

مجرمان مبتلا به اختلال روانی در نظام دادرسی کیفری ایران

زهرا غریبی^۱ و علیرضا میلانی^۲

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

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

مسئول مکاتبات: علیرضامیلانی

چکیده

مطابق قواعد حقوق کیفری بایستی اصل را بر مسئولیت کیفری و دادرسی یکسان برای تمامی افراد قرار داد، اما در کلیه نظام های جزایی دنیا گونه ای از مرتکبین جرائم وجود دارند که به اعتبار عدم تکامل قوای عقلانی از این قاعده مستثنی می شوند. بدون تردید در دنیای متمدن امروزی بایستی مجانین را در این زمره قرار داد. گذشته از این گروه که دچار اختلالات شدید روانی هستند، خیل عظیمی از اختلالات روانی در دنیای روانپزشکی شناخته شده؛ هرچند نمی توان آنها را جنون به معنای علمی آن نامید؛ ولی عرف عام با همانند پنداشتن این مرتکبین با اشخاصی که از حیث عقلانی بدون مشکل می باشند، مخالف است. در کشور ما در خصوص مبتلایان به اختلالات روانی دادرسی افتراقی - حمایتی پیش بینی نشده و تنها در چند مورد و با وحدت ملاک از واژگانی چون «جنون»، «بیمار» می توان در بعضی از فرایندهای دادرسی تفاوتی جزئی ملاحظه نمود و فقط در مورد بیماری هایی که در حد جنون می توانند اراده را مختل کنند صراحتاً بحث شده است.

واژه های کلیدی: مسئولیت کیفری، جنون، اختلالات روانی، دادرسی

مقدمه

واژه فارسی «دادرسی» مرکب از دو کلمه «داد» و «رسی» است که نخستین آن به معنای عدل و انصاف و دومی به معنای رسیدن و رسیدگی کردن است. پس دادرسی یعنی به داد کسی رسیدن یا به دادخواهی کسی رسیدگی کردن است (عمید، ۱۳۹۳: ۲۱۸۸). بنابراین واژه «دادرسی» خود رسیدگی به عدل و داد را افاده می کند (فضائلی، ۱۳۹۲: ۴۵).

در سیستم های دادرسی کیفری نوین به اعتبار رعایت حقوق بشر و کرامت انسان، مبحثی تحت عنوان دادرسی منصفانه و عادلانه نمود یافته که در آن، متهم به عنوان یک انسان در برابر دستگاه دولتی تعیین اتهام، کیفر و اعمال آن از حقوقی برخوردار باشد. وضعیت خاص بعضی از مرتکبین و ضرورت حمایت از شخصیت آنان، اندیشمندان و نظریه پردازان حقوق کیفری را به این سمت سوق داده تا در خصوص آن ها آیین دادرسی ویژه ای متفاوت از اشخاص عادی ناقص حقوق کیفری وضع و اجرا شود؛ اصولی که بیشتر از نقش سزادهی، هدف آن ترمیم مجرم و جامعه باشد تا سزادهی و ارعاب. یکی از این گروه هایی که مورد توجه خاص قرار گرفته اند، اطفال و نوجوانان اند، هدف از این رویکرد حمایت از شخصیت رو به شکل و تکامل این گروه سنی است تا حتی المقدور زمینه های اصلاح و درمان و عدم برخورد با اشخاص بزرگسال و تأثیر و تأثر از روحيات خشن آنها در سیستم دادرسی واحد و عمومی، ایجاد و نیز مهم تر آن که از تبدیل شان به بزهکاران حرفه ای آینده جلوگیری شود. همین دیدگاه منجر به دادرسی افتراقی مبتنی بر حمایت از اطفال و نوجوانان در نظام های نوین دادرسی کیفری گردیده است. از آنجا که مبتلایان به بیماری های اختلالات روانی نیز به دلیل نقص در سیستم دماغی و ... بعضی از کارکردهای عقلانی آنها همانند اشخاص عادی و متعارف جامعه نیست، در برخی کشورها فرایند دادرسی کیفری مربوط به این اشخاص نیز متفاوت از اشخاص عادی است. در کشور ما آنچنان که شایسته است به وضعیت این افراد توجه نشده است و ملاحظاتی اندکی در این زمینه صورت گرفته است که در ذیل به آن می پردازیم.

تأثیر اختلالات روانی در فرایند دادرسی کیفری

مقررات قانونی و تصمیم های مقامات قضایی، در همه کشورها، بر حسب این که متهم در حین ارتکاب جرم مبتلا به جنون و اختلال مشاعر باشد یا اینکه بعداً و هنگام تعقیب، تحقیقات مقدماتی، رسیدگی دادگاه و یا پس از صدور حکم محکومیت دچار آن شود، متفاوت است (آشوری، ۱۳۹۵، ۱: ۳۲۲). بنابراین به بررسی این موارد می پردازیم:

از لحاظ حقوقی، وقتی سخن از مسئولیت کیفری مرتکب به میان می آید، روز ارتکاب جرم ملاک است و برای تشخیص آن باید ارکان مسئولیت پذیری در چنین روزی مورد بازرسی قرار گیرد. در این روز است که مرتکب باید بالغ، عاقل و مختار باشد و چنانچه در این تاریخ وی در شمار کودکان قرار دارد یا مجنون و یا مجبور باشد، از مسئولیت کیفری ناشی از رفتار خود معاف است. بنابراین، ملاک رفع مسئولیت کیفری از مرتکب، مجنون بودن او در زمان ارتکاب جرم است و به همین جهت ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ مقرر نموده است: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمیز باشد مجنون محسوب می شود مسئولیت کیفری ندارد» (مصدق، ۱۳۹۳: ۱۸۷-۱۸۶).

برحسب این که معتقد باشیم، اگر مجنونی مرتکب جرم شود به علت فقد عنصر معنوی اصولاً جرمی واقع نشده یا این که جنون را از عوامل رافع مسئولیت تلقی کنیم، اقدامات قضایی متفاوتی باید به عمل آید. اگر بپذیریم مرتکبی که در حال ارتکاب جرم، مجنون یا دچار اختلال قوه شعور بوده اصولاً مجرم محسوب نمی شود و جرمی واقع نشده است. در این صورت مقام تعقیب (دادستان) باید نسبت به اصدار قرار منع تعقیب مبادرت ورزد؛ اما اگر جنون مرتکب را به هنگام وقوع جرم فقط یکی از عوامل رافع مسئولیت تلقی کنیم که قانون گذار به هنگام تصویب ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ این دیدگاه را مدنظر داشته است: اقدام مقام تعقیب باید به صورت قرار موقوفی تعقیب متجلی شود.

ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ در مورد متهمی که به هنگام وقوع جرم، مجنون است، همانند حالتی که پس از ارتکاب جرم دچار اختلال قوه شعور می شود، اقدام تأمینی مناسب در نظر گرفته، مقرر می داشت که چنین شخصی به دستور دادستان تا رفع حالت جنون یا حالت خطرناک باید در محل مناسبی نگهداری شود. ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ نیز

همین حکم را در مورد مجنون به هنگام ارتکاب جرم و یا در جرایم مستوجب تعزیر پس از وقوع جرم، تحت شرایطی مقرر داشته است (همان: ۳۲۴).

قانون گذار تنها جنون در حالت ارتکاب جرم را مانع مسئولیت کیفری مرتکب دانسته است و جنون قبل یا بعد از ارتکاب جرم را مانع از مجازات نمی داند اما مقررات ماده ۱۵۰ و تبصره ۱ آن بنا بر نوع مجازات و مرحله رسیدگی، تکلیف مقامات قضایی را در مواجهه با مرتکبی که حین و بعد از ارتکاب جرم دچار جنون یا اختلال روانی بوده مشخص نموده است. باتوجه به این که جنون قبل از ارتکاب جرم مؤثر در مانعیت مسئولیت کیفری مرتکب نبوده به این معنا زمانی که مرتکب قبل از ارتکاب جرم مجنون یا مختل المشاعر بوده و سپس بهبود یافته و در حین ارتکاب جرم مجنون نبوده، بررسی این حالت از جنون هرچند می تواند در تعیین نوع و میزان مجازات او مؤثر باشد (مثلاً به عنوان عامل مخففه) لکن مانع از مسئولیت کیفری نخواهد بود (سبزواری نژاد، ۱۳۹۳، ۱: ۴۲۵ - ۴۲۴).

اطلاق ماده ۱۵۰ دلالت بر آن دارد که در کلیه جرایم اعم از حد، قصاص و تعزیرات، دادستان با وصول سه شرط جنون در حال ارتکاب جرم، احراز حالت خطرناک ناشی از جنون و آزادی وی موجب اخلال در نظم و امنیت عمومی شود مکلف است که او را در جای مناسبی نگهداری می نماید. بنابراین مقررات مذکور ناظر به کلیه جرایم بوده و اختصاص به جرم مستوجب مجازات تعزیری ندارد (همان: ۴۲۶).

