فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰

فراوانی اختلالات روانی در مجرمان قتل عمد

محمدعلی امام هادی*، مریم جلیلوند**، منصور صالحی***

طرح مسئله: *با رشد روزافزون جرم و جنایت در جامعه بشری، جرم‌شناسان تاکنون برعلل بی‌شماری در این باره انگشت نهاده‌اند. این تحقیق به بررسی برخی از اختلالات روانی در مرتکبان قتل عمد می‌پردازد.*

روش: *این مطالعه به‌صورت مقطعی در طی سالهای ۸۰ ـ ۷۹ بر روی ۱۳۶ زندانی با جرم اثبات‌شده قتل عمد در زندانهای شهر تهران صورت گرفته است. در این پژوهش با استفاده از SCL ـ۹۰ـR اختلالات روان این مجرمان بررسی شده است. اطلاعات و داده‌های به‌دست آمده از این آزمون، تحت بررسی توصیفی و آزمون آماری خی‌دو قرار گرفت.*

یافته‌ها: *بر طبق نتایج به‌دست آمده، سن اکثر مجرمان بین ۳۰ تا ۳۷ با میانگین ۳۳/۶ سال بوده از نظر وضعیت سلامت روان، حدود ۸۷٪ آنان از نوعی اختلال روان رنج می‌بردند که در این میان پرخاشگری، اضطراب و شکایات جسمانی، بیشترین و وسواس و ترس مرضی کمترین آنان را شامل می‌شد (P < ۰/۰۱).*

نتایج: *به رغم آنکه مطابق قانون، این اختلالات روانی رافع مسئولیت کیفری نیست و فقط جنون، محجوریت و نظایر آن مسئولیت جزایی (کیفری) فرد را ساقط می‌کند، ولی باید توجه کرد که ممکن است در زمینه اختلالات خفیف روان‌شناختی، احتمال ارتکاب جرایم سنگین افزایش یابد.*

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی، جرم، سلامت روان، قتل عمد، مجرم، SCL-90- R

تاریخ دریافت: ۸۴/۸/۱۰ ***تاریخ پذیرش:*** ۸۵/۱۲/۱۴

* متخصص پزشکی قانونی و مسمومیتها، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی <emamhadi@yahoo.com>

** کارشناس ارشد روان‌شناسی و مشاوره، مرکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره سازمان آموزش و پرورش استان تهران

*** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه

یکی از مسائل پیچیده و ناراحت‌کننده زندگی اجتماعی که توجه بسیاری از محققان، جامعه‌شناسان، جرم‌شناسان و روان‌شناسان را به خود معطوف داشته، پاسخ به سؤالاتی نظیر چرا آدمی مرتکب جرم می‌شود؟ چگونه می‌توان از وقوع جرم پیشگیری کرد؟، چگونه می‌توان سطح ارتکاب به جرایم را در جامعه کاهش داد؟ و ... است.

شناخت منش فرد تبهکار، تشخیص گرایشهای رفتار ضد اجتماعی در آدمی و ارزیابی عوامل نهادی و اکتسابی چنین گرایشی و سیر تکوین آن از قوه به فعل، ارزیابی میزان مسئولیت و خودآگاهی در ارتکاب جرم و نقش ناخودآگاهی در فقدان یا زوال مسئولیت جزایی (کیفری) و ... از اهم دغدغه‌های ذهنی متخصصان این رشته است. قتل عمد از سنگین‌ترین جرایمی است که در قانون مجازات اسلامی، شدیدترین مجازات برای آن پیش‌بینی شده است. هرچند که برخی حالات، رافع مسئولیت جزایی (کیفری) است.

