

مسایل حمایت کیفری از سلامت روان با تکیه بر چالش های نوپدید

(تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۵/۱۵، تاریخ تصویب ۱۴۰۰/۱۲/۱۲)

جواد منصوری نعلبندان^۱

دانش آموخته کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه اصول الدین قم

زهرا میرزایی یزدی

دانش آموخته کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه اصول الدین قم

چکیده

سلامت (اعم از جسمی و روانی) از اهمیت بسزایی برخوردار بودند و تامین آن برای اقشار جامعه از مسایل اساسی هر کشوری است که باید از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی مد نظر قرار گیرد. سلامت بر پایه تحقیقات علمی روان شناسی بنانهاده شده است. در صورتی که انسان از این نوع سلامت برخوردار نباشد و دچار بیماری روانی گردد، بایستی وی را از دیگران متمایز دانست. به عبارت دیگر، در جوامع متمدن بشری، انسان ها نیازمند حمایت در تمامی دوران زندگی خود می باشند؛ به طوری که در حین تولد یک شخص دارای حقوق می باشد. در عالم واقع انسان هایی هستند که از وضعیتی ویژه برخوردار می باشند و برای نائل شدن به حقوق واقعی خود اعم از حقوق فطری و یا اکتسابی نیازمند تدابیری هستند. مبتلایان به اختلالات روانی نیز از این امر مستثنا نیستند. آن ها عضوی از جامعه به شمار می روند که باید مورد توجه و حمایت قوانین قرار گرفته و همچنین به عنوان بیمار در معرض حقوق و آزادی های فردی و کرامت انسانی قرار گیرند. در حقیقت آن ها با مجرمینی که قوانین اجتماعی را زیر پا می گذارند تفاوت هایی دارند و از طرفی ممکن است دچار حالت خطرناک باشد و به افراد جامعه و آزادی های آن ها لطمه بزنند.

واژگان کلیدی: سلامت، روان، بیمار روانی، حمایت کیفری، چالش های نوین

مقدمه

در این پژوهش به چالش های حمایت کیفری از سلامت روان می پردازیم از جمله چالش نسبت به قوانین موضوعه و چالش نسبت به بیماران روانی و چالش های منفی نسبت به این بیماران پرداخته می شود

۱- چالش های حمایت کیفری از سلامت روان

۲- چالش نسبت به قوانین موضوعه

۲-۱- جدید نبودن قوانین

۳- چالش نسبت به بیماران روانی

۳-۱- تعریف مشخص از جنون

۴- نگرش منفی نسبت به بیماران روانی

۵- دیدگاه برجسته زنده و عدم ارائه خدمات سلامت روان

نیتجه گیری

پیشنهادهات

منابع و ماخذ

بخش اول: کلیات

بر اساس قوانین جدید قانون گذار رویکردی را در نظر گرفته که شامل اقدامات تأمینی و حمایتی به شکل هم زمان است به نحوی که هم وضعیت بیمار روانی را در نظر گرفته است و با وجود شرایط مختص فرد اقدام به مدیریت ریسک جرم می کند که در تمام مراحل مربوطه تصمیمات درخور و شایسته را اتخاذ نموده که بیشتر خطر مدار هستند و نه اصلاح مدار همین موضوع سبب شده تا قانون گذار به منظور در نظر گرفتن منافع جامعه و آزادی و حقوق افراد مختلف در جامعه رویکردی تأمینی و حمایتی را در نظر گیرد تا با به کار گرفتن دانش کافی از وضعیت و شرایط مرتکب جرم هم به حمایت و درمان او پردازد و هم اقداماتی بازدارنده و پیش گیرنده را به کار گیرد که در حقیقت با تأمین حفاظت پردازند. پژوهش حاضر به ابعاد مختلف حمایت کیفری از بیماران روانی می پردازد و در این راستا این موضوعات را مورد بررسی قرار می دهد که بیماران روانی چه نوع بیمارانی هستند و چه نوع حمایت های کیفری در مورد آنها پیش بینی گردیده است و چه نوع چالش هایی در این

راستا وجود دارد؟

بند اول: پیشینه تحقیق

در دوران معاصر و در پرتو پیشرفته‌ای بشر در عرصه‌های مختلف و توجه ویژه به انسان و حقوق بشر، نظریات جرم‌شناختی نیز به صورتی بنیادین تغییر یافته و گروه‌های مختلف افراد از جمله افراد دارای اختلالات روانی با دقت و تفصیل بیشتری مورد توجه قانون‌گذار قرار گرفته است. این پیشرفته‌ای حقوقی به تدریج در ادبیات حقوقی نیز انعکاس یافته و آثار متعددی در این زمینه به نگارش درآمده است

کتب :

۱. علی حسین نجفی ابرندآبادی (۱۳۸۸) در کتاب خود تحت عنوان «کیفر شناسی نو- جرم‌شناسی نو، درآمدی بر سیاست جنایی مدیریتی خطرمدار» به حمایت کیفری بیماران روانی اشاره داشته و اذعان می‌کند که اقدام‌ها و تصمیمات مختلف در فرآیند کیفری به اقتضای حمایت از جامعه در برابر بزه‌کاران باید خطر مدار باشند نه اصلاح مدار. (ص ۷۳۵)

۲. محمدعلی اردبیلی (۱۳۹۲) در کتاب خود با عنوان «حقوق جزای عمومی» به منشأ اختلال روانی در بیماران روانی اشاره داشته و آن را ناشی از اختلالات ژنتیکی، بیماری مادر در زمان بارداری یا آشفتگی در کارکرد دستگاه ادراکی می‌داند. (ج ۲، ص ۱۵۳)

مقالات :

۱. آرمین علیمردانی و همکاران (۱۳۹۶) در مقاله‌ای با عنوان «نقش اختلال‌های روانی منجر به رفتار مجرمانه بر درجات مسئولیت جنایی» با اشاره به قانون جدید و گسترش آن این‌گونه اذعان می‌دارند که:

«قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ با به‌کارگیری مفهوم اختلال روانی مجرمانه به‌جای واژه‌ی جنون و وسیع‌تر کردن گستره عامل‌های مؤثر در رفتار مجرمانه، یک‌قدم در راه شناسایی مسئولیت نقصان یافته برداشت. با این حال، همچنان تنها اثر حقوقی اختلال روانی و ژنتیکی در حوزه جنون جای می‌گیرد.» (ص ۶۱)

بند دوم: سوال اصلی

مسایل و چالش های نوپدید در حمایت کیفری از سلامت روان به چه صورت است ؟

بخش دوم: چالش های حمایت کیفری از سلامت روان

یکی از مفاهیم اساسی دنیای پیچیده انسان که قدمتی به بلندی هستی وی دارد مفهوم سلامتی است. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می داند در تعریف دیگران سلامتی را یک روش کنشوری وحدت یافته ای می داند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است. به نظر وی سلامتی مستلزم این است که فرد طیف تعادل و مسیر هدفمندی را با محیط، یعنی جایی که در آن کنشوری خود را آشکار می سازد، نگه می دارد.^۱

بنابراین، همان طور که اشاره شد، سازمان جهانی بهداشت در تعریف سلامت می گوید: «سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی نه فقط نبودن بیماری و نقص عضو».

