

شیوه مقابله قانون گذار کیفری ایران با مبتلایان به اختلالات روانی

خطرناک

(تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ، تاریخ تصویب ۱۳۹۷/۰۴/۰۸)

محمد ثمری

کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی و وکیل دادگستری

چکیده

فرد مبتلا به اختلال روانی، به عنوان شهروند عادی از یک سو و به عنوان فردی که ممکن است بزه‌کار شود، مورد توجه قانون گذاران کیفری قرار گرفته است. در بیان قانون گذار ایران، مجانین و افراد مختل المشاعر که مرتکب جرم می‌شوند؛ به عنوان مجرم، لیکن غیرمسئول در نظر گرفته شده‌اند.

سیاست کیفری تقنینی ایران در قبال آن دسته از مبتلایان به اختلالات روانی که می‌توانند حالت خطرناک به آن معنا که در قوانین کیفری ایران توصیف شده، داشته باشند، مبهم است. آن چه که از بررسی شیوهی برخورد قانون گذار کیفری ایران با مبتلایان به اختلالات روانی خطرناک به دست می‌آید؛ آن است که برخوردی منسجم، کارآمد و منطبق با واقعیت‌های علمی و نیازهای اساسی اینان اتخاذ نشده است و تنها در چند ماده از جمله مواد ۵۱ و ۵۲ قانون منسوخ مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ و مواد ۱ و ۴ قانون منسوخ اقدامات تأمینی مصوب ۱۳۳۹ و مواد ۹۵ و ۲۸۹ و ۲۹۱ قانون آئین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری مصوب ۱۳۷۸ و مواد ۱۴۹ و ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ و ماده ۱۳ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ چند آئین‌نامه غالباً اجرائی، به‌طور مبهم و غیرعلمی به موضوع این دسته از بیماران پرداخته است. لذا مطالعه رویکرد قانون گذار کیفری ایران به این دسته از بیماران و نقد آن، جهت به روز کردن سیاست کیفری ایران مهم و اساسی است.

برخی از اختلالات روانی که در این مقوله مورد نظر است عبارتند از: مبتلایان به اختلالات پسیکوتیک (روان‌پریشی) شامل: (اختلال اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال هذیانی، اختلال پسیکوتیک کوتاه مدت، اختلال پسیکوتیک مشترک، اختلال پسیکوتیک ناشی از بیماری جسمانی، اختلال پسیکوتیک ناشی از مواد و اختلالات پسیکوتیک که به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده است)، اختلال عقب‌ماندگی ذهنی، بیماران مصروع، حالات دلیریوم، زوال عقل، اختلال‌های مرتبط با مواد و

واژگان کلیدی: قانون کیفری ایران، قانون مجازات اسلامی، اختلالات روانی، حالت خطرناک

DSM-IV،



بخش اول: کلیات

مبتلایان به اختلالات روانی به عنوان عضوی از جامعه از یک سو، نیازمند توجه حمایتی قانون گذار

می باشند. چرا که به عنوان یک بیمار، باید حقوق و آزادی های فردی و کرامت انسانی شان رعایت گردد؛ و به این دلیل که یک بیمار روانی هستند نباید با آنان مانند مجرمینی که قوانین اجتماعی را نقض کرده اند، برخورد شود. از سوی دیگر، این دسته از مبتلایان به اختلالات روانی ممکن است دچار حالت خطرناک بوده و به آزادی و منافع دیگر افراد جامعه لطمه وارد آورده و نظم و امنیت اجتماعی را مختل نمایند. لذا قانون گذار باید با رویکردی تأمینی و حمایتی، در جهت حفظ منافع جامعه و حفظ حقوق و آزادی های فردی، با آنان برخورد کند. این نیازمندی به نگرش و برخوردی دوگانه که بعضاً در تضاد با یکدیگر و در مقابل هم قرار می گیرند، مستلزم داشتن اطلاعات کافی از وضعیت و شرایط نگهداری و درمان مبتلایان به اختلالات روانی خطرناک از طرف قانون گذار در حین تقنین و از جانب قضات و سایر دست اندر کاران قضایی در مرحله اجرای اعمال این سیاست دوگانه است. سیاستی که از یک طرف، داعی حمایتی - درمانی دارد و از طرف دیگر، اقدامات بازدارنده و پیشگیرانه که نوعاً تأمینی و حفاظتی هستند را در دستور کار خود قرار می دهد.

در حال حاضر، رویکرد قانون گذاران آن است که هر دو دسته اقدامات (تأمینی و حمایتی)، در کنار هم و با توجه به وضعیت بیمار روانی خطرناک اعمال شود. هرچند در جرم شناسی جدید که «جرم شناسی نو - کیفر شناسی نو» یا «نظریه مدیریت ریسک جرم» نام گذاری شده و خاستگاه آن آمریکای شمالی و کاناداست «حمایت از جامعه در برابر بزهکاران ایجاب می کند که اقدامها و تصمیم های مختلفی که در فرآیند کیفری - از مرحله صدور قرار تأمینی گرفته تا مرحله اجرای حکم کیفری - اتخاذ و اعمال می شوند نه اصلاح مدار بلکه خطر مدار باشند»^۱ نمونه این اقدامات ماده ۵ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر است که بازداشت مختل المشاعرها را

۱- علی حسین نجفی ابرندآبادی، «کیفر شناسی نو - جرم شناسی نو، درآمدی بر سیاست جنایی مدیریتی خطرمدار»، تازه های علوم جنایی (مجموعه مقاله ها)، (تهران، بنیاد حقوقی میزان، ۱۳۸۸)، ص ۷۳۵



قبل از آن که مرتکب جرمی شوند تجویز نموده است. این بازداشت از طرفی در جهت منافع فرد بیمار و از طرف دیگر در جهت حفظ نظم و امنیت جامعه است. تا بدین وسیله خطر این گروه از بیماران را به حداقل برساند.

ولی به هر حال توجه به کرامت انسانی بزهکاران بالاخص مرتکبینی که از بیماری روانی رنج می‌برند نیازمند در پیش گرفتن رویکردی حمایتی در کنار اقدامات تأمینی و خطرمدار در جهت درمان و به حداقل رساندن میزان آسیب‌رسانی بیماران روانی خطرناک به جامعه و به شخص خود می‌باشد.

از جهت دیگر این بیماران ممکن است دچار حالت خطرناک باشند یا چنین حالتی را نداشته باشند. در همین جا باید توضیح داده شود که قانون‌گذار کیفری به حالت خطرناک و خطرناکی این دسته از بیماران نسبت به دیگران توجه دارد. به عبارت دیگر، میزان خطرناک بودن این بیماران در ارتباط با اشخاص دیگر ملاک و ضابطه خطرناک بودن آن‌ها قرار می‌گیرد، و به خطرناکی آن‌ها در ارتباط با شخص خودشان توجهی نشان نداده است.

چنان چه بخواهیم بیماران روانی خطرناک را از نظر قانون‌گذار بیان نماییم باید بگوئیم گروهی از مبتلایان به اختلالات روانی که مرتکب جرم شده‌اند و به دلیل نوع بیماری و سیر پیش‌آگهی آن، احتمال تکرار جرم در آنان وجود دارد. این دسته از بیماران ظاهراً همان گروهی هستند که قانون‌گذار در ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ و مواد ۱۴۹ و ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ آنان را مجانین دارای حالت خطرناک معرفی کرده است که به دستور دادستان پس از جلب نظر متخصص به محل مناسبی جهت نگهداری فرستاده می‌شوند. با توجه به کثرت مبتلایان به اختلالات روانی که بیش از ۲۰۰ طبقه از آن در DSM-IV-TR^۱ طبقه بندی شده است، و این موضوع که بیشتر مطالعاتی که در زمینه‌ی ارتباط جرم با بیماری‌های روانی صورت گرفته، حاکی از فراوانی ارتکاب جرم در بیماران روانی نسبت به جمعیت عادی بوده است. هرچند در بعضی از بررسی‌ها فقط فراوانی جرائم

^۱ -Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders-four edition





خسونت‌بار بیشتر گزارش شده است.^۱ لذا، توجّه به وضعیت این دسته از بیماران که بعضاً به خاطر بیماری خود، مرتکب جرم می‌شوند، مطالعه آن‌ها را از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار نموده است. که رویکردی همه‌جانبه و کاملاً علمی که البته مطابق با موازین فقهی و اسلامی نیز باشد را از طرف قانون‌گذار می‌طلبد. آن چه از مطالعه قوانین کیفری ایران به دست می‌آید، عدم استفاده از مطالعات علمی و دستاوردهای علوم پزشکی در پرداختن به مسئله بیماران روانی خطرناک از سوی قانون‌گذار است. که این موضوع باعث اهمیت بررسی وضعیت این بیماران در حقوق کیفری ایران شده است.

به نظر می‌رسد، در نظر قانون‌گذار ایران جنون یک نوع خاص از اختلال روانی است، یعنی جنون را اخص از اختلال روانی دانسته است. چرا که جنون را آن دسته از اختلالات روانی دانسته است که قوه‌ی تمییز یا اراده را زایل می‌کند. بنابراین افراد مبتلا به همه‌ی انواع اختلالات روانی، مجنون تلقی نمی‌شوند بلکه تنها آن دسته که قوه‌ی تمییز یا اراده خود را از دست داده باشند در نظر قانون‌گذار سال ۱۳۹۲ مجنون محسوب می‌شوند.

در (DSM-IV) هفده طبقه عمده برای اختلالات روانی منظور شده است.^۲ برخی از این اختلالات، مانند اختلالات یادگیری که نخستین بار در دوره شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی آشکار می‌گردند، «در ارتباط با ارتکاب جرم و درگیری‌های قانونی نمی‌باشند.»^۳ در مقابل، آن دسته از اختلالاتی که مشخصه آن‌ها عدم توانایی قدرت واقعیت‌سنجی، پریشانی تفکر و آشفتگی در رفتار، ادراک و عواطف است که تحت عنوان اسکیزوفرنیک نامیده می‌شود^۴، تأثیر مستقیم در ارتکاب جرم و مسؤولیت کیفری فرد مبتلا دارند.

