

بیماری‌های روانی و بار اثبات در سیستم عدالت کیفری ایران

دکتر منصور رحمدل*

استادیار دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران

(تاریخ دریافت ۸۵/۶/۳، تاریخ تصویب ۸۵/۸/۱۵)

چکیده

مجانین در سیستم حقوق کیفری ایران به عنوان یک قاعده کلی، همانند سیستم‌های حقوق کیفری در کشورهای دیگر، از مسئولیت کیفری مبرا هستند. قانونی مجازات عمومی ۱۳۰۴ (اصلاحی ۱۳۵۲) اشخاص بیمار را از نظر روانی به دو دسته تقسیم بندی کرده بود: کسانی که به طور کامل از مسئولیت کیفری مبرا بودند و کسانی که از بیماری‌های روانی خفیفی رنج می‌بردند و از مسئولیت تخفیف یافته برخوردار بودند. اما ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ مقرر می‌دارد: «جنون به هر درجه‌ای که باشد رافع مسئولیت کیفری است». در حالی است که برخی افراد از بیماری‌های روانی خاصی رنج می‌برند بدون این که از نظر پزشکی و روانپزشکی دیوانه تلقی شوند. همچنین برخی از مجرمین در حین ارتکاب جرم عاقل بوده، ولی بعداً دچار جنون می‌شوند. این مقاله، ضمن بررسی وضعیت جنون از دیدگاه قوانین کیفری فعلی ایران، این موضوع را مورد بررسی قرار می‌دهد که آیا متهم که مدعی جنون می‌باشد باید ادعای خود را اثبات کند یا دادستان باید فقدان جنون را ثابت نماید.

واژگان کلیدی: جنون، عنصر روانی، دادستان، بار اثبات.

* Email: m_rahmdel@yahoo.com

در ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی، جنون به هر درجه که باشد رافع مسئولیت کیفری شناخته شده است. کتاب های حقوق کیفری عمومی نیز بدون آن که به تجزیه و تحلیل علمی مطلب پردازند، صرفاً به بررسی کلی مطلب پرداخته اند. مطلب اساسی که در ارتباط با جنون بایستی به آن پرداخته شود، مفهوم جنون و ارتباط آن با سایر بیماری های روانی است.

وقتی که تحولات صورت گرفته در قانونگذاری مربوط به جنون و بیماری های روانی دیگر را در حقوق کیفری ایران مورد بررسی قرار می دهیم، می توانیم سه دوره متفاوت را ملاحظه نماییم:

دوره اول را می توان «دوره غیر علمی» نامید که در قانون مجازات عمومی مصوب سال ۱۳۰۴ مورد نظر قانونگذار بوده است. دوره دوم را می توان «دوره علمی» نامید که در قانون اصلاح قانون مجازات عمومی مصوب سال ۱۳۵۲ مشاهده می شود. سرانجام دوره سوم را «دوره رجعت به دوره غیر علمی» در زمان بعد از پیروزی انقلاب اسلامی می توان نامید که قانونگذار معیارهای علمی مورد توجه در سال ۱۳۵۲ را نادیده گرفت و به دوره غیر علمی سال ۱۳۰۴ روی آورد.

پیشرفت های علمی که در طول سال های اخیر در مورد عوامل مؤثر بر اراده افراد و نهایتاً تأثیر این عوامل بر اراده افراد در امور کیفری صورت گرفته و نقشی که این عوامل می توانند بر مسئولیت کیفری افراد داشته باشند، ضرورت بررسی ارتباط بین جنون و سایر بیماری های روانی را دو چندان ساخته است.

در این مقاله، با بررسی دوره های سه گانه، به بررسی دلیل عدول قانونگذار دوره پس از انقلاب از معیارهای علمی مورد توجه قانون سال ۵۲ و برگشت به دوره غیر علمی و مشکلاتی که این رجعت ایجاد نموده است، می پردازیم. بحث بار اثبات در مورد جنون و بیماری های روانی نیز از مباحث مهمی است که در عمل واجد آثار مهمی

است و در کتاب‌ها و مقالات حقوقی نیز به آن پرداخته نشده است. به این ترتیب مطالب این مقاله به چهار گفتار تقسیم می‌شود:

در گفتار اول از مفهوم جنون، در گفتار دوم از رابطه بین عنصر روانی جرم و جنون، در گفتار سوم از وضعیت جنون در سیر قانونگذاری ایران و در گفتار چهارم از بار اثبات در مورد دفاع جنون صحبت می‌کنیم.

گفتار اول: مفهوم جنون

برای این که فرد انسانی مرتکب عمل ممنوعه (جرم) موضوع حقوق کیفری قرار گیرد و پاسخگوی اعمال مجرمانه خود باشد، باید به قابلیت و توانایی ذهنی، روانی متعارف رسیده و موقع ارتکاب عمل مجرمانه از این قابلیت استفاده کرده باشد. بنابراین فقدان این قابلیت یا نقص در آن می‌تواند به فقدان قدرت پاسخگویی یا نقص آن منجر شود. از این فقدان یا نقص می‌توان به جنون و سایر بیماری‌های روانی تعبیر نمود. اختلالات روانی طیف وسیعی از بیماری‌ها را در بر می‌گیرند. مفهوم بیماری‌های روانی خیلی وسیع‌تر از مفهوم جنون است. به این اعتبار که جنون یکی از اقسام بیماری‌های روانی و شدیدترین نوع آنهاست که معمولاً رافع مسؤولیت کیفری شناخته می‌شود.

دفاع جنون بر این اساس استوار است که بیش‌تر مردم به خاطر برخورداری از سلامت عقل از قانون اطاعت می‌کنند، ولی تعدادی از آنها به خاطر بیماری‌های دماغی توان اطاعت از قانون را ندارند. از این رو گفته می‌شود که «متهمی که در نتیجه بیماری ذهنی توان لازم برای درک ماهیت و کیفیت یا خلاف قانون بودن عملش یا انطباق عملش با قانون را از دست داده باشد، قانوناً مجنون تلقی می‌شود. در غیر این صورت، بیماری ذهنی یا عقب ماندگی ذهنی قانوناً دفاع تلقی نمی‌شود. بیماری ذهنی عبارت است از اختلال اساسی در فکر یا خلق و خوی که به طور اساسی به قدرت دآوری،

رفتار، قدرت تشخیص واقعیت یا توانایی انطباق با خواسته های معمولی زندگی صدمه می زند».

در اصطلاح روانپزشکی جنون معادل روانپریشی، بیماری وخیم روانی است که به واسطه آن جریان فکر، اندیشه، کردار، احساس و اعمال از راه صواب و عادی منحرف می شود. جنون معمولاً با علایمی نظیر از دست دادن تماس با واقعیت، اختلال ادراک، پیدایش سلوک کودکانه و قهقرایی، کاهش نیروی مهار کننده محرک ها و تمایلات اولیه و بروز افکار غیرعادی، که شامل انواع هذیان ها و توهمات می شود مشخص می گردد. همچنین، امکان دارد انحطاط و ضعف کلی و مزمن در شخصیت بیمار به وجود آورده و موجب بستری شدن بیمار در بیمارستان روانی گردد» (بهرامی، ۱۳۴۵، ص ۱۹۰). به این ترتیب جنون معادل روانپریشی، شامل بیماری هایی نظیر اسکیزوفرنی^۱، (دورلند، ۱۳۷۶، ج ۲، ص ۱۱۵۲) هیپومانیا^۲، (همان، ص ۷۷۷) مانیا،^۳

۱- جنون جوانی (schizophrenia) اختلال روانی مزمنی است که با از دست دادن همگامی اجتماعی، خودگرایی، دمدمی مزاجی و انجام دادن کار بی جا و غیر مقتضی، مثلاً به علت وهم و خیال و فریب و دلخوشی بی اساس مشخص می شود. این بیماری نخستین بار در ۱۸۹۶ به وسیله کرلین تعریف شد و بلولر در ۱۹۱۱ نام اسکیزوفرنی را بر آن نهاد. شروع بیماری که معمولاً در جوانی یا آغاز بزرگسالی است، ممکن است ناگهانی یا تدریجی باشد. بلولر چهار نوع عمده آن را تعریف کرده است:

۱- نوع ساده که در آن بیمار از خود بی خود، تنها و بی فعالیت است. ۲- اسکیزوفرنی کاتاتونیک یا کاتاتونی، که با مراحل متناوب تحریک و بهت مشخص می شود و با سفتی عضلانی خاصی همراه است. ۳- نوع پارانوئید که با هذیان همراه است. ۴- نوع هیفرنیک که با رفتار ابلهانه و بی هدف و پرگویی مشخص می شود (دورلند، ۱۳۷۶، ج ۲، ص ۱۱۵۲).

