



Conceptology of Volition and Discernment: A Neuropsychological Approach

Mohammad Mahdi Yousefi^{1*}, Leyly Ramezan Saatchi¹

1. Department of Law and Psychology, Judiciary Research Institute, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Insanity is a key but ambiguous concept in the penal system. The definition and diagnosis of insanity depends on understanding the two structures of volition and discernment. The purpose of this study is to investigate the concepts of insanity, volition and discernment from a psychological perspective and compare it with a legal perspective.

Method: This research is of theoretical type and its research method is descriptive-analytical. The method of data collection is a library method and has been done by referring to books and articles.

Ethical Considerations: In all stages of writing the present study, while respecting the originality of the texts, honesty and trustworthiness have been observed.

Results: In this study, the concepts of free will and volition as well as discernment from a psychological perspective were studied. The authors have tried to bring these concepts, which are mentioned in the text of the Islamic Penal Code, into line with the psychological concepts involved, in order to take a step towards creating more commonality between the legal literature and the experimental behavioral sciences.

Conclusion: In general, none of the classes and disorders of psychiatry can be considered as a complete example of lack of volition or discernment, in other words, it represents legal insanity. Also, in the Iranian legal and forensic system, there are no objective and standard diagnostic tools to determine volition and discernment.

Keywords: Volition; Discernment; Mental Disorder; Insanity

Corresponding Author: Mohammad Mahdi Yousefi; **Email:** mmyousefi@outlook.com

Received: January 07, 2022; **Accepted:** June 02, 2022; **Published Online:** September 15, 2022

Please cite this article as:

Yousefi MM, Ramezan Saatchi L. Conceptology of Volition and Discernment: A Neuropsychological Approach. Medical Law Journal. 2022; 16(57): e42.



مجله حقوق پزشکی

دوره شانزدهم، شماره پنجاه و هفتم، ۱۴۰۱

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



مفهوم‌شناسی اراده و قوه تمیز: رویکردی عصب‌روان‌شناختی

محمد مهدی یوسفی^{۱*}، لیلی رمضان ساعتچی^۱

۱. گروه حقوق و روان‌شناسی، پژوهشکده مطالعات راهبردی، پژوهشگاه قوه قضاییه، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: جنون در نظام کیفری مفهومی کلیدی، ولی مبهم است. تعریف و تشخیص جنون در گرو فهم دو سازه اراده و قوه تمیز است. هدف از پژوهش حاضر بررسی مفاهیم جنون، اراده و تمیز از دیدگاه روان‌شناختی و مقایسه آن با دیدگاه حقوقی قضایی است.

روش: این پژوهش از نوع نظری بوده و روش تحقیق آن به صورت توصیفی - تحلیلی است. روش جمع‌آوری اطلاعات روش کتابخانه‌ای است و با رجوع به کتب و مقالات صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: در این پژوهش به بررسی مفاهیم اراده و اختیار و همچنین قوه تمیز از منظر روان‌شناختی پرداخته شد. کوشش نگارندگان بر این بوده است که این مفاهیم که در متن قانون مجازات اسلامی آمده است، با مفاهیم روان‌شناختی هم‌ارز آن مطابقت داده شود تا بدین ترتیب گامی به سوی ایجاد اشتراک بیشتر بین ادبیات حقوقی و علوم رفتاری تجربی برداشته شود.

نتیجه‌گیری: در مجموع هیچ کدام از طبقات و اختلالات روان‌پزشکی را نمی‌توان به صورت تمام و کمال مصداق تام فقدان اراده یا قوه تمیز و به عبارت دیگر، معرف جنون حقوقی دانست. همچنین در نظام حقوقی و پزشکی قانونی ایران هیچ گونه ابزار تشخیصی عینی و استاندارد برای تعیین اراده و قوه تمیز وجود ندارد.

واژگان کلیدی: اراده؛ قوه تمیز؛ اختلال روانی؛ جنون

نویسنده مسئول: محمد مهدی یوسفی؛ پست الکترونیک: mmyousefi@outlook.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۶/۲۴

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Yousefi MM, Ramezan Saatchi L. Conceptology of Volition and Discernment: A Neuropsychological Approach. Medical Law Journal. 2022; 16(57): e42.

مقدمه

عقل، سلامت روان، جنون، اختلال روانی، بیماری روانی، اختیار، اراده و قوه تمییز، واژگانی کلیدی در متن قانون هستند که بودن یا نبودن آن‌ها در حوزه مسئولیت کیفری ملاک تصمیم‌گیری است. جهان معنایی ایجاد شده با این تعبیر، اگرچه در بدو امر آشنا و ملموس به نظر می‌رسد، دقت نظر بیشتر حکایت از پیچیدگی آن به ویژه در تشخیص و طبقه‌بندی افراد بر اساس این ملاک‌ها دارد. تفکیک افراد بر مبنای وجود یا فقدان وصف جنون در راستای تحقق عدالت جزایی ناگزیر است، چه فرد مرتکب جرم، صرف‌نظر از نوع یا شدت جرم مرتکبه، اگر با وصف جنون به معنای حقوقی آن، قابل اتصاف باشد، مستحق مجازات کیفری نخواهد بود. به همین دلیل پرواضح است که تشخیص جنون، به عنوان یکی از عوامل رافع مسئولیت کیفری (Excusatory Conditions) امری حیاتی است. از آنجا که احراز جنون در جایگاه دادرسی، در بسیاری از موارد دائر بین وجود یا عدم جنون منجر به فقدان اراده و قوه تمییز بوده و اصطلاحاً امری تشکیکی تلقی نمی‌گردد، دریافت این برچسب می‌تواند سرنوشت فرد را دگرگون سازد و تحقق عدالت را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهد.

تعریف حقوقی جنون عبارت است از همان توصیفی که در ماده ۱۴۹ ق.م.ا. به آن اشاره شده است: جنون، اختلالی روانی است که منجر به فقدان اراده یا قوه تمییز در فرد می‌گردد. همچنین ماده ۱۵۰ ق.م.ا. به لحاظ عملیاتی، تشخیص جنون و افافه را به عهده متخصص بیماری‌های روانی گذاشته است. اختلال روانی نیز عبارت است از نشانگانی که ویژگی آشکار آن برهم خوردن قابل توجه شناخت، تنظیم هیجانی یا رفتاری فرد است و بازتابی از ناهنجاری فرایندهای زیستی، روانی یا رشدی فرد است. این نشانگان معمولاً سبب ناراحتی قابل ملاحظه یا نقص در عملکردهای گوناگون افراد می‌شوند (۱). با اینکه اختلال روانی اعم از جنون حقوقی است، اما جنون حقوقی به لحاظ مفهومی و مصداقی، فراگیرتر از جنون روان‌پزشکی است، چراکه اصطلاح جنون در ادبیات روان‌پزشکی منحصر در اختلالات سایکوتیک است، ولی جنون

حقوقی سایر اختلالات، از جمله اختلالات نورولوژیکی همچون صرع و یا بد خوابی‌ها (Parasomnia) را نیز دربر می‌گیرد (۲). در سایر سیستم‌های حقوقی نیز تعریف دقیق و ملاک شفافی برای جنون وجود ندارد. برای نمونه بر اساس قانون مک‌ناتن (M'naghten Rule) مجنون به کسی اطلاق می‌شود که از نوعی بیماری روانی رنج می‌برد که باعث می‌شود فرد چپستی یا چگونگی رفتار یا درستی و نادرستی آن را درک نکند، در حالی که مؤسسه حقوق آمریکایی (American Law Institute) تعریفی گسترده‌تر ارائه می‌کند: فردی که در هنگام ارتکاب عمل مجرمانه، به نوعی بیماری روانی یا نقصان ذهنی مبتلا باشد که به واسطه آن، فاقد ظرفیت قابل توجه برای این است که جرم‌بودن یا بدبودن رفتار خود را درک کند یا سلوک خود را با الزامات قانونی تطبیق دهد، دچار جنون بوده و در قبال رفتار خود مسئولیت کیفری ندارد. تفاوت این دو تعریف در این است که در تعریف اول فرد می‌بایست کاملاً فاقد ادراک آگاهانه نسبت به رفتار خود باشد، در حالی که در تعریف دوم نبود ظرفیت قابل توجه برای فهم رفتار و پیامدهای آن کافی است یا در ابزار دورهام (The Durham Test) که در برخی ایالت‌های امریکا مورد استفاده قرار می‌گیرد، هر رفتاری که محصول مستقیم یک بیماری یا نقصان روان‌شناختی باشد، جنون به شمار می‌رود. با این تعریف تقریباً هر رفتاری که پیامد مستقیم یک علامت روان‌پزشکی باشد، تحت تعریف جنون قرار می‌گیرد (۳).

