

UNIVERSITETI I MJEKËSISE TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I NEUROSHKENCËS

PREVALENCA E SJELLJES HOMICIDALE NË PACIENTËT QË
VUAJNË NGA SKIZOFRENIA

Disertacion
Për Marrjen e Gradës Shkencore

DOKTOR

Kandidati

Ilda Aliko

Udhëheqësi Shkencor

Prof. Asc. Dr. Afrim Dangellia

TIRANË 2024

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Ilda ALIKO

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: PSIKIATRI

**TEMA:PREVALENCA E SJELLJES HOMICIDALE NË PACIENTËT QË VUAJNË
NGA SKIZOFRENIA**

MBROHET NË DATË:/.....2024 PARA JURISË:

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| 1. Pof. Ariel ÇOMO | KRYETAR |
| 2. Prof. Asc Valbona ALIKAJ | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. Prof. Sokrat MEKSI | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. Prof. Gentian VYSHKA | ANËTAR |
| 5. Prof. Genc BURAZERI | ANËTAR |

Parathënie

Lidhja midis skizofrenisë dhe vrasjes ka qenë prej kohësh objekt studimi me ndikim të rëndësishëm në politikën e shëndetit mendor, praktikën klinike dhe perceptimin publik të njerëzve me çrregullime psikiatrike. Pavarësisht dekadave të hulumtimit, ende nuk është sqaruar përfundimisht nëse çrregullimet psikotike lidhen më fort me dhunën sesa çrregullimet e tjera mendore. Sidoqoftë, lidhja midis çrregullimeve të spektrit të skizofrenisë (SSD) dhe vrasjes është e dokumentuar mirë. Në rastet e dhunës së rëndë dhe vrasjeve të kryera nga persona me SSD, të afërmit, të njohurit, miqtë ose mjekët kanë më shumë gjasa të jenë viktimat se sa të huajt.

Korelacioni midis sëmundjes mendore dhe sjelljes vrasëse ka implikime të konsiderueshme për praktikën dhe politikën e shëndetit mendor. Prandaj, nevojitet një qasje më e ngushtë për të kuptuar se si, pse dhe kur ndodh sjellja vrasëse tek individët me SSD dhe nëse këta individë kanë karakteristika dhe përvoja të caktuara që i dallojnë ata nga shkelësit e tjerë (të ligjit) me SSD, sepse një kuptim i saktë i SSD- dhunës së lidhur me të mund të çojë në trajtim të përmirësuar, të zvogëlojë stigmatizimin dhe në fund në parandalimin e sjelljes vrasëse.

Falenderim

Për realizimin e kësaj teme një falenderim i veçantë shkon për udhëheqësin Prof. Asc. Dr. Afrim Dangellia dhe Prof. Dr. Ariel Çomo për mbështetjen, përkrahjen dhe këshillat e tyre në të gjitha etapat e studimit.

Gjithashtu falenderoj familjen time dhe koleget për ndihmën, mbështetjen dhe inkurajimin e vazhdueshëm që më kanë dhënë deri në finalizimin me sukses të këtij projekti shkencor.

Shkurtesa

SSD	Schizophrenia Spectrum Disorder
SAT	Situation Action Theory
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CI	Confidence Interval
IQR	Inter Quartile Range
ANOVA	Analysis of Variance
SAT	Situational Action Theory

Përmbajtja

I HYRJE.....	11
1.1 Skizofrenia dhe Çrregullimet e Tjera Psikotike	11
1.2 Koncepti i Skizofrenisë	11
1.3 Historiku.....	11
1.4 Epidemiologjia	14
2.0 Homicidi.....	16
3.0 Çrregullime psikotike.....	17
4.0 Çrregullime të humorit.....	17
5.0 Çrregullime të personalitetit.....	18
6.0 Abuzim me substanca.....	18
7.0 Çrregullime organike.....	18
8.0 Motivet e vrasjesve dhe karakteristikat e viktimave	19
9.0 Metodatat e vrasjes.....	19
10.0 Korrelacioni i Skizofrenisë me vrasjet	20
11.0 Skizofrenia rrit rrezikun për të kryer vrasje	22
11.1 Simptomatologjia në kohën e kryerjes së vrasjes.....	22
11.1.1 Cili stad i skizofrenisë është më violent	23
12.0 Llojet e deluzioneve në çrregullimet deluzionale	24
12.1 Llojet bazohen në temën kryesore të deluzionit:.....	24
12.2 Llojet e halucinacioneve.....	24
13.0 Studimet e kryera mbi korrelacionin midis skizofrenisë dhe vrasjes.....	25
14.0 Hapat që çojnë në vrasje.....	25
15.0 Fazat e vrasjes	25
II METODOLOGJIA.....	28
2.1 Qëllimi.....	28
2.2 Objektivat.....	28
2.3 Materiali dhe metoda.....	28
2.4 Metodologjia e analizës statistikore	30
III REZULTATE.....	31
IV DISKUTIM.....	53
V PËRFUNDIME	60
VI REKOMANDIME.....	61

VII SHTOJCA	62
Skeda individuale e mbledhjes së të dhënave	62
VIII BIBLIOGRAFIA	63

Lista e tabelave

Tabela 3. 1 Karakteristikat sociodemografike të pacientëve	31
Tabela 3. 2 Bashkëjetesa e pacientëve	35
Tabela 3. 3 Numri i pjestarëve të familjes	36
Tabela 3. 4 Karakteristikat e sjelljes	37
Tabela 3. 5 Statusi i hospitalizimit të pacientëve	39
Tabela 3. 6 Komplianca e pacientëve	40
Tabela 3. 7 Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale, sipas karakteristikave sociodemografike dhe të sjelljes.....	41
Tabela 3. 8 Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale, sipas bashkëshoqërimit me çrregullimet e personalitetit dhe dëmtimeve konjitive	42
Tabela 3. 9 Numri i viktimave prej pacientëve	44
Tabela 3. 10 Numri dhe tipi i viktimave	45
Tabela 3. 11 Lidhja e pacientëve me viktimat.....	46
Tabela 3. 12 Metoda e kryerjes së veprës	47
Tabela 3. 13 Vendi i kryerjes së veprës	48
Tabela 3. 14 Motivet e kryerjes se veprës	49
Tabela 3. 15 Simptomatologjia në momentin e kryerjes së veprës	50

Lista e figurave

Figura 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë	32
Figura 3. 2 Mosha mesatare sipas gjinisë	32
Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës	33
Figura 3. 4 Shpërndarja e rasteve sipas statusit civil	33
Figura 3. 5 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit arsimor	34
Figura 3. 6 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit ekonomik	34
Figura 3. 7 Bashkëjetesa e pacientëve	35
Figura 3. 8 Numri i pjestarëve që bashkëjetojnë.....	36
Figura 3. 9 Mosha mesatare e fillimit të sëmundjes sipas gjinisë.....	38
Figura 3. 10 Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale.....	38
Figura 3. 11 Karakteristikat e sjelljes.....	39
Figura 3. 12 Statusi i hospitalizimit të pacientëve	40
Figura 3. 13 Komplianca e pacientëve.....	40
Figura 3. 14 Koha mesatare fillim sëmundje-vepër sipas statusit civil	42
Figura 3. 15 Koha mesatare fillim sëmundje-vepër sipas historisë së dhunës në familje, sjelljes suicidale dhe vetëdëmtuese.....	43
Figura 3. 16 Koha mesatare fillim sëmundje-vepër sipas dënimeve të mëparshme, përdorimit të alkoolit dhe drogës	43
Figura 3. 17 Koha mesatare fillim sëmundje-vepër sipas dënimeve të mëparshme, përdorimit të alkoolit dhe drogës	44
Figura 3. 18 Numri i viktimave prej pacientëve	45
Figura 3. 19 Numri dhe tipi i viktimave	46
Figura 3. 20 Lidhja e pacientëve me viktimat.....	47
Figura 3. 21 Metoda e kryerjes së veprës	48
Figura 3. 22 Vendi i kryerjes së veprës.....	49
Figura 3. 23 Motivet e kryerjes së veprës	50
Figura 3. 24 Simptomatologjia në momentin e kryerjes së veprës	51
Figura 3. 25 Faktorët e riskut për homicid. Regresioni logjistik multivariat.....	52

Abstrakt

Hyrje: Studimet që hetojnë lidhjen midis çrregullimeve të mëdha mendore dhe vrasjeve kanë treguar se skizofrenia ishte e lidhur me shkallën më të lartë të vrasjeve. **Qëllimi** është vlerësimi i karakteristikave klinike dhe të sjelljes te pacientët me skizofreni që kanë kryer homicid.

Materiali dhe metoda: Studimi është i tipit cross-sectional prospektiv i kryer në periudhën 2011-2015 në Institutin e Mjekësisë Ligjore në Tiranë. Në studim janë përfshirë pacientë të cilët kanë kryer homicid dhe janë diagnostikuar me Skizofreni. Për çdo pacient janë mbledhur të dhënat sociodemografike dhe klinike nëpërmjet një skede individuale.

Rezultate: Në studim morën pjesë 104 pacientë nga të cilët 10 (9.6%) femra dhe 94 (90.4%) meshkuj. Moshë mesatare e pacientëve është 47 (± 12.1) vjeç që varion nga 23 vjeç deri në 81 vjeç. Sjellje suicidale kanë manifestuar 11.5%, sjellje vetëdëmtuese (44.2%), histori të dhunës në familje kanë patur 70.2% e pacientëve ($p < 0.01$), përdorim alkooli (30.8%), përdorim droge (10.6%), dënime të mëparshme (25%), në emigracion kanë qenë 21.2% e tyre. Nga 89 pacientët të cilët ishin trajtuar 57 (64%) e tyre nuk kishin komplaincë të mirë në momentin e kryerjes së veprës, ndërsa 32 (36%) e tyre kishin skizofreni refraktare. Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët beqarë, që përdorin drogë dhe që kanë dënime të mëparshme, me ndryshime sinjifikante me pacientët e tjerë ($p < 0.01$). 42.7% janë të njohur, 38.2% e viktimave janë të afërmit dhe 19.1% e viktimave janë të njohur ($p < 0.01$). Në lidhje me metodën e kryerjes së veprës, mbizotëron arma e ftohtë (39.4%), ndjekur nga arma e zjarrit (30.8%); nga vendi i kryerjes së veprës mbizotëron shtëpia (42.3%) ndjekur nga "larg vendbanimit". (31.7%), nga motivet mbizotërojnë hakmarrja (32.7%) ndjekur nga xhelozia (31.7%), debate/zënie (19.2%), çështje financiare (13.5%), seksualiteti (2.9%) ($p < 0.01$). Në momentin e kryerjes së veprës mbizotëron simptomatologjia positive me delusione (51%), ndjekur nga (34.6%) halucinacione, çrregullime të instikti (9.6%), mendime dhe të folur të çorganizuar (2.9%) dhe probleme me përqëndrimin (1.9%).

Përfundim: Lloji i viktimës lidhet me karakteristikat demografike të pacientëve si situata e jetesës dhe moshë. Më shumë janë prekur të njohurit dhe të afërmit. Është thelbësore të krijohet një sistem kujdestarie për pacientët me skizofreni për të përmirësuar ndërgjegjësimin e kujdestarit për sëmundjen dhe metodat e menaxhimit të rrezikut.

Fjale kyç: skizofreni, homicid, viktimë

I HYRJE

1.1 Skizofrenia dhe Çrregullimet e Tjera Psikotike

1.2 Koncepti i Skizofrenisë

Skizofrenia është një sindromë klinike e një psikopatologjie të ndryshueshme por thellësisht përçarëse, e cila përfshin aftësitë njohëse, emocionet, perceptimin dhe aspekte të tjera të sjelljes. Shfaqja e këtyre manifestimeve ndryshon nga pacienti në pacient dhe me kalimin e kohës, por efekti i sëmundjes është gjithmonë i rëndë dhe zakonisht afatgjatë.

1.3 Historiku

Përshkrime të shkruara të simptomave që përgjithësisht vërehen në ditët e sotme në pacientët me skizofreni, janë gjetur përgjatë gjithë historisë së dokumentuar. Mjekët e hershëm grekë, përshkruan deluzionet e madhësisë dhe paranojën, si edhe shkatërrimin e funksioneve njohëse dhe të personalitetit. Meqënëse këto simptoma nuk janë unike për skizofreninë, është e paqartë nëse këto sjellje shoqëroreshin me atë që aktualisht quhet skizofreni. Në të vërtetë, shkencëtarë të ndryshëm argumentojnë se skizofrenia është me një origjinë relativisht të vonë.

Skizofrenia u shfaq si një gjendje mjekësore e vlefshme për t'u studiuar dhe trajtuar që në shekullin e 18-të. Në shekullin e 19-të, çrregullimet e ndryshme psikotike përgjithësisht shiheshin si marrëzi ose çmenduri, dhe lëvizja për t'i konceptuar këto çrregullime si gjendje të vajtueshme, zëvendësoi pikëpamjen mbi marrëzinë si një sjellje të dënueshme. Gjatë gjysmës së dytë të shekullit të 19-të u përshkruan shumë kategori klinike, por mungonte një qasje më e përgjithshme, e aftë për të integruar manifestimet e ndryshme të sëmundjes mendore në sindroma klinike të dallueshme (1).

Një pengesë e madhe në dallimin e skizofrenisë nga format e tjera të psikozave, ishte ekzistenca e një sëmundjeje tjetër të zakonshme, pareza e përgjithëshme e të marrit. Manifestimet mendore të kësaj sëmundjeje ishin tepër të shumëllojshme dhe mbivendoseshin gjerësisht me simptomatologjinë skizofrenike. Më pas, një infeksion spiroketal u zbulua si shkak i marrëzisë sifilitike, dhe terapia ndaj etheve të malaries rezultoi pjesërisht e suksesshme. Së fundi u zbulua se antibiotikët ishin të efektshëm për trajtim dhe parandalim. Identifikimi dhe trajtimi i parezës së përgjithëshme është një nga historitë më të mëdha të shkencës mjekësore. Identifikimi i marrëzisë sifilitike reduktoi heterogjenitetin e marrëzisë dhe i mundësoi Emil Kraepelin-it të përshkruante dy shfaqjet e tjera madhore të saj – psikozën maniako-depresive dhe demencën praecox (ose demenca e parakohshme) – dhe të gruponte së bashku nën kategorinë diagnostike të demencës praecox, kategoritë e marrëzisë të tilla si hebefrenia, paranoja dhe katatonia, të cilat më parë kishin qenë të veçuara. Në diferencimin e demencës praecox nga çrregullimi maniako-depresiv, Kraepelin-i e vuri theksin në atë ç'ka ai besonte se ishte, prognoza karakteristike e varfër dhe afatgjatë e demencës praecox në krahasim me dekursin relativisht jo rrënues të sëmundjes maniako-depresive. Kraepelin-i përparoi me përshkrimin e dy proceseve kryesore patofiziologjike apo të sëmundjes, të cilët ndodhnin në demencën praecox (2).

Nga njëra anë ne vëzhgojmë një dobësim të atyre veprimtarive emocionale të cilat në mënyrë të qëndrueshme formojnë shtytësit e vullnetit. Në lidhje me këtë, veprimtaria mendore dhe instikti për punën bëhen të heshtur. Rezultat i kësaj pjese të procesit është mpirja emocionale, dështimi në veprimtari të mendore, humbja e kontrollit mbi vullnetin, humbja e përpjekjeve dhe aftësive për veprimtari të pavarura. Në këtë mënyrë thelbi i personalitetit shkatërrohet, pjesa më e mirë dhe më e shtrenjtë e ekzistencës së qenies, sikurse e shprehu dikur Griesinger, u gris prej saj (3).

Grupi i dytë i çrregullimeve, i cili i vë demencës praecox vulën e saj të vecantë... konsiston në humbjen e unitetit të brendshëm të veprimtarive të intelektit, emocionit dhe vullnetit në vetvete dhe ndërmjet njëra-tjetrës. Stransky flet për një asgjësim të “koordinimit intrapsikik. Ky asgjësim shfaqet tek ne në çrregullimet e asociacioneve të përshkruara nga Bleuler, në inkoherencën e rrjedhës së mendimit, në ndryshimet e mprehta të humorit si edhe në paqëllimshmërinë dhe shkatërrimet në punën praktike. Për më tepër, lidhjet e ngushta ndërmjet të menduarit dhe të ndjerit, ndërmjet maturisë dhe veprimtarisë emocionale nga njëra anë dhe punës praktike nga ana tjetër, janë pak a shumë të humbura. Emocinet nuk përputhen me idetë (4).

Përshkrimi i shkatërrimit të personalitetit na jep një tablo konceptuale për simptomat e mungesës së vullnetit apo negative, të cilat janë komponentë të sëmundjes, dhe përshkrimi i procesit të “humbjes së unitetit të brendshëm të veprimtarive”, na jep një tablo konceptuale të shenjave pozitive të skizofrenisë.

Në vitin 1911, Eugen Bleuler, duke arsyetuar se demenca nuk ishte një karakteristikë e zakonshme e demencës praecox, sugjeroi për këtë çrregullim termin *skizofreni* (çarje e mendjes). Bleuler futi termin e simptomave primare dhe sekondare të skizofrenisë; katër simptomat e tij primare (katër A-të), ishin asociacionet anormale, sjellje dhe të menduar autik, afekti anormal dhe ambivalenca. Prej këtyre katër simptomave, Bleuler pa si kryesore të sëmundjes, humbjen e asociacioneve si ndërmjet vetë proceseve të të menduarit ashtu edhe ndërmjet mendimit, emocionit dhe sjelljes. Shembuj të këtyre humbjeve të asociacioneve janë; një pacient që qesh kur merr lajmin për vdekjen e një të afërmi të dashur, futja e të menduarit magjik dhe koncepteve të çuditshme në një diskutim të zakonshëm, dhe shfaqja e papritur e sjelljes së zemëruar pa provuar zemërim (ose një provokim të kuptueshëm) (5).

Pikëpamja e Bleuler-it se një proces disociativ është themelor për skizofreninë dhe se ky proces qëndron në themel të shumëllojshmërisë së gjerë të manifestimit të simptomave të skizofrenisë, na ka pajisur me një paradigmë madhore për të konceptualizuar sëmundjen, që do të thotë se, pavarësisht manifestimeve të ndryshme, skizofrenia është një entitet i vetëm sëmundjeje, në të cilën ekziston një ngjashmëri e gjerë në etiologji (shkaku) dhe në patofiziologji (mekanizmi), ndër të gjithë pacientët me këtë çrregullim. Nën këtë këndvështrim, një çrregullim neurofiziologjik me origjinë dhe natyrë të papërcaktuar, ndodh që të shfaqet në formën e proceseve disociative me ndikim të dëmshëm në zhvillimin e kapaciteteve mendore në fushat e të menduarit, të emocioneve dhe të sjelljes. Në varësi të aftësive përshatëse të individit dhe të kushteve mjedisore, ky proces themelor mund të shpjerë në manifestimet dytësore të sëmundjes, si hallucinacionet, deluzionet, tërheqja sociale dhe rënia e iniciativës.

Ekzistojnë shumë paralele në mjekësi për modelin e sipërpërmedur të sëmundjes-së vetme. Pacientët me diabet mellitus tipi I, kanë të përbashkët një dëmtim të metabolizmit të

insulinës, por manifestimet dytësore mund të ndryshojnë në mënyrë të konsiderueshme, në varësi të sistemeve dhe organeve që janë të përfshirë. Në mënyrë të ngjashme, pacientët me epilepsi të lobit temporal, kanë të përbashkët të njëjtin mekanizëm patofiziologjik, por shfaqin një mori shenjash dhe simptomash të ndryshme. Manifestimet e ndryshme të marrëzisë sifilitike ilustronë ndoshta më së miri vlefshmërinë e trajtimit të skizofrenisë si entitet sëmundjeje (6).

Modeli më madhor alternativ etiopatofiziologjik e konceptualizon skizofreninë më tepër si një sindromë klinike sesa si një entitet sëmundjeje të vetëm. Sipas kësaj pikëpamjeje, megjithëse pacientët me skizofreni kanë të përbashkëta shjenja dhe simptoma të mjaftueshme për t'i diferencuar mirë ata nga pacientët me forma të tjera të psikozeve (p.sh., çrregullimet afektive, psikoza toksike), përfundimisht më shumë se një entitet sëmundjeje i vetëm është gjetur brenda kësaj sindrome. Kjo pikëpamje është mbështetur edhe nga ekzistenca e faktorëve të shumtë të rrezikut, përfshirja e gjeneve të shumëfishtë dhe heterogjeniteti në paraqitjen klinike, përgjigjia ndaj trajtimit dhe ecuria klinike. Demonstrimi përgjatë 50 vjetëve të fundit se prapambetja mendore, më tepër sesa një entitet sëmundjeje i vetëm, është një sindromë klinike e përbërë nga entitete sëmundjesh të shumta, ilustron më së miri këtë model (7).

