

## الگوی اصلاح قوانین کیفری مرتبط با جنون

### بر مبنای علم روان‌پزشکی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۹

محمدکاظم یعقوبی گلوردی\*

چکیده:

رفع مسئولیت کیفری از مجانین و دیوانگان در قانون و اهمیت تشخیص جنون، موجب گردیده است که محاکم از نظرهای روانپزشکان (برای تشخیص جنون) استفاده نمایند. بنابراین برای صدور احکام قضایی عادلانه، هم قوانین فعلی باید متنقن باشند و هم نظرات روانپزشکی، بر پایه علوم روز. جنون از لحاظ حقوقی، وضعیتی است که فرد، قدرت تشخیص ندارد و اعمال او اختیاری نیست. از نظر مسئولیت‌پذیری، مطابق قانون (ماده ۵۱ ق.م.ا.): اول این‌که، رافع بودن مسئولیت کیفری فقط به اختلال روانی جنون اختصاص داده شده است و دوم این‌که محدوده‌ای واقع نگردیده که بتوان برخی اعمال را با لحاظ شرایط روانی فرد، مسئولیت کیفری نازل‌تری داد. این در حالی است که بسیاری از افراد، اگرچه در معنای خاص، مجنون نیستند؛ اما دارای اختلالات و خدشه‌های روانی هستند که آنان را نه می‌توان مجنون دانست و نه عاقل. فلذا باید مطابق علم روانپزشکی، با حفظ خاستگاه شرع و عرف، بسترهای قانونی جدیدی ایجاد نمود تا قضاوت در خصوص این‌گونه افراد را جامعیت بخشید.

الگوی زیر پیشنهاد اصلاح وضعیت کنونی جنون از باب رفع مسئولیت کیفری می‌باشد که می‌تواند يك یا چند مورد از آن لحاظ گردد.

تعریف صحیح و کامل جنون در قانون؛

حذف واژه جنون و جایگزین نمودن عبارات متنقن؛

اضافه نمودن عبارات و عناوینی که دایره تسمول گسترده‌تری نسبت به قانون کنونی داشته باشد.

مرحله اول؛ تعیین وضعیت روانی شخص مجرم توسط روانپزشکان با محوریت ذیل:

الف - فقدان قوه تشخیص و اراده ← اختلال روانی با اثر بالا در ارتکاب جرم

ب - وجود نسبی قوه تشخیص و اراده ← اختلال روانی با اثر نسبی در ارتکاب جرم

ج - وجود قوه تشخیص و اراده ← سلامت روان

و در مرحله بعد، اصدار رأی توسط محاکم پس از اخذ نظرات فوق به‌نحو ذیل:

الف - اختلال روانی شدید ← رفع مسئولیت ← حذف مجازات.

ب - اختلال روانی متوسط با اثر نسبی ← مسئولیت نسبی ← مجازات مخفیه.

ج - سلامت روانی و اختلال روانی ناچیز ← مسئولیت تام ← مجازات کامل.

واژگان کلیدی: جنون، سایکوز، اختلال روانی، مسئولیت کیفری، قوانین کیفری، علم

روان‌پزشکی، تشخیص، اراده.

\* نویسنده مسئول؛ کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی.

## مقدمه

یکی از مباحث پیچیده که هم در حوزه قضایی و هم در علم روان‌پزشکی، به‌طور مستقل یا مرتبط باهم، دارای اهمیت قانونی و درمانی است؛ جنون می‌باشد.

اهمیت جنون در قانون و امور قضایی، در این نکته است که احراز آن، سبب رفع مسئولیت کیفری در فرد می‌گردد. روان‌پزشکان، به تشخیص عارضه جنون در فرد پرداخته و محاکم، با استفاده از این نظرات و انطباق آن با مفاد قانونی، تصمیمات خاص قضایی می‌گیرند. در حقیقت، قضات دادگاه‌ها، برای صدور آراء در خصوص رفع مسئولیت کیفری مجانین، از يك طرف به نظرات کارشناسی روان‌پزشکان نیازمند هستند و از طرف دیگر، احتیاج به قوانین مدون و حساب‌شده‌ای دارند که با توجه به آن، به انشای رأی در خصوص چگونگی مسئولیت فرد در قبال فعل انجام‌داده، بپردازند. بنابراین می‌توان گفت؛ برای صدور احکام قضایی عادلانه، لازم است که قوانین موجود، متقن و رسا بوده و نظرات روان‌پزشکی نیز بر پایه علوم روز باشد. بر این اساس، تشخیص جنون، از موارد مشترك قانون مجازات و علم روان‌پزشکی محسوب می‌گردد و لاجرم، برای پرداختن به چگونگی مسئولیت کیفری مجانین، باید به هر دو وجه موضوع نگاه شود.

## زمینه و اهداف

## یکم؛ ضرورت بازنگری در مبحث جنون:

به‌نظر می‌رسد در شرایط کنونی و خصوصاً از لحاظ قانونی، موضوع جنون، دارای ابهامات و کاستی‌های قابل توجهی باشد. در بسیاری از موارد می‌بینیم که اعلام رفع مسئولیت کیفری از افراد، با استناد به احراز جنون در وی، تحقق عدالت را به‌نحو مناسب میسر نساخته است. همین وضعیت، در حالاتی مشاهده شده که به سبب عدم اثبات جنون، ادعای رفع مسئولیت کیفری، مطلقاً پذیرفته نگردیده است. بنابراین، لازم است در جهت عادلانه‌تر نمودن احکام قضایی، به اصلاح وضع موجود پرداخته شود. تحقق این امر، براساس مطالبی که در مقدمه ارائه گردید؛ در سایه توجه به دو جنبه مرتبط با موضوع جنون می‌باشد. یکی، جنبه قانونی جنون و دیگری، جنبه روان‌پزشکی آن.

### الف. بررسی نقاط ضعف از جنبه قانونی

۱. فقدان تعریف جنون: با آنکه در نظرات حقوق دانان، فقها و روان‌پزشکان، تعاریف، تعبیر و مصادیق متعددی از جنون مشاهده می‌گردد (البته به صورت ناهمگون و بعضاً متفاوت)؛ ولی در هیچ جای قوانین کنونی کشور ما، تعریفی از جنون وجود ندارد. این مسئله در بسیاری مواقع، کارشناسان را به وقت اظهارنظر و محاکم را هنگام صدور رأی، دچار مشکل می‌نماید.

