

سیاست جنایی ایران در قبال مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت

زهرا غریبی^۱ و علیرضا میلانی^۲

۱دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، گروه حقوق جزا و جرم شناسی، تهران، ایران

۲دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر، گروه حقوق جزا و جرم شناسی، تهران، ایران

مسئول مکاتبات: علیرضا میلانی

چکیده

در نظام های حقوقی پیشرفته دنیا که قطعاً نظام اسلامی به واسطه دخالت تشریحی شارع مقدس از این حیث در زمره آنها قرار می گیرد، یکی از ارکان تحقق مسئولیت کیفری عقل است؛ به این معنا که عامل رفتار مجرمانه بایستی از قوای عقلانی متعارفی برخوردار باشد و الا در صورت بروز رفتار ناقض قوانین کیفری، مسئولیتی متوجه وی نخواهد بود. در نظام حقوقی ما بعد از انقلاب سیاست جنایی تقنینی از این لحاظ تابع دو ملاک وجود عقل یا زوال قوای عقلانی و به تبع آن وجود یا فقدان مسئولیت کیفری بوده و حالت بینابینی در فاصله عقل یا جنون پیش بینی نشده در حالی که حالات عدیده ای از نقطه نظر روانشناسی و روانپزشکی بین این دو عامل وجود دارد؛ بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی نمونه ای از این گروه می باشند، که نیازمند توجه خاص تقنینی هستند؛ چرا که مسئول کامل شناختن طیف وسیعی از افراد که در بروز رفتار مجرمانه از سلامت کامل عقلانی برخوردار نیستند، و تنها در قسمتی از جرایم موسوم به تعزیری و با اختیار دادرس در قالب کیفیات مخففه رفتار نمودن، از مصادیق ظلم تقنینی قلمداد می شود. در این مقاله با روش میدانی، توصیف و تجزیه و تحلیلی و استفاده از ابزار کتابخانه ای به بررسی سیاست جنایی ایران در قبال مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت می پردازیم

واژه های کلیدی: جرم، سیاست جنایی، اختلال شخصیت، مسئولیت کیفری

۱ مقدمه:

یکی از ارکان مسئولیت کیفری، وجود عقل در عامل رفتار مخالف هنجارهای اجتماعی و قوانین کیفری است، به این معنا که چنانچه مرتکب رفتارهای ناقض قانون جزا، مبتلا به عارضه جنون باشد، تحمیل مسئولیت کیفری به وی خلاف قواعد حقوقی و انصاف خواهد بود. اسلام به واسطه تشریح شارع، با فاصله زمانی بسیاری از نظام های مترقی امروزی به این مهم توجه داشته و فرد مجنون را در صورت ارتکاب جرم مبرا از مسئولیت کیفری می دانسته است.

دنیای مدرن، صنعتی و پیچیده امروزی، خود عاملی است برای بروز پدیده هایی که منتهی به بیماری های روانی می گردد. بیماری های روانی، طیف بسیار گسترده ای از اختلالات قوای دماغی را شامل می شود، که شدیدترین نوع آن یعنی جنون، به عنوان یکی از عوامل رافع مسئولیت کیفری در کلیه نظام های حقوقی امروزی پذیرفته شده است. اما در این که در حدفاصل بین سلامت عقل و جنون، بیماری هایی که مورد تأیید جامعه علمی روانپزشکی و روانشناسی قرار گرفته در سیاست های جنایی کشورهای دنیا، چه تأثیری در میزان مسئولیت کیفری این قبیل مرتکبان خواهد داشت، وفاقی وجود ندارد.

در کشور ما قبل از انقلاب در قوانین جزایی موسوم به «قانون مجازات عمومی» به ویژه در اصلاحی آن در سال ۱۳۵۲ علاوه بر جنون، سایر اختلالات روانی نیز مدنظر قانونگذار کیفری قرار گرفته بود و بیمار مبتلا به این عوارض در صورت ارتکاب جرم، از مسئولیت کیفری تقلیل یافته بهره مند می شد؛ به عبارت دیگر از لحاظ قوه عاقله، قوانین جزایی عمومی، به وجود سه دسته بزهکار قائل بودند، گروه اول: اشخاصی که از سلامت کامل عقلانی برخوردار بودند که مسئولیت کیفری مطلق داشتند، گروه دوم: مجانین که مطلقاً مبرا از مسئولیت کیفری بودند و گروه سوم یا بینابین: اشخاصی که در مرز میان سلامت عقل و جنون قرار داشتند که این اشخاص در صورت ارتکاب جرم، به موجب قانون از تخفیف قانونی مجازات برخوردار بودند.

بعد از انقلاب قانون گذار اسلامی در قالب سیاست جنایی اسلامی، تنها به دو وجه از قوای عقلانی اصرار داشت؛ یا سلامت عقل و مسئولیت مطلق و یا در صورت احراز فقدان کامل قوای عقلانی که به جنون تعبیر می شود، مبرا بودن از مسئولیت کیفری و در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ با تمام تلاشی که در بعضی موضوعات کلیات در پیروی از قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ داشته و عقب گرد وی کاملاً محسوس است؛ با وجود اقتباس اصطلاحات مربوط به اختلالات روانی در نهایت، همچنان جنون را به عنوان یکی از عوامل رافع مسئولیت کیفری، معرفی نموده است و برای حالت های بینابین جایگاهی قائل نشده است. در حالی که دایره شمول بیماری های روانی بسیار گسترده بوده و مقنن اسلامی تنها به شدیدترین نوع آن یعنی «جنون» توجه داشته؛ اگرچه نشانه هایی کم سو از تمایل به توجه به سایر اختلالات روانی مثلاً در ماده ۱۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ دیده می شود؛ آنجا که قاضی را به نوعی مکلف به توجه به وضعیت روانی زمان ارتکاب جرم نموده اما به این اعتبار که اولاً با توجه به ماده ۳۸ همین قانون، اعمال کیفیت مخففه، در صلاحدید و اختیار قاضی دادگاه قرار دارد و ثانیاً در میان مجازات های چهارگانه قانون مجازات، تنها یک نوع آن یعنی جرایم تعزیری ظرفیت تخفیف مجازات را دارند، عملاً این توجه ناچیز نیز قابلیت اجرایی مؤثر نخواهد داشت.

رابطه بیماری های روانی و جرم

توجه روان شناسان به جرم و قانون از بدو استقرار روان شناسی به عنوان شاخه تجربی آغاز شد. از آن جا که بسیاری از مردم ارتباط بین بیماری های روانی با جرم را می پذیرند و نه تنها بیماران روانی را به علت ارتکاب اعمال خشونت آمیز بی معنا و غیر قابل درک خطرناک می پندارند بلکه مبادرت به جرایم وخیم را نیز ناشی از بیماری روانی می دانند (دادستان، ۱۳۸۹: ۱۲۷-۱۲۶).

از پیش فرض های ارتباط بین شخصیت و انحرافات اجتماعی که در نظریه روانکاوی مطرح شده می توان نتیجه گرفت که رفتار انحرافی یک بیماری است که تحت تأثیر تضادها (اغلب در ناخودآگاه او استرس های هیجانی قرار دارد و این تضادها و استرس ها را می توان با یک بیماری مقایسه کرد که اگر درمان نشود به یک بیماری وخیم تر تبدیل می شود (احمدی، ۱۳۹۲: ۳۵-۳۴).

مطالعات علمی در مورد مغز، سلسله اعصاب، شخصیت و بیماری های روانی از دو قرن اخیر آغاز شد. در بررسی های روانی، روحی و شخصیتی و رابطه آن با ناهنجاری و اختلال رفتاری به ویژه از اوایل قرن بیستم روزنه جدیدی بر انگیزه شناسی

جنایی گشود. بررسی چگونگی رشد شخصیت و مراحل رشد روانی از دهانی، مقعدی، فالوس، نهفتگی و بلوغ و مطالعه ساختمان روان، نهاد، من و من برتر، اثرات آسیب های مغزی و یا بیماری های روانی بر واکنش انسان ها، اثر ضمیر ناخودآگاه بر رفتار آگاهانه و به ظاهر انتخابی موجب گردیده است که مکتب روان شناسی کیفری با هدف شناخت شخصیت و روان انسانی، چگونگی هدایت افراد به سوی ارتکاب جرم و عوامل آن با استفاده از تمام رشته های مرتبط از جمله روان کاوی، روان پزشکی، روان شناسی بالینی و غیره جایگاه خاصی در گستره علوم جنایی پیدا کند. بی گمان همانند عوامل ژنتیکی و زیستی در اعتقاد به تأثیرات عوامل روانی بر نحوه رفتارهای مجرمانه وحدت نظر وجود ندارد. ولی آنچه مسلم است، اثر عوامل روانی فردی منجر به نوعی آمادگی قبلی یا تمایلات و استعداد بالقوه در فرد می گردد که او را برای ارتکاب اعمال خاصی آماده می سازد (نجفی توانا، ۱۳۹۴: ۸۸).

پذیرش ارتباط بین ارتکاب جرم و اختلال روانی بر این فرض مبتنی است که بیماران روانی به قوانین جامعه واقعی نمی نهند، رفتار آنها غیر قابل پیش بینی است و نمی توانند اعمال خود را مهار کنند و چون قادرند در هر زمانی به هر کاری دست بزنند پس بالقوه خطرناک هستند. از سوی دیگر این فرض نیز پذیرفته شده است که اگر فردی به اعمال خشونت آمیز، بی معنا و غیر قابل درک دست بزند آشکارا بیمار است. پس چنین نتیجه گرفته می شود که نه تنها بیماران روانی خطرناکند بلکه آنها هم که مرتکب جرایم عجیب می شوند از لحاظ روانی، بیمارند (همان).

موافقین این نظر خود به دو گروه تقسیم می شوند: برخی ویژگی های روانی را به عنوان عنصر تمام کننده و علت بزهکاری یا نابهنجاری می دانند، و بعضی دیگر این گونه خصیصه ها را از عوامل زمینه ساز و مستعد کننده تلقی می کنند که با تقویت عوامل اجتماعی و بیرونی ممکن است اشخاص را به طرف ارتکاب جرم سوق دهند (همان: ۸۹).