Ekzistojnë edhe modele të tjerë konkurrenues për konceptualizimin e skizofrenisë, që, megjithëse seriozisht të debatuar në të shkuarën, tashmë janë lënë pas si tepër të pavlefshëm ose kaq shumë thjeshtëzues sa që nuk marrin parasysh vëzhgimet madhore që shoqërohen me sëmundjen. Modelet që nuk e shohin skizofreninë si një sëmundje, të tillë si teoria e reagimit social (një reagim i përgjegjshëm ndaj një bote të papërgjegjshme), ose teoria e Thomas Szasz që skizofrenia është një mit që i lejon shoqërisë të manaxhojë sjelljen deviante, nuk mund të shpjegojnë në mënyrë të përshtatshme shpërndarjen e skizofrenisë ndër të afërmit biologjikë, morinë e faktorëve të riskut të zhvillimit të hershëm, anomalitë trunore funksionale dhe strukturore shoqëruese, efektet normalizuese të trajtimit me barna, ose ngjashmërinë e madhe dhe prevalencën e jetës si dhe manifestimet klinike të skizofrenisë përgjatë kulturave gjerësisht të ndryshme. Modelet e sëmundjes brenda një strukture të kufizuar, të cilët përpiqen ta shpjegojnë sëmundjen vetëm në nivelin e mekanizmave psikologjikë, kanë rezultuar gjithashtu të papërshtatshëm për të justifikuar faktet e njohura rreth sëmundjes. Faktorët shkakësorë gjenetikë ose imunovirologjikë, nuk mund të shpjegohen nga teoritë thjeshtëzuese të cilat operojnë në nivelin psikologjik ose social. Faktorët e shumtë biologjikë, psikologjikë dhe socialë, të përshtatshëm për të kuptuar dhe trajtuar pacientin me skizofreni, kërkojnë një model mjeksësor të gjerë dhe shmangin çdo lloj thejstëzimi në çdo nivel të vetëm të funksionimit të organizmit (8).

Përparimet e fundit shkencore kanë konfirmuar konceptet aktuale mbi skizofreninë dhe kanë sugjeruar se nozologjia e sëmundjes psikotike do të vazhdojë të evoluojë. Studimet familjare kanë siguruar një vleftësim të rëndësishëm të formulimeve origjinale të Krapelin-it mbi demencën praecox dhe të psikozen maniako-depresive, si çrregullime të veçanta. Këto studime kanë treguar në mënyrë të përsëritur se të afërmit biologjikë të pacientëve me skizofreni, kanë një rrezik të rritur për skizofreninë dhe çrregullimet e spektrit të skizofrenisë, ndërsa të afërmit biologjikë të pacientëve me një çrregullim afektiv madhor kanë një rrezik të rritur për çrregullimet afektive. Ndarja nuk është e plotë, por mbështet idenë se të dy çrregullimet janë entitete sëmundjesh të pavarura. Studimet në binjakë tregojnë se dallimi gjenetik ndërmjet skizofrenisë dhe çrregullimeve afektive madhore, është edhe më i fortë kur

marrim në konsideratë shkallët e konkordancës ndërmjet binjakëve monozigotë. Ka gjithashtu të dhëna se forma me deficiet e skizofrenisë (psh. skizofrenia me simptoma primare negative), rrit rrezikun relativ për skizofreni dhe ul rrezikun relativ për sëmundje të tjera mendore në të afërmit biologjikë. Këto rezultate sugjerojnë se disa nënloje të skizofrenisë mund të jenë të vërtetë. Në të kundërt, ka të dhëna të shfaqura nga analizimi i lidhjeve gjenike të kryera në familjet e përzgjedhura për praninë e çrregullimit bipolar, çrregullimeve të tjera afektive madhore, ose skizofrenisë, të cilat sugjerojnë se ka një mbivendosje të theksuar të zonave kromozomale të dyshuara si vendodhjet e gjeneve që kontribuojnë në përgjegjësinë për sëmundjen. Tashmë duket se ka të ngjarë që një numër gjenesh të mbartin përgjegjësinë për çrregullimet psikiatrike madhore dhe se këto gjene mund të mbivendosen përgjatë kufijve diagnostikë aktualë (9).

Zbulimet fillestare mbi ekspresivitetin gjenik, të kryera në indet postmortem, gjithashtu sugjerojnë për këtë mbivendosje, dhe së shpejti nozologjistët do të përballen me rikonceptualizimin e klasifikimit të këtyre sindromave të sëmundjeve (10).

Si përfundim, skizofrenia është konceptuar në mënyrë të përshtatshme dhe të saktë si një proces i një sëmundjeje. Megjithëse ka mundësi që një etiologji dhe patofiziologji e unifikuar, e cila të shpjegojë të gjithë, ose gati të gjithë rastet, të mos jetë përfundimisht e plotësuar, duket se ka më shumë të ngjarë që brenda sindromës klinike të skizofrenisë të eksiztojnë më shumë se një entitet sëmundjeje, ku secili ka një etiologji dhe patofiziologji të dallueshme. Çdo qasje e thjeshtuar për përshkrimin apo shpjegimin e çrregullimit, nuk mund të shpjegojë në mënyrë të përshtatshme sasinë e fakteve dhe informacionit që kanë lidhje me çrregullimin. Një model mjekësor i zgjeruar që integron faktorët që variojnë nga niveli i organizimit molekular në atë psikosocial, është i nevojshëm për të përshkruar skizofreninë, për të shpjeguar influencat patogjenike dhe për të siguruar trajtimin dhe rehabilitimin. Nisur nga sugjerimet për mbivendosjen e gjerë të cënueshmërisë gjenetike përgjatë klasave aktuale të sëmundjeve të skizofrenisë dhe çrregullimeve afektive, mund të kërkohet një rikonceptualizim i shkëlqyer i nozologjisë në të ardhmen e afërt (11).

1.4 Epidemiologjia

Skizofrenia është një problem kryesor i shëndetit publik botëror, që kërkon një kosto të jashtëzakonshme personale dhe ekonomike. Skizofrenia prek vetëm më pak se 1 përqind të popullsisë së botës. Nëse në vlerësimet e prevalencës përfshihen edhe çrregullimet e spektrit të skizofrenisë, atëherë numri i individëve të prekur rritet deri në rreth 5 përqind. Koncepti i çrregullimeve të spektrit të skizofrenisë rrjedh nga vëzhgimet e manifestimeve psikopatologjike në të afërmit biologjikë të pacientëve me skizofreni. Diagnozat (dhe vlerat e përafërta të prevalencës së jetës [përqindje e popullatës]), për këto çrregullime janë çrregullimi i personalitetit skizoid (përqindje tepër e vogël), çrregullimi i personalitetit skizotipik (1 deri në 4 përqind), psikoza skizoafektive (<1 përqind), dhe çrregullimi deluzional (përqindje tepër e vogël). Marrëdhënia e këtyre çrregullimeve me skizofreninë, në popullatën e përgjithshme është e paqartë, por në studimet gjenealogjike familjare, prania e një probandi me skizofreni, rrit dukshëm prevalencën e këtyre çrregullimeve midis të afërmeve biologjikë (12).

Skizofrenia është gjetur në të gjitha shoqëritë dhe zonat gjeografike. Megjithëse është vështirë të merren të dhëna të krahasueshme, shkallët e incidencës dhe të prevalencës së jetës

janë afërsisht të barabarta në të gjithë botën. Incidenca e skizofrenisë është lehtësisht më e lartë tek burrat sesa tek gratë. Në zonat urbane incidenca e skizofrenisë është më e lartë sesa në zonat rurale. Më parë ky ndryshim i atribuohet fenomenit të *rrjedhjes sociale*, në të cilin individët e përvojatur ose të dobët prireshin të humbisnin punën dhe pozitën sociale dhe lëviznin drejt vendeve të varfëra dhe zonave më të brendëshme të qytetit. Megjithatë, studimet e fundit kanë konfirmuar incidencën e rritur në zonat urbane, dhe rreziku relativ për skizofreni është i lidhur me shkallën e urbanizimit. Skizofrenia gjithashtu priret të jetë më e rëndë në vendet e zhvilluar në krahasim me vendet në zhvillim. Zona të rastësishme gjeografike, me incidencë të rritur të skizofrenisë, janë interesante përse i përket etiologjisë. Për shembull, një popullatë e izoluar Skandinavo- veriore, duket se ka një përhapje të gjerë të një gjeni përgjegjës për cënueshmërinë ndaj skizofrenisë, probabilitet i sjellë në zonë nga dy familje emigrante të ardhura para shumë brezash (13).

Pacientët me skizofreni kanë një rrezik të rritur për të abuzuar me substancat, veçanërisht varësinë nga nikotina. Afërsisht 90 përqind e pacientëve mund të jenë vartës ndaj nikotinës. Pacientët me skizofreni kanë gjithashtu një rrezik të rritur për sjellje vetëvrasëse dhe agresive. Vetëvrasja është një shkak madhor i vdekjes në pacientët me skizofreni dhe rreth 10 përqind e pacientëve e realizojnë atë. Për shkak se skizofrenia fillon herët gjatë jetës, shkakton dëmtime të rëndësishme dhe afatgjata, ka kërkesa të shumta për kujdes spitalor dhe kërkon përkujdesje klinike të vazhdueshme, rehabilitim dhe shërbime mbështetëse të vazhdueshme, kostoja financiare e sëmundjes në Shtetet e Bashkuara është vlerësuar se tejkalon atë të të gjithë llojeve të kancerëve të marrë së bashku. Në vitin 1990, kostot e drejtpërdrejta dhe jo të drejtpërdrejta të skizofrenisë vlerësoheshin me 33 bilion \$. Përgjatë 50 viteve të fundit vendi i kujdesjes ka ndryshuar në mënyrë dramatike nga kujdesi spitalor afatgjatë në kujdes spitalor akut dhe shërbimet me bazë komunitare. Në vitin 1955, afërsisht 500,000 shtretër spitalorë në Shtetet e Bashkuara ziheshin nga të sëmurët mendorë – shumica e të cilëve me diagnozën e skizofrenisë. Kjo shifër tani është më pak se 250,000 shtretër spitalorë (14).

Deinstitutionalizimi ka reduktuar në mënyrë dramatike numrin e shtretërve në mjediset e përkujdesjes, por një vlerësim i përgjithshëm i pasojave të tij është dëshpërues. Shumë pacientë thjesht janë transferuar në forma alternative të përkujdesjes me kujdestari (në krahasim me trajtimin ose shërbimet rehabilituese), duke përfshirë kujdesin infermieror në shtëpi dhe mbikqyrjen e paketë të çështjeve të strehimit. Të tjerë janë dërguar në komunitete të cilët janë shpesh të paafte ose jo të gatshëm për të siguruar kërkesat minimale për kujdes klinik ose mbështetje njerëzore. Për pacientët më fatlumë, barra e përkujdesjes është zhvendosur tek familja, duke krijuar një mundim jashtëzakonisht të vështirë për një numër të madh familjesh në këtë vend. Vlera e përgjithëshme e barrës financiare për këto familje është në biliona dollarë. Pacientët me më pak fat mund të mos kenë asnjë vend për të jetuar, mund të jenë të detyruar të jetojnë në kushte të izolimit dhe mungesës së shpresës, ose mund të përfundojnë në burg. Pacientët me një diagnozë të skizofrenisë përbëjnë rreth 15 deri në 45 përqind të të pastrehëve në Amerikë. Administrimi i kujdesit në kohët moderne dhe faktorët e tjerë ekonomikë ushtrojnë më tepër presion për të reduktuar përdorimin e shtretërve, me komunitete ende shumë pak të përgatitura dhe një mungesë relative të sistemeve alternative të kujdesit (15). Sistemet e vazhdimësisë së kujdesit që përfshijnë programe mbrojtës dhe jetesë të mbikqyrur dhe kujdesin e emergjencave, sigurojnë një alternativë efektive ndaj kujdesit spitalor për shumë pacientë,

por kostot janë të konsiderueshme dhe nuk ka rezultuar e mundur që thjesht të zhvendosen kostot prej sektorëve spitalorë publikë të varfëruar.

2.0 Homicidi

Vrasja është forma më tragjike e krimit të dhunshëm. Ai i referohet aktit të marrjes së jetës së një qenieje tjetër njerëzore me qëllim që t'i shkaktojë vdekjen.

Çrregullimet mendore kanë qenë të ndërlidhura me stigmën gjatë dekadave, pavarësisht rritjes së ndërgjegjësimit për shëndetin mendor. Një sondazh kombëtar i cili, u krye midis viteve 1950 dhe 1996, i përsëritur më pas në 2006, tregoi se stigma ndaj sëmundjeve mendore vazhdoi të ishte një nga problemet kryesore në shoqëri pavarësisht rritjes së njohurive dhe edukimit për çrregullimet mendore (16). Në vitin 1999, e njëjta gjetje u raportua nga studiuesit, e cila tregon se, gjatë 40 viteve të fundit, stigma vazhdoi të rritej ndaj njerëzve të sëmurë mendorë, pavarësisht nga përmirësimi i ndërgjegjësimit të publikut për sëmundjet mendore. Stigma ndërlikon jetën e personave të sëmurë mendorë duke reduktuar vetë-efikasitetin dhe vetëvlerësimin e tyre, duke çuar në një ndjenjë të pavlefshmërisë. Prandaj, individët me sëmundje mendore priren të minojnë përpjekjet e tyre për të pasur sukses në jetë, siç është gjetja e një pune të përhershme. Megjithatë, ajo rrit aspektet sociale, personale dhe ekonomike të jetës së tyre përveç përmirësimit të gjendjes klinike. Stigma jo vetëm që çon në papunësi, por gjithashtu vonon prezantimin dhe kërkimin e kujdesit. Fatkeqësisht, shkalla e stigmës dhe injorancës është e lartë në shumë vende (17).

Sipas OBSH-së, deri në 85% e individëve me çrregullime mendore nuk trajtohen, veçanërisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Megjithëse publiku beson se individët që vuajnë nga sëmundje të rënda mendore janë kriminelë, ata ka të ngjarë të jenë viktimat e stigmës dhe diskriminimit. Në fakt, individët me sëmundje mendore kanë më shumë gjasa të dëmtojnë veten sesa të dëmtojnë të tjerët, pasi rreziku i vetëvrasjes është 20 herë më i madh në mesin e individëve të sëmurë mendorë sesa në popullatën e përgjithshme. Për shembull, në një studim nga Kina që heton prevalencën e dhunës, arratisjes dhe vetëvrasjes midis individëve me skizofreni, vetëvrasja kishte shkallën më të ulët (4%), e ndjekur nga arratisja (6.5%) dhe dhuna (17.25%). Pavarësisht prevalencës së ulët të vetëvrasjes, ajo është ende dukshëm më e lartë se prevalenca e popullatës së përgjithshme, e cila është 0.9%. Individët e sëmurë mendorë kanë simptoma që përfshijnë impulsivitetin, mendimet e çorganizuar dhe testimin e realitetit të dëmtuar; kështu, aftësia e tyre për të perceptuar rreziqet zvogëlohet dhe ata janë më të prekshëm ndaj sulmeve fizike (18). Në një studim të kryer në Uells dhe Angli që përfshinte të gjithë individët që kryen vrasje midis viteve 2000 dhe 2006, 34% e autorëve kishin një çrregullim mendor. Shumica e pjesëmarrësve nuk morën shërbime të shëndetit mendor. Për më tepër, vetëm 10% e pacientëve kishin simptoma të sëmundjes mendore gjatë dënimtimit (19). Në mënyrë të ngjashme, një studim rus që përfshinte 3414 autorë vrasjesh, të cilët u vlerësuan nga psikiatër me përvojë përpara gjyqimit të tyre, tregoi se 46.7% e tyre plotësonin të paktën një nga kriteret diagnostike të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve për çrregullimet mendore. Një studim më i fundit në Tunizi raportoi se prevalenca e vrasjeve të lidhura me

sëmundjet mendore ishte 14.7% midis 2011 dhe 2018 (20). Vrasjet e shoqëruara me çrregullime mendore ishin më të përhapura te meshkujt sesa te femrat.

3.0 Çrregullime psikotike

Një studim i kryer në Angli dhe Uells raportoi se, nga të gjithë autorët e vrasjeve, vetëm 5% e tyre u diagnostikuan me skizofreni (21). Në studimin e lartpërmendur rus, 9.5% dhe 0.9% e autorëve të vrasjeve me sëmundje mendore u diagnostikuan me skizofreni dhe psikoze akute, përkatësisht. Megjithatë, mungojnë provat që lidhin shkallët më të larta të vrasjeve dhe skizofrenisë ose çrregullimit bipolar në mënyrë të pavarur. Studimet kanë treguar një marrëdhënie komplekse midis sëmundjes së rëndë mendore dhe kryerjes së vrasjes, pasi faktorë të shumtë rreziku luajnë një rol, duke përfshirë përjetimin e abuzimit në fëmijëri, aktet e mëparshme të dhunshme, abuzimin me substancat, të pastrehët, papunësinë dhe divorcin, si dhe ndikimin e disponueshmërisë të shërbimeve të kujdesit të shëndetit mendor (22). Në një studim tjetër, faktorët e rrezikut të vrasjeve në pacientët me skizofreni dhe psikoza të tjera u ndanë në tre kategori; para, gjatë dhe pas pranimit. Faktorët e rrezikut para pranimit përfshinin vetëkujdesin e dobët, papunësinë, abuzimin me substancat, shtrimin në spital të detyruar dhe shtrimin në spital për shkak të dhunës. Megjithatë, faktorët e rrezikut gjatë shtrimit përfshinin një histori të sëmundjes së rëndë mendore për një vit përpara shtrimit në spital. Së fundi, mosrespektimi i medikamenteve dhe abuzimi me substancat u klasifikuan si faktorë rreziku pas pranimit. Çuditërisht, prania e deluzioneve ose halucinacioneve nuk ishte një faktor rreziku (23). Një studim gjerman krahasoi shkallën e vrasjeve në pacientët me skizofreni gjatë dy periudhave të ndryshme (1955-1964 dhe 1992-1996). Gjatë periudhës së parë, studimi raportoi se 8.20% e autorëve të vrasjeve kishin skizofreni, ndërsa 10% u raportuan midis viteve 1992 dhe 1996. Pavarësisht dallimeve në përqindje, raportet e gjasave për të dyja periudhat nuk ndryshonin ndjeshëm. Reduktimi pozitiv i shkallës së dhunës tek pacientët me skizofreni ishte në proporcion me rritjen e shërbimeve të shëndetit mendor, por më e rëndësishmja, me cilësinë e tyre. Duke marrë parasysh që skizofrenia është një çrregullim kronik rikthim, ndjekja afatgjatë është thelbësore, edhe në pacientët që duken mirë. Kjo përfshin jo vetëm ndërhyrjet biologjike, por edhe aspektet psikosociale të menaxhimit (24).

4.0 Çrregullime të humorit

Në një studim retrospektiv të kryer në Iran, 20% e 600 pacientëve të shtruar në spital kryen vrasje. Prej tyre, 20% u zbuluan se kishin çrregullime bipolare. Faza maniake e çrregullimeve bipolare ishte e lidhur me një shkallë më të lartë të veprave të dhunshme sesa faza depresive (45.3% kundrejt 6.9%) në Korenë e Jugut. Në të njëjtin studim, rreziku i veprave penale u vlerësua të ishte 23.7 herë më i lartë në fazën maniake sesa në fazën depresive. Megjithatë, ky nuk ishte rasti për normat e vrasjeve, pasi kriminelët në fazën maniake kishin më pak gjasa të kryenin vrasje sesa shkelësit në fazën depresive (61.1% kundrejt 92.3%). Normat e vrasjeve të lidhura me depresionin unipolar ishin të ulëta (25). Studimet e lidhjes së rasteve në Australi dhe Suedi raportuan se 2% e të dënuarve të vrasjeve kishin depresion. Rezultatet nga studimet

e bazuara në ekzaminimin klini të të dënuarve ishin më të ndryshme me dallimet rajonale: 9% në Singapor dhe Shtetet e Bashkuara, 5% në Finlandë, 4% në Angli dhe Uells, 1.4% në Austri dhe 1% në Zelandën e Re, duke treguar norma më të larta të depresionit. Shkalla më e ulët e raportuar e shkelësve me çrregullime të humorit ishte 0.8% në Rusi (26).