۲. مطلق بودن جنون از نظر درجه ابتلاء و تأثیر آن بر رفع مسئولیت کیفری، بدون توجه به شدت و ضعف جنون: نگاه به قوانین مربوط به جنون حاکی از آن است که درجات جنون و شدت و ضعف آن، تأثیری در احکام صادره ندارد. یعنی همین اندازه که فرد مبتلا به جنون باشد، مسئولیت کیفری‌اش مرتفع می‌گردد. به نظر می‌رسد، عدالت حکم می‌کند که شدت و ضعف جنون، در تصمیم‌گیری‌ها، مؤثر واقع شده و عدم تأثیر جنون در ارتکاب برخی از رفتارهای مجرمانه مورد توجه قرار گیرد.

۳. اعطای مسئولیت تام یا رفع کامل مسئولیت کیفری: مسئولیت یا عدم مسئولیت کیفری در قانون مجازات اسلامی، به صورت تام یا کامل لحاظ شده است. بنابراین، بسیاری از افراد که اختلالات روانی بینابین دارند؛ دارای مسئولیت کیفری تام می‌باشند. به عبارتی، لزوم وجود مسئولیت تخفیف‌یافته یا بینابینی در قوانین مربوط به جنون، محسوس است و نیازمند توجه و بازنگری در جهت عادلانه‌تر نمودن وضعیت کنونی می‌باشد.

۴. انحصار رفع مسئولیت کیفری برای مجانین: از بین اختلالات روانی، رفع مسئولیت کیفری، منحصر به عارضه جنون می‌باشد. می‌دانیم؛ بسیاری از افراد وجود دارند که شدت عارضه روانی آن‌ها موجب عواقب قابل توجه‌تری نسبت به جنون می‌گردد ولی از آنجا که نوع اختلال روانی‌شان، جنون تشخیص داده نمی‌شود؛ مشمول مفاد قانون فوق نمی‌گردند.

### ب. بررسی نقاط ضعف از جنبه روان‌پزشکی

جنون در روان‌پزشکی دارای طیف دقیق و مشخصی نیست. عوارض ناشی از اختلالات روانی، در بسیاری از مواقع، بدون توجه به نام و عنوان بیماری، تا حدود زیادی یکسان و

مشابه می‌باشد. ممکن است بسیاری از اختلالات روانی در شرایط خاص، جنون تلقی شده یا آثار مشابه به آن را داشته باشند؛ ولی با این نام معرفی نگردند<sup>۱</sup>. این در حالی است که قوانین موجود، تنها برای عنوان جنون، رفع مسئولیت کیفری قائل است. فلذا، این موضوع می‌تواند گویای لزوم بازنگری در قوانین مربوط به جنون باشد. به عبارتی، مشخص نبودن طیف دقیق جنون و وجود برخی اختلالات روانی که در مرز جنون و سلامت قرار دارند؛ زمینه‌ای برای توجه روان‌پزشکان، به اصلاح نحوه تشخیص و ارائه نظر کارشناسی در خصوص جنون می‌باشد.

#### دوم؛ شرایط پیشنهادات اصلاحی:

با توجه به جنبه‌های فوق، ضرورت بازنگری و اصلاح قوانین مربوط به جنون و نظرهای کارشناسان روان‌پزشکی، توسط مراجع ذی‌صلاح و صاحب‌نظران حوزه‌های مربوطه، امری ضروری به نظر می‌رسد. بر همین اساس و در جهت کاهش کاستی‌ها و ابهامات موجود، نیازمند ارائه الگوی اصلاحی در این خصوص هستیم. طبیعتاً برای تدوین الگوی مزبور، ابتدا بایستی ضمن تبیین وضعیت کنونی جنون در محاکم قضایی، علم روان‌پزشکی و قوانین، نقاط ضعف و مبهم آن را که در اصدار احکام عادلانه، تأثیر منفی دارند؛ شناسایی نموده سپس راهکارهای مناسبی را در قالب الگوی اصلاحی مطرح کرد که اعمال آن‌ها، وضعیت فعلی را به سمت احکامی منصفانه‌تر رهنمون باشد.

#### مبحث اول: جایگاه جنون و دیگر اختلالات روانی در روان‌پزشکی

در علم روان‌پزشکی، تعاریف متعددی از جنون ارائه شده است و بیشتر روان‌پزشکان، آن را معادل «سایکوز» می‌نامند. بر این اساس، گروهی عنوان داشته‌اند که جنون نوعی اختلال روانی وخیم است که به واسطه آن، جریان فکر، اندیشه، رفتار، کردار، احساس و اعمال در شخص، از راه صواب و عادی منحرف می‌گردد. همچنین گفته شده است که جنون یا سایکوز، قطع ارتباط با واقعیت است که به‌طور مشخص شامل هذیان (عقاید نادرست درباره وقایع یا اشخاص) و توهم (دیدن یا شنیدن چیزهایی که وجود خارجی ندارند) می‌باشد. با این حال، وجه مشترك صاحب‌نظران علم روان‌پزشکی در این است که

جنون را در مبحث اختلالات روانی وارد می‌دانند. از نظر این علم، اختلال روانی يك سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی است که در فرد روی می‌دهد و با ناراحتی فعلی (یعنی علامت دردناک) یا ناتوانی یا افزایش قابل ملاحظه خطر مرگ، درد یا از دست دادن قابل ملاحظه آزادی، همراه است.<sup>۲</sup> روان‌پزشکان اختلالات روانی را بر اساس معیارهای متفاوت، به‌صورت مختلف، طبقه‌بندی نموده‌اند. در ایران، غالباً معیار طبقه‌بندی DSM مورد استناد روان‌پزشکان قرار می‌گیرد. برخی از مهم‌ترین موارد طبقه‌بندی اختلالات روانی براساس راهنمای تشخیص و آمار اختلال‌های روانی عبارتند از:

عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات یادگیری، اختلالات فراموشی، اختلالات هذیانی، اختلالات خلقی، اختلالات دفعی، اختلالات کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی، اختلالات بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلالات شخصیت، اختلالات سلوک، اختلال رفتار مخرب سلوک، اختلالات اضطرابی، اختلالات تیک، اختلالات شبه‌جسمی، اختلالات کنترل تکانه، اختلالات شناختی، اختلالات فراگیر رشد، اختلالات روانی ناشی از سوء‌مصرف مواد مخدر یا الکل، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک ...<sup>۳ و ۴</sup>

