

De-Regulation Mechanisms from Criminals with Mental Disorders in Process of Preliminary Research with Emphasis on Patterns of Police Interventions (Comparative Study in Iran and USA)

*Nabiollah Gholami¹, Hassan Ali Moazenzadegan²,
Mahmoud Abbasi³, Sakineh Soltani Kuhbanani⁴*

Abstract

Diversion, one of committed crimes as changing the path of addressing committed crime is an approach considered by the criminal justice system especially in relation to the committed crimes by certain groups of society. Performing these measures is of great importance especially in case of criminals with some type of mental disorder. Considering the fact that the justice's executives, as the first deploy of criminal justice system, play a role in against crimes and criminals, performing the measures related to diversion in the criminals in primary researches by the executives is important both regarding the reduction of economic costs of the criminal justice system and in terms of reaching to the goals of diversion. Attention to the interference patterns of the executives in the process of addressing the criminal's crimes indicate that today "crisis intervention team", as a group of educated police officers, play a pivotal role in performing diversion measures in the primary researches stage. To this end, the officers plying a role in the team are capable of making decisions for not introducing the criminals to the judicial centers depending on the type and nature of the crimes. In this paper, with investigation of duties and authorities of the justice's executives in the legal system of Iran and the U.S against the criminals having mental disorders, we

1. PhD Candidate, Faculty of Law and Political Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding author)

Email: Nabiollah.Gholami@yahoo.com

2. PhD, Faculty of Law and Political Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

3. PhD, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

4. PhD, Faculty of Education Science and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.

Original Article Received: 22 December 2016 Accepted: 5 August 2017

conclude that unlike the legal system of the U.S, in the Iran' legal system lawmaker lacks a particular approach regarding the diversion from the committed crimes in the process of primary researches.

Keywords

Diversion, Mental Patients, Primary Researches, Police Researches

Please cite this article as: Gholami N, Moazenzadegan HA, Abbasi M, Soltani Kuhbanani S. De-Regulation Mechanisms from Criminals with Mental Disorders in Process of Preliminary Research with Emphasis on Patterns of Police Interventions (Comparative Study in Iran and USA). Iran J Med Law 2018; 11(43): 109-126.

سازوکارهای قضازدایی از مجرمان دارای اختلال روانی در فرآیند تحقیقات

مقدماتی با تاکید بر الگوهای مداخلات پلیسی

(مطالعه تطبیقی حقوق ایران و ایالات متحده آمریکا)

نبی‌اله غلامی^۱حسنعلی مؤذن‌زادگان^۲محمود عباسی^۳سکینه سلطانی کوهبنانی^۴

چکیده

قضازدایی از جرائم ارتکاب‌یافته به مثابه تغییر مسیر فرآیند رسیدگی به جرم ارتکاب‌یافته، رویکردی است که به خصوص در ارتباط با جرائم ارتکاب‌یافته توسط گروه‌های خاصی از افراد جامعه مورد توجه دستگاه عدالت کیفری قرار گرفته است. اعمال این تدابیر به ویژه در مورد مجرمانی که دارای نوعی اختلال روانی هستند، واجد اهمیت است. با توجه به این که ضابطان دادگستری به عنوان جبهه نخست سیستم عدالت کیفری، در مقابله با جرائم و مجرمان ایفای نقش می‌کنند، اجرای تدابیر معطوف به قضازدایی در خصوص مجرمان دارای اختلال روانی، در مرحله تحقیقات مقدماتی توسط آن‌ها، هم از نظر کاستن از هزینه‌های اقتصادی سیستم عدالت کیفری و هم از جهت نیل به اهداف قضازدایی اهمیت به سزایی دارد. توجه به الگوهای مداخله ضابطان در فرآیند رسیدگی به جرائم بیماران دچار اختلال روانی، مبین این موضوع است که امروزه، «تیم مداخله بحران»، به عنوان گروهی از مأموران پلیس

۱. دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)

Email: Nabiollah.Gholami@yahoo.com

۲. دانشیار، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

آموزش دیده، نقش اساسی در اجرای تدابیر قضازدایی در مرحله تحقیقات مقدماتی بر عهده دارند. بر این اساس مأمورانی که در تیم ذکر شده ایفای نقش می‌کنند، بسته به نوع و ماهیت جرائم ارتکاب یافته، حسب مورد قادر به اتخاذ تصمیماتی در راستای عدم معرفی مجرمان به مراکز قضایی هستند. در این نوشتار با بررسی وظایف و اختیارات ضابطان دادگستری در نظام حقوقی ایران و ایالات متحده در برخورد با مجرمان مبتلا به اختلالات روانی، چنین نتیجه گرفته شده است که برخلاف نظام حقوقی ایالات متحده، در نظام حقوقی ایران، مقنن فاقد رویکردی خاص در خصوص قضازدایی از جرائم ارتکاب یافته در فرآیند تحقیقات مقدماتی است.