۱- سید مهدی صابری و محمدرضا محمدی، نگرشی نو به روان‌پزشکی قانونی، دانش بهره‌وری از مفاهیم روان‌شناختی در حیطه قضایی، (تهران، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمور زاده- نشر طبیب، ۱۳۸۴)، ص ۵۷

۲- کاپلان، هارولد و بنیامین سادوک، چکیده روان‌پزشکی بالینی، مترجم نصرت‌الله پور افکاری، تهران، آزاده، ۱۳۷۸، ص ۹

۳- سید مهدی صابری و محمدرضا محمدی، پیشین، ص ۲۵

۴- همان، ص ۳۳

علاوه بر طبقه‌بندی DSM-IV، اختلالات روانی در ابعاد وسیع به انواع پسیکوتیک، نوروتیک، کارکردی و عضوی تقسیم می‌شوند. لیکن، به نظر می‌رسد بتوان اختلالات روانی را با توجه به تأثیر آن‌ها در ارتکاب جرم و به‌طور کلی رویارویی فرد مبتلای به آن با قوانین کیفری، به پنج دسته‌ی کلی تقسیم کرد:

۱- اختلالات روانی خفیف، که شایع‌ترین این اختلالات را تشکیل می‌دهند و شامل تعداد زیادی از اختلالات شناخته‌شده‌ی روانی هستند، که در مسؤولیت‌پذیری افراد مبتلا نقشی ندارند؛ یا نقش آن‌ها در این زمینه قابل اغماض است. این گروه شامل انواعی از اختلالات اضطرابی، ترس‌های مرضی، بیماری‌های روان - تنی، اختلالات شبه جسمی، اختلالات انطباقی و بسیاری از موارد دیگر است.

۲- اختلالات شخصیت، که دسته‌ی عمده‌ای از اختلالات روانی را تشکیل داده و (DSM-IV) «این اختلالات را در سه دسته قرار داده است:

دسته A: اختلال شخصیت پارانوئید،^۱ اسکیزوئید^۲ و اسکیزوتایپی^۳؛
دسته B: اختلال شخصیت نمایشی^۴، خودشیفته^۵، ضد اجتماعی^۶ و مرزی^۷؛
دسته C: اختلال شخصیت وسواسی - جبری^۸، منفعل - مهاجم^۹، وابسته^{۱۰} و دوری‌گزین.^{۱۱}

۳- اختلالات روانی با منشأ عضوی، که شامل پیامدهای انواع صرع، اعتیاد و وابستگی به مواد روان‌گردان، ضربه‌های مغزی، آسیب مغزی در اثر بیماری‌های عروقی و مواردی از این قبیل است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

- 1 - Paranoid
- 2 - Schizoid
- 3 - Schizotypal
- 4 - Histrionic
- 5 - Narcissistic
- 6 - Antisocial
- 7 - Borderline
- 8 - Obsessive- compulsive
- 9 - Passive- aggressive
- 10 - Dependent
- 11 - Avoidant





۴- عقب‌ماندگی‌های ذهنی و اختلالات ناشی از عیوب تکامل قوای شعوری، که گاه ناشی از معایب مادرزادی و گاه دلایل دیگر و در برخی موارد بدون علت شناخته شده است.

۵- اختلالات شدید روانی، که شامل گروهی از اختلالات پسیکوتیک^۱ است که فرد مبتلا، توانایی واقعیت‌سنجی خود را از دست داده و دچار هذیان و توهم می‌باشد. فرد اجلای این دسته، اختلال اسکیزوفرنی^۲ است.

چنان چه بخواهیم اختلالات روانی را از نظر میزان تأثیری که در مسؤولیت‌گیری فرد دارند دسته‌بندی کنیم، شاید بتوانیم آن‌ها را به سه دسته متفاوت تقسیم‌بندی نماییم:

۱- اختلالاتی که هیچ‌گونه نقشی بر مسؤولیت‌گیری ندارند. به عبارت دیگر، فرد مبتلا به این اختلالات همانند سایر افراد دارای مسؤولیت‌گیری تام می‌باشد. مثال بارز این دسته اختلالات، «اختلالات تغذیه‌ای و خوردن در دوره شیرخوارگی و دوران کودکی است که با عادات غذایی غیرعادی و تغذیه‌ی مختل که معمولاً در کودکی و نوجوانی شروع شده و ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد مشخص می‌شود»^۳ یا اختلالات دفعی که «ناتوانی حفظ کنترل روده یا کنترل مثانه در نتیجه ناپختگی فیزیولوژیک یا روان‌شناختی»^۴ می‌باشد. لذا این موارد موضوع بحث این نوشتار نمی‌باشد.

۲- در دسته دوم از اختلالات، «اختلال به حدی نیست که منجر به رفع کامل مسؤولیت‌گیری شود؛ ولی بیمار دارای مسؤولیت نسبی می‌باشد. مثال این قبیل موارد، اختلالاتی نظیر عقب‌ماندگی ذهنی خفیف است»^۵. که بهره‌هوشی فرد مبتلا حدود ۵۵ تا حدود ۷۰ است.^۶ این فرد هرچه از نظر ضریب هوشی به حد مرزی (بهره‌هوشی بین ۷۱ تا ۸۴) نزدیک باشد

1- Psychotic

۳- هارولد کاپلان و بنیامین سادوک، پیشین، ص ۱۰

۴- همان

۱- هژبری، محمد، «بررسی اختلالات روانی از دیدگاه روان‌پزشکی قانونی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳، ص ۱۳۱

۲- سید مهدی صابری و محمدرضا محمدی، پیشین، ص ۱۱۹

مسئولیت قانونی بیشتری نسبت به یک عقب‌مانده ذهنی خفیف که بهره هوشی او به سمت عقب‌ماندگی متوسط باشد، خواهد داشت.^۱

در مورد این دسته از بیماران روانی، بحث مسئولیت نسبی یا تخفیف مجازات به میان می‌آید.

۳- این دسته از بیماران روانی مواردی را شامل می‌شود که اختلال روانی به حدی می‌رسد که موجب عدم مسئولیت کیفری شخص مبتلا می‌شود. به عنوان مثال: می‌توان از عقب‌مانده‌های ذهنی شدید و عقب‌مانده‌های ذهنی عمیق نام برد، که «با توجه به مفهوم جنون در قوانین ما، حتی می‌توان این دو گروه از عقب‌مانده‌های ذهنی (عمیق و شدید) را معادل جنون تلقی نمود. در این مقاله اختلالاتی که مسئولیت کیفری را از بین می‌برد و آن‌هایی که باعث تخفیف مسئولیت کیفری می‌شوند مورد بررسی قرار می‌گیرد.

عدم مسئولیت برخی از مبتلایان به اختلالات روانی و به تبع آن مجرمین خطرناک، مانع از آن نخواهد بود که جامعه جهت صیانت از خود در مقابل خطر بزهکاری، دست به تدابیر تأمینی و گاه حمایتی بزند، تا از این طریق نه تنها نظم عمومی را حفظ کند؛ بلکه از یک طرف مانع از ایجاد خطر از ناحیه بزهکاران روانی خطرناک برای افراد جامعه شده و در جهت مقابل آن نیز با حمایت از این دسته بزهکاران که در برخی موارد، فاقد مسئولیت کیفری هستند بتواند به اصلاح و درمان آنان پردازد که بازخورد آن نیز متوجه جامعه شده و خطر بزهکاری را کاهش می‌دهد. «بنابراین آن چه دخالت دولت در دفاع از جامعه در برابر افراد بزهکار را توجیه‌پذیر می‌کند، مسئولیت اجتماعی بزهکاران می‌باشد و این مسئولیت اجتماعی ناشی از خطری است که از ناحیه مجرمین، جامعه را تهدید می‌کند و این همان تئوری «حالت خطرناک» است که در مکتب تحقیقی جایگزین مسئولیت کیفری افراد می‌شود... بنابراین مسئولیت مجرم که قبلاً اخلاقی بود حال به مسئولیت اجتماعی تبدیل می‌شود. مسئولیت





کیفری دیگر بر مسئولیت اخلاقی استوار نیست بلکه، بر حالت خطرناک فرد به چیزی که گاروفالو آن را استعداد جنایی یا خطرناکی او می‌نامد مبتنی است.^۱

اقدامات تأمینی و حمایتی مذکور را که جامعه در قبال بیماران روانی خطرناک اتخاذ می‌کند، می‌توان در دو مرحله مختلف مورد بررسی قرار داد.

۱- تا مرحله صدور حکم در ارتباط با این دسته از مجرمین

۲- اجرای این اقدامات تأمینی و حمایتی در مرحله رسیدگی و اجرای حکم

بند اول: اقدامات تأمینی و حمایتی حقوق کیفری ایران از بیماران روانی

خطرناک تا مرحله صدور حکم

این‌که اختلال روانی‌ای که موجب بروز حالت خطرناک در فرد مبتلا می‌شود قبل از وقوع جرم بوده و در زمان ارتکاب جرم، مرتفع شده باشد؛ یا این‌که در حین ارتکاب جرم، مجرم دارای اختلال روانی‌ای باشد که در وی حالت خطرناک تشخیص شود و یا در زمان ارتکاب جرم وجود نداشته، لیکن پس از ارتکاب جرم و در حین رسیدگی و محاکمه بروز نماید، نوع اقدامی که نسبت به این بیماران روانی خطرناک اعمال می‌شود متفاوت می‌باشد. با استفاده از همین تفاوت در نحوه و نوع اعمال اقدامات مذکور، مطالب این مبحث را به دو دوره‌ی قبل و حین ارتکاب جرم به شرح ذیل تقسیم نمودیم.

۱. واکنش حقوق کیفری ایران نسبت به بیماران روانی خطرناک در مرحله پیش از وقوع

جرم

الف- ارتکاب جرم شرط اساسی اعمال اقدامات تأمینی:

با بررسی قوانین و مقررات کیفری در ایران به ویژه ماده ۱۴۹ ق.م.ا. ۱۳۹۲ که بیان نموده: هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به‌نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد. و ماده ۱۵۰ همین قانون نیز عنوان کرده: هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرائم موجب تعزیر پس

۱- جلال الدین قیاسی و حمید دهقان و قدرت الله خسروشاهی، مطالعه تطبیقی حقوق جزای عمومی اسلام و حقوق

موضوعه، (قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۰)، صص ۹۸ و ۹۹

از وقوع جرم مبتلا به جنون شود چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر متخصص، ثابت و آزاد بودن وی محل نظم و امنیت عمومی باشد به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می‌شود.

و ماده ۳۷۰ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ نیز بیان نموده: چنانچه دادگاه در جریان رسیدگی، احتمال دهد متهم حین ارتکاب جرم مجنون بوده است..... تصمیم می‌گیرد.

هرچند ماده ۱۴ قانون اقدامات تأمینی ۱۳۳۹ به نوعی اعمال اقدامات تأمینی قبل از ارتکاب جرم را تجویز کرده بود.^۱ چرا که عنوان داشته: «هرگاه شخصی که دیگری را تهدید به ارتکاب جرمی کرده، بیم آن رود که واقعاً مرتکب آن جرم گردد؛ یا هرگاه شخصی که محکوم به مجازات جنایی یا جنحه گردیده صریحاً نظرش را بر تکرار جرم اظهار نماید. دادگاه بنا بر تقاضای شخص تهدید شده یا متضرر از جرم می‌تواند از او بخواهد تعهد کند مرتکب جرم نگردیده و وجه الضمانه متناسب برای این امر بدهد...».