بیماری های روانی

روانپزشکان ابتلا به بیماری ها و اختلالات روانی را ناشی از ضایعات وارده به مغز دانسته معتقدند که مغز مرکز هوش، فهم و ادراک هر فرد است و برای انجام هر عمل، فرمان از مغز صادر می شود و سایر اعضا آن را اجرا می کنند و هر گاه کوچکترین نقصی یا جراحی در مغز ایجاد شود سبب آشفتگی روان و غرایز گردیده قدرت فهم و درک نتایج اعمال خوب و بد را از فرد سلب و زمینه را برای ارتکاب جرایم مختلف و بروز حالت خطرناک فراهم می سازد (بارنت ویگ، ۱۳۹۳: ۷۵)

اختلال شخصیتی

بیماریهای روانی دارای انواع مختلفی هستند، که یکی از انواع آن اختلالات شخصیت می باشد. اختلالات شخصیت براساس DSM-V عبارتند از (۱) شخصیت ضد اجتماعی؛ (۲) وسواسی - جبری؛ (۳) اجتنابی؛ (۴) اسکیزوتایپال؛ (۵) خودشیفته؛ و (۶) مرزی، که هر یک دارای صفات و ویژگی های روانشناختی خاصی هستند.

اختلالات شخصیت مقوله ای نسبتاً جدید در اختلالات روانی است. برای اولین بار اختلالات شخصیت در سال ۱۹۸۰ در ویرایش سوم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM)، مرجع اصلی مورد استفاده ی متخصصین بهداشت روانی تعریف شد. بنابراین این اختلالات از حدود ۳۰ سال پیش به طور رسمی مورد قبول قرار گرفت (همان: ۷۳).

بر اساس یک تعریف کلی که در تمامی اختلال های شخصیت صادق است، می توان این اختلال ها را یک شیوه ی پایدار رفتارها تجربه های زیسته ی فرد تلقی کرد که به طور قابل ملاحظه ای از آنچه مورد انتظار محیط فرهنگی اوست فاصله می گیرد، فراگیر و نامنعطف است، در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی بروز می کند، در خلال زمان پایدار است و منبع رنج و معلولیت کنش وری فرد به شمار می رود. بنابراین یک اختلال شخصیت، بر حسب این تعریف، به عنوان یک شیوه ی پایدار تفکر، احساس و رفتار است که بالنسبه پایدار می ماند (دادستان، ۱۳۸۹: ۱۴۶). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM انجمن روانپزشکی آمریکا مشخصه اساسی اختلالات شخصیت را، تداوم آن الگوی فکری و رفتاری دانسته که با بیشتر افراد آن فرهنگ متفاوت باشد (بارنت ویگ، همان: ۱۸). برخی پژوهشگران بر این باورند که نشانه های اختلالات شخصیت می توانند به عنوان پاسخ های هنجار به موقعیت خاص باشند به استثنای یک تفاوت اساسی: شدت پاسخ. گهگاه همه ی ما احساس بدبینی نسبت به دیگران، اعتماد به نفس افراطی، یکدندگی و کج خلقی داریم. برای بیشتر ما این تجربیات می آیند و می روند بدون

اینکه مشکلات شدیدی در زندگی روزمره ما ایجاد کنند. اما فردی با اختلالات شخصیت ممکن است این احساس های طبیعی را با شدت بیشتر از حالت بهنجار تجربه کند. پژوهشگران این حالت را با گفتن اینکه تفاوت تجربیات آنها کمی است تا کیفی تبیین می کنند (همان: ۱۴)

اختلالات شخصیت حاصل ترکیبی از عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی است. این عوامل به ندرت به طور جداگانه می توانند مؤثر باشند. در مقابل این عوامل با هم ترکیب شده و در هم تأثیر می گذارند و موجب بروز رفتارهای ناسازگارانه می شوند.

انواع اختلالات شخصیت

سیستم طبقه بندی ابعادی اختلال های روانی معتبرترین و پرکاربردترین سیستم موجود می باشد که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM) در ویرایش پنجم به کار برده شده است.

کارگروه (DSM-5) اختلالات شخصیت را به دو شکل طبقه بندی کرده اند؛ شکل اول با ویراست قبلی تفاوتی ندارد و شامل اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال، ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی، خودشیفته، دوری جو، وابسته، وسواسی جبری به اضافه سه طبقه اختلال شخصیت ناشی از بیماری جسمانی دیگر، اختلال شخصیت مشخص دیگر و اختلال شخصیت نامشخص است. اما شکل دوم طبقه بندی اختلالات شخصیت در DSM-5 تفاوت زیادی با طبقه بندی قبلی اختلالات شخصیت دارد. بیشترین تغییر ایجاد شده در طبقات تشخیصی راهنمای جدید در حوزه اختلالات شخصیت مشاهده می شود. در شکل دوم طبقه بندی اختلالات شخصیت، کارگروه DSM-5 براساس یک مدل ابعادی، فرمول بندی جدیدی از ارزیابی و تشخیص آسیب شناسی شخصیت پیشنهاد کرده است که در آن انواع اختلالات شخصیت با صفات شخصیتی آسیب شناختی ادغام می شوند. براین اساس در راهنمای جدید ویژگی های اصلی اختلال شخصیت، تخریب در عملکرد شخصیت و وجود صفات شخصیتی آسیب شناختی است. همچنین اختلالات شخصیتی ویراست قبلی از ده اختلال به شش اختلال (اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اجتنابی، مرزی، خودشیفته، وسواسی - اجباری و اسکیزوتایپی) کاهش یافته است. در مجموع مهم ترین مزیت مدل ابعادی جدید را می توان در نظر گرفتن اختلالات شخصیت به صورت یک پیوستار و نه صرفاً نگاهی دو وجهی (وجود یا نبود اختلالات شخصیت) به آنها و ارزیابی شدت کژ کردی های شخصیت دانست (خدایاری فرد، ۱۳۹۵: ۱۰۷).

در DSM ویرایش پنجم، در شکل دوم طبقه بندی، که شامل شش اختلال شخصیت می باشد، اختلالات بر اساس شباهت هایی که با هم دارند به سه دسته تقسیم شده اند: ۱- افراد عجیب و غریب ۲- افراد تکانشی ۳- افراد مضطرب. دسته اول شامل اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و دسته دوم شامل اختلالات خودشیفته، مرزی و شخصیت ضد اجتماعی و دسته سوم شامل اختلالات شخصیت اجتنابی و وسواسی - جبری (عملی) می شود (بارنت ویگ، همان: ۲۲-۲۱).

گروه اول اختلالات شخصیت

در این قسمت گروه اول اختلالات شخصیت توضیح داده می شود. این گروه شامل افراد عجیب و غریب می باشد. این گروه در ویرایش چهارم DSM شامل سه اختلال اسکیزوتایپال و پارانوئید و اسکیزوئید می شد (همان) اما طبق آخرین ویرایش DSM یعنی پنجم تنها شامل اختلال اسکیزوتایپال می باشد.

۱. اسکیزوتایپال

ویژگی اصلی این اختلال شخصیت، الگویی فراگیر از آشفتگی حاد در روابط بین فردی و نزدیک، تجربیات شناختی یا درکی و غرابت هایی در رفتار است (محمدی فرود، ۱۳۸۴: ۱۳۳) این افراد، عقاید و رویاهای عجیب و غریبی دارند و نمی توانند واقعیت را از تخیل متمایز کنند (گلشنی، ۱۳۹۵: ۹). الگوهای رفتاری عجیب، افکار جادویی، ادراک های عجیب و غریب دارند (بارنت ویگ، ۱۳۹۳: ۲۳).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (که گاه اسکیزوفرنیای مرزی یا اسکیزوفرنیای نهفته گفته می شود) از مشکلات اجتماعی و بین فردی رنج می برند. افراد مبتلا به اسکیزوتایپال علاوه بر اختلال اجتماعی و بین فردی دچار تحریف های شناختی هستند، طرز فکر عجیب و غریب درباره ی جهان دارند و رفتارهای نامتعارفی از خود نشان می دهند (همان: ۳۳).

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مدلی فراگیر از کاستی های اجتماعی و بین فردی است که با تحریف های شناختی یا ادراکی از قبیل افکار انتساب، تفکر سحرآمیز، تجربه های غیرمعمول ادراکی، تفکر و اندیشه پردازی پارانویایی، اضطراب اجتماعی و ظرفیت اندک برای روابط نزدیک و صمیمانه مشخص می شود (محمد زاده، ۱۳۸۹: ۴۲). این افراد به دلیل نحوه ی تفکر، طرز رفتار، ارتباط با دیگران و نحوه ی لباس پوشیدن، عجیب و غریب به نظر می رسند، آنها از دیگران فاصله می گیرند و از مردم جدا هستند، به جای توجه به محرک های محیطی بیش تر جذب محرک های درونی خود می شوند و نسبت به آنها واکنش نشان می دهند، به همین دلیل رفتار و گفتارشان از انسجام لازم برخوردار نیست. در هنگام ارتباط با دیگران حواسشان جمع نیست و از موضوعی به موضوع دیگر می پرند، هیجان هایی که ابراز می کنند متناسب با محرک هیجانی نیست. به تله -پاتی و غیب گویی بسیار معتقد هستند و به دیگران مشکوکند.

طبق تحقیق انجام شده بر روی ۱۵۰ زن مجرم در زندان شهرری واقع در تهران در سال ۱۳۹۵ که به صورت نمونه گیری اتفاقی انتخاب شدند، ۲۴/۶٪ از آنها مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال بودند که این آمار نشان دهنده ارتباط این اختلال و جرم می باشد.

گروه دوم اختلالات شخصیت

رفتار این گروه مبالغه آمیز و متغیر است (دادستان، ۱۳۸۹: ۱۴۷) و دارای شخصیت هایی هستند که متلون، دراماتیک و بی ثبات به نظر می رسند (ستوده و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۶۵). این افراد ممکن است به صورت افرادی نمایشی، هیجانی و توجه طلب توصیف شوند. این گروه در ویرایش چهارم DSM شامل اختلالات نمایشی، خودشیفته، مرزی و ضداجتماعی می شد (بارنت ویگ، ۱۳۹۳: ۲۱) اما در آخرین ویرایش یعنی ویرایش پنجم DSM شامل اختلالات خودشیفته و مرزی و ضداجتماعی می شود (خدایاری فرد، ۱۳۹۵: ۱۰۷). در ذیل به بررسی این اختلالات می پردازیم.