تعاریف فوق به خوبی بیانگر این موضوع است که توانایی ادراکی و شناختی فرد تا چه اندازه در تشخیص جنون در بافت کیفری تعیین‌کننده است. هرگونه اظهار نظر در مورد سلب مسئولیت کیفری ناشی از جنون، بر اساس مفاد ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی، کاملاً بر بازشناسی اراده و قوه تمییز بنا شده است، اما پیچیدگی ذاتی موضوع، در کنار سربستگی و اجمال قانونی و عبور سهل‌انگارانه قانونگذار از ارائه تعریف و معیاری شفاف، سبب شده است که این موضوع عملاً به میدانی برای سلیقه‌ورزی و مراجعه به دریافت و برداشت شخصی، چه از سوی قضات و چه از سوی متخصصان پزشکی قانونی، بدل شود. این در حالی است که مطالعات میان‌رشته‌ای

پژوهش‌های انجام‌شده نیز عمدتاً بر رویکرد حقوقی صرف متمرکز بوده و به تکرار پیش‌دانسته‌ها پرداخته‌اند.

روش

این پژوهش از نوع نظری بوده، روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی است و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

یافته‌ها

در این پژوهش به بررسی مفاهیم اراده و اختیار و همچنین قوه تمییز از منظر روان‌شناختی پرداخته شد. کوشش نگارندگان بر این بوده است که این مفاهیم که در متن قانون مجازات اسلامی آمده است، با مفاهیم روان‌شناختی هم‌ارز آن مطابقت داده شود تا بدین ترتیب گامی به سوی ایجاد اشتراک بیشتر بین ادبیات حقوقی و علوم رفتاری تجربی برداشته شود.

بحث

۱. **اراده و اختیار:** بر اساس ماده ۱۴۹ ق.م.ا مصوب ۱۳۹۲، اراده رکنی اساسی در تشخیص و احراز جنون است. گشت و گذاری در میان اختلالات روانی نشان می‌دهد که اختلالات روانی به اشکال گوناگون و در سطوح مختلف اراده را تحت تأثیر قرار می‌دهند. منظور از اراده، ظرفیت درونی فرد است برای تصمیم‌گیری و رفتار آگاهانه که بین انجام آن و یا پرهیز از آن در نوسان است. به عبارت دیگر اراده توانایی فرد در مهار خویشتن است که در نهایت به رفتار هدفمند می‌انجامد. اراده همچنین در بردارنده احساس عاملیت است، به این معنا که فرد خود را عامل و فاعل رفتار می‌بیند. حالات هیجانی همچون پشیمانی، تنها زمانی معنا پیدا می‌کنند که فرد خود را عامل و در جایگاه انتخاب‌گری و تصمیم‌گیری ببیند (۸). همان‌گونه که Metcalfe و Greene (۲۰۰۷ م.) تصریح کرده‌اند، احساس عاملیت به این معنا که افراد خویشتن را تحت کنترل خود می‌دانند، قلب نظام قانونی است و بدون مسئولیت‌پذیری ناشی از آن جرم و مجازات معنا پیدا نمی‌کند (۹). در برخی

در این حوزه در ایران بسیار محدود بوده است و با توجه به منحصر به فرد بودن نظام حقوقی ایران، اکتفای صرف به پژوهش‌های خارجی کافی نیست. روندی که در حال حاضر به علت فقدان مطالعات داخلی، جریان دارد و باعث شده است که متخصصان پزشکی قانونی ناگزیر به مراجعه و اکتفا به نتایج مطالعات خارجی باشند. در همین راستا این پژوهش درصدد آن است که پیوندی میان غرض و مقصود قانونگذار با شواهد به دست‌آمده از مطالعات عصب‌روان‌شناختی ایجاد نماید. در واقع پرسش محوری این پژوهش این است که در مطالعات عصب‌روان‌شناسی چه سازه‌ای را می‌توان هم‌طراز و هم‌ارز اراده و قوه تمییز در ادبیات حقوقی تلقی نمود. این مطالعه می‌تواند مقدمه‌ای برای پژوهش‌های تجربی و عملیاتی در این عرصه باشد.

مطالعات داخلی در این زمینه بسیار محدودند. برای نمونه، کی‌نیا (۱۳۷۶ ش.) در کتاب روان‌شناسی جنایی خود به بررسی اراده در برخی حالات روان‌شناختی از جمله آنچه از آن به «گهگیری» (یا بی‌ثباتی هیجانی) تعبیر می‌کند، پرداخته است و در برخی موارد اشاره‌ای به مسئولیت کیفری افراد مبتلا به نابهنجاری‌های روانی داشته است. این کتاب علیرغم ارجمندی آن، بر یافته‌های منسوخ و منابع قدیمی استوار است و چندان قابل‌اعتنا نیست (۴). حجازی و دیگران (۱۳۹۵ ش.) با برگزاری گروه متمرکز، تعاریف متعددی از اراده و قوه تمییز، از نظرگاه‌های متفاوت قضایی، حقوقی و روان‌پزشکی کرده‌اند (۵). دوروشی و دیگران (۱۳۹۵ ش.) نیز با نام‌بردن از برخی اختلالات مسئولیت کیفری را در آن‌ها بررسی کرده‌اند، اما برای تطبیق قوه تمییز و اراده ملاک یا ملاک‌هایی مشخص نکرده و در تعیین مسئولیت کیفری این اختلالات نیز به ذکر ملاک نپرداخته‌اند (۶). پتفت و دیگران (۲۰۲۱ م.) مفهوم درک را در حوزه مسئولیت کیفری نوجوانان مورد بررسی قرار می‌دهند. با اینکه نزدیکی مفهومی بین درک و قوه تمییز در زمینه مسئولیت کیفری قابل توجه است، این بررسی بر رشد شناختی و تحولی کودک و نوجوان متمرکز است (۷). سایر

حالات سایکوتیک، مثل هذیان کنترل احساس عاملیت به وضوح تخریب شده است. در سایر اختلالات این تخریب با درجات خفیف‌تری رخ می‌دهد (۱۰). قاضی David Bazelon که به عنوان یکی از پیشگامان هم‌آهنگ‌سازی قانون با اختلالات روانی شناخته می‌شود، معتقد بود که در دفاع جنون آنچه حائز اهمیت است، ازدست‌دادن قدرت اراده است و تمرکز ارزیابی جنون نباید بر نشانه‌های روان‌پزشکی اختلالات باشد. در مقابل بسیاری معتقدند این ملاک دامنه جنون را بسیار گسترده خواهد نمود تا جایی که اثرات اختلال افسردگی اساسی را نیز در برخواهد گرفت (۲).

Gerben Meynen (۲۰۱۰ م.) سه معنای مختلف برای اراده آزاد مطرح می‌کند (۱۱). وقتی گفته می‌شود «اختلالات روانی می‌تواند اراده آزاد را خدشه‌دار کند» معانی متفاوتی متبادر به ذهن می‌شود. در معنای اول اراده آزاد به معنای کنش منطقی، یعنی عمل کردن بر اساس یک دلیل و انگیزه است. به عنوان مثال در نشانگان توره فرد بدون دلیلی موجه و روشن اقدام به کارهایی می‌کند که هیچ انگیزه یا دلیل مشخصی ندارد، مثل تکان دادن دست‌ها یا تکرار ناخواسته کلمات. بر اساس این برداشت از اراده، نمی‌توان فرد مبتلا به اختلال توره یا تیک را در این زمینه دارای اراده دانست و چنانچه در پی انجام این دست‌کنش‌ها از جمله در تیک‌های پیچیده، جرمی رخ دهد، نمی‌توان وی را به لحاظ کیفری مسئول شمرد. همچنین در اختلال کاتاتونیا نیز این وضعیت صادق است و چنانچه رفتارهای قالبی یا اطوارهای مختص به این اختلال منجر به یک رفتار مجرمانه شود، نمی‌توان آن را کنشی منطقی تلقی کرد، اما در برخی موارد، رفتار به دلیلی انجام شده است، مثل فردی که بر اساس سوءظن هذیانی خود اقدام به قتل همسرش می‌کند، چراکه گمان می‌کند همسرش با دشمنان وی هم‌دست بوده و او را در معرض پرتوهای سرطان‌زا قرار می‌دهد تا مرگی تدریجی و دردناک را برای وی رقم بزند. بر مبنای ملاک «عمل کردن بر اساس یک دلیل» این اقدام ارادی تلقی می‌شود، در حالی که به وضوح قابل فهم است که این مورد از بارزترین مصادیق جنون است، در نتیجه این برداشت از اراده آزاد را زیر سؤال می‌رود.