به نظر می‌رسد، «اصل قانونی بودن جرائم و مجازات‌ها مانع از آن است که اقدامات تأمینی، در مورد افرادی که دارای حالت خطرناک هستند. ولی در گذشته مرتکب جرمی نشده‌اند مورد استفاده قرار گیرد. البته اگر از نظر علمی و عینی این امکان وجود می‌داشت که وجود حالت خطرناک و درجه و میزان آن، در افراد به‌طور قطعی و دقیق احراز شود، مانعی نداشت که قانون اختیار اتخاذ تدابیر تأمینی در مورد افراد خطرناک غیر مجرم را به قاضی واگذار کند. ولی چون تشخیص حالت خطرناک، که یک مفهوم ذهنی و نسبی است، به طریق علمی امکان‌پذیر نیست؛ قانون‌گذار به‌منظور آن که حقوق و آزادی‌های فردی دست‌خوش هوی و هوس و امیال مقامات اجرایی و همین‌طور قضات نشود اجرای اقدامات تأمینی را تنها در مورد کسانی که سابقه محکومیت جزایی دارند پیش‌بینی کرده است.»^{۱۱} در خصوص مبتلایان به اختلالات روانی نیز هرچند گفته شده است که تشخیص حالت خطرناک قبل از وقوع اولین

۱- امینی، محمد، «ضمانت احتیاطی در قانون اقدامات تأمینی مصوب ۱۳۳۹»، پایان‌نامه دوره دکتری دانشکده حقوق

دانشگاه تهران، ۱۳۴۶، ص ۱۳۳

۱- صاعی، پرویز، حقوق جزای عمومی، تهران، انتشارات طرح نو، ۱۳۸۲، ص ۶۸۳





جرم امکان‌پذیر است.^۱ اما به نظر می‌رسد، در این مورد نیز با توجه به سیر و پیش‌آگهی اختلالات و تنوع آن‌ها، تشخیص این مورد که کدام یک از بیماران روانی دارای حالت خطرناک بوده و ارتکاب جرم از ناحیه‌ی آن‌ها به‌طور یقینی در آینده اتفاق می‌افتد. به نظر، اگر غیرممکن نباشد قطعاً بسیار دشوار خواهد بود. هر چند «عقل حکم می‌کند که مسئولان اجتماعی دیوانگان را تحت نظر گیرند، پیش از آن‌که قصد جان آدمیان کنند و افرادی را از پا درآورند، خانه‌ای را به آتش کشند و مخاطرات دیگری پدید آورند، آنان را خلع سلاح نمایند، برای صیانت جامعه و درمان خود دیوانگان، از آزادی آنان چشم پوشند و در آسایشگاه‌های روانی آنان را بستری نمایند».^۲ اما در پیش گرفتن چنین شیوه‌ای بایستی با دقت و با در دست داشتن ضوابط و معیارهای عینی جهت تشخیص این دسته از بیماران روانی خطرناک باشد.

با مطالعه در آثار نویسندگان حقوقی و جرم‌شناسان، این نکته مبرهن و آشکار است که از دیدگاه ایشان، حتی اگر اعمال اقدامات تأمینی در ارتباط با افراد دارای حالت خطرناک قبل از آن‌که جرمی مرتکب شده باشند امری خلاف کرامت انسانی و عدالت باشد. لیکن در مورد مبتلایان به اختلالات روانی (مجانین)، امری عادی و بلکه ضروری است. چرا که، در صورت عدم اعمال این اقدامات، ممکن است به نظم و امنیت جامعه آسیب وارد شود و همان‌طور که گفته شده است: «زیان وارده در مورد اقدام قبل از وقوع جرم فقط متوجه آزادی یک نفر است، در حالی که اگر جرمی به وقوع بپیوندد، اجتماع و افراد بسیاری در معرض خطر قرار می‌گیرند».^۳

این شبیه مفهوم «خطرناکی»، در سیاست کیفری مدیریتی خطر مدار ارادی است که افراد خطرناک، از نظر بزهکاری، بیمار و آسیب‌دیده نیستند، بلکه به نوعی از نظر اجتماعی مسئول

۲- کی‌نیا، مهدی، علوم جنایی - جامعه‌شناسی جنایی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۴۶، جلد سوم، صص ۱۴۵۶ و ۱۴۵۷

۳- کی‌نیا، مهدی، مبانی جرم‌شناسی، تهران، مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۷، جلد اول، پیشین، صص ۲۰

۱- بابایی، محمدعلی، «کنش‌گری جرم»، تازه‌های علوم جنایی (مجموعه مقالات)، تهران، نشر میزان، ۱۳۸۸، صص ۱۱۹

عمل خود انگاشته می‌شوند و باید آنان را با هدف تأمین امنیت در جامعه تحت کنترل و نظارت قرار داد. بدین ترتیب، بازپروری بزهکاران منتفی است. دل‌نگرانی درمان حالت خطرناک جای خود را به سنجش، تخمین و پیش‌بینی گونه و درجه‌ی خطرناکی و سیمای افراد و بزهکاران خطرناک بر اساس محاسبات آماری و احتمالات و پیش‌بینی‌ها می‌دهد.^۱

بنابراین، آن چه که پیروان مکتب تحقیقی آن را حالت خطرناک می‌دانستند و در قانون اقدامات تأمینی مصوب ۱۳۳۹ ایران نیز با عنوان مجرمین خطرناک وارد حقوق ایران شد «در سه دهه اخیر در مورد بزهکاران خطرناک متحول شده است. موضوع مسئولیت مدیریت خطرهای ارتکاب جرم و تکرار جرم در چارچوب نظام کیفری است که بیش از پیش درمان بزهکاران را کنار می‌گذارد و اولویت را به تأمین امنیت عمومی می‌دهد.

بدین ترتیب است که هدف و کارکرد طرد و توان‌گیری و خنثی‌سازی عدالت کیفری با کیفرها و تصمیم‌های قضایی احیاء و مستند شد. طرد بزهکاران یا سلب توان مجرمانه از محکومان بر اساس میزان خطر آنان، درجه‌های مختلفی را در بر می‌گرفت که میان حذف بزهکار از جامعه و جلوگیری پیوسته یا موقتی از اضرار مجرمانه‌ی او به دیگران و جامعه در نوسان است».^{۲۳}

در آئین‌نامه پیش‌گیری از اعتیاد، درمان معتادان به مواد مخدر و حمایت از افراد در معرض خطر اعتیاد مصوب ۱۳۷۸ نیز، قانون‌گذار ایران با گذاردن تکالیفی بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و وزارتخانه‌های آموزش و پرورش و فرهنگ و ارشاد اسلامی به نوعی به مقابله با افراد خطرناک قبل از آن که جرمی مرتکب شوند برخاسته است.^{۱۱}

۲- علی حسین نجفی ابرندآبادی، «کیفر شناسی نو- جرم‌شناسی نو، درآمدی بر سیاست جنایی مدیریتی خطر مدار»، پیشین، ص ۷۲۵

۳- همان، ص ۷۳۴

۱- محمدعلی بابایی، «کنش‌گری جرم»، پیشین، ص ۱۱۹



به نظرمی رسد، باید به آن دسته از مبتلایان به اختلالات روانی که حالت خطرناک دارند توجه ویژه‌ای شود، چرا که، به‌رحال احتمال ارتکاب جرم از ناحیه‌ی برخی از آنان بیشتر از افراد دیگر است و احساس خطر با توجه به سیر و پیش‌آگهی این اختلالات وجود دارد. ولی این احساس خطر نباید مستمسکی برای نقض حقوق و آزادی‌های فردی گردد. در این راه افراط و تفریط جایز نیست. بلکه با تدوین قانونی مدوّن و برگرفته از علوم جدیدی هم چون روان‌پزشکی و روان‌شناسی و جرم‌شناسی و سایر علوم در زمینه بهداشت روانی، به این دل‌نگرانی‌ها از یک طرف، در باب دفاع از جامعه و حفظ نظم و امنیت آن و از طرف دیگر، حفظ کرامت انسانی و حقوق و آزادی‌های اساسی افراد ملت پایان داده شود.

شاید بتوان از رویه دادگاه اروپایی حقوق بشر در تفسیر قسمت ج بند ۱ ماده ۵ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر در ارتباط با مبتلایان به اختلال مشاعر^۱ کمک گرفت. چرا که «دادگاه اروپایی حقوق بشر در خصوص تنظیم ضوابط و ایجاد موازین تعامل دولت با شخص مختل المشاعر [بیمار روانی]، در اولین اقدام نسبت به تحدید قلمرو مفهومی اختلال مشاعر در متون روان‌پزشکی و روان‌شناسی اقدام نموده است. این دادگاه بر آن است که صرف صدق عنوان علمی و تئوریک یا کلینیکی اختلال مشاعر بر وضعیت شخص، مجوز بازداشت تلقی نمی‌گردد، بلکه این اختلال مشاعر باید شدید باشد. دادگاه اروپایی حقوق بشر عبارت شدید را بلا تعریف گذاشته است ولی در برخی از آراء، اوصاف شدید را در دو بعد آسیب به خود و آسیب به دیگران مطرح و مورد بررسی قرار داده است. اختلال مشاعر باید به‌اندازه‌ای شدید باشد که شخص دچار این وضعیت، برخلاف رویه طبیعی انسان درصدد ایراد آسیب به خود برآید. این آسیب می‌تواند تا مرز خودکشی و حذف شخص گسترش یابد. بازداشت با این عنوان جنبه حمایتی و انسان دوستانه محض دارد. اختلال مشاعر بعضاً وضعیتی را پدید می‌آورد که شخص، اشخاص یا اشیاء بیرونی را تخریب و مورد آسیب خود قرار می‌دهد. شخص در این وضعیت برای اجتماع خطرناک تلقی می‌گردد.»^۱

۱ - Unsound Mind

۱- قربانی، علی، دادرسی منصفانه در رویه دادگاه اروپایی حقوق بشر، قم، حقوق امروز، ۱۳۸۹، صص ۸۸ و ۸۹

ب- بستری کردن اجباری بیمار روانی خطرناک قبل از ارتکاب جرم: همان‌طور که گفته شد، مطابق با قوانین کیفری ایران، هرگونه اعمال محدودیتی که در قالب اقدامات تأمینی باشد بر مبتلایان به اختلالات روانی خطرناک، پیش از ارتکاب جرم جزء در موارد معدودی پذیرفته نشده است. اما در برخی از کشورها همچون فرانسه، نروژ و ایتالیا^۱ به مراجع دولتی و از جمله دادگاه‌ها اجازه داده شده است تا در مواردی بتوانند بیماران روانی را مجبور به درمان و نگهداری در مراکز درمانی نمایند.

