

مقاله حاضر در تاریخ ۱۸ شهریور ۱۴۰۲ در دو فصلنامه پژوهشهای حقوق جزا و جرم شناسی، مورد پذیرش قرار گرفته و در شماره ۲۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۲ منتشر خواهد شد.

DOI: 10.22034/JCLC.2023.408878.1889

Legislator's criminal thought regarding patients with mental disorders on the new Bill of the protection of the rights of people with mental disorders

Abstract

statement of the problem: society and criminal system, in pursuit of the goals they seek to fulfill by indicting criminals and punishing them, sometimes encounter people who do not have a normal mental state in any of the situations of being in the society or in the different stages of committing a crime until the end of the punishment, and this issue makes challenges for the realization of these goals possible. In the current situation, apart from the medical and psychiatric guidelines, there are no comprehensive regulations that include a mechanism for identifying, introducing, guiding, treating people with mental disorders and protecting their rights against the guardians and duties they have towards them, and on the other hand, determining the status of judicial authorities in dealing with them, or they do not have the necessary comprehensiveness. Consideration of the provisions of the new bill as far as it is related to the patients and their rights in the criminal process has been considered in writing this article.

Research method: The present article is taken from the library research method in its first speech and from the analytical-descriptive method in the other speeches.

Research findings: The new bill, while innovating in some of its regulations, has tried to fix the existing deficiencies, but it faces challenges in terms of the efficiency and the possibility of applying those regulations.

Key words: mental disorder, Criminal proceedings, Individual rights, social defense.

اندیشه کیفری قانونگذار در رابطه با مبتلایان به اختلال های روانی با تأکید بر لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی

۱- فریدون جعفری، دکتری تخصصی، گروه جزا و جرم شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان،

ایران. F.jafari@basu.ac.ir

۲- سهیل صاحب بیاتی (نویسنده مسئول)، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه جزا و جرم شناسی، دانشکده علوم انسانی،

دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. Sahebbayatisoheil@gmail.com

چکیده

بیان مسأله: جامعه و نظام کیفری به دنبال اهدافی که از تعقیب مجرمین و مجازات آنها در صدد برآورده ساختن آنها می‌باشند، گاه با افرادی مواجه می‌گردند که در هریک از موقعیت های حضور در جامعه یا مراحل مختلف ارتکاب جرم تا خاتمه مجازات دارای وضعیت روانی متعارفی نبوده و این مسأله چالش هایی را برای تحقق این اهداف میسر می‌سازد. در وضعیت فعلی، فارغ از دستورالعمل های پزشکی و روان پزشکی، مقرراتی جامع که دربرگیرنده سازوکاری برای شناسایی، معرفی، هدایت، درمان مبتلایان به اختلال روانی و حافظ حقوق آنها در برابر متولیان امر و تکالیفی که در قبال آنها دارند و از طرفی تعیین کننده وضعیت مراجع قضایی در مواجهه با آنها باشد، وجود ندارد و یا از جامعیت لازم برخوردار نیستند. ملاحظه مقررات لایحه جدید تا آنجا که با مبتلایان و حقوق آنها در فرایند رسیدگی کیفری مرتبط است، در نگارش این نوشتار مورد توجه بوده است.

روش تحقیق: نوشتار حاضر در گفتار نخست خود از روش تحقیق کتابخانه‌ای و در سایر گفتارها از روش تحلیلی-توصیفی بهره گرفته است.

یافته های تحقیق: لایحه جدید ضمن نوآوری در برخی از مقررات خود، درصدد رفع نواقص موجود نیز بوده است اما به لحاظ میزان کارایی و امکان اعمال آن مقررات، با چالش هایی مواجه می‌باشد.

واژگان کلیدی: اختلال روانی، دادرسی کیفری، حقوق فردی، دفاع اجتماعی.

مقدمه

اغلب افراد در طول دوران زندگی خود با معدودی از اختلال های روان هرچند به صورت گذرا و موقتی درگیر می‌شود اما در مراحل پیشرفته و حاد، این اختلالات به عاملی مخرب و تهدیدکننده سلامت روان بدل می‌شوند و در صورت عدم اقدام مناسب و به موقع، علاوه بر زندگی روزمره و اجتماعی شخص، جامعه نیز متحمل وضعیت نابهنجاری و اختلال می‌گردد. گاهی این اختلالات بستر مناسبی برای تحقق نیت های مجرمانه ایجاد می‌نمایند و فرد را در چند قدمی ارتکاب رفتار مجرمانه قرار می‌دهند. اساسنامه

سازمان جهانی بهداشت، اختلال رفتاری-روانی را عبارت از حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان یا رفتار مشخص و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد، می‌داند. این تغییرات در گستره هنجار جامعه قرار نمی‌گیرند و به صورت واضح غیرعادی و بیمارگونه و مداوم یا عودکننده هستند.^۱ تصور از اختلال روانی در دیدگاه نظریه‌پردازان و تدوین‌کنندگان قانون همواره با مفهوم حالت خطرناک همراه بوده است و شاید بیراه نباشد که بگوییم تصور غالب عمومی از مبتلایان به بیماری‌های روان نیز به نحوی با مفهوم خشونت، بزه و بزهکاری مرتبط می‌باشد. به علاوه، برخی مطالعات ارتباط بین اختلال روان و بزهکاری را نیز نشان می‌دهد. با این توضیح که اختلال روانی، زمینه‌ای مناسب را برای فرد مبتلا در ایجاد تمایل به انجام رفتارهای مجرمانه ایجاد می‌کند، در ادبیات جرم‌شناسی، از مفهوم حالت خطرناک برای تبیین این وضعیت استفاده می‌شود و آن «حالتی است که بر اثر اقتران عوامل جرم‌زا در شخص خاص، وی را در مظان ارتکاب جرم قرار می‌دهد.»^۲ و احتمال بسیار بالایی می‌رود که فرد در آینده دست به ارتکاب رفتار مجرمانه بزند. نابسامانی روانی در درجات متفاوتی از خود می‌تواند ادراک فرد را از محیط و رفتارهای ارادی خود به حداقل رسانده و یا به او دستاویزی در توجیه رفتارهای ناهنجار و یا مجرمانه بدهد. بدین سبب است که تدابیر پیشگیرانه قبل از ارتکاب جرم و دفع حالت خطرناک در حوزه بیماران روانی نسبت به سایرین وجهه‌ای غالب دارد. حضور مبتلایان به اختلالات روان در جامعه محل امتزاج بین حقوق، قانون و روان‌پزشکی است. علیرغم کمی تعداد و محدودیت مطالعات و تحقیقات کاربردی صورت گرفته در مورد همه‌گیری ابتلا به اختلالات روانی، داده‌های موجود حاکی از آمار قابل توجهی از شیوع این اختلالات در میان افراد می‌باشد. نتایج بررسی داده‌های برخی مطالعات نشان‌دهنده شیوع انواع اختلالات روانی به میزان ۱۰/۱۷ درصد در میان جمعیت بالغ کشور می‌باشد.^۴ آمارهای موجود، لزوم پیش‌بینی تدابیری برای شناسایی این دسته از افراد و بازیابی سلامت روان آنها را یادآور می‌گردد و از میان آن تدابیر، تنظیم و تهیه مقررات لازم، جامع و متناسب با پیشرفت علمی ضروری می‌نماید. واپسین اقدام قانونی در این باره، تنظیم لایحه‌ای تحت عنوان لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی می‌باشد که نمود آخرین تحولات فکری و تقنینی قانون‌گذار است. در مقدمه توجیهی این لایحه مسائلی چون میزان افراد مبتلا به اختلالات روانی در جامعه، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی، خلأ قانونی در نحوه شناسایی مبتلایان، رعایت حقوق آنها و قانونگذاری جامع برای حمایت از این قشر عنوان شده‌اند. تلاش این لایحه همچنان که از عنوان آن برمی‌آید حمایت از حقوق افراد دارای اختلال روانی است و توقع نیز آن است که قانونگذار با رویکردی تأمینی و حمایتی، در جهت حفظ منافع جامعه و حفظ حقوق و آزادیهای فردی، با آنان برخورد کند.^۵ مفهوم حالت خطرناک علیرغم بکارگیری مکرر آن در قوانین مختلف، با تعریف و معیارهای صریحی بیان نگشته است اما در برخی موارد از لزوم مداخله پزشک متخصص در تشخیص

^۱ نوربالا، احمد، «سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن»، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷، ۲ (۱۳۹۰)، ۱۵۱-۱۵۶. به نقل از: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock and Pedro Ruiz MD, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th edn, (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009).

^۲ نگاه کنید به: بهرمن، میثم. (۱۳۹۸). رابطه اختلالات روانی با بزهکاری و ارتکاب جرم. *قانون یار*، ۳ (۱۰)، ۲۴۰-۲۴۳.

^۳ تاج زمان دانش، مجرم کیست و جرم‌شناسی چیست، (تهران: کیهان ۱۳۷۶)، ۳۳۲.

^۴ محمدی، محمدرضا، امینی همایون، ملک افضلی حسین، نقوی حمیدرضا، پوراعتماد حمیدرضا، باقری یزدی سیدعباس، رهگذر مهدی، علاقه‌نادر جواد، محمدرزاقی عمران، داویدیان هاراطون، و نوربالا احمدعلی، «همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران در سال ۱۳۸۰»، *تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم)*، ۶ (۱۳۸۲)، ۶۵-۵۵.

^۵ ثمری، محمد، «شیوه مقابله قانون‌گذار کیفری ایران با مبتلایان به اختلالات روانی خطرناک»، *فصلنامه بین‌المللی قانون یار*، ۲، ۶ (۱۳۹۷)، ۴۱۸-۳۸۷.

