

مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلالات روانی مطابق با لایحه «حمایت

از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴

جواد منصوری نعلبندان*^۱

زهرا میرزایی یزدی،^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۱

چکیده

در سال های اخیر ابتلا به اختلالات روانی شیوع زیادی داشته است و ارتکاب جرم توسط این بیماران نسبت به افراد عادی بسیار بیشتر بوده است همچنین جامعه بشری از دیرباز تاکنون برخورد یکسانی با مجرمین روان بیمار نداشته است و نوع واکنش نسبت به این افراد متناسب با پیشرفت دانش بشری، متفاوت بوده است امروزه در برخی جوامع عقیده چنین است که اختلالات روانی، مانع مسئولیت کیفری می شوند و نه رافع مسئولیت کیفری. اما در قانون، مسئولیت کیفری این بیماران به صورت کلی بیان شده است زیرا با مجازات این افراد وضعیت اختلالات روانی آنها تشدید می شود و این امر باعث ضرر روحی و روانی بیشتر به خود فرد بیمار و اطرافیانش می شود هدف از انتخاب این موضوع برای پژوهش این بوده است که در ابتدا حمایتی از این بیماران صورت گیرد و نحوه اعمال نوآوری های لایحه جدید در راستای حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی به چه میزان است؟ و به بررسی مراحل دادرسی کیفری بیماران روانی پرداخته شود. در پژوهش حاضر ابتدا به تعریف مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلالات روانی می پردازیم بعد از آن حدوث اختلاف روانی بیمار را در زمان های مختلف از لحاظ قانونی و فقهی مورد بررسی قرار می دهیم و در نتیجه مطابق با لایحه جدید و قانون مجازات اسلامی بیمار روانی را از جنبه های مختلف مورد بحث قرار می دهیم و اینکه فرد در زمان درگیری و ارتکاب جرم دارای جنون دائمی هست یا جنون ادورای تفاوتی در نوع یا میزان مجازات وی وجود ندارد. اما در ماده ۱۴۸ لایحه جدید قانون مجازات اسلامی به اختلالات تام تمیز و اراده اشاره گردیده، ولی به اختلالات نسبی قوه شعور یا اراده اشاره نشده است

واژگان کلیدی: بیماران روانی، اختلالات روانی، جنون، مسئولیت کیفری، ارتکاب جرم، لایحه

*۱-دانش آموخته کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه اصول الدین قم، javad.mansori5004@gmail.com

۲-دانش آموخته کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه اصول الدین قم، mirzaei.zahra110@gmail.com



مقدمه

اختلالات روانی به گروهی از بیماری‌ها گفته می‌شود که با تأثیر بر تفکر و رفتار باعث ایجاد ناراحتی برای فرد مبتلا یا ایجاد ناتوانی در وی می‌شود. علت بیماری‌های روانی به خوبی شناخته نشده است ولی آنچه مسلم است این است که عوامل ژنتیک، استرس‌های مختلف و نوع تعامل فرد با دیگران در ایجاد یا بروز آن‌ها مؤثر است. افسردگی، اضطراب، وسواس، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا از جمله این اختلالات هستند مفهوم اختلال روانی مثل بسیاری از مفاهیم در طب و علوم دیگر فاقد تعریف عملی قابل قبولترین تعریف اختلال‌های روانی را به صورت زیر توصیف می‌کند؛ هر یک از اختلالات روانی به صورت یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روانشناختی مهم بالینی تصور شده است که در یک فرد روی می‌دهد و با ناراحتی (یک علامت دردناک) یا ناتوانی (تخریب در یک یا چند زمینه مهم عملکرد) یا با افزایش قابل ملاحظه خطر مرگ، درد، ناراحتی و ناتوانی یا فقدان مهم آزادی، همراه است. بسیاری از اختلالات روانی در اواخر سال‌های نوجوانی یا اوایل جوانی، یعنی همزمان با سن ورود به دانشگاه آغاز می‌شوند.

بعضی از مردم فقط در یک دوره مشخصی از طول عمر خود بیماری روانی را تجربه می‌کنند، در حالی که در عده‌ای دیگر ممکن است نشانه‌های این اختلال در چندین نوبت بروز کنند که البته امروزه اغلب این اختلالات قابل درمان هستند. اختلال‌های روانی به دلایل گوناگونی پدید می‌آیند و می‌توانند دارای زمینه‌های ژنتیکی، فیزیولوژیکی، محیطی، خانوادگی، اجتماعی، فردی و شیوه‌ی زندگی باشد.

بیان مسله

سلامت روان از سلامت جسم نیز مهم‌تر بوده به طوری که از منظر قرآن یکی از شروط رستگاری اخروی سلامت روانی می‌باشد (شعرا: ۸۸-۸۹). این نوع سلامت بر پایه تحقیقات علمی روان‌شناسی بنا نهاده شده است. در صورتی که انسان از این نوع سلامت برخوردار نباشد و دچار بیماری روانی گردد، بایستی وی را از دیگران متمایز دانست. به عبارت دیگر، در جوامع متمدن بشری، انسان‌ها نیازمند حمایت در تمامی دوران زندگی خود می‌باشند؛ به طوری که از حین تولد یک شخص و دارای حقوق می‌باشد. از هر روی کرامت انسانی در مواجهه با یک بزه‌کار روانی می‌بایست مورد توجه قرار گرفته و همراه با اقدامات تأمینی و خطرمدار تلاش دارد تا میزان آسیب به جامعه را به کمترین حد خود برساند هرچند که این افراد به دنبال حداقل رساندن میزان آسیب به جامعه و خود شخص است. هرچند این بیماران ممکن است به حالت خطرناک دچار باشند و یا به چنین حالتی مبتلا نباشند با این حال قانون‌گذار به دنبال توجه به معیارها و ضوابط خطرناک



بودن آن‌ها در ارتباط با اشخاص دیگر بوده و خطراتی را مدنظر قرار می‌دهد که دیگران را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و توجهی به آسیب‌هایی که این افراد به خود می‌زنند نداشته است. ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ و مواد ۱۴۹ و ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ نیز به این موضوع پرداخته و بیان می‌کند که افراد مبتلا به جنون و دارای حالت خطرناک چه ویژگی‌هایی دارند و بنا بر نظر کارشناس و دستور دادستان آن‌ها را به محل مناسبی برای حمایت و نگهداری تا درمان و بهبود وضعیت انتقال می‌دهند.

بر اساس قوانین جدید قانون‌گذار رویکردی را در نظر گرفته که شامل اقدامات تأمینی و حمایتی به شکل هم‌زمان است به نحوی که هم وضعیت بیمار روانی را در نظر گرفته است و با وجود شرایط مختص فرد اقدام به مدیریت ریسک جرم می‌کند که در تمام مراحل مربوطه تصمیمات درخور و شایسته را اتخاذ نموده که بیشتر خطر مدار هستند و نه اصلاح مدار (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۹۲: ۷۳۵). همین موضوع سبب شده تا قانون‌گذار به منظور در نظر گرفتن منافع جامعه و آزادی و حقوق افراد مختلف در جامعه رویکردی تأمینی و حمایتی را در نظر گیرد تا با به کار گرفتن دانش کافی از وضعیت و شرایط مرتکب جرم هم به حمایت و درمان او پردازد و هم اقداماتی بازدارنده و پیش‌گیرنده را به کار گیرد که در حقیقت با تأمین حفاظت پردازند.

از هر روی کرامت انسانی در مواجهه با یک بزه‌کار روانی می‌بایست مورد توجه قرار گرفته و همراه با اقدامات تأمینی و خطرمدار تلاش دارد تا میزان آسیب به جامعه را به کمترین حد خود برساند هرچند که این افراد به دنبال حداقل رساندن میزان آسیب به جامعه و خود شخص است. هرچند این بیماران ممکن است به حالت خطرناک دچار باشند و یا به چنین حالتی مبتلا نباشند با این حال قانون‌گذار به دنبال توجه به معیارها و ضوابط خطرناک بودن آن‌ها در ارتباط با اشخاص دیگر بوده و خطراتی را مدنظر قرار می‌دهد که دیگران را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و توجهی به آسیب‌هایی که این افراد به خود می‌زنند نداشته است. ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ و مواد ۱۴۹ و ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ نیز به این موضوع پرداخته و بیان می‌کند که افراد مبتلا به جنون و دارای حالت خطرناک چه ویژگی‌هایی دارند و بنا بر نظر کارشناس و دستور دادستان آن‌ها را به محل مناسبی برای حمایت و نگهداری تا درمان و بهبود وضعیت انتقال می‌دهند؛ بنابراین، در راستای تشخیص حالت خطرناک بیمار روانی، یکی از ضروریات، اظهارنظر متخصصان و کارشناسان حرفه‌های سلامت روان، می‌باشد. با توجه به این موضوع در مواردی که در قانون اشاره‌ای به ارجاع به متخصص یا کارشناس وجود نداشته باشد قاضی خود از کارشناس و متخصص تقاضای بررسی می‌کند.