به این ترتیب کسی را که بیماری جسمی نداشته باشد، نمی توان فرد سالمی دانست، بلکه شخص سالم کسی است که از سلامت روح نیز برخوردار بوده از نظر اجتماعی در آسایش باشد. زیرا پژوهش های علمی نشان داده که ممکن است ریشه و علت بسیاری از ناتوانی های جسمی، نابسامانی های فکری و عاطفی باشد؛ مثلاً امروزه معتقدند که دلهره ها و ناراحتی های فکری می تواند عامل مهمی در ایجاد زخم های معده باشد و چون دلهره و بسیاری از احساسات عاطفی انسان در اثر زندگی با مردم و به علت فرهنگ جامعه به وجود می آید سلامت جسم تا حد زیادی با سلامت فکر و شرایط فرهنگی و اجتماعی که فرد در آن زندگی می کند مربوط می شود بهداشت عمومی را تشکیل می دهد و شامل همه دانش ها و روش هایی است که می تواند به حفظ سلامت فرد و جامعه کمک کند.^۲

بخش سوم: چالش نسبت به قوانین موضوعه

از جمله چالش های مهم در راستای حمایت کیفری از سلامت روان، چالش نسبت به

۱- بابا پور خیرالدین، جلیل، «بررسی رابطه بین شیوه های حل تعارض ارتباطی و سلامت روانشناختی دانشجویان»، پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۱۳۸۵، شماره ۴، ص ۲۸.

۲- نیل فروشان، محمد علی؛ ضرابی، جلیل؛ میرفتاحی، محمد باقر، بهداشت: تهیه شده برای حوزه های علمیه، صص ۲۴-۲۵.

قوانین موضوعه می‌باشد. بدین نحو که قوانین موضوعه از جمله قانون مدنی و قانون مجازات اسلامی کشور در خصوص حمایت از بیماران روانی، یا قدیمی بوده و یا قوانین حمایتی برای این نوع بیماران روانی وجود ندارد. لذا، در ذیل به بررسی هر یک به صورت مجزا اشاره می‌شود.

بند اول: جدید نبودن قوانین

در حقوق کیفری کهن به جنون فرد توجهی نمی‌شد و فرد خاطی را مجازات می‌کردند خواه از سلامت عقل بهره‌مند بود یا خیر. برای مثال در قرون وسطی به دلیل این که روح دیوانگان را دستخوش وسوسه‌های شیطان، می‌دانستند، لذا این افراد باید بار اعمال خود را تحمل می‌کردند. اما عدالت و دادرسی عادلانه ایجاب می‌نماید که وی همانند افراد عادی، تعقیب، محاکمه و مجازات نشود. بر این اساس، یکی از چالش‌های مهم در حقوق کیفری ایران نسبت به حمایت کیفری از بیماران روانی قدیمی بودن قوانین یا غیرقابل اجرا بودن آن‌ها می‌باشد؛ چراکه اجرای این نوع قوانین، حقوق بیماران روانی را تضییع نموده و نسبت به آن‌ها حمایتی واقع نمی‌گردد. به عنوان نمونه، آنچه در معنای جنون در قانون مدنی آمده است، با آنچه در دنیای امروز با آن سروکار داریم، بسیار متفاوت است؛ همچنین، تحولات درمانی و اجتماعی بسیار اعم از گسترش مراکز روان پزشکی، امکانات جدید درمانی و کشف داروهای جدید، باعث شده که امروزه سیری را که بیماران روانی در گذشته طی می‌کردند، طی نکنند. در گذشته نه‌چندان دور آن‌ها را با انواع وسایل مانند قل و زنجیر، مورد اذیت و آزار قرار می‌دادند و آن‌ها را از جامعه طرد می‌نمودند و در بیرون شهرها نگهداری می‌کردند و درواقع نسبت به آن‌ها ظلم واقع می‌شد؛ بنابراین آن تلقی که قبلاً از بیماران شدید روانی می‌شد اصلاً جایگاهی ندارد و از این رو بایستی همراه با تحولات درمانی مدرن بازنگری در قوانین به وجود آید.

بند دوم: عدم وجود قوانین حمایتی

در مواردی مشاهده شده که قانون‌گذار به واسطه وجود شرایط خاص عمل مجرمانه را قابل انتساب به مجرم ندانسته و او را از این بابت فاقد مسئولیت کیفری به حساب می‌آورد. تغییرات مختلفی که در قانون مجازات اسلامی در دوره‌های مختلف ایجاد شده است قوانینی در ارتباط با افراد مجنون در بر گرفته که در ویرایش جدید قانون ملموس‌تر است این واژه

مجنون در قانون جدید به جای واژه‌هایی نظیر افراد مختل المشاعر ابهاماتی را در مورد اختلالات روانی ایجاد می‌کند و این ابهامات شامل مواردی در ارتباط با اختلالات روانی و شمول مصادیق جنون و در ادامه آن ابهامات مربوط به رفع مسئولیت کیفری از مرتکب می‌شود که می‌تواند در نتیجه برخورد سلیقه‌ای در مجازات شود.

ارتکاب به جرم گاهی می‌تواند تحت تأثیر اختلالاتی صورت گیرد که مرتکب در مورد فرآیند آن آگاهی ندارد تحقیقات بیان می‌کند که بسیاری از عوامل زیست شناسانه و روان شناسانه باهم میان کنش پیدا می‌کند و رفتارهای مجرمانه را به وجود می‌آورد. در این موارد برخی از قضات بدون در نظر گرفتن حالت خطرناک بیمار روانی که به صورت بالقوه در معرض جرم و ارتکاب به آن قرار گرفته‌اند او را به مجازاتی محکوم می‌کنند که نه تنها این مجازات دارای حالت بازدارندگی و بازپروری نیست و حمایت خاصی را از او به عمل نمی‌آورد بلکه او را در ارتکاب دوباره جرم بعد از پشت سر گذاشتن محکومیت مستعدتر می‌کند. همین امر سبب تلاقی حقوق کیفری و روان پزشکی شده و بنابراین مستلزم به کارگیری افراد خبره و متخصص در تشخیص درست سلامت روان افراد است که در نهایت می‌تواند بر تصمیم‌گیری در مورد این افراد تأثیر داشت باشد.