آن یاد شده است و به طور ضمنی بر این مطلب تأکید دارد که مرجع قضایی برای استفاده آگاهانه و جرم شناسانه از اختیارات قانونی خود باید از شاخص های زیستی، روانی و اجتماعی استفاده کند.^۷ اما این مقدار کافی به مقصود نبوده و از آنجا که احراز حالت خطرناک در فرد مبتلا به اختلال روانی، محدودیت‌ها یا سلب حقوقی از وی را به دنبال خواهد داشت، ارائه صریح معیارهای تشخیص و احراز آن و جلوگیری از اعمال سلیقه شخصی مفید خواهد بود. از این منظر که برخی از اقدامات در این مقوله نیازمند مداخله مستقیم، ممانعت از حضور وی در اجتماع و مهار فیزیکی بیمار مبتلا به اختلال روانی می‌باشد و این موضوع زمینه تحدید حقوق وی و تحمیل تکالیفی اجباری را در قبال او ایجاد می‌نماید. قانونگذار با تدوین مقررات لازم، نوع اندیشه خود در مواجهه با این افراد و تمهیداتی که در راستای رعایت کرامت انسانی آنها اندیشیده است را بیان می‌دارد، بنابراین می‌توان از بیان و تمهیدات قانونگذار، بینش و نگاه او در پاسداشت حقوق و آزادی های فردی و تامین نظم و امنیت اجتماعی راه، به خصوص در جایگاهی که چنین افرادی در فرایند تعقیب کیفری تا مجازات وارد می‌شوند، دریافت.

این نوشتار ضمن بررسی مختصر مبانی لزوم قانونگذاری در خصوص حمایت از بیماران مبتلا به اختلال های روانی (گفتار نخست)، به دیدگاه نوین قانونگذار در خصوص تعریف و معیارهای شناسایی و تشخیص اختلال روان (گفتار دوم) و نحوه مداخله نظام کیفری در برخورد با مبتلایان در وضعیت های مختلف از جمله عدم ارتکاب جرم و ورود آنها به عرصه دادرسی کیفری (گفتار سوم) می‌پردازد تا میزان موفقیت لایحه جدید در طرح و ایجاد نگرشی جدید در ارتباط با مسائل مرتبط با حقوق کیفری و ایجاد تحولات لازم را از طریق بررسی وضعیت تأمین دفاع اجتماعی و حقوق بیماران کیفری در مقررات قانونی موجود و مقایسه آنها با نوآوری ها و اصلاحات لایحه و بررسی فرضیات تحقیق مورد ارزیابی قرار دهد.

۱- مبانی لزوم قانونگذاری در خصوص حمایت از بیماران مبتلا به اختلال های روانی

«تصور عمومی از بیماران روانپزشکی به عنوان افراد خطرناک اغلب ریشه در معرفی مجرمان در رسانه ها به عنوان افراد "دیوانه"^۸ دارد. حجم وسیعی از داده ها خلاف این را نشان می‌دهد. افراد مبتلا به بیماری روانی بیشتر از آنکه مجرم باشند، قربانی جرایم خشن هستند. این باور به سیستم عدالت کیفری نیز راه می‌یابد، تا جایی که افراد مبتلا به بیماری روانی در مقایسه با جمعیت عمومی به عنوان مجرمین، دستگیر، متهم و برای مدت طولانی‌تری در زندان به سر می‌برند.»^۹ اما در همین مقوله، «برخی از تحقیق ها از میان عوامل مرتبط با بزهکاری و تکرار جرم به چهار عامل کلیدی اشاره می‌کنند که عبارتند از: ۱- سابقه ثابت بهره مندی از فعالیت های مجرمانه - سودمندی جرم برای مرتکب؛ ۲- یک محیط اجتماعی که جنایت و جنایتکاران را تشویق و تحمل می‌کند؛ ۳- نگرش ها و ارزش های شخصی حمایت کننده از رفتار مجرمانه؛ ۴- سبک شخصیتی که رفتار تکانشی و پرخطر را پاداش دهنده می‌داند.»^{۱۰} در ذیل دسته‌بندی بعدی، مرتبط ترین عوامل شامل محیط اجتماعی، از جمله خانواده و شغل

^۶ ماده ۴ قانون اقدامات تأمینی و تربیتی مصوب ۱۳۳۹ و ماده ۱۵۰ ق.م.ا. مصوب ۱۳۹۲.

^۷ محمدعلی بابایی، جرم شناسی بالینی (تهران: نشر میزان ۱۳۹۸)، ۱۶۸.

^۸ Crazy

^۹ Noman Ghiasi, Yusra Azhar and Jasbir Singh, *Psychiatric Illness and Criminality*. (Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan .In: StatPearls [Internet]. Updated 2023 Mar 30.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537064/>, accessed: 18 July 2023.

^۱ MacPhail, Alison and Simon Nicholas Verdun-Jones, *Mental illness and the criminal justice system*. (Montreal, QC, Canada: International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, 2013), 4. as cited in (Skeem, J. L., Manchak, S., & Peterson, J. K. (2011). "Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction". *Law and human*

و همچنین سوء مصرف مواد است. بیماری روانی جدی در رتبه بعدی فهرست عوامل جرم زا قرار دارد، اما با در نظر گرفتن سایر عوامل، تنها تأثیر کمی بر جرم و جنایت دارد. آپریش آن است که چگونه میتوان توجه نظام کیفری به افراد مبتلا به اختلال های روان و حضور فراتر از لزوم آنها را در قوانین کیفری توجیه نمود در حالیکه سهم این طیف از بزهکاران بنابر رابطه علی محدودی که بین بیماری روان "جدی" و ارتکاب جرم وجود دارد بسیار اندک و کمتر از سایر عوامل است؟ این مطلب نیز نیازمند توجه است که وضعیتی که در آن افراد آزادی عمل و مسئولیت مبتنی بر اراده آزاد داشته و رفتار خود را با اختیار و اراده خود انتخاب می کنند، متفاوت از وضعیتی است که این آزادی عمل توسط عاملی مانند اختلال روانی خدشه دار می گردد و تحمیل مسئولیت کیفری را با تردید مواجه می سازد. بنابراین، استفاده از «نظرات متخصصین» (روانپزشکان) برای سیستم قضایی یک مشروعیت بیرونی مهیا می سازد. آبدین اسباب است که می بایست توجه و تمرکز نظام کیفری از تاکید بیش از اندازه بر مسئولیت کیفری به حمایت از مبتلایان و حقوق آنها، سلب مطلق یا نسبی مسئولیت کیفری با توجه به درجه اختلال روان و جایگزینی مجازات ها با اقدامات تأمینی شایسته، معطوف گردد.

حمایت از مبتلایان به اختلال های روان و حقوق آنها از منظر نهادهای بین المللی دور نمانده و تأکیدات متعددی بر آنها صورت گرفته است؛ اصول حمایت از افراد مبتلا به بیماری روانی و بهبود مراقبت های بهداشت روان^۴ که در قطعنامه شماره ۴۶/۱۱۹ مجمع عمومی سازمان ملل مورد شناسایی قرار گرفته اند؛ در مقام بیان اصولی حمایتی است که در زمینه های مختلف، ضامن سلامت و امنیت مبتلایان به بیماری های روان بوده و به عنوان حقوق شناسایی شده آنها تلقی می گردد. به علاوه، این اصول بیانگر محدودیت های تقنینی نیز می باشد که بایستی سرلوحه اقدامات قانونگذاران قرار گیرند.^۵ علاوه بر بازتعریف نهادهای بین المللی از انسان و حقوق وی، با تکیه بر دیگر مبانی نیز می توان به اهمیت و لزوم حمایت از مبتلایان پی برد و آن میزان و نحوه مداخله قانونی در زمینه مراقبت های روانی در کنار توجه به مسائلی همچون حفظ حقوق و منافع فردی و تأمین دفاع و منافع اجتماعی است که زمینه مبادله حقوق و آزادی های بیمار و جامعه را در بستر قوانین مهیا می سازد. در این باره، اگر بنا بر تدوین مقررات باشد، این مهم می بایست به نحوی صورت پذیرد که توانایی برقراری تعادل میان این دو مفهوم را داشته باشد و در مقام تشخیص، مگر بنابر ضرورت یکی را بر دیگری ترجیح نداده و مسئله را به نفع آن مرتفع ننماید.

فلاسفه و نویسندگان مکتب کلاسیک حقوق جزا، بروز جنون یا اختلال روانی را از آن جهت که زائل کننده اراده و اختیار که در نگاه آنان مبنای مسئولیت انسان ها در برابر اعمالشان بود، راه سالب مسئولیت کیفری می دانستند. به طور کلی، اندیشمندان کلاسیک بر دو اصل تکیه می کردند: اول، «اصل مسئولیت پذیری - که - فرض آزادی شخصی را ضروری می داند و به وضعیت روانی بازیگر - یا همان مرتکب - در زمان ارتکاب جرم اشاره دارد.»^۶ و به نوعی بیانگر ایجاد مسئولیت برای کسانی است که استفاده نادرستی از آزادی خود دارند؛ دوم، اصلی که به موجب آن، «همه افراد، به جز دیوانگان و اطفال، در انجام دادن بدی و خوبی آزاد

behavior, 35, 110-126. doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7) as cited in (Andrews, Donald A, and Bonta James. *The psychology of criminal conduct*. (New Providence, NJ: Routledge, 2010), 138.)

¹ Serious mental illness

¹ Ibidem.

¹ Castel, Robert. (1985). "L'expert mandaté et l'expert instituant." *Situations d'expertise et socialisation des savoirs*, CRESAL, 81-92.

¹ Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.

¹ See: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement>

¹ Protais, Caroline. (2014). "Psychiâtric care or social defense?: The origins of a controversy over the responsibility of the mentally ill in French forensic psychiatry." *International journal of law and psychiatry*, 37, no. 1 (2014): 17-24. doi.org/10.1016/j.jltp.2013.10.001.