5.0 Çrregullime të personalitetit

Studimet kanë treguar se pothuajse 30% e autorëve të vrasjeve u diagnostikuan me një çrregullim personaliteti në Suedi, 23% në Shtetet e Bashkuara, 15.3% në Rusi dhe 9% në Angli dhe Uells. Megjithatë, në Etiopi, një vend me të ardhura të ulëta të moderuara, rezultatet e një studimi ndërsektorial që përfshinte të burgosurit e dënuar për vrasje treguan se 316 shkelës, vetëm 16% plotësonin Manualin Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore, kriteret e botimit të katërt. për çrregullime të personalitetit. Prej tyre, vetëm 1.89% kishin një çrregullim të personalitetit antisocial dhe çrregullimi më i përhapur ishte çrregullimi i personalitetit kufitar (36%). Në të kundërt, një studim suedez që vlerësoi 1625 autorë të vrasjeve arriti në përfundimin se 90% e tyre ishin diagnostikuar me një çrregullim psikiatrik, me më shumë se gjysma që kishin abuzim me substanca ose çrregullime të personalitetit të grupit B (27).

6.0 Abuzim me substanca

Abuzimi i substancave, në veçanti, është i lidhur gjerësisht me vrasjet, veçanërisht abuzimin me alkoolin [34]. Bazuar në studimet e lidhjes së rasteve, 20% dhe 5% e shkelësve të vrasjeve u diagnostikuan me abuzim të substancave në Suedi dhe Australi, respektivisht (28). Studimet e bazuara në vlerësimet psikiatrike të autorëve të vrasjeve raportuan norma prej 47% në Shtetet e Bashkuara, 12% në Finlandë, 1.4% në Austri dhe 0.7% në Zelandën e Re (29). Megjithatë, rezultatet e raportuara nga një studim në shkallë më të gjerë në Rusi, të nxjerra nga ekzaminimet e dosjeve të atyre që iu nënshtruan ekzaminimit psikiatrik gjyqësor, treguan se 31.4% nga 46.7% e pacienteve që kryen homicid ishin të varur nga alkooli dhe 0.6% ishin të varur nga opiat. Për më tepër, sipas statistikave nga Journal of Studies on Alcohol and Drugs, shkalla e dhunës midis burrave dhe grave me abuzim të substancave të patrajuara ishte përkatësisht 72% dhe 50% (30). Studimet kanë sugjeruar se dehja ul frenimin dhe predisponon individët e sëmurë mendorë dhe të shëndetshëm për sjellje të rrezikshme (31). Në Arabinë Saudite, një studim i kryer në Al-Taif, i cili ekzaminoi ndryshimet sociale dhe klinike midis pacientëve skizofrenë që kryen vrasje, zbuloi përdorimin e substancave dhe rezultate pozitive të testit të drogës në urinë pas krimeve në 43.7% të rasteve të vrasjeve (56/128 raste) (32).

7.0 Çrregullime organike

Janë raportuar ndryshime në shkallën e çrregullimeve mendore organike, dëmtimit të trurit dhe epilepsisë. Për shembull, në Australi, 7% e autorëve të vrasjeve vuanin nga çrregullime mendore organike para-ekzistuese, dhe disa u gjetën të kishin një histori të dëmtimit traumatik të trurit; një normë më e lartë u raportua në Rusi (15.5%) (33). Në të kundërt, një studim suedez nuk raportoi asnjë rast të çrregullimeve mendore organike. Për më tepër, aftësia e kufizuar

intelektuale midis autorëve të vrasjeve ndryshonte si më poshtë: 7.7% në Rusi, 2% në Shtetet e Bashkuara dhe Finlandë dhe më pak se 1% në Suedi dhe Zelandën e Re (34).

8.0 Motivet e vrasësve dhe karakteristikat e viktimave

Studimet mbi motivet dhe qëllimet e vrasjeve në mesin e individëve të sëmurë mendorë janë të kufizuara dhe nuk i është kushtuar vëmendje e mjaftueshme në krahasim me individët me stabilitet mjekësor. Një studim i kryer në Suedi ekzaminoi motivet e 48 autorëve me skizofreni që kryen vrasje midis viteve 1992 dhe 2000. Rezultatet treguan se 26 autorë raportuan psikozë aktive gjatë kryerjes së krimit, 13 ishin nën intoksikim me alkool ose drogë dhe nëntë të tjerët motivet e autorëve ishin të vështira për t'u zbuluar për shkak të kufizimeve të të dhënave. Një studim tjetër i kryer në Australi mblodhi të gjitha dënimet e rasteve të vrasjeve midis 1997 dhe 2005. Motivet për shkelësit me psikozë u ndanë në gjashtë kategori: hakmarrje, debate, përfitime financiare, seksuale, sadiste dhe vrasje. Hakmarrja ishte motivi kryesor (54.8%), e ndjekur nga debate/zënie (38.1%), ndërsa motivet seksuale ishin të parëndësishme në pacientët psikotikë (0%) (35).

Një studim tjetër analizoi të gjitha raportet e vrasjeve midis grave me çrregullime të personalitetit ose psikozë midis viteve 1982 dhe 1992. Lufta me viktimën ishte motivi më i shpeshtë (59%), i ndjekur nga aktet impulsive (30%), provokimi i viktimës (30%), dhunë nga viktimja (29%), vetëvrasje të zgjatur (11%), motivim seksual (11%), xhelozia (10%) dhe vetëmbrojtje (9%). Rezultatet nga një studim finlandez treguan se viktimat janë kryesisht individë të njohur nga shkelësi; prandaj, individët me një marrëdhënie të ngushtë me shkelësin kanë një rrezik më të lartë për të qenë viktimja sesa të huajt. Viktimat u ndanë në grupet e mëposhtme, nga më i madhi tek më i vogli: partnerë intimë, ish ose të pranishëm (54.4%), miq ose të njohur (24%), fëmijë (13.6%), prindër dhe të afërm (6.4%) dhe të panjohur (1.6%). Numri i përgjithshëm i viktimave të rritur ishte 108, dhe numri i viktimave fëmijë ishte 19 (36).

9.0 Metodat e vrasjes

Në përgjithësi, një numër i madh metodash përdoren në vrasje dhe vepra të tjera kriminale. Tre mjetet më të zakonshme të vrasjes në Shtetet e Bashkuara janë armët e zjarrit, instrumentet shpuese/prerëse dhe mbytja. Armët e zjarrit u dokumentuan gjithashtu si metoda më e zakonshme e përdorur për vrasje në Ribeirao Preto, Brazil. Megjithatë, këto metoda përdoren më rrallë në Indi, pasi armët e ftohta përdoren më shpesh. Djegiet dhe helmimi ishin metodat më pak të përdorura. Për më tepër, mbytja përdorej shpesh në krimet ku viktimat ishin gra (37). Ndryshe nga popullata e përgjithshme, mjetet e vrasjeve të përdorura nga individët me sëmundje mendore ishin dukshëm të ndryshme. Instrumentet e mprehta (d.m.th., thikat) përdorreshin më shpesh sesa armët e zjarrit në vrasje. Armët e zjarrit përbënin numrin më të vogël të vrasjeve në pacientët me sëmundje të rënda mendore (38). Këto gjetje kundërshtojnë opinionin e stigmatizuar të publikut dhe medias për çrregullimet psikiatrike dhe lidhjen e tyre

me dhunën me armë, pasi u vërtetua se nuk ka asnjë lidhje midis rritjes së rrezikut të dhunës me armë dhe vuajtjes nga sëmundje mendore. Qasja në armë zjarri ishte një faktor i rëndësishëm në lidhje me dhunën me armë, pavarësisht nga prania ose mungesa e sëmundjeve mendore (39). Pas instrumenteve të mprehta, lloje të ndryshme të objekteve të topitura, si dhe mbytje, përdorshin më rrallë. Gjithashtu janë raportuar mbytje, mbytje dhe djegie (40). Janë kryer disa studime për të vlerësuar korrelacionin midis çrregullimeve të ndryshme psikiatrike dhe llojit të armëve të përdorura në vrasje. Është interesante se çrregullimet psikotike, veçanërisht skizofrenia, lidhen kryesisht me përdorimin e instrumenteve të mprehta. Rezultatet e një studimi tjetër të kryer në Arabinë Saudite gjithashtu mbështesin këtë gjetje: 57.8% e pacientëve skizofrenë përdornin instrumente të mprehta, ndërsa 21.1% përdornin armë zjarri (41). Përveç kësaj, çrregullime të tjera shoqëroreshin me metoda të ndryshme. Për shembull, çrregullimet e humorit lidheshin me mbytjen. Individët e varur nga alkooli kishin më shumë gjasa të shkelmonin dhe godisnin viktimat e tyre, ndërsa çrregullimet organike ishin të lidhura me përdorimin e mjeteve rrethore (42).

10.0 Korrelacioni i Skizofrenise me vrasjet

Studimet që hetojnë lidhjen midis çrregullimeve të mëdha mendore dhe vrasjeve kanë treguar se skizofrenia ishte e lidhur me shkallën më të lartë të vrasjeve. Në të kundërt, çrregullimet e humorit dhe ankthit u shoqëruan me shkallën më të ulët. Megjithëse numri i autorëve të vrasjeve me çrregullime mendore nuk mund të neglizhohet, faktorët e shumtë konfondues ndikojnë në marrëdhënien midis shkallës së vrasjeve dhe sëmundjeve mendore, të tilla si historia e një fëmijërie abuzive, akte të mëparshme të dhunshme, abuzimi me substancat, të pastrehët, papunësia dhe divorci. Për më tepër, stigma e sëmundjes mendore duket të jetë rrënja e shumicës, nëse jo të gjithë, të këtyre faktorëve (43). Një faktor tjetër i mundshëm që mund të ketë ndikuar në krahasimin e shkallëve të vrasjeve në këtë rishikim është metodologjia e studimeve. Edhe pse të gjitha studimet e përmendura më parë u fokusuan në vlerësimin e lidhjes midis vrasjes dhe sëmundjes mendore, secili studim përdori një metodë të ndryshme. Ky faktor duhet të merret parasysh kur krahasohen nivelet e vrasjeve, pasi metoda të ndryshme studimi mund të ndryshojnë rezultatet. Është interesante se në kundërshtim me besimin e zakonshëm se dhuna me armë lidhet me sëmundjet mendore, studimet kanë treguar se asnjë nga çrregullimet mendore nuk lidhej me përdorimin e armëve të zjarrit në vrasje. Qasja në armë zjarri ishte një faktor themelor në dhunën me armë, pavarësisht nga prania ose mungesa e një çrregullimi mendor. Së fundi, studimet mbi karakteristikat e viktimave kanë treguar se viktimat e shkelësve të sëmurë mendorë ishin individë në marrëdhënie të ngushta me ta, si p.sh. anëtarë të familjes ose miq, dhe jo të huaj(44).

Motivet ishin kryesisht hakmarrja, debati, përfitimi financiar, seksualiteti, sadizmi dhe krimi, ku motivi kryesor ishte hakmarrja. Në shumicën e rasteve, shkelësit kanë pasur marrëdhënie të ngushta me viktimat e tyre. Instrumentet e mprehta ishin armët më të përdorura. Rishikimi ynë konfirmon mungesën e provave që lidhin sëmundjen mendore në mënyrë të pavarur me vrasjen, si në nivel global ashtu edhe në vendet arabe, dhe thekson ndikimin e diskriminimit ndaj individëve të sëmurë mendorë. Ky diskriminim dhe stigmë çon në përkujdesje të vonuar dhe sjellje vetëshkatërruese, e cila lidhet me shkallë më të lartë të vrasjeve mes personave me dhe pa sëmundje mendore(45).

Pavarësisht dekadave të hulumtimit, ende nuk është sqaruar përfundimisht nëse çrregullimet psikotike lidhen më fort me dhunën sesa çrregullimet e tjera mendore. Sidoqoftë, lidhja midis çrregullimeve të spektrit të skizofrenisë (SSD) dhe vrasjes është e dokumentuar mirë. Sipas studimeve të fundit, gjasat e veprave penale të vrasjes për individët me SSD ishin më të larta se për veprat e tjera të dhunshme me një raport të gjasave prej 19.5 [95% CI 14,7, 25,8] krahasuar me popullatën e përgjithshme (46). E rëndësishmja, incidenca e SSD është vetëm 1.1%, që tregon një mbipërfaqësim aktual të njerëzve me SSD që kryejnë vrasje. Megjithatë, në përgjithësi, vrasja midis personave me SSD mbetet e rrallë, me një normë vjetore prej 0,02 deri në 0,36 për 100,000 persona. Rreth 1 në 600 pacientë kryen vrasje përpara se t'i nënshtrohet trajtimit antipsikotik, duke nënkuptuar se episodi fillestar dhe simptomatologjia e patrajtuar e vetë sëmundjes përbën një rrezik të lartë për akte vrasëse.

Megjithatë, duhet të theksohet se shumica e autorëve të vrasjeve nuk vuajnë nga SSD ose nuk përfshihen në dhunë në përgjithësi (47).

Në rastet e dhunës së rëndë dhe vrasjeve të kryera nga persona me SSD, të afërmit, të njohurit, miqtë ose mjekët kurues kanë më shumë gjasa të jenë viktimat sesa të huaj. Megjithëse në përgjithësi është e rrallë që njerëzit me SSD të shfaqin dhunë ekstreme - duke përfshirë vrasjen - të shkaktuar nga psikoza, disa lloje të simptomave psikotike lidhen më ngushtë me sjelljen e dhunshme sesa të tjerët, të tilla si deluzione paranoide ose halucinacionet auditive (dëgjimore) komanduese. Për më tepër, ekspozimi i kohëve të fundit ndaj shkaktarëve të caktuar, për shembull, lëndimi i qëllimshëm ose i paqëllimshëm, viktimizimi, humbja dhe dehja me substanca u zbuluan të jenë të lidhura me një rrezik më të lartë për krime të dhunshme. Prandaj, një vështrim më i afërt i manifestimeve të simptomave dhe faktorëve ndikues të lidhur me vrasjen do të ishte i dobishëm në vlerësimin e rrezikut të krimeve vrasëse nga pacientët psikiatrikë(48).

Lidhja midis sëmundjes mendore dhe sjelljes vrasëse ka implikime të konsiderueshme për praktikën dhe politikën e shëndetit mendor, pasi justifikon shpërndarjen e burimeve (të kufizuara) për shëndetin mendor dhe sistemet e drejtësisë penale. Gjetjet mbi këtë marrëdhënie ofrojnë gjithashtu bazën për masat e ndalimit për të garantuar sigurinë publike në kurriz të autonomisë dhe lirisë së pacientëve. Përqendrimi në lidhjen empirike midis vrasjes dhe SSD-s mund të rrisë potencialisht stigmatizimin e njerëzve me këtë gjendje në komunitet. Megjithatë, gjasat që disa njerëz me SSD mund të kryejnë vrasje dhe vepra të tjera të dhunshme përfaqëson një rrezik të konsiderueshëm që ligjvënësit dhe praktikuesit janë të detyruar ta trajtojnë (49). Prandaj, nevojitet një qasje më e ngushtë për të kuptuar se si, pse dhe kur ndodh sjellja vrasëse tek individët me SSD dhe nëse këta individë kanë karakteristika dhe përvoja të caktuara që i dallojnë ata nga shkelësit e tjerë me SSD, sepse një kuptim i saktë i SSD- dhunës së lidhur me të, mund të çojë në trajtim të përmirësuar, të zvogëlojë stigmatizimin dhe në fund në parandimin e sjelljes vrasëse.

Përkufizimi ynë për "homicid/vrasje" i referohet akteve të rënda të dhunës ndaj të tjerëve me qëllim për të vrarë dhe përfshin vetëm vrasjet e përfunduara (50). Matja e ndikimit relativ të variablave të ndryshëm në vrasjet e kryera nga njerëzit me SSD përbën një sfidë të rëndësishme në psikiatrinë ligjore. Pak studime kanë dalluar lloje të ndryshme të sjelljes kriminale të dhunshme, për shembull, krime të vogla dhe të rënda. Më shpesh, të gjitha llojet e krimeve të dhunshme grumbullohen në një variabël të përbërë për shkak të fuqisë së kufizuar statistikore

për të dalluar midis formave të ndryshme të dhunës. Ndërsa këto studime mund të kenë supozuar se shoqerimet janë të njëjta pavarësisht nga ashpërsia e veprës, hulumtimet e fundit kanë treguar se shkelësit e akuzuar për lloje të ndryshme të veprave gjithashtu shfaqin karakteristika të ndryshme mendore dhe paraqitje psikopatologjike(51). Kështu, mund të ketë veçori që dallojnë shkelësit që kryejnë akte të përfunduara vrasjeje nga shkelësit që kryejnë vepra të dhunshme ose jo të dhunshme jo-fatale.

11.0 Skizofrenia rrit rrezikun për të kryer vrasje

Në fushën e vrasjeve, komuniteti shkencor ka studiuar gjerësisht korrelacionin midis skizofrenisë dhe vrasjes. Nga ana tjetër, opinioni publik i gjykon fajtorët në bazë të paragjykimeve të bazuara në mitologji të rreme apo “teori” personale, paragjykime të cilat fatkeqësisht i përkasin si njerëzve të thjeshtë, ashtu edhe shtypit dhe jo rrallë operatorëve në fushën e Shendetit Mendor(52).

Pavarësisht hulumtimeve, ende nuk është sqaruar përfundimisht për dekada nëse çrregullimet psikotike janë më të lidhura me dhunën sesa çrregullimet e tjera mendore. Sidoqoftë, lidhja midis çrregullimeve të spektrit të skizofrenisë (SSD) dhe vrasjes është e dokumentuar mirë (53). Sipas studimeve të fundit, gjasat e veprave penale të vrasjes për individët me SSD ishin më të larta se për veprat e tjera të dhunshme me një raport gjasash prej 19.5 [95% CI 14,7, 25,8] krahasuar me popullatën e përgjithshme (54). E rëndësishmja, incidenca e SSD është vetëm 1.1%, që tregon një mbipërfaqësim aktual të njerëzve me SSD që kryejnë vrasje. Megjithatë, në përgjithësi, vrasja midis personave me SSD mbetet e rrallë, me një nivel vjetor prej 0,02 deri në 0,36 për 100,000 persona (55). Rreth 1 në 600 pacientë kryejnë vrasje përpara se t'i nënshtrohen trajtimit antipsikotik, duke lënë të kuptohet se episodi fillestar dhe simptomatologjia e patrajtuar e vetë-sëmundjes përbën një rrezik të lartë për akte vrasëse. Megjithatë, duhet të theksohet se shumica e personave që kryejnë homicid nuk vuajnë nga SSD ose nuk përfshihen në dhunë në përgjithësi. Në rastet e dhunës së rëndë dhe vrasjeve të kryera nga persona me SSD, të afërmit, të njohurit, miqtë ose mjekët kurues kanë më shumë gjasa të jenë viktimat sesa të huaj (56).

11.1 Simptomatologjia në kohën e kryerjes së vrasjes

Edhe pse në përgjithësi është e rrallë që njerëzit me SSD të shfaqin dhunë ekstreme - duke përfshirë vrasjen - të shkaktuar nga zgjedhja psikike, disa lloje të simptomave psikotike janë më të lidhura me sjelljen e dhunshme se të tjerat (57).

Për më tepër, ekspozimi i kohëve të fundit ndaj shkaktarëve të caktuar, për shembull, lëndimi i qëllimshëm ose i paqëllimshëm, viktimizimi, humbja dhe dehja me substanca u zbuluan të jenë të lidhura me një rrezik më të lartë për krime të dhunshme (58).

Prandaj, një vështrim më i afërt i manifestimeve të simptomave dhe faktorëve ndikues të lidhur me vrasjen do të ishte i dobishëm në vlerësimin e rrezikut të krimeve vrasëse nga pacientët psikiatrikë. Lidhja midis sëmundjes mendore dhe sjelljes vrasëse ka implikime të

konsiderueshme për praktikën dhe politikën e shëndetit mendor, pasi justifikon shpërndarjen e burimeve (të kufizuara) për shëndetin mendor dhe sistemet e drejtësisë penale.

Gjetjet mbi këtë marrëdhënie ofrojnë gjithashtu bazën për masat e ndalimit për të garantuar sigurinë publike në heqjen e autonomisë dhe lirisë së pacientëve (59). Përqendrimi në lidhjen empirike midis vrasjes dhe SSD-së mund të rrisë potencialisht stigmatizimin e njerëzve me këtë gjendje në komunitet. Megjithatë, gjasat që disa njerëz me SSD mund të kryejnë vrasje dhe vepra të tjera të dhunshme përfaqëson një rrezik të konsiderueshëm që ligjvënësit dhe praktikuesit janë të detyruar ta trajtojnë. Prandaj, nevojitet një qasje më e ngushtë për të kuptuar se si, pse dhe kur ndodh sjellja vrasëse tek individët me SSD dhe nëse këta individë kanë karakteristika dhe përvoja të caktuara që i dallojnë ata nga shkelësit e tjerë me SSD, për të kuptuar sa më saktë SSD-n, dhunën e lidhur me të dhe në fund parandalimin e sjelljes homicidale (60).

