

Criminal Liability of Patients with “IED” (Intermittent Explosive Disorder)

Reza Zahravi¹

Assistant Professor, Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Law and Political Sciences, Tehran University, Tehran, Iran.

Mahdiyeh Ghanizadeh*

Assistant Professor, Department of Jurisprudence and Fundamentals of Islamic Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Qom, Iran.

Abstract

IED or Intermittent Explosive Disorder is a type of impulse control disorder whose main characteristic is impulsive aggression. One of the issues of criminal psychology, in relation to the said disorder, is related to the extent and manner of its impact on the occurrence of criminal behavior on the part of the patient. According to psychological data, there is a significant relationship between a person suffering from intermittent explosive disorder and committing violent crimes by the patient. Therefore, one of the most important issues regarding these patients is their criminal responsibility for the crime they committed due to their mental disorder. Considering the considerable research gap in this case, the present study has analyzed the effect of the special condition of patients with IED disorder on their criminal responsibility in a descriptive-analytical way with a comparative review of psychological texts and legal texts. The findings of the research indicate that firstly, impulsive aggression in this disorder is often considered a factor in the occurrence of violent crimes by the patient. Secondly, the mentioned disorder takes away the individual's will when committing a crime in a relative manner. Thirdly, deprivation of the relative will of a criminal with intermittent explosive disorder requires reduced criminal responsibility in a specific framework and in accordance with jurisprudential standards. Fourthly, punitive punishments in patients with intermittent explosive disorder, due to the special conditions of these people, often lack deterrence and worsen the patient's condition. Fifthly, in this category of criminals, adopting a therapeutic approach to eliminate the origin of the crime and preventing the repetition of the crime is prioritized over the punitive approach.

Keywords: IED disorder (intermittent explosive disorder), impulsivity, aggression, crime, criminal liability, Impaired criminal responsibility, will.

1.rezazahravi@ut.ac.it

* **Email:** M.ghanizadeh@qom.ac.ir (Corresponding Author)

فصلنامه علمی دیدگاه‌های حقوق قضائی
مقاله پژوهشی، دوره ۲۹، شماره ۱۰۵، بهار ۱۴۰۳، صفحات ۱۰۳ تا ۱۲۲
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۳

مسئولیت کیفری بیماران مبتلا به اختلال «IED» (اختلال انفجاری متناوب)

ارضا زهروی^۱ استادیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی،
دانشگاه تهران، تهران، ایران.

امهدیه غنی‌زاده^{*} استادیار گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی،
دانشگاه قم، قم، ایران.

چکیده

اختلال IED یا اختلال انفجاری متناوب، نوعی اختلال کنترل تکانه به‌شمار می‌رود که از خصایص اصلی آن، پرخاشگری تکانشی است. یکی از مسائل روان‌شناسی جنایی، در رابطه با اختلال مزبور، مربوط به میزان و نحوه تأثیر آن در بروز رفتار مجرمانه از سوی بیمار است. به نحوی که مطابق داده‌های روان‌شناسی، ارتباط معناداری میان ابتلای فرد به اختلال انفجاری متناوب و ارتکاب جرائم خشن از سوی بیمار، به چشم می‌خورد. لذا یکی از مهم‌ترین مسائل در رابطه با این بیماران، مسئولیت جزایی آنان در قبال جرمی است که به‌واسطه اختلال روانی خویش مرتکب شده‌اند. با توجه به خلأ پژوهشی قابل ملاحظه در این مورد، پژوهش حاضر به شیوه توصیفی - تحلیلی با بررسی تطبیقی متون روان‌شناسی و متون حقوقی به تبیین میزان تأثیر وضعیت خاص بیماران مبتلا به اختلال «IED» در مسئولیت جزایی آنان پرداخته است. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که اولاً، پرخاشگری تکانشی در این اختلال اغلب عاملی برای بروز جرائم خشن از سوی بیمار به‌شمار می‌رود؛ ثانیاً، اختلال مزبور، اراده فرد را هنگام ارتکاب جرم به نحو نسبی، سلب می‌کند؛ ثالثاً، سلب اراده نسبی مجرم مبتلا به اختلال انفجاری متناوب، مسئولیت جزایی نقصان‌یافته در چارچوب مشخص و منطبق با موازین فقهی را اقتضا می‌کند؛ رابعاً، مجازات‌های

1.rezazahravi@ut.ac.ir

Email: M.ghanizadeh@qom.ac.ir

* نویسنده مسئول

نقصان یافته در چارچوب مشخص و منطبق با موازین فقهی را اقتضا می‌کند؛ رابعاً، مجازات‌های تنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال انفجاری متناوب با توجه به شرایط خاص این افراد، اغلب فاقد بازدارندگی به‌شمار می‌رود و وضعیت بیمار را وخیم‌تر می‌سازد؛ خامساً، در این قسم از مجرمان، اتخاذ رویکرد درمانی جهت از بین بردن منشأ جرم و ممانعت از تکرار جرم بر رویکرد تنبیهی اولویت دارد.

واژگان کلیدی: اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)، تکانشگری، پرخاشگری، جرم، مسئولیت جزایی، مسئولیت جزایی نقصان یافته، اراده.

مقدمه

از منظر علوم تربیتی و روان‌شناسی جنایی بهنجاری، همسویی و تطابق فرد با موازین و معیارهای یک جامعه از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی است (پورافکاری، ۱۳۸۸: ۸۵) و در مقابل، اختلالات و بیماری‌های روانی، گروهی از اختلالات و نابهنجاری‌هاست که با تأثیر بر تفکر، رفتار، ادراک و آگاهی فرد، بازتابی از نابهنجاری را در فرایند زیستی، روانی یا رشد فرد به دنبال می‌آورد که معمولاً سبب ناراحتی قابل ملاحظه یا نقص در عملکردهای گوناگون روحی و روانی وی و طبعاً رفتارهای وی در تعامل با خود و دیگران می‌شود (American Psychiatric Association, 2013). اختلالات و ناهنجاری‌های روانی، طیف گسترده‌ای را دربرمی‌گیرند. به نحو کلی از یک سو بسته به میزان درگیری بیمار با اختلالات روانی در دوره‌های مختلف زندگی، اختلالات مزبور به دو دسته اختلال روانی با قلمرو عام و اختلال روانی با قلمرو خاص قابل تقسیم می‌شوند، هرچند از جهات مختلف دیگری نیز می‌توان این تقسیم را ملاحظه و براساس معیارهای عینی یا ذهنی به شقوق دیگر منقسم کرد. اختلال روانی با قلمرو عام، عاملی برای درگیری تمامی قلمرو زندگی فرد با بیماری و اختلال است. افسردگی از جمله این اختلالات است که تمامی قلمرو زندگی فرد را به خود درگیر می‌سازد. اختلال روانی خاص، تنها یک بخش و یک زاویه از زندگی فرد را درگیر می‌کند. برای مثال، بیمار روانی که به جرائم جنسی دست می‌زند در زمره بیماران روانی با قلمرو خاص محسوب می‌شود. از سوی دیگر، از منظر میزان سلب اختیار، بیماران روانی را می‌توان ذیل دو بخش سلب کامل اختیار و سلب جزئی آن به‌شمار آورد. چنانچه میزان فشار وارده بر قدرت تصمیم‌گیری فرد به اندازه‌ای باشد که هیچ اختیار و اراده‌ای برای او باقی نماند، از موارد سلب اختیار کامل محسوب می‌شود و می‌تواند از دفاع اجبار استفاده کند. اما در فرضی که میزان فشار وارده در این حد نبوده و به سلب نسبی اختیار و اراده در فرد منجر شود، می‌تواند تحت شرایطی از

موارد سلب جزئی محسوب شود (گودرزی و کیانی، ۱۳۸۹: ۳۴۳). سلب مسئولیت کیفری خواه در موارد نوع نخست و سلب کلی مسئولیت و خواه در نوع اخیر که سلب نسبی مسئولیت است از حیث آثاری است که این بیماری بر رکن معنوی جرم و به تعبیر دقیق‌تر اجزای روانی رکن معنوی را مخدوش می‌کند (زهروی و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۵۵) و آثار رفع مسئولیت را بر آن مترتب می‌سازد، هرچند خود این بیماری نیز می‌تواند معلول یک رفتار مجرمانه والدین یا ثالث باشد و رابطه سببیتی را از حیث رکن معنوی غیرروانی رقم زند.