پیشینه تحقیق

۱. سید مسعود موسوی‌نسب و علی‌اصغر پناهی متین (۱۳۷۲) در کتاب خود تحت عنوان «روان‌پزشکی قانونی» به مفهوم اختلال عقب‌ماندگی ذهنی اشاره داشته‌اند و بیان می‌دارند: «عقب‌ماندگی ذهنی ناشی از رشد ناکافی از ظرفیت‌های روانی، با کارکرد عقلانی پایین‌تر از متوسط مشخص می‌شود که از علائم آن، وجود محدودیت‌هایی در کار و رفتارهای تطابقی (توانایی لازم در کسب مهارت‌هایی که به سن و گروه اجتماعی‌اش مرتبط است)، مهارت‌های اجتماعی، مسئولیت برقراری رابطه، استقلال فردی و خودکفایی است.»
۲. حمزه گنجی (۱۳۷۶) در کتاب خود تحت عنوان «بهداشت روانی» به تعریف سلامت روانی به نقل از فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس اشاره داشته و اذعان می‌دارد: «سلامت روانی یعنی استعداد برای هماهنگی، خوش‌آیند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و توانایی جهت ایجاد تعادل خود»
۳. رضا نوربها (۱۳۸۴) در کتاب خود تحت عنوان «زمینه حقوق جزای عمومی» به حقوق کیفری بیماران روانی و حمایت کیفری از آن‌ها اشاره نموده و بیان می‌دارد خواستن با قطعیت و منجر به عمل و یا ترک عملی را می‌توان قصد مجرمانه دانست که از سوی قانون نهی شده باشد که البته باید شرایط خاصی را نیز در بر داشته باشد و از سوی فردی عاقل، مختار و واجد رشد حسمانی و روانی مطرح شود. در غیر این صورت اراده در ارتباط با مرتکب جرم شدن زیر سؤال رفته و رافع مسئولیت کیفری مرتکب جرم می‌شود و به مسئولیت جزایی تخفیف می‌گردد.
۴. محمدعلی اردبیلی (۱۳۹۲) در کتاب خود با عنوان «حقوق جزای عمومی» به منشأ اختلال روانی در بیماران روانی اشاره داشته و آن را ناشی از اختلالات ژنتیکی، بیماری مادر در زمان بارداری یا آشفتگی در کارکرد دستگاه ادراکی می‌داند.

اهداف تحقیق

پژوهش شامل دو نوع هدف می‌باشد. اهداف علمی و اهداف کاربردی.

از جمله اهداف علمی این تحقیق عبارت‌اند از:

- بررسی مفهوم سلامت روان.
- تفصیل و بررسی مفهوم اختلالات روانی و انواع آن



- بررسی چالش‌های اصلی در راستای حمایت کیفری از بیماران روانی
 - بررسی نوآوری‌های لایحه در راستای حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی
 - بررسی مراحل دادرسی کیفری به بیماران روانی
- از جمله اهداف کاردی این تحقیق می‌توان به استفاده از نتایج تحقیق در نهادهای مختلفی اشاره نمود، از جمله:

- دادگاه‌ها و مراجع قضایی
- سازمان بهزیستی
- روانشناسان و روان‌پزشکان
- سازمان پزشکی قانونی
- بیمارستان‌ها و مراکز درمانی
- تیمارستان‌ها
- نیروی انتظامی

روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش، توصیفی - تحلیلی محتوی می‌باشد که متون مختلف مورد تجزیه و تحلیل و نهایتاً نتیجه‌گیری قرار خواهند گرفت همچنین سعی شده است با استفاده از منابع فقهی، روانشناسی، حقوق کیفری و همچنین قوانین موضوعه، همین‌طور با استفاده از شبکه‌های کامپیوتری مطالب پژوهش بروز گردد، در این روش تلاش می‌شود تا در ساختاری حقوقی به پاسخی مناسب برای پرسش اصلی این تحقیق دست‌یافته شود.

۱- مسئولیت کیفری بیماران روان

«سلامت روانی یعنی استعداد برای هماهنگی، خوش‌آیند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و توانایی جهت ایجاد تعادل خود» (گنجی، ۱۳۹۵: ۲۶-۲۵) به عبارت دیگر، «سلامت روان» اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می‌شود. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روان است. هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می‌کند آماده نماید و سلامت روان قسمتی از سلامت کلی است.



به هر حال، سلامت روان سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و فکر می‌باشد. از طرف دیگر سلامت روان روی سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. بسیاری پژوهش‌های اخیر مشخص کرده‌اند که یک سری اختلال‌های فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. با وجود این که سلامت روان مفهومی است که خیلی وسیع از آن استفاده می‌شود، اما هنوز یک تعریف کلی که مورد قبول همه باشد از آن به دست نداده‌اند. هر فرد یا گروهی تصور خاص از سلامت روان دارد. در صورتی که در مورد سلامت فیزیکی و جسمی چنین وضعی ندارد.

۲-۱- حدوث اختلال روانی در حین ارتکاب جرم

در صورتی که اختلال روانی در حین ارتکاب جرم حادث گردد، مطابق ماده (۵۱) قانون مجازات اسلامی، در این حالت مسئولیت کیفری رفع می‌گردد؛ بنابراین آنچه حائز اهمیت می‌باشد، حدوث اختلال روانی و جنون در حین ارتکاب جرم است و اینکه جنون از نوع ادواری باشد یا دائمی تفاوتی نمی‌کند؛ چراکه چنین فردی عاجز از درک اعمال ارتكابی خود می‌باشد. لذا، بر وی تکلیفی بار نمی‌گردد. در واقع فردی که دارای اختلال روانی یا جنون می‌باشد، مخاطب اوامر و نواهی قانون‌گذار قرار نمی‌گیرد؛ زیرا رفتاری که از وی سر می‌زند، ناشی از تعقل و تفکر صحیح نبوده و لذا، اعمال ارتكابی وی قابلیت مجازات را ندارد؛ بر همین اساس، به علت قابل سرزنش نبودن اعمال ارتكابی بیمار روانی و مجنون، مسئولیت کیفری از وی رفع گردیده و در نتیجه این فرد به علت اعمال مجرمانه خود مجازات نمی‌گردد؛ زیرا اجرای مجازات شامل افرادی می‌گردد که عاجز از درک حسن و قبح اعمال ارتكابی خود نباشند؛ لذا، در صورتی که فرد بیمار روانی یا مجنون به علت اعمال ارتكابی خود مجازات شود، معارض با اهداف کیفرها یعنی اصلاح و عبرت‌آموزی می‌باشد. به هر حال، برای احراز و تشخیص حالت روانی و جنون باید از کمک کارشناس روان پزشکی بهره جست که در این صورت نظر کارشناس و متخصص برای مقام قضایی ارسال می‌گردد. البته نظر کارشناس و متخصص برای مقام قضایی جنبه طریقت دارد و موضوعیت ندارد؛ لذا، وی ملزم به تبعیت از نظر کارشناس نمی‌باشد. به هر حال، در صورتی که نظر کارشناس مربوط با اوضاع و احوال محقق و مسلم قضیه مخالف باشد، از نظر کارشناس دیگری استفاده می‌کند؛ چرا که «جنون فرض و اماره قانونی نیست لذا باید در هر مورد وجود آن ثابت شود» (گلدوزیان، ۱۳۹۵: ۲۴۳).

با این اوصاف در صورت احراز اختلال روانی یا جنون در حین ارتکاب جرم، مقام قضایی ذیصلاح به صدور قرار موقوفی تعقیب مبادرت می‌نماید؛ چراکه مطابق قوانین کیفری نیز این امر مورد توجه قرار گرفته و



به ضرورت صدور قرار موقوفی تعقیب تأکید شده است که از جمله ماده (۹۵) قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری، می‌باشد که مقرر می‌دارد:

«هرگاه قاضی تحقیق در روند تحقیق به این نتیجه برسد که متهم در زمان ارتکاب به جرم دچار جنون باشد به بررسی و کسب اطلاعات از اقوام و آشنایان و همچنین بررسی‌های پزشکی قانونی می‌پردازد و پس از بررسی‌های انجام‌شده و رسیدن به اطمینان از نظر جزایی قرار توقف تعقیب را صادر کرده و در مورد دیه و خسارات را مطالبه می‌کند و با توجه به مدارک حکم مناسب را صادر می‌کند. مطابق این ماده، یکی از اختیارات دادگاه صدور قرار موقوفی تعقیب می‌باشد که با توجه به مشکل بودن احراز اختلال روانی و جنون در این مورد دادسرا باید، بزه را با تشخیص و احراز نماید و سپس با صدور قرار مجرمیت و به دنبال آن صدور کیفرخواست، پرونده را به دادگاه ارسال نماید تا دادگاه مربوطه در این خصوص تصمیم نهایی را اتخاذ نماید. در این راستا، ذکر این نکته نیز لازم است که عوامل رافع مسئولیت کیفری، عوامل شخصی بوده و به خود شخص مرتکب مربوط می‌گردند، در نتیجه تأثیری در حق شرکا و معاونین جرم ندارند، مگر آن‌ها هم از این عوامل شخصی برخوردار باشند؛ بنابراین، اختلال روانی یا جنون در حین ارتکاب جرم از عوامل رافع مسئولیت کیفری محسوب می‌گردد که فقط از مجرم بیمار یا مجنون، رفع مسئولیت کیفری می‌کند».

قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ نیز در ماده ۱۴۹ به صراحت هیچ‌گونه مسئولیت کیفری را بر شخصی که در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده مقرر ننموده و مجنون محسوب نموده است. در ماده ۱۵۰ قانون جدید مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ آمده است که در زمانی که مجرم در حین ارتکاب به جرم دچار اختلال روانی بوده و یا مجنون باشد و یا در مورد جرائم تعزیری پس از ارتکاب به جرم به جنون دچار شود و در مورد او تشخیص بر حالت خطرناک داده شود و همچنین این نتیجه به دست آید که آزادی او می‌تواند نظم عمومی را بر هم زند و در امنیت جامعه خلل ایجاد کند به دستور دادستان او را به بیمارستان روانی یا محیطی مناسب انتقال می‌دهند تا در آنجا از او نگهداری شده و درمان شود تا زمانی که حالت خطرناکی او برطرف شود البته این امکان برای فرد و یا اقوام او وجود دارد که در این صورت دادگاه در جلسه‌ای با حضور معترض موضوع را با توجه به نظر کارشناسان و متخصصان امر بررسی نموده و به آن رسیدگی می‌کند و در صورت تأیید مبنی بر نبود حالت خطرناکی اقدامات مورد نظر تأمین خاتمه می‌یابد و در غیر این صورت حکم بر تداوم اقدامات داده می‌شود که قطعی است ولی با تغییر در وضعیت خطرناکی فرد حق اعتراض به حکم باقی است. در قانون سابق (مصوب ۱۳۷۰) اثبات حالت جنون در مرحله ارتکاب وفق ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی شخص مرتکب را که دچار وضعیت اختلال روانی یا جنون بوده،



نمی‌توان تعقیب و مجازات نمود. البته این امر مانع از این نیست که دادگاه به جهات دیگر رسیدگی کند به این معنا که:

اولاً شرکا و معاونین جرم تعقیب و محاکمه و مجازات خواهند شد و به موجب ماده ۴۴ قانون در صورتی که فاعل به جہتی از جهات قانونی قابل تعقیب و مجازات نباشد و یا تعقیب و اجرای حکم مجازات او به جہتی از جهات قانونی موصوف گردد تأثیری در حق معاون جرم نخواهد داشت.

ثانیاً ارتکاب جرم توسط شخص مجنون هیچ‌گونه ممانعتی برای رسیدگی به دعوی ضرر و زیان ایجاد نخواهد کرد و در این صورت دادگاه می‌تواند به دعوا رسیدگی و حکم به پرداخت خسارت و ضرر و زیان ناشی از جرم از اموال مجنون را صادر نماید. در موردی که خسارت و صدمه وارده به مجنی علیه مستلزم پرداخت دیه باشد، تبصره ماده ۳۰۶ قانون مجازات اسلامی مقرر می‌دارد؛ جنایات عمد و شبه عمد نابالغ و دیوانه به منزله خطای محض و بر عهده عاقله می‌باشد. در صورت اثبات جنون در دادگاه به طرق اثبات، دادگاه ملزم به صدور قرار موقوفی تعقیب بوده و اگر متهم حالت خطرناک داشته باشد، وفق ماده ۵۲ قانون مزبور تعیین تکلیف می‌شود.

اما قانون مجازات ۹۲ نیز از این قاعده که وقوع جنون حین ارتکاب جرم رافع مسئولیت کیفری می‌باشد، تبعیت نموده است. به موجب ماده ۱۸ این قانون، دادگاه مکلف شده‌اند وضعیت روانی و ذهنی در زمان وقوع جرم مدنظر قرار داده و در مواردی در صدور حکم تعزیری با رعایت مواد قانونی در نظر داشته باشند که از جمله وضعیت روانی و ذهنی مرتکب و همچنین انگیزه فرد در زمان ارتکاب به جرم است.

ماده ۱۴۹ همین قانون بیان می‌کند که زمانی که فرد در هنگام وقوع جرم به نوعی از اختلال روانی مبتلا باشد و قوه اراده در او دیده نشود به عنوان مجنون در نظر گرفته می‌شود و مسئولیت کیفری از او رفع می‌شود. در صورت فوق و طبق ماده‌ی ۱۵۰ نیز آمده است نظر کارشناس موجب اثبات خطرناک بودن حالت جنون در وی شده و آزادی او منجر به اختلال در نظم عمومی و امنیت جامعه شود دادستان می‌تواند دستور دهد تا برطرف شدن حالت خطرناکی فرد را در محلی مناسب نگهداری کنند و بر طبق تبصره ۲ ماده ۱۵۰ نیز قوه قضاییه مکلف است برای درمان اشخاصی با این ویژگی‌ها مراکز نگهداری‌ای را تدارک ببیند.

۳-۱- حدوث اختلال روانی بعد از ارتکاب جرم

در صورتی که اختلال روانی بعد از ارتکاب جرم حادث گردد، با توجه به اینکه مرتکب در حین ارتکاب جرم از قوای عقلانی و سلامت روان برخوردار بوده است، ولیکن بعد از اینکه جرم را مرتکب شد، در طی



مراحل تعقیب، رسیدگی یا بعد از صدور حکم قطعی و به هنگام اجرای مجازات دچار اختلال روانی شدید گردد و حالت خطرناک وی محرز گردد، باعث ممنوعیت وی از تعقیب دعوای عمومی می‌شود. چراکه عدالت کیفری در دادرسی حکم می‌کند که متهم از حق دفاع برخوردار باشد؛ و طبیعی است که بعد از اینکه اختلال روانی از بین رفت، بر اساس اصل تساوی افراد در برابر قوانین و نیز قاعده‌ی الزامی یا قانونی بودن تعقیب، دعوای عمومی جریان خود را دوباره از سر گرفته و محاکمه مطابق ضوابط قانونی به عمل خواهد آمد (آشوری، ۱۳۹۸: ۲۰۲-۲۰۱).

به هر حال، در صورتی که اختلال روانی بعد از ارتکاب جرم به وجود می‌آید، می‌توان نسبت به اجرای قانون آن را شامل اختلال روانی قبل از صدور حکم قطعی، بعد از صدور حکم قطعی و در حین اجرای مجازات تقسیم‌بندی نمود.

۲- اختلال روانی

در تعریف اختلال روانی می‌توان گفت که این اختلال عبارت است از وضعیت و شرایطی خاص جسمانی و یا روانی که همراه با سازمان ذهنی در هم ریخته و شخصیت و هیجان متفاوت بوده و کارکردهای رایج و روزمره روان یک فرد را تحت تأثیر قرار داده به سختی به آن آسیب می‌رساند. به عبارت دیگر، اختلال روانی عبارت است از ناخوشی‌ای که خود را به صورت تظاهرات روانی یا رفتاری نشان می‌دهد و موج زجر و ناراحتی قابل ملاحظه‌ای می‌شود یا عملکرد شخص را مختل می‌کند. علت آن می‌تواند اختلالات بیولوژیکی، اجتماعی، روان‌شناختی، ژنتیکی، بدنی یا شیمیایی باشد و ارزیابی آن بر اساس میزان انحراف از وضعیت طبیعی (نرمال) صورت می‌گیرد و هر بیماری علائم و نشانه‌های خاص خود را دارا است (سلحشور، محمدنسل، ۱۳۹۸: ۵۴).

بند (۱) ماده ۱ لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴ نیز به تعریف اختلال روانی اشاره داشته و مقرر می‌دارد:

«اختلال روانی، هر نوع ناهنجاری روانی که نام آن در طبقه‌بندی‌های علمی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قیدشده و توسط وزارت یادشده ابلاغ می‌گردد.»



۱-۲- اختلال روانی قبل از صدور حکم

مرحله پیش از صدور حکم شامل مرحله تعقیب و محاکمه می‌گردد؛ چراکه این مراحل از فرایند دادرسی کیفری، قبل از صدور حکم قطعی هستند. در صورتی که در این مراحل متهم دچار اختلال روانی گردد، از تعقیب و محاکمه معاف می‌باشد؛ زیرا از سلامت روان و کمال عقل برخوردار نیست. لذا، تعقیب و محاکمه وی باین حالت به دور از حقوق دفاعی متهم در دادرسی می‌باشد. بر همین اساس، حقوق کیفری ایران نسبت به چنین بیماران روانی که دارای حالت خطرناک می‌باشند، تدابیری را اندیشیده است؛ که از جمله اعمال اقدامات تأمینی می‌باشد. در واقع، با بررسی قوانین و مقررات کیفری به ویژه ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ که مقرر نموده است که هر زمانی که مجرم در زمان وقوع جرم به اختلال روانی مبتلا باشد و این اختلال به نحوی باشد که قوه اراده و تمیز فرد را تحت تأثیر قرار داده و آن را از فرد سلب نماید فرد مجنون محسوب می‌شود و فاقد مسئولیت کیفری است و ماده ۱۵۰ همین قانون نیز عنوان کرده اگر فرد مجرم در زمان ارتکاب جرم دچار جنون تشخیص داده شود و جرائم تعزیری بعد از ارتکاب و وقوع جرم دچار جنون شود و این جنون توسط کارشناس متخصص مورد تأیید قرار گرفته و دارای حالت خطرناک شناخته شود و این نتیجه گرفته شود که آزادی این فرد می‌تواند محل نظم عمومی باشد یا امنیت جامعه را به خطر بیندازد بنا به دستور دادستان در محلی مناسب نگهداری می‌شود تا حالت خطرناک وی برطرف شود؛ و ماده ۳۷۰ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ نیز بیان نموده: چنانچه دادگاه در جریان رسیدگی، احتمال دهد متهم حین ارتکاب جرم مجنون بوده است... تصمیم می‌گیرد. هر چند ماده ۱۴ قانون اقدامات تأمینی ۱۳۳۹ در به کارگیری اقدامات تأمینی تلاش دارد تا قبل از ارتکاب به جرم آن‌ها را به کار گیرد (امینی، ۱۳۴۶: ۱۳۳). چنان که بیان می‌کند اگر شخص فرد دیگری را تهدید کند و احتمال آن وجود داشته باشد که در واقعیت نیز مرتکب آن جرم شود و یا هر زمان که محکوم به جنحه یا هر نوع مجازات جنایی شود و با این حال نظرش مبنی بر تکرار جرم باشد بر اساس درخواست شخص تهدید شده و یا فرد ضرر کرده می‌تواند از او بخواهد که ضمانتی برای عدم ارتکاب به جرم ارائه کند (ثمری، ۱۳۹۷: ۳۹۵).

