

# بررسی میزان شیوع ابتلا به اختلال روان‌پزشکی در مرتکبین به قتل ارجاع شده به کمیسیون روان‌پزشکی پزشکی قانونی خراسان رضوی از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳

دکتر حمید عطاران\*، دکتر لاله کوهستانی\*\*، زهرا عرفانیان طالعی نوغان\*\*\*، دکتر سید آریا حجازی\*\*\*\*،  
اکرم فتوت\*\*\*\*\*، دکتر سیده زهره بنی هاشمی\*\*\*\*\*

\*متخصص جراحی عمومی، معاونت بالینی و تشریح پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران  
\*\*متخصص اعصاب و روان، کارشناس کمیسیون روان‌پزشکی خراسان رضوی مشهد، ایران  
\*\*\*کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، کارشناس روانشناسی سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران  
\*\*\*\*متخصص پزشکی قانونی، عضو هیأت علمی پژوهشی سازمان پزشکی قانونی، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، تهران، ایران  
\*\*\*\*\*کارشناس ارشد علوم اجتماعی، کارشناس امور پژوهشی پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران  
\*\*\*\*\*پزشک عمومی، کارشناس معاینات بالینی پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران

## چکیده

هدف: این مطالعه با هدف تعیین شیوع ابتلا به اختلال روان‌پزشکی در مرتکبین به قتل ارجاع شده به کمیسیون روان‌پزشکی پزشکی قانونی خراسان رضوی از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ می‌باشد.

روش: روش تحقیق در این پژوهش از نوع گذشته نگر- توصیفی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق پرونده‌های مربوط به مرتکبین قتل ارجاعی به پزشکی قانونی خراسان رضوی از فروردین ۱۳۹۲ تا پایان اسفند ۱۳۹۳ می‌باشد، که با بررسی این پرونده‌ها و نتایج کمیسیون‌های روان‌پزشکی مربوطه، چک لیستی طراحی شده است که توسط آن اطلاعات کمی و کیفی استخراج و ثبت شد و در پایان یافته‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر از مجموع ۹۰ پرونده مورد بررسی، ۴۴ مورد (۴۹/۴ درصد معتبر) مربوط به سال ۹۲ و ۴۵ مورد (۵۰/۶ درصد معتبر) مربوط به سال ۹۳ می‌باشد.

۵۵/۲ درصد قاتلین سابقه اعتیاد و یا تداوم مصرف آن را داشتند. در این میان ۱۷/۲ درصد سابقه بیماری روانی که توسط پزشک تشخیص گذاری شده بود داشتند. ۳۱/۸ درصد سابقه مصرف داروی اعصاب و روان، ۱۷ درصد سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی، ۷۰/۱ درصد سابقه خودزنی و ۲۸/۷ درصد سابقه اقدام به خودکشی را ذکر نمودند. مجموعاً ۳۶/۷ درصد واجد نوعی اختلال روانی بودند و ۱۲/۸ درصد مسئول اعمال خود شناخته نشدند.

نتیجه گیری: طبق آمار به دست آمده این پژوهش ۶۱/۷ درصد قاتلین عمده روان‌پزشکی نداشتند اما این به معنی برخوردار بودن این افراد از سلامت روانی نمی‌باشد و حداقل این افراد در حوزه مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله، کنترل خشم و قضاوت کلی دارای نقص بودند و این موضوع به نیاز جامعه برای برنامه ریزی جهت ارتقاء سطح سلامت روانی افراد، آموزش مهارت‌های زندگی (کنترل استرس، کنترل خشم و...) و پیشگیری از جرم‌های همراه با خشونت مانند قتل اشاره دارد.

واژگان کلیدی: اختلال روان‌پزشکی، قتل، دیگرکشی، جرایم خشن

تایید مقاله: ۹۵/۴/۱۵

وصول مقاله: ۹۴/۱۲/۱۰

نویسنده پاسخگو: زهرا عرفانیان طالعی نوغان، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، کارشناس روان‌شناسی پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران

شماره تماس: ۰۵۱۳۸۴۵۴۴۰۰

Email: zr.erfaniaan@yahoo.com

## مقدمه

افزایش آشکار قتل‌ها<sup>۱</sup> توجه دانشمندان علوم انسانی و اجتماعی را در مناطق مختلف جهان بر انگیزخته است و محققان به منظور کسب اطلاعات بیشتر شروع به بررسی ساختارهای بیولوژیک، روان‌شناسی و اجتماعی قاتلین کرده‌اند. در سال‌های اخیر مامورین اجرائی و اساتید دانشگاهی به فهم و پویائی شناسی قتل‌ها نزدیک شده‌اند. اما به رغم این تلاش‌ها به علت گستردگی این پدیده، هنوز پرسش‌های زیادی در این حوزه بی پاسخ مانده است (۱).

در کشورهای مختلف جهان مطالعات متعددی در رابطه با مشخصات ارتکاب به قتل در بیماران مبتلا به اختلالات روانی صورت گرفته است، لیکن به دلایل مختلف از جمله تفاوت در تعاریف و تقسیم بندی موارد قتل و مقررات حاکم، مقایسه آمار در سطح بین‌المللی با اشکال مواجه بوده، هر چند در موضوعات کاملاً مشابه نتایج قابل استفاده جهانی به دست آمده است (۲). بیماری شدید روانی شامل احساسات، رفتارها، افکار و عقاید پریشان و عجیبی می‌شود که می‌تواند قابلیت فرد را در انجام امور جاری و ارتباط با دیگران مختل کند. در اشکال شدید حتی ممکن است فرد را نسبت به دیگران یا خودش خطرناک سازد (۳). پژوهش‌های انجام شده در کشور نشان می‌دهد که اختلالات روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور، در حدود ۲۱ درصد اشاعه داشته است. هم چنین نشان داده شده که این میزان شیوع با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد (۴).

