



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Criminal Insanity: Its Scope, Custody and Treatment in the Penal Systems of Iran and England

Mohammad Rezaei¹

1. Department of Law, Ard .C., Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: The defense of insanity is one of the topics of criminal law. This article was written with the aim of investigating the scope of insanity and the reaction of the criminal justice system of Iran and England from the point of view of custody and treatment insane criminals.

Method: The method of this research is descriptive-analytical and content analysis method was also used in data analysis.

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

Results: The survey indicated that, although insanity is recognized as a defense in both legal systems and measures to protect society through the custody and treatment of mentally disordered offenders have been implemented, significant differences exist regarding the conceptual scope of insanity, the criteria for establishing insanity, the procedures for its assessment, and the duration of custody or treatment of such offenders. In Iran's criminal justice system, the custody or treatment of insane requires verification that the offender poses a danger. In contrast, in the Englan's criminal justice system, such verification is not necessary, and merely establishing insanity is generally presumed to indicate dangerousness. Unlike the Iranian criminal justice system, under English law, an offender may not meet the formal legal definition of insanity but may still present a dangerous mental condition, which can justify the issuance of a hospitalization order in a psychiatric facility. Furthermore, unlike the Iranian system, which does not consider the type of crime committed, in England hospitalization order in a psychiatric facility is applied only when the primary sentence for the offense is imprisonment. Finally, the procedures and criteria for the release or discharge of mentally disordered offenders differ between the two systems.

Conclusion: Community protection can be achieved more effectively by broadening the conceptual scope of insanity and removing the requirement to establish the dangerousness of the offender. This approach safeguards the rights of mentally disordered offenders by protecting them from criminal punishment. Considering the type of offense can further enhance the effectiveness of their custody and treatment.

Keywords: Criminal Insanity; Custody of Insane; Treatment of Insane; Insanity Defense

Corresponding Author: Mohammad Rezaei; **Email:** mohammad.rezaei@iau.ac.ir

Received: August 27, 2023; **Accepted:** March 07, 2025; **Published Online:** November 24, 2025

Please cite this article as:

Rezaei M. Criminal Insanity: Its Scope, Custody and Treatment in the Penal Systems of Iran and England. Medical Law Journal. 2025; 19: e32.



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

مجله حقوق پزشکی

دوره نوزدهم، ۱۴۰۴

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

ایستادگی اخلاق و حقوق سلامت

جنون جنایی: قلمرو، نظارت و درمان آن در نظام کیفری ایران و انگلستان

محمد رضائی^۱

۱. گروه حقوق، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دفاع جنون به عنوان یکی از مباحث حقوق کیفری است که بر اساس آن جنون در هنگام ارتکاب جرم مانع مسئولیت کیفری است. این مقاله با هدف بررسی قلمرو جنون و واکنش نظام کیفری ایران و انگلستان از منظر نظارت و درمان مجانین مرتکب جرم نگارش یافت.

روش: روش این تحقیق، توصیفی - تحلیلی بوده و از روش تحلیل محتوا در تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

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

یافته‌ها: بررسی حاکی بود از اینکه علیرغم اینکه در هر دو نظام حقوقی جنون به عنوان یک دفاع به کار می‌رود و تدابیر لازم در جهت حمایت از جامعه از طریق نظارت و درمان مجانین مرتکب جرم پذیرفته شده است، با این حال از نظر قلمرو مفهومی جنون، شرایط لازم برای احراز جنون، نحوه احراز جنون و مدت زمان نگهداری یا درمان مجانین با یکدیگر تفاوت دارند. همچنین در نظام کیفری ایران برای نگهداری یا درمان مجانین لازم است که حالت خطرناک مجرم احراز شود، ولی در نظام کیفری انگلستان چنین احرازی لازم نیست و صرف احراز جنون، ملازم با فرض خطرناک بودن وی نیز است. همچنین برخلاف نظام کیفری ایران، در حقوق انگلستان ممکن است مجرم مشمول تعریف مجنون نشود، اما دارای حالت خطرناک بیماری روانی باشد که به موجب آن، قرار بستری در بیمارستان صادر گردد. نیز برخلاف نظام کیفری ایران که به نوع جرم ارتكابی توجهی نمی‌کند، در نظام کیفری انگلستان بستری در یک بیمارستان روانی تنها در مواردی که مجازات اصلی جرم ارتكابی زندان بوده، اعمال می‌شود. سرانجام اینکه امکان و نحوه ترخیص مجرمان مجنون از بیمارستان یا رهایی از نظارت در این دو نظام متفاوت است.

نتیجه‌گیری: حمایت از جامعه از طریق گسترش مفهومی جنون و عدم ضرورت احراز خطرناک بودن جنون می‌تواند به نحو مؤثرتر حاصل شود، ضمن اینکه حقوق فرد مجنون را برای رهایی از مجازات می‌تواند تأمین کند. توجه به نوع جرم ارتكابی مجانین برای نظارت و درمان نیز می‌تواند مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: جنون جنایی؛ نگهداری مجانین؛ درمان مجانین؛ دفاع جنون

نویسنده مسئول: محمد رضائی؛ پست الکترونیک: mohammad.rezaei@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۷؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۹/۰۳

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

Rezaei M. Criminal Insanity: Its Territory, Maintenance and Treatment in the Penal System of Iran and England. Medical Law Journal. 2025; 19: e32.

مقدمه

یکی از مهم‌ترین موضوعات حقوق جزا، مسأله مسئولیت کیفری است. مسئولیت کیفری عبارت است از اهلیت شخص برای تحمل تبعات جزایی رفتار مجرمانه خود. از سوی دیگر، از مسائل اساسی که در سیاستگذاری مسئولیت کیفری بدان توجه می‌شود، موانع مسئولیت کیفری است. این موضوع که چه کسی واجد مسئولیت کیفری است و چه کسی را نمی‌توان در ارتکاب عمل مجرمانه‌اش مسئول قلمداد کرد و وی را مجازات کرد، محور اصلی بحث موانع مسئولیت کیفری بشمار می‌آید. بر اساس این آموزه، در حقوق کیفری، معافیت‌هایی وجود دارد که بر اساس آن اگر افرادی مشمول آن‌ها شوند، از مسئولیت کیفری مبرا می‌شوند. محجورین در زمره این افراد می‌باشند و از جمله عوامل محجوریت، جنون است. بر این اساس، مرتکب جرمی که در زمان ارتکاب جرم مجنون بوده، فاقد مسئولیت کیفری خواهد بود. با این حال، حمایت از جامعه به عنوان یکی از ارکان حقوق کیفری است، لذا هرچند مجنون می‌تواند به دفاع جنون متوسل شده و از مجازات قانونی جرم رهایی یابد ولی قانون برای حمایت از جامعه تدابیری را مقرر می‌کند تا جامعه را از خطراتی که از رفتار مجنون می‌تواند ناشی شود، در امان نگه دارد.

نظام کیفری ایران در خصوص مسئولیت کیفری مجانین و نحوه واکنش نسبت به آن از ابعاد مختلف طی چند دهه گذشته تغییرات قابل تأملی داشته است، مخصوصاً با تصویب قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ و قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ و همچنین آیین‌نامه اجرایی نحوه نگهداری و درمان مجانین مصوب ۱۳۹۸ شاهد تغییرات قابل ملاحظه‌ای در رابطه با رویکرد نظام کیفری ایران به مجانین هستیم. تغییرات در حقوق کیفری انگلستان در نگرش قانونگذاران به جنون و حدود مسئولیت کیفری بیماران روانی نیز قابل تأمل می‌باشد و علی‌رغم اینکه حقوق انگلستان، حقوق مبتنی بر رویه قضایی است، در خصوص جنون، قوانین مصوبی وجود دارد، از جمله قانون دادرسی جرائم مبتلایان به جنون که در سال ۱۸۸۳ به تصویب رسید و فرآیندهای قضایی مربوط به این گروه را

تعیین می‌کند و قانون سال ۱۹۶۴ که به طور خاص شیوه‌های دادرسی کیفری را برای مجانینی که در چهارچوب قانون ۱۸۸۳ شناسایی شده‌اند، اصلاح و تکمیل نمود. این قوانین به عنوان پایه‌های حقوقی برای رسیدگی به پرونده‌های مرتبط با مسئولیت کیفری افراد مبتلا به اختلالات روانی عمل می‌کنند. در این نوشتار تلاش می‌شود، ضمن مفهوم شناسی جنون و تبیین قلمرو آن در نظام حقوقی ایران و انگلستان، به موضوع رویکرد این دو نظام در خصوص نحوه نظارت و درمان مجنون مرتکب جرم پرداخته شود.

روش

روش این تحقیق، توصیفی - تحلیلی بوده و از روش تحلیل محتوا در تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها حاکی است علیرغم اینکه در هر دو نظام حقوقی جنون به عنوان یک دفاع به کار می‌رود و تدابیر لازم در جهت حمایت از جامعه از طریق نظارت و درمان مجانین مرتکب جرم پذیرفته شده است، با این حال از نظر قلمرو مفهومی جنون، شرایط لازم برای احراز جنون، نحوه احراز جنون و مدت زمان نگهداری یا درمان مجانین با یکدیگر تفاوت دارند. همچنین در نظام کیفری ایران برای نگهداری یا درمان مجانین لازم است که حالت خطرناک مجرم احراز شود، ولی در نظام کیفری انگلستان چنین احرازی لازم نیست و صرف احراز جنون، ملازم با فرض خطرناک‌بودن وی نیز است. همچنین برخلاف نظام کیفری ایران در حقوق انگلستان ممکن است مجرم مشمول تعریف مجنون نشود، اما دارای حالت خطرناک بیماری روانی باشد که به موجب آن، قرار بستری در بیمارستان صادر گردد. نیز برخلاف نظام کیفری ایران که به نوع جرم ارتكابی توجهی نمی‌کند، در نظام کیفری انگلستان بستری در یک بیمارستان روانی تنها در مواردی که مجازات اصلی جرم ارتكابی زندان بوده، اعمال می‌شود. همچنین امکان و نحوه ترخیص مجرمان مجنون از بیمارستان

آن‌ها اعمال گردد. به بیان ساده، این افراد فاقد مسئولیت کیفری شناخته می‌شوند، همانند کسانی که دچار جنون هستند. ویژگی‌های این گروه در بخش نخست ماده مذکور مشخص شده و شامل افرادی است که در زمان ارتکاب جرم، از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند، خواه این اختلال به طور کامل اراده یا قدرت تشخیص را از آن‌ها سلب کرده باشد، خواه اثرات آن نسبی باشد. با این حال، این رویکرد خالی از ابهام نیست و با چالش‌هایی همراه است:

اولاً، بر اساس این تفسیر، قانونگذار تنها به تعریف «اشخاص در حکم مجنون» اکتفا کرده و تعریفی مشخص از خود «مجنون» ارائه ننموده است. این نقیصه حتی با استناد به استدلال‌هایی مانند «قیاس اولویت» (که در اصول حقوقی کاربرد دارد) نیز قابل توجیه نیست، چراکه منطقاً انتظار می‌رود تعریف دقیق‌تر از مجنون (به عنوان مفهوم پایه‌ای) مقدم بر تعیین مصادیق مشابه آن باشد؛ ثانیاً ظاهر ماده قانونی بیانگر آن است که مجنون از دید قانونگذار، فردی است که قوه اراده یا تمیز وی به سبب اختلال روانی از بین رفته باشد. به بیان دیگر، به نظر می‌رسد قانونگذار در تحلیل خود، صرفاً به «اختلال تام قوه اراده یا قوه تمیز» ناشی از بیماری روانی اشاره کرده است، چراکه عبارت «فاقد قوه اراده یا قوه تمیز بودن» نشان‌دهنده زوال تمام عیار این توانایی‌هاست و شامل اختلالات نسبی نمی‌شود. به بیان دیگر، اختلال تام در این قوا به شرایطی اطلاق می‌گردد که فرد به شکل مطلق، توان تشخیص خوب از بد یا تفکیک اعمال را از دست می‌دهد و هیچ‌گونه کنترل آگاهانه‌ای بر اراده و انتخاب‌های خود ندارد. از سوی دیگر، اختلال تام در قوه اراده به وضعیتی اشاره دارد که آشفتگی و فروپاشی کامل در سازوکار تصمیم‌گیری و خواست فرد پدیدار می‌شود. در مقابل، اختلال نسبی قوه تمیز یا اراده به معنای نقصان جزئی در این توانایی‌هاست، به گونه‌ای که فرد نه کاملاً فاقد تشخیص نیک و بد است و نه به طور مطلق توانایی کنترل اراده خود را از دست می‌دهد. برای مثال، شخصی با اختلال نسبی در قوه تمیز، تا حدی از درک اخلاقی اعمالش برخوردار است، اما این درک به صورت ناقص یا تحریف‌شده

یا رهایی از نظارت در این دو نظام متفاوت است. سرانجام اینکه در نظام کیفری انگلستان مؤسسات و شرکت‌هایی که خدمات بهداشتی در حوزه نگهداری از افراد دارای اختلال روانی به معنای جنون ارائه می‌دهند در صورت تقصیر در ارزیابی که منجر به خروج این افراد از این مؤسسات شود و خساراتی به دیگران یا خود وارد سازند، مسئولیت مدنی دارند در حالیکه در نظام کیفری ایران چنین امری در عمل منتفی است.

بحث

۱. مفهوم‌شناسی جنون و قلمرو آن: در این بخش تلاش می‌شود مفهوم جنون و گستره قلمرو آن در دو نظام حقوقی ایران تبیین شود.

۱-۱. نظام کیفری ایران: جنون در قوانین ایران به صراحت تعریف نشده است. بر اساس ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده، به نحوی که فاقد قوه اراده یا قوه تمیز باشد، مجنون محسوب می‌شود...». در این ماده اختلال روانی معادل جنون محسوب شده است، با این حال، اینکه آیا هرگونه اختلال روانی را می‌توان جنون به شمار آورد، به نظر می‌رسد که پاسخ منفی است. دلیل این امر در خود ماده مذکور نهفته است، چراکه ماده ۱۴۹ تصریح می‌کند صرفاً آن دسته از اختلالات روانی معادل جنون و رافع مسئولیت کیفری است که اراده و یا قوه تمیز را از مرتکب سلب کرده باشد. بر این اساس، جنون، بیماری‌های روانی است که منجر به از دست رفتن قوه اراده و تمیز فرد می‌شود، فرد حسن و قبح رفتارهای خود را تشخیص نمی‌دهد و آثار و عواقب آن را درک نمی‌کند.

ممکن است گفته شود که مقنن با به کار بردن عبارت «مجنون محسوب می‌شود» در بخش پایانی ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی، به تعیین تکلیف مسئولیت کیفری افرادی پرداخته که هرچند از نظر معنای واقعی «مجنون» محسوب نمی‌شوند، اما دارای ویژگی‌هایی هستند که از منظر مسئولیت کیفری، می‌بایست مشابه مجانین تلقی شده و آثار حقوقی جنون بر

عمل می‌کند. با توجه به این تمایزات، روشن است که قانونگذار در تدوین ماده مرتبط در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، عمدتاً بر موارد «فقدان تام» قوای اراده یا تمیز تمرکز داشته و اختلالات نسبی را خارج از حوزه شمول این ماده دانسته است. به عبارت دیگر، از آنجایی که در اختلال نسبی، فرد به طور قطع «فاقد» این قوا محسوب نمی‌شود، نمی‌توان او را مشمول حکم این ماده کرد. این رویکرد نشان‌دهنده سیاست کیفری قانونگذار در تعیین مسئولیت‌های حقوقی مبتنی بر درجه اختلال روانی است (۱).

بر اساس آنچه گفته آمد، در حقوق کیفری ایران برای اینکه بتوان به جنون به عنوان یک دفاع متوسل شد، لازم است شرایط زیر موجود باشد:

۱-۱-۱. **ابتلا به اختلال روانی:** جنون به عنوان یکی از عوامل رافع مسئولیت کیفری، به وضعیتی اشاره دارد که مرتکب در زمان ارتکاب جرم، از یکی از اختلالات روانی رنج می‌برده است. از منظر علمی، اختلال روانی به سندرم یا الگوی رفتاری دارای اهمیت بالینی اطلاق می‌شود که با پریشانی قابل توجه، اختلال در عملکرد فردی، افزایش خطر آسیب به خود یا دیگران یا محدودیت شدید در آزادی فرد همراه است (۲). این اختلالات از نظر شدت، علائم و تأثیرات به گروه‌های مختلفی تقسیم می‌شوند که معتبرترین آن‌ها بر اساس معیارهای سازمان بهداشت جهانی یا راهنمای تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا تعریف شده‌اند. به طور کلی، اختلالات روانی به دو دسته اصلی تقسیم می‌شوند:

۱- سایکوزها (روان‌پریشی‌ها): مشخصه اصلی این اختلالات، قطع ارتباط فرد با واقعیت است که معمولاً با توهم و هذیان همراه می‌شود، از جمله این اختلالات می‌توان به اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی و اختلال شخصیت پارانوئید اشاره کرد.

۲- نوروها (اختلالات عصبی): این دسته از اختلالات، اگرچه باعث قطع ارتباط با واقعیت نمی‌شوند، اما بر قضاوت، تصمیم‌گیری و ادراک فرد از محیط اطراف تأثیر می‌گذارند. مهم‌ترین نمونه‌های آن شامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت خودشیفته، افسردگی، اختلالات خواب،

عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات اضطرابی است (۳). با توجه به تفاوت ماهوی این اختلالات، صرف ابتلا به یک اختلال روانی (مانند عقب‌ماندگی ذهنی) جنون محسوب نمی‌شود، چراکه ممکن است اراده و قدرت تمیز فرد را به طور کامل از بین نبرد. بنابراین در مواردی که فردی با چنین شرایطی مرتکب جرم شود، بر اساس ماده ۱۸ قانون مجازات اسلامی، با توجه به وضعیت روانی خاص وی، مسئولیت کیفری او مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۴).

۱-۲. **فقدان اراده:** در ادبیات حقوقی اراده به معنای حرکت نفس به طرف کاری معین پس از تصور و تصدیق به منفعت آن است (۵). بنابراین زمانی شخص صاحب اراده تلقی می‌شود که رفتار ارتكابی فرد منطبق با خواسته باطنی او باشد و اگر زوال اراده ناشی از اختلال روانی باشد، دفاع جنون می‌تواند اقامه شود. در هر حال، مطابق با ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی، هرگاه اختلال روانی منجر به فقدان اراده شود، مسئولیت کیفری را زائل می‌کند.

۱-۳. **فقدان تمیز:** بنا به تصریح ماده ۱۴۹ قانون مذکور چنانچه اختلال روانی منجر به فقدان قوه تمیز گردد، مشمول دفاع جنون می‌شود. در ادبیات حقوقی قوه تمیز را به معنای توانایی درک رفتار و آثار پیامدهای رفتار آورده‌اند، البته صرف نداشتن قوه تمیز، جنون نبوده و منجر به رفع مسئولیت کیفری نمی‌شود، بلکه اگر فقدان قوه تمیز، ناشی از اختلال روانی باشد، آن شخص مجنون بشمار آمده و مانع مسئولیت کیفری است و در غیر این صورت، یعنی اگر نداشتن قوه تمیز ناشی از اختلال روانی نباشد حسب ماده ۹۱ قانون مجازات اسلامی در صورت ارتکاب جرائم موجب حد یا قصاص مشمول مجازات مذکور در ماده ۸۹ این قانون و در جرائم تعزیری حسب ماده ۱۸ مشمول مسئولیت نقصان یافته است.

نکته‌ای که لازم است اشاره شود، این است که نداشتن تمیز با فقدان تمیز تفاوت دارد. صرف فقدان تمیز به خودی خود دلالت بر جنون ندارد. آنچه به عنوان رکن اساسی جنون در حقوق کیفری محسوب می‌شود، فقدان کامل قوه تمیز است؛ به این معنا که فرد در زمان ارتکاب جرم فاقد توانایی تشخیص

عناصر مادی و قانونی عمل مجرمانه باشد و همچنین قادر به درک زشتی و حرمت عملی که با علم انجام داده، نباشد. بر این اساس، دفاع جنون زمانی قابل استناد است که دو شرط اساسی به طور همزمان محقق شود. یکی اینکه فقدان آگاهی ناشی از اختلال کامل قوه تمیز باشد و دیگر آنکه این فقدان تمیز، مستقیماً ناشی از اختلال روانی در زمان ارتکاب جرم باشد. در واقع شخصی که فاقد قوه تمیز است، درکی از عناصر مادی جرم، از جمله رفتار خویش را ندارد و نیز قدرت درک قبیح یا حسن بودن رفتار را نیز ندارد و در این صورت مشمول ماده ۱۴۹ خواهد بود. به هر روی اختلالات روانی که موجب فقدان تمیز نگردد، با وجود تأثیری که در دستگاه عصبی و کارکرد عقلی مجرم دارد، مانع مسئولیت نیست. از نظر روان‌شناختی هم شاید بتوان گفت صرفاً اختلالات روانی که موجب قطع رابطه فرد با واقعیت شوند، به شرطی که در لحظه وقوع جرم موجب فقدان قوه تمیز گردد، مسئولیت کیفری را زائل می‌کند.

