journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2025 Feb;30(4):240-248 Volume 30, Issue 4, Winter 2024 Research Article

Determining the Frequency of Mental Disorders Among the Perpetrators of Murder Introduced to Forensic Medicine in Isfahan, Iran From 2012 to 2022

Ali Karimzadeh[1*] MD, Behjat Keshavarzi Moghadam[1] PhD, Sareh Keshavarzi Moghadam[2] MA

[1] Legal Medicine Research Center, Iranian Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

[2] Department of Clinical Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

***Correspondence to:** Ali Karimzadeh, Email: alikarimzadeh@outlook.com

ARTICLE INFO

Article history:

Received: January 18, 2024

Accepted: November 11, 2024

Online Published: December 10, 2024

Keywords:

Murder

Mental disorders

Criminal liability

Insanity

HIGHLIGHTS

1. There are also serious mental disorders in perpetrators who have discernment, which, although they are not equivalent to insanity, can be effective in committing a crime
2. People without discernment were often murdered due to suspicion and people with discernment were more likely to follow a quarrel.

ABSTRACT

Introduction: Recent research indicates that the prevalence of mental disorders among murder perpetrators is significantly higher than in the general population. This study aims to determine the frequency of major mental disorders among individuals who murdered with discernment compared to those who did so without discernment.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study examined murder prisoners referred to the Forensic Medicine Department of Isfahan Province from 2012 to 2022. criminal and clinical records and psychological and psychiatric evaluations were reviewed and completed a necessary checklist for data collection. Statistical analysis was conducted using SPSS software, employing chi-square tests at a significance level of 0.05.

Results: A total of 83 cases were analyzed, revealing that 61.45% of the perpetrators exhibited discernment at the time of the murder, while 38.55% were assessed as having severe mental disorders. The overall frequency of major mental disorders among the studied group was 73.49%. The most prevalent disorders identified included bipolar disorder, delirium disorder, schizophrenia, and psychosis. There was a significant relationship between the absence of discernment during the commission of murder and the determination of criminal responsibility ($P<0.05$).

Conclusion: The findings suggest that serious mental disorders are present among perpetrators with discernment abilities. While some mental disorders share similarities with the legal concept of insanity, none fully align with this definition. To mitigate the occurrence of murders, it is crucial to make informed decisions regarding the criminal responsibility of murderers based on insights from psychologists and psychiatrists.

How to cite: Karimzadeh A, Keshavarzi Moghadam B, Keshavarzi Moghadam S. Determining the frequency of mental disorders among the perpetrators of murder introduced to forensic medicine in Isfahan, Iran from 2012 to 2022. Iran J Forensic Med. 2025;30(4):240-8

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

Copyright © 2025 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

مجله
پزشکی قانونی ایران

www.sjfm.ir



دوره ۳۰، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۲۴۰ تا ۲۴۸

مقاله پژوهشی

تعیین فراوانی اختلالات روانی در بین مرتکبان قتل معرفی شده به پزشکی قانونی اصفهان از سال ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۱

علی کریم‌زاده[*۱] MD، بهجت کشاورزی‌مقدم[۱] PhD، ساره کشاورزی‌مقدم[۲] MA

[۱] مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
[۲] گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

*نویسنده مسئول: علی کریم‌زاده، پست الکترونیک: alikarimzadeh@outlook.com

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۹
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۱
انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰

واژگان کلیدی:
قتل
اختلالات روانی
مسئولیت کیفری
جنون

نکات ویژه

۱- در مرتکبان دارای قوه تمییز اختلالات روانی جدی وجود دارد که هر چند معادل جنون محسوب نمی‌شوند اما می‌تواند در ارتکاب جرم مؤثر باشد. به همین علت دربسیاری از کشورها قوانینی درمورد تقلیل مسئولیت کیفری این افراد وجود دارد.
۲- افراد فاقد قوه تمییز اغلب به علت سوءظن و افراد دارای قوه تمییز بیشتر به دنبال نزاع مرتکب قتل شده بودند.

چکیده

مقدمه: پژوهش‌های اخیر نشان داده که اختلالات روانی در مرتکبان قتل، به‌طور قابل توجهی بیشتر از جمعیت عمومی است. باتوجه به مشاهده اختلالات روانی در مرتکبان قتل، هدف این مطالعه تعیین فراوانی اختلالات عمده روانی در بین مرتکبان دارای قوه تمییز و و مرتکبان قتل فاقد قوه تمییز است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی است. تمام زندانیان قتل عمد ارجاعی به پزشکی قانونی استان اصفهان در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۱ بررسی شدند. پرونده کیفری و بالینی و نتیجه معاینات روان‌شناسی و روان‌پزشکی این افراد بررسی و چک‌لیست لازم تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS با استفاده از آزمون آمار کای دو در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۸۳ پرونده بررسی شد که ۶۱/۴۵ درصد در هنگام ارتکاب قتل قوه تمییز داشتند و ۳۸/۵۵ درصد آنها در هنگام ارتکاب قتل دچار اختلال روانی شدید بودند، در حدی که قوه تمییز نداشتند. فراوانی اختلال روانی عمده ۷۳/۴۹ درصد بود. شایع‌ترین اختلال روانی در مرتکبان قتل شامل اختلال دوقطبی، اختلال هذیانی و اختلال اسکیزوفرنی و سایکوز بود. بین اختلال روانی فاقد قوه تمییز در زمان ارتکاب قتل و داشتن یا نداشتن مسئولیت کیفری درمورد قتل ارتکابی رابطه معنادار وجود داشت ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد در مرتکبان دارای قوه تمییز اختلالات روانی جدی وجود دارد و اگرچه تشابهاتی میان برخی از اختلالات روانی و مفهوم جنون در دانش حقوق وجود دارد، اما به‌طور مطلق هیچ یک از اختلالات روانی منطبق بر مفهوم «جنون» نیست. بنابراین لازم است درمورد مسئولیت کیفری قاتلان بر مبنای نظر روان‌شناس و روان‌پزشک تصمیمات مقتضی اتخاذ شود.