بر این اساس در ارتباط با بیماران روانی در برخی موارد، نقص عملکرد حاصل از اختلال روانی، عاملی برای بروز جرم از سوی بیمار محسوب می‌شود؛ لذا بیمار در زمره مجرمان خاصی قرار می‌گیرد که مسئولیت جزایی و کیفری آنان ممکن است، متفاوت از افراد عادی باشد و یا در برخی موارد چنان سطح ضعیف و کم‌رنگی را در مقایسه با افراد نرمال ایجاد کند که موجب تفاوت و سیاست افتراقی در تعیین مسئولیت کیفری نمی‌شود.

در رابطه با اختلال IED یا اختلال انفجاری متناوب به‌عنوان یکی از اختلالات روانی، سؤالی که مطرح می‌شود این است که اختلال مذکور تا چه اندازه می‌تواند در شکل‌گیری جرم، نقش داشته باشد و در فرض دخالت آن در بروز جرم تا چه میزان در تحقق مسئولیت جزایی فرد تأثیر خواهد داشت؟

با توجه به ضرورت و لزوم بررسی این مسئله و عدم پژوهش مستقل در این زمینه، پژوهش حاضر تلاشی است در راستای پاسخ‌گویی به مسائل فوق و تبیین مسئولیت جزایی مجرمان مبتلا به اختلال انفجاری متناوب.

۱. کلیات بحث و موضوع‌شناسی

پیش از پرداختن به احکام ماهیت اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) باید ماهیت آن و ابعاد موضوع‌شناسی مربوط به آن تبیین شود تا تناسب‌سنجی میان حکم و موضوع از حیث عقلانی، فقهی و حقوقی قابل ارزیابی شود. مفهوم تکانشگری و پرخاشگری نیز که از مفاهیم مرتبط با این امر هستند نیازمند تبیین است تا احکام متناسب با آن‌ها نیز ملاحظه شود.

۱-۱. ماهیت اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)^۱

اختلال IED یا اختلال انفجاری متناوب، نوعی اختلال کنترل تکانه از نوع اختلال پرخاشگری تکانشی محسوب می‌شود (American Psychiatric Association, 2013). در این نوع اختلال، فرد درگیر مشکلاتی در زمینه خودکنترلی هیجانی و رفتاری است (Tobin & House, 2016). لذا طی دوره‌هایی، قادر به مقاومت در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه نیست و اقدام به اعمال تهاجمی یا تخریب اموال می‌کند (گنجی، ۱۳۹۴؛ VandenBos, 2015). فوران خشم و نقض حقوق دیگران (Tobin & House, 2016)، عدم تناسب پرخاشگری با محرک برانگیزنده و پرخاشگری مکرر و برنامه‌ریزی نشده از مشخصه‌های این اختلال است (Coccaro, 2018).

از نکات قابل توجه در این بیماری این است که بروز رفتار پرخاشگرانه ناشی از این اختلال، مقطعی و دوره‌ای است (Sadock et al., 2015)، اگرچه خصیصه اصلی این اختلال، تداوم آن در طول زمان است، به نحوی که در صورت عدم توجه به آن و عدم درمان آن به تدریج وخیم‌تر می‌شود و مشکلات عدیده‌ای برای فرد به دنبال خواهد آورد (Tobin & House, 2016). با توجه به آنکه در شکل‌گیری اختلال فوق، تکانشگری و پرخاشگری، نقش محوری و اساسی را ایفا می‌کنند (Bosse et al., 2007) در ادامه به تعریف این دو اصطلاح خواهیم پرداخت.

۲-۱. مفهوم تکانشگری^۲

در تبیین اصطلاح تکانشگری، تعاریف گوناگونی ارائه شده است که بعضاً تعارض و وجوه افتراقی را دارند که می‌تواند موجب احکام و آثار متفاوتی شود. برای نمونه برخی بر این عقیده‌اند که تکانه، میل شدید به انجام یک فعل در پاسخ به یک محرک ذهنی یا بیرونی است و زمانی که فرد، تمایل به انجام فعلی دارد تا از طریق آن تنش و استرس خود را کاهش دهد، در واقع یک تکانه را تجربه کرده است (کاو، ۱/۱۳۹۱: ۲۹۰). برخی دیگر بر این باورند که تکانشگری، طیف وسیعی از رفتارهایی است که تفکر کم‌تری نسبت به آن‌ها صورت گرفته، به نحو رشدنیافته و برای دستیابی به یک لذت بروز می‌یابد، مخاطره‌آمیز است و پیامدهای ناخواسته قابل ملاحظه‌ای را در پی دارد (Petry, 2001). گروهی دیگر معتقدند تکانشگری، تمایل به واکنش سریع و برنامه‌ریزی نشده به محرک‌های درونی یا بیرونی است بدون آنکه به عواقب و پیامدهای آن توجه شود (Coccaro &

1. intermittent explosive disorder
2. impulsiveness

(Grant, 2018) و ویژگی اصلی آن عدم مقاومت در برابر انگیزه یا وسوسه‌ای است که به نحو بالقوه می‌تواند برای فرد یا دیگران و یا اجتماع، آسیب‌زا باشد. به گونه‌ای که تکانه‌ای ناگهانی و زودگذر به نحو شدید و فاقد تأمل با افزایش مداوم تنش و استرس به اوج یک حالت انفجاری می‌رسد و در نهایت به کنشی بی‌پروا و بی‌احتیاط نائل می‌شود (Kirsch et al., 2015). به‌طور خلاصه سه خصیصه و ویژگی اساسی که برای این قسم از رفتارها می‌توان برشمرد، شتاب‌زده بودن، بدون برنامه‌ریزی، بدون فکر و مستعد خطا بودن است (Hollander & Evers, 2001).

تکانشگری به‌عنوان مشکلی بالینی، مشخصه اکثر اختلالات روانی به‌شمار می‌رود. با وجود این، در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-5) به نحو اختصاصی، این حالت، وجه تمایز و خصیصه اصلی تعدادی از اختلالات است که ذیل اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک^۲ واقع شده‌اند. وجه اشتراک این اختلالات، مشکل خودکنترلی هیجانی و رفتاری در فرد مبتلاست. اختلال IED یکی از این اختلالات است که به‌عنوان یک اختلال پرخاشگری تکانشی شناخته می‌شود (American Psychiatric Association, 2013).

۳-۱. مفهوم پرخاشگری

پرخاشگری، تحت عنوان فعل فیزیکی یا کلامی شدید، تعریف شده است که گاه مناسب و خود حفاظتی و گاه نامناسب، مخرب یا رفتار خصمانه محسوب شود. این فعل ممکن است علیه دیگری یا محیط زیست و یا بر خود شخص واقع شود (Kirsch et al., 2015). منشأ این فعل از یک سو، عوامل موقعیت و روان‌شناختی و از سوی دیگر، عوامل ژنتیکی است (Street et al., 2016).

هدف از پرخاشگری، آسیب رساندن و صدمه زدن به خود یا دیگری و یا اشیاست (Silva et al., 2019). همچنین پرخاشگری ممکن است تکانشی یا غیرتکانشی (عمدی) باشد. مراد از پرخاشگری تکانشی، پرخاشگری ناگهانی و بدون برنامه‌ریزی است و در مقابل، پرخاشگری غیرتکانشی (عمدی) از پیش برنامه‌ریزی شده است. (Susan & McElroy, 1999)

اِعمال پرخاشگری تکانشی همراه با واکنش سریع و معمولاً توأم با خشم و عصبانیت است که عمدتاً از یک تهدید یا محرومیت اجتماعی نشئت می‌گیرد و نسبت به موقعیت، نامتناسب به‌شمار

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. disruptive, impulse control and conduct disorders

می‌رود. اما پرخاشگری عمدی، پیش‌بینی شده و در جهت هدفی محسوس، اعمال می‌شود (Coccaro & Grant, 2018).

