



The Iranian Association of
Medical Law



Institute of Bioethics
and Health Law

An Analysis of the Legal Foundations of Mental Health Courts in the Common Law Legal System

Vajiheh al-Sadat Pournajafi^{1*}, Mohammad Mehdi Barghi¹, Nafiseh Motavallizadeh Naeini¹,
Abbas Kalantari², Ali Azizi³

1. Department of Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Meybod University, Meybod, Iran.

2. Department of Jurisprudence and Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Meybod University, Meybod, Iran.

3. Judge of the Tehran Juvenile Court, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Over the past three decades, several common law jurisdictions have adopted therapeutic and rehabilitative programs in the form of mental health courts as an innovative approach to judicial adjudication. However, the legal foundations underlying the establishment and operation of these programs remain a matter of inquiry. Given the need to ensure justice for individuals with mental disorders who participate in such programs, examining the legal nature and foundations of mental health courts is of particular importance. This study aims to analyze the legal foundations of these programs, which operate either as specialized mental health courts or within traditional courts through innovative approaches to adjudicating and responding to offenses committed by individuals with mental disorders that do not meet the legal threshold of insanity.

Method: This study employs a descriptive research method and draws upon library-based data and documentary sources.

Ethical Considerations: Throughout the study, ethical principles and standards of academic integrity were observed.

Results: The findings indicate that mental health courts have emerged on the basis of rehabilitative and therapeutic approaches and problem-solving strategies, and are structured around the theoretical frameworks of Therapeutic Jurisprudence, restorative justice, and preventive law.

Conclusion: Overall, mental health courts in common law jurisdictions appear to be grounded primarily in the therapeutic orientation of law, complemented by practical experience developed through judicial practice. Furthermore, an examination of their legal foundations indicates that the adjudication of offenses committed by individuals falling within the jurisdiction of mental health courts has been designed and implemented, in part, on the basis of the "diminished responsibility" defense.

Keywords: Mental Disorders; Mental Health; Mental Health Services; Rehabilitation; Therapeutics

Corresponding Author: Vajiheh al-Sadat Pournajafi; **Email:** vajihesadatpournajafi@gmail.com

Received: December 16, 2025; **Accepted:** May 04, 2026; **Published Online:** September 17, 2026

Please cite this article as:

Pournajafi VA, Barghi MM, Motavallizadeh Naeini N, Kalantari A, Azizi A. An Analysis of the Legal Foundations of Mental Health Courts in the Common Law Legal System. *Medical Law Journal*. 2026; 20: e35.



واکاوی مبانی حقوقی دادگاه‌های سلامت روان در نظام حقوقی کامن‌لا

وجیهه‌السادات پورنجفی^{۱*}، محمد مهدی برگی^۱، نفیسه متولی‌زاده نائینی^۱، عباس کلانتری^۲، علی عزیزی^۳

۱. گروه حقوق، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه میبد، میبد، ایران.

۲. گروه فقه و حقوق، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه میبد، میبد، ایران.

۳. قاضی دادگاه اطفال و نوجوانان، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در بیش از سه دهه گذشته، در برخی کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا، برنامه‌های درمانی و اصلاحی در قالب دادگاه‌های سلامت روان به عنوان شیوه‌ای از رسیدگی قضایی نوین، مورد تمسک قرار گرفته است، اما این موضوع که شکل‌گیری برنامه‌های مذکور بر چه مبانی حقوقی استوار می‌باشد، محل پرسش است. همچنین نظر به ضرورت اجرای عدالت در خصوص مخاطبین این برنامه‌ها که از بیماری روانی رنج می‌برند، پژوهش در زمینه ماهیت‌شناسی دادگاه‌های مذکور اهمیت می‌یابد. هدف از نگارش این مقاله، تحلیل مبانی حقوقی این نوع برنامه‌ها است که در قالب دادگاه‌های تخصصی سلامت روان یا در بطن دادگاه‌های سنتی، اما با شیوه‌ای نوین در رسیدگی و واکنش نسبت به جرائم مرتکبین دارای اختلال روانی کمتر از جنون اجرا می‌شود.

روش: این مقاله به روش توصیفی و با استفاده از داده‌ها و منابع کتابخانه‌ای صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در این روش، اصول اخلاقی و امانت‌داری علمی رعایت شده است.

یافته‌ها: بر پایه یافته‌های این پژوهش، دادگاه‌های سلامت روان بر اساس رویکردهای اصلاحی - درمانی و حل مسأله، شکل گرفته و بر مبنای نظریات حقوق درمان‌مدار، عدالت ترمیمی و حقوق پیشگیری، سامان یافته‌اند.

نتیجه‌گیری: در نهایت، می‌توان گفت که دادگاه‌های مذکور در نظام حقوقی کامن‌لا، بیشتر بر جنبه درمان محوری قانون، در کنار تجربه عملی در رویه‌های قضایی، استوار می‌باشد. همچنین با واکاوی مبانی حقوقی، فرایند رسیدگی به جرائم ارتكابی، توسط افراد موضوع دادگاه‌های سلامت روان، بر پایه رویکرد «دفاع مسئولیت نقصان یافته» طرح‌ریزی و عملیاتی شده است.

واژگان کلیدی: اختلالات روانی؛ سلامت روان؛ خدمات بهداشت روان توان‌بخشی؛ درمان

نویسنده مسئول: وجیهه‌السادات پورنجفی؛ پست الکترونیک: vajihesadatpournajafi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۴؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۲۶

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

Pournajafi VA, Barghi MM, Motavallizadeh Naeini N, Kalantari A, Azizi A. An Analysis of the Legal Foundations of Mental Health Courts in the Common Law Legal System. Medical Law Journal. 2026; 20: e35.

مقدمه

جوامع بشری به منظور حراست از جامعه و ارزش‌های آن و همچنین کاهش ارتکاب جرم، از طریق وضع ضمانت‌اجراهای سخت و سنگین به واکنش در برابر جرم می‌پردازند. این در حالی است که نظام عدالت کیفری سنتی در بعضی موارد قادر نبوده است به طور مؤثر و اساسی با مشکل برخورد کند، چراکه مجازات‌های سنتی، مثل حبس برای مجرمان دارای اختلال روانی کمتر از جنون، منجر به یک اثر «درب‌گردان» شده است، به گونه‌ای که این افراد با ارتکاب جرائم خرد و دستگیری‌های مکرر، مدتی را در زندان می‌گذرانند و سپس به جامعه بازمی‌گردند و دوباره در اثر تکرار جرم، دستگیر می‌شوند و این چرخه، همچنان ادامه پیدا می‌کند. این امر، نگرانی‌هایی در مورد ناتوانی سیستم عدالت کیفری سنتی در برخورد مناسب با مرتکبان دارای اختلال روانی را تشدید می‌کند. راه برون‌رفت از این چرخه نادرست، برطرف‌شدن علل زمینه‌ای ارتکاب جرم توسط افراد مذکور است.

در واقع، آنچه در سیستم عدالت کیفری باید درک شود، سپری‌شدن مدت زمانی در زندان که می‌تواند بیماری روانی متهم را تشدید کند، زیرا ممکن است در طول حبس، فرصتی برای دریافت درمان بهداشت روانی وجود نداشته باشد. بنابراین سیستم عدالت کیفری باید نه تنها به دنبال پاسخگو کردن افراد برای اعمال غیر قانونی خود باشد، بلکه باید درصدد حل و فصل مسائل اساسی نیز باشد که ممکن است به این فعالیت‌های غیر قانونی، کمک کند. بر همین اساس است که اهمیت پرداختن به برنامه‌هایی با چنین اهدافی مشخص می‌شود.