۱. اختلال شخصیت خودشیفته

افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی خواهان جلب توجه دیگران هستند، اما افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته نه تنها به توجه دیگران نیاز دارند بلکه تعریف و تمجید آن ها را هم طلب می کنند. هر چند این افراد نگران دیدگاه افراد درباره ی خود می باشند، فوق العاده خودمحور هستند. به عبارت دیگر آنها نسبت به افکار و علایق احساس همدلی ندارند. در اصل افراد مبتلا به این بیماری بر این باورند که بی همتا هستند و سزاوار درمان اختصاصی اند (بارنت ویگ، همان: ۴۴). این اختلال دارای الگوی فراگیر خود بزرگ بینی (در خیال یا رفتار)، نیاز به تمجید و فقدان هم حسی و همدلی است (محمدی فرود، ۱۳۸۴: ۱۳۳). نظریه های مربوط به «خود» بر این باورند که این انتظارات ناشی از آن است که روابط همدلی با مراقبت کنندگان رشد نیافته است، این موضوع موجب متلاشی شدن احساس خود می شود و به ویژه شخص را مستعد خالی بودن، عزت نفس شکننده و رفتارهای جبرانی می سازد (ستوده و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۶۹).

انسان های خودشیفته کسانی هستند که ارزش های فردی و اجتماعی را در برابر خواسته خود می دانند و رفتارشان را صحیح و به حق می شمارند. خودشیفتگان هرگونه خوب بودن دیگران را نادیده گرفته و یا آن را شرطی می بینند.

به نظر می رسد این بیماران می توانند در انتخاب شریک زندگی و جنسی (جرم فریب در ازدواج) و یا اغوای جنس مخالف برای برقراری رابطه نامشروع از ظاهر فریبنده خود استفاده کنند و یا حتی مرتکب جرم کلاهبرداری در روابط مالی (که عنصر اصلی آن فریب می باشد) یا پس از جلب اعتماد دیگران، در اموال و اسناد سپرده شده به آنها، مرتکب جرم خیانت در امانت گردند و همچنین در سطح سیاسی برای پیروزی در رقابت های انتخاباتی و برگزاری میتینگ ها، طیفی از جرایم مرتبط با تقلب و تخلفات انتخاباتی، از افترا تا تشویش اذهان عمومی و تحریک طرفداران خود به ارتکاب رفتارهای مجرمانه نسبت به رقبای انتخاباتی را ارتکاب یا دامن زنند.

محققان بسیاری کوشش کردند که ریشه تروریسم را در (عقد نرگسی) بیابند و بر روی مطالعه رفتار نارسیسم تمرکز کردند. رابطه نارسیسم [خودشیفته] و تروریسم اولین بار توسط (مورف) در سال ۱۹۷۰ مطرح شد و بعد از وی توسط روانشناسان دیگر بسط و گسترش یافت. اساس کار نارسیستی مبتنی بر با ارزش دانستن خود و بی ارزش دانستن دیگری

است. خودشیفتگی به شکل خودبزرگ نمایی ظاهر می شود و حس خود بینی و تکبر، فقدان احترام به دیگران را در اشخاصی که تمایلات ضداجتماعی دارند ایجاد می کند شکست خودشیفتگی می تواند منجر به واکنش طغیان و گسیل به تخریب منابع صدمه نارسیستی و حتی ارتکاب اعمال تروریستی شود شخصیت این افراد از یک صدمه روانی در دوران کودکی شکل گرفته است. افراد نارسیست دنیا را به دو قطب خوب و بد تقسیم می کنند یعنی تفکر دو قطبی دارند گروه خوب یعنی خود و دیگران گروه منفی و بد جلوه گر می شوند و گروه میانی وجود ندارد اختلالات روانی و شخصیتی در معدودی از تروریست ها موجب نمی شود که همه آنها را مشمول این موضوع دانست (شکور، ۱۳۹۳: ۶۹).

طبق تحقیق انجام شده بر روی ۱۵۰ زن مجرم در زندان شهری واقع در تهران در سال ۱۳۹۵، ۱۰٪ از آنها مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته بودند که این آمار نشان دهنده ارتباط این اختلال و جرم می باشد.

۲- اختلال شخصیت مرزی

این اختلال را از این حیث اختلال شخصیت مرزی می نامند که بیماران مبتلا به آن در مرز بین روان پریشی و روان نژندی قرار گرفته اند. از جمله ویژگی های این اختلال شخصیتی، بی ثباتی عاطفی، رفتارهای تکانه ای، اختلال هویت است؛ شیوع آن در زنان دو برابر مردان است. از جمله خصیصه های این بیماران آن است که حالت بحرانی و نوسان خلق دارند، یعنی رفتارشان قابل پیش بینی نیست. در عرصه روابط اجتماعی، روابطی پر آشوب و پرتنش دارند (گودرزی و کیانی، ۱۳۹۴: ۳۰۲). ویژگی اصلی این اختلال الگوی فراگیر عدم ثبات در رفتار بین فردی، خود پنداری، عواطف و تکانشی بودن بارز است (محمدی فرود، ۱۳۸۴: ۱۳۳). اقدام های جنون آمیز برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا خیالی.

مبتلایان به این اختلال از حالات افسردگی توأم با احساس پوچی و بی حوصلگی و بی ثباتی عاطفی، خشم شدید نامتناسب یا عدم کنترل بر خشم و گاه دوره های کوتاه مدت جنون رنج می برند. انگیزه های ضرر زدن به خود حداقل در دو زمینه نظیر: هرزگی جنسی، قمار، پرخوری، سوء مصرف دارو، دزدی از فروشگاه ها از ویژگی آنان است (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۱: ۱۴۴).

ناپایداری خصوصیت کلیدی اختلال شخصیت مرزی است. خلق افراد مبتلا به شخصیت مرزی ناپایدار است و دچار حملات افسردگی شدید، اضطراب و خشم می شوند که ظاهراً مکرر بوده و اغلب دلیل موجهی ندارند. خودپنداره این افراد ناپایدار است و بین دوره های شک به خود تا دوره های خود بزرگ بینی یا مهم انگاشتن خود در نوسان است. روابط بین فردی این افراد بی نهایت ناپایدار است و ممکن است از آرمانی پنداشتن دیگران تا تنفر از آنها بدون سر زدن هیچ عمل تحریک آمیزی تغییر کند (رحیمیان پور، ۱۳۹۳: ۴۸).

آنان نسبت به طرد شدن حالت تقریباً بدگمانانه دارند و در عین حال اعمال و رفتارهای بی غرض دیگران را به مثابه ترک کردن یا طرد کردن تلقی می کنند و به شدت افسرده و غمگین می شوند. اینان علاوه بر ناپایداری در خلق، خودپنداره و روابط بین فردی، تمایل به آن دارند که رفتارهای تکانشی و خودآزارانه داشته باشند که به صورت سوزاندن و بریدن بدن خود است و بالاخره اینکه احساس غیر واقعی بودن می کنند (فردریکسون و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۸۳-۱۸۴).

تکانشی بودن یا ویرانگر، خشم و عصیان، گاهی به همراه برخورد فیزیکی است، متغیر الحال بودن احساسات عاطفی، حادثه آفرینی مانند رانندگی پرخطر، داشتن اضطراب و افسردگی و نیز حالت تحریک پذیری از چند ساعت تا چند روز، مبادرت به اقدامات نسنجیده و مشکل ساز، در ظاهر تعامل و روابط به شدت احساساتی با دیگران دارند لکن در باطن دچار نوعی تعارض و تناقض احساسی می باشند (علامه فلسفی، ۱۳۹۱: ۳۶).

افراد مبتلا به این نوع اختلال بعد از مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی بالاترین درجه ارتکاب جرم را در میان مبتلایان به اختلال روانی به خود اختصاص می دهند (حاذق پور، ۱۳۹۲: ۴۸).

طبق تحقیق انجام شده بر روی ۱۵۰ زن مجرم در زندان شهری واقع در تهران در سال ۱۳۹۵، ۳۲٪ از آنها مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند که این آمار نشان دهنده ارتباط این اختلال و جرم می باشد.

۳- اختلال شخصیت ضداجتماعی

حالت بارز این اختلال شخصیت، وجود رفتار ضداجتماعی مزمن و مداومی است که در آن حقوق دیگران مورد تجاوز قرار گرفته و قانون شکنی ها و الگوهای ضداجتماعی ادامه می یابد. این اختلال معمولاً قبل از ۱۵ سالگی شروع می شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۱: ۱۱۱).

اگرچه این افراد به ظاهر از نظر روانی سالم می نمایند، لیکن غالباً علامت تنش، عدم تحمل زندگی یکنواخت، افسردگی و این اعتقاد که دیگران نسبت به آنها خصمانه رفتار می نمایند، هم وجود دارد. حتی اختلال در روابط انسانی و کج خلقی این بیماران تا اواخر سنین میانسالی که رفتارهای ضد اجتماعی افراطی تقلیل می یابد نیز ادامه دارد. تقریباً بدون استثنا، عدم توانایی در ایجاد ارتباط صمیمی، نزدیک و مسئولانه در رابطه با خانواده، دوستان و جنس مخالف وجود دارد. این ناهنجاری ها غالباً منجر به محدود شدن توانایی های فرد می گردد؛ به طوری که در بزرگسالی، انسانی مستقل، خودکفا و دارای بلوغ روانی نبوده؛ این افراد معمولاً با ظاهری عادی، حتی فریبنده و راضی کننده مشاهده می گردند. مع هذا سوابق آنها حاکی از اختلال عملکرد در بسیاری از زمینه های زندگی است. آنها فقدان اضطراب و افسردگی، از خود نشان می دهند که با موقعیت آنها هماهنگی ندارد. توضیحات خودشان در مورد رفتار ضداجتماعی شان، آنها را آدم هایی تهی و کوتاه فکر می نمایاند (خادمی، ۱۳۸۹: ۲۱۲).

شخصیت های ضداجتماعی به علل خشونت، دزدی، قماربازی، اختلاس، کلاهبرداری و بسیاری جرایم دیگر با قانون درگیر می شوند در مبتلایان به این اختلال جرایم بیشتر علیه افراد غریبه صورت می گیرد. همچنین مبتلایان به این نوع اختلال بیشتر در اوایل بروز بیماری مرتکب جرم می شوند. در مجموع به علت ناگهانی بودن اعمال این افراد نمودار قتل، خشونت های شدید و درگیری با افراد زیاد دیده می شود. سه چهارم افراد ضد اجتماعی سابقه دستگیری های متعدد منجر به زندانی شدن، شرارت، مصرف زیاد الکل، هرج و مرج جنسی و عدم توجه به مقررات قانونی را داشته اند (رحیمیان پور، ۱۳۹۳: ۴۴).