مقدمه

خشونت ناشی از افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید به طور فزاینده‌ای توجه پزشکان، مقامات قانونی و عموم مردم را به خود جلب کرده است. مطالعات متعدد انجام شده در دهه اخیر، ارتباط بین اختلالات روانی و رفتارهای خشونت‌آمیز، مانند قتل را نشان داده‌اند [۱-۳]. یکی از رویکردهای اصلی برای مطالعه این ارتباط، ارزیابی افراد مرتکب قتل است، به‌طوری که قتل به‌عنوان جدی‌ترین تجلی گرایش‌های خشونت‌آمیز مدنظر قرار می‌گیرد [۴].

افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید به‌طور مکرر به جرایم خشن محکوم می‌شوند و این یافته‌ها توسط مطالعات متعدد تأیید شده‌اند [۴]. مطالعات اپیدمیولوژیک درباره ارتباط بین اختلالات روانی و خشونت نشان داده که ۸ تا ۱۰ درصد از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در ۱۲ ماه گذشته رفتار خشونت‌آمیزی داشته‌اند، در حالی که این رقم در جمعیت عمومی تنها ۲ درصد است. همچنین افرادی که به مواد مخدر وابسته بودند، چه دارای اختلال روانی باشند یا نه، در معرض خطر بیشتری برای بروز

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

چنین رفتارهایی قرار داشتند [۳]. طبق نتایج مطالعات انجام شده در استرالیا، افزایش تعداد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی که به جرم قتل محکوم شده‌اند، هم‌راستا با افزایش نرخ کل قتل‌ها بوده است [۵-۲].

نتایج در مطالعه انجام شده در هم‌گروه تولد که در آن افراد از بدو تولد تا بزرگسالی پیگیری می‌شوند و مقایسه بین افرادی که دچار اختلالات روانی شدید (نیازمند بستری شدن) و افرادی که چنین اختلالاتی ندارند، نشان داد که افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید، نسبت به افرادی که این اختلالات را ندارند، بیشتر به جرایم خشن محکوم می‌شوند. تفاوت شیوع ارتکاب جرم در میان این دو گروه، به‌ویژه درمورد جرایم خشن، بیشتر از جرایم غیرخشن است. همچنین ارتباط بین اختلالات روانی و بروز رفتارهای مجرمانه (چه خشن و چه غیرخشن) در میان زنان قوی‌تر گزارش شده است [۱. ۶-۸]. نتایج مطالعه دیگری که به مقایسه فعالیت‌های جنایی در میان افرادی که از بیمارستان‌های روانی مرخص شده‌اند و افراد بدون اختلالات روانی در همان جامعه پرداخته بود، نشان داد که نرخ جرم و جنایت در میان افرادی که دچار اختلالات روانی شدید هستند، به‌طور قابل توجهی بیشتر از دیگران است. این یافته‌ها بر اهمیت بررسی تأثیر اختلالات روانی بر رفتارهای مجرمانه تأکید می‌کند و نشان‌دهنده نیاز به توجه ویژه به این گروه از افراد در سیاست‌های پیشگیری و درمان است [۹].

استدمن و همکارانش [۱۰] گروه‌هایی از بیمارانی را که از بیمارستان‌های روانی عمومی در چهار شهر ایالات متحده به جامعه مرخص شده بودند، مورد بررسی قرار دادند. تشخیص‌های اصلی در میان بیماران مبتلا به اختلالات روانی شامل افسردگی (۴۲ درصد) سوءمصرف مواد (۲۱/۸ درصد)، اسکیزوفرنی (۱۷ درصد)، اختلال دو قطبی (۱۴ درصد)، اختلال شخصیت (۲ درصد) و اختلالات سایکوتیک عمومی (۳ درصد) بود. طی سال اول پس از مرخص شدن، ۲۷/۵ درصد از این بیماران حداقل یک عمل خشونت‌آمیز انجام داده‌اند که نیاز به مراقبت پزشکی برای قربانیان داشته است. بالاترین فراوانی‌های رفتار خشونت‌آمیز به ترتیب مربوط به اسکیزوفرنی (۱۴/۸ درصد)، افسردگی (۲۸/۵ درصد) و اختلال دو قطبی (۲۲ درصد) بود. یکی از یافته‌های کلیدی این مطالعه نشان داد که قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار خشونت‌آمیز، داشتن سابقه چنین رفتارهایی است [۱۰].

در مطالعه‌ای که از روش‌شناسی مشابهی استفاده شده، ۱۱۰ بیمار مرد مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو یا اختلال اسکیزوفرنی‌فرم که از بیمارستان‌های روانی قانونی در کانادا، فنلاند، آلمان و سوئد مرخص شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۲۵ نفر (۲۲/۵ درصد) به جرم قتل محکوم شده بودند. این بیماران با ۴۷ بیمار دیگر که به همان اختلالات مبتلا بودند و از بیمارستان‌های روانی عمومی مرخص شده بودند، مقایسه شدند. نتایج نشان داد که اعمال خشونت‌آمیز، از جمله قتل، در میان بیمارانی که از بیمارستان‌های روانی قانونی مرخص شده بودند ۸ برابر بیشتر از بیمارانی بود که از بیمارستان‌های روانی عمومی مرخص شده بودند. همچنین در گروه بیماران مرخص شده از بیمارستان‌های روانی عمومی، شیوع سوءمصرف مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی در میان افرادی که سابقه محکومیت داشتند، بیشتر بود [۱۱].