۱-۲. حقوق کیفری انگلستان: کاربرد جنون در حقوق انگلستان به سال ۱۳۲۴ میلادی برمی‌گردد، زمانی که «اساسنامه اختیارات پادشاه (Statute de Praerogativa Regis)» به پادشاه اجازه داد تا زمین‌های «سفیهان و دیوانگان (Idiots and Lunatics)» را تصاحب کند. قانون اولیه از واژه‌های مختلفی استفاده می‌کرد، از جمله «سفیه (Idiot)»، «احمق (Fool)» و «ساده‌لوح (Sot)» برای اشاره به کسانی که از بدو تولد دیوانه بوده‌اند و «مجنون (Lunatic)» برای کسانی که بعداً دیوانه شده‌اند یا با فواصل زمانی مشخص، دیوانه می‌شده‌اند (۶). در این نظام حقوقی، جنون هم‌خانواده دفاع بی‌ارادگی تلقی شده است و با مفهوم دیوانگی یا تعریف پزشکی از جنون ارتباط کمی دارد. به بیان دیگر، جنون تعریف حقوقی خاصی دارد و در مقایسه با مفهوم پزشکی آن قلمرو گسترده‌ای را شامل است. در حقیقت، جنون در گفتمان حقوقی تعریف و قلمروی متفاوت و گسترده‌تری نسبت به مفهوم بالینی و پزشکی آن دارد. از این منظر، معیارهای حقوقی جنون تنها به تشخیص اختلالات شدید

روانی محدود نمی‌شود، بلکه شرایطی مانند راه رفتن در خواب یا صرع را نیز دربر می‌گیرد، حتی اگر در پزشکی مدرن به عنوان مصادیق جنون شناخته نشوند. این گستردگی تعریف، ناشی از ملاحظات حقوقی مرتبط با مسئولیت کیفری است، چراکه نظام قضایی در تعیین اهلیت فرد برای پاسخگویی به اتهامات، به تأثیر اختلال روانی بر «ادراک و اختیار» تمرکز دارد، نه صرفاً بر پایه تشخیص پزشکی. بنابراین در رویکرد حقوقی، هر عاملی که کنترل رفتار را مختل کند، می‌تواند مشمول تعریف جنون تلقی گردد. دفاع جنون در دادگاه صلح اعمال نمی‌شود و صرفاً در دادگاه جنایی اعمال می‌شود. به بیان دیگر، جنون در دادگاه صلح به برائت کامل منجر می‌شود، ولی در دادگاه جنایی، به صدور حکم مبنی بر «بی‌تقصیر به دلیل جنون» می‌انجامد (۷). نمونه‌هایی از پرونده‌های مهم و جدید که به جنون جنایی مربوط است، شامل موارد زیر می‌باشد:

۱-۲-۱. R v. KEAL: این پرونده در سال ۲۰۲۲ مطرح شد. متهم با مجموعه‌ای از سلاح‌ها به پدر، مادر و مادر بزرگ خود به طرز دیوانه‌واری حمله کرد. او که به سه فقره اقدام به قتل متهم شده بود، به جنون اعتراف کرد. پدرش شواهدی ارائه داد که در طول حمله به او، متهم عذرخواهی کرد و در پاسخ به پدرش که گفت دارد او را می‌کشد، پاسخ داد: «می‌دانم متأسفم، نمی‌خواهم، متأسفم، متأسفم بابا». مادر متهم شواهدی ارائه داد که در طول حمله به او، متهم فریاد زد: «متأسفم، این من نیستم، این شیطان است.» متهم سابقه مشکلات سلامت روان، اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه و اعتیاد به مواد مخدر داشت. چهار روان‌پزشک شواهدی ارائه کردند. آن‌ها توافق داشتند که در زمان حادثه، متهم به شدت بیمار روانی، روان‌پریش و متوهم بوده، توانایی تفکر منطقی‌اش مختل شده و از بیماری ذهنی که منجر به نقص عقل شده بود، رنج می‌برد. با این حال، در مورد اینکه وضعیت روانی آشفته متهم تا چه حد توانایی او را در درک اشتباه بودن کاری که انجام می‌دهد، مختل کرده است، اختلاف نظر داشتند. دو روان‌پزشک بر این نظر بودند که متهم گرچه دچار روان‌پریشی

پرونده کیال موضوع بررسی‌های مختلفی بوده است (۸). نتیجه حقوقی که گرفته می‌شود، این است که صرف داشتن اختلال روانی یا توهم، دفاع جنون را تضمین نمی‌کند. عمل غیر قانونی متفاوت از عمل غیر اخلاقی است و عنصر قانونی «این عمل غیر قانونی است»، مهم‌تر از قضاوت اخلاقی است و امکان توسل به دفاع جنون، به شدت وابسته به ناتوانی در تشخیص قانونی عمل است.

۲-۲-۱. **Lewis-Ranwell v**: الکساندر لوئیس رانول (Alexander Lewis Ranwell)، مرد ۳۲ ساله با تشخیص اسکیزوفرنی که در سال‌های ۲۰۱۶ و ۲۰۱۷ دوره‌هایی را در بخش مراقبت‌های ویژه روانی گذرانده بود، در ۱۰ فوریه ۲۰۱۹، در جریان یک رویداد شدید روان‌پریشی، سه مرد سالمند را با این توهم که آن‌ها «پدوفیل» هستند، در خانه‌هایشان کشت. وی به اتهام قتل محاکمه شد، اما توسط دادگاه کیفری، به دلیل جنون بی‌گناه شناخته شد، زیرا در زمان ارتکاب جرم، به علت بیماری روانی، نمی‌دانسته کارش «غیر قانونی» است. دو روز پیش از قتل، وی دوبار توسط پلیس دستگیر و بازداشت شده بود: اول در ۸ فوریه به ظن سرقت، سپس ۹ فوریه برای حمله با آره به یک مرد سالمند؛ در هر دو بازداشت، وی رفتار خشونت‌آمیز و نامنظمی نشان داد. در هر دو مورد، کارکنان شرکت G4S Health Services (خدمات بهداشتی G4S) که به عنوان پیمانکار خدمات سلامت روانی برای پلیس کار می‌کردند، با وی ارتباط داشتند و موظف به ارزیابی وضعیت روانی و خطر متهم بودند. وی ادعا کرد که کارکنان G4S به اندازه کافی شدت روان‌پریشی او را ارزیابی نکرده، به موقع او را به بخش مراقبت ویژه روانی یا بیمارستان روانی ارجاع نداده و به طور کلی نظارت و تدابیر لازم برای جلوگیری از خطر برای خود و دیگران را اعمال نکرده‌اند. اگر کارکنان اقدام مناسبی انجام داده بودند و وی تحت مراقبت باقی می‌ماند، قتل‌ها رخ نمی‌داد. مهم‌ترین مسأله حقوقی که دادگاه تجدید نظر با آن رو به رو بود، این بود که آیا فردی که مرتکب جرم شده، ولی به دلیل جنون مسئول کیفری شناخته نشده است، می‌تواند علیه کسانی که مسئول

بوده، ولی با توجه به شواهد (از جمله اعتذاراتش در حین حمله، پشیمانی و توقف نسبی هنگام سؤال پدر) احتمالاً می‌دانسته که کاری که می‌کند «خلاف» است. دو روان‌پزشک دیگر معتقد بودند که وضعیت روانی متهم چنان شدید بوده که او قادر نبوده در آن لحظه به شکلی منطقی تشخیص دهد که کارش «خلاف» است، یعنی وضعیت روانی متهم آنقدر آشفته بوده که در زمان ارتکاب جرم، قادر به درک منطقی از درست و غلط نبوده است و عملاً توانایی مقاومت در برابر آن را نداشت است. اختلاف روان‌پزشکان بازتاب‌دهنده مرزهای نظری بین «شناخت خلاف‌بودن عمل» و «عدم توانایی مقاومت در برابر عمل خلاف» است. به عبارت دیگر نمایانگر تمایز بین شناخت و کنترل است.

وکیل مدافع اظهار داشت که دفاع از جنون برای متهم روان‌پریش و متوهمی که از خلاف‌بودن عمل خود آگاه بوده، اما معتقد بوده که مجبور به انجام آن بوده، ممکن است. در نهایت قاضی دادگاه این اظهار نظر را نپذیرفت و متهم محکوم شد.

کیال (Keal) درخواست تجدید نظر کرد، چراکه وکلای وی معتقد بودند توسل به دفاع جنون برای متهم روان‌پریش که از «خلاف» بودن عمل خود (به معنای قواعد مکاناتن (M'Naghten)) آگاه است و در عین حال توهم او به گونه‌ای است که مجبور به انجام آن است یا نمی‌تواند از آن جلوگیری کند، ممکن است. درخواست تجدید نظر رد شد و حکم دادگاه بدوی تأیید شد. دادگاه تجدید نظر بیان داشت برای اثبات دفاع جنون در چهارچوب قواعد مکاناتن به دلیل ندانستن «خلاف» بودن عمل، متهم باید ثابت می‌کرد که: ۱- نمی‌دانسته عملش غیر قانونی است (یعنی خلاف قانون است)؛ ۲- نمی‌دانسته عملش «اخلاقاً» خلاف است. دلیل اصلی رد تجدید نظرخواهی این بود که متهم توانایی تشخیص غیر قانونی بودن عمل خود را داشته و دفاع جنون طبق قانون انگلستان اعمال نمی‌شود. به عبارت دیگر، اختلال روانی وجود داشت، اما به حدی نبود که متهم را از تشخیص قانونیت عمل ناتوان کند.

نظارت یا مراقبت او بوده‌اند، ادعای قصور و سهل‌انگاری کرده و طلب خسارت کند؟ دادگاه تجدید نظر با اکثریت آرا، رأی داد که وی مجاز است دعوی مدنی خود را ادامه دهد، مشروط بر آنکه کارکنان وظیفه قانونی یا قراردادی برای ارزیابی و نظارت بر او را داشته‌اند، کوتاهی یا قصور آن‌ها منجر به وقوع ضرر واقعی (قتل‌ها) شده است و رابطه سببیت مستقیم بین قصور و ضرر (قتل‌ها) وجود داشته باشد (۹).

اهمیت این رأی از آن جهت بود که حتی اگر فرد تحت مراقبت، دارای اختلال روانی شدید (جنون) باشد و در پرونده کیفری تبرئه شود، مؤسسات مراقبتی مسئولیت دارند اقدامات لازم برای پیشگیری از خطر را انجام دهند، از جمله ارزیابی دقیق وضعیت روانی بیماران یا مراجعان، شناسایی رفتارهای خشونت‌آمیز یا خطرناک، تصمیم‌گیری مناسب برای بستری یا نظارت ویژه. پیام اصلی این است که کوتاهی در ارزیابی یا نظارت، حتی در شرایط جنون می‌تواند مسئولیت مدنی ایجاد کند. این رأی یک هشدار مهم برای مؤسسات مراقبتی است که اختلال روانی شدید و تبرئه کیفری به معنای رفع مسئولیت مدنی مؤسسات نیست. ارزیابی، نظارت، پیگیری و مستندسازی دقیق برای پیشگیری از خطر و کاهش مسئولیت ضروری است (۱۰).

