Original Article Open Access



Child Rights Journal

2021; 3(9): 49-59

Journal Homepage: http://childrightsjournal.ir

International ThinkTank of Human Dignity

The Iranian Association of Child Rights

The Role of Child Hyperactivity Disorder in Adult Crime

Fateme Esfandi[1]

1. Department of Crime And Criminology Law, Faculty of Law and Political Science, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder) is one of the common childhood disorders that can be caused by various factors. If this disorder is not diagnosed and treated on time, it can continue until adulthood and have various consequences for the person. In this article, the relationship between hyperactivity disorder and crime is investigated.

Method: This descriptive study was conducted by examining various library sources and interviewing psychologists of exceptional children and social workers of the children's court.

Results: As a result of the studies that were done, it can be said that hyperactive children are always at risk of committing crimes due to their inability to voluntarily inhibit their behavior. Lack of timely intervention to treat and solve the problems of children suffering from this disorder causes the transfer of these problems to adulthood, which can lead to increase and continuation of high-risk behaviors and other disorders.

Conclusion: Among the different methods of crime prevention, it seems that social prevention and especially developmental crime prevention are effective in preventing children with hyperactivity from committing crimes in the future.

Keywords: Psychiatric Disorder; Hyperactivity; Attention Deficit Disorder; Crime; Prevention

Corresponding Author: Fateme Esfandi; **Email:** Fa.esfandi@gmail.com

Received: January 25, 2021; **Accepted:** May 24, 2021

Please cite this article as:

Esfandi F. The Role of Child Hyperactivity Disorder in Adult Crime. Child Rights Journal. 2021; 3(9): 49-59.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

This Open Access Article Distributed under the Terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0)

مقاله پژوهشی
دسترسی آزاد



فصلنامه حقوق کودک

دوره سوم، شماره نهم، بهار ۱۴۰۰، صفحات ۵۹-۴۹

Journal Homepage: http://childrightsjournal.ir

اندیشکده بین المللی کرامت انسانی

انجمن علمی حقوق کودک ایران

نقش اختلال بیش فعالی کودکان در ارتکاب جرم در دوران بزرگسالی

فاطمه اسفندی[1]

۱. گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی یکی از اختلالات شایع دوران کودکی است که عوامل مختلفی می‌توانند سبب ایجاد آن در کودک باشند. در صورت عدم‌تشخیص و درمان به‌موقع، این اختلال می‌تواند تا بزرگسالی ادامه داشته باشد و تبعات مختلفی برای فرد بر جای بگذارد. در این مقاله سعی بر آن است که ارتباط میان اختلال بیش فعالی و ارتکاب جرم مورد بررسی قرار گیرد.

روش: این مطالعه به‌صورت توصیفی و با استفاده از بررسی منابع مختلف کتابخانه‌ای و مصاحبه با روانشناسان کودکان استثنایی و مددکاران اجتماعی دادگاه اطفال، انجام گرفته است.

یافته‌ها: در نتیجه بررسی‌هایی که انجام شد به نظر می‌رسد کودکان بیش‌فعال به دلیل عدم توانایی بازداری ارادی در رفتارشان، همواره در معرض ارتکاب جرم قرار داشته باشند. عدم مداخله به‌موقع برای درمان و حل مشکلات کودکان مبتلا به این اختلال موجب انتقال این مشکلات به دوران بزرگسالی می‌شود که این امر خود می‌تواند زمینه افزایش و تداوم رفتارهای پرخطر و ابتلا به اختلالات دیگر را فراهم آورد.

نتیجه‌گیری: در میان شیوه‌های مختلف پیشگیری از جرم، به نظر می‌رسد پیشگیری اجتماعی و به‌خصوص پیشگیری رشدمدار، در جلوگیری از ارتکاب جرم در آینده کودکان مبتلا به بیش فعالی مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: اختلال روان‌پزشکی؛ بیش فعالی؛ کمبود توجه؛ ارتکاب جرم؛ پیشگیری

نویسنده مسئول: فاطمه اسفندی؛ **پست الکترونیک:** Fa.esfandi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۰/۰۳/۰۳

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Esfandi F. The Role of Child Hyperactivity Disorder in Adult Crime. Child Rights Journal. 2021; 3(9): 49-59.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مقدمه

اختلال بیش فعالی یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی کودکان است که در ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعان به مراکز مشاوره کودک گزارش شده است (۱). افزون بر این، این اختلال در میان درصد قابل ملاحظه‌ای از مراجعان به مراکز درمانی بزرگسالان نیز مشاهده گردیده است. عوامل متعددی می‌تواند در بروز اختلال مزبور مؤثر باشد که از جمله عوامل تأثیرگذار، ژنتیک است، به این معنا که احتمال زیادی وجود دارد این اختلال از والدین به فرزندان به ارث رسیده باشد. عوامل روانی و اجتماعی از جمله مشکلات و ناهماهنگی‌های خانواده نیز در تشدید این اختلال مؤثرند.

قدیمی‌ترین توصیفی که از بیش فعالی وجود دارد، از پزشکی آلمانی به نام هاینریش هافمن در میانه سال‌های ۱۸۰۰ است (۲). شکسپیر نیز در یکی از شخصیت‌های داستانی خود به نوعی بیماری در توجه اشاره کرده است.