بنابر مفاد قانون مجازات اسلامی، در برخی شرایط می‌توان فرد را مبری از مسئولیت جزایی (کیفری) دانست که از این شرایط می‌توان به جنون، حجر و عدم بلوغ اشاره داشت (اسلامی‌تبار، ۳۶:۱۳۸۲). منظور از جنون در قانون مجازات اسلامی، وجود برخی اختلالات شدید روانی است که مجرم در زمان ارتکاب جرم، اراده کامل به اعمال خود نداشته و از نتایج آن نیز بی‌اطلاع بوده باشد. (*همان منبع*) از جمله موارد جنون می‌توان به اسکیزوفرنی (جنون اطباقی) و اختلال دوقطبی (جنون ادواری) اشاره کرد. اما تحقیقات متعدد نشان داده که در برخی از مجرمان انواع دیگری از اختلالات روان نیز دیده می‌شود که می‌توان به انواع اختلالات شخصیت، افسردگی، اختلال دوقطبی، رفتارهای تکانه‌ای، اختلال در کنترل خشم و هیجان، سادیسم جنسی و ... اشاره کرد. پژوهشهای انجام شده در کشور نشان می‌دهد که اختلالات روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور، در حدود ۲۱ درصد اشاعه داشته که در این میان اختلالات افسردگی و اضطراب بیشترین شیوع را داشته است. همچنین نشان داده شده که این میزان شیوع با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد (مهدوی، ۱۴:۱۳۸۳). باید دانست که واژه سلامت روان، مفهومی بسیار وسیع دارد و شامل رفاه ذهنی، احساس خود توانمندی، کفایت، درک همبستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی در فرد است، به گونه‌ای که فرد بتواند تواناییهایش را شناخته، با استرسهای معمول زندگی تطابق حاصل کند و از نظر شغلی سازنده و مفید باشد. به

نظر می‌رسد در بسیاری از مجرمان، عدم وجود سلامت روان عامل بسیار مهمی در بروز جرم و جنایت باشد. تاکنون تحقیقی به منظور بررسی انواع اختلالات روان در مجرمان و مرتکبان قتل عمد در کشور گزارش نشده است. این تحقیق سعی در بررسی اختلالات روان در زندانیان مذکری دارد که به دلیل قتل عمد در زندانهای تهران محبوس می‌باشند.

۱) روش پژوهش

۱ـ۱) جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

این مطالعه به‌صورت توصیفی ـ مقطعی بوده و جمعیت مورد مطالعه تمامی زندانیان مرد متهم به قتل عمد شهر تهران در سال ۱۳۷۹ است. روش نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری ساده بوده که بدین منظور پس از مراجعه به سازمان زندانها و جلب موافقت ریاست و معاونت پژوهشی سازمان، پرسشگران مراجعه و پس از هماهنگی، پرونده کلیه زندانیهای متهم به قتل بررسی گردید. در میان پرونده‌ها نمونه‌هایی انتخاب شد که اثبات قتل عمد در مورد مرتکبان آنها قطعی و حکم دادگاه دربارهٔ آنها صادر شده بود (۱۳۶ مورد). کلیه این مجرمان در محدوده سنی ۲۲ تا ۷۷ سال با میانگین ۳۳/۶ سال و انحراف معیار ۴/۶ سال بوده که در ۷ گروه سنی قرار داده شدند.

۲ـ۱) ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه تجدیدنظر شده نود سؤالی SCL۹۰R برای سنجش اختلالات روانی استفاده شد. این آزمون در بررسیهای مختلف همه‌گیرشناسی مکرر مورد استفاده قرار گرفته و پایایی و روایی آن در ایران بیش از ۹۰٪ گزارش شده است (میرزایی، ۱۳۵۹:۵۰؛ باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳:۳۲؛ معتمدی و همکاران، ۱۳۷۶:۳۱ و ۱۳۷۸:۱۴۹). پرسشگران با هر فرد به‌طور انفرادی مصاحبه کردند و فرم اطلاعاتی اولیه و پرسشنامه SCL۹۰R را نیز تکمیل کردند. زمان انجام دادن مصاحبه و تکمیل پرسشنامه یک ساعت بود.