در میان بزهکاران همواره کسانی یافت می شوند که از نظر هوش و ادراک هیچ گونه اختلال یا نقصی ندارند و نشانه های بیماری روانی مانند هذیان و یا پریشانی افکار در آنها دیده نمی شود، ولی فاقد توان پذیرش و سازش با هنجارهای اخلاقی محیط و اجتماع اند. اینان حالت های تهاجمی و روحیه ستیزنده دارند. ناپختگی، خودخواهی و بی احترامی به حقوق دیگران از نشانه های بارز رفتار آنان است و هیچ گاه از کرده خود احساس پشیمانی و گناه نمی کنند (اردبیلی، ۱۳۹۴: ۲: ۱۶۳).

جامعه ستیزان (سایکوپات ها) ترمزهای اخلاقی ندارند و هنجارهای اجتماعی را کمتر رعایت می کنند. گاه دست به کارهایی می زنند که اساس نظام اجتماعی را متزلزل می کند. آنان ارزش های اخلاقی را به پایین ترین حد خود تنزل می دهند. برخی از آنان نیز به عنوان رئیس و بنیان گذار در رؤس حرکت های اجتماعی و سازمانی قرار می گیرند و جامعه را به سوی بدبختی و فلاکت رهنمون می شوند مانند: هیتلر، استالین و آل کاپون (بنیان گذار مافیای جدید آمریکا) (ابوالفتحی، ۱۳۸۳: ۲۹۸).

پرخاشگری نسبت به اشخاص یا حیوانات نیز از دیگر رفتارهای جنایی این گروه به شمار می رود. آنان اساساً به هیچ یک از معیارهای متعارف اخلاقی پایبند نیستند؛ در نتیجه لایبالی گری جنسی، همسرآزاری، کودک آزاری، رانندگی حین مستی از اتفاقات شایع در زندگی آنان است. جالب است که این افراد در اغلب موارد از کرده های خود پشیمان نیستند. رفتار برخی از آنان با بالاتر رفتن سن قدری بهتر می شود (گودرزی و کیانی، ۱۳۹۴: ۳۰۱).

این قبیل افراد دسته و گروه تشکیل می دهند و برای اجتماع ایجاد مزاحمت می کنند. معمولاً در فسادهای اجتماعی و اقتصادی می توان ردپای این افراد را دید (داستان، ۱۳۸۹: ۵۸). این افراد بهره هوشی بسیار بالایی دارند ولی محدودیت های موجود این افراد را به ولگردی وا می دارد. درصد بسیار بالایی از مجرمان زندانی را مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی تشکیل می دهند

طبق تحقیق انجام شده بر روی ۱۵۰ زن مجرم در زندان شهرری واقع در تهران در سال ۱۳۹۵، ۳۵٪ از آنها مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی بودند که این آمار نشان دهنده ارتباط این اختلال و جرم می باشد.

گروه سوم اختلالات شخصیت

این گروه شامل افراد مضطرب می باشد. فرد مبتلا به اختلالات شخصیت «اضطرابی» غالباً تنیده، عصبی و نگران است. چنین فردی به خاطر ترس ذاتی که دارد، از موقعیت هایی که نمی داند چه انتظاری داشته باشد، اجتناب می کند. مانند افراد مبتلا به اختلالات شخصیت «عجیب و غریب» افراد مبتلا به اختلال شخصیت «اضطرابی» در کنار بیشتر افراد احساس ناراحتی می کنند. با این حال این گروه از جهاتی تفاوت زیادی با آن گروه دارند افراد مبتلا به اختلالات شخصیت «عجیب و غریب» به این خاطر از دیگران اجتناب می کنند که نگرانند دیگران آنها را مورد آزار و اذیت قرار دهند یا به نحوی به آنها آسیب برسانند. از طرف دیگر افراد مبتلا به اختلالات شخصیت اضطرابی مایل به داشتن روابط با دیگران هستند اما غالباً در مراد با دیگران نمی توانند احساس آرامش و راحتی کنند (بارنت ویگ، ۱۳۹۳: ۵۹). این گروه در ویرایش چهارم DSM شامل اختلالات وابسته، اجتنابی و وسواسی- جبری می شد (همان: ۲۱) ولی در حال حاضر طبق ویرایش پنجم DSM یعنی آخرین ویرایش شامل اختلالات اجتنابی و وسواسی- جبری می شود (خدایاری فرد، ۱۳۹۵: ۱۰۷).

۱. اختلال شخصیت اجتنابی

ویژگی اصلی این اختلال، الگوی فراگیر مهارشده و بازداری اجتماعی، احساس بی کفایتی و حساسیت زیاد به ارزیابی منفی است (محمدی فرود، ۱۳۸۴: ۱۳۳).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی به خاطر اینکه می ترسند مورد انتقاد دیگران قرار گیرند یا خیط شوند یا نگرانند احمق جلوه کنند، از دیگران دوری می کنند. معمولاً فرد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی نگران است در صورتی که مورد انتقاد قرار گیرد در برابر دیگران زیر گریه بزند. چنین فردی غالباً احساس بی کفایتی می کند که او را می دارد از موقعیت های اجتماعی کناره گیری کند. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است بر این باور باشند که چنان ناخوشایند هستند که دیگران تمایل به آشنایی و دوستی با او ندارند. آنها معمولاً نمی پذیرند با دیگران در ارتباط باشند مگر اطمینان یابند که دیگران او را دوست دارند و می پذیرند. برای اطمینان از علاقه دیگران غالباً گدای محبت هستند. آنها چنان نسبت به انتقاد حساس هستند که در بیشتر مواقع اظهارنظرهای غیرمغرضانه را به صورت منفی و انتقادی سوءتعبیر می کنند. وقتی در ارتباط با دیگران قرار می گیرند ممکن است با ترس و تنش رفتار کنند و دچار خطا شوند به طوری که دیگران آن ها را دست بیندازند یا به انتقاد بگیرند (بارنت ویگ، ۱۳۹۳: ۵۹).

طبق تحقیق انجام شده بر روی ۱۵۰ زن مجرم در زندان شهرری واقع در تهران در سال ۱۳۹۵، ۲۸٪ از آنها مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی بودند که این آمار نشان دهنده ارتباط این اختلال و جرم می باشد.

۲. اختلال شخصیت وسواسی- جبری

ویژگی اصلی این اختلال، اشتغال ذهنی به نظم، کمال گرایی و کنترل ذهنی و بین فردی به بهای از دست دادن انعطاف پذیری و صراحت و کارایی است (محمدی فرود، همان).

در اختلال شخصیت وسواسی- جبری افراد، تمایلاتی به شدت کمال گرایانه دارند از جمله به نظم و کنترل بر اوضاع اهمیت می دهند تا حدی که انعطاف پذیری، کیفیت کار و بازدهی صحیح را به خطر می اندازند. منحرف شدن از برنامه از قبل تعیین شده باعث رنجش شدید آنها می شود. فرد دائماً به فکر جزئیات، قواعد، فهرست ها، نظم، سازمان یا جدول های زمانی است تا جایی که هدف اصلی فعالیت موردنظرش فراموش می شود. نمی تواند اشیای کهنه و بی ارزش را دور بیندازد، حتی اگر هیچ ارزش معنوی برایش نداشته باشد و در خرج کردن پول برای خود و دیگران خسیس هستند و اعتقاد دارند که پول را باید برای روز مبادا جمع کرد. در افکار و عقایدشان سرسخت هستند و اصلاً حاضر نیستند کوتاه بیایند. این افراد دوست ندارند قسمتی از کارشان را به دیگران سپرده یا با دیگران همکاری کنند مگر این که کارها را دقیقاً همانطور که آنها می خواهند انجام دهند. این افراد بیش از حد وجدان کاری دارند. مته به خشخاش می گذارند و درباره ی رعایت اخلاق، اصول یا ارزش ها انعطاف پذیری ندارند (مولایی و دیگران، ۱۳۹۳: ۳۱).

تحقیقات اخیر نشان داده اند که این اختلال، چهارمین اختلال شایع روانپزشکی است و شیوع تمام عمر آن یک تا دو درصد است (مشتاق بیدختی، ۱۳۷۸: ۲).

با توجه به تصورات و توهمات فوق که گریبانگیر این گونه بیماران است، نیروی ذهنی قوی آنان را به سمت ارتکاب جرم سوق می دهد؛ به عبارت دیگر مرور دائم تصورات خطرناک بودن و دیوانه شدن در نهایت بیمار را به عملی نمودن تخیلات خود متمایل و یا حتی وادار می سازد. بنابراین ممکن است در هنگام بروز این قبیل رفتارها حالت های خطرناک از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، مانند تخریب و تحریق اموال عمومی، تجاوز به عنف و سایر اعمال پرخطر نسبت به دیگران سرزند. طبق تحقیق انجام شده بر روی ۱۵۰ زن مجرم در زندان شهرری واقع در تهران در سال ۱۳۹۵، ۴۷٪ از آنها مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری بودند که این آمار نشان دهنده ارتباط این اختلال و جرم می باشد.

فراوانی جرم در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت

یک راه حل برای تعیین ارتباط بین اختلال روانی با ارتکاب جرم، تعیین فراوانی جرم در گروه های بیماران روانی است. مطالعات روان پزشکی و روان شناختی بر روی زندانیان در کشورهای مختلف جهان حاکی از ابتلای تعداد بسیاری از آنان به اختلالات شخصیت می باشد یکی از موارد بحث بیماری های روانی و رفتار جنایی، رابطه بیماری روانی و رفتار پر خطر است به گونه ای که معمولاً بیماران روانی برای دیگران خطرناک توصیف می شوند و این برآورد وجود دارد که آنها به علت آشفتگی روانی و تصمیم گیری های نابجا برای دیگران در دسر و خطر تولید کنند که تا حد آسیب رسانی و ایجاد قربانی پیش رود مثل رانندگی پرخطر یک بیمار روانی، آتش سوزی و آتش بازی، مسموم کردن دیگران و ... مورد دوم رابطه بیماری روانی و خشونت است. بعضی بیماران روانی به عادت نوع خاص تفکرات و ساختار ذهنی شان مثل وجود هذیان ها و سؤطن ها، بیشتر احتمال دارد که رفتارهای خشونت بار را نسبت به دیگران نشان دهند مثل هذیان های گزند و آسیب و تفکرات پارانویید گونه که به دنبال آنها خشونت و حتی قتل اتفاق می افتد. طبق بررسی ها ۱۱٪ قتل ها توسط افرادی انجام می شود که تشخیص بیماری روانی گرفته اند. مورد سوم، رابطه بیماری روانی و سوء مصرف مواد می باشد. افرادی که دچار ناهنجاری روانی هستند با احتمال بیشتری به طرف سوء مصرف مواد می روند (۲۰ تا ۳۰ درصد) و سوء مصرف مواد یکی از پیش بینی های رفتارهای جنایی از جمله خشونت در هر فردی است. مورد چهارم، رابطه بیماری روانی و ایجاد مزاحمت های عمومی است. مزاحمت های عمومی مزاحمت هایی هستند که شدت آنها به اندازه خشونت نیست ولی برای دیگران اذیت کننده است. مثلاً مزاحمت در پارک ها، خیابان، آپارتمان، بازار و مکان های دیگر. بررسی ها نشان می دهد که حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد مزاحمت ها توسط بیماران روانی انجام می شود. احتمال دارد که مزاحمت ها در دیگران واکنش هایی را به دنبال داشته باشد و در این برخورد ها رفتار جنایی اتفاق بیفتد (خادمی، ۱۳۸۹: ۱۰۴-۱۰۳).

