

اختلالات روانی و تروریست شدن

پاول گیل و امیلی کرنر

یونیورسیتی کالج لندن

ترجمه: سعید عبدالملکی

عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران

چکیده

در چهل سال گذشته محققان به مطالعه رابطه بین اختلال روانی و مشارکت تروریست‌ها پرداخته‌اند. مطالب مربوط به این موضوع بر اساس چهار الگوی فکری بسط داده شده‌اند که هر یک از این الگوها بر حسب شواهد تجربی مربوطه، اختلال خاص روانی تحت مطالعه و مفهوم مشارکت تروریست با دیگری تفاوت دارد. با این حال، اثبات نشده که این الگوهای فکری هم‌راستا بوده و یا بر اساس اصلاح یک الگو، الگوی دیگر شکل گرفته‌اند. با اینکه در یک برهه زمانی معمولاً یکی از این الگوها به‌طور گسترده غالب بوده، بسیاری از فرضیات اشتباه و تفاسیر نادرست از آثار قدیمی‌تر به بحث امروزی ما نفوذ می‌کند. در مقاله حاضر، پیشینه مطالعات مربوط به اختلالات روانی و تروریست‌ها مطرح می‌شود. در ابتدا خلاصه‌ای از اصول بنیادی و مهم دو الگوی فکری اول و دوم را بیان می‌کنیم، سپس به طرح استدلال‌های اصلی عنوان‌شده در نقد و بررسی‌های اولیه در خصوص الگوهای فکری می‌پردازیم. در ادامه شرح می‌دهیم که چطور این یافته‌ها در استادهای بعدی، همواره به اشتباه تفسیر شدند. سپس تازه اندیشی‌های اخیر در مطالعه تروریست و اختلال روانی که برگرفته از نقد و بررسی‌های متنوع متون تأثیرگذار در این زمینه از سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۵ هستند، مطرح می‌شوند. در پایان با ارائه طرحی کلی از نحوه بهبود تحقیقات بعدی در این حوزه در سال‌های آتی از طریق افزایش درک خود از مشارکت تروریست و آسیب‌شناسی روانی، با اجتناب از تفکر دوبخشی ساده‌انگارانه به نتیجه‌گیری مطالب می‌پردازیم.

کلیدواژه‌ها: تروریسم، مشارکت تروریست، اختلالات روانی

سابقه مطالعه رابطه اختلالات روانی با مشارکت تروریست‌ها به بیش از چهل سال می‌رسد. در این مطالعات، چهار الگوی فکری بسط مفهومی و تجربی پیگیری شده است. در همین اثنا بود که مرکز بازجویی روان‌شناختی، با استدلال، بر نقش بیماری روانی در انجام فعالیت‌های تروریستی تأکید کرد. برای مثال، در بسیاری از مطالعات اولیه فرض بر این بود که اختلالات روانی خاصی، سببی (ایجاد شده بنا بر علتی) هستند (کوپر، ۱۹۷۸؛ پیپرس، ۱۹۷۷). چند دهه بعد، در بسیاری از مطالعات دیگر نه تنها فرضیات قبلی مبنی بر سببی بودن رد شد، بلکه در همان ابتدا وجود اختلالات روانی در تروریست‌ها به موضعی کم‌اهمیت تبدیل شد (آبراهامز، ۲۰۱۱؛ پست، ۲۰۰۵، ۲۰۰۷؛ شیر و رایس، ۲۰۱۵). در معدودی از مطالعات اخیر این تناقض به حد وسط رسیده و بیان شده که اختلالات روانی تنها یک عامل از میان چندین عامل تأثیرگذار بر انجام عملیات تروریستی هستند که البته در مورد تمام تروریست‌ها و در هر نقطه از جهان صدق نمی‌کند.

این چهار الگوی فکری بر حسب شواهد تجربی مربوطه، اختلال خاص روانی تحت مطالعه و مفهوم مشارکت تروریست با یکدیگر تفاوت دارند. به هر حال صحیح نیست که بیان کنیم این چهار الگوی فکری، هم‌راستا بوده یا بر اساس اصلاح الگوی دیگری شکل گرفته‌اند، بلکه باید گفت بسیاری از فرضیات اشتباه و تفاسیر نادرستی که از آثار قبلی به عمل آمده، وارد مطالب امروزی شده است. در موارد دیگر، فرضیات نادرست در ارتباط با الگوهای فکری قدیمی‌تر هنوز هم به چشم می‌خورند. با اینکه در یک برهه زمانی معمولاً یکی از این الگوها به طور گسترده غالب بوده، شیوع چند الگوی فکری به صورت هم‌زمان امری رایج است. در اولین الگوی فکری که شواهد تجربی دال بر آن در دسترس نیست، بیماری روانی به عنوان علت مشارکت تروریست مطرح می‌شود. در این الگو بر محرک‌های فردی تمرکز شده و در مورد مشارکت تروریست دویبخشی بله/خیر مطرح می‌شود (مثلاً سوژه تروریست است یا خیر). در مقابل در دومین الگوی فکری، تمرکز از اختلالات روانی به سمت تیپ‌های خاص شخصیتی متمایل می‌شود.

در الگوی فکری سوم، اساس شواهد موجود تلفیق شده و به صورت کاملاً موجه درباره ماهیت سببی و شیوع اختلالات فکری و روانی و تیپ‌های خاص شخصیتی سؤال می‌شود. سوء تعبیرهای ساده لوحانه‌ای که از این نقد و بررسی‌ها صورت گرفته موجب شده عده‌ای مطالبی را به شکل نادرست تعمیم دهند. متعاقباً این تفاسیر نادرست، منجر به ایجاد دویبخشی کذب (false dichotomy) در مورد اختلالات روانی و مشارکت تروریست شده است. چهارمین الگوی فکری، که بر اساس تازه‌اندیشی‌های هم‌راستا در مطالعه تروریست شکل گرفت، در حال یافتن حد واسطی بین سیاست‌های سخت‌گیرانه مطرح در الگوهای فکری اول و دوم و فرضیات اشتباهی است که از نقد و بررسی‌های ابتدایی الگوهای فکری نتیجه‌گیری شده‌اند. آخرین الگوی فکری بر اساس تجربه‌گرایی و درک این نکته متمایز می‌شود که مشارکت تروریست

فرایندی پیچیده است. مثلاً مشارکت تروریست معمولاً برآیند چندین عامل کششی/فشاری تأثیرگذار بر طی کردن این مسیر است، و اینکه معنای مشارکت تروریست برحسب نقش‌هایی که در گروه تعریف می‌شوند، تغییر می‌کند (هورگان، ۲۰۰۵؛ گیل، ۲۰۱۲).

در این مقاله، پیشینه‌ای از مطالعه اختلالات روانی و تروریست ارائه می‌شود. در ابتدا خلاصه‌ای از اصول بنیادی و مهم دو الگوی فکری اول و دوم را بیان می‌کنیم. در مقاله حاضر تنها به ارائه فرضیات پایه‌ای می‌پردازیم و دقت علمی اجتماعی این مطالعات را به‌طور مختصر ارزیابی می‌کنیم. سپس به‌طور مجمل استدلال‌های اصلی عنوان‌شده در نقد و بررسی‌های ابتدایی الگوی فکری سوم را شرح می‌دهیم. از همه مهم‌تر اینکه، در این مقاله مشاهده خواهید کرد که به چه صورت در استنادهایی که یافته‌های قبلی صورت گرفته، سوءتعبیر رخ داده است. در ادامه، به بیان تازه‌اندیشی‌های اخیر در مطالعه تروریسم و اختلالات روانی می‌پردازیم که در نقد و بررسی‌های متنوع و تأثیرگذار از سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۵ به جا مانده است. در پایان با بیان این موضوع که آینده تحقیقات در حوزه روان‌شناسی تروریست به اجتناب از رویکردهای بیش از حد تقلیل‌گرایانه‌ای بستگی دارد که فقط دو حد غایی را برای مشارکت تروریست (مثل تروریست در مقابل غیرتروریست) و یا اختلال روانی (بیمار روانی در مقابل فرد غیرروانی) تعریف می‌کنند و در مقابل به رویکردهایی می‌پردازد که هر دو حد را به‌صورت زنجیره‌های پیوسته در نظر می‌گیرند.