عدم وجود یک رمز مناسب در این رابطه که نشئت گرفته از سکوت قانون‌گذار است می‌تواند ابهامات مربوط به مسئولیت کیفری را در مورد افراد مبتلا به اختلالات روانی شده و شیوه قانون‌گذاری با این روند عدم تناسبی را در برخورد با ناقضان قانون در بردارد که رابطه‌ای با واقعیت نداشته و برقراری ارتباط با واقعیت را دچار تناقضاتی می‌کند. این موضوع به دلیل موجود نبودن قوانین کیفری حمایتی از بیماران روانی می‌باشد. به عنوان نمونه در قوانین کیفری نسبت به تخفیف و تعدیل مجازات این دسته از مرتکبان چاره‌ای اندیشه نشده است و نقش مشاوره و تخصص روان‌پزشکان و بهره‌گیری از فن آن‌ها، در توصیف اختلالات روانی غیر از جنون در قانون خالی می‌باشد. بین حالت جنون و افاقه، یک وضعیت خاص و قابل توصیف وجود دارد که طیف وسیعی از بیماران را نیز شامل می‌شود لیکن اثبات پزشکی و احراز قضایی آن دارای نتایج مثبت متعددی است که توجه به وجود این حالت، از ابعاد مختلف، نظیر دفاع از حقوق متهم، اجتماع و اجرای عدالت ضروری است.

بخش چهارم: چالش نسبت به بیماران روانی

ازجمله چالش‌هایی که نسبت به بیماران روانی در قوانین کیفری وجود دارد، «فقدان تعریف مشخص از جنون»، «نگرش منفی نسبت به بیماران روانی» و «وضعیت این نوع بیماران و عدم حمایت کیفری از آن‌ها» می‌باشد که در ذیل به هر یک به صورت مجزا اشاره می‌شود

بند اول: تعریف مشخص از جنون

یکی از مواردی که در قوانین مدنی و کیفری ایران همیشه مدنظر بوده است، موضوع مراقبت و درمان بیماران روان‌پزشکی می‌باشد که برای معالجه و نگهداری مجرمین مبتلابه اختلالات روانی که احتمال خطر برای خود و جامعه دارند، پیش‌بینی‌های لازم انجام شده است. البته همواره در قوانین با توجه به پیشینه تاریخی از واژه‌هایی چون جنون و اختلال مشاعر استفاده شده است.

جنون در روان‌پزشکی، با عنوان روان‌پریشی به کاررفته است که یکی از ۱۷ دسته اختلالات روانی تفکیک شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا است. ولی در روان‌پزشکی، جنون یا به اصطلاح علمی پسیکوز، روان‌پریشی یا به عبارت دیگر یک نوع بیماری روانی به شمار می‌رود که بر اثر آن، اندیشه، جریان فکر کردن، رفتار، منش و احساس و همچنین اعمال را از راه درست و منطقی خارج می‌شود. و تنها یکی از اختلال‌های گسترده محسوب می‌شود.

بنابراین تعریف، جنون معادل با روان‌پریشی می‌باشد. درواقع، روان‌پریشی نوعی قطع ارتباط با واقعیت است که شامل توهم و هذیان می‌باشد. دراین بیماری ادراک فرد از واقعیت به گونه‌ای جدی دچار تحریف شده و واکنش‌های روان‌شناختی خود به شدت آشفته می‌گردد، این گونه بیماران از اختلال در تفکر و تکلم رنج می‌برند و رفتارهایشان بسیار عجیب و غریب می‌شود

با توجه به این تعاریف مشخص می‌گردد که جنون یک بیماری روانی است. باین حال باید توجه داشت که تمامی بیماری‌های روانی جنون محسوب نمی‌شوند و فقط دسته‌ای از آن‌ها داخل در مفهوم جنون قرار می‌گیرند.

باین حال، در قوانین کیفری از جنون تعریفی به میان نیامده و تنها به بیان اصطلاحی

جنون و مفاهیم مشابهی چون «اختلال شعور» و «اختلال قوای دماغی» و ... اکتفا نموده است. مطابق ماده‌ی ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در صورتی که مرتکب هنگام ارتکاب جرم دچار اختلال روانی باشد به نحوی که اراده یا قوه تمییز نداشته باشد، مجنون محسوب می‌گردد و از مسؤولیت کیفری معاف می‌باشد. این ماده برخلاف ماده‌ی ۵۱ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ که «جنون را در هر درجه‌ای رافع مسؤولیت می‌دانست» مفهوم جنون را تقریباً شفاف‌تر تبیین نموده است. لذا، مطابق این ماده، اختلال روانی در حد جنون می‌باشد؛ اما هر اختلال روانی جنون محسوب نمی‌گردد و رافع مسؤولیت کیفری نیست؛ کما اینکه، ماده‌ی ۶۷۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در مبحث دیه اختلالات روانی را در نظر گرفته اما آن دسته از اختلالاتی را مورد اشاره قرار داده است که به حد جنون نمی‌رسد و مقرر می‌دارد «در زوال و نقصان حافظه و نیز اختلال روانی در صورتی که به حد جنون نرسد ارش ثابت است».

مطابق ماده‌ی ۱۴۹، آن گونه از اختلالات روانی هم‌ردیف با جنون می‌باشند و باعث معافیت از مسؤولیت کیفری می‌گردند که یا قوه‌ی تمییز و اراده را از مرتکب سلب نموده باشند. در واقع، در ماده مزبور منظور از جنون، آن بیماری‌های روانی می‌باشد که در آن، فرد قوه‌ی تمییز و قوه‌ی اراده خود را از دست داده باشد؛ به عبارتی حسن و قبح رفتارهای خود را تمییز نداده و نسبت به آثار و عواقب آن نیز درک کافی ندارد؛ بنابراین، از دیدگاه روان‌پزشکی، قوه تمییز یا فاقد اراده بودن همان اختلال روانی است که در اصطلاح «روان‌پریشی» گفته می‌شود؛ چراکه این نوع بیماران قدرت عقلانی خود را از دست داده و وجدان و اخلاقیات خود را فراموش کرده تا حدی که به خودبزرگ‌بینی و هذیان، بی‌هویتی و حتی گونه‌هایی از شکنجه و خودآزاری مبتلا می‌شوند. بنابراین، با توجه به دو قید «قوه تمییز» و «اراده» به نظر می‌رسد که ماده مزبور در تعریف جنون به دو شاخصه قوه‌ی غیرقابل مقاومت و اهلیت توجه نموده و اساس و نقطه‌ی ثقل قانون مجازات مصوب ۱۳۹۲ از جنون از یک‌طرف رکن «اراده» می‌باشد، بدین شرح که باید مشخص گردد که در زمان ارتکاب جرم مرتکب از اختیار و اراده برخوردار بوده است و یا اختیار و اراده وی به‌طور کلی یا جزئی دارای اختلال بوده است؛ بر همین اساس جنون و اختلال روانی یا عدم جنون و نبود اختلال روانی مرتکب مشخص می‌گردد. البته در تائید این نظر، می‌توان به ماده ۲۷۶ قانون مجازات ۱۳۹۲ اشاره کرد که در آن «مجنون» در حد یک «وسیله بی‌اراده» تلقی