واژگان کلیدی

قضازدایی، بیماران روانی، تحقیقات مقدماتی، تحقیقات پلیسی

مقدمه

قضازدایی (Diversion) به معنای خارج ساختن عملیات مربوط به رسیدگی و حل و فصل دعاوی ناشی از جرم، از فرآیند اقدامات رسمی سیستم عدالت کیفری (۱)، از جمله تدابیری است که امروزه به منظور دور کردن مجرمان از آسیب‌های ناشی از تماس مستقیم آنان با سیستم عدالت کیفری، مورد توجه طرح‌ریزان و مجریان دستگاه‌های عدالت کیفری قرار گرفته شده است. با این که آماج‌های مربوط به برنامه‌های قضازدایی را می‌توان تمامی افرادی دانست که به نوعی مرتبط با جرم یا رفتارهای منحرفانه می‌شوند، با این حال توجه برنامه‌های قضازدایی را بیشتر باید معطوف به گروه‌های خاصی از جامعه دانست. طرح‌هایی نظیر خارج کردن نوجوانان بزه‌کار از فرآیند دادرسی دادگاه‌های کیفری، اعزام مجرمان الکلی به مراکز درمان پزشکی معتادین به الکل و انتقال مجرمان مختل‌المشاعر به بیمارستان روانی از جمله طرح‌های مربوط به تدابیر قضازدایی رسمی به شمار می‌آیند (۲) که معطوف به بخش‌های خاصی از جامعه هستند.

با وجود این که برنامه‌های قضازدایی در هر مرحله از فرآیند رسیدگی کیفری رسیدگی قابل اجرا است (۲)، با این حال توجه به این تدابیر در مرحله تحقیقات مقدماتی و به ویژه در فرآیند مداخلات ضابطان، اهمیت به سزایی دارد، زیرا ضابطان دادگستری (معمولاً نخستین افرادی هستند که از لحظاتی پس از وقوع جرم در محل وقوع جرم حاضر شده و معمولاً تا ختم محاکمه و اجرای حکم در فرآیند رسیدگی دخالت دارند (۳). از این رو توجه به نقش ضابطان در راستای تحقق قضازدایی و نیل به اهداف آن، واجد اهمیت به سزایی است. اهمیت نقش ضابطان دادگستری در فرآیند قضازدایی از این جنبه نیز واجد توجه است که چنانچه در خصوص تمامی مجرمان سیاست‌های برخورد قضایی اتخاذ شود به زودی قسمت‌های مختلف سیستم عدالت کیفری و از جمله زندان‌ها با حجم بالای مراجعین مواجه خواهند شد، این تورم سرانجام به این مسأله منجر خواهد شد که مأموران در مقابله و برخورد با برخی رفتارها، با احتیاط عمل نمایند (۴) و نتیجه این امر نیز، از بین رفتن وحدت رویه در خصوص اقدامات ضابطان در خصوص جرائم و نیز بی‌انضباطی قضایی و عدم رعایت برابری افراد در برابر قانون در صورت ارتکاب جرائم یکسان خواهد بود. از این رو در نظر گرفتن برنامه‌های یکسان و مشخص

برای ضابطان در خصوص اتخاذ رویکردهای قضازدایی و نیز آموزش دادن آن‌ها بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

افراد دارای اختلال روانی از جمله افرادی هستند که به دلیل ابتلا به اختلالات خاص، امکان ارتکاب رفتارهای بزه‌کارانه توسط آن‌ها بیش از سایر افراد جامعه متصور است. از سوی دیگر با توجه به وضعیت خاص روانی این افراد، وارد کردن آن‌ها در فرآیند رسمی عدالت کیفری نه تنها وافی به تحقق اهداف سیستم عدالت کیفری در خصوص برخورد با مرتکبان جرائم نیست، بلکه در عمل به دلیل ویژگی‌های خاص این افراد، می‌تواند موجبات تشدید بیماری‌ها یا اختلالات خاص آن‌ها را موجب شود. از این رو قضازدایی از جرائم این افراد، در همان مرحله ابتدایی برخورد این افراد با سیستم عدالت کیفری - مرحله تحقیقات مقدماتی - نه تنها باعث کاهش آسیب‌های وارده بر این اشخاص باشد نیز باعث جلوگیری از تورم کیفری در محاکم قضایی و عدم تحمیل هزینه‌های سنگین بر سیستم عدالت کیفری باشد.

با توجه به مباحث مطرح‌شده، در این نوشتار به دنبال بررسی راه‌کارهای قضازدایی از جرائم افراد دارای اختلال روانی در مرحله تحقیقات مقدماتی - با تأکید بر تحقیقات پلیسی - در حقوق ایران و ایالات متحده آمریکا هستیم، بدین منظور نخست، مهم‌ترین الگوهای پلیسی در پاسخ به جرائم مورد بررسی قرار می‌گیرند و در ادامه با بررسی الگوی تیم مداخله بحران در ایالات متحده، به رویکردهای پاسخ‌دهی ضابطان به جرائم ارتکاب‌یافته توسط افراد مبتلا به اختلالات روانی پرداخته خواهد شد. ذکر این نکته ضروری می‌باشد که استفاده از عنوان مجرم (در خصوص مرتکبان جرائم)، با مسامحه صورت گرفته است، زیرا در مرحله تحقیقات مقدماتی، فقط می‌توان از عنوان مظنون یا متهم استفاده کرد. با این حال با توجه به این‌که قضازدایی تمام مراحل رسیدگی کیفری را شامل می‌شود، از این رو برای تمام این مراحل از عنوان مجرم استفاده شده است.

