

فصلنامه دانش انتظامی سمنان ، دوره سیزدهم ، شماره چهل و هشتم ، تابستان ۱۴۰۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۰۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۰۴

صفحات: ۶۵ - ۷۸

نقش پلیس در واکنش به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در بستر سیستم عدالت

## کیفری

نویسندگان:

محمد جوان‌بخت<sup>۱\*</sup>، حامد عابدی فیروزجائی<sup>۲</sup>، محدثه صادقیان لمراسکی<sup>۳</sup>

## چکیده

همزمان با تحولات اقتصادی جوامع و افزایش ناهنجاری اجتماعی و به دنبال آن، سیر صعودی بیماری‌های روانی، پلیس به متخصصان خط مقدمی تبدیل شده است که این افراد را در زمان بحران مدیریت می‌کنند. این مقاله به بررسی و اظهار نظر در مورد مسائل مطرح شده پیرامون این پدیده می‌پردازد؛ چرا که هم نیروهای پلیس و هم سیستم‌های بهداشت روانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. دو اصل اساسی این منطقی را برای پلیس فراهم می‌کند که مسئولیت افراد مبتلا به بیماری‌های روانی را بر عهده بگیرد: یکی قدرت و اختیار آنها برای حفاظت از امنیت و رفاه جامعه، و دیگری، تعهدات ذاتی آنها برای حفاظت از افراد نابرخودار از سلامت روانی. این پژوهش کاربردی است و با شیوه توصیفی-تحلیلی و ابزار گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای نقش پلیس در رعایت حقوق نابرخوداران از سلامت روانی را بررسی کرده است. پلیس اغلب نقش دروازه‌بان را در تصمیم‌گیری در مورد این که آیا فرد مبتلا به بیماری روانی که مورد توجه آنها قرار گرفته است باید وارد سیستم بهداشت روانی یا سیستم عدالت کیفری شود، ایفا می‌کند. نوشتار حاضر انواع تیم‌های بحران سیار را توصیف می‌کند که از پلیس، متخصصان سلامت روان، یا هر دو تشکیل شده‌اند. نیاز به آموزش افسران پلیس در تشخیص بیماری‌های روانی و آگاهی از چگونگی دسترسی به منابع سلامت روان مورد تاکید قرار می‌گیرد. همکاری بین سازمان پلیس و نظام سلامت روان بسیار مهم است و حوزه‌های مختلف تخصص هر یک باید شناخته و معرفی شود و نباید باعث سردرگمی شود.

کلید واژه ها : پلیس، بیماری روانی، مجرم‌انگاری، سیستم عدالت کیفری

۱ : دانشجوی دکتری، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان - javanbakht.lawyer@yahoo.com

۲ : دانشجوی دکتری، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان - hamedabedifiroozjaee@gmail.com

۳ : استادیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد گرگان - mohaddeseh.sadeghian@gmail.com

## مقدمه

از زمان ظهور فقرزدایی و مهاجرت افراد به شهرها، نهادهای انتظامی نقش بسیار مهمی در مدیریت افرادی که بحران‌های روانی را تجربه می‌کنند، ایفا کرده‌اند. پلیس اغلب اولین نهادی است که برای برخورد با افراد دارای وضعیت اضطراری سلامت روان مواجه می‌شود. منطق مداخله پلیس در زندگی افراد مبتلا به بیماری روانی از دو اصل اساسی نشأت می‌گیرد: قدرت و اختیار پلیس برای حفاظت از امنیت و رفاه جامعه، و اقتدار پدرسالارانه یا پدرسالارانه دولتی، که حمایت از شهروندان نابرخوردار از توانایی ذهنی که نمی‌توانند از خود مراقبت کنند، مانند کسانی که به شدت بیمار روانی هستند را دیکته می‌کند. (ماده ۶۶ ق.آ.د.ک) اغلب هر دو اصل در برخورد پلیس با افراد مبتلا به بیماری روانی که تهدیدی برای جامعه یا خودشان هستند، دخیل هستند.

افسران پلیس موظف به پاسخگویی به تماس‌ها و ارائه خدمات ۲۴ ساعته در شبانه‌روز و هفت روز هفته هستند. در رابطه با افراد مبتلا به بیماری‌های روانی، پلیس این اختیار را دارد که افراد را برای ارزیابی و درمان روان‌پزشکی در زمانی که احتمال خطرآفرینی به دلیل شرایط روانی‌شان برای خود یا دیگران وجود دارد، به مراکز مشاوره انتظامی هدایت کند.

پلیس معمولاً اولین و تنها منبع اجتماعی است که برای پاسخ به موقعیت‌های فوری شامل افراد مبتلا به بیماری روانی فراخوانده می‌شود. آنها مسئول تشخیص نیاز به درمان برای یک فرد مبتلا به بیماری روانی و ارتباط فرد با منابع درمانی مناسب یا تعیین این موضوع هستند که فعالیت غیرقانونی فرد نگرانی اصلی است و فرد باید دستگیر شود. این مسئولیت آنها را در نقش دروازه‌بان-های اولیه قرار می‌دهد که تعیین می‌کنند؛ نظام سلامت روان یا سیستم عدالت کیفری، کدام یک می‌تواند نیازهای فرد مبتلا به مشکلات حاد روانی را به بهترین شکل برآورده کند یا خیر؟