از اواسط قرن نوزدهم، روان‌پزشکی طبقه بندی انواع بیماری‌های ذهنی را که در اشخاص دیده شده شروع کرده است، و این در متون مختلف و به طور قابل ملاحظه در طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها<sup>۲</sup> (ICD) و در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که اکنون (DSM-5) نامیده می‌شود فرمول بندی شده است. در DSM-5 اختلالات روانی در ۲۰ طبقه‌ی تشخیصی قرار داده شده است. تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که در برخی از مجرمان انواع اختلالات روانی نیز دیده می‌شود که می‌توان به انواع اختلالات شخصیت<sup>۳</sup>، افسردگی<sup>۴</sup>، اختلال دو قطبی<sup>۵</sup>، رفتارهای تکانه‌ای<sup>۶</sup>، اختلال در کنترل خشم و هیجان<sup>۷</sup>، سادیسزم جنسی<sup>۸</sup> و... اشاره کرد (۴).

نخستین مکاتب فکری بر این باور بودند که قتل ریشه ارثی دارد. در واقع آن‌ها معتقدند که عموماً ارتکاب جرم به ویژه در جرائم خشن ریشه ارثی دارد. تعدادی از مطالعات نشان می‌دهد که روابط میان رفتار والدین بیولوژیکی و رفتار کودکان وجود دارد، حتی اگر گه‌گاه با هم ارتباط داشته باشند. یکی از مهم‌ترین مطالعاتی که در این زمینه

صورت گرفته پژوهش بانی هاپینگز<sup>۹</sup> و سارنوف مدنیک<sup>۱۰</sup> است. آنان پس از بررسی ۱۴۳ فرزند خوانده خلاف کار و مقایسه آن‌ها با یک گروه ۱۴۳ نفره از فرزند خوانده‌های غیر خلاف کار دریافتند که خلاف کاری پدر بیولوژیکی در واقع عاملی مهم برای خلاف کاری فرزندان بوده است. وقتی هم پدرهای بیولوژیک و هم پدرهایی که فرزند خواندگی را قبول کرده‌اند هر دو خلاف کار باشند، این احتمال که فرد در گیر اعمال خلاف شود زیاد است. ۴۴/۵ درصد پسرهایی که هم پدر بیولوژیکی آن‌ها و هم پدر خوانده‌هایشان خلاف کار بودند، محکوم به خلاف‌های نقض قانون شده بودند. تنها ۱۳/۵ درصد از کسانی که پدر بیولوژیکی و پدر خوانده‌هایشان خلاف کار نبودند، چنین سوابقی داشتند (۵).

کسانی که در گیر تحقیق در مورد جرم شناسی از دیدگاه اجتماعی هستند اغلب به نظریه‌های ساختار اجتماعی و عملکرد اجتماعی اشاره می‌کنند. نظریه ساختار اجتماعی به ویژه به موقعیت اقتصادی افراد در جامعه تاکید دارد و اشاره می‌کند که افراد فقیر بیشتر مرتکب جنایات خشن می‌شوند. نظریه‌های عملکرد اجتماعی رفتار مجرمانه را تابع یک فرایند وابسته به اجتماع می‌داند که شامل مجموعه فعل و انفعالات اجتماعی و روان‌شناسی است که توسط مجرم انجام می‌گیرد و از طریق مؤسسات و سازمان‌های اجتماعی بر انگیزخته می‌شود. بندورا<sup>۱۱</sup> در تحقیقی ذکر کرد که پسران مجرد به طور خاص متخاصم‌ترند به ویژه این که اگر آن‌ها احساس طرد از سوی جامعه و خانواده را تجربه کنند (۶).

از دیدگاه روان‌شناسی، فروید<sup>۱۲</sup> خلاف کاری را به ضمیر ناهوشیار فرد که به خاطر عقده اودیپ<sup>۱۳</sup> یا عقده الکتر<sup>۱۴</sup> حفظ می‌شود، ربط می‌داد. در پی مطالعاتی که اسمیت در سال ۱۹۹۵ روی ۸ قاتل بزرگ سال انجام داد گزارش کرد که رشد و فعالیت ایگو در تمامی آن‌ها متوقف شده و راه برای تعارضات در وجود آن‌ها باز شده است (۷).

اریکسون<sup>۱۵</sup> بحران هویت<sup>۱۶</sup> را شناسائی کرد، به اعتقاد او افرادی که دچار بحران هویت هستند رفتاری خارج از کنترل از خود بروز می‌دهند و به استعمال مواد مخدر و انحرافات دیگر کشیده می‌شوند (۸).

بر اساس دیدگاه رفتاری<sup>۱۷</sup> فعالیت‌های خشونت بار از نوع واکنش‌های اکتسابی به موقعیت‌های زندگی هستند. به عبارت دیگر فرد آن‌ها را از اجتماع یاد می‌گیرد.

به اعتقاد شناخت گراها<sup>۱۸</sup> مجرمین دارای ساختارهای شناختی ناکارآمد هستند و در پردازش اطلاعات از محیط دچار خطا می‌شوند. افراد مستعد خشونت ممکن است هنگام تصمیم‌گیری از اطلاعات به صورت غلط استفاده میکنند، یک دلیل به این خاطر است که آن‌ها بر

9. Barry Hutchings  
10. Sarnoff Mednick  
11. Bandura  
12. Freud  
13. Oedipus Complex  
14. Electra complex  
15. Erikson  
16. Identity crisis  
17. Behavioral theory  
18. Cognitive

1. Homicide  
2. International code diagnosis  
3. Personality disorder  
4. Depression  
5. Bipolar disorder  
6. Impulsive behavior  
7. Anxiety disorder  
8. Sexual sadism

مبنا نیز جنون یا عدم جنون مرتکب تشخیص داده می‌شود. در تأیید این نظر، می‌توان به حکم مندرج در ماده‌ی ۲۷۲ قانون جدید اشاره کرد که در آن «مجنون» در حد یک «وسیله‌ی بی اراده» تلقی شده است.