گونه‌شناسی واحدهای پلیس در برخورد با بیماران

۱- الگوهای اجرایی در پلیس

به صورت کلی، در خصوص الگوهای مداخلات پلیسی در برخورد با جرائم ارتکاب‌یافته توسط بیماران روانی، دو طبقه‌بندی کلی صورت گرفته شده است. در طبقه‌بندی نخست،

الگوهای مداخلات پلیس در برخورد با جرائم ارتکاب یافته توسط بیماران روانی در سه گروه دسته‌بندی شده‌اند، این سه الگو عبارت از «پاسخ پلیس تخصصی شده پلیس محور (Police-Based Specialized Police Response)»، «پاسخ سلامت روانی تخصصی شده پلیس محور (Police-Based Specialized Mental Health Response)» و «پاسخ سلامت روانی تخصصی شده مبتنی بر سلامت روانی (Mental-Health-Based Specialized Mental Health Response)» است (۵). در طبقه‌بندی دوم، الگوهای پاسخ‌دهی شامل «مأموران پلیس با آموزش‌های تخصصی در سلامت روانی»، «مجریان سلامت روانی به عنوان مشاوران سازمان‌های پلیس»، «تیم اورژانس پزشکی مجریان سلامت روانی» و «تیم ترکیبی مأموران پلیس و مجریان سلامت روانی» هستند (۶).

الگوی پلیس تخصصی شده پلیس محور، معطوف بر مأمورانی است که علاوه بر وظایف تخصصی خود به عنوان یک مأمور پلیس، دوره‌های آموزشی خاصی را در زمینه بهداشت و سلامت روانی سپری کرده‌اند و به عنوان خط مقدم (First-Line) پاسخ پلیس در برخورد با بیماران روانی و نیز بحران‌های سلامت روانی در جامعه عمل می‌کنند (۷). الگوی پاسخ سلامت روانی تخصصی شده پلیس محور مانند الگوی پیشین، مبتنی بر عملکرد مأموران پلیسی است که دوره‌های آموزشی خاصی را در خصوص نحوه برخورد با مجرمان و منحرفان دارای بیماری روانی سپری کرده‌اند، با این حال وجه ممیزه این الگو از الگوی نخست را باید در تأکید این مأموران بر پاسخ‌های مبتنی بر آموزش‌های خاص در خصوص بهداشت و سلامت روانی دانست. در واقع برخلاف الگوی نخست که در آن مأموران در کنار وظایف ذاتی خود، آموزش‌های خاصی را سپری می‌کردند، در الگوی اخیر، توجه و تأکید به طور خاص معطوف بر آموزش‌های در خصوص نحوه برخورد با افراد دارای بیماری روانی است (۷).

الگوی پاسخ سلامت روانی تخصصی شده مبتنی بر سلامت روانی، برخلاف دو الگوی قبل، نه بر کارکرد مأموران پلیس که بر کارکرد مجریان سلامت روانی در جامعه (نظیر بهیاران و روانشناسان و...) تأکید دارد، در این الگو، مجریان سلامت روانی جامعه که به وسیله نهادهای مرتبط با سلامت روانی جامعه به کار گرفته شده‌اند، در خصوص ارائه مشاوره‌های تلفنی و حضوری با مأموران پلیس همکاری می‌کنند (۷). در حقیقت این الگو مبتنی بر انعقاد

موافق نامه‌های همکاری بین سازمان‌های پلیس و نهادهای ارائه‌کننده خدمات مرتبط با سلامت روانی جامعه است که به صورت مستقل از پلیس و نهادهای قضایی عمل می‌کنند.

در طبقه‌بندی دوم «مأموران پلیس با آموزش‌های تخصصی در سلامت روانی»، همانند الگوی «پاسخ سلامت روانی تخصصی شده پلیس محور» متشکل از مأمورانی با آموزش‌های خاص در زمینه سلامت روانی است. الگوی «مجریان سلامت روانی به عنوان مشاوران سازمان‌های پلیس»، نیز همانند الگوی پاسخ سلامت روانی تخصصی شده مبتنی بر سلامت روانی متشکل از توافق همکاری بین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت روانی و سازمان پلیس است. «تیم اورژانس پزشکی مجریان سلامت روانی» از گروهی از متخصصان رشته‌های مرتبط با سلامت روانی جامعه، نظیر روانشناسان، روانپزشکان، مددکاران اجتماعی و... تشکیل شده است که در شرایط خاص که مأموران پلیس در برخورد با بیماران روانی نیازمند کمک بوده و نیز در مواردی که افراد دارای بیماری روانی (بدون ارتکاب جرم) نیازمند کمک‌های خاص می‌باشند، اقدام می‌نمایند (۷).

«تیم ترکیبی مأموران پلیس و مجریان سلامت روانی» نیز گروهی از متشکل از مأموران پلیس و افرادی همانند روانشناسان و روانپزشکان هستند که در برخورد با موارد جرائم ارتکاب یافته توسط افراد با بیماری‌های روانی به صورت مشترک عمل می‌کنند. از نظر تطبیقی الگوی اخیر را تا حدی می‌توان به گروه صحنه جرم که در ماده ۱۳۰ قانون آیین دادرسی کیفری (۱۳۹۲ ش.) (از این به بعد ق.آ.د.ک)، بیان شده است، مشابه دانست. بر طبق ماده ذکر شده، «صحنه جرم باید توسط گروه بررسی صحنه جرم که حسب مورد، متشکل از پزشک قانونی، کارشناسان بررسی صحنه جرم و تشخیص هویت، کارآگاهان نیروی انتظامی و عنداللزوم سایر کارشناسان است، تحت نظارت بازپرس و در صورت ضرورت به سرپرستی وی بررسی شود.»