در صورتی که مرتکب بعد از وقوع جرم مبتلا به جنون شود، همانند جنون قبل از ارتکاب جرم، دیگر جنون موجب زوال مسئولیت کیفری نمی گردد. زیرا مرتکب جرم در حین ارتکاب جرم در حال افاقه بوده است، با وجود این، چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب نظر متخصص ثابت باشد به دستور دادستان تا رفع حالت مذکور در محل مناسبی نگهداری خواهد شد. تحقیقات راجع به افراد عادی (غیرمجنون) از قبیل استماع شهادت گواهان، معاینه محلی و رسیدگی به رفتار مجرمانه شرکا و معاونان غیر مجنون مرتکب مجنون ادامه می یابد ولی به رسیدن وقت دادرسی درباره مجنون، امر جزایی تا درمان مجنون موقوف می گردد. در واقع جنون بعد از ارتکاب جرم موجب تعلیق تعقیب می گردد (ماده ۱۵۲ ق.م.ا ۱۳۹۲) (گلدوزیان، ۱۳۹۴: ۴۵۰).

در این فرض متهم به هنگام دست یازیدن به عمل مجرمانه ظاهراً از کمال عقل برخوردار بوده؛ اما در طول مدت تعقیب، تحقیق یا رسیدگی دچار جنون شده است. صرفنظر از ضرورت لحاظ دستاوردهای علم روان پزشکی و روان شناسی درباره کشف ریشه های اختلالات روانی، نظر به این که طبق اصول حاکم بر یک دادرسی عادلانه، متهم برای دفاع از خود باید از سلامت روانی لازم برخوردار باشد، جنون متهم را پس از وقوع جرم باید از موانع تعقیب دعوی عمومی محسوب کرد. بدین ترتیب، چنین جنونی اجرای تحقیقات و در نتیجه، دعوی عمومی را به حالت تعلیق در می آورد و پس از بهبودی کامل متهم، تعقیب و رسیدگی مسیر عادی خود را طی خواهد کرد. به عبارت دیگر ابتلای متهم به جنون، پس از وقوع جرم، موجب تعلیق دعوی عمومی است که با اهداف اعطای حق دفاع به متهم صورت می گیرد و طبیعی است که پس از رفع مانع، به استناد اصل تساوی افراد در مقابل قوانین و نیز رعایت قاعده قانونی یا الزامی بودن تعقیب، دعوی عمومی جریان خود را دوباره از سر می گیرد و محاکمه طبق ضوابط قانونی به عمل خواهد آمد (آشوری، ۱۳۹۵، ۱: ۳۲۵-۳۲۴).

قانون گذار در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ حکم جدیدی در مورد مرتکبان جرایمی که حکم قطعی مجازات حد آنها صادر نگردیده بیان نموده، که در سابقه قانون گذاری دیده نمی شود. قانون گذار در این خصوص بین جرایم مشمول مجازات حد تفاوت قائل شده است. در تبصره ۱ ماده ۱۵۰ آمده است «... در صورت عارض شدن جنون قبل از صدور حکم قطعی در حدودی که جنبه حق الهی دارد تعقیب و محاکمه تا زمان افاقه به تأخیر می افتد. نسبت به مجازات هایی که جنبه حق الناسی دارد مانند قصاص و دیه و همچنین ضرر و زیان ناشی از جرم، جنون مانع از تعقیب و رسیدگی نیست.» مقررره مذکور را می توان چنین تحلیل نمود در این گونه جرایم حسب مقررره مذکور عروض جنون موجب توقف تعقیب و بازجویی و رسیدگی در دادگاه می شود. یعنی چنانچه بعد از ارتکاب جرم مبتلا به جنون موضوع ماده ۱۴۹ شود دادسرا چنانچه پرونده به دادگاه ارسال شده باشد، دادگاه رسیدگی به جرم مرتکب را متوقف می نماید و او را به مراکز درمانی اعزام و تا زمان افاقه و بهبودی به شرحی که

در جرایم موجب تعزیر گفته شد، نگهداری می شود. بعد از بهبودی تعقیب و رسیدگی به جرم وی از سر گرفته می شود. می توان گفت کلیه جرایمی که به عنوان حد در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ مقرر گردیده دارای جنبه الهی بوده و نباید تصور شود در حدی مانند حد سرقت که تعیین مجازات آن منوط به شکایت شاکی بوده و یا حد قذف که با گذشت شاکی مجازات حد از محکوم علیه ساقط می گردد جنبه الهی آن منتفی می گردد. به نظر می رسد موضوع قابل گذشت بودن برخی از حدود و یا شرایط اثبات و اجرای آنها همانند حد سرقت نباید مؤثر در جنبه الهی داشتن یا نداشتن حدود دانستن شود. بنابراین به همان اندازه حد لواط و محاربه دارای جنبه الهی است حد قذف و سرقت نیز دارای جنبه الهی بوده و چنانچه مرتکب قبل از صدور حکم قطعی در کلیه جرایم مشمول مجازات حد، مجنون شود با توجه به مقررات تبصره ۱ ماده ۱۵۰ تعقیب و تحقیق و محاکمه وی تا افاقه و بهبودی وی به تأخیر افکنده می شود (سبزواری نژاد، ۱۳۹۳، ۱: ۴۳۲ - ۴۳۱).

متهمان و محکومانی که به نوعی دارای اختلالات روانی می باشند، به دلیل برخورداری از شرایط جسمانی و روانی خاص، در طول روند دادرسی می بایست مورد حمایت ویژه دستگاه قضایی قرار گیرند. در نظام عدالت کیفری در جهت برگزاری دادرسی منصفانه و رعایت حقوق دفاعی آنان و جلوگیری از به خطر افتادن سلامت روحی و جسمانی، باید سیاست افتراقی - حمایتی خاصی پیش بینی و مقام قضایی رعایت و در نتیجه اعمال آن باشد.

می توان فرایند کیفری را به سه مرحله تقسیم نمود:

۱. مرحله تعقیب و تحقیق
۲. مرحله محاکمه و صدور حکم
۳. مرحله اجرای حکم

در این مبحث اثر اختلالات روانی را در این مراحل سه گانه مورد بررسی قرار می دهیم به این شکل که در صورتی که متهم دارای یک اختلال روانی باشد آیا در مراحل دادرسی می تواند تأثیرگذار باشد. همچنین قانون گذار ایران در این خصوص چه رویکردی را اتخاذ نموده است. آیا رویکردی که قانون گذار در خصوص این افراد در فرایند دادرسی اتخاذ کرده ضامن دادرسی منصفانه و حفظ حقوق دفاعی می باشد یا خیر؟

اصولاً آیین دادرسی کیفری را ناظر به مرحله کشف جرم تا اجرای مجازات می دانند.

در سیستم های جدید کیفری انجام هر یک از مراحل دادرسی به عهده مراجع خاصی محول است. کشف جرم به عهده پلیس قضایی، تعقیب بزهکار و اجرای احکام جزایی وظیفه دادرس، بازجویی مقدماتی مربوط به قاضی تحقیق و محاکمه و صدور رأی در صلاحیت دادگاه های کیفری است (آخوندی، ۱۳۸۵، ۲: ۱۱).

با توجه به این که در نظام کیفری کشور ما رسیدگی های کیفری غالباً دو مرحله ای است به این ترتیب که مرحله اول آن موسوم به «تحقیقات مقدماتی» در تشکیلاتی به نام دادرس و یا زیر نظر آن توسط ضابطان دادگستری مورد بررسی قرار می گیرد و مرحله دوم که دادرسی به معنای خاص واژه است در صلاحیت دادگاه ها است، در این قسمت، ابتدا به بررسی نحوه اقدامات مقامات قانونی فرایند دادرسی کیفری در مرحله تحقیقات مقدماتی می پردازیم.

تأثیر اختلالات روانی در مرحله تحقیقات مقدماتی

در این قسمت به بررسی نقش اختلالات روانی متهم در مرحله تعقیب و تحقیق می پردازیم.

اصطلاح تحقیقات مقدماتی^۱ در بردارنده سه مفهوم یا معنای متفاوت از یکدیگر است. در مفهوم نخست، تحقیقات مقدماتی به معنای مرحله ای است که در مقابل مرحله رسیدگی در دادگاه قرار دارد. این مفهوم، کلی ترین تعریف از تحقیقات مقدماتی به حساب می آید و در کامن لا با عنوان مرحله «پلیس و سارقین» در مقابل مرحله «آزادی و زندان» یا مرحله صدور حکم که از خصائص دادگاه هاست شناخته می شود.