۲- hypomania

۳- مانیا (mania) حالت اختلال روانی که با هیجان شدید و سرخوشی فراوان همراه است (دورلند، ۱۳۷۶، ج ۲، ص ۷۷۷).

(همان، ج ۱، ص ۳۳۵) افسردگی،^۱ (همان، ج ۱، ص ۳۳۵). اختلالات هذیانی،^۲ (همان، ج ۲، ص ۹۶۰) صرع،^۳ (همان، ج ۱، ص ۴۶۲) زوال عقل پیری^۴ و غیره می‌باشد و چهار دسته دیگر از انواع بیماری‌های روانی، یعنی روان نژندی، اختلالات شخصیت، اختلالات روان تنی و عقب افتادگی‌های ذهنی به عنوان اختلالات روانی غیر از جنون تلقی می‌شوند (حکمت، ۱۳۷۶، ص ۱۳۳؛ فدایی، ۱۳۸۰، ص ۸۰؛ فرزاد بیرجندی، ۱۳۸۳، ص ۱۹۰ و کی‌نیا، ۱۳۷۴، ص ۳۹۹).

به نظر برخی برای شناخت جنون، ضابطه و معیار مشخصی وجود ندارد، ولی می‌توان گفت: «جنون عبارت است از زایل شدن عقل، یا اختلال یا ضعف شدید آن که اگر منجر به عدم ادراک گردد، موجب سلب مسئولیت خواهد گردید. جنون و رفتارهای ناهنجار انحرافی دارای مفاهیمی نسبی هستند. دیوانگی، سلامت درک و

^۱- افسردگی (depression) به کاهش فعالیت حیاتی یا عملی که در روانپزشکی به احساس غم بیمارگونه یا ملانکولی اطلاق می‌شود (دورلند، ۱۳۷۶، ج ۱، ص ۳۳۵).

^۲- اختلالات هذیانی (paranoia) نوعی اختلال ذهنی که با هذیان‌های منظم که به صورت سیستمی درآمده‌اند و بر زندگی روزانه بیمار اثر دارند مشخص می‌شود. این هذیان‌ها شامل هر چیزی است که در اطراف بیمار باشد. غالباً جز این قسمت هذیانی بقیه شخصیت بیمار دست نخورده باقی می‌ماند (دورلند، ۱۳۷۶، جلد ۲، ص ۹۶۰).

^۳- صرع (epilepsy) بیماری است که با یک یا تمام علائم زیر مشخص می‌شود: اختلال یا از دست رفتن ناگهانی شعور، تکان‌های عضلانی غیر ارادی (تشنج)، اختلال حسی یا روانی. تشنج ممکن است موضعی یا عمومی باشد. این علائم ناشی از تخلیه الکتریکی ناهنجار مغز می‌باشد. از نظر منشاء پیدایش ممکن است ارثی (اولیه، ایدیوپاتیک کریپتوژنیک) و یا اکتسابی (صرع علامتی) باشد. از نظر مکانیسم فیزیولوژیک یا عضوی است. از نظر خصائص بالینی به ۴ دسته تقسیم می‌شود: ۱- صرع بزرگ یا گراند مال که با از بین رفتن هوشیاری و تشنج عمومی همراه است. ۲- صرع کوچک یا پتی مال که با تیرگی شعور و بدون تشنج مشخص می‌شود. ۳- صرع جاکسونی یا موضعی که در آن تشنجات از یک گروه عضلانی شروع شده یا موضعی می‌ماند و یا اینکه با نظم خاصی به سایر عضلات گسترش می‌یابد و ممکن است با از بین رفتن هوشیاری توأم باشد (دورلند، همان، ص ۴۶۳).

^۴- alzheimer

شعور را از میان می برد و دیوانه از ارزیابی و اندازه گیری و فهم نتایج امور و مسائل زندگی عاجز است. خوبی و بدی و سود و زیان و مصلحت و مفسده را از هم تشخیص نمی دهد و معمولاً با نوعی هیجان روحی و پریشانی حال و آشفتگی همراه است». به نظر برخی: «از نظر فنی، جنون نوع خاصی از اختلال مغزی است به طور منجز و معین و مرض هوش و فهم است و عبارت از ضعف قوای دماغی است که ممکن است بر اثر پیری یا برخی از بیماری ها مثل فلج عمومی پدید آید» (ملک اسماعیلی، ۱۳۵۳، ص ۱۰۸). به نظر برخی دیگر: در هر جامعه ای ناتوانی شدید فرد را در تطبیق دادن رفتار و فکر خود با معیارها و ضوابط جاری زمان، انحراف و در موارد بارزتر جنون می نامند» (صانعی، ۱۳۸۲، ص ۵۰۳).

به این ترتیب از توجه به مطالب فوق الذکر می توان نتیجه گرفت که عبارت های مندرج در ماده ۳۶ قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲ (فقدان شعور، اختلال تام قوه تمیز و اراده) با معیارهای علمی در مورد جنون و بیماری های روانی انطباق بیش تری داشته اند. همچنین به نظر می رسد که در مورد جنون نباید فقط به مفهوم فنی و پزشکی آن توجه کرد، بلکه باید به مفاهیم فرهنگی و اجتماعی نیز توجه نمود. به این اعتبار است که گفته می شود: بخشی که روانشناسان و روانپزشکان در این زمینه انجام می دهند، تقسیم بندی رفتارهای بهنجار و نابهنجار به جای اصطلاح جنون و عقل در حقوق، کیفری است. روانشناسان سازگاری فرد را در برابر محیط مورد توجه قرار داده و این سازگاری را بهنجاری تلقی می کنند. این دانشمندان معتقدند که بعضی از رفتارهای نابهنجار از بیماری یا آسیب دستگاه عصبی ناشی می شوند، مانند رفتارهای ناشی از اختلال های روانی عضوی، اسکیزوفرنیایی، پارانویایی و ... و برخی دیگر، ریشه در محیط های اجتماعی نامطلوب و تجارب ناصحیح یادگیری دارند (اتکینسون و دیگران، ۱۳۷۰، ص ۱۹۰-۱۸۹). به نظر برخی، «نابهنجاری که بر اساس آن، شخص دیوانه اعلام می شود، بیش تر مبتنی بر ناتوانی شخص در قضاوت بین درست و نادرست

و یا ناتوانی وی در کنترل رفتار خود است که از بیماری یا آسیب دستگاه عصبی ناشی می‌شود» (جباری، ۱۳۷۶، ص ۱۴۳).

منظور از فقدان شعور فقدان قوه فهم و درک مسائل است. عدم توان تشخیص واقعیت از غیر واقعیت مشمول این عنوان است. اختلالات ادراکی مانند تحریف ادراک و توهمات و اختلالات مربوط به محتوای تفکر، مانند هذیان و اختلالات مربوط به هوشیاری داخل در این معنا هستند. در این حالت شخص مبتلا نسبت به درک ارتباط معمولی امور و اشیا توانمند نیست و از درک ساده ترین مسائل هم عاجز است.

اختلال تام قوه تمیز ناظر به حالاتی است که شخص توان تشخیص خوب و بد و مفید و مضر از همدیگر را ندارد و نمی‌تواند درباره امور مختلف قضاوت کند و «اگر شخصی قدرت بر تمیز و انتخاب ارادی را از دست داده باشد، نمی‌توان او را برای فعلی که مرتکب شده است، سرزنش کرد» (اردبیلی، ۱۳۸۰، ص ۷۵). برخی این اختلال را ناشی از پرورش یافتن در فرهنگ‌ها و محیط‌های مختلف جامعه می‌دانند؛ چون ارزش‌ها و هنجارها و معیارهای اجتماعی نسبی هستند و ماهیت رفتار افراد هم معلول اجتماعی شدن آنان در گروه‌ها و محیط‌های خاص اجتماعی است. به این ترتیب ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی شخصی که در یک محیط خاص اجتماعی پرورش می‌یابد و اجتماعی می‌شود با شخصی که در محیط دیگر رشد می‌کند، متفاوت خواهد بود. بنابر این، اگر زندگی کردن در یک محیط خاص اجتماعی مستلزم فراگیری رفتارهای مجرمانه به عنوان روش معمولی رفتار اجتماعی بوده باشد، مجازات شخصی که بر اثر پرورش یافتن در چنین محیطی دست به ارتکاب جرم می‌زند، غیراصولی و غیرمنصفانه خواهد بود. به این ترتیب، اختلال تام قوه تمیز در مورد کسانی که در فرهنگ‌ها و محیط‌های متفاوت یک جامعه پرورش یافته‌اند، قابل تصور است و در صورت احراز باعث رفع مسئولیت جزایی خواهد شد، به شرط آن که اختلال واقعی و در حین ارتکاب جرم موجود باشد (صانعی، ۱۳۸۲، ص ۵۱۳).