گردیده است

یکی از تحولاتی که در بستر زمان انجام گرفته است مفهوم اعمال ارادی می‌باشد. تا جایی که در حال حاضر قوانین کیفری رفتارهای شبه کنترل نشده یا نیمه هوشیارانه را نیز غیرارادی به حساب می‌آورد. از طرفی نیز به کار بردن عبارت «قوه تمیز» در این ماده می‌تواند به عنوان نشانگری برای این باشد که فرد فاقد قوه تشخیص بوده و فعل ارتكابی را تمیز نمی‌دهد بنابراین لازم است که این تشخیص این وضعیت به کارشناس مربوطه و متخصص حرفه‌ای واگذار شود. علاوه بر این، تشخیص قاضی و قضاوت عرف نیز در این مورد تأثیر بسزایی دارد.

به هر حال، ماده ۱۴۹ بایبان اختلال روانی به جای جنون تا حدودی، از رویکرد اخلاقی و فلسفی نسبت به جنون و اختلاف‌هایی که بر سر تعریف آن است و دامنه آن دور شده و به جنون نگاه عمیق‌تری دارد. اختلال روانی بیان شده در ماده مزبور، شامل بیماری‌ای می‌شود که باعث زایل گردیدن قوه تمیز و اراده می‌شود؛ در قانون فرانسه نیز قانون‌گذار در ماده ۱-۱۲۲ قانون مجازات آن را مورد توجه قرار داده و اصطلاح «اختلالات عصبی، مغزی و روانی» را به جای جنون به کار برده است. قانون‌گذار در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، تمامی اختلالات روانی را که به نوعی زایل کننده قوه تمیز و اراده باشند را مجنون محسوب نموده و به نوعی ضمنی، قصد تعریف حالت جنون را داشته است و فقدان یکی از دو عنصر اراده و اختیار و تمیز (تشخیص عمل خوب از بد) را عامل اثبات و حدوث جنون قلمداد نموده است. این در حالی است که ثابت گردیده پشت پرده بسیاری از جرائم و جنایت‌های هولناک بشریت ناشی از ضعف قوای دماغی و اختلالات روانی بوده که به حد جنون و آنچه در توصیف قانون‌گذار ما آمده است؛ نرسیده است لذا مفهوم جنون و اختلالات روانی غیر از آن در حقوق جزا با روان‌پزشکی تفاوت‌های زیادی دارد و از کاربرد این واژه با یک مراد در این دو حوزه بایستی خودداری شود.

بنابراین، ایجاد مرز مستقیم و غیر منعطف در ارزیابی انواع گسترده‌ای از حالات متفاوت روحی و روانی انسان، نمی‌تواند تصمیم صحیحی باشد. چراکه در صورت تمرکز به معنای تحت‌اللفظی عبارت جنون که در ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی ذکر شده است بسیاری از بیماری‌های روانی که باعث زوال قوای ادراک و اراده می‌شود در حیطه واژه جنون نخواهد گنجید و به تبع مبتلایان به این عوارض دارای مسئولیت تام کیفری هستند؛ زیرا عنوان

برخی بیماری‌های روانی جزو بیماری جنون محسوب نشده، اما شدت و وخامت آن موجب می‌شود که پس از بررسی، ویژگی‌های رفع مسئولیت و اختلال در قوای دماغی در آن‌ها یافت شود مانند، افسردگی‌های حاد و هیستری تبدیلی. لذا، یکی از پر چالش‌ترین موضوعات در قانون مجازات و به تبع آن در لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی دارا نبودن تعریف مشخصی از «جنون» می‌باشد که این موضوع، منشأ بسیاری تفاسیر متفاوت و اختلاف نظرهای قضایی و پزشکی و فنی شده است. مفهوم عبارت جنون در لسان حقوقی- قضایی و لسان روانشناسی- روان‌پزشکی تفاوت‌های زیادی دارد و یکی از دلایل اختلاف در تفسیر این مفهوم و بهره‌برداری صحیح و متقابل این علوم از یکدیگر، درک این مطلب است. در پروسه قانون‌گذاری، بهره‌برداری از دستاوردهای فنی سایر علوم، پس از ارزیابی صحیح آن نه تنها یک امر ضروری بلکه یک تخصص است اما در موضوع بحث؛ این اتفاق در قانون مجازات اسلامی فعلی مفقود است. نکته دیگر اینکه هرچند استفاده از نظریات تخصصی و پزشکی در تشخیص نوع و درجه اختلال مهم است اما این نظریات فقط تا میزان یک نظر کارشناسی دارای ارزش قضایی است. بررسی چگونگی و اوضاع و احوال وقوع عمل مجرمانه و تلفیق آن با حالات مرتکب با قاضی است و در هر حال نظر کارشناس در شکل‌گیری و قوام تصمیم قضایی صرفاً طریقت دارد نه موضوعیت.

لایحه از واژه جنون استفاده ننموده است؛ زیرا این واژه از نظر روان‌پزشکی قانونی، تعریف روشن و مشخصی نداشته و نمی‌تواند گویای وضعیت روانی فرد در برابر قانون باشد. در حالی که جنون از نظر بیشتر روان‌پزشکان، معادل روان‌پزشکی است، در قانون صفت کسی است که قدرت تشخیص نفع و ضرر و حسن و قبح را ندارد. جنون طیف وسیعی از اختلالات عضوی مغز، شیزوفرنی، اختلالات خلقی، اختلالات ناشی از مواد اعتیادآور و زوال عقل را دربر می‌گیرد که این واژه به دلیل سیر متفاوت این اختلالات، نمی‌تواند گویای وضعیت روانی فرد در برابر قانون باشد.