۴-۱. انطباق بیماری با مسئولیت جزایی و ارکان آن

مسئولیت جزایی، عبارت است از مسئولیت و تعهد قانونی مجرم نسبت به آثار و عواقب زیان‌بار فعل مجرمانه خویش (جعفری لنگرودی، ۱۳۷۶: ۶۲۴). البته باید توجه داشت که در فرض وقوع جرم و بزه، مجرم یا بزه‌کار در صورتی مسئول خواهد بود که اهلیت مسئولیت‌پذیری را واجد باشد. به دیگر تعبیر، مسئولیت کیفری، اهلیت و قابلیت مجرم برای تحمل تبعات جزایی و کیفری رفتار مجرمانه خویش است (میر سعیدی، ۱۳۸۳: ۲۱). مراد از اهلیت مسئولیت‌پذیری در بحث حاضر، مجموعه شرایطی است که با تحقق آن، مسئولیت، محقق و با عدم آن، مسئولیت، معدوم می‌شود. فقها غالباً این شرایط را اعم از بلوغ، عقل و اختیار دانسته‌اند (سبزواری، ۱۴۲۱ق: ۵۸۴؛ حلبی، ۱۴۱۷ق: ۴۲۶؛ کیدری، ۱۴۱۶ق: ۵۱۸) و گاه شرط علم به تحریم فعل را نیز در زمره این شرایط ذکر کرده‌اند (آبی، ۱۴۱۷ق: ۲/۵۳۸؛ محقق حلی، ۱۴۱۸ق: ۱/۲۱۳). در قانون مجازات اسلامی، قانونگذار در ماده ۱۴۰ به تبعیت از قول مشهور فقهی، مسئولیت جزایی را در فرضی محقق می‌داند که فرد در حین ارتکاب جرم، عاقل، بالغ و مختار باشد (قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲).

از سوی دیگر، برخی از حقوقدانان، شرایط فوق را شامل مواردی چون علم و آگاهی مجرم، اراده و سوءنیت یا قصد مجرمانه او دانسته‌اند (شامبیاتی، ۱۳۸۸: ۲۸) که به نظر، این امر، خلط میان دو موضوع متفاوت یعنی شرایط مسئولیت و اجزای معنوی جرم را ایجاد می‌کند و آثار آن در عوامل مواجهه جرم و سایر نهادهای تخفیفی یا معافیتی بروز می‌یابد و لذا اهلیت مسئولیت‌پذیری از گرد آمدن مجموع شرایط بلوغ، عقل و اختیار در مجرم، حاصل می‌شود. مراد از عاقل، شخصی است که قوه عاقله او عملکرد طبیعی دارد. تقابل عقل با واژگانی چون اختلال دماغی (جنون) و اختلال قوه تمیز نیز گویای همین مطلب است، چراکه هر کدام از این واژگان، مبین اختلال فعالیت طبیعی قوه عاقله است (میرسعیدی، ۱۳۸۳: ۱۲۳). همین‌طور بلوغ در مقابل واژه صغر قرار می‌گیرد که اغلب آن را مساوی با شروع سن تکلیف می‌دانند. اختیار، آزادی رفتار مجرم حین ارتکاب جرم است که در تقابل با اجبار، اکراه و اضطرار است (میرسعیدی، ۱۳۸۳: ۱۶۵). بر این اساس می‌توان گفت در فرضی که شخص از رشد جسمی (بلوغ) و رشد ذهنی (عقل) لازم برخوردار بوده و بتواند مسائل را ارزیابی کند و خوب و بد را از یکدیگر تشخیص دهد، در این

حالت چنانچه آزادانه و آگاهانه، فعل ممنوعه را قصد کند و این قصد را به نحو ارادی بروز دهد، قانون او را در قبال این عمل، مسئول می‌شمارد و لذا محتمل است که بتوان تمام شرایط مذکور را ذیل عنوان اراده خلاصه کرد و اراده را اعم از اراده آزاد (اختیار) و اراده آگاه (قوه تمییز یا ادراک) دانست.^۱ در این صورت، مراد از اراده آگاه یا قوه تمییز، چیزی است که به شخص، امکان ارزیابی مسائل، فهم ماهیت افعال، درک آثار و تبعات آن و قدرت تفکیک خوب و بد را می‌دهد (میرسعیدی، ۱/۱۳۸۳: ۱۱۵) و مراد از اراده آزاد یا اختیار، توانایی فرد در انجام فعل یا ترک آن بدون فشار خارجی یا درونی است و در نتیجه می‌توان گفت تحقق مسئولیت جزایی به نحو خلاصه در گرو تحقق آگاهانه و آزادانه اراده مجرم حین ارتکاب جرم است. حال، با توجه به اهمیت مؤلفه اراده در تحقق مسئولیت کیفری در ادامه به بررسی ماهیت اراده و مراحل شکل‌گیری اراده خواهیم پرداخت.

۵-۱. اراده و مراحل شکل‌گیری آن

اراده در لغت به معنای دوست داشتن، خواستن، قصد و میل است (عمید، ۱/۱۳۹۲: ۹۱). در اصطلاح، تعاریف مختلفی از آن ارائه شده است. برخی آن را شوق و گرایش نفس به سوی انجام عمل دانسته‌اند (تهانوی، ۱۹۷۲: ۵۵۴). برخی از فقها، اراده را حاصل از یک کیفیت نفسانی دانسته‌اند که انسان را به سوی ترک یا فعل یک عمل، سوق می‌دهد (نجفی خوانساری، ۱/۱۴۳۱: ۳۶۶). در مقابل، برخی از حقوقدانان در تعریفی جامع‌تر مراد از اراده را حرکت نفس به سوی فعلی مشخص پس از تصور و تصدیق منفعت آن دانسته‌اند (جعفری لنگرودی، ۱۳۷۶: ۲۴). حال چنانچه ذکر شد تحقق مسئولیت جزایی در گرو تحقق آزادانه و آگاهانه اراده مجرم حین ارتکاب جرم است.

از سوی دیگر، تحقق و شکل‌گیری اراده و به تبع آن شکل‌گیری و وقوع فعل ارادی، طی چند مرحله صورت می‌گیرد. امام خمینی، فقیه عالی‌قدر شیعه، مراحل فعل ارادی را تصور، تصدیق به فایده، انتخاب و تحرک اعضا دانسته‌اند (خمینی، بی‌تا/۴: ۹).

حقوقدانان دارای نظر در حوزه موضوع مورد بحث هر یک مراحل فوق را به بیانی دیگر، با بیان‌های مختلف به انحای مختلف لکن وفق مراحل چهارگانه ذیل ذکر کرده‌اند: مرحله اول،

۱. مدرک و ممیز بودن شخص با تحقق بلوغ و عقل حاصل می‌شود؛ لذا عنوان اراده آگاه درحقیقت مبین دو شرط عقل و بلوغ است و شرط سوم یعنی اختیار نیز ذیل اراده آزاد واقع می‌شود.

خطور و تصور است که طی آن به نحو قهری، تصور فعل در ذهن نقش می‌بندد. مرحله دوم، سنجش است. در این مرحله، فرد، آثار فعل خویش را از حیث سود و زیان می‌سنجد. مرحله سوم، رضا و تصمیم است. در این مرحله چنانچه فعل، سودمند تلقی شود، نسبت به انجام آن شوق حاصل می‌شود. این شوق همان رضاست که با پیدایش تصمیم ملازم است. مرحله چهارم، اجرای تصمیم است که در آن تصمیم، فعلیت می‌یابد و به منصفه ظهور می‌رسد (شهیدی، ۱/۱۳۸۲: ۱۲۹-۱۳۱؛ کاتوزیان، ۱/۱۳۴۹: ۲۵۸-۲۵۹). این امر در ادبیات فقها و اصولی‌ها به نحوی دیگر و دارای مراحل متعدد و ظریف‌تری طرح شده است که مجال و تبیین تفصیلی آن در این مختصر شایسته و میسر نیست (صاحب کفایه‌الاصول، ۱۴۴۲ق: ۱۳۲).

