

کاربست اصول حل مسئله در دادگاه‌های کیفری ایران؛ چالش‌ها و راهکارها^۱

علی عزیزی*، محمد فرجیها**

چکیده

دادگاه‌های حل مسئله با ساختاری مستقل و تخصصی و با هدف برطرف کردن مشکلات زیربنایی مجرم، اصلاح و درمان وی، حل مشکلات بزه‌دیده، مشکلات ساختاری نظام عدالت کیفری و مشکلات اجتماعی جامعه و نتیجتاً کاهش نرخ تکرار جرایم در برخی کشورهای کاملاً تأسیس شدند. اما به علت درصد کم پرونده‌های مورد رسیدگی در دادگاه‌های مزبور به نسبت دادگاه‌های سنتی، و با هدف افزایش کمی موفقیت‌های دادگاه‌های حل مسئله، تئوری اعمال برنامه‌ها و اصول حل مسئله در بطن دادگاه‌های سنتی مورد توجه قرار گرفت. این مقاله با رویکرد پژوهش کیفی، ابتدا ضرورت توجه نظام قضایی به رویکرد حل مسئله و سپس چالش‌ها و راهکارهای کاربردی اصول و شاخص‌های رویکرد حل مسئله را در دادگاه‌های کیفری سنتی ایران مورد بررسی و تحلیل قرار می‌دهد. یافته‌های تحقیق حاکی است که برخی اصول مانند لزوم تغییر گفتمان فلسفی و سنتی در مورد نقش قاضی، دادستان و وکیل، اساس پذیرش این رویکرد در دادگاه‌های سنتی بوده که به سختی قابلیت انتقال را دارد و افزایش تعامل بین قاضی و متهم از آسان‌ترین آن‌ها است. لیکن محدودیت‌های متعدد مالی، آموزشی، پرسنلی و... موانع جدی در راه اعمال سایر اصول و اثربخشی این رویکرد ایجاد می‌نماید. نتایج عینی حکایت از آن دارد که اعمال اصول و شاخص‌های مزبور می‌تواند به افزایش «کیفیت» و «اثربخشی» رسیدگی و کاهش نتایج غیردرمانی دادرسی کیفری کمک شایان توجهی نماید.

واژگان کلیدی: دادگاه حل مسئله، دادگاه درمان‌مدار، عدالت رویه‌ای (فرایندمحور)، درمان دادگاه‌مدار

۱. این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده مسئول با عنوان «تحلیل عملکرد دادرسی و دادگاه‌های کیفری ایران در پرتو رویکرد حل مسئله» با راهنمایی دکتر محمد فرجیها در دانشکده حقوق دانشگاه تربیت مدرس است.

* قاضی دادگستری، دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
(نویسنده مسئول) AliAzizi5@yahoo.com

** دانشیار گروه حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
mohammadfarajiha@gmail.com

مقدمه

دادگاه‌های حل مسئله^۱ با هدف از بین بردن مشکلات زیربنایی مجرم (مانند بیماری یا مشکلات اقتصادی و اجتماعی) که باعث سوق دادن وی به دادگاه شده، اصلاح و درمان و نتیجتاً کاهش نرخ تکرار جرم اول‌بار در کامن‌لا تشکیل شدند. اولین الگو از این دادگاه‌ها، دادگاه درمان‌محور موادمخدر^۲ بود که در سال ۱۹۸۹ در «دید کانتی» واقع در میامی^۳ (فلوریدا) آمریکا تشکیل شد (Bruinsma & Weisburd, 2014: 4002). پس از آن دادگاه‌های حل مسئله دیگری مانند دادگاه‌های اجتماعی، دادگاه‌های سلامت روان، دادگاه‌های خشونت خانگی، دادگاه‌های ورود مجدد، دادگاه‌های درمانی مجروحان جنگی و... با اهداف گسترده‌تری از اهداف فوق و با گرت‌برداری از الگوی دادگاه موادمخدر تشکیل شدند. (Bruinsma & Weisburd, 2014: 4001) همه دادگاه‌های حل مسئله که طیف گسترده و متنوعی را تشکیل می‌دهند، ماهیتاً «درمان‌محور» نیستند؛ به‌عنوان مثال دادگاه‌های خشونت خانگی از نظر هدف، لزوماً درمانی نیست، بلکه برای تأمین مدیریت مؤثر و کارآمدتر مسائل مختلفی که از پرونده‌های خشونت خانگی ناشی می‌شوند به وجود آمده و از قاضی نیز انتظار نمی‌رود که یک رابطه درمانی با متهم برقرار نماید (Carey & Munsterman, 2008: 5). دادگاه‌های مزبور نه تنها با یکدیگر، بلکه هر نوع از آن‌ها در کشورها و ایالت‌های پذیرنده، از نظر نظام دادرسی نیز متفاوت بوده و از الگوی کاملاً واحدی پیروی نمی‌کنند.

به‌رغم تنوع دادگاه‌های حل مسئله، همان‌طور که جیمز نولن بیان داشته، این دادگاه‌ها خصوصاً در آمریکا اصولاً سعی دارند که پنج اصل و ویژگی مشترک «نظارت قضایی مستمر و نزدیک»، «رویکرد گروه‌محور^۴ یا میان‌رشته‌ای»، «گرایش درمانی یا اصلاحی»، «نقش‌های متفاوت در فرایند قضاوت» و «تأکید بر حل مشکلات فردی بزهکاران» را رعایت کنند تا دادگاه حل مسئله محسوب شوند (Nolan Jr, 2010: 32). همچنین پنج عنصر کلیدی و مشترک دستورکار اصلاحی حل مسئله در این دادگاه‌ها قابل شناسایی هستند که عبارتند از: رویکرد افتراقی و پاسخ تخصصی به هر مشکل، بهره‌گیری از همیاران نوآور در دادگاه‌ها، تصمیم‌گیری آگاهانه از گذر آموزش اطلاعات روان‌شناختی یا محلی خاص به قضات و وکلا در مورد پرونده‌های پیش‌رو، مطالبه مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی متهم و نهایتاً تمرکز بر نتایج از طریق بررسی میزان اثربخشی به‌جای تعداد پرونده‌های مختومه (Berman & Feinblatt, 2015: 14).

1. Problem-Solving Courts (PSCs)
2. Drug Treatment Courts
3. Miami-Dade County
4. Team-oriented / Team-working

در مورد شیوهٔ توسل به رویکرد حل مسئله نیز برخی از کشورهای پیش‌گام در رویکرد حل مسئله اقدام به تشکیل دادگاه‌های تخصصی حل مسئله با ساختاری مستقل از دادگاه‌های سنتی نموده‌اند، لیکن برخی نیز سعی کرده‌اند بدون تأسیس دادگاه تخصصی حل مسئله، از برنامه‌ها یا اصول حل مسئله در دادگاه‌های سنتی بهره‌برداری کنند. اما از دیدگاه انتقال مطلوب سیاست‌ها و نهادهای کنترل جرم،^۱ اولین و مهم‌ترین سؤالاتی که در زمینهٔ به‌کارگیری رویکرد حل مسئله و درمان‌محور در سایر نظام‌های قضایی اقتباس‌کننده مطرح می‌شوند عبارتند از اینکه: (۱) آیا ضرورتی به پذیرش رویکرد حل مسئله و سپس ایجاد تشکیلات تخصصی و جداگانه‌ای تحت عنوان دادگاه حل مسئله به‌عنوان نهادی برای اعمال آن رویکرد وجود دارد؟ (۲) در صورت ضرورت تشکیل، کدام الگو از دادگاه‌های حل مسئله قابلیت اعمال در نظام قضایی و جامعهٔ پذیرنده را دارد؟ (۳) در حالت عدم ضرورت ایجاد دادگاه‌های تخصصی حل مسئله، آیا امکان اعمال اصول و شاخص‌های این رویکرد در بطن دادگاه‌های سنتی فعلی وجود دارد و در صورت امکان، با چه چالش‌هایی روبه‌روست؟ بررسی این «ضرورت» یا «امکان»، به عوامل و شاخص‌های متعددی مانند ارتباط منطقی میان مشکل موجود و جرم، اهمیت و وسعت مشکل، فرهنگ سازمانی دستگاه قضایی، منابع مالی، میزان مشارکت جامعه، انتظارات جامعهٔ محلی از دادگاه و کارکرد مجازات و... وابسته است.

در نظام قضایی ایران دادگاهی تحت عنوان دادگاه حل مسئله یا درمان‌مدار وجود ندارد و صرفاً طرحی تحت عنوان «دادگاه‌های درمان‌مدار موادمخدر ایران»^۲ به‌صورت آزمایشی و با اقتباس از دادگاه درمان‌مدار موادمخدر آمریکا و بر اساس الگوی پیش‌دادرسی (از نوع تعقیب معوق یا منحرف‌شده) در حال اجراست. این طرح صرفاً در قالب همکاری درمان‌مدار بین‌سازمانی بوده و ایجاد دادگاه‌های تخصصی حل مسئله مسلماً نیازمند قانون‌گذاری و مواجهه با چالش‌های متعددی است. اما آنچه در شرایط فعلی قابلیت بحث کاربردی‌تر را دارد، رویکرد دوم یا همان کاربست اصول و شاخص‌های حل مسئله در دادگاه‌های کیفری موجود در ایران است.

این مقاله جهت جلوگیری از تکرار مطالب و با در نظر گرفتن اینکه نویسنده در مقالهٔ دیگری با

1. Policy Transfer

۲. طرح دادگاه درمان‌مدار موادمخدر ایران (به‌عنوان یکی از انواع دادگاه‌های حل مسئله) ابتدا به صورت بسیار مختصر از سال ۱۳۸۵ در دادگستری اردکان یزد اجرا شده بود (قدوسی، ۱۳۹۲: ۹۶) که به دلیل مشکلات متعدد متوقف شد اما از سال ۱۳۹۵ در قالب طرح همکاری بین‌سازمانی معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه و مرکز توسعهٔ پیشگیری سازمان بهزیستی کشور به‌طور آزمایشی در شش استان تهران، البرز، قزوین، گیلان، سیستان و بلوچستان و یزد شروع و تا سال ۱۳۹۷، چهار استان موفق به تشکیل آن مراکز شدند.

مطالعه تطبیقی اقدام به معرفی دادگاه‌های حل مسئله و اصول حاکم بر آن و نیز بررسی ظرفیت‌های «تقنینی» رویکرد حل مسئله در نظام حقوقی - قضایی ایران نموده است،^۱ و همچنین با در نظر گرفتن اینکه در نظام قضایی ایران دادگاهی با عنوان تخصصی «حل مسئله» یا «درمان‌مدار» وجود ندارد، سعی دارد به دو پرسش مهم پاسخ دهد: اول اینکه آیا ضرورتی در توجه به رویکرد حل مسئله در نظام قضایی ایران وجود دارد؟ دوم، کاربست «عملی» این رویکرد در بطن دادگاه‌های کیفری سنتی موجود در ایران با چه چالش‌هایی مواجه خواهد بود و راهکارهای حل این چالش‌ها کدامند؟ لذا مباحث مقاله بدین نحو تقسیم شده است: بند نخست به ضرورت کاربست رویکرد حل مسئله اختصاص یافته و بند دوم طی چهار شماره به بررسی چالش‌های کاربست این رویکرد پرداخته و در خلال بیان چالش‌ها، راهکارهای موجود نیز به تناسب بیان شده است. اما ارائه «الگوی مطلوب حل مسئله» برای نظام قضایی ایران و نیز ارزیابی اثربخشی طرح آزمایشی «دادگاه درمان‌مدار مواد مخدر ایران» به نوشتاری دیگر موکول خواهند شد (نک: عزیزی و فرجیها، ۱۳۹۸: ۲۳۵-۲۰۵).