اختلال تام اراده نیز می تواند به وسیله هر چیزی همانند خواب اعم از طبیعی یا مصنوعی، مستی و استعمال مواد مخدر ایجاد شود. سبب ایجاد مؤثر در مقام نیست و آنچه مهم است وجود اختلال در اراده است.

گفتار دوم: ارتباط جنون و عنصر روانی

در کتابهای حقوق کیفری عمومی معمولاً بحث عنصر روانی جرم را در مرحله پس از عنصر مادی مطرح می کنند. علت این ترتیب، ارتباطی است که بین بحث عنصر روانی و مسائل مربوط به مسئولیت کیفری وجود دارد و آلاً علی القاعده بحث عنصر روانی مقدم بر بحث عنصر مادی است؛ چون شخص ابتدا قصد مجرمانه پیدا می کند و سپس قصد مزبور را در عالم خارج ظاهر می کند؛ ولی در هر حال، اعم از این که بحث عنصر روانی قبل یا بعد از عنصر مادی مطرح شود بین عنصر روانی و مباحث مسئولیت کیفری ارتباط تنگاتنگی وجود دارد و به این اعتبار در این گفتار ارتباط جنون به عنوان یکی از مباحث اصلی مربوط به مسئولیت کیفری و عنصر روانی جرم را مطرح می کنیم.

بین جنون و عنصر روانی جرم ارتباط نزدیکی وجود دارد. به این اعتبار که برای تحقق عنصر روانی وجود مبانی خاصی، از جمله قابلیت تفکر و فکر، لازم است و با توجه به اختلالی که در قابلیت تفکر و فکر مجانین ایجاد می شود، اساساً امکان درک ماهیت عمل ارتكابی برای این افراد نیز وجود ندارد.

ورود افراد به قلمرو حقوق کیفری مستلزم وجود شرایطی است و بدون وجود این شرایط حقوق کیفری که حقوق جرایم و مجازات هاست، نمی تواند افراد را مجازات نماید. افرادی واجد شرایط تلقی می شوند که قدرت تصمیم گیری و اندیشیدن در باره اوامر و منهیات قانون کیفری را داشته باشند. رشد جسمی یکی از این شرایط است و به این اعتبار قانونگذار سن معینی را مبنای مسئولیت کیفری اشخاص قرار

می‌دهد؛ ولی در کنار سن و مهم‌تر از آن، از عقل و اراده آزاد و آگاه به عنوان شرایط دیگر یاد می‌شود. برای اعمال قواعد حقوق کیفری، تنها رسیدن به سن معین کافی نیست، بلکه سن اماره قانونی بلوغ دماغی تلقی می‌شود و خلاف آن قابل اثبات است. «اراده عبارت است از قدرت و توانایی در تصمیم‌گیری. شخص هنگامی صاحب اراده است که این توانایی را داشته‌باشد که فعل و انفعال ذهنی خود را به جهت و نقطه معینی سوق دهد و در آن متمرکز نماید، عقلاً واجد این توانایی هستند. فلذا، از نظر حقوق کیفری مسؤول می‌باشند، در حالی که مجانین فاقد این توانایی هستند و بنابراین از نقطه نظر کیفری مسؤولیتی ندارند» (آزمایش، ۱۳۸۴).

چنان که گفته شد، عنصر روانی مبنای اصلی تحقق جرم و مسؤولیت کیفری را تشکیل می‌دهد؛ چون، قانونگذار در تعقیب کیفری افراد صرفاً به عنصر مادی جرم توجه نمی‌کند و فقط افرادی را تعقیب و نهایتاً قابل مجازات می‌داند که افراد ناقض قانون قصد نقض حکم قانونگذار را داشته‌باشند. این قصد در درجه اول مستلزم علم به حکم و در درجه دوم علم به موضوع و در درجه سوم خواست نقض حکم (سوء نیت عام) و در برخی جرایم علاوه بر این‌ها، خواست تحصیل نتیجه مجرمانه و در برخی دیگر داشتن انگیزه خاص است. به این اعتبار نمی‌توان گفت هر فردی که مرتکب عمل ممنوعه شده‌است، عنصر روانی لازم برای تحقق جرم را نیز داشته‌است.

همچنین، از نظر قانون افرادی می‌توانند دارای مسؤولیت کیفری باشند که قابلیت تفکر داشته‌باشند و بخواهند حکم قانونگذار کیفری را نقض کنند و افرادی که قابلیت تفکر نداشته‌باشند، از شمول بحث عنصر روانی و به تبع آن از بحث مسؤولیت کیفری خارج می‌شوند. با این حال قانونگذار، به خاطر مسؤولیتی که در جهت تأمین امنیت و برقراری نظم عمومی در جامعه دارد نمی‌تواند معتقد به جرم نبودن عمل ارتكابی از ناحیه این افراد باشد؛ چون همان خطری که از ارتكاب جرم از سوی افراد سالم متوجه

جامعه می شود از ارتکاب جرم از طرف مجانین نیز متوجه جامعه می شود (آزمایش، همان).

اگر متهم، همزمان دفاع جنون و فقدان عنصر روانی را به خاطر شرایط ناشی از اختلال ذهنی مطرح نماید و دلایل موجود نشان از ناتوانی متهم در تشخیص ماهیت و کیفیت اعمال انجام یافته به وسیله وی باشد، دلایل مزبور نه تنها دفاع جنون را اثبات خواهد کرد، بلکه در مورد پیش شرط لازم برای حالت ذهنی نیز شک معقولی ایجاد خواهد کرد.

به نظر می رسد که برای تبیین بهتر مطلب در مورد ارتباط عنصر روانی و جنون باید بین عنصر روانی جرم و لزوم اثبات سلامتی عقل در زمان ارتکاب عمل رابطه ای ایجاد کرد. به عبارت دیگر، لزوم اثبات سلامتی عقل در زمان ارتکاب جرم ارتباط تنگاتنگی با لزوم وجود عنصر روانی برای تحقق جرم دارد. به عبارت دقیق تر، باید گفت از آنجا که حقوق کیفری فقط (اساساً) اشخاصی را مسؤول می شناسد و مجازات می کند که قصد نقض حکم کیفری مقنن را داشته باشند و مجنون نمی تواند چنین قصدی را داشته باشد و از آنجا که دادستان مکلف به اثبات سوء نیت متهم است و شرط داشتن سوء نیت، داشتن عقل سالم است؛ لذا شرط لازم اثبات وجود چنین سوءنیتی اثبات مقدمات و مبانی آن است و اساسی ترین مبنا نیز عقل می باشد.

گفتار سوم: وضعیت جنون در سیر قانونگذاری

قوانین کیفری ایران در مورد بیماری های روانی و بخصوص جنون دارای نواقص زیادی می باشند و بررسی سیر قانونگذاری نشان دهنده آن است که قانونگذار در طول مدت قانونگذاری از سیاست جنایی واحدی تبعیت نکرده است (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۷۹، سیاست جنایی). برای روشن تر شدن بهتر وضعیت امر در حقوق ایران وضعیت را در دو قسمت وضعیت زمان ارتکاب جرم و زمان بعد از ارتکاب جرم مورد بررسی قرار

می‌دهیم. وضعیت زمان ارتکاب جرم را هم به ترتیب در قانون مجازات عمومی ۱۳۰۴، اصلاحی ۱۳۵۲ و قانون مجازات اسلامی ۱۳۶۱ اصلاحی ۱۳۷۰ مورد بررسی قرار می‌دهیم.

