

تشخیص و نگهداری مجرمین دارای حالت خطرناک ناشی از جنون در حقوق کیفری ایران

ایوب نوریان^۱ / یزدان قربانی^۲

* نوع مقاله: پژوهشی / تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۶ / تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۵

کد مقاله: JHVMN-2410-1245

چکیده

به وضعیت مجرمی که به سبب اختلال روانی، آزاد بودن وی مخل امنیت و نظم عمومی است و به احتمال بسیار زیاد مرتکب جرم می گردد، مجنون دارای حالت خطرناک می گویند. نگهداری مجرمین دارای حالت خطرناک ناشی از جنون در ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی پیش بینی شده است. صرفنظر از ابهامات و چالش های موجود در بحث تشخیص حالت خطرناک ناشی از جنون، عدم تدارک محل نگهداری مناسب برای نگهداری مجانین مجرم، موضوعی مهم در مدیریت نگهداری مجرمان خطرناک می باشد. اختلاف مفهوم حقوقی و پزشکی جنون و اختلالات روانی، عدم پیش بینی اقدامات تأمینی مناسب برای فرد واجد حالت خطرناک و عدم تأمین و تدارک مکان مناسب نگهداری مجانین مجرم از مباحث قابل توجه و بررسی این نوشتار می باشد. انجام این پژوهش، تلاشی در راستای تشخیص حالت خطرناک ناشی از جنون و همچنین تحلیل و بررسی وضعیت نگهداری مجرمین مجنون دارای حالت خطرناک در حقوق کیفری ایران با نگاهی با سایر نظام های جزایی می باشد. روش تحقیق مبتنی بر مطالعه اسنادی با رویکرد توصیفی تحلیلی است. نتایج حاصل از این نوشتار حکایت از این دارد که در نظام کیفری ایران برای تشخیص حالت خطرناک ناشی از جنون ضابطه و معیار مشخصی وجود ندارد. همچنین به جهت عدم پیش بینی و تدارک بیمارستان حفاظت شده روان پزشکی قانونی در ایران برای درمان و نگهداری مجرمین دارای حالت خطرناک، موضوع رفع حالت خطرناک این دسته از مجرمان با ابهام مواجه است.

واژگان کلیدی: جنون، حالت خطرناک، بیمارستان روانی، تشخیص و ارزیابی.

^۱ دکتری تخصصی حقوق کیفری و جرم شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

Ay.noorian@Gmail.com

^۲ کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران. (نویسنده مسئول)

yazdanghorbani24@gmail.com



مقدمه

نظریه حالت خطرناک^۱ را برای اولین بار رافائل گاروفالو (۱۹۳۴-۱۸۵۱) مطرح کرده است. او از بنیانگذاران مکتب تحقیقی می باشد. در جرم شناسی بالینی ، حالت خطرناک، حالتی است که بر اثر همبستگی و اقتران عوامل جرم زا که شامل کلیه عوامل فردی- اجتماعی می باشد و تأثیر آن در یک شخص معین، او را به ارتکاب جرم سوق می دهد. مجرم خطرناک به شخصی اطلاق می گردد که سوابق و خصوصیات روحی، اخلاقی و کیفیت ارتکاب جرم انجام شده، وی را در مظان ارتکاب جرم در آینده قرار می دهد اعم از اینکه قانوناً مسئول باشد یا غیرمسئول. پذیرش ارتباط بین ارتکاب جرم و جنون بر این باور استوار است که بیماران روانی نمی توانند اعمال خود را کنترل کرده، قدرت تشخیص و اراده تمییز ندارند و رفتار آنان نیز غیرقابل پیش بینی می باشد. این تفکر نه تنها سبب گردیده در باور و اذهان عامه مردم همه انواع بیماران روانی خطرناک جلوه نموده بلکه مرتکبین جرائم و اعمال خشونت آمیز را افرادی فاقد سلامت روانی بشمار آورند که این باور با یافته های جرم شناسی و پزشکی متفاوت است.

اصلاح و درمان بزهکاران از جمله کارکردهای فایده گرای ضمانت اجرای کیفری محسوب می شود. نگهداری مجرمان دارای حالت خطرناک و انجام اقدامات تأمینی و تربیتی مناسب می تواند در جلوگیری از اضرار به جامعه و افراد آن، صرفه جویی در هزینه های ناشی از جرم، اجرای مجازات و اصلاح مجرم، جلوگیری از به انحراف کشیده شدن کامل یک انسان و سهولت معالجه وی قبل از تبدیل شدن به یک بزهکار مزمن، نقش اساسی را ایفا نماید. با توجه به الغای قانون اقدامات تأمینی و تربیتی مصوب ۱۳۳۹ و عدم پیش بینی اقدامات تأمینی مناسب برای مجرمین دارای حالت خطرناک ناشی از جنون به نظر می رسد قانون نه برای معالجه و بهبود مجرمین مبتلا به اختلالات روانی دارای حالت خطرناک بلکه برای در امان ماندن از شر آنان برای دیگران، نگهداری آنان در محل مناسب را مصوب نموده است. ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ به تعریف مجنون پرداخته و مقرر می دارد: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد مجنون محسوب می شود و مسؤولیت کیفری ندارد.»

همچنین به موجب ماده ۱۵۰ از قانون مذکور، هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرایم موجب تعزیر پس از وقوع جرم مبتلا به جنون شود چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر متخصص، ثابت و آزاد بودن وی مخل نظم و امنیت عمومی باشد به دستور

¹ Dangerous State Theory.



دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می شود. در ادامه و بنا بر تبصره ۲ همان ماده قانونگذار قوه قضاییه را موظف نموده است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه قضایی برای نگهداری افراد موضوع این ماده تدارک ببیند. همچنین پیش بینی شده تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می شود. تشخیص، برآورد و ارزیابی جنون و به تبع آن حالت خطرناک و نگهداری مجانبین مجرم که دارای حالت خطرناک هستند در «محل مناسب»، موضوع اصلی این نوشتار می باشد.

۱- جنون و حالت خطرناک

منابع فقهی متقدم، چه شیعه و چه اهل سنت، کمتر به تعریف دقیق جنون پرداخته و ظاهراً مفهوم عرفی آن را آشکار می دانسته اند. البته در برخی احادیث منقول از امامان شیعه علیهم السلام، از مجنون با تعبیری چون «المعلوبُ علی عقله» (دچار وارونگی عقلی) یاد شده است (حجتی اشرفی، ۱۳۷۹: ۱۱۲۱). در لغت به معنای زوال و شیفتگی آمده است (عمید، ۱۳۶۲: ۳۸۳). عده ای آن را اختلال در قوه تشخیص خوب و بد نیز دانسته اند (بوشهری، ۱۳۷۹: ۵۱). شیخ طوسی مجنون را با تعبیر «زائل العقل» تعریف کرده است. فقیهان دیگر جنون را با تعبیری چون «فساد عقل»، «اختلال عقل» و بی عقلی توضیح داده اند (زراعت، ۱۳۸۳: ۱۷۱).

