



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Appropriate Criminal Response to Criminals with Depression

Mohammad Yakrangi¹, Nima Jahangiri^{1*}, Naeem Jahangiri²

1. Department of Law and Criminology, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Department of General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Razi University, Kermanshah, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Depression as the most prevalent mental disorder affects millions of people around the world. According to previous studies, people who suffer from depression commit violent crimes three times more than normal people. In addition, they are five to six times more at risk of harming themselves than normal people. Therefore, considering the positive and significant effect of depression on committing crimes, the present study aimed to answer the question of what is the appropriate criminal response to this group of criminals.

Methods: In this article, the descriptive-analytical method is used to achieve the goal of the research.

Ethical Considerations: The authors of the present study tried to observe scientific honesty and original references.

Results: The main finding of this study was that there is an intermediate level between complete wisdom and insanity, in which depression is placed. Since the inner world of depressed criminals is strongly influenced by this disorder, it is of great importance how to apply the art of punishment and criminal response to this group of criminals; otherwise, this can result in consequences such as suicide, harming others, deterioration of the disorder, and failure to meet the purpose of punishment.

Conclusion: This group of criminals should get advantage of the "diminished criminal responsibility". This study not only indicated the inadequacy of imprisonment and whipping as the most common punishment in Iran for criminals with depression but also showed that, from a prescriptive viewpoint, the most appropriate criminal response for criminals with depression is sentence to therapeutic measures under security measures. Such measures need to be applied along with the requirement of the court to commute punishment and sentence to probation or alternative punishments of imprisonment considering the characteristics and conditions of criminals.

Keywords: Depression; Deminished Criminal Responsibility; Individualization of Punishment; Therapeutic Measures; Commutation

Corresponding Author: Nima Jahangiri; **Email:** Jahangiri.nima@ut.ac.ir

Received: July 01, 2023; **Accepted:** August 05, 2023; **Published Online:** September 23, 2023

Please cite this article as:

Yakrangi M, Jahangiri N, Jahangiri N. Appropriate Criminal Response to Criminals with Depression. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e37.



پاسخ کیفری مناسب به مجرمان دارای افسردگی

محمد یکرنگی^۱، نیما جهانگیری^{۱*}، نعیم جهانگیری^۲

۱. گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی میلیون‌ها نفر در سطح جهان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. بر پایه مطالعات صورت گرفته، افرادی که مبتلا به افسردگی هستند، سه برابر بیشتر از سایر افراد مرتکب جرائم خشن می‌شوند. علاوه بر این، این دسته از بیماران، در مقایسه با دیگران پنج تا شش برابر بیشتر در معرض خطر آسیب به خود قرار دارند. بنابراین با توجه تأثیر مثبت و قابل توجه اختلال افسردگی بر ارتکاب رفتار مجرمانه افراد، پرسش این تحقیق آن است که واکنش کیفری مناسب به این دسته از مجرمان چه می‌تواند باشد.

روش: در این نوشتار از روش توصیفی - تحلیلی برای رسیدن به هدف پژوهش استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی: در پژوهش حاضر نویسندگان تلاش نموده‌اند صداقت علمی و ارجاعات توأم با اصالت را رعایت نمایند.

یافته‌ها: یافته اصلی این پژوهش آن است که میان عقل کامل و جنون، حد میانه‌ای قابل یافت است که اختلال افسردگی در این دامنه قرار می‌گیرد. از جایی که دنیای درونی مجرمان مبتلا به افسردگی نیز عمیقاً تحت تأثیر این اختلال است. بنابراین چگونگی اعمال هنر تنبیه و پاسخ کیفری نسبت به این دسته از مجرمان از اهمیت بسیاری برخوردار است و عدم توجه به این موضوع می‌تواند منتج به پیامدهایی همچون خودکشی، ایراد آسیب به دیگران، تشدید این اختلال و عدم برآورده شدن اهداف مجازات‌ها گردد.

نتیجه‌گیری: این دسته از مجرمان بایسته است از نهاد مسئولیت کیفری کاهش یافته بهره‌مند شوند. همچنین در این پژوهش ضمن نشان دادن مناسب نبودن کیفر حبس و شلاق به عنوان رایج‌ترین کیفر در ایران نسبت به مجرمان مبتلا به افسردگی، از منظر تجویزی مناسب‌ترین پاسخ کیفری برای این دسته از مجرمان، صدور حکم به اقدامات درمانی از گذر حکم به تدابیر تأمین‌ی است. این تدبیر بایستی همراه با الزام دادگاه به تخفیف مجازات و صدور حکم به تعلیق مراقبتی یا کیفرهای جایگزین حبس متناسب با ویژگی‌ها و احوال مرتکب اعمال شود.

واژگان کلیدی: افسردگی؛ مسئولیت کیفری کاهش یافته؛ فردی کردن کیفر؛ تدابیر درمانی؛ تخفیف کیفر

نویسنده مسئول: نیما جهانگیری؛ پست الکترونیک: Jahangiri.nima@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

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

Yakrangi M, Jahangiri N, Jahangiri N. Appropriate Criminal Response to Criminals with Depression. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e37.

مقدمه

افسردگی (Depression) به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی و دومین عامل ناتوان‌کننده در جهان، در ابعادی گسترده در حال افزایش است. در پی گسترش سریع این اختلال، سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) در اعلامیه‌ای، ضمن به صدادرآوردن زنگ خطر و لزوم چاره‌جویی جهت مقابله با این موضوع بیان نمود که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی به دومین بیماری ناتوان‌کننده جهانی تبدیل می‌شود و این هشدار اکنون نیز به وقوع پیوسته است (۱). افسردگی یک اختلال روانی جدی است که بر احساس، طرز تفکر و رفتار فرد تأثیر منفی می‌گذارد و بر دنیای درونی فرد سیطره می‌یابد. این تأثیر منفی می‌تواند به صور مختلفی خود را نشان دهد و با افزایش طیف گسترده‌ای از پیامدهای نامطلوب از شمار کاهش امید به زندگی، تغییر خلق، احساس غمگینی، پوچی، غلیان افکار خودکشی و خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی، سکتة مغزی، دیابت و چاقی همراه است (۲)، اما پیامدهای این بیماری فراتر از تحت تأثیر قراردادن کیفیت زندگی فرد و سلامت جسمی و روانی فرد مبتلا می‌باشد. یکی از جنبه‌های قابل تأمل در رابطه با افسردگی زمانی مطرح می‌گردد که وی به حدی از ناامیدی می‌رسد که تصمیم به خودکشی یا مورد تهاجم قراردادن اطرافیان خود می‌گیرد و حتی در برخی موارد تصمیم می‌گیرد آن‌ها را به قتل برساند یا آنکه از انجام یکسری باید و نبایدهای مقرر قانونی سرپیچی می‌نماید و مرتکب جرم می‌شود. از این رو با توجه به گستره وسیع این اختلال، این سؤال مقدماتی مطرح می‌شود که آیا میان اختلال روانی افسردگی و ارتکاب رفتارهای مجرمانه فرد رابطه‌ای وجود دارد یا خیر؟ پاسخگویی به این پرسش، سؤال دوم و مهم‌تری را ایجاد می‌نماید که در صورت تأثیر افسردگی بر فعل یا ترک فعل مجرمانه فرد، نظام عدالت کیفری چگونه باید در پی پاسخ‌دهی به مجرمان دارای افسردگی برآید؟ بررسی این موضوع پرسش اصلی پژوهش حاضر قرار گرفته است.

اگرچه سابقاً پژوهش‌های ارزشمندی در رابطه با مسئولیت کیفری افراد مبتلا به اختلالات روانی (حول محور جنون) صورت گرفته است، اما حلقه مفقوده این مطالعات، بررسی تأثیر اختلال افسردگی بر ارتکاب جرم و تعیین جایگاه آن در نظام حقوق کیفری به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی است. واکاوی این موضوع از آنجا اهمیت دارد از جایی که افراد مبتلا به افسردگی، نیازمند نگاهی ارفاقی و نه الزاماً سزاگرایانه از سوی نظام حقوق کیفری هستند و این اختلال دارای مؤلفه‌ها و ویژگی‌های منحصر به فردی است که آن را از دیگر اختلال‌های روانی متمایز می‌سازد و متفاوت از مفهوم جنون است. فقدان توجه به این اختلال در صدور حکم و سایر تصمیمات قضایی می‌تواند منتج به پیامدهای حادی همچون خطر خودکشی فرد افسرده و دیگرکشی در زندان، به خطراتادن سلامت روانی و تشدید بیماری وی، خطرناک‌نمودن فرد برای جامعه پس از پشت سر گذاردن مجازات و دورشدن نظام عدالت کیفری از اهداف خود گردد (۳). به همین سبب مطالعه آن به عنوان یک عامل مؤثر یا غیر مؤثر بر ارتکاب رفتار مجرمانه و بررسی واکنش کیفری مناسب به مجرمان دارای این اختلال موضوع پژوهش این نوشتار قرار گرفته است تا بتوان از آسیب‌های مذکور جلوگیری نمود و در راستای آگاهی‌بخشی جامعه، به ویژه جامعه حقوقی نسبت به این اختلال قدم برداشت. جهت رسیدن بدین مقصود در پژوهش حاضر به ترتیب به انواع افسردگی، مطالعه رابطه بین افسردگی و ارتکاب رفتار مجرمانه، ارتباط میان افسردگی و ایراد آسیب به خود، تدقیق در مسئولیت کیفری افراد افسرده، ناکارآمدی اعمال کیفرهای رایج نسبت به افراد دارای افسردگی و در پایان به واکنش کیفری مناسب از منظر تجویزی نسبت به این دسته از مجرمان پرداخته خواهد شد.

ملاحظات اخلاقی

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

روش

نوشتار حاضر با روش توصیفی - تحلیلی به رشته تحریر درآمده است و نگارندگان برای رسیدن به مقصود پژوهش، از ابزار مطالعه کتابخانه‌ای و پژوهش‌هایی که تأثیر کیفر را بر مجرم مورد مطالعه قرار داده‌اند، بهره برده‌اند.