از این رو ضرورت می‌یابد در مواردی که نگرش فعلی به قانون ضعیف و ناتوان عمل کرده است، به مطالعه رویکرد جدیدی پرداخته شود که در برنامه‌های خود بر احیای مجرم تأکید داشته و بر تأثیر انسان‌سازی قانون بر ابعاد زندگی فردی، اجتماعی و بهبودی جسمی و بهزیستی روان‌شناختی متمرکز باشد. این نوع نگرش می‌تواند به عنوان رویکرد «درمان‌محوری قانون» تلقی شود که از ابزار علوم رفتاری برای ارزیابی تأثیر درمانی قانون استفاده می‌کند تا در صورت سازگاری با سایر

ارزش‌های مهم حقوقی، برای تغییر فرایندهای قانونی از راه‌هایی اقدام نماید که می‌تواند عملکرد روان‌شناختی و عاطفی را بهبود بخشد. بنابراین جریان مذکور به دنبال سنجش پیامدهای درمانی و ضد درمانی قانون و نحوه استفاده از آن است.

پژوهش‌های حوزه رویکرد حل مسئله و جنبه درمانی قانون در آثار علمی داخلی در سال‌های اخیر به صورت محدود انجام گرفته است، از جمله رساله دکترای تخصصی حقوق کیفری و جرم‌شناسی دکتر علی عزیزی با عنوان «تحلیل عملکرد دادرها و دادگاه‌های کیفری ایران در پرتو رویکرد حل مسئله» که به راهنمایی دکتر محمد فرجی‌ها و دکتر محمود صابر و با مشاوره دکتر نجفی ابرندآبادی و دکتر موسوی مجاب، در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه تربیت مدرس دفاع شد و به صورت کتابی با عنوان «دادگاه‌های حل مسئله در حقوق کیفری ایران» در سال ۱۴۰۱ به چاپ رسید (۱). همچنین چند مقاله متخذ از رساله مذکور با عناوین «اصول حاکم بر دادگاه‌های حل مسئله در پرتو مطالعات تطبیقی» (۲)، «ارزیابی فرایند طرح آزمایشی دادگاه درمان‌مدار مواد مخدر ایران» (۳) و «کاربست اصول حل مسئله در دادگاه‌های کیفری ایران؛ چالش‌ها و راهکارها» (۴) طی سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ در مجله حقوقی دادگستری منتشر شده است. در این آثار، ضمن بررسی اصول مشترک و الزامی حاکم بر دادگاه‌های حل مسئله در برخی کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا، به واکاوی چالش‌های موجود در اجرای این اصول و ارائه راهکارهایی پرداخته شده و در نهایت نیز به طور خاص، اثربخشی اجرای دادگاه‌های درمان‌مدار مواد مخدر در ایران مورد ارزیابی قرار گرفته است. همچنین در پژوهشی دیگر تحت عنوان «بررسی ماهیت و ضوابط حاکم بر دادگاه‌های درمان‌مدار مواد مخدر» که در سال ۱۳۹۳ در مجله حقوق پزشکی منتشر شد (۵)، دکتر محمود عباسی و همکاران پژوهشی وی، ماهیت دادگاه‌های مذکور را مورد بررسی قرار داده‌اند.

وجه نوآوری مقاله پیش رو نسبت به پژوهش‌های انجام‌شده، تبیین مبانی حقوقی شکل‌گیری «دادگاه‌های سلامت روان» به

ملاحظات اخلاقی

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

یافته‌ها

بر پایه یافته‌های این پژوهش، دادگاه‌های سلامت روان بر اساس رویکردهای اصلاحی - درمانی و حل مسأله، شکل گرفته و بر مبنای نظریات حقوق درمان‌مدار، عدالت ترمیمی و حقوق پیشگیری، سامان یافته‌اند.

بحث

۱. **سیر تطور برخورد با بیماران روانی در نظام حقوقی کامن‌لا:** رشد و تغییر در نحوه واکنش به رفتارهای غیر قانونی بیماران فاقد سلامت روان در کشورهای اروپایی و آمریکایی، ریشه در ناکارآمدی برخوردها و سیاست‌های سخت‌گیرانه اتخاذشده در قبال افراد دارای اختلال روانی دارد. این در حالی است که این افراد به دلیل شرایط خاص روانی، آسیب‌پذیری بیشتر و قدرت انطباق کمتری با قوانین، مقررات و هنجارهای اجتماعی دارند. بر همین اساس، بررسی سیر تطور برخورد سیستم عدالت کیفری با بیماران روانی در نظام حقوقی کامن‌لا ضرورت می‌یابد.

طی پنج دهه، تغییرات عمده‌ای در سیاست سلامت روان رخ داده است. مطالعات از دهه ۱۹۵۰ نشان می‌دهد که عموم مردم از بیماران روانی می‌ترسیدند و خشونت را با بیماری روانی، به ویژه در بحث‌های روان‌پریشی، مرتبط می‌دانستند. علیرغم افزایش درک علمی و گسترش تعاریف بیماری روانی در طول زمان، شواهد نشان می‌دهد که ترس از بیماران روانی به عنوان مرتکبان جنایت، این فرض عمومی را تقویت می‌کرد که اکثر افراد بی‌خانمان، بیمار روانی و خطرناک هستند. عدم دسترسی به درمان سلامت روان برای افراد بی‌خانمان نیز این انگ و برچسب‌زنی را تشدید می‌کرد (۶).

از طرفی، عواملی مانند فقدان جایگزین‌های بهداشت روانی در جامعه و تغییرات قانونی، زمینه را برای جرم‌انگاری بیماری

عنوان یکی از دادگاه‌های حل مسأله در حوزه بهداشت روانی، در برخی کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا است؛ برنامه‌هایی که می‌تواند بر اساس امکانات و ظرفیت سیستم عدالت کیفری هر کشور، به صورت دادگاه‌های تخصصی سلامت روان به طور مستقل اجرا شود یا در قالب برنامه‌های سلامت روان در بطن دادگاه‌های سنتی، در رسیدگی به پرونده‌های مرتکبان دارای اختلال روانی کمتر از جنون به اجرا درآید، چراکه این برنامه‌ها برای مرتبط‌کردن متهمان مبتلا به بیماری روانی با درمان مناسب و خدمات حمایتی و منحرف‌کردن آن‌ها از حبس به سوی اصلاح، درمان و بازپروری طراحی شده‌اند.

مقاله حاضر در پی پاسخ به این پرسش اساسی است که ماهیت دادگاه‌های سلامت روان در نظام حقوقی کامن‌لا بر چه مبانی حقوقی استوار است؟ و متعاقباً، در راستای پاسخ به سؤال اصلی، لازم است به سؤالات دیگری از این قبیل پاسخ داده شود: شیوه برخورد با متهمان دارای اختلال روانی در دوره پیش از رویکرد درمانی قانون در برخی کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا چگونه بوده است و این نوع دادگاه‌ها چگونه ظهور و گسترش یافته‌اند؟ پرسش دیگر آن است که فرایند رسیدگی در دادگاه‌های مذکور بر اساس چه نوع، رویکرد حقوقی نسبت به مسئولیت کیفری اجرا می‌شود؟

بنابراین در محتوای پژوهشی پیش‌رو، سیر تطور برخورد سیستم عدالت کیفری با بیماران روانی، از دوران غیاب گزینه دادگاه‌های سلامت روان تا ظهور و گسترش این نوع برنامه‌ها بیان خواهد شد و سپس مبانی شکل‌گیری آن‌ها در نظام حقوقی کامن‌لا و مبنای مسئولیت کیفری در دادگاه‌های سلامت روان برای مجرمان دارای اختلال روانی کمتر از جنون، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

روش

این مقاله به روش توصیفی و با استفاده از داده‌ها و منابع کتابخانه‌ای، با استناد به کتب و مقالات علمی معتبر، فراهم شده است.