روش پژوهش در این مقاله از نوع «کیفی»^۲ و از طریق انتخاب ۶ پرونده^۳ به صورت هدفمند از پرونده‌های کیفری مجتمع قضایی شهید مطهری تهران بوده که ۴ چهار پرونده اول با رویکرد حل مسئله به معنای آخص (درمان بالینی) و بقیه با رویکرد حل مسئله به معنی اعم (حل زیربنایی مشکل) مورد رسیدگی قرار گرفته؛ بررسی ۱۰۰ رأی کیفری از بانک داده آراء قضایی پژوهشگاه قوه قضائیه که در آن‌ها بیماری روانی مجرم، مؤثر یا مورد ادعا در وقوع جرم بوده؛ مصاحبه با ۱۰ نفر قضات کیفری مجتمع فوق و ۱۰ نفر وکیل و به طریق مشاهده مشارکتی انجام گرفته است.

جدول مشخصات پرونده‌های درمانی مورد استناد

ردیف	کلاس پرونده	جرم	جنس و سال تولد متهم	بیماری یا مشکل متهم / شاکی و ارتباط آن با جرم
۱	۹۷۰۲۲۷	ترک انفاق و	مرد	ابتلای متهم به برخی ویژگی‌های اختلال شخصیتی

۱. برای ملاحظه تاریخچه رویکرد حل مسئله، تعاریف و انواع دادگاه‌های حل مسئله، روش‌های اصلی مورد استفاده آن‌ها و پنج اصل مشترک بین همه آن‌ها نک: عزیزی، علی و دیگران، ۱۳۹۸؛ همچنین نک: عزیزی و فولادگر، ۱۳۹۵).

2. Qualitative Research

۳. علت محدود بودن پرونده‌های مورد استناد، عدم آشنایی قضات با رویکرد حل مسئله و به کارگیری این رویکرد و نیز نبود پرونده‌هایی است که با رویکرد درمان محور مورد رسیدگی قرار گرفته باشد؛ به طوری که پس از انجام مصاحبه با قضات، صرفاً پرونده‌های فوق از شعبه ۱۱۴۱ دادگاه کیفری دو آن مجتمع، شناسایی و مورد تحلیل قرار گرفتند.

و اختلالات خلقی و ابتلای شاکیه به اختلال افسردگی، که باعث اختلافات و خشونت خانوادگی شده است.	۱۳۴۴	ضرب و جرح به همسر		
ابتلای متهم به برخی علائم روانی و روانپزشکی باعث شده متهم چندبار زنان و از جمله همسر برادر خود را مورد ضرب و جرح قرار دهد.	مرد ۱۳۶۵	ضرب و جرح زنان	۹۵۱۲۷۴	۲
ادعای متهم به عدم توانایی اشتغال مستمر به دلیل درجاتی از استرس و اختلال اعصاب؛ که علائمی از افسردگی متهم به تأیید پزشکی قانونی رسیده است.	مرد ۱۳۵۶	ترک انفاق همسر و فرزند	۹۶۰۹۷۳	۳
ابتلای «شاکی» بر اساس نظریه پزشکی قانونی به نوعی از اختلال خلقی (اختلال دو قطبی) و نیز طبق نظریه متخصص بیماری‌های روانی، دارای علائم تحریک‌پذیری شدید، رفتارهای تهاجمی و سوءظن شدید مستلزم بستری بوده و نیز مبتلا به بیماری روحی BMDI است که جنون ادواری محسوب می‌شود که این عوامل به همراه ادعای شاکیه به اختلالات جنسی متهمه، باعث تشکیل ۳۲ پرونده حقوقی، کیفری و خانواده بین طرفین شده است.	خانم ۱۳۶۲	توهین	۹۷۰۴۷۵	۴
اختلاف مالی طرفین در خصوص ساختمانی که به‌صورت مشارکتی ساخته شده باعث طرح پرونده کیفری شده است.	مرد ۱۳۳۲	ممانعت از حق فروش ملک	۹۷۰۳۲۴	۵
طلب مالی شاکیه منشأ درگیری و جرم بوده است.	مرد ۱۳۶۳	توهین	۹۷۰۵۷۸	۶

۱. مبانی و ضرورت کاربرد حل مسئله

از منظر تاریخی، علت پیدایش و گسترش رویکرد حل مسئله و دادگاه‌های درمانی موادمخدر به‌عنوان اولین مدل از دادگاه‌های حل مسئله را می‌توان پاسخی عملی به طیفی از مشکلات مدیریتی مهم دستگاه قضایی آمریکا مانند تراکم پرونده‌ها، افزایش جمعیت کیفری زندان‌ها، مشکلات مدیریتی دادگاه‌ها، هزینه‌های سنگین ناشی از مقابله با تکرار جرایم (Freiberg, 2001: 11) و نیز حاصل چهار عامل و روند کلی در نظام قضایی و حقوقی آن کشور دانست:

۱. قضات اصلاح‌گرا، که اقلیت مهمی از قضات بودند و از ناتوانی خود در از بین بردن مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی مجرم و برخی دیگر نیز از محدودیت‌هایی که سیستم سنتی در رسیدگی قضایی برای قضات ایجاد کرده بود، ناراضی بودند و به همین دلیل در پی راهی بودند که رضایت شخصی و حرفه‌ای برای آن‌ها حاصل شود (Baum, 2011: 116).

۲. ارائه نظریه «حقوق درمان‌مدار»^۱ که حامی نقش قضایی گسترده‌تری بود و توسط پروفیسور دیوید وکسلر^۲ و بوروس وینیک^۳ ارائه شده بود.

۳. ظهور و فعالیت‌های انجمن ملی متخصصان دادگاه موادمخدر^۴ از سال ۱۹۹۴ میلادی.

۴. حمایت مالی و کمک مشتاقانه دولتی به این دادگاه‌ها (Bruinsma & Weisburd, 2014: 4001).

عوامل مزبور در کنار عدم اثربخشی راهکارهای سنتی در برابر چرخه محکومیت‌های مکرر متهمان در دستگاه عدالت کیفری - که از آن به «درهای گردان»^۵ تعبیر شده بود - باعث شد که نظام قضایی با هدف حل مشکلات زیربنایی مجرمان (مانند بیماری یا مشکلات اقتصادی و اجتماعی) که باعث سوق دادن آنان به دادگاه شده بود، اصلاح و درمان ایشان و نتیجتاً کاهش نرخ تکرار جرم، به سوی استفاده از روش‌های جامع و بهینه‌تری شامل تشکیل دادگاه‌های حل مسئله و استفاده از رویکرد درمان‌مدار سوق داده شود. در همین راستا، برخی ایالت‌ها یا کشورها دادگاه‌های تخصصی حل مسئله را تشکیل دادند و برخی نیز صرفاً سعی نمودند که از اصول حل مسئله در دادگاه‌های سنتی استفاده کنند.

رابطه بین «مشکل زیربنایی مجرم» که می‌تواند زیستی، محیطی، اجتماعی یا اقتصادی باشد، با «جرایم ارتكابی» وی که یکی از عوامل مهم در گرایش به سمت رویکرد حل مسئله بوده را می‌توان از منظرهای مختلف مانند جرم‌شناسی علت‌شناسی، جرم‌شناسی بالینی، زیست‌شناسی جنایی، روان‌شناسی جنایی، روان‌پزشکی جنایی و... بررسی کرد.^۶ در این خصوص، نتیجه بررسی‌ها حاکی است که هرچند در زمینه ارتباط کامل بین برخی عوامل زمینه‌ای با ارتكاب جرم تردیدهایی وجود دارد، لکن درخصوص برخی دیگر مانند تأثیر مشکلات ناشی از اعتیاد، سوء‌مصرف موادمخدر و

1. Therapeutic Jurisprudence

2. David B. Wexler

3. Bruce J. Winnick

4. National Association of Drug Court Professionals (NADCP)

5. Revolving Door

۶. به‌عنوان مثال، رفتار کیفری می‌تواند متناسب به بیماری روانی باشد، به همین دلیل وقتی قاضی عالی‌ترین دادگاه

نیویورک به نام سول واچلر (Sol Wachtler) به اتهام اخاذی و تهدید به ربودن دختر چهارده ساله معشوقه سابقش

دستگیر شد، روان‌شناس اعلام کرد که او علائمی از سندرم Clerambault-Kandinsky (CKS) را دارد (Flango,

2016: 34).

عدم سلامت روانی مجرم در ارتکاب برخی جرایم، وفاق بیشتری حاکم است. مشکلات مزبور می‌تواند در وقوع یا تکرار جرایم و یا وخامت وضع شخصی، خانوادگی و اجتماعی مجرم مؤثر واقع شود. به طوری که مثلاً مشکل عدم دسترسی به امکانات درمانی مناسب، با مشکل دیگری به نام بدنام‌سازی افراد دچار بیماری روانی به دلیل نوع بیماری و رفتار نامناسب‌شان، حالت شدیدتری به خود می‌گیرد. مردم از زندگی با ایشان، اشتغال، اجاره منزل و... خودداری می‌کنند و این امر باعث ناامیدی، انزوا، کاهش اعتماد به نفس و دسترسی آن‌ها به موقعیت‌ها، بی‌خانمانی و افزایش اختلالات سوء مصرف موادمخدر و نهایتاً وارد شدن آن‌ها به فرایند نظام عدالت کیفری می‌شود (Rossman, 2012: 4-5). از طرف دیگر، بررسی‌ها نشان می‌دهد که برای افراد با مشکلات ذهنی شدید، سه برابر احتمال بیشتری وجود دارد که دچار حبس شوند تا اینکه در بیمارستان نگهداری شوند (Torrey, 1971: 1) و یا اینکه مدت بیشتری را در زندان به نسبت سایر زندانیان دارای همان اتهامات سپری کنند (Rossman, 2012: 5). همچنین مشکلات سلامت روان می‌تواند با مشکلات سوء مصرف مواد همراه باشد. به طور مثال تحقیق صورت گرفته در آمریکا نشان می‌دهد که ۷۴ درصد از زندانیان ایالتی و ۷۶ درصد از افراد تحت بازداشت مبتلا به بیماری روانی، وابسته و یا دچار سوء مصرف موادمخدر بوده‌اند (James, et al. 2006: 1).

بنابراین توسل به رویکرد حل مسئله و از بین بردن مشکل زیربنایی مجرم با روش‌های قضایی - درمانی می‌تواند یکی از راهکارهای مؤثر جهت اصلاح و درمان متهم و نیز کاهش نرخ تکرار جرم در آن‌ها باشد؛ به طوری که شواهد مهمی از اثربخشی این رویکرد نیز در دادگاه‌های درمانی موادمخدر گزارش شده است. اثربخشی مزبور را می‌توان به دو دلیل عمده دانست: اول اینکه احتمال بازگشت شرکت‌کنندگان در برنامه‌های درمانی دادگاه موادمخدر به سمت مصرف مواد به طور قابل توجهی کمتر است و در صورت بازگشت نیز مواد کمتری مصرف می‌کنند. دوم اینکه به طور قابل توجهی اختلافات خانوادگی کمتری از آن‌ها گزارش شده است (Flango, 2016: 31). البته به‌رغم دلایل توجیهی رویکرد حل مسئله، برخی ارزیابی‌ها حکایت از آن دارد که طرح دادگاه درمانی موادمخدر در برخی زمینه‌ها در درمان و کاهش تکرار جرایم به طور کامل موفقیت‌آمیز نبوده است (Drug Policy Alliance, 2011: 2). مخالفان با این ادعا معتقدند که در تحلیل این دیدگاه، باید در نظر گرفت که دادگاه مزبور صرفاً یکی از انواع مختلف و متنوع دادگاه‌های حل مسئله است و نیز بر اساس تحقیقات تجربه‌محور، جلوه‌های قابل توجهی از اثربخشی این رویکرد نه تنها در زمینه موادمخدر، بلکه در سایر دادگاه‌های تخصصی حل مسئله به اثبات رسیده است (Government Accountability Office, 2005: 5; Somers, et al., 2012: 393 & Walker, et al., 2016: 25).