مفهوم اعمال ارادی در بستر زمان متحول شده است؛ تا جایی که امروزه قوانین کیفری رفتارهای نیمه هوشیارانه را نیز غیر ارادی محسوب می‌کند (۱۰). از سوی دیگر، قید «قوه‌ی تمییز» در تعریف فوق، ما را به این امر رهنمون می‌سازد که شخص فاقد قوه‌ی تمییز و تشخیص برای فعلی که مرتکب شده، قابل سرزنش نیست، اما معیار تشخیص قوه‌ی تمییز باید روشن شود و تشخیص آن به متخصص واگذار شود؛ ضمن این که قضاوت عرف و تشخیص قاضی نیز بدون تأثیر نخواهد بود. در نتیجه از آن جا که برخی اختلالات روانی سالب مسؤلیت کیفری است بررسی و معاینه روان‌پزشکی قاتلین حایز اهمیت است، بنابراین برای رسیدن به نتیجه مطلوب و برنامه ریزی، مطالعه کشوری این موضوع می‌تواند ارزشمند باشد لیکن هدف از پژوهش حاضر مشخص شدن و بررسی میزان شیوع ابتلا به اختلال روان‌پزشکی در مرتکبین به قتل ارجاع شده به کمیسیون روان‌پزشکی پزشکی قانونی خراسان رضوی از اول سال ۱۳۹۲ تا آخر سال ۱۳۹۳ می‌باشد.

## روش بررسی

روش تحقیق در این پژوهش از نوع گذشته نگر- توصیفی می‌باشد. این پژوهش از نظر هدف تحقیق کاربردی، و از نظر روش جمع‌آوری اطلاعات توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق پرونده‌های مربوط به مرتکبین قتل ارجاعی به پزشکی قانونی خراسان رضوی بود. این پژوهش به صورت سرشماری انجام شد و شامل کلیه پرونده‌های مربوط به مرتکبین قتل در پزشکی قانونی خراسان رضوی از سال ۹۲ تا ۹۳ بود.

روش نمونه‌گیری و اجرای پژوهش چون به شیوه گذشته نگر بود با مراجعه به بایگانی پزشکی قانونی خراسان رضوی پرونده‌های مربوط به مرتکبین به قتل طی سال‌های ۱۳۹۲ تا پایان اسفند ۱۳۹۳ استخراج شد و مورد بازبینی و ارزیابی مجدد جهت بررسی اطلاعات لازم در زمینه پژوهش قرار گرفت.

با توجه به منابع موجود در بایگانی پزشکی قانونی خراسان رضوی، چک لیستی طراحی که توسط آن اطلاعات کمی و کیفی مورد نیاز در انجام طرح تحقیقاتی اعم از مشخصات دموگرافی قاتل و مقتول، انگیزه قتل، نوع اختلال روانی قاتل در صورت وجود و تأیید آن توسط روان‌پزشک، سابقه خودکشی و خودزنی، سابقه کیفری و مصرف مواد... استخراج و ثبت شد.

در این تحقیق از تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها به منظور توصیف داده‌های جمع‌آوری شده استفاده شد و از طریق نرم افزار آماری SPSS

روی تجربه‌های روانی دوران کودکی خود تکیه می‌کنند (۸). از دیدگاه قانونی قتل عمد و قتل غیر عمد از جرایم جزای عمومی هستند که هرگز تعریف دقیقی در قانون نداشته‌اند. تمایز بین دو اصطلاح در اواخر نیمه دوم قرن پانزدهم شروع شد و این امر بی شک مرتبط با مجازات متفاوتی بود که برای هر یک از این دو جرم در نظر گرفته شده بود. قتل عمد یکی از جرایمی محسوب می‌شد که به مجازات اعدام منجر می‌گردید در حالی که قتل غیر عمد چنین نبود (۳).

در حقوق جزای مدرن، سلامت عقلانی به عنوان یکی از عناصر مسؤلیت کیفری، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و احراز مسؤلیت کیفری مستلزم آن است که شخص به هنگام ارتکاب جرم از درک و شعور لازم برخوردار باشد؛ به گونه‌ای که اعمال وی از روی اراده و آگاهی انجام شود.

در غیر این صورت، جرم به وی قابل انتساب نخواهد بود و شخص تحت عنوان «جنون» از مسؤلیت کیفری مبرا می‌شود. نظام عدالت کیفری ایران، از ابتدا تا کنون در تلاش برای هم‌سو کردن قوانین با مقتضیات زمان، در برخورد با موضوع جنون رویکردهای متفاوتی اتخاذ کرده است. آخرین تلاش قانون‌گذار در این زمینه، تصویب قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ است که به موضوع جنون و تأثیر آن در مسؤلیت کیفری پرداخته است.