در کتاب اصول روانشناسی ویلیام جیمز در سال ۱۸۹۰ نیز ویژگی‌هایی ذکر شده که بسیار شبیه به بیش فعالی است.

با وجود آنکه بیش فعالی از دهه ۱۹۲۰ تقریباً در تمام کشورهای دنیا شناسایی شده بود، اما از دهه ۱۹۳۰تا اواخر دهه ۱۹۵۰، جامعه علمی آمریکا در درجه اول، به مسئله آموزش، رشد و خانواده این کودکان توجه می‌کرد و کارایی گروه‌درمانی را مورد آزمایش قرار می‌داد. جورج استایل پزشک انگلیسی نیز در مورد بیست کودکی که از مراجعان بالینی او بودند و مشخص شده بود که آن‌ها نقص در بازداری ارادی دارند به‌گونه‌ای که منجر به نقص در کنترل اخلاقی بر روی رفتارشان می‌شود، گزارش داد (۳).

اختلال بیش فعالی اغلب با مشکلات دیگری نظیر اختلالات افسردگی و اضطرابی، اختلال سلوک و سوء مصرف دارو یا رفتار ضد اجتماعی رخ می‌دهد. در مطالعاتی که در برخی کشورها بر روی مبتلایان به این اختلال صورت گرفته است این نتیجه به دست آمده که اختلال بیش فعالی در درصد قابل توجهی از زندانیان وجود دارد، که این اختلال در آن‌ها یا به هنگام تشخیص داده نشده یا منجر به درمان نگردیده است.

در مطالعه حاضر به بررسی پیرامون این اختلال و تأثیر آن بر ارتکاب جرم و در نهایت ارائه راهکارهایی در این زمینه می‌پردازیم.

روش

این مطالعه به‌صورت توصیفی و با استفاده از بررسی منابع مختلف کتابخانه‌ای و مصاحبه با روانشناسان کودکان استثنایی و مددکاران اجتماعی دادگاه اطفال، انجام گرفته است.

یافته‌ها

۱. اختلال بیش‌فعالی و انواع آن: اختلال بیش فعالی یک اختلال رفتاری رشدی است که از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی کودکان به شمار می‌رود. اگرچه بر سر نشانه‌ها و ویژگی‌های بیش فعالی معمولاً اتفاق نظر وجود دارد، ولی هنوز بر سر تعریف آن، توافقی حاصل نشده است و می‌توان چنین تعریفی نیز ارائه داد: بیش فعالی عبارت است از اختلالی رشدی در توجه، کنترل تکانش، بی‌قراری و هدایت رفتار که به طور طبیعی ایجاد می‌شود و ناشی از اختلال‌های عصب‌شناختی بزرگ، حسی، حرکتی یا هیجانی نیست (۱).

در واقع کودکان بیش‌فعال، از نوع کم‌توجه، کودکانی هستند که اغلب نمی‌توانند به جزئیات توجه دقیق داشته باشند و خطاهایی که از آن‌ها سر می‌زند اغلب از بی‌توجهی آن‌ها است.

اختلال بیش فعالی دارای انواعی به شرح ذیل است:

۱-۱. نوع بی‌توجهی غالب: نارسایی توجه مشخص‌ترین مشکل کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون جنبشی و نخستین معیار تشخیصی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5/2013) است. نارسایی توجه بزرگ‌ترین مشکل این کودکان است. والدین و معلمان شکایت می‌کنند که کودک گوش نمی‌کند، تمرکز حواس ندارد، کارها را ناتمام رها می‌کند و به‌راحتی حواسش پرت می‌شود (۱).

۱-۲. نوع فزون جنبشی یا بیش‌فعال: در بیشتر موارد اولین مشکل آشکار کودک با نارسایی توجه، فعالیت زیاد یا فزون

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

جنبشی است. اگر بی‌توجهی را جدی‌ترین مشکل این کودکان به حساب بیاوریم، فزون جنبشی مشخص‌ترین آن‌ها است.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5/2013) توضیح می‌دهد که این کودکان در آرام نشستن مشکل دارند، زیاد حرف می‌زنند، و منتظر ماندن و رعایت نوبت برای آن‌ها بسیار دشوار است. این فزون جنبشی حتی از دوره درون‌زهدانی شروع می‌شود. میزان این جنب‌وجوش و فعالیت، مورد علاقه برخی از پژوهشگران قرارگرفته و بر خلاف انتظار، نتایج نشان داده است که این کودکان بیشتر از کودکان عادی فعالیت ندارند و میزان فعالیت آن‌ها زیاد نیست، با این حال بی‌قراری حرکتی مهم‌ترین ویژگی آسیب‌شناختی این کودکان به حساب می‌آید (۱).

۱-۳. نوع ترکیبی یا آمیخته: این نوع هر دو دسته کودکان بی‌توجه و فزون جنبش را در بر می‌گیرد و کودک نشانه‌های هر دو نوع قبل را دارا است.

بر خلاف دسته اول، کودکان فزون جنبش غالب یا آمیخته به احتمال بیشتری مشکلاتی را در بازداری رفتار و ثبات رفتاری از خود نشان می‌دهند. این دو دسته اخیر به احتمال بیشتری پرخاشگر و مقابله گر بوده، از سوی هم‌سالان طرد می‌شوند و از رده‌های درس عادی کنار گذاشته شده و در کلاس‌های ویژه قرار می‌گیرند. کودکان دو دسته آخر بیشتر از دسته اول برای درمان ارجاع داده می‌شوند (۴).