براین اساس، اگرچه طبقات مشخصی از اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو، اختلالات هذیانی و... در روان‌پزشکی، تحت عنوان سایکوز یا جنون شناخته می‌شوند؛ اما این امر به معنای خروج صددرصدی تمامی موارد دیگر، از این حوزه نیست. به عبارت دیگر، جنون در روان‌پزشکی دارای مرز کاملاً مشخص نیست. البته، آنچه در روان‌پزشکی، مهم‌تر از نام و عنوان بیماری است؛ شناخت آثار و علائم روانی اختلال در فرد است تا بر پایه آن بهترین روش درمانی را برای وی انتخاب نمایند. شاید یکی از دلایل مهمی که تاکنون صاحب‌نظران این علوم، توجه زیادی به واژه یا عنوان خاص برای نوع آسیب روانی افراد نداشته‌اند نیز، همین نکته باشد. به نظر می‌رسد؛ نیازهای قانونی و حقوقی مرتبط با آن، موجب می‌شود که تفکیک اختلالات روانی، اهمیت ویژه‌ای پیدا کند. از این نظر خصوصیات برخی اختلالات می‌تواند حائز اهمیت باشد. به عنوان مثال، در طبقه‌بندی فوق‌الذکر، اختلالاتی وجود دارند که اصولاً ارتباط با ارتکاب جرم پیدا نمی‌کنند

(مانند اختلالات یادگیری)، اختلالاتی که فرد به سن رشد نمی‌رسد (مانند اختلالات فراگیر رشد)، اختلالاتی که با جنون و علایم آن فاصله زیادی دارند (مانند اختلالات خواب) و مهم‌تر از همه حالاتی از اختلال روانی وجود دارند که در مرز خاکستری یا بینابین قرار دارند. (مانند اضطراب، پرخاشگری، وسواس، آشفتگی‌ها و اختلالات خلقی، اختلال در کنترل خشم و هیجان و...) <sup>۵ و ۶</sup>

### مبحث دوم: جایگاه جنون در قانون

مفاد قانونی مربوط به جنون شامل مواد ۵۱ و ۵۲ ق.م.ا. به صورت مستقیم تکلیف مسئولیت کیفری مجانین را مشخص ساخته است ولی آنچه در محور موضوع مورد نظر ما قرار دارد ماده ۵۱ ق.م.ا. می‌باشد که بیان می‌دارد:

«جنون در حال ارتکاب جرم به هر درجه که باشد رافع مسئولیت کیفری است.

تبصره ۱ - در صورتی که تأدیبات مرتکب مؤثر باشد به حکم دادگاه تأدیبات می‌شود.

تبصره ۲ - در جنون ادواری شرط رفع مسئولیت کیفری، جنون در حین ارتکاب جرم است.» <sup>۷</sup>

همان‌طور که پیداست محور ماده قانونی مصرحه در قانون، در خصوص رفع مسئولیت کیفری می‌باشد. بنابراین باید دید که خاستگاه رافعیات از مسئولیت کیفری در مجانین ناشی از چیست؟

در پاسخ به این سؤال، ابتدا لازم است که بدانیم معیار تشخیص و تعریف جنون در عرف، دکترین‌های حقوقی و فقه چیست؟

- در نگاه عرف، جنون را با واژه دیوانگی می‌شناسند. <sup>۸</sup> فرد دیوانه کسی است که اصولاً دست به حرکات غیرمتعارف و غیرعقلانی می‌زند. در واقع، هرگاه اعمال و رفتار کسی از نظر عموم مردم، غیرعادی، غیر قابل کنترل و بی‌اختیار باشد؛ او را دیوانه خطاب می‌کنند. عرف زمانی شخص را دیوانه می‌داند که فساد عقل او، آن اندازه باشد که نتواند آن را بازشناسد.

- از نظر فقها، غالباً، فساد یا زوال عقل، معیار تشخیص جنون می‌باشد. به عبارتی، جنون را آن دسته از اختلالات و آشفتگی‌های روانی دانسته‌اند که منشأ آن فساد عقل است و در نتیجه آن، فرد از قوه تمییز و تشخیص بی‌بهره خواهد بود. <sup>۹ و ۱۰</sup>

جرجانی می‌گوید: الجنونُ هو اختلالُ العقل بحيثُ يمنعُ جريانَ الافعالِ والاقوالِ علی نهجِ العقلِ الا نادراً.<sup>۱۱</sup>

در کتاب معجم المصطلحات القانونية آمده است: حاله مرضیه تصیب العقل و تعطّل القدرة الادراک عندالانسان بصورة الدائمة او موقته.<sup>۱۲</sup> همچنین؛ محقق نراقی، بیماری جنون را يك نوع بیماری ویژه، با نشانه‌های بالینی روشن نمی‌داند. نراقی جنون را بر دسته گسترده‌ای از آشفتگی‌ها و اختلال‌های روانی اطلاق کرده است که منشأ آن فساد عقل است. به دیگر سخن، در دیدگاه ایشان، هر شخصی را که به آشفتگی‌های فساد عقل، دچار آمده باشد، در دایره جنون قرار می‌گیرد. در حقیقت، نراقی فساد عقل را سرچشمه بیماری جنون می‌داند.<sup>۱۳</sup>

- از نظر حقوقی و قضایی، منظور از جنون حالتی است که مجرم در زمان ارتکاب جرم، اراده کامل بر اعمال خود نداشته یا از نتیجه اعمال خود بی‌اطلاع باشد. یعنی وضع روانی و عقلی فرد به گونه‌ای است که وی هنگام انجام عمل، آگاهی و اراده در حد متعارف را ندارد.<sup>۱۴</sup> در حقیقت، جنونی که قوه تمییز را زایل و اختیار انسان را سلب کند مانع از استناد جرم به دیوانه و در نتیجه، رافع مسئولیت کیفری است.<sup>۱۵ و ۱۶</sup>

با تجمیع نظرات فوق می‌توان این‌گونه عنوان نمود که فرد مجنون، فاقد شعور کافی برای تشخیص قبح فعل ارتكابی بوده و همین امر اراده را از وی سلب می‌کند (تشخیص خوب و بد). و فقدان اراده به معنای فقدان عنصر روانی بوده که از مبانی مجازات مجرمان می‌باشد.<sup>۱۷ و ۱۸</sup> مسلماً در این مقوله، افرادی سالب‌الاراده محسوب می‌گردند که دارای «اختلالات روانی شدید» باشند. بنابراین در پاسخ به سؤال موردنظر، یعنی خاستگاه رافعیّت از مسئولیت کیفری در مجانین ناشی از چیست؟ جواب ما اختلالات شدید روانی خواهد بود (نه جنون). در حقیقت، جنون، معیار قانونی برای رفع مسئولیت کیفری است و گرنه فلسفه رافعیّت از مجازات، اختلالات شدید روانی می‌باشد. این مطلب را به‌طور خلاصه می‌توان با نمودار ذیل نشان داد:

اختلالات شدید روانی ← فقدان شعور برای تشخیص حسن و قبح افعال و رفتار  
 فقدان اراده در فرد ← فقدان عنصر روانی برای جرم ارتكابی  
 رافعیت از مسؤلیت کیفری

**مبحث سوم: وضعیت تطبیق جنون در علم روان‌پزشکی و قوانین مورد**

### استناد محاکم

۱. خواسته مراجع قضایی در استعلام از کارشناسان روان‌پزشکی، تشخیص و اعلام‌نظر در خصوص آن دسته از اختلالاتی است که قوه تمییز و اراده شخص را مختل ساخته و مشخصاً «جنون» نامیده می‌شوند. بنابراین اختلالات روانی دارای دایره وسیعی بوده و فقط انواع خاصی از آن‌ها، حکم جنون را خواهد داشت.