۳-۲-۱. R v. M'Naghten: دانیل مکناتن (Daniel M'Naghten) حدود سال ۱۸۱۴ در گلاسکو، اسکاتلند متولد شد. پس از مرگ مادرش، وی به عنوان شاگرد در کارگاه خانوادگی مشغول به کار شد. پس از ۳ سال فعالیت حرفه‌ای به عنوان بازیگر، در سال ۱۸۳۵ به گلاسکو بازگشت و کارگاه خراطی خود را راه‌اندازی کرد. مکناتن با وجود نداشتن تحصیلات رسمی، در مطالعه بازیگری، خواندن فلسفه و یادگیری زبان فرانسه کوشا بود. در مقطعی، او در سخنرانی‌های آناتومی در دانشکده پزشکی ادینبورگ شرکت کرد و طبق یک نظریه توطئه، یاد گرفت که وانمود به دیوانگی کند. ایشان در ۳۰ سالگی دچار افکار پارانوئیدی (جنون تعقیب) شد. علاقه شدید به حزب حاکم محافظه‌کار باعث شد که او باور کند که پس از رأی‌دادن به نامزد آن‌ها در انتخابات،

مورد آزار و اذیت قرار گرفته است. در سال ۱۸۴۱، مکناتن به لندن و فرانسه رفت، اما از آزار و اذیت مردم شکایت کرد. در بازگشت به گلاسکو، دو تپانچه خرید و به صاحبخانه‌اش گفت که این تپانچه‌ها برای شکار پرندگان هستند. در سال ۱۸۴۲، مکناتن به لندن سفر کرد و چندین هفته را در اطراف وست‌مینستر و وایت‌هال پرسه زد. او توسط پلیس متروپولیتن دیده شد و به عنوان «فردی با ظاهری نامناسب، قد حدود ۱/۵ متر و ۶ اینچ که مرتباً به پارلمان می‌رود تا اعضای محافظه‌کار را جذب کند» توصیف شد. در ۲۰ ژانویه ۱۸۴۳، دانیل مکناتن تلاش کرد تا رابرت پیل (Robert Peel) نخست‌وزیر بریتانیا را ترور کند. وی با نزدیک شدن به مردی که معتقد بود رابرت پیل است، از پشت به او شلیک کرد، در حالی که در واقع ادوارد دراموند (Edward Drummond) منشی پیل را هدف قرار داد. بلافاصله دستگیر شد و به قتل متهم شد. اظهارات او به پلیس، بینشی از وضعیت روحی او ارائه می‌دهد: «محافظه‌کاران [اعضای حزب محافظه‌کار] در شهر زادگاهم مرا مجبور به انجام این کار کرده‌اند. آن‌ها هر جا که می‌روم، مرا تعقیب کرده و آزار می‌دهند و آرامش خاطر مرا کاملاً از بین برده‌اند. آن‌ها مرا تا فرانسه، اسکاتلند و سراسر انگلستان تعقیب کردند. در واقع، هر جا که می‌روم مرا تعقیب می‌کنند. من نمی‌توانم بخوابم و از دست آن‌ها آرامش ندارم... من معتقدم که آن‌ها مرا به بیماری سل مبتلا کرده‌اند. مطمئنم که هرگز آن مردی که بودم، نخواهم شد. قبلاً از سلامتی و قدرت خوبی برخوردار بودم، اما اکنون اینطور نیست. آن‌ها مرا به جنایاتی متهم کرده‌اند که در آن‌ها مقصر نیستم. در واقع، آن‌ها می‌خواهند مرا به قتل برسانند. این را می‌توان با مدرک ثابت کرد. این تمام چیزی است که می‌توانم بگویم.»

وی در ۳ مارس ۱۸۴۳ محاکمه شد (۱۱). چند وکیل و کارشناس پزشکی همراه با چند شاهد غیر روحانی برای دفاع از او کمک کردند. در نهایت توافق کردند که مکناتن جنون دارد. سؤال این بود که چه چیزی دفاع قانونی معتبر از جنون را تشکیل می‌دهد؟ (۱۲)، قضات تصمیم گرفتند که هر شخصی عاقل فرض می‌شود و مسئولیت کیفری اعمال خود را

بر عهده دارد تا زمانی که خلاف آن ثابت شود و اینکه برای اقامه دفاع به دلیل جنون باید به صراحت ثابت شود که متهم در زمان ارتکاب فعل چنان نقصان عقلی داشته باشد که از ماهیت و کیفیت عملی که انجام می‌دهد، آگاهی نداشته باشد و یا اگر علم داشته باشد، نداند کاری که انجام می‌دهد، اشتباه است. خلاصه آن چنین شد که: «آیا متهم می‌دانست که چه کاری انجام می‌داد و اگر چنین است، آیا می‌دانست کاری که انجام می‌داد، خلاف بوده است؟» (Did the Defendant Know What He Was Doing and If So, that What He Was Doing Was Wrong?)

۱-۳. قواعد مک‌ناتن: در نظام کیفری انگلستان، برای پذیرش جنون در زمان ارتکاب جرم، لازم است که شرایطی احراز شود. این شرایط برگرفته از پرونده مک‌ناتن است و با عنوان قواعد مک‌ناتن معروف است (۱۳). بر مبنای قواعد مک‌ناتن هر شخصی عاقل فرض می‌شود، مگر اینکه در زمان ارتکاب جرم وجود شرایطی به اثبات رسد که به شرایط پذیرش دفاع جنون معروف می‌باشد و عبارتند از:

۱-۳-۱. نقص عقل: اصطلاح «نقصان عقل» صرفاً به معنای ناکامی در به کارگیری قدرت تعقل نیست، بلکه بیشتر به معنای محرومیت کامل از این توانایی است. به بیان دیگر، مرتکب باید در هنگام ارتکاب جرم ناتوان از به کاربردن توانایی اندیشیدن برای تصمیم‌گیری باشد. بنابراین صرف اینکه مرتکب به طور موقت شرایطی داشته، لذا نتوانسته قدرت اندیشه خود را به کار گیرد، کفایت نمی‌کند، هرچند که نقصان موقت عقل مانند نقصان دائم آن پذیرفته می‌شود، منوط به اینکه وجود آن در زمان ارتکاب جرم احراز گردد، لذا اگر شخصی به بیماری روانی جزئی همچون افسردگی مبتلا شود، رفع مسئولیت نخواهد شد (۱۴).

۲-۳-۱. نقص عقل ناشی از بیماری روانی: در حقوق کیفری انگلستان نقص عقل ناشی از بیماری روانی شامل حالت‌های روانی است که اغلب پزشکان آن‌ها را به عنوان بیماری روانی به شمار نمی‌آورند. از این منظر، بیماری روانی به معنای اختلال روانی در معنای عام است، به گونه‌ای که حتی تصلب شرایین را نیز شامل می‌شود. در این سیستم

حقوقی، دفاع مبتنی بر جنون تنها زمانی قابل استناد است که اختلال روانی فرد ریشه در عوامل درونی داشته باشد. در مواردی که عوامل خارجی موجب بروز رفتار مجرمانه شده باشند، دفاع قانونی مناسب، بی‌ارادگی (غیر ارادی بودن عمل) خواهد بود، نه جنون. تمایز میان این دو دسته از عوامل در پرونده «برجس» (Burgess) در سال ۱۹۹۱ مورد بررسی قرار گرفت. برجس و دوستش در آپارتمان او مشغول تماشای نوارهای ویدیویی بودند. برجس که از عارضه خواب‌گردی رنج می‌برد، در حین خواب و به صورت ناخودآگاه با استفاده از یک بطری و دستگاه ویدیو به دوستش حمله کرد، به سر او ضربه زد و گلولیش را فشرد. فریادهای دوستش موجب بیداری برجس شد. وی بر اساس ماده ۱۸ قانون جرائم علیه اشخاص مصوب ۱۸۶۱ به اتهام ایجاد جراحت عمدی تحت تعقیب قرار گرفت (۱). متهم اظهار داشت که چیزی از واقعه به خاطر نمی‌آورد؛ دفاع او بر «خواب‌گردی» و فقدان کنترل ارادی تکیه داشت. در این پرونده چند مسأله مهم حقوقی مطرح شده است.

یکی از آن‌ها تفاوت بین اتوماتیسم غیر جنونی (Non-Insane Automatism) و اتوماتیسم جنونی (Insane Automatism) است: اولی ممکن است منجر به تبرئه کامل شود، دومی معمولاً به تبرئه «به دلیل جنون» منجر می‌شود یا تحت وضعیت نگهداری درمانی قرار می‌گیرد. اتوماتیسم در اینجا به حالتی اشاره دارد که در آن عمل مجرمانه توسط متهم انجام شده، اما او فاقد کنترل ارادی یا آگاهی کامل بوده است، یعنی عملش به صورت «خودکار» بوده است. مسأله مهم دیگر منشأ داخلی (Internal Cause) داشتن در مقابل منشأ خارجی (External Cause) است. یکی از مهم‌ترین معیارها برای تعیین اینکه آیا دفاع باید «جنون» تلقی شود، این است که عامل ایجاد حالت نازاردی چگونه پدید آمده است. عامل خارجی، یعنی چیزی از بیرون به ذهن یا بدن متهم عارض شده (مثلاً وارد شدن ضربه شدید به سر، تزریق دارویی یا شوک الکتریکی ناگهانی) و ممکن است اتوماتیسم غیر جنونی تلقی شود. عامل داخلی، یعنی اختلال یا بیماری یا عیب در ذهن یا بدن متهم (مثلاً صرع، اختلال خواب‌گردی، دیابت

کنترل نشده) که معمولاً مسیر جنون را نشان می‌دهد. هیأت منصفه بدوی متهم را به دلیل جنون تبرئه کرد. در مرحله تجدید نظر، لرد لین سی جی (Lord Lane CJ) قاضی پرونده برجس بیان داشت: «ما می‌پذیریم که خواب یک وضعیت طبیعی است، اما شواهد در پرونده فعلی نشان می‌دهد که راه رفتن در خواب و به ویژه خشونت در خواب، طبیعی نیست.» در نهایت در پرونده برجس، دادگاه تشخیص داد که خواب‌گردی خشونت‌آمیز او ناشی از عامل داخلی بوده است، یعنی اختلال خواب بدون مداخله خارجی مشخص بوده و بنابراین دفاع «توماتیسم غیر جنونی» پذیرفته نشد و رأی بدوی تأیید شد.