قوانین کیفری ایران تعریفی از جنون ارائه نداده و تنها به ذکر اصطلاح جنون و مفاهیم مشابه مانند «اختلال قوای دماغی»، «اختلال شعور» و امثال آن اکتفا نموده است. ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در مقام تعریف جنون اشاره می‌دارد: «هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد، مجنون محسوب شده و مسؤلیت کیفری ندارد». به تصریح ماده‌ی ۱۴۹، تنها آن دسته از اختلالات روانی در ردیف جنون قرار گرفته و موجب عدم مسؤلیت کیفری می‌شوند که اراده و یا قوه تمییز را از مرتکب سلب کرده باشند. در واقع، منظور از جنون در ماده‌ی اخیر، همان بیماری‌های روانی است که در آن فرد قوه‌ی اراده و قوه‌ی تمییز خود را از دست می‌دهد؛ حسن و قبح رفتارهای خود را تشخیص نمی‌دهد؛ و آثار و عواقب آن را درک نمی‌کند. منظور از اختلال روانی که در آن فرد فاقد اراده یا قوه‌ی تمییز باشد، در اصطلاح روان‌پزشکی همان «روان‌پریشی» است. بیماران روان‌پریش قوای عاقله‌ی خود را از دست داده و از قید و بند اوامر وجدان اخلاقی کاملاً آزادند؛ دچار هذیان‌های گوناگون شکنجه و آزار، خود بزرگ بینی و هذیان بی هویتی هستند (۹). با عنایت به دو قید «اراده» و «قوه‌ی تمییز» به نظر می‌رسد، که این ماده در تعریف جنون به دو معیار «اهلیت» و «قوه‌ی غیرقابل مقاومت» توجه کرده و مبنا و نقطه‌ی ثقل تعریف قانون سال ۱۳۹۲ از جنون، از یک‌سو، عنصر «اراده» است؛ یعنی باید مشخص شود که مرتکب در زمان ارتکاب جرم اراده و اختیار داشته است یا اراده و اختیار وی به طور کلی یا جزئی منتفی یا مختل بوده است. بر همین

۷۷/۴	۲۱/۴	۲۰/۰	۱۸	غریبه
۸۶/۹	۹/۵	۸/۹	۸	فامیل
۹۱/۷	۴/۸	۴/۴	۴	مرتبط بارابطه‌ای عاشقانه یا نامشروع
۱۰۰/۰	۸/۳	۷/۸	۷	همسایه
	۱۰۰/۰	۹۳/۳	۸۴	جمع

بیشترین میزان انگیزه یعنی ۲۹/۱ درصد مربوط به قتل‌های از نوع نزاع (خودانگیزه و تکانه ای) می‌باشد. بعد از آن ۱۵/۱ درصد قتل‌هایی هستند که انگیزه در آن نامعلوم می‌باشد و ۱۴ درصد قتل به خاطر مسائل مالی و بعد از آن ۱۰/۵ درصد قتل به خاطر مسائل خانوادگی بوده است. کمترین میزان انگیزه مربوط به قتل غیر عمد با ۱/۲ درصد بوده است. شیوه به قتل رساندن اکثر موارد یعنی ۵۲/۵ درصد استفاده از جسم برنده و نوک تیز مثل چاقو و قمه بوده است. بعد از آن ۲۰ درصد استفاده از جسم سخت مثله چماق و چکش و... بوده است و سپس ۱۳/۸ درصد خفه کردن مقتول و کمترین روش یعنی ۱/۳ درصد خوراندن سم یا دارو بوده است.

بیشتر قاتلین یعنی ۵۵/۲ درصد سابقه اعتیاد و مصرف دخانیات دارند و ۴۴/۸ درصد ندارند. قاتلینی که اختلال روانی دارند ۷۳/۳ درصد مرد و ۲۶/۷ درصد زن می‌باشند. ۵۸/۳ درصد قاتلین سابقه ضربه به سر ندارند و ۴۱/۷ درصد سابقه ضربه به سر دارند. قاتلین با سابقه خودزنی ۲۹/۹ درصد می‌باشند و ۷۰/۱ درصد سابقه خودزنی ندارند. ۷۱/۳ درصد قاتلین سابقه اقدام به خودکشی ندارند ولی ۲۸/۷ درصد سابقه اقدام به خودکشی دارند. در بین قاتلین ۸۹/۹ درصد خالکوبی نداشتند و ۱۰ درصد قاتلین دارای آثار خالکوبی بودند.

۸۷/۲ درصد قاتلین مسؤل اعمال خویش شناخته شده اند و ۱۲/۸ درصد مسؤل اعمال خود شناخته نشده اند. یافته‌های حاصل از هدف اصلی طرح و آزمون فرضیات پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشد:

### نوع اختلال روان‌پزشکی

از مجموع کل قاتلین مورد بررسی ما ۶۱/۷ درصد فاقد اختلال روانی شناخته شدند و ۳۶/۷ درصد دارای اختلال روانی بوده اند. که از مجموع کسانی که مبتلا به اختلال روانی بوده اند بیشترین اختلال یعنی ۴۱/۹ درصد مربوط به شخصیت نوع B می‌باشد. بعد از آن اختلال سایکوتیک از نوع اسکیزوفرن ۱۶/۱ درصد بوده است و سپس اختلال سایکوز ناشی از مواد و اختلال خلقی BMD و نا معلوم به یک میزان یعنی ۶/۵ درصد بوده است.

### آزمون فرضیات:

در این مطالعه پنج فرضیه مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن به شرح زیر می‌باشد:

اطلاعات تجزیه و تحلیل شدند. در توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد برای خلاصه نمودن و توصیف اطلاعات استفاده شد. و در بخش آزمون فرضیات با استفاده از آزمون کای دو تجزیه و تحلیل داده‌ها صورت پذیرفت.

### یافته‌ها

با توجه به چک لیست طراحی شده و استخراج اطلاعات لازم از پرونده‌های مرتکبین به قتل یافته‌های حاصل از اهداف فرعی طرح به شرح زیر می‌باشد:

از مجموع ۹۰ پرونده مورد بررسی، ۴۴ مورد (۴۹/۴ درصد معتبر) مربوط به سال ۹۲ و ۴۵ مورد مربوط به سال ۹۳ می‌باشد. در مورد سن قاتلین بیشترین سن ۶۷ سال و کمترین ۱۷ سال بوده اند. میانگین سنی ۳۱ سال و سن میانه ۲۹ سال بوده است، هم چنین سن نما در این مطالعه ۲۸ سال می‌باشد. ۹۰/۸ درصد قاتلین مرد و ۹/۲ درصد زن بوده اند. بیشتر قاتلین جزء فرزندان وسط، بعد از آن فرزندان اول و آخر به یک میزان یعنی ۲۵ درصد بوده اند و کمترین تعداد یعنی ۶/۳ درصد تک فرزند بوده اند.