هستند.^{۱۷} از این رو می‌توان گفت، حقوق کلاسیک جنون را به عنوان هرگونه اختلال روانی تعریف می‌کند که در تشخیص متهم یا توانایی کنترل او اختلال ایجاد می‌کند و به علت عدم بهره‌مندی فرد مبتلا به اختلال روانی از آزادی اراده و درک نادرست وی از واقعیت مسئولیت کیفری از او سلب می‌شود. با ظهور مکتب تحقیقی که اساس و سوگیری خود را بر کنار گذاشتن نظریه‌های فلسفی گذاشته بود و بر مطالعه بزهکاران، بیش از بزه تأکید داشت.^{۱۸} مفاهیم مسئولیت اخلاقی و مجرمیت که مبنای تعیین کیفر بودند را کنار نهاده و مفهوم حالت خطرناک که مفهومی جرم‌شناختی است را جایگزین مفهوم مسئولیت کرد. قاعده کلی در میان متفکران مکتب تحقیقی این بود که انسان آزاد نیست و تحت تاثیر نیروهایی است که بر آنها کنترلی ندارد.^{۱۹} بنابراین، برخلاف مکتب کلاسیک، توجه به وضعیت روانی مرتکب و در نتیجه تصمیم‌گیری در خصوص مسئولیت یا عدم مسئولیت وی، تعیین‌کننده کیفر و میزان آن نبوده و به جای آن، بزهکار مرکز توجه است و مسئولیت کیفری بر مبنای مسئولیت اجتماعی تعیین می‌شود. جمله مشهور انریکو فری بدین مضمون که «دفاع اجتماعی در هر حال باید تأمین شود.» گویای تفکری است که مسئولیت کیفری را بر «ظرفیت جنایی»، «حالت خطرناک» و «قابلیت انطباق اجتماعی» استوار می‌داند. بنابراین، پیش‌بینی تدابیری که دربردارنده نتایجی برای دفع حالت خطرناک است در کنار اقداماتی که مهارکننده بزهکاران در مسیر ارتکاب جرم باشد، می‌تواند مانند مکملی در کنار آنها قرار گیرد. این تدابیر در وضعیت پیش‌جنایی و جنایی و پس‌جنایی قابلیت اعمال و به کارگیری داشته و تأمین دفاع اجتماعی را محدود به زمان و وضعیتی خاص نمی‌کنند. با این حال، این مقررات و قوانین هستند که لزوم و میزان اعمال آنها را مشخص می‌نمایند. برای مثال، ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی، بستری مجرمین مبتلا به جنون را پیش‌بینی نموده است اما این تدبیر نسبت به شهروندان دارای حالت خطرناک اما ناکرده بزه در نظر گرفته نشده است. با در نظر داشتن نگرش‌های مختلفی که نسبت به بزه و بزهکار وجود دارد، می‌توان جایگاهی برای مبتلایان به اختلال‌های روانی متصور شد که از طرفی به جهت ناتوانی در ادراک و تشخیص صحیح، نیازمند حمایت‌های قانونی و اجتماعی اند؛ همان نقشی که برخی از اصول مذکور در بالا برای جامعه و فرهنگ و قانونگذاران در جهت حفظ حقوق و آزادی‌های آنها بیان کرده‌اند و از طرفی جامعه نیز به جهت آسیبی که از قبال این دسته از افراد آن را تهدید می‌کند، خواهان اعمال هرچه بیشتر محدودیت‌های عملی و نظارت بر آنهاست. در این بین، واکنش معقول و منعطف قانونگذار می‌تواند راهگشا بوده و کفه را به نحوی که بیشترین فایده را برای طرفین به همراه داشته باشد، متعادل کند. در این خصوص به نظر می‌رسد، همانطور که برخی از نویسندگان در خصوص متهمین بیمار به طور کلی اشاره داشته‌اند،^{۲۰} می‌توان قائل به یک آیین دادرسی افتراقی و حتی علاوه بر آن قائل به حقوق ماهوی افتراقی در قبال این دسته از مبتلایان گردید و حال که قانونگذار گامی در جهت حمایت از این طیف برداشته است، شایسته است که آن را استوارتر بردارد.

۲- ابهام مقررات و خلأ قانونی در تعریف اختلال روانی و نحوه شناسایی و تشخیص مبتلایان

^{۱۷} ژان پرادل، *تاریخ اندیشه‌های کیفری*، ترجمه علی نجفی ابرندآبادی (تهران: انتشارات سمت، ۱۳۹۴)، ۶۱.

^{۱۸} محمدعلی اردبیلی، *حقوق جزای عمومی*، ج ۱ (تهران: نشر میزان ۱۳۹۵)، ۱۳۱. به نقل از: cesare Lombroso, *l'homme criminel*, tome 2, 3rd ed. italienne, 2nd ed (Francais, paris: 1892), 6.

^{۱۹} پرادل، پیشین، ۹۷.

^{۲۰} نگاه کنید به: رحمت، محمدرضا، محمد آشوری، محمدعلی مهدوی ثابت و عباس شیری ورنامخواستی، «افتراقی شدن مرحله تحقیق در خصوص متهمین

بیمار»، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۱۳، ۵۰ (۱۳۹۸)، ۱۳۲-۱۰۹.

بیان گردید که «امروزه در عین توجه به "حالت خطرناک" و "عوامل وقوع جرم" و ضرورت "اصلاح و تربیت مجرمین"، مسئله حفظ آزادی های شخصی و حرمت انسانیت و مسئولیت اخلاقی او نیز همچنان مورد عنایت می باشد.»^{۱۰} و تحدید و سلب حقوق و آزادی افراد نیازمند تصریح قانونی و تدبیر ملاک و ضابطه های رسا و خالی از ابهام است. بدین منظور، هرچند از ابتدای وضع مقرراتی جهت شناسایی و تعیین وضعیت و مسئولیت کیفری آن دسته از افرادی که نابسامانی وضعیت روانی آنها مورد توجه بوده است، تلاش قانونگذار بر این بوده است که با واژگان و عباراتی مانند: "جنون یا اختلال دماغی"^{۱۱}، "اختلال تام قوه تمییز یا اراده"^{۱۲}، "جنون ... به هر درجه که باشد"^{۱۳} و "اختلال روانی ... به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد"^{۱۴} حتی به نحو ناقص و مبهم و گاه مطلق، مبتلایان به اختلال روانی را مدنظر قرار داده و تا جای ممکن جایگاهی برای ایشان در متون قانونی فراهم کرده باشد؛ با این حال «بررسی در منابع روانپزشکی و حقوقی این نکته را به خوبی روشن می سازد که گذشته از اینکه واژه های تحت عنوان جنون در ادبیات پزشکی و متون روانپزشکی چندان شایع نیست، تعاریف ذکر شده برای جنون در ادبیات حقوقی، به هیچ وجه برای توصیف طیف گسترده اختلالات روانی کافی و وافی نیست.»^{۱۵} به نظر می آید، در نظر قانونگذار ایران جنون یک نوع خاص از اختلال روانی و اخص از آن است. چرا که جنون را آن دسته از اختلالات روانی دانسته است که قوه تمییز یا اراده را زایل می کند. بنابراین افراد مبتلا به هر نوعی از انواع اختلالات روانی، مجنون تلقی نمی شوند بلکه تنها آن دسته که قوه تمییز یا اراده خود را از دست داده باشند در نظر قانونگذار سال ۱۳۹۲ مجنون محسوب می شوند.^{۱۶} قانون مجازات اسلامی در ماده ۱۴۹ خود به فقدان مسئولیت کیفری مرتکبی اشاره دارد که در زمان ارتکاب جرم به نحوی دچار اختلال روانی بوده است که اراده یا قوه تمییز وی زائل شده است، لیکن تعریف دقیقی برای اراده و قوه تمییز یا توصیفی کامل تر از نوع اختلال روانی ارائه نداده است.^{۱۷} قابل ذکر است که تعریفی دقیق از اختلالات روانی به همان اندازه می تواند نابجا باشد که عدم تعریف آن؛ چرا که اختلال روانی حتی در علم روانپزشکی دارای تعریف و مصادیق پایداری نبوده و مطابق با پیشرفت های علمی، مفهومی متغیر دارد و پویایی آن از سرعت تدوین و تغییر قوانین بیشتر است، بنابراین در این باره باید تشخیص آن را با ارائه معیار به دست متخصصان سپرد و با عدم ارائه ی طریق شناسایی این دسته از افراد صرفا به موارد فقدان مسئولیت کیفری آنها یا نسبیت آن اشاره کرد. به علاوه، «قانونگذار با آوردن کلماتی مانند "فاقد اراده و قوه تمییز" در توصیف اختلال روانی، دامنه اختلالات روانی را محدود نموده و اختلالات نسبی شعور و اراده را خارج از موضوع ماده دانسته است.»^{۱۸} هرچند استفاده از واژه اختلال روانی به جای جنون در قانون

^{۱۰} محسن رهامی، *اقدامات تأمینی و تربیتی* (تهران: نشر میزان ۱۳۹۲)، ۱۰.

^{۱۱} ماده ۴۰ ق.م.ع. ۱۳۰۴.

^{۱۲} ماده ۳۶ ق.م.ع. ۱۳۵۲.

^{۱۳} ماده ۲۷ ق.م.ا. ۱۳۶۱ و ماده ۵۱ ق.م.ا. ۱۳۷۰.

^{۱۴} ماده ۱۴۹ ق.م.ا. ۱۳۹۲.

^{۱۵} غلامی نبی اله، محمود عباسی و سکینه سلطانی کوهستانی، «مفهوم جنون در قانون مجازات اسلامی؛ موضوعیت یا طریقت»، *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۱۲،

۴۴ (۱۳۹۷)، ۹۴-۷۷.

^{۱۶} ثمری، پیشین، ۳۹۰.

^{۱۷} حجازی، سید آریا، لاله کوهستانی، اکرم فتوت، فاطمه صادقی پور و سمیه رحیمی احمد آبادی (۱۳۹۵)، «بررسی و تعیین شاخص های تشخیص اراده و قوه

تمییز در بیماران روانی ارجاعی به بخش روانپزشکی قانونی»، *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۲، ۳ (۱۳۹۵)، ۲۱۸-۲۱۱.