۲. علل ایجاد اختلال بیش فعالی: دانشمندان نمی‌توانند به طور قطعی مشخص کنند که علت اصلی اختلال بیش فعالی چیست؛ با این وجود برخی از علت‌های احتمالی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که به شرح آتی اختصاراً مورد اشاره قرار می‌گیرند.

۲-۱. عوامل ژنتیکی: بررسی‌های انجام‌شده در مورد تأثیر عوامل ژنتیکی در اختلال بیش فعالی، به دو علت دچار عدم تمرکز و نابسامانی هستند: الف) عدم اتکا به یک معیار تشخیص دقیق.

ب) عدم استفاده از فناوری لازم برای تائید کردن تشخیص صورت گرفته.

اصولاً در مطالعه اعضای خانواده کودکان دارای این اختلال، مشاهده شده که یکی از اعضا که معمولاً پدر است، به علت عوامل ژنتیکی دارای همین اختلال می‌باشد (۱).

طبق داده‌های اخذشده از روانشناسان، در برخی پژوهش‌ها، میزان تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی مورد بررسی قرار گرفته و از جمله دریافته‌اند تأثیر عوامل خانوادگی بر دختران و پسران یکسان است و در صورتی که شرایط محیطی یکسان باشد، تأثیر محیط بر دختران و تأثیر ژنتیکی بر پسران، تا حدی بیشتر است.

عده‌ای از روانشناسان، عوامل خانوادگی- ژنتیکی و عوامل روانی- اجتماعی را در میان خویشاوندان درجه اول کودکان و نوجوانان دارای این اختلال مطالعه کرده و دریافتند که در این خویشاوندان، احتمال وجود اختلالی مشابه، بسیار زیاد است. از این‌رو تأثیر عوامل خانوادگی- ژنتیکی در رابطه با پیدایی بیش فعالی مورد تأیید قرار می‌گیرد.

۲-۲. عوامل عصبی – شیمیایی: سیستم فعال‌ساز شبکه‌ای مغز یکی از مناطقی است که در زمینه عملکرد توجه، اهمیت دارد. این دستگاه در قسمت پایینی مغز قرار دارد و مغز را هوشیار و آماده دریافت نگه می‌دارد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه، این دستگاه به‌درستی کار نمی‌کند و به همین دلیل ممکن است گاهی کودک مایل باشد بی‌موقع بخوابد. بنابراین، این اختلال ممکن است شیوه‌ای برای پیدا کردن محرک‌های تازه و هوشیار نگه‌داشتن مغز باشد.

قسمت پیشانی مغز نیز در بروز این اختلال مؤثر است؛ زیرا این قسمت در کنترل توجه پایدار، بازداری، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و بخش‌بندی تأثیر دارد و به‌ویژه در بزرگسالانی که این قسمت مغز آسیب دیده باشد خطر ابتلای به این اختلال وجود دارد.

۲-۳. عوامل روانی – اجتماعی: گاهی در خانواده‌های کودکان مبتلا به بیش فعالی، ریشه مشکل کودک یا بخشی از آن را می‌توان در روابط اعضا جستجو نمود. این کودکان معمولاً در خانواده‌های غیرعادی متولد می‌شوند و مشکل‌های

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

روان‌شناختی و جسمانی بسیاری در این خانواده‌ها گزارش شده است. والدین کودکان دارای این اختلال، همچنین کودکان دارای اختلال سلوک به طور معناداری در دوران کودکی دارای فزون جنبشی بوده‌اند. دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی و رفتاری، همچون الکلیسم، جامعه‌ستیزی و هیستری نیز در این خانواده‌ها تا حدودی متداول است.

مطالعه تعامل کودکان دارای اختلال بیش فعالی با والدینشان نشان می‌دهد که در روابط بین آن‌ها، فشار روانی، روابط تحمیلی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتر وجود دارد. همچنین والدین این فرزندان بیش از والدین فرزندان عادی، از شیوه‌های فرزند پروری خودکامه استفاده می‌کنند، دارای اعتماد به نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند و روابط سردی با فرزندانشان دارند.

۳. اختلال‌های روان‌پزشکی همراه با اختلال بیش فعالی: همراه با اختلال بیش فعالی معمولاً اختلالات دیگری مانند اختلال سلوک، اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی اتفاق می‌افتد که لازم است هر یک از این اختلالات جداگانه درمان شود. ارتباط هرکدام از این اختلال‌ها با اختلال بیش فعالی در ادامه بررسی شده است.

۳-۱. اختلال سلوک و بیش فعالی: نزدیک به پنجاه درصد از کودکان مبتلا به اختلال سلوک، به اختلال بیش فعالی نیز مبتلا هستند. تکانشگری، خود تنظیمی ضعیف یا خلق و خوی تند می‌تواند منجر به بروز همزمان اختلال بیش فعالی و اختلال سلوک شود (۴). کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک رفتار خصمانه آشکار شدیدتر و پایدارتری را نسبت به کودکان با اختلال بیش فعالی بروز می‌دهند (۱).