بیشتر قاتلین یعنی ۵۵/۳ درصد متأهل، بعد از آن ۳۷/۶ درصد مجرد و سپس ۴/۷ درصد طلاق گرفته‌ها بودند و کمترین تعداد (۲/۴) مربوط به کسانی بود که ازدواج مجدد داشته اند.

بیشتر قاتلین یعنی ۸۲/۵ درصد دارای شغل و حرفه می‌باشند و ۱۶/۳ درصد بی‌کار بودند و ۱/۳ درصد محصل یا دانشجو بودند.

بیشترین محل وقوع قتل یعنی ۳۸/۹ درصد در داخل منزل رخ داده است، بعد از آن ۱۴/۴ درصد در کوچه و خیابان و سپس ۱۰ درصد در بیابان یا زمین کشاورزی رخ داده است. مکان عمومی ۸,۹ درصد، جلوی درب منزل ۵,۶ درصد و کمترین میزان مربوط به ساختمان نیمه تمام با ۲/۲ درصد بوده است. در ۲۰ درصد موارد هم محل وقوع قتل در پرونده قید نشده بود.

نوع رابطه قاتل با مقتول بیشتر با اعضای خانواده بوده است (۳۸/۱ درصد)، بعد از آن ۲۱/۴ درصد با هم غریبه بوده و پس از آن ۱۴/۳ درصد رابطه شراکت یا هم‌کار یا دوستی داشته اند. کمترین میزان یعنی ۳/۶ درصد مربوط به رابطه آشنایی با واسطه می‌باشد.

### رابطه قاتل و مقتول

فرآوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
آشنا با واسطه	۳	۳/۳	۳/۶
اعضای خانواده	۳۲	۳۵/۶	۴۱/۷
دوست، شریک یا هم‌کار	۱۲	۱۳/۳	۵۶/۰

جدول ۲- بررسی سطح معنی داری فرضیات تحقیق

Exact Sig.	فراوانی	فرضیات
۰/۰۲۵	۸۵	اعتیاد به مواد مخدر * ابتلا به اختلال روانی
۰/۲۲۰	۸۲	سابقه ضربه به سر * ابتلا به اختلال روانی
۰/۲۲۰	۸۲	سابقه ضربه به سر * ابتلا به اختلال روانی
۰/۰۲۷	۸۰	انگیزه اصلی قتل * نوع اختلال روانی
۰/۴۳۳	۷۴	روش قتل * نوع اختلال روانی
۰/۱۶۶	۷۳	احساس ندامت و پشیمانی * نوع اختلال روانی

### بحث

در این مطالعه در خصوص فاکتورهای مربوط به سن قاتل و شیوع جنسیتی مشابه با مطالعات صورت گرفته در ایران (۳،۱۱،۱۲) بوده است. میانگین سنی (در محدوده ۳۰ تا ۴۰ سال) با میانگین ۳۱ سال و با برتری جنسیت مذکر (۹۰/۸ درصد) به دست آمده است.

در مورد رابطه قاتل با مقتول بیشتر مقتولین از اعضای خانواده (۳۸/۱ درصد) بوده اند که در مطالعه مشابه انجام شده در تهران که به بررسی خصوصیات قتل در مرتکبین قتل مبتلا به اختلالات روانی پرداخته است این آمار ۴۶ درصد گزارش گردید (۲). در مطالعه مذکور ۵۷ درصد موارد قتل توسط اسلحه سرد (جسم برنده مانند چاقو) بوده است که در مطالعه حاضر نیز این مورد ۵۲/۵ درصد به دست آمده است. هم چنین این نتایج مشابه با یافته‌های پژوهشی در تهران بود که نرخ انجام قتل با اسلحه سرد را ۵۳/۹ درصد اعلام کرد (۱۱).

از لحاظ انگیزه قتل این پژوهش نزاع را با شیوع ۲۹/۱ درصد به عنوان بیشترین علت قتل و مشابه با مطالعات داخلی دیگر مطرح نمود به طوری که در تحقیق صورت پذیرفته توسط توفیقی و همکاران شایع‌ترین علت انگیزه قتل را نزاع با شیوع ۲۱ درصد و در مطالعه افتخاری و همکاران این میزان ۳۲/۲ درصد عنوان شد (۳،۱۱). هم چنین در بررسی قتل‌ها در مدت ۱۰ سال در مطالعه ای که در نروژ و دانمارک صورت پذیرفت، بیشترین انگیزه قتل را درگیری گزارش کردند که هم‌سو با نتایج این مطالعه می‌باشد و انگیزه قتل به خاطر کشمکش‌های خانوادگی، مسایل مالی روابط و مسایل جنسی و حسادت را در مراتب بعدی اعلام کردند. در این پژوهش فرزند کشی بیشتر با اختلال‌های روان‌پزشکی مرتبط دانسته شد (۱۳).