وضعیت زمان ارتکاب جرم

قانون مجازات عمومی ۱۳۰۴

اولین قانون مجازات عمومی ایران که به سال ۱۳۰۴ به تصویب رسید با الهام از افکار مکتب کلاسیک و نئوکلاسیک در ماده ۴۰ خود مقرر داشت: «کسی که در حال ارتکاب جرم مجنون بوده یا اختلال دماغی داشته باشد مجرم محسوب نمی‌شود و مجازات نخواهد شد، ولی در صورت بقای جنون باید به دارالمجانین تسلیم شود». همان گونه که ملاحظه می‌شود، قانونگذار در این ماده از دو لفظ جنون و اختلال دماغی استفاده کرده بود و می‌خواست توجه خود را به مفهوم موسعی از بیماری‌های روانی نشان دهد. به عبارت دیگر، قانونگذار سال ۱۳۰۴ بیماری‌های روانی موجب معافیت از مسئولیت کیفری را فقط در جنون محدود نکرده بود و برخی از افرادی را هم که مجنون تلقی نمی‌شدند، ولی داخل در مفهوم اختلال دماغی بودند از مسئولیت کیفری مبرا می‌دانست؛ ولی ایرادی که بر قانون مزبور وارد بود، آن است که از نظر قانونگذار سال ۱۳۰۴ شخص در حین ارتکاب جرم یا سالم و متعارف بود یا دیوانه و مختل المشاعر و فرض حد وسط را ننموده بود؛ چون، اگر اختلال دماغی را شامل کلیه بیماری‌هایی که قوه عقل و اراده را به طور کامل زایل نمی‌کنند، ولی فرد را از حالت انسانی سالم خارج می‌نمایند، بدانیم؛ در این صورت این مشکل مطرح می‌شود که چرا باید این افراد را که شرایط رفع کامل مسئولیت را ندارند از مجازات معاف نمود. از طرف دیگر اگر این اختلال را شامل حال این بیماری‌ها ندانیم این سؤال مطرح می‌شود که چرا باید مسئولیت این افراد با افراد کاملاً عادی سالم و برابر باشد. پس بهتر بود قانونگذار مقصود خود را از جنون و اختلال دماغی بیان می‌نمود. ایراد دیگری که بر

قانون مزبور وارد بود، آن است که در قسمت اخیر ماده ۴۰ فقط از لزوم اعزام مجانین به دارالمجانین صحبت کرده و مشخص نکرده بود که در مورد افراد دارای اختلال دماغی که با وجود معافیت از مجازات برای جامعه ایجاد مشکل می نمایند، چه باید کرد. تا این که قانون اقدامات تأمینی ۱۳۳۹ با مجاز شمردن تعیین اقدامات تأمینی برای کلیه مجرمین خطرناک اعم از این که قانوناً مسؤول باشند یا نه؛ این نقیصه قانون ۱۳۰۴ را مرتفع نمود.

به نظر می رسد که بیشترین دلالت اصطلاح «اختلال دماغی» از بین اختلالات روانی غیر از جنون، بر عقب ماندگی های شدید ذهنی، افسردگی های شدید و هیستری های انتزاعی است که در آن شخص قدرت تمیز و اراده خود را به طور کامل از دست می دهد. با این حال، دلالت این اصطلاح بر سایر بیماری های روانی که با تأثیر بر دارندگان خود منجر به ارتکاب جرم می شود، ولی شخص به طور کامل اراده و قدرت تمیز خود را از دست نمی دهد، نظیر جنون دزدی و جنون اخلاقی، دور از ذهن نخواهد بود. به این اعتبار است که برخی از حقوقدانان منظور از اختلالات دماغی را بیماری هایی نظیر جنون اخلاقی، بیماری های مربوط به اراده، خواب، مستی کری و لالی می دانند (باهری، ۱۳۴۰، ص ۲۴۳). مجنون اخلاقی در حالی که از قوه عاقله متعارفی برخوردار است و در اراده او هم به میزانی که رفع تقصیر کند، نقص و عیبی وجود ندارد؛ ولی از نعمت وجدان سالم که خوب و بد و حسن و قبح را تشخیص دهد، محروم است و بدین جهت از ارتکاب جرم پروایی ندارد و مبتلایان به بیماری اراده دارای قوای عاقله کامل و متعارفی می باشند؛ لیکن تسلیم هیجان و وسواس می شوند و گاهی هیجان و وسواس آنها را به ارتکاب جرم سوق می دهند، نظیر جنون دزدی (استفانی و دیگران، ۱۳۷۱، ص ۵۲۲). کسی که جنون دزدی دارد وقتی چیزی را می رباید که نه به آن احتیاج دارد و نه حتی آرزوی آن را می کند، از لحاظ جنسی تحریک می شود (همان، ص ۱۸۶).

قانونگذار در این ماده به جای عبارت «معافیت از مسئولیت کیفری» از عبارت «مجرم محسوب نمی‌شود و مجازات نخواهد شد»، استفاده کرده‌بود. در تفسیر این لفظ حقوق‌دانان نظرات متفاوتی ارائه کرده‌بودند. برخی با این استدلال که بیماری‌های مورد اشاره قانونگذار (جنون و اختلال دماغی) تقصیر را که جزء لاینفک و جدایی ناپذیر عنصر معنوی است، زایل می‌نماید، مقصود مقنن را به مجرم نبودن بیماران مزبور به معنای واقعی کلمه تعبیر کرده‌اند (باهری، ۱۳۴۰، ص ۲۴۰) و برخی دیگر، با اعتقاد به این که جنون مانع انتساب جرم ارتكابی به مرتکب است (نه مانع تحقق جرم)، مقصود قانونگذار را به معافیت از مسئولیت تعبیر کرده‌اند (صانعی، ۱۳۸۲، ص ۵۱۲).

صرف نظر از این که قانون مجازات ۱۳۰۴ چه منظوری از عبارت «مجرم محسوب نمی‌شود» داشته‌است؛ به نظر می‌رسد فی الواقع نباید عمل مجنون را جرم تلقی کرد؛ چون اگر برای تحقق جرم وجود سه عنصر قانونی، مادی و معنوی را لازم بدانیم، از بین سه عنصر مزبور مجنون فاقد عنصر معنوی است؛ زیرا برای این که شخصی بتواند عنصر معنوی داشته‌باشد، باید قابلیت تفکر را هم به طور بالقوه و هم به طور بالفعل داشته‌باشد و مجنون هم به طور بالقوه و هم به طور بالفعل فاقد قابلیت تفکر است و کسی که توان فکر کردن نداشته‌باشد، نمی‌تواند فکر، که پایه و مبنای قصد مجرمانه است، داشته‌باشد؛ و از این رو نمی‌تواند دارای سوء نیت^۱ که جزء اساسی عنصر روانی است، باشد.^۲

^۱ - malice aforethought

^۲ - ممکن است ایراد شود که اگر مباشر فاقد عنصر روانی باشد و عمل او را نتوان جرم تلقی کرد، پس تکلیف فردی که معاون وی در انجام دادن عمل مجرمانه بوده است، چه خواهد شد؟ در پاسخ باید گفت: در این حالت، فردی که علی‌الظاهر معاون تلقی می‌شود فی الواقع مباشر معنوی جرم می‌باشد. این تفسیر در کلیه شقوق معاونت قابل پذیرش می‌باشد و نباید پنداشت که در مورد تسهیل وقوع جرم (که مثال بارز آن به این صورت است که شخصی کشیک می‌دهد تا در صورت رسیدن پلیس مباشر را

ولی ظاهراً قانونگذار از این نظریه تبعیت نکرده و عمل وی را جرم تلقی می کند و فقط وی را از مسئولیت کیفری مبرا می داند. دلیل جرم تلقی کردن عمل مجانین آن است که قانونگذار نمی تواند به آثار اجتماعی عمل انجام یافته از سوی مجانین بی تفاوت باشد؛ چون همان اثر منفی ای که از عمل مجرمانه افراد سالم در جامعه ایجاد می شود، از عمل مجرمانه ارتكابی از سوی مجانین نیز ایجاد می شود. قانونگذار فقط در نوع واکنشی که در مقابل عمل مجرمانه ارتكابی از سوی مجانین از خود نشان می دهد، تفاوت قائل شده و به جای آن که با شدت عمل با مجانین برخورد نماید، با ملاطفت با آنان برخورد می کند. از این رو در ماده ۱ قانون اقدامات تأمینی مصوب ۱۳۳۹ اعمال اقدامات تأمینی را در مورد مجانین خطرناک نیز اجازه می دهد (آزمایش، ۱۳۸۴).

قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲

قانونگذار سال ۱۳۵۲ با الهام از افکار نوینی که بر اثر ظهور مکاتب جرم شناختی در جامعه مطرح شده بود، اقدام به اصلاح ماده ۴۰ قانون مجازات مصوب سال ۱۳۰۴ کرد و در فصل هشتم قانون مجازات عمومی تحت عنوان «حدود مسئولیت جزایی» در قالب ماده ۳۶ مقرر داشت:

«الف) هرگاه محرز شود مرتکب جرم حین ارتكاب به علل مادرزادی یا عارضی فاقد شعور بوده، یا به اختلال تام قوه تمیز یا اراده دچار باشد مجرم محسوب نخواهد شد و در صورتی که تشخیص داده شود چنین کسی حالت خطرناک دارد، به

مطلع کند؛ قابل اعمال نیست؛ چون آنچه مهم است این که فردی که به دستور فردی دیگر مرتکب اعمالی می شود در صورتی فاقد قوه عقل و تمیز به حساب می آید که اگر صغیر و مجنون نبود مرتکب اعمال مزبور نمی شد. در واقع در این حالت نیز مباشر معنوی، از صغیر یا مجنون به عنوان آلت ارتكاب جرم استفاده می کند؛ چون وی قدرت تمیز خوب و بد را ندارد، برای مثال، از وی می خواهد که کشیک بدهد و هر موقع پلیس آمد، وی را مطلع کند.

دستور دادستان تا رفع حالت مذکور در محل مناسبی نگاهداری خواهد شد و آزادی او به دستور دادستان امکان پذیر است.

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

ترتیبی که در این مورد در ذیل بند (ب) ماده ۳۶ احصا شده بود، بر تخفیف مجازات چنین شخصی دلالت داشت. به این ترتیب قانونگذار در مورد دسته دوم مجازات را تخفیف می‌داد. به عبارت دیگر، مبتلایان به اختلال نسبی شعور یا قوه تمیز یا اراده از مسؤولیت تخفیف یافته برخوردار بودند.

در بند (الف) این ماده، قانونگذار به جای عبارت «بیماری‌های مادرزادی یا عارضی» از عبارت «علل مادرزادی یا عارضی» استفاده کرده بود و معلوم است که عبارت «علل» وسیع‌تر از عبارت «بیماری‌ها» می‌باشد و می‌تواند شامل مواردی نیز بشود که بیماری تلقی نمی‌شوند، ولی باعث ایجاد اختلال تام در قوه تمیز، شعور یا اراده می‌شوند. به عبارت دیگر، جنبه مرضی موضوع مورد توجه نبوده است. برای مثال، اگر اختلال ناشی از علل اجتماعی، خانوادگی و تربیتی باشد نیز مشمول حکم ماده (علل عارضی) خواهد بود.

منظور از علل مادرزادی، صفاتی هستند که از بدو تولد در انسان موجود باشند. قسمتی از این صفات بین انسان و حیوان مشترک است و غرایز را تشکیل می‌دهد و برخی دیگر مخصوص انسان‌هاست (سعید نفیسی، ۱۳۳۴، ص ۵۲۸)؛ و بدیهی است که در این ماده صفات اخیر الذکر مورد نظر بوده است. به این ترتیب، علل مادرزادی جمیع غوارض ارثی و ناهنجاری‌ها و حوادث ضمن زایمان و ویژگی‌های نژادی فی‌الجمله آنچه را فرد در لحظه تولد با خود دارد، شامل می‌شود و عبارت علل عارضی نیز کلیه حالات روانی غیردائمی و حادث را در بر می‌گیرد.

قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲ از جهت استعمال عبارت سایر بیماری های روانی غیر از جنون ساکت بود؛ ولی کلیت احکام مقرر در مورد اختلال تام یا نسبی شعور، قوه تمیز و اراده به حدی بود که شامل کلیه بیماری های روانی اعم از جنون و درجات خفیف تر آن می شد. از این رو می توان احکام قانون مزبور در مورد بیماری های روانی را کامل و منطبق با قواعد علمی روز نامید؛ ولی متأسفانه قانونگذار دوره بعد از انقلاب اسلامی، بدون هیچ دلیل منطقی به یکباره تمامی قواعد مزبور را به کنار نهاد.

قوانین کیفری پس از انقلاب اسلامی

همان گونه که گفته شد، ماده ۲۷ قانون راجع به مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۶۱ از اصول مربوط به معافیت از مسئولیت یا مسئولیت تخفیف یافته در مورد بیماری های روانی صرف نظر و به بیان حکمی کلی در مورد جنون اکتفا کرد. طبق ماده مزبور: «جنون به هر درجه که باشد موجب عدم مسئولیت کیفری است» و طبق تبصره ماده مزبور: «در مورد جنون ادواری، جنون در حین ارتکاب جرم شرط است» همین حکم با تغییرات جزئی در ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی سال ۱۳۷۰ تکرار شده است. طبق ماده ۵۱ قانون مزبور، «جنون در حال ارتکاب جرم، به هر درجه که باشد رافع مسئولیت کیفری است». و طبق تبصره ۲ این ماده: «در جنون ادواری شرط رفع مسئولیت کیفری جنون در حین ارتکاب جرم است».

چنین به نظر می رسد که از نظر مقنن دوره پس از انقلاب اسلامی مجرمین یا دچار جنون هستند یا افرادی کاملاً سالم، و حد وسطی وجود ندارد. علی الظاهر معادل علمی جنون، در روانپزشکی «روانپریشی» است. قانونگذار در بیان عدم مسئولیت مجرمان روانپریش به حدی افراط نموده است که فرقی بین یک روانپریش ساده (اسکیزوفرنی ساده) و روانپریش کامل قائل نشده است. آنچه مهم است این که فرد روانپریش تلقی شود و درجه و شدت و ضعف آن مؤثر در مقام نیست. بدیهی است که

وضع چنین حکمی با اصول و قواعد قانونگذاری کم‌ترین ارتباطی ندارد. لذا، بهتر است قانونگذار از این گونه انشای حکم نادرست و مغایر با موازین قانونگذاری دست بردارد و بین درجات مختلف جنون یا روانپریش قائل به تفصیل شود. معاف شناختن روانپریشان خفیف از کل مسئولیت کیفری کاری غیر عقلایی به نظر می‌رسد.

ایراد دیگری که به قانونگذار دوره پس از انقلاب وارد است این که به سایر بیماری‌های روانی غیر از جنون یا روانپریشی هیچ عنایتی نکرده‌است. هر چند به نظر برخی از حقوق‌دانان، مقنن سعی کرده‌است با استعمال عبارت «جنون به هر درجه که باشد...»، تمام بیماری‌های روانی را که در مرز سلامتی و جنون قرار دارند، مشمول معافیت قرار دهد (نوربها، ۱۳۸۱، ص ۳۴۰). ولی بدیهی است که بیماری روانی مفهومی وسیع‌تر از جنون دارد؛ در حالی که اگر ما خود را به تعبیر قانون محدود کنیم، اگر داخل مفهوم جنون باشد، از مسئولیت کیفری مبرا خواهد بود و اگر خارج از مفهوم جنون باشد، دارای مسئولیت کیفری کامل خواهد بود و نمی‌توان افرادی را تصور کرد که در مرز جنون باشند، مضافاً این که در جامعه افرادی وجود دارند که از برخی بیماری‌های روانی رنج می‌برند، بدون آن که بیماری آنان داخل در مفهوم جنون باشد. قائل شدن مسئولیت کیفری کامل برای این بیماران، به همان اندازه غیر عادلانه است که بیماران روانپریش جزئی را به طور کامل از کل مسئولیت کیفری مبرا بدانیم.

اگر مبنای معافیت بیماران روانپریش، تباهی عقل یا فقدان اراده آزاد و آگاه و عدم امکان تشخیص آنان باشد، این معیار می‌تواند در مورد بسیاری از بیماران روانی دیگر نیز صادق باشد. برای مثال، افراد مبتلا به عقب ماندگی های شدید ذهنی، هیستری‌های انتزاعی و افسردگی های شدید، از این نوع هستند، بنابراین نباید بین آنان و سایر بیماران روانی تفاوتی وجود داشته باشد.

به نظر می‌رسد که قانونگذار، به منظور رعایت اصول و موازین اسلامی، خاصه شرایط عامه تکلیف، جنون را به معنای زوال عقل که با مفهوم عرفی دیوانگی مترادف

است، استعمال کرده است (ولیدی، ۱۳۷۱، ص ۱۴۵) و با توجه به این که سایر بیماری های روانی که امروزه در جامعه پزشکی شناخته شده اند، برای جامعه فقهی زمان قدیم ناشناخته بوده است، یا اساساً برخی از بیماری های روانی به لحاظ مشکلاتی که بشر امروزی در جامعه صنعتی به آنها مبتلا می شود، در جامعه سنتی زمان قدیم زمینه ابتلا نداشته، لذا فقه هم در این مورد نیازی به بیان حکم نمی دیده است.