به عبارت دیگر، فرد روان‌پزشک می‌تواند عملکرد خوب و فرد روان‌پزشک دیگری ممکن است عملکرد بد داشته باشد. به همین دلیل لایحه از واژگان جدید استفاده ننموده است و برای هر کدام تعریف مشخصی ارائه داده است؛ مانند: آشفتگی روان، بیماری روانی، آسیب جدی، رفتار غیرمنطقی، آسیب فیزیکی، بستری اختیاری، بستری اجباری، درمان جامعه‌نگر، مهار حرکتی، جداسازی، بیماران کیفری و رضایت.

بخش پنجم: نگرش منفی نسبت به بیماران روانی

نگرش در لاتین Attitude می‌باشد و معادل‌های فارسی متعددی هم چون طرز تلقی، وجهه نظر، بازخورد، وضع روانی، گرایش و نگرش دارد. ولی اکنون مفهوم نگرش قبول عام یافته است.

روانشناسان اجتماعی مفهوم نگرش را از طریق تحلیل آن به سه جز و عنصر متشکله (شناختی، عاطفی و رفتاری) تشریح و تحلیل می‌کنند. برخی نگرش را مجموعه‌ای از شناخت‌ها، باورها، عقاید و واقعیت‌ها (دانسته‌ها) دانسته‌اند که حاوی ارزشیابی‌های مثبت و منفی (احساسات) می‌باشد و همگی به یک موضوع مرکزی مربوطاند یا آن را توصیه می‌کنند و این موضوع مرکزی همان موضوع یا شیء مربوط به نگرش است. این خوشه احساس‌ها و دانسته‌ها باعث ایجاد رفتارهای معینی می‌شوند؛ بنابراین، نگرش، نظامی بادوام

است که شامل یک عنصر شناختی، یک عنصر احساسی و یک تمایل به عمل است از نظر برخی دیگر نیز، نگرش عبارت است از: مجموعه‌ای از اعتقادات، عواطف و نیت‌های رفتاری نسبت به یک شیء، شخص یا واقعه. به عبارتی تمایل نسبتاً پایدار به شخصی، چیزی یا رویدادی که در احساس و رفتار نمایان می‌شود. باوجود نقش مؤثر دیدگاه‌های مردم در مورد مبتلایان به بیماری‌های روانی در کشورهای غربی، مطالعات اندکی در مورد دانش و نگرش مردم درباره اختلالات روانی در کشورهای غیر غربی انجام شده است.

بررسی‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که بیماری روانی شدیداً ناتوان‌کننده دست‌کم ۱۰٪ جمعیت را در طول عمر خود گرفتار این بیماری می‌کند، بررسی‌های سیستماتیک در مورد شیوع بیماری روانی در جمعیت عمومی در کشورهای در حال توسعه نشان داده است که شیوع اختلالات روانی در این کشورها نظیر کشورهای پیشرفته است. بر اساس تحقیقات متعدد که در ایران صورت گرفته است شیوع اختلالات روانی بین ۱۱/۹ تا ۳۶/۶٪ از جمعیت عمومی گزارش گردیده است. باین حال نیز، امروزه علیرغم پیشرفته‌های علمی در حوزه شناخت و درمان بیماری‌های روانی هنوز هم ارائه خدمات روان‌پزشکی و روانشناسی به جامعه به دلیل نگرش‌های منفی و کلیشه‌ای گاهی با اشکال مواجه می‌گردد. لذا، همگام با پیشرفت روانشناسی اجتماعی از اواخر دهه پنجاه، بررسی نگرش افراد نسبت به بیماری روانی از اهمیت روزافزون برخوردار گردیده است، به گونه‌ای که تمامی برنامه‌های پیشگیری

و مداخلات درمانی جامعه نگر در خصوص بیماری‌های روانی، تغییر نگرش را جزء اهداف اصلی و عمده خود قرار داده است؛ از طرفی تحقیقات اجتماعی و زیست‌شناسی مربوط به اعصاب موجب افزایش دانش مربوط به بیماری‌هایی مثل افسردگی حاد و اسکیزوفرنی شده است و باعث بهبود وضعیت نمایش مؤثر و مراقبت از این بیماران شد. انتظار می‌رود افزایش دانش و درمان‌های مؤثرتر باعث بهبود نگرش‌ها میان عامه مردم و مشاغل مربوط به بهداشت نسبت به مراکز روانی و درمان بیماران روانی شود، با این حال نگرش‌های نامناسب نسبت به بیماران و بیماری‌های روانی در میان عامه مردم به‌طور وسیع وجود دارد.

مطالعات بسیاری که در طی دهه‌های گذشته انجام شده‌اند، بیانگر وجود نگرش‌های بشدت تبعیض‌آمیز در مورد بیماران روانی در جمعیت عمومی می‌باشند. این مسئله بخصوص در جوامعی که ابتلا به بیماری‌های روانی، اغلب همراه با احساس شرم می‌باشد، صادق است. حتی در مواردی که شواهد خوش‌بینانه‌ای درباره سطح دانش مردم در مورد بیماری‌های روانی وجود دارد، کلیشه‌های قوی، مبنی بر خطرناک بودن بیماران روانی و تمایل به فاصله اجتماعی از آنان، مشاهده می‌گردد.

در قوانین کیفری مفهوم جنون دچار تحولات مختلفی گردیده است. به‌طوری‌که در قوانین پیش از انقلاب، به‌خصوص قانون مجازات عمومی ۱۳۵۲ نوعی طبقه‌بندی برای اختلالات روانی در نظر گرفته شده بود که با عنوان «اختلال نسبی» و «اختلال تام» شعور، در مسئولیت کیفری یاد می‌شد، ولیکن بعد از انقلاب، به دلیلی شرایط انقلابی، قانون‌گذار نیز با نگاه شرعی و فقهی، برای توصیف اختلالات روانی، واژه جنون را به کاربرد که بیشتر مفهومی مطلق و فلسفی داشت.

البته جنون، از بار فرهنگی و اجتماعی نیز برخوردار است که قضاوت عرف در مقام تشخیص برانگیخته می‌شود؛ به بیان دیگر، از نظر عرف کسی که توانایی مطابقت رفتار خود با معیارهای عمومی جامعه را نداشته باشد و رفتار و عملکردی برخلاف ارزش‌ها و هنجارهای جامعه را از خود بروز دهد دیوانه است. اما صرف‌نظر از دیدگاه عرفی و عمومی مردم در مورد جنون و دیوانگی تشخیص آن می‌بایست بر عهده متخصصان روان‌پزشکی می‌باشد و قاضی خود قادر نیست جنون فرد را تشخیص داده و نسبت به آن تصمیم‌گیری کند...

در قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ ماده ۵۱ «جنون به هر درجه» رافع مسئولیت بود و این عبارت «به هر درجه» مباحث زیادی در خصوص تشخیص مصادیق آن را به دنبال داشت.