معنای دیگر اراده آزاد این است که فرد منشأ اصلی رفتار به شمار رود، به این معنی که علت فاعلی آغازگر رفتار باشد. این برداشت با مفهوم عاملیت در روان‌شناسی قرابت دارد. بر این اساس رفتاری مثل رفتارهای برخاسته از هذیان را نمی‌توان رفتار ارادی تلقی کرد. به همین دلیل است که بسیاری از قضات از کارشناس متخصص این سؤال را می‌پرسند که «آیا اختلال علت انجام رفتار مجرمانه بوده است؟» (۱۲). این سؤال در حقیقت ریشه در این دارد که آیا فرد علت فاعلی آغازگر بوده است و یا این اختلال است که در نقش علت برای رفتار ظاهر شده است. در این صورت در برخی رفتارها، احتمالاً اختلالاتی همچون جنون سرقت یا اختلال وسواسی جبری منشأ اصلی به شمار می‌روند و نه خود فرد. یا مثلاً فردی مانیک که صرف نظر از اپیزودهای حاد مانیا، فردی مسئول و موجه است، در طول دوره فعال اختلال اقدام به رفتارهایی مجرمانه، از جمله خشونت نسبت به دیگران می‌کند، به گونه‌ای که اطرافیان ممکن است چنین اظهار کنند که «انگار او آدم دیگری شده است.» این وضعیت در مورد برخی حالات هذیانی از جمله هذیان کنترل به اوج خود می‌رسد، جایی که فرد می‌پندارد که جسم او توسط دیگران تسخیر شده است و اختیار، افکار، احساسات و رفتار وی به دست شخص یا موجود دیگری است. وضعیتی که از آن به احساس عاملیت مختل شده یاد می‌شود (۱۰). به این ترتیب می‌توان چنین گفت که این خود فرد نیست که علت رفتار است، بلکه اختلال روانی عامل چنین رفتاری به حساب می‌آید.

سومین احتمال در مورد اراده آزاد، موارد جایگزین است. در این برداشت، وجود گزینه‌های دیگر برای اراده آزاد ضروری تلقی می‌شود. در بسیاری از اختلالات چنین به نظر می‌رسد که فرد گزینه دیگری برای عمل بر مبنای آن ندارد. رفتارهایی همچون رفتارهای وسواسی در اختلال وسواسی جبری یا رفتارهای ناشی از سراسیمگی روانی حرکتی در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و اختلالات اضطرابی نمونه‌هایی از مواردی هستند که گویا فرد راهی برای پرهیز و گریز از آنان ندارد و نسبت به انجام آن‌ها احساس اجبار و فشار می‌کند، در نتیجه این اختلالات به این وسیله که گزینه‌های عملی دیگر را از

خودی. این مسأله مستلزم به کارگیری فرایندهای متعددی همچون حافظه، خلاقیت و ادراک بی‌واسطه محیط پیرامون است. منظور از گزینه، رفتارهایی است که کاندیدای کنش هدفمند متناسب با وضعیت موجود هستند. در تمام مدتی که فرد به این می‌اندیشد که چه باید بکند، در حال تولید گزینه‌های جدید است. بدون گزینه‌های متعدد تصمیم‌گیری محقق نخواهد شد. گزینه‌ها و انتخاب‌ها مواد خام تصمیم‌گیری به شمار می‌روند.

مرحله دوم، انتخاب گزینه: در این مرحله فرد پس از تعمق و ژرف‌اندیشی یک گزینه را برای عمل برمی‌گزیند. تأمل کردن در میان گزینه‌ها گاهی باعث برآمدن گزینه‌های جدید می‌شود که در این صورت بازگشتی موقتی به مرحله قبل صورت می‌گیرد (حلقه بازخوردی)؛ در مرحله دوم محاسن و معایب هر گزینه بررسی می‌شود و در نهایت انتخاب صورت می‌گیرد. مرحله سوم، اقدام: تا زمانی که گزینه برگزیده جامه عمل نپوشد، هنوز تصمیمی گرفته نشده است. برای نمونه فرد مبتلا به اعتیاد، بارها دو مرحله اول را پشت سر می‌گذارد و گزینه ترک مصرف مواد را برمی‌گزیند، ولی در نهایت عملی رخ نمی‌دهد. بنابراین اتخاذ تصمیم، لاجرم نمی‌تواند در دو مرحله اول منحصر باشد. مرحله اقدام مرحله‌ای است که در آن فرد به رفتاری واقعی مبادرت می‌ورزد تا گزینه انتخاب‌شده به کنشی واقعی بدل گردد.

به این ترتیب، نقص در هر مرحله از مراحل سه‌گانه فوق، می‌تواند منجر به ناتوانی در تصمیم‌گیری بشود. برای نمونه نقص در مرحله اول می‌تواند به ناتوانی در تولید گزینه‌ها بیانجامد. برای نمونه در افسردگی، افراد گزینه‌های بسیار کمی در پیش روی خود می‌بینند و از همین رو در برابر مشکلات ساده احساس درماندگی کرده، خود را در بن‌بست می‌بینند. همچنین در دمانس (Dementia) یا حالات آپاتیک (Apathic) همچون اسکیزوفرنی نقصانی فرد در ایجاد گزینه‌ها و راه‌های جدید کاملاً ناتوان است. در برخی دیگر از اختلالات مثل اختلال شخصیت ضد اجتماعی (Antisocial Personality Disorder) یا خودشیفته (Narcissistic Personality Disorder)، نوع

دسترس افراد خارج می‌کند، اراده آزاد را تحدید نموده و یا سلب می‌کند. دیدگاه‌های افراطی جبرگرایانه این معنا از اراده آزاد را مورد انتقاد قرار می‌دهند و بر این باورند که در جهان واقعی، هیچ جایگزین حقیقی وجود ندارد (۱۱).

جدال در مورد اراده آزاد در فلسفه و روان‌شناسی پرکشمکش و دنباله‌دار است، اما به طور کلی، روان‌شناسی و روان‌پزشکی به ویژه با گسترش علوم تجربی، از جمله عصب‌شناسی و علم ژنتیک و کاهش‌گرایی مختص آن، بیش از پیش به نوعی جبرگرایی زیستی و یا محیطی گرایش پیدا کرده‌اند. این در حالی است که تحلیل حقوقی رفتار انسان کاملاً بر اراده آزاد و قدرت انتخاب استوار است. با وجود تلاش‌هایی که برای آشتی دادن علیت‌گرایی علمی و مقوله مسئولیت‌کیفری صورت گرفته است، همچنان وجوه ابهام زیادی در این زمینه وجود دارد. روان‌شناسی در مورد علل روانی، محیطی، اجتماعی و عصب‌شناختی بروز رفتار سخن می‌راند، ولی نمی‌تواند در مورد وجود قصد و نیت فرد در زمان ارتکاب جرم، نظری قاطع صادر کند.