برخی محققان به انواع اختلالات شخصیتی نظیر شخصیت ضد اجتماعی، شخصیت مرزی، پارانویید و اسکیزوئید در قاتلان اشاره کرده اند که بسیار بیشتر از جمعیت عادی جامعه بود (امام هادی و دیگران، ۱۳۸۵: ۱۵۹).

میزان شیوع اختلالات روانی، حدود ۸۷٪ از بررسی های انجام شده کشوری بسیار بیشتر است. دکتر مهدوی و همکاران (۱۳۸۳) با بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در کشور ایران که با تست SCL90R با ۳۵ هزار نفر انجام گرفت، شیوع اختلالات روانی را ۲۱٪ برآورد کرد که در این میان، افسردگی و اضطراب بیشترین شیوع را داشتند (همان). باید در نظر داشت که در اغلب موارد بیش از یک اختلال روانی در این مجرمان دیده می شد؛ به طوری که در این تحقیق نیز نشان داده شده، برخی از نمونه ها در بیش از یک مقیاس، نمره های بالایی داشته، به عبارتی بیش از یک اختلال روانی در آنان مشاهده می شد (همان).

پژوهش میدانی که در زمستان ۱۳۹۵ بر روی یکصدوپنجاه نفر زندانی زن در زندان شهرری صورت گرفت نیز مؤید ارتباط اختلال شخصیتی با ارتکاب جرم است، هرچند تمام محققان به حق اذعان داشته اند که این ارتباط جنبه لازم و ملزومی نداشته و همان طور که تمام افراد دارای سلامت عقلی رفتار معقولانه ندارند، تمام بیماران روانی و مبتلا به اختلال شخصیت نیز رفتار مجرمانه از خود بروز نمی دهند.

مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت

وجود جرم به تنهایی نمی تواند موجب مجازات یا اقدامات تأمینی گردد، عامل یک عمل مجرمانه باید واجد مسئولیت جزایی شناخته شود تا اجرای مجازات بر او عادلانه باشد. بیمار روانی که عقل از کف نهاده، نمی تواند مجازات شود. مسئولیت جزایی در حقیقت پل ارتباطی میان جرم و مجازات را ایجاد می کند و مجرم با عبور از این پل به عنوان مسئول شناخته می شود و به تناسب عمل یا ترک عمل مجازات می گردد (نوربها، ۱۳۸۹: ۴۳). بنابراین، در مبحث مسئولیت کیفری به وضعیت ذهنی و روانی مرتکب جرم پرداخته می شود. زمانی می توان کسی را واجد مسئولیت کیفری دانست که علاوه بر تحقق رکن (عنصر) مادی جرم، وضعیت روانی مرتکب به گونه ای باشد که بتوان عمل ارتكابی را به او نسبت داد و وی را در برابر عمل ارتكابی از نظر روانی پاسخگو دانست. از این رو مسئولیت کیفری از جمع مجرمیت و قابلیت اسناد (انتساب) حاصل می شود. (سلیمی، ۱۳۹۴: ۱۲۳). بنابراین با توجه به ماده ۱۴۰ و ۱۴۴ قانون مجازات اسلامی شرایط مسئولیت کیفری عبارتند از: عقل، بلوغ، اختیار، قصد (در جرایم عمدی).

بنا به خصیصه آسیب پذیری که دست به گریبان عقل است گاه بیماری های روانی و گاه امراض عصبی، فعالیت طبیعی قوه ادراک و تشخیص انسان را به نابسامانی و اختلال می کشاند و در نتیجه شخص از ادراک و فهم روابط میان اشیاء و حسن و قبح امور، به طور کامل یا نسبی، باز می ماند. این عوارض به نوبه خود در وضعیت حقوقی شخص تأثیر گذاشته، او را کلاً یا جزئاً از قابلیت خطاب یا عقاب ساقط می کند. در اصطلاح جزایی، توانایی فهم ماهیت افعال و درک آثار و تبعات آن و قدرت تشخیص اعمال بد از خوب. مباح از ممنوع را ادراک یا تمیز می خوانند درک آثار و تبعات رفتار هم درک آثار مادی فعل را در بر می گیرد و هم فهم نوع و میزان تجاوز و تهدیدی که از این فعل متوجه یک مصلحت یا حق مورد حمایت قانون می شود. بدین ترتیب باید بین اعمال منبعث از قدرت تعقل و اندیشه و کردار مبتنی بر طبع و فطرت حیوانی، تفاوت قائل شد؛ زیرا ممکن است فردی در نتیجه ی عواملی چون صغر و یا ابتلا به اختلالات روانی توانایی عقل و تشخیص خود را از دست بدهد ولی هم چنان ویژگی ها و خصایص حیوانی (ویژگی هایی که بین انسان و حیوان مشترک است) خود را حفظ می کند (میرسعیدی، ۱۳۹۰: ۱۱۴-۱۱۳).

بنابراین در خصوص مسئولیت کیفری مبتلایان به اختلالات روانی باید گفت ملاک مسئولیت در این قبیل اشخاص باید فقدان یا نقصان شعور باشد، نه ابتلای آنان به جنون به مفهوم شناخته شده ی امروزی، حتی می توان پا را از این فراتر گذارده و گفت با توجه به آن که «اختیار» یکی از ارکان مسئولیت کیفری می باشد، در آن دسته از بیمارانی که در نتیجه ی ابتلا به اختلالات روانی، تحت فشار بسیار شدید و غیر قابل تحملی برای ارتکاب جرم قرار می گیرند، به دلیل کمبود یکی از پایه های مسئولیت کیفری، نمی توان آنان را دارای مسئولیت کیفری تام و کامل دانست (همان: ۱۱۵).

در خصوص تأثیر فقد شعور بر مسئولیت کیفری، آیت الله مرعشی معتقدند: هرگاه محرز شود شخصی که مرتکب عمل مجرمانه ای گردیده در حین ارتکاب جرم در اثر اختلالات روانی به طور تام و یا نسبی و یا عدم رشد عقلی فاقد شعور بوده؛ به طوری که نمی توانسته خودش (و یا حتی با تذکر دیگران) تشخیص دهد که عمل او مغایر با قانون بوده؛ مجرم محسوب نمی شود با پیشرفت علوم جنایی به ویژه روان شناسی جنایی و علم روان پزشکی، رویه قضایی واژه جنون را برای نمایاندن همه ناهنجاری های روحی روانی کافی ندیده و به تدریج اصطلاح اختلال تام قوه تمیز جایگزین واژه جنون شد و سایر بیماری های روحی روانی که موجب اختلال تام قوه تمیز نمی شدند، نیز مورد توجه قرار گرفت (فرج الهی، ۱۳۸۹: ۶۱). سیاست جنایی ایران در قبال مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت

در تعریفی ساده تر و به بیانی دیگر می توان گفت که «دانش سیاست جنایی شامل مطالعه اقدام ها و تدبیرهای متنوعی است که دولت و جامعه ی مدنی (از طریق اجزای مختلف تشکیل دهنده خود) اختصاصاً برای سرکوب پدیده ی مجرمانه، پیش گیری از آن، حمایت از بزه دیدگان مستقیم و غیر مستقیم بزهکاری؛ در نظر گرفته و در قالب آئین ها و روش های مختلف، به عنوان پاسخ به وضعیت های پیش جنایی یا ماقبل بزهکاری، جرائم ارتكابی و نیز ترمیم آثار زیان بار جرم از جمله پیش گیری از تکرار جرم اعمال می کنند (مفهوم موسع مطلق) (نجفی ابرنآبادی، ۱۳۹۵: ۴۰).

سیاست جنایی تقنینی به مجموعه اقدامات قوه مقننه اطلاق می شود که بایستی با آسیب شناسی، نیازسنجی قوانین مورد نیاز کشور را تصویب کند و در واقع مسیر حرکت قوای دیگر را در یک هدفی که خود ترسیم می کند و در چهارچوب قانون اساسی باید قرار داشته باشد جنبه اجرایی یابد. در واقع در بحث جرم تدبیر و چاره اندیشی قانونگذار در برخورد با جرم و پاسخ به آن لازم است که قطعاً روشی می تواند داهیهانه (مدبرانه) باشد که با توجه به نوع جرم و شخصیت مجرم که از یک حالت افتراقی برخوردار باشد (نجفی توانا، ۱۳۹۶: ۴).

سیاست جنایی ایران در قالب قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ به عنوان قانون لازم الاجرای فعلی، نسبت به قوانین بعد از انقلاب، تغییرات محسوسی در موضوعات مختلف داشته، از جمله در بحث جنون، هرچند تلاش نموده تا با تغییر عبارات، رویکردی مشابه قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ داشته و مصادیق اختلالات روانی را با جنون از لحاظ شمول مقررات همسان سازد. ولی در نهایت ماده ۱۴۹ این قانون 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 مسئولیت کیفری ندارد».

برای سلب مسئولیت جزایی مجرم، جنون او حین ارتکاب جرم باید تام و کامل باشد؛ این در حالی است که بین هوشیاری کامل و جنون حالات روانی گوناگونی وجود دارد که اصطلاحاً به آن بیماری اراده گفته می شود و حالاتی است که فرد قدرت تمییز و آگاهی را دارد ولی در عین حال اراده اش بیمار است. دادگاه ها معمولاً با استناد به ماده (۱۴۹) ق.م.ا بیماری اراده را موجب زوال مسئولیت کیفری نمی دانند؛ زیرا بر این باورند که ماده (۱۴۹) ق.م.ا تنها جنون را تحت پوشش قرار می دهد نه دیگر بیماری های اراده را که عنوان جنون نمی یابند. جنون در ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی تعبیر عامی دارد که به هر نابسامانی روانی شدید که قدرت تمییز و تشخیص و کف انسان را زائل کند اطلاق می شود (اردبیلی، همان: ۱۵۴).