درواقع، قانون‌گذار بابیان «به هر درجه» تمامی اختلالات روانی را مدنظر نداشت، زیرا لازمه عدم مسئولیت کیفری، فقدان قصد، شعور و اختیار می‌باشد که خصوصیات کسانی می‌باشد که قوای عقلی آن‌ها ازدست‌رفته و دیگر قادر به تشخیص و تمیز نمی‌باشند؛ بنابراین، منظور قانون‌گذار بیان ماهیت جنون نمی‌باشد بلکه مقصود از «هر درجه» شدت و ضعف جنون مدنظر است. ولیکن باین‌حال، در قانون جدید ماده ۱۴۹ مقرر می‌دارد: هر زمان که ثابت شود مرتکب در زمان اقدام به جرم دچار جنون و یا اختلال روانی باشد و این در درجه‌ای باشد که منجر به از بین رفتن اراده و قوه تمیز فرد شود او را مجنون در نظر می‌گیرند و فاقد مسئولیت کیفری است. به نظر می‌رسد، اختلال روانی که اراده یا قوه تمیز را در فرد زایل نماید، از لحاظ تخصصی منطبق با اختلال «روان‌پریشی» باشد؛ زیرا این نوع اختلال از نوع خطرناک می‌باشد که به‌طوری‌که به حدی حاد می‌باشد که سازمان شخصیت فرد بیمار مختل گردیده و وی قادر به برقراری تماس با واقعیت نبوده و یا تخیلات و تصورات واهی و اوهام در وی وجود داشته که نسبت به فعالیت‌های اجتماعی ناتوان بوده و برای خود و جامعه خطرناک محسوب می‌گردد.

از دیدگاه قانون‌گذار، صرف جنون «معادل «حالت خطرناک» نمی‌باشد و جهت تشخیص خطرناکی فرد دارای اختلال روانی، اظهارنظر متخصص ضرورت دارد؛ چراکه امروزه اغلب مردم تصور می‌کنند که تمام بیماران روانی دارای حالت خطرناک می‌باشند؛ به‌طوری‌که بر اساس تصاویر رسانه‌ای که از بیماران روانی پخش می‌شود، اغلب مردم معتقدند که جهت اعمال خشونت علیه دیگران تنها برخورداری از اختلال روانی و آزادی وی در جامعه می‌باشد. بنابراین، اغلب مردم به‌اشتباه قضاوت نموده و وجود خشونت و اعمال آن را نشانه‌هایی از اختلال روانی و خطرناک بودن فرد بیمار تلقی می‌نمایند. درحالی‌که چنین نمی‌باشد و بیماری روانی هیچ نسبتی باحالت خطرناک نداشته به‌طوری‌که افرادی که دارای اختلال روانی هستند بیشتر از دیگر افراد جامعه مرتکب جرم نمی‌گردند. البته در برخی حالات مشاهده می‌گردد که در آراء صادره دادگاه‌ها به‌طورمعمول با ثابت شدن اختلال روانی، حالت خطرناک نیز مفروض می‌گردد و مستندی برای آن بیان نمی‌گردد. به‌عنوان نمونه می‌توان به رأیی که در تاریخ ۹۳/۶/۳ از شعبه ۱۰۸۸ دادگاه کیفری تهران صادر گردیده است اشاره نمود. این رأی نسبت به اتهام آقای م. ر، دایر به شرکت در آدم‌ربایی و به‌تبع آن ارتکاب لواط مقرر گردیده است که: «با توجه به اینکه برابر نامه مورخ ۹۱/۷/۹

پزشکی قانونی تصریح گردیده که متهم مطابق مشاوره تخصصی کنترل کامل بر اعمال خویش نداشته و رفتارهای تکانه و پرخاشگری‌ای داشته و اظهارنظر در خصوص زمان شروع آن با توجه به فقدان مدارک مستدل پزشکی امکان‌پذیر نمی‌باشد، ملزم به بستری در مراکز روان‌پزشکی است، لذا، دادگاه با لحاظ نتیجه مشاوره تخصصی پزشکی و وضعیت رفتاری متهم در جلساتی که حاضر گردیده و نتیجه تحقیقات و رسیدگی و تحقیق از پدر متهم که عاقله و ولی شرعی محسوب می‌گردد و کسی بوده که منشأ بیماری متهم را از حدود سه سال قبل و ناشی از حادثه تصادف اعلام کرده است و از این حیث جهت مغایری به دست نیامده، لذا دادگاه متهم را از مسئولیت کیفری مبرا تشخیص داده و مستنداً به مادتين ۵۱ و ۵۲ قانون مجازات اسلامی به براءت متهم از مجازات عناوین صدر الذکر حکم نموده و اعلام می‌کند، به دلیل برخورداری مرتکب از حالت خطرناک ضروری است مطابق ماده ۵۲ مرقوم، مراقبت و درمان از وی تا ظاهر شدن آثار بهبودی ادامه یابد؛ بنابراین، مطابق این رأی، آرائی که در خصوص برخورداری از حالت خطرناک صادر می‌گردند باید از استناد و استدلال کافی برخوردار باشند و صرف احراز اختلال روانی مستندی برای وجود حالت خطرناکی بیمار روانی نمی‌باشد. لذا، در این راستا، پزشکی قانونی به‌عنوان مرجع تشخیص اختلال روانی می‌باشد؛ اما سؤالی که در اینجا به نظر می‌رسد، این ابهام که تشخیص حالت خطرناکی فرد وظیفه دادگاه است یا پزشک قانونی؟ همچنان جای بحث دارد.

با توجه به رابطه‌ای که بین اختلال روانی و حالت خطرناک وجود دارد، در برخی آراء صادره از سوی دادگاه‌ها مانند رأی نمونه‌ای که در بالا اشاره شد، ماده ۱۵۰ به‌درستی اختلال روانی را از حالت خطرناکی متفاوت دانسته است لذا، با توجه به این ویژگی مثبت، همچنان از دیدگاه روان‌پزشکی ماهیت اختلال روانی به نحوی در نظر گرفته‌شده که واژه اختلال روانی در نظریه پزشکی قانونی همراه با واژه جنون ارائه‌شده است به این خاطر که در قانون چنین درج گردیده است. برای نمونه در پرونده شماره ۹۳۰۰۸۱ مورخ ۹۴/۴/۶ که در شعبه ۱۰۲ دادگاه کیفری شهرستان بیجار استان کردستان با استناد به ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی مطرح گردید، بدین شرح آمده است: «... متهم به اختلال اسکیزوفرنیایی با تظاهرات دوقطبی مبتلاست که این اختلال معادل جنون محسوب می‌گردد». متهم در این پرونده ازسوابق کیفری زیادی همچون توهین، تحقیر و ضرب و جرح داشته است که دادگاه با در نظر گرفتن سوابق وی در رأی خود چنین مقرر نمود:

«... با استناد به آنچه در پرونده آمده است و سوابق متهم به همراه بررسی‌های محلی و تحقیقات صورت گرفته و با در نظر گرفتن گواهی پزشکی از نظر دادگاه نامبرده دارای حالت خطرناک است و به‌طورقطع بعد از آزادی نیز مرتکب جرم خواهد شد مراتب جهت استحضار و نگهداری متهم در محل مناسب (بیمارستان روانی) اعلام می‌گردد...»