همچنین عدم اثربخشی مدنظر تحقیقات تجربی انجام شده را می‌توان به علل مختلفی مانند نبود شفافیت در الگوها و روش‌های مورد استفاده در فرایند ارزیابی، ضعف‌ها و نارسائی‌های روش‌شناختی یک فراتحلیل، تأثیر نوع الگوی ارزیابی، ناکارآمدی واحد ارزیابی و... دانست (فرجیها، ۱۳۸۷: ۱۳۹) و از همه مهم‌تر، مشخص نشده که آیا ناکارآمدی ادعایی ناشی از ایده و اصول حل مسئله بوده یا شیوه اجرای آن؟

اما به‌رغم اثبات اثربخشی رویکرد حل مسئله، برخی ضمن اعتقاد به لزوم به‌کارگیری اصل رویکرد حل مسئله، معتقدند که ضرورتی به ایجاد ساختار و تشکیلات موازی با دادگاه‌های فعلی تحت عنوان دادگاه حل مسئله یا درمان‌مدار با صرف هزینه‌های سنگین وجود ندارد و امکان بهره‌گیری از ظرفیت‌های حل مسئله در دادگاه‌های موجود وجود دارد (Flango, 2016: 31). به گونه‌ای که در آمریکا نهایتاً تحت تأثیر موفقیت‌های دادگاه مواد مخدر و به دلیل هزینه مالی گسترش دادگاه‌های حل مسئله و به‌رغم نگرانی از ایجاد رویه متناقض و از دست دادن منابع درمانی، در سال ۲۰۰۴ کنفرانس قضات عالی‌رتبه^۱ و کنفرانس مدیران دادگاه‌های ایالتی^۲ بر تعهدشان به حمایت از استفاده گسترده و یکپارچه‌سازی اصول و روش‌های دادگاه‌های حل مسئله در اجرای عدالت تأکید مجدد کردند (Casey, Rottman & Bromage, 2007: 4). دلیل کاربرد اصول حل مسئله در دادگاه‌های سنتی را می‌توان درصد بسیار کم پرونده‌های مورد رسیدگی در دادگاه‌های حل مسئله به نسبت دادگاه‌های سنتی، و تلاش برای افزایش کمی موفقیت‌های دادگاه‌های حل مسئله دانست. به همین منظور، طرفداران رویکرد حل مسئله، دو روش افزایش تعداد دادگاه‌های حل مسئله یا بهره‌گیری از اصول حل مسئله در بطن دادگاه‌های سنتی را پیشنهاد کردند (Flango, 2016: 31).

در مجموع، هرچند عوامل مختلفی در کنار محدودیت‌های مختلف مالی و منابع انسانی، این نظریه را متبادر می‌نماید که در صورتی که مشکل موجود به اندازه‌ای از اهمیت و وسعت نیست، لزومی به تشکیل دادگاه حل مسئله نیز وجود ندارد؛ اما این نظریه نمی‌تواند به معنی کنارگذاری کامل رویکرد حل مسئله و چشم‌پوشی از رابطه علت و معلولی بین مشکلات مجرم و جرایم ارتكابی وی باشد، بلکه ناگزیر از انتخاب راه‌میانه‌ای دایر بر اعمال این رویکرد در بطن دادگاه‌های کیفری سنتی می‌باشیم. اما آیا تمامی اصول و رویه‌های حل مسئله قابل اعمال در دادگاه‌های سنتی هستند؟ در یک

1. Conference of Chief Justices (CCJ)
2. Conference of State Court Administrators (COSCA)

تحقیق اکتشافی^۱ که با تشکیل چهار گروه کانونی^۲ در ایالت‌های نیویورک و کالیفرنیا آمریکا و نیز مصاحبه‌های فردی متعدد با قضات دادگاه‌های حل مسئله انجام شد، قابلیت انتقال‌پذیری اصول و رویه‌های جدید حل مسئله به دادگاه‌های سنتی مورد بررسی قرار گرفت. اکثریت بر این نظر بودند که برخی اصول و رویه‌ها (مانند گرایش فعال حل مسئله در قاضی، تعامل مستقیم با متهم، نظارت قضایی مستمر، ائتلاف با خدمات اجتماعی، رویکرد گروه‌محور و غیرترافیعی، اعمال تحریم‌ها و پاداش‌ها) به سهولت قابلیت انتقال را دارند؛ لکن موانعی نظیر محدودیت منابع نیز در مقابل این انتقال وجود دارد (Farole, et al., 2004: v-vi). البته این نکته قابل ذکر است که برخی نویسندگان به دلیل تفاوت اهداف، آیین دادرسی و الگوهای مبنایی دادگاه‌های سنتی و حل مسئله، با اعمال اصول حل مسئله در دادگاه‌های سنتی مخالف بوده و اعتقاد دارند این کار باعث تضعیف هر دو دادگاه شده و به سرنوشت دادگاه‌های نوجوانان (۱۸۹۹) که برای اصلاح و بازپروری نوجوانان تأسیس شده بودند، دچار خواهند شد. چراکه دادگاه‌های نوجوانان نیز با کسب برخی ویژگی‌های دادگاه‌های سنتی به دادگاه‌هایی تبدیل شدند که نه درمان‌محور و نه مجازات‌محور بودند و نهایتاً با صدور رأی دیوان عالی‌کشور آمریکا درخصوص گالت (In re Gault) در سال ۱۹۶۷ بسیاری از اصول دادرسی منصفانه بزرگ‌سالان به این دادگاه‌ها تسری داده شد (Flango, 2016: 33).

اما درخصوص وضعیت فعلی نظام قضایی ایران باید گفت که از یک طرف شباهت‌های بسیاری با زمان پیدایش دادگاه‌های حل مسئله در آمریکا وجود دارد؛ به‌عنوان مثال شاهد افزایش پرونده‌های کیفری به‌رغم افزایش تعداد محاکم^۳ به دلیل بروز مشکلات جدید اجتماعی مانند مواد مخدرهای جدید، افزایش نرخ تکرار جرم به‌رغم واردکردن نهادهای جدید جرم‌شناختی مانند «مجازات‌های جایگزین حبس»، عدم اثربخشی احکام و تصمیمات قضایی و... هستیم.^۴ از طرف دیگر، برخی

1. Exploratory Research

2. Focus Group

۳. رئیس قوه قضائیه در گفت‌وگوی زنده تلویزیونی در شبکه خبر اظهار داشته‌اند: «... مجموعاً در سال ۹۶، تعداد پرونده بررسی شده که نسبت به سال قبل، ۹۰۰/۰۰۰ پرونده اضافه شده است... تقریباً در همهٔ سنوات افزایش بین ۵۰۰ هزار، ۷۰۰ هزار تا ۹۰۰ هزار پرونده داشته‌ایم... تعداد پرونده‌های «سرقت‌های مستوجب تعزیر» از سال ۹۲ تا سال ۹۶، تقریباً دو برابر شده است و «توهین» از سال ۹۲ تا ۹۴ دو برابر شده است... امروز از ۷ هزار قاضی به قریب ۱۱ هزار و ۳۰۰ قاضی رسیده‌ایم...». کد خبر: ۶۰۳۹۹۷، تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۴/۲، ساعت: ۲۲:۴۶، تاریخ دسترسی: ۹۷/۱۲/۱۷، سایت شبکه خبر به آدرس: <http://www.irinn.ir/fa/news/603997/>

۴. سالنامهٔ آماری کشور (مرکز آمار ایران)، ۱۳۹۵: ۵۵۶ به بعد. به آدرس:

https://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/fulltext/1395/n_Salname_95-V3.pdf

قوانین اخیر ایران به سمت استفاده از رویکردهای جدید جرم‌شناختی و تصمیم‌گیری آگاهانه قضایی به جای رویکرد سزاگرایانه، یک‌طرفه و تحکمی پیش رفته و ظرفیت‌هایی از قابلیت تفسیر درمانی و مسئله‌محور از قوانین فراهم شده است؛ به‌عنوان مثال، الزام بند «الف» و «ت» ماده ۱۸ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ که شاید بتوان گفت جزء معدود موادی است که در صنف «اصول راهنمای تعیین کیفر»^۱ قرار می‌گیرد، دادگاه را مکلف به توجه به «وضعیت ذهنی، روانی، فردی، خانوادگی و اجتماعی مرتکب» حین ارتکاب جرم ساخته است که این امر از جنبه دیگر که همان لزوم توجه دادگاه به مشکل زیربنایی منجر به ارتکاب جرم و اهتمام برای حل آن است نیز قابلیت تفسیر دارد. بنابراین هرچند در شرایط فعلی و تا زمان تغییر در مقررات موجود، نمی‌توان از وجود دادگاه حل مسئله در ایران سخن گفت لکن با عنایت به اینکه «تفکر قضایی مسئله‌محور» را نمی‌توان منوط به وجود ساختار فیزیکی دادگاه حل مسئله نمود و از استفاده از ظرفیت‌های فعلی چشم‌پوشی نمود، لذا می‌توان از فرضیه امکان اعمال برخی اصول، شاخص‌ها و راهبردهای حل مسئله در دادگاه‌های کیفری موجود با هدف افزایش اثربخشی اقدامات و تصمیمات قضایی از بُعد اصلاحی - درمانی سخن گفت.

۲. چالش‌ها و راهکارهای کاربردی اصول و شاخص‌های حل مسئله

۲-۱. تفسیرهای سنتی از کارکرد نهاد قضاوت

اولین سؤالی که در زمینه پذیرش رویکرد حل مسئله و عدالت مشارکتی مطرح می‌شود این است که آیا نقش و وظیفه دادگاه، حل مشکلات اجتماعی است یا قضاوت؟ چراکه به‌عنوان مثال هرچند از بی‌خانمانی و یا بیماری روانی، نتایج غیرقانونی حاصل شود، لکن اصولاً غیرقانونی نیستند و در نگرش کلی حاکم، دادگاه در صورت رسیدگی به این مشکلات، از حیطة شرح وظایف خود خارج خواهد شد (Carey & Munsterman, 2008: 3). بنابراین یکی از مفاهیم کلیدی در استفاده گسترده از عدالت مشارکتی، لزوم تغییر نقش و نگرش سنتی در قضات، وکلا و سایر افراد مرتبط است. مطالعات نشان می‌دهد که «تصورات شغلی از نقش قضایی»^۲ بر رفتار شغلی^۳ پشت میز قضاوت تأثیرگذار بوده (Boyum, 1979; and Unga and Bass, 1972 Cited in: Farole, et al., 2004: 6) و حائل مهمی بین سیاست‌های مدیریت پرونده و درجه موفقیت عملی آن‌ها و نیز میزان حصول عدالت و انصاف خواهد بود (Neubauer, 1978, Cited in: Farole, et al., 2004: 6). همچنین یافته‌های اولیه از تحقیقات مرکز ملی دادگاه‌های ایالتی آمریکا نشان می‌دهد که مفهوم سنتی

1. Sentencing Guidelines
2. Judicial Role Orientations
3. Role Behavior

نقش قضایی، مانع اساسی در گسترش اصول عدالت مشارکتی در دادگاه‌های سنتی است (Casey 7: 2003, Rottman &). بر همین مبنا در صورتی که مقام قضایی خود را «صرفاً» کاشف حقیقت بداند یا اینکه اهمیت یا اعتقادی به حل اساسی مشکل متهم یا اصلاح و درمان وی نداشته باشد، رویکرد مشارکتی به هیچ نحو امکان ورود به دادگاه‌های سنتی را نخواهند داشت. در سطح کلان‌تر، در صورتی که مقامات مدیریتی دستگاه قضایی اعتقادی به این اصول نداشته باشند، نه تنها تلاش لازم برای تغییر نگرش مزبور را نخواهند کرد، بلکه موانع متعددی را در مقابل قضاتی که گرایش به این رویکرد دارند - حتی به طور ناخواسته - ایجاد خواهند کرد. البته شایان ذکر است که مشارکت الزاماً به این معنی نیست که نقش‌های سنتی قضاوت را ترک کنیم، بلکه به معنی ترک قسمت‌های ناکارآمد و ناموجه آن است (Carey & Munsterman, 2008: 7).