به نظر می‌رسد، مانع اقدامات تأمینی در واقع اصلی باشد موسوم به اصل قانونی بودن جرائم که در ارتباط با افرادی که به حالت خطرناک مبتلا هستند البته این فرد نباید سابقه ارتکاب جرم داشته باشد. در قانون مجازات مصوب ۱۳۹۲ نیز، به موجب ماده ۱۵۰ زمانی جریان تعقیب متهم با توقف روبرو می‌شود که ابتلا به جنون بعد از وقوع جرم بود و نگهداری وی در محل مناسب تا زمان رفع حالت خطرناکی منوط به وجود شرایط زیر است:



۱- جرم واقع شده از دسته جرائم موجب تعزیر باشد.

۲- حالت خطرناک برای مجرم اثبات شود.

۳- مجرم آزاد بوده و آزادی وی تهدیدی برای امنیت و نظم عمومی به شمار رود.

در مسئولیت کیفری مجرم، جنون تأثیر در جریان رسیدگی ندارد اما وجود جنون در این مرحله نشان‌دهنده عدم وجود اراده و قوای تمیز و تشخیص بوده و می‌تواند مانع دفاع و ایجاد ایراد در ادامه تعقیب کیفری شود بنابراین در این مرحله جنون اثر تعلیقی بر روند رسیدگی داشته و تعقیب تا زمان درخور متوقف می‌شود. در خصوص حدود جنون درجه در روند دادرسی و قبل از این که حکم قطعی صادر شود، تبصره‌ی ماده ۶ قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری مصوب ۱۳۷۸ بیان می‌کند که اگر قبل از صدور حکم فرد مرتکبه جنون دچار شود تعقیب تا زمان رفع جنون و افاقه متوقف خواهد شد. این حکم شامل کلیه جرائم می‌شود اما در مقررات جدید بر اساس تبصره‌ی ماده ۱۵۰ آمده است که در صورت بروز جنون قبل از این که حکم قطعی صادر شود در زمینه حدود که دارای جنبه حق الناس هستند و مواردی مانند دیه و قصاص یا ضرر و زیان ناشی از ارتکاب به جرم و همچنین مجازاتی که جنبه حق الهی دارند ابتلا به جنون نمی‌تواند مانع از ادامه رسیدگی شود و بررسی و رسیدگی به جرم ارتكابی فقط تا زمان مناسب به تأخیر افتاده و در مورد جرائمی که در دسته جرائم حق الناس محسوب می‌شوند ابتلا به جنون منجر به ادامه تعقیب و رسیدگی با تأخیر می‌شود.

۲-۲- اختلال روانی بعد از صدور حکم

در صورتی که متهم تا هنگام صدور حکم قطعی در حالت افاقه باشد، اما اختلال روانی یا جنون بعد از صدور حکم قطعی و به هنگام اجرای مجازات حادث گردد، در این صورت، مطابق قوانین کیفری اختلال روانی و جنون کیفر را ساقط نمی‌کند؛ در حالی که از دیدگاه برخی نویسندگان کیفری، حکم منصفانه و عادلانه این است که:

«جنون (اختلال روانی) پس از صدور حکم محکومیت یا در جریان مجازات را، باید از مسقطات مجازات محسوب کرد.» (آشوری، ۱۳۹۸: ۱۶۰).

چرا که مجازات نمودن بیمار روانی یا مجنون در حالت اختلال یا جنون به‌طور صریح معارض با اهداف مجازات است و در این حالت اصلاح بزه‌کاران و عبرت‌آموزی دیگران منتفی می‌گردد. قانون‌گذار بعد از



پیروزی انقلاب، به تبعیت از فقه اسلامی، به تدوین مقررات کیفری متناسب با موازین فقهی اقدام نمود و در این خصوص احکام ویژه‌ای را برحسب نوع مجازات (ماده (۱۲) قانون مجازات اسلامی) پیش‌بینی نمود.

از دیدگاه فقهی

«در صورت وجوب اجرای حد بر شخص و سپس عارض شدن اختلال روانی یا جنون بر وی، حد ساقط نمی‌گردد، بلکه در همان حالت بیماری یا جنون حد بر وی جاری می‌شود و منتظر افاقه وی نمی‌مانند» (گرجی، ۱۳۹۵: ۳۳). بر همین اساس، به تبعیت از کلام فقها، در قانون مجازات اسلامی، مواد (۹۵) و (۱۸۰) در باب حدود مقرر نموده است «هرگاه محکوم به حد دیوانه یا مرتد شود، حد از او ساقط نمی‌شود». در تشریح این موضوع می‌توان گفت با توجه به اصل تفسیر مضیق قوانین کیفری و فلسفه‌ی ممنوعیت اجرای مجازات در حال اختلال روانی و مطابق نظریه شماره ۷/۵۸۶۸ مورخ ۷۲/۹/۳۰ «مادتین (۹۵) و (۱۸۰) قانون مجازات اسلامی، تنها در جرائم حدی زنا و مسکر مصداق داشته و در سایر جرائم نباید اجرایی گردد.» (ایرانی ارباطی، ۱۳۸۷: ۲۷۷).

چرا که مواد مزبور در خصوص حد زنا و شرب خمر آورده شده‌اند.

ماده (۲۸۹) قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری، در باب مجازات تعزیری این‌گونه مقرر نموده است که:

«جنون (اختلال روانی) پس از صدور حکم و فرار محکوم‌علیه در هنگام اجرای حکم، باعث اسقاط مجازات تعزیری نمی‌باشد»

بنابراین، با توجه به فلسفه‌ی ممنوعیت اجرای مجازات در حالت اختلال روانی و جنون، می‌توان اذعان داشت که در چنین حالتی اجرای مجازات تا زمان افاقه مجرم به تعویق افتاده و به هنگام بهبودی و افاقه، مجازات مورد حکم در مورد وی اجرا می‌گردد. ولیکن در صورتی که در چنین حالتی اختلال روانی یا جنون به صورت دائمی باشد، از دیدگاه حقوق کیفری اجرای مجازات در مورد وی، قابل‌پذیرش نیست؛ چراکه هیچ‌گونه هدفی از اجرای مجازات در این حالت، وجود ندارد. در قانون آیین دادرسی کیفری ماده (۳۲۲) جنون حادث بعد از صدور حکم را مسقط مجازات تعزیری ندانسته است، ولیکن به پیش‌بینی تعویق اجرای حکم محکوم‌علیه تا زمان افاقه‌ی وی اشاره کرده است (به جز کیفرهای مالی)؛ اما در مورد پاسخ به این پرسش که اگر اختلال روانی و جنون در فرض مذکور دائمی باشد، با توجه به اینکه حکمی پیش‌بینی نشده است، تکلیف چیست؟



در پاسخ می‌توان اذعان داشت که مطابق ماده (۳۷) قانون مجازات اسلامی (برگرفته از ماده واحده‌ی قانون تعیین تکلیف محکومین مبتلا به جنون سال ۱۳۰۸)