رخداد همزمان بیش فعالی با اختلال سلوک ممکن است در کودکان بیست تا بیست و پنج درصد و در نوجوانان مبتلا به بیش فعالی چهل و چهار تا پنجاه درصد باشد. در بزرگسالی بیش از بیست و شش درصد ممکن است اختلال سلوک در آن‌ها تداوم یابد، درحالی که دوازده تا بیست و یک درصد نیز واجد شرایط تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی خواهند بود (۳).

۳-۲. اختلال دو قطبی و بیش فعالی: علائم بیش فعالی می‌تواند معمولاً در بعضی مراحل زندگی افراد با اختلال دو قطبی همراه شود. بنابراین ما همیشه نیاز داریم اختلال دوقطبی را همراه با بیش فعالی در نظر داشته باشیم. در قیاس میان این دو اختلال در کودکان، خشم‌های فورانی دو قطبی به علت محدودیت از جانب والدین به وجود می‌آید اما خشم‌های بیش فعالی ناشی از تحریک بیش از حد می‌باشد.

۳-۳. اختلال افسردگی و بیش فعالی: بنابر اذعان برخی روانشناسان بر اساس یافته‌های موجود در این زمینه، حدود ۲۳ تا ۳۰ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعالی افسردگی را نیز تجربه می‌کنند و از این میزان تعداد بیشتری نیز در بزرگسالی اختلال افسردگی یا اختلال خلقی دیگری را بروز می‌دهند.

۳-۴. اختلال شخصیت ضد اجتماعی و بیش فعالی: اختلال شخصیت ضداجتماعی شامل رفتار غیرتطابقی است؛ به‌طوری که بیمار حقوق دیگران را به رسمیت نمی‌شناسد.

محققان تخمین می‌زنند که احتمال وجود اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالان با اختلال بیش فعالی ۹۰ برابر بیشتر است. این درصد بالای هم‌پوشی ناشی از عدم تشخیص اختلال سلوک از اختلال بیش فعالی و اختلال شخصیت ضداجتماعی است که منجر به عدم موفقیت تحصیلی و وضعیت شغلی پایین می‌شود. اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌تواند به‌وسیله رفتارهایی که به‌صورت بی‌اعتنایی به دیگران منعکس می‌شود از اختلال بیش فعالی متمایز شود. برخی از این رفتارها عبارتند از: نقض قانون، فقدان حس مسئولیت مالی، هدایت دیگران به خاطر لذت یا منفعت و عدم پشیمانی بعد از آسیب رساندن به دیگران (۱).

۴. تأثیر اختلال بیش فعالی بر ارتکاب جرم: طبق تحقیقات میدانی که در برخی کشورها صورت گرفته بررسی رابطه میان بیش فعالی و ارتکاب جرم مورد توجه قرار گرفته است. در واقع میزان تأثیر بیش فعالی بر ارتکاب جرم و میزان

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

شیوع آن در میان مرتکبان جرم بررسی شده و نتایج مشابهی به دست آمده است. مطالعه بالینی که بر روی مبتلایان بیش فعالی صورت گرفته گواه این است که تعداد قابل توجهی از زندانیان یا مرتکبان جرم، مبتلا به بیش فعالی بوده‌اند. به طور مثال در یکی از این مطالعه‌ها شواهد نشان داد که چهل درصد از مردان بزرگسال در زندان مبتلا به بیش فعالی بوده، مدت بیشتری را در زندان به سر برده‌اند و در ایسلند نیمی از زندانیان مرد معیارهای بیش فعالی را دارا بودند که در حقیقت اینان از دوران کودکی مبتلا به این اختلال بودند (۵).

در مطالعه‌ای نیز سعی بر شناسایی و مدیریت مبتلایان به اختلال بیش فعالی در جامعه واجد خدمات آزادی مشروط شده است که با بررسی مشمولین آزادی مشروط ملاحظه شد که از ۱۱ درصد ، ۶ تا ۷ درصد از آن‌ها مبتلا به بیش فعالی بودند و تشخیص داده شده بود که این گروه مشکلات مرتبط با اختلال عملکرد عصبی، مشکلات شیوه زندگی و مشکلات انطباق دارند، که این مشکلات مانع تعامل معنی‌دار در جریان دریافت خدمات و توان‌بخشی می‌شود. در مطالعه دیگری نمونه‌ای از ۸۸ مجرم در یک نهاد آزادی مشروط پرسشنامه‌ای را مربوط به بیش فعالی پر کردند. میزان شیوع بیش فعالی با توجه به این پرسشنامه در دوران کودکی ۴۵ درصد و در دوران بزرگسالی ۲۰ درصد تخمین زده شده بود. یک اجماع عمومی از اطلاعات منتشرشده در مطالعات بین‌المللی نیز نشان می‌دهد که ۳۰ درصد از مجرمان مرد بالغ در جمعیت زندان بیش فعالی داشته‌اند و نرخ ۲۳ درصد نیز برای کسانی که در بازداشت پلیس بوده‌اند گزارش شده است. همچنین افراد مبتلا به بیش فعالی به احتمال زیاد ۴ یا ۵ بار بیشتر بازداشت شده‌اند و در بازداشت نیز رفتارهای سخت و یا تهاجمی بروز می‌دهند (۶).