الگوی فکری ۱: اختلال فکری و روانی در نقش یک کلید

در بسیاری از نخستین تحلیل‌های منتشرشده در حوزه تروریست، اختلال فکری و روانی به‌عنوان متغیر توصیفی اصلی مطرح شده است. اساساً منشاء این عقیده گمان‌پردازانه فرهنگ رایج و میل به نسبت دادن اختلالات روانی به افرادی است که مرتکب چنین اقدامات مذموم و خشونت‌باری می‌شوند (ویکتوراف، ۲۰۰۵). دهه‌ها پیش از آن که عواملی نظیر فرایندهای گروهی و محیط اجتماعی بزرگ‌تر در معرض توجه قرار بگیرند، چنین عقیده‌ای رایج بود. به همین دلیل بود که محققان، یکی از ویژگی‌های شخصیتی تروریست‌ها یعنی انحراف را به‌عنوان مبنای شکل‌گیری این عقیده بیان کردند. پیرس (۱۹۷۷) به خاطر عدم توانایی خود نظارتی در افراد تروریست، آن‌ها را جامعه‌ستیز نامید. به گمان او، مشارکت تروریست با یک انگیزه افراطی، راه فرار از مشکلات سرکوب‌شده روحی روانی است. پیرس بر مبنای تحلیل خال‌کوبی‌هایی روی بدن یک تروریست خاص این نتیجه‌گیری را بیان کرده بود. کوپر (۱۹۷۸) بیان کرد که تروریست‌ها دارای شخصیت‌های روان‌پریش (روان‌پریش از دیدگاه روان‌شناسی به کسی می‌گویند که از اختلالات شدید روانی مثل اسکیزوفرنی (توهم و هذیان)، اضطراب، افسردگی و خودشیفتگی رنج می‌برد) یا جامعه‌ستیز هستند و اگر امکان مشارکت در آشوب سیاسی نداشته باشند، راه دیگری برای ارضای تمایلات فکری خشونت‌آمیزشان پیدا

می‌کنند. بعضی از این استدلال‌ها چندین سال رواج داشتند (که آن دوره را سال‌های طلایی الگوی فکری ۲ می‌نامیم). برای مثال، تانی (۱۹۸۷) با کوپر موافق بود و عنوان کرد که اقدامات تروریستی صرفاً گرایشات جامعه‌ستیزانه‌ای هستند که پشت لفاظی‌های سیاسی پنهان‌شده تا بهانه‌ای برای پرخاش‌گری در اختیار تروریست‌ها قرار دهند. فقدان مفاهیم معتبر و تحقیقات تجربی واقع‌گرایانه به موازات پیشبرد تحقیقات روان‌شناختی در ارتباط با اختلال فکری و روانی و ایجاد ملاک معتبری که همه چا پذیرفته‌شده (چک‌لیست اختلال فکری و روانی؛ هر، ۱۹۸۵) به اعتبار ساقط شدن تدریجی نظریه «بیمار روانی در نقش تروریست» کمک کرد. این موضوع منجر به مطرح‌شدن سایر نظریه‌های روان‌شناسی شد.

الگوی فکری ۲: شخصیت به عنوان کلید

دیدگاه‌های روانکاوانه تا حد زیادی از مطالعاتی نشأت گرفته که بر ارتباط اختلال فکری و روانی و فرد تروریست متمرکز هستند. روانکاوی رابطه بین تفکر خودآگاه و ناخودآگاه را مشخص می‌کند و بر رشد روانی از دوران طفولیت تمرکز دارد. یافته‌های حاصل از این الگوی فکری بنابر دلایل منطقی به فرضیات مربوط به غیرطبیعی بودن ذاتی تروریست شباهت دارد که در قسمت‌های قبلی مطرح شد. غیرطبیعی بودن بر اساس محرک‌ها و انگیزه‌های غیرطبیعی مشخص می‌شود که از بدرفتاری در دوران کودکی آغاز می‌شود و ریشه در نظریه عقده ادیپ (Oedipus complex): هرگاه پدر با فرزندش در کودکی صمیمی نباشد و دائم از موضع زور و قدرت با او برخورد کند، فرزندش در آینده قصد انتقام از افرادی را خواهد داشت که نسبت به وی از قدرت بیشتری برخوردار هستند، فروید این موضوع را عقده ادیپ نامیده است) فروید دارد (بوروم، ۲۰۰۴).

بسیاری از مطالعات در مورد این الگوی فکری، جنبه‌های مختلف شخصیت را آشکار می‌سازد که خودشیفتگی متداول‌ترین آن‌ها است. افراد خودشیفته به صورت اغراق‌آمیزی خود را توصیف می‌کنند و فکر می‌کنند نسبت به دیگران برتری دارند، عزت‌نفس بی‌ثباتی دارند، دارای مسائل بین شخصی هستند و در صورت تهدید من وجودی‌شان مستعد پرخاش‌گری خواهند بود (هاگ و ووگان، ۲۰۰۵: ۱۳۶). آسیب‌های خودشیفتگی که به علت آسیب‌های اولیه عاطفی ایجاد شده‌اند، باعث می‌شوند فرد در بزرگسالی احساس نامطلوبی نسبت به خود داشته باشد. فردی که قادر نیست بر این تجربیات عاطفی اولیه غلبه کند، خشم خود را روی قربانی‌های دیگری خالی می‌کند که از نظر او مسبب این اتفاق بوده‌اند. یک‌بار دیگر این استدلال‌ها بر تمام الگوهای فکری مسلط شدند. کش (۱۹۷۹) و پرلستین (۱۹۹۱) در فاصله دوازده سال بیان کردند که خودشیفتگی، سرنخی برای شناخت شخصیت تروریست است. از دید پرلستین (۱۹۹۱)، تروریست‌ها در انجام کارهای خود، از «خشم خودشیفتگی» بهره می‌برند.

یکی از اولین مطالعات تجربی در مورد شخصیت تروریست در دهه ۱۹۷۰ با محوریت جنبش‌های افراطی آلمان انجام شد. مقاله "تحلیل تروریسم" (به آلمانی: *Analysen zum Terrorismus*) شامل مصاحبه‌های

جامع و تحلیل ۲۵۰ مورد از مشاغل تروریستی بود (جاگر، اشمیتجن، و سولولد، ۱۹۸۱). نتایج این مقاله نشان داد ۲۵ درصد از عاملان تروریستی یکی یا هر دوی والدین خود را در اوایل زندگی از دست داده‌اند و ۳۳ درصد به درگیری شدید با والدین خود اذعان کردند (پست، ۱۹۸۴). در تحقیقات بعدی بیشتر به این موارد پرداخته شد، برجسته‌سازی مسائلی نظیر سوءاستفاده والدین از فرزندان (کینت و میکلاس، ۱۹۷۷)، انحراف در سیستم خانواده (بولینگر، ۱۹۸۵) و مواجهه با پدران ستمگر (دیکاتالدو نیوبرگر و والتینی، ۱۹۶۶). باوجود زبازد شدن این عقیده که تروریست‌ها اغلب جوانانی تودار و کم‌حرف و از لحاظ روانی آسیب‌دیده بوده‌اند، این نظریه فاقد پشتوانه تجربی است. در معاینات بالینی که مورف (۱۹۷۰) از زندانیان جبهه آزادی‌بخش کبک به عمل آورد، شکست ذاتی این رشته تحقیقات به دلیل فقدان داده‌های آماری، ابزارهای روان‌شناسی استاندارد و گروه کنترل مشخص شد (ویکتوراف، ۲۰۰۵).

الگوی فکری ۳: تلفیق شواهد

در اواخر دهه ۱۹۹۰ و سال‌های اول هزاره سوم، مجموعه‌ای از نتایج علمی ارائه شدند که تلفیقی از شواهد موجود پیرامون تعابیر و توجیحات گزارش‌های روان‌پزشکی و شخصیت محور در خصوص مشارکت تروریست بودند (بوروم، ۲۰۰۴؛ هورگان، ۲۰۰۳، ۲۰۰۵؛ سیلکی، ۱۹۹۸، ۲۰۰۳؛ ویکتوراف، ۲۰۰۵). این نقد و بررسی‌ها تا حد زیادی با یکدیگر همخوانی داشتند. در مجموع، در تمام این بررسی‌ها، «مبانی تجربی، نظری، و مفهومی» مطالعات پیشین مورد پرسش قرار گرفته بودند (هورگان، ۲۰۰۳: ۲۳).

از لحاظ مبانی نظری، محوریت این بررسی‌ها اختلال فکری و روانی و یا اختلالات شخصیتی است که دارای خطای بنیادین اسناد هستند (هاگ و ووگان، ۲۰۰۵). این خطا، میل اساسی بشر به استفاده از گرایشات به‌عنوان متغیر توصیفی رفتار و درعین‌حال درک تأثیر قدرتمند بافت موقعیتی است که فرد در آن موقعیت قرار می‌گیرد و رفتار می‌کند. این نوع تحقیقات، بیش از آن‌که بر روی فرایند تبدیل شدن فرد به یک تروریست متمرکز شود، بر روی اقدامات تروریستی متمرکز شده است. نقد و بررسی‌های صورت گرفته حاکی از این نیستند که هیچ تروریستی بیمار روانی یا خودشیفته نیست، بلکه بیان می‌کنند انتساب این عوامل به‌عنوان تنها دلایل مشارکت اولیه در تروریسم، عاقلانه و منطقی نیست.

از لحاظ مبانی تجربی، تمام نقد و بررسی‌های انجام‌شده، چندان مؤید این استدلال نیستند که اختلال فکری و روانی محرک بروز رفتار تروریستی است. از نظر هورگان (۲۰۰۳)، «نمی‌توان تا حد زیادی از این استدلال حمایت کرد که زدن برجسب جامعه‌ستیز به تروریست‌ها تنها با توجه به ماهیت جرایم مرتکب شده آن‌ها امکان‌پذیر یا به‌جا است» (ص ۶). به همین شکل نقد و بررسی‌ها، مبانی تجربی رشته تحقیقات مربوط به شخصیت را مورد پرسش قرار می‌دهند. هورگان (۲۰۰۳) عنوان کرد که «تلاش‌های انجام‌شده برای اثبات