جنون در اصلاح حقوقی مفهومی گسترده تر از جنون در اصطلاح پزشکی دارد زیرا در معنای نخست به فقدان اهلیت فهم و اراده گفته می شود ولی در حالت دوم به زوال کامل قوای عقلی گفته می شود. اختلال روانی یا بیماری و نقص عقل برای اصطلاح حقوقی شایسته تر است. به هرحال در اینجا نباید نزاع لفظی کرد بلکه باید به ملاک مسئولیت توجه داشت؛ هر عاملی که اراده و قدرت تشخیص را معیوب سازد مانع مسئولیت است و این مانع ممکن است در علوم گوناگون، عنوان های گوناگونی وجود داشته باشد. (زراعت، ۱۳۹۲: ۲۵۵). در اصطلاح روانپزشکی، جنون را بیماری یا روانپریشی یا بیماری وخیم روانی تعریف کرده اند که به واسطه آن، جریان فکر، اندیشه، رفتار، کردار، احساس و اعمال از راه صواب و عادی منحرف شده باشد (جعفری لنگرودی، ۱۳۷۷: ۲۰۱). به عقیده اسکیرو، جنون بیماری دماغی است که معمولاً مزمن است و با شعف و سستی معاشر و اراده مشخص می شود نامفهوم بودن کلام و نقص خود به خود فعالیت های عقلانی و اخلاقی از علائم این بیماری است (گودرزی و کیانی، ۱۳۹۰: ۳۴۴) شیوع و فراوانی کجروی های ناشی از اختلال روانی به حدی بوده و هست که این گونه رفتارها را دومین حوزه مهم در رفتار کجروانه به حساب می آورند. (گیدنز، ۱۳۷۸: ۱۶۳).



جنون در طول تاریخ، پدیده ای است شناخته شده و بحث هایی که پیرامون آن صورت گرفته، در ارتباط با علل و عوامل و روش های درمان آن بوده است. مطالعات اولیه پیرامون این پدیده در یونان و روم بود، لیکن در اروپا به اعتقادات انحرافی در رابطه با مستولی شدن ارواح خبیثه بر فرد و جادوگری و درمان های مربوطه انجامید. روشنگری های قرن نوزدهم در این خصوص که بیماری روانی، تظاهر عارضه مغزی در رفتار است رواج یافت و روانکاوی به منصف ظهور رسید که به نوبه خود، انواع روان درمانی را مطرح ساخت. (نجفی ابرندآبادی و هاشم بیگی، ۱۳۹۰: ۱۹۶)

در رویه قضایی از ۷۰ یا ۸۰ سال قبل در کامن لا مجنون به عنوان کسی تعریف شده است که: « از ماهیت عمل ارتكابی خود واقف نیست و یا اگر می داند چه می کند، نمی داند آنچه انجام می دهد خطاست.» (مهر، ۱۳۹۲: ۲۰۰). قانونگذار فرانسه به جای واژه جنون، اصطلاح «اختلالات روانی» را به کار برده است زیرا واژه نخست، واژه ای علمی نیست و بیشتر در عرف عامیانه به کار می رود (زراعت، ۱۳۹۲: ۲۵۳).

در اواسط سده نوزدهم، حرفه پزشکی کنترل و مراقبت بیماران روانی که در مراکز مربوط تحت درمان بودند را در دست داشت و پس از آن نوبت به دوره تبیین مشروح سندروم روانی رسید. طبقه بندی بیماران امری اجتناب ناپذیر بوده و سیستم های امروزی تا حد زیادی مرهون کارهایی هستند که یکصد سال پیش صورت گرفته است. به طور کلی سه گروه اختلال روانی وجود دارد:

۱) سایکوز (روان پریشی)

۲) نوروژ (روان نژندی، اختلالات شخصی و دیگر اختلالات غیر روان پریشی)

۳) اختلال روانی

روان پریشی عبارتست از وضعیت غیرقابل درک یا مرضی، و مفهوم آن این است که این نوع از بیماریها، تجلی عارضه ای مغزی است که زمینه بیماری می باشد. در مورد روان پریشی عضوی، از قبیل زوال عقل و حالات ناشی از مسمومیت، این مسأله قطعی است و احتمالاً در مورد روان پریشی های «کارکردی» مثل اسکیزوفرنی نیز صدق می نماید اختلالات غیر روان پریشی به عنوان واکنش ها و یا تحولاتی قابل درک، هرچند غیرعادی، شناخته می شوند. اینگونه رفتارها در عمل، شناخته شده هستند، ولی درجه آنها و یا سهولت شکل گیری آنها قابل تشخیص نیست. بیماری مغزی در علت مسأله دخالت ندارد بلکه نفوذهای اجتماعی و روان شناختی در طول دوره رشد و تحول از زمان کودکی فرد را در برابر فشارها و وقایع زندگی روزمره مستعدتر می سازد. نشانه های



روان نژندی غالباً از ویژگی های شخصیتی، متمایز شده و اولی محدودتر بوده و آغاز جدیدتری داشته است، در حالی که دومی طولانی تر بوده و نقش اساسی تری در منش فرد ایجاد می کند. (نجفی ابرندآبادی و هاشم بیگی، همان: ۱۹۶)

اختلال روانی را ناتوانی فرد بیمار در مقابله واقع بینانه و مؤثر با سختی های معمولی زندگی معنا می کنند. مبتلایان به این مشکل معمولاً شکننده هنجارهای اجتماعی به حساب می آیند. زیرا رفتار آنان طیفی گسترده از افسردگی های غیر منطقی تا خوش خیالی ها، خیالات باطل، و نارسایی های فکر و بنیان را در بر می گیرند؛ و این رفتارها معمولاً در نظر دیگران، رفتاری پیش بینی ناپذیر، غیر قابل درک یا در تضاد با آنان به نظر می رسد؛ و ممکن است روابط متقابل اجتماعی را دشوار و حتی غیر ممکن سازد؛ و از اینجاست که اختلال روانی، نشان کجروی را به خود می گیرد. (رابرتسون، ۱۳۷۴: ۱۹۳)

قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ در ماده ۱۴۹ مصوب نموده: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دارای اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد مجنون محسوب می شود و مسئولیت کیفری ندارد.» قانون گذار در این ماده به جای عبارت «جنون به هر درجه» که در ماده ۵۱ قانون سابق آمده بود، از عبارت «فقدان اراده یا قوه تمییز» استفاده کرده است که مصادیق بیشتری را در بر می گیرد.