^{۱۸} صالحی، علیرضا، محمد خانی و مصطفی فروغی، «مسئولیت کیفری و اختلالات روانی بر مبنای DSM»، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۶،

۳۳ (۱۳۹۱)، ۱۸۵-۱۵۷.

مصوب ۱۳۹۲ که واژه‌های عام‌تر و دربرگیرنده مصادیق بیشتری از بیماری‌های روان می‌باشد، این ایراد لفظی را مرتفع ساخته است؛ اما از آنجا که تعیین عین مصادیق و تشخیص ابتلاء به اختلالات روانی امری تخصصی بوده و نیازمند ارائه تعاریفی روشن و منسجم‌تر می‌باشد، در این باره همچنان خلأ قانونی وجود داشته و چه بسا در فقدان یک متن جامع، فرصت دفاع منصفانه از متهم مبتلا به اختلال روانی که بار اثبات این ادعا برعهده اوست، از وی سلب شود. به علاوه قرار گرفتن تحمیل مسئولیت کیفری در موقعیت دوقطبی سلب مسئولیت بر اثر فقدان اراده یا قوه تمییز و برخورداری از آن در فرض موجودیت اراده، حالات بینابینی از نقص اراده که دربرگیرنده طیف وسیعی از اختلال‌های روانی می‌باشد و لزوماً منجر به نقص کامل و تام اراده نمی‌شود را نادیده می‌انگارد و این امر ممکن است به مجازات فردی بیانجامد که استحقاق آن را نداشته و فایده‌ای نیز از آن محقق نمی‌شود. در لایحه، به ارائه معیارها و تقسیم بندی‌هایی پرداخته شده است و در ماده نخست آن یک تقسیم‌بندی چهارگانه از بیماری‌های روان ارائه گردیده که در تعامل با آن، ماده ۳۱ لایحه نیز تشخیص اختلال روانی را منوط به احراز این معیارها دانسته است. تقسیم بندی مزبور شامل چهار اصطلاح "اختلال روانی، اختلال شدید روانی، آشفتگی روانی و بحران روانی" می‌باشد؛ که با توجه به تعبیری که در توصیف اصطلاح اختلال روانی آمده است،^{۳۱} این اصطلاح اعم از سایر اصطلاحات سه گانه بوده و هریک از ناهنجاری‌های روانی که در طبقه بندی‌های علمی مورد تأیید قرار گیرند، اعم از آنکه از به صورت شدید، آشفتگی و یا بحرانی^{۳۲} باشند را دربر می‌گیرد. بدین ترتیب لایحه مزبور، دست به ارائه تعاریفی با معیار نسبتاً علمی زده است که مصادیق آن به موجب آیین نامه‌های بعدی براساس طبقه بندی‌های علمی تعیین و ابلاغ می‌گردند.

۳- نحوه مداخله نهاد عدالت کیفری در مواجهه با مبتلایان به اختلال‌های روانی

لزوم حمایت از مبتلایان به اختلال‌های روانی چه در هنگام حضور در صحنه جامعه و ضرورت تأمین منافع اجتماعی یا هنگام حضور در فرایند دادرسی به خصوص در مقوله دادرسی کیفری و حفظ حقوق دفاعی و تدبیر دادرسی افتراقی درباره آنها پوشیده نیست. در این گفتار، با تأکید بر لایحه جدید، شیوه مواجهه قانونگذار و نظام کیفری با مبتلایان در وضعیت‌های مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۳-۱- دخالت نهاد عدالت کیفری در وضعیت عدم ارتکاب جرم

در مقررات فعلی، ماده ۱۵۰ ق.م.ا. مقرراتی راجع به افراد دارای اختلال روانی یا به تعبیر مضیق این ماده، مجانبینی که مرتکب رفتار مجرمانه شوند، وضع نموده است و بدین ترتیب این مفهوم قابل برداشت است که چنانچه افرادی بدون آنکه دست به ارتکاب رفتار مجرمانه بزنند، دارای هر درجه‌ای از اختلال روانی باشند، مشمول مقررات این ماده قرار نمی‌گیرند. اما در لایحه جدید، وضعیت‌هایی پیش‌بینی شده است که برای مقابله و دفع حالت خطرناک این بیماران لزومی به ارتکاب رفتار مجرمانه نیست. مواد ۳۴ و

^{۳۰} هر نوع ناهنجاری روانی که نام آن در طبقه‌بندی‌های علمی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قید شده و توسط وزارت یادشده ابلاغ می‌گردد.

^{۳۱} بحران روانی در تعریف این لایحه جزو اختلالات روانی نبوده و صرفاً نوعی ناهنجاری روانی موقت را شامل می‌گردد.

^{۳۲} شروع فرایند بستری ضروری به یکی از شیوه‌های ارجاع فرد توسط روان‌پزشک یا دستور مرجع قضایی یا روش مندرج در ماده (۸) این قانون صورت می‌گیرد.

۳۸ این لایحه بیانگر روش های ارجاع فرد به بیمارستان روانی و شروع فرایند درمان و بستری ضروری‌اند و این اقدام با توسل به سه روش مختلف انجام می‌گیرد: ۱- ارجاع توسط روانپزشک؛ ۲- دستور "مرجع قضایی" که می‌تواند در دعوی غیر کیفری نیز صورت پذیرد؛ ۳ و به موجب ماده ۲۴ لایحه، "مقام قضایی" در صورت مشاهده شواهدی که بر اختلال روانی فرد دلالت نماید نیز موظف به معرفی و ارجاع به پزشکی قانونی است؛ ۳- در صورتی که فرد به طریقی غیر از ارجاع روانپزشک و یا دستور مرجع قضایی به بیمارستان منتقل شده باشد؛ که می‌تواند به هر نحوی از جمله مراجعه اختیاری فرد یا معرفی بستگان یا دریافت گزارش مبنی بر وجود اختلال روانی فرد^{۳۵} یا به انحاء دیگر باشد. بدین ترتیب، ملاحظه می‌شود که لایحه مزبور نقص قوانین فعلی در رابطه با منوط نمودن دفع حالت خطرناک بیماران روانی به ارتکاب جرم را مرتفع ساخته است، اما همانطور که اشاره گردید، ماده ۱ این لایحه از اصطلاح بحران روانی بدین تعبیر نام برده است: «وضعیتی کوتاه مدت که با وجود هر یک از شرایط زیر احراز می‌شود و مراقبت، درمان یا واپایش موقت فرد به منظور حمایت از وی یا دیگران را ضروری می‌نماید: الف- رفتار غیر عقلایی و برخلاف هنجارهای اجتماعی که به نحو ناآگاهانه انجام می‌گیرد. ب- خطر ایراد آسیب فیزیکی جدی به خود یا دیگران یا حیوانات یا اموال.» و ماده ۳ آن نیز اشعار می‌دارد: «بستری ضروری پس از انجام معاینات لازم و در صورت تشخیص وضعیت آشفته‌گی روان یا بحران روانی و فقدان راه مناسب دیگر برای اقدامات درمانی فرد، مطابق ترتیبات مقرر در مواد بعدی این قانون صورت می‌گیرد.» لزوم پاسداشت حقوق و آزادی های فردی مبین این نکته است که به هر دستاویزی نمی‌توان او را از حضور در جامعه محروم نمود؛ بنابراین شدت اختلال روانی باید آنچنان باشد که اعمال این وضعیت را توجیه نماید همچنان که از تعاریف اصطلاحات اختلال شدید روانی و آشفته‌گی روانی بدان برمی‌آید. لایحه جدید با ارائه چنین تعریفی از وضعیت بحران روانی می‌تواند زمینه‌ای را ایجاد کند که با توسعه ملاک های آن و استفاده قانونی از امکان بستری ضروری در بیمارستان های روانی، موجبات تضییع حقوق فردی را در جایی که نیازی به بستری آنان نمی‌باشد، فراهم آورند. ضمن اینکه، ماده ۷ لایحه^{۳۶} پس از ارجاع اولیه فرد توسط مرجع قضایی و معرفی یا اعزام وی به بیمارستان روانی جهت معاینه توسط روانپزشک بیمارستان، تشخیص او یا روانپزشک بعدی را کافی برای بستری فرد دانسته است و این موضوع در موردی که فرد جهت بستری خود رضایت نداشته باشد، موجب سلب حق آزادی فرد بدون دستور مقام صالح است و سلب حق آزادی افراد را نمی‌توان به دست متخصصان غیر قضایی سپرد.

مسئله قابل طرح دیگر، آن است که آیا مقررات مذکور در این لایحه شروط مندرج در ماده ۱۵۰ ق.م.ا. را نیز تخصیص زده یا نسخ نموده‌اند یا صرفاً به اصلاح روش های ارجاع پرداخته‌اند؟ ماده مزبور اثبات جنون توسط متخصص را برای بستری فرد کافی به مقصود ندانسته و علاوه بر آن، اولاً تشخیص حالت خطرناک را توسط متخصص لازم دانسته است، همان مطلبی که بستری

^{۳۳} "در صورتی که فرد به طریقی غیر از ارجاع روانپزشک و یا دستور مرجع قضایی به بیمارستان منتقل شده باشد، ...".

^{۳۴} ماده ۲۴: "هرگاه در جریان رسیدگی به دعوی و شکایات، شواهد یا قرائنی دال بر وجود اختلال روانی هر یک از طرفین وجود داشته باشد، مرجع قضایی موظف است فرد را برای انجام معاینات روانپزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی معرفی کند."

^{۳۵} ماده ۲۲: «مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور موظف است در صورت دریافت گزارش مبنی بر وجود اختلال روانی فرد، در محل حضور یافته و در صورت لزوم و حسب مورد فرد را به بیمارستان یا مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده درمان ضروری جامعه نگر یا اورژانس اجتماعی بهزیستی منتقل نماید.»