یافته‌ها

از جایی که دنیای درونی مجرمان مبتلا به افسردگی عمیقاً تحت تأثیر بیماری افسردگی است، لزوم شناخت این اختلال توسط قضات و مطرح شدن آن در نظام حقوق کیفری مسأله‌ای بسیار ضروری است. فایده این شناخت از آن جهت است که می‌تواند برای قضات عاملی جهت تطابق رأی صادره با اصل فردی کردن مجازات و تحقق اهداف حقوق کیفری از طریق تعیین کیفر مناسب و متناسب شود. در مقابل عدم آگاهی قضات نسبت به این اختلال، موجب آن می‌گردد که گاه مجازات فردی که می‌بایست در جهت اصلاح آن باشد، تبدیل به مجازاتی با وجهه کیفری شدیدی گردد که نه تنها نمی‌تواند اهداف مجازات را تأمین نماید، بلکه پیامدهایی همچون تشدید افسردگی، اقدام به خودکشی یا دیگرکشی و خطرناک نمودن فرد برای جامعه پس از تحمل مجازات گردد. این در حالی است که این دسته از مجرمین، نیازمند نگاهی ارفاقی و درمان‌گرایانه و نه سزاگرایانه هستند. در رابطه با پاسخ کیفری مناسب نسبت به این دسته از مرتکبین، با توجه به مناسب نبودن کیفر حبس و شلاق به عنوان رایج‌ترین کیفر در ایران، در خصوص این دسته در مرحله تعیین کیفر از منظر تجویزی، مناسب‌ترین پاسخ کیفری صدور حکم به اقدامات درمانی از گذر حکم به تدابیر تأمینی است. این تدبیر بایستی همراه با الزام دادگاه به تخفیف مجازات و صدور حکم به تعلیق مراقبتی یا کیفرهای جایگزین حبس متناسب با ویژگی‌ها و احوال مرتکب اعمال شود.

بحث

۱. افسردگی و انواع آن: احساس غم و اندوه و یا از دست دادن علاقه فرد بر اثر یک حادثه ناخوشایند نسبت به فعالیت‌هایی که سابقاً از آن لذت می‌برد، می‌تواند این پندار را در دیگران ایجاد نماید که او با افسردگی دست و پنجه نرم می‌نماید. اینجاست که وقتی صحبت از افسردگی به میان می‌آید بایستی دو مفهوم: ۱- مفهوم عرفی؛ ۲- مفهوم پزشکی را از یکدیگر تفکیک نمود. در مفهوم عرفی، افسردگی شامل غم و اندوه بر اثر از دست دادن چیزی است که نوعی واکنش خلقی طبیعی و عادی به شمار می‌رود. به عنوان مثال خلق ناراحت و پایین ناشی از فوت یکی از نزدیکان. در این مفهوم به این شخص از لحاظ عرفی فرد افسرده گفته می‌شود، اما این افسردگی همراه با ناامیدی و بی‌علاقگی به دیگر اعضای خانواده، بی‌معنا شدن مفهوم و مقصود زندگی، از دست دادن میل‌های گوناگون یا پرورش و غلیان فکر خودکشی یا دیگرکشی نیست، اما در مفهوم پزشکی افسردگی به عنوان شایع‌ترین بیماری و اختلال روانی (Mental Disorder) به شمار می‌رود. اینجاست که خلق بد و ناراحت موجود در مفهوم عرفی، یک تعریف و معیارهایی پیدا می‌کند. خلق افسرده‌ای که حداقل یک هفته طول می‌کشد، موجب اختلال در زندگی روزانه شخص و کارکردهای وی می‌شود و علائم زیر را در طول تمام شبانه‌روز با خود دارد: احساس ناامیدی، افکار خودکشی، از دست دادن علایق خود، اختلال در خواب و از دست دادن میل‌های مختلف، از جمله میل جنسی. با این تعاریف و معیارها مرز بین افسردگی به عنوان یک مفهوم عرفی و یک اختلال روانی مشخص می‌شود. ذکر این نکته ضروری است که در پژوهش حاضر مفهوم افسردگی از لحاظ پزشکی و به عنوان یک اختلال روانی مورد بررسی قرار گرفته است و مفهوم عرفی افسردگی خارج از مقوله آن است. پس از روشن شدن منظور از افسردگی در این پژوهش، همان‌گونه که پیش‌تر گفته شد، این بیماری یک اختلال روانی شایع و جدی است که بر دنیای درونی فرد چیره می‌شود. از حیث تاریخی، اولین گزارش‌های مکتوب درباره افسردگی در

تشکیل می‌دهد. در ادامه به هر یک از این سه اختلال پرداخته خواهد شد.

۱-۱. افسردگی اساسی (Major Depressive): این نوع افسردگی یک اختلال روانی است که حداقل با دو هفته خلق و خوی پایین همراه است، اما معمولاً بسیار طولانی‌تر (ماه‌ها یا حتی سال‌ها) ادامه می‌یابد. بارزترین نشانه این اختلال را عزت نفس پایین، بدخلقی شدید و مداوم، انرژی کم، غم و اندوه عمیق، درد بدون دلیل، از دست‌دادن علاقه به فعالیت‌های طبیعی و لذت‌بخش و احساس ناامیدی می‌توان برشمرد. در این نوع افسردگی، عملاً فرد در بسیاری از جنبه‌های زندگی خود ناتوان می‌گردد، به نحوی که وظایف پیش پا افتاده مانند غذا خوردن یا خوابیدن نیز به اندازه کارهای سخت‌تر مانند تعامل اجتماعی وی تحت تأثیر افسردگی شدید قرار می‌گیرند. افسردگی اساسی دو نوع است: ۱- افسردگی اساسی همراه با حالت‌های روان‌پریشی که به عنوان اختلال افسردگی اساسی همراه با علائم سایکوتیک نیز شناخته می‌شود؛ ۲- افسردگی اساسی بدون حالت‌های روان‌پریشی. در نوع اول، فرایند تفکر شخص می‌تواند از حالت واقعیت خارج شود و فرد دارای علائم روان‌پریشی همچون باورهای نادرست (هذیان) یا ادراک نادرست (توهم) است. به عنوان نمونه او بیان می‌کند به زودی قرار است کره زمین نابود شود یا صدایی به گوش من می‌رسد که باید بچه‌هایت را بکشی، چون در آینده فقیر و دچار اعتیاد می‌شوند. همچنین در اکثریت مواردی که چند نفر بر اثر گازگرفتگی فوت می‌نمایند، یک نفر دارای افسردگی اساسی با علائم روان‌پریشی وجود دارد که ابتداً تمام منافذ را می‌بندد و سپس شیر گاز را باز می‌کند و به خواب می‌رود، اما در نوع دوم این اختلال، دیگر علائم سایکوتیکی در فرد مبتلا وجود ندارد و وی تنها با علائمی که در ابتدای بحث مطرح گردید، به طور خمیده و ناامید پنجه در پنجه بیماری می‌افکند.

۱-۲. اختلال خلق ادواری (Cyclothymic Disorder): اختلال خلق ادواری یا همان دیستیمیا (Dysthymia) که به عنوان اختلال افسردگی مداوم (Persistent Depressive Disorder) نیز شناخته می‌شود، یک اختلال خلقی است که

هزاره دوم در بین‌النهرین صورت گرفته است. در این نوشته‌ها، افسردگی به عنوان یک وضعیت روحی و نه یک وضعیت جسمی مورد بحث قرار گرفته است. در آن زمان اعتقاد بر این بود که افسردگی مانند سایر بیماری‌های روانی، ناشی از تصرف شیطان بر انسان است (۴). با گذر زمان این بیماری به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های روانی (Mental Disorders) در دسته اختلالات خلقی (Mood Disorder) و یکی از عوامل اصلی ناتوانی در مردان و زنان معرفی گردید. اختلالات خلقی دسته‌ای از بیماری‌های روانی هستند که بر حالت عاطفی فرد تأثیر می‌گذارند، از این رو تحت عنوان اختلالات عاطفی (Affective Disorders) نیز از آن نام برده می‌شود. افسردگی نیز به عنوان مهم‌ترین اختلال این دسته، شامل خلق افسرده و از دست‌دادن حس لذت‌بردن و یا علاقه به فعالیت‌های پیشین فرد برای مدتی مشخص است. شروع این بیماری در اکثریت مواقع تدریجی است، اما گاهی اوقات می‌تواند به صورت ناگهانی باشد. همچنین دوره افسردگی در طول کل زندگی فرد به میزان قابل توجهی متفاوت از سایر دوره‌های زندگی وی است. با این حال این بیماری به طور ذاتی غیر قابل پیش‌بینی محسوب می‌گردد. بنابراین مدت زمان، تعداد دوره‌های افسردگی در طول زندگی و الگوهایی که در آن‌ها رخ می‌دهد، متغیر است (۵).

در این پژوهش سه اختلال مرتبط با افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است: ۱- افسردگی اساسی؛ ۲- اختلال خلق ادواری؛ ۳- اختلال دوقطبی. گفتنی است هر سه اختلال فوق در ردیف اختلال‌های روانی قرار دارند. در این میان افسردگی اساسی (افسردگی شدید) و اختلال خلق ادواری (افسردگی خفیف) به طور ذاتی زیرمجموعه افسردگی به شمار می‌روند، اما دلیل آنکه در این پژوهش اختلال دوقطبی هم در ردیف بیماری‌های مرتبط با افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است، این است که این اختلال دارای یک خلق پایین که افسردگی نامیده می‌شود و یک خلق بالا (مانیا یا شیدایی) می‌باشد. در این پژوهش آنچه در رابطه با این اختلال مورد بررسی قرار گرفته است، تنها ارتکاب جرم توسط بیماران دوقطبی در دوره افسردگی‌شان است که بخش قابل توجهی از جرائم و ایراد آسیب به خود را

خرج کردن یا سرمایه‌گذاری بدون احتیاط و یا رابطه جنسی خطرناک نماید (۸). در طول دوره افسردگی نیز فرد ممکن است با علائمی همچون احساس ناراحتی یا نگرانی، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش یا برقراری ارتباط، مشکل در تمرکز، اختلال در خواب و فکر کردن به مرگ و خودکشی مواجه باشد. باید توجه داشت تشخیص اختلال دوقطبی همیشه به راحتی سایر اختلال‌های روانی جدی نیست. در برخی از افراد قبل از اینکه این اختلال تشخیص داده شود، سال‌ها و ماه‌ها به این اختلال مبتلا هستند. این موضوع بدون تردید در فرایند رسیدگی کیفی بایسته است مد نظر دادگاه قرار گیرد.

گفتنی است تفاوت افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با سایر اختلالات افسردگی در این است که خلق و خوی آن‌ها از افسردگی به شیدایی تغییر می‌کند و در طول زمان همچون یک آونگ در حال حرکت، خلق فرد در حال تغییر است. چیزی که در اختلال‌های پیشین وجود ندارد.

حال پس از آشنایی به این سه اختلال، واکاوی موضوع تأثیرگذاری یا عدم تأثیر افسردگی بر ارتکاب جرم و ایراد صدمه به خود و دیگران امری ضروری به نظر می‌رسد. از این رو در زمینه پژوهش‌هایی صورت گرفته است که در ادامه به بیان نتایج آن پرداخته می‌شود.

۲. رابطه بین افسردگی و ارتکاب رفتار مجرمانه: این موضوع که آیا میان اختلال افسردگی و ارتکاب رفتار مجرمانه (علیه خود یا دیگران) رابطه‌ی معناداری وجود دارد یا خیر، ذهن پژوهشگران را به خود مشغول نموده است. در همین راستا مطالعاتی در این زمینه صورت گرفته است که در ادامه به بیان نتایج آن پرداخته می‌شود.