یکی از سازه‌های بسیار نزدیک به اراده در علم روان‌شناسی، تصمیم‌گیری است. رفتار ارادی رفتاری است که فرد تصمیم گرفته است آن را انجام دهد. تصمیم‌گیری فرایندی است که انسان هر روزه با آن سروکار دارد. این پیش‌پافتادگی و یومیه بودن تصمیم‌گیری تأمل و تدقیق در آن را دشوار می‌کند و همچون دیگر مفاهیم روان‌شناختی، تعریف آن را ملفوف و درهم می‌سازد. دیدگاه‌های متفاوتی با روی‌آوردهایی گوناگون، در مورد چیستی و مراحل تصمیم‌گیری وجود دارد. در این میان Kalis و Meynen (۲۰۱۴ م.) چارچوبی برای تسهیل فهم تصمیم‌گیری در موضع تلاقی مسئولیت‌کیفری و اختلال روانی ارائه کرده‌اند (۱۳). بر اساس این دیدگاه، فرایند تصمیم‌گیری از ۳ مرحله تشکیل شده است:

مرحله اول، گزینه‌آفرینی و چاره‌اندیشی: در این مرحله فرد گزینه‌هایی را که برای عمل می‌تواند برگزیند، در مقابل خود می‌بیند. همان‌گونه که از نام این مرحله پیداست، فرایند ایجاد و تولید گزینه‌ها، فرایندی فعالانه است نه منفعلانه و خود به

گزینه‌ها با مشکلاتی مواجه‌اند. بیماران اسکیزوفرنیک که دچار آپاتی هستند، به طور معناداری کمتر از گروه گواه گزینه تولید می‌کنند. همچنین شدت آپاتی با تولید انتخاب‌های متعدد رابطه معکوس دارد (۱۴).

شکل دیگر بدکارکردی در این مرحله، اتخاذ و انتخاب تصمیمات اشتباه است، برای نمونه در مانیا ممکن است ارزش یک گزینه به شکلی اغراق‌شده و بی‌تناسب با واقعیت ادراک شود و یک انتخاب غلط (مثل یک سرمایه‌گذاری دیوانه‌وار) به عنوان گزینه‌ای درخشان تصور شود. آن‌ها ممکن است خوش‌بینی غیر واقعی نسبت به یک انتخاب داشته باشند، گزینه‌ای که ممکن است خطرناک یا مجرمانه باشد. بسیاری از درمان‌ها از جمله درمان‌های شناختی رفتاری بر مرحله انتخاب گزینه متمرکزند. آن‌ها می‌کوشند مراجعان را در انتخاب بین گزینه‌هایی غیر از گزینه‌های مشکل‌آفرین پیشین، یاری کنند (۱۵).

مرحله سوم نیز به اشکال مختلفی می‌تواند از اختلالات روانی آسیب ببیند. مثلاً تیک‌های پیچیده در سندروم توره که عمل پیش از آغاز تصمیم‌گیری است. در برخی اختلالات ممکن است فرد از عملی کردن تصمیم خود ناتوان باشد، مثل فرد الکلیک که بارها تصمیم به قطع مصرف الکل گرفته است، ولی نمی‌تواند آن را به مرحله عمل برساند. گاهی نیز فرد این مرحله را با سرعت بیشتری انجام می‌دهد، مثلاً در اختلالات کنترل تکانه، به محض ایجاد یک گزینه، فرد بدون ارزیابی بر اساس آن اقدام می‌کند. در نهایت گاهی اوقات فرد برای آغاز فاز کنشی، درنگ و ملاحظه بسیار زیادی دارد، مثل مرحله حاد اختلال افسردگی اساسی که فرد فاقد انرژی لازم برای عمل است و یا اهمال‌کاری (Procrastination) که با ویژگی به تأخیر و تعویق انداختن کارها تشخیص می‌یابد. این نکته قابل توجه است که یک اختلال ممکن است تصمیم‌گیری را نه تنها در یک مرحله که همزمان در مراحل مختلف دچار اشکال کند (۱۳).

بررسی ملاک ارادی بودن رفتار در مسئولیت کیفری حکایت از این دارد که در هر کدام از ملاک‌های متعدد مطرح‌شده درباره دفاع جنون، بر سطحی از مراحل سه‌گانه فوق متمرکز شده‌اند.

خاصی از گزینه‌ها، از جمله گزینه‌های مستلزم نوع دوستی و همدلی، در دسترس افراد قرار ندارند. روی دیگر سکه در این مرحله، اختلالاتی هستند که در آن‌ها فرد به بیش‌تولید گزینه‌ها دست می‌زند. برای نمونه افراد مانیک با چنان سرعتی در حال ایجاد گزینه‌های جدید هستند که زمان کافی برای ارزیابی و تجزیه و تحلیل آن‌ها ندارند. در اختلالاتی که افراد به صورت تکانشی رفتار می‌کنند، گزینه‌هایی همچون دزدیدن (در جنون سرقت (Kleptomania)) و آتش‌زدن (در جنون آتش‌افروزی (Pyromania)) پیوسته و به شکلی وسواسی ایجاد می‌شوند. در اختلالات طیف وسواسی جبری نیز همین امر صادق است. در اختلالات سایکوتیک نیز ممکن است گزینه‌هایی برای فرد مطرح باشند که برای دیگران موضوعیت ندارند، گزینه‌هایی که می‌توانند ناشی از هذیان‌ها و توهمات فرد باشند، مثل گزینه «شیرجه زدن در دریا» در فردی که اقدام به پریدن از طبقه دهم یک ساختمان کرده است. گاهی نیز گزینه‌هایی که افراد عادی به صورت طبیعی آن را در نظر می‌گیرند از دایره احتمالات فرد خارج می‌شوند، مثل «مراجعه به پلیس» در فرد پارانوئید که تصور می‌کند پلیس‌های فاسد با دشمنان وی متحد شده‌اند.

نقص در مرحله دوم می‌تواند به صورت بی‌تصمیمی خود را نشان دهد، مثلاً افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی به واسطه نوع پردازش اطلاعاتشان، معمولاً در ارزیابی و ترجیح یک گزینه با مشکل مواجه‌اند. در اختلالات عصبی‌شناختی مثل دمانس و دلیریوم (Delirium) نیز بی‌تصمیمی قابل مشاهده است، چراکه اندیشیدن و ژرف‌نگری لازم برای این مرحله، نیازمند به کارگرفتن توانایی‌های شناختی همچون حافظه، توجه و هشیاری است، در حالی که اختلال در این توانایی‌ها ویژگی اختلالات عصبی‌شناختی است. در مانیا و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به واسطه ناتوانی در حفظ توجه متمرکز، ارزیابی گزینه‌ها به درستی صورت نمی‌گیرد. بی‌لذتی (Anhedonia) و بی‌علاقگی در افسردگی اساسی، باعث می‌گردد هیچ کدام از گزینه‌های موجود برای فرد ارزش یا جاذبه نداشته باشد. افراد مبتلا به اختلالات شخصیت همچون اختلال شخصیت وابسته نیز در انتخاب‌گری بین

(Self-Control) و خودتنظیمی (Self-Regulation) هستند (۱۶). به عبارت دیگر کارکردهای اجرایی، سازه‌ای انتزاعی است که بین ساختارهای عصبی، به ویژه در قشر پیش‌پیشانی (Prefrontal Cortex) و کنش‌های روان‌شناختی منحصر به گونه انسان، همچون حل مسأله و تفکر انتزاعی پیوندی مبتنی بر شواهد علمی به وجود آورده است. اهمیت کارکردهای اجرایی در این است که برای چیره‌دستی شناختی متکفل طرح‌ریزی، آغازگری (Initiation) و توالی رفتارهای پیچیده معطوف به هدف و نظارت بر آن ضروری است (۱۷).

در برخی منابع از اراده به عنوان یکی از ابعاد کارکردهای اجرایی نام برده شده است. Lezak و دیگران (۲۰۱۲ م.) کارکردهای اجرایی را در چهار مؤلفه مفهوم‌پردازی کرده‌اند (۱۸): ۱- اراده؛ ۲- برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری؛ ۳- کنش هدفمند؛ ۴- عملکرد مؤثر.