1. Pre-trial investigation .

مفهوم دوم مرحله تحقیقات مقدماتی دربردارنده اقداماتی است که توسط پلیس در کشف جرم، جمع آوری دلایل، جلوگیری از فرار متهم، جلوگیری از خدشه به دلایل و ... انجام می شود. این مفهوم، مضیق ترین معنای تحقیقات مقدماتی است و از این جهت در مقابل مفهوم نخست قرار می گیرد. اما مفهوم سوم از مرحله تحقیقات مقدماتی با بازپرس و وظایف و اختیارات او سروکار دارد (یوسفی، ۱۳۹۵، ۲: ۳۲).

در نظام کیفری ما منظور از تحقیقات مقدماتی کلیه اقداماتی است که توسط ضابطین دادگستری (ماده ۲۸ آ.د.ک.) در جرایم مشهود رأساً (ماده ۴۴) و در سایر موارد با دستور و تحت نظارت مقامات قضایی اعم از دادسرا و دادگاه (در جرایمی که مستقیماً در دادگاه قابل رسیدگی است: مانند جرایم موضوع تبصره ۱ ماده ۲۸۵ و مواد ۳۰۶ و ۳۴۰ آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲) جهت تکمیل پرونده و تحصیل ادله له یا علیه متهم صورت می پذیرد.

وظایف مقام قضایی در این مرحله عبارت است از احضار، جلب، بازجویی، معاینه محل، تحقیقات محلی، تفتیش و بازرسی از اماکن و منازل و اخذ نظریه کارشناسی (گلدوست جویباری، ۱۳۹۴: ۱۱۵).

در مرحله دادسرا که علی الاصول عهده دار مرحله تحقیقات مقدماتی است، مقامات قانونی مبادرت به اقداماتی می نمایند که در زیر ضمن بیان مطالب کلی به بررسی اقدامات مذکور نسبت به بیماران مبتلا به اختلال روانی می پردازیم.

احضار و جلب

همانگونه که گفته شد احضار متهم از طریق برگ احضارنامه صورت می گیرد بدین شکل که مقام قضایی با فرستادن برگه احضاریه به محل اقامتگاه فرد از وی دعوت میکند که در وقت مقرر جهت بازجویی حاضر شود. این شیوه در خصوص همه افراد صرفنظر از اینکه دارای بیماری جسمی و روانی باشند اجرا می شود. بنابراین طریقه احضار نمودن افراد مجنون و مبتلا به اختلالات روانی همانند افراد سالم و عادی میباشد. قانون گذار به آن دسته از بیماران که قوه تمییز در آنها زائل و اختیارشان به نوعی سلب شده است در خصوص احضارشان شیوه خاصی را لحاظ نموده است. بنابراین جهت حفظ حقوق بیماران بهتر بود قانون گذار شیوه حمایتی-افتراقی خاصی را مدنظر قرار می داده است کمالینکه برای احضار اطفال طریقه خاصی را وضع کرده است. افرادی که دارای اختلال روانی می باشند جهت احضار باید به شیوه دیگری آنها را احضار نمود چرا که در برخی حالات مانند اختلال اجتنابی و وسواسی که علائم اصلی این حالات ترس و اضطراب میباشد؛ ممکن است با مشاهده برگ احضاریه حالت و واکنش های عصبی از قبیل: لرزش، طپش قلب، تعرق، انقباض عضلات، سرگیجه و ضعف بر فرد عارض و سلامت روحی و جسمی را به خطر بیندازد، به ویژه هنگامی که مأمور ابلاغ با استفاده از البسه نظامی وظیفه ابلاغ اوراق را انجام می دهد. خوشبختانه قانون گذار در قانون دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ به کرامت اصحاب دعوای کیفری از این حیث توجه نموده و یکی از وظیفه های مأمور ابلاغ را عدم استفاده از البسه نظامی وظیفه ابلاغ اوراق را بنابرین در صورتی که مقام قضایی مطلع شود که متهم دارای اختلال روانی است باید به گونه ای دیگر او را احضار و یا در محل اقامت از او بازجویی کند.

برخی از افراد به دلایل خاص قادر به حضور در جلسه بازجویی نمی باشند. قانون گذار در ماده ۱۷۸ آیین دادرسی کیفری موارد معذوریت از حضور را پیش بینی نموده است. یکی از موارد معذوریت طبق بند ۲، بیماری متهم که مانع از حضور او میشود، است. بنابراین افرادی که دچار بیماری روحی-روانی شده اند و قادر به حرکت نمی باشند میتوانند از حضور نزد مقام قضایی امتناع کنند. درحالیکه آن دسته از بیماران روانی که قادر به حرکت باشند مکلف اند نزد مقام قضایی حاضر شوند.

متهمی که احضار شده، مکلف است در وقت مقرر و یا در مهلت تعیین شده نزد مرجع قضایی حاضر شود. چنانچه حضور پیدا نکرد و گواهی عدم امکان حضور ارائه نداد به دستور مقام قضایی جلب می گردد (آخوندی، ۱۳۹۰، ۴: ۲۳۲) برای تفهیم اتهام به متهم اصل بر صدور احضاریه و دعوت رسمی وی جهت ادای توضیحات می باشد، لیکن در برخی از جرایم با توجه به اهمیت آنها، قانون گذار صدور حکم جلب بدون صدور احضاریه را تجویز می نماید که اصطلاحاً «موارد جلب بدون احضار» محسوب می شود و در موارد آن در ماده ۱۸۰ آیین دادرسی کیفری احصا شده است (گلدوست جویباری، همان: ۱۲۱).

در خصوص جلب نمودن بیماران مقنن در ماده ۱۸۷ آیین دادرسی کیفری شیوه خاصی را جهت حقوق دفاعی آنان وضع نموده است:

هرگاه شخصی که دستور احضار یا جلب او داده شده به علت بیماری، کهولت سن یا معاذیری که بازپرس موجه تشخیص می دهد نتواند نزد بازپرس حاضر شود، در صورت اهمیت و فوریت امر کیفری و امکان انجام تحقیقات بازپرس نزد او می رود و تحقیقات لازم را به عمل می آورد.

در این ماده مراد مقنن از واژه بیماری شامل بیماری های جسمی و روانی می باشد. برخی افرادی که دارای اختلالات روانی هستند، جلب نمودن آنان ممکن است حالات و واکنش ها عصبی به همراه داشته باشد که اثرات زیان باری برای فرد به همراه دارد. بنابراین جلب نمودن این افراد باید به شیوه خاصی و توسط مأمورین متخصص صورت گیرد تا کمترین اثرات روحی و جسمی را به همراه داشته باشد. متأسفانه قانون گذار در خصوص جلب این قبیل افراد شیوه خاصی را در نظر نگرفته است.

تحقیق

تحقیقات مقدماتی عبارت از مجموعه اقداماتی است که به وسیله مقامات خاص قضایی برای کشف جرم، جمع آوری دلایل و جلوگیری از فرار یا مخفی شدن متهم و اظهار نظر در خصوص قابل پیگرد بودن و یا نبودن او به عمل می آید. در حقیقت تحقیقات مقدماتی سه گروه از اعمال قضایی را شامل می شود:

۱. جمع آوری دلایل

۲. جلوگیری از فرار یا مخفی شدن متهم

۳. اظهار نظر در باره مجرم بودن و یا نبودن فرد مورد تعقیب (آخوندی، همان: ۹۰ - ۸۹).

شاید بتوان گفت یکی از مهم ترین حقوق متهم در فرایند دادرسی کیفری که مانع سوءاستفاده های بعدی می گردد، مکتوب و صورتمجلس شدن بازجویی ها و اظهارات اوست. همچنین هر دلیلی در پرونده تحقیقات مقدماتی، جمع آوری گردد در حالتی نوشته، صورتمجلس می شود. امتیاز دیگر مکتوب شدن همه دلایل و بازجویی ها حفظ منفعت اجتماعی است. مکتوب شدن دلایل موجب آن می شود تا امکان استفاده کامل از آنها در مراحل بعدی فرایند عدالت کیفری فراهم باشد (یوسفی، ۱۳۹۵، ۲: ۴۲). در این راستا ماده ۱۹۹ قانون دادرسی کیفری اذعان می دارد «پاسخ پرسش ها باید بدون تغییر، تبدیل و یا تحریف نوشته شود و پس از قرائت برای متهم به امضاء با اثر انگشت او برسد. متهم باسواد خودش پاسخ را می نویسد، مگر آن که نخواهد از این حق استفاده کند» به نظر می رسد با توجه به وضعیت بعضی از بیماران مبتلا به اختلال روانی اگرچه باسواد باشند، قانون گذار تدبیری می اندیشید تا بعضی متهمین همانند بیماران مبتلا به اختلالات روانی، فرد معتمدی از ناحیه آنها مبادرت به تحریر اظهاراتشان نماید؛ تا حقوق آنها در فرایند دادرسی در معرض تضییع قرار نگیرد.