وجود شخصیت یا شرح حال تروریست ناچیز بوده است.» (ص ۱۰) سیلکی (۲۰۰۳) نیز بیان کرده «در واقع، بهترین تحقیقات تجربی حاکی از این نیستند که تروریست‌ها دارای شخصیت متمایزی هستند یا در مقایسه با افراد «طبیعی» از لحاظ روان‌شناسی تا حدی منحرف به شمار می‌آیند.» (ص ۳۲) ویکتورآف (۲۰۰۵) این نکته را متذکر شد که «در نتیجه، حداقل بر اساس مطالعات روان‌شناختی تجربی بدون شاهد (بدون گروه کنترل) ... می‌توان گفت که تروریست‌ها معمولاً اختلالات روانی محور ۱ (Axis I) یا حتی محور ۲ (Axis II) را از خود نشان نمی‌دهند.» (ص ۱۲) علاوه بر این، ویکتورآف تحقیقات در حوزه الگوهای فکری یک و دو را به‌عنوان «حدس و گمان‌های نظری مبتنی بر تفسیر ذهنی مشاهدات داستان گونه» توصیف کرد (ص ۳). بازخوانی دقیق این نتیجه‌گیری‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است. به هر حال مشخص شد که اختلالات فکری و روانی و شخصیتی پشتوانه تجربی نداشتند. در ادامه نشان می‌دهیم که در بسیاری از استنادات به این مطالعات، نتایج تا حد زیادی به اشتباه تفسیر شده و در مقابل معمولاً به آسیب‌شناسی روانی تعمیم داده شدند. با وجود عقیده رایجی که در مطالعات بعدی وجود داشت، این نقد و بررسی‌ها نشان ندادند که افراد دارای اختلالات روانی به گروه‌های تروریستی نمی‌پیوندند. برای مثال، هورگان (۲۰۰۳) بیان کرد که «شاید اگر فرصت معاینه تروریست‌های واقعی در محیط بالینی وجود داشت، شواهدی برای ارتباط دادن حداقل چند «ویژگی ناخوشایند» با اختلالات آسیب‌شناسی وجود داشت» (ص ۷). در مقابل در این مطالعات بیان شده که میزان شیوع اختلالات روانی مختلف در اکثر افراد جامعه متفاوت نیست. هورگان (۲۰۰۳) با استناد به جمله مک کولی (۱۹۹۱) که بیان کرده بود «صحیح نیست بگوییم در تروریست‌ها نابهنجاری دیده نمی‌شود، ولی حداقل می‌توان گفت که میزان نابهنجاری قابل تشخیص در این گروه، تفاوت قابل توجهی با گروه‌های کنترل با همان سن و پس‌زمینه ندارد» ادعای او را «دقیق» خواند (ص ۱۳۲). سیلکه (۲۰۰۳) بر این نکته تصریح کرد که «منظور او این نبوده که شخصیت‌های بیمارگونه یا از لحاظ روانی نامتعادل هرگز در سازمان‌های تروریستی شرکت نمی‌کنند» (ص ۳۲). ویکتورآف (۲۰۰۵) تأکید کرد که «جامعه‌ستیزها شاید گاهی به گروه‌های تروریستی بپیوندند» (ص ۱۴). در یادداشتی در این زمینه آمده که این نقد و بررسی‌ها تا حد زیادی با این قضیه موافق هستند که وقتی اعضای جامعه‌ستیز در گروه‌های تروریستی حضور دارند، احتمالاً یا در اقدامات دارای عهده‌دار نقش‌های خاصی هستند (ویکتورآف، ۲۰۰۵) و یا در حاشیه قرار می‌گیرند (سیلکه، ۲۰۰۳).

در این نقد و بررسی‌ها همواره به مطالعاتی استناد شده که بر متفاوت نبودن میزان شیوع اختلال روانی بین گروه‌های تروریستی و کنترل (شاهد) تأکید داشته‌اند. هورگان (۲۰۰۳) بر «ماندگاری شواهدی که طبیعی بودن تروریست را نشان می‌دهند» تأکید کرد (ص ۱۸). سیلکی (۱۹۹۸) نیز در چندین موقعیت از واژه «طبیعی»

استفاده کرد. برای مثال، «اکثر محققان پیگیر در این حوزه حداقل به ظاهر با این نظر موافق هستند که تروریست‌ها اساساً افرادی طبیعی هستند» (ص ۵۳). تأکید بر واژه طبیعی بودن نشان می‌دهد که این نقد و بررسی‌ها مبین این نیستند که احتمال بروز اختلالات روانی در تروریست‌ها کمتر یا بیشتر از افراد عادی جامعه است. هدف از این نقدها این نیست که عنوان شود تروریست‌ها هیچ‌گاه از اختلالات روانی رنج نمی‌برند، بلکه نقد و بررسی اغلب روشی برای درک و نتیجه‌گیری از این جملات در استندهای بعدی است (در بخش بعدی به این مبحث بازمی‌گردیم). در واقع، در یکی دو مورد از این نقد و بررسی‌ها حتی به مطالعه لیونز و هارینسون (۱۹۸۶) در مورد تروریست‌های ایرلند شمالی استناد شده که ۱۶٪ از آن‌ها از بیماری روانی رنج می‌بردند.

این نقد و بررسی‌ها با وجود بیش از ۱۸۰۰ استناد در زمان تدوین، متون علمی بعدی را شدیداً تحت تأثیر قرار دادند. تدوین این نقدها مصادف با افزایش شدید تعداد مقالات منتشرشده در ارتباط با تروریست بود (سیلکه و اشمیت-پترسن، ۲۰۱۵). البته در تعداد زیادی از این استنادها، از نکات ظریفی سوءتعبیر شد. با اینکه در این نقدها اغلب زبان بسیار خاصی مورد استفاده قرار گرفته بود، در استنادات تا حد زیادی کلی‌گویی شده و نکات دقیق و ظریف نادیده گرفته شدند. این موضوع به نوبه خود به شکل‌گیری فرضیه اشتباهی منجر شد که می‌گوید هیچ نوع رابطه‌ای بین اختلالات روانی و مشارکت تروریست وجود ندارد. این فرضیه، تأثیر عمده‌ای بر اقدامات دولتی و رسانه‌هایی داشت که تروریست و تلفات حوادث دسته‌جمعی را به تصویر می‌کشند. هدف این نقد و بررسی‌ها خاتمه دادن به مطالعات مربوط به اختلال روانی و مشارکت تروریست‌ها نبود. بلکه هدف، تأکید بر کاستی‌های مطالعات فعلی و تصدیق فرضیات خطی نه‌چندان سطحی مربوط به مواجهه با اختلالات روانی و مشارکت تروریست‌ها بود.

بسیاری از استنادات در این نقد و بررسی‌ها دارای چهار اشتباه رایج بودند. این ایرادات به این موارد مربوط می‌شوند: (۱) نحوه مشخص شدن اختلالات روانی؛ (۲) یکی انگاشتن بیماری‌های روانی و کم‌عقلی؛ (۳) نحوه مشخص کردن تروریست و (۴) رد کردن وجود اختلال روانی.

اجازه دهید با علت برداشت نادرست از اختلالات روانی در این استنادات شروع کنیم. مطالعات اولیه در خصوص الگوی فکری یک و دو به اختلالات شخصیتی و روانی خیلی خاصی پرداخته بودند. در نقد و بررسی‌های ابتدایی که هر یک توسط یک روان‌شناس انجام شده بودند، به زبان مورد استفاده دقت خاصی مبذول شده است. برای مثال، مطالعه هورگان (۲۰۰۳) پشت پرده ادعای وجود رابطه بین اختلال فکری و روانی و مشارکت تروریست را فاش کرد. این مقاله در حالت کلی به بیماری‌های روانی مربوط نمی‌شود، بلکه تا حد زیادی به اختلالات فکری و روانی اختصاص دارد. در این مقاله «اختلال فکری و روانی» یازده

بار مورد استفاده قرار گرفته ولی بیماری روانی فقط دو بار به کار رفته است. وجود اختلال فکری و روانی، اگر همراه با آسیب زدن به خود و عملکرد بین فردی باشد، علامتی برای تشخیص بیماری روانی است؛ و ویژگی‌های شخصیت بیمارگونه عبارت‌اند از: خصومت و مهارگسیختگی که در سایر اختلالات دیده نمی‌شوند. تلفیق به کاررفته توسط ویکتور آف (۲۰۰۵) نیز تا همین حد دقیق است. او به صراحت به اختلالات محور یک و دو و معیارهای تشخیص جنون اشاره کرد.

به هر حال باید گفت که استنادات خیلی صریح و دقیق نبودند. در استناداتی که به نقد و بررسی‌های ابتدایی شده، بسیاری از نکات دقیق و ظریف الگوی فکری یک از قلم افتاده است. در بسیاری از موارد، کلی‌گویی شده و واژگانی نظیر «بیماری روانی» به جای اختلالات روانی خاصی به کار رفته که در نقد و بررسی‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته بودند. در موارد دیگر، محققان (که عمدتاً روان‌شناس نبودند) از واژه «آسیب‌شناسی روانی» (مطالعه علمی اختلال روانی) استفاده کرده‌اند، در صورتی که این واژه در کل معنای دیگری دارد (مثل اختلال فکری و روانی). در موقعیت‌های دیگر، وجود اختلال روانی را با صراحت تمام به کم‌عقلی ربط داده‌اند. این استنادات با توجه به استفاده از چنین کلی‌گویی‌های نسنجیده‌ای به سوء تعبیر نقد و بررسی‌های قدیمی‌تر منجر شده‌اند. از طرف دیگر، در این استنادات این واقعیت نادیده گرفته شده که تشخیص بالینی مشکلات سلامت روانی دامنه وسیعی دارد و از اختلالات رایج سلامت روان نظیر افسردگی تا نابهنجاری‌های شدیدتر نظیر شیذوفرنی (شدیدترین اختلال روانی است که در آن انسان از لحاظ فکری دچار اختلال می‌شود و از توهم و هذیان در عذاب است) و همچنین اختلالات شخصیتی و رشدی-عصبی گسترده می‌شود. در جدول ۱ گزیده‌ای از این تصورات اشتباه عنوان شده است. هر جمله در جدول ۱ حداقل به یکی از نقد و بررسی‌های ابتدایی استناد می‌کند تا تأکیدی بر موضع این نقدها باشد (روی هر جمله تأکید مضاف شده است).