در هر زمانی که فرد محکوم شده به حبس در زندان باشد و یا به هر طریقی در وضعیت تحمل کیفر قرار گیرد قبل از تمام شدن مدت حبس فرد مبتلا به جنون با استفاده از استعلامات پزشکی قانونی در صورت تأیید جنون فرد به بیمارستان روانی منتقل شده و با در محل مناسبی نگهداری می‌شود و تا مدتی که در بیمارستان روانی است و یا در محل مذکور به سر می‌برد این مدت به عنوان بخشی از محکومیت او محاسبه می‌شود؛ بنابراین، این ماده راهکار مطلوبی را در خصوص مجازات حبس برای افرادی که بعد از صدور حکم و در حین اجرای مجازات به اختلال روانی و جنون مبتلا می‌شوند، ارائه داده است. البته تبصره ماده ۵۰۳ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ نیز به این موضوع به طور دیگری اشاره نموده و بیان می‌کند که اگر فردی که به حبس محکوم شده است و یا کسی که به خاطر عدم پرداخت جزای نقدی در حبس به سر می‌برد در صورت تشخیص ابتلا به جنون در بیمارستان روانی یا هر مکان مناسب دیگری نگهداری شود ایامی که در بیمارستان روانی یا این مکان نگهداری شده است به عنوان مدت محکومیت او محسوب می‌شود لذا هر زمانی که مسئولین زندان بحث وجود اختلال روانی یا جنون را گزارش نمایند به دستور قاضی اجرای احکام فرد به پزشک قانونی اعزام می‌شود تا بعد از بررسی و معاینه سلامت روان او مورد ارزیابی قرار گیرد. در ضمن به بستگان وی نیز اعلام می‌شود تا چنانچه در مورد وضعیت روانی و اختلالات روانی یا جنون سابقه‌ای در اختیار دارند آن را به پزشک قانونی تحویل داده و از طرف دیگر نیز مسئولین زندان مکلف می‌شوند تا سوابق بالینی و درمانی زندانی را جهت بررسی به پزشک قانونی ارسال نمایند بعد از معاینه و بررسی‌های انجام شده چنانچه پزشک قانونی اختلال روانی یا جنون را تأیید نماید قاضی اجرای احکام گزارش پزشک قانونی را به مسئولین زندان ارائه کرده و دستور می‌دهد محکوم به منظور درمان در بیمارستان روانی بستری شود. بر همین اساس، برای این‌گونه افراد، در این حالت، انتقال به محل مناسب یا بیمارستان روانی در نظر گرفته شده است که مدتی که در آنجا نگهداری می‌شوند، جزء مدت محکومیت آن‌ها محسوب می‌گردد.

در طول مدتی که محکوم در بیمارستان روانی برای معالجه و درمان بستری است و یا در هر محل دیگری به حکم قاضی نگهداری می‌شود تا بهبودی عملاً از آزادی محروم می‌ماند لذا عدم محاسبه این مدت به عنوان بخشی از مدت محکومیت با عدالت کیفری مغایرت داشته و بر همین اساس قانون‌گذار این مدت را به عنوان بخشی از مدت محکومیت او محاسبه می‌نماید.



محکوم علیه باید پس از رفع حالت روانی یا جنون، برای تحمل مدت محکومیت باقی مانده به زندان برگردانده شود، ولیکن از دیدگاه برخی حقوقدانان:

«برگرداندن بیمار روانی یا مجنون بهبود یافته به زندان نه از روی عدالت است و نه باعث برآورده نمودن توقعات مجازات می‌گردد. ما معتقدیم که اختلال روانی یا جنون در حال اجرای حکم در هر حال باعث سقوط مجازات می‌گردد و این موضوع نه تنها از سوی ما بلکه داده‌های روان‌شناختی نیز آن را تأیید می‌کند».

لذا، برحسب ضرورت، اختلال روانی و جنون دائمی که امکان افاقه مرتکب وجود ندارد و در زمان اجرای حکم عارض می‌گردد، مجازات را ساقط می‌کند؛ اما اجرای مجازات سالب حق و مالی در این حالت اشکالی ندارد؛ چرا که اعمال این گونه مجازات با مسئله ناتوانی محکوم روانی و دیوانه که درک مسائل را ندارند، مرتبط نمی‌باشد.

در تبصره‌ی ۱ ماده ۱۵۰ قانون مجازات ۹۲ بیان می‌کند که جنون در مورد ارتکاب به جرائم موجب حد منجر به سقوط حد نمی‌شود. این حکم این سؤال را ایجاد می‌کند که آیا این تبصره به دنبال نشان دادن این است که حکم کلی در ارتباط با اختلال روانی یا جنون بعد از صادر شدن حکم قطعی است یا تنها در مورد جرائمی است که مستوجب حد می‌باشند با در نظر گرفتن این موضوع که در قانون جدید فقط این تبصره وجود دارد می‌توان این مفهوم را به عنوان یک حکم کلی و عمومی در نظر گرفت و می‌توان این مفهوم را نیز در نظر گرفت که در جرائم غیر از جرائم مستوجب حد جنون و اختلال روانی فرد مرتکب بعد از صدور حکم قطعی مانعی برای اجرای حکم خواهد بود. پس می‌توان نتیجه گرفت که باید منطبق با قوانین جدید برداشت کرد ولی در مورد قصاص و دیه نمی‌توان این قانون را به کاربرد و این به خاطر آن است که با توجه به ماده ۱۵۰ توقف را به جرائم تعزیری محدود نموده است بنابراین می‌توان گفت که هرگاه فرد قبل از صدور حکم قطعی به جنون مبتلا شود در مورد جرائم تعزیری حکم قطعی اجرا نمی‌شود و تا بهبودی فرد به تأخیر خواهد افتاد اما در مورد جرائم مستوجب حد قصاص و دیه تأثیری در اجرای حکم ندارد و حسب مورد، احکام حد، قصاص و دیه و یا ضرر مالی در مورد مرتکب اجرا خواهد شد.

۳- آیین نگهداری بیمار روانی مطابق لایحه

نگاهداری یا نگاهداشت به معنای محافظت، متوقف ساختن و ایست دادن آمده که معنی نخست، به مقصود ما نزدیک‌تر است (عمید، ۱۳۴۲: ۱۱۷) همچنین مقابل کلمه نگاهداری، محافظت، حفظ، پاسداری،



حفظ و حراست کردن، سرپرستی و مواظبت کردن ذکر شده است؛ بنابراین، به نظر می‌رسد منظور از نگاهداری بیماران روانی، محافظت از آنان در برابر بیماری و نیز محافظت جامعه از خطرات احتمالی به واسطه بیماری آنان است (عمارتی، ۱۳۹۵: ۱۸۱).

به منظور تأمین امنیت جامعه در برابر افرادی که به نوعی دارای حالت خطرناک هستند تنها یک محل برای نگهداری فرد کفایت نمی‌کند در حقیقت نیازمند محلی همچون بیمارستان روانی است جایی که دارای امکانات مختلف به منظور درمان فرد باشد تا حالت خطرناکی او برطرف شود و نباید انتظار این را داشت که فرد بدون داشتن امکانات درمانی مناسب بهبود یابد در حقیقت باید از تمام روش‌ها و ابزارهای درمانی بهره برد و صرف نگهداری بیمار در مکانی بدون به‌کارگیری درمان‌های مناسب نه تنها منجر به سلب آزادی فرد می‌شود بلکه می‌تواند تشدید حالت خطرناکی وی را به دنبال داشته باشد.

دولت در ماده ۲ قانون اقدامات تأمینی و تربیتی ۱۳۳۹، متعهد شده بود طی مدت پنج سال از تاریخ تصویب این قانون، برای مجرمان غیرمسئول اقدام به تأسیس بیمارستان روانی نماید. این امر هرگز تحقق نیافت. قانون‌گذار برای معالجه و نگهداری مجرمان مبتلا به اختلالات روانی که احتمال خطر برای خود و جامعه دارند، پیش‌بینی‌های لازم را انجام داده است. در ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵ ذکر شده است: «هنگامی که مرتکب جرم در زمان ارتکاب جرم مجنون بوده یا پس از ارتکاب جرم به جنون مبتلا شود در صورتی که با جلب نظر متخصصان جنون و حالت خطرناک مجنون ثابت شود تا رفع این حالت به دستور دادستان فرد در محل مناسبی نگهداری خواهد شد و فقط به دستور دادستان امکان آزادی او وجود خواهد داشت. شخص نگهداری شده یا خانواده‌اش برای اعتراض به این دستور به دادگاهی مراجعه نمایند که دارای صلاحیت برای رسیدگی به اصل جرم است بنابراین دادگاه اقدام به تشکیل جلسه‌ای می‌کند که با حضور معترض به همراه دادستان و یا نماینده قانونی او با جلب نظر افراد متخصص و کارشناسان حرفه‌ای خارج از نوبت به موضوع رسیدگی می‌کند. البته شخص نگهداری شده یا خانواده‌اش زمانی حق اعتراض به دستور دادستان را دارند که علائم بهبود را مشاهده کرده باشند.

همچنین در ماده ۳۷ همین قانون آمده است که در هر زمانی که محکوم به حبس در زندان و یا در حال تحمل کیفر خود باشد و قبل از اتمام مدت حبس با تشخیص ابتلا به جنون روبرو شود بر اساس نتایج مربوط به پزشک قانونی و در ادامه تأیید جنون فرد به بیمارستان روانی منتقل می‌شود و مدت حضور او در بیمارستان روانی به عنوان بخشی از محکومیت او حساب می‌شود. در صورتی که نبودن بیمارستان روانی، به تشخیص دادستان مجرم در محل مناسب نگهداری می‌شود.



مطابق تبصره ۲ ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی:

«تا زمان آغاز به کار این اماکن بخشی از مراکز روان‌درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد تخصیص داده شود».