همچنین مطالعه‌ای که شامل افرادی بود که به جرم قتل محکوم و در زندان‌های کیفری محکوم شده‌اند، نشان داد در این جمعیت، نرخ‌های ابتلا به اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی به ترتیب ۱۰/۹ و ۲۰/۶ درصد افزایش یافته است. این یافته‌ها بر اهمیت بررسی سلامت روان در میان مجرمان تأکید می‌کند و نشان‌دهنده نیاز به برنامه‌های درمانی مناسب برای کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز در این گروه است [۱۲،۱۳].

مسئولیت کیفری بیماران روانی همواره ذهن حقوق‌دانان، دانشمندان، قضات و روان‌پزشکان را به خود مشغول کرده و در طول تاریخ منجر به ارائه نظریه‌ها و قوانین مختلف که بعضی مترقی و بعضی بسیار غیرانسانی بوده، شده است. این قوانین تحت تأثیر مذاهب، خرافات، دانش جوامع و نظریه‌پردازی پیشروان علمی جوامع به وجود آمده است. آنچه موجب دلگرمی است، اصلاح و تکامل قوانین در گذر زمان به‌واسطه افزایش آگاهی درمورد انواع بیماری‌های روانی

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

و عوامل مؤثر بر جرم بوده است. مقاله حاضر به بررسی اختلالات روانی عمده در مرتکبان قتل و نیز مسئولیت جزایی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی پرداخته و در نهایت با ذکر نواقص موجود به ارائه پیشنهاداتی در راستای اصلاح نگرش به موضوع و نهایتاً تکامل قوانین موضوعه در قانون مجازات اسلامی پرداخته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر، از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی گذشته‌نگر، با هدف بررسی ارتباط بین اختلالات روانی و ارتکاب قتل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مرتکبان قتل که برای بررسی مسئولیت کیفری از سال ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۱ به پزشکی قانونی معرفی شده‌اند بود و اطلاعات مربوط به تمام افراد، مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌گیری به روش سرشماری و شامل ۸۳ فرد بود. معیار ورود به مطالعه این نکته بود: تمام مرتکبان قتل که برای بررسی مسئولیت کیفری از سال ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۱ به پزشکی قانونی معرفی شده‌اند و در مرکز پزشکی قانونی پرونده داشته باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل اطلاعات درج در پرونده مخدوش و یا بیشتر از ۲۰ درصد ناقص باشد و فقدان پرونده در پزشکی قانونی بودند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرونده کلیه مرتکبان قتل که برای بررسی مسئولیت کیفری از سال ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۱، ارجاع به مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان شده بودند است که اطلاعات توسط کارشناس آموزش‌دیده مرکز جمع‌آوری شد. اطلاعات قابل استخراج از پرونده شامل اطلاعات دموگرافیک و تشخیص نهایی بر اساس ارزیابی زمان معاینه و بررسی اختلالات عمده روانی در مرتکبان که دارای قوه تمییز بوده یا نبوده‌اند، استخراج شد. داده‌ها بدون نام و به‌صورت گروهی تحلیل شد. اطلاعات به دست آمده پس از تبدیل به کدهای آماری توسط نرم‌افزار SPSS با استفاده از آزمون آماری χ^2 در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۸۳ پرونده مربوط به متهمان به قتل که طی ده سال به این مرکز ارجاع شده بودند بررسی شد که در بین آنها ۵۱ نفر (۶۱/۴۵ درصد) در زمان ارتکاب قتل قوه تمییز یا اراده داشتند و ۳۲ نفر (۳۸/۵۵ درصد) در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی در حد فقدان قوه تمییز یا اراده بوده‌اند. بیشتر مرتکبان مرد (۹۳/۹۸ درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی (۳۷/۳۵ درصد)، مجرد (۴۰/۹۶ درصد) و ساکن اصفهان (۳۰/۱۲ درصد) و دارای میانگین سنی ۳۲/۱۸ بودند. همچنین قاتلان دارای قوه تمییز بیشتر با خانواده خود (همسر و فرزند) (۳۵/۲۹ درصد) زندگی می‌کردند و شغل کارگری (۴۹/۴۰ درصد) داشتند. در جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک مرتکبان براساس وضعیت قوه تمییز درمورد قتل ارتکابی ارائه شده است.