^{۳۶} "در صورتی که فرد از طریق ارجاع روانپزشک یا دستور مرجع قضایی به بیمارستان معرفی یا اعزام شده باشد، روانپزشک بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان نوبت کاری فرد را معاینه و در صورت تشخیص آشفته‌گی روان یا بحران روانی، وی را بستری می‌کند. در غیر این صورت، فرد به صورت موقت بستری شده و ظرف (۲۴) ساعت از زمان بستری موقت، توسط روانپزشک دیگری معاینه می‌شود. نظر این روانپزشک قطعی و لازم‌الاجرا است."

مبتلایان به بحران روانی را تا جایی که به درجه حالت خطرناک نرسیده باشد، لازم نمی‌داند، و دوما آزادی وی محل نظم و امنیت عمومی باشد. بنابراین جمع این شرایط را برای نگهداری فرد در محل مناسب یا بستری ضروری می‌داند. باید توجه داشت بیان و تبیین روش‌های ارجاع و شیوه بستری ضروری در لایحه نمی‌تواند باعث نادیده گرفتن سایر مقرراتی که از اعتبار برخوردارند از جمله معیارهای مذکور در ماده ۱۵۰ ق.م.ا. گردند؛ بنابراین در هر صورت شروط مذکور در این ماده با توجه به اعتبار آنها، بایستی حسب مورد توسط مقام قضایی صالح بررسی و احراز شوند و اقدام به هرگونه بستری بدون رضایت آگاهانه می‌بایست مستند به دستور یا حکم صادره از این مراجع صورت پذیرد.

۳-۲- وضعیت فرد مبتلا به اختلال روانی و حقوق وی در مراحل مختلف رسیدگی کیفری

مراحل مختلفی که بزهکار مبتلا به اختلال روان در یک فرایند کیفری با آنها مواجه می‌شود محدوده‌ای از زمان ارتکاب جرم که او را به بزهکاری حتی فاقد مسئولیت کیفری بدل می‌نماید تا پایان اجرای مجازات را دربرمی‌گیرد. فرد مبتلا که وارد فرایند دادرسی می‌شود، نیازمند حمایت‌های متناسب با شرایط ویژه خود از نوع سیاست‌های افتراقی می‌باشد. «اعمال سیاست افتراقی نسبت به متهمان و محکومان بیمار در سیر دادرسی کیفری از یک سو متضمن حفظ سلامتی آنان خواهد بود و از سوی دیگر مانع از خدشه دار شدن موازین دادرسی عادلانه می‌گردد.»^{۳۷} مقررات فعلی برخی تدابیر را بدین منظور پیش‌بینی کرده‌اند که ضمن مروری مختصر بر آنها براساس تفکیک مراحل فرایند کیفری (بندهای اول تا سوم)، نوع رویکرد لایحه جدید (بند چهارم) و کارکرد آن در مقام اعمال مقررات (بند پنجم) نیز مدنظر قرار می‌گیرند.

۳-۲-۱- اختلال روانی در هنگام ارتکاب جرم

مطابق نص ماده ۱۴۹ ق.م.ا. که به نقش اختلال روانی در رفع مسئولیت کیفری اشاره دارد، مسئولیت کیفری زمانی از عهده مرتکب برداشته می‌شود که اختلال روانی وی به درجه‌ای باشد که او را در وضعیتی قرار دهد که فاقد اراده یا قوه تمییز شناخته شود. در فرضی که مرتکب به واسطه اختلال روانی خود فاقد مسئولیت کیفری می‌باشد، این امر مانعی برای در نظر گرفتن اقدامات تأمینی در قبال او ایجاد نمی‌نماید و طبق ماده ۱۵۰ ق.م.ا. با اثبات دو مقوله جنون و حالت خطرناک او و تشخیص محل نظم و امنیت عمومی بودن، تا رفع حالت خطرناک در محل مناسبی نگهداری می‌شود.

۳-۲-۲- جنون قبل از صدور حکم قطعی

در فرض عارض شدن جنون پس از تعقیب و قبل از صدور حکم قطعی، رویکرد دوگانه‌ای با لحاظ مفاد ماده ۱۵۰ ق.م.ا. و تبصره ۱ آن و تبصره ۲ ماده ۱۳ ق.آ.د.ک. نسبت به برخی جرایم وجود دارد، بدین توضیح که با ابتلا به جنون اصل بر توقف تعقیب در تمامی جرایم است مگر در صورتی که جرم ارتكابی از جرایم حق الناسی بوده و به علاوه شرایط اثبات جرم به نحوی باشد که فرد مجنون در فرض افاقه نیز نتواند از خود رفع اتهام نماید. دلیل این تفکیک و تبعیض میان جرایم حق الهی و حق الناسی و سلب مشارکت فعال از بزهکار در جریان دادرسی در متن قانون مشخص نمی‌باشد و به تعبیری، «در تبصره، شاهد حاکمیت اماره

^{۳۷} افضلیان، مینا، «حقوق متهمان و محکومان بیمار در نظام عدالت کیفری ایران»، نشریه حقوق پزشکی، ۵، ۱۶ (۱۳۹۰)، ۸۸-۵۹.

مجرمیت بر اصل برائت می‌باشیم.^{۳۸} اختلال آنکه توسل به چنین تفکیک و تمایزی، وزنه عدالت را به ضرر متهمی که توان دفاع کامل از خود را حتی با در نظر گرفتن وکیل مدافع ندارد، سبک می‌نماید.

۳-۲-۳- جنون پس از صدور حکم قطعی

بروز اختلال روان در این مقطع بزهکار را بسته به نوع مجازاتی که به آن محکوم شده است با وضعیت های متفاوتی روبرو می‌کند.^{۳۹} به طور کلی، با توجه به احکام قانونی، سه وضعیت متفاوت را می‌توان در این وضعیت متصور شد. نخست، محکومیت در جرایم مستوجب حد، قصاص، دیه و مجازات های تعزیری مالی است که حکم قطعی اجرا خواهد شد. دوم، محکومیت به حبس تعزیری و حبس بدل از جزای نقدی است که محکوم با احتساب ایام محکومیت تا زمان افاقه در مکان مناسبی نگهداری می‌گردد.^{۴۱} سوم، سایر مجازات های تعزیری بغیر از مجازات حبس و مالی است که اجرای آن تا زمان افاقه به تأخیر می‌افتد.^{۴۲} با ملاحظه رویکرد متغیری که اجرای مجازات علیه محکوم علیه دارای اختلال روانی را متکی به نوع مجازات تعیینی می‌نماید؛ قابل فهم است که در مجازات های مستوجب حدود و قصاص و تعزیر مالی، هیچ اقدامی متناسبی که متضمن نوعی اقدام تأمینی یا افتراقی جهت تأمین حقوق یا بازتوانمندسازی فرد دارای اختلال روانی از نوع مطلق یا نسبی آن وجود ندارد و مجازات صادره بدون هیچ تعویق یا جایگزینی اجرا خواهد شد. «منشا تعلق در اجرا یا عدم اجرای کیفر بر محکوم علیه در دوران پسامحاكمه، عدم تعرض به حق سلامت بیمار، تأمین نشدن هدف اصلاح مجرم به وسیله مجازات و گاه جلوگیری از آسیب زدن محکوم علیه به خود و دیگران است.»^{۴۳} این در حالی است که حتی در تحمیل کیفرهای مالی نیز این اهداف تأمین نمی‌گردند و اگرچه اجرای مجازات مالی ارتباطی با وضعیت روانی فرد ندارد اما وی درکی از اجرای آن ندارد.

۳-۲-۴- رویکرد لایحه جدید نسبت به مقاطع مختلف دادرسی کیفری

لایحه تنظیمی با توجه به وضعیت مبتلایانی که در فرایند دادرسی کیفری مداخله دارند، ضمن بیان لزوم کسب نظر کارشناسی از سازمان پزشکی قانونی؛^{۴۴} در ماده ۲۵ مواردی که نظریه مزبور باید واجد آن باشد را در ۸ بند برشمرده است که هر کدام از این موارد ممکن از در یک یا چند مرحله فرایند تعقیب و تحقیق، محاکمه یا مجازات اعمال گردیده و موثر باشند.

بند نخست- ابتلا یا عدم ابتلای فعلی یا قبلی فرد به اختلال روانی با ذکر درجه شدت: ملاک توجه به درجه اختلال روانی به جای نوع آن، می‌تواند مقامات قضایی را به نحو بهتری در آگاهی از میزان نقص در سلامت روان فرد قرار دهد،

^{۳۸} پیشین: رحمت، آشوری، مهدوی ثابت و شیرینی ورنامخواستی، پیشین، ۱۰۹-۱۳۳.

^{۳۹} نگاه کنید به: افضلیان، پیشین، ۵۹-۸۸.

^{۴۰} تبصره ۱ ماده ۱۵۰ ق.م.ا. و قسم اخیر ماده ۵۰۳ قانون آ.د.ک.

^{۴۱} تبصره ماده ۵۰۳ قانون آ.د.ک.

^{۴۲} ماده ۵۰۳ قانون آ.د.ک.

^{۴۳} نیک نهاد، زهرا و رستمی هادی، «تأثیر بیماری روانی بر عدم تحمل کیفر؛ مطالعه موردی پزشکی قانونی همدان»، مجله علمی پزشکی قانونی، ۲۶،

(۱۳۹۸)، ۳۷-۳۱.

^{۴۴} ماده ۲۴ لایحه.

ضمن اینکه با توجه مطالب پیشین، تعیین مصداق برای انواع اختلالات می‌تواند منجر به ناکارآمدی این لایحه پس از مدتی کوتاه گردد.