۱- در یکی از جدیدترین مطالعات صورت‌گرفته در خصوص افسردگی و ارتکاب قتل عمد (Murder) در سال ۲۰۲۱ نتایج زیر به شرح جدول ۱ و ۲ به دست آمد:

همان مشکلات شناختی و جسمی افسردگی اساسی را دارد، ولی دارای علائم کمتر، اما طولانی‌مدت‌تر است. در دفترچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، اختلال خلق ادواری حالت جدی افسردگی مزمن است که حداقل برای دو سال و این مدت برای کودکان و نوجوانان یک سال ادامه می‌یابد. باید توجه داشت از آنجایی که اختلال خلق ادواری یک اختلال مزمن است، مبتلایان به این اختلال ممکن است سال‌ها قبل از تشخیص آن، علائم این بیماری را تجربه کنند، در نتیجه ممکن است مبتلایان معتقد باشند که افسردگی بخشی از شخصیت آن‌ها است. بنابراین حتی ممکن است در مورد علائم این اختلال با پزشکان، اعضای خانواده و اطرافیان صحبتی ننمایند.

۱-۳. اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder): اختلال دوقطبی نوعی اختلال روانی است که متشکل از خلق بالا و خلق پایین است. خلق بالای این اختلال را مانیا یا شیدایی (که به حالتی گفته می‌شود که در آن خلق فرد، سرخوش، نمایشگر یا تحریک‌پذیر می‌شود و همراه با افزایش انرژی است) و خلق پایین آن را افسردگی می‌نامند (۶). بنابراین در این اختلال، دوره‌های افسردگی عمیق همراه با دوره‌های بیش‌فعالی و شادی کنترل‌نشده (شیدایی) همگام می‌شود. تغییر بین این دو حالت اغلب تدریجی است، اما این تغییر می‌تواند به طور ناگهانی نیز رخ دهد (۷). همچنین طول چرخه (از اوج شیدایی تا افسردگی عمیق) از فردی به فرد دیگر متفاوت است. این اختلال به طور معمول با یک دوره افسردگی در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌گردد و نخستین مرحله شیدایی ممکن است تا چندین سال بعد از افسردگی نیز رخ ندهد.

در رابطه با علائم این اختلال باید گفت در مرحله شیدایی فرد مبتلا می‌تواند شاد، برون‌گرا، پرحرف و پرانرژی باشد، احساس بسیار پرانرژی بودن داشته باشد، در مورد موضوعات مختلف زیاد صحبت کند، از فکری به فکر دیگر یا پروژه‌ای به پروژه دیگر بپرد، اعتماد به نفس اغراق‌آمیز داشته باشد و یا مبادرت به انجام کارهای خطرناک همچون مصرف الکل یا مواد مخدر،

جدول ۱: جنسیت افراد دارای افسردگی و تجربه ارتکاب قتل عمدی

جنسیت	درصد
زن	۲۲/۸۶
مردان	۷۷/۱۷

جدول ۲: سن افرادی دارای افسردگی و تجربه ارتکاب قتل عمدی

سن	میزان ارتکاب قتل عمدی
۰-۱	۰ درصد
۲-۹	۰ درصد
۱۰-۱۹	۲۴ درصد
۲۰-۲۹	۲۰ درصد
۳۰-۳۹	۱۸ درصد
۴۰-۴۹	۳۲ درصد
۵۰-۵۹	۶ درصد
۶۰ سال به بالا	۰ درصد

۳- یک مطالعه در سال ۲۰۱۵ در سوئد نشان داد افرادی که مبتلا به افسردگی هستند، تقریباً سه برابر بیشتر از مردم عادی مرتکب جنایات خشن، از جمله سرقت، جنایات جنسی و تجاوز می‌شوند. در این مطالعه خطرات مطلق و نسبی جرائم خشن پس از تشخیص افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. در میان ۴۷۱۵۸ فرد مبتلا به افسردگی، پژوهشگران به سه برابر احتمال افزایش وقوع جرم خشونت‌آمیز پس از تعدیل عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی در میان این افراد دست یافتند. این میزان حتی پس از حذف بیماران مبتلا به افسردگی که سابقه مشکلات خانوادگی، سوءمصرف مواد، یا سابقه هر گونه جنایت یا آسیب رساندن به خود را داشتند، باز به طور قابل توجهی بالا بود. به عبارت دیگر، حتی پس از تعدیل عوامل ژنتیکی و محیطی اولیه، تشخیص افسردگی در فرد به میزان متوسطی خطر جنایت خشن را افزایش داد (۱۱).

۴- در یک مطالعه دیگر، ۱۵۸۴۷ نفر مبتلا به افسردگی بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۹ شناسایی و مورد بررسی قرار گرفت. در طول این دوره، ۶۴۱ مرد (۳/۷ درصد) و ۱۵۲ زن (۵/۵

نتایج پژوهش صورت‌گرفته حاکی از آن است که میان افسردگی و ارتکاب جرم رابطه وجود دارد و میزان ارتکاب قتل عمد در میان مردان مبتلا به افسردگی حدوداً سه و نیم برابر بیشتر از زنان مبتلا به افسردگی است. همچنین به ترتیب در بازه سنی ۴۰-۴۹ سال، ۱۰-۱۹ سال و سپس ۲۰-۲۹ سال بیشترین قتل‌ها در میان افراد افسرده به وقوع پیوسته است. در واقع پژوهشگران به رابطه آماری معناداری میان افسردگی و ارتکاب جرائم خشن در این پژوهش دست یافته‌اند (۹).

۲- در دانشگاه آکسفورد در طی مطالعاتی که روی افراد دارای افسردگی صورت گرفته است، نشان داده شده است افرادی که مبتلا به افسردگی هستند، سه برابر بیشتر از سایر افراد احتمال دارد مرتکب جرم شوند (۱۰). بنابراین تشخیص اینکه یک فرد مبتلا به افسردگی است، می‌تواند به این معنی باشد که او سه برابر بیشتر از دیگران احتمال ارتکاب جرم را در خود دارد. همچنین تجربیات بالینی و نظرات کارشناسان ارتباط افسردگی با خطر ارتکاب خشونت، از جمله قتل در مجرمان مرد را نشان می‌دهد.

(Strachowski) اختلال دوقطبی در زمره اختلالاتی است که در آن اقدام به خودکشی برای بیشتر از نیمی از بیماران و وقوع خودکشی برای بالغ بر ۱۵ درصد از بیماران مبتلا به این اختلال ثبت گردیده است.

۲- پژوهش دیگری که در این زمینه صورت گرفته است، نشان می‌دهد که ۸۰ درصد کسانی که دست به خودکشی می‌زنند، از بیماری افسردگی رنج می‌برند. همچنین افراد افسرده ۲۵ برابر بیشتر نسبت به گروه‌های دیگر اقدام به خودکشی می‌نمایند. این افراد بیش از هر گروهی احتمال اقدام به خودکشی دارند، اگرچه همه کسانی که افسرده هستند، خودکشی نمی‌کنند، اما افسردگی فرد را مستعد دست‌زدن به خودکشی می‌نماید (۱۴).

۳- در بخشی از مطالعه نهاد بهداشت روانی روستایی استرالیا (The Australian Rural Mental Health) رابطه بین افسردگی و رفتار خودکشی مورد بررسی قرار گرفت. از ۱۰۵۱ شرکت‌کننده، ۳۶۴ نفر افسردگی را گزارش کردند. از این تعداد، ۴۸ درصد افکار خودکشی و ۱۶ درصد تلاش برای خودکشی را گزارش نمودند. در پایان نتایج پژوهش حاکی از آن است شدت افسردگی همبستگی معنی‌داری با خودکشی در مردان و زنان دارد و خودکشی یکی از عوامل اصلی مرگ و میر به ویژه در مناطق روستایی و دورافتاده است (۱۵).

گفتنی است اگرچه بین افسردگی و ارتکاب جرم رابطه وجود دارد، اما در مورد چگونگی ارتباط این دو با یکدیگر دیدگاه‌های متفاوتی بیان گردیده است. به طور کلی دو احتمال را باید در نظر گرفت، اینکه افسردگی موجب آن می‌شود که فرد مرتکب جنایت گردد یا ارتکاب جرم سبب آن می‌گردد که فرد به سمت افسردگی سوق یابد. در این رابطه دیدگاه‌های مختلفی از سوی صاحب‌نظران بیان گردیده است، اما به عقیده نگارندگان این نگاهی است، این افسردگی است که عاملی در زمینه ارتکاب رفتار مجرمانه به شمار می‌رود.

حال پس از یافتن رابطه‌ای معنادار میان افسردگی و ارتکاب رفتار مجرمانه و ایراد آسیب به خود و دیگران، در ادامه به

درصد) مبتلا به افسردگی شناسایی شدند که مرتکب جنایت خشونت‌آمیز گردیده بودند. بر اساس یافته‌های پژوهش، در مقایسه با گروه کنترل، افراد مبتلا به افسردگی سه برابر بیشتر در معرض جنایت خشن بودند. همچنین احتمال ارتکاب جنایت خشن برای مردان مبتلا به افسردگی (در مقایسه با مردان بدون ابتلا به افسردگی) و زنان مبتلا به افسردگی (در مقایسه با زنان بدون ابتلا به این اختلال) یکسان بود. علاوه بر این بر اساس نتایج پژوهش، خطر ارتکاب جنایت خشن در افرادی که علائم افسردگی بیشتری دارند، به میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد.

۵- در میان مجرمانی که از ماه اکتبر ۱۹۸۷ تا ژانویه ۲۰۰۸ تحت درمان در مؤسسه ملی روان‌پزشکی قانونی آمریکا قرار گرفتند، در مجموع ۲۱۹ مجرم تشخیص داده شد که مبتلا به اختلال دوقطبی هستند، انتخاب شدند. بر اساس تحقیقات صورت‌گرفته بر روی آن‌ها میزان کلی جرم در مرحله شیدایی نسبت به مرحله افسردگی ۸۶/۸ درصد در مقابل ۱۳/۲ درصد بود. با این حال، میزان ارتکاب قتل در مرحله افسردگی بیشتر از مرحله شیدایی بود. قربانیان قتل، بیشتر از اعضای خانواده بیماران در مرحله افسردگی بودند تا در مرحله شیدایی (۱۲). در مجموع در مرحله افسردگی اختلال دوقطبی، نباید از خطر ارتکاب جرائم، به ویژه قتل برای اعضای خانواده بیماران غافل شد.