در نتیجه ممکن است ماموران انتظامی به طور پیش فرض نقش روانپزشک خیابانی را بر عهده گرفته باشند. به نظر می‌رسد که بسیاری از افسران به این نقش عادت کرده‌اند و آن را یکی از وظایف خود می‌دانند؛ با این حال، افسران دیگر با اکراه و برخی با خشم این کار را انجام می‌دهند. مشکل اصلی در ایفای این نقش این است که پلیس آموزش کمی در انجام این نوع تریاژ دارد. همان طور که گفتیم، این عدم آموزش یکی از عواملی است که نقش مهمی در مجرم‌انگاری افراد مبتلا به بیماری‌های روانی داشته است. (نیازپور، ۱۴۰۱: ۱۷۱)

در این نوشتار ما به دنبال این موضوع هستیم که نقش حائز اهمیت پلیس را در زمان مواجهه با افرادی که به نحوی دچار بیماری‌های روانی هستند و به عنوان یکی از کنشگران عدالت کیفری ایفای نقش می‌کنند مورد بررسی قرار دهیم.

## ۱- پیشینه پژوهش

پیرامون پیشینه نوشتار حاضر باید اذعان داشت که طی بررسی بعمل آمده در نوشتگان کیفری و جرم‌شناسی، مقالات زیر پیرامون موضوع نوشتار حاضر به رشته تحریر درآمده‌اند:

۱- در سال ۱۴۰۰ مقاله‌ای با موضوع حقوق بزه‌دیدگان ویژه در قانون آئین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ توسط مهدی ساقیان و همکاران به رشته تحریر درآمده که در آن نویسندگان به بررسی سیاست کیفری ایران با امعان نظر به دستاوردها و نوآوری‌ها قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ سعی بر تقویت حقوق این افراد دارند.

۲- بررسی مسئولیت کیفری مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در نظام حقوقی ایران، تالیف شیما جعفرمحمدی و مهرزاد کیانی که در سال ۱۳۹۴ در فصلنامه تحقیقات حقوقی بین‌المللی به رشته تحریر درآمده که در آن با استناد به ماده ۱۴۹ ق.م.ا این افراد را دارای مسئولیت کیفری ندانسته، بلکه مفاد ماده ۱۵۰ ق.م.ا را برای برخورد کیفری با چنین افرادی لازم دانسته است.

۳- تاثیر اختلالات روانی بر مسئولیت کیفری مجرمان جرائم درجه یک، تالیف فاطمه افشارمنش در سال ۱۳۹۷ به رشته تحریر درآمده و در فصلنامه پژوهش ملل، شماره ۳۹ منتشر شده است. که در آن فردی که اختلالات روانی موجب مسلوب‌ال‌یرادگی مجرم می‌گردد از عوامل رافع مسئولیت کیفری دانسته است.

۴- بررسی مسئولیت کیفری مبتلایان به اختلالات روانی نوشته زهرا داستان، در فصلنامه علمی حقوق پزشکی، دوره ۴، شماره ۱۵، ۱۳۹۸ منتشر شده است. در این پژوهش، سیر تقنینی مقررات جزایی و تبیین آثار برخی از بیماری‌های شدید روانی در حین ارتکاب جرم و تحمیل مسؤولیت کیفری بر بیماران روانی مورد بررسی و مطالعه قرار می‌گیرد.

بررسی نوشتگان فوق جملگی حاکی از آنالیز میزان اختلال روانی در مرحله دادرسی کیفری است، این در حالی است که نوشتار حاضر به دنبال بررسی نقش پلیس در این که مرجع قضایی چه تصمیمی برای یک فرد مبتلا به بیماری روانی که به نحوی مرتکب بزهکاری شده، می‌باشد؟ که ما در ادامه به ضرورت توجه به این موضوع اشاره می‌نماییم.

## ۲- مفاهیم

در نوشتار حاضر آنچه نقطه تمرکز می‌باشد اصطلاح بیماری روانی می‌باشد که در زیر به تعریف و نشانه‌های آن می‌پردازیم.

## بیماری روانی

بیماری روانی به طیف گسترده‌ای از ناراحتی‌های روانی گفته می‌شود که بر روی توانایی فکر کردن، احساس و رفتار تأثیر می‌گذارد و فرد مبتلا نمی‌تواند امور روزمره‌اش را به خوبی انجام دهد. بیماری یا اختلالات روانی معمولاً در نوجوانی و یا اوایل جوانی شروع می‌شوند یا علائم را نشان می‌دهد. (سل، ۱۳۹۷، ص ۲۶)

## نشانه‌های بیماری روانی

هر بیماری روانی نشانگان ویژه خود را دارد اما با این وجود علائم زیر می‌تواند نشانه‌ای از وجود یک مشکل جدی باشد:

۱- رفتار نامناسب، ۲- کناره‌گیری از دیگران، ۳- پرخاشگری، ۴- هذیان یا باورهای غلط، ۵- ناتوانی در تمرکز، ۶- غمگینی و دل‌تنگی، ۷- فقدان علاقه یا از چیزی لذت نبردن، ۸- رفتار بزرگ‌منشانه، ۹- تحریک‌پذیری، ۱۰- نگرانی و بی‌قراری، ۱۱- تغییر سریع در وزن، ۱۲- تفکرات هراس‌انگیز، ۱۳- ترس بیش از حد و یا نگرانی یا احساس شدید گناه، ۱۴- تغییرات زیاد در عادت‌های غذا خوردن، ۱۵- جدایی از واقعیت (تصورات)، توهم داشتن، ۱۶- خستگی مفرط، کم انرژی بودن و یا مشکل در خوابیدن، ۱۷- ناتوانی در مقابله با مشکلات روزانه یا استرس، ۱۸- خشم بیش از حد، خصومت یا خشونت، ۱۹- افکار خودکشی، ۲۰- مصرف الکل یا مواد دیگر مواد اعتیادآور. (همو، ص ۳۴)