۲. طبقاتی از این اختلالات، بنابر دلایلی مانند نداشتن ارتباط با ارتکاب جرم و یا ماهیت خاص بیماری که فرد هیچ‌گاه به سن رشد عقلانی نمی‌رسد؛ از دسته بحث ما خارج می‌گردند (اختلالات یادگیری و اختلالات فراگیر رشد). دلیل امر نیز مشخصاً این است که اصولاً تصور وقوع جرم توسط این دسته از بیماران، متصور نمی‌باشد.

۳. به راحتی می‌توان برخی از طبقات اختلالات روانی را از رافعیت مسؤلیت کیفری بهره‌مند ساخت. از نظر قانونی، شدت بیماری بر قوه تمییز و شعور این افراد اثر قابل توجه داشته و منجر به سلب عنصر روانی از آن‌ها در ارتکاب جرم می‌گردد و از طرف دیگر نیز طبق نظر روان‌پزشکان، این اختلالات صراحتاً جنون یا سایکوز نامیده می‌شود (اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و...).<sup>۱۹</sup> البته در همین طیف نیز مواردی وجود دارند که فرد از نظر روان‌پزشکی دارای جنون است ولی در خصوص فعل خاص ارتكابی، دارای اراده و تشخیص بوده است که پرداختن به این موضوع از حوصله بحث ما خارج است.

۴. طبقاتی از اختلالات روانی وجود دارند که به‌رغم شدت اختلال روانی و محرز بودن فقدان قوه تمییز و اراده در آن‌ها (که قطعاً منجر به از بین رفتن عنصر روانی در جرایم ارتكابی می‌گردد)، از رافعیت مسؤلیت کیفری برخوردار نخواهند بود. دلیل آن نیز در این نکته می‌باشد که قانون، رفع مسؤلیت کیفری را مختص جنون قرار داده و از نگاه روان‌پزشکی، این



اختلالات، جنون یا سایکوز نامیده نمی‌شوند (مانند عقب‌ماندگی ذهنی شدید).<sup>۲۰ و ۲۱</sup>

۵. بررسی‌ها نشان می‌دهد؛ جنون از نظر روان‌پزشکی دارای طیف و مرز دقیقی نیست.<sup>۲۲</sup> بسیاری از اختلالات ممکن است حالت بینابین سلامت و جنون را داشته باشند. این دسته از اختلالات اصطلاحاً اختلالات طیف خاکستری نامیده می‌شوند.<sup>۲۳</sup> روان‌پزشکان که غالباً از لفظ سایکوز برای بیماری جنون استفاده می‌نمایند؛<sup>۲۴</sup> برخی اختلالات را به‌عنوان اختلالات بارز جنون می‌دانند اما بسیاری از مشکلات روانی مانند اضطراب، پرخاشگری، وسواس، آشفتگی‌ها و اختلالات خلقی، اختلال در کنترل خشم و هیجان و... نیز می‌توانند بعضاً جنون یا شبه‌جنون تلقی گردند و یا آثار ادراکی و قدرت تشخیص مشابهی با مجانین به فرد دهند و دست به اقدامات غیرعقلانی بزنند.<sup>۲۵</sup> عدم توجه قانون به این موضوع مهم موجب شده است که بسیاری از افراد، اگرچه از نظر علمی دارای اختلالاتی هستند که قوه اراده آن‌ها را کلاً یا جزئاً دستخوش تغییر می‌نماید و به فرد اجازه تصمیم‌گیری عادی نمی‌دهد؛ ولی قانوناً، از قاعده جنون و در نتیجه رفع مسئولیت کیفری و حتی مسئولیت تخفیف‌یافته، بی‌بهره می‌مانند. این افراد بعضاً دارای اختلالاتی همپا یا مشابه با جنون می‌باشند.

#### مبحث چهارم: توجیهاتی که اصلاح قوانین مربوطه را مجاز و الزامی می‌شمارد

به‌نظر نگارنده، این که صرفاً با نقد يك قانون به این نتیجه برسیم که مفاد آن احتیاج به اصلاح و تغییر دارد؛ کفایت نمی‌کند. باید دید که آیا اصولاً امکان بهبود اوضاع میسر می‌باشد یا خیر. مشخصاً درباره موضوع مورد نظر، باید بدانیم که آیا توجیهات قابل قبول بر لزوم اصلاح قوانین جنون بر مبنای تأثیر درجه اختلال روانی بر اراده و قوه تمییز افراد، به مسئولیت تام و مسئولیت تخفیف‌یافته‌ی مسئولیت تام وجود دارند یا نه؟ به‌نظر می‌رسد این موجهات وجود داشته و برخی از آن‌ها عبارتند از:

۱. توجه به فلسفه ایجادى ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی: محور اصلی این ماده بر پایه رافعیّت مسئولیت کیفری قرار دارد. همان‌طور که گفتیم خاستگاه مسئولیت کیفری، در فقدان عنصر روانی است و آمدن لفظ جنون در قانون، موجب محدودیت اعمال آن به‌نحو صحیح شده است. فلذا اعتقاد بر تفکیک مسئولیت افراد براساس تأثیر و درجات اختلال

روانی، تعارضی با فلسفه ایجاد قانون ندارد.

۲. توجه به سایر مواد قانون مجازات اسلامی: اگر چه مواد ۵۱ و ۵۲ ق.م.ا.، واژه جنون را ملاک قرار داده است ولی مفاد درج شده در بسیاری از مواد دیگر همین قانون، اشاره به شرایطی مانند عقل و اختیار، آگاهی به موضوع جرم و ... داشته است. این موضوع نشان می‌دهد که مبنای مجازات، بیشتر قائم بر شرایط شخص مرتکب است تا احراز واژه جنون (شرایط حد زنا در ماده ۶۴ ق.م.ا.، شرایط اقرار در ماده ۶۹ ق.م.ا.، شرایط حد لواط در ماده ۱۱۱ ق.م.ا.، شرایط حد سرقت در ماده ۱۹۸ ق.م.ا. و ...).<sup>۲۶</sup>

۳. ماده ۲۲ قانون مجازات اسلامی: بند ۵ ماده ۲۲ ق.م.ا. به قاضی اختیار داده است با توجه به شرایط خاص متهم، در مجازات وی تخفیف قائل شود. این قانون بر دایره رافعییت از مسئولیت کیفری، مسئولیت تقلیل یافته و اختلالات روانی غیر از جنون را نیز وارد می‌کند که نگاهی مثبت محسوب می‌گردد. با این حال، با وجود برخی ابهامات که ذیلاً به برخی از آن‌ها اشاره می‌گردد، به نظر نمی‌رسد که بتوان با استناد به آن، عدالتی فراگیر را در تصمیم‌گیری‌های موضوع مربوطه حاکم ساخت:

اول آن که، برای شرایط و اوضاع و احوال خاص متهم، مصادیق و معنای روشنی قید نشده است. تنها در حالت خوشبینانه، این قابلیت را ایجاد می‌کند که اختلال روانی را از شرایط تخفیف کیفر بدانیم.