نقش خدمات عدالت کیفری در حمایت از مجرمان مبتلا به بیش فعالی در انگلستان در جلسه کارشناسان سلامت (از جمله نمایندگان وزارت بهداشت) و سازمان‌های عدالت کیفری در سال ۲۰۰۹ مورد بحث قرار گرفت و نتیجه این بود که بیش فعالی توسط دادگاه، زندان و خدمات پلیس به رسمیت شناخته شود. همچنین وزیر سلامت و روان انگلستان در جای دیگر ذکر کرده بود ما نگران هستیم که اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در سیستم عدالت کیفری به‌خوبی فهمیده نشده باشد و بنابراین در پرونده‌ها مورد توجه قرار نگیرد. در پژوهشی که در زندان مرکزی رشت، واقع در استان گیلان، در سال ۹۵-۱۳۹۴ با استفاده از روش نمونه‌گیری انجام شد نیز مشخص گردید علائم نقص توجه-بیش فعالی در مردان و زنان مرتکب سرقت، بیشتر از افراد عادی بود. در واقع افراد مرتکب سرقت به سبب ویژگی‌هایی مانند ناپایداری هیجانی، تظاهرات رفتاری پرخاشگرانه و تنظیم هیجانی نامناسب که عمدتاً با رفتارهای نقص توجه، بیش فعالی و تکانش گری در ارتباط است، بیشتر از افراد عادی علائم نقص توجه-بیش فعالی و تکانش گری را نشان می‌دهند (۷).

در مصاحبه با یکی از مددکاران اجتماعی دادگاه اطفال و متخصص روانشناسی کودکان استثنایی نیز اطلاعات به دست آمده نشان داد، در کودکان مبتلا به بیش فعالی به دلیل انرژی کنترل نشده، استعداد فراوانی برای ارتکاب جرم وجود دارد. این کودکان به علت آسیب‌پذیر بودن معمولاً جذب گروه‌های آسیب‌زا می‌شوند. در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد، نشانه‌های اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند. طبق شواهد، بسیاری از افرادی که جهت درمان اختلالات سوء مصرف بستری می‌شوند معیارهای تشخیص برای بیش فعالی را دارا هستند. به هر تقدیر در صورتی که بیش فعالی درمان نشود می‌تواند منجر به گرایش به جرم شود و اگر فقر اقتصادی و فرهنگی هم در میان باشد این احتمال بیشتر می‌شود.

کودکان بیش فعال زمانی که به سن مسئولیت قانونی می‌رسند، به دلیل ویژگی‌های سنی و عدم توانایی در کنترل رفتار خود، ممکن است ناخواسته در جریان ارتکاب جرایمی قرار گیرند که مجازات آن‌ها، مجازات‌هایی است که برای شخصی که به عمد جرم را مرتکب شده است در نظر گرفته می‌شود.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

در واقع اختلال بیش فعالی از جمله اختلالاتی شناخته می‌شود که در دوران کودکی آغاز می‌شود اما از بین نمی‌رود و تا بزرگسالی نیز ادامه پیدا می‌کند؛ لیکن درمان و مدیریت این اختلال نقش بسیار بسزایی در کنترل آن به‌ویژه پیشگیری از مشکلات فردی و اجتماعی در دوران بزرگسالی دارد. فردی که مثلاً پشت چراغ قرمز ماندن برایش سخت است، نمی‌تواند تحمل کند و جریمه می‌شود و دفعات مکرری مرتکب تخلف می‌شود یا در معرض حادثه قرار می‌گیرد، چون نمی‌داند که چطور خود را کنترل کند ناخواسته در جریان ارتکاب بعضی از جرم‌هایی قرار می‌گیرد که مجازات‌های آن مجازات‌هایی است که برای شخصی که به عمد آن‌ها را مرتکب شده است در نظر گرفته می‌شود.

طبق تحقیقی که در رابطه با الگوی تعامل خانواده انجام شده است، می‌توان گفت هرچه میزان پذیرش والدین نسبت به این اختلال و اقدام برای حل آن بیشتر باشد، به همان میزان شدت اختلال بیش فعالی کمتر می‌شود؛ متناظراً هرچه کنترل والدین کمتر باشد بر شدت بیش فعالی کودکان آنان افزوده می‌شود، هرچه کنترل پرخاشگرانه بیشتر باشد شدت علائم اختلال بیش فعالی بیشتر خواهد بود، هرچه عدم دلبستگی پرخاشگرانه بیشتر باشد، شدت اختلال بیش فعالی بیشتر می‌شود (۸).

در دوران کودکی و نوجوانی، اختلال بیش فعالی برای نظام آموزشی نیز چالش‌هایی را به همراه دارد. در این خصوص، لازم است معلمان راهکارهای مفید را در ارتباط با کودکان بیش فعال بدانند تا بتوانند عملکرد صحیحی را در تعامل با آن‌ها داشته باشند. چراکه نگرش نادرست و گاه خصمانه یا حتی رفتارهای نسنجیده معلمان می‌تواند تأثیرات غیرقابل جبرانی را بر آینده و سرنوشت این کودکان بگذارد. روش آموزگاران موفق و آگاه در مدیریت کلاس و برخورد با این کودکان، دموکراتیک است یعنی به‌جای دستور، دعوت‌کننده هستند. به‌جای اعمال فشار بر دانش‌آموز، تحریک‌کننده هستند و به‌جای تسلط داشتن، راهنمایی می‌کنند (۹).