تمامی الگوهای ذکر شده، الگوهایی هستند که در سیستم پلیسی - قضایی ایالات متحده آمریکا، حسب مورد در هر ایالت یک یا چند الگوی خاص - در خصوص برخورد با جرائم ارتكابی توسط افراد دچار اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در قوانین ایران، به رغم این که در ق.آ.د.ک در خصوص برخی افراد نظیر اطفال و نوجوانان، مقنن امر به تشکیل پلیس ویژه این افراد داده است (ماده ۳۱)، ولی با این حال در خصوص مرتکبان جرائمی که دارای اختلال روانی هستند، نه در این قانون و نه در سایر قوانین مقررهای منظور نشده است. فارق از مواد

قانونی، حتی در رویه داخلی ضابطان دادگستری (نظیر نیروی انتظامی) نیز نمی‌توان الگوهایی شبیه به الگوهای ذکر شده در ایالات متحده را یافت.

دلیل این امر را شاید بتوان در نوع نگاه مقنن ایران به ضابطان دادگستری جستجو کرد. بدین معنا که رویکرد مقنن ایران بیشتر متمرکز بر محدود کردن اختیارات ضابطان دادگستری و اعمال هرچه بیشتر کنترل و نظارت بر آن‌ها توسط مقامات قضایی است. به همین دلیل است که مقنن در ماده ۲۸ ق.آ.د.ک ضابطان دادگستری را مأمورانی دانسته است که «تحت نظارت و تعلیمات دادستان... اقدام می‌کنند»، حتی در خصوص جرائم مشهود که علی‌الاصول دایره عمل ضابطان گسترده‌تر از موارد عادی است باز هم مقنن با تعیین حدود و ثغوری خاص برای اقدامات آن‌ها (ماده ۴۴ ق.آ.د.ک)، اقدامات آن‌ها را تحت کنترل مقامات قضایی قرار داده است. البته ماده ۵۱ ق.آ.د.ک معاینه شخصی (اعم از بیمار روانی و...) که توسط ضابطان تحت نظر گرفته شده است، توسط پزشک به درخواست شخص تحت نظر یا یکی از بستگان او ممکن دانسته است، ولی با توجه به این‌که، حتی در صورت تشخیص پزشک مبنی بر ابتلای شخص تحت نظر به اختلال روانی (و حتی جنون)، ضابطان، اختیاری در خصوص اعزام شخص تحت نظر به مراکز درمانی ندارند، باز هم در عمل، قرار گرفتن مرتکب جرم دارای بیماری روانی تحت تدابیر پزشکی و روانپزشکی، منوط به بررسی مقام قضایی و تشخیص اوست.

گرچه کنترل اقدامات ضابطان به جهت حفظ حقوق شهروندی و آزادی‌های مشروع افراد اقدامی قابل تحسین از سوی مقنن ایران است، با این حال، به جهت لزوم اطاعت کامل ضابطان از مقنن در فرآیند تحقیقات مقدماتی، عملاً امکان شکل‌گیری رویکردهایی نظیر رویکردهای ذکر شده در سازمان نیروهای انتظامی ایران ممکن نیست، مگر این‌که مقنن خود در مقام تقنین و همانند پلیس ویژه اطفال و نوجوانان اقدام به تشکیل پلیس ویژه بیماران روانی در سطح ضابطان دادگستری نماید.

رویکردهای خلاقانه به دست‌آمده از هر یک از این الگوها، در حال حاضر، به وسیله سازمان‌های پلیس برای برخورد مؤثرتر با بیماران روانی اجرا می‌شوند. یک مثال از رویکرد «پاسخ پلیس تخصصی مبتنی بر پلیس»، تیم مداخله بحران است. تیم مداخله بحران از مأموران پلیس که به طور تخصصی آموزش سلامت روانی را دیده‌اند و به طور مستقیم با سیستم سلامت روانی محلی ارتباط دارند، استفاده می‌کند. به جهت اهمیت خاص این تیم و نیز کارکرد مهم آن در

نظام عدالت کیفری ایالات متحده به بررسی این الگو و کارکردهای آن در پاسخ‌دهی به جرائم ارتكابی توسط افراد مبتلا به اختلالات روانی پرداخته می‌شود.