Matja e ndikimit relativ të karakteristikave të ndryshme në vrasjet e kryera nga njerëzit me SSD përbën një sfidë të rëndësishme në psikiatrinë ligjore. Pak studime kanë dalluar lloje të ndryshme të sjelljes kriminale, për shembull, krime të vogla dhe të rënda (61).

Ndërsa këto studime mund të kenë supozuar se asocijimet janë të njëjta pavarësisht nga ashpërsia e veprës, kërkimet e fundit kanë treguar se personat e akuzuar për lloje të ndryshme të veprave gjithashtu shfaqin karakteristika të ndryshme mendore dhe paraqitje psikopatologjike. Kështu, mund të ketë veçori që dallojnë personat që kryejnë akte të kryera vrasjeje nga personat që kryejnë vepra të dhunshme ose jo të dhunshme jo-fatale (62).

Një pacient kronik mund të shfaq sjellje të papritura dhe të paparashikueshme violente si pasojë e riaktivizimit të një deluzionit të vjetër, një deluzionit të ri apo fenomeneve të reja psikiatrike.

11.1.1 Cili stad i skizofrenisë është më violent

Fazat e para të sëmundjes kur fillojnë paqartësitë rreth vetes dhe atyre që i rrethojnë

Sjellja agresive dhe impulsiviteti gjenden shpesh në skizofreni dhe mund të ndodhin si në fazën akute, ashtu edhe në atë kronike të sëmundjes. Impulsiviteti përkufizohet si veprim pa planifikim ose reflektim, dhe duket se lidhet me një dështim të filtrimit të sjelljes jashtë ndërgjegjes (63).

Pacientët me skizofreni mund të shfaqin impulsivitet jofunksional dhe agresivitet impulsiv. Edhe pse aspektet neurobiologjike të agresionit në pacientët me skizofreni ende nuk janë kuptuar mirë, impulsiviteti dhe agresiviteti mund të lidhen me anomalitë ballore dhe të përkohshme të trurit. Simptomat psikotike, të tilla si deluzione dhe halucinacione, me dyshime dhe armiqësi të mëvonshme, mund të rezultojnë në sjellje agresive.

Agresioni mund të jetë impulsiv dhe i shkakuar nga një ngjarje frustruese mjedisore. Pacientët mund të jenë më agresivë dhe të dhunshëm gjatë episodeve akute (64).

Pacientët skizofrenikë kanë më pak njohuri, përfjetojnë çrregullime më të mëdha të menduarit dhe kanë kontroll më të dobët të impulseve të tyre agresive. Komorbiditeti me alkool ose substanca të tjera abuzuese është i shpeshtë dhe ndërlikon axhitacionin dhe impulsivitetin.

Midis pacientëve me skizofreni, MDD dhe çrregullim bipolar, rreziku për vrasje u zbulua të rritej me abuzimin ose varësinë shoqërore të alkoolit.

12.0 Llojet e deluzioneve në çrregullimet deluzionale

12.1 Llojet bazohen në temën kryesore të deluzionit:

Deluzioni i Përndjekjes dhe Persekutimit: Kur dikush ka bindjen se përndiqet, keqtrajtohet, ose se dikush e spiunon apo planifikon t'a dëmtojë. Ata mund të bëjnë ankesa të përsëritura tek autoritetet ligjore.

Deluzioni i Xhelozisë: Një person beson se bashkëshorti/a ose partneri/a seksual është i pabesë.

Deluzioni i erotomanisë: Personi beson se dikush është i dashuruar me të dhe mund të përpiqet të kontaktojë atë person. Shpesh është dikush i rëndësishëm ose i famshëm. Kjo mund të çojë në përndjekjeje.

Deluzioni i Madhësisë: Ky person ka një ndjenjë të tepërt të vlerës, fuqisë, njohurive ose identitetit. Ata mund të besojnë se kanë një talent të madh ose të bëjnë një zbulim të rëndësishëm.

Deluzionet Somatike: Ata besojnë se kanë një defekt fizik ose problem mjekësor (65).

Të përziera: Këta njerëz kanë dy ose më shumë nga llojet e deluzione të listuara më sipër.

12.2 Llojet e halucinacioneve

Halucinacionet komanduese janë halucinacione dëgjimore që udhëzojnë një pacient të veprojë në mënyra specifike; këto komanda mund të variojnë në seriozitet nga të padëmshme deri në kërcënuese për jetën (66).

Midis 30% deri në 65% e individëve me halucinacione komanduese për të dëmtuar të tjerët (të referuara më poshtë si halucinacione komanduese "dëm-tjetër") pajtohen me këto halucinacione, duke iu bindur komandave të tyre. Mjekët klinik duhet të njohin katër faktorët që lidhen me personat që veprojnë nën halucinacione komanduese, kur kryejnë një vlerësim të rrezikut të dhunës. Së pari, njerëzit kanë më shumë gjasa të veprojnë nën halucinacionet dëgjimore për të dëmtuar të tjerët kur e perceptojnë zërin si të fuqishëm. Klinikistët duhet të pyesin pacientin e tyre nëse përjetojnë ndjenja të pafuqisë që lidhen me zërin dhe nëse besojnë se do të kishte një rezultat të keq nëse komanda zanore nuk zbatohet. Së dyti, individët që besojnë se ndjekja e direktivës së komandës së halucinacioneve do t'u sjellë dobi ose do të ketë më shumë gjasa të zbatojnë komandën halucinatore. Së treti, njerëzit kanë më shumë dëshirë të ndjekin halucinacione komanduese të dëmshme kur ato shoqërohen me një deluzion kongruent. Si shembull, një burrë që dëgjon një zë për të vrarë fqinjin e tij ka më shumë gjasa të veprojë sipas këtij urdhri, nëse beson se fqinji i tij është pushtuar nga një alien i keq, që po planifikon ta vrasë atë. Së katërti, pacientët me skizofreni që përjetojnë halucinacione komanduese që gjenerojnë emocione negative – të tilla si zemërimi, ankthi ose trishtimi – kanë

më shumë gjasa të veprojnë me dhunë sesa ata individë me zëra që gjenerojnë emocione positive (67).

13.0 Studimet e kryera mbi korrelacionin midis skizofrenisë dhe vrasjes

Pavarësisht korrelacionit të ngushtë midis vrasjes dhe skizofrenisë, nuk besohet se një subjekt skizofren ka më shumë gjasa se një subjekt i shëndoshë të vrasë dikë, ose më saktë, nuk është vetë psikopatologjia ajo që çon në vrasje.

Kjo ka dalë nga disa studime si për shembull ai i Laajasalo dhe Häkkänen (68), të cilët arritën në përfundimin se, pavarësisht lidhjes së qartë midis halucinacioneve dhe shkallës së lartë të dhunës në subjektet skizofrenike vrasëse, ka variabla të tjerë të lidhur me një dhunë të tepruar, si dhuna në fëmijëri dhe historia e dhunës së subjektit.

Large, Smith dhe Niessen arritën gjithashtu në përfundimin se korrelacioni midis vrasjeve të kryera nga skizofrenët dhe shkallës totale të vrasjeve sugjeron që të parat nuk rrjedhin vetëm nga sëmundja dhe trajtimi i saj, por se ndoshta janë përfshirë faktorë të shumtë (69).

14.0 Hapat që çojnë në vrasje

Skizofreni që vret është para së gjithash një individ që ka, në një masë të madhe, ndjenjat, dëshirat dhe frikën e një njeriu të arsyeshëm. Ky subjekt dëshmon shkatërrimin e ngadaltë të personalitetit dhe identitetit të tij, të shkaktuar nga sëmundja.

Në fazat e hershme, subjekti është i vetëdijshëm për shqetësimet e tij në vëmendje, kujtesë, vështirësi në përqendrim, etj., dhe kjo prodhon vuajtje tek ai, pasi ai është një qenie njerëzore që mbart një listë të gjatë dështimesh personale dhe frustrimesh shoqërore që e shkatërrojnë dhe ngadalë shkatërrojnë tolerancën e tij. Më pas ne përpiqemi t'i rezistojmë një situatë të përkeqësimit të ngadaltë dhe progresiv në të cilën ndihemi fort në rrezik.

Njerëzit me skizofreni mund të vrasin për arsye të ndryshme: të dyja në dukje më "normale", si xhelozia apo hakmarrja, dhe më psikotike. Duke thelluar në detaje rastin klinik, edhe dinamika më absurde humbet aurën e saj të misterit dhe të paparashikueshmërisë (70).

15.0 Fazat e vrasjes

Skizofreni që vret është para së gjithash një individ që ka, në një masë të madhe, ndjenjat, dëshirat dhe frikën e një njeriu të arsyeshëm. Ky subjekt dëshmon shkatërrimin e ngadalshëm të personalitetit dhe identitetit të tij të shkaktuar nga sëmundja. Në fakt është vënë re se te skizofreni vendimi për të vrarë nuk lind papritur si një "rrufe në qiell të pastër".

Në literaturën bashkëkohore, mekanizmi nëpërmjet të cilit kalon një vrasje tek personat që vuajnë nga skizofrenia, kalon në katër faza:

1. Lindja e situatës së rrezikshme

Në këtë fazë, personi që vuan nga skizofrenia grumbullon zhgënjime, dështime dhe shqetësime, veçanërisht në nivel social. Këto zhgënjime janë reale dhe jo rezultat i “imagjinatës”.

E para lidhet me lindjen e situatës së rrezikshme në të cilën akumulohen zhgënjimet, vështirësitë dhe dështimet, mbi të gjitha përsa i përket nivelit shoqëror. Të gjitha zhgënjimet e vërteta që mund të jenë në themel të dinamikës së sjelljes agresive për një numër individësh që nuk janë as skizofrenë dhe as të sëmurë mendorë. Këto situata përfshijnë: humbjen e papritur të punës, një marrëdhënie emocionale problematike, ndërgjegjësimin për reduktimet e funksionalitetit të shkaktuar nga sëmundja, stigmatizimin social, zhgënjimet që lidhen me terapitë psikiatrike, internimet në shërbimet psikiatrike, pasaktësitë në diagnostikimin e sëmundjes, efektet e terapisë;

2. Kërkimi i shkaqeve.

Kur një person vuan nga skizofrenia është thellësisht i frustruar dhe e percepton veten në një situatë të pakëndshme, ai e përqendron vëmendjen e tij në botën e jashtme të cilën e konsideron të vetmin burim real të rrezikut për veten e tij, jo vetëm nga pikëpamja fizike, por edhe nga pikëpamja morale dhe psikologjike. Në këtë fazë, gjithçka dhe gjithkush bëhet shkak për shqetësim dhe rrezik për lirinë fizike dhe mendore të njeriut, futet në një botë kërcënuese dhe dalëngadalë zhvillohet bindja se vetëm dikush është shkak i gjendjes së tij (71).

3. Kërkimi i zgjidhjes

Në këtë fazë të qasjes ndaj vrasjes, skizofreni përpiqet të zgjidhë situatën e perceptuar të rrezikut ekzistencial, mendor dhe fizik. Mënyrat për të zgjidhur këtë situatë të pakëndshme janë pak a shumë adekuate me realitetin. Zgjidhjet ndahen në tre kategori: largimi nga situata e rrezikshme (arratisjet, udhëtimet, tentativat suicidale), ndikimi në situatën e rrezikshme (Kur për të zgjidhur situatën e rrezikshme, kërkon ndihmë, kryesisht ndaj shërbimeve psikiatrike, policisë dhe më rrallë individëve), e cila nuk merret dhe anulimi i situatës së rrezikshme (sipas metodave psikotike ideore).

E treta përfshin kërkimin e një zgjidhjeje dhe, në këtë kontekst, subjekti mund të reagojë në mënyra të ndryshme. Për shembull, ai mund të largohet nga situata që e shqetëson, si fizikisht ashtu edhe përmes deluzioneve të tij ose të kërkojë ndihmë nga shërbimet publike dhe, më rrallë, nga një profesionist ose i njohur i vetëm;

4. Vrasja si tentativë joadekuate për zgjidhjen e situatës së rrezikshme.

Faza e fundit, në një përshkallëzim të vazhdueshëm, çon në kryerjen e vrasjes ose tentativës së vrasjes si një përpjekje joadekuate për zgjidhjen e situatës së rrezikshme (72).

Është e rëndësishme të theksohet se ndryshe nga sa mund të besohet, subjektet me skizofreni nuk kanë një vullnet të qartë për të vrarë dhe në të vërtetë kërkojnë zgjidhje alternative ose ndihmë konkrete, padyshim, në mënyrën e tyre.

Pikërisht për shkak të stigmatizimit dhe paragjytimeve shoqërore, paralajmërimet dhe kërkesat e tyre për ndihmë shpesh shpërfillen dhe flasim për kërcënimet që skizofreni i drejton të dyshuarit përndjekës, lutjet, mallkimet, ritualet pajtuese me të cilat ai kërkon të lihet në paqe (73).

Janë mesazhe kërkesash për ndihmë, të cilat zbulojnë një vështirësi dhe një refuzim për zgjedhjen vrasëse, të cilat, megjithatë, shpeshherë nuk kuptohen nga ata që i dëgjojnë, edhe për shkak të çuditshmërisë, fantazisë dhe pakuptueshmërisë së tyre. Dhe pastaj kërkesat për ndihmë bien në indiferencë dhe vrasja bëhet një akt konkret.

Prandaj, korrelacioni midis skizofrenisë dhe vrasjes nuk është aq i drejtpërdrejtë dhe është e nevojshme të analizohet çdo rast individual me saktësi në mënyrë që të punohet drejt parandalimit të vërtetë dhe përhapjes së një kulture të përshtatshme psikologjike (74).

II METODOLOGJIA

2.1 Qëllimi

Vlerësimi i prevalencës karakteristike klinike dhe të sjelljes të pacientet me skizofreni që kanë kryer homicid.

2.2 Objektivat

Vlerësimi i prevalencës të sjelljes homicidale në pacientët që vuajnë nga Skizofrenia

Vlerësimi i karakteristikave të sjelljes së pacientëve

Vlerësimi i statusit të hospitalizimit dhe kompliancës

Vlerësimi i karakteristikave të viktimave dhe rrethanave të homicidit

Identifikimi i faktorëve të riskut për homicid

2.3 Materiali dhe metoda

Studimi është i tipit cross-sectional prospektiv i kryer në periudhën 2011-2015 në Institutin e Mjekësisë Ligjore në Tiranë.

❖ Kriteret përfshirjes në studim

Në studim janë përfshirë pacientë të cilët kanë kryer homicid dhe janë diagnostikuar me Skizofreni

-Personat që nga ana e prokurorisë janë klasifikuar si vepër penale e vrasjes

Për çdo pacient janë mbledhur të dhënat sociodemografike dhe klinike nëpërmjet një skede individuale.

❖ Karakteristikat e sociodemografike

-Moshë

-Gjinia

❖ Karakteristikat e sjelljes

- Sjellje vetëvrasëse
- Sjellje vetëdëmtuese
- Historia e dhunës në familje
- Përdorimi i alkoolit
- Përdorimi i drogës
- Dënime të mëparshme
- Emigracioni
- Trauma

❖ Bashkëshoqërimi me sëmundje të tjera psikiatrike

- Bashkëshoqërimi me çrreg. personaliteti
- Bashkëshoqërimi dëmtime konjitive

❖ Statusi i hospitalizimit të pacientëve

❖ Komplanca e pacienteve

❖ Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale, sipas karakteristikave sociodemografike dhe të sjelljes.

❖ Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale, sipas bashkëshoqërimit me çrregullimet e personalitetit dhe dëmtimeve konjitive

❖ Numri i viktimave prej pacientëve

❖ Numri dhe tipi i viktimave

❖ Lidhja e pacientëve me viktimat

❖ Metoda e kryerjes së veprës

❖ Vendi i kryerjes së veprës

❖ Motivet e kryerjes së veprës

❖ Simptomatologjia në momenrin e kryerjes së veprës

2.4 Metodologjia e analizës statistikore

- Informacionet klinike dhe demografike u regjistruan në mënyrë prospektive në databazën e mbledhjes së informacionit të para formatuar. I gjithë informacioni u kontrollua dhe u kodua manualisht, më pas u hodh në kompjuter. Informacioni numerik i nxjerrë nga studimi u analizua sipas analizës statistikore me programin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versioni 20. Për të testuar shpërndarjen e variablave të vazhduar është përdorur testi Kolmogorov-Smirnov. Është paraqitur statistika deskriptive e variablave të vazhduar të cilët janë përmbledhur si mesatare dhe deviacion standard dhe mediane dhe rang interkuartilor (IQR).
- Variablat kategorike janë paraqitur si frekuence absolute dhe përqindje. Është përdorur testi hi-katror për krahasimin e proporcioneve ndërmjet variablave kategorike.
- Është përdorur testi i studentit t dhe testi i variacioneve ANOVA për krahasimin e mesatareve të variablave të vazhduar.
- Sinjifikanca statistikore është përcaktuar për $p \leq 0.05$. Testet statistikore janë të dyanshme.

III REZULTATE**Tabela 3. 1**Karakteristikat e sociodemografike të pacientëve

Variablat	N	%	P
Gjinia			<0.01
Femra	10	9.6	
Meshkuj	94	90.4	
Mosha, M SD	47 (\pm 12.1)	23-81	
Grupmosha			0.01
≤ 30	9	8.7	
31-40	30	28.8	
41-50	24	23.1	
51-60	25	24.0	
>60	16	15.4	
Statusi civil			<0.01
Beqarë	67	64.4	
Të martuar	30	28.8	
Të divorcuar	7	6.7	
Niveli i arsimit			<0.01
Pa arsim	2	1.9	
Fillore	9	8.7	
8 vjeçare	58	55.8	
E mesme	33	31.7	
E lartë	2	1.9	
Niveli ekonomik			<0.01
I ulët	73	70.2	
I mesëm	29	27.9	
I lartë	2	1.9	

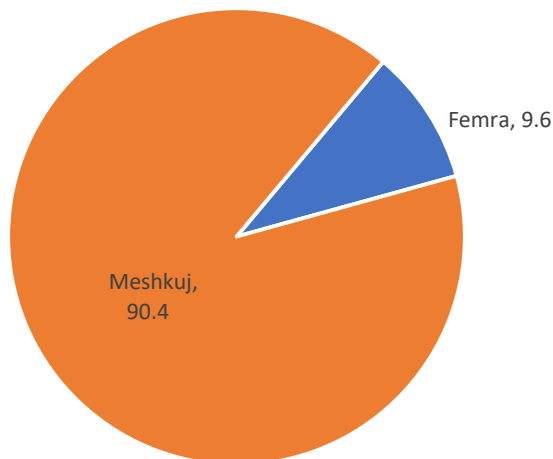


Figura 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë

Në studim morën pjesë 104 pacientë nga të cilët 10 ((9.6%) femra dhe 94 (90.4%) meshkuj. Moshë mesatare e pacientëve është 47 (± 12.1) vjeç që varion nga 23 vjeç deri në 81% vjeç.

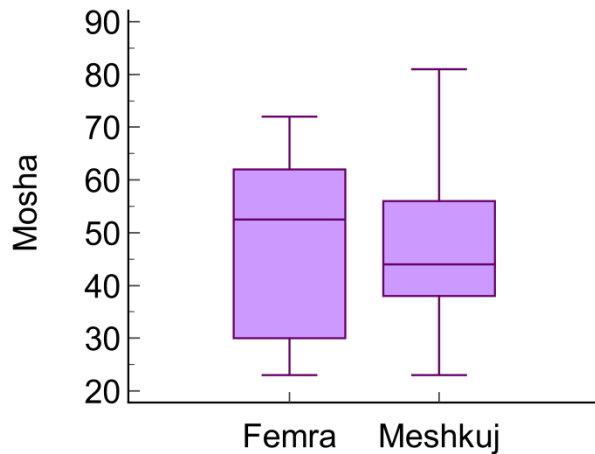


Figura 3. 2 Moshë mesatare sipas gjinisë

Moshë mesatare e femrave është 48.7 (± 16.2) vjeç, ndërsa e meshkujve 46.8 (± 11.7) vjeç, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.6$).