اصطلاح اراده در متون روان‌شناسی نیز به معانی مختلفی اطلاق شده است، نظر به آنکه مفهومی غیرعینی و غیر قابل سنجش است، کاربرد چندانی ندارد و به جای آن از مفاهیم دیگر چون تصمیم آگاهانه استفاده می‌شود. تصمیم آگاهانه طی سه مرحله محقق می‌شود: مرحله اول، چاره اندیشی و گزینه‌آفرینی است. گزینه‌ها، مواد خام تصمیم‌گیری به‌شمار می‌روند و در تمام مدتی که شخص می‌اندیشد که چه کند در حال خلق گزینه‌های متعددی است که او را برای رسیدن کنش هدفمند و متناسب با موقعیت، یاری می‌رسانند. مرحله دوم، انتخاب گزینه است. در این مرحله پس از بررسی گزینه‌های مختلف، با لحاظ محاسن و معایب هر یک درنهایت، گزینه مناسب برای رسیدن به هدف، انتخاب می‌شود. مرحله سوم، مرحله اقدام است. در این مرحله برای آنکه گزینه انتخابی به کنش واقعی تبدیل شود، شخص بدان جامعه عمل می‌پوشد و به رفتار واقعی مبادرت می‌ورزد (Kalis & Meynen, 2014).

چنانچه ملاحظه می‌شود، مراحل مذکور از سوی اندیشمندان مختلف تا حدود نسبتاً زیادی مطابق و همسو با یکدیگرند. به‌طور خلاصه می‌توان این مراحل را چنین بیان کرد: تصور فعل که امری قهری و غیرارادی است، سنجش و بررسی آثار فعل که در حیطه قوه تمییز (اراده آگاه) است و درنهایت تصمیم‌گیری و اقدام به نحو ارادی یعنی اقدام تحت تأثیر اراده آزاد بدون فشار بیرونی یا درونی.

در نتیجه می‌توان تحقق و شکل‌گیری اراده جرم و به‌تبع آن تحقق مسئولیت جزایی را منوط به طی مراحل دانست که فقدان یا اخلال و نقص هر یک می‌تواند تعهد مجرم در قبال جرم را دست‌خوش تغییر قرار دهد.

۲. ارتکاب جرم از سوی بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)

با توجه به آنکه در اختلال IED یا اختلال انفجاری متناوب، پرخاشگری تکانشی، مشخصه هویتی به‌شمار می‌رود، میان ابتلا به اختلال IED و ارتکاب جرائم خشن از سوی شخص مبتلا، ارتباط معناداری به چشم می‌خورد، به‌نحوی که روان‌شناسان، احتمال ارتکاب جرائمی همچون قتل (Matt et al., 2017)، ضرب و جرح، تخریب و تجاوز جنسی در این اشخاص را بیش از سایر افراد می‌دانند (Yang et al., 2019). به تعبیر دیگر، اختلال IED را می‌توان به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز ناهنجاری اجتماعی و جرم به‌شمار آورد و بیمار مبتلا به این اختلال را به نحو بالقوه در زمره مجرمان خشن محسوب کرد.

مراحل ارتکاب جرم در این نوع اختلال بدین صورت است که در وهله اول، رویارویی با محرک، به افزایش احساس تنش یا برانگیختگی در فرد منجر می‌شود، به نحوی که فرد، قدرت مقاومت در برابر این تنش را ازدست می‌دهد و درنهایت بدون اعتنا به عواقب عمل خویش به فعل مجرمانه اقدام می‌کند. چنین شخصی اگرچه در حین عمل، حس‌رهایی از تنش و تسکین را تجربه می‌کند، اما پس از انجام فعل، احساس ندامت و پشیمانی خواهد کرد (Kirsch et al., 2015).

۳. میزان تأثیر اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) در مسئولیت جزایی فرد مبتلا

چنانچه در مباحث قبل اشاره شد، تحقق مسئولیت جزایی به‌نحو کلی در گرو تحقق وجود عنصر اراده^۱ است. لذا در مسئله مسئولیت جزایی بیمار مبتلا به اختلال IED یا اختلال انفجاری متناوب لازم است ابتدا میزان ارادی بودن جرم ارتكابی از سوی او، مورد بررسی قرار گیرد.

۳-۱. بررسی میزان تحقق اراده در جرائم ارتكابی بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)

مطابق آنچه ذکر شد، جرم و بزه در صورتی ارادی محسوب می‌شود که مجرم حین ارتکاب آن، مراحل، تصور فعل، سنجش و بررسی آثار فعل و درنهایت تصمیم‌گیری و اقدام را طی کرده باشد. در حالی که در رابطه با بیمار مبتلا به اختلال IED، چنانچه بیان شد، مراحل ارتکاب جرم بدین صورت است که مواجهه با محرک، به ایجاد احساس تنش در فرد منجر شده و فرد، قادر به مقاومت در برابر این تنش نیست، لذا بدون اعتنا به عواقب و پیامدهای عمل خویش به فعل مجرمانه اقدام می‌کند (Kirsch et al., 2015).

۱. مراد از اراده چنانچه بیان شد اعم از قوه ادراک و اختیار است.

در نتیجه می‌توان گفت در این قسم از مجرمان مراحل شکل‌گیری و تحقق اراده هرچند بیمار و دارای قابلیت تردید بدین نحو است که مواجهه با محرک و ایجاد تنش و فشار روانی، تصور ارتکاب فعل مجرمانه را برای رهایی از این تنش و استرس در فرد ایجاد می‌کند و فرد بدون سنجش و ارزیابی آثار فعل، بی‌درنگ بدان اقدام می‌کند. گو اینکه در این نوع اختلال، فرد نسبت به انجام فعل مجرمانه، خود را در تنگنا و مضيقه می‌پندارد و برای رهایی از تنش، چاره‌ای جز ارتکاب این فعل نمی‌بیند. به تعبیر دیگر، این نوع اختلال، گزینه‌های عملی دیگر را از دسترس شخص خارج و آزادی عمل او را تحدید می‌کند، لذا فرایند تکوین و شکل‌گیری فعل ارادی را مختل می‌سازد.

لذا باید توجه کرد که این اشخاص را حین ارتکاب جرم و بزه نمی‌توان به نحو کلی فاقد اراده و قوه تمییز به‌شمار آورد. از آن جهت که اولاً، فرد پس از ارتکاب جرم، جزئیات عمل خویش را به نحو کامل به خاطر می‌آورد، (Grant, 2008) لذا نمی‌توان ادعا کرد که فرد، حین ارتکاب جرم، به نحو کلی فاقد قوه تمییز بوده است؛ ثانیاً چنانچه ذکر شد، مجرم پس از ارتکاب جرم، احساس ندامت و پشیمانی می‌کند (Kirsch et al., 2015)، حال آنکه ندامت و پشیمانی، زمانی معنا می‌یابد که فرد، خود را عامل و فاعل آن رفتار بداند (Frith, 2013). در نتیجه نمی‌توان فرد را حین ارتکاب جرم کاملاً فاقد اراده و مجبور پنداشت.

صرفاً شبهه قابل توجه که در رابطه با غیرارادی بودن فعل ایشان قابل طرح و بحث است چنانچه ملاحظه شد این است که روان‌شناسان، تکانه و فشاری را که بیمار حین ارتکاب جرم با آن مواجه است در اکثر موارد مورد مشاهده و تجربه بالینی نسبتاً غیر قابل کنترل دانسته‌اند (گنجی، ۱۳۹۴؛ VandenBos, 2015)، لذا ممکن است چنین به نظر برسد که این تکانه‌ها، با سلب کامل اراده فرد او را مجبور به ارتکاب جرم می‌کنند. در حالی که عدم کنترل ذکر شده در کلام روان‌شناسان، متفاوت از چیزی است که حقوقدانان بدان قائل شده‌اند. در کلام روان‌شناسان، عدم کنترل، در واقع، همان فشار به معنایی است که فروید از آن یاد کرده است. فروید بر این عقیده است که به موازات افزایش فشار در فرد، احتمال انجام فعل در راستای کاهش فشار، افزایش می‌یابد. در بحث حاضر نیز در واقع، پرخاشگری و فعل مجرمانه، عملی است در جهت کاهش فشار؛ لذا در اینجا فشار، فشار تحمل نشده به‌شمار می‌رود، نه فشار غیر قابل تحمل که بدین سبب، فرد را مجبور و به طور کلی فاقد اراده فرض کنیم (Novak, 2010). از این حیث، برخی روان‌شناسان به صراحت بیان کرده‌اند که افراد مبتلا به این اختلال، در ممانعت از تکانه‌های پرخاشگرانه خویش، شکست خورده و دچار پیامدها و عواقب منفی آن می‌شوند (Bari & Robbins, 2013).