این چهار مؤلفه ظاهراً مستقل، درهم‌تنیدگی بسیاری دارند. به همین دلیل به ندرت می‌توان فردی را یافت که تنها در یکی از این چهار حیطه دچار مشکل باشد، حتی در مواردی که اختلال در یک یا دو مورد از ابعاد چهارگانه کارکرد اجرایی، برجسته‌تر است، در سایر زمینه‌ها نیز بدکارکردی قابل ملاحظه است. اراده، به ظرفیت فرد برای انجام رفتار عامدانه اشاره دارد و به هدف‌گزینی، انگیزه برای شروع رفتار و آگاهی نسبت به خود و محیط، نیازمند است. افراد دارای اختلال اراده، ممکن است کاملاً به افرادی آپاتیک (Apathy) و یا فاقد خودگردانی (Self-Direction) تبدیل شوند. آن‌ها رفتاری را آغاز نمی‌کنند، مگر اینکه دستوری از جانب دیگران صادر شود. در آسیب‌های خفیف‌تر، افراد در جستجوی فعالانه برای رفع نیازهای خود قصور دارند. پژوهش‌ها بیان‌گر این هستند که کارکردهای اجرایی در طیف وسیعی از اختلالات مغشوش و نابسامان می‌شوند، برای نمونه در آلزایمر (۱۹)، دمانس پیشانی - گیجگاهی و دمانس جسم لوی (۲۰)، اختلال بیش‌فعالی/ نقصان توجه (۲۱)، اختلال طیف اوتیسم (۲۲)، اسکیزوفرنی (۲۳)، اختلال دوقطبی (۲۴)، اختلال افسردگی اساسی (۲۵)،

به عنوان نمونه قانون مک‌ناتن (M'Naghten Rule) دو ملاک را مطرح می‌سازد: در اثر بیماری روانی، فرد یا نسبت به ماهیت و کیفیت عمل خویش ناآگاه باشد و یا اینکه نداند که این کار اشتباه است. به این ترتیب، آنچه توسط این قانون محور توجه قرار گرفته است؛ مرحله دوم یعنی انتخاب گزینه است، در حالی که از منظر آسیب‌شناسی روانی، در پرونده قتل Edward Drummond توسط Daniel M'Naghten به واسطه هذیانی بودن قاتل، اختلال در اراده عمدتاً به مرحله اول، یعنی گزینه‌آفرینی مربوط می‌شود (۱۳).

ملاک قوه تمییز نیز که در قانون مجازات اسلامی (۱۳۹۲ ش.) به آن اشاره شده است، مرحله انتخاب گزینه را هدف گرفته است: آیا فرد در هنگام انجام عمل مجرمانه توانایی تشخیص خوب را از بد داشته است یا نه. آیا می‌توانسته میان رفتار خوب و بد تمییز قائل شده و یکی از آن‌ها را انتخاب کند یا نه؟ همچنین ملاک اراده در ماده مذکور از یکسو می‌تواند در هر سه مرحله تجلی یابد و از سوی دیگر به نظر می‌رسد که مرحله اقدام را مد نظر قرار داده است. بررسی دقیق این موضوع و نتیجه‌گیری راجع به آن، مستلزم تحلیل و ژرفاندیشی بیشتری است.

۱-۱. کارکردهای اجرایی: توجه به این نکته ضروری است که مفهوم اراده در ادبیات علم روان‌شناسی، به واسطه غیر عینی بودن و عدم قابلیت اندازه‌گیری، سازه‌ای مورد اقبال نیست. با این حال به ویژه در چارچوب مصاحبه و ارزیابی بالینی، سازه‌هایی مقبول و دارای قرابت مفهومی یا مصداقی با سازه «اراده» وجود دارند که از آن جمله می‌توان به تصمیم‌گیری و کارکردهای اجرایی (Executive Functions) اشاره کرد. کارکردهای اجرایی به طیف گسترده‌ای از توانمندی‌های شناختی سطح بالا اشاره دارد که رفتار هدفمند و حل مسأله را تسهیل می‌کند که از آن جمله می‌توان انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive Flexibility)، خودنظارت‌گری (Self-Monitoring)، کنترل بازدارنده، حافظه کاری (Working Memory) و برنامه‌ریزی (Planning) را نام برد. این توانایی‌ها هسته مرکزی ویژگی‌هایی چون خودمهارگری

عصبی - زیستی، عصبی - عروقی یا مواجهه با استرس باشد که خطر بروز اختلالات را افزایش می‌دهند؛ ۲- ممکن است اختلال روانی مسبب تغییرات عصبی - زیستی باشد و این تغییرات در مرحله بعد، موجب بروز نقص در کارکردهای اجرایی باشند؛ ۳- ممکن است آسیب روانی مستقیماً سبب بروز نقص کارکردهای اجرایی شوند، به این دلیل که برخی علائم اختلال مثل نشخوار ذهنی (Rumination)، منابع شناختی همچون توجه و حافظه را اشغال می‌کنند؛ ۴- نابسامانی در کارکردهای اجرایی، می‌تواند با مشارکت برخی عوامل دیگر، همچون خودارزشمندی پایین، ناامیدی، برانگیختگی بالا یا تحریک‌پذیری، باعث دوام یا عود (Relapse) اختلال شود، بدون اینکه لزوماً در ایجاد اختلال نقش داشته باشد.

با وجود این، به طور خاص ابزار رسمی متقنی برای ارزیابی اراده و رفتار ارادی وجود ندارد. بهترین شیوه برای آزمودن اراده، مشاهده رفتار افراد در محیط طبیعی‌شان و همچنین استفاده از گزارش‌های اطرافیان و خانواده آنان است. این گزارش‌ها منابعی غنی برای فهم این موضوعات هستند که آیا فرد قادر به شکل‌دادن میل، هدف‌گزینی و قصدانگیزی است یا نه (۱۸).

۱-۲. بی‌ارادگی (Automatism): یکی از مفاهیم مرتبط با دفاع جنون، بی‌ارادگی است. بی‌ارادگی وضعیتی است که در آن فرد نسبت به رفتار خودآگاه نیست، رفتاری که منجر به یک عمل مجرمانه می‌گردد. بی‌ارادگی سلوک غیر داوطلبانه‌ای است که معلول یک عامل بیرونی است. رفتارهای مجرمانه‌ای که فرد در وضعیت بی‌ارادگی مرتکب می‌شود، از نظر کیفی مسئولیتی در پی نخواهد داشت، چراکه کاملاً ناخواسته و غیر ارادی است.

برخی پژوهشگران، چهار بستر بالقوه برای بی‌ارادگی نام برده‌اند: ۱- صرع؛ ۲- ضربه مغزی؛ ۳- حالات تجزیه‌ای مثل گریز تجزیه‌ای (Dissociative Fugue)؛ ۴- بدخواهی‌ها از جمله خواب‌گردی (Sleepwalking) (۲). با این حال به نظر می‌رسد شرایط دیگری نیز برای بی‌ارادگی قابل تصور است، مواردی همچون خلسه هیپنوتیک، اسپاسم و اعمال بازتابی و

اختلالات اضطرابی (۲۶)، اختلال شخصیت مرزی (۲۷)، چاقی و اختلال پرخوری (۲۸) و اختلالات خواب (۲۹).

مطالعات عدیده‌ای نقایص کارکردهای اجرایی را با ارتکاب جرم بررسی کرده‌اند. برای نمونه فراتحلیل Ogilvie و دیگران (۲۰۱۳ م.) نشان می‌دهد که رابطه مثبت و قوی بین ارتکاب جرم و کارکردهای اجرایی مختل‌شده در نوجوانان وجود دارد (۳۰). Reynolds و دیگران (۲۰۱۹ م.) نیز نشان دادند که تکانش‌گری و رفتارهای پرخطر در جوانان با عملکرد ضعیف در آزمون‌های سنجش عملکرد اجرایی همراه هستند (۳۱). یک فراتحلیل به بررسی کارکردهای اجرایی در جمعیت عمومی زندانیان (فاقد پیشینه بستری‌شدن) پرداخته است. نتیجه این فراتحلیل نشان می‌دهد که مجرمین جرائم خشن در تغییر زمینه (Set-Shifting) و حافظه کاری دارای نقایص هستند، در حالی که مرتکبین جرائم غیر خشن، در بازداری، حافظه کاری و حل مسأله دچار مشکل هستند. وجود این نقایص به صورت ضمنی یادآور این موضوع است که چرا بسیاری از این افراد مجدداً مرتکب جرم شده و به زندان بازمی‌گردند (۳۲).