۳-۳-۱. جهل به ماهیت و کیفیت اعمال خود: بر اساس این شرط، متهم باید به علت نقصان عقل ناشی از بیماری روانی از درک ماهیت و کیفیت اعمال خود ناتوان باشد، یعنی نقصان عقل باید طوری باشد که به واسطه آن، متهم به اینکه در حال انجام عمل مربوطه بوده، به هیچ وجه نباید آگاه باشد، توانایی پیش‌بینی نتیجه را نداشته باشد و یا در درک شرایط پیرامونی آن ناتوان باشد. این وضعیت زمانی اتفاق می‌افتد که متهم ماهیت رفتار خود را اشتباه تصور کند، در حالی که عمل ارتكابی‌اش با واقعیت موجود کاملاً متفاوت است. برای نمونه، یک فرد مبتلا به اختلال روانی ممکن است در حالی که تحت تأثیر توهمات خود است، گمان کند در حال بریدن قرص نان است، اما در واقع مشغول بریدن گلوی یک فرد باشد. مثال دیگر زمانی است که شخصی تحت تأثیر توهم، خود را در حال نبرد با هیولایی از دنیای خیالی می‌پندارد، اما در عمل مرتکب قتل یک انسان بی‌گناه می‌شود (۱).

۳-۳-۱. جهل به خلاف‌بودن عمل: این شرط جایگزینی برای شرط پیش‌گفته است. به بیان دیگر، اگر پس از احراز شرایطی که گفته شد، روشن شد که متهم نسبت به ماهیت و کیفیت عمل خود آگاهی داشته است، باز هم می‌تواند در شرایط خاصی به دفاع جنون استناد کند، مشروط به اینکه متهم بتواند اثبات کند نسبت به خلاف‌بودن عمل خود آگاه نبوده است، لذا در این حالت، متهم از اعمال خود آگاه بوده،

ولی بر اثر نقصان عقل خود، به خلاف‌بودن آن‌ها آگاه نبوده است (۱). باید توجه داشت که قواعد مکانات اختصاص به مواردی دارد که متهم در زمان ارتکاب جرم مجنون بوده است و در صورت عارض‌شدن جنون پس از ارتکاب جرم، مبنای قانونی جهت برخورد با این وضعیت، قانون آیین دادرسی کیفری (جنون و عدم قابلیت دفاع) ۱۹۹۱ است که برای صدور حکم مبنی بر ناتوانی متهم از دفاع، ضروری است که اثبات شود متهم قادر به درک گفتگوها و جریان‌های مربوط به محاکمه نیست. در هر حال جنون در این مرحله موجب رفع مسئولیت کیفری نیست و موجب توقف رسیدگی یا اجرای حکم تا زمان بهبودی می‌شود (۱۵).

۳-۳-۱. چالش‌های قواعد مکانات: از جمله مهم‌ترین نقدهای ایرادشده بر قواعد مکانات، ناکارآمدی است. این قاعده، از نظر برخی توانایی تشخیص بین متهمانی که برای عموم خطر محسوب می‌شوند و کسانی که اینطور نیستند را ندارد. بیماری‌هایی مانند دیابت و صرع را می‌توان با دارو کنترل کرد، به طوری که افراد مبتلا کمتر به انحرافات موقت در توانایی ذهنی مبتلا می‌شوند، اما قاعده این را به رسمیت نمی‌شناسد. در خصوص محکومیت برای قتل نیز مورد نقد قرار گرفته است. توضیح اینکه تشخیص جنون ممکن است منجر به نگهداری نامحدود در بیمارستان شود، در حالی که محکومیت برای قتل ممکن است منجر به مجازات قطعی بین ده تا پانزده سال شود. در مواجهه با این انتخاب، ممکن است متهمان قطعیت گزینه دوم را ترجیح دهند. همچنین گفته می‌شود قاعده، وضعیت پزشکی واقعی فرد را در نظر نمی‌گیرد و تنها بر اساس توانایی تشخیص درست از نادرست رفتار می‌کند. همچنین این قاعده تنها به جنبه‌های شناختی توجه دارد و به جنبه‌های ارادی بهای کمی می‌دهد. نیز ابهام در اصطلاحاتی چون «نادرست»، «خلاف» و «دانستن» ممکن است منجر به تفسیرهای متفاوت شود که مشخص نمی‌کند آیا این قواعد به ابعاد اخلاقی یا قانونی مربوط می‌شوند یا هر دو. این مسائل باعث شده که برخی منتقدان به کارایی و قابلیت اعمال این قواعد تردید کنند (۱۶).

۲. **احراز و تشخیص جنون:** اجماع عمومی در میان حقوقدانان بر این است که جنون کیفری باید با معیارهای مشخصی تعریف شود. این معیارها در دو دسته اصلی معیارهای پزشکی و غیر پزشکی قرار می‌گیرند.

معیارهای پزشکی به ارزیابی‌های پزشکی و تشخیص‌های بالینی اتکا دارند. برای مثال، در این نوع معیار، افراد مبتلا به اختلالات جدی روانی، مانند اسکیزوفرنی یا اختلال شخصیت، ممکن است به عنوان «مجنون» شناخته شوند و به همین دلیل از مسئولیت کیفری معاف شوند. معیار مک‌ناتن توضیح می‌دهد که فرد باید در زمان ارتکاب جرم به گونه‌ای باشد که قادر به درک نادرست‌بودن (خلاف‌بودن) عمل خود نباشد. این معیار، بر اساس شواهد پزشکی و نظر متخصصان روان‌شناسی و روان‌پزشکی عمل می‌کند، البته در خصوص مفهوم خلاف‌بودن عمل اختلاف نظر وجود دارد که آیا مقصود عدم توانایی مرتکب در درک خلاف‌بودن عمل از نظر اخلاقی است یا از نظر قانونی. قواعد مک‌ناتن بعد دوم را مورد توجه قرار می‌دهند: فردی که به سبب بیماری روانی نمی‌تواند تشخیص دهد عملش از نظر اخلاقی یا اجتماعی خلاف است، فاقد عنصر اخلاقی لازم برای مسئولیت کیفری است. با این حال، در رویه عملی حقوق کیفری انگلستان، این معیار به تدریج به درک «قانونی» از خلاف تقلیل یافته است. همانطور که در پرونده کیال همچنین دیدگاهی مبنای صدور رأی قرار گرفت. این اختلاف میان دیدگاه نظری و رویه‌ای، یکی از مهم‌ترین چالش‌های معاصر دفاع جنون در حقوق انگلستان است. در این سیستم حقوقی بخش ۳۸ از قانون بهداشت روانی مصوب ۱۹۸۳ شامل مقرراتی است که دادگاه جزا و دادگاه صلح را قادر می‌سازد که به منظور تشخیص بیماری روانی، با صدور دستور موقت، متهم به طور موقت به بیمارستان روانی منتقل شود. دادگاه باید بر اساس اظهارات شفاهی یا کتبی دو پزشک که اسامی آن‌ها جهت تشخیص جنون در سیستم دادگستری ثبت شده، قانع شود که آیا متهم از اختلال روانی رنج می‌برد و اینکه آیا دلیلی بر اینکه مانند شخص در بیمارستان روانی مناسب است، وجود دارد یا نه. دستور موقت برای یک دوره که

از دوازده هفته بیشتر نباشد، صادر می‌شود و ممکن است برای یک دوره ۲۸ روزه دیگر تمدید شود. مدت اقامت در بیمارستان روانی را می‌توان حداکثر تا یک دوره کلی دوازده ماهه تمدید کرد.

معیارهای غیر پزشکی به درک اجتماعی و قضاوت عوام مرتبط هستند و ممکن است به گونه‌ای تفسیر شوند که شامل احساسات مردم در مورد رفتارهای نادرست و غیر معمول باشد. به عنوان مثال، ممکن است در برخی نظام‌های حقوقی، رفتارهای غیر عادی در شرایط اجتماعی خاص را به عنوان دلیلی برای جنون در نظر بگیرند. این نوع معیار می‌تواند خطراتی به همراه داشته باشد، زیرا بیشتر بر مبنای ادراکات شخصی و اجتماعی قرار دارند (۱۷).

انتخاب بین معیارهای پزشکی و غیر پزشکی تأثیرات عمیقی در جمع‌آوری و ارائه شواهد مورد نیاز دارد. در مواردی که معیار پزشکی برگزیده می‌شود، شواهد معمولاً باید شامل ارزیابی‌های دقیق روان‌شناختی و بنیادهای علمی باشد. به عنوان مثال، گزارش‌های پزشکی، تجزیه و تحلیل بالینی و ارزیابی‌های روان‌پزشکی می‌توانند اهمیت داشته باشد. این نوع شواهد به قاضی یا هیأت منصفه نشان می‌دهد که آیا فرد در زمان ارتکاب جرم دارای اختلال روانی معنادار بوده است یا خیر. وقتی معیارهای غیر پزشکی تعیین‌کننده باشد، شواهد می‌تواند مبهم‌تر باشد و شامل شهادت دوستان، خانواده یا همکارانی باشد که رفتارهای غیر عادی فرد را توصیف می‌کنند. این نوع شواهد می‌تواند بر اساس تجربه شخصی یا احساسات عمومی باشد و ممکن است منجر به قضاوت‌های نادرست شود. در نظام کیفری ایران بر اساس ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی جنون با اختلال روانی ملازمه دارد و چون تشخیص اختلال روانی موضوعی تخصصی است، لذا این تشخیص بر عهده متخصص است. در نگاه اولیه مراد از متخصص، روان‌پزشکان و روان‌شناسان هستند. با این حال، ماده ۲۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ مقرر داشته: «هرگاه بازپرس در جریان تحقیقات احتمال دهد متهم هنگام ارتکاب جرم مجنون بوده است، تحقیقات لازم را از نزدیکان او و سایر مطلعان به عمل می‌آورد، نظریه پزشکی قانونی را تحصیل

می‌کند و با احراز جنون، پرونده را با صدور قرار موقوفی تعقیب نزد دادستان می‌فرستد...»، لذا بر اساس این ماده، نهاد پزشکی قانونی صلاحیت اظهار نظر در این خصوص را دارد، البته تشخیص جنون در نهایت با قاضی دادگاه است و نظریه کارشناسی می‌تواند مستند علم قاضی قرار گیرد، ولی نظر کارشناسی الزام‌آور نیست.