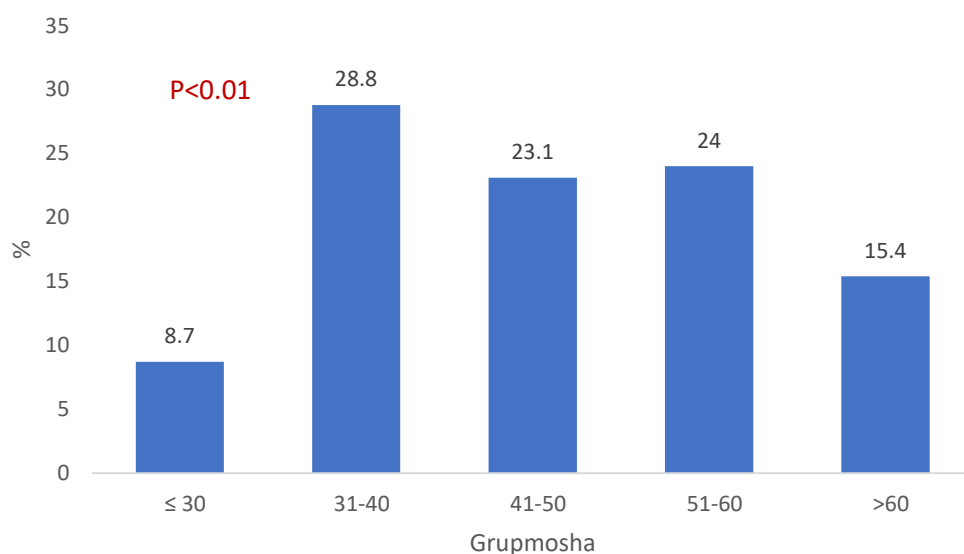


Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës

Mbizoterojnë pacientët në grupmoshën 31-40 vjeç. Në grupmoshën ≤ 30 vjeç janë 8.7% e pacientëve ndjekur nga grupmosha 31-40 vjeç me 28.8%, grupmosha 41-50 vjeç (23.1%), grupmosha 51-60 vjeç (24%) dhe >60 vjeç me 15.4% të pacientëve ($p<0.01$).

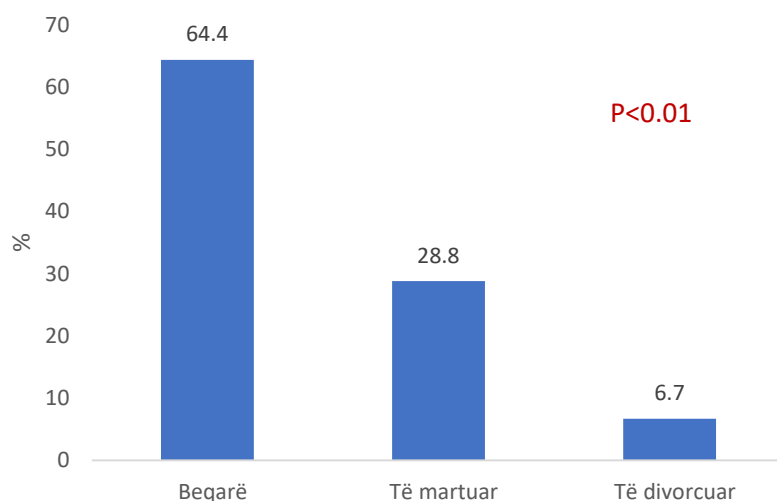


Figura 3. 4 Shpërndarja e rasteve sipas statusit civil

Mbizoterojnë pacientët beqare (64.4%) ndjekur nga të martuarit (28.8%) dhe të divorcuarit (6.7%) ($p<0.01$).

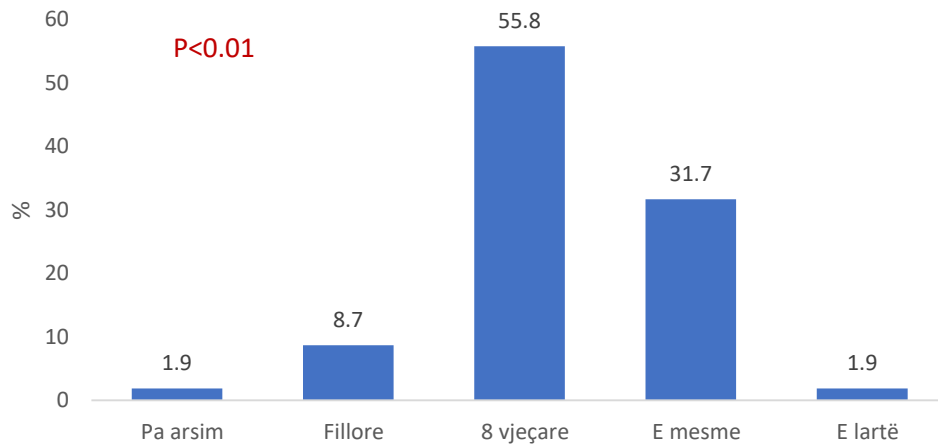


Figura 3. 5 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit arsimor

Mbizotrojnë pacientët me 8-vjeçare, ndjekur nga pacientët me shkollë të mesme (3.1%), pacientët me shkollë fillore (8.7%), pacientët me arsim të lartë (1.9%) dhe pa arsim (1.9%) ($p < 0.01$).

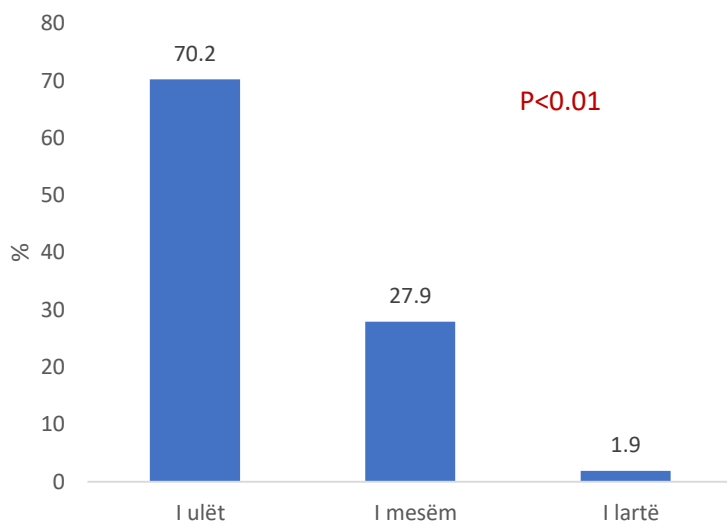


Figura 3. 6 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit ekonomik

Mbizotëron niveli i ulët ekonomik (70.2%), ndjekur nga niveli i mesëm (27.9%) dhe niveli i lartë (1.9%) ($p < 0.01$).

Tabela 3. 2 Bashkëjetesa e pacientëve

Bashkëjetesa	N	%
Azil	1	1.0
Bashkëshort/e dhe fëmijë	18	17.3
Me prindërit	45	43.3
Me të afërm si xhaxha/halla/teze/dajë	5	4.8
Vetëm me bashkëshort/e	17	16.3
Vetëm me fëmijë	4	3.8
Vetëm me gjyshërit	3	2.9
Vetëm me vëllezër/ motra	11	10.6
Total	104	100.0

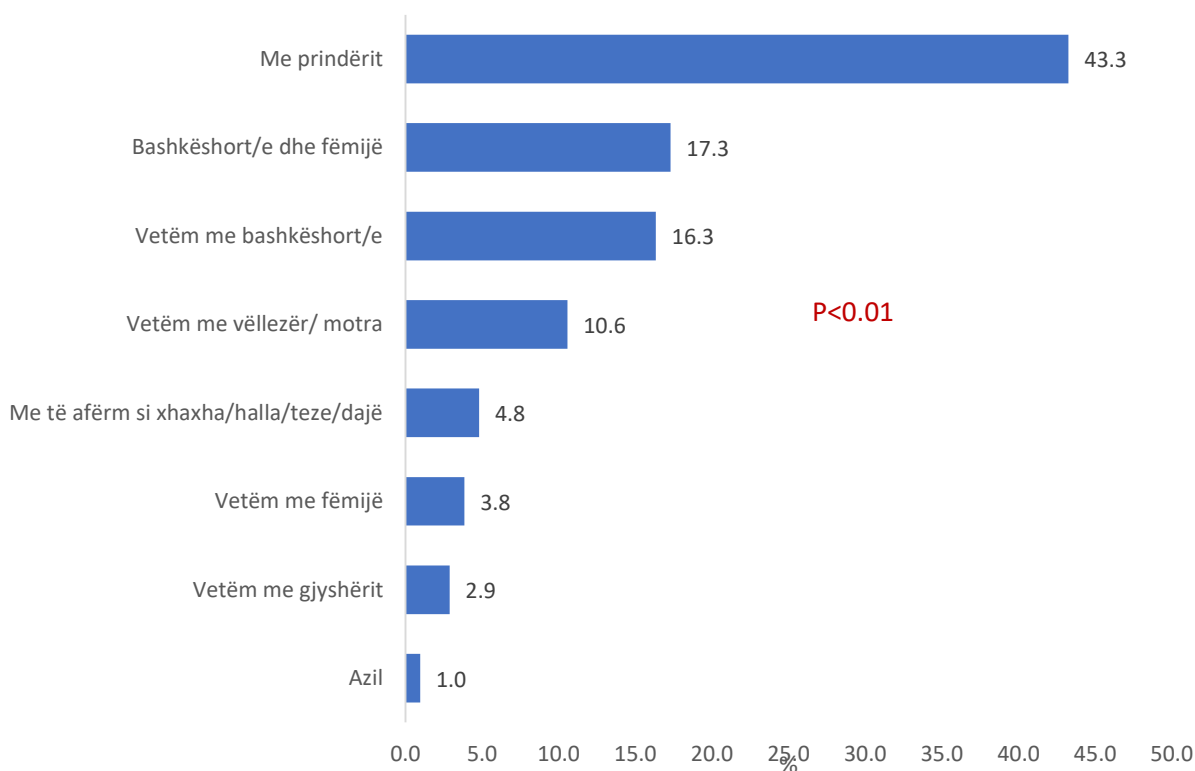


Figura 3. 7 Bashkëjetesa e pacientëve

Siç shihet nga grafiku shumica e pacientëve (43.3%) të përfshirë në studim jetojnë me prindërit, ndjekur nga bashkëshort/e dhe fëmijë (17.3%, vetëm me bashkëshorten (16.3%), me vëllezërit dhe motrat (10.6%), me të afërm si xhaxha/halla/teze/dajë (4.8%), vetëm me fëmijët (3.8%), vetëm me gjyshërit (2.9%) dhe në azil (1%) me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera ($p < 0.01$).

Tabela 3. 3 Numri i pjesëtarëve të familjes

Nr. i pjesëtarëve	N	%
0	1	1.0
1	4	3.8
2	31	29.8
3	20	19.2
4	25	24.0
5	17	16.3
>5	6	5.8
Total	104	100.0

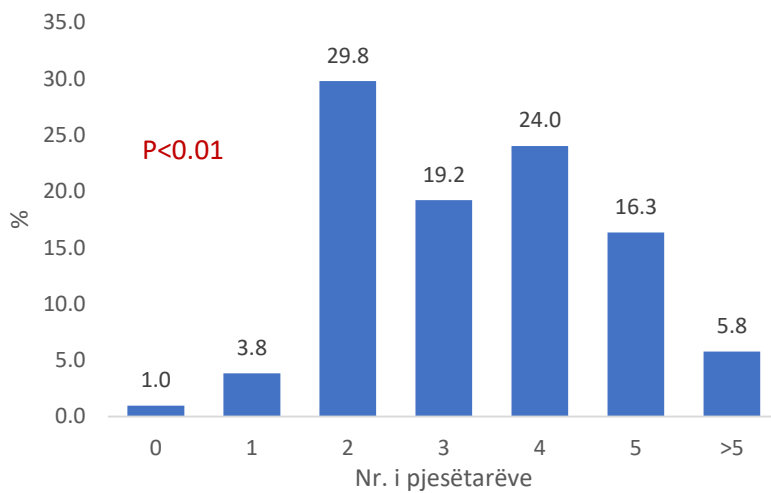


Figura 3. 8 Numri i pjesëtarëve që bashkëjetojnë

Numri mesatar i pjesëtarëve në familje është 4 pjesëtarë ku vlerat variojnë nga 0 deri në 8 pjesëtarë në familje, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera ($p<0.01$).

Tabela 3. 4 Karakteristikat e sjelljes

Variables	N	%	P
Mosha e fillimit të skizofrenisë M, (SD)	24	±4.9	
Koha nga fillimi deri te vrasja, M, (SD)	10.1	±9.5	
Sjellje vetëvrasëse			
Jo	92	88.5	<0.01
Po	12	11.5	
Sjellje vetëdëmtuese			
Jo	58	55.8	0.2
Po	46	44.2	
Historia e dhunës në familje			
Jo	31	29.8	<0.01
Po	73	70.2	
Përdorimi i alkoolit			
Jo	72	69.2	<0.01
Po	32	30.8	
Përdorimi i drogës			
Jo	93	89.4	<0.01
Po	11	10.6	
Dënime të mëparshme			
Jo	78	75.0	<0.01
Po	26	25.0	
Emigracioni			
Jo	82	78.8	<0.01
Po	22	21.2	
Trauma			
Jo	87	83.7	<0.01
Po	17	16.3	
Bashkshoqërimi me çrreg. personaliteti			
Jo	85	81.7	<0.01
Po	19	18.3	
Bashkëshoqërimi dëmtime konjitive			
Jo	81	77.9	<0.01
Po	23	22.1	

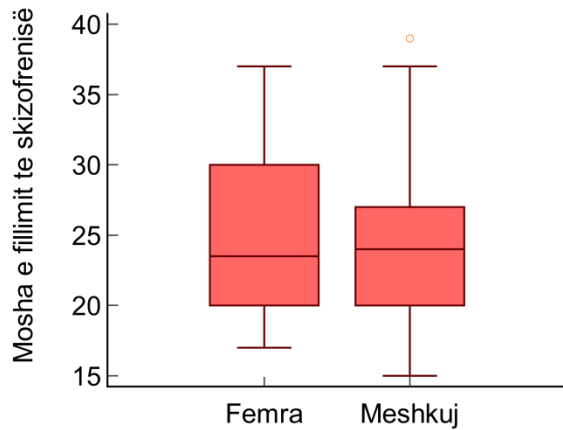


Figura 3. 9 Moshë mesatare e fillimit të sëmundjes sipas gjinisë

Moshë mesatare e fillimit të skizofrenisë të femrat është 24.7 (± 16.4) vjeç, ndërsa e meshkujve 24.1 (± 4.8) vjeç, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.7$).

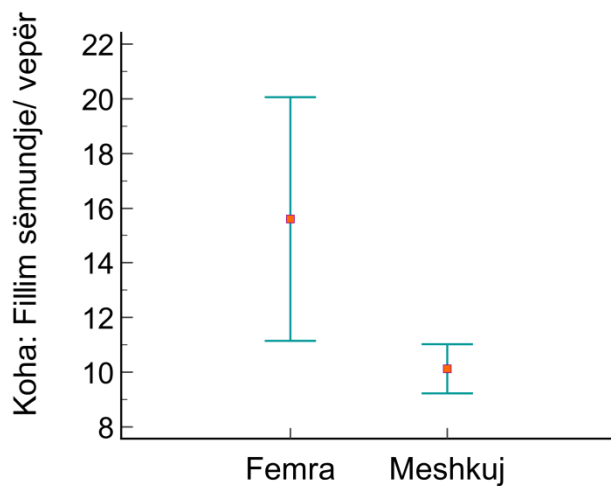


Figura 3. 10 Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e vepres penale

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e vepres penale të femrat është 15.6 (± 14.1) vjeç ndërsa tek meshkujt është më e ulët 10.1 (± 8.6) vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.03$).

Prevalenca e Sjelljes Homicidale në Pacientët që Vuajnë nga Skizofrenia

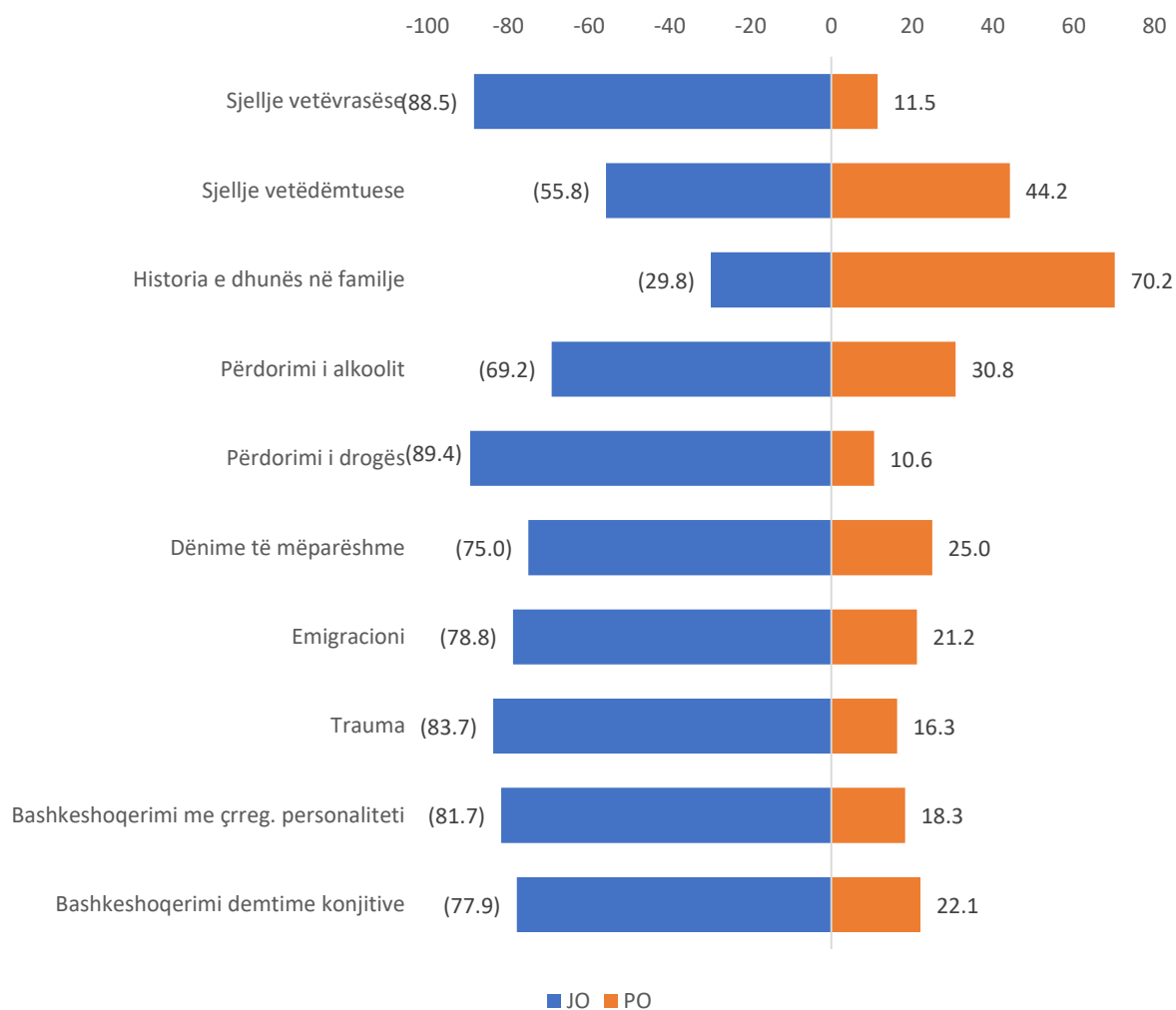


Figura 3. 11 Karakteristikat e sjelljes

Sjellje suicidale kanë manifestuar 11.5%), sjellje vetëdëmtuese (44.2%), histori të dhunës në familje kanë patur 70.2% e pacientëve ($p < 0.01$), përdorim alkooli (30.8%), përdorim droge (10.6%), dënime të mëparëshme (25%), në emigracion kanë qenë 21.2% e tyre.

Në 18.3% e pacientëve u gjet bashkëshoqërim me çrregullim të personalitetit dhe në 22.1% bashkëshoqërim me dëmtime konjitive.

Tabela 3. 5 Statusi i hospitalizimit të pacientëve

Hospitalizimi	N	%
Pa shtruar	15	14.4
1 shtrim	19	18.3
2 shtrime	28	26.9
>2 shtrime	42	40.4
Total	104	100.0

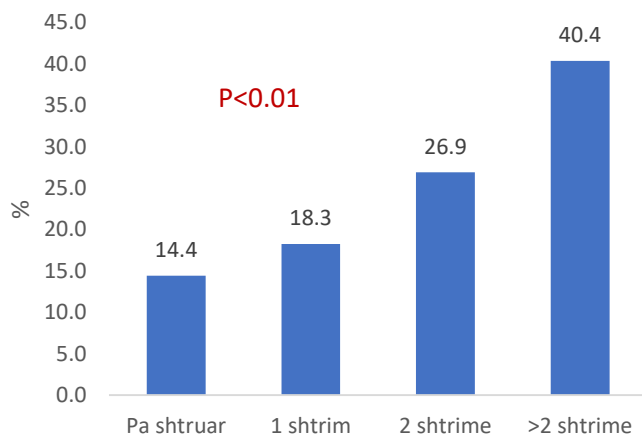


Figura 3. 12 Statusi i hospitalizimit të pacientëve

Të pashtuar janë 15 (14.4%) të pacientëve të cilët u diagnostikuan pas kryerjes së veprës, 19 (18.3%) e pacientëve kanë nga 1 shtrim, 28 (26.9%) kanë nga 2 shtrime dhe 40.4% kanë >2 shtrime, me ndryshim sinjifikant ($p < 0.01$).