بنابراین چنین شخصی هرچند از حیث رکن معنوی نسبت به ماهیت عمل خویش آگاه است و علم بسیط دارد و جهل بسیط یا مرکب مرتکب قابل ادعا نیست (زهروی و آقای‌نیا، ۱۳۸۸: ۱۱) و فعل آن را نیز اراده کرده است، اگرچه اراده وی بر ارتکاب فعل، اراده آزاد به‌شمار نمی‌رود، چراکه مطابق آنچه ذکر شد، تنها راه خلاصی از فشار و تنش را در ارتکاب فعل مزبور می‌پندارد، بنابراین حین ارتکاب جرم، آزادی عمل او محدود شده است. به عبارت ساده‌تر می‌توان گفت در بیمار مبتلا به اختلال انفجاری متناوب (اختلال IED)، اختلال روانی، عامل و سببی است که در مواجهه با فشار و محرک‌های عصبی، توانایی کنترل رفتار را در فرد، کاهش و با مختل کردن اراده فرد، او را به سوی ارتکاب جرم، سوق می‌دهد. در نتیجه می‌توان گفت اختلال انفجاری متناوب، اراده فرد را نه به نحو تام، بلکه به نحو نسبی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

۲-۳. مسئولیت جزایی بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)

چنانچه بیان شد تحقق مسئولیت جزایی در گرو تحقق و شکل‌گیری جرم ارادی است. حال در رابطه با بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) آن گونه که ملاحظه شد، از سویی، نمی‌توان او را حین ارتکاب جرم و بزه، به‌نحو کلی فاقد اراده و تمییز دانست؛ لذا قول به عدم مسئولیت جزایی او قوی بی‌پایه و بی‌اساس به‌شمار می‌رود. از سوی دیگر، نمی‌توان گفت چنین شخصی، جرم را با اختیار کامل و اراده تام، مرتکب شده است، چراکه فرایند شکل‌گیری و تحقق فعل ارادی به واسطه اختلال روانی، مختل شده و وضعیت و شرایط روانی فرد در ایجاد رفتار مجرمانه مؤثر بوده است. بنابراین قول به مسئولیت جزایی تام و کامل برای این قسم از بیماران نیز مستلزم آن است که میان افراد تام‌الاراده و فردی که به‌واسطه شرایط خاص، اراده‌اش متزلزل و مختل شده و نسبی است، تفاوتی قائل نشویم. در نتیجه به نظر می‌آید، در رابطه با این قسم از مجرمان، قول به مسئولیت جزایی نسبی و نقصان‌یافته، موجه‌تر از دو قول دیگر (دیدگاه فقدان مسئولیت جزایی و دیدگاه مسئولیت جزایی تام) است.

البته چنانچه ذکر شد، بروز رفتار پرخاشگرانه ناشی از این اختلال و بیماری، مقطعی و دوره‌ای است (Sadock et al., 2015) لذا نقصان مسئولیت کیفری فرد نیز مربوط به حالتی است که جرم در طول این دوره و مقطع، صورت گرفته باشد، اگرچه تعیین این امر که فعل مجرمانه دقیقاً طی این برهه گذرا واقع شده باشد، دشوار بوده و نیازمند نظر کارشناسان است. بر این اساس در ادامه ضروری است برخی مبانی توجیه مسئولیت نقصان‌یافته در رابطه با این قسم از بیماران تبیین شود.

۱-۲-۳. قاعده عدل و انصاف نسبت به بیماران مبتلا به اختلال IED

مبنای اصلی دیدگاه مسئولیت نسبی و نقصان‌یافته نسبت به بیماران مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)، قاعده عدل و انصاف است. چراکه لزوم رعایت عدل و انصاف از ضروریات و ملزومات دین مبین اسلام است. مستند اصلی این قاعده قبل از هر چیزی عقل است؛ از آن جهت که عدل و انصاف از بدیهی‌ترین و واضح‌ترین اموری است که حسن عقلی دارد، به همان نحو که ظلم و جور از بدیهی‌ترین موضوعاتی است که بنابر حکم عقل، مذمت و تقبیح می‌شود. حال، مطابق قاعده ملازمه «کل ما حکم به العقل حکم به الشرع» وجوب شرعی عدل و انصاف را نیز استنباط کرد (مظفر، ۱/۱۳۸۱: ۲۲۷). چنانچه خداوند متعال نیز در چندین آیه قرآن کریم به لزوم رعایت این اصل در تمامی امور و شئون، اشاره کرده است. از جمله در آیه ۱۳۵ سوره نساء در این باره چنین آورده است: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُونُوا قَوَّامِينَ بِالْقِسْطِ». ای اهل ایمان (همواره و در همه امور زندگی)، عدل را برپا دارید. لذا مطابق قاعده کلی عدل و انصاف، عمل بر مبنای عدل و انصاف در تمامی امور فردی و اجتماعی ضروری است. حال، در بحث حاضر، با توجه به آنکه در بیمار مبتلا به IED (اختلال انفجاری متناوب)، اختلال روانی زمینه ارتکاب جرم را فراهم آورده، عدم لحاظ این امر در تعیین مسئولیت جزایی بیمار و همانند و یکسان پنداشتن او با فرد سالم به لحاظ روانی، امری خلاف قاعده عدل و انصاف است.

از آن جهت که عدالت کیفری، حکم می‌کند که در مواجهه با مجرمان و بزهکاران خاص، مسئولیت جزایی با شرایط منحصر به فرد او همخوانی و مطابقت داشته باشد، در جایی که مجرم واجد اراده تام و کامل بوده و آگاهانه و آزادانه مرتکب جرم و بزه شده است لازم است بر مسئولیت او به نحو تام و کامل، حکم شود و در جایی که به واسطه اختلال و بیماری روانی، قوه تمییز و اراده شخص با خلل و نقص مواجه شده است، لازم است به تناسب این امر، مسئولیت فرد، تقلیل یابد و در مجازات او تخفیف قائل شد.

۱-۲-۳. اصل فردی‌سازی (تفرید) مجازات برای بیماران مبتلا به اختلال IED

یکی از اصول و قواعدی که از قاعده عدل و انصاف نشئت می‌گیرد، اصل تفرید یا فردی‌سازی مجازات است، زیرا مجازات و کیفر یکسان برای جرائم یکسان عملاً اجرای عدالت را به دنبال نخواهد آورد، بلکه می‌تواند بر مبنای شخصیت، وضعیت اجتماعی، وضعیت جسمانی و مالی و... مجرم و بزهکار، مجازات متغیر شود (صانعی، ۱۳۷۴: ۱۴۱).