۳. تفاوت‌ها و تشابهات: بر اساس آنچه گذشت، می‌توان گفت در هر دو نظام حقوقی جنون به عنوان یک دفاع به کار می‌رود. با این حال سیاستگذار حقوق ایران، جنون را به معنای اختلال تام روانی که موجب فقدان اراده شخص می‌شود، از موانع مسئولیت کیفری تلقی می‌کند. در این نظام حقوقی جنون معنای پزشکی دارد و برای آن شرایط خاص ابتلا به اختلال روانی، فقدان اراده و فقدان تمیز را قائل است و احراز آن نیز از طریق ارجاع به پزشکی قانونی و توسط پزشکان قانونی که در این زمینه تخصص دارند، صورت می‌گیرد، هرچند در نهایت این قاضی است که تصمیم می‌گیرد فرد ارجاع‌شده جنون دارد یا نه، ولی رویه کلی حاکم در چنین مواردی این است که چون موضوع تخصصی و فنی است، لذا بر مبنای نظر پزشکی قانونی رأی صادر می‌شود، لکن در حقوق انگلستان جنون به هر نوع بی‌ارادگی اطلاق می‌شود و مفهومی فراتر از مفهوم پزشکی دارد و برای آن شرایط نقص عقل، نقص عقل ناشی از بیماری روانی، جهل به ماهیت و کیفیت اعمال خود و جهل به خلاف‌بودن عمل را قائل است و به تبع از نظر گستره، شمول بسیار بیشتری نسبت به مفهوم جنون در رویکرد حقوق ایران دارد.

۴. نظارت و درمان مجانین: در نظام کیفری ایران، ماده ۱۵۰ ق.م.ا به دادستان اجازه داده است مرتکب جرم در صورتی که جنون و حالت خطرناک وی احراز شود و آزادی وی مخل نظم و امنیت عمومی باشد، وی را در محل مناسب، نگهداری کند. در تبصره ۲ همین ماده، قوه قضاییه موظف به تدارک مراکز اقدام تأمینی در هر حوزه قضایی برای نگهداری این افراد شده و تا زمان شروع به کار اماکن اخیر باید قسمتی از مراکز روان‌درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود، به این افراد

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

تبصره ۱ این ماده نیز تهیه آیین‌نامه اجرایی این ماده را بر عهده وزیر دادگستری با همکاری وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی گذاشته که باید به تصویب رئیس قوه قضاییه رسد. بر این اساس، مبنای قانونی در خصوص نظارت و درمان مجانین ماده ۱۵۰ ق.م.ا مصوب ۱۳۹۲ و ماده ۲۰۲ ق.آ.د.ک مصوب ۱۳۹۲ است که برای اجرای این ماده آیین‌نامه آن در سال ۱۳۹۸ تصویب و برای اجرا ابلاغ شده است.

نگهداری و درمان مجانین از دو جنبه در حقوق کیفری صورت می‌گیرد. مهم‌ترین جنبه آن حمایت از جامعه است، چراکه عدم ادراک و اختیار مجنون، مانع از این نیست که قانونگذار با وسایل کافی و مناسب از جامعه حمایت نکند. وقتی نمی‌توان به صورت عادی مجنون را مجازات کرد، دوری از شرارت او و حمایت از اجتماع ضروری است، لذا نگهداری بزهکاران مجنون خطرناک، نوعی اقدام دفاع اجتماعی است. جنبه دیگر آن، درمان و اصلاح مجرم است که البته با توجه به شرایط مجانین و احتمال اینکه درمان موفقیت‌آمیز باشد، نسبت به جنبه اولی از اهمیت کمتری از نظر تئوریک دارد.

بند «پ» ماده ۱ آیین‌نامه، تعریف مجنون را به ماده ۱۴۹ ق.م.ا ارجاع می‌دهد که همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، مطابق

قانون، مجنون به شخصی اطلاق می‌شود که در زمان ارتکاب جرم، به دلیل اختلالات روانی، فاقد اراده یا قدرت تمیز بوده و در مورد وی قرار موقوفی تعقیب صادر شده، لیکن جنون وی استمرار داشته و نیاز به نگهداری و درمان داشته باشد. همچنین طبق بند «ت» این ماده، مجنون خطرناک به فردی گفته می‌شود که آزادی وی احتمالاً منجر به آسیب مالی، جانی یا حیثیتی به خود یا دیگران گردد یا امنیت عمومی و نظم اجتماعی را مختل سازد.

طبق بند «ج» این ماده، مرکز یا مراکز نگهداری و توان بخشی به مراکزی گفته می‌شود که تحت نظارت سازمان بهزیستی برای ارائه خدمات جامع توان بخشی شامل پزشکی، روان‌شناسی، اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای به افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید ایجاد شده یا خواهند شد. همچنین مطابق بند «ج»، مرکز یا مراکز درمان و مراقبت به مراکزی اشاره دارد که وابسته به بیمارستان‌های روان پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی یا بخشی از این بیمارستان‌ها هستند. این مراکز با هدف درمان و مراقبت تخصصی از افراد مبتلا به اختلالات روانی خطرناک، باید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد یا به این منظور اختصاص یابند. به استناد ماده ۲ این آیین‌نامه درمان مجنون خطرناک تا زمان پایداری وضعیت روانی مجنون در یکی از مراکز درمان و مراقبت تعیین شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ادامه می‌یابد. همچنین دستور ترخیص از مرکز نگهداری و توان بخشی یا مرکز درمانی در دو صورت صادر می‌شود: یکی اینکه مقام قضایی با استناد به نظر پزشکی قانونی به این نتیجه برسد که ادامه بستری فرد مجنون در بیمارستان روان پزشکی ضرورتی ندارد، این تصمیم معمولاً مبتنی بر ارزیابی میزان خطرناکی فرد برای خود یا جامعه، میزان بهبودی نسبی یا وجود راهکارهای جایگزین (مانند نظارت سرپایی یا درمان در محیط خانواده) اتخاذ می‌شود؛ دیگری، در صورتی که بیمارستان روان پزشکی طی گزارشی رسمی اعلام کند که بیمار نیازی به ادامه بستری ندارد (مثلاً به دلیل بهبودی نسبی یا کنترل علائم)، این گزارش به عنوان مدرک معتبر پزشکی به مقام قضایی ارائه می‌شود. مقام قضایی

این گزارش را بررسی می‌کند و در صورت تأیید، دستور ترخیص بیمار را صادر نماید.

این آیین‌نامه، درمان و نگهداری مجانین را دو مقوله متفاوت انگاشته، لذا به استناد ماده ۴ مسئولیت پذیرش مجنون خطرناک برای درمان و مراقبت به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مسئولیت نگهداری و توان بخشی با سازمان بهزیستی می‌باشد.

آیین‌نامه نظارت بر شرایط لازم برای نگهداری مجانین را بر عهده دادستان گذاشته است. طبق ماده ۷، دادستان موظف است نظارت مستمری بر نگهداری، توان بخشی، مراقبت و درمان بیماران روانی در مراکز نگهداری و توان بخشی یا مراکز درمانی و مراقبتی داشته باشد و در صورت برخورد با تخلف و موارد کمبود امکانات و نیازهای این مراکز موضوع را جهت اقدام لازم و در صورت ضرورت به سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دادستان کل کشور اعلام کند.

در این آیین‌نامه در صورتی که از قبول مجانینی که به مراکز مراقبت و نگهداری معرفی می‌شوند، خودداری شود، مجازاتی برای مقام مسئول در نظر گرفته شده است. به استناد ماده ۹ این آیین‌نامه سرپیچی از اجرای دستور دادستان در مورد نگهداری، مراقبت و درمان مجانین، مجازات ماده ۵۷۶ ق.م.ا، یعنی انفصال از خدمات دولتی از یک تا پنج سال را در پی خواهد داشت.

در نظام حقوقی انگلستان، پذیرش دفاع جنون پیامدهای خاصی به دنبال دارد. پیش از تصویب قانون آیین دادرسی کیفری (جنون و عدم قابلیت دفاع) مصوب ۱۹۹۱، تنها اثر پذیرش این دفاع، صدور دستور نگهداری متهم در بیمارستان روانی برای مدت نامعلوم بود. با توجه به این شرایط، پس از لغو مجازات اعدام، بسیاری از متهمان ترجیح می‌دادند به جای استناد به دفاع جنون، به اتهامات خود اعتراف کنند، چراکه مجازات جرمی که به آن اعتراف می‌شد، اغلب در مقایسه با حبس نامحدود در یک مرکز روان پزشکی، خفیف‌تر به نظر می‌رسید. قانون آیین دادرسی کیفری (جنون و عدم قابلیت دفاع) ۱۹۹۱، با توجه به این امر، گزینه‌های مختلفی را برای

نیز گسترش یافته و تلاش شده اختلالات عصبی - رشدی (مثل اوتیسم)، آسیب‌های مغزی ناشی از ضربه و اختلالات مرتبط با مصرف مواد نیز باید در ارزیابی مسئولیت‌پذیری لحاظ شوند.

در رویه قضایی نیز شاهد تحولاتی بوده‌ایم، از جمله می‌توان به رویکرد مثبت دادگاه‌ها به شواهد علمی از طریق استفاده از علوم اعصاب اشاره کرد. در پرونده اسمیت (R v. Smith) (۲۰۲۲ م.) دادگاه از تصویربرداری MRI برای بررسی آسیب مغزی متهم استفاده کرد تا مسئولیت‌پذیری کاهش‌یافته او را تأیید کند. این رویکرد نشان‌دهنده پذیرش فزاینده ادله و شواهد عصب‌شناختی در نظام قضایی است. گذشته از این، بر دادرسی عادلانه تأکید شده است. در پرونده جونز (R v. Jones) (۲۰۲۳ م.) دادگاه عالی انگلستان حکم داد که متهمان مبتلا به اختلالات روانی باید به مشاوران روان‌پزشکی و تسهیلات ارتباطی (مانند مترجم روان‌شناختی) دسترسی داشته باشند تا بتوانند در دفاع از خود مشارکت مؤثری داشته باشند. همچنین در پرونده سالیوان (R v. Sullivan) (۲۰۲۳ م.) دادگاه اروپایی حقوق بشر حکم داد که بازداشت بیماران در مراکز روان‌پزشکی باید مبتنی بر ارزیابی دوره‌ای و ارائه گزینه‌های درمانی جایگزین باشد.

به هر روی، دیدگاه‌های جدید در انگلستان سه محور اصلی را دنبال می‌کنند:

۱- علمی‌شدن مفاهیم مرتبط با جنون (با اتکا به روان‌پزشکی و علوم اعصاب)؛

۲- تأکید بر حقوق بیماران و کاهش انگ اجتماعی؛

۳- عدالت ترمیمی (جایگزینی مجازات با بازپروری).

