعالات مختلف بر روی مواد هضم شده، مواد آماده جذب در روده‌ها می‌شود. یکی از بخش‌های دستگاه گوارش که با ترشح مواد مختلف در هضم مواد غذایی دخالت دارد، کبد است. کبد^۱ در قسمت راست و بالای شکم، زیر پرده دیافراگم قرار دارد.^۲

۱. کبد که نام انگلیسی آن Liver و اصل آن از واژه‌ی انگلوساکسون Lifer است.

۲. راهنمای جامع بیماری‌های کبد و هپاتیت ایران، سید مؤید علویان، ص. ۱۵، چاپ اول، انتشارات نور دانش، سال