خطا، رویه‌ها و مفروضات اساسی را در مورد نقش و دامنه مناسب سیستم عدالت کیفری تغییر می‌داد. ظهور دادگاه‌های حل مسأله، نمونه‌ای قانع‌کننده از چنین نوآوری‌ای را ارائه کرد. آن‌ها در تلاش برای ارتقای تغییرات رفتاری مثبت در شرکت‌کنندگان در برنامه‌های خود، دارای یک هدف مشترک بوده و سعی می‌کردند به مشارکت‌کنندگان برای رسیدگی و حل مسائل و موضوعات اساسی مرتبط با بهزیستی آن‌ها یاری رسانند (۹).

بنابراین در دهه‌های اخیر، نظام حقوقی کامن‌لا شاهد ظهور و محبوبیت روزافزون دادگاه‌های حل مسأله بوده است، از جمله آن‌ها، دادگاه‌های کیفری تخصصی سلامت روان هستند که مجرمان مبتلا به بیماری‌های روانی جدی را از سیستم عدالت کیفری و حبس، به درمان مبتنی بر جامعه منحرف می‌کنند و بر سلامت عمومی و کاهش آسیب تمرکز دارند. این دادگاه‌ها معمولاً با برنامه‌هایی برای رفع نیازهای مجرمان مبتلا به بیماری روانی شدید، مانند دارو، درمان اختلالات هم‌زمان، مهارت‌های روانی - اجتماعی و بهبودی همراهاند (۱۲-۱۰).

در واقع، هنگامی که مجرمان به درستی مورد توجه قرار گیرند، می‌توانند یاد بگیرند که بیماری روانی خود را مدیریت کنند، با مسائل کنار بیایند و به طور مؤثر به چرخه‌های بیماری درمان‌نشده، جنایت، بی‌خانمانی، درگیری در دادگاه و حبس، پایان دهند (۷، ۱۴-۱۳). بنابراین ارتباط مستقیمی میان تماس با عدالت کیفری و سلامت روان وجود دارد. بر همین مبناست که دادگاه‌های سلامت روان، به طور گسترده، نیاز به درمان همراه با توان‌بخشی را در میان جمعیت درگیر عدالت، ضروری تشخیص می‌دهند و یک محیط دادگاه توان‌بخشی‌تر با مجازات‌های تنبیهی کمتر را در اولویت قرار می‌دهند (۱۶-۱۵).

اولین دادگاه رسمی سلامت روان در شهرستان برووارد فلوریدا در سال ۱۹۹۷ آغاز به کار کرد. با این حال، دادگاهی در شهرستان ماریون که در سال ۱۹۸۰ تأسیس شد، ممکن است اولین دادگاه سلامت روانی باشد که در ایالات متحده ایجاد شده است (۱۷).

روانی فراهم کرد و موجب افزایش تعداد بیماران روانی در زندان‌ها شد. همچنین احتمال زندانی‌شدن افراد مبتلا به بیماری روانی شدید بیشتر از بستری‌شدن آن‌ها در بیمارستان بود، چراکه در حوزه‌های قضایی با رویکرد سنتی، با متهمان بیمار روانی مانند سایر متهمان رفتار می‌شد و آن‌ها هیچ درمان خاصی دریافت نمی‌کردند (۷).

با وجود شرایط حاکم بر حوزه‌های قضایی تابع نظام کامن‌لا، در صورت مواجهه یک بیمار روانی با سیستم سنتی، هیچ تضمینی وجود نداشت که خدمات سلامت روان برای چنین افرادی در دسترس باشد، حتی در صورت فراهم‌بودن خدمات، ممکن بود با انتظارهای طولانی یا وقفه‌های مکرر همراه شود. در هر حوزه قضایی، متهم با دادستان‌ها، وکیل مدافع، قضات و پرسنل زندان در حالی مواجه می‌شد که آن‌ها با بیماری‌های روانی و شیوه برخورد و کمک به چنین افرادی آشنا نبودند. در چنین شرایطی، احتمال ارتکاب مجدد جرم توسط آن‌ها افزایش می‌یافت. در واقع، سیستم سنتی به جای کمک به متهمان دارای بیماری روانی از طریق کشف و برطرف‌کردن دلایل اصلی رفتار مجرمانه، اغلب موجب تشدید بیماری آن‌ها می‌گردید (۸).

این احتمال نیز وجود داشت که بیماران روانی زودتر و بیشتر از هم‌تایان غیر روانی خود، جرم را تکرار کنند و معمولاً به دلیل نقض قوانین آزادی مشروط یا سایر تخلفات سطح پایین به زندان بازگردند و اغلب آن‌ها را در یک «درب گردان» به دام اندازد (۶).

بنابراین با توجه به اینکه برخورد کیفری محض با مرتکبین دارای بیماری‌های روانی از طریق اعمال قانون در طول تاریخ، منجر به کاهش تکرار جرم نشده بود؛ نحوه نگرش به قانون به دلیل عملکرد ضعیف آن، تغییر چشم‌گیری نمود، به گونه‌ای که دیدگاه‌ها به سمت یک رویکرد انسانی‌تر، روان‌شناختی، آگاهانه‌تر و جامع‌گرایانه برای حل مشکلات قانونی، گرایش پیدا کرد.

در واقع، تاریخ رویه قضایی در کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا، از جمله ایالات متحده، انگلستان، کانادا و استرالیا با نوآوری‌های جدید به گونه‌ای پیش می‌رفت که با آزمون و

مجرمین از زاویه روان‌شناسی و روان‌کاوی مورد مطالعه قرار می‌گرفتند و در مرحله بعد، به ابعاد فیزیولوژیکی و سپس به ابعاد فرهنگی و اجتماعی مجرم پرداخته می‌شد (۱۹). اصلاح و درمان بزه‌کاران نیز، به عنوان نتیجه دستاوردهای جرم‌شناسی بالینی و یا حتی شاخه‌ای از این نوع جرم‌شناسی، اهمیت وافر در حقوق کیفری نوین داشت (۲۰).

از طرفی نیز، شکست سیاست‌های اصلاح و درمان، تنها در برخی از ابعاد و سطوح آن اتفاق افتاد و این مقدار نیز ناشی از عدم فهم صحیح این اندیشه و فقدان بسترسازی مناسب برای اجرای این نوع سیاست‌های مبتنی بر انسان‌مداری بود (۲۱). بنابراین عدم تحقق تمامی اهداف مدنظر در رویکردهای اصلاحی - درمانی، نمی‌تواند حاکی از شکست کامل این رویکردها باشد، زیرا با تحقق بخشی از این اهداف نیز، امید به اثربخشی برنامه‌های اصلاح و درمان وجود خواهد داشت.

با واکاوی مطالعات و اسناد موجود در این زمینه، چنین به نظر می‌رسد که رسیدگی به جرائم ارتكابی افراد مذکور در قالب ارائه اقدامات اصلاحی و درمانی، تا حدی موجب کاهش تکرار جرم و توقف چرخه معیوب دستگیری مکرر این افراد می‌گردد. بررسی برنامه‌های ارائه‌شده در دادگاه‌های سلامت روان نیز، حاکی از به کارگیری رویکردهای اصلاحی - درمانی است، به گونه‌ای که اهداف این دادگاه‌ها نیز هم‌راستا با نتایج مورد نظر از کاربست چنین رویکردهایی است. بنابراین می‌توان گفت یکی از مبانی مؤثر در شکل‌گیری برنامه‌های سلامت روان، اتکا به رویکردهای اصلاح و درمان می‌باشد.