تأملی در رویکرد دو نظام کیفری ایران و انگلستان بیانگر این است که در نظام کیفری ایران برای نگهداری یا درمان مجانین لازم است که حالت خطرناک مجرم احراز شود، ولی در نظام کیفری انگلستان چنین احرازی لازم نیست، یعنی مرجع رسیدگی‌کننده گذشته از اینکه باید جنون را احراز کند، ملزم به تشخیص مجزای حالت خطرناک فرد نیست و در خصوص اشخاص مجنون، این حالت فرض انگاشته شده است. به بیان

صدور حکم مناسب ارائه داده است تا موقعیت سابق را دگرگون سازد. این قانون با لغو بازداشت اجباری در بیمارستان‌های روانی و معرفی گزینه‌های جایگزین مانند نظارت اجتماعی، از اصل «تناسب» در محدودسازی آزادی فردی حمایت می‌کند. جایگزینی بستری اجباری با نظارت اجتماعی، از تحمیل شرایط غیر انسانی در بیمارستان‌های روانی می‌کاهد. این رویکرد با بند ۱ ماده ۵ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر (ECHR: European Convention on Human Rights) که اجازه محرومیت از آزادی را تنها در شرایط خاص (مانند بیماری روانی تأییدشده) می‌دهد، سازگاری دارد، البته باید توجه داشت که اگر دادگاه بدون ارزیابی دقیق «خطر جانی» فرد، دستور بستری صادر کند، ممکن است نقض ماده ۵ ECHR محسوب شود، زیرا محرومیت از آزادی باید ضروری و مبتنی بر شواهد کافی باشد. همچنین «آزمون واقعیت (Trial of the Facts)» تضمین می‌کند که حتی اگر متهم قادر به دفاع نباشد، دادگاه شواهد جرم را بررسی کند. این رویکرد از حق برائت (بند ۲ ماده ۶ کنوانسیون مذکور) و نیز حق مشارکت در دادرسی حمایت می‌کند. با این حال، اگر متهم به دلیل اختلال روانی شدید نتواند با وکیل خود همکاری کند یا درک مناسبی از روند دادگاه نداشته باشد، ممکن است حق دادرسی عادلانه به ویژه بند ۳ ماده ۶ کنوانسیون مذکور نقض شود.

می‌توان گفت در سال‌های اخیر، تحولات قابل توجهی در رویکرد نظام حقوقی انگلستان به مسأله جنون جنایی و عدم مسئولیت کیفری به دلیل اختلال روانی رخ داده است. این تغییرات تحت تأثیر پیشرفت‌های علمی در روان‌پزشکی، فشارهای حقوق بشری و تجدید نظر در مفاهیم سنتی مسئولیت کیفری شکل گرفته‌اند، از جمله اینکه در سال ۲۰۲۳ کمیسیون قانون انگلستان گزارش خود را ارائه کرد. این گزارش پیشنهاد کرد اصطلاحات قدیمی مانند جنون با عبارت «عدم مسئولیت کیفری به دلیل وضعیت پزشکی» جایگزین شود. هدف این تغییر، کاهش انگ اجتماعی و همسویی با مفاهیم علمی روان‌پزشکی است. دامنه اختلالات قابل استناد

دیگر، اثبات جنون شخص، به معنای احراز حالت خطرناک او نیز تلقی شده است.

همچنین مدت زمان نگهداری یا درمان مجانین در نظام کیفری ایران، وابسته به استمرار جنون فرد است و در صورتی که وضعیت روانی فرد پایدار شد، موضوع نگهداری یا درمان نیز منتفی می‌شود، ولی در نظام کیفری انگلستان در خصوص قتل، فرد مجنون برای مدت زمان نامعینی بازداشت می‌شود و در مورد سایر جرائم، دادگاه مجاز است یکی از دستورهای مختلفی را که در ادامه بدان اشاره می‌شود، صادر کند و در صورت صدور دستور مبنی بر تحت نظارت قراردادن مجرم، دوره نگهداری، مشخص و محدود است، البته دادگاه سلطنتی اختیار قانونی دارد تا با توجه به مصالح عمومی، دستور بستری نامحدود بیمار در مراکز درمانی را صادر نموده یا آزادی وی را با اعمال شرایط خاصی امکان‌پذیر سازد. نظارت بر اجرای این تصمیمات اعم از بستری طولانی‌مدت یا شروط تعیین‌شده، بر عهده وزارت کشور می‌باشد. انواع احکام قابل صدور توسط این مرجع قضایی عبارتند از:

- دستور نگهداری در بیمارستان و محدودکردن آزادی برای مدت زمان مشخصی یا برای دوره زمان نامعینی؛
- دستور تحت سرپرستی قرارگرفتن بر اساس قانون سلامت روانی سال ۱۹۸۳؛
- دستور تحت نظارت یا درمان قرارگرفتن به موجب برنامه زمانی شماره ۲ از قانون سال ۱۹۹۱؛
- دستور آزادی بی‌قید و شرط (۱۸).

در مواردی که احراز شود متهم عنصر مادی جرم را انجام نداده است، آزاد می‌شود. به عبارت دیگر، صدور هر یک از دستورهای پیش‌گفته از سوی قاضی، منوط به اثبات ارتکاب عنصر مادی از سوی متهم می‌باشد. بنابراین در این نظام حقوقی، به دنبال احراز جنون، قرار پذیرش مجنون در بیمارستان روانی و قرار نظارت و درمان به موجب برنامه قانون جنون و عدم قابلیت دفاع مصوب ۱۹۹۱ صادر می‌شود. قرار پذیرش در بیمارستان ممکن است توسط دادگاه سلطنتی و یا دادگاه استیناف صادر شده باشد. مدت زمان پذیرش شخص مجنون در بیمارستان روانی، جزء ایام محکومیت وی محسوب

می‌شود. در این مدت، شخص تحت نظارت یک مددکار اجتماعی یا یک افسر بازداشت قرار گرفته و توسط یک کارورز پزشکی تحت درمان قرار می‌گیرد.

با توجه به اینکه جنون از نظر حقوق ایران صرفاً جنون پزشکی را شامل است، ولی در نظام حقوقی انگلستان بسیار عام‌تر است و شامل موارد زیادی از اختلالات روانی است که در عین حال مشمول تعریف جنون نیست، لذا برخلاف نظام کیفری ایران، در حقوق انگلستان ممکن است مجرم مشمول تعریف جنون نشود، اما دارای حالت خطرناک بیماری روانی باشد که به موجب آن قرار بستری در بیمارستان صادر گردد. در این حالت به مدت محدود به بیمارستان فرستاده می‌شود و معمولاً یک دوره از قبل تعیین‌شده‌ای برای بررسی وضعیت فرد وجود دارد. اگر این مدت تعیین نشده باشد، بررسی وضعیت برای آزادی با وزارت کشور است. این قرار باید بر اساس لزوم حمایت از عموم از خطر آسیب جدی، قابل توجیه باشد.

برخلاف نظام حقوقی ایران که صرف احراز حالت خطرناک مجرم را برای تحت نظارت قراردادن یا بستری کردن وی در بیمارستان روانی کافی می‌داند و به نوع جرم ارتكابی توجهی نمی‌کند، در نظام حقوقی انگلستان، انتقال محکومان به مراکز روان‌پزشکی جهت بستری تنها زمانی امکان‌پذیر است که کیفر اصلی برای جرم ارتكابی، حبس تعیین شده باشد. صدور چنین حکمی نیازمند تطابق با ویژگی‌های پرونده و ارائه تأییدیه تخصصی از سوی حداقل دو روان‌شناس بالینی است. این فرآیند قضایی با هدف ارزیابی دقیق وضعیت روانی فرد و انتخاب مناسب‌ترین شیوه مداخله درمانی - قضایی طراحی شده است. شرط الزام‌آور مرجع قضایی برای اخذ این تصمیم، دریافت گزارش‌های کارشناسی مستند از متخصصان حوزه سلامت روان است که ظرفیت‌های قانونی و پزشکی موضوع را به طور همزمان پوشش دهد.

در حالی که در نظام کیفری ایران تصمیم بر بستری شدن مجنون توسط دادستان به صرف احراز جنون خطرناک، بدون توجه به نوع جرم ارتكابی صورت می‌گیرد، البته چون موضوع امر تخصصی و فنی است، این تصمیم پس از احراز جنون و حالت خطرناک آن توسط پزشکی قانونی اتخاذ می‌شود.

در نظام حقوقی انگلستان، چنانچه مجرم بستری شدن خود را غیر موجه تلقی کند، می تواند به یکی از سه کمیسیون نظارتی تشکیل شده تحت قانون بیماران روانی ۱۹۸۳ شکایت کند. ترکیب هر کمیسیون شامل سه عضو تخصصی است: یک حقوقدان (به عنوان نماینده نظام قضایی)، یک روان پزشک (به عنوان نماینده حوزه پزشکی) و یک متخصص خدمات اجتماعی (به عنوان نماینده حمایت های اجتماعی). این کمیسیون ها بدون حضور مقامات قضایی فعال (مانند قضات یا دادستان) اجازه دارند به صورت مستقل در مورد توجیه یا عدم توجیه ادامه بستری فرد در بیمارستان تصمیم گیری کنند. اختیارات آن ها شامل ابطال حکم بستری، تأیید ضرورت ادامه درمان یا تصمیم به ترخیص بیمار است (۱۹). در مقایسه، نظام حقوقی ایران بر اساس ماده ۲ و ۸ آیین نامه ترخیص از مراکز نگهداری و درمانی، فرآیند ترخیص بیماران روانی را مشروط به دو شرط اصلی می داند: تشخیص مقام قضایی (دادستان) مبنی بر عدم نیاز به ادامه بستری، پس از اخذ نظر پزشکی قانونی و دریافت گزارش رسمی از بیمارستان که تأیید کند ادامه بستری برای درمان ضرورتی ندارد.

تفاوت کلیدی بین دو سیستم در این است که در انگلستان، کمیسیون های مستقل با ترکیب چندرشته ای (حقوقی - پزشکی - اجتماعی) و بدون حضور مستقیم قضات، اختیار تصمیم گیری دارند، در حالی که در ایران، نقش محوری با دادستان است که با تکیه بر نظریه پزشکی قانونی و گزارش بیمارستان اقدام می کند. این رویکرد نشان دهنده تمرکز بیشتر نظام ایران بر حاکمیت نهاد قضایی در فرآیندهای مرتبط با بیماران روانی است، در حالی که نظام انگلستان به چندرشته ای بودن و استقلال نهادهای نظارتی اهمیت می دهد.