موضوعیت یا طریقت داشتن جنون - به عنوان یکی از عوامل رافع مسؤولیت کیفری - از جمله چالش هایی است که در پرتو یافته های روانپزشکی در خصوص مسؤولیت کیفری مجانین مورد توجه قرار گرفته است. تفاوت این دو رویکرد در آن است که چنانچه جنون برای رفع مسؤولیت کیفری موضوعیت داشته باشد، صرف احراز آن توسط مقام قضایی، منجر به رفع مسؤولیت از شخص مجنون خواهد شد، اما در صورتی که برای جنون قائل به طریقت باشیم، تنها در صورتی می توان جنون را رافع مسؤولیت کیفری دانست که جنون شخص منجر به اخلال در ادراک و قوه تمییز شود. ملاک فقدان مسؤولیت کیفری، از دست دادن اراده و قدرت تشخیص است که درجات مختلفی دارد اما قانونگذار ما اشاره ای به درجات مختلف جنون ندارد. اگر شخصی مقداری از قدرت تشخیص خود را از دست بدهد دارای مسؤولیت تخفیف یافته است و نباید به کلی فاقد مسؤولیت شناخته شود. ممکن است جدا ساختن حالت فقدان اراده و قوه تمییز، اشاره به همین تفکیک داشته باشد اما نتیجه هر دو حالت، فقدان مسؤولیت کیفری است که این احتمال را تضعیف می کند. (زراعت، ۱۳۹۲: ۲۵۳)



حالت خطرناک عموماً « توانایی و استعداد آشکار یک فرد برای ارتکاب جرم» یا بالقوگی ضرر رسانی اجتماعی یک فرد تعریف شده است و از دو رکن تشکیل می شود: ظرفیت یا استعداد جنایی شخص، یعنی نوع و میزان تباهی، انحراف و فساد که از یک فرد می توان انتظار داشت (رکن منفی) و ظرفیت، استعداد یا قابلیت سازگارسازی شخص با جامعه، یعنی توانایی فرد برای اصلاح و تغییر رویه مجرمانه خود پس از ارتکاب جرم (رکن مثبت). ترکیب این دو رکن و شدت و ضعف آنها در بزهکار، حالت های خطرناک مختلفی را ایجاد می کند (کی نیا، ۱۳۷۴: ۳۴۵). در قانون کیفری ایران جنون و حالت خطرناکی مورد توجه قرار گرفته است که در حین یا بعد از ارتکاب جرم حادث شود و با جلب نظر متخصص ثابت و آزاد بودن مجرم موجب اخلال در نظم و امنیت عمومی باشد. بنابراین صرف احراز حالت خطرناک ناشی از جنون بدون ارتکاب رفتار مجرمانه موجب نگهداری فرد مورد نظر آن چنان که در ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۹۲ مصوب گردیده، نمی شود.

۲- پیشینه و سابقه نگهداری مجانین در قوانین جزایی ایران

قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۰۴ که از قوانین جزایی فرانسه اقتباس شده بود، در ماده ۴۰ ابتدا به جنون را به عنوان یکی از عوامل رافع مسئولیت کیفری پذیرفته بود. قانونگذار در این ماده مصوب نموده بود: « کسی که در حال ارتکاب جرم مجنون بوده یا اختلال دماغی داشته باشد، مجرم محسوب نمی شود و مجازات نخواهد داشت ولی در صورت بقای جنون باید به دارالمجانین تسلیم شود».

اما در ۱۰ و ۱۵ مرداد ۱۳۰۷ ماده ی واحده «تعیین تکلیف محکومین به حبسی که مبتلا به جنون می شوند» تصویب شد. طبق این ماده واحده: «هر محکوم به حبسی قبل از اتمام مدت حبس دیوانه شود پس از تصدیق طبیب قانونی فوراً به نزدیکترین دارالمجانین که مقتضی باشد منتقل خواهد شد. مدت اقامت در دارالمجانین جزء مدت محکومیت محسوب خواهد شد».

ماده ۴ قانون اقدامات تأمینی مصوب ۱۲ اردیبهشت ماه ۱۳۳۹ مقرر می داشت: «هر گاه مجرمین مجنون و یا مختل المشاعر محل نظم یا امنیت عمومی بوده و دارای حالت خطرناک باشند و دادگاه تشخیص دهد که برای جلوگیری از تکرار جرم نگهداری یا معالجه مجرم در تیمارستان مجرمین لازم است در این صورت حکم به نگهداری یا معالجه او در تیمارستان مجرمین خواهد داد. در مورد مجرمین نیمه مسئول که حکم مجازات و اقدامات تأمینی با هم در مورد آنها صادر می شود اجرای مجازات باید مؤخر بر اجرای اقدام تأمینی باشد. در هر موقع که بنا بر تشخیص پزشک متخصص



امراض روحی مجرم معالجه گردید بر حسب پیشنهاد مدیر تیمارستان و تصویب دادستان دادگاه رسیدگی کرده و در صورت تشخیص رفع حالت خطرناک حکم به خاتمه اقدام تأمینی خواهد داد.

تبصره - درباره تشخیص عدم مسئولیت مجرمین و این که آیا مطلقاً یا به طور نسبی فاقد قوه ممیزه می‌باشند دادگاه نظر پزشک متخصص امراض روحی را جلب می‌نماید و در هر حال تصمیم نهایی با دادگاه است.

ماده ۳۶ قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ چنین مقرر نموده بود: الف) هرگاه محرز شود مرتکب جرم حین ارتکاب به علل مادرزادی یا عارضی فاقد شعور بوده و یا به اختلال تام قوه تمیز یا اراده دچار باشد مجرم محسوب نخواهد شد و در صورتی که تشخیص شود چنین کسی حالت خطرناک دارد به دستور دادستان تا رفع حالت مذکور در محل مناسبی نگهداری خواهد شد و آزادی او به دستور دادستان امکان پذیر است. شخص نگاهداری شده یا کسانش می‌توانند به دادگاهی که صلاحیت رسیدگی به اصل جرم را دارد از دستور دادستان شکایت کنند. در این صورت دادگاه در جلسه اداری با حضور شاکی و دادستان و یا نماینده او به موضوع با جلب نظر متخصص رسیدگی کرده حکم مقتضی در مورد آزادی شخص نگاهداری شده یا تایید دستور دادستان صادر می‌کند. این رأی قطعی است ولی شخص نگاهداری شده یا کسانش هر شش ماه یک بار حق شکایت از دستور دادستان را دارند.

ب) هرگاه مرتکب جرم در حال ارتکاب به اختلال نسبی شعور یا قوه تمیز یا اراده دچار باشد به حدی که در ارتکاب جرم مؤثر واقع گردد مجازات به ترتیب زیر تعیین می‌شود:

۱- در مورد جنایت، مجازات مرتکب حسب مورد یک یا دو درجه تخفیف داده می‌شود بدون اینکه از حداقل حبس جنحه ای کمتر شود.

۲- در مورد جنحه، مجازات مرتکب حداقل حبس جنحه ای است و یا به جزای نقدی تبدیل خواهد شد.