البته در رسمیت‌بخشیدن به کارکردهای اجرایی و محوریت دادن به آن در مقوله اراده و در تبیین جنون سؤالی اساسی وجود دارد. همان‌گونه که در بالا اشاره شد، ضعف و نقص در کارکردهای اجرایی در اختلالات گوناگون، آنچنان گسترده و همه‌گیر است که استناد به آن و این دست نقایص شناختی در تشخیص اینکه آیا فرد مسلوب‌الاراده شده است و یا قوه تمییز را از دست داده است، کاری بس دشوار است و حداقل ابزارهای تشخیصی کنونی، نه در مقوله اراده و جنون که در افتراق اختلالات بالینی از یکدیگر بر مبنای میزان یا کیفیتی منحصر به فرد از آسیب‌های شناختی ناتوان‌اند. از همین رو برخی پژوهشگران عملکرد مختل در کارکردهای اجرایی را عامل خطری فراتشخیصی (Transdiagnostic) برای اختلالات بالینی، به ویژه در اختلالات درونی‌ساز همچون اختلالات افسردگی و اضطرابی، می‌دانند (۳۳).

به طور کلی رابطه علی بین اختلالات و نقص در کارکردهای اجرایی می‌تواند چهار صورت داشته باشد (۳۴): ۱- نقص در کارکردهای اجرایی می‌تواند ناشی از عواملی همچون تفاوت‌های

هیجانی، انگیزشی و رفتاری است، به نظر می‌رسد قوه تمییز، بیش از همه بر بعد شناختی متمرکز است.

قضاوت به توانایی فرد برای اخذ تصمیمات سازگارانه اشاره دارد، به گونه‌ای که تأثیرات مهمی در بخش‌های مختلف زندگی او داشته باشند. علاوه بر مقتضیات کنونی، می‌توان قضاوت فرد را نسبت به فعالیت‌های قبلی او نیز سنجید، مثلاً اگر فعالیت‌های گذشته فرد با اهداف و توانمندی‌های وی هماهنگی داشته باشد، قضاوت مطلوب و هر اندازه بین این موارد ناهم‌خوانی وجود داشته باشد، به معنای قضاوت ضعیف‌تر است (۳۸). نوجوانان با تکانشگری بالا، مبتلایان به اختلال دوقطبی، بیماران سایکوتیک، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و بیماران مبتلا به اختلالات عصبی شناختی از جمله افرادی هستند که صرف نظر از چگونگی آن، دارای سطوحی از اختلال در قضاوت هستند (۳۹).

در هر صورت فارغ از تفاوت‌های جزئی میان این مفاهیم به نظر می‌رسد انجام کنش‌های پیش‌گفته، اراده و عزم جزم، مستلزم داشتن توانایی شناختی مرتبط با آن است. فرد حین ارتکاب جرم باید بداند رفتارهایی از این دست، جرم بوده و این عمل خاص، از مصادیق رفتار مجرمانه است. محاکم جنایی سه درجه مختلف برای آگاهی و دانستن فرد برشمرده‌اند:

۱- دانش واقعی (Actual Knowledge)، عبارت است از اینکه متهم بداند چیزی وجود یا حقیقت دارد.

۲- جهل خودخواسته (Willful Blindness)، به این موضوع اشاره دارد که گاهی اوقات فرد چشم خود را بر روی برخی شواهد می‌بندد و در مورد آن بررسی بیشتری نمی‌کند، چراکه نسبت به حقیقت مردد است و از اینکه تردیدش رنگ واقعیت بگیرد، می‌ترسد. او ذهن خود را می‌بندد، مبادا در معرض خطر قرار گیرد.

۳- دانش ساختی (Constructive Knowledge)، در بافت جنایی کمتر رخ می‌دهد و به مواردی مربوط می‌شود که در آن انتظار می‌رود فرد منطقی نسبت به موضوعی حساس بوده و در مورد آن بررسی کرده باشد. در غیر این صورت سهل‌انگاری کرده و مجرم شناخته می‌شود، مثلاً اگر فردی به

همچنین دوره افت قند خون در افراد مبتلا به دیابت. چنانچه رفتار ناشی از بی‌ارادگی به دلیل وجود یک اختلال روانی رخ داده باشد، در ذیل دفاع جنون قرار می‌گیرد، چراکه این افراد فاقد قصد مجرمانه و عنصر معنوی جرم هستند. با این حال دو نوع از بی‌ارادگی قابل تفکیک است: بی‌ارادگی سالم (Sane Automatism) و بی‌ارادگی ناشی از جنون (Inane Automatism). در نوع اول که مثلاً در هنگام افت قند خون در بیماران دیابتیک رخ می‌دهد، احتمال تکرار وجود ندارد و پای یک اختلال روانی در میان نیست، بلکه برون‌زاد و وابسته به عوامل بیرونی تلقی می‌شود، ولی در نوع دوم که در اختلالاتی همچون صرع یا اختلال برانگیختگی خواب حرکات غیر سریع چشم، نوع خواب‌گردی رخ می‌دهد، از آن جهت که درون‌زاد بوده و ناشی از یک اختلال اولیه یا ثانویه روانی است، احتمال تکرار نیز وجود دارد. تفاوت این دو، البته از منظر روان‌آسیب‌شناسی موجه نیست و تقسیم‌بندی صرفاً قانونی است (۳۵). این نکته قابل توجه است که بی‌ارادگی در صورتی موجه است که خودساخته نبوده باشد، مثلاً بر اثر مصرف ماده یا دارو ایجاد نشده باشد (۳۶).

۲. قوه تمییز: برخلاف نظام کیفری کودک و نوجوان که در آن می‌بایست اصل را بر عدم رسش عقلی و ادراکی کودک گذاشت، در مورد افراد بالغ، توان ادراکی و قوه تمییز مفروض دانسته می‌شود. از این رو برای سلب مسئولیت کیفری فرد، وجود نوعی مانع یا عامل مخل ناگزیر است. یکی از مهم‌ترین عوامل موجب اخلال در قوای ادراکی فرد، مرتبه شدیدی از اختلال روانی است که با جنون حقوقی مترادف است (۷). قوه تمییز عبارت است از توانایی فرد در قضاوت و ارزیابی مسائل و تفکیک خوب از بد یا مفید از مضر (۳۷). مفاهیمی چند در روان‌شناسی شناختی وجود دارند که هر یک به نوعی می‌توانند به قوه تمییز ارتباط داشته باشند. این مفاهیم عبارت‌اند از: قضاوت، تصمیم‌گیری و حل مسأله. وجه مشابهت این مفاهیم با اراده و تمییز در این است که در موقعیت‌های انتخاب میان چند گزینه قابل طرح هستند. با وجود اینکه انتخاب‌گری از بین چند گزینه، دارای مؤلفه‌های گوناگون

کلاسیک می‌رسند و نه می‌توان آن‌ها را معادل سلامت روان دانست و برای آن قوه اراده‌ای در حد افراد دارای سلامت روان قائل بود. به عبارت دیگر اختلالات روانی تصمیم‌گیری منطبق با هنجار اجتماعی را مختل می‌سازد، در نتیجه همانند پنداشتن چنین فردی با یک فرد سالم به لحاظ روانی، از عدالت به دور خواهد بود (۴۲).

نکته دیگر به گستره و تعدد مکانیزم‌های قانونی برای بیماران روان‌پزشکی بازمی‌گردد. می‌توان گفت با توجه به طیف وسیع، متنوع و متکثر اختلالات روانی، اتکا صرف به جنون بسیار بسیط، ساده‌انگارانه و ناکارآمد است. غفلت قانونگذار از دیگر دفاع‌های متداول برای این دسته از افراد، همچون اتوماتیسم (بی‌ارادگی) یا حالات تجزیه‌ای انکارناپذیر است. در واقع شکل‌های متفاوتی از نقص در اراده و قوه تمییز وجود دارد، حالاتی که به احتمال زیاد مشمول تعریف کلاسیک ماده ۱۴۹ ق.م.ا. نمی‌شوند، ولی بی‌هیچ شبهه و تردیدی نمایانگر وضعیتی نابهنجار هستند که قوه اراده، توانایی فرد در تشخیص درست و نادرست و در نهایت توان مهار رفتاری فرد را عمیقاً متأثر می‌کنند، اگرچه برخی مواد قانونی دیگر همچون مواد ۳۸ و ۴۰ ق.م.ا. و یا مواد ۴۸۹ و ۵۰۲ ق.آ.د.ک. توجه به وضعیت روانی یا مشکلات روان‌پزشکی فرد را مد نظر قرار داده‌اند، اما هیچ کدام صراحت، شفافیت و البته صلاحیت لازم برای مواجهه با پیچیدگی‌های مربوط به بیماران روان‌پزشکی را ندارند.