بنابراین، مطابق این تبصره قوه قضاییه موظف به تدارک مراکز اقدام تأمینی در هر حوزه قضایی برای نگهداری این افراد شده و تا وقتی اماکن موردنظر بتوانند به چرخه فعالیت وارد شوند قسمتی از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بهزیستی باید برای این افراد در نظر گرفته شود. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، این تبصره اشاره به «مراکز روان‌درمانی بهزیستی» داشته که این موضوع مبهم می‌باشد و در حال حاضر مراکزی تحت این عنوان وجود ندارد. از سوی دیگر، مراکز بهزیستی فاقد امکانات بستری آن‌هم بستری بیماران کیفری هستند. همچنین به مراکز بیمارستانی موجود اشاره شده که لفظی کلی بوده و مشمول تمام بیمارستان‌ها می‌گردد، درحالی‌که منظور قانون‌گذار بیمارستان‌های روان‌پزشکی بوده است؛ اما آنچه قابل ذکر است، این است که بیمارستان‌های روان‌پزشکی کشور ما ظرفیت لازم برای درمان و مراقبت از بیماران کیفری روانی را ندارند. دستگاه قضایی هرروزه مواجه با مجرمینی است که به دلیل ابتلا به نوعی اختلال روانی یا مسئول اعمال مجرمانه خود نیستند و یا این‌که مسئولیت کامل نداشته و از مسئولیت نسبی برخوردار می‌باشند. هرچند موضوع مسئولیت نسبی در قوانین ما مطرح نشده و تنها طبق ماده ۳۷ قانون مجازات اسلامی می‌توان برخی از مجرمین را شایسته تخفیف مجازات دانست، اما به نظر می‌رسد داشتن یک بیمارستان روانی حفاظت شده می‌تواند دست سیستم قضایی و روان‌پزشکان قانونی را برای ارائه خدمات درمانی و مراقبتی لازم برای این گروه از بیماران باز نگه دارد (صابری، ۱۳۹۴: ۴۱۱).

مقاومت‌های نهادهای دولتی مبنی بر لزوم بستری افراد دارای حالت خطرناک در مراکز مخصوص نگهداری و درمان، سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ممکن است با توجه به هزینه‌های بالا در ارتباط با نگهداری مجرمانی از این قبیل باشد و یا مسئولیت‌هایی که در ارتباط با این مجرمان دامن‌گیر مسئولان بیمارستان است و همچنین محدودیت‌های این بیمارستان‌ها در نگهداری از این مجرمان باشد. از طرف دیگر، اغلب نیروی انتظامی نمی‌تواند مأمور مراقبت تأمین کند و از طرف دیگر، با تأمین مأمور مراقبت نیز از سوی نیروی انتظامی، حضور مأمور برای کارکنان درمان، سایر بیماران و نیز ملاقات‌کنندگان در بیمارستان روان‌پزشکی دارای وجهه مناسبی نمی‌باشد.

همچنین همراهی مداوم مأمور پلیس به هنگام اقدامات تشخیصی و بستری خود باعث می‌گردد که در امر درمان اختلال ایجاد نماید.



آیا فشار عوامل موصوف بر سیستم قضایی، به ویژه زمانی که بیمار تا حدودی بهبودی یافته، باعث می‌شود تا دادگاه از روان‌پزشک قانونی سؤال نماید که حالت خطرناک برطرف شده است یا خیر؟ پس از بهبود در وضعیت بیماران ضرورت ایجاب می‌کند که بسیاری از این افراد از مراکز درمانی و بیمارستان‌های روان‌پزشکی ترخیص شده و به مراکز ایمن منتقل شوند تا مراقبت و نگهداری از آن‌ها صورت گرفته و از اقدامات توان‌بخشی لازم برخوردار شوند با این حال هنوز امکان ارتکاب به جرم برای آن‌ها وجود دارد چرا که همچنان محیط زندگی بیمار بدون تغییر است و اقدامی به منظور کاهش استرس و ترس و همچنین زمینه‌های روبرو شدن بیمار با محیط زندگی فراهم نشده است لذا می‌توان این‌گونه بیان کرد که شرایط نگهداری بدون در نظر گرفتن تمهیدات آتی برای این بیماران بی‌تأثیر است.

اما منظور از محل مناسب کجاست؟ در این باره یکی نویسندگان در تحلیل «محل مناسب» به آمدن این اصطلاح در قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۵۲ اشاره نموده و این‌طور می‌دارد: «محل مناسب را برخی همان تیمارستان مجرمین غیرمسئول ماده ۲ قانون اقدامات تأمینی می‌دانند؛ ولیکن به نظر نباید این محل را تنها به عنوان یک بیمارستان روانی یا آسایشگاه و یا تیمارستان معرفی کرد درحالی که می‌تواند در برگیرنده هر نوع مکانی باشد که منجر به منطبق شدن فرد با جامعه شود و این امر را تسهیل کند و به معرفی ارزش‌ها و معیارها برای او پرداخته و این محل می‌تواند هر جایی از جمله مزرعه، مدرسه و یا یک کارگاه باشد که ممکن است همین مورد سبب شده باشد که قانون‌گذار از واژه نگهداری استفاده کرده و آن را در نظارت مستند دادستان و یا نماینده او قرار داده است اما در واقع این نیز باید امکان داشته باشد که فردی که در معرض نگهداری است در زمان حصول منظور از نگهداری‌اش تغییر وضعیت خود را که تحمیلی است درخواست کند.

اما برخی دیگر از نویسندگان حقوق کیفری با استناد به بند ۱ ماده ۳ و ماده ۴ لایحه قانون اقدامات تأمینی سال ۱۳۳۹ محل مناسب نگهداری را «تیمارستان» عنوان کرده‌اند (شکری، ۱۳۸۴: ۱۴۱). دکتر شامبیاتی نیز در نظری‌های مشابه نوشته است که:

«منظور از محل مناسب، درواقع تیمارستان است، همچنان که ماده ۲۱ آیین‌نامه قانونی و مقررات اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور نیز پیش‌بینی «تیمارستان مجرمین غیرمسئول» را کرده است. لذا اصل بر این است که این‌گونه مجرمین مجنون دارای حالت خطرناک به تیمارستان جداگانه‌ای اعزام و حتی‌الامکان سعی گردد که از فرستادن آن‌ها به تیمارستان‌های روانی معمولی جدا دوری شود؛ چراکه این امر از نظر سایر بیمارانی که در تیمارستان‌های روانی نگهداری می‌شوند، خطرناک می‌باشد» (شامبیاتی، ۱۳۸۲: ۷۸)



در حقیقت منظور از اعمال اقدامات تأمینی ویژه افراد دارای اختلالات روانی مشمول ماده ۱۵۰ قانون مجازات تأمین امنیت برای جامعه و افراد جامعه در مقابل حالت خطرناک بالقوه این افراد است و نه به کارگیری اقدامات درمانی و اصلاحی به تنهایی، این همان هدفی است که در ماده ۴۸ مکرر سابق نیز به چشم می‌خورد لذا با توجه به اهمیت موضوع دستور به نگهداری این افراد در محیطی مناسب داده است (ابراهیمی، ۱۳۸۷: ۸).

بنابراین، تصویب قوانین در راستای بیماران دارای اختلال روانی حاکی از اهمیت روزافزون تأمین امنیت و اولویت آن بر رعایت حقوق مرتکبان است؛ ولیکن نباید قضاوت عجولانه نمود که صرف اتکا بر سوابق یک فرد و پیش‌بینی اینکه چون او به‌عنوان نمونه، دو بار سابقه محکومیت دارد تا ابد مجرم باقی خواهند ماند؛ چراکه این‌طور قضاوت کردن، ناقض حقوق شخص می‌باشد؛ چون فرض بی‌گناهی بودن در مورد آن شخص خاص تا ابد به اصل مجرمیت تبدیل خواهد گردید. همچنین طوری به آن فرد نگریسته می‌شود که آیا بیماری وی قابل درمان است و یا اصلاح می‌شود در غیر این صورت به‌عنوان یک فرد غیرقابل درمان و غیرقابل اصلاح تا ابد مانند یک شیء دیده می‌شود که در چرخه جرم باقی می‌ماند با این وجود، لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی به این مهم پرداخته و در جهت حمایت کیفری از حقوق بیماران روانی، بستری اجباری و اختیاری را در نظر گرفته است که در ذیل به شرایط مقرر در لایحه اشاره می‌شود.