Tabela 3. 6 Komplianca e pacientëve

Komplianca	N	%
Jo e mirë	57	64.0
Skizofreni refraktare	32	36.0
Total	89	100.0

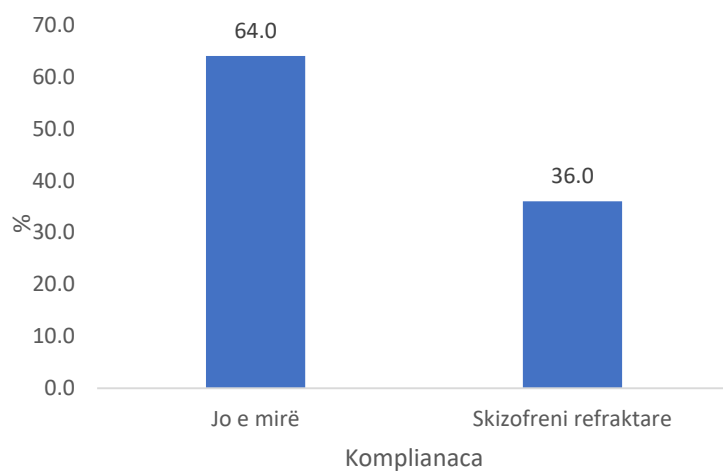


Figura 3. 13 Komplianca e pacientëve

Nga 89 pacientët të cilët ishin trajtuar 57 (64%) e tyre nuk kishin COMPLIANCË të mirë në momentin e kryerjes së veprës, ndërsa 32 (36%) e tyre kishin skizofreni refraktare.

Tabela 3. 7 Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e vepres penale, sipas karakteristikave sociodemografike dhe të sjelljes.

Variablat	Mean	SD	Min	Q1	Median	Q3	Max	P
Statusi civil								<0.01
Beqarë	7.5	5.3	0.3	3.0	7.0	10.7	26.0	
Divorcuar	11.5	10.7	3.0	3.0	6.5	23.0	27.0	
Martuar	17.6	12.3	0.5	7.0	17.5	25.0	50.0	0.1
Niveli arsimor								
8 vjeçare	10.8	8.7	0.3	4.0	8.0	16.0	35.0	
Filllore	16.8	12.7	3.0	6.7	10.0	26.7	36.0	
I lartë	4.0	0.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	
I mesëm	9.7	9.4	1.0	3.7	7.0	2.2	50.0	0.5
Pa arsim	3.0	1.4	2.0	2.0	3.0	4.0	4.0	
Niveli ekonomik								
I lartë	3.0	1.4	2.0	2.0	3.0	4.0	4.0	0.5
I mesëm	10.3	10.3	0.5	3.0	6.0	14.5	50.0	
I ulët	11.0	9.1	0.3	4.0	8.0	15.0	36.0	
Përdorim alkooli								0.01
Jo	8.7	7.8	0.5	3.2	7.0	11.0	50.0	
Po	15.1	11.1	0.3	5.0	14.5	24.0	36.0	0.02
Përdorim droge								
Jo	11.2	9.7	4.0	3.2	8.0	15.5	50.0	0.6
Po	6.5	4.9	2.2	5.0	7.0	9.5	16.0	
Sjellje suicidale								0.6
Jo	10.5	9.4	0.3	3.0	8.0	15.0	50.0	
Po	12.0	9.9	4.0	5.5	8.0	12.0	36.0	0.01
Histori dhune në familje								
Jo	7.0	7.0	0.3	2.0	4.0	11.0	27.0	
Po	12.2	9.8	0.5	5.0	9.0	16.0	50.0	0.04
Sjellje vetë-dëmtuese								
Jo	9.1	8.3	0.5	3.0	5.5	13.0	36.0	
Po	12.6	10.4	0.3	6.0	9.0	16.5	50.0	0.01
Dënime të mëparshme								
Jo	11.7	9.9	0.5	4.0	9.0	16.0	50.0	
Po	7.3	6.8	0.3	3.0	5.0	9.5	24.0	0.01
Trauma								
Jo	7.4	6.9	0.3	2.0	4.0	11.0	27.0	
Po	11.7	9.0	0.5	5.0	9.0	16.0	36.0	

Tabela 3. 8 Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale, sipas bashkëshoqërimit me çrregullimet e personalitetit dhe dëmtimeve konjitive

Variablat	Mean	SD	Min	Q1	Median	Q3	Max	P
Bashkëshoqërimi me çrreg. personaliteti								
Jo	11.2	8.8	0.5	4.0	9.0	15.2	36.0	0.04
Po	7.3	6.8	0.3	3.0	5.0	9.5	24.0	
Bashkëshoqërimi me dëmtime konjitive								
Jo	11.0	8.8	0.5	4.0	9.0	15.0	36.0	0.08
Po	7.6	6.9	0.3	3.0	5.0	9.0	24.0	

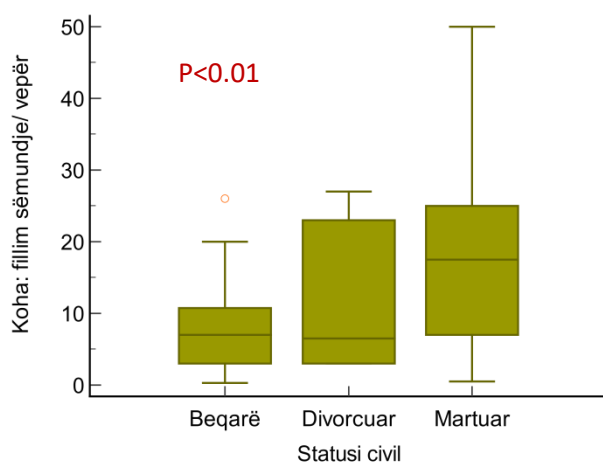


Figura 3. 14 Koha mesatare fillim sëmundje-vepër sipas statusit civil

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët beqarë, me ndryshim sinjifikante me pacientët e tjerë ($p < 0.01$).

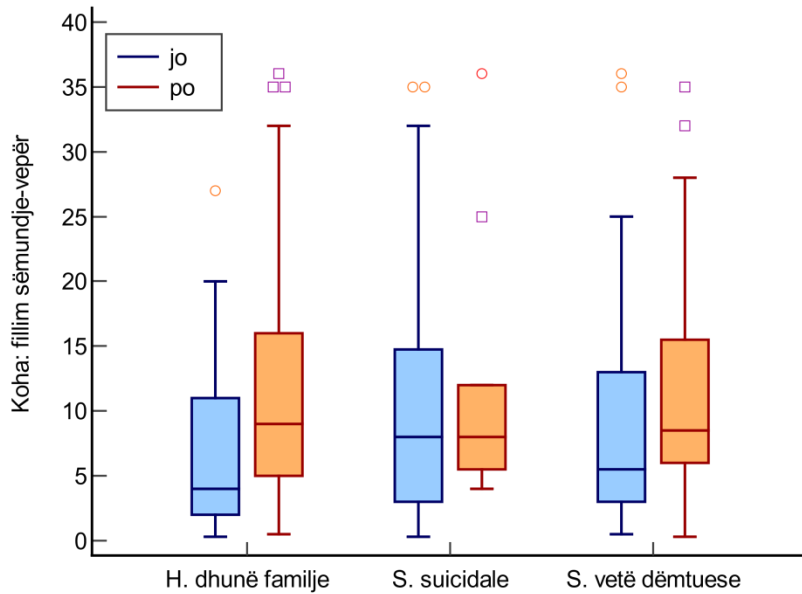


Figura 3. 15 Koha mesatare fillim sëmundje-vepër sipas historisë së dhunës në familje, sjelljes suicidale dhe vetëdëmtuese

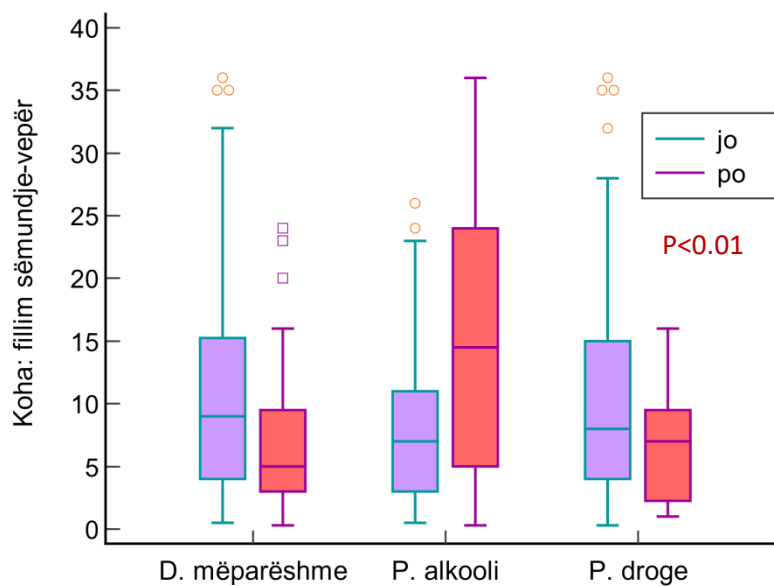


Figura 3. 16 Koha mesatare fillim sëmundje-vepër sipas dënimeve të mëparshme, përdorimit të alkoolit dhe drogës

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët që përdorin drogë dhe që kanë dënime të mëparshme, me ndryshim sinjifikante me pacientët e tjerë ($p < 0.01$).

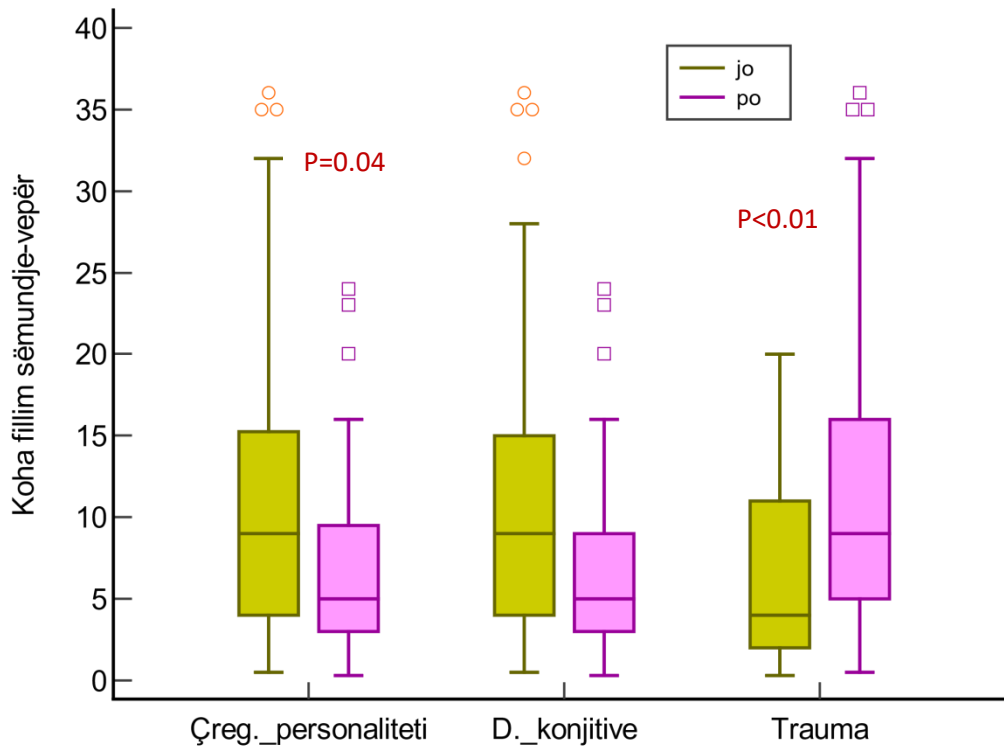


Figura 3. 17 Koha mesatare fillim sëmundje-vepër sipas dënimeve të mëparshme, përdorimit të alkoolit dhe drogës

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët që kanë pësuar trauma ($p<0.01$) dhe që kanë çrregullime të personalitetit ($p=0.04$), me ndryshim sinjifikante me pacientët e tjerë.

Tabela 3. 9 Numri i viktimave prej pacientëve

Nr. i viktimave	N	%
1	99	95.2
2	4	3.8
3	1	1.0
Total	104	100.0

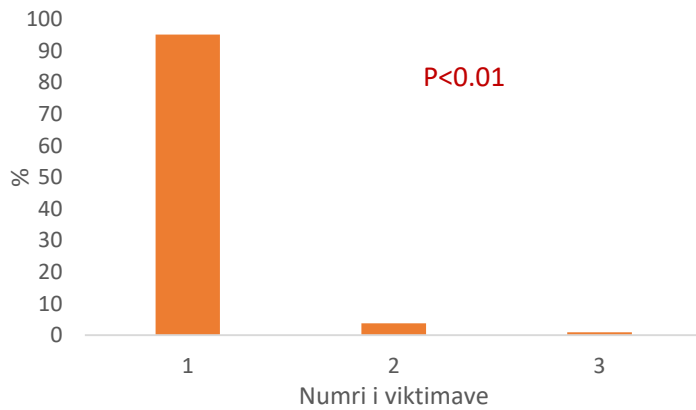


Figura 3. 18 Numri i viktimave prej pacientëve

Shumica e pacientëve kanë kryer nga 1 vrasje (99.5%) e tyre, 4 pacientë ose 3.8% e tyre kanë kryer 2 vrasje dhe 3 pacientë ose 1% e tyre ka kryer 3 vrasje ($p<0.01$).

Tabela 3. 10 Numri dhe tipi i viktimave

Viktimat	N	%
Babai	10	9.1
Nëna	13	11.8
Vëllai	3	2.7
Bashkëshorti/tja	13	11.8
Halla	1	0.9
Xhaxhai	1	0.9
Kunati	1	0.9
Komshiu	5	4.5
Imami	1	0.9
Polic	1	0.9
Shoku	13	11.8
Të panjohur	20	18.2
Të njohur	28	25.5
Total	110	100.0

Prevalenca e Sjelljes Homicidale në Pacientët që Vuajnë nga Skizofrenia

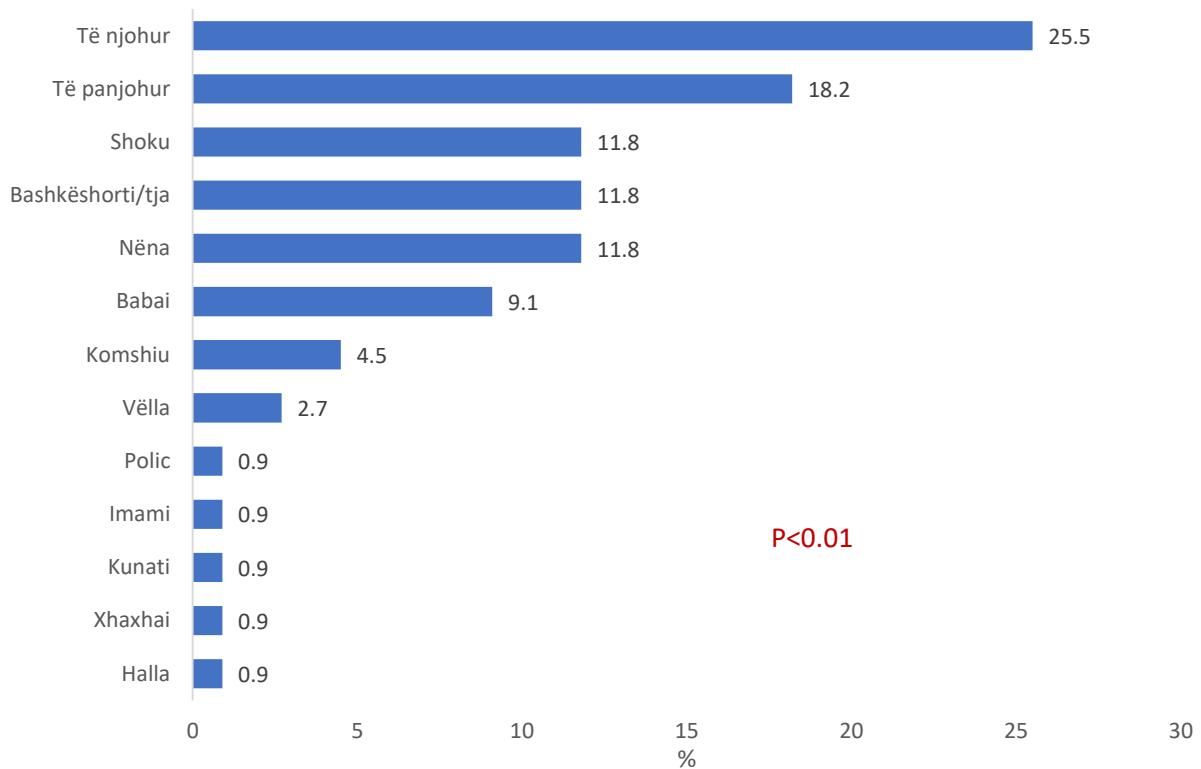


Figura 3. 19 Numri dhe tipi i viktimave

Përsa i përket viktimave, 25.5% janë të njohur, ndjekur nga të panjohur (18.2%), nëna, bashkëshorti/tja dhe shoku me nga 11.8% secila, babai (9.1%), komshiu (4.5%), vëllai (2.7%), dhe halla, xhaxhai, kunati, imami dhe polic me nga një rast ose 0.9% secili.

Tabela 3. 11 Lidhja e pacientëve me viktimat

Viktimat	N	%
Të afërm	42	38.2
Të njohur	47	42.7
Të panjohur	21	19.1
Total	110	100.0

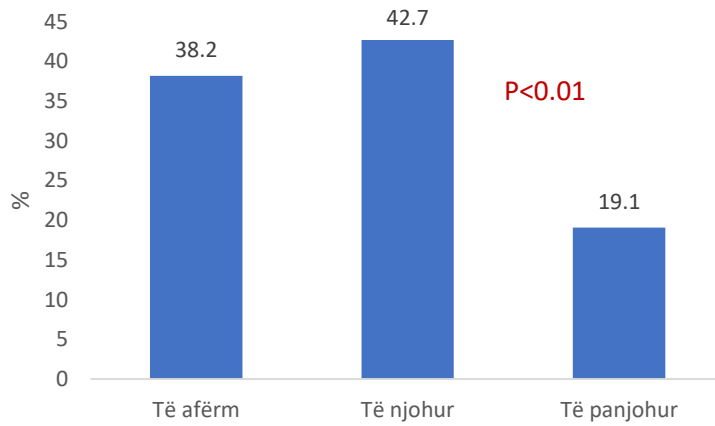


Figura 3. 20 Lidhja e pacientëve me viktimat

Duke e përmbledhur me marrdhënien e pacientët me viktimat rezulton që 42.7% janë të njohur, 38.2% e viktimave janë të afërm dhe 19.1% e viktimave janë të panjohur ($p < 0.01$).