دوم آنکه، اختیاری بودن تخفیف برای قاضی، این تعارض را ایجاد می‌کند که اصولاً اگر فرد به سبب مشکلات روانی، مستوجب تقلیل و تخفیف مجازات است؛ بالطبع باید حکم به الزام آن نمود نه این که امری اختیاری باشد!

سوم آنکه، ماده ۲۲ ق.م.ا.، قانون مجازات‌های تعزیری و بازدارنده را در بر می‌گیرد و شامل حدود و قصاص نمی‌شود. در حالی که می‌دانیم عمده مجازات‌های سنگین، در این طیف قرار دارند.

۴. اختلالات بینابینی: همان‌طور که قبلاً گفته شد وجود اختلالات روانی بینابین، خود، اصلی‌ترین توجیه بر لزوم استفاده از اختلال شعور نسبی و اعطای مسئولیت نسبی یا تخفیف یافته می‌باشد. قانون موجود، مشکل مجانین یا دیوانگان را تا حدود زیادی حل

می‌کند؛ اما متأسفانه مشکل آن گروه از افراد را که در مرز عقل و جنون قرار دارند، نادیده انگاشته و بدین‌سان از علم فاصله گرفته است.<sup>۲۷</sup>

۵. توجه به قوانین گذشته در کشور: بند "ب" ماده ۳۶ قانون اصلاح قانون مجازات عمومی مصوب ۷ خرداد ۱۳۵۲، اشاره به نسبی بودن شعور، قوه تمییز یا اراده داشت که محاکم، بدین ترتیب می‌توانستند احکام تقلیل یافته را برای حالات بینابینی اختلالات روانی صادر نمایند. متأسفانه در قوانین فعلی، این موضوع بدون توجه قابل قبولی، منتفی گشته است. نگاه مثبت قانون به این مسئله در قوانین گذشته و آثار قابل قبول آن، دلیل دیگری است بر نیاز اصلاح قوانین فعلی.<sup>۲۸</sup>

۶. توجه به قوانین دیگر کشورها: بررسی‌ها نشان می‌دهد در بیشتر کشورها، به‌خصوص کشورهای پیشرفته، اول این‌که؛ مبنای رافعی از مسئولیت کیفری اشخاص، اختلالات روانی خاص نمی‌باشد. در این کشورها، اختلالات یا نارسایی‌های روانی که منجر به از بین بردن اراده و قدرت تشخیص درست و نادرست در فرد می‌شود؛ به‌عنوان معیار قضاوت مدنظر قرار گرفته است. دوم این‌که؛ در بیشتر این کشورها، به مسئولیت تقلیل یافته نیز توجه شده است. قوانین مربوط به برخی از کشورهای پیشرفته در این خصوص عبارتند از:

- ماده ۱۲۲ قانون مجازات فرانسه: توجه به اختلال روانی و مغزی، از بین رفتن قوه تمییز یا کنترل بر اعمال خود را، رافع مسئولیت کیفری دانسته است.

- انگلستان: از اواسط قرن ۱۹ م، توجه به عدم مسئولیت کیفری بیماران روانی رایج شد.

- دانمارک: مسئولیت کیفری را برای افراد دچار اختلالات روانی استثنا نموده و برای آن‌ها اقدامات تأمینی لازم را پیش‌بینی نموده است. در این کشور برای کسانی که دارای نارسایی ذهنی یا اختلال روانی گذرا می‌باشند؛ مسئولیت خفیف در نظر گرفته شده است.

- ماده ۸۸ قانون مجازات اسپانیا: بیماران روانی فاقد درک و اراده را فاقد مسئولیت کیفری دانسته و کاهش ادراک و اراده را سبب تخفیف مسئولیت قلمداد نموده است.

- ماده ۳۹ قانون مجازات هلند: افراد دارای نارسایی روانی یا انحراف اراده ذهنی را قابل

مجازات نمی‌داند.

- آمریکا: قوانین این کشور مجازات کیفری افراد را از حالت بلی و خیر خارج نموده و تقلیل مجازات را در قوانین خود گنجانده است.<sup>۲۹ و ۳۰</sup>

۷. توجه به فراوانی اختلالات روانی (غیر از جنون) در مجرمین: طبق بررسی‌های صورت گرفته، در بین مرتکبین جرایم مختلف (خصوصاً جرایم خشن و منازعاتی)، درصد بسیار بالایی از اختلالات روانی مشاهده می‌شود که از نظر روان پزشکی و قانونی، جنون تلقی نشده و دارای مجازات تام خواهند بود. چه بسا، بسیاری از این جرایم، ارتباط مستقیم با نوع اختلال روانی مربوطه داشته و نوعاً نتیجه‌ای از این عارضه باشند. ذیلاً به چند مورد از این بررسی‌ها، اشاره می‌گردد؛

الف. مطالعه‌ای که روی تمامی زندانیان مرد با جرم اثبات شده قتل در زندان‌های شهر تهران در سال ۱۳۷۹ (۱۳۶ نفر) صورت گرفت، حاکی از آن است که ۸۷٪ آن‌ها از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند که در میان آن‌ها پرخاشگری، اضطراب و شکایات جسمانی، بیشترین درصد را داشته است. این موارد هیچ‌یک جنون محسوب نشده و تأثیری بر مسئولیت کیفری فرد ندارند؛ در حالی که اختلالاتی در همین حد نیز، احتمال ارتکاب جرایم سنگین را افزایش می‌دهند.<sup>۳۱</sup>