## ۳- بحث و تبادل نظر

### ۳-۱- صلاح‌دید پلیس

پلیس در انجام وظایف خود اختیارات زیادی دارد، از جمله تعیین این که در برخورد با یک فرد مبتلا به بیماری روانی حاد در جامعه چه باید کرد. در اغلب موارد، پلیس از تاکتیک‌های غیررسمی مانند تلاش برای آرام کردن فرد یا هدایت فرد به خانه استفاده می‌کند. یک مطالعه نشان داد که چنین ترتیبی تقریباً در سه چهارم موارد رخ می‌دهد. بیتنر<sup>۱</sup> در سال ۱۹۶۰ از این عمل به عنوان کمک‌های اولیه روانپزشکی یاد کرد. در شرایطی که نمی‌توان به صورت غیررسمی با آنها برخورد

۱. Bittner.

کرد، پلیس ممکن است مجبور شود افراد مبتلا به بیماری روانی را به بیمارستان‌ها یا مراکز بهزیستی ببرد. (Bittner, ۲۰۱۲, p ۲۸۱)

با این حال، در برخی موارد، سیاست عمومی توانایی اختیاری افسران پلیس را محدود می‌کند. به عنوان مثال، اگر گفته شود که فرد مبتلا به بیماری روانی مرتکب جرم بزرگی شده است، این وضعیت روشن می‌شود که فرد به دلیل جدی بودن جرم به زندان برده می‌شود. در این وضعیت، امید می‌رود که ارزیابی و درمان سلامت روان در زمانی که فرد در بازداشت به سر می‌برد، صورت گیرد.

یکی از عواملی که می‌تواند در بروز جرم موثر باشد، این است که یک افسر پلیس تصمیم می‌گیرد به جای بردن فرد به بیمارستان، فرد مبتلا به بیماری روانی را دستگیر کند. فردی که به نظر می‌رسد از نظر روانی در نگاه یک متخصص بهداشت روانی بیمار است، ممکن است در نظر افسران پلیس این گونه به نظر نرسد، با وجود تجربه عملی، آموزش کافی در برخورد با این جمعیت را نداشته است. در برخی موارد ممکن است به نظر پلیس بیماری روانی مسمومیت با الکل یا مواد مخدر باشد، به خصوص اگر در زمان دستگیری مشخص شده باشد که فرد از مواد مخدر یا الکل استفاده کرده است. (گسن، ۱۳۹۷، ص ۱۳۰) عامل دیگر این است که در سردرگمی که ممکن است همراه با برخورد با پلیس و دیگر شهروندان باشد، که در آن فرد ممکن است به زور سرکوب شود، نشانه‌های بیماری روانی (جوان‌بخت، ۱۳۹۴، ص ۳۱-۳۴) ممکن است نادیده گرفته شود. همچنین تحقیقات نشانگر این است که ایجاد درگیری و تنش در زمان دستگیری احتمال بازداشت فرد مبتلا به بیماری روانی را افزایش می‌دهد.

علاوه بر این، ماموران انتظامی ممکن است تمایل بیشتری به متهم کردن افراد مبتلا به بیماری روانی به دلیل ارتکاب یک تخلف داشته باشند؛ چراکه فکر می‌کنند جایگزین مناسبی در دسترس نیست، لذا آنها را به تحت نظرگاه می‌برند، عملی که به آن رزرو ترحم<sup>۱</sup> گفته می‌شود. با وجود این، نویسندگان این موضوع را علت اصلی جرم‌انگاری می‌دانند. در حوزه‌های قضایی که مکان مناسب بستری روانپزشکی کمی دارند یا خدمات بهداشت روانی جامعه محدود است، درمان روانپزشکی ممکن است در زندان قابل دسترس‌تر از جامعه باشد. علاوه بر این، با ظهور روش‌های تعهد مدنی سخت، استفاده از منابع درمانی موجود ممکن است برای افرادی که نمی‌خواهند درمان دریافت کنند دشوار باشد. بنابراین دسترسی نسبی به خدمات در زندان ممکن است بر تصمیم افسران پلیس در مورد دستگیری فرد مبتلا به بیماری روانی تاثیر بگذارد. با وجودی که رزرو ترحم ممکن

۱. Mercy Booking.

است به عنوان خلاف قانون تلقی شود، بیشتر کشورها قوانینی علیه بازداشت افراد زندانی مبتلا به بیماری روانی که آشکارا مجرم نیستند، ندارند. (Ogloff & et al, ۱۹۹۰, p ۴۳۶)

حتی اگر پلیس مشکل فوری یک فرد را تا حد زیادی ناشی از بیماری روانی بداند، انتخاب گزینه سلامت روان می‌تواند هم برای آنها مشکل‌ساز و هم تشدیدکننده باشد. ممکن است دوره‌های انتظار طولانی برای خدمات اورژانس روانی وجود داشته باشد که در طی آن افسران پلیس نمی‌توانند به وظایف دیگر رسیدگی کنند. متخصصان بهداشت روانی ممکن است قضاوت افسران پلیس را زیر سوال ببرند و از پذیرش این فرد خودداری کنند، یا ممکن است به سرعت فردی را آزاد کنند که تنها مدت کوتاهی قبل توسط پلیس تصور می‌شد تهدیدی واضح برای جامعه است.