در تحقیق اکتشافی پیش‌گفته، تغییر نقش قضات، دادستان و وکیل مدافع به‌عنوان ویژگی‌ای که انطباق آن در محاکم سنتی دشوار است به اتفاق آراء مورد اشاره قرار گرفت (Farole, et al., 2004: 11). یکی از علل این دشواری این است که در دادگاه‌های سنتی کشورهای نظام حقوقی کامن‌لا، مسلماً ارتباط مستقیمی بین قاضی و متهم وجود ندارد، بلکه در دادگاه‌های درمانی است که این ارتباط برقرار شده و قاضی نقش درمانی و انگیزشی به خود می‌گیرد. در نظام قضایی ایران با توجه به اینکه امکان ارتباط مستقیم بین قاضی و متهم تقریباً همیشه وجود دارد، لذا امکان افزایش قابلیت درمانی دادگاه نیز بیشتر خواهد بود. اما این قابلیت به تنهایی کافی نبوده و لازم است قاضی تجربه و تخصص لازم را در مورد رویکرد حل مسئله و مشارکتی داشته باشد. در صورتی که هیچ‌یک از قضات مورد مصاحبه از رویکرد حل مسئله و آثار درمانی یا ضددرمانی تصمیمات قضایی هیچ اطلاعی نداشته و بیان داشتند که به دلایل متعدد که مهم‌ترین آن‌ها آمارگرایی است از ورود به مسائل جنبی زندگی و مشکلات زیربنایی متهم خودداری می‌نمایند.

مقامات قضایی به علل متعدد از توجه به مشکلات و بیماری‌های زمینه‌ای مجرم غفلت می‌کنند. بر اساس یافته‌های حاصل از مصاحبه، این عوامل را می‌توان شامل عدم تخصص و آموزش، پایه‌گذاری نظام ارزیابی قضات بر اساس شاخص‌های غیرکیفی که مانع ایجاد تمایل و انگیزه درمانی برای قضات می‌شود، آمارگرایی، تراکم پرونده، عدم ارتباط با نهادها و خدمات اجتماعی و... دانست. عوامل مزبور مانع تعیین اوقات نظارت قضایی و بررسی متعدد و نزدیک و تحت نظر گرفتن متهم می‌شود. البته این مشکل را می‌توان تا حدودی با به‌کارگیری قضات جوان و علاقه‌مند و آشنا به رویکرد حل مسئله و آموزش‌های مسئله‌محور و میان‌رشته‌ای یافته‌های «حقوق درمان‌مدار» برای قضات برطرف نمود. لزوم تغییر نگرش فوق صرفاً مربوط به مقامات قضایی نبوده و لازم است تمامی افراد مرتبط با

فرایند دادرسی مانند وکلا این تغییر را دریافت کنند. در صورتی که هدف وکیل، درمان متهم یا حل مسئله نباشد، به علل مختلف مانع اعمال اصول حل مسئله خواهد بود. این علل را طبق یافته‌های به دست آمده می‌توان شامل عدم آگاهی به این رویکرد، تمایل وکیل شاکی به اخذ سریع رأی یا نتیجه در پرونده برای توجیه موکل و اخذ حق الوکاله، ترس آن‌ها از اینکه متهم با ورود به برنامه درمانی ناخواسته باعث اثبات مجرمیت خود شود و... دانست. به نحوی که پنج نفر از وکلای مورد مصاحبه به فشارهای وارده از ناحیه موکل (شاکی) برای اخذ سریع حکم محکومیت متهم اشاره و آن را مانعی برای مصالحه یا ورود به جنبه‌های غیر موضوعی پرونده دانسته‌اند.

عموم جامعه محلی و خصوصاً خانواده متهم و شاکی نیز لازم است در خصوص محتوای رویکرد درمانی دادگاه و نتایج آن آگاه شوند. در غیر این صورت، امکان عدم حصول نتیجه درمانی بسیار افزایش خواهد یافت. چراکه مثلاً به علت عدم وجود ساختار تخصصی حل مسئله و عدم ائتلاف دادگاه با مراکز درمانی، خانواده متهم یا شاکی نقش مهمی به عنوان بازوی کمکی دادگاه عمل می‌کنند. در پرونده شماره ۲، اعزام متهم بیمار به پزشکی قانونی و سپس به بیمارستان تخصصی رازی و بستری وی همگی به طور اختیاری (و البته ضمن تعهد کتبی حین صدور قرار قبولی کفالت) برعهده پدر و برادران متهم قرار گرفت و دادگاه ایشان را به برخی از وظایف خود آشنا نموده و لزوم استمرار ارتباط و اطلاع‌رسانی به دادگاه را به آن‌ها متذکر شد. در حالی که شکات پرونده چند مرتبه به دادگاه مراجعه و خواستار صدور رأی و یا حتی اعلام رضایت مشروط شدند. همچنین در پرونده شماره ۱، شاکیه سه بار به همراه دخترش به دادگاه مراجعه و اظهار داشته که هر بار پس از صدور دستورات دادگاه، متهم به محل سکونت وی مراجعه و اقدام به درگیری و مزاحمت نموده و خواستار صدور سریع رأی و تأمین امنیت جانی از دادگاه شدند.

اعمال رویکرد حل مسئله در دادگاه‌های سنتی و نیز تغییر نگرش مزبور و رسیدگی درمانی دادگاه با چالش‌ها و محدودیت‌های «قانونی» متعددی نظیر احتمال نقض برخی اصول دادرسی منصفانه و لزوم تعدیل رسیدگی ترافیعی نیز روبه‌روست. برخی از ایرادات را می‌توان با توسل به مفهوم «ضرورت» و «رضایت» یا حتی «رضایت ضمنی»^۱ برطرف نمود. بدین معنی که بر اساس بند ۵ اصل ۱۵۶ قانون اساسی ایران، یکی از تکالیف اساسی قوه قضائیه، اصلاح مجرم و پیشگیری از تکرار جرم است، لذا پرداختن به مشکلات زیربنایی مجرم به عنوان مقدمه واجب تکلیف فوق، مداخله درمانی دادگاه را «ضروری» ساخته است. همچنین، طولانی شدن روند پرونده و نگهداری

1. Implied Consent

متهم بیمار در بیمارستان و الزام به انجام برخی دستورات و... بر اساس مفهوم رضایت از جانب متهم یا خانواده وی قابل توجه است. در آمریکا نیز در اولین دادگاهی که سعی در استفاده از رویکرد درمانی داشت و با اقدامات یک قاضی زن آمریکایی روسی تبار به نام قاضی کراس^۱ در سال ۱۹۳۶ با کمک مالی مدیریت پیشرفت امور فدرال^۲ برای رسیدگی به جرایم نوجوانان دختر با نام Wayward Minors' Court for Girls بر اساس قانون نابالغان متمرّد^۳ تشکیل شد، برای رفع ایرادات مشروعیت قانونی نحوه دادرسی آن دادگاه، اصلاحاتی را بر اساس مفهوم رضایت مجرم انجام دادند. با این اصلاحات، قاضی اقدام به تکمیل فرمی می‌نمود که نشان می‌داد متهم احضار و حقوقش تفهیم شده و وی با اموری مانند نگهداری در پناهگاه ضروری، آزمایش و مراقبت در آن مؤسسه درمانی تا زمان اتمام درمان موافقت نموده است (Quinn, 2009: 75-76). در پرونده‌های شماره ۱ الی ۴ نیز دادگاه با صحبت با طرفین و خانواده برخی از آن‌ها و تشریح نتایج متفاوت بین رسیدگی «درمانی» و «قانونی»، و نیز فواید رسیدگی درمانی دایر بر حل مسئله به‌طور اساسی، رضایت طرفین را برای ورود به برنامه درمانی اخذ و صورتجلسه نموده است.

درخصوص لزوم تعدیل رسیدگی ترفعی در رویکرد درمانی نیز، هرچند طبق ماده ۳۵۹ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ اصل بر لزوم رسیدگی در «دادگاه» به‌صورت ترفعی است (برخلاف دادرسی طبق ماده ۱۹۲)، لکن اولاً دو ویژگی اساسی دادگاه‌های حل مسئله، تمرکز بر حل مشکلات زیربنایی متهم و فراغت از رسیدگی ترفعی جهت افزایش همکاری بین اعضای دادگاه است (Nolan Jr, 2009: 10-11)، ثانیاً مبنای فلسفی رویکرد حل مسئله، «حقوق درمان‌مدار» است که رویکردی پزشکی است (و نه حقوقی) که فرضیه قانونی «پرونده‌های مشابه باید یکسان رسیدگی شوند» را تغییر داده است. ثالثاً جهت کمک به متهم و حل مشکل وی لازم است رسیدگی ترفعی تا حدودی کنار گذاشته شود چراکه برخی معایب این نحوه رسیدگی می‌تواند اثرات زیان‌باری را روی طرفین داشته باشد و با ایجاد حالت ستیزه‌جویی در آن‌ها، حل مشکل ایشان را کند و یا غیرممکن سازد (Carey & Munsterman, 2008: 4). تشکیل پرونده‌های متعدد کیفری، حقوقی و خانواده بین طرفین، ناشی از تلاش طرفین و وکلای ایشان جهت رسیدن به پیروزی با استفاده از تمامی ظرفیت‌ها و ابهامات قانونی است، در حالی که یکی از شرایط اساسی رویکرد حل مسئله، لزوم همکاری گروهی بین همه اعضای درگیر در پرونده است. با همین استدلال ملاحظه می‌شود که در پرونده

1. Judge Anna Moscowitz Kross
2. Federal Works Progress Administration (WPA)
3. Wayward Minors' Act, 1920

شماره ۱ به‌رغم اینکه ختم جلسه و نیز ختم دادرسی اعلام شده و در این حالت دادگاه مکلف به صدور رأی ظرف ۷ روز بوده و امکان اخذ لایحه نیز وجود نداشته (مواد ۳۷۳ و ۳۷۴ قانون آیین دادرسی کیفری)، لکن پیرو تلاشی که در جلسه دادرسی نافرجام مانده بود، با تمایل طرفین پس از جلسه، از ختم دادرسی عدول و اقدام به ورود به برنامه درمانی شده است.

از دیگر مشکلات قانونی و دیدگاه‌های سنتی، امکان ورود دادگاه به حل مشکل «شاکی» پرونده درحالی که مشکل وی مؤثر در وقوع جرم بوده می‌باشد. نسل اول دادگاه‌های حل مسئله که همان دادگاه‌های درمانی موادمخدر بودند با رویکرد حل مشکل زیربنایی متهم پدید آمدند، ولی نسل‌های بعدی این دادگاه‌ها، حل مشکلات بزه‌دیده، مشکلات ساختاری نظام عدالت کیفری و مشکلات اجتماعی جوامع (مانند روسپی‌گری یا معضلات محیط زیستی)^۱ را نیز در دستور کار خود قرار داده و دارای انواع مختلف و متنوعی شدند (Berman, 2000: 78). به‌عنوان مثال در پرونده شماره ۴ که عنوان اتهامی، توهین به اشخاص عادی است، «شاکی» دچار علائم ظاهری اختلال خلقی بوده و دادگاه پس از ملاحظه اینکه بین طرفین ۳۲ پرونده حقوقی، کیفری و خانواده با عناوین مختلف مطرح است، اقدام به جلب رضایت ایشان جهت ورود به برنامه درمانی می‌نماید. اما شاید از دیدگاه شکل‌گرایان افراطی، دادگاه حق و تکلیفی به ورود به این موضوع نداشته است. از طرف دیگر تفکیک صلاحیت بین مراجع قضایی می‌تواند مانعی در حل مشکل طرفین باشد. چراکه هر چند عنوان اتهامی پرونده فوق، یک توهین ساده است ولی در صورتی که دادگاه قصد حل مسئله زیربنایی طرفین را داشته باشد ناگزیر از ورود به برخی از پرونده‌های حقوقی یا خانواده مطروحه بین طرفین خواهد بود. به‌طوری که قاضی پرونده شماره ۱۰۴ با دیدگاهی کل‌نگر و در توجیه اقدامات درمانی - حل مسئله اتخاذی، در رأی خود چنین مرقوم داشته است: «هر چند تفکیک صلاحیت بین مراجع قضایی جهت انتظام امور قضایی بوده لیکن این امر می‌تواند مانعی در حل مشکل طرفین باشد... و در صورتی که دادگاه قصد حل مسئله زیربنایی طرفین را داشته باشد ناگزیر از ورود به برخی از پرونده‌های حقوقی یا خانواده مطروحه بین ایشان خواهد بود». دادگاه در پرونده شماره ۵ نیز با تجدید جلسه دادرسی، طرفین را ارشاد به مراجعه به شورای حل اختلاف و اخذ نظریه کارشناسی و تعیین اختلافات مالی طرفین نموده و همین اقدام باعث حل تمام مشکلات بین طرفین و رضایت شاکی گردیده است. همچنین در پرونده شماره ۶ دادگاه کیفری با دریافت طلب شاکی در جلسه دادرسی طی یک فقره

۱. برای مطالعه در این زمینه نک:

White, Rob, "Environmental Crime and Problem-Solving Courts," *Crime, law and social change* 59, no. 3 (2013).