اختلالات	درصد از کل زندانیان	مالی	خشن	غیرخشن	اعتیاد	منکرات
تمام انواع اختلالات	۸۸/۴	۵۳/۷	۷۰/۳	۹۱/۵	۱۰۰	۷۸/۸
اختلالات خلقی	۴۸/۷	۳۵/۲	۵۵/۴	۵۲/۱	۳۵	۵۷/۵
اختلالات پسیکوتیک	۳/۹	۰	۰	۲/۸	۵/۶	۱۱/۳
اختلالات اضطرابی	۱۵/۷	۱۴/۸	۲۴/۳	۳۱	۶/۹	۳۱/۳
اختلالات مصرف مواد مخدر	۷۸	۲۴/۱	۳۷/۸	۷۸/۹	۱۰۰	۶۵
اختلالات شبه جسمی	۵	۱/۹	۲/۷	۰	۰	۰
اختلالات خوردن	۰	۰	۰	۰	۰	۰
اختلالات انطباقی	۱۳/۹	۲۰/۴	۱۸/۹	۱۱/۳	۱۲/۵	۱۱/۲

ب. کل زندانیان مربوط به جرم سرقت در کشور (دفتر خدمات ماشینی سازمان زندان‌های ایران ۱۳۸۰): جرم سرقت از رایج‌ترین جرایم ارتكابی مجرمان است. طبق آمار دفتر خدمات ماشینی سازمان زندان‌های جمهوری اسلامی ایران، ۱۸٪ کل مجرمان کشور

به جرم سرقت و ربودن مال غیر، زندانی شده‌اند. بررسی‌های روان‌پزشکی حاکی از آن است که در بین اختلالات روانی مجرمین، سه تابلوی بالینی شامل اختلال وابستگی به موادمخدر، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال جنون دزدی، بیشترین ارتباط را با جرم سرقت دارند. ازین بین، اختلال جنون دزدی از موارد اختلالات نادر بوده و وابستگی به مواد مخدر بحث مناسب خویش را می‌طلبد. اما اختلال شخصیت ضد اجتماعی، یکی از انواع اختلالات شخصیت است که مشخصه اصلی مبتلایان به آن، داشتن الگوی نافذ بی‌اعتنایی و تجاوز به حقوق دیگران است. این عارضه که جنون تلقی نمی‌گردد؛ از سن ۵۱ سالگی شروع شده و دوام پیدا می‌کند. دروغگویی، فرار از مدرسه و منزل، دزدی، نزاع، فریبکاری، تکانشی بودن در رفتار، پرخاشگری، نبودن احساس مسئولیت، فقدان احساس گناه، پشیمانی و بی‌توجهی به ایمنی خود و دیگران، از جمله رفتارهای رایج این بیماران است. مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی، در واقع بیشترین درگیری را با انواع جرایم دارند.<sup>۳۲</sup>

ج. شیوع اختلالات روانی در زندانیان مرد زندان قصر تهران (۳۵۱ نفر - علوم پزشکی تهران - خرداد ۸۵):

توجه به جدول فوق نشان می‌دهد شایع‌ترین دسته از اختلالات با شیوع ۷۸٪، مربوط به مصرف مواد مخدر و پس از آن مربوط به اختلالات خلقی (۴۸٫۷٪) و اختلالات اضطرابی (۱۵٫۷٪) بوده است. نکته مهم‌تر آنکه، برخی از این اختلالات که جنون محسوب نمی‌شوند دارای آمار بسیار بالایی در جرایم خشن و منکراتی دارند که اصولاً مجازات‌های سخت کیفری را به دنبال دارند بدون آنکه به وجود اختلالات مورد نظر در این افراد توجه قضایی شود.<sup>۳۳</sup>

د. مطالعه توصیفی - تحلیلی - مقطعی، روی کلیه زندانیان زندان مرکزی شهر سنندج با بیش از شش ماه دوره محکومیت و یک‌ماه حضور در زندان (استادان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره زمانی خرداد ۱۳۸۲ تا آذر ۱۳۸۳):

درصد فراوانی	نوع اختلال
(۷۴/۰)	بدون اختلال
(۴/۳)	اختلال تبدیلی
(۱/۹)	اختلال استرس پس از سانحه
(۱/۰)	اختلال هذیانی
(۱/۰)	تشخیص نامعلوم
(۴/۸)	اختلال افسردگی اساسی
(۱/۹)	اختلال اضطرابی منتشر
(۲/۴)	اسکیزوفرنی
(۱/۰)	اختلال وسواسی جبری
(۵/۳)	اختلال افسردگی خفیف
(۱/۰)	اختلال انطباقی
(۱/۰)	اختلال دو قطبی نوع یک
(۰/۵)	اختلال بی‌خوابی

همان‌طور که در جدول فوق واضح است؛ در بین دارندگان اختلال روانی، برخی اختلالات (به‌صورت پررنگ نمایش داده شده است) یقیناً در رفتار مجرمانه نقش مستقیم دارند ولی جنون محسوب نمی‌شوند.<sup>۳۴</sup>

همچنین در این خصوص می‌توان به بررسی‌های دیگری مانند: ارزیابی سوءمصرف موادمخدر در زندان‌های ایران،<sup>۳۵</sup> بررسی همه‌گیرشناسی اختلال روانی در میان مددجویان زندان‌ها،<sup>۳۶</sup> گرایش جرایم براساس گزارش پیمایش جرایم در بریتانیا<sup>۳۷</sup> و... اشاره نمود.

۸. توجه به معیار عقل و وجدان عدالت‌خواه: مهم‌ترین هدف قوانین از مرحله وضع تا اجرا، رسیدن به عدالت در جامعه است. وضعیت کنونی قوانین مربوط به جنون و تأثیر اعمال و اجرای آن بر سرنوشت مادی و معنوی افراد، گویای آن است که در بسیاری موارد، وجدان منصف و عقل آگاه به ماهیت موضوع، ارضا نمی‌گردد. موارد متعددی که در طول

بحث آورده شد؛ مؤید این ادعاست. به عنوان مثال، چگونه می توان فردی که دارای عقب ماندگی شدید ذهنی است و مرتکب قتل شده را با این استدلال که مجنون محسوب نمی شود؛ مانند فردی که در کمال صحت و سلامت روانی، شخص بی گناهی را به قتل می رساند، محاکمه و مجازات نمود؟! جالب است بدانیم که بسیاری از بیماری های روانی، مانند آشفتگی ها و اختلال های خلقی می توانند حالت جنون به خود بگیرند.<sup>۳۸</sup>

۹. استعلامات محاکم: توجه به استعلاماتی که توسط مراجع قضایی از پزشکی قانونی و روان پزشکان به عمل می آید؛ عمدتاً حاکی از آن است که قضات، به فلسفه رافعیت مسئولیت مجنون که همان قوه تشخیص و تمییز می باشد؛ توجه دارند؛ نه واژه جنون. به کاربردن این عبارات در درخواست های محاکم از کارشناسان که آیا فرد دارای جنون است یا نه؟ آیا اختلال حواس دارد؟ آیا عقب ماندگی ذهنی دارد؟ آیا می توان وی را مسئول دانست؟ آیا قدرت تشخیص موضوع جرم را داشته است؟ آیا دارای بیماری شدید روانی است؟ و... مؤید این موضوع می باشد.