تبصره- مقررات دو ماده ۲۵ و ۳۲ این قانون راجع به صدور حکم بر محکومیت متهم به حداکثر مجازات و یا بیش از آن درباره اشخاص مشمول بند «ب» قابل اجرا نمی‌باشد و در صورت تکرار جرم مرتکب فقط به اصل مجازات جرم ارتکابی محکوم می‌گردد و در مورد تعدد جرم مرتکب به اصل مجازات هر یک از جرایم ارتکابی محکوم و یا مجازات های او یک درجه تخفیف داده می‌شود



بدون این که از حداقل مجازات جنحه ای کمتر شود در مورد مجازات اعدام یک درجه تخفیف الزامی است. سایر در ماده مذکور در مورد اشخاص مشمول بند «ب» نیز لازم الرعایه می باشد.

در ماده ۵۹ آئین نامه امور زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی مصوب ۷ اردیبهشت ۱۳۶۱ قانون مذکور به شرح ذیل تلویحاً بیان شده است: «تیمارستان مجرمین غیر مسئول، موسسه ای است که نگهداری و معالجه مجرمین مجنون یا مختل المشاعر را که محل نظم یا امنیت عمومی و دارای حالت خطرناک باشند و به موجب ماده ۴ قانون اقدامات تأمینی به آنجا اعزام می شود عهده دار خواهد بود.»

ماده ۳۷ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ مقرر نموده بود: «هرگاه محکوم به حبس که در حال تحمل کیفر است قبل از اتمام مدت حبس مبتلا به جنون شود با استعلام از پزشک قانونی در صورت تأیید جنون، محکوم علیه به بیمارستان روانی منتقل می شود و مدت اقامت او در بیمارستان جزو مدت محکومیت او محسوب خواهد شد، در صورت عدم دسترسی به بیمارستان روانی به تشخیص دادستان در محل مناسبی نگهداری می گردد». حکم ماده مذکور، مختص فرد محکوم به حبس بود که در خلال تحمل مجازات حبس دچار جنون می گردید. نکته قابل توجه اشاره به نگهداری مجنون در محل مناسب در صورت عدم دسترسی به بیمارستان روانی بوده که منظور از محل مناسب به تشخیص دادستان به روشنی عنوان نشده بود.

ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ در خصوص نگهداری مجنون دارای حالت خطرناک تنها به نگهداری در محل مناسب اشاره کرده بود و چنین مقرر نموده بود: «هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب مجنون بوده و یا پس از حدوث جرم مبتلا به جنون شود چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر کارشناس ثابت باشد به دستور دادستان تا رفع حالت مذکور در محل مناسب نگهداری خواهد شد و آزادی او به دستور دادستان امکان پذیر است...». استفاده از واژه مورد علاقه قانونگذار یعنی «محل مناسب» در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ نیز مشاهده می شود. مطابق ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲: «هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرائم موجب تعزیر پس از وقوع جرم مبتلا به جنون شود چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر متخصص، ثابت و آزاد بودن وی محل نظم و امنیت عمومی باشد به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می شود...». در ادامه تبصره ۲ ماده مذکور، قوه قضاییه را موظف نموده است تا مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه قضایی برای



نگهداری افراد موضوع این ماده تدارک ببیند. و اشاره نموده تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می شود.

با نگاهی اجمالی به سابقه تقنینی قوانین جزایی ایران در خصوص نگهداری مجانین مجرم می توان برداشت نمود که در هر دوره از قانونگذاری با این موضوع به گونه ای متفاوت برخورد شده است. در قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۰۴ و ماده ی واحده «تعیین تکلیف محکومین به حبسی که مبتلا به جنون می شوند» مصوب ۱۳۰۷ «دارالمجانین»، در قانون اقدامات تامینی و تربیتی مصوب ۱۳۳۹ « تیمارستان مجرمین»، در قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۵۲ « محل مناسب»، در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ « بیمارستان روانی و محل مناسب» و در قانون مجازات اسلامی « محل مناسبی که توسط قوه قضاییه تدارک دیده می شود و تا شروع به کار آن اماکن قسمتی از مراکز روان درمانی بهزیستی و بیمارستانی موجود»، به عنوان محل نگهداری افراد موضوع این ماده مشخص گردیده است.

۳- ارزیابی و تشخیص حالت خطرناک ناشی از جنون

ارائه تعریف دقیق و مشخص از مجرم دارای حالت خطرناک و بیان معیارهایی برای تشخیص این حالت، از چالش های جدی پیش روی حقوق کیفری است. لحاظ شخصیت مرتکب جرم به منظور متناسب کردن پاسخ کیفری با نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی او از الزامات اساسی در رسیدگی کیفری می باشد. بر این اساس واکنش دستگاه عدالت کیفری به جرم و تعیین مجازات، از جنبه تنبیهی و سرکوبی صرف، به جنبه اصلاحی و درمانی تغییر پیدا می کند. برای تعریف و شناخت حالت جنون ضابطه و معیار مشخصی وجود ندارد. جنون را معمولاً اختلال روانی می خوانند، نکته ای که باید مورد توجه قرار گیرد آن است که جنون و به طور کلی اختلالات روانی مفاهیمی نسبی و فرهنگی هستند مسئله مهم دیگر، تشخیص مصادیقی از جنون است که مشمول احکام و مقررات فقهی و حقوقی می شود.

از تعابیر فقها برمی آید که آنان معیار تشخیص جنون را چگونگی رفتار و کردار عرفی شخص می دانسته اند. برخی حقوقدانان هم آماره یا علامت جنون را ناهنجار بودن رفتار شخص و بروز خارجی آن در جامعه می دانند (کاتوزیان، ۱۳۷۱: ۳۷). اما مسئله مهم این است که گاه این ناهنجاری به گونه ای نیست که بتوان به جنون شخص یقین حاصل کرد؛ از این رو، در منابع فقهی همواره این بحث مطرح بوده که در موارد تردید در باره جنون شخص، به ویژه در مصادیق جنون ادواری و در مواردی که اثبات جنون پیامدهای حقوقی مهمی دارد، چه باید کرد.



برخی فقها اصل اولیه را بر زایل نبودن عقل گذاشته و در موارد تردید، جنون شخص را نپذیرفته‌اند. شماری از حقوق دانان پیشنهاد کرده‌اند که تشخیص مصداق جنون برعهده کارشناس امور پزشکی و روان پزشکی گذاشته شود و در موارد تردید، دادگاه تصمیم نهایی را بگیرد. (زراعت، ۱۳۷۱: ۱۷۳) در برابر، پیشنهاد دیگر این است که احراز جنون همواره با دادگاه باشد (گودرزی، ۱۳۷۷: ۱۶۱۰) با این‌همه، در فقه و حقوق تعیین مصداق جنون، بیشتر مبتنی بر ضوابط عرفی است تا معیارهای پزشکی. به همین دلیل، گاهی در دادرسی های کیفری، پزشکان متهمی را دیوانه می‌دانند، ولی دادگاه او را مسئول می‌شمارد.