تعبیر عامی که در ماده ۱۴۹ بر می آید آن است که اختلالات روانی به هر ناهنجاری و نابسامانی روانی تلقی می شود که سبب آن شود که فرد ناتوان از تشخیص خوب را از بد گردد. بدون آن که وارد مباحث تخصصی اختلالات روانی و انواع آن شویم که در حوزه مباحث روانپزشکی است، به همین نکته بسنده می شود که به هر نابسامانی روحی و روانی که عنوان اختلالات روانی داشته باشد به شرط آن که این اختلال روانی بتواند قدرت و توانایی فرد را در تشخیص خوب و بد را از بین ببرد و یا اراده ارتکاب جرم را از او زائل نماید سبب عدم مسئولیت کیفری مرتکب خواهد شد. همان گونه که در ماده ۱۵۰ آمده است تشخیص امر مذکور در حوزه تخصص روانپزشکان و سایر متخصصان مربوط خواهد بود و دادگاه با مراجعه به نظر کارشناس در این خصوص اتخاذ تصمیم می نماید (سبزواری نژاد، ۱۳۹۳، ۱: ۴۲۰ - ۴۱۹).

با توجه به این که در ماده ۱۴۹ قانونگذار به اختلالات روانی اشاره نموده در ذیل به تعریف اختلالات روانی طبق DSM 5 می پردازیم:

اختلال روانی سندرمی است که از جمله مشخصه های آن می توان به عدم تعادل بارز بالینی در شناخت تنظیم هیجانی یا رفتار فرد اشاره کرد که خود بازتابی از کژکاری فرایندهای زیستی، روانی یا رشدی زمینه ساز عملکرد روانی می باشد (زرانی و دیگران، ۱۳۹۵: ۱۲۶).

ظاهراً قانونگذار نسبت به قانون ۱۳۷۰ سعی بر گسترش مصادیق جنون داشته، زیرا اختلال روانی واژه ای عام است که مراحل خفیف تر جنون را نیز شامل می گردد. لکن شرط زوال مسئولیت کیفری، فقدان اراده یا قوه تمییز است و از این حیث نیز دقیقاً مشخص نیست، شامل اختلال نسبی نیز می گردد به عبارت دیگر اشخاصی که در فاصله بین افاقه و جنون قرار دارند و معیارهای پزشکی و حتی عرفی اینان را مجنون نمی شناسد، مشمول این مقرر خواهد شد؟

اختلال روانی ممکن است ناظر به اشخاص عیده ای منجمله مجانین باشد. به هر جهت اختلال روانی با شرط این که منجر به فقدان اراده یا قوه تمییز گردد، جنون قلمداد و از موجبات سقوط مسئولیت کیفری خواهد شد، هر چند به معنای مصطلح پزشکی، جنون نباشد (نیکبختی، ۱۳۹۳: ۴۳۵ - ۴۳۴).

با توجه به ماده ۱۴۹ می توان گفت:

۱. قانون گذار با استفاده از عنوان «اختلال روانی» به جای «جنون» ضمن توجه به واقعیات و روزآمد کردن قوانین کیفری و استفاده از یافته های سایر علوم روانپزشکی، جنون (معنای اخص بیماری روانی) را به عنوان تنها مانع مسئولیت کیفری تلقی نموده و با استعمال «اختلال روانی» هر بیماری روانی که سبب سلب اراده و اختیار آدمی در انجام رفتار شود، مانع مسئولیت کیفری می داند (سبزواری نژاد، ۱۳۹۳، ۱: ۴۲۳).

۲. اختلال روانی به شرطی مانع مسئولیت کیفری می شود که سبب فقدان اراده یا سبب فقدان قوه تمیز شخص مرتکب شود. به این معنا هر بیماری روانی که موجب گردد مرتکب قدرت آن را نداشته باشد که بتواند با قصد یا اراده رفتار کند و یا اختیار رفتار ارتكابی را از کف بدهد (فقدان اراده) و یا قدرت تشخیص خوب را از بد نهد و قادر به درک ماهیت رفتار و پیش بینی آثار مترتب بر آن نباشد (فقدان قوه تمیز) او مسئولیت کیفری نخواهد داشت (همان).

در نظام حقوقی ایران در رابطه با مسئولیت کیفری افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، مقررات ویژه و خاصی به چشم نمی خورد.

اختلال شخصیت نمی تواند در موارد معمولی و ساده از موارد رافع مسئولیت برای متهم محسوب شود. افراد دچار اختلال شخصیت تا زمانی که دچار انفکاک شخصیت نشده اند و قادر به انجام امور مربوط به خود هستند (قدرت اراده و تمیز طبیعی) مسئول کلیه اعمال خود می باشند. البته در صورتی که اختلال شخصیت تا مرحله ای پیش رفته باشد که بیمار حالت مشابه افراد روان پریشی را داشته باشد با توجه به عوامل ایجاد کننده اختلال، می توان با جلب نظر کارشناس خبره، مسئولیت نسبی را برای آنها قائل شد (طریقتی، ۱۳۶۷: ۱۲۳).

تقلیل مسئولیت در مواردی که تفکیک جنون و سلامت روانی مورد ابهام بوده و یا زمانی که اختلال روانی خاص وجود داشته باشد اما در حد جنون تشخیص داده نمی شود مطرح بوده و دفاعیات موقفی در زمینه اختلال شخصیت، افسردگی، بیماری های عضوی مغزی، صرع و برخی حالات روانی دیگر صورت گرفته است (صابری و محمدی، ۱۳۹۱: ۱۱۱).

دانش روان پزشکی امروز این بزهکاران را هیچ گاه مجنون نمی شناسد. بی تردید، شناخت رفتار و طرز سلوک این قبیل بزهکاران برای نیروهای انتظامی و قضات به دلیل سروکار داشتن روزانه با آنها و حتی پیش بینی نظام خاص کیفری در رویارویی با این گروه بسیار سودمند است. زیرا، مشکل روانی بسیاری از بزهکاران در روزگار ما ضعف قوه تمیز و تشخیص نیست، بلکه مشکل خلقی و رفتاری است که قانون گذار به آن نپرداخته است. حالت هایی هم که نزدیک به جنون تعبیر می شود به دلیل آثاری مشابه جنون نظیر سلب قوه تمیز و اراده حایز اهمیت است. وگرنه اطلاق جنون به این حالت ها که گاهی به نوعی از خودبیگانگی شباهت دارد درست نیست. تفکیک و تحلیل هر چند مختصر این حالت ها چگونگی تصمیم گیری مراجع قضایی را نشان خواهد داد (اردبیلی، همان: ۱۶۴).

مسئولیت کیفری تقلیل یافته بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت

در سیاست جنایی کشور ما، ماده (۱۴۹) قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ تنها جنون حین ارتکاب جرم را از موانع مسئولیت کیفری دانسته است.

در حال حاضر در قوانین کشور ما متأسفانه مسئولیت نسبی مورد پذیرش قرار نگرفته و ماده (۳۸) ق.م.ا که شرایط تخفیف مجازات را بر شمرده است؛ تنها ماده قانونی است که در این شرایط قابل استناد است و قضات می توانند در محاکمه مجرمین مبتلا به اختلالات روانی و بیماری های اراده با توجه «به اوضاع و احوال متهم» با پذیرش مسئولیت تام کیفری او، مجازات او را تخفیف دهند (خورزوقی، بی تا: ۶۶).

در واقع دادگاه ها اغلب در مواجهه با بزهکارانی که به جهاتی از جمله وضع اقتصادی و فرهنگی، خانوادگی، روحی و روانی و ... تعیین کیفر قانونی را نسبت به آنان سنگین و نامناسب می دانند، تلاش می کنند با استناد به بند (ث) ماده (۳۸) ق.م.ا از اعمال مجازات قانونی نامناسب و نامتناسب پرهیز نمایند؛ که اگر چه در مواجهه با بزهکاران مبتلا به اختلالات روانی غیر از جنون تا حدی می تواند راهگشا و مثمر ثمر باشد ولی از آن جا که به صراحت صدر ماده (۳۷) ق.م.ا: «در صورت وجود یک یا چند

جهت از جهات تخفیف، دادگاه می‌تواند مجازات تعزیری را به نحوی که به حال متهم مناسب تر باشد به شرح ذیل تقلیل دهد یا تبدیل کند:

الف- تقلیل حبس به میزان یک تا سه درجه.

ب- تبدیل مصادره اموال به جزای نقدی درجه یک تا چهار .

پ- تبدیل انفصال دائم به انفصال موقت به میزان پنج تا پانزده سال.

ت- تقلیل سایر مجازات‌های تعزیری به میزان یک یا دو درجه از همان نوع یا انواع دیگر..»

دادرسان و قضات تنها در جرایم تعزیری می‌توانند از این ابزار شخصی کردن مجازات، مذکور در قانون مجازات اسلامی استفاده نمایند و با توجه به بیماری اراده ی مجرم، مجازات مناسب و بعضاً راهکار درمانی تعیین نمایند ولی متأسفانه در مجازات های حدود و قصاص چنین ابزاری در اختیار نداشته و قانون دست آنان را به طور کامل بسته است. در بین فقهای شیعه نیز شهرت بسیاری بر عدم امکان تخفیف و تبدیل در حدود و قصاص وجود دارد و از دیدگاه ایشان مجازات های حدود و قصاص و دیات قابل تخفیف نمی باشد؛(ساریخانی، ۱۳۸۵: ۱۶۹) به ویژه آن که به نظر می رسد جنبه مدنی و جبران خسارتی بودن دیه بیش از جنبه اربابی و مجازاتی آن مدنظر قانونگذار بوده است و این باعث می شود حتی در شرایط سلب کامل مسئولیت کیفری نیز مسئولیت مدنی به قوت خود باقی بماند(خورزوقی، همان: ۶۷).