بند دوم- در صورت ابتلا به اختلال روانی، ارتباط آن با بزه ارتكابی: چنانچه اختلال روانی در ارتكاب بزه نقش مستقیمی داشته باشد، می‌تواند با وجود شرط فقدان اراده یا قوه تمیز بودن، موجبات رفع مسئولیت کیفری وی را فراهم نماید و احراز این ارتباط به این سبب اهمیت دارد که ممکن است نوع اختلال روانی که فرد به آن مبتلا است هیچگونه ارتباطی با شرایطی که منتج به ارتكاب جرم گردیده‌اند، نداشته باشد. به عبارت دیگر، هرچند فرد مبتلا به نوعی از اختلال روانی است اما این اختلال به طور مستقیم یا غیر مستقیم ارتباطی با جرم ارتكابی توسط آن فرد ندارد.

در مقایسه عبارت اخیر این بند با عبارت اخیر بند پنجم، این گزاره نایستی اینگونه تعبیر شود که برخی از انواع اختلالات روان منجر به ارتكاب نوع خاصی از جرایم می‌گردند، «بسیاری از عوامل خطر در اختلالات روانی و خشونت مشترک هستند و علاوه بر این، تمایل به وقوع همزمان دارند، که ارزیابی –اینکه رفتار ارتكاب یافته در اثر کدام عامل است- را دشوار می‌کند. به این ترتیب، این سؤال مطرح می‌شود که آیا اختلالات روانی می‌توانند نشان‌دهنده غلظت بالای سایر عوامل خطر برای ارتكاب جرم باشد، یا اینکه ممکن است افرادی که از اختلالات روانی رنج می‌برند بیشتر در معرض تأثیرات نامطلوب سایر عوامل خطر باشند؟ همین امر در مورد تأثیر جرم بر اختلالات روانی نیز صدق می‌کند.»^{۴۵} «ابتلا به انواع اختلالات روانی تنها یک عامل تأثیرگذار در ارتكاب جرم محسوب می‌شود و نه تنها عامل مؤثر.»^{۴۶} و بنابراین، ارتباط یا عدم ارتباط اختلال روانی به بزه ارتكابی می‌تواند در تعیین مجازات و اقدام تأمینی مناسب موثر باشد و بدین صورت «حالت خطرناک آنان کنترل شده و مانع ارتكاب جرم توسط آنها شود.»^{۴۷} و نه اینکه در صورت ارتباط میان اختلال روانی با بزه، آن را تنها عامل ارتكاب جرم تلقی نموده و وجود آن را کافی و موثر دانسته یا عامل ارتكاب طیف خاصی از جرایم قلمداد نمود.

بند سوم- قابلیت فرد برای محاکمه: محاکمه متهمی که به علت ابتلاء به اختلال روان از اوضاع و احوال پیرامون خود ناآگاه است و حضور او در جریان محاکمه، فایده‌ای دربر نداشته و حتی ممکن موجب نادیده گرفتن حقوق وی در جریان دادرسی باشد؛ از دلایل منع محاکمه چنین افرادی این است که اگر متهم توانایی درک و کمک به جریان دادرسی و به عبارتی صلاحیت محاکمه‌شدن را نداشته باشد، احتمال کمتری می‌رود که محاکمه عادلانه و دقیقی در مورد او صورت پذیرد و همچنین، تلاش برای محکوم کردن متهمی که واقعاً از شرایط پیرامون خود آگاهی ندارد، تنها شأن فرآیند کیفری را نقض می‌کند؛ چرا که درکی از اینکه چه اتفاقی می‌افتد نداشته یا نمی‌تواند به خود کمک کند تا مانع محکومیت خود گردد.^{۴۸} امکان محاکمه متهم فاقد شرایط لازم، مانعی در راستای اعمال درمان اجباری یا تدابیر و اقدامات تأمینی برای دفع حالت خطرناک او تا حصول این شرایط ایجاد نمی‌نماید. صلاحیت محاکمه از موارد بسیار مهم برای سنجش محاکمات است. تا آنجا که تعیین آن را «مهمترین تحقیق

⁴ Hanne Steven, "Crime and mental disorders." (PhD thesis., Aarhus University, 2013).

^{۴۶} بهرمنند، پیشین، ۲۰۳-۲۴۰.

^{۴۷} همان، ۲۳۸.

⁴ Morse, Stephen J. (2011). "Mental disorder and criminal law". *J. Crim. L. & Criminology*, 101, No. 3(2011), 885-968.

سلامت روانی که در نظام حقوق کیفری دنبال می شود» نامیده شده است.^۹ بنابراین در مواردی که شبهه ابتلاء متهم به اختلالات روانی وارد می شود، این تکلیف بر عهده دادرس است که وضعیت سلامت روان و قابلیت درک روانی متهم را ارزیابی نماید.

بند چهارم - امکان وخامت اختلال روانی فرد در اثر اعمال نوع خاصی از مجازات: در طول سالها، گسترش دستاوردهای حقوق بشر منجر به گسترش حمایت این حقوق بر دایره افراد بیشتری شده است و اکنون تمرکز حمایت بر این شده است که افرادی که از اختلالات روانی رنج می برند، "متفاوت اما برابر" باشند. تمرکز بر این گروه بر این دلیل است که «از دیدگاه حقوق بشر، معلولان ذهنی در میان آسیب پذیرترین و در معرض خطرترین جمعیت‌های جهان قرار دارند، هم به این دلیل که آنها متفاوت هستند و هم به این دلیل که ناتوانی آنها توانایی آنها را برای دفاع از حقوق خود یا محافظت از خود در برابر تبعیض آشکار کاهش می دهد.»^{۱۰} از این رو اعمال مجازات بر مبتلایان اختلال روانی به خصوص مجازات‌های علیه تمامیت جسمانی با وضعیت آنها تناسبی ندارد. با عنایت به این اصل که با صدور حکم قطعی، اجرای مجازات، ساقط، معلق و به تأخیر نمی افتد، حدوث اختلال روانی در اجرای حدود بنا بر حکم تبصره ۱ ماده ۱۵۰ ق.م.ا. به تأخیر نخواهد افتاد و در مورد قصاص نیز با توجه به عدم وجود نص قانونی و در مورد دیه نیز با توجه به مالی بودن موضوع مجازات و جنبه جبران ضرر و زیان داشتن آن، اصل فوق مجری خواهد بود؛ اما در خصوص مجازات تعزیری، ماده ۵۰۳ ق.آ.د.ک. تعویق مجازات در غیر از مجازات‌های مالی را پیش‌بینی نموده است و محکومین به حبس تعزیری نیز تبصره ماده فوق‌الذکر بستری محکوم را پیش‌بینی کرده است. بدین ترتیب، وخامت وضعیت اختلال روانی محکوم، تغییری در نوع مجازات او مگر در انواع خاصی از مجازات‌های تعزیری ایجاد نمی نماید.

بند پنجم - قابلیت محاکمه فرد در آینده در صورت عدم ارتباط بیماری با بزه ارتكابی: علاوه بر آنچه در مقایسه این بند با بند دوم در بالا ذکر گردید، نبایستی عبارت اخیر این بند را اینگونه تعبیر کرد که آن گزاره (قسمت اخیر بند دوم) صرفاً به موارد سلب مسئولیت کیفری می پردازد، زیرا امکان ارتباط اختلال روانی با بزه در فرضی که این اختلال موجب فقدان اراده یا قوه تمییز نگردیده باشد نیز وجود دارد و خلأ قانونی در توجه به اختلالات نسبی روان در این مقوله بیشتر مشهود می گردد؛ لذا قسم اخیر این بند یعنی عدم ارتباط بیماری با بزه ارتكابی نمی تواند مانعی در محاکمه فردی که دارای اختلال روان بوده و این موضوع، خدشه‌ای به قابلیت محاکمه داشتن او وارد نمی نماید، ایجاد کند. چنانچه این عبارت ناظر بر بروز اختلال پس از ارتكاب جرم و مرحله محاکمه باشد نیز همچنان عبارتی بی فایده است، زیرا ارتباط یا عدم ارتباط اختلال روانی با بزه تأثیری بر وضعیت فردی که قابلیت محاکمه شدن را ندارد، نمی گذارد، بنابراین چنین عبارتی صرفاً ممکن است با اتکا به اصل توقف ناپذیری دادرسی، زمینه تفسیرهای نابجا و تضییع حقوق متهم را ایجاد شود.

بند ششم - امکان ایجاد خطر جدی برای خود یا دیگران در صورت آزاد شدن فرد یا اعمال نوع خاصی از مجازات: اصل فردی کردن در اعمال مجازات خاص نسبت به مجرم با لحاظ وضعیت خاص او در کنار تامین دفاع اجتماعی و دفع یا کنترل حالت خطرناک و همچنین لزوم حمایت جامعه از او ایجاب می کند که فرد دارای اختلال روان در صورت آزادی یا

⁴ Pirelli, Gianni, William H. Gottdiener, and Patricia A. Zapf. (2011). "A meta-analytic review of competency to stand trial research". *Psychology, Public Policy, and Law*, 17, no. 1(2011), 1-53. DOI: 10.1037/a0021713.

⁵ Koh, Harold Hongju. (2004). "Different but equal: the human rights of persons with intellectual disabilities.". *Maryland Law Review*, 63, No. 1(2004), 1-19.

⁵ Ibid. 7.

خلاصی از مجازات، نباید بدون درمان در جامعه رها گردد. همچنین، گستره اقدامات تأمینی و یا کیفیاتی که دادرس را در اعمال مجازات متناسب با این شرایط یاری رساند، فردی سازی مفید مجازات را به دنبال دارد، آگاهی مقامات قضایی از این موارد در مرحله صدور حکم می‌تواند آنها را در انتخاب مجازات و اقدامات تأمینی متناسب یاری رساند اما پیش شرط آن، وجود و تنوع اقدامات تأمینی متناسب با وضعیت خاص بیماران روانی می‌باشد.