جدول ۱: برداشت‌های اشتباه از نقد و بررسی‌های متون علمی

نویسنده	نقل قول (تأکید مضاف)
آبراهامز (۲۰۰۱)	«ارزیابی روان شناختی تروریست‌ها حاکی از این است که آن‌ها از لحاظ ادراکی طبیعی هستند» (ص ۵۹۱)
گوپتا (۲۰۱۲)	«به نظر می‌رسد تروریست‌ها «به‌طور کلی فاقد اختلالات ذهنی قابل تشخیص هستند» (ص ۱۴۵)
جونز و بوئی (۲۰۰۸)	«می‌توانیم کاملاً مطمئن باشیم که اغلب این افراد با معیارهای تشخیصی بین‌المللی در مورد اختلالات روانی یا شخصیتی همخوانی ندارند»

<p>(ص ۵۴)</p>	
<p>«عمده این تحقیقات به طبیعی بودن افراد حاضر در گروه‌های تروریستی اشاره دارند» (ص ۷)</p> <p>«شواهد کمی دال بر این گفته وجود دارد که اکثر قریب به اتفاق تروریست‌ها، به نوعی دارای علائم روان‌پریشی هستند، یا «شخصیت تروریست» قابل شناسایی است» (ص ۱۳)</p>	<p>کروگلانسکی و فیشر (۲۰۰۹)</p> <p>لاخانی (۲۰۱۳)</p>
<p>«تروریست‌ها به‌طور معمول دیوانه نیستند یا از مشکل روانی رنج نمی‌برند» (ص ۱۶)</p> <p>«تمام تحقیقاتی که وضعیت روانی تروریست‌ها را به‌طور جدی بررسی کرده، به این یافته رسیده که تروریست‌ها جزء افراد عادی هستند» (ص ۶۴)</p>	<p>لوتز و لوتز (۲۰۱۳)</p> <p>اُو گورمن (۲۰۱۰)</p>
<p>«جستجو برای یافتن ریشه‌های آسیب‌شناسی روانی بی‌ثمر است» (ص ۶۱۷)</p> <p>«هورگان تأکید کرد که ویژگی‌های روانی واحدی وجود ندارد که تروریست‌ها را از عموم مردم متمایز کند» (ص ۴)</p>	<p>پُست (۲۰۰۵)</p> <p>پُست (۲۰۰۷)</p>
<p>«اگر اقدامات سازمان‌های تروریستی خاصی به تمام سازمان‌ها تعمیم داده شود، می‌توان گفت که ظاهراً سازمان‌های تروریستی با مشاهده علائم و نشانه‌های آسیب روانی، افراد را استخدام نخواهند کرد» (ص ۲۲۰)</p>	<p>شر و رایس (۲۰۱۵)</p>
<p>«دانشمندانی نظیر پُست و هورگان بیان کردند که در کل نباید عنوان کرد که تروریست‌ها از نوعی آسیب روانی قابل تشخیص رنج می‌برند» (ص ۴۹)</p>	<p>اسپایچ (۲۰۱۱)</p>

فقدان صراحت در استنادات تا حد زیادی باعث شده الگوی فکری دوم به‌شدت مورد سوءتعبیر قرار بگیرد: اختلال روانی باکم عقلی یکی انگاشته شده است. نقد و بررسی‌های ابتدایی تا حد زیادی روشن ساختند که بنا بر دلایلی در فرایند انتخاب اعضای گروه‌های تروریستی، افراد دارای اختلال فکری و روانی (جامعه‌ستیزها) احتمالاً کنار گذاشته می‌شوند. در استنادات بعدی طی حرکتی ابلهانه فرض شد که این قضیه در مورد تمام اختلالات روانی صادق است. برای مثال، زارتمن (۲۰۰۷) تروریست‌ها را به‌عنوان «افرادی که دیوانه نیستند ولی محاسبه‌گرانی بسیار منطقی و مدبر هستند» ارزیابی کرد (ص ۲۴۶). ویلسون، شولز، و

براکل هرست (۲۰۱۰) بیان کردند که «تروریست‌ها به‌واسطه اختلال روانی مشخص نمی‌شوند... [بلکه] ... مثل بسیاری از مجرمان دیگر... تصمیم‌گیرندگانی منطقی هستند (ص ۶۹۱). در همین اواخر در کتابی در حوزه روان‌شناسی جنایی این‌طور عنوان شد که «تحقیقات کمی در خصوص تأیید پریشان‌حالی تروریست‌ها انجام شده، که منطقی به نظر می‌رسد، چون چنین افرادی معلول علت هستند.» (تیلور، ۲۰۱۵) پُست (۲۰۰۹) در بیان ادعایی خود مبنی بر اینکه «گروه‌های تروریستی در تلاش هستند اعضاء دارای اختلال عاطفی را غربال کنند» به گفته‌های پست و هورگان استناد کرد (پست، ۲۰۰۹، ص ۱۴، تأکید اضافه‌شده). مک‌دونالد (۲۰۱۳) با استناد به گفته سیلکه، بیان کرد که «افراد دارای اختلالات روانی تروریست‌های خوبی نمی‌شوند. آن‌ها فاقد نظم و انضباط، عقلانیت، خودکنترلی و استقامت روانی هستند که در صورت لزوم زنده ماندن تروریست‌ها در هرزمانی ضروری است» (ص ۳۸).

بعضی از این گفته‌ها از دیدگاه‌های تقییحانه نسبت به بیماری روانی نشأت می‌گیرد. «اغلب فرض شده که متجاوزان دارای بیمار روانی ... انگیزه دارند ولی به حدی کم‌عقل هستند که کسی آن‌ها را باور ندارد و یا انگیزه‌ای غیر از بیماری‌شان ندارند» (فین و وُسکوئیل، ۱۹۹۹، صفحه ۳۲۸).

شواهد موجود حاکی از مطالب دیگری هستند. گیل، هورگان و دِکِرِت (۲۰۱۴) بیان کردند که عاملان تروریستی تنها که بیماری روانی آن‌ها تشخیص داده شده، اغلب دارای انگیزه‌های منطقی هستند و در مرحله پیش از حمله رفتارهای کاملاً منطقی و هدف‌داری دارند. بُروم (۲۰۱۳) ذکر کرد که تعداد بی‌شماری از عاملان تروریستی تنها که بیمار روانی هستند، قابلیت برنامه‌ریزی حملات پیچیده را دارند. فین و وُسکوئیل (۱۹۹۹) نیز به شواهدی در این خصوص دست یافتند که افراد بیمار روانی در برنامه‌ریزی و بروز رفتارهای ستیزه‌جویانه مانند افرادی عمل می‌کنند که بیمار روانی نیستند. کرنر و گیل (۲۰۱۵) به‌صورت تجربی به مقایسه نمونه‌ای از تروریست‌های تنها که اختلال روانی داشتند با نمونه‌ای دیگر از همین دست پرداختند که بیمار روانی نبودند. آن‌ها دریافتند که احتمال شرکت در گستره‌ای از اقدامات منطقی پیش حمله در مورد تروریست‌های دارای اختلال روانی به‌اندازه تروریست‌های غیر بیمار بوده است (و در مواردی این احتمال بیشتر بوده است). متخلفان دارای اختلال روانی با احتمال بیشتری تمایلات خشونت‌آمیز از خود بروز می‌دهند، در پی مشروع نشان دادن اقدامات عمدی‌شان هستند، اسلحه انبار می‌کنند، تعلیم می‌دهند، حمله موفق را انجام می‌دهند، مردم را می‌کشند و به دیگران آسیب می‌زنند، در هدف‌گذاری تبعیض قائل می‌شوند و مسئولیت کارشان را به عهده می‌گیرند. اغلب این ویژگی‌ها معمولاً رفتارهای عقلانی در نظر گرفته می‌شود و برای موفقیت ضروری هستند.

سومین سوءتعبیر این است که در این استنادات، با مسئله تروریسم و مهم‌تر از همه ویژگی‌های مشخص‌کننده تروریست، به صورت کلی و اغلب عمومی برخورد می‌شود. آن‌ها قادر به تصدیق این موارد نبودند که احتمالاً بمب ساز بودن با بمب‌گذار بودن تفاوت دارد؛ مبارز خارجی متفاوت از تروریستی است که به میهن حمله می‌کند؛ سرمایه‌گذار عملیات تروریستی با یک فرد مسلح تفاوت دارد؛ و عامل تروریستی تنها، با گروه تروریستی یکی نیست. نقش‌ها، کارایی‌ها، انتظارات، و تجربیات این افراد از لحاظ شرایط استخدام، خودگزینی، فعالیت‌های معمول در حین تروریست بودن و در نهایت خروج از گروه با یکدیگر تفاوت دارند.

به دو دلیل تروریست بودن، موقعیتی است که به‌طور شگفت‌انگیزی تقریباً در سرتاسر جهان پذیرفته شده است. اول اینکه تروریست بودن نشانه واپس‌روی یا بازگشت مفهومی است. برای مثال در الگوهای فکری قبلی اغلب تفاوت‌های روان‌شناختی بین رهبران و پیروان به‌عنوان فرضیه مطرح شده بود (استرنز، ۱۹۸۱، ۱۹۸۸؛ پُست، ۱۹۸۷). زمانی که تعداد نشریات مربوط به فعالیت‌های تروریستی بیشتر شد، نکات ظریف و دقیق در این نشریات به‌استثنای چند مطالعه از قلم افتاد. دلیل دوم اینکه یکی از تأثیرگذارترین نقدها در این زمینه، مسیر چنین رویکردهای منفصلی را مشخص کرد. ویکتور آف (۲۰۰۵) بیان کرد که «گروه‌های تروریستی معمولاً سازمانی سلسله‌مراتبی است که نقش‌های متنوعی در آن دیده می‌شود... [که] ... شاید افراد با استعدادهای مختلف به آن جذب شوند که احتمالاً به دلیل عوامل روان‌شناختی بسیار متفاوت، نقش‌های خود را ایفا می‌کنند» و اینکه «هر مطالعه تجربی که در آن ادعا شده» روان‌شناسی تروریست‌ها را توصیف می‌کند، چنانچه قادر به طبقه‌بندی یافته‌های خود طبق سطح و نقش نباشد، بسیار گمراه‌کننده خواهد بود» (ص ۵).