«بیشتر بیماران روانی، نه برای خود و نه برای دیگران، خطرناک محسوب نمی‌شوند. در واقع، وجود تحقیقات و بررسی روی این دسته افراد، دلیل بر احتمال بیشتر خطر ساز بودن این افراد برای دیگران است.»^{۳۳} بعضی روان‌پزشکان در تحقیقات خود با ارائه آمار، عدم امکان پیش‌بینی رفتارهایی مثل خشونت و خودکشی را که نادر هستند در بیماران روانی بدون اشتباه نسبت به افراد سالم نشان داده‌اند و حتی تحقیقاتی که بر روی بیمارانی که از زندان یا بیمارستان روانی آزاد شده‌اند نشان داده که احتمال درستی و صحت پیش‌بینی انجام یافته بین ۴۰٪ - ۶۰٪ بوده است.^{۳۴} بنابراین به نظر می‌رسد، در علم روان‌پزشکی نیز، پیش‌بینی احتمال خطرناک بودن یک بیمار روانی فی‌نفسه دقیق و قابل اتکا نباشد.

در مورد بستری کردن اجباری بیماران روانی، انجمن روان‌پزشکی آمریکا الگویی به شرح ذیل به دست داده است: «الگوی قانونی ارائه شده شامل استانداردهای زیر است:

- ۱- وجود یک آشفتگی و اختلال روانی شدید و مهم؛
- ۲- پیگرد و تحقیقی منطقی مبنی بر این که آشفتگی و اختلال بیمار در مراکز درمانی که او قرار است به آنجا فرستاده شود، قابل درمان است. با در نظر گرفتن این مسئله که راه حل اتخاذ شده در شرایط موجود، بهترین راه برای درمان بیمار است؛

۲- می ری دلماس- مارتی، نظام‌های بزرگ سیاست جنایی، ترجمه علی حسین نجفی ابرندآبادی، (تهران، میزان، ۱۳۸۱)،

ج ۱، ص ۱۹۸

۳- سید مهدی صابری و محمدرضا محمدی، پیشین، ص ۲۲۱

۴- همان، صص ۲۲۱ و ۲۲۲



۳- سرباز زدن و یا ناتوانی رضایت دادن به درمان؛

۴- عدم توانایی و ظرفیت بیمار مبنی بر اتخاذ تصمیمی آگاهانه راجع به درمان؛

۵- احتمال این که بیمار، در نتیجه آشفتگی و اختلال شدید روانی، یا به خود و یا به دیگران

آسیب می‌رساند و یا وضعیت جسمی و روانی او روبه بدتر شدن خواهد رفت.^۱

در قوانین و مقررات ایران، تدابیر اندیشیده شده برای اعزام به نگهداری و درمان در بیمارستان روانی مطابق با ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ و ماده ۴ قانون اقدامات تأمینی ۱۳۳۹ و مواد ۱۴۹ و ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، به مرحله پس از ارتکاب جرم مربوط می‌شود و در ارتباط با اعزام اجباری بیمار روانی قبل از ارتکاب جرم ظاهراً تدبیری اندیشیده نشده است. هر چند ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام)، معتادانی را که اقدام به ترک اعتیاد نکنند مجرم شناخته است و بدین ترتیب نوعی الزام برای ترک اعتیاد برای معتادین به مواد مخدر و روان گردان موضوع مواد ۴ و ۸ آن قانون قائل شده است. لیکن به دلیل این که معتادین مذکور خارج از تعریف مبتلایان به اختلالات روانی هستند؛ لذا، این مقرر قانونی را نمی‌توان، بستری کردن اجباری بیماران روانی قبل از ارتکاب جرم در حقوق کیفری ایران دانست.

بند دوم: اختلال روانی و حالت خطرناک حین ارتکاب جرم در حقوق

کیفری ایران

مطابق ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد.» لیکن، رافع مسئولیت بودن بدان معنا نیست که هیچ اقدامی علیه چنین مرتکبی اعمال نمی‌شود، بلکه ماده ۱۵۰ قانون مذکور عنوان داشته: «هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرائم موجب تعزیر پس از وقوع جرم مبتلا به جنون شود چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر متخصص، ثابت و آزاد بودن وی محل نظم و

۴۰۰



امنیت عمومی باشد به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می شود؛ و ماده ۲۰۲ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ بیان کرده: «هرگاه بازپرس در جریان تحقیقات احتمال دهد متهم هنگام ارتکاب جرم مجنون بوده است، ... بنا بر ضرورت، حسب دستور دادستان به مراکز مخصوص نگهداری و درمان سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل می شود» و ماده ۳۰۷ همین قانون آورده است: «چنانچه دادگاه در جریان رسیدگی، احتمال دهد متهم حین ارتکاب جرم مجنون بوده است، ... با احراز جنون، نسبت به اصل اتهام به صدور قرار موقوفی تعقیب مبادرت می کند و با رعایت اقدامات تأمینی برای متهم تصمیم می گیرد». که بعضاً مقررات این مواد در ارتباط با نگهداری بیماران روانی با یکدیگر تفاوت‌هایی دارند. لذا در بند الف این گفتار، موضوع نگهداری بیماران روانی خطرناک تشریح خواهد شد.

الف- نگهداری بیماران روانی خطرناک مرتکب جرم: به منظور دفع خطر احتمالی تکرار جرم در آینده و جلوگیری از اختلال در نظم یا امنیت عمومی ناشی از داشتن حالت خطرناک در مبتلایان به اختلال روانی، حکم یا دستور به نگهداری این دسته از مجرمین که گاهی با هدف معالجه و درمان نیز همراه است داده می شود.

۴۱

ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در این باره عنوان داشته است: «هرگاه مرتکب در حین ارتکاب مجنون باشد یا در جرائم موجب تعزیر، پس از وقوع جرم مبتلا به جنون شود... به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می شود...»

تبصره ۲- قوه قضائیه موظف است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه قضائی برای نگهداری افراد موضوع این ماده تدارک ببیند. تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان‌درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می شود.»

ماده ۲۰۲ قانون دادرسی کیفری ۱۳۹۲ بیان کرده: «حسب دستور دادستان به مراکز مخصوص نگهداری و درمان سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل می شود». و ماده ۳۰۷ همین قانون بیان داشته: «چنانچه دادگاه در جریان رسیدگی، احتمال دهد متهم حین ارتکاب جرم مجنون بوده است، ... با احراز جنون، نسبت به اصل اتهام





به صدور قرار موقوفی تعقیب مبادرت می‌کند و با رعایت اقدامات تأمینی برای متهم تصمیم می‌گیرد».

۱- مقام دستوردهنده برای نگهداری بیمار روانی خطرناک مرتکب جرم.

ماده ۴ قانون اقدامات تأمینی مصوب سال ۱۳۳۹ مرجع صالح برای صدور حکم در ارتباط با نگهداری بیمار روانی خطرناک را قاضی محکمه رسیدگی کننده^۱ دانسته بود که این کار را با صدور حکم به نگاهداری یا معالجه‌ی بیمار در تیمارستان مجرمین انجام می‌داد.

قانون مجازات عمومی مصوب سال ۱۳۰۴ مقرر داشته بود: «کسی که در حال ارتکاب جرم مجنون بوده یا اختلال دماغی داشته باشد، مجرم محسوب نمی‌شود و مجازات نخواهد شد. ولی در صورت ابقای جنون باید به دارالمجانین تسلیم شود». «مقنن در این ماده فقط متعرض نگهداری از مجنون در تیمارستان شده بود و سخنی از مرجعی که باید در این باره اقدام کند نگفته بود». اما بند الف ماده ۳۶ قانون مجازات عمومی مصوب سال ۱۳۵۲، دستور نگهداری در محل مناسب را در خصوص مجرمینی که در حین ارتکاب جرم به علل مادرزادی یا عارضی، فاقد شعور بوده و دارای حالت خطرناک باشند، بر عهده‌ی دادستان نهاده بود. همین رویه در ماده ۲۷ قانون راجع به مجازات اسلامی مصوب ۱۳۶۱ تکرار شده بود. ماده مذکور مقرر می‌داشت: «...هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون بوده و حالت خطرناک داشته باشد؛ به دستور دادستان تا رفع حالت مذکور در محل مناسبی نگهداری خواهد شد». که همین مقررات با اندک تغییری در ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۰ و ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ تکرار شده است.

تفاوتی که ماده ۱۵۰ مذکور با قوانین سابق الذکر دارد به شرح ذیل است:

۱- در قوانین سابق، جنون در حین ارتکاب جرم و داشتن حالت خطرناک، مجوز دستور دادستان به نگهداری در محل مناسب بود. لیکن در ماده ۱۵۰ آورده شده: «هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب مجنون بوده و یا پس از حدوث جرم مبتلا به جنون شود». یعنی جنون پس از

۱- قاسمی، ناصر، اقدامات تأمینی و تربیتی در حقوق کیفری ایران، تهران، نشر میزان، ۱۳۷۴، ص ۱۲۱

ارتکاب جرم را نیز از مواردی دانسته است که با آن که رافع مسؤولیت کیفری نیست.^{۱۲} اما دادستان می‌تواند دستور به نگهداری او در محل مناسب بدهد.

۲- ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، دستور دادستان به نگهداری مجرم مجنون را پس از جلب نظر متخصص (روان‌پزشک) مبنی بر وجود جنون و حالت خطرناک مجرم مورد نظر، تجویز کرده است. به عبارت دیگر، تشخیص جنون و حتی حالت خطرناک را بر عهده‌ی متخصص نهاده است. امری که حتی در قانون اقدامات تأمینی و هم‌چنین در قوانین سابق قید نشده بود.

نکته دیگری که راجع به ماده ۱۵۰ قابل ذکر است، آن که آزادی بیمار روانی خطرناک نگهداری شده به دستور دادستان است.

همین ماده در خصوص حق اعتراض شخص نگهداری شده و بستگانش مقرر داشته: «شخص نگهداری شده و یا کسانش می‌توانند به دادگاهی که صلاحیت رسیدگی به اصل جرم را دارد. مراجعه و به این دستور اعتراض کنند. این رأی قطعی است؛ ولی شخص نگهداری شده یا کسانش هرگاه علائم بهبودی را مشاهده کردند حق اعتراض به دستور دادستان را دارند.»