پرسشنامه SCL۹۰R شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای شامل «۰= هیچ، ۱= کمی، ۲= تاحدی، ۳= زیاد و ۴= به‌شدت» است. این ابزار دربرگیرندهٔ نُه بعد

اختلالات روانی شامل شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و پرخاشگری، هراس مرضی، افکار پارانویید و روان‌پریشی است. در این آزمون هفت ماده اضافی نیز قرار دارد که در هیچ یک از ابعاد یاد شده طبقه‌بندی نشده و با عنوان «بعد سایر» از آنها یاد می‌شود. همچنین این آزمون سه شاخص به‌دست می‌دهد:

۱. ضریب کلی علائم مرضی GSI که سطح روانی فرد را بدون تأکید بر نوع خاص اختلال نشان می‌دهد؛
۲. جمع علائم مرضی مثبت PST که پایین‌ترین سطح اختلال را نشان می‌دهد؛
۳. شاخص علائم مثبت ناراحتی PSDI که شدت بیماری را به تفکیک سالم، مرزی و به‌شدت بیمار نشان می‌دهد.

برای تعیین شیوع هر یک از ابعاد اختلال روانی از نقطه برش ۱ (مساوی یا بزرگتر از آن) استفاده شد و میانگین نمره‌های یک و بالاتر از یک در هر بعد به‌عنوان حالت مرضی به‌شمار رفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین میزان فراوانی اختلالات روانی، روشهای آمار توصیفی و برای مقایسه میانگین نمره‌های اختلالات روانی، آزمون آماری خی‌دو به‌کار برده شد.

۲) یافته‌ها

فراوانی انواع اختلال روانی در جدول ۱ و شدت اختلال روانی براساس شاخص کلی علائم مرضی (GSI) در جدول ۲ نشان داده شده است. جداول نشان می‌دهد که ۱۸ نفر از نمونه‌ها (۱۳/۲۴٪) فاقد علائم مرضی و مابقی (۸۶/۷۶٪ از مجرمان)، دچار نوعی مشکل روان‌شناختی بودند. آزمون آماری کااسکوایر، اختلاف معنی‌داری را در انواع اختلالات در نمونه‌ها نشان داد (P = ۰/۰۰۳)، بدین معنی که پرخاشگری، اضطراب و شکایات جسمانی، شایع‌ترین مشکلات و وسواس و ترس مرضی، کمترین میزان شیوع را در بین نمونه‌ها داشتند. قابل توجه آنکه برخی مجرمان در بیش از یک مقیاس نمره بالا کسب کرده و به عبارتی دارای دو یا چند مشکل روان‌شناختی بودند. مثلاً یک فرد در مقیاسهای افسردگی، اضطراب و ترس مرضی، نمره‌های بالایی داشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی انواع اختلال روانی، میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵٪ برحسب آزمون SCL۹۰R

مقیاس	فراوانی	درصد	فاصله اطمینان	میانگین	انحراف معیار	خی‌دو	سطح معناداری
شکایات جسمانی	۶۲	۴۵/۶	۳۹/۲ _ ۵۱/۶	۳/۴۳	۰/۶۲۱		
وسواس	۲۳	۱۶/۸	۷/۸ _ ۲۶	۲/۶۹	۰/۹۱		
حساسیت در روابط متقابل	۵۳	۳۹	۳۴ _ ۴۳/۷	۳/۸۲	۰/۴۸۵		
افسردگی	۴۳	۳۱/۶	۲۶/۱ _ ۳۶/۳	۳/۶۹	۰/۵۶۵		
اضطراب	۷۶	۵۵/۹	۵۴/۹ _ ۶۰/۸	۳/۹۶	۰/۴۹۵		
پرخاشگری	۱۱۲	۸۲/۴	۷۹ _ ۸۵	۳/۸۱	۰/۳۰۴		
ترس مرضی	۲۴	۱۷/۶	۹/۸ _ ۲۴/۱	۳/۲۰	۰/۷۱۵	۱۶۳/۴۲	۰/۰۰۳
پارانویید	۲۴	۱۷/۶	۱۳ _ ۲۲/۵	۳/۴۴	۰/۴۷۵		
روان‌پریشی	۳۲	۲۳/۵	۱۸/۵ _ ۲۹	۳/۹۱	۰/۵۲۵		
سایر	۲۴	۱۷/۶۴	۹/۶_ ۲۶/۶	۲/۱	۰/۸۴۲		
GSI	۱۱۸	۸۶/۷۶	۸۱/۲_ ۹۲/۲	۳/۲۱	۰/۵۲۵		
PST	—	—	—	۵۷/۶۱۸	۱۹/۱۷۸		
PSDI	—	—	—	۳/۳۲۸	۰/۶۸۱		