بازپرس با توجه به وضعیت بیماران مبتلا به اختلال روانی و احتمال حدوث عدم تعادل روانی بایستی بیشتر نسبت به سایر متهمین پایبند به رعایت اصول دادرسی منصفانه و اجرای ضوابطی در راستای تأمین حقوق دفاعی متهم باشد. بنابراین متهم در این مرحله باید از آمادگی جسمانی و روانی خوبی برخوردار باشد تا بتواند از حق خود به نحو مطلوبی دفاع کند.

افرادی که دارای اختلالات روانی می باشند به جهت اینکه از آمادگی روانی لازم برخوردار نیستند این امکان وجود دارد که نتواند از حقوق خود به نحو مطلوبی دفاع کنند. در برخی از انواع اختلالات، بیمار با مجرم جلوه دادن خود سعی در تسکین فشارهای درونی خود دارد چراکه احساس گناهی که بطور فراگیر او را آزرده و مضطرب می کند با محکوم شدن به نوعی برطرف می شود. لذا این افراد قبل از تفهیم اتهام باید صلاحیت جزایی شان توسط افراد خبره و متخصص مورد سنجش قرار گیرد. متأسفانه مقنن متذکر این نکته مهم نبوده است که برای اینکه اتهامی را به فردی تفهیم نمود، آن فرد باید دارای توانایی جسمانی و روانی برای فهم اتهام و پاسخگویی به سوالات مقام قضایی باشد (همتی، ۱۳۹۵: ۸۸).

مقام قضایی در طول روند بازجویی نسبت به افرادی که اختلال روانی دارند باید شیوه خاصی را اعمال کند و از قبل آموزش های عملی و تخصصی را دیده باشد. این نکته به صراحت در بند ۱۰ ماده واحده قانون احترام به آزادی های مشروع و حفظ

حقوق شهروندان مصوب ۸۳/۲/۱۵ اشاره شده که متذکر این مطلب شده است که تحقیقات و بازجویی‌ها باید مبتنی بر اصول و شیوه‌های علمی - قانونی و آموزش‌های قبلی و نظارت لازم صورت گیرد.

در صورتی که متهم به جهت ابتلا به بیماری روانی قادر به شروع بازجویی نباشد و ادامه بازجویی منجر به تشدید بیماری شود مقام تحقیق باید از ادامه بازجویی امتناع کند و منتظر بماند تا متهم از آمادگی روحی و روانی خوبی برخوردار شود چرا که بازجویی از فرد بیمار با موازین دادرسی منصفانه که متضمن حفظ حقوق دفاعی متهم است ناسازگار است (همان).

در ایالات متحد آمریکا از متهمانی که دارای اختلالات روانی می‌باشند جهت حضور در محاکم از آنان آزمونی تحت عنوان «سنجش صلاحیت حضور در دادگاه» توسط روانپزشکان، روانکاوان و مددکاران اجتماعی به عمل می‌آید. این آزمون در مراکز بهداشت روانی و یا در بیمارستان‌های روانی دولتی (در حالت حاد مثل اسکیزوفرنی و افسردگی) انجام می‌گیرد این آزمون‌ها^۲ توانایی متهم در موارد زیر را ارزیابی میکند:

۱. توانایی درک اتهامات وارده.

۲. درک ماهیت و میزان احتمالی مجازات در صورت محکوم شدن.

۳. درک ماهیت خصومت‌آمیز بودن پروسه قانونی (بحث شکایت و دفاع).

۴. افشای واقعیتهای مرتبط با رویدادی که او را به دادگاه کشیده است.

۵. اعتماد به وکیل و تبادل اطلاعات با او.

۶. کمک به وکیل مدافع برای برنامه‌ریزی دفاع.

۷. دفاع واقع بینانه از خود در برابر شاهدان شاکی.

۸. رفتار مناسب در دادگاه.

۹. ارائه شهادت مناسب در دادگاه.

۱۰. در طول کار پروسه قضایی، انجام دادن رفتارهایی که به نفع اوست. به جای انجام دادن رفتارهایی که به ضرر اوست (کرامر و دیگران ۱۳۸۹: ۵۲۳).

حضور وکیل مدافع در تحقیقات مقدماتی در نظام حقوقی ایران با محدودیت‌هایی همراه است. در مورد افراد مبتلا به اختلالات روانی این محدودیت باید مرتفع شود و امکان حضور وکیل مدافع در طول تحقیقات با حق مداخله در امر تحقیق اجباری شود (همتی، همان).

پس از تفهیم اتهام و بازجویی تنها در صورتی صدور قرار تأمین کیفری الزامی است که نسبت به انتساب اتهام به متهم دلایل کافی وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، پس از آن که قاضی اتهام را متوجه متهم دید، ملزم است قرار تأمین اخذ نماید (مصدق، ۱۳۹۳: ۲۴۹).

در صورت توجه اتهام حتی در مواردی که قاضی علم به حضور متهم در مواقع لازم و عدم فرار وی و عدم تبانی با دیگران دارد، باز هم موظف است تأمین اخذ کند؛ زیرا گرفتن تأمین یک قاعده آمره است و تخطی از آن جایز نیست. آزادی متهم با قرار تأمین، آزادی با تضمین نامیده می‌شود؛ یعنی متهم با تضمین این که خود را در زمان و مکان معین تسلیم نماید، آزاد است (همان).

در بین قرارهای اعدادی که در مرحله تحقیقات مقدماتی از سوی مقام صالح قضایی (بازپرس، دادستان، دادیار تحقیق، و یا دادگاه) صادر می‌شود، اخذ تأمین از متهم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (آشوری، ۱۳۸۹، ۲: ۲۰۱) انتخاب نوع قرار در رابطه با متهم با در نظر گرفتن معیارهایی صورت می‌گیرد. برخی از این معیارها ناظر به جرم و مجازات، برخی ناظر به شهادت و جمع‌آوری دلایل و برخی ناظر به خود متهم است. یکی از معیارهایی که قانون‌گذار در رابطه با شخص متهم بیان کرده «

^۲. سنجش صلاحیت متهم برای حضور در محاکمه معمولاً با آزمایش وضعیت روانی او آغاز میشود که مصاحبه‌ای کوتاه و متمرکز برای ارزیابی حافظه، توجه، تفکر و توانایی در تمرکز است. بعد از آن سنجشگر معمولاً دو آزمون تخصصی، مثل آزمون معاینه صلاحیت، آزمون سنجش صلاحیت با ابزار سنجش صلاحیت مک آرتور-قضاوت جنایی را به کار میبرد.

وضعیت مزاج» او می‌باشد. وضعیت مزاج شامل خصوصیات و صفات جسمانی و روانی فرد می‌شود که هنگام انتخاب نوع قرار تأمین، وضعیت روحی و جسمی متهم باید در نظر گرفته شود. بنابراین در صورتی که مقام قضایی اقدام به صدور قرار کند که منتهی به بازداشت فرد شود و نگهداری وی به دلیل بیماری روانی با سلامت او منافات داشته باشد. مقام قضایی باید قرار مذکور را فک و قرار سبکتری چون کفالت و وثیقه صادر کند (همتی، ۱۳۹۵: ۸۹).

متهمانی که به نوعی دارای اختلالات روانی می‌باشند در صورتی که بازداشت آنها منجر به تشدید بیماری شود و سلامتی آنان به نوعی به خطر افتد. مقام قضایی بنا بر تصریح قانون گذار باید قرار متناسبی صادر کند که منجر به آزادی متهم شود. در صورتی که بنا به هر دلایلی این دسته از افراد بازداشت شده‌اند در طول مدت نگهداری متهم در بازداشتگاه، امکانات لازم برای حفظ سلامتی وی، از قبیل تهیه دارو و معاینه توسط روانپزشک و مددکار در اختیار وی قرار گیرد. همچنین با سرعت بخشیدن به روند تحقیقات میتوان طول مدت نگهداری را کوتاه کرد.