قابل ذکر است ماده ۳۷۰ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ بیان داشته: «چنانچه دادگاه در جریان رسیدگی، احتمال دهد متهم حین ارتکاب جرم مجنون بوده است، تحقیقات لازم را از نزدیکان او و سایر مطلعان به عمل می‌آورد، نظریه پزشکی قانونی را تحصیل می‌کند و با احراز جنون، نسبت به اصل اتهام به صدور قرار موقوفی تعقیب مبادرت می‌کند و با رعایت اقدامات تأمینی برای متهم تصمیم می‌گیرد».

۲- شرایط نگهداری بیمار روانی خطرناک مرتکب جرم

اول: بیمار روانی خطرناک محل نظم یا امنیت عمومی باشد؛ به نظر می‌رسد، ارتکاب هر جرمی از سوی هر فردی اعم سالم یا بیمار به نوعی اختلال در نظم و امنیت اجتماع باشد. به‌طور مثال: فردی که مرتکب سرقت مسلحانه می‌شود یا اقدام به قتل می‌کند، به‌رحال نظم و

۲- ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۰





امنیت اجتماع را مختل می‌نماید و به همین دلیل است که قدرت عمومی با وی برخورد می‌کند. بنابراین، وجود این شرط در اعزام بیماران روانی خطرناک به محل نگهداری باید به خاطر بیماری آن‌ها باشد نه این که نوع جرم ارتكابی اینان باعث اختلال در نظم و امنیت عمومی شده باشد. به عبارت دیگر، صرف این بیماری در نظم اجتماع و امنیت افراد جامعه اختلال به وجود آورد. این شرط در ماده ۱۵۰ ق.ا.م. ۱۳۹۲ بیان شده است.

۲- بیمار روانی خطرناک «دارای حالت خطرناک باشد». لذا امکان نگهداری بیمار روانی که دارای حالت خطرناک نباشد، در تیمارستان مجرمین وجود ندارد. حتی اگر مرتکب جرم شده باشد. این شرط در ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ و ماده ۱۵۰ ق.ا.م. ۱۳۹۲ نیز آمده است.

۳- ماده ۲۰۲ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲: «چنانچه جنون استمرار داشته باشد شخص مجنون بنا بر ضرورت، حسب دستور دادستان به مراکز مخصوص نگهداری و درمان سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل می‌شود».

۳- محل نگهداری بیمار روانی خطرناک

در این که بیمار روانی خطرناک در چه محلی نگهداری می‌شود، با سه مقرر قانونی متفاوت مواجه هستیم. قانون اقدامات تأمینی در مواد ۳ و ۴ خود از نگهداری مجرمین مجنون و مختل المشاعر (بیمار روانی) در تیمارستان مجرمین نام برده است.

ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۰ از «محل مناسب» برای نگهداری فرد مجنون دارای حالت خطرناک یاد کرده است. که این محل در ماده ۱۵۰ قانون ۱۳۹۲ نیز آمده است؛ لیکن تبصره ۲ آن ماده اشعار داشته است: «قوه قضائیه موظف است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه قضائی برای نگهداری افراد موضوع این ماده تدارک ببیند. تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان‌درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می‌شود.» و ماده ۳۷۰ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ نیز دادگاه را مکلف کرده است که با رعایت

اقدامات تأمینی برای متهم تصمیم بگیرد. و ماده ۲۰۲ قانون مذکور از «مراکز مخصوص نگهداری و درمان سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» نام برده است.

در سال ۱۳۷۸ قانون آئین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری در ماده ۹۵ خود از «مراکز مخصوص نگهداری و درمان» مجانین سخن به میان آورده بود.

۲- اختلال روانی و حالت خطرناک پس از ارتکاب جرم

در صورتی که مرتکب در زمان ارتکاب جرم عاقل باشد، مسئول قلمداد و پاسخ گوی اعمال خود تلقی می‌گردد.^{۱۴} اما اگر پس از ارتکاب جرم مبتلا به جنون شود «رسیدگی به اتهام تا رفع عارضه‌ی جنون به عهده تعویق می‌افتد؛ زیرا تفهیم اتهام و اقامه‌ی دعوی کیفری علیه فردی که از نعمت عقل سلیم برخوردار نبوده و قدرت و توانایی کامل دفاع از خود را ندارد منصفانه نمی‌باشد».^۲ برخی، علت متوقف ماندن محاکمه در شریعت را ناتوانی مجنون از دفاع ندانسته‌اند، و عنوان داشته‌اند «دلیل آن عدم استیفاء شرط مجازات است و شاید از نظر منطقی این تعلیل دقیق‌تر از این باشد که علت توقف را عجز از دفاع بدانیم؛ زیرا قانون مصرح فرانسه محاکمه شخص گنگ، کر و کسی که بعد از ارتکاب جرم قدرت حرف زدن را از دست داده جایز می‌داند، با این که تمامی این‌ها مانند مجنون قدرت دفاع از خود را ندارند. گذشته از این که این گونه حالات در هنگام عمل بیشتر از حالت جنون عارض می‌شود».^{۳۲}

چنان چه متهم پس از ارتکاب جرم و قبل از شروع تعقیب، مبتلا به جنون شود. برخی گفته‌اند: «قانون آئین دادرسی کیفری در این مورد حکمی ندارد. اما با توجه به این که لازمه تعقیب، وجود قوه‌ی عقل و ادراک در متهم است و شخص مجنون قادر به دفاع از خود نمی‌باشد. لذا شروع تعقیب موضوعاً منتفی است و چنان چه از طرف شاکی، شکایتی صورت

۴- علی خالقی، آئین دادرسی کیفری، (تهران، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ۱۳۸۸)، ص ۹۶

۱- محمود آخوندی، آئین دادرسی کیفری، (تهران، سازمان چاپ و انتشارات، ۱۳۸۹)، ج ۱، ص ۲۴۹

۲- عوده، عبدالقادر، حقوق جزای اسلامی، مترجمان ناصر قربان نیا و سید مهدی منصوری و نعمت‌الله الفت، تهران، نشر

میزان، ۱۳۷۳، جلد دوم، ص ۳۰۰



گیرد باید تا زمان افاقه، تعقیب متوقف شود. مگر این که امکان افاقه‌ی متهم وجود نداشته باشد که در این صورت با توجه به این که جنون پس از ارتکاب جرم بر حسب مقررات حقوقی کیفری ایران، سالب مسؤولیت کیفری نیست باید تعقیب با دخالت نماینده متهم ادامه یابد. هر چند از نظر منطقی تعقیب و مجازات شخص مجنون با اهداف و فلسفه مجازات‌ها سازگاری ندارد.»^{۱۳}

تبصره ۱ ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در این باره اشعار داشته است: «هرگاه مرتکب یکی از جرائم موجب حد پس از صدور حکم قطعی دچار جنون شود، حد ساقط نمی‌شود. در صورت عارض شدن جنون قبل از صدور حکم قطعی، در حدودی که جنبه حق‌اللهی دارد تعقیب و محاکمه تا زمان افاقه به تأخیر می‌افتد. نسبت به مجازات‌هایی که جنبه حق‌الناسی دارد مانند قصاص و دیه و هم‌چنین ضرر و زیان ناشی از جرم، جنون مانع از تعقیب و رسیدگی نیست.» و تبصره ماده ۳۷۰ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ بیان کرده است: «چنانچه جرائم مشمول این ماده مستلزم پرداخت دیه باشد، طبق مقررات مربوط اقدام می‌شود.»

بند سوم: اختلال روانی و حالت خطرناک در مرحله رسیدگی

با در نظر گرفتن ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ و تبصره‌های آن، به نظر می‌رسد، بتوان حالات ذیل را مطرح ساخت:

۱- در جرائم حدی اگر مرتکب پس از صدور حکم قطعی مجنون شود، حد ساقط نمی‌شود.

۲- در صورت عارض شدن جنون قبل از صدور حکم قطعی دو حالت در نظر گرفته می‌شود؛ حالت اول: در جرائم حدی حق‌اللهی، تعقیب و محاکمه تا زمان افاقه به تأخیر می‌افتد. حالت دوم: نسبت به مجازات‌های حق‌الناسی مثل قصاص و دیه و هم‌چنین ضرر و زیان ناشی از جرم، تعقیب و رسیدگی به تأخیر نمی‌افتد. در این باره تبصره ۱ ماده ۱۵۰ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ مقرر نموده: «هرگاه مرتکب یکی از جرائم موجب حد پس از صدور حکم قطعی دچار جنون شود

۳- عباس زراعت و علی مهاجری، آئین دادرسی کیفری، (تهران، فکر سازان، ۱۳۸۲)، ج ۱، ص ۷۳



حد ساقط نمی‌شود. در صورت عارض شدن جنون قبل از صدور حکم قطعی در حدودی که جنبه حق‌اللهی دارد تعقیب و محاکمه تا زمان افاقه به تأخیر می‌افتد. نسبت به مجازات‌هایی که جنبه حق‌الناسی دارد مانند قصاص و دیه و همچنین ضرر و زیان ناشی از جرم، جنون مانع از تعقیب و رسیدگی نیست».

۳- در جرائم موجب تعزیر، اگر جنون پس از ارتکاب جرم باشد و مجنون دارای حالت خطرناک بوده و آزاد بودن وی مخل نظم و امنیت عمومی باشد؛ به دستور دادستان در محل مناسبی نگهداری می‌شود. چنان چه حالت خطرناک نداشته باشد یا آزاد بودن وی مخل نظم و امنیت عمومی نباشد، تعیین تکلیف نشده است.

در اینجا باید به تبصره ۲ ماده ۱۳ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ توجه نمود که به‌طور استثنایی محاکمه مجانین را پیش‌بینی کرده و بیان داشته: «هرگاه مرتکب جرم پیش از صدور حکم قطعی مبتلا به جنون شود، تا زمان افاقه، تعقیب و دادرسی متوقف می‌شود. مگر آنکه در جرائم حق‌الناسی شرایط اثبات جرم به نحوی باشد که فرد مجنون یا فاقد هوشیاری در فرض افاقه نیز نتواند از خود رفع اتهام کند. در این صورت به ولی یا قیم یا سرپرست قانونی وی ابلاغ می‌شود که ظرف مهلت پنج روز نسبت به معرفی و کیل اقدام نماید. در صورت عدم معرفی، صرف نظر از نوع جرم ارتكابی و میزان مجازات آن وفق مقررات برای وی و کیل تسخیری تعیین می‌شود و تعقیب و دادرسی ادامه می‌یابد».