۳. **رابطه بین افسردگی و صدمه به خود:** همان‌گونه که بیان گردید، یکی از مهم‌ترین پیامدهای افسردگی می‌تواند در قالب ایراد آسیب به خود تجلی یابد. در ادامه به بیان نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته در این رابطه پرداخته خواهد شد:

۱- بیماری روانی که بیشترین خطر خودکشی را به همراه خود دارد، اختلال دوقطبی است که این تلاش‌ها جهت انجام خودکشی اغلب در دوره افسردگی بیمار اتفاق می‌افتد (۱۳). بر اساس مطالعات اسکات (Scott) (۷) در این زمینه، خطر خودکشی در بین مبتلایان به اختلال دوقطبی بیش از ۶ درصد است. همچنین آمار ارتکاب خودآزاری در میان این افراد ۳۰ تا ۴۰ درصد است. علاوه بر این، به بیان استراکوسکی

بررسی مسئولیت کیفری مجرمان مبتلا به افسردگی پرداخته خواهد شد.

۴. مسئولیت کیفری افراد افسرده: وضع و تبیین مسئولیت کیفری افراد افسرده از موضوعات چالش برانگیز برای هر نظام عدالت کیفری می‌تواند به شمار رود. در خصوص توصیف وضع موجود در رابطه با چگونگی نگاه قانونگذار به مسئولیت کیفری مجرمین مبتلا به افسردگی باید گفت، در کشور ایران مسئولیت یا عدم مسئولیت افراد مبتلا به اختلال روانی در قانون مجازات اسلامی به صورت مطلق پذیرفته شده است. به دیگر سخن، در حال حاضر در این نظام به صورت غیر منعطف به جنون نگاه داشته می‌شود و میان شخص مجنون و سالم (به تعبیری دقیق‌تر میان مسئولیت کیفری و بی‌مسئولیتی) مرز و دامنه دیگری قابل یافت نیست، بدین‌صورت که نگاهی شق ثالث مطرود نسبت به مسئولیت کیفری ابراز می‌گردد و بر این پایه، فرد یا سالم و یا مجنون تلقی می‌شود، در حالی که طیفی میان این دو نیز وجود دارد. سال‌های دور علم پزشکی به این باور رسیده است که میان عقل کامل و جنون، حد میان‌های نیز قابل یافت است (۱۶) و اختلال افسردگی نیز در این طیف و دامنه قرار می‌گیرد، به نحوی که نه موجب سلب اراده فرد به طور کامل می‌گردد و نه چنین است که بر رفتار و عملکرد مجرمانه فرد بی‌تأثیر باشد.

اتخاذ چنین رویکردی از سوی قانونگذار منجر به آن شده است که بسیاری از افراد، اگرچه با اختلال‌های روانی مهم و تأثیرگذار مواجه باشند، به گونه‌ای که این اختلال‌ها به آنان اجازه آنکه به صورت عادی تصمیم‌گیری نمایند را نمی‌دهد، اما در مرحله تعیین مسئولیت کیفری و مجازات، مسئولیت تام دارند. این در حالی است که مجرمین دارای اختلال روانی دارای نقایصی هستند که بر ارتکاب عمل مجرمانه آن‌ها مؤثر واقع می‌گردد. همچنین از تأثیر این اختلال بر عنصر روانی (Mensrea) جرم نیز نباید غافل بود، اگرچه افسردگی همچون جنون این عنصر را به طور کامل از بین نمی‌برد، اما آن را مورد خدشه قرار می‌دهد و بر تصمیمات فرد مؤثر واقع می‌گردد. موضوعی که در تعیین کیفر و مسئولیت کیفری

شخص مرتکب باید بدان توجه داشت. بنابراین نظام عدالت کیفری نباید این افراد را همچون دیگر افراد مجازات نماید و همه را با یک چوب براند. بدون تردید این موضوع نه با واقعیت و نه با عدالت کیفری منطبق و سازگار نخواهد بود.

از حیث تاریخی، با نگاهی به سیر تحول قانون مجازات ایران در حیطه جنون، این موضوع قابل یافت است که مسأله اختلال نسبی شعور یا قوه تمییز موضوعی بی‌سابقه در نظام عدالت کیفری این کشور نیست و در برهه‌های از تاریخ، قانونگذار توجه به این‌گونه از اختلالات را مورد مذاقه قرار داده است. به عنوان نمونه در قانون مجازات عمومی مصوب سال ۱۳۵۲ قانونگذار تحت تأثیر اصطلاحات روان‌شناسی جدید، در بند «ب» ماده ۳۶ آن قانون، قانونگذار اختلال نسبی در شعور، قوه تمییز و یا اراده را موجب کاهش مسئولیت کیفری و در نتیجه کاهش مجازات عنوان نموده و حسب مورد در جنایات یک تا دو درجه تخفیف اعمال می‌گردید. در خصوص جنحه‌ها نیز حداقل حبس جنحه‌ای به عنوان مجازات مرتکب، مورد حکم قرار می‌گرفت، اما در قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۰ و قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، مقنن در باب جنون از این اختلالات نامی نبرده است و تنها در باب تخفیف با عبارت کلی «وضع خاص متهم از قبیل کهنوت یا بیماری» این موارد را در صورت موافقت دادگاه موجب تخفیف در کیفر دانسته است (ماده ۳۷ قانون مجازات اسلامی، ۱۳۹۲ ش.).

باید توجه داشت در خصوص مسئولیت کیفری آنچه که آشکار است، این است که به صرف ارتکاب جرم نمی‌توان بار مسئولیت را بر دوش مرتکب آن قرار داد و وی را به کیفر عملی که مرتکب شده است، رساند، بلکه بایسته است پیش از آن این موضوع را بررسی نمود که آیا وی سزاواری تحمل این بار سنگین را داشته و تقصیری که مرتکب شده است را می‌توان به او منتسب کرد و وی را مواخذه نمود یا خیر؟ (۱۷) در بسیاری از موارد، شخص در حالی که به طور کامل از قدرت عقل و اراده برخوردار است، عمل مجرمانه را با اراده آزاد (Free Will) انجام می‌دهد. در این حالت است که مسئولیت وی از نظر کیفری تام و کامل است و تردیدی در خصوص آن وجود ندارد، اما همیشه چنین نیست و در مواردی همچون

بیماران مبتلا به افسردگی، اراده فرد در نتیجه آسیب روانی که بر وی ایراد گردیده است، دچار اختلال شده و قوه تشخیص او مختل می‌گردد یا که به سبب آن اختلال به سمت ارتکاب جرم سوق داده می‌شود. به تعبیری روشن‌تر این دسته از مجرمین آگاه به جرم هستند، اما این اختلال بر ارتکاب جرم توسط فرد مؤثر واقع می‌گردد. بر پایه این وضعیت است که نهاد کیفری تحت عنوان مسئولیت کیفری کاهش یافته (Diminished Criminal Responsibility) مطرح می‌گردد. این نوع از مسئولیت که تحت عنوان صلاحیت نقصان یافته (Diminished Capacity) نیز عنوان می‌گردد، برای اولین بار توسط مکتب نفوکلاسیک بیان گردید. این مکتب در تلاش است تا اخلاق و عدالت را با سودمندی مجازات، آشتی و سازش دهند، تا با تساهل با بزه‌کار به پیشگیری از تکرار جرم و بزه‌کاری نایل آیند. بنابراین درباره مقصود نهایی از اجرای کیفر، علاوه بر عادلانه بودن مجازات می‌بایست فایده‌مند بودن نیز بر آن مد نظر قرار گیرد. از این رو در تعیین کیفر برای بزه‌کار می‌بایست حدود مسئولیت اخلاقی وی را در نظر گرفت. از دیگر مبانی این رویکرد، اصلاح مجرمان می‌باشد. بنابراین با اتخاذ تدابیر تربیتی و اصلاحی باید از تکرار جرائم پیشگیری و در نتیجه تورم جنایی را کنترل نمود (۱۸).

متاثر از این مکتب، قانونگذاران و سیاستگذاران نظام عدالت کیفری از گذر پیش‌بینی این نوع از مسئولیت در پی آن بوده‌اند که میزان عدالت را در نظام‌های کیفری افزایش دهند (۱۶). بسیاری از افراد به دلیل ابتلای به اختلال‌های روانی و یا دیگر عواملی که می‌تواند حالاتی را در مرتکب به وجود آورد، توانایی درک کامل رفتار و آنچه که انجام می‌دهند را ندارند و شایسته نیست نظام عدالت کیفری با این افراد همچون دیگر افرادی که به طور کامل آنچه که انجام می‌دهند را درک می‌کند، رفتار نماید.

چنین نگاهی به مسئولیت کیفری افراد دارای اختلال روانی، از نگاه بسیاری از نظام‌های عدالت کیفری کشورهای مختلف پنهان نمانده است و در این مورد، نهاد مسئولیت کیفری کاهش‌یافته را در دستور خود قرار داده‌اند، از جمله در نظام

عدالت کیفری انگلستان، اصطلاح قانونی مسئولیت کاهش یافته مربوط به محاکمه‌های قتل در انگلستان و ولز است. در این کشور دفاع مسئولیت کاهش‌یافته در اختیار متهمانی است که از نوعی اختلال روانی پایین‌تر از جنون رنج می‌برند و این امر بر مسئولیت آن‌ها در قبال اعمالی که انجام می‌دهند، تأثیرگذار است. بر این پایه در این نظام عدالت کیفری، در مواردی که قتل تحت تأثیر این شرایط به وقوع پیوسته باشد، پذیرش این دفاع موجب محکوم‌گردیدن فرد به قتل غیر عمد به جای قتل عمدی می‌گردد (۱۹). افزون بر این مطابق با قانون راجع به قتل در سال ۱۹۵۷، کاهش مسئولیت کیفری در مورد افرادی که مسئولیت کیفری آن‌ها به میزان قابل توجهی بر اثر اختلالات روانی مخدوش باشد، اعمال می‌گردد. این اختلال می‌تواند به سبب ناهنجاری‌های روانی ناشی از بیماری روانی یا نقایص مادرزادی باشد (۲۰). همچنین در حقوق کیفری کشور فرانسه، در فصل دوم مجموعه قانون مجازات نوین تحت عنوان «دلایل عدم مسئولیت یا تخفیف دهنده مسئولیت» در ماده ۱-۱۲۲ چنین مقرر شده است: «شخصی که در هنگام وقوع عمل دچار اختلال روانی یا عصبی - روانی بوده، به نحوی که این موضوع قدرت تشخیص او را تخدیش نماید یا منع تسلط او بر اعمالش گردد، قابل کیفر باقی می‌ماند. با این حال دادگاه در هنگام تعیین کیفر، وضعیت یادشده را مورد توجه قرار می‌دهد» (۲۱).

نمونه دیگر، قانون مجازات آلمان بر اساس آخرین اصلاحات صورت‌گرفته در سال ۲۰۰۹ است که در فصل «مبانی مسئولیت جنایی» در ماده ۲۱، مقرر می‌دارد: «در صورتی که در زمان ارتکاب جرم به علت یکی از موارد ماده ۲۰، توانایی مجرم جهت تشخیص غیر قانونی بودن افعال خود تا حد زیادی کاهش یابد و یا بر اساس چنین تشخیصی مبادرت به ارتکاب عمل مجرمانه نماید. در این حالت طبق مفاد بند ۱ ماده ۴۹، در مجازات وی باید تخفیف داده شود» (۲۰).