به دیگر تعبیر، مراد از اصل فردی‌سازی (تفرید) مجازات، آن است که در مجازات و کیفر بزهکار، روحیه و شخصیت او و شرایط ارتکاب جرم و بزه، مورد توجه قرار گیرد (عبدالله‌زاده، ۱۳۹۹). در قانون جزای اسلام، مواردی چون ضغث^۱، تأخیر در مجازات زن حامله، تفریق در جزای زانی محصن و غیر محصن و... مواردی از لحاظ اصل فردی‌سازی (تفرید) مجازات به‌شمار می‌رود. در ارتباط با مجرمان خاص همچون بیماران مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) لحاظ شرایط خاص مجرم و فردی‌سازی (تفرید) مجازات در واقع مقتضای اصل عدالت و انصاف است. در نتیجه در رابطه با بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) با لحاظ شرایط فردی او و نظر به نقص اراده او حین ارتکاب جرم، مسئولیت نقصان‌یافته بازتابی است از اصل تفرید (فردی‌سازی) مجازات که می‌توان کارکردهایی چون اصلاح مجرم و بازدارندگی مجازات را از آن انتظار داشت. از آن حیث که اصلاح مجرم و ممانعت از تکرار جرم و بزه، لحاظ شخصیت مجرم و اوضاع و احوال فردی و اجتماعی او و همچنین تعیین مجازات بر مبنای این شرایط را ایجاب می‌کند. از طرفی، با توجه به شخصیت متفاوت مجرمان و بزهکاران، درجه بازدارندگی مجازات می‌تواند متفاوت و متغیر شود؛ لذا فردی‌سازی (تفرید) مجازات، راهکار مناسبی برای مطلوب شدن درجه بازدارندگی مجازات و کیفر نسبت به بزهکار و مجرم خواهد بود.

۳-۲-۳. اصل تناسب جرم و مجازات نسبت به بیماران مبتلا به اختلال IED

یکی دیگر از اصول و قواعدی که در جهت اجرای عدالت کیفری به‌کار می‌رود، اصل تناسب جرم و مجازات است. به اقتضای اصل تناسب جرم و مجازات که از اصول حاکم بر مجازات‌های اسلامی است، مجازات و کیفر مجرم باید متناسب با میزان جرم و بزه ارتکابی او، به دور از هر نوع افراط و تفریطی باشد. اسلام در تمامی مجازات‌ها رعایت این همسویی و تناسب را واجب دانسته است (زحیلی، ۱۴۱۸ق/۲۵: ۸۴)، چراکه تحمیل مجازات بیش از استحقاق مجرم و بزهکار، مصداق ظلم و تعدی به‌شمار می‌رود (طبرسی، ۱۳۷۲: ۵/۱۵۸). تا بدان جا که خداوند متعال در آیات متعددی از قرآن کریم صراحتاً به لزوم رعایت این اصل اساسی در مجازات‌ها، اشاره کرده است؛ از جمله سوره نبا: آیه ۲۶ «جَزَاءٌ وِفَاقًا»، شوری: آیه ۴۰ «جَزَاءٌ سَيِّئَةٍ مِّثْلُهَا»، نحل: آیه

۱. ضغث، حد بیماری است که تاب خوردن تازیان به‌طور مکرر را نداشته باشد و از سوئی مصلحت، مقتضی تعجیل در اجرای حد باشد؛ لذا دسته‌ای از چوب و مانند آن را به تعداد حد مربوطه یک جا بر بدن او فرو می‌آورند (نجفی، بی‌تا/۴۱: ۳۴۰؛ ذهنی‌تهرانی، ۱۳۷۳: ۴/۱۷۵).

۱۲۶ «وَإِنْ عَاقَبْتُمْ فَعَاقِبُوا بِمِثْلِ مَا عُوقِبْتُمْ بِهِ»، بقره: آیه ۱۹۴ «فَمَنْ أَعْتَدَىٰ عَلَيْكُمْ فَأَعْتَدُوا عَلَيْهِ بِمِثْلِ مَا أَعْتَدَىٰ عَلَيْكُمْ». در نتیجه اصل و قاعده مزبور یکی از اصول و قواعد مورد تأیید در حقوق جزای اسلام به‌شمار می‌رود.

چنانچه ذکر شد، مطابق اصل فوق، مجازات بزهکار و مجرم باید هماهنگ و متوازن با جرم وی باشد تا عدالت کیفری در رابطه با او محقق شود. لذا در فرضی که اراده فرد حین ارتکاب جرم، مختل شده باشد، اجرای مجازات و کیفر فرد تام‌الاراده در ارتباط با او خلاف این اصل و نقض عدالت کیفری به‌شمار می‌رود. حال در رابطه با بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) چنانچه ملاحظه شد، اراده بزهکار در اثر اختلال و بیماری، حین ارتکاب جرم، مختل و ناقص شده است؛ لذا اصل تناسب جرم و مجازات، مسئولیت کیفری نقصان‌یافته و نسبی را در رابطه با او اقتضا می‌کند.

۳-۳. اولویت اتخاذ رویکرد درمانی در رابطه با مجرمان مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)

در مواجهه با مجرمان و بزهکاران مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) ممکن است، دو رویکرد و رویه از سوی نهاد قضائی، اتخاذ شود. رویکرد اول، مجازات و تنبیه او در قبال جرم و بزه‌ی است که مرتکب شده و رویکرد دوم، رویکرد درمانی است.

حال آنچه باید بدان توجه کرد این است که از دیدگاه حقوق کیفری اسلام، مجازات و کیفر مجرم، هدف و غرض اصلی محسوب نمی‌شود، بلکه کیفر و مجازات، وسیله‌ای است در جهت تأمین اغراضی چون اصلاح مجرم و بازدارندگی و ممانعت از تکرار جرم (مکارم شیرازی، ۱۴۲۵ق: ۱۷۷؛ منتظری، ۱۴۰۹ق/۳: ۴۹۲). بر این پایه، مجازات در حالی موجه به نظر می‌رسد که پاسخ‌گوی چنین اهداف و اغراضی باشد.

از سوی دیگر، بازدارندگی مجازات و کیفر و ممانعت آن از تکرار جرم، امری مطلق نبوده، بلکه از امور نسبی است که تأمین آن منوط به تعیین مجازات و کیفر با لحاظ شخصیت مجرم است، چراکه درجه بازدارندگی مجازات نسبت به هر فردی ممکن است متفاوت از فرد دیگر باشد.

حال، در رابطه با بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) با توجه به وضعیت خاص شخص، در بسیاری موارد، اعمال مجازات‌های عادی با رویکرد تنبیهی نه تنها چنین غرض و هدفی را تأمین نمی‌کند، بلکه بر تکرار جرم و نقض قانون از سوی مجرم و بزهکار نیز دامن می‌زند. از آن جهت که این دسته از بیماران، سطوح بیشتری از حساسیت به تنبیه را نسبت به افراد سالم،

تجربه می‌کنند (زمانی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ لذا مواجهه با محرک و فشار روانی ناشی از تنبیه و مجازات، به بروز پرخاشگری و ارتکاب مجدد جرم از سوی آنان منجر می‌شود.

برای نمونه، پژوهش‌ها حاکی از آن است که بروز رفتارهای خشونت‌آمیز در زندانیان مبتلا به این اختلال و بیماری، پنج برابر بیشتر از سایر زندانیان است، چراکه محیط زندان، محیطی استرس‌آور به‌شمار می‌رود و شرایط بروز خشم را برای این دسته از بیماران، مساعدتر می‌سازد (به‌دافتر، ۱۳۸۸). لذا ارتکاب جرم و بزه از سوی این زندانیان به مراتب بیش از سایر زندانیان بوده و این امر، به افزایش طول دوره محکومیت آنان منجر می‌شود (O'Connor et al., 2002).

همچنین مطابق مطالعات صورت‌پذیرفته، نرخ شیوع اختلال انفجاری متناوب (اختلال IED) در طول زندگی ۳/۵ درصد (Coccaro et al., 2017) و در زندانیان ۵/۷ درصد (Mundt, 2013) گزارش شده است. این امر نشان‌دهنده آن است که مجازات‌ها و کیفرهایی همچون حبس با تشدید وضعیت بیمار و دامن زدن به اختلال و بیماری او، در تناقض با فلسفه تشریح مجازات یعنی اصلاح مجرم و بزه‌کار هستند.