و نکته آخر، در بسیاری از استنادات فرض شده که به دلیل کاستی‌های اساسی در مطالعات اولیه، اصلاً اختلال روانی شایع نیست و اختلال روانی (در کنار بسیاری از عوامل دیگر) ارتباطی با دلیل مشارکت اعضاء بعضی از گروه‌ها به تروریسم ندارد. این نقد و بررسی‌ها فقدان دقت علمی در پس این مطالعات را هویدا می‌کند. در این مطالعات به‌طور کلی به شواهد علمی خلاف این ادعا اشاره‌ای نشده است. مطالعاتی که معمولاً برای تصدیق عدم وجود اختلال روانی در تروریست‌ها مورد استناد قرار می‌گیرند، به‌اندازه مطالعاتی که بر وجود رابطه بین اختلال روانی و مشارکت تروریست صحنه می‌گذارند، علمی نیستند و یا به آن اندازه با دقت مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. مراری (۲۰۱۰) این تصور نادرست را به طرز شیوایی خلاصه‌وار بیان کرده است:

«روی‌هم‌رفته، این عقیده که تروریست‌ها از لحاظ روان‌شناسی پیشینه مشترکی ندارند، بر اساس یافته‌های مستقیم بیان‌نشده، بلکه نبود تحقیقات در این زمینه موجب شکل‌گیری این باور شده است. نتیجه‌گیری

صحيح علمى مبنى بر اينكه تروريست‌ها ويژگى‌هاى شخصيتى مشتركى ندارند، بايد بر اساس چندين مطالعه قياسي در مورد تروريست‌هاى اهل كشورهاي مختلف و با شرح وظايف مختلف و با استفاده از آزمون‌هاي روان‌شناسى استاندارد و مصاحبه‌هاي باليني بيان شود. چون چنين مطالعاتى منتشر نشده‌اند، تنها نتيجه‌گيري صحيح علمى در دسترس اين است كه **ما نمى‌دانيم** كه آيا تروريست‌ها ويژگى مشتركى دارند يا خير، ولى نمى‌توانيم در مورد نبود چنين ويژگى‌هايى نيز اطمينان داشته باشيم (صفحات ۲۵۳ تا ۲۵۴).

الگوی فکری ۴: مسیرها، جداسازی و پیوستگی‌ها

مطالعات در اين حوزه با وجود اينكه هنوز در مراحل ابتدایى قرار دارند، بی‌شك از زمان انتشار نقد و بررسى‌هاي متون علمى اوليه، از لحاظ دقت نظرى، مفهومی و تجربى پيشرفت کرده‌اند. هورگان (۲۰۱۴) افزايش «بازده تحقيقات يکپارچه و با كيفيت» (ص xvii) را خاطر نشان کرد كه اين امر به مدد افزايش تعداد محققان متعهد تمام‌وقت و مسلماً سرمايه‌گذاري از سوي منابع مختلف دولتي حاصل شد. بسيارى از اين بهبودها منجر به تغييراتي در عقايد مربوط به اختلال روانی و تروريسم شد. از لحاظ مفهومی، محققان در بهترين تحقيقات ديگر در پي يافتن تنها يك علت مبنى بر مشاركت تروريست نبودند، بلکه پيچيدگى معنای مشاركت تروريست را پذيرفتند. از لحاظ تجربى، ميزان شيوع اختلالات روانی در چند موقعيت چشمگير بود. مقايسه زير گروه‌ها نيز نشان داد كه برخى از گروه‌هاي تروريستى در مقايسه با ساير گروه‌ها، به احتمال بيشترى از اختلال روانی رنج مى‌برند. در بخش بعدی بعضی از اين اندیشه‌هاي تازه و اهميت آن‌ها در مطالعه روان‌شناسى و تروريسم بيان مى‌شود.

«از پيشينه تا مسير»

هورگان (۲۰۰۸) سهم مسائل روان‌شناسى در شناخت تروريست را بيان کرد. او از فرايند طي کردن اين مسير كه شامل سه مرحله مى‌شود، پشتيبانى کرد: اقدام به مشاركت، مشاركت کردن، جدا شدن. در حالى كه اكثر قريب به اتفاق تحقيقات روى مرحله اول متمرکز بودند، چنين نظريه‌پردازى‌هايى راه را براى مطالعه حوزه‌هاي نادیده گرفته شده هموار کرد. با اينكه ديدگاه‌هاي مطرح شده در الگوهاي فکری يك و دو بر روى «چرايى» عضو شدن افراد در گروه‌هاي متخاصم متمرکز بودند، ديدگاه‌ها در مورد مسير حرکت اغلب بر «چگونگى» عضو شدن افراد در اين گروه‌ها تمرکز دارند.

شاو (۱۹۸۶) اولين «مدل مسير» را منتشر کرد كه اين نويسندگان با آن آشنا هستند. اين مدل شامل چهار مؤلفه است و توجه غالب امروزی (خودشيفتگى) تأثير شدیدی بر اين مدل داشته است. چهار مؤلفه عبارت‌اند از: فرايندهاى اجتماعى شدن، آسیب‌هاي خودشيفتگى، رویدادهای تشديدکننده و ارتباطات شخصى با اعضاى گروه‌هاي متخاصم. با اينكه مدل‌هاي مسير در حال حاضر کاملاً متداول هستند، اغلب به

نقش اختلال روانی یا تیپ‌های شخصیتی اشاره‌ای نمی‌شود، از این رو است که توجهات اجتماعی - روان‌شناختی غالب در این دوره، جلوه می‌کنند. به هر حال اختلالات روانی یا عوامل شخصیتی باید جزئی از زیرمجموعه رفتار در نظر گرفته شوند؛ مانند عوامل زمینه‌ای نظیر تجربیات اولیه، عوامل شناختی-اجتماعی نظیر خطرپذیری و کاهش تماس‌های اجتماعی (تیلور و هورگان، ۲۰۰۶)، که به واسطه قربانی کردن شخص (مک کاولی و موسکالینکو، ۲۰۱۱)، یا انتقال هیجان به سمت پرخاشگری (مقدم، ۲۰۰۵) حالت افراطی به خود می‌گیرد.

دیدگاه مسیر، افق‌های تحقیقات مربوط به اختلال روانی و مشارکت تروریست را گسترش می‌دهد. یکی دو مورد از نقد و بررسی‌های بسیار تأثیرگذار که در قسمت‌های قبلی ذکر شده بود، بر این واقعیت تأکید دارند؛ ولی مطالعات پیگیری به سرعت انجام نشدند. برای مثال، هورگان (۲۰۰۳) بیان کرد که تجربه همواره پراسترس تروریست «بودن» ممکن است منجر به آسیب روانی شود. این مطلب همگام با ادعاهای اولیه فراکوتی (۱۹۸۲) بود. به گفته وِدرستون و موران (۲۰۰۳) نیز علائم اختلال روانی در تروریست‌ها شاید به دلیل مشارکت در عمل ترور و خطرات مرتبط با آن بروز کند:

«اگر وجود اختلال روانی در تروریستی تشخیص داده شود، نمی‌توان نتیجه گرفت که اختلال روانی علت انجام عمل تروریستی بوده است. علاوه بر این، تروریست‌هایی که سوژه ارزیابی دقیق روانی بودند، تحت شرایط حبس مورد بررسی قرار گرفتند و بنابراین وضعیت دستگیری و بازداشتگاه در بروز اختلال روانی باید در نظر گرفته شود (ص ۷۰۲)»

پس به عبارت دیگر، باید گفت مسائل روانی به جای اینکه علت مشارکت در فعالیت‌های تروریستی باشند، شاید نتیجه فرعی و پیامد مشارکت هستند. وِدرستون و موران به تشریح پاسخ این سؤال پرداختند که به چه دلیل سبک زندگی و تعارض گروهی، متغیرهای بنیادی محسوب می‌شوند که ممکن است در بروز اختلال روانی در تروریست‌ها سهمیم باشند. قرار گرفتن در چنین شرایطی لزوماً همواره به ایجاد اختلال روانی کمک نمی‌کند، ولی این عوامل در مورد افراد خاص، احتمالاً بر ایجاد اختلال روانی تأثیر می‌گذارند.

بدیهی است که مواجهه با وضعیت‌های خشونت‌آمیز و استرس پس از سانحه، جزئی از سبک زندگی یک تروریست است. مطالعات رفتارهای مشابه نظیر مشارکت در جنگ یا پیوستن به یک باند، مشخص می‌کند که چنین وضعیت‌های خشونت‌آمیز و استرس پس از سانحه احتمالاً مشکلات روانی ایجاد می‌کنند. برای مثال، مواجهه با تعارض در بعضی از افراد موجب بروز اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) می‌شود (جوردن و سایرین، ۱۹۹۱). این اختلال در افرادی که سابقه هیچ نوع اختلال روانی ندارند، به وضوح دیده می‌شود (وِدرستون و موران، ۲۰۰۳). بورتون، فوی، بواناسی، جانسون، و موور (۱۹۹۴) تأثیرات متعاقب خشونت

در باندهای مختلف بر عملکرد روانی نوجوانان را بررسی کردند. بیست و چهار درصد از این افراد با معیارهای بالینی تشخیص PTSD در پی مواجهه با جنبه‌های مختلف سبک زندگی مخصوص یک باند، مطابقت داشتند. شواهد حاصل از شرح حال عاملان تروریستی قبلی نیز مبین این است که نقش‌ها و تجربیات در سازمان چه تأثیری بر سلامت روان اعضا دارد (ادیر، ۲۰۰۹، کالینز، ۱۹۹۸؛ مولونی، ۲۰۱۰). عوامل تنش‌زا، فشارها و تعارض موجود در سازمان تروریستی نیز در ایجاد عوارض روانی سهمیم هستند.