### نتیجه و پیشنهاد

همان طور که دیدیم؛ جنون از مباحثی است که هم از نظر قضایی و قانونی و هم از دیدگاه صاحب نظران علم روان پزشکی، دارای اهمیت بالایی می باشد. تشخیص جنون در فرد که غالباً به وسیله روان پزشکان انجام می گیرد؛ مورد بهره برداری محاکم به نفع متهمین قرار گرفته و موجب رفع مسئولیت کیفری اینان می گردد. در این راستا، عدم مرزبندی دقیق جنون با دیگر اختلالات روانی در روان پزشکی و وجود طیف بینابینی در طبقه بندی های مربوطه، در کنار مطلق بودن قانون مجازات اسلامی که خاصاً در ماده ۵۱، جنون را به هر درجه ای، رافع مسئولیت کیفری می داند؛ موجب گردیده است در بسیاری از مواقع، آراء صادره در این خصوص، دارای ابهام و حتی گاهی، ناعادلانه به نظر آید. به همین دلیل، اصلاح این وضعیت با تمرکز بر تغییر یا تکمیل قانون مجازات با بهره گیری از علم روان پزشکی، يك ضرورت غیر قابل انکار می باشد. این امر، با توجه به آنچه که پیش از این

زیر عنوان «توجهیاتی که اصلاح قوانین مربوط به جنون را مجاز و الزامی می‌شمارد» بیان نمودیم؛ کاملاً منطقی به نظر می‌رسد. به اعتقاد نگارنده، اعمال مواردی که ذیلاً برمی‌شماریم؛ می‌تواند به عنوان الگوی مناسبی برای اصلاح قوانین مربوط به جنون براساس علم روان‌پزشکی باشد (عملی نمودن يك يا چند معيار همسو پیشنهاد می‌گردد):

۱. **تعریف صحیح و کامل جنون در قانون:** همان‌طور که گفته شد، در حال حاضر، تعریفی از جنون در قوانین ما وجود ندارد. حداقل فایده‌ی تعریف جنون در نص قانون، جلوگیری از تعارض نظرات روان‌پزشکی و حقوقی در خصوص آن بوده و به محاکم اجازه می‌دهد؛ فارغ از تعاریف خاص علم روان‌پزشکی، مفاهیم مورد نظر قضایی را از کارشناسان مطالبه نمایند. ذیلاً سه تعریف نسبتاً جامع از جنون ارائه می‌گردد:

*الف.* جنون عبارت است از نوعی اختلال روانی که منجر به از بین رفتن نسبی یا کلی قدرت عقل در تشخیص و شناخت آگاهانه فرد می‌گردد.

*ب.* وضعیتی از اختلال روانی که در آن اراده و قصد آگاهانه از فرد گرفته شده و فرد بر اعمال خود تسلط نداشته باشد، جنون می‌نامند.

*ج.* جنون به آن دسته از اختلالات روانی اطلاق می‌گردد که در آن، قدرت تشخیص موضوع جرم و مغایرت قانونی از فرد گرفته می‌شود. خواه این فقدان قوه‌ی تمییز، در خصوص همه افعال باشد یا در خصوص فعلی خاص که منتهی به جرم می‌شود.

۲. **حذف واژه جنون و جایگزین نمودن عبارات و مفاهیمی که خاستگاه شرعی و قانونی رافعیات مجانین را تأمین نماید.** مانند:

*الف.* هرگاه محرز شود که شخصی فاقد درک و شعور عقلی بوده به طوری که نمی‌توانسته خودش و یا حتی با تذکر دیگران، موضوع جرم و مغایرت آن را با قانون و شرع تشخیص دهد؛ عمل وی جرم محسوب نمی‌شود و به عبارت بهتر، مرتکب مجازات نشود. یعنی؛ قابل مجازات نباشد.

*ب.* هرگاه محرز شود شخصی که مرتکب عمل مجرمانه‌ای گردیده است؛ در حین



ارتکاب جرم در اثر اختلالات روانی (به‌طور تام یا نسبی) و یا به سبب عدم رشد عقلی، فاقد شعور بوده است به‌طوری که نمی‌توانسته خودش و یا حتی با تذکر دیگران تشخیص دهد که عمل او مغایر با قانون می‌باشد؛ عمل وی فاقد مجازات یا دارای مجازات مخفف (تخفیف یافته) می‌باشد.

ج. هرنوع از اختلالات شدید روانی که منجر به فقدان درک و شعور عقلی سلب اراده می‌گردد (به‌صورت تام یا نسبی) ...

۳. اضافه نمودن عبارات و عناوینی که دایره شمول گسترده‌تری نسبت به قانون کنونی داشته باشد. مانند:

الف. جنون و آن‌دسته از اختلالات روانی شدید.....

ب. جنون، اختلالات روانی و بیماری‌هایی که با اثر بر قوه عقل، موجب از بین رفتن اراده به‌صورت کلی یا جزئی می‌گردند...

۴. تعیین درجه اختلال روانی و احتمال ارتکاب جرم، توسط روان‌پزشکان و تعیین حدود مسئولیت قانونی براساس مبانی حقوقی و فقهی، توسط محاکم: بر این اساس، روان‌پزشکان در خصوص درجه اختلال روانی فرد و میزان تأثیر آن بر قوه تشخیص و اراده فرد و این‌که این اختلال تا چه حد می‌تواند منتهی به ارتکاب جرم توسط شخص گردد؛ اظهارنظر نمایند و محاکم نیز به کمک قانونی جامع، به صدور رأی بپردازند. به این ترتیب، روان‌پزشکان در خصوص فرد مورد نظر به شکل زیر اظهارنظر نمایند:

الف. اختلال روانی شدید با اثر بالا در ارتکاب جرم (فقدان قوه تشخیص و اراده در فرد)

ب. اختلال روانی متوسط با اثر نسبی در ارتکاب جرم (وجود نسبی قوه تشخیص)

ج. وجود قوه تشخیص و اراده متعارف در فرد (سلامت روان).

در مرحله بعد، محاکم می‌توانند با محوریت ذیل، اصدار رأی نمایند:

- سلامت روانی یا اختلال روانی ناچیز ← مسئولیت کیفری تام ← مجازات کامل.

- اختلال روانی شدید ← رفع مسئولیت ← حذف مجازات.

- اختلال روانی متوسط ← مسئولیت نسبی ← مجازات مخفف.