از سوی دیگر، پلیس به خوبی آگاه است که اگر فردی مبتلا به بیماری روانی را به سیستم عدالت کیفری ارجاع دهد، به شکل قابل پیش‌بینی‌تری با او برخورد خواهد شد. او بازداشت خواهد شد، احتمالاً توسط یک متخصص بهداشت روانی وابسته به دادگاه یا زندان<sup>۱</sup> معاینه خواهد شد، و احتمالاً مورد ارزیابی و درمان روانپزشکی قرار خواهد گرفت. بنابراین دستگیری واکنشی است که پلیس با آن آشنا است، واکنشی که کنترل بیشتری بر آن دارد و واکنشی که فکر می‌کند منجر به نتایج مناسب خواهد شد. علاوه بر این، هنگامی که افراد مبتلا به بیماری روانی که از نظر اجتماعی مخرب هستند از امکانات روانپزشکی محروم می‌شوند، سیستم عدالت کیفری به سیستمی تبدیل می‌شود که "نمی‌تواند بگوید نه". بدین معنی که برخورداری از خدمات روان‌درمانی برای فرد نابخردار از سلامت روانی الزامی می‌شود.

هنگامی که تعامل بین پلیس و فرد مبتلا به بیماری روانی توسط خود پلیس آغاز می‌شود، افسران پلیس بیشترین میزان اختیار را دارند. در چنین شرایطی، پتانسیل قابل توجهی برای گرایش تحت تاثیر نگرش‌ها و باورهای شخصی افسران پلیس وجود دارد. ممکن است هیچ شهروند عادی یا مافوق افسران پلیس متوجه نشوند که آیا یک وضعیت به شیوه استاندارد و به گونه‌ای که هم از جامعه و هم از فرد محافظت کند، اداره می‌شود یا خیر. در این موارد، ماموران آزادانه عمل می‌کنند و مشکل را به هر شکلی که صلاح بدانند، براساس نگرش خاص خود نسبت به، ادراکات و فرضیات در مورد افراد مبتلا به بیماری روانی حل و فصل می‌کنند. نتیجه این است که برخی از ماموران پلیس بیشتر در معرض دستگیری افراد مبتلا به بیماری‌های روانی هستند، برخی تلاش شدیدتری برای بستری کردن این افراد انجام می‌دهند و برخی دیگر تمایل به آزاد کردن آنها بدون تمایل بیشتر دارند.

۱. به عنوان نمونه رجوع کنید به ماده ۳۶ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی مصوب ۱۴۰۰

با این حال، اغلب، تعامل بین پلیس و فرد مبتلا به بیماری روانی توسط شهروندان آغاز می‌شود. در چنین مواردی ممکن است خواسته‌های شهروندان نیز مطرح شود و اختیارات پلیس را محدود کند. به عنوان مثال، بسیاری از فروشگاه‌های خرده فروشی این سیاست را دارند که هر کسی که اقدام به دزدی می‌کند باید به زندان برود، و به مدیران فروشگاه‌ها اجازه داده می‌شود که یک شهروند را دستگیر کنند و بدون استثنا با پلیس تماس بگیرند. در نوع دیگری از موقعیت‌ها، افرادی که به تازگی توسط یک فرد روان‌پریش مورد حمله قرار گرفته‌اند، تمایلی به همدردی با فرد مهاجم خود ندارند، حتی زمانی که اختلال روانی مشهود است. در نتیجه ممکن است یک شهروند عصبانی اصرار بر دستگیری و بازداشت فرد نابرخوردار از سلامت روانی که منجر به سوء رفتار شده داشته باشد.

## ۲-۳- هماهنگی پلیس و متخصصان سلامت روان

به طور کلی، پتانسیل خشونت زمینه‌ساز اکثر اورژانس‌های روانی است. مجموعه فزاینده‌ای از شواهد نشان می‌دهد که یک زیرگروه از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی جدی به طور قابل توجهی خطرناک‌تر از افراد در جمعیت عمومی هستند به خصوص آنهایی که روان‌پریش هستند، داروهای خود را مصرف نمی‌کنند و سوء مصرف‌کننده مواد هستند. این زیرگروه چالش قابل توجهی هم برای متخصصان سلامت روان و هم برای پلیس ایجاد می‌کند.

از نقطه نظر پلیس، روشن است که افسران برای مقابله با موقعیت‌های دشوار یا پیچیده شامل افراد مبتلا به بیماری روانی که به شدت روان‌پریش هستند، رفتار عجیب و غریب دارند، یا رفتار خشونت‌آمیز از خود نشان می‌دهند یا افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند یا ژست خودکشی گرفته‌اند، به کمک فوری متخصصان بهداشت روانی نیاز دارند.<sup>۱</sup> به طور مشابه، متخصصان بهداشت روانی که به عنوان اعضای تیم‌های اورژانس روانپزشکی بدون حمایت پلیس کار می‌کنند، ممکن است برای رسیدگی به چنین افرادی در این زمینه احساس ضعف کنند. بنابراین در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای آشکار شده است که وقتی افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در جامعه دچار بحران می‌شوند، نه پلیس و نه سیستم اورژانسی بهداشت روانی به تنهایی نمی‌توانند به آنها خدمات موثری ارائه دهند و لازم است که این دو سیستم همکاری نزدیکی با یکدیگر داشته باشند.