به موجب ماده ۲۰۲ قانون دادرسی کیفری ۱۳۹۲ «هرگاه بازپرس در جریان تحقیقات احتمال دهد متهم هنگام ارتکاب جرم مجنون بوده است، تحقیقات لازم را از نزدیکان او و سایر مطلعان به عمل می‌آورد، نظریه پزشکی قانونی را تحصیل می‌کند و با احراز جنون، پرونده را با صدور قرار موقوفی تعقیب نزد دادستان می‌فرستد. در صورت موافقت دادستان با نظر بازپرس، چنانچه جنون استمرار داشته باشد شخص مجنون بنا بر ضرورت، حسب دستور دادستان به مراکز مخصوص نگهداری و درمان سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل می‌شود. مراکز مذکور مکلف به پذیرش می‌باشند و در صورت امتناع از اجرای دستور دادستان، به مجازات امتناع از دستور مقام قضایی مطابق قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شوند». در نتیجه در مورد جنون به عنوان شدیدترین بیماری روانی در مرحله تحقیقات مقدماتی مطابق این ماده عمل می‌شود.

تأثیر اختلالات روانی در مرحله دادرسی

بعد از تکمیل تحقیقات مقدماتی در صورتی که بنا به تشخیص مقام تحقیق (بازپرس، دادیار) در دادسرا مجرمیت متهم احراز شد، پس از صدور قرار جلب به دادرسی و موافقت دادستان با قرار صادره، کیفرخواست صادر می‌شود و پرونده برای محاکمه متهم و صدور حکم به دادگاه ارسال می‌گردد مرحله محاکمه از مراحل سرنوشت‌ساز فرایند کیفری به شمار می‌آید چرا که محکومیت یا برائت متهم در این مرحله مشخص می‌شود. بنابراین، متهم باید از شرایط و وضعیت روحی و روانی خوب و سالمی جهت دفاع از حقوق خود برخوردار باشد (همان: ۹۰).

محاکمه یک «فرصت دوجانبه» و نه تهدید است. بدین ترتیب که در قلمرو دادرسی دو یا چند طرف وجود دارد که هر طرف، حق یا منافی را طلب می‌کند که طرف دیگر نیز بر آن ادعا دارد. در این فرایند، فرصت در اختیار طرفین گذاشته شده تا از یک طرف شاکی دلایل خود را ارائه دهد و از طرف دیگر متهم بتواند در مقابل این دلایل از خود دفاع کند. موضوع دادرسی، حقوق و منافع متقابل طرفین است. برخورد یکسان و بدون پیشینه ذهنی با متداعیین، در قالب مفهوم بی طرفی مطرح می‌شود (ناجی زواره، ۱۳۹۴: ۱۸).

حق برابری و برخورداری از کرامت انسانی از حقوق بنیادی و اصطلاحاً حقوق بشری انسان است و به موجب قانون به افراد داده نشده که بتوان به موجب قانون آن را سلب کرد. این حقوق در قلمرو دادرسی با اصل بی طرفی تضمین شده و نقض بی طرفی، نقض این حقوق بشری را در پی دارد (همان: ۲۰).

اصل برابری سلاح‌ها در فرایند کیفری که یکی از اجزای دادرسی منصفانه می‌باشد برای اولین بار توسط کمیسیون اروپایی حقوق بشر مطرح شد بدین معنی که هر یک از طرف‌های دعوا باید ادعای خود را در شرایطی مطرح سازد که او را نسبت به طرف مقابل به گونه‌ای اساسی در وضعیت نامناسبتری قرار ندهد. بنابراین طرفین دعوا باید از شرایط روحی و روانی یکسانی برخوردار باشند. اظهارات متهم در این مرحله نسبت به مراحل قبلی از اهمیت بسزایی برخوردار است و می‌تواند در محکومیت یا تبرئه شدن تأثیرگذار باشد به همین جهت افرادی که دارای اختلالات روانی هستند توانایی لازم جهت دفاع از خود را ندارند. به این دلیل که عواقب اظهارات خود آگاه نبوده و ممکن است مطالبی بیان کنند که مسیر دادرسی را به ضرر خود تغییر دهند (ساقیان، ۱۳۸۵: ۱۲۸) به نظر می‌رسد بهتر است برای کلیه بیماران مبتلا به اختلال روانی صرفنظر از نوع بزه ارتكابی و در

کلیه مراحل دادرسی حتی اجرای حکم، وکیل انتخابی یا تسخیری و مددکار اجتماعی حضور بهم رساند تا حقوق متهم، در فرایند دادرسی عادلانه تضمین گردد.

ماده ۳۷۰ قانون آیین دادرسی کیفری «چنانچه دادگاه در جریان رسیدگی، احتمال دهد متهم حین ارتکاب جرم مجنون بوده است، تحقیقات لازم را از نزدیکان او و سایر مطلعان به عمل می آورد، نظریه پزشکی قانونی را تحصیل می کند و با احراز جنون، نسبت به اصل اتهام به صدور قرار موقوفی تعقیب مبادرت می کند و با رعایت اقدامات تأمینی برای متهم تصمیم می گیرد.

تبصره- چنانچه جرایم مشمول این ماده مستلزم پرداخت دیه باشد، طبق مقررات مربوط اقدام می شود». جنون، فرض و اماره قانونی نیست و بنابراین باید در هر مورد وجود آن اثبات شود. بدین ترتیب دادگاه باید در پرونده مطروحه مستنداتی را که منتهی به احراز جنون و در نهایت عدم مسئولیت کیفری می گردد مشخص نماید. زیرا تشخیص و تعیین جنون امری ماهوی و در اختیار دادگاه است. نهایت آن که دادگاه از کارشناس که در این قبیل موارد پزشک قانونی است نظرخواهی می کند در همین حال، دادگاه ملزم به پیروی از نظر کارشناس نیست و چنانچه عقیده کارشناس با اوضاع و احوال محقق و معلوم مسأله موافقت نداشته نباشد، دادگاه امکان ارجاع امر به کارشناس دیگری را دارد. ماده ۲۶۰ قانون اصلاح موادی از قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۶۱/۶/۶ کمیسیون امور قضایی مجلس مقرر می دارد: «به طور کلی در امور کیفری و جرایم، گزارش کتبی ضابطین دادگستری و اشخاصی که برای تحقیق در امور کیفری مأمور شده اند و همچنین اظهارات گواهان و کارشناسان معتبر است، به شرط آنکه ضابطین و کارشناسان و گواهان لاقلاً دو نفر و عادل باشند مگر آنکه بر خلاف علم قطعی قاضی باشد». ضمناً برابر تبصره ماده ۱۵ قانون آ.د.ک سابق گزارش ضابطان در صورتی معتبر است که موثق و مورد اعتماد قاضی باشد (گلدوزیان، ۱۳۹۴: ۴۴۸). بنابراین، در صورتی که کارشناسان حداقل دو نفر و عادل باشند و قاضی هم علم قطعی برخلاف نظر آنها نداشته باشد، نظرشان برای دادگاه قابل پذیرش است و بنابراین بار دفاع در جهت ایراد علم قطعی در مورد بی اعتبار ساختن نظر کارشناسان سنگین می شود. بدین ترتیب شایسته است، نظر کارشناس جنبه مشورتی برای قاضی داشته باشد تا اگر قاضی از نظر کارشناسان قناعت وجدان تحصیل نکرد، موضوع را به هیأت کارشناسان ارجاع نماید. در همین حال ماده ۳۶ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ نیز می گوید: «گزارش ضابطان در صورتی معتبر است که برخلاف اوضاع و احوال و قرائن مسلم قضیه نباشد و براساس ضوابط و مقررات قانونی تهیه و تنظیم شود» (همان: ۴۴۹ - ۴۴۸).

بنابراین همانگونه که در مرحله تحقیقات مقدماتی بازپرس در صورت تردید در حالت جنون و یا مشکوک به اختلالات روانی مؤثر مکلف به معرفی متهم به پزشکی قانونی به عنوان کارشناس متخصص در احراز اختلالات روانی است، به طریق اولی دادگاه نیز که سرنوشت متهم در دستان این مرجع است، به محض تردید در وضعیت روانی متهم در حین ارتکاب جرم، تکلیف به ارجاع وضعیت متهم به پزشکی قانونی دارد تا چنانچه در فرایند دادرسی مؤثر است، تصمیم مناسب قانونی اتخاذ نماید. پس از اینکه قاضی دادگاه مجرمیت متهم را محرز کرد وارد مرحله صدور حکم و تعیین نوع و میزان مجازات می شود. در راستای اصل فردی کردن مجازات تعیین میزان و نوع مجازات بر مبنای خصوصیات فردی از جمله وضعیت روانی و در نظر گرفتن موقعیت ارتکاب جرم می باشد.