بند چهارم: تأثیر اختلالات روانی و حالت خطرناک بر اجرای مجازات‌ها

فردی که از لحاظ روانی دچار اختلال است و توان فهم علت اعمال کیفر را ندارد و نمی‌داند که کیفر، واکنشی در برابر اعمال خلاف قانون او می‌باشد. اجرای مجازات علیه او، هیچ‌گونه اثر بازدارندگی و اصلاح‌پذیری که از اهداف مجازات‌ها می‌باشد، ندارد؛ و فاقد قدرت پیشگیری از جرائم آینده‌ی اوست. نسبت به اشخاصی که شاهد اعمال مجازات نسبت به چنین فردی هستند نیز ظاهراً ارباب و بازدارندگی عمومی و جمعی نخواهد داشت و همان‌گونه که بیان شده است: «شرط عبرت‌آموزی، تداعی وضع خود با وضع انسانی است همانند خود که





سرنوشت نافرجامی را با اعمال زشت و ناپسند رقم زده است. از نظر روانی، انسان‌های بهنجار حاضر نیستند خود را با بزهدار دیوانه همانند کنند و چنین سرنوشتی را بپذیرند.^۱ از طرف دیگر، مبتلایان به اختلالات روانی که در حین ارتکاب جرم و انجام مراحل رسیدگی از سلامت روانی برخوردار نبوده‌اند؛ ممکن است دچار حالت خطرناک باشند و برای جامعه و منافع عمومی و امنیت سایر افراد، خطرناک باشند. لذا رها نمودن این دسته از محکومین به صرف این که، دچار اختلال روانی هستند، بدون توجه به حالت خطرناک آنان، عواقب ناگواری را رقم خواهد زد. لذا به نظر می‌رسد، اعمال تدابیری از نوع تأمینی، در ارتباط با این دسته از محکومین، موجه و قابل قبول باشد. قانون‌گذار ایران در ارتباط با اجرای مجازات نسبت به این قبیل محکومین، سیاست یکسان و یکپارچه و منسجمی که با اصول و قواعد روز، هم‌خوانی داشته باشد اتخاذ ننموده و بسته به نوع مجازاتی که درباره محکومین صادر می‌شود. سیاست جداگانه‌ای اتخاذ کرده است. لذا در این بند به تفکیک، تأثیر اختلالات روانی خطرناک را بر اجرای مجازات‌های مختلف مورد بررسی قرار می‌دهیم.

الف - ابتلا به بیماری روانی در اثنای تحمل مجازات حبس: استفاده از زندان یا همان اجرای حکم حبس در زندان، یکی از رایج‌ترین مجازات‌ها در دوران معاصر است. در زمان‌های قدیم «زندان‌ها محل نگهداری موقت کسانی بود که در انتظار اجرای حکم اعدام یا انواع مجازات‌های بدنی به سر می‌بردند، و یا بدون آن که مدتی برای دوران زندان آن‌ها تعیین شده باشد در این دخمه‌های سرد و تاریک، تا زمان مرگ زودرس رها می‌شدند. گاهی اوقات هم افرادی را به خاطر پرداخت جریمه، زندانی می‌کردند و آن‌قدر آنان را نگاه می‌داشتند تا خویشان و دوستان پول لازم را جمع‌آوری کرده موجبات آزادی زندانی را فراهم آورند.»^۱ اما در حال حاضر، زندان به عنوان مجازات اصلی با شرایط و مدت مشخص و گاهی هم به عنوان بازداشتگاه موقت متهمین مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۱- اردبیلی، محمدعلی، حقوق جزای عمومی، تهران، نشر میزان، ۱۳۸۲، جلد دوم، ص ۸۴

۱- پرویز صانعی، حقوق جزای عمومی، (تهران، دانشگاه ملی ایران، ۱۳۵۳)، ج ۲، ص ۱۳۲

تبصره ماده ۲۹۱ قانون آئین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری ۱۳۷۸ بیان داشته بود: «در صورت جنون، محکوم‌علیه تا بهبودی در بیمارستان روانی نگهداری می‌شود. ایام توقف در بیمارستان جزو محکومیت وی محاسبه می‌شود.»

آن چه این مقرر قانونی به دست می‌دهد آن است که ابتلا به اختلال روانی در حین اجرای مجازات حبس موجب موقوف شدن اجرای آن نمی‌شود، بلکه تنها در این صورت محکوم‌علیه به بیمارستان روانی اعزام می‌شود.

«جنون ممکن است حین تحمل حبس عارض شود و ممکن است قبل از معرفی محکوم به زندان بروز نماید. چنان چه قبل از معرفی محکوم به زندان، از طریق بستگان محکوم یا از هر طریق دیگری ابتلا محکوم به جنون اعلام شود، قاضی اجرای احکام موظف است محکوم را به پزشکی قانونی اعزام و دستور دهد در خصوص ابتلا محکوم به جنون، اظهار نظر نمایند. چنان چه مطابق نظر پزشکی قانونی، جنون محکوم تأیید گردید، محکوم به زندان اعزام و معرفی و ضمن نامه اعلام محکومیت، تذکر داده می‌شود: «نظر به اینکه حسب نظر پزشک قانونی به شرح نامه شماره مورخ محکوم مبتلا به جنون می‌باشد، در اجرای تبصره ذیل ماده ۲۹۱ قانون آئین دادرسی کیفری، محکوم‌علیه تحت نظر و مراقبت مسئولین و مأموران زندان تا زمان بهبودی در بیمارستان روانی نگهداری شود و ایام توقف در بیمارستان جزء مدت محکومیت وی محاسبه شود.»

با توجه به دستور فوق، مسئولین زندان پس از تحویل محکوم و انجام تشریفات پذیرش و ثبت مشخصات محکوم در دفاتر مخصوص، محکوم را جهت معالجه و به صورت تحت‌الحفظ به بیمارستان روانی اعزام و هر زمان مطابق نظر پزشکان متخصص مرکز روانی، بهبودی حاصل شد، محکوم را به زندان اعاده و مراتب را به قاضی اجرای احکام اعلام می‌نماید. قاضی اجرای احکام موظف است ضمن تقیید پرونده به اوقات نظارت کوتاه مدت، وضعیت معالجاتی و





بهبودی محکوم را طی مدتی که در بیمارستان روانی بستری است پیگیری و استعلام‌های لازم را از مسؤولین بیمارستان به عمل آورد.^۱

با آن که تبصره ماده ۲۹۱، نگهداری محکوم‌علیه مجنون را تا زمان بهبودی در بیمارستان روانی ذکر کرده بود؛ ولی به نظر می‌رسد، «چنان چه با خاتمه‌ی مدت محکومیت، جنون محکوم‌علیه هم چنان دوام داشته باشد علی‌الاصول دلیلی بر نگهداری و ادامه درمان محکوم‌علیه وجود نداشته و بلافاصله باید از بیمارستان مرخص گردد. مگر آن که قیم یا یکی از سرپرستان قانونی مجنون، نگهداری و ادامه درمان او را بنا بر مصلحت اجازه دهند.»^۲ از طرف دیگر مطابق با قانون، چنان چه بعد از بهبودی فرد مبتلا به اختلال روانی، مدتی از حبس وی باقی مانده باشد، برای تحمّل مدت باقیمانده به زندان عودت داده می‌شود. در این خصوص ماده ۳۷ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ نیز حائز اهمیت است که مقرر داشته بود: «هرگاه محکوم به حبس که در حال تحمّل کیفر است قبل از اتمام مدت حبس مبتلا به جنون شود با استعلام از پزشک قانونی در صورت تأیید جنون، محکوم‌علیه به بیمارستان روانی منتقل می‌شود و مدت اقامت او در بیمارستان جزء مدت محکومیت او محسوب خواهد شد. در صورت عدم دسترسی به بیمارستان روانی به تشخیص دادستان در محل مناسبی نگهداری می‌شود.» تبصره ماده ۵۰۳ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ هم بیان نموده: «محکوم به حبس یا کسی که به علت عدم پرداخت جزای نقدی در حبس به سر می‌برد، در صورت جنون تا بهبودی در بیمارستان روانی یا مکان مناسب دیگری نگهداری می‌شود. این ایام جزء مدت محکومیت وی محاسبه می‌شود.» و بند ث ماده ۴۸۹ همین قانون نیز در بیان وظایف قاضی اجرای احکام کیفری آورده است: «اتخاذ تصمیم درباره محکومان سالمند، مبتلایان به بیماری‌های روانی و بیماری‌های جسمی صعب‌العلاج و سایر افراد محکوم نیازمند به مراقبت و توجه ویژه، از قبیل صدور اجازه بستری برای آن‌ها در مراکز درمانی بر اساس ضوابط و مقررات».

۱- اصغر احمدی موحّد، اجرای احکام کیفری، (تهران، میزان، ۱۳۸۳)، صص ۱۷۹ و ۱۸۰

۲- محمدعلی اردبیلی، پیشین، ص ۸۴

ب- ابتلا به بیماری روانی در حین اجرای مجازات‌های تعزیری و بازدارنده: ماده ۲۸۹ قانون آئین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری مصوب ۱۳۷۸ بیان نموده بود: «جنون بعد از صدور حکم و فرار محکوم‌علیه در حین اجرای حکم موجب سقوط مجازات تعزیری نمی‌باشد.»

ماده ۵۰۲ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ بیان کرده است: «هرگاه محکوم‌علیه به بیماری جسمی یا روانی مبتلا باشد و اجرای مجازات موجب تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبودی وی شود، قاضی اجرای احکام کیفری با کسب نظر پزشکی قانونی تا زمان بهبودی، اجرای مجازات را به تعویق می‌اندازد. چنانچه در جرائم تعزیری امیدی به بهبودی بیمار نباشد، قاضی اجرای احکام کیفری، پس از احراز بیماری محکوم‌علیه و مانع بودن آن برای اعمال مجازات، با ذکر دلیل، پرونده را برای تبدیل به مجازات مناسب دیگر با در نظر گرفتن نوع بیماری و مجازات به مرجع صادرکننده رأی قطعی ارسال می‌کند.

تبصره - هرگاه حین اجرای مجازات، بیماری حادث شود و تعویق اجرای مجازات فوریت داشته باشد، قاضی اجرای احکام کیفری، ضمن صدور دستور توقف اجرای آن، طبق مقررات این ماده اقدام می‌کند.»