برای حل این مشکل، می توان دو راه حل تصور نمود:

راه حل اول این که، برای جنون مفهومی حقوقی قائل شویم و خود را فقط در چارچوب مفهوم علمی و روانپزشکی آن محصور نکنیم، بخصوص آن که، هر چند جنون مفهومی فنی است و روانپزشکان باید مفهوم و مصادیق آن را معین نمایند، ولی باتوجه به این که مفهومی نسبی و فرهنگی است (صانعی، ۱۳۸۲، ص ۵۰۱)، باید آن را در بطن فرهنگی یک جامعه مورد توجه قرار داد و باتوجه به این که قانونگذار نیز مرجع تشخیص جنون را با وجود فنی بودن آن نهایتاً دادگاه قرار داده است، دادگاه می تواند در ارزیابی نظر روانپزشکان به فرهنگ حاکم بر محلی که بزهکار در آن محل مرتکب بزه شده است، توجه کند.

راه حل دوم که شاید مخالفت کمتری را برانگیزد، استفاده از کیفیات مخففه بر اساس ماده ۲۲ قانون مجازات اسلامی است. بدین توضیح که قانونگذار در بند ۵ ماده ۲۲ قانون مجازات اسلامی «وضع خاص متهم و سابقه او» را به عنوان یکی از کیفیات مخففه مورد توجه قرار داده است. عبارت مزبور به حدی وسیع است که تاب تفاسیر مختلف را دارد و قاضی می تواند در استناد به آن حالت های مختلف را مورد توجه قرار دهد. به عبارت دیگر، می توان گفت که بند ۵ از نظر مفهومی و در مقایسه با بندهای دیگر وسیع ترین بند ماده ۲۲ است.

براین اساس، یکی از حالت‌هایی که قاضی می‌تواند موقع تعیین مجازات مورد توجه قرار دهد، ابتلای متهم به بیماری‌های روانی غیر از جنون است.^۱ به این اعتبار، شدت و ضعف بیماری روانی می‌تواند قاضی را به سوی تخفیف کم‌تر یا بیش‌تر رهنمون کند. با این کیفیت، قاضی می‌تواند وضعیت بیماران روانی غیر از جنون را به مفاهیم موضوع ماده ۳۶ قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲ نزدیک‌تر نماید؛ ولی بدیهی است که ماهیت تصمیمی که دادگاه بدین نحو اتخاذ می‌کند، با ماهیت تصمیمی که بر اساس ماده ۳۶ می‌توانست اتخاذ کند، کاملاً متفاوت است.

وضعیت پس از ارتکاب جرم

مطابق بند اول ماده ۸ قانون آیین دادرسی کیفری ایران مصوب ۱۲۹۰ که در حال حاضر فقط در مورد دادگاه‌های نظامی اجرا می‌شود و در مورد دادگاه‌های عمومی و انقلاب منسوخ شده است، جنون متهم یا مقصر از موارد موقوفی تعقیب شناخته شده بود، و طبق ماده ۸۹ قانون مزبور «هرگاه در ضمن تحقیقات، مستنطق مشاهده نماید که متهم مجنون یا مشاعرش مختل است، به توسط طبیب تحقیقات لازمه را به عمل آورده و بعد از استعلام از کسان و اقربای او مراتب را در صورت مجلس قید کرده و دوسیه کار را نزد مدعی العموم ابتدایی می‌فرستد. مدعی العموم پس از مذاقه در دوسیه کار، هرگاه تحقیقات مستنطق و اهل خبره را کامل دید و از صحت آن مطمئن شد، تقاضانامه ترک تعقیب را به دایره استنطاق فرستاده و شخص مجنون یا مختل المشاعر را به اداره مقتضیه برای اقدام لازم می‌فرستد و اگر اطمینان به صحت تحقیقات حاصل نکرد، می‌تواند تحقیقات اهل خبره دیگر را بخواهد». همچنین طبق ماده ۹۰ قانون مزبور:

^۱ - قبلاً در گفتار مربوط به مفهوم جنون به بیماری‌های روانی غیر از جنون اشاره کردیم. برای اطلاعات بیش‌تر در این مورد، به گفتار مزبور مراجعه فرمایند. ضمناً برای اطلاع از وضعیت امر در حقوق کشورهای خارجی رجوع کنید به (صانعی، ۱۳۸۲، ص ۵۳۱-۵۲۲).

«هرگاه اثرات جنون یا اختلال مشاعر در متهم بعد از تحقیقات مقدماتی و استنطاق و قبل از محاکمه ظاهر شود، تحقیقات در خود محکمه جنحه یا جنایت به عمل می آید. نیز طبق قانون محکومین به جنون مصوب ۱۳۰۸: «هر محکوم به حبس که قبل از اتمام حبس دیوانه شود، پس از تصدیق طبیب قانونی فوراً به نزدیک ترین دارالمجانین که مقتضی باشد، منتقل خواهد شد. مدت اقامت در دارالمجانین جزء مدت محکومیت محسوب خواهد شد».

طبق ماده ۳۷ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ نیز: «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 جزء مدت محکومیت او محسوب خواهد شد. در صورت عدم دسترسی به بیمارستان روانی به تشخیص دادستان در محل مناسبی نگهداری می شود».

در ماده ۶ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۷۸ که در مقام بیان موارد موقوفی تعقیب و توقف اجرای مجازات است، جنون متهم یا محکوم علیه از موارد موقوفی تلقی نشده و فقط در تبصره ماده مزبور قید شده است که «هرگاه مرتکب جرم قبل از صدور حکم قطعی مبتلا به جنون شود تا زمان افاقه تعقیب متوقف خواهد شد.» به نظر می رسد که باید حکم تبصره را ناظر به جنون موقتی تعبیر کنیم و در مورد جنون دائمی باید نظر به موقوفی تعقیب و عدم اجرای مجازات بدهیم. ماده ۹۵ قانون مزبور نیز حکمی مشابه حکم ماده ۸۹ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۲۹۰ پیش بینی کرده است. ماده ۲۸۹ قانون مزبور جنون محکوم علیه پس از صدور حکم را موجب سقوط مجازات تعزیری نمی داند و تبصره ماده ۲۹۱ قانون مزبور نیز مقرر داشته است که «در صورت جنون، محکوم علیه تا بهبودی در بیمارستان روانی نگهداری می شود. ایام توقف در بیمارستان جزء مدت محکومیت محاسبه می شود.» با این کیفیت برای این که حکم

قانون آیین دادرسی کیفری با اصول حقوقی و علمی سازگاری داشته‌باشد، باید آن را ناظر به جنون موقتی بدانیم و در مورد جنون دائمی نظر به توقف اجرای مجازات بدهیم. ولی متأسفانه مواد ۹۵ و ۱۸۰ قانون مجازات اسلامی در مورد زنا و شرب خمر جنون محکوم علیه را موجب سقوط حد ندانسته‌اند، در حالی که «مجرم دیوانه قادر به درک مسائل نیست تا بر اثر مجازات از عمل خود متنبه گردد.^۱ به علاوه اصلاح حال او از نظر جزایی قبل از آن که سلامت کامل روانی خود را به دست آورد، امکان‌پذیر نیست. از طرف دیگر سایر افراد به خاطر مجازات او، عبرتی نخواهند گرفت، زیرا حالت او یک حالت استثنایی است و از نظر روانی افراد بهنجار و سالم بندرت خود را با مجرم دیوانه همانند می‌کنند» (صانعی، ۱۳۸۲، ص ۵۰۹).

گفتار چهارم: بار اثبات

طبق یک قاعده کلی دادستان مکلف به اثبات کلیه عناصر تشکیل دهنده جرم و از جمله عنصر روانی است. در ارتباط با جنون این بحث مطرح می‌شود که آیا متهم که مدعی جنون در حین ارتکاب جرم یا در مرحله بعد از ارتکاب جرم است، باید ادعای خود را اثبات کند یا دادستان باید سلامتی عقل متهم را اثبات نماید و صرف طرح دفاع جنون از ناحیه متهم کافی است؟ به عبارت دیگر در دفاع جنون تکلیف بار اثبات متوجه کیست؟ آیا مطابق اصل که مدعی باید ادعای خود را اثبات نماید، متهمی که ادعا می‌کند در حین ارتکاب جرم دچار جنون بوده‌است باید ادعای خود را اثبات نماید تا از

^۱- در این مورد باید دقت نمود که اگر هدف از اعمال مجازات اصلاح حال مجرم باشد، این نظر درست است؛ ولی اگر هدف از اعمال آن صرفاً سزادهی باشد، در این صورت تنبیه و تنبه لازم نیست و در نتیجه در زمان جنون نیز مجازات قابل اعمال خواهد بود؛ لکن در فقه اسلامی نیز در مواردی مثل رجم ناشی از اقرار مجرم، مجرم حق دارد در زمان اجرای مجازات از حفره خارج شود و فرار کند و در زمان جنون این حق از او دریغ خواهد شد.