تنش یا استرس روانی نیز، در جدا شدن از گروه تروریستی مؤثر است. رینارس (۲۰۱۱) با ۳۵ عضو سابق گروه اتا (EUSKADI TA ASKATASUNA: سازمان جدایی طلب منطقه باسک اسپانیا موسوم به اتا) مصاحبه کرد. بعضی از اعضا بنا بر دلایل «شخصی» به صورت داوطلبانه از گروه جدا شده بودند. رینارس به طور دقیق شرح نداده افرادی که «دلایل شخصی» را علت جدایی عنوان کرده‌اند، به چه نحو از سایر افرادی متمایز می‌شوند که علت جدایی را یکی از اعضاء مؤنث سابق سازمان عنوان کرده‌اند که به آن‌ها انگیزه ترک سازمان را به خاطر خستگی و «بحران وجودی» داده است (ص ۷۹۹). التیر، لئونارد، شورتلند، و هورگان (در مطبوعات) مسئله «دلایل شخصی» را باز کردند. آن‌ها در تحلیل آماری شرح حال تروریست‌ها، فرسودگی روانی، پریشانی روانی، ترس، حسرت، مدارا کردن، تجربه قربانی بودن، و پریشانی فیزیولوژیکی را به عنوان «عوامل فشاری» از سوی گروه‌های تروریستی در نظر گرفتند. بوبولز و سیمی (۲۰۱۵) با ۳۴ عضو سابق گروه‌های سفیدپوست نژادپرست مصاحبه کردند: ۳۲٪ از آن‌ها خودشان به داشتن مسئله روانی اعتراف کردند که یا پیش از عضویت در گروه تنفر ورزی و یا در حین عضویت به آن مبتلا بودند، ۴۴٪ اعتراف کردند که افکار خودکشی در سر دارند و ۵۸٪ سوء مصرف الکل و مواد مخدر داشتند.

با وجود عدم اجماع در این خصوص که وضعیت روانی بر روی تصمیم فرد در مورد جدا شدن از سازمان تأثیر می‌گذارد، برنامه‌های موفق برای جلوگیری از افراط‌گرایی وجود دارد که به افرادی که از این گروه‌ها خارج می‌شوند از لحاظ روانی کمک می‌کند. بوچک (۲۰۰۸) به توصیف برنامه دولت عربستان سعودی پرداخت که شامل دوره‌های مشاوره مفصل است که توسط تقریباً ۵۰ متخصص سلامت روان و محقق برگزار می‌شود. مولینز (۲۰۱۰) برنامه سنگاپور را که شامل رفتار درمانی شناختی (راباسا، پتی جان، ژز، و بوچک، ۲۰۱۰) و برنامه ایالات متحده در عراق را معرفی کرد در آن‌ها مسائل روان‌شناختی پیش آمده در طول تعارض مورد ملاحظه قرار می‌گیرد. راباسا و سایرین (۲۰۱۰) به ارزیابی تعدادی از برنامه‌ها در خاورمیانه، آسیای جنوب شرقی و اروپا پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که در اکثر برنامه‌های مؤثر، انواع مختلف مشاوره ارائه شد است (روانی، اجتماعی، خانوادگی). این نتیجه به این معنا است که پزشکان باید به مسائل روانی بالقوه که در طول مشارکت در تروریسم رخ می‌دهد، توجه داشته باشند. این مطالب همراه با فقدان تحقیقات در

مورد تأثیرات روانی مشارکت داشتن در سازمان، لزوم تحقیقات بیشتر را ناگزیر می‌کند. به‌منظور افزایش شناخت خود از ترک مقاومت و جلوگیری از افراطی‌گرایی، تأثیر روانی زندگی به سبک تروریستی باید مورد ملاحظه قرار بگیرد.

یکی دیگر از نتایج فرعی و مهم طی مسیر، بالغ‌تر شدن از لحاظ توضیح رفتار است. یعنی به‌جای بیان توجیه تک‌علتی (مثل اختلال فکری و روانی)، اذعان شده که افراطی‌گرایی و مشارکت در تروریسم احتمالاً نتیجه نهایی ترکیب چند عامل خطر است که در زمان و مکان شکل گرفته‌اند. اگر صرفاً به «علل» مشارکت در تروریسم تمرکز نکنیم، می‌توانیم «علل علت‌ها» را بشناسیم. به این ترتیب متوجه می‌شویم که نقش اختلال روانی ممکن است در شناخت بعضی از رفتارهای تروریست‌ها مفید باشد. برای مثال، در مقاله گیل (۲۰۱۵) در مورد تروریست‌های تنها چندین پرونده بود که در آن‌ها تجربه فردی اختلال روانی مثل یک عامل خطر زمینه‌ای عمل می‌کرد و در کنار چند عامل تنش‌زای بی‌واسطه و نزدیک‌تر، فرد را به سمت افراطی‌گرایی سوق می‌داد. این موضوع در تحلیل استنباطی کرنر و گیل (۲۰۱۵) تأیید شده که در آن نمونه‌ای از تروریست‌های تنهای دارای اختلال روانی با نمونه دیگری از تروریست‌های تنهای بدون اختلال روانی مقایسه شدند. گروه اول با احتمال بسیار بیشتری نسبت به گروه دوم مستعد مواجهه با آخرین عامل تنش‌زا پیش از برنامه‌ریزی برای حمله تروریستی بودند. پس اگر هدف مدیریت تهدید و یا ارزیابی خطر باشد، صرف تمرکز بر روی شاخص‌های پویایی نظیر وجود و یا عدم وجود اختلال روانی با توجه به نحوه برهمکنش این شاخص با شاخص‌های پویایی نظیر آخرین عامل تنش‌زا، تلاشی بی‌فایده است.

توسعه رویکردهای آسیب‌شناسی روانی

در بعضی از مطالعات اخیر به‌جای تمرکز صرف بر اختلال فکری و روانی یا اختلالات خاص شخصیتی (مثل مواردی که در الگوی ۱ و ۲ مشاهده می‌شود)، به محدوده کامل اختلالات روانی قابل تشخیص توجه شده است. این اتفاق یک پیشرفت مهم به شمار می‌آید. اختصاصی بودن موضوع مهمی است. مدت زیادی، تهیه متون علمی در خصوص روان‌شناسی تروریست (و تفاسیر آن) به دلیل شناخت طولی و کوتاه بینانه‌ای که بر پیشگویی و تفکر طولی متمرکز بود، با وقفه مواجه شد. با اینکه اختلالات بسیار متنوع هستند، در بسیاری از تحلیل‌های مربوط به تروریسم، با اختلالات مختلف به یک نحو برخورد شده است. این دویبخشی کاذب که بیماری روانی را در مقابل تروریست قرار می‌دهد، مباحث مربوطه را کسالت‌بار می‌کند. تازه-اندیشی‌ها نیز چه در خصوص پیشگیری اولیه و در صورت لزوم، در مورد ارزیابی خطر در آینده، حائز اهمیت است. با انکار این مسئله که مشکلات روانی تاکنون نقش مهمی در مشارکت تروریست داشته‌اند،

قضیه وجود همدست اصلی احتمالی در حفاظت از فردی که در معرض خطر افراطی گرای قرار دارد و یا نیازمند حمایت روانی پس از خروج از سازمان‌های تروریستی است، رد می‌شود.

به‌طور خاص چهار مطالعه به دلیل داده‌های مورد استفاده، محدوده آسیب‌شناسی روانی تحت مطالعه و ترکیب افراد از گروه‌های مقایسه و کنترل به‌منظور پی بردن به نسبت‌های پایه، ارزش نام بردن را دارند. وینینک (۲۰۱۵) به بررسی پرونده‌های پلیسی ۱۴۰ فرد هلندی پرداخت که به مبارزان خارجی تبدیل شده بودند: ۶٪ آن‌ها اختلالات قابل تشخیص داشتند. این اختلالات شامل روان‌پریشی، خودشیفتگی، بیش‌فعالی، اختلال کم‌توجهی، شیزوفرنی، طیف اختلالات اوتیسم (اوتیسم یا درخودماندگی یک اختلال ارتباطی است که در آن فرد مبتلا قادر به برقراری ارتباط با دیگران نیست و در دنیای خود زندگی می‌کند و در حال خود است)، و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) می‌شد. وینینک بیان کرد که میزان شیوع شیزوفرنی و روان‌پریشی در این نمونه از عموم مردم بیشتر است. ۲۰٪ بعدی نشانه‌هایی از مشکلات روانی نشان می‌دادند که در هیچ دوره از زندگی‌شان تشخیص داده نشده بود.