تأثیر اختلالات روانی در مرحله اجرای حکم

بعد از طی مراحل دادرسی و صدور حکم محکومیت قطعی، آخرین مرحله دادرسی کیفری اجرای حکم است. چنانچه مرتکب در زمان ارتکاب جرم عاقل بوده و در جریان رسیدگی و محاکمه نیز از قدرت عقل برخوردار بوده باشد، صدور حکم به مجازات وی بی اشکال است. اما در مورد جنون حادث بعد از صدور حکم [در قوانین ایران، در جرایم مستوجب حد، قصاص و دیه، جنون محکوم علیه در این مرحله موجب سقوط مجازات شناخته نشده است. تبصره ۱ ماده ۱۵۰ در مورد حدود مقرر می دارد «هرگاه مرتکب یکی از جرایم موجب حد پس از صدور حکم قطعی دچار جنون شود، حد ساقط نمی شود...». از ادامه این تبصره ناظر به جرایم مستلزم قصاص و دیه نیز، که در فرض بروز جنون پیش از صدور حکم قطعی، آن را

مانع تعقیب و رسیدگی نداشت، می توان عدم سقوط قصاص و دیه پس از صدور حکم قطعی را استنباط نمود. ماده ۴۵۲ قانون مجازات اسلامی (۱۳۹۲) دیه احکام و آثار مسئولیت مدنی یا ضمان را مترتب ساخته است و می دانیم فوت عامل ایجاد خسارت، در سقوط دین ناشی از این مسئولیت بی تأثیر است (مصدق، ۱۳۹۳: ۱۹۰). به نظر می رسد به طریق اولی در موردی که مرتکب جرم موجب حد دچار بیماری غیر از جنون شود حکم تبصره ۱ ماده ۱۵۰ در مورد او جاری خواهد شد و سبب اسقاط مجازات حد بر او نخواهد بود. در این حالت تفاوتی بین مجازات شلاق یا مجازات اعدام یا حکم به قطع ید وی نخواهد بود. لذا پس از صدور حکم قطعی حکم در مورد وی به اجرا در خواهد آمد (سبزواری نژاد، ۱۳۹۳، ۱: ۴۳۳-۴۳۲). در مورد مجازات های قصاص و دیه نیز به همین ترتیب حکم علیه مجرمی که پس از صدور حکم قطعی مبتلا به بیماری روانی گردیده اجرا می گردد.

در خصوص مجازات های تعزیری، برخلاف قانون سابق، ماده ۵۰۳ قانون آیین دادرسی کیفری مقرر داشته است: ممکن است فردی که به علت ارتکاب جرمی به حبس محکوم شده و دوران محکومیت خود را در زندان سپری می کند و یا محکومیتی غیر از حبس باید در مورد او اجرا شود، به دلیلی دچار جنون گردد. در این حال، اجرای مجازات در مورد این گونه افراد که به بیماری روانی دچار می شوند به دو دلیل بی فایده است و به نظر می رسد که سقوط مجازات در این مورد نه از باب اسقاط آن در معنای حقوقی بلکه از نظر واقعیت اضمحلال آن باید مورد توجه قرار گیرد:

اولاً، با حدوث جنون، تقرب به هیچ یک از اهداف معمولی مجازات ها که برخی عنوان می کنند امکان پذیر نیست، کیفر در این موارد نه ارعابی ایجاد می کند، نه جبرانی برای عمل انجام شده خواهد بود، زیرا مجرم در چنان حالت روانی نیست که به مسائل حول و حوش خود را درک کند، مفاهیم را ارزیابی نماید و تأثیر مجازات را بر رفتارهای خود بشناسد و نه حصول به اهدافی که به نظر ما مؤثر است چون اصلاح و بازاجتماعی شدن مجرم و اجرای عدالت میسر نیست.

ثانیاً، جامعه نیز انتظاری از دیوانه ندارد تا ادامه کیفر او را به عنوان تخطی از مقررات اجتماعی بپذیرد بلکه، در این حال، بیشتر احساس ترحم جامعه بر لزوم مجازات غالب می شود و دیوانه در پناه این احساس انسانی متعالی از کیفر رها می گردد (نوربها، ۱۳۸۹: ۴۳۴).

اگر پس از رسیدگی و صدور حکم دادگاه مبتنی بر اعدام، محکوم علیه مجنون شود، گرچه محکوم علیه در حین رسیدگی دادگاه آگاه بوده است، مجازات اعدام تا رفع حالت جنون درباره وی اجرا نمی شود. زیرا اعمال کیفر در حین جنون منع شده است. در مقابل، مجازات های مالی و محرومیت های اجتماعی قابل اعمال است. 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 جز مدت محکومیت او محسوب خواهد شد. در صورت عدم دسترسی به بیمارستان روانی، محکوم به تشخیص دادستان در محل مناسبی نگهداری می شود (گلدوزیان، ۱۳۹۵: ۲۴۵).

ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ اشعار می دارد: 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 می اندازد. 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 می کند.

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 می کند.

قانون گذار 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 بیماری های 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 استعلام 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 می شود 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 می تواند گزینه ای 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 سوئی نایستی 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 مجازات های جایگزین حبس وجود دارد، به همین ترتیب در سایر مجازات های تعزیری.

ماده ۵۰۳ قانون آیین دادرسی بیان می دارد: هرگاه محکوم علیه در جرایم تعزیری، پس از صدور حکم قطعی، مبتلا به جنون شود، تا زمان افاقه، اجرای حکم به تعویق می افتد؛ مگر در مورد مجازات های مالی که از اموال محکوم علیه وصول می شود. تبصره- محکوم به حبس یا کسی که به علت عدم پرداخت جزای نقدی در حبس به سر می برد، در صورت جنون تا بهبودی در بیمارستان روانی یا مکان مناسب دیگری نگهداری می شود. این ایام جزء مدت محکومیت وی محاسبه می شود.

حکم صادر شده در یک دسته بندی موضوعی می تواند از موارد دوگانه ذیل باشد:

(۱) مجازات بدنی

(۲) مجازات غیربدنی

تأثیر اختلالات روانی در مجازات های بدنی

مجازات های بدنی نوعی واکنش علیه بزهکار می باشد که در مقام اعمال مجازات، جسم محکوم، مورد تعرض قرار می گیرد. قانون گذار در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ سه نوع مجازات بدنی بدین شرح در نظر گرفته:

۱- مجازات سلب حیات

۲- مجازات قطع عضو

۲- مجازات شلاق

در موقع اجرای حکم سلب حیات در صورتی که محکوم دچار جنون (برخی اختلالات روانی که اراده و قوه تمیز را زائل میکند همچون اختلال اسکیزوفرنی و دو قطبی) شود در جرایم تعزیری، حدی و قصاص، مقنن به موجب ماده ۵ آیین نامه نحوه اجرای احکام قصاص، رجم، قتل، صلب، اعدام و شلاق، جنون و بیماری محکوم را مانع اجرای حد، قصاص یا اعدام در نظر نگرفته است. بنابراین در همه جرایم پس از قطعی شدن حکم در خصوص شخص محکوم چون نظر قانون گذار بر اجرای حکم در حالت جنون که شدیدترین اختلال روانی است، بوده بنابراین به طریق اولی در مورد محکومین مبتلا به دیگر اختلالات روانی نیز احکام صادره قابلیت اجرایی دارد.

نوع دیگر مجازات بدنی که باعث ایجاد درد و جراحت بر قسمتهای مختلف بدن می شود تازیانه یا شلاق است. در نظام کیفری ایران در برخی جرایم حدی به عنوان حد و در پاره ای از جرایم تعزیری به عنوان شلاق تعزیری پیش بینی شده است. در خصوص نحوه اجرای این مجازات بر بیمارانی که دارای اختلالات روانی می باشند در جرایم حدی بنابر تصریح قانون گذار قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ از تعیین تکلیف هریک از موارد اجرای حد بر اثر ابتلای به جنون محکوم علیه اجتناب کرده و در تبصره

۱ ماده ۱۵۰ به بیان حکم کلی مبادرت ورزیده است: «هرگاه مرتکب یکی از جرایم موجب حد پس از صدور حکم قطعی دچار جنون شود حد ساقط نمی شود...» (آشوری، ۱۳۹۵، ۱: ۳۲۶).

به طور کلی، در روزگار ما عقیده بر این است که اجرای کیفرها درباره بزهکار دیوانه با هیچ یک از هدف های مجازات یعنی اصلاح و تربیت بزهکاران و عبرت آموزی دیگران سازگار نیست. از یک سو، اگر بزهکار نفهمد برای چه او را تنبیه و تأدیب می کنند از کرده خود پشیمان نخواهد شد. شرط ایجاد تنبه، پذیرفتن مسئولیت عواقب اعمال خویش است. بزهکار دیوانه قادر نیست رابطه میان مجازات و فعل مجرمانه را درک کند. از سوی دیگر، دیگران نیز از مجازات او عبرت نخواهند گرفت زیرا، حالت دیوانه در مردم رقت قلب و ترحم بر می انگیزد. شرط عبرت آموزی، تداعی وضع خود با وضع انسانی است همانند خود که سرنوشت نافرجامی را با رفتار زشت و ناپسند رقم زده است (اردبیلی، ۱۳۹۴، ۲: ۱۶۲ - ۱۶۱).