مسئولیت کیفری مبرا شود، یا دادستان مکلف است که مردود بودن ادعای متهم را اثبات نماید؟

از طرح این بحث نباید چنین نتیجه گیری کرد که در اعتقاد به لزوم اثبات فقدان جنون از ناحیه دادستان فرض بر آن است که همه مردم مجنون فرض می شوند، مگر آن که خلاف آن ثابت شود؛ چون چنین فرضی عاقلانه و منطقی نیست. فرض مسأله آن است که دادستان مکلف به اثبات کلیه عناصر تشکیل دهنده جرم و شرایطی است که به موجب آن شخص قابل تعقیب است و یکی از این شرایط، آن است که متهم در حین ارتکاب جرم به آنچه انجام می داده، آگاه بوده است؛ چون وقتی که متهم در حین ارتکاب جرم از سلامتی کامل عقل برخوردار نباشد، نمی تواند از ماهیت و کیفیت عملی که انجام می دهد باخبر باشد و خوب و بد را تشخیص دهد و متعاقب ارتکاب عمل در مورد آن توضیح بدهد.

در حقوق ایران، قانون در مورد بار اثبات در دفاع جنون حکم صریحی ندارد و باید برای روشن شدن نحوه عمل به رویه قضایی مراجعه کنیم. بررسی برخی از آرای صادر شده در این مورد دلالت بر آن دارد که در برخی از آرای صادر شده، دادستان مکلف به اثبات سلامتی عقل و روان متهم شده است. برای مثال، شعبه دیوانعالی کشور در رأی شماره ۲/۳۳۵/۷۱ در قضیه مربوط به آدم ربایی چنین انشای رأی نموده است: «...مقبول نیست فردی در انظار مردم و در روز روشن با وسیله دو چرخ بتواند آدم ربایی کند و در صورتی که اقدامی به این صورت انجام گیرد، قطعاً متهم روان سالمی ندارد، کما این که در برخی گزارش ها به آن اشاره شده است و دادسرا و دادگاه موظف بوده با ارجاع امر به متخصص، ثبوت یا عدم ثبوت وصف مزبور را مشخص نماید...» (بازگیر، ۱۳۷۵، ص ۲۱۸) و در رأی شماره ۲/۶۷/۷۲ شعبه دیوانعالی کشور آمده است: «از مجموع مندرجات اوراق پرونده، بویژه گواهی های پزشکی و نظریه شورای پزشکی به نظر می رسد که مفهوم جنون از نظر عرف و لغت و شرع و قانون متغیر و به هر حال

قابل بررسی است و اصولاً محکومیت کسی که مسئول اعمالش نباشد و آن هم به این شدت محل تأمل بوده و با عنایت به منابع ادبی که جنون را به عنوان زایل شدن و تباه شدن عقل و کلمه تباه را به معنای ضایع و فساد ترجمه نموده و این که قانون مجازات سلب مسئولیت مجنون را به هر درجه که باشد قبول کرده؛ بنابراین تحقیق در این خصوص و عندالاقضاء کسب نظر مجدد پزشکی از حیث مفاهیم علمی و عرفی جنون و سلب مسئولیت ضرورت دارد» (همان، ص ۱۴۸).

همچنان که ملاحظه می‌شود، در این آرا دادگاه مکلف شده است، حتی اگر ادعای جنون از ناحیه متهم مطرح نشود و یا متهم هیچ دلیلی در مورد جنون ارائه ننماید، در مورد سلامت عقل وی تحقیق نماید. نباید چنین تصور کرد که اصل بر عدم سلامتی عقل یا جنون است، بلکه در حقوق ایران نیز همانند حقوق کشورهای دیگر اصل بر سلامت عقل است، ولی همان گونه که قبلاً گفته شد و از این آرا نیز استنباط می‌شود، سلامتی یا عدم سلامتی عقل مبنایی برای امکان وجود یا فقدان عنصر روانی جرم تلقی می‌شود و با فقدان این مبانی نمی‌توان از عنصر روانی صحبت نمود.

در رأی اولی، به تکلیف دادسرا و دادگاه در اثبات سلامتی عقل متهم تصریح شده و بار اثبات بر عهده آن‌ها نهاده شده^۱ و از رأی دوم نیز می‌توان استنباط نمود که بار اثبات عدم جنون بر عهده دادستان است و وی باید با ارجاع امر به پزشک متخصص اثبات نماید که متهم در کمال سلامتی عقل مرتکب عمل مجرمانه شده است.^۲

^۱- در این جا تعارض اصل و ظاهر مطرح است. اصل عدم جنون و ظاهر جنون که در چنین صورتی ظاهر مقدم بر اصل عدمی می‌باشد و بر دادستان است خلاف ظاهر را برای قرار مجرمیت یا صدور حکم به مجازات اثبات کند. لذا، این امری بر طبق قاعده بنظر می‌رسد.

^۲- در این جا استصحاب حال متهم که جنون می‌باشد اثبات شده است و حال که دادگاه به دنبال صدور حکم به مجازات است، باید زوال آن را که امر حادثی است اثبات کند. این امری مسلم است و بر طبق قاعده هم می‌باشد.

در رأیی دیگر از شعبه‌ای دیگر از شعب دیوان نیز به این مطلب اشاره شده و شعبه دیوان، طی رأی شماره ۷۱-۲۰/۷۹۸/۷۰ مقرر داشته است که «تجدیدنظرخواه اعلام نموده که مبتلا به بیماری روانی است و در یکی از بیمارستان‌ها در این خصوص دارای سابقه می‌باشد و نسبت به این قسمت نفیاً یا اثباتاً اتخاذ تصمیم نشده و روشن شدن کیفیت ادعای مزبور و صحت و سقم ابتلا به بیماری روانی در ماهیت قضیه مؤثر می‌باشد... لذا دادنامه نقض می‌شود» (بازگیر، ۱۳۷۵، ص ۳۵). ولی برخلاف این آرا که بصراحت به تکلیف دادستان در اثبات عدم جنون متهم یا تکلیف وی به توجه به ادله متهم بر عدم سلامت روان خود دلالت دارند؛ اداره حقوقی قوه قضائیه در پاسخ به سؤالی که از طرف رئیس شعبه ۳۴ دادگاه تجدیدنظر تهران صورت گرفته طی نظریه شماره ۷/۲۶۲۴ مورخ ۸/۴/۸۴ اعلام داشته است که «چنانچه متهم هنگام دفاع در هر مرحله مدعی وجود جهات رافع مسؤولیت کیفری یا معاذیر قانونی شود، مثلاً ادعا نماید که دچار جنون ادواری است و هنگام وقوع جرم در حال افاقه نبوده است، باید دلایل اثبات ادعای خود، از قبیل مدارک مربوط به مراجعه به پزشک و تحت درمان بودن، را اقامه کند و قاضی دادگاه به طرق مقتضی، از قبیل بررسی مدارک پزشکی قانونی، درباره صحت یا سقم ادعا و دلایل اثبات آن رسیدگی کند. اما در موارد بین مانند شمول مرور زمان تعقیب کیفری، حتی اگر متهم به امر مزبور توجه نداشته باشد، قاضی مکلف به رعایت قانون و اعمال مقررات مرور زمان است».

با این حال، به نظر می‌رسد نمی‌توان از این نظریه نیز استنباط نمود که بار اثبات ادعای جنون کاملاً بر عهده متهم می‌باشد، بلکه باید گفت: همین که متهم با ارائه مدارکی در قاضی دادگاه در سلامتی عقل خود به هنگام ارتکاب جرم ایجاد تردید نماید، دادستان مکلف به اثبات سلامتی عقل وی خواهد بود. در هر حال قضیه باید به متخصص امراض روانی ارجاع گردد و نمی‌توان به صرف این که متهم نتوانسته است جنون خود را اثبات نماید وی را برخوردار از مسؤولیت کیفری دانست. به عبارت

دیگر، آنچه متهم مکلف به آن است، ارائه مدارکی به دادگاه جهت ایجاد تردید در سلامتی عقل خود است و با این کیفیت بار اثبات از دوش متهم برداشته شده و بر عهده دادستان استقرار می‌یابد.