موضوع تشخیص، برآورد و ارزیابی جنون و به تبع آن حالت خطرناک، از مباحثی بوه که در ادوار گذشته در خصوص آن اختلاف نظر فراوان وجود داشته است. از آنجا که حقوق کیفری مدرن بر اساس اصل قانونی بودن جرم و مجازات بنا شده است، بنابراین آن حالت خطرناکی مشمول واکنش و اقدام کیفری قرار می‌گیرد که در قالب شروع به جرم یا ارتکاب جرم نمود خارجی پیدا کند. بدین ترتیب، در شاخص قانونی حالت خطرناک ماهیت و تعداد جرایم ارتكابی فرد، معیار پاسخگویی کیفری قرار می‌گیرد به همین جهت است که حقوق کیفری ایران بدون اینکه مفهوم حالت خطرناک را تعریف کند، آن را در مورد کسانی به کار برده است که قبلاً مرتکب جرم شده‌اند.^۱ به هر حال به نظر می‌رسد در این برآورد، برابر نص ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، دادستان در مقام رسیدگی به پرونده مرتکب مجنون چه در حین ارتکاب جرم و چه پس از ارتکاب جرم، به هر درجه ای از جنون یا اختلال روانی، نظر متخصص را در خصوص درجه خطرناکی فرد مورد نظر استعلام می‌نماید. در صورتی که نظر متخصص در خصوص جنون و حالت

^۱ ماده ۳ قانون اقدامات تأمینی و تربیتی مصوب ۱۳۳۹: «هرگاه مجرمین مجنون و یا مختل المشاعر، مغل نظم یا امنیت عمومی بوده و دارای حالت خطرناک باشند...». و ماده ۴ همان قانون: « هرگاه کسی به علت ارتکاب جنایت یا جنحه عمدی که به موجب قانون مجازات حبس برای آن پیش بینی گردیده دو مرتبه یا بیشتر محکوم به حبس بیش از دو ماه شده و بعد از اجرای مجازات مرتکب جرم جدیدی شود که مستلزم مجازات حبس است و از این رو دادگاه تشخیص دهد مشارالیه دارای حالت خطرناک بوده و تمایل به ارتکاب جرایم داشته ...». و کلیه مواد قانونی در خصوص نگهداری مجرمان دارای حالت خطرناک که در بند ب همین نوشتار به آنها اشاره شد از قبیل: ماده ۴۰ قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۰۴، ماده ی واحده «تعیین تکلیف محکومین به حبسی که مبتلا به جنون می‌شوند» مصوب ۱۳۰۷، ماده ۳۶ قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲، ماده ۳۷ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰، ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰، ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ که در همه این مواد جنون و حالت خطرناکی مد نظر قانونگذار بوده که پس از ارتکاب جرم و در حین اجرای مجازات حادث گردیده است.



خطرناکی مجرم ثابت گردد و آزاد بودن وی محل نظم و امنیت عمومی تشخیص داده شود به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می گردد.

در خصوص تأثیر نظریه کارشناس و متخصص در فرایند رسیدگی اختلاف نظر وجود دارد. اداره حقوقی قوه قضاییه در دو نظریه مشورتی مقرر نموده: «نظریه کارشناس جنبه مشورتی دارد و دادگاه در صورتی که با اوضاع و احوال مسلم قضیه سازگاری نداشته باشد به آن توجهی نمی کند» (نظریه مشورتی ۷/۵۰-۱۱/۸-۷۳/۰ و ۷/۶۵۱-۷/۱۹-۶۰/۰۲).

به تقریر نظریه مشورتی فوق، رجوع به پزشک قانونی از باب رجوع به خبره و بر طبق «استعینوا فی الصناعات بأهلها» و قاعده عقلانی رجوع جاهل به عالم است و نظر پزشک قانونی در خصوص جنون یا عدم جنون شخص مانند نظر سایر کارشناسان و اهل خبره است که هرگاه بر خلاف اوضاع و احوال محقق قضیه نباشد و بطلانش محرز نباشد معتبر است ولی اگر ثابت شود که نظر مذکور برخلاف واقع و اوضاع و احوال محقق قضیه است اعتباری ندارد. در مورد احراز جنون یا عدم جنون شخصی که مجنون معرفی شده است معمولاً علاوه بر جلب نظر متخصص و کارشناس (پزشکی قانونی) از شخص مذکور به وسیله رئیس دادگاه یا دادرس علی البدل هم اختیار به عمل می آید و اصولاً نظریه کارشناس در این مورد طریقت دارد نه موضوعیت. اما به نظر می رسد آنچه به عنوان رویه در رسیدگی های کیفری پذیرفته شده، این است که تشخیص مصداق جنون برعهده کارشناس امور پزشکی و روان پزشکی گذاشته شده و در موارد تردید، دادگاه تصمیم نهایی را می گیرد.

۴- تشخیص و برآورد حالت خطرناک در جرم شناسی بالینی (پیش از ارتکاب جرم)

جرم شناسی بالینی برای برآورد حالت خطرناک یک فرد که ممکن است در آستانه جرم- یعنی قبل از ارتکاب جرم - شناسایی شده و وجود داشته باشد و چگونگی رویارویی درمانی- اصلاحی با آن، عملیات شاخص خود را از مدل معمول در پزشکی نسبت به بیماری یک شخص و مراجعه او الهام می گیرد. (گسن ۱۳۷۰: ۵۳) این عملیات را عموماً در چهار مرحله خلاصه می کنند:

- مشاهده و مطالعه و معاینه فرد دارای حالت خطرناک؛

- تشخیص نوع آسیب یا حالت خطرناک بر اساس نتایج مشاهدات و معاینات؛



- تعریف برنامه ها یا اقدامات مناسب برای رفع حالت خطرناک، بر اساس تشخیص جرم شناس بالینی و پیش بینی تحول این حالت پس از اعمال اقدامات مناسب؛

- شروع به اعمال برنامه ها یا اقدامات تعیین شده و پیگیری چگونگی تأثیرگذاری آنها بر تحول حالت خطرناک، به منظور حصول اطمینان از عدم بازگشت آن حالت در فرد.

مسأله بالینی در مورد حالت خطرناک، مربوط به سنجش ارکان حالت خطرناک است. تشخیص حالت خطرناک مدتها، جنبه تجربی و غیرنظام مند داشت. لیکن امروزه این امر با استفاده از مدل شخصیت جنایی(مجرمانه) میسر است. امروزه حقوق کیفری و جرم شناسی برای مشاهده و مطالعه بزهکاران به جهت پیچیدگی جرم، تعدد عوامل جرم زا و موانع و مشکلات موجود در تبیین و ارزیابی رفتار انسانها، ناگزیر از توسل به رشته های تخصصی علوم رفتاری همچون روان پزشکی، روانشناسی، انسان شناسی جنایی، جامعه شناسی جنایی و زیست شناسی جنایی است.