تأثیر اختلالات روانی در مجازات های غیر بدنی

مجازات های غیر بدنی نوع دیگری از مجازات ها به شمار می آید که به جای آنکه جسم و بدن فرد مورد تعرض قرار گیرد، روح و روان فرد دچار رنج و مشقت می شود. این گونه مجازات، آزادی و رفت و آمد فرد را سلب یا محدود می کند. مهم ترین نوع از این مجازات که در اکثر کشورهای جهان اعمال می گردد مجازات حبس است که فرد محکوم برای مدت مشخصی و یا تا ابد در مکانی به نام زندان نگهداری می شود. زندانی نمودن محکومینی که دارای اختلالات روانی هستند بر شدت بیماری و عدم بهبود آن می انجامد. در برخی اختلالات روانی اقدام های مکرر به خودکشی و خودزنی مشاهده شده است به طور مثال در اختلال شخصیت مرزی به طور میانگین حدود ۱۰٪ افراد مبتلا در صورتی که به یک پدیده طردشدگی مواجه شوند اقدام به خودکشی یا خودزنی می کنند. زندانی کردن این دسته از افراد به مثابه طردشدگی آنها از جامعه است.

تبصره ۲ ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ به تدابیر تأمینیه مورد نیاز در ارتباط با این گونه محکومان پرداخته و مقرر می دارد که تا ایجاد «مراکز اقدام تأمینیه» 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، همان: ۳۲۷ - ۳۲۶).

در نظام کیفری ایران در صورتی که محکوم علیه در طول دوران سپری کردن محکومیت مبتلا به بیماری روانی شود حدوث این بیماری موجب از بین رفتن مجازات حبس نمی شود. در صورتی که محکوم پس از صدور حکم و یا در دوران گذراندن مجازات، مبتلا به اختلال روانی شود با عنایت به آیین دادرسی کیفری، بیماری محکوم علیه موجب توقف اجرای مجازات حبس نمی شود مگر اینکه عدم درمان محکوم علیه موجب تشدید بیماری و تاخیر در بهبودی شود که در این صورت دادگاه با نظر پزشک قانونی یا پزشک معتمد، در خصوص ضرورت معالجه محکوم علیه خارج از زندان رأی بدهد. در صورتی که محکوم علیه دچار عارضه جنون شود وی را به بیمارستان روانی منتقل می کنند تا تحت درمان قرار گیرد ایامی که در بیمارستان بستری است جز محکومیت وی محاسبه می شود. در خصوص نحوه نگهداری محکومان مبتلا به اختلالات روانی در زندان مقررات خاصی در نظام حقوق ایران در قالب آیین نامه پیشینی شده است. در آیین نامه اجرایی سازمان زندانها و اقدانات تأمینیه و تربیتی کشور مصوب ۱۳۸۴ موادی در جهت حفظ حقوق این دسته از افراد به چشم می خورد که به شرح ذیل می باشد:

۱. ماده ۴۱: بر ضرورت بستری نمودن بیماران روانی به منظور معالجه آنان و در صورت لزوم انتقال به یک موسسه درمانی با تایید پزشکی قانون توسط مسول بهداری زندان.

۲. مواد ۶۴ و ۱۱۱: بر ضرورت انجام آزمایشات پزشکی و روانپزشکی در مورد محکومان در بدو ورود به زندان برای تعیین میزان سلامت جسمی و روانی آنان.

۳. تبصره ۲ ماده ۶۹: معاینه محکومانی که از لحاظ شکل ظاهری نشانه های بیماری روانی در آنان مشهود است توسط پزشکان معتمد.

۴. ماده ۷۵: معافیت متهمان و محکومان بیمار از انجام برنامه های روزانه با صدور گواهی معذورتی از پزشکان زندان.

۵. ماده ۱۰۵: تأمین نیازهای دارویی بیماران در داخل زندان.

۶. ماده ۱۱۶: ضرورت نگهداری محکومان مبتلا به بیماری‌های روانی به طور مجزا.
 ۷. ماده ۲۲۹: اعطای مرخصی یک ماهه به بیماران صعب‌العلاج که معالجه آنان در زندان برایشان امکان‌پذیر نیست و ادامه حبس موجب تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبودی باشد. (بیماران روانی می‌توانند از این دسته بیماران باشند).
 و اما تأثیر جنون در جنایت مستوجب دیه، جنایت عمدی و شبه عمدی دیوانه و نابالغ به منزله خطای محض است (تبصره ۱ بند ج) ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ و بند ب ماده ۲۹۲ ق.م.ا. ۱۳۹۲). مسئولیت پرداخت دیه نیز برابر تبصره ماده ۳۰۶ قانون مجازات اسلامی بر عهده عاقله می‌باشد (گلدوزیان، ۱۳۹۴: ۴۵۳). به طور کلی مطابق ماده ۲۰۳ آیین دادرسی کیفری، جنون و دیگر اختلالات روانی تأثیری در مجازات‌های مالی ندارد.

نتیجه‌گیری

مطابق قواعد حقوق کیفری بایستی اصل را بر مسئولیت کیفری و دادرسی یکسان برای همه افراد قرار داد، اما در کلیه نظام‌های جزایی دنیا گونه‌ای از مرتکبین جرائم وجود دارند که به اعتبار عدم تکامل قوای عقلانی از این قاعده مستثنی می‌شوند. بدون تردید در دنیای متمدن امروزی بایستی مجانین را در این زمره قرار داد. گذشته از این گروه که دچار اختلالات شدید روانی هستند، خیل عظیمی از اختلالات روانی در دنیای روانپزشکی شناخته شده؛ هرچند نمی‌توان آنها را جنون به معنای علمی آن نامید؛ ولی عرف عام با همانند پنداشتن این مرتکبین با اشخاصی که از حیث عقلانی بدون مشکل می‌باشند، مخالف است. از آنجا که مبتلایان به بیماری‌های اختلالات روانی به دلیل نقص در سیستم دماغی و ... بعضی از کارکردهای عقلانی آنها همانند اشخاص عادی و متعارف جامعه نیست، در برخی کشورها فرایند دادرسی کیفری مربوط به این اشخاص متفاوت از اشخاص عادی است. در کشور ما در خصوص مبتلایان به اختلالات روانی دادرسی افتراقی - حمایتی پیش‌بینی نشده و تنها در چند مورد و با وحدت ملاک از واژگانی چون «جنون»، «بیمار» می‌توان در بعضی از فرایندهای دادرسی تفاوتی جزئی ملاحظه نمود و فقط در مورد بیماری‌هایی که در حد جنون می‌توانند اراده را مختل کنند صراحتاً بحث شده است. به طور خلاصه وضعیت مرتکب جرم مبتلا به اختلالات روانی در نظام کیفری ایران به شرح ذیل می‌باشد:

از لحاظ حقوقی، وقتی سخن از مسئولیت کیفری مرتکب به میان می‌آید، روز ارتکاب جرم ملاک است و برای تشخیص آن باید ارکان مسئولیت‌پذیری در چنین روزی مورد بازرسی قرار گیرد. در این روز است که مرتکب باید بالغ، عاقل و مختار باشد و چنانچه در این تاریخ وی در شمار کودکان قرار دارد یا مجنون و یا مجبور باشد، از مسئولیت کیفری ناشی از رفتار خود معاف است. بنابراین، ملاک رفع مسئولیت کیفری از مرتکب، مجنون بودن او در زمان ارتکاب جرم است و به همین جهت ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ مقرر نموده است: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمیز باشد مجنون محسوب می‌شود مسئولیت کیفری ندارد» (مصدق، ۱۳۹۳: ۱۸۷-۱۸۶).

مسئولیت کیفری برای دیگر اختلالات روانی غیر از جنون پابرجا می‌باشد و حتی مسئولیت کیفری نسبی برای این بیماران در نظام کیفری ایران در نظر گرفته نشده است و در نهایت برای این بیماران با توجه به ماده ۳۷ قانون مجازات اسلامی فقط در جرایم تعزیری و به اختیار قاضی می‌توان تخفیف در نظر گرفت. در خصوص اجرای مجازات برای این بیماران 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 استعلام 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 می شود 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 می تواند گزینه ای 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 سویی 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 مجازات های جایگزین حبس وجود دارد، به همین ترتیب در سایر مجازات های تعزیری.