حتی در مواردی که متهم صحبتی در مورد عدم سلامتی روانی خود مطرح نمی‌کند، ولی دادگاه از طرز رفتار وی چنین استنباط می‌کند که وی از سلامتی عقل برخوردار نیست، باید در این مورد تحقیق نماید و نمی‌تواند سکوت متهم را نشانه سلامت روان وی قرار دهد. در واقع، اهمیت قضیه به حدی است که نمی‌توان براحتی از کنار آن گذشت. این اهمیت از آن جانشی می‌شود که در حقوق کیفری، برخلاف حقوق مدنی، بحث تصمیم‌گیری در مورد حقوق و آزادی‌های فردی مطرح است و اهمیت این حقوق و آزادی‌های فردی به قدری زیاد است که قانون اساسی ایران در قسمت اخیر اصل ۹ خود اجازه نمی‌دهد که حتی به بهانه حفظ استقلال و تمامیت ارضی کشور حقوق و آزادی‌های مشروع افراد نادیده گرفته شود. بنابراین، مجریان قانون کیفری باید با الهام از افکار قانون اساسی به نحوی عمل نمایند که تنها افرادی موضوع حقوق کیفری قرار گیرند که واجد کلیه شرایط لازم باشند.

نتیجه

حقوق جزا نمی‌تواند نسبت به پیشرفت‌های علمی که در جامعه صورت می‌گیرد بی‌اعتنا باشد. اگر در گذشته افرادی که امروزه باعتبار جنون یا بیماری‌های روانی از معافیت از مسئولیت یا مسئولیت تخفیف یافته برخوردارند، مجازات می‌شدند؛ عمدتاً ناشی از جهل به معیارهای علمی امروزه بوده‌است. پیشرفت‌های علمی، همانند همه حوزه‌های علوم دیگر علوم انسانی و علوم طبیعی، حقوق را نیز تحت تأثیر قرار داده‌است. این تأثیر پذیری را می‌توان در بحث تأثیر خواب، هیپنوتیزم، مستی، اکراه و اجبار، اضطراب و غیره مشاهده نمود.

بنابراین، تصمیم قانونگذاران کشورهای مختلف در جهت مسئول شناختن بیماران مزبور از نظر کیفری یا تخفیف در مسئولیت آنها ناشی از توجه به پیشرفت های علمی روز بوده است. لزوم توجه به پیشرفت های مزبور وابستگی حقوق کیفری به علوم روانی را آشکار می سازد. هر قدر که از عمر علوم روانی و روان پزشکی می گذرد، دانش بشری به موفقیت های نوینی در مورد تشخیص بیماری های روانی دست می یابد. ولی قانونگذار ایران در دوره پس از انقلاب، نسبت به موازین علمی تا اندازه ای بی اعتنا بوده است. برغم آن که، مقررات قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲ در این مورد تا اندازه خیلی زیادی با موازین علمی سازگار بود، ولی قانونگذار پس از انقلاب اسلامی اصول علمی مقرر در قانون سال ۵۲ را به کنار نهاد و مقرراتی را تصویب کرد که در عمل در برخی موارد ایجاد مشکل نموده است.

قانونگذار پس از انقلاب، بیمارهای روانی غیر از جنون را از بحث عوامل مانع مسئولیت یا تخفیف مسئولیت به کنار نهاده است. همین امر باعث ایجاد مشکل در مواردی می شود که بیماری روانی فرد خیلی شدید است، ولی داخل در مفهوم جنون نیست. در چنین مواردی دادگاه حداکثر ارفاقی که می تواند بکند آن است که به کیفیات مخففه موضوع ماده ۲۲ قانون مجازات اسلامی استناد کند. در وضعیت فعلی استناد به کیفیات مخففه در مورد بیماری های روانی غیر از جنون می تواند همان نتیجه ای را داشته باشد که اعمال مقررات مربوط به مسئولیت کاهش یافته در قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲ در برداشت. به این ترتیب، قضات باید در عمل این خلاء قانونی را به این نحو پر کنند. بدیهی است راه حل معقول توجه قانونگذار به معیارهای علمی منطبق با پیشرفت زمان و رفع نقص از قانون مجازات اسلامی است. قانونگذار می تواند همانند قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲ بین درجات مختلف بیماری های روانی قائل به تفصیل شود و بیماران روانی غیر از جنون را تابع احکام جداگانه ای قرار دهد، تا همانند قانون سال ۱۳۵۲ بحث کاهش مسئولیت در مورد آنان مطرح شود و نه بحث

کاهش مجازات در قالب کیفیات مخففه. چون این نحوه عمل به موازین علمی نزدیک‌تر است.

بهرتر است از جهت بار اثبات نیز مقررات روشنی وضع شود. روشن شدن وضعیت بار اثبات و درواقع تصریح به تکلیف دادستان به اثبات سلامت روان متهم نوعی حمایت از متهم در مقابل دادستان تلقی می‌شود.

مآخذ

آزمایش، علی، تقریرات درس حقوق کیفری اختصاصی، کلاس های آزاد، دوره کارشناسی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ۱۳۸۳.

آزمایش، علی، تقریرات درس حقوق کیفری عمومی، دوره کلاس های آزاد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ۱۳۸۴.

اتکینسون، ریتال و دیگران، زمینه روانشناسی، ترجمه محمدتقی براهنی و دیگران، جلد دوم، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۷۰.

اردبیلی، محمد علی، حقوق جزای عمومی، جلد دوم، تهران، نشر میزان، ۱۳۸۰.

استفانی، گاستون، لواسور ژرژ و برنارد بولک، حقوق جزای عمومی، ترجمه حسن دادبان، جلد اول، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۷۷.

ایبراهیمسن، دیوید، روانشناسی کیفری، ترجمه پرویز صانعی، تهران، گنج دانش، ۱۳۷۱.
بازگیر، یدالله، علل نقض آرای کیفری در شعب دیوانعالی کشور، تهران، نشر حقوقدان، ۱۳۷۵.

باهری، محمد، حقوق جزای عمومی، جلد دوم، تهران، چاپخانه برادران علمی، ۱۳۴۰.

بهرامی، غلامرضا، فرهنگ لغات و اصطلاحات روانپزشکی و روانشناسی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۴۵.

جباری، بهنام، بررسی عنصر معنوی جرایم عمدی در حقوق کیفری ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق کیفری و جرمشناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، زمستان ۱۳۷۶.

حکمت، سعید، روانپزشکی کیفری، تهران، نشر توس، ۱۳۷۴.

دورلند، ویلیام الکساندر نیومن، فرهنگ پزشکی انگلیسی-فارسی، ترجمه محمد هوشمند ویژه، چاپ هشتم، تهران، مؤسسه نشر کلمه، ۱۳۷۶.

ریموند گسن، بحران سیاست های جنایی، ترجمه علی حسین نجفی ابرند آبادی، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۱۰، سال ۱۳۷۱.

ساراسون، ایروین جی و باربارا ساراسون، روانشناسی مرضی، ترجمه بهمن نجاران و دیگران، جلد دوم، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۷۳.

صانعی، پرویز، حقوق جزای عمومی، تهران، طرح نو، ۱۳۸۲.

علی آبادی، عبدالحسین، حقوق جنایی، جلد دوم، تهران، انتشارات فردوسی، ۱۳۶۷.

فدائی، فرید، روانپزشکی برای همه، تهران، انتشارات بزرگمهر، ۱۳۸۰.

فرزاد بیرجندی، پروین، روانشناسی رفتار غیرعادی (مرضی)، تهران، انتشارات دهخدا، ۱۳۸۳.

کی نیا، مهدی، روانشناسی جنایی، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۷۴.

ملک اسماعیلی، عزیز الله، حقوق جزای عمومی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۵۳.

می ری دلماس مارتی، نظام های بزرگ سیاست جنایی، ترجمه علی حسین نجفی ابرند آبادی، تهران، انتشارات میزان، ۱۳۸۱.

نجفی ابرند آبادی، علی حسین، درآمدی به جنبه های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، مجموعه مقالات، همایش بین المللی علمی-کاربردی جنبه های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، جلد اول، تهران، نشر روزنامه رسمی کشور، ۱۳۷۹.

نجفی ابرند آبادی، علی حسین، درباره اصطلاح سیاست جنایی، (دیباچه) درآمدی به سیاست جنایی، کریستین لازرژ، تهران، نشر میزان، چاپ اول، بهار ۱۳۸۲.

نفیسی، سعید، فرهنگ نفیسی، جلد پنجم، تهران، افست مروی، ۱۳۳۴.

نوربها، رضا، زمینه حقوق جزای عمومی، چاپ ششم، تهران، نشر دادآفرین، ۱۳۸۱.

ولیدی، محمد صالح، حقوق جزا، مسئولیت کیفری، تهران، انتشارات امیر کبیر، ۱۳۷۱.