بنابراین، با توجه به اینکه در علم روان‌پزشکی ذکر دو اختلال «اسکیزوفرنی» و «اختلال دوقطبی» با یکدیگر فرق دارند؛ می‌توان اذعان داشت که آوردن این دو اختلال در کنار هم به‌نوعی عدم دقت کافی مرجع تخصصی را نمایان می‌سازد؛ بنابراین، بهتر بود دادگاه در این رأی به هجای لفظ «به‌طورقطع یا قطعاً» از لفظ «احتمال» استفاده می‌نمود؛ چراکه پیش‌بینی حالت خطرناک مطلق و الصاق برچسب آن به یک فرد به‌طورقطع، ممکن نمی‌باشد. لذا، با توجه به اینکه در ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی واژه جنون و سایر اختلال‌های روانی از مفهوم دقیقی برخوردار نمی‌باشد، به نظر می‌رسد، در نظر گرفتن اختلالات روانی به‌منظور معیاری برای احراز حالت خطرناکی فرد مستلزم احتیاط است چراکه عدم توجه به این امر منجر به نقض حقوق افراد شده همچنین آثار زیانباری را برای جامعه و دستگاه قضا به دنبال خواهد داشت چراکه منجر به ممانعت از بازگشت فرد به جامعه می‌شود. به‌هرحال، با توجه به نگاه حقوقدانان کیفری در مورد تدوین قانون برای بیماران روانی این استنباط حاصل می‌گردد که در این رابطه یکسری قوانین در کشور ما وجود دارد و دیگر ضرورتی برای تدوین قانون جدید نیست. نگرش برخی از حقوقدانان نسبت به بیماران روانی منفی بوده و معتقدند این‌ها مجبور یا مجنون هستند و نیازی به قانون دیگری ندارند. به‌هرحال، وجود نگرش‌های منفی و گرایش با حفظ فاصله و اجتناب از بیماران روانی می‌تواند مانعی در جهت بهبود این بیماران به شمار رود. لذا، به نظر می‌رسد لازم است که سیاست‌گذاران در امر پیشگیری و توان‌بخشی بیماران روانی در راستای اصلاح نگرش منفی در خصوص رابطه با بیماران روانی این امکان را فراهم نمایند. تدوین قوانین کیفری جدید در حمایت از بیماران روانی، قطعاً نقش بسزایی نه‌تنها در بهبود نگرش مساعد کل جامعه دارد بلکه نیازهای سلامت روانی جامعه را نیز برآورده می‌نماید. بر این اساس، تدوین قانون سلامت روان دغدغه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و... بود که نزدیک به ۱۶ سال می‌باشد که با تلاش متخصصین رشته‌های مرتبط فرآیند لایحه حمایت از بیماران مبتلا به اختلال روانی تقدیم مجلس شده است.

بخش ششم: دیدگاه برچسب زننده و عدم ارائه خدمات سلامت روان

دیدگاه‌های برچسب زننده در مورد بیماری‌های روانی، در اکثر جوامع به‌صورت عمیق وجود دارد و موجب مشکلات قابل‌توجهی برای مبتلایان به این بیماری‌ها و خانواده‌های آنان می‌گردد. دیدگاه‌های منفی مهم‌ترین مانع ارائه خدمات سلامت روان برای بیماران روانی می‌باشد؛ بنابراین، دیدگاه‌های مردم و نگرش‌های برچسب زننده، بر پذیرش تشخیص روان‌پزشکی، همکاری درمانی بیماران، سیر و پیش‌آگهی بیماری، کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های روانی و خانواده‌های آنان، همچنین سیاست‌گذاری‌های مسئولین بهداشتی تأثیر می‌گذارد.

اگر از نظر منابع جهانی به‌ویژه سازمان بهداشت جهانی به وضعیت این بیماران بنگریم، درمی‌یابیم بیشترین فشار در جامعه جهانی متوجه بیماران روانی است؛ زیرا علاوه بر اینکه به آن‌ها انگ بیمار روانی زده می‌شود، مزایای شهروندی از آنان سلب می‌شود، خدمات درمانی مناسب ندارند و حتی مورد سوءاستفاده جسمی و جنسی قرار می‌گیرند. به همین دلیل از اواسط قرن ۲۰ نهضتی شکل گرفت تا بتواند قوانینی وضع کند که از حقوق شهروندی آنان دفاع کند.

درمجموع با توجه به میزان شیوع و بروز بالای بیماری‌های روانی در جامعه لزوم توجه هر چه بیشتر به پیشگیری و درمان آنان و همچنین شناخت ابعاد بیماری از نظر خدمت دهنندگان و عامه مردم این‌گونه بررسی‌ها ضرورت می‌یابد؛ بنابراین، با توجه به این شیوع بالا و رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر پیشگیری و تمرکززدایی خدمات بهداشت روانی همچنین آموزش بهداشت روانی و توسعه مشارکت فعال مردم که از اولویت‌های برنامه‌های بهداشتی کشور هستند و از آنجایی که مشارکت فعال مردم با نگرش آن‌ها ارتباط دارد

نتیجه‌گیری

با توجه به کاستی‌هایی که این قانون در راستای حمایت کیفری افراد دارای اختلال روانی وجود دارد، لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی توانسته است به‌نوعی این افراد را مورد حمایت قرار داده و مانند سایر افراد بر اساس کرامت انسانی و عدالت با آن‌ها رفتار نماید. چراکه بسیاری از بیماران روان‌پزشکی غالباً مورد تبعیض و بی‌عدالتی قرار می‌گیرند و چون بسیاری از این آن‌ها خود توانایی دفاع در دادرسی را ندارند، مشکلاتی برای

آن‌ها از نظر حقوق کیفری ایجاد می‌شود و عمدتاً حقوق آن‌ها پایمال می‌شود یا اینکه در بسیاری از موارد بدون اینکه نیازی به بستری داشته باشند از طرف اطرافیان به اجبار بستری می‌شوند

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود چهارصد و پنجاه میلیون نفر از مردم دنیا از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می‌برند. مطابق آمارها، از هر سه یا چهار نفر، یک نفر احتمالاً در طول عمر خود به اختلالات روانی دچار می‌شود و نیاز به درمان دارد، اما خیلی کمتر از این تعداد برای درمان به روانپزشک مراجعه می‌کنند، یا در صورت مراجعه، درمان خود را به شکل جدی و درست ادامه نمی‌دهند. دلیل اساسی این موضوع نوع برخورد جامعه و فرد بیمار نسبت به بیماری روانی است (حیدری و همکاران، ۱۳۹۳، ص ۲۱۹).