بنابراین به نظر می رسد قانونگذار کیفری ایران در مورد مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلالات روانی غیر از جنون رویکردی دو وجهی داشته است؛ به این معنی که چون این بیماران اصولاً از دایره تعریف جنون خارج اند، پس در مورد جرایم مستوجب مجازات های حد و قصاص به لحاظ تعیین مجازات ثابت در شرع و عدم اختیار قاضی در تغییر میزان مجازات شرعی و قانونی، با احراز مجرمیت مرتکب مسئولیت کیفری بی کم و کاست قابل اعمال است؛ خواه مرتکب دارای سلامت کامل عقلانی بوده و یا مبتلا به اختلالات روانی غیر از جنون باشد. ولی در مورد جرایم تعزیری قاضی می تواند بین این دو گروه تفاوت قائل شود. ماده ۱۸ قانون مجازات اسلامی در این زمینه مقرر می دارد: «... دادگاه در صدور حکم تعزیری، با رعایت مقررات قانونی، موارد زیر را مورد توجه قرار می دهد: الف) انگیزه مرتکب و وضعیت ذهنی و روانی وی حین ارتکاب جرم...» گر چه ظاهر بند الف)، قاضی را مکلف به توجه به وضعیت ذهنی و روانی مرتکب جرم تعزیری در تعیین مجازات نموده است. ولی ماده ۳۷ همین قانون در مقام تخفیف مجازات دادگاه را مخیر قرار داده است. به نظر می رسد بین این دو مقرر(بند الف ماده ۱۸ و ماده ۳۷) تعارض وجود دارد و قانون گذار با وضع بند الف) به نوعی درصدد توجه به وضع کلیه مبتلایان بیماری های روانی بوده است. اما در ماده ۳۷ بنا به سنت تقنینی در اعمال مقررات تخفیف دادگاه را مخیر قرار داده است(تخفیف قضایی)، به نظر نگارنده شایسته است تا در اصلاحات قانون مجازات اسلامی توجه به مسئولیت تقلیل یافته بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت در مقام تعیین مجازات های تعزیری همانند قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ به صورت تخفیف قانونی و اجبار قاضی درآید.

تبصره ۲ ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ به تدابیر تأمینی مورد نیاز در ارتباط با این گونه محکومان پرداخته و مقرر می دارد که تا ایجاد «مراکز اقدام تأمینی» در هر حوزه قضایی باید از آنان در بیمارستان های روانی و یا مراکز روان درمانی بهزیستی نگهداری شود. قسمت اخیر تبصره ماده ۵۰۳ نیز مقرر می دارد که ایام توقف در بیمارستان جزو محکومیت شخص محکوم محاسبه می شود(آشوری، ۱۳۹۵، ۱: ۳۲۷-۳۲۶).

نتیجه گیری

سیاست جنایی ایران در قانون مجازات اسلامی ۱۳۶۱، همانند قانون مجازات عمومی ۱۳۰۴، هر بیماری را که جنون تشخیص داده نشود، هر چند مبتلا به نقص سیستم شعوری گردد، از موجبات رفع مسئولیت کیفری نشناخته بود. مواردی همچون اختلالات شخصیت، البته در مجازات های تعزیری و بازدارنده، دادرس را مخیر می ساخت تا با در نظر گرفتن وضعیت خاص مرتکب، در مجازات چنین شخصی تخفیف قائل شود و این اختیار در تخفیف مجازات تعزیری به موجب قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ به مراتب از قوانین قبلی گسترده تر و با محدودیت خاصی مواجه نبود یعنی تا نزدیک مرز زوال مجازات امکان پذیر بود.

تفاوت قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ با قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ در اعمال تخفیف مجازات، این بود که تخفیف مجازات مذکور در ماده ۲۲ ق.م.ا، از موارد اختیاری بود، اما در قانون مجازات عمومی مقنن رأساً به تعیین تخفیف مجازات اشخاص مبتلا به عارضه نسبی شعور پرداخته بود. در قوانین بعد از انقلاب، تخفیف مجازات های تعزیری نسبت به مبتلایان بیماری های روانی و اختلال شخصیت جنبه اختیاری داشته و با صلاحدید دادرس در هر مورد خاص قابل اعمال بود نه تکلیف قاضی به اعمال تخفیف مجازات، ضمن این که این حکم، جنبه عام نداشته شامل همه جرایم نمی شد و فقط یک گروه از مجازات ها (تعزیری و بازدارنده) را شامل می گردید.

قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ به عنوان قانون لازم الاجرای فعلی، نسبت به قوانین بعد از انقلاب، تغییرات محسوسی در موضوعات مختلف داشته، از جمله در بحث جنون، هرچند تلاش نموده تا با تغییر عبارات، رویکردی مشابه قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ داشته و مصادیق اختلالات روانی را با جنون از لحاظ شمول مقررات همسان سازد. ولی در نهایت ماده ۱۴۹ این قانون 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 مسئولیت کیفری ندارد».

برای سلب مسئولیت جزایی مجرم، جنون او حین ارتکاب جرم باید تام و کامل باشد؛ این در حالی است که بین هوشیاری کامل و جنون حالات روانی گوناگونی وجود دارد که اصطلاحاً به آن بیماری اراده گفته می شود و حالاتی است که فرد قدرت تمییز و آگاهی را دارد ولی در عین حال اراده اش بیمار است. دادگاه ها معمولاً با استناد به ماده (۱۴۹) ق.م.ا بیماری اراده را موجب زوال مسئولیت کیفری نمی دانند؛ زیرا بر این باورند که ماده (۱۴۹) ق.م.ا تنها جنون را تحت پوشش قرار می دهد نه دیگر بیماری های اراده را که عنوان جنون نمی یابند (گلدوزیان، ۱۳۹۴: ۴۴۹). جنون در ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی تعبیر عامی دارد که به هر نابسامانی روانی شدید که قدرت تمییز و تشخیص و کف انسان را زائل کند اطلاق می شود (اردبیلی، ۱۳۹۴، ۱۵۴: ۲).

در نظام حقوقی ایران در رابطه با مسئولیت کیفری افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، مقررات ویژه و خاصی به چشم نمی خورد. توافق کلی این است که اختلالات شخصیتی، حداکثر می توانند باعث تقلیل مسئولیت شوند. تقریباً در تمامی قوانین کیفری، اصطلاحات عقب ماندگی ذهنی و کم عقلی به عنوان مواردی برای رفع یا تقلیل مسئولیت کیفری شناخته شده اند. قوانین بعضی از کشورها صراحتاً به موضوع تقلیل مسئولیت پرداخته اند (به طور مثال ایتالیا، یونان، اطریش، یوگسلاوی، لهستان، سوئیس، ترکیه، مجارستان و ...) کشورهایی که در این رابطه قوانین اختصاصی ندارند، به این نکته اشاره شده که بیماری های روانی ممکن است اساساً بدون رفع مسئولیت جنایی، تنها سبب تقلیل مسئولیت بشود (صابری و محمدی، ۱۳۹۱: ۱۱۲).

زیرا اختلالات شخصیت اگرچه عمدتاً تأثیر منفی بسیار بر افراد داشته؛ بعضاً علم و اراده آن ها را تحت تأثیر قرار داده، فشارهای بسیار شدیدی برای ارتکاب جرم به ایشان وارد می سازند؛ مانند اختلال شخصیت اسکیزوتایپال ولی تأثیر چندانی بر عقل افراد ندارند؛ به ویژه آن که عقل و توانایی های آن در جریان یک زندگی سالم و تحت تربیت و آموزش هایی صحیح و همسو از سوی خانواده، مدارس، جامعه و ... شکل می گیرد. بنابراین هنگام روبه رو شدن با بیماران مبتلا به هر نوع اختلال روانی، به ویژه اگر آن فرد در نتیجه ی محیط زندگی نامطلوب و عدم بهره مندی از تربیت خانوادگی صحیح و آموزش و پرورشی کار آمد، از داشتن هوش اجتماعی توانمند محروم مانده باشد، چراغ این اندیشه در ذهن ما روشن می شود که این شرایط، سزاوار توجه به تقلیل مسئولیت کیفری مرتکب می باشد.

به نظر می رسد مقنن ایرانی در مورد مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلالات روانی غیر از جنون، رویکردی دو وجهی داشته است؛ به این معنی که چون این بیماران اصولاً از دایره تعریف جنون خارج هستند، پس در مورد جرایم مستوجب مجازات های حد و قصاص به لحاظ تعیین مجازات ثابت در شرع و عدم اختیار قاضی در تغییر میزان مجازات شرعی و قانونی، با احراز مجرمیت مرتکب مسئولیت کیفری بی کم و کاست قابل اعمال است؛ خواه مرتکب دارای سلامت کامل عقلانی بوده و یا مبتلا به اختلالات روانی غیر از جنون باشد. ولی در مورد جرایم تعزیری قاضی می تواند بین این دو گروه تفاوت قائل شود.

ماده ۱۸ قانون مجازات اسلامی در این زمینه مقرر می‌دارد: «... دادگاه در صدور حکم تعزیری، با رعایت مقررات قانونی، موارد زیر را مورد توجه قرار می‌دهد: الف) انگیزه مرتکب و وضعیت ذهنی و روانی وی حین ارتکاب جرم...» گر چه ظاهر بند(الف)، قاضی را مکلف به توجه به وضعیت ذهنی و روانی مرتکب جرم تعزیری در تعیین مجازات نموده است. ولی ماده ۳۷ همین قانون در مقام تخفیف مجازات دادگاه را مخیر قرار داده است. به نظر می‌رسد بین این دو مقرره (بند الف ماده ۱۸ و ماده ۳۷) تعارض وجود دارد و قانون‌گذار با وضع بند(الف) به نوعی درصدد توجه به وضع کلیه مبتلایان بیماری‌های روانی بوده است. اما در ماده ۳۷ بنا به سنت تقنینی در اعمال مقررات تخفیف دادگاه را مخیر قرار داده است (تخفیف قضایی)، به نظر نگارنده شایسته است تا در اصلاحات قانون مجازات اسلامی توجه به مسئولیت 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.

ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ اشعار می‌دارد: هرگاه محکوم علیه به بیماری جسمی یا روانی مبتلا باشد و اجرای مجازات موجب تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبودی وی شود، قاضی اجرای احکام کیفری با کسب نظر پزشکی قانونی تا زمان بهبودی، اجرای مجازات را به تعویق می‌اندازد. چنانچه در جرایم تعزیری امیدی به بهبودی بیمار نباشد، قاضی اجرای احکام کیفری، پس از احراز بیماری محکوم علیه و مانع بودن آن برای اعمال مجازات، با ذکر دلیل، پرونده را برای تبدیل به مجازات مناسب دیگر با در نظر گرفتن نوع بیماری و مجازات به مرجع صادرکننده رأی قطعی ارسال می‌کند.