۲-۲. رویکرد حل مسئله: مشخص شد که سیستم عدالت کیفری سنتی به اندازه کافی به علل اصلی فعالیت مجرمانه متهمان رسیدگی نمی‌کرد و به طور فزاینده‌ای منجر به تکرار جرائم می‌شد. از این رو، حوزه‌های قضایی کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا، به ویژه در ایالات متحده آمریکا، شروع به تشکیل دادگاه‌هایی مبتنی بر «رویکرد حل مسئله» کردند، به نحوی که در ایالات متحده، این رویکرد «جنبش جامع قانون» و در استرالیا «عدالت غیر ترافیعی» نامیده شد. این رویکرد، نگاهی جدید به قانون بود که تاکنون کمتر مورد توجه و

دادگاه‌های سلامت روان از شواهد فزاینده‌ای استفاده کردند که نشان می‌داد زندان، به دلیل برچسب‌هایی که افراد را به سمت خرده‌فرهنگ‌های انحرافی سوق می‌داد، واکنش‌های ضد درمانی و حتی جرم‌زا ایجاد می‌کرد. از همین رو، دادگاه‌های مذکور، به عنوان نمونه‌ای از دادگاه‌های حل مسئله، فرصت‌های دومی را به مجرمان دارای اختلال روانی می‌دهند تا بتوانند دوباره در جامعه ادغام شوند. بر این اساس بود که از آن زمان به بعد، تعداد دادگاه‌های تخصصی سلامت روان به شدت افزایش یافت. رشد این دادگاه‌ها تا حدی با تصویب قانون «اجرای قانون سلامت روان آمریکا» همراه و پشتیبانی شد. در واقع، با کمک مالی و حمایتی که این قانون ارائه کرد، سایر حوزه‌های قضایی متوجه شدند که یک مرکز تخصصی می‌تواند به هدایت برخی از این مجرمان به سمت درمان و ادغام مجدد آن‌ها در جامعه، به روشی مثبت کمک کند (۱۰، ۱۵).

با توجه به سیر تطور و نحوه برخورد سیستم قضایی با مجرمان دارای اختلال روانی در کشورهای اروپایی و آمریکایی، به نظر می‌رسد که بدون ظهور و گسترش دادگاه‌های سلامت روان برای مجرمان دارای مصادیق مشخص اختلال روانی کمتر از جنون، تکرار چرخه معیوب ارتکاب مجدد جرم، دستگیری، محکومیت و اجرای مجازات، به واسطه سیاست‌های اتخاذی در سیستم قضایی فاقد دادگاه‌های بهداشت روانی، قطعی و توقف‌ناپذیر بود.

۲. تحلیل مبانی و رویکردها: به منظور تبیین مبانی تغییر رویه‌های قضایی و قانونی در نحوه واکنش نسبت به مجرمان بیمار روانی، تحلیل رویکردهای اصلاحی - درمانی و رویکرد حل مسئله، ضرورت می‌یابد.

۱-۲. رویکردهای اصلاحی - درمانی: با وجود رویکرد کلاسیک و سزاده‌محور به مجازات در گذشته، در قرن بیستم و در دهه ۱۹۴۰ میلادی، علم روان‌شناسی به کار گرفته شد و رویکرد اصلاحی - درمانی شکل گرفت، به گونه‌ای که افراد متخصص، بیشتر بر درمان روان‌شناختی مجرمان تأکید می‌کردند (۱۸). در همین راستا، در جرم‌شناسی بالینی که به عنوان شاخه‌ای از رویکرد اصلاح و درمان مطرح شده بود، ابتدا

درمانی دارند و گاه عواقب ضد درمانی ایجاد می‌کنند. بنابراین می‌توان گفت که حقوق درمان‌مدار، عامل درمانی قانون را در نظر می‌گیرد تا از ایجاد یا تشدید اختلال روان‌شناختی در مراجع جلوگیری کند.

در تغییر فرایند رسیدگی به سمت یک مدل درمانی، دادگاه‌ها باید برای رویکردی مشارکتی و غیر خصمانه تلاش کنند تا با اهداف اصلاحی و درمانی، واکنش اجتماعی ظریف‌تری را نسبت به رفتار ممنوع القا نمایند. به عقیده طرفداران این نظریه، فعالیت مجرمانه تنها نشانه‌ای از اختلال زمینه‌ای است که متهم را آزار می‌دهد و با شناسایی و درمان این اختلال، رویه قضایی درمانی می‌تواند تماس مجرم را با سیستم عدالت کیفری در آینده به حداقل برساند، او را در قبال رفتار مجرمانه ارتكابی پاسخگو نماید و امنیت مردم را تضمین کند. توجه به این نکته نیز حائز اهمیت است که طرفداران حقوق درمان‌مدار معتقدند تغییرات درمانی نباید بر ارزش‌های سنتی عدالت غلبه کند و اهداف سنتی باید دست‌نخورده باقی بمانند (۸).

در نگاهی کلی‌تر، می‌توان گفت هدف دادگاه‌های سلامت روان - که بر پایه نظریه وسیع حل مسئله با محوریت جنبه درمانی حقوق بنا شده‌اند - ترکیب دو چهارچوب مجزا از مجازات و توان‌بخشی به عنوان یک مدل مکمل عدالت است. مجازات در این زمینه به عنوان شیوه‌هایی مربوط به مسئولیت‌پذیری در نظر گرفته شده و توان‌بخشی بر کسب مهارت و افزایش رفاه متمرکز است. در این صورت، در هر دادگاه سلامت روان، ایده این است که می‌توان از تکرار جرم با ارائه درمان مؤثر برای مجرمان مبتلا به بیماری روانی، به جای حبس، جلوگیری کرد (۲۴-۲۵).

لازم به ذکر است که علیرغم دستورالعمل‌ها و طراحی‌های متفاوت دادگاه‌های سلامت روان نسبت به دادگاه‌های سنتی، این دو سیستم به دلیل هم‌پوشانی تعهدات نسبت به افراد یکسان (مجرمان دارای اختلال روانی)، در کنار هم قرار گرفته و مکمل یکدیگر هستند، به گونه‌ای که دادگاه‌های سلامت روان تلاش می‌کنند این پاسخ‌ها را تحت نظارت دادگاه‌های سنتی هماهنگ کنند تا هر سیستمی بتواند به وظایف خود به بهترین نحو عمل کند (۲۶).

ارزیابی قرار گرفته بود و می‌توانست نقطه‌عطفی برای ارتقای کارایی قانون باشد، به گونه‌ای که این نوع سیستم رسیدگی کیفری نه‌تنها به دنبال پاسخگو کردن افراد در قبال اعمال غیر قانونی خود است، بلکه در پی حل و فصل مسائل اساسی‌ای نیز هست که ممکن است به این فعالیت‌های غیر قانونی دامن زده باشد. نظریه‌های زیادی برای توجیه دادگاه‌های حل مسئله مطرح شده است، اما سه نظریه «حقوق درمان‌مدار»، «عدالت ترمیمی» و «حقوق پیشگیری» بردارهای اصلی این حوزه هستند که در خط مقدم نظریه‌ها قرار گرفته‌اند، به شکل‌گیری جنبش حل مسئله کمک می‌کنند و از حیث نظری، دادگاه‌های حل مسئله و به ویژه دادگاه‌های سلامت روان را در اجرا و عمل هدایت می‌کنند.

در واقع، برای مقابله با هجوم بیماران روانی به زندان‌ها و نیز مبارزه با مشکل فزاینده مجرمان مکرر، بسیاری از حوزه‌های قضایی در کشورهای اروپایی و به ویژه آمریکایی، اصول حقوق درمان‌مدار، عدالت ترمیمی و حقوق پیشگیری را در تأسیس دادگاه‌های سلامت روان اتخاذ کرده‌اند، در نتیجه، برای رسیدن به درک درستی از سه نظریه مذکور که به گونه‌ای مشابه از رویکردی غیر خصمانه برای ایجاد تغییر در نظام عدالت کیفری دفاع می‌کنند، می‌توان بحث را با تبیین حقوق درمان‌مدار آغاز کرد و سپس، با گذر از عدالت ترمیمی و جنبه پیشگیرانه حقوق، به تمرکز بر مبنای حقوقی رسیدگی به جرائم ارتكابی افراد دارای اختلال روانی در دادگاه‌های تخصصی سلامت روان رسید.