▼ جدول ۱-ویژگی‌های دموگرافیک مرتکبان بر اساس وضعیت قوه تمییز درمورد قتل ارتکابی

ویژگی‌های دموگرافیک		قوه تمییز درمورد قتل ارتکابی				کل	
		دارد		ندارد			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
جنس	زن	۲	۶/۲۵	۳	۵/۸۸	۵	۶/۰۲
	مرد	۳۰	۹۳/۷	۴۸	۹۴/۱۲	۷۸	۹۳/۹۸
تحصیلات	ابتدایی	۱۱	۳۴/۳۸	۲۰	۳۹/۲۲	۳۱	۳۷/۳۵
	بیسواد	۳	۹/۳۸	۳	۵/۸۸	۶	۷/۲۳
	دیپلم	۶	۱۸/۷۵	۱۱	۲۱/۵۷	۱۷	۲۰/۴۸
	سیکل	۵	۱۵/۶۳	۱۳	۲۵/۴۹	۱۸	۶۹/۲۱
	کاردانی	۰	۰	۱	۱/۹۶	۱	۱/۲
	کارشناسی	۱	۳/۱۳	۱	۱/۹۶	۲	۲/۴۱
وضعیت تاهل	طلاق	۲	۶/۲۵	۱	۱/۹۶	۳	۳/۶۱
	فوت همسر	۰	۰	۱	۱/۹۶	۱	۱/۲
	متاهل	۱۰	۳۱/۲۵	۱۹	۳۷/۲۵	۲۹	۳۴/۹۴
	متاهل و جدا از همسر	۴	۱۲/۵	۲	۳/۹۲	۶	۷/۲۳
	مجرد	۱۵	۴۶/۸۸	۱۹	۳۷/۲۵	۳۴	۴۰/۹۶
محل سکونت	اصفهان	۸	۲۵	۱۷	۳۳/۳۳	۲۵	۳۰/۱۲
	شهرستان‌ها	۱۸	۵۶/۲۵	۲۴	۴۷/۰۶	۴۲	۵/۶
	شهرهای دیگر	۳	۹/۳۸	۴	۷/۸۴	۷	۸/۴۳
وضعیت زندگی	تنها	۰	۰	۲	۳/۹۲	۲	۲/۴۱
	خانواده پدری‌اش	۱۲	۳۷/۵	۱۵	۲۹/۴۱	۲۷	۳۲/۵۳
	خانواده خودش	۱۰	۳۱/۲۵	۱۸	۳۵/۲۹	۲۸	۳۳/۷۳
وضعیت شغل	از کار افتاده	۱	۳/۱۳	۱	۱/۹۶	۲	۲/۴۱
	بیکار	۹	۲۸/۱۳	۱۱	۲۱/۵۷	۲۰	۲۴/۱
	خانه‌دار	۲	۶/۲۵	۲	۳/۹۲	۴	۴/۸۲
	دانشجو	۰	۰	۱	۱/۹۶	۱	۱/۲
	کارگر	۱۴	۴۳/۷۵	۲۷	۵۲/۹۴	۴۱	۴۹/۴
	کارمند	۲	۶/۲۵	۱	۱/۹۶	۳	۳/۶۱

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

شایع‌ترین علت انجام قتل در گروه فاقد قوه تمییز سوءظن ۴۳/۷۳ درصد و بعد سایر موارد ۴۰/۶۳ درصد (مانند: توهم شنوایی آمرانه، جلوگیری از لو رفتن، سرقت، هذیان ادراکی، دفاع از ناموس، کشتن شیطان) و نزاع ۱۲/۵۰ درصد بوده است. درصورتی که شایع‌ترین علت انجام قتل در گروه دارای قوه تمییز نزاع (۴۳/۱۴ درصد)، سایر موارد (۳۳/۳۳ درصد) و سوءظن (۱۹/۶۱ درصد) بود. شایع‌ترین آلت قتل در هر دو گروه، اول چاقو و بعد از آن سایر سلاح‌های سرد مثل گلدان و وسایلی که در صحنه یافت شده بود، است (جدول ۲).

درصد بیشتری از مرتکبان فاقد قوه تمییز (۴۶/۸۸ درصد) نسبت به دارای قوه تمییز (۳۹/۲۲ درصد) برنامه‌ریزی قبلی برای قتل داشته‌اند و اغلب مرتکبان قتل دارای قوه تمییز برای قتل برنامه‌ریزی نداشته‌اند (۴۵/۱۰ درصد) و مرتکبان بدون قوه تمییز اغلب دارای برنامه قبلی بوده‌اند (۴۶/۸۸).

مرتکبان اغلب فردی نزدیک از افراد خانواده (بستگان درجه اول) خود را به قتل می‌رسانند. کشته‌شدگانی که بستگان درجه اول آنها بوده‌اند در گروه دارای قوه تمییز با ۴۳/۱۴ درصد و گروه بدون قوه تمییز ۶۲/۵۰ درصد بود. در گروه فاقد قوه تمییز بیشترین مقتولان به ترتیب بستگان درجه اول با ۴۳/۱۴ درصد و بعد از آن غریبه‌ها با ۴۱/۱۸ درصد بودند. درصد فرار، اختفای جرم، صحنه‌سازی، استفاده از سلاح گرم و کشتن غریبه‌ها در گروه دارای قوه تمییز نسبت به گروه فاقد قوه تمییز بیشتر است (جدول ۲).

در مقایسه بین دو گروه دارای قوه تمییز با گروه فاقد قوه تمییز، سابقه مصرف مواد، خودکشی و زندان در گروه دارای قوه تمییز نسبت به گروه فاقد تمییز بیشتر است. میزان اختلال عمده روانی در کل نمونه‌ها ۷۳/۴۹ درصد است؛ در قاتلان مسئول ۵۸/۸۲ درصد و در قاتلان غیرمسئول ۹۶/۸۸ درصد که این نشان دهنده شیوع بالای اختلال روانی در هر دو گروه است.