---

۱. در این باره توجه به تبصره ماده ۷ لایحه پیشنهادی قانون سلامت روان که در زمان نگارش این سطور در دست بررسی می‌باشد مبنی بر این که: «نیروی انتظامی موظف است فردی را که در حال اقدام به خودکشی یا رساندن آسیب جدی به خود باشد را به منظور انتقال به بیمارستان، به کلانتری انتقال دهد...».

## – تیم‌های بحران سیار

فوریت‌های روانپزشکی به طور موثر در جوامعی که در آنها ارتباط رسمی نزدیک بین نیروی پلیس و سیستم بهداشت روان برقرار شده است، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. این تمهیدات حل بحران‌های افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در این زمینه را بدون نیاز به بستری یا حبس تسهیل می‌کند. هنگامی که حل و فصل ممکن نیست، وجود این روابط تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های روانی را که به جای زندانی شدن به سیستم سلامت روان ارجاع می‌شوند، افزایش می‌دهد و در نتیجه جرم‌انگاری را کاهش می‌دهد.

استراتژی‌های مختلفی برای ارائه یک تیم سیار متشکل از پلیس، متخصصان بهداشت روانی، یا هر دو برای پاسخ به افراد مبتلا به بیماری روانی در جامعه که در بحران هستند، توسعه یافته است. بسیاری از حوزه‌های قضایی از افسران پلیس متعهد و متخصص استفاده می‌کنند که آموزش‌های بهداشت روانی ویژه‌ای دارند تا خدمات مداخله در بحران ارائه دهند و به عنوان رابط با سیستم بهداشت روانی عمل کنند. این رویکرد اغلب به عنوان مدل ممفیس<sup>۱</sup> شناخته می‌شود. این افراد ممکن است در واقع با موقعیت‌های اورژانسی سلامت روان در محل سر و کار داشته باشند یا به عنوان مشاور افسران حاضر در صحنه عمل کنند. این مدل وابستگی زیادی به خدمات اورژانس روانپزشکی دارد که با سیاست عدم پذیرش افراد توسط پلیس موافقت کرده‌اند. (Steadman & et al, ۲۰۰۱, p ۲۲۰) این استراتژی مشارکت متخصصان سلامت روان در این زمینه را به حداقل می‌رساند.

استراتژی دیگری که اداره‌های پلیس از آن استفاده می‌کنند، استراتژی‌ای است که در آن مشاوران بهداشت روانی که افسر پلیس نیستند، توسط اداره پلیس استخدام می‌شوند. این مشاوران، خدمات مشاوره‌ای آنلاین و تلفنی را در اختیار کارشناسان این حوزه قرار می‌دهند. همچنین یکی دیگر از استراتژی‌های پذیرفته شده، استفاده از تیم‌های اورژانس روانپزشکی از متخصصان بهداشت روان است که بخشی از سیستم خدمات بهداشت روان جامعه محلی هستند اما برای پاسخ به نیازهای ویژه در محل حادثه، با اداره پلیس قرارداد ویژه‌ای بسته‌اند. (Deane & et al, ۱۹۹۹, p ۹۹)

مدل دیگری که برخی از حوزه‌های قضایی از آن استفاده می‌کنند، تیم‌هایی متشکل از افسران پلیس متعهد ویژه و متخصصان بهداشت روانی است که توسط اداره بهداشت روانی جامعه محلی به کار گرفته می‌شوند این تیم‌ها نشان داده‌اند که اقدامات آنها در حل وضعیت‌های اضطراری در

۱. Memphis.



جامعه که افراد مبتلا به بیماری‌های روانی را درگیر می‌کنند هدایت کردن آنها به سیستم بهداشت روان به جای سیستم عدالت کیفری موثر است. (Lamb & et al, ۱۹۹۵: ۱۲۶۷)

اهداف اصلی این تیم‌های تخصصی بحران سیار، حل بحران و کاهش مجرم‌انگاری است. مطالعاتی که چنین تیم‌هایی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند، نشان داده‌اند که آنها نرخ دستگیری بین ۲ تا ۱۳ درصد (با میانگین کمتر از ۷ درصد) داشته‌اند، در مقابل نرخ دستگیری ۲۱ درصد برای تماس بین افسران پلیس غیر تخصصی و افرادی که ظاهراً بیمار روانی بوده‌اند. این یافته به این ایده اعتبار می‌بخشد که یک پاسخ تخصصی، دستگیری‌های نامناسب را کاهش می‌دهد. (Sheridan, ۱۹۸۱, p ۱۴۳)

صرف نظر از این که آیا افسران پلیس به عنوان بخشی از یک تیم با اعضای سیستم بهداشت روانی عمل می‌کنند یا این که افسران پلیس یا کارمندان اداره پلیس به تنهایی با موقعیت‌های اضطراری برخورد می‌کنند، ضروری است که آنها تمام اطلاعات موجود در مورد تماس‌های گذشته پلیس با فرد را در زمانی که تصور می‌شد بیماری روانی وجود دارد به دست آورند. چنین اطلاعاتی ممکن است شامل جنبه‌های خاصی از اقدامات فرد در طول تماس قبلی پلیس، مانند تلاش برای خودکشی، خشونت، و چگونگی حل تماس قبلی باشد. حداقل در یک برنامه، این اطلاعات و همچنین عکس‌های فرد به پایگاه داده پلیس اضافه می‌شود و روزانه در رایانه‌هایی که توسط تیم بحران سیار به این حوزه وارد می‌شوند، داندلود و ذخیره می‌شود. یک سابقه عکاسی، دید واضحی از این که فرد چگونه به نظر می‌رسد و چگونه از یک تماس پلیس به تماس دیگر تغییر کرده است، ارائه می‌دهد.