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

قانون‌گذار در ماده ۵۰۲ گامی مهم در راستای توجه به اجرای مجازات در خصوص بیماران به ویژه روانی برداشته و خوشبختانه با درج عبارت بیماری روانی، و اشاره به جنون در مواد ۵۰۳ و ۵۰۴ ظاهراً به بیماری‌های روانی غیر از جنون توجه داشته است. از همین رو شرط مانع بودن اعمال مجازات را پیش بینی نموده است؛ به عبارت دیگر قاضی اجرای احکام کیفری در استعمال خود از پزشک قانونی باید دو موضوع را به عنوان سؤال مطرح نماید: (۱) آیا محکوم به بیماری روانی مبتلا هست یا خیر؟ و در صورت مثبت بودن پاسخ بیماری عارض در حدی است که با توجه به نوع محکومیت مانع مجازات و فرایند بهبودی بیمار گردد؟

باید توجه داشت که توسل قاضی اجرای احکام کیفری به این تأسیس جدید و موقت (تعویق اجرای حکم محکومیت) به صورت تدریجی است؛ به این معنی که تعویق همانگونه که از نام آن پیداست وضعیتی موقتی دارد و به محض برطرف شدن مانع، اسباب ادامه عملیات اجرایی مهیا می‌شود و در جرایم تعزیری با فرض عدم امید به بهبودی محکوم، به مجازات مناسبی تبدیل خواهد شد. فراموش نکنیم که قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در ماده ۳۷ اجازه تبدیل مجازات حبس در جرایم تعزیری را نداده و فقط آن را تا سه درجه قابل تخفیف دانسته بنابراین اگر مجازات حبس مانع روند بهبودی بیمار جسمی یا روانی است تخفیف مدت حضور در زندان تأثیر چندانی بر این فرایند نخواهد داشت. اما آنچه مایه امیدواری در این قسمت است این که قضات با تدبیر با توجه به تبصره ۴ ماده ۱۹ قانون مجازات اسلامی که حداقل مجازات جرایم قوانین قبل از لازم الاجرا شدن آن را به قوت خود باقی دانسته، با توسل به تخفیف مجازات، از آن جا که در بسیاری از موارد تخفیف حبس تا سه درجه از مبنای حداقل می‌تواند گزینه‌ای مناسب در این موارد محسوب شود به ویژه اینکه با احتساب ایام بازداشت قبلی و مدت حضور در مراکز درمانی عملاً اجرای مجازات حبس اثر سؤی نبایستی بر وضعیت محکومین بیمار به ویژه بیماران روانی داشته باشد.

ولی در مواردی که مجازات قانونی حبس تا یک سال باشد، امکان تبدیل مجازات، یعنی مجازات‌های جایگزین حبس وجود دارد، به همین ترتیب در سایر مجازات‌های تعزیری.

. منابع

۱- آشوری، محمد، ۱۳۸۹، آیین دادرسی کیفری، جلد دوم، تهران، انتشارات سمت، چاپ دوازدهم.

- ۲- اردبیلی، محمد علی، ۱۳۹۴، حقوق جزای عمومی، جلد دوم، تهران، نشر میزان، چاپ چهل دوم.
- ۳- احمدی، حبیب، ۱۳۹۲، جامعه‌شناسی انحرافات، تهران، سمت، چاپ ششم
- ۴- بارنت ویگ، هیتر، ۱۳۹۳، اختلال شخصیت، ترجمه عطاالله محمدی، تهران، انتشارات ارجمند، چاپ سوم.
- ۵- حجاریان، محمدحسن، ۱۳۹۰، قانون مجازات جمهوری عربی مصر، تهران، طرح نوین اندیشه، چاپ اول.
- ۶- خادمی، علی، ۱۳۸۹، رویکردهای نوین در روانشناسی رفتارهای جنایی، تهران، انتشارات علم.
- ۷- خدایاری فرد، محمد، ۱۳۹۵، آسیب شناسی کودک و نوجوان، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول.
- ۸- دادستان، پریخ، ۱۳۸۹، روانشناسی جنایی، تهران، انتشارات سمت، چاپ هشتم.
- ۹- ساریخانی، عادل، ۱۳۸۵، حقوق جزای اسلام، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور، چاپ سوم.
- ۱۰- سبزواری نژاد، حجت، ۱۳۹۳، حقوق جزای عمومی، جلد اول، تهران، جنگل، چاپ دوم.
- ۱۱- ستوده، هدایت الله، میرزایی، بهشته و پازند، افسانه، ۱۳۸۷، روان شناسی جنایی، آوای نور، تهران، چاپ پنجم
- ۱۲- سلیمی، صادق، ۱۳۹۴، چکیده حقوق جزایی عمومی، جنگل، تهران، چاپ ششم
- ۱۳- صابری، مهدی، محمدی، محمد رضا، ۱۳۹۱، نگرشی نو به روانپزشکی قانونی، تهران، انتشارات تیمورزاده، چاپ دوم.
- ۱۴- طریقتی، شکرالله، ۱۳۶۷، مقدمه ای بر روانشناسی و روانپزشکی کیفری، انتشارات دهخدا.
- ۱۵- علامه فلسفی، احمد، ۱۳۹۱، روان شناسی اختلالات شخصیت، تهران، انتشارات فراروان شناسی.
- ۱۶- فرج الهی، رضا، ۱۳۸۹، جرم شناسی و مسئولیت کیفری، تهران، نشر میزان، چاپ اول
- ۱۷- فردریکسون، باربارا؛ وگنار، ویلم؛ لافتس، جفری؛ نولن-هو کسینما، سوزان، ۱۳۹۴، زمینه روانشناسی اتکینسون و هیلگارد، جلد دوم، ترجمه مهدی گنجی، تهران، انتشارات ساوالان، چاپ اول.
- ۱۸- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین جیمز؛ ۱۳۹۱، خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرالله پورافکاری، تهران، انتشارات شهر آب.
- ۱۹- گلدوزیان، ایرج، ۱۳۹۴، محشای قانون مجازات اسلامی، تهران، انتشارات مجد.
- ۲۰- گلشنی، فاطمه، ۱۳۹۵، اختلالات شخصیت: مشکل از ماست یا دیگران، تهران، نشر قطره، چاپ دوم.
- ۲۱- گودرزی، فرامرز و کیانی، مهرزاد، ۱۳۹۴، پزشکی قانونی، تهران، سمت، چاپ دوازدهم.
- ۲۲- محمدی فرود، حمید، ۱۳۸۴، روانشناسی جنایی، تهران، انتشارات راه تربیت.
- ۲۳- میرسعیدی، منصور، ۱۳۹۰، مسئولیت کیفری، قلمرو و ارکان آن، جلد اول، تهران، نشر میزان، چاپ سوم.
- ۲۴- نجفی ابرنآبادی، علی حسین، ۱۳۹۵، نظام های بزرگ سیاست جنایی، تهران، میزان، چاپ سوم.
- ۲۵- نجفی توانا، علی، ۱۳۹۴، جرم شناسی، تهران، آموزش و سنجش، چاپ هیجدهم.
- ۲۶- نوربها، رضا، ۱۳۸۹، زمینه حقوق جزای عمومی، تهران، گنج دانش، چاپ بیست و هشتم.
- ۲۷- نیکبختی، جواد، ۱۳۹۳، حقوق جزای عمومی کاربردی، تهران، انتشارات سخنوران، چاپ سوم.
- قوانین
- ۲۸- قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲
- ۲۹- قانون آیین دادرسی ۱۳۹۲
- تقریرات
- ۳۰- نجفی توانا، علی، تقریرات درس سیاست جنایی، دوره دکترای حقوق کیفری، سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ دانشگاه آزاد تهران مرکزی.
- مقاله
- ۳۱- امام هادی، محمد علی؛ جلیلود، مریم؛ صالحی، منصور، ۱۳۸۵، فراوانی اختلالات روانی در مجرمان قتل عمد، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره بیست.

۳۲- زرانی، فریبا؛ اسمعیلی، صلح الدین؛ قشنگ، نیره؛ آقامحمدی، سوده؛ خزایی، محمود، ۱۳۹۵، پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: تحول، نقد، چشم انداز، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۴، شماره ۱ .

۳۳- محمدزاده، علی، ۱۳۸۹، رابطه مدل سه عاملی شخصیت اسکیزوتیپی با وسواس فکری عملی، مجله روانشناسی معاصر، ۵۰-۴۲، ۱(۵).

۳۴- مرعشی، سید محمد حسن، ۱۳۷۵، بحثی درباره جنون مجرم، ماهنامه دادرسی، سال چهارم، شماره ۲۴.

۳۵- مولایی، مهری، جانی، ستاره، حامدی، رحیمه، جنگی قوجه بیگلو، شهلا، ۱۳۹۳، پیش بینی اختلال های شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی-جبری بر اساس سیستم بازداری مغزی، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۵، شماره ۱۰.

پایان نامه

- ۳۶- ابوالفتحی، شهربانو، ۱۳۸۳، بررسی عوامل بیولوژیکی جرم، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه آزاد تهران مرکز، استاد راهنما فرامرز گودرزی.
- ۳۷- حاذق پور عبدالرضا، ۱۳۹۲، تاثیر اختلالات روانی بر مسئولیت کیفری، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، استاد راهنما سعید مرتضوی.
- ۳۸- خورزوقی، مرضیه، بی تا، بررسی مسئولیت کیفری ناشی از اختلالات روانی (غیرجنون) در حقوق جزای ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، استاد راهنما حسین میرمحمدصادقی.
- ۳۹- داستان، زهرا، ۱۳۸۹، تاثیر اختلالات عصبی و روانی بر مسئولیت کیفری، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه آزاد تهران شمال، استاد راهنما ولی الله انصاری.
- ۴۰- رحیمیان پور، حمید، ۱۳۹۳، بررسی تاثیر اختلالات روانی بر مسئولیت کیفری، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه آزاد یاسوج.
- ۴۱- شکور، مائده، ۱۳۹۳، اثر اختلال روانی در بزهکاری، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه آزاد واحد آیت الله آملی، استاد راهنما حسین رنجبر .
- ۴۲- مشتاق بیدختی، نهاله، ۱۳۷۸، مطالعه ای بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد رودهن، استاد راهنما سیروس ایزدی.