فراوانی «اختلالات شخصیت» در مسئولان ۴۳/۱۴ درصد و در غیرمسئولان ۱۸/۷۵ درصد است. شیوع اسکیزوفرنیا در کل مرتکبان قتل ۲۰/۴۸ درصد بود که در بین افراد واجد قوه تمییز ۳/۹۲ درصد و در مرتکبان فاقد قوه تمییز ۴۶/۸۸ درصد است. شیوع اختلال هذیانی در کل مجرمان ۱۰/۸۴ درصد بود که در دارای قوه تمییز ۱۱/۷۶ درصد و در فاقد قوه تمییز ۹/۳۸ درصد است. شیوع اختلال شخصیت ۳۰ درصد بود که البته در تعداد زیادی از پرونده به علت کامل نبودن مطالب آن اطلاع دقیقی از اختلالات آنها در دسترس نبود و از این بین ۲۴ درصد اختلال شخصیت ضداجتماعی و ۶ درصد سایر اختلالات شخصیت بود. شیوع اختلال دوقطبی ۲۵/۳۰ درصد بود که در دارای قوه تمییز ۲۳/۵۳ درصد و در فاقد قوه تمییز ۲۸/۱۳ درصد بود.

شایع‌ترین اختلال روانی در کل مرتکبان قتل به ترتیب: ۱- اختلال دوقطبی ۲۵/۳۰ درصد ۲- اسکیزوفرنیا ۲۰/۴۸ درصد ۳- اختلال هذیانی ۱۰/۸۴ درصد ۴- سایکوز ناشی از

▼ جدول ۲-نحوه قتل بر اساس قوه تمییز درمورد قتل ارتکابی

ویژگی‌های دموگرافیک		قوه تمییز درمورد قتل ارتکابی				کل	
		دارد		ندارد			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
علت انجام قتل	سوءظن	۱۴	۴۳/۷۵	۱۰	۱۹/۶۱	۲۴	۲۸/۹۲
	ناامیدی و افسردگی	۱	۳/۱۳	۲	۳/۹۲	۳	۳/۶۱
	نزاع	۴	۱۲/۵	۲۲	۴۳/۱۴	۲۶	۳۱/۳۳
	سایر موارد	۱۳	۴۰/۶۳	۱۷	۳۳/۳۳	۳۰	۳۶/۱۴
روش قتل	چاقو	۱۸	۵۶/۲۵	۲۵	۴۹/۰۲	۴۳	۵۱/۸۱
	خفه کردن	۱	۳/۱۳	۵	۹/۸	۶	۷/۲۳
	سلاح سرد	۷	۲۱/۸۸	۱۱	۲۱/۵۷	۱۸	۲۱/۶۹
	سلاح گرم	۰	۰	۳	۵/۸۸	۳	۳/۶۱
	سوزاندن	۳	۹/۳۸	۰	۰	۳	۳/۶۱
داشته	برنامه قبلی	۱۵	۴۶/۸۸	۲۰	۳۹/۲۲	۳۵	۴۲/۱۷
	نداشته	۱۱	۳۴/۳۸	۲۳	۴۵/۱	۳۴	۴۰/۹۶
بستگان درجه اول	نسبت مقتول با قاتل	۲۰	۶۲/۵	۲۲	۴۳/۱۴	۴۲	۵۰/۶
	بستگان درجه دو	۱	۳/۱۳	۰	۰	۱	۱/۲
	بستگان درجه دوم	۵	۱۵/۶۳	۵	۹/۸	۱۰	۱۲/۰۵
	غریبه	۵	۱۵/۶۳	۲۱	۴۱/۱۸	۲۶	۳۱/۳۳
اختفای جرم	اقدامات بعد از قتل	۰	۰	۳	۵/۸۷	۲	۲/۴۱
	اقدام به خودکشی	۰	۰	۱	۱/۹۶	۱	۱/۲
	تسلیم شدن	۱	۳/۱۳	۳	۵/۸۸	۴	۴/۸۲
	صحنه‌سازی	۰	۰	۳	۵/۸۸	۳	۳/۶۱
	فرار	۸	۲۵	۲۳	۴۵/۱	۳۱	۳۷/۳۵
	ماندن در صحنه	۷	۲۱/۸۸	۴	۷/۸۴	۱۱	۱۳/۲۵

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

مواد ۳/۶۱ درصد ۵و۶- سایکوز ناشی از افسردگی و اختلال اسکیزوافکتیو هر کدام ۲/۴ درصد بود.

شایع‌ترین اختلال روانی در مرتکبان قتل دارای قوه تمییز: ۱- اختلال دوقطبی ۲۳/۵۳ درصد ۲- اختلال هذیانی ۱۱/۷۶ درصد ۳و۴- اختلال اسکیزوفرنی و سایکوز ناشی از مواد هر کدام ۳/۹۲ درصد است.

شایع‌ترین اختلال روانی در مرتکبان قتل فاقد قوه تمییز: ۱- اسکیزوفرنیا ۴۶/۸۸ درصد، ۲- اختلال دوقطبی ۲۸/۱۳ درصد ۳- اختلال هذیانی ۹/۳۸ درصد ۴- سایکوز مواد ۵- افسردگی سایکوتیک بود. از بین اختلالات شخصیت بیشترین نوع اختلال شخصیت ضداجتماعی بود که هم در افراد مسئول و هم در افراد غیرمسئول این اختلال بیشترین نوع اختلال شخصیت بود (جدول ۳). نتایج آزمون کای دو نشان داد بین اختلال شخصیت و اختلالات روانی در مرتکبان قتل با داشتن یا نداشتن قوه تمییز درمورد قتل ارتکابی رابطه معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۰۱).