سفته و مبلغی نقد و تحویل آن به ایشان و «صدور قرار اعطای مهلت»، نسبت به حل مشکلات دیگر طرفین نیز اقدام نموده است. این مداخلات دادگاه در اموری که ظاهراً صلاحیتی در آن ندارد، با تفسیر مسئله‌محور از قوانین و استفاده از ظرفیت‌های قانونی قابل توجیه است. به‌عنوان مثال دادگاه می‌تواند طبق ماده ۱۸۴ قانون آیین دادرسی مدنی با هدف حل اساسی مشکل طرفین، اقدامات درمانی یا اصلاحی و سازشی را انجام داده و نتیجه را در قالب «گزارش اصلاحی» توأم با رأی کیفری صادر نماید، خواه مورد سازش مربوط به دعوی مطروحه و یا سایر دعاوی و امور دیگر باشد.

۲-۲. ابهام در فرایند تشخیص مشکل و درمان متهم

پس از پذیرش «امکان» و شاید «ضرورت» اعمال اصول حل مسئله در دادگاه‌های سنتی، اولین سؤالاتی که مطرح می‌شود این است که کدام پرونده‌ها، متهمان، جرایم یا مشکلات اجتماعی و در کدام یک از محاکم سنتی و توسط چه قضاتی، قابلیت این نوع رسیدگی را دارند؟ فرایند تشخیص و درمان متهم در محاکم سنتی چگونه خواهد بود؟ مطالعات نشان می‌دهد که معیارهای منسجم و واحدی برای پاسخ این سؤالات وجود ندارد. در این زمینه، اکثریت قضات شرکت‌کننده در تحقیق اکتشافی پیش‌گفته، به پرونده‌هایی با موضوعات سلامت روان، اعتیاد، خشونت خانوادگی و رانندگی در حالت عدم هوشیاری و همچنین مجرمان جوان‌تر و یا به جرایمی با درجاتی معین از مجازات‌ها اشاره کردند (Farole, et al., 2004: 31). همچنین به لزوم آشنایی و تجربه فعالیت قاضی در دادگاه‌های حل مسئله و بهره‌گیری از قضات جوان و مشتاق‌تر تأکید نموده و از طرف دیگر برخی دادگاه‌ها مانند دادگاه‌های نوجوانان، خانواده و یا دادگاه‌های وابسته (افراد لازم‌الحمايه)^۱ را دارای قابلیت انتقال‌پذیری بیشتری اعلام نمودند؛ لکن پرونده‌هایی که شامل خشونت‌های شدید و محاکمات جنایی هستند را برای این انتقال مناسب ندانستند (Farole, et al., 2004: vii).

برای تشخیص مشکل و درمان یا حل آن لازم است دادگاه از یک برنامه منسجم درمانی پیروی کند. در این رابطه هرچند «راهنمای عدالت حل مسئله» مراحل پیاده‌سازی یک برنامه حل مسئله دادگاه‌محور را شامل یازده مرحله دانسته است (Casey, Rottman & Bromage, 2007: 9)، لکن به نظر می‌رسد مراحلی که برای بهره‌گیری از اصول و روش‌های رویکرد حل مسئله در دادگاه سنتی قابل شناسایی است کمتر و به‌ترتیب شامل «تشخیص مشکل»، «بررسی ارتباط آن با جرم»، «تعیین شرایط ورود به برنامه درمانی»، «غربالگری و پذیرش»، «ارزیابی و تشخیص برنامه درمانی مناسب متهم»، «اعمال برنامه درمانی»، «نظارت و ارزیابی درمان» و نهایتاً «ارائه خدمات پس از درمان»

خواهد بود. درک صحیح از ماهیت مشکل و راه‌حل‌هایی که می‌توانند آن را برطرف نمایند، نقطه کلیدی ایجاد یک برنامه حل مسئله مؤثر و ماندگار است. سپس، مرحله تشخیص لزوم مداخله درمانی دادگاه و پس از آن مرحله تعیین نحوه اعمال خدمات به متهم خواهد بود. بنابراین اولین موضوع پیش‌روی دادگاه، تشخیص صحیح مشکل و ارتباط آن با وقوع جرم است. تشخیص ظاهری برخی مشکلات مجرم به راحتی امکان‌پذیر است (مانند حالات، گفتار و رفتارهای متهمان پرونده‌های شماره ۱ و ۲ و شاکی پرونده ۴)، لکن در سایر موارد چون قاضی تخصص لازم در امور پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی را ندارد، لذا لازم است حتماً از راهنمایی متخصصان آن رشته‌ها جهت شناسایی علائم بیماری یا مشکل متهم و تأثیر آن بر ارتکاب جرم استفاده کند. در دادگاه‌های حل مسئله قاضی این وظیفه را با استفاده از همکاری مراکز تخصصی تشخیص بیماری انجام می‌دهد. در طرح آزمایشی ایران نیز این امر به ترتیب در واحدهای پذیرش، غربالگری و ارزیابی مرکز هماهنگی دادگاه درمان‌مدار انجام می‌شود (راهنمای دادگاه درمان‌مدار ایران، ۱۳۹۵: ۶۱-۳۸).

اما در حالتی که قاضی دادگاه کیفری سنتی بخواهد به مشکل زمینه‌ای مجرم توجه نماید، با توجه به اینکه بر اساس ماده یک قانون تشکیل سازمان پزشکی قانونی کشور مصوب ۱۳۷۲/۴/۲۷ و مواد ۲۰۲، ۳۷۰، ۵۰۲ و... از قانون آیین دادرسی کیفری، مرجع قانونی تشخیص بیماری طرفین، سازمان پزشکی قانونی است، لذا راهکاری جز ارجاع به پزشکی قانونی پیش روی ندارد؛ چراکه ارزش تشخیص پزشکی انجام‌شده توسط نهادهای دیگر با ایرادات قانونی مواجه خواهد بود. اما بر استمداد دادگاه از پزشکی قانونی نقایص بیشماری وارد است؛ پزشکی قانونی با حجم انبوهی از ارجاعات دادگستری و سایر سازمان‌ها روبه‌روست که باعث طولانی شدن معاینه و اظهارنظر کارشناسی خواهد شد. همچنین به دلیل عدم وجود یا کفایت متخصصان مختلف، ناچار است طبق بندج ماده ۱۱۳ قانون برنامه ششم توسعه و آیین‌نامه اجرایی واگذاری بخشی از خدمات سازمان پزشکی قانونی به گروه پزشکی معتمد مصوب ۹۶/۱۰/۱۷ اقدام به معرفی متهم نزد متخصصان، مراکز کلینیکی و پاراکلینیکی خصوصی و مورد اعتماد آن سازمان نماید. این امر باعث تأخیر در پاسخ‌گویی سریع و تحمیل هزینه‌های بیشتر بر مجرم خواهد شد. همچنین به‌رغم اینکه سازمان پزشکی قانونی مطابق ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون فوق مکلف است پس از معاینات و آزمایشات و... نظریه کارشناسی خود را به‌طور کامل و با پاسخ به سؤالات مقام قضایی ارسال نماید، لکن بررسی اظهارنظرهای کارشناسی پزشکی قانونی در تمام پرونده‌های مورد مطالعه و برخی دیگر از پرونده‌های محاکم کیفری تهران، حکایت از اعلام صرف بیماری به‌صورت کلی و بدون بیان امکان درمان، روش و مدت آن، تشریح دقیق بیماری و لوازم آن و ارائه راهکار درمانی به دادگاه و... دارد. افزون بر این، بر اساس پژوهشی که

توسط اکلوند (۲۰۰۱) صورت پذیرفت، مشخص شد که فضای درمانی محیط، ارتباط معناداری با رضایت بیمار دارد و می‌تواند باعث انگیزه بیشتر و پیشرفت بهتر روند درمانی شود (نجاتی، ۱۳۸۴: ۱۱۵) و معرفی شخصی که برای اولین بار به علت بیماری زمینه‌ای مرتکب جرم خُردی شده به‌عنوان متهم به پزشکی قانونی و رفتار یکسان پزشکان و کارکنان پزشکی قانونی با وی مانند سایر مجرمان خطرناک، می‌تواند اثرات عکسی در درمان بیماری داشته باشد. به‌طوری که طرفین پرونده‌های شماره ۱ و ۳ از این موضوع کاملاً اظهار نارضایتی نمودند. و در پرونده شماره ۲، پس از بستری متهم در بیمارستان ایران، خانواده وی به دادگاه مراجعه و با ذکر وضعیت بد بیمارستان از نظر نظافت و بستری معنادار و برخورد پرسنل بیمارستان، خواستار اعزام متهم به بیمارستان رازی شدند.

در مواردی نیز که قضات به بیماری روانی مجرم توجه نموده‌اند، بدون ایجاد تمایز بین جنون و سایر درجات بیماری‌های روانی، صرفاً جهت «تعیین مسئولیت کیفری مجرم» یا «مجازات متناسب با شخصیت او» و نه شناسایی علل زمینه‌ای جرم و حل اساسی آن اقدام به انجام استعلام شده است. به‌طوری که از بین ۱۰۰ رأی کیفری که در بانک داده آراء قضایی پژوهشگاه قوه قضائیه بررسی شد و دادگاه در آن‌ها به بیماری روانی مجرم توجه نموده بود، صرفاً از پزشکی قانونی استعلام گردیده که آیا مجرم حین ارتکاب جرم دارای مسئولیت کیفری و مسئول اعمال خود بوده است یا خیر. یکی از علل این مشکل را می‌توان نقص قوانین دانست؛ چراکه قانون صرفاً در مورد اشخاص مجنون مطابق ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ دادستان را مکلف به صدور دستور نگهداری تا زمان افاقه (و آن هم نه الزاماً درمان) نموده و ماده ۱۵ اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر نیز معنادار را مکلف به درمان نموده و سازوکارهای اجرایی آن نیز تاحدی پیش‌بینی شده است، لکن برای سایر درجات بیماری روانی یا سایر مشکلات شخصی و اجتماعی متهم که زمینه‌ساز وقوع جرم بوده مقررات درمانی خاصی را پیش‌بینی نکرده است. شاید به همین دلیل بوده که طبق تصویر رأی ضمیمه شده در پرونده شماره ۲، شعبه اول دادیاری کیش بدون توجه به بیماری آشکار متهم، صرفاً طی قرار شماره ۹۶۰۹۹۷۷۶۵۵۵۰۰۴۲۹ مورخ ۱۳۹۶/۴/۲۴ درخصوص گزارش مرجع انتظامی علیه متهم بر داشتن حالات روحی و روانی غیرعادی، به دلیل فقد وصف جزایی قرار منع تعقیب صادر و پرونده را مختومه نموده است.

درخصوص اعزام متهم به مراجع تشخیص بیماری نیز با توجه به اینکه برخلاف دادگاه‌های تخصصی حل مسئله، مرجع تشخیص درمان در معیت دادگاه سنتی تشکیل نشده و دادگاه مجبور به استفاده از پزشکی قانونی یا مراجع درمانی دیگر است، در صورتی که متهم فاقد قرار تأمین کیفری باشد، بازداشت خواهد شد و اجرای دستور اعزام به ناچار بر عهده ضابطان قرار خواهد گرفت. درحالی‌که نه تنها ضابطان توانایی پرسنلی و مادی اعزام مکرر به نهادهای درمانی را ندارند بلکه

بازداشت متهم بیمار با هدف درمانی دادگاه کاملاً در تعارض خواهد بود. به طوری که در پرونده شماره ۲، متهم به همین دلیل به مدت ۱۰ روز در کلاتری محل بازداشت شده بود و نهایتاً نیز به دلیل عدم توانایی ضابطان، با کفالت پدرش آزاد و ایشان ضمن قرار قبولی کفالت، تعهد به اعزام متهم به بیمارستان و انجام دستورات درمانی دادگاه را نموده است.