۲- تیم مداخله بحران

الگوی تیم مداخله بحران در سال ۱۹۸۷ بعد از تیراندازی افسر پلیس به یک بیمار روانی آفریقایی - آمریکایی در ممفیس ایجاد شد. این حادثه در خصوص یک شخص با پیشینه شناخته‌شده بیماری روانی بود که در حال زدن خودش با چاقو و تهدید به خودکشی بود. تماسی با ۹۱۱ [شماره ویژه فوریت‌های پلیسی در ایالات متحده] برقرار شد و مأموران پلیس به صحنه اعزام شدند، تنها خطر برجسته در آن صحنه خودکشی شخص به نظر می‌رسید. به هر حال یکی از مأموران از شخص درخواست کرد که اسلحه‌اش (چاقو) را کنار بگذارد، ولی او به مأمور حمله کرد و باعث شد مأموران با شلیک گلوله و کشتن او برای دفاع از امنیت خود اقدام کنند (۸). مأموران درگیر در این اتفاق، سفیدپوست بودند در حالی که شخصی که در این حادثه تیر خورد یک تبعه آفریقایی - آمریکایی بود. از این رو درک عمومی از این اتفاق این‌گونه بود که یک تنش نژادی از قبل در این خصوص وجود داشته است. بنابراین درخواست عمومی به عنوان ابزاری برای ایجاد و توسعه تیم مداخله بحران بود (۷). پس از این حادثه، اداره پلیس ممفیس، با حمایت دفتر شهرداری، نهادی را برای همکاری با شعبه ممفیس تشکیل داد، تفاهم‌نامه‌ای برای بیماران روانی بین دانشگاه ممفیس و دانشگاه تنسی به منظور توسعه یک واحد پاسخ‌دهی تخصصی در اداره پلیس منعقد شد. در پاسخ به یک سؤالی در خصوص هزینه‌های این نهاد، این‌گونه بیان کردند که خدمات به صورت داوطلبانه ارائه می‌شوند و هزینه‌ای برای شهر ممفیس و اداره ابتکاری تیم مداخله بحران ندارند (۹-۱۰).

تیم مداخله بحران مرکب از مأموران پلیسی است که ۴۰ ساعت آموزش تخصصی بیماران روانی را دریافت کرده‌اند. این آموزش پیشرفته معمولاً به وسیله کارشناسان سلامت روانی ارائه می‌شود که اطلاعات را، در خصوص بیماری‌های روانی و اختلالات سوء مصرف مواد مخدر که هم‌زمان رخ می‌دهند و تکنیک‌های مداخله بحران فراهم می‌کنند. این مأموران همچنین در خصوص منابع مبتنی بر جامعه (Community-Based Resources) برای بیماران روانی و آموزش‌هایی برای برقرار تعامل با بیماران روانی تحت آموزش قرار می‌گیرند (۱۱).

مأموران پلیسی که در تیم مداخله بحران انجام وظیفه می‌کنند وظیفه گشت‌زنی معمول خود را انجام می‌دهند و در وضعیت‌های خاص مواجه‌شدن با بیماران روانی، رأساً قادر به اقدام هستند. از این رو چنانچه، شخص بیمار روانی در وضعیتی خاص باشد که مأموران تیم مداخله بحران، بستری‌شدن او در بیمارستان را ضروری تشخیص دهند، می‌توان اقدام به اعزام شخص مورد نظر به بیمارستان نمایند (۷). مطابق آمارهای ارائه‌شده در این خصوص، در ۹۵٪ از موارد برقراری تماس با مأموران تیم مداخله بحران، فاصله بین تماس برقراری و پاسخگویی تیم مداخله بحران با حضور در محل مورد نظر کم‌تر از ۱۰ دقیقه بوده است (۹). به علاوه بررسی‌های صورت‌گرفته در خصوص کارایی برنامه‌های تیم مداخله بحران در ایالت‌های لویزیول و کنتاکی نشان داده است که برنامه‌های این تیم، با ارجاع‌دادن مناسب بیماران روانی به مراکز متناسب با این بیماری‌ها، از نظر کاهش هزینه‌ها برای سیستم عدالت کیفری مقرون به صرفه بوده است (۱۲).

الگوهای پاسخ‌دهی پلیس به جرائم بیماران روانی

الگویی که امروزه در بسیاری از ایالت‌های ایالات متحده توسط تیم مداخله بحران در مقابل جرائم ارتکاب‌یافته توسط مجرمان مبتلا به بیماری روانی به کار برده می‌شود، الگویی است که به «بهترین شیوه‌های کاربردی برای بیماران روانی (Best Practice for the Mentally Ill)» موسوم شده است. این الگو که به طور خاص در خصوص بیماران روانی تدوین شده است، بر تدابیر زیر تأکید دارد:

- انحراف از سیستم عدالت کیفری پیش از دستگیری به وسیله اجرای قانون با استفاده از امکانات درمانی جامعه؛

- انحراف از سیستم عدالت کیفری بعد از دستگیر کردن یا وارد کردن به درمان یا دادگاه‌های حل مسأله (Problem-Solving Courts)؛

- نظارت دادگاه حل مسأله با مدیریت شخص و رصد کردن او در جامعه؛

- درمان سلامت روانی وقتی که در بازداشتگاه است؛

- برنامه‌های بازبازی و ترمیم صلاحیت در بیمارستان و در جامعه؛

- پروبیشن سلامت روانی وقتی که شخص از بازداشتگاه یا زندان آزاد می‌شود؛

- دوره طولانی درمان سلامت روانی در جامعه با پیوستگی مراقبت (۷).

در خصوص پاسخ‌دهی به جرائم ارتکاب‌یافته توسط بیماران روانی، نخست مأموران آموزش‌دیده تیم مداخله بحران نیاز دارند که ماهیت جرم ارتکاب‌یافته (جنحه یا جنایت) را تشخیص دهند. این امر با توجه به این نکته که مأموران آموزش‌دیده تیم مداخله بحران، در ابتدا مأموران پلیس و در واقع ضابط دادگستری هستند، با مشکل چندانی مواجه نیست. نکته‌ای که باید بدان توجه کرد، این است که مأموران پلیس تنها در جرائم غیر خشن قادر به اعمال برنامه‌های مبتنی بر رویکرد تیم مداخله بحران هستند. به عبارت دیگر تیم مداخله بحران تنها در جرائم غیر خشن قادر است برنامه‌های موسوم به «بهترین شیوه‌های کاربردی برای بیماران روانی» را به کار ببرد و در جرائم خشن (Violent Crime) سازوکار برخورد با مجرمان مبتلا به بیماری روانی، در اکثر ایالت‌های ایالات متحده، همان سازوکارهای عادی برخورد با سایر مجرمان است با این توضیح که بعد از دستگیری این افراد پیرو ارتکاب جرائم خشن و ارجاع آن‌ها به مقامات قضایی، مقام قضایی حسب مورد قادر به اتخاذ تصمیم مناسب در خصوص شخص مورد نظر است.