جدول ۳-ویژگی قاتلان بر اساس قوه تمییز درمورد قتل ارتکابی

ویژگی‌های دموگرافیک		قوه تمییز درمورد قتل ارتکابی				کل	
		دارد		ندارد			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
سابقه زندان	داشته	۱۱	۳۴/۳۸	۱۶	۳۱/۳۷	۲۷	۳۲/۵۳
	نداشته	۵	۱۵/۶۳	۹	۱۷/۶۵	۱۴	۱۶/۸۷
سابقه اقدام به خودکشی	داشته	۱۰	۳۱/۲۶	۱۴	۲۸/۱۳	۲۴	۲۸/۹۱
	نداشته	۲	۶/۲۵	۳	۵/۸۸	۵	۶/۰۲
سابقه اعتیاد	داشته	۱۸	۵۶/۲۵	۲۲	۴۳/۱۴	۴۰	۴۸/۱۹
	نداشته	۳	۹/۳۸	۷	۱۳/۷۳	۱۰	۱۲/۰۵
اختلال عمده روانی	دارد	۳۱	۹۶/۸۸	۳۰	۵۸/۸۲	۶۱	۷۳/۴۹
	ندارد	۱	۳/۱۳	۲۱	۴۱/۱۸	۲۲	۲۶/۵۱
نوع اختلال عمده روانی	اختلال دوقطبی	۹	۲۸/۱۳	۱۲	۲۳/۵۳	۲۱	۲۵/۳
	اختلال هذیانی	۳	۹/۳۸	۶	۱۱/۷۶	۹	۱۰/۸۴
	اسکیزوافکتیو	۱	۳/۱۳	۱	۱/۹۶	۲	۲/۴۱
	اسکیزوفرنیا	۱۵	۴۶/۸۸	۲	۳/۹۲	۱۷	۲۰/۴۸
	سایکوز ناشی از افسردگی	۲	۶/۲۵	۰	۰	۲	۲/۴۱
	سایکوز ناشی از مواد	۱	۳/۱۳	۲	۳/۹۲	۳	۳/۶۱
	غیره	۰	۰	۷	۱۳/۷۳	۷	۸/۴۳
اختلال شخصیت	دارد	۶	۱۸/۷۵	۲۲	۴۳/۱۴	۲۸	۳۳/۷۳
	ندارد	۲۶	۸۱/۲۵	۲۹	۵۶/۸۶	۵۵	۶۶/۲۷

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع میزان اختلالات روانی بر اساس داشتن و نداشتن قوه تمییز در مرتکبان قتل ارجاعی به اداره کل پزشکی قانونی اصفهان انجام شد. نتایج نشان داد که بعضی از اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی در بین افراد فاقد قوه تمییز بیشتر است و می‌تواند در موارد خاصی و باتوجه به نوع و شدت اختلال از مصادیق جنون محسوب شود. وجود این اختلالات در مجرمان با قتل عمد نادر نیست. تحقیقات نشان می‌دهد که مجرمان به جز اختلالات ذکر شده در بالا از انواع دیگری از مشکلات روان‌شناختی نیز رنج می‌برند. مطابق تحقیقات به عمل آمده مرتکبان قتل بیش از دیگران از برخی خصوصیات نظیر رفتارهای تکانه‌ای، حساسیت، آسیب‌پذیری نسبت به استرس، اختلال در کنترل هیجانات و به خصوص خشم، اختلالات در روابط بین فردی، سادیسم جنسی، پدوفیلی و نیز پارافیلی رنج می‌برند. از سوی دیگر برخی محققان به انواع اختلالات شخصیتی نظیر شخصیت ضداجتماعی، شخصیت مرزی، پارانوئید، نارسیستیک، دوری‌گزین و اسکیزوئید در این افراد اشاره کرده‌اند که بسیار بیشتر از جمعیت عادی جامعه بوده است. همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که اختلالاتی نظیر افسردگی و اختلال دوقطبی نیز در میان مرتکبان به قتل شایع‌تر است. باید در نظر داشت در اغلب موارد بیش از یک اختلال روانی در این مجرمان دیده می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که زندانیان قتل عمد مشکلات خود را بزرگ‌تر از حد متعارف نشان می‌دهند و اغلب آنها اضطراب فوق‌العاده، اجتماع‌ستیزی، بی‌قراری، افکار و عقاید خاص دارند و سعی دارند خود را بدتر از آنچه هستند نشان دهند.

بررسی ۱۳ ساله ارونن و همکاران از دانشگاه کوپیو فنلاند درباره افرادی که مرتکب قتل شده بودند نشان داد که اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی در زنان ۱۰ برابر و در مردان ۸ برابر بیش از جمعیت عادی است [۱۴]. اما مطالعات نشان می‌دهد که مجرمان به جز اختلالات ذکر شده در بالا، از انواع دیگری از مشکلات روان‌شناختی نیز رنج می‌برند. مطابق مطالعات به عمل آمده، قاتلان بیش