در پژوهشی که توسط لانزکرون انجام پذیرفته ۱۵۰ قاتل را که به بیمارستان ایالات ماتیوان اعزام شده بودند توصیف نموده است. قاتلین حدوداً ۴۰ ساله و نسبت مرد به زن ۴ به ۱ بود. ۸۰ درصد قربانیان از اعضای خانواده بودند. لانزکون مشخص کرد که ۴۰ درصد موارد قتل نتیجه مستقیم هذیان‌ها و ۳۳ درصد حاصل تاثیر هیجانانگیزات بیش از حد روی شخص مبتلا به اختلال روان‌پزشکی است. اما مطالعات لانزکرون

جدول ۱ - فراوانی نوع بیماری روانی در مبتلایان به اختلالات روانی که مرتکب قتل شده اند

نوع اختلال	فراوانی	درصد
اختلال سایکوتیک از نوع اسکیزوفرن	۵	۱۶/۱
اختلال سایکوتیک از نوع اسکیزوافکتیو	۱	۳/۲
اختلال سایکوز ناشی از مواد	۲	۶/۵
سایکوز ناشی از ضربه به سر	۱	۳/۲
اختلال خلقی از نوع MDD	۱	۳/۲
اختلال خلقی BMD	۲	۶/۵
اختلال خلقی NOS	۱	۳/۲
خلق ناشی از مواد	۱	۳/۲
اختلال رفتاری و عقب مانده ذهنی	۱	۳/۲
اختلال شخصیت نوع B	۱۳	۴۱/۹
اختلال شخصیت نوع * D2	۱	۳/۲
نامعلوم	۲	۶/۵
مجموع کل	۳۱	۱۰۰/۰

\*D2: اختلال سلوک زیر ۱۸ سال

۱. فرض کردیم بین سابقه اعتیاد به مواد مخدر و ابتلا به اختلال روانی در مرتکبین به قتل ارتباط معناداری وجود دارد. که نتیجه آزمون کای دو نشان داد  $sig=0.025 < 0.05$  می‌باشد، بنابراین فرضیه فوق مورد تایید قرار گرفت.

۲. فرض کردیم بین سابقه ضربه به سر و ابتلاء به اختلال روانی در مرتکبین به قتل رابطه معناداری وجود دارد. که نتیجه آزمون کای دو نشان داد  $sig=0.220 > 0.05$  بنابراین فرضیه فوق مورد تایید واقع نشد و رد گردید.

۳. فرض کردیم بین انگیزه اصلی قتل و نوع اختلال روانی در مرتکبین به قتل رابطه معناداری وجود دارد. که با توجه به این که  $sig=0.01 < 0.05$  بنابراین فرضیه فوق مورد تایید قرار گرفت.

۴. فرض کردیم بین روش قتل و نوع اختلال روانی ارتباط معناداری وجود دارد. که با توجه به این که  $sig=0.2 > 0.05$  بنابراین فرضیه فوق تایید نشد و رد گردید.

۵. فرض کردیم بین احساس ندامت و پشیمانی و نوع اختلال روانی ارتباط معناداری وجود دارد. که با توجه به این که  $sig=0.8$  و بزرگ‌تر از ۰/۰۵ این رابطه معنی دار نشد و فرضیه رد گردید.

(۱۵). در بررسی ۱۳ ساله‌ای از دانشگاه کوپیفنلاند درباره افرادی که مرتکب قتل شده بودند نتایج نشان دادند که اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی در زنان ۱۰ برابر و در مردان ۸ برابر بیش از جمعیت عادی است (۱۸).

در نتیجه گرچه از لحاظ شیوع اختلالات روانی مطالعات فوق‌الذکر آمار بالاتری را نسبت به نتایج این پژوهش نشان دادند اما از لحاظ تشخیص نوع اختلال روانی مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده نتایج مشابهی را به دست آوردند (۱، ۳، ۱۹). اما به نظر می‌رسد علل کاهش شیوع اختلال روانی در پژوهش حاضر نسبت به مطالعات مشابه را بتوان به نوع مطالعه حاضر که به صورت گذشته نگر و با بررسی پرونده‌ها انجام شده به جای مصاحبه بالینی صورت پذیرفته در مطالعات فوق‌الذکر مرتبط دانست. زیرا در این مطالعه به خاطر نواقص اطلاعاتی موجود در بعضی پرونده‌ها و عدم ثبت تشخیص روان‌پزشکی امکان اعلام اختلال روان‌پزشکی (در صورت احراز) در خصوص بعضی از قاتلین مقدور نبود که این محدودیت در صورت انجام مطالعه‌ای به صورت آینده نگر و توأم با مصاحبه بالینی کاهش خواهد یافت.

یافته‌های به دست آمده در مطالعه حاضر بیشترین اختلال (۱۶ درصد) را مربوط به اختلال شخصیت نوع B (شامل انواع ضد اجتماعی، مرزی، خودشیفته و نمایشی) به دست آورد که نتایج این مطالعه با اعم تحقیقات خارجی و داخلی هم‌سو می‌باشد، از جمله این تحقیقات می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره کرد:

در پژوهشی تحت عنوان مقایسه نیم‌رخ روانی قاتلین عمدی (۲۰ تا ۴۰ ساله) شهر تهران با جمعیت عادی، نتیجه گرفتند که قاتلین از وضعیت سلامت روانی مطلوبی نسبت به جمعیت عادی برخوردار نیستند و در بین قاتلین زنان ناهنجاری‌های روانی بیشتری دارند، به نحوی که تمام آن‌ها حداقل از یک نوع اختلال روانی رنج می‌برند (۱). در مطالعه‌ای با عنوان علت شناسی قتل‌های سریالی بر مبنای اختلالات شخصیتی، دریافتند که ابتلاء قاتل به اختلال شخصیت خودشیفته و یا ضد اجتماعی عاملی در بروز این گونه قتل‌ها می‌باشد (۳). هم‌چنین مک‌کارتی در تحقیق جامع‌اش بر روی ۱۰ نوجوان مرتکب قتل عمد، از آسیب خودشیفتگی به عنوان جزء مهم و اصلی تحریک کننده و تقویت کننده رفتار آدم‌کشانه نام می‌برد "تخیلات سادیسمی و اعمال آدم‌کشانه یا حملات خشونت بارناگهانی می‌تواند به عنوان تلاشی برای التیام آسیب خودشیفتگی باشد (۱۹).