علاوه بر این، در قانون مجازات اسپانیا نیز قانونگذار در ماده ۲۱ این قانون، مسئولیت کیفری کاهش‌یافته را مورد توجه قرار داده است. این ماده اختصاص به افرادی دارد که شعور و اراده

۵. ناکارآمدی کیفرهای سزاگرا نسبت به مجرمان افسرده: نظام عدالت کیفری در مقابله با بزه‌کاری افراد، امکان توسل به کیفرهای گوناگونی را در اختیار دارد، اما متداول‌ترین و پرشمارترین کیفری که این نظام در پاسخ به ارتکاب جرم به آن متوسل می‌گردد، محبوس‌نمودن فرد متخلف است. این گزاره در خصوص مجرمان مبتلا به اختلالات روانی نیز صدق می‌نماید. در جهت تأیید این مدعا بررسی‌های صورت‌گرفته بر روی پرونده افراد مبتلا به اختلال روانی نشان داد که از میان ۷۰ پرونده مورد بررسی، در ۱۵ مورد (۲۱/۴ درصد) وجود یا عدم وجود جنون حین ارتکاب جرم و در ۵۵ مورد (۷۸/۶ درصد) این موضوع در مرحله اجرای کیفر مطرح شده بود. از بین این ۵۵ نفر، ۵۴ نفر (۹۸/۲ درصد) به حبس و یک نفر (۱/۸ درصد) افزون بر حبس به شلاق نیز محکوم شده بودند و محکومیت به انواع دیگر مجازات مشاهده نشد (۲۲). همچنین مطالعات آماری بر روی کیفرهای اعمالی توسط قضات در سال ۱۴۰۰ نیز نشان از آن دارد که حبس، همچنان مهم‌ترین مجازات اعمالی در نزد قضات می‌باشد (۲۳). روی هم‌رفته با توجه به فراوانی صدور حکم به مجازات حبس توسط قضات، حتی برای سرسخت‌ترین بزه‌کاران نیز زندان می‌تواند مکانی سه‌مگین باشد. علاوه بر این، محکوم‌شدن به زندان می‌تواند یکی از استرس‌زاترین وقایع در زندگی یک زندانی به شمار رود. از آنجا که زندانیان از نظر روحی و جسمی تحت فشار ورود استرس بسیاری هستند، این موضوع منجر به تغییرات روانی در فرد می‌شود که در نهایت می‌تواند ابتلای به بیماری‌های روانی وی را به همراه داشته باشد. در این مکان زندانی‌هایی که سابقاً مشکلات روانی دارند، اغلب بیمارتر می‌شوند و کسانی که هیچ بیماری روانی ندارند نیز احتمالاً در طول سپری کردن دوره حبس خویش به آن مبتلا می‌گردند. شواهدی وجود دارد که بیانگر آن است زندان دارای اثرات ویرانگری بر عملکرد روان‌شناختی زندانی است. پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهد که زندان می‌تواند منجر به واکنش‌های روان‌شناختی بر بعضی از زندانی‌ها شود. به عنوان نمونه، نتایج مطالعات صورت‌گرفته توسط زامبل و

آن‌ها مختل شده، اما به طور کامل از بین نرفته است، بدن‌سان به موجب این ماده، اگرچه این‌گونه افراد قابل مجازات هستند، اما ضروری است به طور اجباری مورد تخفیف مجازات قرار گیرند (۲۰).

بنابراین باید گفت در نظام‌های عدالت کیفری، مطابق با دیدگاه‌های روان‌شناسانه، نگاه دوگانه وجود/عدم به جنون کنار گذاشته شده است. افزون بر این، پذیرش نهاد مسئولیت کیفری کاهش‌یافته برای افراد مبتلا به اختلال‌های روانی پایین‌تر از جنون (که اختلال افسردگی از شمار مهم‌ترین این اختلال‌هاست)، مد نظر قرار گرفته می‌شود و این اختلال‌ها به عنوان یک دفاع جهت تقلیل مسئولیت کیفری فرد پذیرفته شده است. باید توجه داشت در واقع متهم با توسل به این نوع دفاع، چنین بیان می‌کند که به دلیل وضعیت روحی، تقصیر کمتری دارد، نه اینکه مجرم نباشد. از این رو شایسته است مسئولیت کیفری وی کاهش یابد، اگرچه این امر در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، در رابطه با جرائم تعزیری پذیرفته شده است، اما متأسفانه توجه به بیماری افسردگی به عنوان یک اختلال مؤثر بر ارتکاب جرم و اهمیت بالای نحوه پاسخ کیفری به آن از نگاه قانونگذار، رویه قضایی و به طور کلی نظام حقوق کیفری ما مغفول مانده است. از این رو قانونگذار تنها به ذکر کلیاتی در رابطه با امکان تخفیف کیفر در حالت بیماری بزه‌کار پرداخته است. این در حالی است که اهمیت این اختلال به سبب شایع‌بودن آن به حدی است که بایستی به عنوان یک موضوع شناخته‌شده در رویه نظری و عملی در میان حقوقدانان مطرح شود و جایگاه خود را در نظام عدالت کیفری موجود بیابد.

موضوع قابل توجه دیگر در رابطه با مسئولیت کیفری افراد مبتلا به این اختلال، تفاوت‌گذاشتن میان جرائم فعلی و ترک فعل از سوی افراد افسرده و تأثیر این بیماری بر هر کدام از این دو مورد است. بسط این تفکیک خارج از حوصله این نوشتار می‌باشد و در عرصه دیگری بدان پرداخته خواهد شد.

پس از بررسی مسئولیت کیفری اشخاص مبتلا به افسردگی در ادامه به ناکارآمدی مجازات‌های رایج اعمال‌شده نسبت به این دسته از بزه‌کاران و پیامدهای آن پرداخته خواهد شد.

در رابطه با مراقبت‌های پزشکی هم باید توجه داشت فردی که توهم یا روان‌پریشی را تجربه می‌کند، ممکن است برای کنترل شدیدترین علائم بیماری‌اش، در زندان دارو دریافت کند، اما این موضوع در رابطه با افرادی که از مشکلات اضطرابی، بیماری افسردگی و سایر بیماری‌هایی که سلامت روانی افراد را به خطر می‌اندازند رنج می‌برند، متفاوت است. از آنجا که این اختلال‌ها همچون اختلال هذیان موجب تغییرات اساسی و قابل توجه در رفتار فرد نمی‌شوند، به همین خاطر افراد مبتلا به این دسته از بیماری‌ها ممکن است به نحو مؤثر و کافی تحت درمان قرار نگیرند. در این رابطه، باور شماری از پژوهشگران این زمینه بر این است که زندانیان به ندرت تحت درمان جامع قرار می‌گیرند (۲۶). بنابراین دور از انتظار نیست مسائل مربوط به سلامت روانی افراد افسرده که قبلاً با دارو و درمان کنترل می‌شد، در طول حبس بدتر شود و علائم آن تشدید یابد.

دیگر تأثیر کیفر حبس بر زندانیان را در آزارها، تجاوزهای جنسی و اعمال خشونت علیه آن‌ها باید جستجو نمود. وزارت دادگستری ایالت متحده آمریکا (United States Department of Justice) گزارش می‌دهد که سالانه ۷۰۰۰۰ زندانی مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند و تجاوز، نزاع و سایر اعمال خشونت‌آمیز در محیط زندان امری رایج است، اما این خشونت به زندانیان محدود نمی‌شود. علاوه بر آن‌ها نگهبانان زندان نیز از جایی که در یک محیط پراسترس کار می‌کنند، این موضوع می‌تواند احتمال بروز خشونت را در آن‌ها افزایش دهد. در این راستا برخی از زندانیان، با اندک امیدی برای گزارش آزار و اذیت توسط نگهبانان، ممکن است آزار لفظی، تهدید به خشونت فیزیکی و حتی حملات شدید آنان را تحمل کنند. در این میان، زنان زندانی در معرض خطر بیشتری برای تجاوز جنسی توسط نگهبانان زندان و حتی خود زندانیان قرار دارند (۲۶). در مقابل، خطر حمله به کارکنان زندان و دیگر زندانیان نیز از سوی افراد مبتلا به افسردگی نیز وجود دارد و آمارهایی که در این خصوص منتشر شده است، قابل تأمل است (۲۷).

پورپرزینو (Zamble & Porporino) (۲۴)، بیانگر آن است که زندانیان در ابتدای دوره زندانی‌شدنشان میزان بالایی از اضطراب و افسردگی را از خود نشان می‌دهند. به تعبیر دقیق‌تر، میزان علائم اضطراب و افسردگی در ابتدای مراحل زندانی‌شدن فرد در بالاترین سطح خود می‌باشد. همچنین یافته‌های منسجم‌تر دیگر پژوهش‌های صورت‌گرفته در این زمینه نشان داد جملگی زندانیان دارای میزان بالای اضطراب و افسردگی نسبت به جمعیت کلی جامعه بودند (۳). به دیگر سخن چنین می‌توان گفت که حبس می‌تواند به شدت بر طرز فکر و رفتار فرد تأثیر بگذارد و سطوح شدیدی از افسردگی را در وی ایجاد نماید. پرواضح است این امر برای افرادی که از قبل مبتلای به افسردگی باشند، می‌تواند پیامدهای وخیم و نگران‌کننده‌تری را به دنبال داشته باشد. همچنین اغلب اوقات زندانیان با وضعیت روانی بسیار بدتری نسبت به قبل از گذران حبس به جامعه بازمی‌گردند.

افزون بر این، جهت بازپروری و جامعه‌پذیری دوباره مجرمین مبتلا به افسردگی که از مهم‌ترین اهداف نظام عدالت کیفری نیز محسوب می‌گردد، کیفر حبس می‌تواند مانعی قوی بر سر راه این هدف به شمار رود. در مطالعه‌ای که از زندانیان زن سه استان زنجان، قم و مرکزی در مورد عوامل مؤثر در اصلاح و بازپروری زندانیان پرسیده شد، این افراد بیان داشتند که با ورود به زندان مشکلات بسیار بیشتر از قبل خواهد شد و فرد حتی اگر تصمیم داشته باشد به سیر عادی زندگی برگردد و شهروندی مطیع باشد با وجود تجربه زندان، کاری بس دشوار پیش رو خواهد داشت (۲۵).

یکی دیگر از ابعاد پیامدهای صدور حکم به کیفر حبس در خصوص افراد افسرده را موضوع کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی باید معرفی نمود. در دوران تحمل حبس، زندان‌ها ملزم به ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای زندانیان هستند، اما کیفیت این مراقبت‌ها بسیار متفاوت از آنچه که باید در ساحت عمل وجود داشته باشد، است. پرواضح است کیفیت بالاتر این مراقبت‌ها در مورد زنان زندانی با توجه به ویژگی‌های فیزیولوژیکی خاص ایشان، ضرورت بیشتری می‌یابد.