۴- بستری اختیاری بیمار روانی

ماده ۲ لایحه مذکور به بستری اختیاری بیمار روانی اشاره داشته و مقرر می‌دارد: «بستری اختیاری افراد مبتلا به اختلال روانی با تأیید پزشک مقیم بیمارستان یا روان‌پزشک معالج و با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی انجام می‌گیرد». بر این اساس، جهت بستری اختیاری افراد کمتر از هجده سال، در صورت عدم دسترسی به سرپرست قانونی، رضایت مادر کفایت می‌کند.^۱

همچنین در خصوص ترخیص این نوع بیماران از بستری اختیاری، ترخیص با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی یا تشخیص روان‌پزشک معالج انجام می‌گیرد.^۲ اما در صورت عدم دسترسی به

^۱- رضایت آگاهانه: اعلام موافقت کتبی فرد واجد صلاحیت مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی یا تحقیقاتی به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن. ر.ک: بند «۶» ماده ۱ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۲- تصریح ماده ۲ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۳- ماده ۱۵ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴



سرپرست قانونی یا خودداری او از تحویل گرفتن بیمار ترخیصی، بیمار با رضایت مادر یا همسر یا فرزندان یا برادر یا خواهر وی ترخیص می‌شود. در غیر این صورت، موضوع جهت اتخاذ تصمیم نسبت به ترخیص بیمار به کمیسیون روان پزشکی بیمارستان ارجاع می‌شود و کمیسیون در صورت لزوم، موضوع را به مرجع قضائی منعکس می‌نماید.^۲ در این راستا بیماران ترخیص شده از بیمارستان که بی‌خانمان بوده یا از سوی خانواده مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند به مرجع قضائی معرفی می‌شوند. افراد یادشده تا زمان تصمیم‌گیری مرجع قضائی تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار می‌گیرند. سازمان یاد شده موظف است از طریق سازوکارهای قانونی مربوط، نسبت به ارائه خدمات به آنان اقدام نماید.^۳

۵- بستری اجباری بیمار روانی

بستری اجباری به بستری کردن بیماران برخلاف تمایل خودشان اطلاق می‌شود. بستری اجباری بیماران روان پزشکی، معمولاً برای حمایت از شخص مبتلا به بیماری و حمایت از جامعه در مقابل رفتارهای ناهنجار انجام می‌شود. در کشورهایی که قوانینی برای بستری اجباری بیماران روانی دارند به‌طور کلی قانون این اجازه را به روان‌پزشک یا مراقبان بهداشت روان می‌دهد تا افرادی که به علت بیماری روانی برای خودشان یا دیگران خطرناک هستند و یا نمی‌توانند از خودشان مراقبت کنند را بدون رضایت خودشان بستری کنند در این کشورها طول مدت بستری اجباری بیماران محدود بوده و این مدت پزشکان باید دلایل کافی برای ادامه بستری بیماران به دادگاه ارائه دهند و معمولاً دو یا چند پزشک باید به درمان اجباری رأی دهند (ولی پور و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۴۹)

با توجه به اهمیت رعایت حقوق متقابل بیمار روانی و جامعه، بستری اجباری دربرگیرنده بخش بزرگی از قانون بهداشت روان است. سازمان جهانی بهداشت که بستری اجباری را نه تنها محرومیت از آزادی بلکه یک ضربه روان‌شناختی می‌داند، اصولی را برای تدوین قانون بستری اجباری، ضروری دانسته است. از سوی دیگر با توجه به کاستی‌های قوانین مربوط به این موضوع در ایران، لزوم از میان برداشتن کاستی‌ها و قانونمند شدن روند بستری اجباری احساس می‌شد (نصر اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۸: ۴). لذا، با تصویب لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی در تاریخ ۱۳۹۸/۹/۲۴ این امر پایان پذیرفت و کاستی‌های

^۱ مطابق بند «۷» ماده ۱ لایحه کمیسیون روان پزشکی بیمارستان عبارت است از: کمیسینی مرکب از سه نفر روان‌پزشک منصوب از سوی

رئیس بیمارستان که باید در بیمارستان‌های دارای تخت بستری روان پزشکی سراسر کشور تشکیل شود.

^۲ ماده ۱۶ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۳ ماده ۱۷ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.



موجود از بین رفت و لزوم بستری اجباری برای بیماران روانی قانونی شد. در واقع، این نوع بستری در صورتی که بیمار روانی دارای آشفتگی روانی یا بحران روانی باشد و راه مناسب دیگری برای درمان آن‌ها وجود نداشته باشد، پس از انجام معاینات لازم توسط روان‌پزشک و یا به دستور مرجع قضائی تحقق می‌یابد. در واقع، در صورت وجود شواهدی مبنی بر لزوم ارزیابی جهت بستری اجباری فرد و استنکاف وی از حضور برای معاینه توسط روان‌پزشک، مراتب به مرجع قضائی صالح گزارش می‌شود. مرجع یادشده پس از اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی، در خصوص لزوم یا عدم لزوم بستری ضروری فرد تصمیم‌گیری می‌نماید. لیکن، نظر کارشناسی پزشکی قانونی در پرونده‌های کیفری باید حداقل متضمن موارد زیر باشد:

- ۱- ابتلا یا عدم ابتلای فعلی یا قبلی فرد به اختلال روانی با ذکر درجه شدت.
- ۲- در صورت ابتلا به اختلال روانی، ارتباط آن با بزه ارتكابی.
- ۳- قابلیت فرد برای محاکمه.
- ۴- امکان وخامت اختلال روانی فرد در اثر اعمال نوع خاصی از مجازات.
- ۵- قابلیت محاکمه فرد در آینده در صورت عدم ارتباط بیماری با بزه ارتكابی.
- ۶- امکان ایجاد خطر جدی برای خود یا دیگران در صورت آزاد شدن فرد یا اعمال نوع خاصی از مجازات.
- ۷- نوع درمان روان‌پزشکی موردنیاز در صورت اعمال مجازات یا آزادی فرد.
- ۸- لزوم یا عدم لزوم دستور بستری ضروری و تعیین مدت آن^۱.

بر این اساس، مرجع قضائی در صورت تأیید لزوم بستری، فرد را به بیمارستان اعزام می‌کند. مرجع یاد شده در صورت ضرورت، پزشک قانونی را به محل اعزام می‌کند که در صورت لزوم با همراهی نیروی انتظامی بود^۲. لذا، فردی که مطابق این شیوه به دستور مرجع قضائی، بستری ضروری شده است اما بعداً معیارهای لازم برای ادامه بستری ضروری را از دست بدهد از بیمارستان ترخیص و مراتب به اطلاع مرجع

^۱ ماده ۳ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۲ ماده ۵ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۳ ماده ۶ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۴ ماده ۲۵ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۵ ماده ۴ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.



یاد شده می‌رسد. چنانچه مرجع قضائی، شخص یا مرجعی را برای تحویل وی معین کرده باشد به همان شخص یا مرجع تحویل داده می‌شود.^۱

همچنین، 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 قضائی مکلف است وی را به بیمارستان روان‌پزشکی قانونی منتقل نماید. مدت بستری در بیمارستان جزء مدت محکومیت یا بازداشت فرد محاسبه می‌شود.^۲

بنابراین، در صورتی که فرد از طریق ارجاع روان‌پزشک یا دستور مرجع قضائی به بیمارستان معرفی یا اعزام شده باشد، روان‌پزشک بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان نوبت‌کاری فرد را معاینه و در صورت تشخیص آشفتگی روان یا بحران روانی، وی را بستری می‌کند. در غیر این صورت، فرد به صورت موقت بستری شده و ظرف مدت بیست و چهار ساعت از زمان بستری موقت، توسط روان‌پزشک دیگری معاینه می‌شود. نظر این روان‌پزشک قطعی و لازم‌الاجرا است.^۳

البته هرگاه در جریان رسیدگی به دعاوی و شکایات، شواهد یا قرائنی دال بر وجود اختلال روانی هر یک از طرفین وجود داشته باشد، مرجع قضائی موظف است فرد را برای انجام معاینات روان‌پزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی معرفی کند. چنانچه مرجع یاد شده نظر کارشناس پزشکی قانونی را با شواهد موجود منطبق نبیند، پرونده را با ذکر دلایل برای جلب نظر هیئت کارشناسی مجدداً به پزشکی قانونی ارجاع می‌دهد. در هر صورت مرجع قضائی با لحاظ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.

ج) در صورتی که فرد به طریقی غیر از ارجاع روان‌پزشک و یا دستور مرجع قضائی به بیمارستان منتقل شده باشد، ابتدا پزشک مقیم بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان نوبت‌کاری وی را معاینه می‌کند. در صورت تشخیص آشفتگی روان یا بحران روانی، فرد به صورت موقت بستری شده و باید ظرف مدت بیست و چهار ساعت از زمان پذیرش، توسط روان‌پزشک معاینه و در صورت تأیید نظریه پزشک اول،

^۱ - ماده ۱۴ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۲ - ماده ۲۶ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

^۳ - ماده ۷ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.



فرد را بستری کند. در غیر این صورت، ظرف مدت چهار و هشت ساعت از زمان پذیرش، توسط روان‌پزشک دیگری معاینه می‌شود. نظر این روان‌پزشک قطعی و لازم‌الاجرا است^۱

به هر حال، طبق قانون قیم قانونی یا ولی بیمار و یا دادگاه در مورد اجازه بستری بیمار تصمیم می‌گیرد. بر همین اساس، در تمام موارد بستری اجباری، بیمارستان باید رضایت آگاهانه سرپرست قانونی فرد را کسب نماید؛ و در صورت عدم امکان کسب رضایت سرپرست قانونی فرد برای بستری اجباری، بیمارستان مکلف است ظرف مدت بیست و چهار ساعت موضوع را به مرجع قضائی اطلاع دهد.