هنگامی که تیم‌های سیار بحران متشکل از افسران پلیس متعهد و متخصصان بهداشت روانی بکار گرفته شده توسط اداره بهداشت روانی جامعه محلی هستند، این امکان وجود دارد که تاریخچه کامل سلامت روانی فرد مبتلا به بیماری روانی در دسترس متخصص بهداشت روانی در تیم قرار گیرد. این تاریخچه را می‌توان از یک پایگاه داده متمرکز که توسط اداره محلی سلامت روان اداره می‌شود، به دست آورد. این اطلاعات ممکن است شامل درمان‌های روانپزشکی گذشته، تشخیص‌ها و نام کارشناس پرونده فرد، در صورت وجود باشد. متخصصان سلامت روان که برای بخش سلامت روان کار می‌کنند، به طور قانونی حق دسترسی به این اطلاعات را دارند. با این حال، اهمیت حفظ محرمانگی اطلاعات سلامت روان را نمی‌توان بیش از حد مورد تأکید قرار داد، و افشای این اطلاعات باید با دقت کنترل شود، و انتشار اطلاعات محدود منوط به یک نیاز ضروری شود.

با دسترسی به اطلاعات بخش سلامت روان، متخصص سلامت روان در این تیم دانش بیشتری در مورد افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در اختیار داشته و در نتیجه در موقعیت بهتری برای ارزیابی

دقیق قرار دارد. علاوه بر این، اگر تیم فرد را به بیمارستان ببرد، متخصص بهداشت روان اطلاعات مرتبطی برای ارائه به پزشکان در بخش اورژانس خواهد داشت، که ممکن است اجازه دهد درمان مناسب و موثر زودتر آغاز شود.

بخش مهمی از توسعه و نگهداری تیم‌های تخصصی واکنش سیار این است که باید ارزیابی دقیق و مداومی از برنامه انجام شود. به عنوان مثال، زمان واکنش از زمان تماس تا رسیدن تیم به صحنه باید به صورت روتین ارزیابی و سنجیده شود. اگر زمان پاسخگویی بیش از حد طولانی باشد، افسران پلیس تمایل به تماس با تیم‌های سیار ندارند. نظرسنجی‌ها باید به طور معمول در میان افسران پلیس که به طور تصادفی انتخاب شده‌اند پیرامون دیدگاه آنها در مورد سودمندی و اثربخشی این تیم‌ها انجام شود. چنین نظارتی می‌تواند امکان اصلاح مداوم مشکلات را فراهم کند. از همه مهمتر، هر چه تیم‌ها برای افسران پلیس در این زمینه مفیدتر به نظر برسند، بیشتر مورد استفاده قرار خواهند گرفت. میزان دستگیری اعضای تیم، علاوه بر گزینه‌های بهداشت روانی که انتخاب می‌کنند، باید به طور منظم مورد ارزیابی قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود که موقعیت‌های مناسبی ایجاد شده است و مراکز بهداشت روانی با این تلاش‌ها همکاری می‌کنند.

### - آموزش پلیس

آموزش پلیس به طور کلی برای آماده کردن افسران پلیس برای شناسایی و برخورد با افراد مبتلا به بیماری روانی ناکافی است. خود پلیس معتقد است که آموزش کافی برای مدیریت این بخش از جمعیت را ندارد. آنها می‌خواهند بدانند چگونه بیماری‌های روانی را تشخیص دهند، چگونه با رفتارهای روان‌پریشی مقابله کنند، چگونه با خشونت یا خشونت بالقوه در میان این افراد مقابله کنند، وقتی فردی تهدید به خودکشی می‌کند چه کاری انجام دهند و چه زمانی با تیم تخصصی بحران سیار تماس بگیرند. این آموزش سلامت روان برای تمام افسران پلیس لازم است، نه فقط برای کسانی که عضو تیم‌های تخصصی بحران سیار هستند. این در واقع، همان حق بر آموزش است که در اصول متعدد قانون اساسی برای احاد ملت و در مواد متخلف ریلانون آیین دادرسی کیفری برای ضابطان پیش‌بینی شده است.

به نظر می‌رسد آموزش‌هایی که توسط متخصصان نیروی پلیس و بهداشت روان با مشارکت فعال کارآموزان پلیس انجام می‌شود، موثرترین فرآیند آموزش باشد. در یک حداقل، آموزش برای افسران پلیس باید شامل آشنایی با طبقه‌بندی کلی اختلالات روانی مورد استفاده توسط متخصصان بهداشت روانی، یادگیری و نشان دادن مهارت‌ها در مدیریت افراد مبتلا به بیماری روانی، از جمله مداخله در بحران؛ دانستن چگونگی دسترسی به منابع معنی‌دار با محدودیت کمتر از بستری شدن؛ و یادگیری قوانین مربوط به افراد مبتلا به بیماری روانی، به ویژه معیارهای مشخص شده برای

ارزیابی و درمان غیرارادی روانپزشکی باشد. علاوه بر این، باید تاکید قابل توجهی بر کاهش موقعیت‌هایی که ممکن است منجر به استفاده از قهر و غلبه بر روی افراد مبتلا به بیماری روانی شود، صورت گیرد. با این حال، همان طور که بوروم<sup>۱</sup> اشاره کرده است، آموزش به تنهایی بدون ایجاد تیم‌های سیار بحران و تغییر در آکادمی‌های پلیس در موضوعاتی مانند استفاده از نیروی قهرآمیز کافی نیست. (Borum, ۲۰۰۰, p ۳۳۴)