جدول ۲: توزیع فراوانی شدت اختلال روانی براساس شاخص کلی علائم مرضی GSI

علائم مرضی	فراوانی	درصد
سالم ۱ >	۱۸	۱۳/۲۴
خفیف (۱/۹۹ـ۱)	۲۳	۱۶/۹۱
متوسط (۲/۹۹ـ۲)	۴۱	۳۰/۱۵
شدید (۳ یا بزرگتر از آن)	۵۴	۳۹/۷۰
مجموع	۱۳۶	۱۰۰

از طرفی براساس جدول، شدت اختلال روانی براساس شاخص کلی علائم مرضی (GSI) نشان می‌دهد که ۱۶/۹٪ نمونه‌ها علائم خفیف، ۳۰/۱۵٪ متوسط و ۳۹/۷٪ علائم روانی شدیدی را نشان دادند.

۳) بحث

قوانین مجازات اسلامی به روشنی بیان می‌کند که فقط در برخی مصادیق، حالت قتل عمد به حالت غیرعمد یا خطای محض تبدیل می‌شود. در این قانون از جنون به‌عنوان رافع‌کننده مسئولیت جزایی (کیفری) نام برده شده است (اسلامی‌تبار، ۳۶:۱۳۸۲). اما منظور از جنون در قانون مجازات اسلامی، حالتی است که مجرم در زمان ارتکاب جرم، اراده کامل به اعمال خود نداشته (عنصر مادی) یا از نتیجه اعمال خود بی‌اطلاع باشد (عنصر معنوی). از مصادیق جنون می‌توان به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی اشاره کرد که در صورت اثبات این شرایط، حالت کیفری از عمل مجرم سلب می‌شود. وجود این اختلالات در مجرمان با قتل عمد ناشایع نیست. بررسی ۱۳ ساله دکتر ارونن و همکاران (Eronen, Halkola, Tiihonen, 1999:497) از دانشگاه کوپیوفنلاند دربارهٔ 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.

اما تحقیقات نشان می‌دهد که مجرمان بجز اختلالات ذکر شده در بالا، از انواع دیگری از مشکلات روان‌شناختی نیز رنج می‌برند. مطابق تحقیقات به‌عمل آمده، قاتلان بیش از دیگران از برخی خصوصیات نظیر رفتارهای تکانه‌ای، حساسیت و آسیب‌پذیری نسبت به استرس، اختلال در کنترل هیجانات و بخصوص خشم (Piotrowski, 1977:1025؛ Asnis,1994:127؛ Schlesinger, 1997:45)، اختلال در روابط بین فردی (Asnis, 1994:127)، سادیسم جنسی (Firestone, 1998:537؛ Haller, 1991:1) پدوفیلی و نیز پارافیلی (Firestone, 1998:537) رنج می‌برند. از سوی دیگر برخی محققان به انواع اختلالات شخصیتی نظیر شخصیت ضد اجتماعی (Leach, 1999:1073؛ Haller, 1999:1؛ Firestone, 1998:537)، شخصیت مرزی (Meszaros, 2000:5؛ Yarvis, 1994:249؛ Schlesinger, 1997:45)، پارانویید (Schlesinger, 1997:45؛ Haller, 1999:1؛ Hempel, 1999:213؛ Meszaros, 2000:5)، نارتسیستیک

(Haller, 1999:1؛ Cartwright, 2002:1)، دوری‌گزین (Firestone, 1998:537) و اسکیزوویید (Leach, 1999:1073) در قاتلان اشاره کرده‌اند که بسیار بیشتر از جمعیت عادی جامعه بود. همچنین تحقیقات متعدد نشان داده که اختلالاتی نظیر افسردگی و اختلال دوقطبی نیز در میان مرتکبان به قتل شایع‌تر است. (Leach, 1999:1073؛ Meloy, 2000:1216؛ Meszaros, 2000:5) در بین این مجرمان میزان شیوع افسردگی ۳۱/۶٪ بود که بسیار فراتر از جمعیت عادی اروپا است.