ایجاد و ریشه‌دوانی کینه و نفرت در وی باید به انتظار انتقام او از جامعه نشست، موضوعی که در هر دو حالت فرسنگ‌ها دور از اهداف حقوق کیفری است.

بنابراین باید گفت اتخاذ رویکرد مبتنی بر سزادهی این دسته از بیماران هم‌تراز با دیگر افراد، اساساً ناکارآمد و خطرناک می‌باشد. بدون تردید از آنجایی که مجرمان دارای افسردگی حالتی بینابین میان داشتن مسئولیت و عدم مسئولیت کیفری هستند، موضوع کیفر این دسته از مجرمین نیازمند نگاه ویژه قانونگذار و نظام عدالت کیفری و تغییر رویکرد نسبت به گذشته است. بنابراین با تعیین راهکار مناسب جهت پاسخ کیفری به این گروه، ضمن جلوگیری از توالی فاسدی که ذکر گردید، امید بازگشت جامعه این افراد و برآورده شدن اهداف مجازات را زنده می‌شود. در این نوشتار بر پایه مطالعاتی که صورت گرفته است ایده‌ای را در رابطه با پاسخ کیفری مناسب به افراد دارای افسردگی مطرح می‌نماید که در ادامه بدان پرداخته خواهد شد.

۶. واکنش کیفری مناسب از منظر تجویزی: در قسمت قبل، شرح ناکارآمدی اعمال کیفرهای رایج در خصوص بزه‌کاران مبتلا به افسردگی بیان گردید. اکنون پس از رد کارآمدی کیفرهایی همچون حبس و شلاق، بایسته است در پی جایگزینی برای این مجازات‌ها برآمد و نمی‌توان این دسته از مجرمان را به حال خود رها نمود. به تعبیر روشن‌تر اگر نظام عدالت کیفری و جامعه نسبت به جرائم ارتكابی توسط افراد افسرده بیش از اندازه نگاهی حمایت‌گرانه و مهرورزانه اتخاذ نمایند، تمایل این گروه از بزه‌دیدگان می‌تواند در جلوه اتخاذ رویکردی به منظور ارتكاب جرائم دیگر و پرداخت بهای اندک در صورت دستگیری ظهور یابد. در نهایت خود این پاسخ کیفری سهل‌نگرانه می‌تواند از گذر پایین‌آوردن هزینه‌های ارتكاب جرم، منجر به بازشدن مسیر ارتكاب جرائم جدید توسط بزه‌کاران مبتلا به افسردگی گردد (۳۰). بنابراین در خصوص بزه‌کاران افسرده، «هنر تنبیه» بایسته است ضمن شناختی دقیق از این اختلال، بر پایه اهدافی روشن و مشخص انجام گیرد و زرادخانه حقوق کیفری در پاسخ به جرمی که

پس از بررسی ناکارآمدی کیفر حبس در خصوص بزه‌کاران مبتلا به افسردگی، حال به کیفر شلاق که یکی دیگر از کیفرهایی که ممکن است در خصوص آن‌ها مورد حکم قرار گیرد، پرداخت. در این رابطه مذاقه در دیدگاه یکی از متخصصین این زمینه مفید است. در مجازات شلاق شخص بزه‌کار تحقیر می‌شود و در صورت مجازات در ملأ عام این تحقیر بیشتر شده و عقده‌های بیشتری هم در درون او شکل می‌گیرد، اگر هم دیگر به سمت آن جرم نرود، به دلیل ترس وی از حکم است نه اینکه وی اصلاح شده باشد (۲۸). همچنین باید توجه داشت این ادعا که تنبیه بدنی یک عامل بازدارنده مؤثر در ارتكاب جرم به شمار می‌رود نه تنها توسط شواهد تجربی رد شده است، بلکه بر پایه نتایج این شواهد نشان داده شده است، مجرمانی که با ابزارهایی همچون شلاق مجازات می‌گردند، بیشتر از دیگران مرتکب جرم می‌شوند. افزون بر این، رالف ولش (Ralph Welsh) که بیش از ۲۰۰۰ بزه‌کار را مورد معاینه روان‌شناسی قرار داد نیز نتیجه پژوهش خود را چنین بیان می‌دارد که با افزایش شدت تنبیه بدنی در فرایند رشد بزه‌کار، احتمال اینکه او در آینده بیشتر دست به ارتكاب اعمال خشونت‌آمیز بزند، افزایش می‌یابد (۲۹). به همین جهت در نظام‌های حقوقی اکثر کشورهای توسعه‌یافته جهان نیز کیفرهای همراه با تنبیه بدنی دیگر وجود ندارد. به عنوان نمونه آخرین شلاق در ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۵۲ در ایالت دلاویر نواخته شد و این کیفر در سال ۱۹۷۲ در این ایالت ملغی گردید. در نظام عدالت کیفری کشور بریتانیا نیز اعمال این مجازات در سال ۱۹۴۸ به شدت محدود و در سال ۱۹۶۷ به طور کلی لغو گردید.

بنابراین به سبب ویژگی‌های خاص این دسته از بیماران، تأثیرات ویرانگر اعمال مجازات شلاق می‌تواند بیش از دیگر مجازات‌ها بر ایشان ظاهر گردد، زیرا جسم و روان فرد افسرده را درهم می‌شکند و اساساً در عوض آنکه وی را متوجه خطای خویش نماید و انگیزه‌ای برای اصلاح و درمان و بازگشت به جامعه در وی ایجاد نماید، او را با طوفانی از تحقیر مواجه می‌کند. به گونه‌ای که پس از اعمال این مجازات یا به فردی گوشه‌گیرتر و افسرده‌تر از قبل مبدل می‌گردد یا که به سبب

می‌برد، قاضی می‌تواند دستور درمان مجرم را طبق شرایطی صادر نماید. یکی از این شرایط، ارتباط جرم صورت گرفته با اختلال روانی است که در مورد افراد مبتلا به افسردگی نیز چنین موضوعی صدق می‌نماید (۳۲).

بدین‌سان در خصوص مرتکبین مبتلا به افسردگی، ضروری‌ترین و ابتدایی‌ترین اقدامی که در رابطه با این دسته از مجرمین لازم است در دستور کار قرار گیرد، لزوم شروع فرایند معالجه و درمان آن‌ها است و این فرایند در قالب صدور حکم دادگاه به تدابیر تأمینی صورت می‌گیرد. پرواضح است این مدت معالجه بایستی جز مدت مجازات ایشان محسوب گردد.

ویژگی‌ها و طول مدت این درمان وابسته به شدت جرم و دیگر موضوعات مربوط به آن نیست، بلکه وابسته به ویژگی‌های اختلال ذهنی و نیز اقدامات مورد نیاز برای ایجاد ثبات در مرتکب است. به همین سبب لزوم انجام اقدامات درمانی نسبت به مرتکبان مبتلا به افسردگی فارغ از آن است که جرم ارتكابی به سبب افسردگی یا در ارتباط با آن بوده است یا خیر، بلکه آنچه باید در مرحله تعیین کیفر نسبت به ایشان مورد توجه قرار گیرد، وضعیت بالینی کنونی آن‌ها و نیاز به تحت اقدامات درمانی در آمدن است. به تعبیر روشن‌تر، حتی اگر جرم ارتكابی متأثر از بیماری افسردگی و مرتبط با آن نباشد، این موضوع منافی لزوم انجام اقدامات درمانی نسبت به این بزه‌کاران نخواهد بود. تشکیل پرونده شخصیت در قانون آیین دادرسی کیفری برای برخی جرائم نیز در همین راستا می‌باشد.

باید توجه داشت این درمان می‌تواند اشکال متفاوتی داشته باشد، اما آنچه آشکار است این است که برای یافتن بهترین نوع درمان فرد افسرده، دادگاه لازم است از نظر پزشکان و دیگر متخصصین مربوطه همچون روان‌شناسان پس از معاینه بالینی فرد استفاده نماید. لزوم اعمال این موضوع در نظام حقوق کیفری ایالات متحده آمریکا نیز مورد تأیید و تأکید است (۳۳).

قابل توجه است، یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازها جهت درمان فرد مبتلا به افسردگی، شناسایی وی به شمار می‌رود. مونتر و

واقع شده است، هنرمندانه به کارگرفته شود تا پاسخ کیفری به عملی که ارتکاب یافته است نیز بتواند نتیجه‌بخش باشد. از این رو ضروری است به فکر راهکاری جایگزین، جهت یافتن کیفر مناسب بود و با توجه به حساسیت‌ها و آسیب‌پذیری بیشتر این دسته از بزه‌کاران نسبت به دیگر بزه‌کاران، لزوم توجه به هنر تنبیه جهت یافتن کیفر مناسب، بیش از پیش آشکار می‌گردد. در خصوص بزه‌کاران مبتلا به افسردگی، از آنجا که این واقعیت وجود دارد که دنیای درونی این اشخاص عمیقاً تحت تأثیر بیماری افسردگی است و نمی‌توان همچون دیگر افراد برای آن‌ها مسئولیت کیفری کامل در نظر گرفت. از طرفی دیگر نیز این‌گونه نیست که ایشان همچون بیماران مبتلا به جنون، فاقد درک و قصد ارتکاب جرم باشند (آگاه به ارتکاب جرم هستند، اما اختلال افسردگی بر ارتکاب جرم توسط آن‌ها مؤثر است). بنابراین نظام عدالت کیفری در مسأله تحمیل مسئولیت کیفری و تعیین مجازاتشان، ضروری است تعادلی میان صدور حکم بر کیفر و همچنین رهایی شخص بدون اعمال توجه و کیفر وی ایجاد نماید. بنا به ملاحظات طرح‌شده، جهت رسیدن به این مقصود، این نوشتار ایده خود را بر پایه اتخاذ رویکردی مبتنی بر «لزوم انجام اقدامات درمانی از گذر صدور حکم به تدابیر تأمینی همراه با الزام قاضی به تخفیف مجازات و صدور حکم به تعلیق مراقبتی یا کیفرهای جایگزین حبس متناسب با ویژگی‌ها و احوال مرتکب» استوار می‌نماید.

یکی از مهم‌ترین تدابیر تأمینی، اقدامات درمانی است. این اقدامات، ضمن فراهم کردن درمان نقص‌ها و نارسایی‌های روانی و جسمی و عصبی برای مرتکب و بازپروری وی، حمایت از جامعه را نیز هدف خود قرار می‌دهند (۳۱). از حیث تاریخی نیز قابل مشاهده است متأثر از مکاتب جرم‌شناسی، درمان و اصلاح مجرم به بخشی از استخوان‌بندی نظام عدالت کیفری در اعمال کیفر مبدل شده‌اند و دیگر تنها محبوس‌نمودن و ایراد درد و رنج به فرد مجرم مد نظر قرار ندارد. این نگاه درمان‌گرایانه در قانون مجازات سوئیس هم به خوبی مشخص شده است. در ماده ۵۳ این قانون عنوان شده است که هرگاه اثبات گردد مرتکب جرم، از یک اختلال شدید روانی رنج

بخش دیگر ایده تجویزی، الزام دادگاه به صدور حکم تعلیق مراقبتی و یا حکم به کیفرهای جایگزین حبس مطابق با وضعیت، شخصیت، روحیات و ویژگی‌های فرد و دیگر اوضاع و احوال است. از جایی که صدور این دو همزمان با یکدیگر ممکن نخواهد بود و گاهی نیز توسل به این دو نهاد با موانع قانونی یا دیگر موانع همچون عدم گذشت شاکی مواجه است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد بنا به وضعیت و ویژگی‌های شخص مرتکب و دیگر اوضاع و احوال، دادگاه یکی از این دو راه برگزیند.