به هر حال، وجود و تداوم اختلال بیش فعالی در کودک مبتلا و عدم توجه به تشخیص و درمان آن می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات متعددی شود تا آن جا که در آینده نیز، به دلیل اینکه این اختلال در نتیجه عدم درمان تا بزرگسالی همراه با شخص مبتلا باقی می‌ماند، می‌تواند منجر به گرایش به ارتکاب جرم شود. لذا، از سنین کودکی که همان سنین مهم رشدی و یادگیری است، می‌توان به شخص مبتلا کمک کرد تا مشکلات ناشی از این اختلال، برای او کمرنگ‌تر شود.

۵. روش‌های درمان اختلال بیش فعالی: همان‌طور که ملاحظه شد درمان و کنترل بیش فعالی از همان اوان کودکی علاوه بر ایجاد توانمندی و تمهید زمینه رشد متعادل در کودک، اهمیت بسزایی از منظر یافته‌های جرم‌شناسی پیدا می‌کند. در این راستا، از روش‌های مختلفی برای درمان اختلال بیش فعالی استفاده می‌شود؛ از جمله این روش‌های درمان عبارتند از:

۵-۱. دارو درمانی: استفاده از داروهای محرک فراوان‌ترین نوع دارودرمانی است که برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی به کار گرفته می‌شود . حدود ۸۸ درصد از کودکان دارای این اختلال، ریتالین مصرف می‌کنند (۱).

در واقع دارو درمانی به این دلیل صورت می‌گیرد تا مشکلات رفتاری فرد تبدیل به مشکلات اجتماعی نشود. نتایج تحقیقات نشان داده است استفاده از دارو تأثیر قابل توجهی بر رفتار این افراد داشته است؛ آن‌ها رفتار ملایم‌تری پیدا می‌کنند و پرخاشگری بدنی و کلامی‌شان کاهش می‌یابد. کاهش رفتارهای بزهکارانه همچون تخریب اموال دیگران نیز از جمله اثرات مثبت ریتالین گزارش شده است. البته دارودرمانی اثرات منفی نیز دارد که بیشتر مربوط به مشکلات یادگیری است.

۵-۲. رفتاردرمانی یا آموزش: رفتاردرمانی یکی دیگر از روش‌های درمان اختلال بیش فعالی است. رفتاردرمانی، در کنار مشاوره خانواده و روان‌درمانی فردی، مهم‌ترین روش‌های مداخله روان‌درمانی هستند که می‌توان برای کمک به کودک از آن‌ها استفاده کرد. در عین حال که دارو درمانی می‌تواند مشکلات کودک را کاهش دهد، برای افزایش توانمندی‌های کودک می‌توان از رفتاردرمانی نیز استفاده کرد (۱).

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

برنامه کنترل رفتارهای مقابله‌ای و نافرمانی‌های کودک و کنار آمدن با ملزومات هیجانی بزرگ کردن کودکی مبتلا به این اختلال، مدیریت کردن مشکل به نحوی که از بدتر شدن آن جلوگیری شود و همچنین جلوگیری از اثرگذاری مشکل بر سایر اعضای خانواده اهدافی است که روان‌درمانی و مشاوره خانوادگی در این حیطه دنبال می‌کند.

در واقع به‌منظور فراهم آوردن حمایت برای کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و خانواده‌های آن‌ها روش‌های مداخله‌ای دیگری نیز علاوه بر روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. از بین این روش‌های مداخله‌ای می‌توان به مشاوره خانوادگی، گروه‌های حمایتی و مشاوره فردی به این کودکان اشاره کرد.

۶. راهبردهای پیشگیری از جرم در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعالی: با توجه به گسترش روزافزون ارتکاب جرایم از سوی کودکان و نوجوانان و اهمیت نقش بیش فعالی در گرایش به ارتکاب جرم که می‌تواند در بزرگسالی نیز وضعیت بغرنج‌تری را رقم بزند، لزوم ارائه راهکارهایی برای پیشگیری در این زمینه، نمایان می‌شود. از آنجاکه کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی در مقایسه با مبتلایان به دیگر اختلالات، بازداری کمتری نسبت به رفتار خود دارند، باید از سال‌های ابتدایی زندگی، توجه کافی برای درمان این کودکان ارائه گردد تا در کودکی و نوجوانی به بزهکاری و در بزرگسالی به گرایش به ارتکاب جرم منجر نشود. تاکنون راه‌های مختلفی برای پیشگیری در چارچوب آموزه‌های جرم‌شناسی ارائه‌شده است که در اینجا به سه نوع از مهم‌ترین آن‌ها با تأکید بر اختلال بیش فعالی، اشاره می‌شود:

۶-۱. پیشگیری اجتماعی: پیشگیری اجتماعی مبنی بر علت شناسی جرم است؛ یعنی این چهره پیشگیری از جرم، مستلزم قبول این واقعیت است که عوامل مختلفی در تکوین جرم نقش دارند. عوامل اجتماعی باید این عوامل جرم را خنثی کند. در مورد بیش فعالی به نظر می‌رسد عوامل و عناصر مختلفی در پیشگیری از آن مؤثر باشد. آموزش والدین و معلمان مدرسه در نحوه برخورد با کودک بیش فعال می‌تواند از عوامل بسیار مؤثر در این زمینه باشد.