## پی نوشت‌ها:

۱. آذر بادگان، حسین علی، «طبقه بندی بیماران روانی و احکام آنان از دیدگاه محقق نراقی»، مجله علمی فقه (کاوشی نو در فقه اسلامی)، ش. ۲۹ و ۳۰، پاییز و زمستان، ۱۳۸۰، صص. ۹۵ - ۴۳.
۲. کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین، (۱۹۸۸)، خلاصه روان‌پزشکی (ترجمه) نصرت الله پورافکاری، سال ۱۳۶۸، انتشارات ذوقی تبریزی، ص. ۳۷.
۳. کاپلان، همان، صص. ۳۲۰ تا ۳۳۲.
۴. صابری، مهدی و محمدی، محمدرضا، نگرشی نوبه روان‌پزشکی قانونی، چ. اول، نشر طبیب، پائیز، ۱۳۸۴، صص. ۱۴ - ۱۴۵.
۵. همان.
۶. همان، صص. ۲۴ - ۵۱.
۷. حسینی نیک، سیدعباس، قانون مجازات اسلامی، ۱۳۸۱، تهران، انتشارات مجد.
۸. نوربها، رضا، زمینه حقوق جزای عمومی، چ. ۶ نشر دادآفرین، تهران، ۱۳۸۱، ص. ۳۳۷.
۹. منصور آبادی، عباس، بهار، «احکام جنون در حقوق کیفری ایران»، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۱۳۷۶، ش ۲۴، صص. ۱۲۴ - ۱۱۵.
۱۰. مقدمی، بشیر، «قوانین حقوقی مجنون ادواری»، روزنامه مردم‌سالاری، نسخه شماره ۱۸۶۵، ۱۳۸۷/۰۵/۱۹.
۱۱. الجرجانی، علی‌ابن محمد، التعریفات، انتشارات ناصر خسرو، تهران، بی‌تا، ص. ۳۵.
۱۲. کرم، عبدالواحد، معجم المصطلحات القانونية، مکتبه النهضة العربية، بیروت، ۱۹۸۷ م. (۱۴۰۷ ه.ق.)، ص. ۱۷۳.
۱۳. آذر بادگان، همان.
۱۴. نوربها، همان.
۱۵. اردبیلی، محمدعلی، حقوق جزای عمومی، ج. ۲، چ. ۱۹، نشر میزان، تهران، زمستان ۱۳۸۷، ص. ۸۶.
۱۶. مرعشی، سید محمد حسن، «بحثی درباره جنون، مجرم»، مجله دادرسی، ش. ۲۴، بهمن و اسفند ۱۳۷۹، صص. ۳ - ۵.
۱۷. حبیب‌زاده، محمد جعفر و فخرناب، حسین، «مقایسه عوامل موجهه جرم و عوامل رافع مسئولیت کیفری»، مجله مدرس علوم انسانی، ش ۴۰، پاییز ۱۳۸۴، صص. ۳۷ - ۵۸.
۱۸. رحمدل، منصور، «بیماری‌های روانی و بار اثبات در سیستم عدالت کیفری ایران»، مجله اندیشه‌های حقوقی، ش. ۹، پاییز و زمستان ۱۳۸۴، صص. ۵ - ۳۴.
۱۹. صابری، همان، ص. ۳۲.
۲۰. همان، ص. ۱۲۰.

۲۱. فدایی، فرید، *رابطه ارتکاب بزه با عقب ماندگی ذهنی*، ۱۳۷۷، قابل دسترسی در آدرس اینترنتی:  
<http://www.ghavanin.ir/PaperDetail.asp?id=63>
۲۲. رحمدل، همان.
۲۳. منصورآبادی، همان.
۲۴. صابری، همان، ص. ۳۲.
۲۵. همان، ص. ۳۹.
۲۶. فدایی، فرید، ۲۰۰۷ م، «عقب ماندگان ذهنی و حقوق جزا»، قابل دسترسی در آدرس اینترنتی:  
<http://www.lawnet.ir/index.php?category=13&articleId=221>
۲۷. نوربها، رضا، *مسئولیت جزایی اطفال و مجانین در قانون مجازات اسلامی و خللها*، ۱۳۸۹، قابل دسترسی در آدرس اینترنتی:  
<http://www.ghavanin.ir/PaperDetail.asp?id=212>
۲۸. موسوی فر، سید حسن، *مسئولیت جزایی مجانین*، ۱۳۸۸، قابل دسترسی در آدرس اینترنتی:  
<http://www.irbar.com/content/view/1917/188/>
۲۹. عمرانی، سلمان (مترجم)، «در اروپا، بیماران روانی مسئولیت کیفری ندارند» (۱) (مطالعه تطبیقی عدم مسئولیت کیفری بیماران روانی در هشت کشور اروپائی) مجله اصلاح و تربیت، ش. ۶۰ فروردین ۱۳۸۶، صص. ۲۹ - ۳۲.
- HYPERLINK" <http://www.noormags.com/View/Magazine/ViewArticles.aspx?NumberId=15644>
۳۰. عمرانی، ش. ۶۱، صص. ۲۴ - ۲۶.
۳۱. امام هادی، محمد علی و جلیلود، مریم و صالحی، منصور، «فراوانی اختلالات روانی در مجرمان قتل عمد»، مجله رفاه اجتماعی، ش. ۲۰، بهار ۱۳۸۵، صص. ۱۵۳ - ۱۶۲.
۳۲. محمدی فرود، حمید، *ارتکاب سرقت در مبتلایان به اختلالات روانی*، دفتر خدمات ماشینی سازمان زندان‌های جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۰).
۳۳. شریعت، سید وحید و اسعدی، محمد و دیگران، «شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زندانیان مرد زندان قصر تهران»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۴، ش. ۳، ۱۳۸۵ خرداد، صص. ۳۶ - ۲۵.
۳۴. آراسته، مدبر و شریفی سقز، بیان، «میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سنندج» (کلیه زندانیان زندان مرکزی شهر سنندج با بیش از شش ماه دوره محکومیت و یک ماه حضور در زندان)، «استادان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره زمانی خرداد ۸۲ تا آذر ۸۳»، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال دهم، ش. ۴، پیاپی، زمستان ۱۳۸۷، صص. ۳۱۶-۳۱۱.
۳۵. اسماعیلی، ایرج، "بررسی همه گیر شناسی اختلال روانی در میان مددجویان مرد زندان‌های استان تهران در سال ۱۳۷۹" (پایان نامه مقطع دکترا)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۰.
۳۶. بوالهیری، جعفر، «رزایی سوء مصرف مواد مخدر در زندان‌های ایران (۱۳۸۱)»، مجله اعتیاد پژوهی، سال اول، ش. ۳، تابستان ۱۳۸۲، ص. ۱۳.
۳۷. ارجمند، محسن و صادقی، مجید (مترجمان)، «روان‌پزشکی آکسفورد»، ج. ۳، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۵، ص. ۳۷۸.
۳۸. آذر بادگان، همان.