بند هفتم- نوع درمان روان پزشکی مورد نیاز در صورت اعمال مجازات یا آزادی فرد: آزادی یا محکومیت فرد مبتلا، موجبی برای رفع تکلیف نهاد عدالت کیفری از دفع حالت خطرناک وی و حفظ دفاع اجتماعی یا درمان وی در حین مجازات وجود نخواهد بود. در این رابطه، برخی تمهیدات و نظامات نیز هرچند به طور ناقص و مختصر وارد مقررات قانونی گردیدند. با این حال، این اشارات قانونی، موردی و مختصر بوده و هیچ مقرره‌ی جامعی در مورد بیماران روانی وجود نداشت. در خصوص بیماران روانی و حالت خطرناک آنها صرفاً مواد ۱۴۰ و ۱۵۰ ق.م.ا. به بیان مطلب پرداخته‌اند و از ماده اخیر می‌توان به درک قانونگذار از مفهوم حالت خطرناک پی برد که آن را با عبارت «آزاد بودن وی مخل نظم و امنیت عمومی باشد» تعریف می‌کند و در واقع مفهوم اصطلاحی حالت خطرناک را به مفهوم لغوی آن فروکاسته است.^{۵۲}

بند هشتم- لزوم یا عدم لزوم دستور بستری ضروری و تعیین مدت آن: بستری ضروری با شرایط مندرج در ماده ۳ این لایحه و در وضعیت آشفتگی یا بحران روانی صورت می‌پذیرد. در این موارد، این اقدام بایستی در مواردی که دقیقاً در قوانین مشخص گردیده و با شرایط و کیفیات مقرر صورت پذیرد. لایحه ضمن تعریف وضعیت‌های آشفتگی و بحران روانی، تمهیدات و مقررات و ضمانت‌اجراهایی را از معاینات مستمر و پیوسته توسط پزشک متخصص، کسب رضایت آگاهانه از فرد یا سرپرست قانونی وی یا مرجع قضایی، اعلام حقوق وی و تکالیف کادر درمانی در قبال او تا تعیین مجازات برای ناقضین حقوق قانونی و شهروندی بیماران، تحدیدکنندگان حقوق آنها و اشخاصی که مانع اعمال مقررات این لایحه می‌گردند، در جهت تضمین حقوق و به حداقل رسانیدن موارد تحدید آزادی‌های فردی و تحمیل شرایط محدودکننده است.

۳-۲-۵- کاربرد و امکان اعمال تغییرات و نوآوری‌های لایحه جدید در مراحل مختلف دادرسی

در مورد تعیین وضعیت روانی قبلی و فعلی فرد (بند ۱)، با توجه به اینکه فرایند کیفری بعد از ارتکاب رفتار مجرمانه آغاز می‌گردد، احراز اختلال قبلی، از منظر حقوق کیفری در صورتی می‌تواند واجد اهمیت باشد که منجر به ظهور حالت خطرناک در فرد شده باشد و این وضعیت روانی با موقوفی تعقیب و براءت فرد پایدار باشد که در این صورت اقدامات تأمینی مناسب لازم می‌نماید. در مورد وضعیت پس از ارتکاب جرم نیز وضعیت به همین منوال است با این تفاوت که در فرض انتساب رفتار مجرمانه به فرد، مسئولیت کیفری ممکن است از وی رفع گردیده یا اقدامات تأمینی در حق وی در نظر گرفته شوند. رفع مسئولیت نیز در صورت ارتباط اختلال با رفتار مجرمانه (بند ۲) همچنان با ملاک مندرج در ماده ۱۴۹ ق.م.ا. همراه است، بنابراین همچنان وضعیت دو قطبی فقدان مسئولیت یا اجرای مجازات، پایدار است و لزوم پیش‌بینی حالات بینابینی برای مسئولیت کیفری در وضعیتی که اختلال روان با رفتار مجرمانه مرتبط نبوده اما در تحقق آن مؤثر است، در کنار طبقه بندی اختلال روانی لازم می‌نماید. توجه به

^{۵۲} رجبی تاج، امیر ابراهیم، محمد صادق چاووشی (۱۳۹۷)، «تحولات نهاد اقدامات تأمینی و تربیتی». تحقیقات حقوقی تطبیقی ایران و بین‌الملل، ۱۱، ۳۹-۱۳۹، ۱۴۰.

امکان مجازات (بند ۳) و جلوگیری از وخامت و تشدید بیماری (بند ۴) در جایی می‌تواند بیشترین فایده را به همراه داشته باشد که قوانین ابتدائاً از لفظ مجازات دوری جسته و لزوماً مجازات را علاجی برای برقراری نظم و نیل به اهداف کیفری ندانند؛ به علاوه در صورت لزوم مجازات، ترکیبی از مجازات و اقدامات تأمینی به نحو جداگانه و در فصلی مجزا برای این قبیل مجرمین تدوین شده یا مجازات‌های تعیینی دارای تنوع یا کیفیاتی باشند تا بتوان فردی سازی را به نحو کافی اعمال نمود اما لایحه مزبور به نحو کامل به این امر نپرداخته و علیرغم وصف جامع بودن، در این زمینه، صرفاً به موارد و نحوه و شرایط بستری به عنوان بدل مجازات حبس تعزیری پرداخته است که مقرراتی تکمیلی پیرو قوانین موجود است و سایر انواع مجازات از جمله حدود و قصاص نیز به همان ترتیب موجود می‌باشد و آیین نامه بعدی این قانون نیز نمی‌تواند چنین خلأیی را تکمیل نماید، لذا در این خصوص، لایحه مزبور از جامعیت کافی برخوردار نیست.

محل سنجش قابلیت محاکمه یا محاکمه پذیری (بندهای ۲ و ۵) در زمان بروز اختلال روانی تا پیش از صدور حکم قطعی است، اعم از اینکه بروز آن پیش از ارتکاب جرم یا همزمان یا پس از آن باشد. در این وضعیت، مستند به تبصره ۱ ماده ۱۵۰ ق.م.ا. در جرایم حق الهی و مستوجب مجازات حد و مستند به تبصره ۲ ماده ۱۳ ق.آ.د.ک. در جرایم حق الناسی و مستوجب سایر مجازات‌ها اصل بر توقف تعقیب و رسیدگی کیفری است مگر در جرایم حق الناسی با این شرط که شرایط اثبات جرم به نحوی باشد که فرد "مجنون" در فرض افاقه نیز نتواند از خود رفع اتهام کند. ملاحظه می‌گردد که حتی عدم قابلیت محاکمه فرد در فرض استثنایی مذکور نیز مانعی در فرایند دادرسی او ایجاد نمی‌نماید و متهم را در وضعیتی نابرابر قرار می‌دهد که سازگاری کمتری با حقوق دفاعی او دارد. به هر ترتیب تشخیص اختلال روانی در این فروض نیز تا جایی که با تعریف مدنظر ماده ۱۴۹ این قانون مطابقت نداشته باشد، در توقف جریان تعقیب و رسیدگی واجد اثر نخواهد بود. تقسیم بندی اختلالات روان در لایحه و تصریح معیارهای ارزیابی روان فرد تنها بیانگر روش کار هستند؛ بنابراین، چنانچه نظریه صادره بروز شرایط مندرج در آن ماده را تایید نماید، فرد مبتلا فاقد قابلیت محاکمه خواهد بود.

وصف "جدی" در عبارت ایجاد خطر جدی برای فرد محکوم دارای اختلال (بند ۶) عبارتی مبهم بوده و موجب خطور این شائبه به ذهن می‌شود که شاید غیر جدی بودن خطر و آسیبی که به دنبال مجازات بر محکوم‌علیه وارد می‌شود، مجوزی جهت اعمال آنها از سوی دادرس باشد. بعلاوه نقص دیگر وصف مذکور، فاقد ملاک بودن آن است؛ بخش اخیر ماده ۲۴ لایحه با ذکر این مطلب که «در هر صورت مرجع قضایی با لحاظ نظر کارشناسی قانونی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.» تفسیر شخصی دادرس را محدود نموده و آن را به نظر کارشناس واگذار کرده است، اما دادرس در تطبیق حکمی وضعیت فرد به چه ملاکی می‌تواند متوسل شود؟ با این حال، هرچند امکان وخامت وضعیت روان فرد و ایجاد خطر جدی نیز برای محکوم‌علیه وجود داشته باشد، چنین وضعیتی برای محکومین به حدود و قصاص به خصوص در حدودی که مجازاتی واحد دارند فایده‌ای دربر نخواهد داشت؛ بنابراین، محل اعمال این ملاحظات در مجازات‌های تعزیری می‌باشد. همچنین، ماده ۲۶ لایحه که در خصوص بروز اختلال در فرایند دادرسی بیان می‌دارد: «چنانچه در جریان رسیدگی کیفری یا در حین اجرای مجازات، متهم یا محکوم‌علیه با اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبتلا به اختلال روانی تشخیص داده شود، به گونه‌ای که نیازمند اقدامات مراقبتی و درمانی باشد، مرجع قضایی مکلف است وی را به بیمارستان روان پزشکی قانونی منتقل نماید...» صرفاً نوعی بیان مکرر مقررات پیشین است. ماده

۲۸ لایحه^۳ نیز به معاینه مجدد قبل از اتمام مدت بستری و آزادی یا قابلیت ادامه مجازات پس از آن به صورت عادی اشاره دارد؛ در واقع، «یک دوره کوتاه بازداشت ممکن است زمان کافی برای تثبیت و ارزیابی افراد را ندهد.»^۴ پرسش این است که در صورت اتمام مجازات به صورت بستری یا اقدامات تأمینی، صرف وجود حالت خطرناک برای ادامه بستری و درمان فرد کافی است؟ به نظر می‌رسد ماده در مقام بیان ضرورت معاینه در این زمان برای تعیین وضعیت روانی وی می‌باشد و چنانچه مدت محکومیت بیمار به پایان رسیده باشد و یا وصف مخل امنیت و نظم عمومی بودن از او زائل شده باشد، در فقدان شرط اخیر موجبی برای ادامه درمان وی در صورت عدم رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی حسب مورد جهت بستری اختیاری، وجود نخواهد داشت. این مطلب را در مورد مفاد مواد ۶، ۹ و ۱۱ لایحه نیز بایستی مجری دانست و صرف وجود معیارهایی که بر ضرورت بستری دلالت نمایند (بند ۸)، کافی نبوده و در صورت عدم کسب رضایت آگاهانه، باید مراتب به مراجع قضایی اعلام گردد تا با احراز شرایط مندرج در ماده ۱۵۰ ق.م.ا. جهت بستری بیمار دستور مقتضی صادر نماید.