۱-۲-۲. **حقوق درمان‌مدار:** مفهوم حقوق درمان‌مدار که بر جنبه درمانی قانون استوار است، یک مبنای فلسفی برای مدل دادگاه مسئله‌محور تلقی شده و برای اولین بار در دهه ۱۹۸۰ توسط وکسلر و وینیک (Wexler & Winick) در زمینه قانون سلامت روان بیان شد. وینیک، حقوق درمان‌مدار را به عنوان مطالعه پتانسیل شفاعت‌بخش قانون توصیف می‌کند (۲۲-۲۳).

اساساً این نظریه، چشم‌اندازی است که قانون را یک نیروی اجتماعی تلقی می‌کند و بر این باور است که قانون، رفتارها و پیامدهایی را ایجاد می‌کند، به نحوی که گاه این پیامدها جنبه

فرد را به سیستم رسیدگی سنتی برای صدور حکم محکومیت یا اجرای حکم کیفری اصلی ارجاع می‌دهند.

در خصوص لطمه‌خوردن به اصل بی‌طرفی قضات نیز، به نظر می‌رسد با توجه به اینکه قضات در این نوع برنامه‌ها، علاوه بر تخصص حقوقی، با گذراندن دوره‌های لازم در زمینه روان‌شناسی، با نگاهی میان‌رشته‌ای و نه جزایی محض به چنین پرونده‌هایی رسیدگی می‌کنند، این امر به نفع مرتکب و قربانی خواهد بود، زیرا ممکن است به دلیل عدم برطرف‌شدن ریشه‌ای مسأله، مدام در معرض خطر تکرار جرم و بزه‌دیدگی واقع شوند، چه‌بسا میان بسیاری از مجرمان و بزه‌دیدگان رابطه خویشاوندی برقرار باشد. بنابراین حقوق درمان‌مدار در حقیقت قانون‌گذاران، قضات و دست‌اندرکاران را مجبور می‌کند تا بر اساس تجربه و کسب تخصص علمی لازم، بر پایه رویکرد حل مسأله و با تکیه بر جنبه درمانی قانون، تصمیم‌های کارآمدتری را حسب مورد، در قالب دادگاه‌ها یا برنامه‌های سلامت روان اتخاذ نمایند.

۲-۲-۲. عدالت ترمیمی: فرایند عدالت ترمیمی به عنوان راهی برای بازگرداندن مجرم جنایتکار به جامعه عمل می‌کند (۲۲). در واقع، عدالت ترمیمی به دنبال درک نیازهای هر متهم و ارائه درمانی است که اختلالات روانی و رفتار مجرمانه را در زندگی او ترمیم کند. در عین حال، این نظریه به دنبال آمیختن قانون با مددکاری اجتماعی است (۸).

دامنه عدالت ترمیمی دربرگیرنده منافع قربانی و جامعه‌ای است که از جرائم ارتكابی آسیب دیده‌اند. به این ترتیب، عدالت ترمیمی نه تنها بر متهم تمرکز می‌کند، بلکه به دنبال آن است که قربانیان و سایر ذی‌نفعان را در موقعیت قبل از جرم قرار دهد. در فرایند تعیین نیازها و پیامدها نیز عدالت ترمیمی فرصت‌ها را برای تبادل اطلاعات، مشارکت، گفتگو و رضایت متقابل بین قربانی و مجرم به حداکثر می‌رساند. همچنین متهم می‌تواند با درک اینکه چگونه رفتار او موجب آسیب به قربانیان و جامعه گسترده‌تر شده است، به جامعه تاولان دهد و باید مسئولیت آن رفتار را بپذیرد.

با توجه به مطالعات صورت‌گرفته، نظریه حقوق درمان‌مدار را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: ۱- قواعد حقوقی؛ ۲- رویه قانونی (مانند دادرسی و محاکمه)؛ ۳- نقش بازیگران حقوقی و رفتار قضات، وکلا و درمانگرانی که در یک زمینه قانونی عمل می‌کنند، چراکه آنچه بازیگران حقوقی انجام می‌دهند، بهزیستی روان‌شناختی یا زندگی عاطفی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۷).

از طرفی، این دادگاه‌ها بدون انتقاد نیز نبوده‌اند و با وجود اعتقاد طرفداران نظریه حقوق درمان‌مدار به حفظ ارزش‌های سنتی، در عین تغییرات قانون به سمت نگرش درمانی، منتقدان استدلال می‌کنند که نظریه مذکور با ارزش‌های سنتی عدالت ناسازگار است و تمرکز حقوق درمان‌مدار بر جنبه درمانی قانون، حفظ ارزش‌های سنتی را بسیار دشوار می‌کند، چراکه در رویکرد حل مسأله با تکیه بر حقوق درمان‌مدار، بسیاری از شرکت‌کنندگان در معرض نوعی پدرسالاری افراطی از سوی دولت قرار می‌گیرند. منتقدان همچنین معتقدند منافع شخصی‌ای که قضات و وکلا باید در مورد متهمان برای اجرای ایده‌آل‌های درمانی داشته باشند، خارج از محدوده مواضع آن‌هاست، چراکه با درگیرشدن قضات و وکلای دادگستری در زندگی متهمان از این طریق، خطر لطمه‌زدن به بی‌طرفی آن‌ها وجود دارد (۸).

به نظر می‌رسد با تحلیل کارآمدی قانون از جنبه حقوق درمان‌مدار، بتوان تأثیرات مثبت آن را بر نتایج درمانی تشخیص داد. در عین حال، نمی‌توان قائل به ناسازگاری کامل حقوق درمان‌مدار با ارزش‌های سنتی عدالت شد، زیرا در صورت عدم رعایت شرایط و نقض دستورالعمل‌های برنامه‌های سلامت روان توسط افرادی که آگاهانه و با اختیار وارد برنامه شده‌اند و از عواقب عدم تکمیل برنامه‌ها مطلع بوده‌اند، حسب مورد، رسیدگی در دادگاه‌های سنتی یا اجرای احکام کیفری اصلی، اغلب برای چنین افرادی دوباره به جریان می‌افتد. به این معنا که دادگاه‌های سلامت روان، به عنوان ضمانت اجرای هرگونه تخلف جزایی که منجر به لغو مشارکت در برنامه شود،

از جمله ویژگی‌های مهم عدالت ترمیمی، استفاده از «شرمساری مجدد» است. تکنیک‌های شرمساری برای ابراز عدم تأیید اقدامات متهم و تشویق احساس خجالت یا شرم طراحی شده‌اند. تصور می‌شود که با تجربه این شرم، بازگشت‌پذیری متهم به جامعه تقویت شود (۸).

برخی استدلال می‌کنند که تمرکز عدالت ترمیمی بر «شرمساری مجدد» با اهداف درمانی حقوق درمان‌مدار ناسازگار است و این نظریه باید تمرکز بیشتری بر توان‌بخشی داشته باشد تا شرم. برخی دیگر معتقدند حقوق درمان‌مدار و عدالت ترمیمی هر دو دارای بال‌هایی هستند که در یک مسیر، اما به طور جداگانه، حرکت می‌کنند تا تحول بنیادی در نظام‌های قضایی را ترویج کنند (۷).

بنابراین واضح است که هر دو نظریه حقوق درمان‌مدار و عدالت ترمیمی در توسعه دادگاه‌های تخصصی سلامت روان نقش داشته‌اند. ترکیب این رویکردها با انگ‌زدایی از بیمار روانی، افزایش درک و تشویق جامعه به ادغام مجدد افراد مبتلا به بیماری روانی را در پی خواهد داشت، البته، هرچند ممکن است عدالت ترمیمی با اعمال شرمساری مجدد در زمینه برنامه‌های سلامت روان، درک و اعتماد را در بین قربانیان، مجرمان و اعضای جامعه افزایش دهد و تکرار جرم را تا حدی کاهش دهد (۶)، اما دلیل نمی‌شود که همه دادگاه‌های سلامت روان آن را اجرا کنند یا برای همه آن‌ها اثربخش باشد، بلکه ممکن است دسترسی شرکت‌کننده به درمان، خدمات، نظارت و سایر اقدامات حمایتی در مناطق مختلف، در کاهش تکرار جرم مؤثرتر از تجربه شرمساری مجدد باشد (۲۸).