باید در نظر داشت که در اغلب موارد بیش از یک اختلال روانی در این مجرمان دیده می‌شد؛ به‌طوری که در این تحقیق نیز نشان داده شده، برخی از نمونه‌ها در بیش از یک مقیاس، نمره‌های بالایی داشته، به عبارتی بیش از یک اختلال روانی در آنان مشاهده می‌شد.

تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که اغلب مجرمان به رغم وجود اختلالات روانی، درمان کافی دریافت نکرده بودند (Myers, 1995:1483؛ Lindqvist, 1996:19). دکتر مایزر و همکاران از دانشگاه فلوریدا در بررسیهای خود به این نتیجه رسیدند که درمان کافی چه از نظر عاطفی و چه درمان دارویی و رفتاری درخصوص مجرمان الزامی است (Myers, 1995:1483). در پژوهش حاضر فقط ۱۲٪ مجرمان، قبل از وقوع جرم، سابقه دریافت درمان دارویی (عموماً آنتی‌سایکوتیک) داشتند.

در تحقیق حاضر، میزان شیوع اختلالات روانی، حدود ۸۷٪ از بررسیهای انجام شده کشوری بسیار بیشتر است. دکتر مهدوی و همکاران (۱۳۸۳) با بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در کشور که با تست SCL۹۰R با ۳۵ هزار نفر انجام گرفت. شیوع اختلالات روانی را ۲۱٪ برآورد کرد که در این میان، افسردگی و اضطراب بیشترین شیوع را داشتند. همچنین دکتر معتمدی و همکاران (۱۳۷۸)، شیوع لحظه‌ای مشکلات روان با تست SCL۹۰R را در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲۸/۲٪ ذکر کرده بود. در پژوهش حاضر، براساس GSI، حدود ۴۰٪ گروه مورد بررسی در محدوده به‌شدت بیمار (۳ <) قرار داشتند. این یافته گویای وضعیت شدیداً نابهنجار روانی این مجرمان است.

۴) نتیجه‌گیری

مطابق نتایج پژوهش حاضر و دیگر تحقیقات، فراوانی اختلالات روانی جدی به رغم آنکه مطابق قانون رافع مسئولیت کیفری نیست، به‌طور چشمگیری در گروه مجرمان با قتل عمد بالاست. بحث درخصوص مسئولیت و یا عدم مسئولیت مجرمانی که دارای چنین اختلالات روانی هستند، در بسیاری از کشورها وجود دارد (Colman, 1991:1071؛ Wiener, 1995:455؛ Torgersen, 2001:590). اما همان‌طور که قبلاً بدان اشاره شد، مطابق قانون مجازات اسلامی ایران، تنها جنون، رافع مسئولیت کیفری است، ولی به‌نظر 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.