## نتیجه گیری

طبق آمار به دست آمده از این پژوهش ۶۱/۷ درصد قاتلین اختلال عمده روان‌پزشکی نداشتند اما این به معنی برخوردار بودن این افراد از سلامت روانی نمی‌باشد، در نتیجه با توجه به یافته‌های این پژوهش و بررسی خصوصیات کمی و کیفی مطرح در پدیده قتل، لزوم افزایش

با نتایج این پژوهش یکسان نمی‌باشد که به نظر می‌رسد این اختلاف ناشی از تفاوت در نمونه‌ها است. زیرا مطالعه حاضر به روی افرادی انجام پذیرفته که بر اثر ارتکاب قتل به پزشکی قانونی ارجاع شده و تا قبل از آن آزادانه در جامعه زندگی می‌کردند که پس از ارجاع و معاینه روان‌پزشکی ممکن بود فاقد اختلال روان‌پزشکی خاصی تشخیص و مسؤل اعمال خود در زمان بزه تشخیص داده شوند، در حالی که پژوهش لانزکرون به روی افرادی صورت گرفته که قطعاً این جمعیت دارای اختلال روانی تشخیص‌گذاری و به همین خاطر در بیمارستان روان‌پزشکی بستری شده بودند (۲).

هم‌چنین موات اظهار می‌دارد دریافت‌های هذیان‌های حسد بیشتر سبب ارتکاب اعمال خشونت‌آمیز و قتل می‌شوند که این عامل با نتایج این مطالعه که نزاع بر اثر عدم خشم کنترل شده و خودانگیخته را عامل و مسبب انجام قتل می‌داند هم‌سو نمی‌باشد که علت تفاوت به وجود آمده در علل ارتکاب قتل در پژوهش حاضر با مطالعه موات را هم می‌توان ناشی از همان تفاوت جامعه آماری مورد مطالعه در دو پژوهش دانست.

در این پژوهش شیوع انواع اختلالات روانی در بین مرتکبین به قتل ۳۸/۳ درصد به دست آمد که این رابطه جرم و اختلالات روانی در تحقیقات متعددی تایید گردیده است (۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۰). هم‌چنین این نتایج اهمیت درمان به موقع بیماران روانی و حمایت‌های کافی اجتماعی از این گروه جهت پیشگیری از جرم را نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر در بین مرتکبین به قتل مبتلا به اختلال روانی بیشترین اختلال (۱۶ درصد) مربوط به اختلال شخصیت نوع B می‌باشد، بعد از آن اختلال سایکوتیک از نوع اسکیزوفرن ۶/۲ درصد بوده است و سپس اختلال سایکوز ناشی از مواد و سپس اختلال خلقی BMD و موارد نامعلوم (افرادی که به دلیل نقص اطلاعات پرونده آن‌ها یا عدم همکاری تشخیص‌گذاری مقدور نبود و جزو طبقه نامعلوم اعلام شدند) به یک میزان یعنی ۲/۵ درصد گزارش گردید.

با توجه به این که در این تحقیق در مجموع شیوع انواع اختلالات روانی در بین مرتکبین به قتل ۳۸/۳ درصد به دست آمد اما ۶۱/۷ درصد مرتکبین به قتل اختلال روانی نداشتند (با توجه به مصاحبه تشخیصی و آزمون MMPI) و این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های زیر (۱۷، ۱۸، ۱۵، ۱۲) هم‌سو نمی‌باشد:

در تحقیقی نتایج نشان دادند زنان زندانی استان تهران در تمام مقیاس‌های شخصیت آزمون میلون با جمعیت عادی تفاوت دارند. هم‌چنین امام‌هادی و همکاران در پژوهشی که تحت عنوان فراوانی اختلالات روانی در مجرمان قتل عمد صورت گرفت اعلام کردند که سن اکثر مجرمان بین ۳۰ تا ۳۷ با میانگین ۳۳/۶ سال بود و از نظر سلامت روان، حدود ۸۷٪ آنان از نوعی اختلال روانی رنج می‌بردند که در این میان پرخاشگری، اضطراب و شکایات جسمانی بیشترین و سواس و ترس کم‌ترین آنان را شامل می‌شد (۱۸). هم‌چنین در پژوهشی ۵۶٪ زندانیان در زندان‌های فنلاند مبتلا به اختلال شخصیت شناخته شدند

و...) و هم چنین با پی گیری های منظم درمانی تا حصول بهبودی از سوی گروه های فعال در حوزه سلامت روان (اعم از روان پزشکان، روان شناسان، مددکاران اجتماعی و...) باید تلاش شود تا بتوان از بروز فجایعی هم چون قتل عمد در جامعه کاست.

سطح آگاهی جامعه جهت شناسایی بیماران دارای آسیب روانی (در موارد شدیدتر مبتلا به اختلال روانی) بیش از گذشته نمایان می شود، لذا جهت پیشگیری و کاهش این جرم وخیم با مراجعه به موقع به روان پزشک و یادگیری مهارت های ارتباطی و حل مسأله و گرفتن آموزش مهارت های زندگی (کنترل استرس، کنترل خشم