با توجه به این که مطابق آمارهای اعلامی در تحقیقات، تعداد زیادی از مجرمان مبتلا به اختلالات روانی هستند که دلایل خاصی از جمله وضعیت خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و بالخصوص اقتصادی و تبعات مخرب آن یعنی بیکاری و عدم امید به آینده ای مناسب در آن دخیل است، زنگ خطر بزرگی به صدا در آمده که در مرحله اول به منظور کنترل و پیشگیری از ازدیاد آمار مبتلایان به این بیماری بایستی در سطح کلان سیاستگذاران و زمامداران با بستر سازی های قانونی و اجرایی درصدد ارائه راه کارهای مناسبی در این خصوص باشند تا در مرحله بعدی از تبعات و توالی فاسد وجود اختلالات روانی جلوگیری و جامعه احساس امنیت و آرامش کند؛ به همین منظور، تصویب قانونی به منظور ایجاد یک سازمان یا انجمن ملی روانپزشکی اختصاصی پیشگیری از بیماری های روانی و ارتقای سلامت روانی زیر نظر نهاد ریاست جمهوری ضروری است تا با استخدام و دعوت از متخصصان علوم روانشناسی، روانپزشکی، روانکاو، جرم یابی، پزشکی قانونی، حقوقی، جامعه شناسی، مردم شناسی، اقتصاد و مددکاری اجتماعی و علوم فرهنگی به آسیب شناسی رفتارهای پرخطر پرداخته و به تدوین سیاست های کلی جهت توانمندی سلامت روانی جامعه به صورت لازم الاجرا بپردازند. از آنجا که انحرافات اجتماعی مقدمه و بستر ساز ارتکاب رفتارهای مجرمانه می باشند از بروز یک فاجعه ملی در آینده ای نزدیک، ممانعت به عمل آید.

بنابراین با توسل به همان شعار قدیمی «پیشگیری بهتر از درمان است» و اینکه هزینه های درمان مبارزه با جمعیت روبه تزاید بزهکاران، که بر دوش مردم قرار گرفته است، بسیار بیشتر از پیشگیری یعنی ایجاد یک جامعه سالم روانی است، بستر سازی در کلیه ابعاد زندگی اجتماعی مانند ایجاد اشتغال به ویژه برای جوانان و فارغ التحصیلان دانشگاهی و تسهیل شرایط ازدواج آنان و ایجاد محیطی آرام و با ثبات در عرصه اجتماع که تنها همت والا و اراده جدی دولتمردان را می طلبد، ضروری می نماید.

همچنین با توجه به این که نظام قانونی ما از نوع موضوعه بوده و قاضی مجری قانون می باشد، مهم ترین راه کار برای توجه به وضعیت خاص بیماران مبتلا به اختلالات روانی تقنین مناسب است به این شکل که همانند قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۵۲ اختلالات روانی غیر از جنون، به عنوان عامل تقلیل دهنده مسئولیت کیفری و تکلیف قاضی با درجات بیشتری در مبحث تخفیف مجازات گنجانده شود و جایگزین های حبس این اشخاص به جرایم تعزیری که حداکثر مجازات قانونی آنها تا پنج سال است افزایش یابد. بعلاوه با توجه به تفاوت روحی و روانی بیماران مبتلا به اختلالات روانی با اشخاص عادی و سالم و فلسفه تشکیل پرونده شخصیت که علی الاصول پی بردن به علت ارتکاب جرم توسط مرتکب رفتار ناقض قانون کیفری است و

از آنجا که در نظام کیفری ما اختلالات روانی غیر از جنون می تواند به عنوان یک وضعیت خاص (حداقل در جرایم تعزیری با تشخیص دادرسی از جهات مخففه مجازات) باشد، تشکیل پرونده شخصیت، محدود به موارد احصاء شده در مواد ۲۰۳ و ۲۸۶ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ نشده، به کلیه جرایم تعزیری تسری یابد و نیز ایجاد شعبی تخصصی از دادگاه های عمومی کیفری در محلی مجزا از ساختار تشکیلاتی سایر دادگاه های عام به منظور رسیدگی تخصصی به جرایم ارتكابی بیماران مبتلا به اختلالات روانی اعم از جنون و مادون آن همچون دادگاه های اطفال و این که قضات رسیدگی کننده به پرونده این بیماران دارای صفات خاص و برجسته ای باشند، از حداقل سوابق خدمتی مثلاً ده سال به بالا برخوردار باشند و دوره های ویژه ی روانشناسی و روانپزشکی را سپری کرده باشند و کلیه قضات به صورت دوره ای مثلاً حداقل سالی چهار بار از محل های نگهداری این قبیل افراد دیدار به عمل آورده با وضعیت روحی و ساختار روانی و نقاط قوت و ضعف آنها آشنایی پیدا کرده و شناخت خود را منحصر به دفعات محدود در جلسات بازپرسی و دادرسی نمایند و همچنین در کنار این قضات از روانشناسان و روانپزشکان و مددکاران اجتماعی مجرب استفاده شود. و با توجه به تغییرات احتمالی دانش روانشناسی، ضمن خدمت نیز دوره هایی برای این افراد گذارده شود.

منابع و مأخذ

کتاب:

۱. آخوندی، محمود، ۱۳۸۵، آیین دادرسی کیفری، جلد دوم، تهران، انتشارات فرهنگ و ارشاد اسلامی، چاپ دوازدهم.
۲. آخوندی، محمود، ۱۳۹۰، آیین دادرسی کیفری، جلد چهارم، تهران، انتشارات اوقاف و امور خیریه، چاپ سوم
۳. آشوری، محمد، ۱۳۹۵، آیین دادرسی کیفری، جلد اول، تهران، انتشارات سمت، چاپ پانزدهم.
۴. آشوری، محمد، ۱۳۸۹، آیین دادرسی کیفری، جلد دوم، تهران، انتشارات سمت، چاپ دوازدهم.
۵. اردبیلی، محمدعلی، ۱۳۹۴، حقوق جزای عمومی، جلد دوم، تهران، نشر میزان، چاپ چهل و یکم.
۶. سبزواری نژاد، حجت، ۱۳۹۳، حقوق جزای عمومی، جلد اول، تهران، جنگل، چاپ دوم
۷. عمید، حسن، ۱۳۹۳، فرهنگ فارسی عمید، تهران، انتشارات امیرکبیر، چاپ سی دوم.
۸. فضائلی، مصطفی، ۱۳۹۲، دادرسی عادلانه محاکمات کیفری بین المللی، تهران، شهردانش، چاپ سوم.
۹. کرام، جفری پی؛ ابرنستاین، داگلاس؛ فیروز، ویکی؛ ۱۳۸۹، روانشناسی بالینی، ترجمه مهدی گنجی، تهران، انتشارات ساوالان، چاپ دوم.
۱۰. گلدوزیان، ایرج، ۱۳۹۴، محشای قانون مجازات اسلامی، تهران، انتشارات مجد.
۱۱. گلدوزیان، ایرج، ۱۳۹۵، حقوق جزای عمومی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ چهاردهم
۱۲. گلدوست جویباری، رجب، ۱۳۹۴، آیین دادرسی کیفری، تهران، جاودانه جنگل، چاپ چهارم.
۱۳. مصدق، محمد، ۱۳۹۳، حقوق جزای عمومی، تهران، جاودانه جنگل، چاپ سوم.
۱۴. ناجی زواره، مرتضی، ۱۳۹۴، دادرسی بی طرفانه در امور کیفری، شهردانش، تهران، چاپ دوم..
۱۵. نوربها، رضا، ۱۳۸۹، زمینه حقوق جزای عمومی، تهران، گنج دانش، چاپ بیست و هشتم.
۱۶. یوسفی، ایمان، ۱۳۹۵، آیین دادرسی کیفری، جلد دوم، تهران، میزان، چاپ دوم.

قوانین

۱۷. آیین نامه اجرایی سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی مصوب سال ۱۳۸۰.
۱۸. قانون احترام به آزادی های مشروع و حفظ حقوق شهروندان مصوب سال ۱۳۸۶.
۱۹. قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۰.
۲۰. قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲.
۲۱. قانون آیین دادرسی کیفری مصوب سال ۱۳۹۲.

مقالات

۲۲. ساقیان، محمدعلی، ۱۳۸۵، اصل برابری سلاحها در فرایند کیفری (با تکیه بر حقوق ایران و فرانسه) مجله حقوقی دادگستری، ۵۶ و ۵۷.

پایان نامه:

۲۳. همتی، ورا، ۱۳۹۵، تحلیل اختلال شخصیت ضد اجتماعی از منظر روانشناسی جنایی، پایان نامه کارشناس ارشد حقوق جزا و جرمشناسی، دانشگاه آزاد نراق، استاد راهنما شهید اصفهانی.