### – خودکشی با وساطت پلیس

احتمالاً هیچ وضعیتی برای ماموران اجرای قانون دشوارتر از آن چیزی نیست که خودکشی با وساطت پلیس یا خودکشی با کمک پلیس نامیده می‌شود. در این شرایط، یک فرد خودکشی کننده با یک سلاح کشنده، یا با آنچه که به نظر می‌رسد یک سلاح کشنده باشد، نسبت به افسران اجرای قانون یا غیرنظامیان برای تحریک افسران برای شلیک به خودش در دفاع از خود یا برای محافظت از غیرنظامیان درگیر می‌شود.

در یکی از دقیق‌ترین مطالعات انجام شده در این زمینه، مشخص شد که خودکشی با وساطت پلیس ۱۱ درصد از کل تیراندازی‌های ماموران در یک اداره پلیس کلانشهر را به خود اختصاص داده است. اگرچه تنها ۴۶ مورد از ۴۳۷ تیراندازی در طول یک دوره ده ساله مورد بررسی قرار گرفت، معیارهای گنجاندن از نظر شواهد قصد خودکشی نسبتاً دقیق بودند، شواهدی مبنی بر این که فرد از افسر می‌خواهد که به او شلیک کند، شواهدی مبنی بر این که فرد دارای سلاح کشنده یا چیزی که به نظر می‌رسد سلاح کشنده باشد، و شواهدی مبنی بر این که فرد عمداً این برخورد را تشدید کرده و افسر را تحریک می‌کند تا برای دفاع از خود یا غیرنظامیان شلیک کند. مطالعات دیگر درصد بالاتری (۱۶ تا ۴۶ درصد) از تیراندازی‌های پلیس را گزارش کرده‌اند که ممکن است توسط پلیس صورت گرفته باشد؛ با این حال، معیارهای گنجاندن در آن مطالعات کمتر دقیق بودند.

(Kennedy & et al, ۱۹۹۸, p ۲۱-۲۷)

### بررسی وضعیت مسوولیت کیفری مبتلایان در قوانین

#### قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲

موادی که در این زمینه در قانون موجود است مواد ۱۴۹ و ۱۵۰ می‌باشد. ماده ۱۴۹ این گونه مقرر می‌دارد: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه

تمییز باشد مجنون محسوب می‌شود و مسوولیت کیفری ندارد. « در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ معیار دقیق‌تری برای مسوولیت کیفری ذکر شده است که یقیناً این امر ناشی از دست آوردهای جرم‌شناسی و روان‌پزشکی قانونی در علم حقوق می‌باشد. البته با توجه به پیچیده بودن انواع اختلالات روانی این ماده نیز بسیار مختصر می‌باشد.

در مورد شرایط و کیفیت نگهداری افراد مبتلا ماده ۱۵۰ ق. م. ا مقرر کرده است «هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرایم موجب تعزیر پس از وقوع جرم مبتلا به جنون شود چنان چه 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. . « با این که در ماده ۱۴۹ ق. م. ا از اصطلاح اختلال روانی استفاده کرده است اما در این ماده واژه جنون که اصطلاحی صرفاً حقوقی و گستره‌ی آن تا حدود زیادی مبهم است استفاده شده است. در مورد نگهداری این افراد نیز قوانین فعلی هم‌چون قوانین پیشین، نگهداری در محل مناسب را پیش‌بینی کرده است.

### قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲

در مورد مسوولیت کیفری مبتلایان، در قانون آیین دادرسی کیفری ماده‌ای وجود ندارد. در مورد نگهداری این افراد ماده ۲۰۲ این قانون مقرر می‌دارد «هرگاه بازپرس در جریان تحقیقات احتمال دهد متهم هنگام ارتکاب جرم مجنون بوده است، تحقیقات لازم را از نزدیکان او و سایر مطلعان به‌عمل می‌آورد، نظریه پزشکی قانونی را تحصیل می‌کند و با احراز جنون، پرونده را با صدور قرار موقوفی تعقیب نزد دادستان می‌فرستد. در صورت موافقت دادستان با نظر بازپرس، چنان چه جنون استمرار داشته باشد شخص مجنون بنابر ضرورت، حسب دستور دادستان به مراکز مخصوص نگهداری و درمان سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل می‌شود. . « در این ماده نیز از اصطلاح جنون استفاده شده است که همان‌گونه که بیان شد این واژه دارای ابهام در جهت تطبیق آن بر اختلالات روانی می‌باشد. هم‌چنین بهتر بود که قانون‌گذار به جای احتمال بازپرس در جنون فرد، مقرر می‌داشت همه‌ی افرادی که مرتکب جرایم شدید و خشن می‌شوند مورد معاینه روان‌پزشکی قانونی قرار گیرند.

### نتیجه‌گیری

همکاری نزدیک دو سازمان پلیس و بهداشت روان، که منابع بهداشت روان را به راحتی در دسترس قرار داده، بخش‌های پلیس در تیم‌های تخصصی بحران سیار شرکت می‌کنند و افسران پلیس آموزش‌های بهتری دریافت می‌کنند، بسیار مهم است.