در مورد نمونه کورنر، گیل، و موران (۲۰۱۶) که متشکل از ۱۵۳ تروریست تنها بود، ۱/۳٪ دچار آسیب روانی پس از سانحه شده بودند، ۰/۷٪ اعتیاد به موارد مخدر داشتند، ۸/۵٪ دچار شیزوفرنی، ۰/۷٪ اختلال اسکیزوافکتیو، ۲/۰٪ اختلال توهم، ۰/۷٪ اختلال روان‌پریشی، ۷/۲٪ افسردگی، ۳/۹٪ اختلال دوقطبی، ۱/۳٪ اختلال اضطرابی نامشخص، ۰/۷٪ اختلال تجزیه هویت، ۱/۳٪ اختلال وسواسی-جبری، ۳/۳٪ اختلال استرس پس از سانحه، ۰/۷٪ اختلال خواب نامشخص، ۶/۵٪ اختلال شخصیتی نامشخص، و ۳/۳٪ اختلال طیف اوتیسم داشتند. در نمونه شامل تروریست‌های تنها در مقایسه با عموم مردم، سه اختلال شیوع بیشتری داشت (شیزوفرنی، اختلال توهم، اختلالات طیف اوتیسم)، و سه اختلال شیوع کمتری داشت (افسردگی، اختلال خواب، ناتوانی‌های یادگیری). هر دو مطالعه به نسبت بالای شیوع شیزوفرنی در نمونه‌های خود در مقایسه با عموم مردم اذعان کردند. توجه به این نکته حائز اهمیت است که به‌رحال این نمونه‌ها معرف خوبی برای اکثر قریب به‌اتفاق تروریست‌ها نیست. بااینکه مبارزان خارجی و تروریست‌های تنها توجه اکثر رسانه‌های فعلی را به خود اختصاص داده‌اند، همچنان در مقایسه با تروریست‌ها در سرتاسر جهان و در طول تاریخ جزء اقلیت به شمار می‌آیند.

کرنر و گیل (۲۰۱۵) با استفاده از یک نمونه ۱۱۹ نفری متشکل از تروریست‌های تنها، به بررسی این موضوع پرداختند که آیا احتمال بروز هم‌زمان رفتارهای خاص با تشخیص‌های خاص در این نمونه بیشتر از دیگران است یا خیر. افرادی که شیزوفرنی و اختلالات مرتبط داشتند، تنها گروه قابل تشخیصی بودند که با رفتار خشونت‌آمیز قبلی ارتباط داشتند که این مطلب تائیدی بر تحقیقات قبلی در خصوص متون عمومی در

مورد خشونت است (کراکوسکی، ولاوکا، و بریزر، ۱۹۸۶). وجود روابط منفی بین اختلالات شخصیتی و اوتیسم با داشتن همدست/همسری که در عمل ترور مشارکت داشته باشد نیز مشخص شد، که شاید نشان‌دهنده این باشد که دلیل نداشتن همسر، ماهیت زیان‌بار این اختلالات است. از آنجا که اختلالات روانی اغلب علائم مشترکی دارند، در تحقیقات بعدی باید بیشتر بر روی تحلیل علائم بیماری روانی تمرکز شود، نه صرفاً تشخیص این اختلالات (داگلاس، گای، و هارت، ۲۰۰۹).

در مطالعه آخر، گاتشاک و گاتشاک (۲۰۰۴) آزمون روان‌سنجی شخصیت و آسیب روانی رایجی (پرسش‌نامه شخصیتی چندمحوری مینه‌سوتا-۲) را روی ۹۰ تروریست اسرائیلی و فلسطینی زندانی و گروه‌های کنترل شامل یهودیان اسرائیلی و فلسطینی‌های که با ویژگی‌های جمعیت شناختی منطبق بودند، اجرا کردند. نمونه تروریست‌ها در مورد خرده مقیاسی که استعداد انحراف روانی-اجتماعی، بدگمانی یا پارانویید، افسردگی، شیزوفرنی، و جنون خفیف را اندازه‌گیری می‌کند، امتیاز بالاتری کسب کرد. با اینکه این نتایج جالب هستند، باید به چند مسئله اندازه‌گیری توجه کرد: اول اینکه، نمی‌دانیم آیا این معیارهای خرده مقیاس نتیجه مشارکت قبلی تروریست است یا حبس، و آیا این معیارها نقشی در تصمیم‌گیری در مورد تروریست شدن دارند یا خیر. مورد دوم اینکه، قیاس‌پذیری میان فرهنگی و ملی روایی سازه‌ای آزمون‌های خود گزارشی نظیر پرسش‌نامه شخصیتی چندمحوری مینه‌سوتا-۲ هنوز تا حد زیادی مورد تردید است. نکته سوم، اندازه نمونه‌ها با توجه به تعمیم‌های گسترده انجام‌شده، بسیار کم است.

در مجموع این چهار مطالعه نشان می‌دهند که مطالعه اختلال روانی و مشارکت تروریست لزوماً «بی‌فایده» نیست. در هر یک از این مطالعات افراد مختلفی در گروه‌های کنترل و مقایسه در نظر گرفته و تفاوت‌های بارز مشخص شدند. در هیچ‌یک از این مطالعات ادعا نشده که اختلال روانی شاخصی برای پیشگویی مشارکت تروریست است. همین‌طور ادعایی مبنی بر وجود رابطه خطی بین ویژگی‌های خاص شخصیتی یا اختلالات روانی خاص با مشارکت تروریست مطرح نشده است. بلکه در این مطالعات با این عوامل صرفاً به‌عنوان یکی از عواملی برخوردار شده معمولاً درون فرد متبلور می‌شود. چنین مطالعاتی تازه در ابتدای راه هستند و برای تعمیم نتایج هنوز خیلی زود است.

تفکیک تروریست

مطالعه تروریست در این اواخر چند شاخه‌تر نیز شده است. در حال حاضر با مطالعاتی در زمینه انواع خاص تروریست (مثل تروریست تنها، بمب‌گذار انتحاری، مبارز خارجی) مواجه می‌شویم. همان‌طور که موناهان (۲۰۱۲) بیان کرده، مطالعات تروریسم در گذشته تا حد زیادی با مطالعات جرم‌شناسی تفاوت دارد که به‌جای «یکپارچه کردن» تمام اشکال جنایت به شکل یک متغیر خروجی (مثل مجرم)، متغیر خروجی را

به چند قسمت تبدیل می‌کند (مثل آتش‌افروز، متجاوز جنسی). این موضوع به یافته‌های جالب توجهی در ارتباط با میزان شیوع اختلال روانی در زیر نمونه‌های مختلف تروریستی منتهی شده است (که در نقد و بررسی مطالب ویکتور آف [۲۰۰۵] پیش‌بینی شده است).

در هر چهار مطالعه نسبت‌های اختلال روانی در تروریست‌های تنها با نمونه‌های همسان متشکل از گروه‌های تروریستی مقایسه شد. گرونوالد، چرماک، و فریلیچ (۲۰۱۳) با مقایسه گروه راست افراطی و متجاوزان تنها به این نتیجه رسیدند که دسته دوم به احتمال خیلی بیشتری به اختلال روانی دچار می‌شوند (۴۴/۴٪ در مقابل ۷/۶٪). نمونه هویت (۲۰۰۳) که از تروریست‌ها تنها با مجموعه‌ای از پیش‌زمینه‌های عقیدتی تشکیل شده بود، نتایج مشابهی را نشان دادند (۲۲٪ در مقابل ۸/۱٪)، با اینکه نسبت شیوع در این نمونه تقریباً نصف این مقدار در نمونه تحت مطالعه گرونوالد و سایرین (۲۰۱۳) بود. کرنر و گیل (۲۰۱۵)، ۱۱۹ تروریست تنها را با ۴۲۸ تروریست عضو گروه‌های تروریستی مقایسه کردند. آن‌ها با استفاده از نسبت شانس‌ها دریافتند که تروریست‌ها تنها ۱۵/۵ بار بیشتر از تروریست‌ها عضو در گروه‌ها، سابقه بیماری روانی دارند. کرنر و سایرین (۲۰۱۶) به بررسی بیشتر این نتایج پرداختند و به همبستگی منفی بین سطح تجاوز گروهی و نسبت شیوع اختلال روانی پی بردند. با اینکه نمونه آن‌ها متشکل از تروریست‌های تنهایی بود که بیش از ۴۰٪ آن‌ها سابقه اختلال روانی داشتند، این رقم در مورد تروریست‌هایی که به‌تنهایی حمله خود را انجام می‌دادند ولی تحت حمایت گروه تروریستی بودند، در حدود ۲۰٪ بود، در مورد گروه‌های دو نفره این نسبت بیش از ۵٪ و در مورد گروه‌های تروریستی کمتر از ۳٪ بود.

مراری و همکارانش (مراری، ۲۰۱۰؛ مراری، دیامانت، بیبی، بروشی، و زاکین، ۲۰۰۹، فیل و سایرین ۲۰۰۹) آزمون‌های روان‌شناسی مختلفی بر روی نمونه‌ای از گروه‌های کنترل مختلف (مثل سایر تروریست‌ها و مجرمان غیرسیاسی) انجام دادند. در این مطالعات از طیف وسیعی از تکنیک‌ها از جمله مصاحبه‌های بالینی، آزمون‌های شخصیتی، آزمون اندر یافت موضوع، و آزمون ترسیم آدمک-درخت-خانه استفاده کردند. آمار به‌دست آمده در مورد گروه بمب‌گذاران انتحاری در مقایسه با گروه کنترل نشانگر احتمال بالاتر وجود اختلال شخصیت اجتناب‌گر-وابسته (۶۰٪ در مقابل ۱۷٪)، و علائم افسردگی (۵۳۵٪ در مقابل ۸٪) بود و میل به خودکشی در آن‌ها بیشتر دیده می‌شد (۴۰٪ در مقابل ۰٪). باید توجه داشت که گروه کنترل به احتمال بیشتری از افرادی تشکیل شده بود که گرایش‌های جامعه‌ستیزی (۲۵٪ در مقابل ۰٪) و بی‌ثباتی تکانشی (۶۷٪ در مقابل ۲۷٪) داشتند. بمب‌گذاران انتحاری در آزمون عزت‌نفس، تکانش‌گری، و بی‌ثباتی هیجانی امتیاز بالاتری از بمب‌گذارانی کسب کردند که باید پس از ترور زنده می‌ماندند (تروریست غیرانتحاری).