Tabela 3. 12 Metoda e kryerjes së veprës

Metoda e homicidit	N	%
A/F	41	39.4
A/Z	32	30.8
Mjete Rreth	18	17.3
Grushta	3	2.9
Sepatë	3	2.9
Goditje - shkop	2	1.9
Gurë	2	1.9
Djegje	1	1.0
Dru	1	1.0
Hedhje nga ballkoni	1	1.0

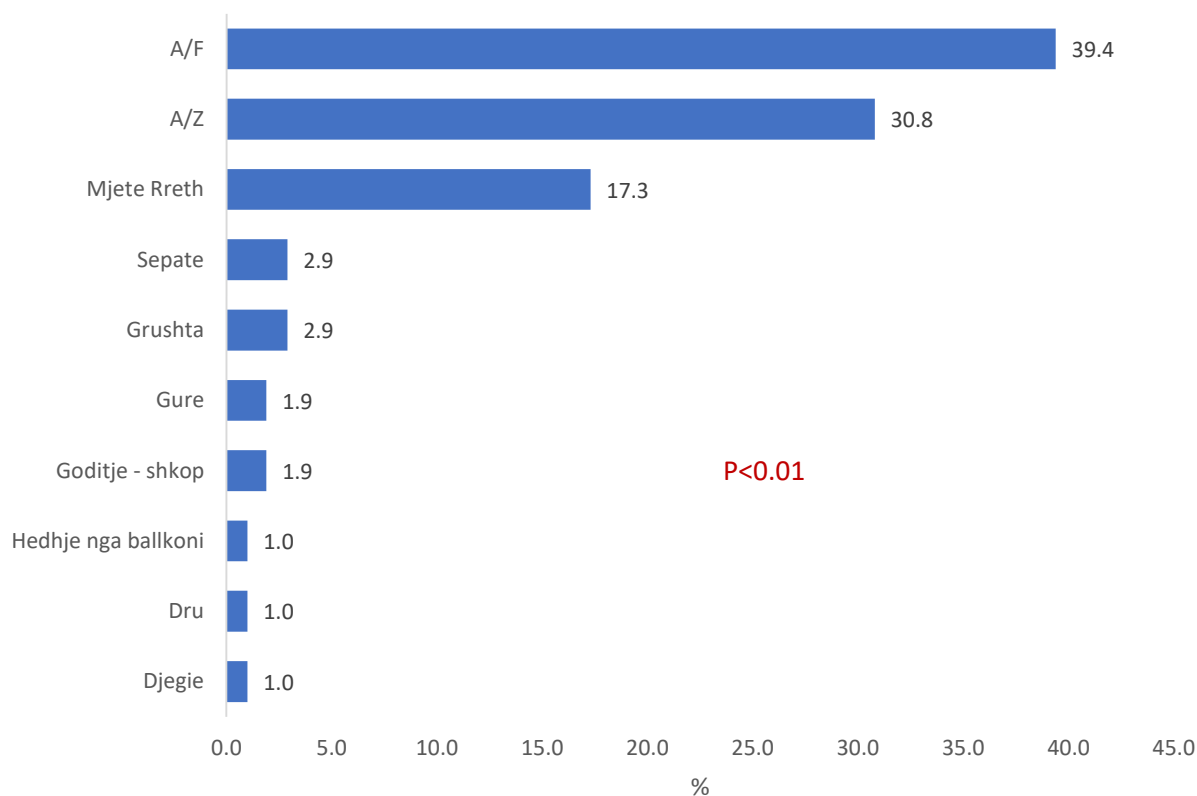


Figura 3. 21 Metoda e kryerjes së veprës

Në lidhje me metodën e kryerjes së veprës, mbizotëron arma e ftohtë (39.4%), ndjekur nga arma e zjarrit (30.8%), mjete rrethore (17.3%), grushta (2.9%), sëpatë (2.9%), goditje me shkop (1.9%), goditje me gurë (1.9%) dhe djegie, goditje me dru dhe hedhje nga ballkoni me nga 1 rast ose 1% secila ($p < 0.01$).

Tabela 3. 13 Vendi i kryerjes së veprës

Vendi i kryerjes	N	%
Shtëpi	44	42.3
Ambient biznesi	7	6.7
Pranë vendbanimit	20	19.2
Larg vendbanimit	33	31.7

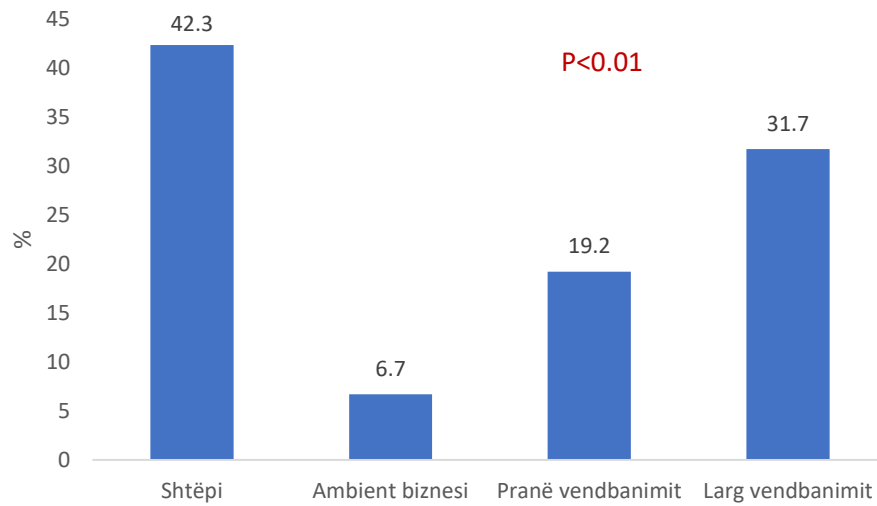


Figura 3. 22 Vendi i kryerjes së veprës

Persa i përket vendit të kryerjes së veprës penale mbizotëron shtëpia (42.3%) ndjekur nga “larg vendbanimit” (31.7%), “pranë vendbanimit” (19.2%), dhe ambient biznesi 6.7%) ($p < 0.01$).

Tabela 3. 14 Motivet e kryerjes së veprës

Motivet e veprës	N	%
Hakmarrje	34	32.7
Xhelozë	33	31.7
Argument/zënie	20	19.2
Çeshtje financiare	14	13.5
Seksualitet	3	2.9
Total	104	100.0

Prevalenca e Sjelljes Homicidale në Pacientët që Vuajnë nga Skizofrenia

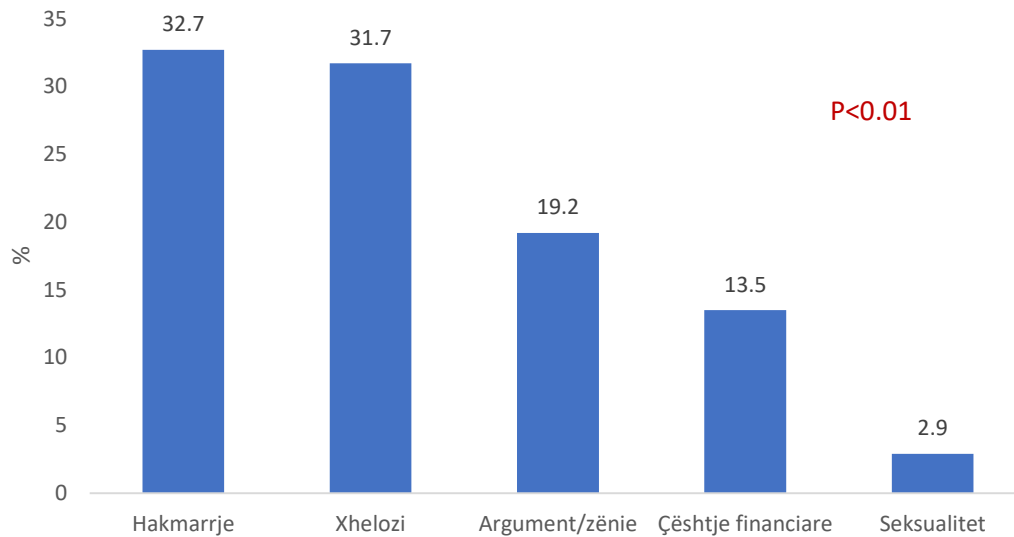


Figura 3. 23 Motivet e kryerjes së veprës

Nga motivet e kryerjes së veprës mbizotërojnë hakmarrja (32.7%) ndjekur nga xhelozia (31.7%), argumente/zënie (19.2%), çështje financiare (13.5%), seksualitet (2.9%) ($p < 0.01$).

Tabela 3. 15 Simptomatologjia në momenrin e kryerjes së veprës

Simptomatologjia	N	%
Halucinacione	36	34.6
Deluzion	53	51.0
Çrregullime të lëvizjes.	10	9.6
Mendime të ngatërruara dhe të folur të çorganizuar	3	2.9
Probleme me përqendrimin	2	1.9

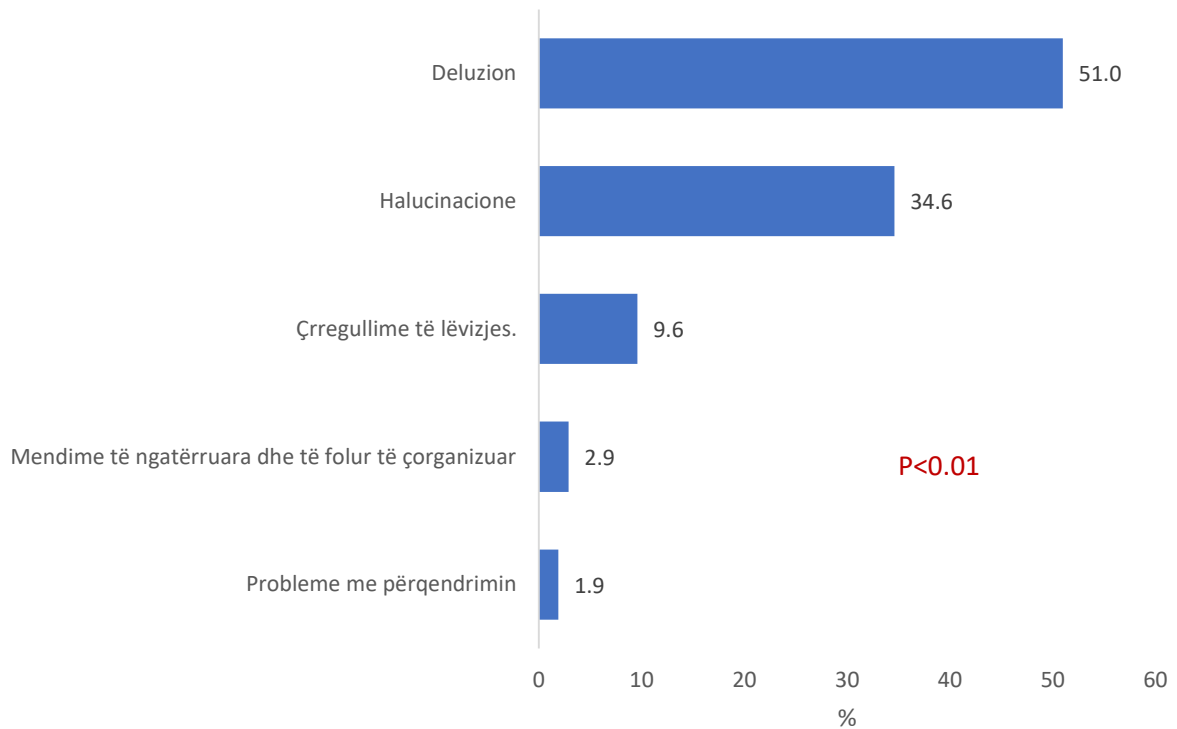


Figura 3. 24 Simptomatologjia në momentin e kryerjes së veprës

Në momentin e kryerjes së veprës mbizotëron simptomatologjia pozitive me delusione (51%) ndjekur nga (34.6%) halucinacione, çrregullime të instiktit (9.6%), mendime dhe të folur të ç'organizuar (2.9%) dhe probleme me përqendrimin (1.9%).

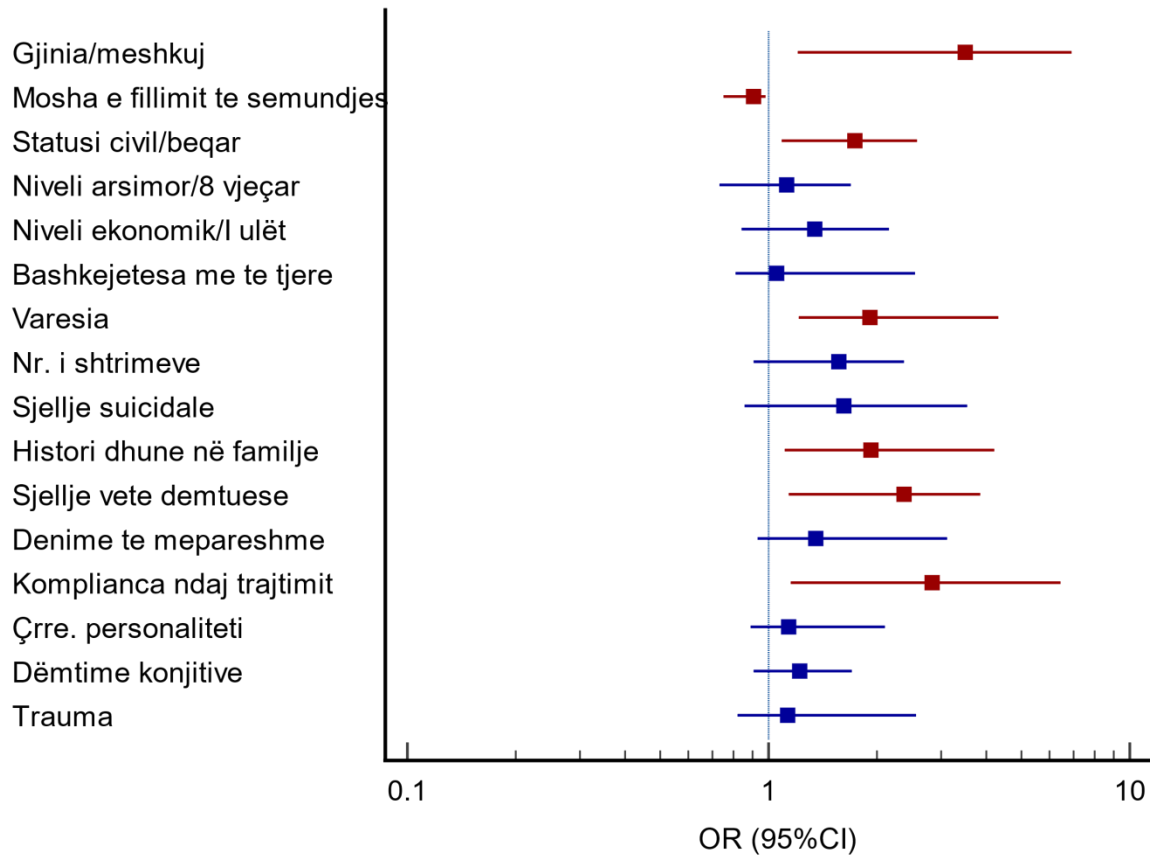


Figura 3. 25 Faktorët e riskut për homicid. Regresioni logjistik multivariat.

Faktorë sinjifikant edhe të pavarur për homicid rezultuan:

- Gjinia/meshkuj
- Mosha e fillimit të sëmundjes
- Statusi civil/beqar
- Varësia
- Histori dhune në familje
- Sjellje vetëdëmtuese
- Komplianca ndaj trajtimit

IV DISKUTIM

Skizofrenia është një çrregullim i rëndë mendor (75), të cilin publiku shpesh e lidh me sjelljen e dhunshme (76) dhe disa studime kanë treguar se skizofrenia rrit rrezikun e sjelljes së dhunshme (77). Studimet e mëparshme janë fokusuar në karakteristikat klinike dhe kriminologjike të pacientëve me skizofreni që kryejnë akte të dhunshme, shumica e grupeve të kontrollit të të cilëve ishin njerëz të shëndetshëm ose pacientë pa sjellje të dhunshme. Pak studime kanë kërkuar të krahasojnë karakteristikat e pacientëve skizofrenë që kryejnë dhunë ndërpersonale me lloje të ndryshme viktimash. Gjenerimi i dhunës ndërpersonale është një proces ndërveprues i dhunuesit dhe viktimës, i rëndësishëm për njerëzit përreth dhe mjedisin. Ecuria dhe rezultati i sjelljes së dhunshme nga skizofrenia mund të ndryshojnë në varësi të llojit të viktimës, gjë që mund të shkaktojë ndikime të ndryshme sociale. Krahasuar me menaxhimin klinik të të sëmurëve mendorë (p.sh. vlerësimi i rrezikut, trajtimi i përmirësuar), dhuna relativisht e rrallë dhe e paparashikueshme midis pacientëve psikiatrikë ka më shumë gjasa të ngrejë shqetësime publike dhe të rrisë stigmën e pacientëve (78).

Ky studim u krye për të vlerësuar karakteristikat klinike dhe të sjelljes të pacientët me skizofreni që kanë kryer homicid.

Në studim morën pjesë 104 pacientë nga atë cilët 10 ((9.6%) femra dhe 94 (90.4%) meshkuj. Moshë mesatare e pacientëve është 47 (± 12.1) vjeç që varion nga 23 vjeç deri në 81% vjeç.

Moshë mesatare e femrave është 48.7 (± 16.2) vjeç ndërsa e meshkujve 46.8 (± 11.7) vjeç, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.6$). Mbizotërojnë pacientët në grupmoshën 31-40 vjeç. Në grupmoshën ≤ 30 vjeç janë 8.7% e pacientëve ndjekur nga grupmosha 31-40 vjeç me 28.8%, grupmosha 41-50 vjeç (23.1%), grupmosha 51-60 vjeç (24%) dhe >60 vjeç me 15.4% të pacientëve ($p<0.01$). Mbizotërojnë pacientët beqarë (64.4%) ndjekur nga të martuarit (28.8%) dhe të divorcuarit (6.7%) ($p<0.01$). Mbizotrojnë pacientët me arsim 8-vjeçar, ndjekur nga pacientët me shkollë të mesme (3.1%), pacientët me shkollë fillore (8.7%), pacientët me arsim të lartë (1.9%) dhe pa arsim (1.9%) ($p<0.01$). Mbizotëron niveli i ulët ekonomik (70.2%), ndjekur nga niveli i mesëm (27.9%) dhe niveli i lartë (1.9%) ($p<0.01$).

Siç shihet nga grafiku shumica e pacientëve (43.3%) të përfshirë në studim jetojnë me prindërit, ndjekur nga bashkëshort/e dhe fëmijë (17.3%, vetëm me bashkëshorten (16.3%), me vëllezërit dhe motrat (10.6%), me të afërm si xhaxha/halla/teze/dajë (4.8%), vetëm me fëmijët (3.8%), vetëm me gjyshërit (2.9%) dhe në azil (1%) me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera ($p<0.01$).

Numri mesatar i pjestarëve në familje është 4 pjestarë ku vlerat variojnë nga 0 deri në 8 pjestarë në familje me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera ($p<0.01$). Moshë mesatare e fillimit të skizofrenisë te femrat është 24.7 (± 16.4) vjeç ndërsa e meshkujve 24.1 (± 4.8) vjeç, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.7$). Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale te femrat është 15.6 (± 14.1) vjeç ndërsa tek meshkujt është më e ulët 10.1 (± 8.6) vjeç, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.03$). Sjellje suicidale kanë manifestuar 11.5%), sjellje vetëdëmtuese (44.2%), histori të dhunës në familje kanë patur 70.2% e pacientëve ($p<0.01$), përdorim alkooli (30.8%), përdorim droge (10.6%), dënime të mëparshme (25%), në emigracion kanë qenë 21.2% e tyre.

Në 18.3% e pacientëve u gjet bashkëshoqërim me çrregullim të personalitetit dhe në 22.1% bashkëshoqërim me dëmtime konjitive.

Të pa shtruar janë 15 (14.4%) të pacientëve të cilët u diagnostikuan pas kryerjes së veprës, 19 (18.3%) e pacientëve kanë nga 1 shtrim, 28 (26.9%) kanë nga 2 shtrime dhe 40.4% kanë >2 shtrime, me ndryshim sijnifikant ($p<0.01$).

Nga 89 pacientët të cilët ishin trajtuar 57 (64%) e tyre nuk kishin compliance të marë në momentin e kryerjes së veprës ndërsa 32 (36%) e tyre kishin skizofreni refraktare.

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët beqarë, me ndryshim sijnifikante me pacientët e tjerë ($p<0.01$).

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët që përdorin drogë dhe që kanë dënime të mëparëshme, me ndryshim sijnifikant me pacientët e tjerë ($p<0.01$). Shumica e pacientëve kanë kryer nga 1 vrasje (99.5%) e tyre, 4 pacientë ose 3.8% e tyre kanë kryer 2 vrasje dhe 3 paciente ose 1% e tyre ka kryer 3 vrasje ($p<0.01$).

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët që kanë pësuar trauma ($p<0.01$) dhe që kanë çrregullime të personalitetit ($p=0.04$), me ndryshim sijnifikante me pacientët e tjerë.