۵. چالش های نگهداری و درمان مجرمان مجنون: درمان مجرمان مجنون که تحت صلاحیت نظام عدالت کیفری قرار می گیرند، تفاوت های مهمی با رفتار غیر مجرمان دارد که بر کاهش علائم تمرکز دارد. بیماران باید از محدودیت های قانونی در مورد رفتار خود پیروی کنند و درمان ابتدا خطر آسیب رساندن بیمار به جامعه را بررسی می کند. مجرمان روانی

اغلب در برابر درمان مقاوم هستند. سیستم سلامت روان ممکن است به دلیل مقاومت و سابقه جنایی آن ها، به ویژه سابقه خشونت، تمایلی به درمان آن ها نداشته باشد. هم سیستم عدالت کیفری و هم پزشکان پزشکی قانونی عموماً انتظار دارند که مجرمان روانی که تحت درمان قرار می گیرند، درک درستی از نقش اختلال روان پزشکی خود در رفتار خطرناک گذشته و بالقوه آینده به دست آورند و از رفتار یا موقعیت هایی که ممکن است خطر فعالیت مجرمانه یا وخامت وضعیت بالینی آن ها را افزایش دهد، اجتناب کنند. علاوه بر این، هم جامعه و هم سیستم عدالت کیفری انتظار دارند که درمان تحت شرایطی انجام شود که تا حد ممکن امنیت عمومی را تضمین کند. از سوی دیگر، باید بین حقوق فردی و نیاز به درمان از سویی و امنیت عمومی از سوی دیگر تعادل وجود داشته باشد. با این حال، اغلب دادگاه ها تأکید بیشتری بر خطرناک بودن مجرم روانی دارند تا بر حقوق فرد. بخش بزرگی از بیماران روانی که مرتکب جرم می شوند، قبل از درگیر شدن در سیستم عدالت کیفری، سابقه مقاومت بالایی در برابر درمان روان پزشکی دارند. سیستم بهداشت روان، درمان بسیاری از بیماران روانی مقاوم را بسیار دشوار می بیند و تمایلی برای خدمت به آن ها ندارد یا نمی تواند به آن ها خدمت کند. بسیاری از مجرمان بیمار روانی به دلیل رفتارهای خشونت آمیز و ترس آور قبلی، ترسناک هستند و درمان آن ها با کمک به بیماران منفعل بسیار متفاوت است. بنابراین متخصصان سلامت روان نه تنها تمایلی ندارند، بلکه ممکن است از درمان مجرمان مبتلا به اختلالات روانی نیز بترسند.

آیین نامه اجرایی نحوه نگهداری و درمان مجانین، با وجود تلاش برای ساماندهی به وضعیت افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید، با چالش هایی در اجرا مواجه است. این چالش ها ناشی از عوامل مختلفی هستند، از جمله اینکه معیارهای تشخیصی برای تعیین «خطرناک بودن» مجرمان بیمار ناکافی است و ممکن است به سوء استفاده از پذیرش اجباری بینجامد. همچنین پذیرش اجباری طولانی مدت بدون نظارت قضایی شفاف، ممکن است به نقض حقوق بنیادین افراد منجر شود. از

سوی دیگر، مراکز نگهداری دولتی با کمبود بودجه، فضای فیزیکی نامناسب و نبود تجهیزات مدرن مواجه‌اند. تعداد محدود روان‌پزشکان، روان‌شناسان و پرستاران آموزش‌دیده در حوزه سلامت روان نیز از دیگر چالش‌های نگهداری و درمان مجانین مجنون است. از سوی دیگر وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و قوه قضاییه گاه سیاست‌ها و اولویت‌های متفاوتی دارند که همکاری در جهت درمان نگهداری مجرمان مجنون را به نحو مؤثر دشوار می‌کند. استفاده از روش‌های اجباری درمانی را می‌توان چالش دیگر نگهداری و درمان مجرمان مجنون دانست، چراکه ممکن است تجویز اجباری دارو یا شوک درمانی بدون رضایت آگاهانه مجرم صورت گیرد.

به هر روی، شناسایی یک فلسفه درمانی که تعادلی بین حقوق فردی و امنیت عمومی ایجاد کند و شامل اهداف درمانی روشن، ارتباط نزدیک بین کارکنان درمان و سیستم عدالت کیفری، ساختار و نظارت کافی و مداخلات برای مدیریت خشونت باشد، ضرورت دارد.

نتیجه‌گیری

علیرغم همه آنچه بیان شد، باید گفت جنون کیفری یکی از مسائل پیچیده و چندبعدی در نظام قضایی است که نیاز به دقت و حساسیت دارد. معیارها و رویکردهای قانونی باید به گونه‌ای طراحی شوند که نه تنها بازتاب‌دهنده نیازهای امنیتی جامعه باشند، بلکه از حقوق انسان‌ها نیز محافظت کنند. این چهارچوب قانونی باید در عین حال، حس همدردی و حمایت از افرادی که به دلیل مشکلات روانی قادر به کنترل یا درک رفتارهای خود نیستند، ترویج کند. بهبود و توسعه قوانین مرتبط با جنون کیفری می‌تواند به بهترین شکل ممکن به دفاع از حقوق بشر و عدالت اجتماعی کمک کند.

یافتن توازن بین نیازهای جامعه و حقوق فردی متهمان مبتلا به جنون یک چالش جدی در نظام قضایی است. حق افرادی که دارای اختلالات روانی هستند باید رعایت شود. ایجاد کمیسیون‌های چندرشته‌ای مرکب از قاضی، روان‌پزشک قانونی و مددکار اجتماعی برای تصمیم‌گیری درباره ادامه یا خاتمه

نگهداری گامی مؤثر در این مسیر می‌تواند باشد. همچنین حقوق بشر به عنوان معیاری کلیدی در تصمیم‌گیری‌ها باید همواره مد نظر قرار گیرد، از جمله تأمین دسترسی به خدمات درمانی، حمایت‌های اجتماعی و حقوق قضایی عادلانه. از سوی دیگر، در حالی که جامعه حق دارد از خود در برابر کسانی که ممکن است خطرناک باشند، حفاظت کند، نظام قضایی باید با دقت مشخص کند که چه زمانی فرد به دلیل اختلالات روانی از مسئولیت مجرمیت معاف است. تأمین مجازات‌هایی که جنبه درمانی دارند، به جای مجازات‌های سنتی و سخت، ممکن است به پیشرفت اجتماعی و روانی بیماران کمک کند. جنون کیفری علاوه بر ابعاد قانونی، ابعاد فرهنگی و اجتماعی نیز دارد، چراکه نحوه درک جامعه از بیماری‌های روانی تأثیری اساسی بر روندهای قانونی دارد. در بسیاری از فرهنگ‌ها، مبتلایان به اختلالات روانی ممکن است با تبعیض، نادیده‌انگاری و بدنامی مواجه شوند و باعث شود افرادی که واقعاً در آستانه جنون کیفری قرار دارند، از ارزیابی دقیق و محیط‌های حمایتی محروم شوند.

همچنین قوانین باید مدام پیش چشم باشد تا از حقوق بیماران روانی محافظت شود و از احساسات منفی عمومی به آن‌ها کاسته شود. این موضوع می‌تواند شامل آموزش قوانین، برقراری همایش‌ها و فعالیت‌هایی که آگاهی عمومی را افزایش می‌دهد، باشد. همچنین بر اهمیت بهبود فرآیندهای ارزیابی و تصمیم‌گیری در این زمینه تأکید می‌شود و با توجه به تحولات اجتماعی و پیشرفت‌های علمی، نیاز به تحقیقات بیشتر و به‌روزرسانی قوانین و پروتکل‌های موجود احساس می‌شود. به عنوان نمونه در حقوق انگلستان، دفاع جنون همچنان بر مبنای قواعد مکاناتن است که عمدتاً شناخت‌محور است، اما بسیاری از روان‌پزشکان تأکید دارند که این معیار باید عنصر کنترل (Volitional Component) را هم دربر گیرد، یعنی اگر متهم بداند کارش خلاف است، ولی نتواند از آن خودداری کند، قانون باید این حالت را نیز مشمول دفاع جنون بداند. در ایران نیز مواد ۱۴۹ و ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ تنها بر «عدم تمیز یا فقدان اراده» تمرکز دارند؛ با این حال، روزآمدسازی قوانین اقتضا می‌کند تعریف «جنون کیفری» با

تکیه بر معیارهای روان‌پزشکی مدرن بازنگری شود تا شامل «اختلال کنترل تکانه» و «رویدادهای روان‌پریشی موقت» نیز بشود.

مشارکت نویسندگان

محمد رضائی تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

بیانیه هوش مصنوعی

نویسنده اظهار می‌نماید که در نگارش مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Hoseini SM, Etemadi A. Insanity as an excuse in Iranian and English law. *Comparative Law Review*. 2015; 6(2): 491-517. [Persian]
2. Bolton D. What is mental disorder? an essay in philosophy, science and values. Oxford: Oxford University Press; 2008.
3. Diagnostic AP. Statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Shakeri A, Taherian M. The Scope of Insanity Defense in Criminal System of Iran and the United States of America. *J Compar L*. 2018; 5(1): 71-90. [Persian]
5. Jafari Langroudi MJ. Legal terminology. Tehran: Ganj-e Danesh Publications; 2004. [Persian]
6. Crotty HD. The History of Insanity as a Defence to Crime in English Criminal Law. *California Law Review*. 1924; 12(2): 105-123.
7. Elliott C, Quinn F. Criminal law. Harlow: Pearson Education Publications; 2008.
8. Hallett N. Moral responsibility and mental disorder: A philosophical exploration of the insanity defence. *Med Sci Law*. 2025; 3: 258024251329180.
9. Laleng P. Insane killers and their claims for compensation: Lewis-Ranwell heads to the Supreme Court. Online. 2025. Available at: <https://www.ssrn.com/abstract=5344043>.
10. Sanderson H. Insanity and Illegality: Lewis-Ranwell v G4S Health Services [2024] EWCA Civ 138; 2025.
11. Bijlsma J. A New Interpretation of the Modern Two-Pronged Tests for Insanity: Why legal insanity should not be a status defense. *Neth J Legal Phil*. 2018; 47(1): 29-49.
12. Moran R. The modern foundation for the insanity defense: The cases of James Hadfield (1800) and Daniel McNaughtan (1843). *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1985; 477(1): 31-42.
13. Adjorlolo S, Chan HCO, DeLisi M. Mentally disordered offenders and the law: research update on the insanity defense, 2004-2019. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2019; 67: 101507.
14. Jefferson M. Criminal law. Harlow: Pearson Education Publications; 2007.
15. Hadipoor K, Ghasemi M, Nosrati Y. Reduced criminal liability for free crimes in Iranian criminal policy and the British legal system. *Political Sociology of Iran*. 2020; 3(1): 821-34. [Persian]
16. Mason J. What's wrong with Wrongfulness? Reconsidering the Wrongness Limb of the Insanity Defence. *Journal of Crime and Criminal Behavior*. 2021; 1(1): 21-51.
17. Løvlie A. Criminal Insanity: Concepts and Evidence. *Bergen Journal of Criminal Law & Criminal Justice*. 2019; 7(1):78-96.
18. Molan M. Cases & materials on criminal law. London: Routledge-Cavendish; 2009.
19. Crotty HD. History of insanity as a defence to crime in English criminal law. *California Law Review*. 1923; 12(2): 105-123.