منابع

References

- اسلامی‌تبار، شهریار. (۱۳۸۲)، **مجموعه کامل قوانین مجازات اسلامی و آیین‌نامه‌های کیفری**، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی سیما.
- باقری یزدی، سیدعباس. بولهری، جعفر. شاه‌محمدی، داود. (۱۳۷۳)، **بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد**، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره اول، ۴۱ـ۳۲.
- بهادرخان، جواد. (۱۳۷۲)، **بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی گناباد**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی ایران.
- معتمدی، سیدهادی. یاسمی، محمدتقی. کرباسی، حسن. بنی‌واهب، قدسیه. (۱۳۷۶)، **تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در روستاهای استان کرمان**، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دورهٔ پنجم، شمارهٔ ۱، ۳۶ـ۳۱.
- معتمدی، سیدهادی. یاسمی، محمدتقی. نیکیان، یدالله. تارزی، هادی. (۱۳۷۸)، **تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه پزشکی کرمان**، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دورهٔ ششم، شمارهٔ ۳، ۱۵۶ـ۱۴۹.
- مهدوی، مهدی. ناصرزاده، حسین. (۱۳۸۳)، **بررسی وضعیت سلامت روان در جمعیت بالای ۱۵ سال تهران**، مجله حکیم، شمارهٔ ۱۲، ۴۲ـ۳۶.
- میرزایی، رقیه. (۱۳۵۹)، **ارزیابی و اعتبار آزمون SCL۹۰R در ایران**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تهران، ص ۵۳ـ۵۰.
- Asnis, GM. Kaplan, ML. van Praag, HM. Sanderson, WC. (1998), **Homicidal Behaviors Among Psychiatric Outpatients**. *Hosp Community Psychiatry*. Feb; 45 (2): 127-32.
- Cartwright, D. (2002), **The Narcissistic Exoskeleton: the Defensive Organization of the Rage-type Murderer**. Bull Menninger Clin. *Winter*; 66(1): 1-18.
- Colman, Andrew. M. (1991), **Crowd Psychology in South African Murder Trials**. *American Psychologist*. Oct Vol 46 (10) 1071-1079.
- Eronen, M. Hakola, P. Tiihonen, J. (1999), **Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland**. *Arch Gen Psychiatry*. Jun;53(6): 497-501.
- Firestone, P. Bradford, JM. Greenberg, DM. Larose, MR. (1998), **Homicidal Sex Offenders: Psychological, Phallometric, and Diagnostic Features**. *J Am Acad Psychiatry Law.*; 26(4): 537-52.

References

منابع

- Haller, R. (1999), **Malignant Narcissism and Sexual Homicide**, *Arch Kriminol*. Jul-Aug; 204(1-2): 1-11.
- Hempel, AG. Meloy, JR. Richards, TC. (1999), **Offender and Offense Characteristics of a Nonrandom Sample of Mass Murderers**. *J Am Acad Psychiatry Law*.; 27(2): 213-25.
- Leach, G. Meloy, JR. (1999), **Serial Murder of Six Victims by an African-American Male**, *J Forensic Sci*. Sep; 44(5): 1073-8.
- Lindqvist, P. (1996), **Criminal Homicide in Northern Sweden 1970-1991**: **Alcohol Intoxificcation, Alcohol Abuse and Mental Disease**, *Int J Law Psychiatry*.; 8(1): 19-37.
- Meloy, JR. (2000), **Mental Disorders and Homicidal Behavior in Female Subjects**, *Am J Psychiatry*. Aug; 152(8): 1216-8.
- Meszaros, K. Fischer-Danzinger, D. (2000), **Extended Suicide Attempt: Psychopathology, Personality and Risk Factors**. *Psychopathology*. Jan-Feb; 33(1): 5-10.
- Myers, WC. Scott, K. Burgess, AW. Burgess, AG. (1995), **Psychopathology, Biopsychosocial Factors, Crime Characteristics, and Classification of 25 Homicidal Youths**. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Nov; 34(11): 1483-9.
- Piotrowski, C. (1997), **Confirmatory Research on the Assessment of Murderers.** *Psychol Rep*. Dec;81 (3 Pt 1): 1025-6.
- Schlesinger, LB. (1997), **The Contract Murderer: Patterns, Characteristics, and Dynamics.** *Journal of Forensic Sciences*. May Vol 24(4) 45-51.
- Torgersen, S. Kringlen, E. Cramer, V. (2001), **The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample**. *Arch Gen Psychiatry*. Jun; 58(6): 590-6.
- WienerL. Pritchard, C. Weston, M. (1995), **Comprehensibility of Approved Jury Instructions in Capital Murder Cases**. *Journal of Applied Psychology*. Aug Vol 80(4) 455-467.
- Yarvis, RM. (1994), **Axis I and Axis II Diagnostic Parameters of Homicide.** *Bull Am Acad Psychiatry Law*. R; 18(3): 249-69.