قبل از بیان الگوی پاسخ‌دهی به جرائم بیماران روانی در ایالات متحده، توجه به ماده ۲۰۲ ق.آ.د.ک در حقوق ایران ضروری است. طبق این ماده، 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. با توجه به این ماده و سایر مواد قانون آ.د.ک نکات زیر قابل بیان است:

- انتقال مجرم با بیماری روانی به مراکز مخصوص نگهداری بیماران روانی در مرحله تحقیقات مقدماتی تنها بنا به نظر بازپرس (یا مقام تحقیق) و با تأیید دادستان امکان‌پذیر است؛

- انتقال مجرمان با بیماری روانی به مراکز مخصوص تنها در فرض احراز جنون آن‌ها ممکن است. بنابراین در فرض وجود اختلالات روانی که جنون محسوب نشوند، این امر میسر نیست؛

- انتقال بیماران روانی به مراکز ذکرشده منوط به استمرار جنون و تشخیص ضرورت این انتقال توسط بازپرس است.

۱- پاسخ‌دهی به جنحه غیر خشن (Non-Violent Misdemeanor)

بعد از تشخیص مأموران تیم مداخله بحران مبنی بر ارتکاب جنحه غیر خشن - جرمی است که مجازات آن معمولاً حبس کوتاه‌مدت یا جزای نقدی است و به علاوه از زمره جرائمی نظیر قتل و آدم‌ربایی و تجاوز که به عنوان جرائم خشن شناخته می‌شوند، خارج است - توسط بیمار روانی، این مأموران در برخورد با این افراد، حسب آموزش‌های دیده شده و نیز تشخیص خود با توجه به موقعیت و شرایط و اوضاع و احوال وقوع جرم، قادر به اتخاذ یکی از تدابیر ذیل هستند:

- در نظرگرفتن فرد به عنوان یک متعهد غیر ارادی (Involuntarily Committe): در این حالت، مأموران پلیس می‌توانند تدابیر مربوط به تعهد غیر ارادی را در خصوص فرد اعمال کنند. تعهد غیر ارادادی یا تعهد مدنی فرآیندی است قانونی، که به موجب آن فردی که علائمی دال بر بیماری روانی دارد به یک مؤسسه درمان روانی برای بستری شدن اعزام می‌شود و یا به مراکز خاص در جامعه برای تحت نظربودن اعزام می‌شود، در شکل اخیر، برخلاف روش اول فرد در جامعه زندگی می‌کند (۱۳)؛

- ارجاع شخص به یک برنامه درمانی: در این حالت، مأموران شخص دستگیرشده را بنا بر رضایت او به یکی از نهادهای مجری برنامه‌های درمانی ارجاع می‌دهند؛

- قراردادن شخص در یک تشک تصادف (Crash Pad) (چنانچه در دسترس باشد) به منظور جلوگیری از آسیب‌زدن احتمالی شخص به خود و انتقال او به مراکز بهداشت روانی مناسب؛

- دستگیرکردن شخص، انتقال‌دادن او به ایستگاه پلیس و ایراد اتهام به او مبنی بر وقوع جنحه و سپس ارجاع او به یک مرکز روانشناختی تخصصی یا یک دادگاه تخصصی. این تصمیم زمانی اتخاذ می‌شود که مأموران تشخیص دهند، شخص با بیماری روانی خود، خطری قابل توجه برای خودش یا برای سایر اشخاص دارد و یا به خاطر بیماریش قادر به مراقب از خودش نیست (حتی اگر قبلاً در خصوص شخص یکی از سه تصمیم نخست را اتخاذ کرده باشند، ولی در ادامه تشخیص دهند که شخص خطری قابل ملاحظه برای خود یا دیگران را دارد یا قادر به مراقبت از خودش نیست باز هم قادر به اتخاذ تصمیم بند سوم هستند)؛

در حالت‌های اول تا سوم، شخص دستگیرشده، بدون داخل شدن در سیستم عدالت کیفری، وارد در برنامه‌های «بهترین شیوه‌های کاربردی» می‌شود، بدین صورت که شخص دستگیرشده

حسب مورد، به بیمارستان‌های روانی جهت بستری شدن و به مراکز ارائه‌کننده خدمات بهداشت روانی نظیر مراکز مشاوره و... فرستاده می‌شوند. در بند آخر، شخص نخست به ایستگاه پلیس منتقل شده، سپس به مرکزی برای خدمات روانشناختی اضطراری ارجاع داده می‌شود. در مدت حضور در این مرکز (۷۲ ساعت) اگر متخصصان این مرکز، تشخیص مأموران مبنی بر داشتن خطری بالقوه برای خود یا دیگران را در شخص تشخیص دهند، در این صورت او را برای طی کردن یک دوره یک ماهه به بیمارستان اعزام می‌کنند.