نهاد تعلیق مراقبتی نیز راهکار مناسب دیگر نسبت به این مجرمان است. در این نوع از تعلیق، فرد مرتکب علاوه بر شرایط تعلیق ساده، متعهد می‌شود که دستورات و تدابیر مقرر شده به وسیله دادگاه را در مدت تعلیق رعایت کند و به اجرا گذارد. یکی از این دستورات، می‌تواند «الزام به درمان بیماری» باشد (بند «پ» ماده ۴۳ قانون مجازات). بنابراین از این پتانسیل قانونی نیز برای درمان این دسته از بزه‌کاران می‌توان بهره جست، به گونه‌ای که فرد، هم از محیط‌های خطرناک همچون زندان دور می‌ماند و هم تحت درمان و معالجه در می‌آید.

در رابطه با صدور حکم به کیفرهای جایگزین نیز استفاده از این نهاد حقوقی که می‌تواند شامل دوره‌های مراقبت، خدمات عمومی رایگان و جزای نقدی باشد، می‌تواند در صورت صلاحدید دادگاه و یا در مواردی که امکان تعلیق مجازات وجود ندارد، با توجه به وضعیت، شخصیت، روحیات و ویژگی‌های فرد و دیگر اوضاع و احوال موجود مورد توجه دادگاه قرار گیرد. سبک‌ترین نوع مجازات جایگزین حبس، دوره مراقبت است. قانونگذار خود در صدر ماده ۸۳ قانون مجازات اسلامی به تعریف دوره مراقبت می‌پردازد: «دوره مراقبت دوره‌ای است که طی آن محکوم، به حکم دادگاه و تحت نظارت قاضی اجرای احکام به انجام یک یا چند مورد از دستورهای مندرج در تعویق مراقبتی به شرح ذیل محکوم می‌گردد...». بنابراین از این پتانسیل قانونی نیز به خوبی می‌توان در رابطه با این دسته از بزه‌کاران استفاده نمود. همچنین اگر صدور حکم به خدمات عمومی رایگان با مشورت

گریفین (Montez and Griffin) (۳۳)، در مدل رهگیری خود در رابطه با بیماران مبتلا به اختلال روانی مجموعه‌ای از نقاط رهگیری را مشخص و معرفی می‌نمایند که در آن می‌توان مداخلاتی را برای شناسایی افراد مبتلا به اختلالات روانی یا درگیری و نفوذ عمیق‌تر آنان در دل نظام عدالت کیفری انجام داد. هر یک از این نقاط فرصتی برای شناسایی این دسته از مرتکبین است. این نقاط عبارتند از: ۱- در مواجهه با ضابطین و هنگام دستگیری؛ ۲- بازداشت اولیه و جلسات بازجویی؛ ۳- در زندان‌ها؛ ۴- در دادگاه‌ها؛ ۵- هنگام ارزیابی‌های پزشکی قانونی و دیگر متخصصین؛ ۶- هنگام ورود مجدد به زندان. در واقع ایده و مبنای پشت این مدل این است که تا جایی که ممکن است لازم است بیشتر مجرمین مبتلا به افسردگی در نقاط اولیه شناسایی شوند. گفتنی است از جایی که تعداد بسیاری از مجرمین ممکن است لایه‌هایی از افسردگی را در خود داشته باشند، بنابراین با توجه به امکانات موجود لازم است این توجه نسبت به شناسایی مجرمان دارای افسردگی با لایه‌های عمیق صورت گیرد.

علاوه بر لزوم انجام اقدامات درمانی نسبت به این دسته از مجرمین، دیگر بخش این ایده، الزام دادگاه به تخفیف کیفر در خصوص مجرمان مبتلا به افسردگی است. به عقیده نگارندگان این نوشتار، از آنجا که وجود نهادهایی همچون کیفیات مخففه کیفر می‌تواند به عنوان ابزاری کارساز و ضروری جهت صدور احکام دادگرانه و اصل فردی‌کردن کیفر (The Principle of Individualization of Punishment) به شمار رود. از این رو در رابطه با این دسته از بزه‌کاران نیز با توجه به ویژگی‌های خاص ایشان، اقتضای عدالت آن است که قانونگذار نگاهی حمایتگرانه بیش از پیش نسبت به آن‌ها ابراز دارد و به جای آنکه تصمیم‌گیری در صدور یا عدم صدور حکم به تخفیف کیفر را به دادگاه بسپرد، همچون نظام حقوقی کشورهای از شمار اسپانیا، سوئیس و آلمان با تعیین دامنه‌ای مشخص، الزام به اعمال تخفیف کیفر نسبت به این دسته از مجرمان را برای دادگاه مقرر سازد. این دیدگاه موافق‌تر و منطبق‌تر با عدالت و اصل فردی‌کردن مجازات‌ها به نظر می‌رسد.

دادگاه با متخصصین در نظرگرفتن مصلحت‌های موجود در رابطه با فرد افسرده صورت گیرد، به گونه‌ای که به دور از هرگونه تحقیر و آسیب به عزت نفس وی باشد، این موضوع خود می‌تواند زمینه‌ساز بازاجتماعی‌شدن و بازگشت دوباره ایشان به جامعه و زندگی عادی‌شان را فراهم نماید.

در نتیجه در مرحله تعیین کیفر باید توجه داشت به عنوان یکی از بنیادی‌ترین اصول حقوق کیفری، کیفرمندی نسبت به مجرمین نباید یکسان باشد. بنابراین لازم است به ویژگی‌ها و وضعیت جسمی و روانی هر مرتکب مبتلا به افسردگی نیز در تعیین کیفر مذاقه لازم صورت گیرد، زیرا کیفر اهدافی دارد که عدم توجه به این موضوع می‌تواند آن را در رسیدن به هدف خود بازدارد. در این راستاست که فوکو (Foucault) در کتاب «مراقبت و تنبیه، تولد زندان»، باور خویش را چنین بیان می‌دارد که: «کیفر نه تنها باید فردی باشد، بلکه باید فردی‌ساز نیز باشد» (۳۴).

بر این پایه است که بسته به شرایط و وضعیت فرد مبتلا به افسردگی دادگاه ممکن است که در کنار الزام به درمان و تخفیف مجازات وی، حکم به تعلیق مراقبتی یا کیفرهای جایگزین حبس صادر نماید.

نتیجه‌گیری

افسردگی، شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در سراسر جهان است که میلیون‌ها نفر در سطح جهان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و با افزایش طیف گسترده‌ای از پیامدهای نامطلوب همراه است. در این میان یکی از بحث‌برانگیزترین موضوعات، بررسی تأثیر افسردگی بر ارتکاب رفتارهای مجرمانه افراد است. نوشتار حاضر در مواجهه با این پرسش که آیا میان افسردگی و ارتکاب رفتارهای مجرمانه فرد رابطه‌ای وجود دارد یا خیر و در صورت تأثیر افسردگی بر فعل یا ترک فعل مجرمانه فرد، نظام عدالت کیفری چگونه باید در پی پاسخ‌دهی به مجرمان دارای افسردگی برآید، پس از بررسی مطالعات مختلف صورت گرفته، بدین‌نتیجه رسید که تشخیص اینکه یک فرد مبتلا به افسردگی است، می‌تواند به این معنی باشد که او سه برابر

بیشتر از دیگران احتمال ارتکاب جرائم را در خود دارد. همچنین این افراد در مقایسه با دیگران پنج تا شش برابر بیشتر در معرض آسیب به خود قرار دارند. بعد از روشن‌شدن مثبت‌بودن رابطه میان افسردگی و ارتکاب جرم، این پژوهش در پی یافتن پاسخ کیفری مناسب نسبت به این دسته از بزه‌کاران برآمد. ابتدا در نگاهی به نظام عدالت کیفری ایران روشن‌گردید مسئولیت یا عدم مسئولیت افراد مبتلا به اختلال روانی در قانون مجازات اسلامی به صورت مطلق پذیرفته شده است و به صورت غیر منعطف به جنون نگاه داشته می‌شود. بنابراین میان مسئولیت کیفری و بی‌مسئولیتی مرز و دامنه دیگری قابل یافت نیست، در حالی که طیفی میان این دو نیز وجود دارد و افسردگی نیز دقیقاً در این طیف قرار دارد. از این رو با توجه به گستردگی این بیماری در سطح جامعه و مغفول‌ماندن آن از نگاه نظام حقوق کیفری بدون تردید می‌تواند مشکل‌ساز باشد و همچون دیگر بزه‌کاران نایبستی با بزه‌کاران مبتلا به افسردگی پاسخ سزاگرایانه داد. لزوم شناخت این اختلال توسط قضات مسأله‌ای غیر قابل تردید است. نیک روشن است عدم آگاهی قضات نسبت به این اختلال، می‌تواند سبب آن گردد که گاه مجازات فردی که می‌بایست در جهت اصلاح آن باشد، تبدیل به مجازاتی با وجهه کیفری شدیدی گردد که نمی‌تواند اهداف مجازات را تأمین نماید و پیامدهای ناخوشایندی برای فرد و جامعه به دنبال داشته باشد. بنابراین لزوم تجویز پاسخ کیفری مناسب و متناسب با این بیماری روشن می‌گردد. موضوعی که هدف این پژوهش قرار گرفته است.

برای رسیدن به این مقصود، این تحقیق بدین رهیافت می‌رسد کیفرهایی با وجه غالب سزاگرایی به سبب اثرات ویرانگر بر عملکرد روان‌شناختی و خطراتی همچون خودکشی و دیگرکشی و همچنین آثار جسمی و روانی که بر این دسته از مجرمین به دنبال دارد، نسبت به این دسته از مجرمین مناسب نیستند. از این رو در مرحله تعیین کیفر از منظر تجویزی، مناسب‌ترین پاسخ کیفری برای مجرمان مبتلا به افسردگی، لزوم انجام اقدامات درمانی از گذر صدور حکم به

تدابیر تأمینی همراه با الزام قاضی به تخفیف مجازات و صدور حکم به تعلیق مراقبتی یا کیفرهای جایگزین حبس، متناسب با ویژگی‌ها و احوال مرتکب است.