۴۱۱

ج- تأثیر بیماری‌های روانی بر اجرای مجازات‌های شرعی (حدود، قصاص، دیات): «نظر فقیهان امامیه این است که جنون پس از ارتکاب جرم و اثبات حد مسقط کیفر نیست، اما در مورد اجرای حد در حالت جنون بین آنها، اختلاف دیده می‌شود. اکثر فقیهان اجرای حد را در حال جنون جایز می‌دانند.» محقق حلی در این باره می‌فرماید: «لا یسقط الحدُّ بِاعْتِرَاضِ الْجُنُونِ وَلَا الْإِرْتِدَادِ»^{۱۱}

صاحب جواهر در شرح عبارات فوق به اصل^۱ و صحیح ابی عیبه از امام باقر علیه السلام استناد می‌کند.^{۲۲} در صحیح فوق آمده است، که از امام (ع) در مورد کسی که حد بر او واجب

۱- جعفر بن حسن ابوالقاسم نجم‌الدین (محقق حلی)، شرایع الاسلام، ج ۴، ص ۴۱۱

۲- شیخ محمد حسن نجفی، جواهر الکلام، ج ۴۱، ص ۳۴۳، به نقل از عبدالقادر عوده، پیشین، ص ۴۱۱





گردیده است ولی قبل از اجرای حد دیوانه شده است. امام (ع) فرمودند: «إِنْ كَانَ أَوْجَبَ عَلَيَّ نَفْسِهِ الْحَدَّ وَهُوَ صَحِيحٌ لَا عَلَيْهِ بِهِ مِنْ ذَهَابِ عَقْلِهِ أَيْمٌ عَلَيْهِ الْحَدُّ كَأَنَّ مَا كَانَ»^۱ یعنی: اگر در حالت صحت عقل و بدون این که عقلش را از دست داده باشد، حد را بر خود واجب گردانیده باشد، حد بر او جاری خواهد شد، هر چه باشد.

امام خمینی (ره) نیز در این باره می‌فرماید: «لَا سَقَطُ الْحَدُّ بِاعْتِرَاضِ الْجُنُونِ فَإِنْ وَجَبَ عَلَيَّ نَفْسِهِ الْحَدَّ وَهُوَ صَحِيحٌ لَا عَلَيْهِ بِهِ مِنْ ذَهَابِ عَقْلٍ ثُمَّ جُنَّ عَلَيْهِ الْحَدُّ، رَجَمًا أَوْ جَلْدًا وَ لَوْ ارْتَكَبُ الْمَجْنُونُ الْآدْوَارِي، يُوجِبُهُ فِي دَوْرِ إِفَاقَتِهِ وَ صَحَّحَهُ عَلَيْهِ أَيْمٌ عَلَيْهِ الْحَدُّ وَ لَوْ فِي دَوْرِ جُنُونِهِ وَ لَا يَنْتَظِرُ بِهِ الْإِفَاقَةَ: وَ لَا فَرْقَ بَيْنَ أَنْ الْحَسِيْسُ بِالْأَلَمِ حَالِ الْمَجْنُونِ أَوْ لَا»^۲

در حال حاضر مقررات تبصره ۱ ماده ۱۵۰ ق.م.ا. ۱۳۹۲ می‌بایستی در نظر گرفته شود که بیان داشته: «هرگاه مرتکب یکی از جرائم موجب حد پس از صدور حکم قطعی دچار جنون شود حد ساقط نمی‌شود. در صورت عارض شدن جنون قبل از صدور حکم قطعی در حدودی که جنبه حق‌اللهی دارد تعقیب و محاکمه تا زمان افاقه به تأخیر می‌افتد. نسبت به مجازات‌هایی که جنبه حق‌الناسی دارد مانند قصاص و دیه و همچنین ضرر و زیان ناشی از جرم، جنون مانع از تعقیب و رسیدگی نیست». و البته تبصره ماده ۳۷۰ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲ که آورده است: «چنانچه جرائم مشمول این ماده مستلزم پرداخت دیه باشد، طبق مقررات مربوط اقدام می‌شود». که با توجه به بند ب ماده ۲۹۲ ق.م.ا. ۱۳۹۲ که جنایات ارتكابی توسط مجنون را خطای محض دانسته و ماده ۴۶۳ و ۴۶۶ همین قانون که مسئول پرداخت دیه در جنایات خطای محض عاقله می‌باشند؛ بنابراین در این باره تکلیف پرداخت دیه از مجنون برداشته می‌شود.

نتیجه‌گیری

در نتیجه‌گیری پایانی این مقاله می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

۱- الوسائل، ج ۱۸، باب ۸ از ابواب مقدمات حدود، حدیث دوم، به نقل از عبدالقادر عوده، پیشین، ص ۴۱۱
 ۲- امام خمینی (قدس سره)، تحریر الوسیله، ج ۲، ص ۴۱۹، مسئله دهم و آیت‌الله خوبی نیز همین نظر را دارند. ر.ک، به مبانی تکمله المنهاج، ج ۱، ص ۲۱۶، به نقل از همان

۱- قطع و یقین آن است که رویکرد قانون‌گذار کیفری ایران به آن دسته از بیماران روانی که به دلیل نوع و درجه بیماری‌شان در مظان ارتکاب جرم قرار دارند، رویکردی منسجم، کارآمد و برگرفته از نتایج مطالعات علمی نمی‌باشد. آن چه که قانون‌گذار ایران به عنوان حالت خطرناک مبتلایان به اختلالات روانی تبیین نموده است، تنها به پیش‌بینی احتمال تکرار جرم بسنده شده و هیچ‌گاه در مقام آن برنیامده است که میزان خطری را که این دسته از بیماران روانی، چه قبل از ارتکاب جرم و چه بعد از ارتکاب جرم برای سلامت خود دارند را در نظر بگیرد. ظاهراً این رویکرد ناشی از آن است که قانون‌گذار ایران، حالت خطرناک بیماران روانی را تنها در زمان پس از وقوع جرم و آن‌هم در ارتباط با میزان خطری که برای سایر افراد جامعه دارند در نظر داشته است. به عبارت دیگر، تنها پیش‌بینی احتمال تکرار جرم را در مجرمین دچار اختلال روانی مد نظر قرار داده است.

به نظر می‌رسد، با داشتن برنامه‌ای دقیق و منسجم و مشارکت دادن اعضای خانواده و نزدیکان و دوستان بیمار روانی و به‌طور عام‌تر با مشارکت جامعه محلی، حتی قبل از ارتکاب جرم از طرف وی، امکاناتی در اختیار بیمار و خانواده او گذاشته شود تا درمان بیماری و یا به حداقل رساندن خطرناکی وی چه در ارتباط با شخص خودش و چه در مورد آسیب رساندن به دیگران موفقیت‌آمیز باشد. بدون آن که قبل از ارتکاب جرم و به تعبیری دیگر، قبل از بروز حالت خطرناک وی مجاز به اعمال تدابیر محدودکننده و شبه کیفری باشیم.

از طرف دیگر، دادن اختیار پیش‌بینی ارتکاب جرم به مراجع خاص اعم از دولتی یا غیردولتی، ممکن است مورد سوءاستفاده قرار گیرد و آزادی افراد جامعه را به مخاطره اندازد. در این راستا به نظر می‌رسد، بهترین اقدام آن است که با قرار دادن امکاناتی اعم از مالی و آموزشی در اختیار بیمار و خانواده او، امکان مداوا و تحت مراقبت بودن اختیاری را برای فرد بیمار و خانواده‌اش مهیا کنیم.

ظاهراً، قانون‌گذار در ماده ۱۵ قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر که در تاریخ ۱۳۸۹/۵/۹ مورد تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام نیز قرار گرفته است؛ با قرار دادن نوعی تکلیف بر عهده فرد معتاد در مراجعه به مراکز مجاز ترک اعتیاد، به پیش‌گیری از آسیب‌های





احتمالی معتادان به خود و دیگران توجه داشته است. در همین جا متذکر می‌شویم که قانون‌گذار در پیشنهاد و معرفی مراکز ترک اعتیاد که علاوه بر مراکز مجاز دولتی به مراکز غیردولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب نیز اشاره کرده است؛ نظر به مشارکت افراد جامعه در پیش‌گیری از اعتیاد و درمان معتادان داشته است.

۲- ماده ۱۵۰ قانون ۱۳۹۲ این موضوع را در نظر گرفته است که دادستان بعد از جلب نظر متخصص - که به نظر نگارنده، روان‌پزشک است - در صورت احراز جنون و حالت خطرناک مرتکب، وی را به محل مناسب می‌فرستد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود که تشخیص نوع اختلال روانی و این موضوع که آیا وی دارای حالت خطرناک است یا خیر؟ به جای این که بر عهده دادستان یا هر نهاد مشابهی قرار گیرد، بر عهده‌ی یک هیئت یا یک کمیسیون گذاشته شود که دادستان نیز عضوی از آن کمیسیون باشد. تا بعد از برگزاری جلسات با حضور شخص بیمار و ترجیحاً خانواده و اطرافیان وی و چند متخصص روان‌پزشک و روان‌شناس، در ارتباط با اختلال و خطرناکی یا عدم خطرناکی بیمار تحت بررسی اظهار نظر نمایند.

حتماً پس از آن که کمیسیون مذکور تصمیم به نگهداری بیمار روانی در بیمارستان مخصوص این دسته از بیماران گرفت. کمیسیون مذکور پس از جلب نظر خانواده بیمار و در صورت امکان شخص بیمار، نحوه‌ی نگهداری، شرایط نگهداری و محل نگهداری بیمار را تعیین نماید. چرا که هیچ کس و هیچ مرجعی بیشتر از خانواده بیمار دغدغه و دل‌نگرانی بهبودی و سلامت بیمار روانی را ندارد. که این اقدام به نوعی مشارکت دادن جامعه در شناسایی بیمار روانی خطرناک و تعیین نوع اقدام اعمال شده علیه وی می‌باشد.

۳- در سال ۱۳۴۶، یعنی حدود ۶ سال قبل از قانون اصلاح قانون مجازات عمومی در سال ۱۳۵۲، طرح «قانون حمایت از بیماران روانی» که با تلاش انجمن پزشکان و روان‌پزشکان ایران و وزارت دادگستری و حقوق‌دانان تهیه شده بود، به تصویب شورای بررسی‌های قضایی رسید و برای تقدیم به مجلس آماده شد؛ لیکن به هر دلیل طرح مزبور تبدیل به قانون نگردید و تاکنون نیز اثری از آن در مجموعه قوانین و مقررات ایران وجود ندارد. لزوم وجود چنین قانون خاصی برای بیماران روانی، بالأخص آن دسته از بیمارانی که دارای حالت خطرناک هستند بر

هیچ کسی پوشیده نیست. لذا تهیه و پیشنهاد لایحه‌ای در این خصوص که ظاهراً توسط وزارت بهداشت^۱ تحت بررسی است، لازم و ضروری می‌باشد.