بعد از طی مدت ۳۰ روزه در بیمارستان اگر شخص باز هم به عنوان خطری بالقوه برای خود یا دیگران محسوب شود و اهلیت روانی برای حضور در دادگاه را نیز نداشته باشد، ممکن است حسب جرم ارتکاب‌یافته تا ۳ سال به صورت متعهد غیر ارادی در بیمارستان نگهداری شود. بعد از طی این مدت چنانچه شخص باز هم اهلیت و صلاحیت حضور در یک دادگاه عادی را به دست نیاورد، آزاد می‌شود و چنانچه صلاحیت خود را به دست آورد، به یک دادگاه تخصصی فرستاده می‌شود (۷). عدم امکان حضور شخص در دادگاه تا قبل از بازیابی کامل صلاحیت خود، پیرو تصمیمی است که دیوان عالی ایالات متحده، در پی ارجاع پرونده اتهامی شخصی به نام «دوسکی (Dusky)» اتخاذ کرد. میلتون دوسکی مردی مبتلا به اسکیزوفرونی شدید بود که به اتهام آدم‌ربایی و تجاوز به یک زن در سن زیر قانونی مجموعاً به ۴۵ سال حبس محکوم شد. درخواست تجدید نظر این پرونده در دیوان عالی ایالات متحده با این استدلال مطرح شد که این شخص صلاحیت محاکمه در یک دادگاه استاندارد را ندارد. این پرونده منجر به دو اصل کلی شد: نخست شخص باید توان درک اتهامات انتساب‌یافته به خود را داشته باشد؛ دوم این‌که شخص باید در فرآیند دفاع به وکیل خود کمک نماید، در غیر این صورت نباید در دادگاه‌های عادی محاکمه شود (۱۴).

۲- پاسخ‌دهی به جنایات غیر خشن (Non-Violent Felony)

در صورتی که شخصی با یک اختلال روانی، مرتکب جنایت غیر خشن شده باشد، در ایالات مختلف آمریکا شیوه برخورد با آن‌ها متفاوت است. در ایالاتی که رویکرد عادی دستگاه عدالت کیفری را در مجرمان مبتلا به یک اختلال روانی در پی می‌گیرند، همه افراد باید نخست به دادگاه اعزام شوند و در دادگاه تصمیم گرفته می‌شود که این افراد در دادگاه‌های عادی محاکمه شوند یا به یکی از دادگاه‌های اختصاصی فرستاده شوند، ولی در ایالاتی که از الگوی «بهترین

شیوه‌های کاربردی برای بیماران روانی» ابتدا ضابطان شخص را به نزد روانشناس متخصص ارجاع داده و بعد از انجام معاینه و تشخیص توسط روانشناس مذکور، یکی از تصمیمات ذیل را در خصوص شخص مورد نظر اتخاذ می‌کنند.

- در نظر گرفتن فرد به عنوان یک متعهد غیر ارادی و اتخاذ تصمیم در خصوص او همانند مرتکب یک جنحه غیر خشن و وارد کردن او به الگوی «بهترین شیوه‌های کاربردی برای بیماران روانی»؛

- در نظر گرفتن فرد به عنوان یک متعهد غیر ارادی و اعزام او به یکی از دادگاه‌های اختصاصی مربوط به رسیدگی به جنایات؛

- بازداشت کردن فرد و اعزام او به یکی از دادگاه‌های عادی؛

در این موارد نیز حسب مورد، با توجه به وضعیت روانی شخص، امکان یا عدم امکان بازیابی صلاحیت و اهلیت او و مواردی از این دست، دادگاه در خصوص محاکمه یا عدم محاکمه او تصمیم‌گیری می‌کند (۷).

تفاوتی که بین صلاحیت ضابطان در خصوص جنحه‌های غیر خشن با جنایات غیر خشن وجود دارد را باید با توجه به ماهیت این جرائم توجیه کرد. جنایات، جرائمی هستند که معمولاً برای آن‌ها شدیدترین مجازات‌ها (از قبیل اعدام، حبس ابد، حبس‌های طولانی‌مدت و...) در نظر گرفته می‌شود. از این رو با توجه به ماهیت خاص آن‌ها و نیز سنگین بودن مجازات، اعطای اختیارات گسترده به ضابطان در خصوص این قبیل جرائم، مقرون به صواب نمی‌باشد، در مقابل جرائم جنحه‌ای در اکثر کشورها جرائمی هستند که مجازات‌های آن‌ها معمولاً شامل جزای نقدی و حبس‌های کوتاه‌مدت است. از این رو گستره عمل ضابطان در خصوص مرتکبان این قبیل جرائم قابل توجیه است.

نتیجه‌گیری

ورود بیماران روانی به چرخه عدالت کیفری، نه تنها هیچ کدام از اهداف اساسی فرآیند کیفری نظیر اصلاح و بازپروری مجرم، بازدارندگی و... را تأمین نمی‌کند، بلکه به دلایلی نظیر تحمیل هزینه‌های مالی بر سیستم عدالت کیفری، ایجاد تورم کیفری به دلیل ازدیاد پرونده‌ها در محاکم قضایی و مواردی از این دست، توجیه‌پذیر نمی‌باشد. از این رو خارج کردن مجرمان

مبتلا به بیماری روانی از چرخه رسیدگی کیفری نه تنها امری مقرون به صرفه است، بلکه به شرط اتخاذ رویکردهای مناسب در خصوص قضا‌دایی، می‌تواند تا حد زیادی موجبات وصول به اهداف بازپروانه و اصلاحی کیفر را در خصوص مجرمانی که از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند را موجب شود. در نظام حقوقی ایران به رغم این که مقام قضایی، در مرحله تحقیقات مقدماتی در صورتی که جنون مرتکب جرم را احراز نماید، قادر به فرستادن او به مراکز خاصی برای بهره‌مندشدن از خدمات پزشکی و روانپزشکی است.