با این حال در جهت حمایت کیفری از بیمار روانی پس از بستری اجباری فرد در بیمارستان، باید کلیه حقوق وی و تکالیف پایوران (کادر) درمانی در قبال او که در این قانون آمده است، در کوتاه‌ترین زمان ممکن و به صورتی که قابل فهم باشد، به نحو کتبی و شفاهی به وی و سرپرست قانونی او اعلام گردد. اگر فرد در ابتدای بستری به دلیل شرایط خود توانایی درک توضیحات مذکور را نداشته باشد، موارد مذکور باید ظرف مدت بیست و چهار ساعت اولیه به سرپرست قانونی وی و در صورت عدم دسترسی به آنان، به بستگان فرد اطلاع داده شود. مطابق ماده ۱۱ لایحه در تمام موارد بستری ضروری، کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان مکلف است ظرف مدت یک هفته از زمان بستری فرد، وضعیت بیمار را بررسی و در صورت لزوم ادامه بستری برای حداکثر دو ماه را تجویز نماید. تمدید بستری اجباری بیش از دو ماه، منوط به تأیید مرجع قضائی با کسب نظر پزشک قانونی می‌باشد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ - ماده ۸ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.



نتیجه گیری

مهم‌ترین لازمه برای بیماران روانی به کارگیری اقدامات تأمینی و تربیتی است که در مقابل اقدام و ارتکاب به عمل مجرمانه باید به کار رود. در حقیقت نیاز به استفاده از مجازات بازدارنده بیشتر احساس می‌شود. هرچند بیشتر توجه مجازات به جنبه پیشگیری‌کننده جرم تمرکز دارد اما باید از ابزارهای درخور و مناسب استفاده کرد ابزارهایی که منجر به توجه بیشتر به اقدامات تربیتی داشته باشند ابزارهایی مانند بیمارستان‌ها و کارگاه‌های آموزشی و تربیتی و کانون‌های اصلاح و تربیت.

به هر حال، می‌توان به این نتیجه قطعی رسید که قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ تغییرات قابل توجهی در ارتباط با موضوع جنون داشته است که برخی از این تغییرات عبارت‌اند از:

(۱) عینیت و انعطاف‌پذیری بیشتر در تعریف و شرایط مربوط به جنون و هماهنگی بیشتر با موازین

علمی و تخصصی

(۲) تلاش برای رفع ایرادات و کاستی‌های مربوط به قوانین پیشین

(۳) به‌کارگیری سیاست حمایتی از سوی قانون‌گذار

بنابراین، با توجه به کاستی‌هایی که این قانون در راستای حمایت کیفری افراد دارای اختلال روانی وجود دارد، لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی توانسته است به نوعی این افراد را مورد حمایت قرار داده و مانند سایر افراد بر اساس کرامت انسانی و عدالت با آن‌ها رفتار نماید. چراکه بسیاری از بیماران روان‌پزشکی غالباً مورد تبعیض و بی‌عدالتی قرار می‌گیرند و چون بسیاری از این‌ها خود توانایی دفاع در دادرسی را ندارند، مشکلاتی برای آن‌ها از نظر حقوق کیفری ایجاد می‌شود و عمدتاً حقوق آن‌ها پایمال می‌شود یا اینکه در بسیاری از موارد بدون اینکه نیازی به بستری داشته باشند از طرف اطرافیان به اجبار بستری می‌شوند. لذا، با تصویب لایحه پیشرفت بزرگی در جهت ایفای حقوق این بیماران اتفاق افتاده است. همچنین بر اساس لایحه، پزشکان، مشاوران و روانشناسان می‌توانند با شناسایی بیماران دارای حالت خطرناک و انجام مداخلات لازم، امکانات درمانی و بستری این بیماران را نیز فراهم کنند.

بیماران روان‌پزشکی زمانی که در بیمارستان بستری هستند و تحت درمان قرار می‌گیرند بعد از ترخیص اگر تحت مراقبت‌های لازم قرار نگیرند به سرعت بیماری آن‌ها عود می‌کند و نیازمند به بستری مجدد هستند، بدین منظور برنامه‌های خدمات مراقبتی بعد از ترخیص بیماران را تدوین و به بیمارستان‌های روان‌پزشکی سراسر کشور ابلاغ کرده‌ایم تا برای تمامی بیماران نیازمند این خدمات را ارائه بدهند که این امر در بسیاری از



مراکز آغاز شده است تا هم باعث ارتقای سلامت روان بیماران روان‌پزشکی شود و هم باعث جلوگیری از بستری مجدد این بیماران شود.

پیشنهادات

در حوزه اقدامات تامینی و تربیتی درباره بیماران روانی، توجه به چند نکته مفید خواهد بود، تعیین مدت اقدامات تامینی و ارسال گزارشات در مقاطع زمانی مشخص از وضعیت بیمار و امکان تمدید و یا تخفیف مدت از محسنات اجرای این تصمیمات در بهبودی فرد می‌تواند باشد.

تعمیل مقنن کشور در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ و استفاده از عباراتی نظیر مراکز نگهداری موقت و تیمارستان مجرمان به نحوی که در تعاقب هیچ تعریف دقیقی از این تاسیسات ملاحظه نمی‌شود، به روشنی قابل مشاهده است لذا پیشنهاد می‌شود این قانون با ترسیم اهداف مشخص و با تامل مضاعفی اضافه شود.

شایسته است تا در اصلاحات قانون مجازات اسلامی توجه به مسولیت تقلیل یافته بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت در مقام تعیین مجازات‌های تعزیری همانند قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ به صورت تخفیف قانونی و اجبار قاضی درآید.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



فهرست منابع

قرآن مجید

- ابراهیمی، شهرام (۱۳۸۷)، ارزیابی تحولات اخیر سیاست کیفری در خیال بزهداران مزمن در پرتو حقوق بشر، دفتر تحقیقات لیس پیشگیری ناجا.
- اردبیلی، محمدعلی (۱۳۹۲)، حقوق جزای عمومی، ج ۲، انتشارات میزان.
- آشوری، محمد (۱۳۹۱)، آیین دادرسی کیفری، ج ۱، چ ۱۶، انتشارات سمت.
- آشوری، محمد، (۱۳۹۸)، آیین دادرسی کیفری، انتشارات سمت، ج ۱.
- امینی، محمد (۱۳۴۶)، ضمانت احتیاطی در قانون اقدامات تأمینی مصوب ۱۳۳۹، پایان‌نامه دوره دکتری دانشکده حقوق دانشگاه تهران،
- ایرانی ارباطی، بابک (۱۳۸۷)، مجموعه نظرهای مشورتی جزایی، انتشارات مجد.
- ثمری، محمد (۱۳۹۷)، شیوه مقابله قانونگذار کیفری ایران با مبتلایان به اختلالات روانی خطرناک، فصلنامه علمی حقوقی قانون یار، دوره دوم، شماره ۶،
- شامبیاتی، هوشنگ (۱۳۸۲)، حقوق جزای عمومی، تهران، انتشارات مجد، ج ۲.
- شکری، رضا؛ سیروس، قادر (۱۳۸۴)، قانون مجازات اسامی در نظم حقوق کنونی، تهران، نشر مهاجر.
- صابری، سیدمهدی (۱۳۹۳)، اقدامات اولیه برای ایجاد بیمارستان حفاظت شده روان پزشکی در ایران (نگاهی به تبصره ۲ ماده ۱۵۰ قانون جدید مجازات اسلامی)، مجله پزشکی قانونی.
- عمارتی، محمد کاظم (۱۳۹۵)، نگاهداری مجائین در حقوق کیفری ایران»، فصلنامه داخلی کانون وکلای دادگستری، انتشارات فکرسازان، چ ۱، شماره ۱۵.
- عمید، حسن (۱۳۴۲)، فرهنگ لغت، انتشارات جاویدان.
- گرجی، ابوالقاسم (با همکاری روشن‌علی شکاری و حسین فریار) (۱۳۹۵)، حدود و تعزیرات و قصاص، انتشارات موسسه چاپ و انتشارات دانشگاه تهران.
- گلدوزیان، ایرج (۱۳۹۵)، بایسته های حقوق جزای عمومی (۱-۲-۳)، چ ۵، انتشارات میزان، دادگستر.
- گنجی، حمزه (۱۳۷۶)، بهداشت و درمان، ج ۱، انتشارات ارسباران.
- موسوی نسب، سید مسعود، پناهی، علی اصغر، (۱۳۷۲)، روان پزشکی قانونی، چ اول، انتشارات داگستر.



- نجفی ابرند آبادی، علی حسین (۱۳۹۲)، کیفر شناسی نو- جرم شناسی نو، درآمدی بر سیاست جنایی مدیریتی خطر مدار، نشر میزان.

- نصرافهانی، مهدی و همکاران (۱۳۹۸)، مشاوره روان پزشکی، چ ۲، انتشارات علم و دانش.

- نوربها، رضا (۱۳۸۴)، زمینه حقوق جزای عمومی، چ ۱۴، انتشارات دادآفرین، گنج دانش.

- والی پور، محمد و همکاران (۱۳۸۵)، بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روانپزشکان در مورد بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۱۳۸۵ در ایران، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۶۱.

- تبصره ماده ۲ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۳ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۴ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۵ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۶ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۷ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۸ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۱۴ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۱۵ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۱۶ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۱۷ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.

- ماده ۲۵ لایحه «حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» مصوب ۱۳۹۸/۹/۲۴.