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

از دیگران از برخی خصوصیات نظیر رفتارهای تکانه‌ای، حساسیت و آسیب‌پذیری نسبت به استرس، اختلال در کنترل هیجانات و به‌خصوص خشم [۱۵-۱۷] اختلال در روابط بین فردی [۱۶]، سادیسم جنسی [۱۸،۱۹]، پدوفیلی و نیز پارافیلی [۱۸] رنج می‌برند. از سوی دیگر برخی محققان به انواع اختلالات شخصیتی نظیر شخصیت ضد اجتماعی [۱۸،۱۹،۲۲]، شخصیت مرزی [۱۷] پارانویید [۱۷،۱۹،۲۰]، نارتسیستیک [۱۹،۲۱]، دوری‌گزین [۱۸] و اسکیزویید [۲۲] در قاتلان اشاره کرده‌اند که بسیار بیشتر از جمعیت عادی جامعه بود. همچنین مطالعات متعدد نشان داده که اختلالاتی نظیر افسردگی و اختلال دوقطبی نیز در میان مرتکبان به قتل شایع‌تر است [۲۰،۲۲،۲۳]. در بین این مجرمان میزان شیوع افسردگی ۳۱/۶ درصد بود که بسیار فراتر از جمعیت عادی اروپاست. باید در نظر داشت که در اغلب موارد بیش از یک اختلال روانی در این مجرمان دیده می‌شود. در پژوهش حاضر حدود ۷۳/۴۹ درصد گروه مورد بررسی در محدوده «به شدت بیمار» قرار داشتند که این یافته گویای وضعیت شدیداً نابه‌هنجار روانی این مجرمان است. با اینکه مرتکبان قتل دارای قوه تمییز، مسئولیت کیفری دارند اما وجود ۵۸/۸۲ درصد اختلال روانی در این گروه نشان‌دهنده اختلالات روانی شدیدی است که می‌توانسته در بروز جرم ارتکابی مؤثر باشد و لزوم بازنگری درمورد حکم صادر شده در آنها بیشتر به چشم می‌آید. این یعنی فرق آنها با افراد سالم باید در صدور حکمشان لحاظ شود.

درصد بالایی از آنها با وجود اختلال روانی سابقه درمان روان‌پزشکی نداشته‌اند و این لزوم توجه بیشتر به بهداشت روانی افراد و شناسایی اختلالات روانی در جامعه را می‌رساند. افراد فاقد قوه تمییز اغلب فردی که از بستگان درجه اول آنهاست را در همان منزل مسکونی شان به قتل رسانده‌اند و لزوم حفاظت از خانواده افراد دارای اختلالات روانی شدید بیشتر به چشم می‌خورد. مخصوصاً در مرتکبان قتل فاقد قوه تمییزدر مواردی که به فردی سوء ظن داشته باشد احتمال قتل وی بیشتر است. احتمال ارتکاب قتل به ترتیب در اختلالات دوقطبی، اسکیزوفرنیا و اختلال هذیانی از همه بیشتر است. ارتکاب قتل در خانواده‌های با سطح درآمد پایین، کارگران روزمزد، با سطح تحصیلات پایین و خانواده‌های شلوغ و فقر اقتصادی و اجتماعی بیشتر بوده که لزوم توجه دولت‌ها برای کاستن از فقر و بیکاری را می‌رساند.

مطابق نتایج پژوهش حاضر و دیگر تحقیقات، فراوانی اختلالات روانی جدی، با اینکه مطابق قانون رافع مسئولیت کیفری نیست، به طور چشمگیری در گروه مرتکبان قتل عمد بالاست. بحث درخصوص مسئولیت و یا نداشتن مسئولیت مجرمانی که دارای چنین اختلالات روانی هستند در بسیاری از کشورها وجود دارد. اما همان‌طور که قبلاً بدان اشاره شد، مطابق قانون مجازات اسلامی ایران تنها جنون رافع مسئولیت کیفری است. به نظر می‌رسد توجه جدی به این قبیل اختلالات الزامی است تا شاید بتوان با درمان صحیح و اصولی بیماران از بروز فجایعی همچون قتل عمد کاست. با تغییراتی که در قانون مجازات اسلامی سال ۱۳۹۲در زمینه مسئولیت کیفری در بیماران روانی به وجود آمده، ماده ۱۴۹جایگزین ماده ۵۱ قانون قبلی شد و قانون‌گذار سمت معیارهای توصیفی نداشتن مسئولیت کیفری به جای استفاده از کلمه جنون رفته است. پیشنهاد می‌شود به‌جای ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی، ماده قانونی به شرح زیر جایگزین شود: «هرگاه محرز شود شخصی که مرتکب عمل مجرمانه‌ای شده، در حین ارتکاب جرم در اثر اختلالات روانی و یا فقدان رشد عقلی، فاقد شعور بوده به‌طوری که نمی‌توانسته خودش و یا حتی با تذکر دیگران تشخیص دهد که عمل او مغایر قانون است، مجرم محسوب نمی‌شود.» از طرفی فقدان مبحث تقلیل مسئولیت کیفری در قانون مجازات اسلامی احساس می‌شود. ورود این مبحث به قانون مجازات اسلامی اقدام مناسبی در راستای اجرای عدالت و برای بیماران روانی است که از اختلالات روانی رنج می‌برند اما مجنون شناخته نمی‌شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات مشابه نشان می‌دهند که فراوانی اختلالات روانی جدی در میان مجرمان مرتکب قتل

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

عمد به‌طور قابل توجهی بالاست، هرچند که مطابق قوانین موجود، این اختلالات به‌عنوان عامل رافع مسئولیت کیفری به‌حساب نمی‌آیند. در قانون مجازات اسلامی ایران، تنها حالت جنون به‌عنوان عامل رافع مسئولیت کیفری شناخته شده است. این امر حاکی از آن است که توجه جدی به اختلالات روانی و پیامدهای آنها بسیار حیاتی بوده و می‌تواند ضمن ارائه درمان‌های اصولی و مؤثر، به کاهش وقوع فجایعی مانند قتل عمد کمک کند. بنابراین ضرورت دارد قوانین و مقررات موجود در زمینه مسئولیت کیفری این افراد بازنگری و به‌روزرسانی شوند تا عدالت به نحو بهتری برقرار شود و از وقوع چنین جرایمی پیشگیری شود.