هیچ یک از سیستم‌های سلامت روان و اجرای قانون به تنهایی نمی‌توانند بحران‌های سلامت روان در جامعه را به طور مؤثر و بدون کمک دیگری مدیریت کنند. اگر قرار است همکاری بین این دو سیستم موفق باشد، پلیس و متخصصان سلامت روان باید به یاد داشته باشند که چه کسانی هستند. مهم است که افسران پلیس آگاه باشند که نقش اصلی آنها در اجرای قانون باقی می‌ماند، حتی اگر آنها ممکن است آموزش‌های تخصصی بهداشت روانی داشته باشند. به عنوان مثال، در یک برنامه که در آن افسران پلیس و متخصصان بهداشت روانی همکاری نزدیکی با یکدیگر دارند، نقش اصلی افسران پلیس به وضوح به عنوان تامین امنیت توصیف می‌شود که تهدید آسیب به افراد مبتلا به بیماری روانی و دیگران را کاهش می‌دهد و همچنین انتقال به مناسب‌ترین مرکز درمانی را فراهم می‌کند.

به همین ترتیب، مهم است که متخصصان سلامت روان که عضو تیم‌های سیار بحران هستند، خود را به عنوان افسر پلیس نبینند و سعی نکنند به عنوان افسر پلیس عمل کنند. متخصصان بهداشت روانی ممکن است ناخواسته با قدرت و اختیاری که جامعه به افسران پلیسی که با آنها همکاری می‌کنند اعطا می‌کند، آشنا شوند، اما آنها نیز باید به یاد داشته باشند که چه کسانی هستند و چرا آنجا هستند. آنها باید اجرای قانون و آن چه که مستلزم آن است را درک کنند و در عین حال درک کنند که نقش اصلی آنها در برخورد با فوریت‌های روانی ارزیابی، حل بحران و موقعیت مناسب است.

بدیهی است که همپوشانی مسئولیت‌های افسران پلیس و متخصصان بهداشت روانی وجود خواهد داشت، اما نقش‌های اصلی آنها باید منعکس‌کننده حوزه‌های تخصصی خاص آنها باشد. متخصصان سلامت روان باید احساس امنیت کنند و افسران پلیس باید به تخصص بالینی متخصصان سلامت روان تکیه کنند.

لذا پیشنهاد می‌گردد، ضمن برگزاری جلسات تعاملی، کارگاه‌های آموزشی ترکیبی برای عوامل انتظامی و بهداشت روان برگزار گردد. همچنین منابع کافی سلامت روان یعنی؛ درمان سرپایی و بستری و ترتیبات مسکن درمانی در دسترس باشد تا از ورود افراد نابرخورداران از سلامت روانی به چرخه کیفری جلوگیری بعمل آورند.

## منابع

### الف- فارسی

آیین نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تامینی و تربیتی مصوب ۱۴۰۰ با اصلاحات بعدی.

جوان‌بخت، محمد، (۱۳۹۴)، مجرمان خطرناک (بررسی حقوقی و جرم‌شناختی)، چاپ اول، تهران، انتشارات مجد.

ساقیان، محمدمهدی، (۱۴۰۰)، حقوق بزه‌دیدگان ویژه در قانون آئین دادرسی کیفری ۱۳۹۲، فصلنامه علمی دیدگاه- های حقوق قضایی، دوره ۲۶، شماره ۹۳، بهار، صص ۱۹۵-۲۰۹.

سل، هلموت، (۱۳۹۷)، ارتقای استقلال در افراد مبتلا به ناتوانی‌های ناشی از اختلالات روانی، ترجمه فرانک تفرشی، انتشارات سازمان بهزیستی کشور.

گسن، ریموند، (۱۳۹۷)، جرم‌شناسی نظری، ترجمه مهدی کی‌نیا، چاپ هفتم، انتشارات مجد، تهران.

نیازپور، امیرحسین، (۱۴۰۱)، آموزش ضابطان دادگستری در پرتو قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲، نشریه پژوهش های دانش انتظامی، سال ۲۴، شماره ۳، پاییز، صص ۱۶۵-۱۹۰.

#### ب- لاتین

Bittner E, (۲۰۱۲), Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons. *Social Problems* ۱۴:۲۷۸-۲۹۲.

Borum R, (۲۰۰۰), Improving high-risk encounters between people with mental illness and the police. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* ۲۸:۳۳۲-۳۳۷.

Deane MW, Steadman HJ, Borum R, et al, (۱۹۹۹), Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *Psychiatric Services* ۵۰:۹۹-۱۰۱.

Kennedy DB, Homant RJ, Hupp RT, (۱۹۹۸), Suicide by cop. *FBI Law Enforcement Bulletin*, Aug ۱۹۹۸.

Lamb HR, Shaner R, Elliott DM, et al, (۱۹۹۵), Outcome for psychiatric emergency patients seen by an outreach police-mental health team. *Psychiatric Services* ۴۶:۱۲۶۷-۱۲۷۱.

Ogloff RP, Finkelman D, Otto RK, et al, (۱۹۹۰), Preventing the detention of non-criminal mentally ill people in jails: the need for emergency protective custody units. *Nebraska Law Review* ۶۹:۴۳۴-۴۷۱.

Sheridan EP, Teplin L, (۱۹۸۱), Police-referred psychiatric emergencies: advantages of community treatment. *Journal of Community Psychology* ۹:۱۴۰-۱۴۷.

Steadman HJ, Stainbrook KA, Griffin P, et al, (۲۰۰۱), A specialized crisis response site as a core element of police-based diversion programs. *Psychiatric Services* ۵۲:۲۱۹-۲۲۲.