۶-۲. پیشگیری وضعی: در پیشگیری وضعی که مبنای نظری آن در جرم‌شناسی وضعیت ماقبل بزهکاری است، ما با فرایند گذار از اندیشه به عمل مواجه هستیم و در صدد تغییر وضعیت مشرف بر جرم برمی‌آییم تا معادله جرم به ضرر مجرم تمام شود. در واقع هدف اتخاذ اقداماتی است که فرایند گذار از اندیشه به عمل را قطع کند. هدفِ اقدامات وضعی شرایط پیرامونی جرم است. مثلاً روشن کردن چراغ در یک کوچه تاریک فرصت را برای ارتکاب جرم کاهش می‌دهد. پیشگیری وضعی نوعی پیشگیری غیرمستقیم محسوب می‌شود. در پیشگیری وضعی به دنبال خطرساز کردن و یا پرهزینه کردن اقدام مجرمانه هستیم؛ مانند کشیدن نرده یا نصب سرعت‌گیر، استقرار پلیس در گلوگاه‌ها و یا جلوگیری یا دشوار نمودن خرید و فروش مال مسروقه (۱۰).

بخشی از راهبردهای این شیوه، بر تغییرات محیطی، بخشی بر کنترل بزهکاران و بخشی نیز بر حفاظت از بزه دیدگان تمرکز یافته است (۱۱).

اما در رابطه با اطفال بیش فعال به نظر می‌رسد چون آن‌ها تکانش گر هستند یعنی عجولانه در رابطه با مسائل تصمیم‌گیری می‌کنند و خوب به عواقب آن نمی‌اندیشند، محاسبه خوبی و بدی حاصل از کردار یعنی حسابگری کیفری در رابطه با آن‌ها خیلی اتفاق نمی‌افتد، در نتیجه برخی اقدامات مبتنی بر پیشگیری وضعی در مورد آن‌ها کارایی چندانی ندارد. با این حال پیشگیری‌های مبتنی بر عدم دسترسی یا زمینه بروز رفتار پرخطر کماکان می‌تواند در این گروه نیز مورد توجه باشد.

۶-۳. پیشگیری رشد مدار: پیشگیری رشد مدار نسخه‌ای اختصاصی و ناظر به قشر اطفال و نوجوانان است، برخلاف پیشگیری اجتماعی که تمام افراد در آن مدنظر قرار می‌گیرند. پیشگیری زودرس یا رشد مدار، یعنی مداخله روان‌شناختی - اجتماعی زودرس در فرآیند رشد کودکان، برای جلوگیری از عوامل خطرسازی که احتمال پذیرش و تقلید رفتار مجرمانه پایدار را از سوی آن‌ها در آینده افزایش می‌دهد. عوامل خطر در این پیشگیری مجموعه‌ای از شرایط فردی و اجتماعی است

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

که پیوستگی و پایداری رفتارهای مجرمانه آینده را در کودکان و نوجوانان به همراه دارد (۱۲).

پیشگیری رشدمدار در واقع یک سرمایه‌گذاری پایدار و درازمدت است که می‌تواند از خردسالی ، سنگ بنای برنامه‌های پیشگیرانه را برای کل عمر یک انسان در جامعه نهادینه کند. این پیشگیری نشان می‌دهد که مداخله به هنگام و به‌موقع درباره کسانی که به خاطر وضعیت خانوادگی در معرض ارتکاب جرم هستند، می‌تواند جلوی بزهکاری و استمرار تمایلات مجرمانه را در آن‌ها بگیرد.

در رابطه با پیشگیری کودکان مهم‌ترین روش، پیشگیری رشد مدار است. از جمله ویژگی‌های این نوع پیشگیری عبارتند از: تربیت مدار بودن، فرد مدار بودن، عام بودن و رهیافت‌های آن شامل: شناسایی عوامل خطر فردی و اجتماعی و به دنبال آن به‌کارگیری عوامل حمایتی از طریق مداخلات روان‌شناختی - اجتماعی زودهنگام در سطوح مدرسه، خانواده و محیط اجتماعی می‌باشد و بر این اندیشه استوار است که مداخله زودهنگام نسبت به کسانی که به دلیل وضعیت‌های خاص در معرض ارتکاب جرم هستند می‌تواند جلوی بزهکاری و تداوم گرایش‌های بزهکارانه آن‌ها را بگیرد (۱۳).

آنچه در پیشگیری رشد مدار ملاک است آموزش مهارت‌های اجتماعی به طفل و والدین اوست و هدف، احیای اوضاعی است که در زمان تربیت طفل مفقود بوده است. به نظر می‌رسد قانون‌گذار ایران با همین نگرش در قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲، ضمن تبصره یک ماده ۸۸ تا قبل از سن ۱۲ سالگی ورود طفل را به کانون اصلاح و تربیت ممنوع نموده است، چه اینکه میزان الگوبرداری و تقلید در این دوره رشدی بسیار زیاد است.