در مجموع هیچ کدام از طبقات و اختلالات روان‌پزشکی را نمی‌توان به صورت تمام و کمال مصداق تام فقدان اراده یا قوه تمییز و به عبارت دیگر، معرف جنون حقوقی دانست. از همین رو برچسب تشخیصی تخصصی روان‌پزشکی، در محاکم قضایی فاقد کارکرد ذاتی و اولیه است، چراکه تأثیرپذیری قوای اراده و تمییز از اختلال روانی متأثر از سه مؤلفه است:

۱- تشخیص روان‌پزشکی؛ ۲- شدت علائم؛ ۳- رابطه منطقی بین ماهیت اختلال و رفتار مجرمانه.

همچنین در نظام حقوقی و پزشکی قانونی ایران هیچ‌گونه ابزار تشخیصی عینی و استاندارد برای تعیین اراده و قوه تمییز وجود ندارد. این موضوع به میزان زیادی به انتزاعی‌بودن این

فرد دیگری که می‌دانسته یا منطقاً باید می‌دانسته که وی در حالت مستی است، سلاح سرد بفروشد، مجرم شناخته می‌شود یا اگر فردی اقدام به رفتاری کند که منطقاً باید از ماهیت آسیب‌زننده این رفتار به فرد قربانی، آگاه می‌بوده، مرتکب جرم شده است (۴۰).

با بازگشت به مدل سه مرحله‌ای تصمیم‌گیری کالیس و مینن (۲۰۱۴ م.) مشخص می‌گردد (۱۳) که آنچه از آن به قوه تمییز تعبیر می‌شود؛ در مرحله دوم یعنی مرحله انتخاب گزینه رخ می‌دهد. در واقع آنچه ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی به عنوان یکی از دو ملاک برای اثبات جنون‌بودن یک اختلال روانی مطرح می‌سازد، عبارت است از توانایی فرد در تشخیص گزینه‌های درست از نادرست، گزینه‌های اخلاقی از غیر اخلاقی و گزینه‌های قانونی از غیر قانونی. همسویی قوه تمییز و ادراک با استدلال اخلاقی در مطالعات دیگر نیز مورد توجه قرار گرفته است (۷). در نتیجه این ملاک یک ملاک شناختی مربوط به مرحله دوم تصمیم‌گیری محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

عدالت به معنای مساوات نیست و مواجهه عادلانه با مجرمین دارای شرایط روان‌شناختی و بافتاری ناهمسان، در گرو همخوانی و هم‌سازی احکام قضایی با شرایط منحصر به فرد و بی‌همتای هر مجرم است. مطالعات عصب‌شناختی نیز حکایت از این دارند که قدرت اراده یا اراده آزاد بر روی یک پیوستار مفهوم‌پردازی شده است که در آن درجات مختلفی از مهار بر روی طیفی از رفتارها وجود دارند (۴۱). اگرچه اصل تفاوت در رویارویی با افراد بر مبنای مفاهیم مربوط به سلامت روان در نظام قانونی و حقوقی ایران لحاظ شده است، اما این تفاوت متناسب با ماهیت پیوستاری اراده و اختیار، دارای تفکیک مدرج نیست و قانون آن را به صورت صفر و یک در نظر گرفته است.

اختلالاتی همچون مسمومیت نه‌چندان شدید با الکل، پارافیلیاها و اختلالات شخصیت، از نظر شدت تخریب، بیماری‌هایی میانه به شمار می‌روند که نه به حد جنون

زمینه محقق شود. برای نمونه ساخت یک آزمون و تعیین نمره برشی برای آن که بتواند انعطاف‌پذیری شناختی مجرم یا ظرفیت کنترل بازدارنده و مهار رفتاری وی را مشخص کند، می‌تواند ملاکی عینی و شفاف در متن محکمه باشد که مفاهمه و ارتباط بین تصمیم‌گیرندگان قضایی و متخصصان روان‌پزشکی قانونی را تسهیل می‌کند.

- بازنگری قانون و اصلاح رویه‌های قانونی: با اینکه در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ تغییرات مثبتی در مورد مسئولیت کیفری در افراد مبتلا به جنون مشاهده می‌شود، همچنان ابهام و کلی‌گویی موجود در ماده ۱۴۹ این قانون، موجب سردرگمی است. همچنین احاله این موضوع به متخصصان روانپزشکی قانونی بدون شفاف‌سازی رویه‌ها و مشی و سیاق تشخیص اراده و قوه تمییز، عموماً به خاصیت‌زدایی و بیهوده‌سازی گزارش پزشکی قانونی می‌انجامد، به ویژه اینکه گواهی متخصص مشورتی است. علاوه بر این، یکی از موارد اجمال قانونی به تنوع دفاع‌های مرتبط با اختلالات روانی مربوط است. برای نمونه در برخی کشورها نهادهای دیگری همچون دفاع بی‌ارادگی، دفاع مسئولیت نقصان‌یافته و یا دفاع‌های مرتبط با اختلال استرس پس از تروما (PTSD) در محاکم به کار گرفته می‌شوند. نبود این تنوع در نظام حقوقی ایران، در تبیین مفهومی و البته قانونی برخی حالات منجر به سلب اراده و تمییز، مانع ایجاد نموده و بر مشکلات این حوزه می‌افزاید.

- پرورش روان‌پزشک و روان‌شناس قضایی: چنانچه پیشتر گفته شد یکی از مشکلات اساسی بر سر حل مسائل پیچیده و معضلات علمی فقدان متخصصان و کارورزانی است که دارای سطحی از تخصص و خبرگی در هر دو حوزه دانشی باشند. یک گام بزرگ در حل و فصل مشکلات مربوط به این حوزه از جمله موضوع جنون، مسئولیت کیفری، اراده و قوه تمییز، آموزش و توانمندسازی متخصصان میان‌رشته‌ای است.

مشارکت نویسندگان

محمد مهدی یوسفی: پردازش ایده، گردآوری اطلاعات و نگارش پژوهش.

دو سازه و همچنین ماهیت سیمپتوماتیک اختلالات روانی بازمی‌گردد، به این معنا که بسیاری از نشانه‌ها در ناپهنجاری‌های روانی ذاتاً ذهنی بوده، راهی برای عینی‌سازی آنان وجود ندارد. برای نمونه برای تشخیص هذیان و توهم که از بارزترین مصادیق جنون به شمار می‌روند، هیچ راهی جز رفتار کلامی و غیر کلامی فرد مبتلا وجود ندارد.

برای برون‌رفت از این انقباض قانونی در ارتباط با تشخیص صحیح فقدان یا نقصان اراده و تمییز راهکارهای ذیل پیشنهاد می‌گردند:

- تبیین نظری و ارائه مدلی کیفری از کارکردهای اجرایی با هدف کاربست این حوزه تئوریک در بافتار جنایی: جمع‌بندی نگارندگان این است که کارکردهای اجرایی در حال حاضر بهترین سازه برای سنجش و ارزیابی اراده و قوه تمییز در محاکم قضایی به شمار می‌روند، اگرچه نقص در این کارکردها در حال حاضر ارزش تشخیصی پزشکی نداشته و نمی‌تواند اختلالات روانی را از یکدیگر متمایز کند، اما ظاهراً این تفکیک و تمایز برای قانونگذار اهمیتی ندارد. آنچه در محاکم قضایی ارزشمند است، کشف ارادی و آگاهانه بودن یا نبودن رفتار مجرمانه است، به گونه‌ای که فرد از غیر قانونی یا ناپسند بودن رفتار خویش آگاه بوده باشد. گسترش پژوهش‌ها در این حیطه با هدف اختصاصی‌سازی بدکارکردی‌های اجرایی برای تشخیص ارادی بودن اعمال مجرمانه، هدفی سخت اما بایسته و نه چندان دور از دسترس است.