در رابطه با این دسته از مرتکبین آنچه ضروری است، لزوم معالجه و انجام اقدامات درمانی است که مناسب‌ترین روش پیشگیری از تکرار جرم توسط آن‌ها به شمار می‌رود. در مورد این دسته از اقدامات، برای یافتن بهترین نوع درمان فرد افسرده، دادگاه لازم است از نظر پزشکان و دیگر متخصصین مربوطه همچون روان‌شناسان پس از معاینه بالینی فرد استفاده نماید، اما این نهایت کار نیست. از جایی که دنیای درونی آن‌ها متأثر از بیماری افسردگی است و این اختلال بر تصمیم‌گیری‌ها و کنش ایشان تأثیر می‌گذارد، این دسته از مرتکبین ضروری است از الزام تخفیف کیفر بهره‌مند شوند. افزون بر این، جهت تحت نظر و کنترل‌بودن فرد مرتکب، دادگاه می‌تواند بنا به وضعیت مرتکب، جرم ارتكابی و اوضاع و احوال موجود، صدور حکم به تعلیق مراقبتی و یا یکی از انواع مجازات‌های جایگزین حبس همچون دوره‌های مراقبت یا خدمات عمومی رایگان را متناسب با شخصیت فرد مرتکب در دستور کار قرار دهد.

در پایان با توجه به خلأها و نگرانی‌هایی که در رابطه با چگونگی پاسخ کیفی نسبت به این دسته از مرتکبین در نظام حقوق کیفری ایران وجود دارد، پیشنهادات ذیل ارائه می‌گردد:

- اصلاح ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ و پذیرش رویکرد مسئولیت کیفری کاهش‌یافته در نظام عدالت کیفری ایران نسبت به افراد مبتلا به اختلال‌های روانی پایین‌تر از جنون؛
- تدوین قانون جامع بهداشت روانی در خصوص بیماران مبتلا به اختلال روانی جهت فهرست‌بندی دقیق و جامع عنوان‌های اختلال‌های روانی و شرح آن‌ها. از این رو تدوین و تنقیح یک قانون جامع در این زمینه، جهت تشخیص مصادیق جنون و اختلال‌های روانی پایین‌تر از آنکه بر ارتکاب جرم مؤثر واقع می‌شوند، دارای اهمیت شایگان است که این موضوع از تشتت و صدور آرای متعارض در رویه قضایی جلوگیری می‌نماید؛
- ضروری‌بودن آگاهی‌بخشی قضات و کلای محترم، آشنایی بیشتر آنان با تأثیر افسردگی و دیگر

اختلالات روانی بر افراد و فراگیرشدن باور لزوم اعمال رویکردی حمایت‌گراانه نسبت به افراد مبتلا به اختلال افسردگی در رویه قضایی؛

- توسعه یک سیاست سازمانی جهت پیشگیری از خودکشی و توجه بیشتر به این افراد در زندان، جهت شناسایی و درمان آن‌ها و در صورت امکان جلوگیری از تشدید آن؛
- استفاده از متخصصان بهداشت روان در مراکز پلیس جهت معاینه افراد مبتلا به افسردگی شدید پس از دستگیری؛
- استخدام متخصصانی در زمینه بهداشت روان جهت معاینه افراد، پس از دستگیری، چه در زندان‌ها و چه در دادگاه‌ها. این متخصصان در مورد احتمال وجود بیماری روانی همچون افسردگی توصیه‌هایی به دادگاه بیان می‌دارند و گزینه‌هایی را برای ارزیابی و درمان پیشنهاد می‌کنند. این تجربه موفق در کشورهای همچون ایالات متحده آمریکا در نظام حقوق کیفری ایران نیز قابل به کارگیری است؛
- نظر به فقدان تحقیقات تجربی قوی برای بررسی رابطه اختلالات روانی و ارتکاب جرائم مختلف که این موضوع مورد انتقاد صاحب نظرانی در کشورهای دیگر هم قرار گرفته است (۳۵)، تحقیقات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است و امید است این موضوع مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

مشارکت نویسندگان

محمد یکرنگی: نگارش متن، نظارت بر انجام پژوهش، ویرایش نهایی مقاله.

نیما جهانگیری: نگارش متن، ارائه ایده و تحلیل مطالب.

نعیم جهانگیری: نگارش متن، جمع‌آوری و ارائه اطلاعات.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از جناب آقایان دکتر حمیدرضا نیکوکار پژوهشگر عدالت کیفری دانشگاه آلبرت لودویگز (فرایبورگ) آلمان، دکتر سیدمهدی صابری

روان‌پزشک و عضو هیأت‌علمی سازمان پزشکی قانونی، نعیم شیرمحمدی دانشجوی کارشناسی ارشد علوم کاربردی دانشگاه سینت مری کانادا و غلام‌حسین صادق‌زاده دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشگاه تهران به واسطه بیان دیدگاه‌های ارزشمند و کمک در هموارتر شدن مسیر این پژوهش اعلام می‌دارند.

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.

References

- Jahangiri N. The relationship between executive functions, coping strategies and explicit memory with depression in university students in Ilam. MA Dissertation. Kermanshah: Razi University of Kermanshah; 2020. p.4. [Persian]
- Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2017; 16(2): 106-117.
- Putwain D, Sammons A. Psychology and crime. Translated by Najafi Tavana D. Tehran: Mizan Legal Foundation; 2018. p.193-196. [Persian]
- Jackson SW. Melancholia and mechanical explanation in eighteenth-century medicine. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1983; 38(3): 298-319.
- Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ. Anxiety disorders in the 21st century: Status, challenges, opportunities and comorbidity with depression. *The American Journal of Managed Care*. 2005; 11(12 Suppl): S344-353.
- Barber T. Mental Disorders with High Suicide Rates. 2018. Available at: <https://www.thetreatmentsspecialist.com/mental-disorders-with-high-suicide-rates/> Accessed March 12, 2022.
- Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Bipolar disorder. *BMJ*. 2012; 345: e8508.
- Harvard Medical School. Bipolar disorder. 2014. Available at: <https://www.health.harvard.edu/mental-health/bipolar-disorder>. Accessed July 18, 2023.
- Da Silva AT, Menezes PR. Depression and violent crime: is there a relationship?. *Evid Based Ment Health*. 2015; 18(4): 114.
- Tran M. Depression linked to violent crime, study finds. 2015. Available at: <https://www.psych.ox.ac.uk/news/depression-linked-to-violent-crime-study-finds#:~:text=People%20with%20a%20depressive%20illness,they%20were%20diagnosed%20with%20depression.> Accessed July 18, 2023.
- Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM, Lichtenstein P. Depression and violence: A Swedish population study. *The Lancet Psychiatry*. 2015; 2(3): 224-232.
- Yoon JH, Kim JH, Choi SS, Lyu MK, Kwon JH, Jang YI, et al. Homicide and bipolar I disorder: A 22-year study. *Forensic Science International*. 2012; 217(1-3): 113-118.
- Strakowski SM. Integration and consolidation. A neurophysiological model of bipolar disorder. *The Bipolar Brain. Integrating Neuroimaging and Genetics*. New York: Oxford University Press; 2012. p.253-273.
- Pokorny AD. Suicide rates in various psychiatric disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1964; 139(6): 499-506.
- Handley T, Rich J, Davies K, Lewin T, Kelly B. The challenges of predicting suicidal thoughts and behaviours in a sample of rural Australians with depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15(5): 928.
- Alimardani AM, Ardekani A, Vahedi M. Genetics and crime. 1st ed. Tehran: Majd Publications; 2015. [Persian]
- Habibzadeh M, Fakhr Bonab H. Comparison of justifications and Conditions. *The Journal of modares*. 2005; 40(9): 37-58. [Persian]
- Hajjou R. Neoclassical School; Enlightenment in criminal law. 2014. Available at: <https://www.ruholla.hajjou.blogfa.com/post/60/>. Accessed July 18, 2023. [Persian]
- Wilson S. criminal responsibility. *Psychiatry*. 2009; 8(12): 474-475.
- Omrani S. In Europe, the mentally unemployed are not criminally responsible (3); A comparative study of the lack of criminal responsibility of mental patients in eight countries. *Reform and Education*. 2007; 61: 24-26. [Persian]
- Lothemy L, Kelp P. L'essentiel droit pénal général Français. Translated by Amini MR. Tehran: Mizan Publications; 2008. p.96. [Persian]
- Niknahad Z. Impact of Mental Illness on Intolerance of Punishment; a Case Study of Hamadan Forensic Medicine. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2020; 25(4): 31-37. [Persian]
- Yekrangi M. Penal policy. *National Security Calendar of the Islamic Republic of Iran. Research Institute of Strategic Studies*. 2021; 11: 239-250. [Persian]
- Zamble E, Porporino FJ. Coping, behavior and adaptation in prison inmates. New York: Springer Science & Business Media; 1998.
- Mahdavi-pour A, Shahrani Karani N, Darabi Panah SH. alternatives for imprisonment in view of prisoners. *Journal of Criminal Law Research*. 2018; 6(23): 281-317. [Persian]

26. Villines Z. The Effects of Incarceration on Mental Health. 2013. Available at: <https://www.goodtherapy.org/blog/prison-incarceration-effects-mental-health-0315137>. Accessed March 12, 2022.
27. Purdy M. Brutality Behind Bars: A special report. Prison's Violent Culture Enveloping Its Guards. 1995. Available at: <https://www.nytimes.com/1995/12/19/nyregion/brutality-behind-bars-special-report-prison-s-violent-culture-enveloping-its.html?pagewanted=all>. Accessed March 12, 2021.
28. Tabrizi M. Execution of sentences of whipping or imprisonment for all crimes is medieval. 2018. Available at: <https://www.isna.ir/xd3kNV>. Accessed March 12, 2021. [Persian]
29. Welsh RS. The Belt Theory of Discipline and Delinquency: Critical Issues Presentation. Atlantic City, New Jersey: Paper presented at the Annual Meeting of the New Jersey Education Association; 1980.
30. Hallevy G. The matrix of insanity in modern criminal law. Translator by saed MJ, Pourbagher H. 1st ed. Tehran: Ganj-e Danesh Publications; 2015. [Persian]
31. Ellis JW. The consequences of the insanity defense: Proposals to reform post-acquittal commitment laws. Catholic Univeristy Law Review. 1986; 35(4): 961-1020.
32. Yekrangi M, Kowlivand R. The Effect of Kleptomania on Criminal Liability. MLJ. 2014; 8(28): 76-104. [Persian]
33. Rossman S. Criminal justice interventions for offenders with mental illness: Evaluation of mental health courts in Bronx and Brooklyn. New York: Scholar's Choice; 2015.
34. Foucault M. Discipline and punish: The birth of the prison. Translated by Sarkhosh N, Jahandideh A. Tehran: Ney Publishing House; 1975. [persian]
35. Flynn S, Gask L, Appleby L, Shaw J. Homicide-suicide and the role of mental disorder: A national consecutive case series. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2016; 51: 877-884.