نتیجه گیری

از منظر تداخل لایحه با مقررات حقوق کیفری، گام فعلی قانونگذار در تدوین لایحه، آنطور که خود، خواهان برآورده ساختن اهداف مدنظر و رفع نواقص موجود می‌باشد، کافی به مقصود نمی‌باشد. لایحه از منظر توجه به لزوم تدوین سازوکاری برای حمایت از مبتلایان به اختلال‌های روانی به خوبی فقدان آن را در مقررات کنونی درک نموده است و سعی بر آن داشته است که مطابق با مبانی لزوم حمایت از این طیف از افراد، هم به نحو کلی و هم در زمینه مربوط به حقوق کیفری به طور خاص، دست به تنظیم قوانینی مختص به آنها بزند. همچنین، در زمینه تشخیص و ارائه مفاهیم و معیارها، در اقدامی نوین از به کار بردن عبارات مطلق و اجمالی دوری گزیده و حتی الامکان اختلال‌های روانی را با مفاهیم و معیارهای علمی و تخصصی تعریف کرده و در طبقه بندی مدنظر خود ارائه داده است که از نقاط قوت این متن مدون به شمار می‌رود. در خصوص وضع مقررات جهت تخصصی نمودن و ضابطه مند کردن موضوع مداخله نهادهای قضایی به ویژه در ارتباط با حقوق کیفری و مسئولیت‌های مبتلایان در این حیطه، هرچند دغدغه مدونین لایحه از توجه به مواردی همچون پیش‌بینی روش‌های مختلف ارجاع، بیان ملاک‌های تشخیص اختلال روانی در نظریه کارشناس جهت بهره‌مندی مقام قضایی در تصمیم‌گیری و صدور احکام متناسب و... قابل برداشت است؛ اما این تلاش قابل ستایش آنها در مواجهه با سایر قوانین مصوب ناکام مانده و عملاً با مانع قوانین معتبر مواجه خواهد شد و به جامعیت این لایحه خدشه وارد می‌کند.

^۳ در موارد مربوط به بستری، پزشک قانونی موظف است قبل از اتمام مدت بستری، فرد را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد تا درباره نگهداری، مراقبت و درمان بیمار کیفری در بیمارستان روان‌پزشکی و امکان تحمل کیفر وی اظهار نظر نماید.

^۴ Wanchek, Tanya Nicole, and Richard J. Bonnie. (2012). "Use of longer periods of temporary detention to reduce mental health civil commitments". *Psychiatric Services*, 63, No. 7(2012), 643-648. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100359>.

منابع و مأخذ

• کتاب ها

فارسی

۱. اردبیلی، محمدعلی. حقوق جزای عمومی. ج ۱. تهران: نشر میزان، ۱۳۹۵. به نقل از:

Lombroso, cesare. *l'homme criminel*, tome 2, 3rd ed. italienne, 2nd ed. Francais, paris: 1892.

۲. بابایی، محمدعلی. جرم شناسی بالینی. تهران: نشر میزان، ۱۳۹۸.

۳. پرادل، ژان. تاریخ اندیشه های کیفری. ترجمه علی نجفی ابرندآبادی. تهران: انتشارات سمت، ۱۳۹۴.

۴. دانش، تاج زمان. مجرم کیست و جرم شناسی چیست. ویرایش دوم. تهران: موسسه کیهان، ۱۳۷۶.

۵. رهامی، محسن. اقدامات تأمینی و تربیتی. تهران: نشر میزان، ۱۳۹۲.

En.

1. Andrews, Dunald A, and Bonta James. *The psychology of criminal conduct*. Fifth Ed. New Providence, NJ: Routledge, 2010. as cited in: Skeem, J. L., Manchak, S., & Peterson, J. K. (2011). "Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction". *Law and human behavior*, 35, 110-126. doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7. as cited in: MacPhail, Alison, and Simon Nicholas Verdun-Jones. *Mental illness and the criminal justice system*. Montreal, QC, Canada: International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, 2014.

2. RIBÉMONT, Thomas. *Chapitre 6. La « traversée des frontières » : l'expertise historique en France. Un usage de la notion d'expertise*. In: *Savoirs experts et profanes dans la construction des*

problèmes publics [online]. Bruxelles: Presses de l'Université Saint-Louis, 2011. DOI: <https://doi.org/10.4000/books.pu1.3837>. As cited in: Castel, Robert. (1985). "L'expert mandaté et l'expert instituant." *Situations d'expertise et socialisation des savoirs*, CRESAL, (1985), 81-92.

• مقاله ها

فارسی

۱. افضلیان، مینا، «حقوق متهمان و محکومان بیمار در نظام عدالت کیفری ایران»، نشریه حقوق پزشکی، ۵، ۱۶ (۱۳۹۰)، ۵۹-۸۸.
۲. بهرمند، میثم، «رابطه اختلالات روانی با بزهکاری و ارتکاب جرم»، فصلنامه بین‌المللی قانون یار، ۳، ۱۰ (۱۳۹۸)، ۲۴۰-۲۰۳.
۳. ثمری، محمد (۱۳۹۷)، «شیوه مقابله قانون گذار کیفری ایران با مبتلایان به اختلالات روانی خطرناک»، فصلنامه بین‌المللی قانون یار، ۲، ۶ (۱۳۹۷)، ۴۱۸-۳۸۷.
۴. حجازی، سید آریا، لاله کوهستانی، اکرم فتوت، فاطمه صادقی پور و سمیه رحیمی احمد آبادی (۱۳۹۵)، «بررسی و تعیین شاخص های تشخیص اراده و قوه تمیز در بیماران روانی ارجاعی به بخش روانپزشکی قانونی». *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۲، ۳ (۱۳۹۵)، ۲۱۱-۲۱۸.
۵. رجبی تاج، امیر ابراهیم، محمد صادق چاووشی (۱۳۹۷)، «تحولات نهاد اقدامات تأمینی و تربیتی». *تحقیقات حقوقی تطبیقی ایران و بین‌الملل*، ۳۹، ۱۱ (۱۳۹۷)، ۱۴۰-۱۳۹.
۶. رحمت، محمدرضا، محمد آشوری، محمدعلی مهدوی ثابت و عباس شیری ورنامخواستی، «افتراقی شدن مرحله تحقیق در خصوص متهمین بیمار»، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۱۳، ۵۰ (۱۳۹۸)، ۱۰۹-۱۳۲.
۷. صالحی، علیرضا، محمد خانی و مصطفی فروغی، «مسئولیت کیفری و اختلالات روانی بر مبنای DSM»، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۶، ۲۳ (۱۳۹۱)، ۱۸۵-۱۵۷.
۸. غلامی نبی اله، محمود عباسی و سکینه سلطانی کوهبنانی، «مفهوم جنون در قانون مجازات اسلامی؛ موضوعیت یا طریقیّت»، *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۱۲، ۴۴ (۱۳۹۷)، ۹۴-۷۷.
۹. محمدی، محمدرضا، امینی همایون، ملک افضلی حسین، نقوی حمیدرضا، پوراعتماد حمیدرضا، باقری یزدی سیدعباس، رهگذر مهدی، علاقبندراد جواد، محمدرازی عمران، داویدیان هاراطون، و نوربالا احمدعلی. «همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران در سال ۱۳۸۰». *تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم)*، ۶، ۱۱ (۱۳۸۲)، ۶۵-۵۵.
۱۰. نوربالا، احمد، «سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن»، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷، ۲ (۱۳۹۰)، ۱۵۶-۱۵۱. به نقل از:

Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock and Pedro Ruiz MD, *Compre-hensive Textbook of Psychiatry*, 9th ed, (Phila-delphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009).

۱۱. نیک نهاد، زهرا و رستمی هادی، «تاثیر بیماری روانی بر عدم تحمل کیفر؛ مطالعه موردی پزشکی قانونی همدان»، مجله علمی پزشکی قانونی، ۲۶، ۱ (۱۳۹۸)، ۳۷-۳۱.

En.

1. Koh, Harold Hongju. (2004). "Different but equal: the human rights of persons with intellectual disabilities". *Maryland Law Review*, 63, No. 1(2004), 1-19.
2. Morse, Stephen J. (2011). "Mental disorder and criminal law". *J. Crim. L. & Criminology*, 101, No. 3(2011), 885-968.
3. Pirelli, Gianni, William H. Gottdiener, and Patricia A. Zapf. (2011). "A meta-analytic review of competency to stand trial research". *Psychology, Public Policy, and Law*, 17, no. 1(2011), 1-53. DOI: 10.1037/a0021713.
4. Protais, Caroline. (2014). "Psychiatric care or social defense?: The origins of a controversy over the responsibility of the mentally ill in French forensic psychiatry." *International journal of law and psychiatry*, 37, no. 1 (2014): 17-24. doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.10.001.
5. Wanchek, Tanya Nicole, and Richard J. Bonnie. (2012). "Use of longer periods of temporary detention to reduce mental health civil commitments". *Psychiatric Services*, 63, No. 7(2012), 643-648. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100359>.

• سایت های اینترنتی

1. Ghiasi, Noman, Yusra Azhar and Jasbir Singh. *Psychiatric Illness and Criminality*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; In: StatPearls [Internet], 2023 Jan, Updated 2023 Mar 30, accessed: 18 July 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537064/>.
2. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, united nations human rights office of the high commissioner, accessed: 29 March, 2023, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement>.