در واقع، به نظر می‌رسد اجرایی‌کردن ظرفیت عدالت ترمیمی در دادگاه‌های سلامت روان می‌تواند منجر به جهت‌گیری‌های جدیدی برای برنامه‌های سلامت روان گردد و چه بسا فرصت‌های جدیدی را برای ادغام مجدد در جامعه فراهم کند. با این حال، برخی محدودیت‌ها نیز وجود دارد که کارآمدی و تأثیر عدالت ترمیمی در دادگاه‌های سلامت روان را با مانع مواجه می‌سازد، چه بسا فرد مجرم به دلیل ابتلا به نوعی اختلال شخصیت، هیچ احساس شرمی از رفتار خود نداشته باشد و تحقق اهداف عدالت ترمیمی از این طریق امکان‌پذیر

نباشد. همین امر موجب می‌شود کارآمدی نظریه عدالت ترمیمی در برنامه‌های سلامت روان تا حدودی کاهش یابد.

۲-۳. حقوق پیشگیری: به عقیده طرفداران این نظریه، سیستم حقوقی سنتی اغلب منجر به دعوایی می‌شود که ناراحتی روانی متهم را تشدید می‌کند و حل و فصل قضایی مسائل را برای افراد درگیر طولانی می‌کند. بنابراین طرفداران جنبه پیشگیری، به جای تمرکز بر یک سیستم خصمانه، به دنبال کمک به مردم برای ماندن در محدوده قانون هستند و از فرصت‌های قانونی برای به حداکثر رساندن مزایای آن استفاده می‌کنند. حامیان جنبه پیشگیری حقوق در زمینه برنامه‌های سلامت روان معتقدند که افراد درگیر در سیستم عدالت کیفری، به ویژه قضات و وکلا، می‌توانند با کمک به متهمان برای درمان مسائل بهداشت روانی، تکامل رشد اجتماعی را در مجرمان، به جای پیروی از روش‌های سیستم حقوقی سنتی، محقق نمایند، زیرا حقوق پیشگیری از رویکردهای رایج در دادرسی اجتناب می‌کند و در عوض بر برنامه‌ریزی و همکاری نزدیک با موکل اختصاص دارد. این همکاری مستلزم مشارکت فعال وکیل از طریق مشاوره با مشتریان در مورد خطر بلندمدت تصمیم‌گیری فعلی است. بنابراین نقش وکیل، به عنوان مشاور و برنامه‌ریز برای جلوگیری از مشکلات حقوقی و جلوگیری از تکرار جرم، با ارائه خدمات حقوقی به شیوه‌ای حساس به موکل خواهد بود. در واقع، هدف نظریه مذکور، کاهش مشکلات حقوقی آینده با راه حل خلاقانه است (۲۹).

طرفداران برنامه‌های سلامت روان نیز اغلب به دنبال پیشگیری از تکرار جرم هستند و اظهار می‌دارند که در حال سرمایه‌گذاری بر روی درمان مجرمان مبتلا به بیماری روانی، به منظور جلوگیری از وقوع مجدد جرم توسط آن‌ها هستند. در این نظریه، با ایجاد دادگاه‌های تخصصی مانند دادگاه‌های سلامت روان، متهمان می‌توانند از تعارض و اختلاف در زندگی خود بکاهند و در نتیجه، تکرار و دامنه مشکلات حقوقی آینده را کاهش دهند (۸).

معین استفاده می‌کنند تا افراد را از سیستم عدالت کیفری به رفتار مبتنی بر جامعه، به جای رسیدگی به پرونده‌ها و صدور احکام سنتی، منحرف کنند. روند رسیدگی به شیوه حل مسئله در این فرایند به گونه‌ای است که به طور معمول، بسته به عملکرد فرد در جریان درمان و سیاست اتخاذی در هر حوزه قضایی یا اتهامات شرکت‌کنندگان به طور کامل رد می‌شود و یا پس از اتمام موفقیت‌آمیز برنامه، مجازات آن‌ها کاهش می‌یابد. بنابراین دادگاه‌های حل مسئله فراتر از مجرمیت جزایی محض هستند و به مدل‌های مختلف توان‌بخشی درمانی استناد می‌کنند (۱۰). بنابراین دادگاه‌های مذکور تلاش مهمی را برای رسیدگی به موضوع پیچیده بیماری روانی در سیستم عدالت کیفری نشان می‌دهند (۳۱).

با توجه به شرایط خاص جامعه هدف که تحت تأثیر نوعی ناهنجاری یا اختلال روانی کمتر از جنون مرتکب جرم شده‌اند، در بیشتر نظام‌های عدالت کیفری، خدشه به هر یک از مؤلفه‌های اراده و آگاهی و در نتیجه، متناسب با اختلال روانی، سطح‌های مختلفی از مسئولیت کیفری برای مرتکب در نظر گرفته شده و از آن با عنوان رویکرد «مسئولیت نقصان‌یافته» تعبیر می‌شود. در این رویکرد، بر اساس شرایط خاص مؤثر بر ظرفیت ذهنی متهم و ادراک وی از رفتار ارتكابی مجرمانه، به جای لغو کامل مسئولیت کیفری یا اجرای کامل مجازات، آن را کاهش می‌دهند.

در واقع، مسئولیت کاهش‌یافته در طرح‌واره‌ای از دفاع‌ها، بر اساس نوع ناهنجاری قرار می‌گیرد که در عملکرد روانی فرد، اختلال ایجاد کرده است. بر اساس این تحلیل، ساختار مسئولیت به گونه‌ای است که کاهش مجازات به میزان ظرفیت شناختی و ادراکی متهم بستگی دارد. این ساختار، مسئولیت کاهش‌یافته را به عنوان یک «عذر مخففه» برای مجرمی مفهوم‌سازی می‌کند که از ظرفیت عقلانی کافی برای درک مجرمانه‌بودن رفتار خود تا حد قابل توجهی برخوردار است، اما به طور کامل شنیع‌بودن آن را درک نمی‌کند. بنابراین دارا بودن مسئولیت کامل یا نقصان‌یافته نیز با توجه به تعیین میزان آگاهی مجرم از شدت و عواقب اعمال خود، مشخص می‌گردد

این روند، ادغام حقوق پیشگیری و حقوق درمان‌مدار را توصیف می‌کند که منجر به یک برنامه جدید حل مسئله می‌شود، اما به نظر می‌رسد تمایز قابل توجهی میان نظریه حقوق درمان‌مدار و حقوق پیشگیری وجود داشته باشد و به نوعی، حقوق پیشگیری را بتوان به عنوان نتیجه حقوق درمان‌مدار تلقی کرد.

در خصوص تحلیل مبانی شکل‌گیری دادگاه‌های سلامت روان، برخی معتقدند نزدیکی کلی برخی دادگاه‌های حل مسئله با نظریات مذکور به این معنی نیست که نوآوری‌های حقوقی عملی دادگاه‌های حل مسئله، مستقیماً توسط هر یک از این دیدگاه‌های نظری هدایت شده باشند. برخی نیز، بدون انکار اهمیت تأثیر مبانی نظری در شکل‌گیری دادگاه‌های حل مسئله، بیان می‌دارند که جنبش دادگاه‌های حل مسئله، به لحاظ منشأ، اساساً عمل‌گرا بوده است، بدین معنی که این جنبش به طور کامل به یک نظریه گرایش نداشته و آنچنان درصدد تنظیم تناسب فرایندهای دادگاه با اصول درمانی یا ترمیمی و پیشگیرانه نیست، بلکه به دنبال دستیابی به نظامی مؤثرتر است (۳۰).