- توسعه ابزارها و آزمون‌هایی ویژه تشخیص مسئولیت کیفری: به نظر می‌رسد ابزارهای موجود سنجش کارکردهای اجرایی می‌توانند پس از بهینه‌سازی و کشف نقاط برش معینی به عنوان ابزارهای اولیه‌ای کارآمد در تشخیص و احراز میزان تخریب اراده و قوه تمییز ناشی از اختلالات روانی اولیه و ثانویه مورد بهره‌برداری قرار گیرند. با این حال اکتفا به این موضوع مطلوب نیست و پیشنهاد می‌گردد با تشکیل کارگروه‌هایی متشکل از عصب‌شناسان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و حقوقدانان، این موضوع مورد کنکاش و بررسی عمیق‌تر قرار گیرد تا در نهایت دستیابی به ابزارهای اختصاصی در این

لیلی رمضان ساعتچی: بازبینی و اصلاح پژوهش. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

References

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Hafemeister TL. Criminal Trials and Mental Disorders. New York: New York University Press; 2019.
3. Peterson JK, Skeem J, Kennealy P, Bray B, Zvonkovic A. How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law Hum Behav.* 2014;38(5): 439-449.
4. Keynia M. Criminal psychology. Tehran: Roshd; 1997. [Persian]
5. Hejazi A, Koohestani L, Fotovat A, Sadeghipur F RAS. Determining the Criteria for Diagnosis of Will and Discernment in Psychiatric Patients Referred to the Forensic Psychiatry Department. *Iran J Forensic Med.* 2016; 22(3): 211-218. [Persian]
6. Dorvashi GA, Mesri M, Taheri SK-NS. Investigating the cases of Lack of Judgment & Volition (Medicolegal and Criminal Law Aspects). *Iran J Forensic Med.* 2017; 2(22): 121-128. [Persian]
7. Petoft A, Abbasi M, Zali AR. The Review of the Concept "Perception" the Subject Matter of Article 91 of the Islamic Penal Code; The Interdisciplinary Analysis of the Law and Cognitive Neuroscience. *Crim law Doctrin.* 2021; 18(21): 3-28. [Persian]
8. Frith C. The psychology of volition. *Exp Brain Res.* 2013; 229(3): 289-299.
9. Metcalfe J, Greene MJ. Metacognition of agency. *J Exp Psychol Gen.* 2007; 136(2): 184-199.
10. Robinson JD, Wagner NF, Northoff G. Is the sense of agency in schizophrenia influenced by resting-state variation in self-referential regions of the brain? *Schizophr Bull.* 2016; 42(2): 270-276.
11. Meynen G. Free will and mental disorder: Exploring the relationship. *Theor Med Bioeth.* 2010; 31(6): 429-443.
12. Anckarsäter H, Radovic S, Svennerlind C, Höglund P, Radovic F. Mental disorder is a cause of crime: The cornerstone of forensic psychiatry. *Int J Law Psychiatry.* 2009; 32(6): 342-347.
13. Kalis A, Meynen G. Mental disorder and legal responsibility: The relevance of stages of decision making. *Int J Law Psychiatry.* 2014; 37(6): 601-608.
14. Hartmann MN, Kluge A, Kalis A, Mojzisch A, Tobler PN, Kaiser S. Apathy in schizophrenia as a deficit in the generation of options for action. *J Abnorm Psychol.* 2015; 124(2): 309-318.
15. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Publications; 2020.
16. Miyake A, Friedman NP. The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Curr Dir Psychol Sci.* 2012; 21(1): 8-14.
17. Banich MT. Executive function: The search for an integrated account. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009; 18(2): 89-94.
18. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. Neuropsychological assessment. 5th ed. Oxford: Oxford Univ Press; 2012.
19. Guarino A, Favieri F, Boncompagni I, Agostini F, Cantone M, Casagrande M. Executive functions in Alzheimer disease: a systematic review. *Front Aging Neurosci.* 2019; 10: 437-461.
20. Johns EK, Phillips NA, Belleville S, Goupil D, Babins L, Kelner N, et al. Executive functions in frontotemporal dementia and Lewy body dementia. *Neuropsychology.* 2009; 23(6): 765-777.
21. Shevchenko I. Combining qualitative and quantitative measures in the evaluation of executive functions in ADHD. In: Evaluation and Treatment of Neuropsychologically Compromised Children. New York: Elsevier; 2020. p.73-91.
22. Robinson S, Goddard L, Dritschel B, Wisley M, Howlin P. Executive functions in children with autism spectrum disorders. *Brain Cogn.* 2009; 71(3): 362-368.
23. Simon AE, Berger GE, Giacomini V, Ferrero F, Mohr S. Insight, symptoms and executive functions in schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry.* 2006; 11(5): 437-451.
24. Cotrena C, Damiani Branco L, Ponsoni A, Samame C, Milman Shansis F, Paz Fonseca R. Executive functions and memory in bipolar disorders I and II: new insights from meta-analytic results. *Acta Psychiatr Scand.* 2020; 141(2): 110-130.
25. Stordal KI, Lundervold AJ, Egeland J, Mykletun A, Asbjørnsen A, Landrø NI, et al. Impairment across executive functions in recurrent major depression. *Nord J Psychiatry.* 2004; 58(1): 41-47.
26. Sharp PB, Miller GA, Heller W. Transdiagnostic dimensions of anxiety: Neural mechanisms, executive functions, and new directions. *Int J Psychophysiol.* 2015; 98(2): 365-377.
27. McClure G, Hawes DJ, Dadds MR. Borderline

- personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personal Ment Health*. 2016; 10(1): 43-57.
28. Kittel R, Schmidt R, Hilbert A. Executive functions in adolescents with binge-eating disorder and obesity. *Int J Eat Disord*. 2017; 50(8): 933-941.
29. Delazer M, Högl B, Zamarian L, Wenter J, Ehrmann L, Gschliesser V, et al. Decision making and executive functions in REM sleep behavior disorder. *Sleep*. 2012; 35(5): 667-673.
30. Ogilvie JM, Stewart AL, Chan RCK, Shum DHK. Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: A meta-analysis. *Criminology*. 2011; 49(4): 1063-1107.
31. Reynolds BW, Basso MR, Miller AK, Whiteside DM, Combs D. Executive function, impulsivity and risky behaviors in young adults. *Neuropsychology*. 2019; 33(2): 212-221.
32. Meijers J, Harte JM, Jonker FA, Meynen G. Prison brain? Executive dysfunction in prisoners. *Front Psychol*. 2015; 6: 43-49.
33. Snyder HR, Friedman NP, Hankin BL. Transdiagnostic mechanisms of psychopathology in youth: Executive functions, dependent stress and rumination. *Cognitive Therapy and Research*. 2019; 43(5): 834-851.
34. Snyder HR, Kaiser RH, Whisman MA, Turner AEJ, Guild RM, Munakata Y. Opposite effects of anxiety and depressive symptoms on executive function: The case of selecting among competing options. *Cogn Emot*. 2014; 28(5): 893-902.
35. Thomson LDG, Robinson L. The relationship between crime and psychiatry. In: *Companion to Psychiatric Studies*. New York: Elsevier; 2010. p.731-767.
36. Martin EA, Law J. *Oxford dictionary of law*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
37. Mirsaedi M. *Criminal liability, territory and pillars*. Tehran: Mizan; 2004. [Persian]
38. Othmer E, Othmer SC. *The clinical interview using DSM-IV-TR: Vol.1: Fundamentals*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2002.
39. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. *Clinical interviewing*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 2016.
40. Jefferson M. *Criminal Law*. 12th ed. London: Pearson Educ Ltd; 2015.
41. Kröber HL, Lau S. Bad or mad? Personality disorders and legal responsibility - The German situation. *Behav Sci Law*. 2000; 18(5): 679-690.
42. Pierre JM. The neuroscience of free will: Implications for psychiatry. *Psychol Med*. 2014; 44(12): 2465-2474.