## References

1. Kormydehbaghi M. Compare Deliberate Murderers Psychological Profiles (20 to 40 years old) In Tehran with the General Population. Faslname Elmi Pazhuheshi kargah.1387. [Persian]
2. Tofighi H, Khatami Zenoziar AZ, Fathi S, Seif Farshad S, Khatam Zenoziar AR. Motale Barkhi Khososiate Ghtal Dar Mortakebin Ghatl Mobtala Be Ekhtelalate Ravani Moayene Shode Dar Bakhsh-e Ravanpezeshki Pezeshki Ghanonie Keshvar Az Sal1374 Ta 1376.1376. [Persian]
3. Golamlou J. Criminological Study the Phenomenon of Serial Murder [dissertation]. Tehran University; 1389. [Persian]
4. Mahdavi M, Naserzadeh H. Study Mental Health Status of the Population Over 15 Years Tehran. Hakim Journal; 1383. [Persian]
5. Seifelahi Y. In The Translation of Criminology, Larry J. Siegel (author). Bureau polices' in 1386. [Persian]
6. Salim A et al. In The Translations Crime and Criminology, Douglas White (author). Research Institute and the University area; in 1383. [Persian]
7. Seifollahi Y. In the translation of serial killers and their victims, Eric Hickey (author) .Entesharate Daneshgah 1385; 1389. [Persian]
8. Farjad M H. Psychology And Criminal Sociology, Eshragh Publication, 1371. [Persian]
9. Keynia M. Criminal Psychology. The first volume, RoshdPublications, 1380. [Persian]
10. Mehrnia A, Fallahi A... tahavolat jonoon va masolyate keifary dar ghanooone mojazate eslami sale 1392.Faslname Taalie Hoghoogh; 1392. [Persian]
11. Eftekhari A,Ghorbani M,Gharedaghi J. Baresie Raveshha Va Angizehaye Mokhrelated factors of September, 1383, No. 4, HBI\_Journals; 1384,179-174.talefe Ghatl Dar Tehrane Bozorg Va Avamee Mortabet Ba An Az Avale Mehre 1382 Ta Akhare Shahrivare 1383.Majale Elmie Pezeshki Ghanooni;1384. [Persian]
12. Emamhadi A, Jalilvand M, Salehi M. Prevalence of Psychiatric Disorders In murder offenders. 20 (No), Faslname Elmi Pazhoheshi Refah; 1385. [Persian]
13. Maghsodloo S, Ghodoosi A, Kaffashian AR, Bahramzade Z, Attari A. Committing Murder in Female Murderers: A Qualitative Study, Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 15(Vol), 4(No), Winter 1388. [Persian]
14. Bahrami H. Mental Disorders in Male Prisoners and Comparison with Ordinary People. 1 and 2(No), Faslname Andishe Va Raftar; 1378. [Persian]
15. Mazaheri E. Epidemiology of mental disorders among male clients prisons in Tehran Province [dissertation]. Medical University Tehran; 1379. [Persian]
16. Mazaheri P Mental disorders in male prisoners of the central prison of Tehran [dissertation medical University Tehran; 1379. [Persian]
17. Bashri Oladi AH. The frequency of cognitive impairment among women in Tehran and Karaj [dissertation medical University Tehran; 1382. [Persian]
18. Eronen M,Hakola P ,Tiihonen J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. Arch Gen18 Psychiatry, 1999. 497-501.

# A Survey on the Prevalence of Psychiatric Disorders among Perpetrators of Murder Referred to the Psychiatric Commission of the Legal Medicine Center of Khorasan Razavi from March 2013 to March 2015

Dr Hamid Attaran\*, Dr Laleh Koohestani\*\*, Zahra Erfanian Talee Noughan\*\*\*, Dr Seyed Arya Hejazi \*\*\*\*, Akram Fotovat\*\*\*\*\*, Dr Seyedeh Zohre Banihashemi\*\*\*\*\*

\* Specialist in General Surgery, Department of Clinical Forensic Medicine and Autopsy, Legal Medicine Organization of Khorasan Razavi

\*\* Psychiatrist, Department of Forensic Psychiatry LMO, Mashhad, IR, Iran

\*\*\*Msc in Clinical Psychology, Forensic Psychology Expert Khorasan Razavi, Mashhad, Iran

\*\*\*\* Legal Medicine Organization, Legal Medicine Research Center, Tehran, Iran

\*\*\*\*\*Msc in Social Sciences, Research Expert, LMO, Mashhad, Iran

\*\*\*\*\* M.D, forensic clinical examinations Expert Khorasan Razavi, Mashhad, Iran

## Abstract

**Introduction& objectives:** The present study was conducted with the aim of determining the prevalence of psychiatric disorders among murderers who were referred to the Psychiatric Commission of the Legal Medicine Office of Mashhad, Khorasan Razavi, for evaluation of their mental status from March 2013 to March 2015.

**Methods:** The research is a descriptive – retrospective one. The studied population in this research were the murderers referred to the Legal Medicine Office of Khorasan Razavi from March 2013 to March 2015. A check-list was designed on the basis of the content of their records and the results declared by the Psychiatric Commission, and the needed quantitative and qualitative data were gathered and recorded, and finally the findings were analyzed using SPSS software and chi2 test.

**Results:** In this study, a total of 90 cases were investigated that 44 (49.4%) belonged to the first year and 45 (50.6%) to the second year. Fifty five point two percent of them had a history of addiction or continued drug abuse. Among these murderers 17.2 % had a record of psychiatric disease diagnosed by a psychiatrist. 31.8% had a history of taking psychiatric drugs, 17% had a history of psychiatric hospitalization 70.1% were cases of self injury and 28.7% had a history of suicide attempts, while 31.8% had some form of mental disorder and 12.8% were diagnosed as not responsible for his actions.

**Conclusion:** According to the results of this study 61.7 % of murderers had no major psychiatric disorders but this does not mean that these people are mentally healthy, since they are not sufficiently skilled in communication skills and problem solving, anger control and overall judgment. This points to the need for planning community mental health promotion, life skills training (stress management, anger management, etc.) and prevention of violent crimes such as murder.

**Keywords:** Psychiatric disorder, murder, homicide, violent crimes

Received: 29 feb 2016

Accepted: 5 july 2016

†Correspondence: Msc in Clinical Psychology, Forensic Psychology Expert Khorasan Razavi, Mashhad, Iran

Tel:05138454400

Email: zr.erfanian@yahoo.com