در هر حال، تمامی مبانی نظری و عملی مذکور، به منظور ایجاد فرایندی کارآمدتر در تحقق عدالت کیفری در قالب دادگاه‌های سلامت روان، به تناسب جرائم ارتكابی، نوع اختلال روانی و ظرفیت‌های قانونی موجود در هر حوزه قضایی در نظام حقوقی کامن‌لا، با شدت و ضعف، تأثیرگذار بوده و این امر قابل انکار نیست.

در نهایت، با توجه به مطالعه اهداف و برنامه‌های دادگاه‌های سلامت روان، به نظر می‌رسد حقوق درمان‌مدار به عنوان پشتوانه و شالوده نظری اصلی و از طرفی، رویه‌های قضایی به عنوان مبنای عملی در شکل‌گیری دادگاه‌های مذکور محسوب می‌گردند، چراکه به دست‌آوردن سلامت روان، ارتباط تنگاتنگی با جنبه درمانی حقوق در رسیدگی‌ها و تصمیماتی دارد که قضات در خصوص مجرم‌ان دارای اختلال روانی اتخاذ می‌کنند.

۳. مبانی مسئولیت کیفری در دادگاه‌های سلامت روان:

دادگاه‌های سلامت روان از یک تیم قضایی، حقوقی و درمانی

(۶). باید توجه داشت که در این نوع دفاع، وجود اختلال نسبی در قوه عقل و تمیز، باید در لحظه وقوع جرم ارزیابی شود و مسئولیت کیفری را، در فرض تحقق مسئولیت نقصان‌یافته، به طور نسبی با مانع مواجه سازد (۳۲).

بر همین مبنا، در نظام حقوقی انگلستان، به عنوان یکی از کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا، تأسیس حقوقی مسئولیت نقصان‌یافته برای دفاع درباره مرتکبانی پیش‌بینی شده که در لحظه وقوع رفتار مجرمانه، به دلیل اختلال قوه ادراک یا تمیز، دچار اختلال نسبی در قوه عقل و تمیز بودند (۳۳).

در اسپانیا نیز دو سطح مسئولیت کیفری وجود دارد. زمانی که «عناصر معافیت کامل» برای عدم مسئولیت به دلیل ناهنجاری یا تغییر ذهنی وجود داشته باشد، «دفاع از عدم مسئولیت کامل» را تشخیص می‌دهد و نیز «کاهش مسئولیت از طریق قیاس» را با وجود «عناصر معافیت ناقص» به رسمیت می‌شناسد (۳۴).

با این حال، هر کشوری تا حد زیادی در عملکرد و سیاست خود در درمان سلامت روان برای مجرمان دارای اختلال روانی و شمول این برنامه‌ها نسبت به مصادیق مختلف اختلال روانی و تعاریف متفاوتی که از آن‌ها ارائه شده، از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است. هر ایالتی، تعریف خاص خود را برای اختلال در سلامت روان در دادرسی کیفری دارد و هر یک از این تعاریف نیز در هر ایالت، طبقه‌بندی متفاوتی برای افراد فاقد صلاحیت ذهنی ایجاد می‌کند.

پروتکل تعیین مسئولیت کیفری متهمان دارای بیماری روانی نیز از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است. به عنوان مثال، در ایالات متحده آمریکا، از آنجا که هیچ استاندارد فدرالی وجود ندارد، ایالت‌ها برای تعیین میزان سلامت عقل یک فرد در زمان ارتکاب جرم، با در نظر گرفتن یکی از سه روش خاص نگاه می‌کنند: ۱- «قانون مگ‌ناتن»؛ ۲- «قانون نمونه کیفری»؛ ۳- «قانون دورهام». در قانون مگ‌ناتن، اصل بر این است که فرد، عاقل فرض می‌شود، مگر اینکه ثابت شود متهم در زمان ارتکاب فعل، تحت تأثیر عیب عقلی، دارای نوعی بیماری روانی است که از ماهیت و کیفیت عمل ارتكابی اطلاع نداشته باشد. علاوه بر این، قانون نمونه کیفری تصریح می‌کند که متهمی

که از بیماری یا نقص روانی رنج می‌برد، مسئول اعمال مجرمانه‌ای نیست که طی آن انجام داده است، چراکه او یا فاقد ظرفیت قابل توجهی برای درک مجرمانه‌بودن رفتار خود یا مطابقت‌دادن رفتار خود با الزامات قانون است. در نهایت، بر اساس قانون دورهام - لیبرال‌ترین رویکرد در میان سه قانون - اگر عمل غیر قانونی متهم، محصول بیماری روانی یا نقص روانی او باشد، مسئولیت کیفری ندارد. اکثر ایالت‌ها از میان این سه قانون، برای تعیین وضعیت روانی یک فرد در زمان ارتکاب جرم، بیشتر به گونه‌ای از قانون مگ‌ناتن یا قانون نمونه کیفری برای آزمایش بیماری روانی متوسل می‌شوند، اما با وجود تمامی اختلاف نظرهای موجود در کشورهای تابع نظام حقوقی کامن‌لا، در تشخیص اختلال روانی و تعیین پروتکل، یک فوریت فزاینده مبنی بر بهبود سلامت روانی این مجرمان وجود دارد تا از ارتکاب جرائم مجدد از طریق توان‌بخشی جلوگیری شود (۱۰، ۱۳، ۳۵).

به نظر می‌رسد مبنای رسیدگی در اعمال برنامه‌های سلامت روان در دادگاه‌های بهداشت روانی نیز بر اساس دفاع مسئولیت نقصان‌یافته، پایه‌گذاری و اجرا شده است، به نحوی که قائل به مجازات تنبیهی افراد مذکور نیست و سیاست اتخاذی خود را بر مبنای اصلاح، درمان و پیشگیری از ارتکاب مجدد جرم توسط این افراد قرار داده است که حسب مورد، بازپروری یا پرورش محسوب می‌شود. مذاقه در این نوع برنامه‌ها حاکی از به کارگیری افراد متخصص در رشته‌های علوم رفتاری، در کنار قضات و وکلای حقوقی، برای طرح‌ریزی چگونگی اجرای بهتر برنامه‌ها بر مبنای رسیدگی، بر اساس مسئولیت تقلیل یافته است.

نتیجه‌گیری

واکاوی در واکنش‌های کیفری در برخورد با مجرمان دارای اختلال روانی در نظام حقوقی کامن‌لا نشان‌دهنده این موضوع است که سیستم عدالت کیفری سنتی، در تاریخ رویه قضایی کشورهای اروپایی و آمریکایی، با شکست مواجه شده است. در مقابل، دادگاه‌های بهداشت روانی بر این فرض استوارند که از

عباس کلانتری: راهنمایی در تنظیم عناوین و قالب‌بندی مقاله.
 علی عزیزی: ارائه ایده و راهنمایی در جمع‌آوری منابع.
 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.

بیانیه هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند که از هوش مصنوعی گپ‌جی‌پی‌تی (GapGPT) کمک گرفته‌اند.