بار دیگر این مطالعات نشان داد که وقتی گوناگونی نقش‌های تروریستی بررسی می‌شود، راه برای انجام تحقیقات مبہوت‌کننده‌ای باز می‌شود. دقت مطالعات در مورد تروریست‌های تنها و انسجام‌یافته‌های مربوطه نشان می‌دهد که این نتایج بسیار پایا هستند. داده‌های به‌کاررفته در مطالعه افراد بمب‌گذار انتحاری بی‌سابقه است، ولی هنوز درباره سایر نقش‌های خاص اطلاعات زیادی در دست نداریم. مثلاً آیا مطلب خاصی وجود دارد که بمب‌گذار را از سازنده بمب متمایز می‌کند؟ آیا گزینش خاصی وجود دارد که بر اساس آن افراد خاصی برای نقش‌های خاص انتخاب می‌شوند یا آیا خودگزینی است که تروریست غیر انتحاری را به سمت موقعیت‌های خاص سوق می‌دهد؟ در این صورت نقش شخصیت در این پویایی‌ها چیست؟

نتیجه‌گیری

پس از حادثه یازده سپتامبر، مطالعات در زمینه تروریسم به‌شدت افزایش یافتند. تقاضا برای گرفتن پاسخ‌های سریع اغلب به طرح سؤالات ساده، چارچوب‌های ساده و تفکر خطی منجر شده است. در بسیاری از تحلیل‌ها به‌جای پرداختن به تروریسم و آسیب‌شناسی روانی به‌عنوان یک مسئله پیچیده و چندبعدی، تفاسیری به‌دست‌آمده که بسیار کلی و یکنواخت هستند. به‌جای شناخت پیچیدگی‌های موجود در پس تشخیص‌های مختلف، واژه **بیماری روانی** و سایر کلمات مشابه انتخاب شدند. به‌جای درک اینکه گروه‌های تروریستی از طیف وسیعی از رفتارها، اعضاء و عملکردها تشکیل می‌شوند، معمولاً در تحلیل‌ها تلاش شده واژه **تروریست** به افراد زیادی اطلاق شود. تعجب‌آور نیست که بگوییم وقتی چنین تفکر ساده‌ای مسلط می‌شود، پاسخ‌های ساده‌ای نظیر «نبود هیچ‌گونه رابطه» در متون مربوطه رایج می‌شود. حتی اگر شواهد مختلفی تلفیق شوند که مبتنی بر نتایجی باشند که با دقت بسیار جمع‌آوری شده، به‌خوبی مورد استدلال قرار گرفته و حاوی نکات دقیق و ظریف باشند، این اتفاق ممکن بود رخ دهد. دوبخشی کاذب بر این باور دامن زد که اقدام به خشونت هدف‌دار در معرض عموم صرفاً یا توسط یک تروریست انجام می‌شود یا فردی که از دارای اختلال روانی است.

خوشبختانه اخیراً در بسیاری از مطالعات از چنین تفکر دوبخشی دوری گزیده شده و اکنون زمان آن است که تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود. نتایج همواره تفاوت‌های موجود در نسبت‌های شیوع اختلالات خاص در بین نمونه‌های تروریستی در مقابل گروه‌های مقایسه و کنترل، و نسبت‌های کل شیوع اختلالات در نمونه‌های فرعی تروریستی (مثل تروریست‌های تنها، در مقابل متجاوزان گروهی) را نشان می‌دهد. جالب‌توجه اینکه، که حتی در آثار مشابه که به‌طور مشخص بر روی آسیب‌شناسی روانی متمرکز نبودند نیز تجربه برخورد با مشکلات روانی در دوره‌ای از زندگی تروریست‌ها که اقدام به حملات نموده و وقتی که از این مسیر جدا شدند، مورد تأکید قرار گرفته است. منابع داده نیز که عبارت‌اند از مصاحبه‌های

دست‌اول، آزمون‌های روان‌سنجی، گزارش‌های دادگاه و سایر مجراهای منبع باز با یکدیگر تفاوت دارند. بدیهی است که در دسترس نبودن داده، دیگر بهانه‌ای برای ادامه ندادن مطالعات در حوزه تروریسم نیست. ما به تلاش‌های بیشتری برای انجام تحقیقاتی نیاز داریم که نمونه آن‌ها در بخش‌های قبلی مورد استناد قرار گفتند؛ به این دلیل که زمینه برای تحقیق و مباحثه پویاتر ایجاد شود نه اینکه صرفاً در مسیر رد یک عقیده افراطی (که می‌گوید همه تروریست‌ها جامعه‌ستیز هستند) و پذیرش عقیده افراطی دیگر (هیچ‌گونه رابطه‌ای بین اختلال روانی و مشارکت تروریست وجود ندارد) دست‌وپا بزنیم. مشارکت تعداد بیشتری روان‌شناسان در این حوزه تحقیقاتی، تنها به کلی‌گویی و از دست رفتن جزئیات منتهی می‌شود؛ به‌خصوص در مورد تحقیقات مربوط به انگیزه که در مقایسه با پیشرفت‌های حاصل در متون روان‌شناسی گسترده‌تر، سطحی و غیرعلمی به شمار می‌آیند.

کاستی‌های عمده‌ای در دانش ما وجود دارد که باید اصلاح شوند. در هیچ تحقیقی مفاهیم مربوط به عوامل حمایتی، اختلالات روانی و تروریسم به کار نرفته است. شاید عوامل حمایتی به شکل‌های گوناگون پدیدار شوند و شامل عوامل فردی (نظیر نگرش‌ها، دستاوردهای تحصیلی، جهت‌گیری اجتماعی، خودکنترلی، عوامل شخصیتی) عوامل مرتبط با همسالان (مثل روابط نزدیک با همسالان غیر بزهدکار، هنجارهای جامعه پسند در گروه همسالان، تعداد روابط اثربخش)، و عوامل خانوادگی (نظیر تماس زیاد با خانواده، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی) می‌شوند. ما در مورد ترتیب زمانی عوامل خطر ساز (که تجربه اختلال روانی یکی از این موارد است) در تروریست‌ها اطلاعات کمی در اختیار داریم. افراطی‌گرایی یک فرایند است ولی باینکه مطالعات کافی جهت سنجش این فرایندها وجود ندارد، می‌توان گفت که افراطی‌گرایی در یک مورد با دیگری تفاوت دارد. برای مثال ما نمی‌دانیم کدام رفتارها و تجربیات پیشین جزء عوامل خطر ساز در مورد مشارکت تروریست محسوب می‌شوند، و کدام یک صرفاً علتِ علت به شمار می‌آیند (عاملی که آسیب‌پذیری‌های خاصی را تشدید می‌کند که شاید به‌نوبه خود فرد را بیشتر به سمت مسیر افراطی سوق دهد و احتمال مواجهه این افراد با دیگر عوامل خطر ساز را افزایش دهد). بدون یافتن توالی رفتارها به‌طور حتم نمی‌توانیم عوامل خطر ساز را تشخیص دهیم.

با توجه به سوءتعبیرهای به‌عمل آمده از نقد و بررسی‌های قبلی متون علمی، احتمالاً بهترین کار این است که در خاتمه، توضیح شفاف‌تری در مورد دیدگاه خود نسبت به چند مسئله بیان کنیم. این مطلب صحیح نیست که تروریست‌ها از لحاظ روانی شرح حال مشترکی دارند. به هر حال شواهد نشان می‌دهند که بعضی از تروریست‌ها، ویژگی‌های روانی خاصی را با احتمال بیشتری نسبت به عموم مردم دارند. همچنین از شواهد پیدا است که بعضی از تروریست‌ها در مقایسه با دیگر تروریست‌ها به احتمال بیشتری ویژگی‌های روانی

خاصی دارند. به نظر نمی‌رسد که هیچ نوع اختلال در سلامت روانی شاخص پیش‌بینی مشارکت تروریست باشد.

تروریسم نوعی فعالیت است که نرخ وقوع پایه پایینی دارد. در مقابل، تجربه اختلال روانی در مورد بعضی از تروریست‌ها احتمالاً یکی از عوامل «خطر ساز» بی‌شماری است که فرد را به سمت مشارکت در عملیات تروریستی جذب یا از آن دور می‌کند. وجود اختلال روانی نیز نتیجه فرعی فعالیت تروریستی و یا جدا شدن از گروه تروریستی است. با در نظر گرفتن سطوح چندبعدی فردی، اجتماعی، و موقعیتی تحلیل‌ها، تحقیقات در مورد تروریسم به ارائه شواهد معتبر (روا) و پایا می‌انجامد که به پیشگیری و مختل کردن حوادثی که توسط تروریست‌های دارای مشکل روانی انجام می‌شود، کمک می‌کند. تروریسم یک مسئله بحث‌برانگیز و دنباله‌دار است و خواهد بود. با استناد به این «نظر کارشناسی» که می‌گوید علت تروریسم «بیماری روانی» است، و برای تیر رسانه‌ها جذاب به نظر می‌رسد، شاید تنها با در اختیار داشتن داده‌های تجربی معتبر (روا) و تفسیر مجدد ارزش شواهد فعلی و قبلی بتوان در این حوزه مطالعاتی پیشرفت کرد.