حالت خطرناک بزهکار با فنون و روشهای مختلف مانند برق نگاری مغزی (الکتروانسفالوگرافی)، تست های (آزمون های) فرافکنی، پیمایش های خانوادگی، تحصیلی، فرهنگی و اجتماعی ... برآورد می شود و خصوصیات موردی آن در قالب نظریات مشورتی متخصصان بالینی خطاب به: ۱- قضات دادگاه به منظور فردی کردن قضایی کیفر یا اقدام تأمینی، ۲- زندانبان - در صورتی که واکنش از نوع سالب آزادی باشد- جهت فردی کردن اجرایی کیفر سالب آزادی. (برنار بولک، ۱۳۸۴: ۱۱)

یکی از موضوعاتی که مورد توجه قانونگذار کیفری ایران قرار نگرفته ناظر بر موردی است که فرد دارای اختلالات روانی، به نظر کارشناسان حالت خطرناک دارد اما هنوز مرتکب جرمی نشده است. عده ای معتقدند کارشناسان و پزشکان متخصص، دستور نگهداری این افراد در بیمارستان ها و مراکز درمانی صادر می نمایند تا نسبت به درمان و رفع حالت خطرناک آنان اقدام شود. اما واقعیت این است که بیمار داوطلبانه به درمانگاه مراجعه می نماید، اما نگهداری مجرمان مجنون که دارای حالت خطرناک هستند به بزهکار تحمیل می گردد. از طرفی می توان گفت به دلیل عدم ضمانت اجرای مناسب برای نگهداری افراد غیر بزهکار مجنون که حالت خطرناک آنان با نظر متخصص ثابت است، در صورت امتناع این افراد از معالجه و درمان تدابیر خاصی موجود نیست و خلأ قانونی مشهود است.

کشور فرانسه در زمینه تدابیر مقابله با بیماران روانی، مقررات بسیار منسجمی دارد. در این کشور دو نوع اعزام و نگهداری اجباری بیماران روانی وجود دارد. بیماران روانی موضوع تدابیر اعزام و



نگهداری اجباری، افرادی هستند که هنوز مرتکب جرم نشده اند، ولی دارای حالت خطرناکند. یکی از این تدابیر تصمیم به نگهداری و اعزام اجباری با خصوصیت غالب اداری است. طبق ماده ۳۴۲ قانون سلامت عمومی این تدابیر توسط استاندار اتخاذ می شود. در صورت فوریت امر، این وظیفه را ممکن است شهردار متقبل شود قانون ۱۹۹۰ فرانسه به لحاظ غیرقضایی بودن این تصمیمات، تصمیمات پزشکی را نیز مدخلیت داده است. به این معنا که طبق قانون اخیرالذکر، نظر مکتوب یک روان پزشک که ارتباطی با مؤسسه محل پذیرش بیمار روانی نداشته باشد، ضرورت دارد. (دلماس مارتی، ۱۳۸۱: ۱۹۸)

کشور فرانسه از جمله کشورهایی است که قوانین بدیعی در زمینه نظارت بر مجرمان، به ویژه نظارت در محیط بسته دارد. قانون مهمی که در این کشور با مدیریت خطرناکی مجرمان به تصویب رسید «قانون نگهداری تأمینی» مصوب ۲۵ فوریه ۲۰۰۸ است. این قانون که درباره نگهداری یا توقیف تأمینی و اعلام عدم مسئولیت کیفری به علت اختلال روانی است، در شرایطی به دادرس اجازه داده است که امکان نگهداری تأمینی برخی از محکومان را که زندان خود را تحمل کرده اند ولی هم چنان خطرناکی جرم شناختی، یعنی شاخص های روانی - اجتماعی - زیستی صریح حاکی از احتمال بسیار ارتکاب دوباره جرم دارند، در حکم خود پیش بینی کند (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۸۸: ۷۳۸).

دومین مورد اعزام و نگهداری اجباری بیماران روانی (غیرمجرم دارای حالت خطرناک) به عنوان نگهداری فرد بنا بر تقاضای شخص ثالث، شهرت دارد. شخص ثالث ممکن است عضوی از خانواده بیمار یا هر شخص عادی دیگری باشد. طبق ماده ۳۳۳ قانون سلامت عمومی، تصمیم به نگهداری در این موارد، توسط مدیر مؤسسه اتخاذ می شود. این تقاضا باید منضم به گواهی دو پزشک باشد. یکی از پزشکان باید پزشک خارج از مؤسسه محل پذیرش باشد. پزشکان صادر کننده گواهی نباید رابطه خویشاوندی و همکاری نزدیک با هم یا با شخص متقاضی اعزام بیمار روانی و یا مدیر مؤسسه ای که ممکن است بیمار را بپذیرد، داشته باشد. اعزام و نگهداری اجباری، شامل حال اشخاصی می شود که اختلال روانی آنها نظم عمومی یا امنیت اشخاص را به خطر می اندازد. (دلماس مارتی، ۱۹۸۰)

در بسیاری از بیمارستان های حفاظت شده روان پزشکی جهان ارزیابی وضعیت خطرناک توسط ابزارهای استاندارد از جمله فهرست واری ارزیابی خطر بالینی و تاریخچه ای (HCR20) صورت می گیرد. این ابزارها در پیش بینی خطر اقدام به رفتارهای خطرناک در بیماران



کیفری و مبتلابان به اختلالات روانی در آینده بسیار مهم است. چک لیست یاد شده دارای ۱۰ موضوع در زمینه تاریخچه، ۵ موضوع در ارتباط با علایم بالینی و ۵ موضوع درباره مدیریت خطر است. بررسی موارد فوق نیاز به زمان دارد و در بستری های کوتاه مدت در بیمارستان های روان پزشکی عمومی انجام پذیر نیست. لذا این امر در سیستم روان پزشکی قانونی کشور ما هنوز شکل نگرفته و ارزیابی خطر با انجام مصاحبه و اخذ شرح حال و مبتنی بر نظر روان پزشک معالج و نهایتاً تأیید روان پزشک پزشکی قانونی است. هرچند تجربه بالای روان پزشکیانی که با گروه های تخصصی در سازمان پزشکی قانونی همکاری می کنند در بسیاری از موارد کارساز بوده است اما استفاده از ابزارهای مورد اشاره می تواند در افزایش ضریب اطمینان تشخیص های بالینی بسیار موثر باشد. از آنجا که این ابزارها متکی بر تاریخچه بیماری، شخصیت قبل از بیماری، مشاهدات کلینیکی و بررسی وضعیت زندگی بیماران است آموزش موارد فوق به دستیاران روان پزشکی می تواند مد نظر آموزش دهندگان در مراکز آموزشی و درمانی قرار گیرد. تا ایجاد بیمارستان حفاظت شده روان پزشکی اینگونه موارد را می توان در بیمارستان های روان پزشکی کشور که فعلاً وظیفه مراقبت از این بیماران را بر عهده دارند انجام داد (صابری، ۱۳۹۲: ۴۱۴).