۴- مواد ۱۵۰ ق.م.ا. ۱۳۹۲ و ۲۰۲ و ۳۷۰ ق.آ.د.ک. ۱۳۹۲، اعمال تدابیر و اقدامات تأمینی از جمله نگهداری و اعزام به بیمارستان روانی را تنها در مورد مجرمین مقرر داشته است و نه بیماران روانی خطرناک. در کشورهای اروپایی و آمریکایی،^{۲۲} مسئله اعزام و نگهداری بیماران روانی خطرناک که مرتکب جرم نشده‌اند اما حالت خطرناک آن‌ها احراز شده است، بدون هیچ نگرانی از نقض حقوق و آزادی‌های فردی و در راستای حمایت از خود شخص بیمار روانی و دفاع از جامعه، امری معمول و قانونی است. به عنوان مثال: می‌توان از قوانین کشور فرانسه در این زمینه نام برد.

در این کشور، صرف‌نظر از نگهداری آزاد بیمار، یعنی موردی که خود فرد تقاضای اعزام خود را به بیمارستان کرده است، دو نوع اعزام و نگهداری با خصیصه اجباری وجود دارد. بیماران روانی موضوع تدابیر اعزام و نگهداری اجباری کسانی هستند که هنوز مرتکب جرم نشده‌اند، ولی دارای حالت خطرناک هستند.

نوع اول تصمیم به نگهداری اجباری، مربوط به اعزام و نگهداری اجباری با خصیصه غالب اداری و تجدید آن توسط استاندار یا در صورت فوریت توسط شهردار است. به لحاظ فقدان قضایی بودن این تصمیم درباره‌ی بیماران روانی، قانون ۱۹۹۰ این تصمیم را پزشکی کرده است. یعنی آن‌که از این پس نظر کتبی و موردی یک روان‌پزشک خارج از مؤسسه محل پذیرش ضروری است، مگر برای مورد فوریت دار که در آن صورت، شهرت عمومی و آشکار بودن مورد، جایگزین نظر پزشکی می‌شود.

مورد دیگر اعزام و نگهداری اجباری بیمار روانی که سابقاً به عنوان داوطلبانه شهرت داشت ولی امروزه با عنوان «نگهداری فرد بنا بر تقاضای شخص ثالث» نام‌گذاری شده است؛ به ابتکار خصوصی یک شخص ثالث مبتنی است. این شخص می‌تواند عضوی از خانواده بیمار یا شخصی که در جهت مصلحت وی اقدام کرده است، باشد. این تصمیم به دنبال تقاضا، توسط

^۱ <http://bpdanesh. Ir> باشگاه پژوهشگران جوان

^۲ - مانند کشورهای نروژ، ایتالیا و کانادا



مدیر مؤسسه اتخاذ می‌شود. این تقاضا همراه با دو گواهی پزشکی که اولین آن را باید یک پزشک خارج از مؤسسه محل پذیرش صادر کرده باشد به مدیر ارائه می‌گردد.

لازم به ذکر است، در ماده ۵ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر نیز اعزام و نگهداری اجباری فرد مبتلا به اختلال روانی شدید که مرتکب جرمی هم نشده است، پیش‌بینی شده است.

به نظر نگارنده، گرچه پیش‌گیری از جرائم بیماران روانی خطرناک و پیش‌بینی تکرار جرم و یا پیش‌گیری از جرائم اولیه این دسته از افراد جامعه می‌تواند کمک قابل توجهی به نظام عدالت کیفری و به‌طور کلی به جامعه نماید. اما با توجه به عدم قطعیت این پیش‌بینی‌ها و احتمالی بودن آن‌ها، این امکان وجود دارد که با ارتکاب اشتباه، دستگاه قضائی را دچار بی‌اعتباری نماید و اشتباهات آن را افزایش دهد. که در بلندمدت چنین مسئله‌ای موجب عدم اعتماد عمومی به دستگاه عدالت کیفری می‌گردد؛ و حقوق و آزادی‌های اساسی افراد جامعه را به خطر اندازد. به این اشتباهات اگر حب و بغض‌های سیاسی و عقیدتی و گروهی و ... را نیز اضافه کنیم، به این نتیجه می‌رسیم که دادن اختیار به یک مرجع یا یک گروه برای پیش‌بینی ارتکاب جرم از طرف یک گروه از افراد جامعه، توالی فاسد زیادی خواهد داشت. در اینجا می‌توان این سؤال را مطرح کرد که اگر امکان پیش‌بینی ارتکاب جرم در بیماران روانی خطرناک وجود دارد و این پیش‌بینی باعث اعمال محدودیت‌هایی نسبت به آن‌ها می‌شود. چرا نتوانیم نسبت به افراد و گروه‌هایی که آمار بزه‌کاری در آنان بیشتر از سایر افراد عادی جامعه است. از جمله کودکان در معرض خطر، افراد معتاد به مواد مخدر، افراد فقیر و بی‌خانمان، نیز چنین محدودیت‌ها و اقدامات تأمینی را به کار بندیم. آیا اگر تمامی افراد معتاد و کودکان در معرض خطر را تحت مراقبت اجباری و نگهداری در مراکز خاصی قرار دهیم. از میزان جرائم ارتکابی آنان کاسته نمی‌شود؟ قطعاً از جرائم ارتکابی توسط آن‌ها کاسته می‌شود. اما به قیمت تضییع حقوق و آزادی‌های افراد جامعه و زیر سؤال بردن کرامت انسانی آن‌ها. لذا به نظر نگارنده، اعمال هرگونه اقدام درمانی نسبت به افرادی که هیچ‌گونه جرمی مرتکب نشده‌اند؛ بدون رضایت خود شخص بیمار در صورت داشتن آن مقدار از اراده و اختیار که بتواند مصلحت خود را بداند و در غیر این صورت، بدون رضایت خانواده وی، مخالف حقوق و آزادی‌های اساسی یک فرد از جامعه می‌باشد.



منابع و ماخذ

۱. احمدی موحد، اصغر، اجرای احکام کیفری، تهران، نشر میزان، ۱۳۸۳
۲. آخوندی، محمود، آئین دادرسی کیفری، تهران، سازمان چاپ و انتشارات، جلد اول ۱۳۸۹
۳. اردبیلی، محمدعلی، حقوق جزای عمومی، تهران، نشر میزان، جلد دوم ۱۳۸۵
۴. خالقی، علی، آئین دادرسی کیفری، تهران، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ۱۳۸۸
۵. دلماش - مارتی، می ری، نظام‌های بزرگ سیاست جنایی، مترجم علی حسین نجفی ابرندآبادی، تهران، نشر میزان، ۱۳۸۱
۶. زراعت، عباس و علی مهاجری، آئین دادرسی کیفری، تهران، فکر سازان، ۱۳۸۲
۷. صابری، سید مهدی و محمدرضا محمدی، نگرشی نو به روان پزشکی قانونی - دانش بهره‌وری از مفاهیم روان‌شناختی در حیطه قضائی، تهران، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمور زاده - نشر طیب، ۱۳۸۴
۸. صانعی، پرویز، حقوق جزای عمومی، تهران، دانشگاه ملی ایران، جلد دوم ۱۳۵۹
۹. عوده، عبدالقادر، حقوق جزای اسلامی، مترجمان ناصر قربان نیا و سید مهدی منصوری و نعمت‌الله الفت، تهران، نشر میزان، جلد دوم ۱۳۷۹
۱۰. قاسمی، ناصر، اقدامات تأمینی و تربیتی در حقوق کیفری ایران، تهران، نشر میزان، ۱۳۷۴
۱۱. قیاسی، جلال‌الدین و حمید دهقان و قدرت‌الله خسروشاهی، مطالعه تطبیقی حقوق جزای عمومی اسلام و حقوق موضوعه، قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۰
۱۲. قربانی، علی، دادرسی منصفانه در رویه دادگاه اروپایی حقوق بشر، قم، حقوق امروز، ۱۳۸۹
۱۳. کی نیا، مهدی، مبانی جرم‌شناسی، تهران، مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران، جلد اول ۱۳۹۰
۱۴. کاپلان، هارولد و بنیامین سادوک، چکیده روان‌پزشکی بالینی، مترجم نصرت‌الله پور افکاری، تهران، آزاده، ۱۳۷۸



۱۵. بابایی، محمدعلی، «جایگاه توسل به شاخص‌های زیستی - روانی - اجتماعی در تشخیص حالت خطرناک»، مجله تخصصی دانشگاه علوم اسلامی رضوی، شماره ۱۵ و ۱۶، سال پنجم ۱۳۸۴

۱۶. نجفی ابرندآبادی، علی حسین، «کیفر شناسی نو - جرم‌شناسی نو، درآمدی بر سیاست جنایی مدیریتی خطر مدار»، تازه‌های علوم جنایی (مجموعه مقاله‌ها)، تهران، بنیاد حقوقی میزان، ۱۳۸۸

۱۷. امینی، محمد، «ضمانت احتیاطی در قانون اقدامات تأمینی مصوب ۱۳۳۹»، پایان‌نامه دوره دکتری دانشکده حقوق دانشگاه تهران، ۱۳۴۶

۱۸. هژبری، محمد، «بررسی اختلالات روانی از دیدگاه روان‌پزشکی قانونی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



سیاست کیفری ایران در رابطه با آزار جنسی ، مقابله و پیشگیری

(تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ، تاریخ تصویب ۱۳۹۷/۰۴/۰۸)

نفسه باقری

چکیده

آزار جنسی بحثی است که امروزه در بسیاری از کشورها مورد توجه قرار گرفته است چرا که قربانیان این نوع جرایم اغلب کودکان و بانوان به ویژه شاغل در محیط های اجتماعی می باشند. در قانون کشور ایران تعریف دقیقی از آزار جنسی و مصادیق آن ارائه نشده است. در این پژوهش که از شیوه تحلیل و توصیف با ابزار کتابخانه ای با رویه فیش برداری انجام شده ، سعی شده که در جهت پاسخ به پرسش راه های اتخاذی هنگام مواجهه با آزار جنسی چیست ؟ بر آمده و با توجه به مواد قانونی سعی در پیدا کردن مصادیق آن بر آیین خصیصه کلی بودن قانون و گاه ابهام، اجمال، تعارض و یا سکوت قانون، ضرورت تفسیر را ایجاب می کند قانون مجازات اسلامی و قانون آیین دادرسی کیفری نیز عاری از موارد فوق الذکر نمی باشند. که در نهایت به ارائه نتیجه گیری و پیشنهادات می پردازیم.

۴۱۹



واژگان کلیدی: آزار ، جنسی، زنان، کودکان، پیشگیری از جرایم، قانون مجازات

اسلامی، جرایم جنسی