باتوجه به یافته‌ها می‌توان پیشنهاد کرد که باید آموزش لازم از طریق رسانه‌ها برای خانواده‌ها داده شود. روش‌های تربیتی نامتعارف والدین و شرایط اجتماعی و اقتصادی مشکل‌زای جوامع در پیدایش اختلالات شخصیت و اختلالات روانی سهیم هستند و مسلماً اگر جامعه‌ای که با شرایط و عوامل مستعدکننده، زمینه ارتکاب جرم را فراهم کرده، اگر فقط مجرم را محاکمه کند، درست عمل نکرده است. همچنین جایگاه روان‌شناس و روان‌پزشک در تشکیلات قضایی ایران باید تعریف شود. از آنجا که بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، اختلال هذیانی، سایکوز ناشی از مواد، اختلال دوقطبی و غیره در هر دو گروه دارای قوه تمییز وگروه فاقد قوه تمییز وجود دارد، تعیین مسئولیت کیفری بیماران در پزشکی قانونی، نه بر اساس نوع تشخیص، بلکه بر اساس شرایط روانی هر فرد در زمان ارتکاب قتل تعیین شده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان، مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه افرادی که امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند، به خصوص مسئولان و کارکنان پزشکی قانونی استان اصفهان اعلام می‌دارند.

تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر با شماره ثبت طرح ۱۳۶۳۰۸ مورد تأیید مرکز تحقیقات پزشکی قانونی قرار گرفت. رعایت محرمانه بودن اطلاعات برابر بیانیه Helsinki و دستورالعمل پژوهشی پزشکی قانونی کشور مورد توجه قرار گرفت.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: در مقاله حاضر علی کریمزاده (پژوهشگر اصلی، ۴۰ درصد)، بهجت کشاورزی‌مقدم (پژوهشگر اصلی، ۳۵ درصد) و ساره کشاورزی‌مقدم (پژوهشگر اصلی ۲۵ درصد) سهیم بوده‌اند.

منابع مالی: در این پژوهش منابع مالی از طریق مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی کشور تأمین شد.

References

1. Hodgins S, Mednick SA, Brenann PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(6):489-96. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830060031004.
2. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. Lancet. 2000;355(9204):614-7. doi: 10.1016/S0140-6736(99)05082-5.
3. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju V, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. Hosp Community Psychiatry. 1990;41(7):761-70. doi: 10.1176/ps.41.7.761.
4. Valença AM, de Moraes TM. [Relationship between homicide and mental disorders]. Braz J Psychiatry. 2006;28(Suppl 2):S62-8. doi: 10.1590/S1516-44462006000600003.
5. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. Am J Psychiatry. 2004;161(4):716-27. doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.716.
6. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime. Evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(6):476-83. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820060056009.
7. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1996 Northern Finland birth cohort. Am J Psychiatry. 1997;154(6):840-5. doi: 10.1176/ajp.154.6.840.
8. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. Br J Psychiatry. 1998;172:477-84. doi: 10.1192/bjp.172.6.477.
9. Hodgins S. The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. Int J Law Psychiatry. 2001;24(4-5):427-46. doi: 10.1016/S0160-2527(01)00077-2.
10. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]

people discharged from acute psychiatric inpatients facilities and by others in the same neighborhoods. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(5):393-401. doi: 10.1001/archpsyc.55.5.393.
11. Tengstrom A, Hodgins S. Criminal behavior of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: are they different? Acta Psychiatr Scand Suppl. 2002;412:62-6. doi: 10.1034/j.1600-0447.106.s412.14.x.
12. Cote G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. Int J Law Psychiatry. 1992;15(1):89-99. doi: 10.1016/0160-2527(92)90029-Z.
13. Taylor PJ, Gunn JC. Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. Br Med J (Clin Res Ed). 1984;288(6435):1945-9. doi: 10.1136/bmj.288.6435.1945.
14. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. Arch Gen Psychiatry. 1999;53(6):497-501. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830060039005.
15. Piotrowski C. Confirmatory Research on the Assessment of Murderers. Psychol Rep. 1997;81(3 Pt 1):1025-6. doi: 10.2466/pr0.1997.81.3.1025.
16. Asnis GM, Kaplan ML, van Praag HM, Sanderson WC. Homicidal Behaviors Among Psychiatric Outpatients. Hosp Community Psychiatry. 1998;45(2):127-32. doi: 10.1176/ps.45.2.127.
17. Schlesinger LB. The Contract Murderer: Patterns, Characteristics, and Dynamics. J Forensic Sci. 1997;24(4):45-51.
18. Firestone P, Bradford JM, Greenberg DM, Larose MR. Homicidal Sex Offenders: Psychological, Phallometric, and Diagnostic Features. J Am Acad Psychiatry Law. 1998;26(4):537-52. doi: 10.1016/S1353-1131(99)90030-5.
19. Haller R. Malignant Narcissism and Sexual Homicide. Arch Kriminol. 1999;204(1-2):1-11.
20. Meszaros K, Fischer-Danzinger D. Extended Suicide Attempt: Psychopathology, Personality and Risk Factors. Psychopathology. 2000;33(1):5-10. doi: 10.1159/000029111.
21. Cartwright D. The Narcissistic Exoskeleton: the Defensive Organization of the Rage-type Murderer. Bull Menninger Clin. 2002;66(1):1-18. doi: 10.1521/bumc.66.1.1.23371.
22. Leach G, Meloy JR. Serial Murder of Six Victims by an African-American Male. J Forensic Sci. 1999;44(5):1073-8. doi: 10.1520/JFS12046J.
23. Meloy JR. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Female Subjects. Am J Psychiatry. 2000;152(8):1216-8. doi: 10.1176/ajp.152.8.1216.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-03]