۵- محل نگهداری مجرمین خطرناک

عدم پیش بینی محل مخصوص نگهداری مجرمان روانی، بیش از نیم قرن است که در ایران احساس می شود. مطابق ماده ۴ قانون اقدامات تامینی مصوب ۱۳۳۹ که مقرر می دارد: «نگهداری از بیماران روانی مجرم به عهده قوه قضاییه است و هرگاه مجرمان مجنون یا مختل المشاعر مخل نظم یا امنیت عمومی و دارای حالت خطرناک باشند و دادگاه تشخیص دهد که برای جلوگیری از تکرار جرم نگهداری یا معالجه مجرم در تیمارستان مجرمان لازم است، حکم به نگهداری یا معالجه او در تیمارستان مجرمان خواهد داد. هر هنگام که بنابر تشخیص پزشک متخصص امراض روحی، مجرم معالجه شود، بر حسب پیشنهاد مدیر بیمارستان و تصویب دادستان دادگاه رسیدگی کرده و در صورت تشخیص رفع حالت خطرناک، حکم به خاتمه اقدام تامینی می کند». ماده ۲ همین قانون دولت را مکلف کرده بود که ظرف ۵ سال از تاریخ تصویب قانون یعنی تا ۱۲ اردیبهشت ماه سال ۱۴۳۴ اقدام به تأسیس بیمارستان روانی برای مجرمان غیرمسئول کند که این موضوع هنوز اجرایی نشده است.



در حقوق کیفری انگلستان، « قرار اقامت در بیمارستان » در مورد مجرمین با هر سن و سالی ممکن است صادر گردد، البته این در صورتی است که ادله کافی مبنی بر اینکه مجرم از بیماری روانی رنج می برد، ارائه گردد. این قرار دارای مدت نیست و بیمارستان محل اقامت مجرم در این خصوص نظر می دهد. لازم به ذکر است افراد مجنون، مشمول قانون سلامت روان ۱۹۹۵ هستند. لذا اگر فردی تحت عنوان مجنون شناخته شود، طبق قانون فوق، به اقامت در بیمارستان برای دوران نامحدود محکوم می شود و از قبل هیچ دورانی برای اولین رسیدگی به وضعیت فرد برای رهایی مشخص نشده است. اصولاً تصمیم گیری در خصوص رهایی این فرد با وزارت کشور است. البته طبق قانون فوق، شخص محکوم یا فامیل یا بستگان وی می توانند تقاضای آگاهی یافتن از وضعیت موجود را داشته باشند. ممکن است شخص مجرم، جنون را به عنوان دفاع مطرح کرده باشد. اگر مجرم مشمول تعریف مجنون نشود، اما دارای حالت خطرناک بیماری روانی باشد که به موجب آن قرار اقامت در بیمارستان صادر گردیده است، در این حالت به طور محدود فرستاده می شود و معمولاً یک دوران از قبل تعیین شده ای برا بررسی وضعیت فرد وجود دارد. اگر این مدت تعیین نشده باشد، بررسی وضعیت برای آزادی با وزارت کشور است. (مهر، همان: ۲۰۱).

هرچند تبصره ۲ ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ قوه قضاییه را مکلف نموده است مراکز اقدام تأمینی در هر حوزه قضایی برای نگه داری مجرمان دارای حالت خطرناک ناشی از جنون تدارک ببیند اما مصوب گردیده تا زمان شروع به کار این اماکن که مهلت مشخصی برای شروع به کار آنها تعیین نشده، قسمتی از مراکز روان درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود (کمافی سابق) به این افراد اختصاص داده شود.

نگهداری این افراد در مراکز روان درمانی بهزیستی با تدابیر قضایی از قبیل مراقبت توسط مأموران سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی و اعمال محدودیت های خاص همچون استفاده از پابند و دستبند در طول دوران نگهداری می تواند علاوه بر اختلال در درمان هر دو گروه، باعث تشدید بیماری روانی آنان گردد. مسأله مهم دیگر، تفاوت درجه جنون و حالت خطرناکی مجرمان دارای حالت خطرناک با همدیگر و با بیماران روانی غیر مجرم است که در یک محل نگهداری می گردند. این موضوع قطعاً در مدت زمان نگهداری، نوع درمان و اقدام تأمینی مناسب و بهبود وضعیت آنان تأثیر اساسی و انکارناپذیر دارد.

نگهداری مجرمان دارای حالت خطرناک توسط متخصصین و کارشناسان مورد وثوق دستگاه قضایی کشور در بیمارستان های روانی نیز علاوه بر مشکلات مذکور در مراکز درمان بهزیستی، موانع



دیگری را نیز در مسیر خود دارد از جمله اینکه محل تأمین هزینه درمان این افراد در بیمارستان های روانی مشخص نگردیده است. این موضوع زمانی ملموس تر است که این افراد به سبب ارتکاب جرم بعضاً از حمایت خانواده نیز برخوردار نیستند. این موضوع حتی در خصوص مجرمان ناتوان از پرداخت هزینه در مراکزی که پزشکان قانونی افراد را برای انجام معاینه تخصصی معرفی می نمایند، وجود دارد.

موضوع مراقبت از بیماران روانی خطرناک در کشور ما با چالش های زیادی روبروست. افرادی که در زمان ارتکاب جرم بنا به نظر کارشناسان پزشکی قانونی دچار اختلال روانی بوده و مجنون تشخیص داده می شوند و امکان ارتکاب مجدد جرم در آنان محتمل است، از نظر قانون مجازات اسلامی مسئول رفتار خودشناخته نمی شوند. این افراد با دستور مقام قضایی به یکی از بیمارستانهای روان پزشکی دانشگاهی معرفی می گردند. از چالش های موجود در راستای اجرای این دستور می توان گفت: بیمارستان های روان پزشکی دانشگاهی توانایی مراقبت و مواظبت از بیماران روانی مجرم را ندارند. موضوع تأمین ضابطان تمام وقت برای مراقبت و جلوگیری از فرار این مجرمان آسان نیست و نگهداری مجرمان خطرناک در کنار بیماران روانی غیرمجرم سبب بروز مشکلاتی برای آنان می گردد. غیر از این موارد می توان بر تحمیل هزینه های پزشکی بیمارستانی بر خانواده های این مجرمان اشاره نمود.



نتیجه گیری

نگهداری مجرمین دارای حالت خطرناک ناشی از جنون در ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی پیش بینی شده است. عدم پیش بینی محل مخصوص نگهداری مجرمان روانی، بیش از نیم قرن است که در ایران احساس می‌شود. با نگاهی اجمالی به سابقه تقنینی قوانین جزایی ایران در خصوص نگهداری مجرمان مجنون می‌توان برداشت نمود که در هر دوره از قانونگذاری با این موضوع به گونه ای متفاوت برخورد شده است.