این در حالی است که مطابق پژوهش‌های صورت‌گرفته، اتخاذ رویکردهای درمانی همچون دارودرمانی (Hudspeth et al., 2015)، درمان‌های زیست‌پزشکی (Alvarez-Alonso et al., 2016) و روان‌درمانی (Hewage et al., 2018) تا حد زیادی می‌تواند به کاهش پرخاشگری تکانشی در این قسم از بیماران کمک کند و این امر به نوبه خود عامل و سببی برای کاهش میزان ارتکاب مجدد جرم از سوی بیمار به‌شمار می‌رود. در نتیجه می‌توان گفت در ارتباط با مجرمان مبتلا به اختلال IED (اختلال IED) اتخاذ رویکرد و رویه درمانی نسبت به رویکرد تنبیهی اولویت دارد. البته این قول در فرضی موجه و عقلایی است که عدم مجازات، تجری مجرم بر ارتکاب جرم را به دنبال نیاورد؛ لذا می‌توان ترجیح و اولویت رویکرد درمانی و نفی مجازات را مختص مجرمان و بزه‌کارانی دانست که فاقد سابقه کیفری هستند. در غیر این صورت قطعاً تکرار جرم از سوی شخص بزه‌کار، موجبی برای هرج و مرج در جامعه و تضییع حقوق دیگران خواهد بود و عدم مجازات و کیفر در این فرض، خلاف عدالت به‌شمار می‌رود؛ لذا از باب تقدم اهم بر مهم، در این مورد، مصلحت عامه بر مصلحت فرد مقدم می‌شود و مجازات مجرم را اقتضا می‌کند.

۴. رویکرد قوانین موضوعه ایران در باب مسئولیت جزایی بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)

در قوانین موضوعه ایران، ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ ش، عهده‌دار بیان مسئولیت جزایی بیماران روانی شده است. در ماده مزبور چنین آمده است: هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم، دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد، مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد.

قانونگذار در ماده فوق، مراد از اختلال روانی را آن دسته از اختلالات شدیدی دانسته است که مجرم حین ارتکاب جرم، فاقد اراده کامل نسبت به رفتار خویش بوده و از نتایج اعمال خویش کاملاً بی‌اطلاع است (اسلامی‌تبار، ۱۳۸۲: ۳۶). به دیگر تعبیر، قانونگذار تنها در فرضی که اختلال و بیماری روانی، زوال اراده یا قوه تمییز را به دنبال آورد، فرد را مجنون محسوب کرده و به عدم مسئولیت جزایی او حکم کرده است. در نتیجه چنین تعریفی از اختلال و بیماری روانی صرفاً مواردی چون اختلال اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی را دربرمی‌گیرد. این در حالی است که اختلالات روانی تنها در برخی موارد به زوال اراده یا قوه تمییز منجر می‌شوند و به درجه جنون می‌رسند، اما چنانچه در رابطه با اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) نیز ملاحظه شد، در بسیاری موارد، اختلالات و بیماری‌های روانی در حیطه جنون نمی‌گنجند. لذا تحدید قانونی اختلالات روانی به اختلالات هم‌تراز با جنون به‌عنوان اختلالات مؤثر در مسئولیت جزایی، نشان از عدم مقبولیت قانونی، مسئولیت جزایی نقصان‌یافته و نسبی در رابطه با سایر اختلالات و بیماری‌های روانی مادون جنون است.

به تعبیر دیگر، از دیدگاه قانونگذار، یا فرد، عاقل است و دارای مسئولیت جزایی است (قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲: ماده ۱۴۰)، یا فاقد اراده یا قوه تمییز است و به تبع آن فاقد مسئولیت جزایی است (قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲: ماده ۱۴۹).

اگرچه در بند «پ» ماده ۳۸ قانون مجازات اسلامی، یکی از جهات مخففه حکم، اوضاع و احوال مؤثر در ارتکاب جرم دانسته شده است، اما این بند نیز نسبت به شمول اختلالات و بیماری‌های روانی مادون جنون به‌عنوان مؤلفه و خصیصه مؤثر در ارتکاب جرم و به‌تبع آن به‌عنوان یکی از جهات مخففه مجازات، ابهام دارد.

در نتیجه با توجه به آنچه در رابطه با ضرورت و لزوم مسئولیت جزایی نقصان‌یافته و نسبی بیمار مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) به‌عنوان نمونه‌ای از مبتلایان به اختلال مادون

جنون گفته شد، اجرای عدالت کیفری نسبت به این دسته از مجرمان و بزهکاران خاص، رفع خلأ قانونی مزبور و بیان صریح قانونگذار را در این رابطه، اقتضا می‌کند.

نتیجه

با توجه به خلأ پژوهشی در مسئله مسئولیت جزایی مجرمان مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)، پژوهش حاضر با هدف تبیین و بررسی این امر بر مبنای داده‌های حقوقی و روان‌شناختی به نتایج ذیل دست یافت:

اولاً، اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب) با توجه به ایجاد حالت پرخاشگری، در ارتکاب جرائم خشن از سوی بیمار، نقش بسزایی دارد.

ثانیاً، پرخاشگری تکانشی در این اختلال، اراده فرد را هنگام ارتکاب جرم مختل و آن را به نحو نسبی، سلب می‌کند.

ثالثاً، اراده نسبی مجرم مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)، مسئولیت جزایی نقصان‌یافته و نسبی او را بر مبنای عدالت کیفری اقتضا می‌کند؛ لذا بیماری و اختلال مزبور یکی از عوامل مخففه کیفر و مجازات به‌شمار می‌رود.

رابعاً، در مجرمان مبتلا به اختلال IED (اختلال انفجاری متناوب)، مجازات‌های عادی با رویکرد تنبیهی غالباً فاقد خاصیت بازدارندگی و اصلاح مجرم و بزهکار هستند. خامساً، در مجرمان و بزهکاران مزبور، اتخاذ رویکرد و رویه درمانی جهت از بین بردن منشأ جرم و ممانعت از تکرار جرم و بزه بر رویکرد تنبیهی اولویت دارد.

منابع

الف) منابع فارسی

- اسلامی‌تبار، شهریار (۱۳۸۲)، مجموعه کامل قوانین مجازات اسلامی و آیین‌نامه‌های کیفری، تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی سیما.
- بهدادفر، هاله (۱۳۸۸)، «خطر خشونت زندانیان در جامعه آمریکا»، نشریه اصلاح و تربیت، شماره ۸۴.
- پورافکاری، نصرت‌الله (۱۳۸۸)، بیماری اختلال روانی، تهران: آزاده.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۷۶)، ترمینولوژی حقوق، تهران: گنج دانش.
- زمانی، نرگس، مهران فرهادی، حمیدرضا جمیلیان و مجتبی حبیبی (۱۳۹۴)، «اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش خشم‌های انفجاری»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۱۸ (۸).
- آقایی‌نیا، حسین و رضا زهروی (۱۳۸۸)، «مطالعه تطبیقی جهل بسیط متهم و آثار آن در فقه امامیه و حقوق کیفری ایران و آمریکا»، فصلنامه حقوق دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، شماره ۴.
- زهروی، رضا، سیدعلی کاظمی و رسول احمدزاده (۱۳۹۷)، «اجزای غیرروانی در رکن معنوی جرم نقدی بر طراحی ارکان اصلی جرم»، پژوهشنامه انتقادی متون و برنامه‌های علوم انسانی، شماره ۵.
- شامبیاتی، هوشنگ (۱۳۸۸)، حقوق جزای عمومی، تهران: مجد.
- شهیدی، مهدی (۱۳۸۲)، حقوق مدنی، تشکیل قراردادها و تعهدات، تهران: مجد.
- صانعی، پرویز (۱۳۷۴)، حقوق جزای عمومی، تهران: گنج دانش.
- عبدالله‌زاده، رامین (۱۳۹۹)، اصل فردی کردن مجازات، تهران: قانون‌یار.
- عمید، حسن (۱۳۹۲)، فرهنگ عمید، تهران: اشجع.
- قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲ش.
- کاتوزیان، ناصر (۱۳۴۹)، حقوق مدنی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- کاوه، محمد (۱۳۹۱)، آسیب‌شناسی بیماری‌های اجتماعی، تهران: جامعه‌شناسان.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۴)، آسیب‌شناسی روان DSM-5، تهران: ساوالان.
- گودرزی، فرامرز و مهرزاد کیانی (۱۳۸۹)، پزشکی قانونی برای دانشجویان رشته حقوق، تهران: سمت.
- مظفر، محمدرضا (۱۳۸۱)، اصول فقه، قم: دفتر تبلیغات حوزه علمیه قم.
- مکارم شیرازی، ناصر (۱۴۲۵ق)، تعزیر و گستره آن، قم: انتشارات مدرسه امام علی علیه السلام.
- منتظری نجف‌آبادی، حسین علی (۱۴۰۹ق)، مبانی فقهی حکومت اسلامی، قم: مؤسسه کیهان.
- میرسعیدی، سید منصور (۱۳۸۳)، مسئولیت کیفری، قلمرو و ارکان آن، تهران: میزان.