در مرحله پذیرش و درمان، حتی اگر مراحل تشخیص بیماری و تأثیر آن بر وقوع جرم به درستی انجام شود، لازم است قاضی بداند که اولاً چه نوع تصمیم و با چه ویژگی‌هایی (از نظر نوع، مدت درمان و...) برای متهم اتخاذ نماید و ثانیاً متهم را برای درمان به چه مراکزی معرفی نماید. در این زمینه، نظام‌های قضایی غربی مانند فرانسه با همکاری سازمان‌های درمانی مرتبط اقدام به تنظیم «راهنمای روش شناختی»^۱ نموده‌اند. اما در نظام قضایی ایران چنین راهنمایی تدوین نشده و لیست مراکز درمانی مورد تأیید سازمان بهزیستی (موضوع ماده ۱۵ اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر) و آیین‌نامه موضوع ماده ۷۹ قانون مجازات اسلامی که شاید با اغماض زیرمجموعه راهنماهای فوق قرار گیرند نیز نه تنها شرایط و ویژگی‌های راهنمای مزبور را ندارد، بلکه صرفاً ناظر به درمان معتادان متجاهر و خدمات عمومی رایگان به‌عنوان مجازات جایگزین حبس بوده و در درمان سایر بزهکاران کارایی ندارد. بدون راهنمای فوق، دادگاه از تعداد بیمارستان‌های حوزه قضایی و تعداد و تخصص هر یک از بخش‌های آن‌ها اطلاع نداشته و ناگزیر از انجام استعلامات متعدد و بعضاً بی‌نتیجه خواهد بود که باعث اطاله دادرسی و تحمیل هزینه بر خانواده متهم خواهد شد. در پرونده شماره ۲ پزشکی قانونی توصیه به بستری کردن متهم در بیمارستان رازی نموده بود، در حالی که در تهران دو بیمارستان رازی وجود داشت و متهم جهت بررسی امکان بستری، ناگزیر از مراجعه به هر دو شده بود.

در بررسی پرونده‌ها ملاحظه شد که عموماً پزشکی قانونی نه تنها از «تشخیص» بیماری ناتوان بوده و در نظریات خود بیان داشته که «ضروری است طرفین برای انجام آزمون‌های روان‌شناختی به دانشکده علوم رفتاری مراجعه کنند»؛ بلکه درخصوص «درمان» نیز صرفاً بیان داشته «مصاحبه روان‌پزشکی به عمل آمد، درحال حاضر واجد برخی علائم روان‌پزشکی است. لازم است جهت بررسی‌های تکمیلی و تشخیصی در یکی از مراکز درمانی دانشگاهی (ترجیحاً بیمارستان روزبه یا ایران) بستری گردد و پس از ترخیص به همراه پرونده بالینی مراجعه نماید». این نحوه اظهارنظر بدون بیان امکان درمان، روش و مدت آن، تشریح دقیق بیماری و لوازم آن و ارائه راهکار درمانی به دادگاه و... باعث مشکلات متعدد در روند درمانی پرونده خواهد شد. به‌عنوان مثال، بیمارستان بدون اطلاع

1. Guide Méthodologique

از اقدامات پزشکی سابق، ناگزیر از انجام آزمایشات مجدد با هزینه متهم بوده و دادگاه ناگزیر بوده به‌عنوان پل ارتباطی بین پزشکی قانونی و نهادهای درمانی پیوسته در نامه‌نگاری باشد. به‌طوری‌که در پرونده شماره ۲، متهم از بیمارستان ترخیص شده بود ولی تا زمان حلول وقت نظارت پرونده و تماس با خانواده متهم، دادگاه از آن اطلاع نداشت.

۳-۲. عدم تناسب سازوکارهای تشویقی و تنبیهی

ورود متهم به دادگاه حل مسئله یا برنامه درمانی با اختیار وی صورت می‌پذیرد، ولی ادامه روند درمان به‌صورت اجبار و با ضمانت‌اجراهای متعدد روبه‌روست. (عباسی، لطفی و پاک‌طینت، ۱۳۹۳: ۱۳۰-۱۲۹) به‌رغم تأکید بر درمان و بازپروری در دادگاه‌های موادمخدر، این دادگاه‌ها عاری از توسل به مجازات نیستند؛ بلکه اعمال اقتدار قاضی دادگاه در مورد کسی که تخلفی از شرایط برنامه درمانی مرتکب شده، از اخطار و وعظ تا مجازات در نوسان است. در مقابل، برای کسی نیز که مطابقت بیشتری با برنامه درمانی دادگاه داشته باشد، تشویق‌هایی شامل کاهش دفعات نظارت دادگاه، کاهش دفعات آزمایش موادمخدر، هدایا و پیشرفت به مرحله بعدی درمان و نهایتاً «درمان‌شدگی»^۱ وجود خواهد داشت. همچنین قاضی از طرحی از درمان‌های ارتقاءدهنده شامل نظارت قضایی و آزمایش بیشتر، افزایش خدمات اجتماعی و «شوک» حبس شدن به‌عنوان مشوق‌هایی برای شخص معتاد جهت تکمیل دوره درمان استفاده می‌کند (Burns & Pyrot, 2003: 219).

هرچند برخی از قضات در نظام قضایی آمریکا عقیده به عدم انتقال تشویق و تنبیه‌های مرسوم در دادگاه‌های حل مسئله به دادگاه‌های سنتی دارند، لکن یکی از شرایط موفقیت برنامه درمانی، وجود ضمانت‌اجرای تخلفات و تشویق متهم است و در صورت پذیرش این اصل، این ضمانت‌اجراها و مشوق‌ها باید به‌صورت قابل‌پیش‌بینی، فوری و بدون تناقض برای شرکت‌کنندگان در برنامه اجرا شود و نباید صرفاً به‌عنوان مجازات در نظر گرفته شود، بلکه باید به‌نحوی طراحی شوند که تقویت و اصلاح‌کننده رفتار متهم باشند. این هدایا یا مشوق‌ها می‌تواند از طرف دادگاه اعطا شود یا اینکه آن‌ها را از گروه‌های اجتماعی، خیران و کاسبان محلی تهیه نماید. برخی از آن‌ها عبارتند از: تقدم در نوبت پرونده‌ها، تحسین از طرف قاضی، تشویق در دادگاه، گواهی‌نامه تکمیل درمان، کارت تولد یا مناسبت‌های مختلف، کارت هدیه برای غذا یا سرگرمی، کاهش ساعت کار خدمات اجتماعی، کاهش هزینه نظارت در دوره پرویشن و آزمایش اعتیاد... (Casey, Rottman & Bromage, 2007: 16). با توجه به تفاوت نوع و ماهیت جرایم، افراد مجرم و ضمانت‌اجراهای اتخاذ شده توسط دادگاه،

نمی‌توان راه‌کارهای ثابتی را به‌عنوان حل مسئله برای همه مجرمین یا مشکلات اجتماعی و یا به‌عنوان ضمانت‌اجراهای تشویقی و تنبیهی در نظر گرفت. به‌عنوان مثال، اگرچه ثابت شده که رویه‌های الگوی دادگاه مواد مخدر بر سوء مصرف مواد و رفتار مجرمانه مرتبط با مصرف مواد مؤثر بوده، ولی این بدان معنی نیست که این رویه‌ها الزاماً به همان اندازه روی سایر موضوعات کیفری و یا مدنی مؤثر واقع شود و چه‌بسا برخی مجازات‌ها برای سایر مجرمین، ماهیت پاداش‌گونه داشته باشد؛ مانند اینکه جریمه‌ها و پاداش‌های مجرمان دادگاه مواد مخدر، الزاماً همان اثرات را روی بی‌خانمان‌ها نخواهد داشت و نگهداری در زندان به‌عنوان ضمانت اجرای تخلف شخص بی‌خانمان از دستورات دادگاه، همان اثر نگهداری در پناهگاه و وعده‌های غذایی مجانی را خواهد داشت (Carey & Munsterman, 2008: 4-5). همچنین نقش و رابطه قضات با متهمان نیز در انواع مختلف دادگاه‌های حل مسئله متفاوت است. برخی ضمانت‌اجراهای نقض دستورات درمانی عبارتند از: تشدید نظارت قضایی (حضور الزامی متهم، تست اعتیاد و...)، برگشت به اولین مرحله برنامه، محدودیت برخی حقوق (مسافرت، رفت‌وآمد به اماکن خاص) الزام به خدمات اجتماعی، حبس و اخراج از برنامه (Casey, Rottman & Bromage, 2007: 16).

قانون‌گذار ایران به‌رغم اینکه «درمان» متهم را در مواد و نهادهای مختلف قانونی مانند دستور ضمن قرار تعلیق تعقیب (بند ب ماده ۸۱ قانون آیین دادرسی کیفری)، دستور ضمن تعویق مراقبتی صدور حکم، تعلیق مراقبتی اجرای مجازات و دوره مراقبت (مواد ۴۸ و ۸۳ ناظر به بند پ ماده ۴۳ قانون مجازات اسلامی)، شرط نظام نیمه‌آزادی (ماده ۵۷ قانون مجازات اسلامی)، درمان اطفال و نوجوانان (تبصره بند الف ماده ۸۸ قانون مجازات اسلامی) و... مورد توجه قرار داده و به‌رغم اینکه ضمانت‌اجراهایی را برای تخطی از انجام برخی از این دستورات مقرر نموده (مانند تبصره یک ماده ۸۱ قانون آیین دادرسی کیفری و مواد ۴۴ و ۵۰ قانون مجازات اسلامی)، لکن باید گفت که اولاً موارد مزبور صرفاً ناظر به برخی جرایم (اصولاً جرایم تعزیری) و درجات خاصی از مجازات خواهد بود و در همه پرونده‌ها امکان اتخاذ تصمیم درمانی در قالب نهادهای جرم‌شناختی مزبور برای دادگاه وجود ندارد. ثانیاً شرط اعمال بیشتر نهادهای فوق، اخذ رضایت شاکی یا جبران ضرر و زیان وی می‌باشد. ثالثاً اصولاً دستورات یا تدابیر مندرج در نهادهای مختلف جرم‌شناختی (مانند مجازات تکمیلی) جنبه حصری داشته و نمی‌توان دامنه شمول آن را به سایر جرایم یا موارد دیگر گسترش داد و نتیجتاً نمی‌توان متهم را طبق آن مواد به انجام دستورات درمانی محکوم و سپس از ضمانت‌اجرای مندرج در آن مواد برای تخطی متهم از دستورات درمانی دادگاه استفاده نمود. رابعاً برخی جرایم فاقد ضمانت‌اجرای مناسب جهت پایبند نمودن مجرم در دوره درمان یا پس از آن است و همچنین

ضمانت اجرا و تعهدی برای خانواده متهم نیز جهت همکاری درمانی مقرر نشده است. مانند جرایم خشونت خانگی که در صورتی که جرم فاقد شرایط ماده ۶۱۴ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵ باشد، غیر از دیه مجازات دیگری نخواهد داشت. در این میان اگر متهم مبتلا به درجاتی از اختلال شخصیت یا اختلال روانی باشد و به‌رغم تمایل ظاهری به درمان، دوره درمانی را ترک یا همکاری لازم را نداشته باشد، دادگاه امکان التزام وی به دستورات درمانی را نخواهد داشت. به‌عنوان مثال، در پرونده شماره ۱ به‌رغم اینکه شاکیه یک بار در دادسرا درخواست ترک تعقیب کرده بود و متهم تا جلسه دادرسی هیچ حضوری در مراجع انتظامی و قضایی نداشته بود و به‌رغم اعزام وی به پزشکی قانونی و تشخیص بیماری وی دایر بر وجود اختلالات شخصیتی و خلقی، متهم از مراجعه به روان‌پزشک و درمان خودداری نمود و نهایتاً دادگاه به دلیل عدم همکاری متهم و عدم وجود اهرمی که بتوان وی را به درمان مجبور نماید، حکم محکومیت به تحمل حبس و پرداخت دیه صادر نموده است. دادگاه در دادنامه استدلال نموده که: «...استفاده از ظرفیت درمان‌محوری برخی نهادهای جدید جرم‌شناختی که متضمن دستور درمان و نیز ضمانت اجرای تخلف از دستورات درمانی است (مانند تعویق مراقبتی صدور حکم یا دوره مراقبت توأم با دستور درمان بیماری)، به دلیل درجه جرم ارتكابی قابلیت اعمال نداشته و تنها نهاد درمان‌محور قابل اعمال در این پرونده، تعلیق اجرای مجازات توأم با دستور درمان بیماری است که دادگاه در شرایط فعلی امکان توسل به آن را به دلیل استنکاف متهم از درمان و کاهش قطعیت و حتمیت حکم کیفری نخواهد داشت، ولی در صورتی که متهم قصد و اراده واقعی به درمان داشته باشد، امکان بهره‌برداری از نهاد مزبور پس از صدور حکم نیز مطابق ماده ۴۹ قانون مجازات اسلامی وجود خواهد داشت»^۱.