صرفنظر از اینکه محل نگهداری مناسب برای رفع حالت خطرناک مجرمان مجنون پیش بینی نشده و این افراد غالباً در بیمارستان های روانی و مراکز درمانی بهزیستی در کنار سایر بیماران نگهداری می‌شوند؛ مفهوم حقوقی و پزشکی جنون و اختلالات روانی سبب بروز اختلافاتی در تشخیص و ارزیابی جنون و حالت خطرناک گردیده است. عدم پیش بینی وضعیت مجنون دارای حالت خطرناک که مرتکب جرمی نگردیده اما امکان وقوع بزه از جانب وی متصور است و عدم توجه به حالت خطرناک ناشی از اختلالات روانی مصرف کنندگان مواد مخدر و روانگردان از مباحث قابل توجه و بررسی می باشد. هرچند تبصره ۲ ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ قوه قضاییه را مکلف نموده است مراکز اقدام تأمینی در هر حوزه قضایی برای نگه داری مجرمان دارای حالت خطرناک ناشی از جنون تدارک ببینند اما مصوب گردیده تا زمان شروع به کار این اماکن که مهلت مشخصی برای شروع به کار آنها تعیین نشده، قسمتی از مراکز روان درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود (کمافی سابق) به این افراد اختصاص داده شود. این تبصره می تواند به روند نگهداری افراد موضوع ماده مذکور در مراکز روان درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود، ادامه دهد. در کشور ما لزوم ایجاد مراکز تحقیقات روانپزشکی مجهز به بخش‌های ویژه مراقبت، نگهداری و درمان مجرمین مبتلا به اختلالات روانی در هر حوزه قضایی استانی با تأمین کادر متخصص به شدت احساس می‌شود. همچنین ایجاد یک مرکز تحقیقی - پژوهشی برای انجام مطالعات علمی در زمینه تشخیص، ارزیابی، درمان و رفع حالت خطرناک ناشی از جنون برای یافتن راهکارهای پیشگیری از وقوع جرم و کاهش میزان جرائم در جامعه ضروری به نظر می‌رسد.



منابع

۱. بوشهری، جعفر، (۱۳۷۹)، حقوق جزا: اصول و مسائل، چاپ اول، تهران.
۲. بهروان، حسین، (۱۳۷۴)، در ترجمه درآمدی بر جامعه: با تأکید بر نظریه های کارکردگرایی، ستیز و کنش متقابل نمادین، رابرتسون یان، چاپ دوم، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
۳. حجتی اشرفی، غلامرضا، (۱۳۷۹)، قوانین و احکام، مجموعه قوانین اساسی - مدنی ایران: با آخرین اصلاحات و الحاقات، چاپ اول، تهران.
۴. دادستان، پریخ، روانشناسی جنایی، چاپ هفتم، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۸۹.
۵. زراعت، عباس، (۱۳۹۲)، شرح مختصر قانون مجازات اسلامی، چاپ اول، تهران: انتشارات ققنوس.
۶. زراعت، عباس، (۱۳۸۳)، قانون مجازات اسلامی در نظم حقوقی کنونی با تجدید نظر و اضافات، چاپ اول، تهران.
۷. صابری، سید مهدی، «اقدامات اولیه برای ایجاد بیمارستان حفاظت شده روان پزشکی در ایران نگاهی به تبصره ۲ ماده ۱۵۰ قانون جدید مجازات اسلامی»، مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۹، شماره ۴ و ۱، زمستان ۹۲ و بهار ۹۳، صص ۴۱۶-۴۰۹.
۸. عمید، حسن، (۱۳۶۲)، فرهنگ فارسی عمید، تهران: انتشارات سپهر.
۹. کاتوزیان، ناصر، حقوق مدنی: قواعد عمومی قراردادها، ج ۲، چاپ اول، تهران، ۱۳۷۱.
۱۰. کی نیا، مهدی، (۱۳۷۴)، روان شناسی جنایی، چاپ دوم، تهران: انتشارات رشد.
۱۱. کی نیا، مهدی، (۱۳۷۰)، در ترجمه جرم شناسی کاربردی، گسن ریموند، چاپ اول، تهران: انتشارات مترجم.
۱۲. گودرزی فاطمه، کیانی، محمد، (۱۳۹۰)، پزشکی قانونی برای دانشجویان رشته حقوق. ویرایش هشتم، تهران: انتشارات سمت.
۱۳. گودرزی، فرامرز، (۱۳۷۷)، پزشکی قانونی، جلد ۲، چاپ اول، تهران: انتشارات افشین.
۱۴. گیدنز، آنتونی، (۱۳۷۸)، جامعه شناسی، ترجمه منوچهر صبوری کاشانی، چاپ پنجم، تهران: نشر نی.



۱۵. مهرا، نسرین، (۱۳۹۲)، دانشنامه حقوق کیفری انگلستان، چاپ اول، تهران: نشر میزان.
۱۶. نجفی ابرند آبادی، علی حسین و هاشم بیگی، حمید، (۱۳۹۰)، دانشنامه جرم شناسی، چاپ دوم، تهران: انتشارات کتابخانه گنج دانش.
۱۷. دلماش، مارتی، (۱۳۸۱)، نظامهای بزرگ سیاست جنایی، مترجم علی حسین نجفی ابرندآبادی، چاپ اول، تهران: نشر میزان.
۱۸. برنار بولک، (۱۳۸۴)، کیفرشناسی، مترجم علی حسین نجفی ابرندآبادی، چاپ چهارم، تهران: انتشارات مجد.
۱۹. نجفی ابرند آبادی، علی حسین، (۱۳۸۸)، کیفرشناسی نو- جرم شناسی نو، درآمدی بر سیاست جنمایی مدیریتی خطرمدار، تازه های علوم جنایی (مجموعه مقالات)، تهران، نشر میزان.



Identification and custody of criminals with a dangerous state caused by insanity in Iranian criminal law

Ayoub Nourian¹ / Yazdan Ghorbani²

Article code: JHVMN-2410-1245

Abstract

The condition of a criminal who, due to his mental disorder, his freedom disturbs security and public order, and is very likely to commit a crime, is called insane with a dangerous state. Detention of criminals with a dangerous state caused by insanity is provided for in Article 150 of the Islamic Penal Code. Regardless of the ambiguities and challenges in the discussion of the diagnosis of the dangerous state caused by insanity, the lack of provision of a suitable place of detention for the detention of insane criminals is an important issue in the management of the detention of dangerous criminals. Appropriate security measures for a person with a dangerous condition and the lack of provision and provision of a suitable place for the detention of insane criminals are among the significant topics and the review of this article. Conducting this research is an attempt to identify the dangerous state caused by insanity as well as analyze and investigate the detention of insane criminals with a dangerous state in Iran's criminal law with a view to other penal systems. The research method is based on document study with descriptive analytical approach. The results of this article indicate that in Iran's criminal system, there is no specific rule and criteria for detecting the dangerous state caused by insanity. Also, due to the lack of provision of a protected forensic psychiatric hospital in Iran for the treatment and maintenance of criminals with a dangerous condition, the issue of removing the dangerous condition of this category of criminals is ambiguous.

keywords: insanity, dangerous state, mental hospital, diagnosis and evaluation.

¹ PhD in Criminal Law and Criminology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
Ay.noorian@Gmail.com

² Master of Criminal Law and Criminology, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran. (Corresponding Author)
yazdanghorbani24@gmail.com