طریق درمان برخی از اختلال‌های روانی به حل مسأله بپردازند. در عین حال، باید توجه داشت که دو سیستم سنتی و نوین در کنار هم قرار گرفته و مکمل یکدیگر هستند، به گونه‌ای که دادگاه‌های سلامت روان افراد را تشویق می‌کنند تا به خدمات درمانی مبتنی بر جامعه متصل شوند. دادگاه‌های سنتی نیز بر پیشرفت آن‌ها نظارت و امنیت عمومی را تضمین می‌نمایند. بر همین اساس، برنامه‌های سلامت روان، به فراخور امکانات و ظرفیت‌های قانونی و قضایی نظام حقوقی هر کشور، ممکن است به صورت مستقل در قالب دادگاه‌های سلامت روان با اختصاص شعب مستقل اجرا شود یا در بطن دادگاه‌ها در سیستم عدالت کیفری سنتی به مرحله اجرا گذاشته شود. بر اساس مطالعات صورت‌گرفته، برنامه‌های سلامت روان بر مبنای رویکردهای اصلاح و درمان و رویکرد حل مسأله، با تکیه بر حقوق درمان‌مدار و تجربه‌های عملی در روند دادرسی و قواعد حقوقی دادگاه‌های سلامت روان شکل گرفته است. مبنای حقوقی دادرسی‌های کیفری در این دادگاه‌ها نیز بر اساس رویکرد «دفاع مسئولیت نقصان‌یافته» در خصوص افراد دارای اختلال روانی کمتر از جنون پایه‌گذاری شده است. بر همین اساس، به جای مجازات زندان با پیامدهای تشدید بیماری روانی و ارتکاب مجدد جرم، به جنبه درمانی قانون، توجه شده و افراد را به سمت اصلاح و درمان هدایت می‌کند. پیشنهادات: طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های سلامت روان در بطن دادگاه‌های کیفری ایران، در خصوص ارتکاب جرائم تعزیری، توسط افراد دارای اختلال روانی کمتر از جنون، پیشنهاد می‌گردد، چراکه به کارگیری رویکرد حل مسأله در روند رسیدگی به جرائم این افراد، به ویژه در سنین نوجوانی، اثربخشی قابل توجهی در درمان بیماری و کاهش تکرار جرم خواهد داشت.

مشارکت نویسندگان

وجیهه‌السادات پورنجفی: نگارش و جمع‌آوری منابع.
 محمدمهدی برگی: راهنمایی و نظارت در نگارش.
 نفیسه متولی‌زاده نائینی: کمک در اصلاحات و مشورت علمی.

References

1. Azizi A. Problem-Solving Court in the Iranian Criminal Law. Tehran: Mizan Publications; 2022. [Persian]
2. Azizi A, Farajiha M, Saber M, doraid mousavimoghab S. Problem-solving courts Principles in the light of comparative studies. *Comparative Law Research*. 2019; 23(4): 91-126. [Persian]
3. Azizi A, Farajiha M. Process Evaluation of the Iranian Drug Treatment Court Pilot Projec. *The Judiciary law Journal*. 2019; 83(108): 205-235. [Persian]
4. Azizi A, Farajiha M. Applying Problem-Solving Principles to the Traditional Criminal Courts of Iran; Challenges and Solutions. *The Judiciary law Journal*. 2021; 85(113): 235-261. [Persian]
5. Abbasi M, Lotfi E, Pak Tinat H. Study of the nature and instruction of the treatment-center drug courts. *MLJ*. 2014; 8(28): 116-142. [Persian]
6. Burns J. A restorative justice model for mental health courts. *Univ South Calif*. 2014; 23(3): 427-455.
7. Bullard C. Mental health courts: A theory-driven program evaluation [dissertation]. Stillwater, OK: Oklahoma State University; 2018. p.1-268.
8. Harrington C. Breaking the cycle and stepping out of the "revolving door": Why the pre-adjudication model is the way forward for Illinois mental health courts. *Univ Ill Law Rev*. 2013; 1: 316-362.
9. King M. Should problem-solving courts be solution-focused courts? *Rev Jurid UPR*. 2010; 3: 1-47.
10. Castellano U, Anderson L. Mental health courts in America: Promise and challenges. *Am Behav Sci*. 2013; 57(2): 163-173.
11. Sarteschi C, Vaughn M. Recent developments in mental health courts: What have we learned? *J Forensic Soc Work*. 2013; 3(1): 34-55.
12. Lim L, Day A. Mental health diversion courts: Some directions for further development. *Psychiatry, Psychology and Law*. 2013; 20(1): 36-45.
13. Almquist L, Dodd E. Mental health courts: A guide to research-informed policy and practice. New York: Council of State Governments Justice Center; 2008. p.45.
14. A report prepared by the Council of State Governments Justice Center Criminal Justice/ Mental Health Consensus Project. Mental health courts: A primer for policymakers and practitioners. New York: Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice; 2008.
15. Sugiea N, Turney K. Beyond incarceration: Criminal justice contact and mental health. *Am Sociol Rev*. 2017; 82(4): 719-743.
16. Castellano U. Courting compliance: Case managers as "double agents" in the mental health court. *Law & Social Inquiry*. 2011; 36(2): 484-514.
17. Landess J, Holoyda B. Mental health courts and forensic assertive community treatment teams as correctional diversion programs. *Behav Sci Law*. 2017; 35(5-6): 501-511.
18. Ghasemi Moghadam H. Principles of evaluating the effectiveness of community-based punishments and their analyses with emphasis on the case study of the United Care Period in the United States and England. *Justice Legal Journal*. 2008; 72(64): 131-162. [Persian]
19. Najafi Abrandabadi AH. Criminology course notes (rehabilitation of offenders). Edited by Omrani S. Tehran: Tarbiat Modares University; 2007-08. [Persian]
20. Hajidehabadi MA. Treatment of Offenders in Iranian Criminal Legislative Policy. *Private Law Studies Quarterly*. 2009; 39(3): 83-102. [Persian]
21. Kunani S, Mahdavi Sabet MA, Ardebili MA, Ashuori M. Critical analysing of the Failure theory of Correction and Rehabilitation. *Culminatin of Law Quarterly*. 2020; 11(4): 84-124. [Persian]
22. Freiberg A. Problem-Oriented Courts: Innovative Solutions to Intractable Problems?. *Journal of Judicial Administration*. 2001; 11(8): 8-27.
23. Winick B. Therapeutic jurisprudence and problem-solving courts. *Fordham Urban Law J*. 2002; 30(3): 1055-1103.
24. Lim L, Day A. An examination of stakeholder attitudes and understanding of therapeutic jurisprudence in a mental health court. *Int J Law Psychiatry*. 2016; 46: 27-34.
25. Schm W, Rosenthal J. Therapeutic jurisprudence and the drug treatment court movement: Revolutionizing the criminal justice system's response to drug abuse and crime in America. *Hon Peg Fulton Hora*. 1999; 74(2): 439-538.
26. Hodulik J. The drug court model as a response to "broken windows" criminal justice for the homeless mentally ill. *J Crim Law Criminol*. 2001; 91: 1073-1100.

27. Wexler D. Therapeutic jurisprudence: An overview. *United World Law J.* 1999; 1(1): 4-11.
28. Brooks Dollar C, Ray B. The practice of reintegrative shaming in mental health court. *Crim Justice Policy Rev.* 2015; 26(1): 29-44.
29. Barclift ZJ. Preventive law: A strategy for internal corporate lawyers to advice managers of their ethical obligations. *J Leg Prof.* 2008; 33: 31-51.
30. Azizi A. Problem-solving courts in Iranian criminal law. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2021. [Persian]
31. Boothroyd R, Poythress N, McGaha A, Petrila J. The Broward Mental Health Court: Process, outcomes and service utilization. *Int J Law Psychiatry.* 2003; 26(1): 55-71.
32. Loughnan A. Differences of degree and differences of kind: Diminished responsibility. *Manifest Madness: Mental Incapacity in Criminal Law.* Oxford: Oxford University Press; 2012. p.226-258.
33. Hadipour K, Ghasemi M, Nosrati Y. Reduced criminal liability for free crimes in Iranian criminal policy and the British legal system. *Iranian Journal of Political Sociology.* 2021; 3(1): 821-834. [Persian]
34. Johnston EL, Runyan KD, Silva FJ, Fuentes FM. Diminished criminal responsibility: A multinational comparative review. *International Journal of Law and Psychiatry.* 2023; 91: 101919.
35. Belli K. Mental illness and criminal justice. *Santa Clara J Int Law.* 2023; 21(2): 1-18.