در راستای به‌کارگیری روش پیشگیری رشدمدار در رابطه با کودکان بیش فعال، استفاده از راه‌حل‌هایی نظیر عدم استفاده مادر از سیگار، الکل و مواد مخدر در دوران بارداری و یا برخورد مناسب با طفل و هماهنگی والدین با یکدیگر می‌تواند مؤثر و مفید فایده باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال بیش فعالی یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی است که اغلب مورد غفلت واقع شده و تشخیص داده نمی‌شود. حتی در صورت تشخیص نیز ممکن است این اختلال تا دوران بزرگسالی همراه فرد باشد و در صورت عدم اقدام مؤثر برای درمان و کنترل آن، زمینه‌های ارتکاب جرم را فراهم نماید. راه‌های درمانی مختلفی برای این اختلال در نظر گرفته شده است که مهم‌ترین آن دارو درمانی است اما باید توجه داشت که دارو درمانی به‌تنهایی نمی‌تواند مؤثر باشد و رفتاردرمانی نیز که در ذیل آن کاردرمانی و بازی‌درمانی قرار می‌گیرد باید مورد توجه واقع شود. در کنار این موارد مشاوره‌های فردی و خانوادگی از اهمیت بسزایی برای کنترل بیش فعالی در خانواده و آثار سوء آن به شمار می‌رود.

مطالعات نشان می‌دهد که اختلالات دیگری همچون اختلال سلوک و اختلال افسردگی می‌توانند همراه با اختلال بیش فعالی اتفاق افتند که در این موارد هرکدام باید به‌صورت جداگانه مورد درمان واقع شوند.

مبتلایان به اختلال بیش فعالی بازداری ارادی بر روی رفتارشان ندارند و این اختلال یا در آن‌ها پنهان می‌ماند و یا توسط رفتارهای نادرست تشدید می‌شود.

در مجموع می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که این اختلال در صورت عدم توجه و درمان می‌تواند زمینه رفتارهای پرخطر و مجرمانه را فراهم آورد. بنابراین توجه والدین کودکان و نظام آموزشی و بهداشتی به نشانه‌های این اختلال و تلاش برای درمان آن در صورت مبتلا بودن، تا حد زیادی می‌تواند بستری برای ارتکاب جرم را برچیند.

بایسته است که در صورت شناسایی مبتلایان به این اختلال، به دلیل عدم توانایی بازداری ارادی مبتلایان بر رفتارشان و همراه بودن این اختلال از بدو تولد با آن‌ها، با استفاده از روش‌های پیشگیری اجتماعی و رشد مدار در جهت آموزش والدین و مدارس در رابطه با بیش فعالی و نحوه ارتباط درست با این کودکان آگاهی‌ها و ساختارهای لازم فراهم آید تا در آینده از بروز جرم به‌واسطه عدم اقدام بهنگام جلوگیری شود.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

آموزش مهارت‌های اجتماعی به طفل و والدین، عدم استفاده از شیوه‌های تنبیهی خودکامه در برخورد با این کودکان، ایجاد روابط گرم میان والدین و انسجام افزایی در چارچوب روابط خانوادگی، همگی از جمله عواملی هستند که در کنار به‌کارگیری روش‌های درمانی، در کنترل این اختلال می‌توانند مؤثر واقع شوند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

References

1. Alizadeh H. Attention Deficit, Hyperactivity Disorder. Tehran: Danzhe publications; 2009. [Persian]

2. Raven T. Hyperactive Superpower. Translated by the experts Publication. Tehran: the experts publications; 2021.

3. Kakavand A. Attention Deficit- Hyperactivity Disorder. Tehran. SarAfraz; 2009. [Persian]

4. Sharifi darAmadi P. Moradi H. Child pathological psychology. Tehran: Avaye noor; 2012. [Persian]

5. Savolainen J, Hurtig TM, Ebeling HE, Moilanen IK, Hughes LA, Taanila AM. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and criminal behaviour: the role of adolescent marginalization. European Journal of Criminology. 2010; 7(6): 442-59.

6. Young S, Thome J, ADHD and offenders. US National Library of Medicine National Institutes of Health; 2011.

7. Salehpoor GH, Pasandideh MM, Salehpoor GH. Perceived Stress and Attention Deficit Hyperactivity in Thieves and Normal Peoples. Journal of Police Medicine. 2017; 6(3): 197-205. [Persian]

8. KarAhmadi M, Tabaeeyan SR, AfkhamiAghda M. Comparison of parental interaction patterns in children with attention deficit hyperactivity disorder with the control group. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences of Yazd. 2008; 15(1): 44-48. [Persian]

9. Kordloo M, Esmaili Z, Azadi E. Hyperactivity: Optimal strategies for interacting with hyperactive children. Journal of Exceptional education. 2013; 4: 38-48. [Persian]

10. Najafi Abrandabadi A. Criminology course lectures. Tehran University; 2002. [Persian]

11. Mirkhalili SA. The development of cities and the necessity of situational prevention of crime. Journal of Private Law Studies. 2009; 38(3): 297-316. [Persian]

12. Rayjian Asli M. A new approach to the theoretical foundations of crime prevention. Legal Journal of Justice. 2004; 68(48-49): 123-168. [Persian]

13. Abachi M. Prevention of delinquency and victimization of children. Legal Journal of Justice. 2004; 68(47): 49-86. [Persian]

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-10-30]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.