همچنین در پرونده شماره ۴، به‌رغم اینکه ابتلای شاکی به بیماری روانی محرز بوده، وی از همکاری کامل با دادگاه خودداری نموده است. در این حالت که مشکل زیربنایی، مربوط به «شاکی» پرونده بوده و پزشکی قانونی وی را صرفاً دارای اختلال خلقی دوقطبی تشخیص داده و صرفاً یکی از پزشکان معالج شخصی، بیماری وی را نوعی از جنون ادواری تشخیص داده و نوع اتهام متهم نیز صرفاً توهین به اشخاص عادی است، به نظر می‌رسد با عدم همکاری طرفین، اقدامات درمانی دادگاه به مرحله نتیجه نخواهد رسید؛ البته در حال حاضر جریان درمان این پرونده ادامه دارد و دادرسی منجر به رأی نشده است. بنابراین برای حل این مشکل و پایبند نمودن متهم به دستورات درمانی، لازم است قانون‌گذار ضمانت‌اجراهای مخصوص تخطی متهم از اجرای دستورات درمانی در نظر

۱. دادنامه شماره ۹۷۰۹۹۷۰۲۱۴۱۰۱۴۸۳ مورخ ۹۷/۱۲/۱۳ شعبه ۱۱۴۱ دادگاه کیفری دو تهران.

گیرد تا بدون توجه به نوع جرم یا درجه آن یا نهادهای جرم‌شناختی مقرر در قانون، قابلیت استفاده برای اکثر جرایم و پرونده‌ها را داشته باشد.

۴-۲. محدودیت منابع مالی و انسانی مورد نیاز برای درمان

شاید بتوان بزرگ‌ترین چالش کاربست اصول و شاخص‌های حل مسئله در دادگاه‌های سنتی را محدودیت منابع این دادگاه‌ها عنوان کرد که شامل «محدودیت‌های مالی، منابع حمایتی از بزه‌دیده، منابع درمانی جامعوی، نیروی انسانی، منابع حمایتی پس از دوره درمان، محدودیت زمانی، منابع اطلاعاتی، فناوری‌های نوین مانند سیستم مدیریت اطلاعات،^۱ منابع درمانی جامعوی، منابع آموزشی قضات و وکلای درمان‌گر، فقدان تجربه درمان‌گری قضایی، عدم تناسب بسترهای تعامل دادگاه و نهادهای مسئول درمان، نگرانی‌های امنیت عمومی در رابطه با متهمان جرایم خشن و...» می‌باشند که ذیلاً برخی از آن‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

دادگاه‌های حل مسئله نیازمند منابع مالی جهت استخدام قضات متخصص، کارمندان و تجهیزات فیزیکی، آموزش تخصصی و مستمر قضات و سایر مرتبطین دادگاه هستند، لذا دادگاه علاوه بر منابع مالی دولتی، باید از کمک سازمان‌های مالی خارج از نظام عدالت کیفری که در دسترس دادگاه هستند مانند سازمان‌های کارایی، کارورزی و تهیه مسکن نیز به‌نحو مطلوب بهره‌برد. اما چالش مهم این است که کنترل منابع مالی باید توسط چه کسی صورت پذیرد و در نظام قضایی سنتی ایران، آیا قاضی اختیار جذب و مصرف چنین منابع مالی را دارد؟ در صورتی که این کنترل توسط دادگاه انجام شود و نهادهای مرتبط با دادگاه، تا حدی نیازمند کنترل ملزومات تکمیل برنامه در مورد متهمان شرکت‌کننده باشند، چطور می‌توانند اقدام نمایند؟ از طرف دیگر هزینه‌های درمان متهم برعهده کیست و آیا ناتوانی مالی متهم به معنی انتفای اهداف حل مسئله است؟

ماده ۵۶۰ قانون آیین دادرسی کیفری مقرر نموده که شاکی و متهم بابت «هزینه حق‌الزحمه پزشکان» وجهی نمی‌پردازند و هزینه‌های مزبور از محل اعتبارات قوه قضائیه پرداخت می‌گردد، در حالی که پرداخت این هزینه‌ها نیازمند پیش‌بینی ردیف مستقل در قانون بودجه بوده و به دلیل عدم پیش‌بینی چنین ردیفی تاکنون، معاونت مالی، پشتیبانی و عمرانی دادگستری کل استان تهران در سال ۱۳۹۷ طی بخشنامه‌ای خطاب به مراجع قضایی استان مقرر نموده که به دلیل عدم تأمین اعتبار، از درخواست پرداخت چنین هزینه‌هایی خودداری شود.^۲ همچنین مطابق ماده ۳ از قانون تشکیل سازمان

1. Management Information Systems (MIS)

۲. البته بعداً معاونت راهبردی قوه قضائیه در نامه‌ای به شماره ۹۰۰/۵۳۹۵/۹۰۰ مورخ ۹۸/۳/۲۵ خطاب به رئیس

پزشکی قانونی کشور و ماده ۸ آیین‌نامه اجرایی آن و ماده ۸ آیین‌نامه اجرایی کمیسیون‌های تخصصی، سازمان فوق «مکلف» است هزینه‌های خدمات پزشکی قانونی و کمیسیون‌های مزبور را بر اساس تعرفه‌هایی که به پیشنهاد سازمان به تصویب رییس قوه قضائیه می‌رسد اخذ و به حساب درآمد عمومی کشور واریز نماید. و صرفاً ماده ۳ آیین‌نامه تعرفه‌های خدمات خاص پزشکی قانونی سال ۱۳۹۷ مصوب ریاست قوه قضائیه، تشخیص اعمار را به رئیس سازمان پزشکی قانونی و یا مقامات مجاز از طرف ایشان سپرده است. در حالی که این دادگاه است که اشراف کامل بر وضعیت متهم بیمار داشته و دسترسی به رئیس سازمان و دیگران نیز اصولاً فراهم نیست و درخواست دادگاه موجب طولانی شدن روند درمان خواهد شد و همچنین تکلیف حالتی که این درخواست مورد موافقت قرار نگیرد، روشن نیست. از طرف دیگر، اصولاً متهمانی که دچار مشکلات اعتیاد، بیماری روانی و... هستند از نظر مالی در وضعیت خوبی قرار ندارند، لذا تحمیل هزینه‌های درمان بر متهم مانع مهمی در درمان وی خواهد بود که این موضوع در اقتصاد سیاسی و سیاست‌های نولیبرال کاملاً قابل نقد است. لذا بهتر بود مانند تصادفات که قانون‌گذار طبق ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه و ماده ۳ دستورالعمل اجرایی مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی موضوع قانون مزبور، درمان مجانی بزه‌دیدگان جرایم تصادفات رانندگی را مقرر نموده، درمان مجانی «مجرم» در فرایند درمان را نیز مقرر نماید. البته ذکر این نکته ضروری است که برنامه‌های درمانی دادگاه‌های تخصصی حل مسئله در آمریکا رایگان نیستند و شرکت‌کننده باید هزینه‌ها و جرایمی را به‌عنوان شرط پذیرش پرداخت نماید و برای این موضوع دو منفعت نیز ذکر شده است: اول اینکه هزینه‌های اضافی دادگاه و محلاتی که درگیر برنامه‌های حل مسئله هستند را نسبت به آن‌هایی که در دادرسی سنتی برای همان دسته از جرایم و مجرمان متحمل شده‌اند جبران می‌کند. ثانیاً پرداخت هزینه و جریمه به‌عنوان روشی که طی آن متهم مسئولیت اعمالش را می‌پذیرد در نظر گرفته می‌شود (Casey, Rottman & Bromage, 2007: 13).

علاوه بر متهم، قانون‌گذار ایران منابع مالی برای حمایت از بزه‌دیده و خانواده‌ی وی را به‌طور کلی

کل دادگستری استان تهران در جواب درخواست دادیار دادرسی امور پزشکی تهران (ناحیه ۱۹) درخصوص درخواست اعتبار بابت تأمین هزینه‌های ناشی از اجرای ماده ۵۶۰ ق.آ.د.ک بیان داشته که: «...ضمن تأکید مجدد بر مفاد نامه شماره ۹۰۰۰۳۲۸۲/۹۰۰ مورخ ۹۵/۲/۲۶، به دلیل عدم اجرای ماده ۵۶۷ ق.آ.د.ک مبنی بر ایجاد ردیف بودجه مستقل برای تأمین هزینه‌های مترتب بر اجرای ق.آ.د.ک و محدودیت اعتبارات سال جاری، تأمین اعتبارات درخواستی که می‌باید از ردیف مستقل پرداخت شود، میسر نمی‌باشد. ضمناً در صورت ضرورت هزینه و با تشخیص جنابعالی تا زمان تعیین و تصویب ردیف اعتباری مستقل برای اجرای قانون یادشده، پرداخت هزینه‌های ضروری مربوط از سرجمع اعتبارات ابلاغی آن دادگستری کل، از محل صرفه‌جویی و بارعایت اولویت‌ها قابل اقدام می‌باشد».

و خصوصاً در دوره درمان پیش‌بینی نکرده است. در حالی که، برخی مطالعات نشان داده که اقدامات دادگاه احتمال افزایش خطر برای بزه‌دیده را افزایش داده و نیز حتی وضعیت مالی بزه‌دیده را به دلیل عدم وجود حمایت مادی و سایر حمایت‌ها در دوران حبس همسرش وخیم‌تر نموده است (Quinn, 2009: 68). این وضعیت در مواردی که متهم دادگاه حل مسئله مرد بوده و جرم از جمله جرایم حوزه تکالیف خانواده است جلوه مهم‌تری به خود می‌گیرد. در جرایمی مانند ترک انفاق، بزه‌دیده فاقد حمایت مالی و دچار مشکلات عدیده خواهد گردید. در پرونده شماره ۳ که متهم مدعی بیماری مانع اشتغال و انفاق است، تا زمان تشخیص و درمان وی، شاکیه به همراه فرزندش بیش از سه سال در منزل پدرش زندگی می‌نموده و هیچ هزینه‌ای از طرف متهم به وی پرداخت نشده بود.