ب) منابع عربی

- آبی، حسن بن ابی طالب یوسفی (فاضل آبی) (۱۴۱۷ق)، کشف الرموز فی شرح مختصر النافع، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- تهانوی، محمد اعلی بن علی (۱۹۷۲م)، کشف اصطلاحات الفنون، مصر: هیئت عام مصری.

- حلبى، حمزة بن على حسيني (ابن زهره) (١٤١٧ق)، **غنية النزوع الى علمى الاصول والفروع**، قم: مؤسسة امام صادق عليه السلام.
- حلبى، جعفر بن حسن (محقق حلبى) (١٤١٨ق)، **المختصر النافع فى فقه الامامية**، قم: مؤسسة المطبوعات الدينية.
- ذهنى تهرانى، سيد محمدجواد (١٣٧٣)، **عناوين الاحكام؛ ترجمه و شرح للمعة الدمشقية**، قم: كتاب فروشى وجدانى.
- زحيلي، وهبة بن مصطفى (١٤١٨ق)، **التفسير المنير فى العقيدة والشريعة والمنهج**، بيروت: دارالفكر المعاصر.
- سبزواري، على مؤمن قمى (١٤٢١ق)، **جامع الخلاف و الوفاق بين الامامية و بين ائمة الحجاز و العراق**، قم: زمينه سازان ظهور امام عصر عليه السلام.
- طبرسى، فضل بن حسن (١٣٧٢)، **مجمع البيان فى التفسير القرآن**، تهران: ناصر خسرو.
- غروى نائينى، ميرزا محمد حسين (١٣٧٣ق)، **منية الطالب فى حاشية المكاسب**، تهران: المكتبة المحمدية.
- كيدرى، قطب الدين محمد بن حسين (١٤١٦ق)، **اصباح الشيعة بمصباح الشريعة**، قم: مؤسسة امام صادق عليه السلام.
- موسوى خمينى، سيد روح الله (بى تا)، **كتاب البيع**، تهران: مؤسسة تنظيم و نشر آثار امام خمينى.
- نجفى، محمد حسن (صاحب جواهر) (بى تا)، **جواهر الكلام فى شرح شرائع الاسلام**، بيروت: دار احياء التراث العربى.

ج) منابع انگليسى

- Alvarez-Alonso, M. J., I. Morales-Munoz, A. M. Castano-Leon, A. Lagares, G. Rubio & R. Jurado-Barba (2016), "Single case study: neuropsychological functioning in a patient diagnosed with intermittent explosive disorder pre and post neurosurgery", **The Spanish journal of psychology**, No.19.
- American Psychiatric Association (2013), **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**, American Psychiatric Pub.
- Bosse, T., CH. Gerritsen & J. Treur (2007), "Cognitive and social simulation of criminal behavior: the intermittent explosive disorder case", **Proceedings of the 6th international joint conference on Autonomous agents and multiagent systems**, No. 58.
- Coccaro, E. F., & J. E. Grant (2018), "Intermittent Explosive Disorder and the Impulse-Control Disorders", In John E. Lochman. J. & Matthys. w. (Eds), **The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders**, John Wiley & Sons Ltd.
- Coccaro, E. F. (2018), "DSM-5 intermittent explosive disorder: Relationship with disruptive mood dysregulation disorder", **Journal of Comprehensive psychiatry**, No. 84.
- Coccaro, E. F., J. R. Fanning & R. Lee (2017), "Intermittent explosive disorder and substance use disorder: Analysis of the national comorbidity survey replication sample", **The Journal of Clinical Psychiatry**, No.78(6).
- Frith, C. (2013), "The psychology of volition", **Exp Brain Res**, No.229(3).
- Grant, J. E. (2008), **Impulse control disorders: a clinician's guide to understanding and treating behavioral addictions**, WW Norton & Company.
- Hewage, K., Z. Steel, M. Mohsin, A. K. Tay, J. C. De Oliveira, M. Da Piedade, ... & D. Silove (2018), "A wait-list controlled study of a trauma-focused cognitive behavioral treatment for intermittent explosive disorder in Timor-Leste", **American Journal of Orthopsychiatry**, No. 88(3).

- Hollander, E., & E. Evers (2001), "New developments in impulsivity", **Lancet**, No.358.
- Hudspeth, E. F., D. Wirick & K. M. Matthews (2015), "Intermittent Explosive Disorder", In Kapalka, G. M. (Ed.), **Treating Disruptive Disorders- A Guide to Psychological, Pharmacological, and Combined Therapies**, pp. 33-50.
- Kalis, A., & G. Meynen (2014), "Mental disorder and legal responsibility: The relevance of stages of decision making", **Int J Law Psychiatry**, No.37(6).
- Kirsch, J. L., D. Simeon, H. Berlin & E. Hollander (2015), "Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders: Intermittent Explosive Disorder, Kleptomania, and Pyromania", In Tasman. A. Kay. J. Lieberman. J. First. M. & Riba. M. (Eds.), **Psychiatry**, Fourth Edition, John Wiley & Sons Ltd, Pp. 1367-1393.
- Matt, D., E. Michael, C. Daniel, T. Katherine, H. Timothy & D. Alan (2017), "Criminally Explosive: Intermittent Explosive Disorder, Criminal Careers, and Psychopathology among Federal Correctional Clients", **International Journal of Forensic Mental Health**, Vol. 16, Issue 4.
- Mundt, A. P., R. Alvarado, R. Fritsch, C. Poblete, C. Villagra, S. Kastner & S. Priebe (2013), "Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons", **PLOS One**, No.8(7).
- Novak, B. (2010), "Kleptomania and The Law", In: **Impulse Control Disorders**, Cambridge University Press, pp. 45-50.
- O'Connor, F. W., D. Lovell & L. Brown (2002), "Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness", **Archives of Psychiatric Nursing**, No.16(5).
- Petry, N. M (2001), "Substance abuse, pathological gambling and impulsiveness", **Drug and Alcohol Dependence**, No.63.
- Bari, A., & T. W. Robbins (2013), "Inhibition and impulsivity: behavioral and neural basis of response control", **Progress in neurobiology**, No.108.
- Sadock, B. J., V.A. Sadock & P. Ruiz (2015), **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**, New York: Wolters Kluwer.
- Silva, E. F., A. I. Silva, L. Asth, L. S. Souza, N. T. Zaveri, R. Guerrini & E. C. Gavioli (2019), "Nociceptin/orphanin FQ receptor agonists increase aggressiveness in the mouse resident-intruder test", **Behavioural brain research**, No.356.
- Street, N. W., M. C. McCormick, S. B. Austin, N. Slope, R. Habre & B. E. Molnar (2016), "Sleep Duration and Risk of Physical Aggression against Peers in Urban Youth", **Sleep Health**, No.2(2).
- Susan, L., & M. D. McElory (1999), "Recognition and Treatment of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder", **Journal of Clinical Psychiatry**, No.60 (15).
- Tobin, R. M., & A. E. House (2016), **DSM-5 diagnosis in the schools**, Guilford Press.
- VandenBos, G. R. (2015), **APA dictionary of psychology**, American Psychological Association.
- Yang, Sh., Q.Yi, X. Bin & Zh. Min (2019), "Intermittent explosive disorder in male juvenile delinquents in China", **Frontiers in psychiatry**, No.10.