با این حال با توجه به این که، این تصمیم مقام قضایی طبیعتاً پیرو دستگیری مرتکب توسط ضابطان و احتمالاً تحت نظر قراردادادن و بازجویی‌های اولیه از اوست، عملاً باعث می‌شود که فردی که دارای بیماری روانی است تا حد زیادی در فرآیند عدالت کیفری رسمی وارد شده و مضرات و معایب آن متوجه شخص شود. این مسأله وقتی اهمیت بیشتری می‌یابد که در برخی از موارد، ممکن است شخص بیمار روانی، بعد از تحقیقات اولیه توسط مقام قضایی با صدور قرار تأمین مدتی را نیز در بازداشت سپری نماید. از این رو بهترین راه‌کار برای جلوگیری از این مشکلات، پیشگیری از ورود این افراد به چرخه عدالت کیفری در همان مرحله نخستین تحقیقات مقدماتی، یعنی تحقیقات پلیسی و توسط ضابطان دادگستری است. از این رو فراهم کردن قواعد و دستورالعمل‌هایی برای نحوه برخورد ضابطان با بیماران روانی و ارائه آموزش‌های لازم به ضابطان به منظور تغییر مسیر بیماران روانی و پیشگیری از ورود آن‌ها به چرخه عدالت کیفری، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است.

برگزاری دوره‌های آموزشی در خصوص نحوه برخورد با افرادی که ظن ابتلا به بیماری روانی در خصوص آن‌ها متصور است یا این که نشانه‌هایی دال بر وجود بیماری روانی در آن‌ها به چشم می‌خورد، تشکیل گروه‌هایی همانند گروه بررسی صحنه جرم، ولی با سازوکاری خاص و متشکل از روانشناسان و روانپزشکان در موارد مواجه‌شدن با بیماران روانی مرتکب جرم و در نهایت قائل‌شدن این حق برای ضابطان مبنی بر اعزام مجرمان دارای بیماری روانی در صورت تشخیص پزشک معالج از جمله تدابیری است که در پرتو آن‌ها می‌توان اقدام به قضا‌دایی از مرتکبان جرائمی کرد که به نوعی بیماری روانی مبتلا هستند.

References

1. Sadegi MH. Diversion in Islamic Criminal Law. *Journal of Theology and Law* 2005; 5(15-16): 150-170. [Persian]
2. Najafiabrandabadi AH, Hashembeyki H. *Iexicon of Criminology*. 2nd ed. Tehran: Ganje Danesh Press; 2011. [Persian]
3. Moazenzadegan HA, Gholami N. Active monitoring of non-judicial mechanisms on the actions of Officers of Justice (A Comparative Study of Iran, France and the United Kingdom). *Journal Management System* 2016; 8(1): 185-222. [Persian]
4. Afandak KH, Hassandust E. *Handbook of basic principles and promising practices an alternatives to imprisonment*. Tehran: Psychology and Art Press; 2013. [Persian]
5. Deane MW, Steadman HJ, Borum R, Vesey BM, Morrissey JP. *Emerging Partnerships between mental health and law enforcement*. Psychiatric Services. Washington: Department of Justice; 1998. p.50, 99-101.
6. Lamb RH, Weinberger LE, DeCuir WJ. The police and mental health. *Psychiatric Services* 2002; 53(10): 1266-1271.
7. Walker LEA, Pann JM, Shapiro DL, Van Hasselt VB. *Best Practices for the Mentally Ill in the Criminal Justice System*, Springer Briefs in Behavioral Criminology. New York: Springer; 2016.
8. Vickers B. Memphis, Tennessee, police department's crisis intervention team. *Bulletin from the Field, Practitioner Perspectives: U.S.* Washington: Department of Justice; 2000.
9. Cordner GW. *People with mental illness*. U.S. Department of Justice: Problem-oriented guides for police problem-specific guide's series. Washington: Department of Justice; 2006. No.40.
10. Steadman H, Deane M, Borum R, Morrissey J. Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies. *Psychiatric Services* 2000; 51(5): 645-649.
11. Lamberti JS, Weisman RL. Persons with severe mental disorders in the criminal justice system: Challenges and opportunities. *Psychiatric Quarterly* 2004; 75(2): 151-164.

12. Strauss G, Glenn P, Reddi P, Afaq I, Podolskaya A, Rybakova T, et al. Psychiatric disposition of patients brought in by crisis intervention-team police officers. *Community Mental Health Journal* 2005; 41(2): 223-228.
13. Questions and answers about involuntary commitment, Disability Rights Center - NH, 64 N. Main Street, Suite 2, 3rd Fl., Concord, NH 03301-4913, 1-800-834-1721. Available at: <http://www.drcnh.org>.
14. <http://www.Wikipedia.org>.