از دیگر سو، نبود پرسنل اضافی برای تماس مستمر با متهمان و پیگیری وضعیت آن‌ها باعث می‌شود که تمام مراحل تشخیص مشکل و حتی بررسی ریزترین جزئیات برعهده شخص قاضی قرار گیرد. در تمام پرونده‌های مورد مطالعه، این اقدامات برعهده قاضی قرار گرفته بود و مشاهدات حکایت داشت که حتی کارکنان دادگاه به دلیل ناآشنایی با این رویکرد، نه‌تنها توانایی مدیریت پرونده را نداشتند بلکه از مراجعه مکرر متهمان بیمار به دفتر دادگاه ابراز ناراحتی نموده و خواستار صدور سریع رأی کیفری بودند. در حالی که به علت تراکم پرونده، عملاً نظارت کامل از طرف قاضی امکان‌پذیر نخواهد بود و قاضی مکلف به مدیریت زمان به‌عنوان یکی از معیارهای مهم ارزیابی عملکرد دادگاه است. اما در دادگاه‌های حل مسئله که هدف، حل مشکل هر شخص است نمی‌توان این محدودیت که «چقدر زمان برای یک نفر صرف شده» را بر جریان دادرسی دادگاه تحمیل کرد. البته در برخی موارد مانند دادگاه‌های خشونت خانگی، اقدامات سریع دادگاه یکی از اهداف حل مسئله است، اما این سرعت عمل، جهت مدیریت پرونده قضایی نیست بلکه به این دلیل است که تأخیر دادگاه به نفع بزهکار بوده و سرعت عمل یکی از نتایج مطلوب رسیدگی دادگاه است (Farole, et al., 2004: 18). مشاهدات در شعبه ۱۱۴۱ دادگاه کیفری دو تهران حکایت داشت که محدودیت زمانی و پرسنلی باعث شده بود که دادگاه تنها برخی از پرونده‌ها و متهمان را به‌طور گزینشی تحت نظارت قضایی مستمر قرار دهد و حتی در زمان حضور متهم در وقت نظارت قضایی، دادگاه مجبور شود نظارت را به وقت دیگری موکول نماید.

نتیجه

نظام قضایی کشورهای مختلف در رابطه با به‌کارگیری رویکرد حل مسئله، اقدام به تشکیل دادگاه‌های تخصصی حل مسئله با ساختاری مستقل از دادگاه‌های سنتی و یا استفاده از برنامه‌ها و اصول حل مسئله در دادگاه‌های سنتی نموده‌اند. علت کاربست شیوه دوم را می‌توان هزینه‌های بالای

ایجاد دادگاه‌های تخصصی حل مسئله، لزوم استفاده از ظرفیت فعلی دادگاه‌های سنتی موجود و تلاش برای افزایش کمی موفقیت‌های دادگاه‌های حل مسئله به دلیل درصد بسیار کم پرونده‌های مورد رسیدگی آن‌ها به نسبت دادگاه‌های سنتی دانست.

برخی اصول حل مسئله مانند لزوم تغییر گفتمان فلسفی و سنتی در مورد نقش قاضی، دادستان و وکیل، اساس پذیرش رویکرد حل مسئله در دادگاه‌های سنتی بوده که به سختی قابلیت تغییر دارد و افزایش تعامل بین قاضی و متهم از آسان‌ترین آن‌ها است. کاربست اصول حل مسئله در دادگاه‌های کیفری سنتی ایران با چالش‌ها و محدودیت‌های متعددی روبه‌روست که مهم‌ترین آن‌ها تفسیرهای سنتی از کارکرد نهاد قضاوت، ابهام در فرایند تشخیص مشکل و درمان متهم، عدم تناسب سازوکارهای تشویقی و تنبیهی، محدودیت منابع مالی، انسانی، آموزشی، زمانی و فناوری‌های نوین مورد نیاز در فرایند درمان، عدم تعامل سازنده میان دادگاه و نهادهای مسئول درمان، شکل‌گرایی افراطی قضایی و... می‌باشد.

اما در مقابل، راهکارهایی نیز جهت برطرف کردن محدودیت‌های فوق قابل تصور هستند که عبارتند از: لزوم تغییر در نگرش دستگاه قضایی، قضات، وکلا، طرفین پرونده و حتی خانواده آن‌ها در توجه به مشکلات و بیماری‌های زمینه‌ای مجرم، لزوم تدوین راهنمای روش‌شناختی درمان، تعدیل اصل رسیدگی توافقی جهت ارتقای رویکرد مشارکتی در فرایند درمان، لزوم تفسیر مسئله‌محور از قوانین و بهره‌گیری از ظرفیت مقررات قانونی موجود مانند جلب موافقت طرفین به درمان یا نهاد گزارش اصلاحی، بهره‌گیری از ظرفیت تشخیصی و درمانی بیمارستان‌های تخصصی و منابع جامعوی در فرایند درمان، پیش‌بینی منابع مالی لازم و...

بنابراین، با در نظر گرفتن مجموع محدودیت‌ها و راهکارهای موجود، می‌توان نتیجه گرفت که هرچند برخی از اصول حل مسئله به‌طور کامل قابلیت اجرا در بطن دادگاه‌های سنتی را ندارند، لکن اعمال اصول مزبور می‌تواند به افزایش «کیفیت» و «اثربخشی» رسیدگی و کاهش نتایج غیردرمانی دادرسی کیفری کمک شایان توجهی نماید؛ چه اینکه در پرونده‌های شماره ۵ و ۶ مشکل زیربنایی منجر به وقوع جرم بر اثر رویکرد مسئله‌محور قضایی به همراه تمامی اختلافات جانبی به‌طور کامل برطرف شده‌است؛ در پرونده شماره ۲، بیماری زمینه‌ای منجر به وقوع جرم در متهم کنترل و به شرط ادامه درمان به‌طور کامل بهبود خواهد یافت. اما در پرونده‌های شماره ۱، ۳ و ۴ به دلیل عدم همکاری طرفین و به‌رغم تشخیص بیماری، رویکرد درمان‌مدار دادگاه منتج به نتیجه نشده و دادگاه به ناچار اقدام به صدور حکم کیفری نموده است.

منابع

فارسی

- فرجیها، محمد (۱۳۸۷)، «ارزیابی مداخله‌های پیشگیرانه پلیس: چالش‌های روش‌شناختی و سیاست‌گذاری»، پلیس و پیشگیری از جرم (مجموعه مقالات)، همایش پلیس و پیشگیری.
- عزیزی، علی و دیگران (۱۳۹۸)، «اصول حاکم بر دادگاه‌های حل مسئله در پرتو مطالعات تطبیقی»، پژوهش‌های حقوق تطبیقی، دوره ۲۳، شماره ۴.
- عزیزی، علی و محمد فرجیها (۱۳۹۸)، «ارزیابی فرایند طرح آزمایشی دادگاه درمان‌مدار موادمخدر ایران»، مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۳، شماره ۱۰۸.
- عزیزی، علی و فریبا فولادگر (۱۳۹۵)، «دادگاه‌های حل مسئله و جلوه‌های ترمیمی آن»، دانش‌نامه عدالت ترمیمی، تهران: انتشارات میزان.
- عباسی، محمود، احسان لطفی و حسن پاک‌طینت (۱۳۹۳)، «بررسی ماهیت و ضوابط حاکم بر دادگاه‌های درمان‌مدار موادمخدر»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هشتم، شماره ۲۸.
- قدوسی، آرش (پاییز ۱۳۹۲)، «دادگاه درمان‌مدار؛ نگرشی نو در کنترل سوء مصرف مواد»، نشریه طب اعتیاد، شماره ۲.
- قدوسی، آرش و سمیراالسادات موسویان (۱۳۹۲)، «دادگاه درمان‌مدار؛ سیاست‌جنایی در مقابله با اعتیاد، اصفهان: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان اصفهان.
- معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه و مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، (۱۳۹۵)، راهنمای دادگاه درمان‌مدار در ایران.
- نجاتی، علی (۱۳۸۴)، «مقایسه میزان رضایت‌مندی از روند درمانی مراکز اجتماع درمان‌مدار تهران و گرگان»، فصلنامه مصباح، شماره ۵۹.
- مرکز آمار ایران، (۱۳۹۵)، «سالنامه آماری کشور»، به آدرس: https://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/fulltext/1395/n_Salname_95-V3.pdf
- شبکه خبر، «گفت‌وگوی تلویزیونی رئیس قوه قضائیه، بررسی ۱۶ میلیون و ۳۰۰ هزار پرونده در سال ۹۶»، کد خبر: ۶۰۳۹۹۷، تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۴/۲، ساعت: ۲۲:۴۶، تاریخ دسترسی: ۹۷/۱۲/۱۷، به آدرس: <http://www.irinn.ir/fa/news/603997/>

انگلیسی

- Baum, Lawrence. (2011). *Specializing the Courts*. University of Chicago Press.
- Berman, Greg. (2000). *What Is a Traditional Judge Anyway? Problem Solving in the State Courts*. *Judicature* 84, no. 2, 78-85.
- Berman, Greg, and John Feinblatt. (2015). *Good Courts: The Case for Problem-Solving Justice*. Vol. 8: Quid Pro Books.
- Bruinsma, Gerben, and David Weisburd. (2014). "Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice". Springer New York.
- Burns, Stacy Lee, and Mark Pyrot. (2003). "Tough Love: Nurturing and Coercing Responsibility and Recovery in California Drug Courts Non-Traditional Court Practices". *Social Problems* 50, 416-438.
- Carey, Shannon, and Janice Munsterman. (2008). "Challenges and Solutions to Implementing Problem Solving Courts from the Traditional Court Management

- Perspective". American University. Retrieved from: [https://www. Ncjr. Gov/App/Publications/abstract. Aspx](https://www.Ncjr.gov/App/Publications/abstract.aspx).
- Casey, Pamela M., and David B. Rottman. (2003). "Problem-Solving Courts: Models, Commonalities, and Trends: The View from the United States". Paper presented at the Prepared for "Problem Solving Courts: An International Perspective," Psychology and Law International, Interdisciplinary Conference, July, Edinburgh, Scotland.
 - Casey, Pamela M., David B. Rottman, and Chantal G. Bromage. (2007). "Problem-Solving Justice Toolkit". Williamsburg, VA: National Center for State Courts.
 - Drug Policy Alliance, (2011). "Drug Courts Are Not the Answer: Toward a Health-Centered Approach to Drug Use", www.drugpolicy.org/drugcourts.
 - Farole, Donald, Nora Puffett, Michael Rempel, and Francine Byrne, (2004), "Collaborative Justice in Conventional Courts: Opportunities and Barriers", NY Center for Court Innovation.
 - Flango, Victor E., (2016). "Why Problem-Solving Principles Should Not Be Grafted onto Mainstream Courts". *Judicature* 100, 30-36.
 - Freiberg, Arie. (2001). "Problem-Oriented Courts: Innovative Solutions to Intractable Problems?" *Journal of Judicial Administration* 11, no. 1, 8-27.
 - Government Accountability Office, (2005), "Adult Drug Courts: Evidence Indicates Recidivism Reductions and Mixed Results for Other Outcomes," US Government Accountability Office.
 - James, Doris J, Lauren E Glaze, and BJS Statisticians, (2006). "Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates," Office of Justice Programs.
 - Neubauer, David. (1978). "Judicial Role and Case Management". *The Justice System Journal*, 223-232.
 - Nolan Jr, James L., (2010), "Harm Reduction and the American Difference: Drug Treatment and Problem-Solving Courts in Comparative Perspective." *Journal of Health Care Law & Policy* 13, 31.
 - Nolan Jr, James L., (2009). *Legal Accents, Legal Borrowing: The International Problem-Solving Court Movement*. Princeton University Press.
 - Quinn, Mae C., (2009), "The Modern Problem-Solving Court Movement: Domination of Discourse and Untold Stories of Criminal Justice Reform." *Washington University Journal of Law & Policy* 31, 57-82.
 - Rossman, Shelli B., (2012). *Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn*, New York.
 - Somers, Julian M., Lauren Currie, Akm Moniruzzaman, Faith Eiboff, and Michelle Patterson. (2012). "Drug Treatment Court of Vancouver: An Empirical Evaluation of Recidivism". *International Journal of Drug Policy*. 23, no. 5, 393-400.
 - Torrey, E Fuller, Aaron D Kennard, Don Eslinger, Richard Lamb, and James Pavle. (2010), "More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons than Hospitals: A Survey of the States". Arlington, VA: Treatment Advocacy Center.
 - Walker, Lenore EA., James M. Pann, David L. Shapiro, and Vincent B. van Hasselt. (2016). *Best Practices for the Mentally Ill in the Criminal Justice System*. Springer.
 - White, Rob. (2013), "Environmental Crime and Problem-Solving Courts". *Crime, law and social change*, 59, no. 3, 267-278.