پیشنهادهات

به دلیل حجم بالایی بیماری که وجود دارد همواره تعداد زیادی از بیماران در نوبت انتظار بستری و یا مراجعه به کلینک درمانی هستند به همین دلیل لازم است تا خدمات سلامت روان در سطح جامعه گسترش بدهیم تا قبل از بیماری افراد تشدید کند و نیاز به بستری داشته باشند آن‌ها را شناسایی و تحت درمان لازم قرار بدهیم.

آموزش خانواده بیمارانی که مبتلا به اختلالات روانی هستند و سابقه ارتکاب جرم را دارند می‌تواند در کاهش میزان جرم ارتكابی این بیماران موثر باشد به طوری که آن‌ها را بیشتر مورد حمایت‌های عاطفی و درمان‌های پزشکی قرار دهند همچنین بیمارانی که سابقه قبلی ارتكاب بر نزاع با جرم دارند بایستی مورد توجه ویژه سازمان‌های ذیربط قانونی و مراکز درمانی قرار گیرند چون احتمال ارتكاب مجدد جرم در آن‌ها بالاست. لذا خطر آسیب زدن مجدد آن‌ها وجود دارد.

منابع و مآخذ

- جودکی، بهزاد؛ عباسی، محمود، «اجرای احکام کیفری نسبت به مجنون در حقوق کیفری ایران»، حقوق پزشکی، ۱۳۹۳، شماره ۲۹، ص ۱۰۲.
- ولد، جرج و دیگران، جرم‌شناسی نظری، ص ۱۲۷.
- شمس‌الدین مطلق، مختار، «ارتباط اختلالات شخصیت با جرم»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، ۱۳۸۰، ص ۲۵.
- صابری، سیدمهدی، «اقدامات اولیه برای ایجاد بیمارستان حفاظت شده روان پزشکی در ایران (نگاهی به تبصره ۲ ماده ۱۵۰ قانون جدید مجازات اسلامی)»، پزشکی قانونی، ۱۳۹۳، شماره ۴ و ۱، ص ۴۱۰.
- بشیریه، تهمورث، «تعامل مفاهیم حقوقی و روان پزشکی جنون»، حقوق دانشکده حقوق و علوم سیاسی، ۱۳۸۷، شماره ۳، ص ۹۱.
- کیانی، مهرزاد؛ گودرزی، فرامرز، پزشکی قانونی برای دانشجویان رشته حقوق، ص ۳۳۴.
- ستوده، هدایت اله، آسیب‌شناسی اجتماعی، ص ۱۱۵.
- کی‌نیا، مه‌ری، روان‌شناسی جنایی، ج ۱، ص ۲۹۷.
- مهرنیا، اصغر؛ فلاحتی، ابوالقاسم، «تحولات جنون و مسئولیت کیفری (در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲)»، تعالی حقوق، ۱۳۹۲، شماره ۳، ص ۱۳۹.
- میرمحمدصادقی، حسین، تحلیل مبانی حقوق جزای عمومی، ص ۵۷.
- ماده ۱-۱۲۲ قانون مجازات فرانسه بیان می‌دارد: «شخصی که در زمان ارتکاب جرم، مبتلا به اختلال روانی یا عصبی- روانی بوده که قوه تمیز یا کنترل و تسلط بر اعمالش را زایل کرده باشد، از نظر کیفری مسئول نیست. شخصی که در زمان ارتکاب جرم، مبتلا به اختلال روانی یا عصبی- روانی بوده که قوه تمیز او را تضعیف (خدشه دار) کرده یا مانع کنترل بر اعمالش شده باشد، قابل مجازات است، باین حال دادگاه وقتی مبادرت به تعیین کیفر و رژیم اجرایی آن برای او میکند، به این وضعیت و حالت (مرتکب) توجه میکند».
- نجفی ابرندآبادی، علی حسین و هاشم بیگی، حمید، دانشنامه جرم‌شناسی، ص ۳۴.
- نصر اصفهانی، مهدی؛ عطاری مقدم، جعفر، «تدوین پیش نویس قانون سلامت روان»، مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳۹۶، شماره ۱، ص ۵۷.

- آذربایجانی، مسعود و همکاران، روانشناسی اجتماعی با نگرش به منابع اسلامی، ص ۱۳۶.
- کریمی، یوسف، روانشناسی اجتماعی، ص ۱۱؛ پروین. لورنس ای، اولیور پی. جان، شخصیت نظریه و پژوهش، ص ۱۷.
- کریمی، پیشین، ص ۱۷.
- کریمی، یوسف، نگرش و تغییر نگرش، ص ۱۷.
- قلی پور، آرین، مدیریت رفتار سازمانی (رفتار فردی)، ج ۱، ص ۲۲.
- موقری، محمدرضا و همکاران، «نگرش والدین نسبت به اختلال روانی فرزند»، روان پرستاری، ۱۳۹۳، شماره ۲، ص ۴۷.
- سجادی سیدعلیرضا، سالاری هادی، «بررسی مقایسه نگرش دانشجویان علوم پزشکی نسبت به بیماری روانی»، علوم پزشکی گناباد، ۱۳۸۱، شماره ۱، صص ۳۵-۴۴.
- رهامی، محسن، اقدامات تأمینی و تربیتی، ص ۵۶.
- امیدواری، پیشین، ص ۲۷۹.

Resources

psychosis

-Mino Y, Yasuda N, Kanazawa S, Inoue S. Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five-year follow-up study. Acta Med Okayama ۲۰۰۰ Jun; ۵۴(۳): ۱۲۷-۳۲

-Reddy JP, Tan SM, Azmi MT, Shaharom MH, Rosdinom R, Maniam T, et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. Ann Acad Med Singapore ۲۰۰۵ Sep; ۳۴(۸): ۵۰۵-۱۰.

-stereotypes

-Psychosis

-Corbett, Kevin, "Dangerous and severe personality disorder": A psychiatric Manifestation of the risk society, Critical Public Health vol.۱۵, No. ۲, ۲۰۰۵, p.۱۲۶.

-stigmatizing