Përsa i përket viktimave, 25.5% janë të njojur, ndjekur nga të panjohur (18.2%), nëna, bashkëshorti/tja dhe shoku me nga 11.8% secila, babai (9.1%), komshiu (4.5%), vëllai (2.7%), dhe halla, xhaxhai, kunati, imami dhe polic me nga një rast ose 0.9% secili. Duke e përmbledhur me marrëdhënien e pacientët me viktimat rezulton që 42.7% janë të njohur, 38.2% e viktimave janë të afërm dhe 19.1% e viktimave janë të panjohur ($p<0.01$). Në lidhje me metodën e kryerjes së veprës, mbizotëron arma e ftohtë (39.4%), ndjekur nga arma a zjarrit (30.8%), mjete rrethore (17.3%), grushta (2.9%), sepatë (29%), goditje me shkop (1.9%), goditje me gurë (1.9%) dhe djegie, goditje me dru dhe hedhje nga ballkoni me nga 1 rast ose 1% secila ($p<0.01$). Përsa i përket vendit të kryerjes së veprës penale mbizotëron shtëpia (42.3%) ndjekur nga “larg vendbanimit” (31.7%), “pranë vendbanimit” (19.2%), dhe ambient biznesi 6.7%) ($p<0.01$). Nga motivet e kryerjes së veprës mbizotërojnë hakmarrja (32.7%) ndjekur nga xhelozia (31.7%), debate/zënie (19.2%), çeshtje financiare (13.5%), seksualitet (2.9%) ($p<0.01$). Në momentin e kryerjes së veprës mbizotëron simptomatologjia positive me delusione (51%) ndjekur nga (34.6%) halucinacione, çrregullime të impulsit (9.6%), mendime dhe të folur të ç’organizuar (2.9%) dhe probleme me përqëndrimin (1.9%). Studime të shumta në literaturë raportojnë gjetje të ngjashme me këtë studim.

Faktorë sijnifikante dhe të pavarur për homicid rezultuan: Gjinia/meshkuj; Moshë e fillimit të sëmundjes; Statusi civil/beqar; Varësia; Histori dhune në familje; Sjellje vetëdëmtuese; Komplanca ndaj trajtimit.

Rastet e plagosjeve ose vrasjeve mes të panjohurve në vende publike priren të rrisin ndërjegjësimin dhe panikun publik. Studimet e mëparshme kanë dokumentuar gjithashtu disa forma të viktimizimit. Hetimi i rasteve të vrasjeve ka treguar se të sëmurët mendorë kanë më pak gjasa të sulmojnë të huajt (79). Në të kundërt, familjet dhe miqtë e individëve me çrregullime mendore përballen me rrezikun më të madh të dëmtimit (80). Pacientët me çrregullime të rënda mendore si skizofrenia kryejnë gjysmën e akteve të dhunshme drejtpërdrejt tek anëtarët e familjes (81). Një studim japonez tregoi se 34.8% e anëtarëve të familjes së pacientëve me skizofreni kishin përjetuar dhunë fizike nga pacienti (82). Sipas një meta-analize, të paktën 40% e të afërmeve të njerëzve me çrregullime mendore u plagosën nga

pacientët (83). Skizofrenia ka një lidhje më të fortë me vrasjen sesa diagnozat e tjera të çrregullimeve mendore (84). Ndër pacientët me çrregullime mendore që kanë vrarë të afërm, më shumë se 50% ishin pacientë me skizofreni (85). Për sa i përket ashpërsisë së dëmtimit, të afërmit e njerëzve me çrregullime mendore kishin një probabilitet më të lartë për të vuajtur dhunë të rëndë ose fatale (86). Kriminelët psikiatrikë kanë një prirje më të lartë për të kryer krime vetëm, në publik dhe kundër të huajve sesa kriminelët jopsikiatrikë(87).

Megjithatë, pacienti zakonisht dënohet me ligj kur kryen akte të dhunshme ndaj njerëzve jashtë familjes. Kjo mund të jetë një nga arsytet pse të dhënat e bazuara në të dhënat e policisë ndryshojnë nga rezultatet e anketave në komunitet. Në një studim suedez (88), vetëm 13% e viktimave ishin të afërm, ndërsa të huajt përbënin 55.8%. Në studimin tonë, të huajt përbënin vetëm 21.4%. Ky ndryshim mund të jetë edhe nga kampioni i studimit, në studimin tonë, ne fokusohemi vetëm te viktima origjinale që ishte e para që u sulmua dhunshëm. Policia, oficerët e sigurisë dhe personat e tjerë që u viktimizuan për të parandaluar pasojat e lëndimeve të rënda u përjashtuan, megjithatë, këto lloj viktimash u kategorizuan si të huaj në studimin suedez të lartpërmendur (89).

Megjithatë, analiza e regresionit multinomial nuk gjeti një kontribut domethënës të këtyre simptomave për llojet e ndryshme të viktimave, gjë që sugjeron se simptomat mendore mund të mos jenë përcaktuesi kryesor i llojit të viktimës.

Një studim mbi pacientët me skizofreni që dëmtojnë të afërmit dhe të huajt zbuloi se fyerjet, kërcënimet dhe shtrimi i detyruar në spital ishin nxitja kryesore për dhunën (90). Pacientët që vrasin të huaj kanë më shumë gjasa të jenë të pastrehë, të shfaqin sjellje antisociale dhe të kenë më pak simptoma negative sesa ata që vrasin anëtarët e familjes (91).

Simptomat psikotike dhe dhuna janë shoqëruar për një kohë të gjatë, por mekanizmi specifik mbetet një mister. Studiuesit kanë zbuluar se deluzionet e persekutimit mund të kontribuojnë në sjelljen e dhunshme të pacientët me skizofreni, dhe deluzionet ose halucinacionet lidhen me sjelljen e dhunshme (92). Megjithatë, studimet kanë treguar se deluzionet nuk rrisin rrezikun e përgjithshëm të dhunës së pacientit, ato mund të ndikojnë në sjelljen e dhunshme të pacientëve individualë (93). Sjellja deluzionale zakonisht nuk çon në sjellje të dhunshme (94) dhe rrallë pacienti vret viktimën duke iu bindur halucinacionit auditiv komandues (95). Shfaqja e sjelljes së dhunshme mund të jetë një zgjidhje jopërshtatëse e konfliktit nga pacienti (96) ose një përgjigje e zgjeruar ndaj stresit në situatën stimuluese (97).

Shanset që njerëzit të shfaqin sjellje agresive janë më të larta kur ndihen të frikësuar (98).

Pacientët me skizofreni shpesh kanë dëmtime shoqëruese konjitive (99). Studimet kanë treguar se mosfunksionimi ekzekutiv lidhet me sjelljen e dhunshme (100) për shkak të dëmtimit të aftësisë për t'u përshtatur me mjedisin. Ndonjëherë është e ndërlikuar që individët të përshtatin sjelljen e tyre me ndryshimet mjedisore dhe të kenë frenim joadekuat, duke rezultuar në sfida jopërshtatëse në mjediset sociale dhe reagime më të dhunshme (101). Në pamundësi për t'i trajtuar konfliktet në mënyrë të arsyeshme, prania e simptomave psikotike si deluzionet dhe halucinacionet, thjesht mund të rrisin probabilitetin që një pacient të përjetojë konflikt, megjithatë, nëse sjellja e dhunshme do të ndodhë përfundimisht, lidhet me funksionin ekzekutiv të pacientit dhe aftësitë e tjera njohëse për të vlerësuar dhe të zbatuar një strategji specifike të përpunimit të konfliktit.

Të marra së bashku, simptomat, marrëdhëniet dhunues-viktimë dhe rrethanat mund të ndërveprojnë në mënyra komplekse për të çuar në dhunë. Sipas Teorisë së Veprimit të Situatës (SAT) (102), akti i krimit rezulton nga një proces perceptimi-zgjedhja e prirjes ndaj krimit dhe ekspozimit kriminogjen të personave, dhe SAT pohon se aktet e krimit shpjegohen më së miri si veprime morale. Dhe prirja për krime e një personi ishte pasojë e moralit dhe aftësisë së tyre për të ushtruar vetëkontroll. Ndikimi i kontekstit moral të një mjedisi në veprim është gjithmonë një çështje e kontekstit moral të perceptuar të tij. Ekspozimi kriminogjen i një personi mund të shihet si takime të tij/saj me mjedise në të cilat normat morale (të perceptuara) dhe nivelet e tyre (të perceptuara) të zbatimit (ose mungesa e zbatimit) inkurajojnë arritjen e rregullave të sjelljes (të përcaktuara në ligj) në përgjigje të mundësi ose fërkime të veçanta në jetën e tyre të përditshme (103). Vuajtja nga skizofrenia mund të ndikojë në moralin dhe aftësinë e pacientëve për të ushtruar vetëkontroll dhe perceptim të saktë të normave morale dhe zbatimit në mjedise.

Analiza e regresionit multinomial tregoi se pacientët e punësuar dhe ata më të rinj kishin më shumë gjasa të sulmonin të huajt, dhe pacientët më të rinj që jetonin me të tjerët kishin më shumë gjasa të sulmonin të afërmit. Moshë, situata e jetesës dhe punësimi mund të ndikojnë në rrethanat e jetesës dhe mundësinë për t'u lidhur me të tjerët. Grupi i pacientëve të punësuar që ka vrarë të panjohurit mund të marrë pjesë në më shumë aktivitete të jetës shoqërore dhe këto aktivitete arrijnë te më shumë njerëz sesa dy grupet e tjera, kështu që ka më shumë gjasa të kontaktojë me të panjohur. Për më tepër, ata ishin më rrallë bashkëjetues me të tjerët, pa kujdes dhe mbikëqyrje të arsyeshme dhe adekuate. Në rastin e një pacienti të mbyllur në shtëpi, ne supozojmë një rrezik të ulët që ai ose ajo të dëmtojë një të huaj(104).

Viktimat e grupit të të afërmeve kishin më shumë gjasa të jetonte me të tjerët, dhe rreth 72.9% e rasteve të tyre ndodhën në banesën e tyre të përbashkët, gjë që sugjeron se shumica e pacientëve që sulmuan të afërmit ishin në shtëpi dhe kishin një rreth të vogël shoqëror personal, dhe arsyeja mund të jetë se ata mund të kontaktojnë vetëm me të afërmin që është kujdestar në shumicën e kohës.

Viktimat e afërta kanë një përqindje të lartë të rasteve që përfshijnë viktimën femra, gjë që është në përputhje me studimet e mëparshme që tregojnë se gratë përbëjnë shumicën e viktimave familjare (105) sepse kujdestarët e pacientëve ishin kryesisht bashkëshortë ose nëna. Në një studim të pacientëve me skizofreni me parricide, 98.1% jetonin me prindërit e tyre (105). Pacientët me skizofreni mund të kenë disa çrregullime të sjelljes për shkak të ndikimit të sëmundjes. Prindërit dhe bashkëbanorët e tjerë do t'u kërkonin atyre të bënin gjëra të tilla si të mos rrinin jashtë natën, të mos pinin duhan gjatë natës, të pastronin dhomën e tyre, të hanë rregullisht, të marrin ilaçe dhe të kursenin (106). Pacienti mund t'i perceptojë këto sjellje të kufizuara si frustrim prindëror dhe armiqsi ndaj tyre [49]. Megjithatë, si kujdestare kryesore, nënat luajnë një rol të rëndësishëm në marrjen e detyrueshëm të barnave, shtrimin e detyruar në spital dhe sigurimin e disiplinës(107). Si rezultat, ndodhën konflikte midis kujdestarëve dhe pacientëve dhe pacientët do të sulmonin njerëzit me të cilët bashkëjetonin. Pacientët shpesh ushtrojnë dhunë mbi viktimat e tyre përpara se të ndodhte vrasja e tyre, 40.7% të pacientëve që abuzonin dhunshëm me viktimat e tyre përpara se të ndodhte vrasja (108). Për sa i përket ashpërsisë së viktimizimit, incidenca e vdekjes në grupin e të afërmeve tejkaloi atë të dy grupeve të tjera në mënyrë të konsiderueshme. Studimet e mëparshme kanë treguar gjithashtu se pacientët me çrregullime mendore shkaktojnë lëndime më të rënda tek të afërmit e tyre (109).

Një shpjegim i mundshëm do të ishte vendndodhja e incidentit, duke pasur parasysh se shumica e rasteve kanë ndodhur në banesën e përbashkët. Ishte më e lehtë për autorin, të merrte mjete të tilla si thika dhe shkopinj, sepse shkelësi ishte i njohur me zonën dhe ashpërsia e sulmit ishte më domethënëse sesa nëse shkelësi nuk kishte mjete. Të huajt nuk mund të parandalojnë dhunën dhe të trajtojnë viktimat për shkak të mjedisit relativisht të fshehtë të incidentit, gjë që rrit rrezikun e vdekjes për viktimën.

Modelet e lëvizjes së njerëzve përcaktohen nga aktivitetet e tyre rutinë individuale dhe që njerëzit kryejnë krime lidhet me fushat e tyre të aktivitetit (110). Mosmarrëveshjet me kujdestarët e tyre në jetën e përditshme mund të ndikojnë gjithashtu në ekspozimin kriminogjen të pacientit. Në shumë vende, anëtarët e familjes janë kryesisht përgjegjës për mbikëqyrjen e pacientëve me çrregullime mendore (111). Megjithatë, shumica e anëtarëve të familjes nuk kanë njohuri dhe aftësi për të përballuar krizën e dhunshme të të sëmurëve mendorë (112). Shumë pacientë kanë simptoma të përsëritura për shkak të trajtimit joadekuat ose të pasaktë (113). Si rezultat i simptomave të mbetura (114) funksionit kognitiv dhe emocional të dëmtuar (115) ose stigmës (116) këta pacientë kryen në mënyrë të përsëritur krime të dhunshme. Në këtë gjendje, duhet të forcohen njohuritë bazë për çrregullimet mendore dhe aftësitë për parandalimin e dhunës për kujdestarët familjarë, gjë që është thelbësore për rehabilitimin e sëmundjeve dhe parandalimin e dhunës. Ndërkohë, komuniteti dhe qeveria duhet të bëjnë përpjekje për të ndërtuar një sistem menaxhues afatgjatë të arsyeshëm dhe të arsyeshëm për pacientët me çrregullime mendore për të përmirësuar rehabilitimin e tyre.

Është raportuar se prevalenca e individëve me skizofreni që kanë kryer vrasje në të gjitha rastet e vrasjeve është më e lartë se prevalenca e skizofrenisë në popullatën e përgjithshme (117). Prevalenca e kryerjes së vrasjeve mund të ndryshojë midis vendeve. Për shembull, shkalla e rasteve të vrasjeve në Angli dhe Uells është relativisht më e ulët se Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA): kjo normë është 1.8/100,000 në Angli dhe Uells, por 5.5 në SHBA (118). Në një studim pasues 3-vjeçar, në mesin e 1594 personave që kryen vrasje, 85 (5%) u zbuluan se kishin diagnozën e skizofrenisë (119).

Këto norma ngrenë pyetjen se cilat karakteristika të njerëzve me skizofreni që kryen vrasje ndryshojnë nga njerëzit e tjerë me skizofreni. Ka disa studime për karakteristikat socio-demografike dhe klinike të këtyre individëve dhe identitetin e viktimave të tyre. Kjo jep informacion të vlefshëm për këta individë që prirën të sillen dhunshëm dhe të kryejnë vrasje. Megjithatë, është ende e vështirë të formohet një grup specifik dhe të përcaktohen faktorët e rrezikut (120). Gjinia mashkullore, nëntipi paranojak, statusi i ulët socio-ekonomik (121), abuzimi me alkoolin (122), abuzimi me substancat (123) mospërputhja me trajtimin mjekësor (124), prania e deluzioneve aktive gjatë vrasjes (13) dhe prania të personalitetit antisocial (14) janë ndër faktorët e rrezikut. Në një studim ku pacientët pa përgjegjësi penale janë vlerësuar në SHBA, Kanada dhe Japoni, karakteristikat socio-demografike të pacientëve janë gjetur të ngjashme. Në këtë studim, të gjithë pacientët, duke përfshirë disa pa skizofreni, u zbuluan se ishin midis 20 dhe 29 vjeç, meshkuj, beqarë, të papunë, kishin nivel të ulët arsimor, kryenin krime të dhunshme, kishin shqetësime të rënda psikiatrike dhe kishin histori kriminale dhe psikiatrike (125). Në një studim të bërë në Turqi, 898 pacientë të pranuar përmes kanaleve

ligjore u vlerësuan në mënyrë retrospektive dhe u zbulua se, ngjashëm me studimet e mëparshme, kryesisht grupmosha 21-30 kanë kryer krim dhe 67% nga 840 pacientë meshkuj kanë kryer krim edhe më parë (126).

Në përgjithësi, tendenca e sjelljes së dhunshme të pacientëve me skizofreni ka qenë objekt debati dhe një çështje e paqartë. Prevalenca e individëve me skizofreni midis vrasësve u raportua të ishte më e lartë se prevalenca e skizofrenisë në publikun e gjerë. Në një studim pasues trevjeçar, 85 nga 1594 njerëz që kryen vetëvrasje (5%) u zbulua se kishin diagnozë të skizofrenisë. Këto të dhëna statistikore sugjerojnë se kjo është një çështje e shëndetit publik. Gjetje të ngjashme kujtojnë disa pyetje: “Cilat janë ndryshimet midis individëve me skizofreni që kanë tendencë për dhunë ose që kryejnë më tej vrasje dhe individë të tjerë me skizofreni? Përveç kësaj, cilët faktorë ndikojnë në rrezikun e kryerjes së vrasjes? Duke përcaktuar këta individë të rrezikshëm, a është e mundur të parandalohen aktet e dhunshme që mund të arrijnë deri në kryerjen e vrasjes?” (127).

Karakteristikat e përgjithshme dhe klinike të përmendura më sipër tregojnë se mund të identifikohet një grup rreziku. Faktorë të tillë si gjinia mashkullore, statusi i ulët socio-ekonomik, të qenit i papunë, mospranimi i shtrimit në një klinikë psikiatrie pavarësisht simptomave psikotike, të kesh tipare të personalitetit antisocial, përkeqësim në simptomat akute psikotike, prania e abuzimit me alkoolin dhe substancat, aktet e mëparshme të dhunshme, të paracaktuara Nëntipi paranojak, mospërputhja me trajtimin antipsikotik, shtrimet e shpeshta në spital dhe prania e ideve vetëvrasëse i drejtojnë pacientët drejt dhunës dhe vrasjeve të mëvonshme(128).

Mosrespektimi i trajtimit mendohet se ka lidhje serioze me sjelljet e dhunshme të pacientët me skizofreni. Mospërputhja me trajtimin shoqëruar të abuzimit me substanca mund të rrisë rrezikun e dhunës (129) gjetën në metaanalizën e tyre se një pjesë e madhe e rrezikut të kryerjes së vrasjes në pacientët me skizofreni ishte për shkak të abuzimit me substanca të pranishme në këta pacientë. Gjithashtu, u tha se rreziku i kryerjes së aktit të dhunshëm të këtyre pacientëve që kanë abuzim shoqëruar të substancave është i ngjashëm me pacientët me abuzim me substanca, por pa psikoze. Në fakt, këto gjetje tregojnë se programet parandaluese që fokusohen në abuzimin me substancat mund të jenë efektive në reduktimin e akteve të dhunshme në këto raste (130). Një tjetër meta-analizë tregoi se 38.5% e të gjitha vrasjeve ishin në episodin e parë psikotik dhe pak para fillimit të trajtimit. Për shkak se rreziku i vrasjes në atë periudhë është 15.5 herë më i lartë se ai pas trajtimit, trajtimi i hershëm i episodit të parë mund të parandalojë disa nga tentativat për vrasje(131). Në një studim tjetër, u zbulua se 86% e pacientëve me skizofreni që kanë ide vrasëse kanë edhe ide vetëvrasëse. Në një studim tjetër, 55% e pacientëve me skizofreni rezistente ndaj trajtimit dhe armiqësor zbuluan se kishin ide vetëvrasëse (132). Në këtë kontekst, idetë vetëvrasëse të pacientët me skizofreni mund të perceptohen si parashikues të sjelljes armiqësore. Megjithatë, të dhënat në këtë fushë janë të pamjaftueshme. Do të jetë e vështirë të bëhen përgjithësime. Pas ekzaminimit të 39 rasteve nën psikoze gjatë aktit të vrasjes, rezultoi se 10.2% e akteve ishin për shkak të gabimeve të terapistëve apo autoriteteve ligjore dhe 15.4% rezultoi se mund të parandaloheshin nga komunikimi i ngushtë i terapistit dhe familjarëve. Në këtë studim, u arrit në përfundimin se të gjithë anëtarët e familjes duhet të përfshihen në trajtimin dhe kërcënimet e pacientëve psikotikë

duhet të merren parasysh (133). Anëtarët e familjes mund të jenë gjithashtu objektiva të pacientëve me skizofreni që kanë këtë rrezik. Pacientët me skizofreni që janë të martuar dhe mbartin potencial rreziku mund të synojnë veçanërisht bashkëshortët e tyre. U konstatua se akti i dhunshëm në përgjithësi drejtohet ndaj një anëtari të familjes ose dikujt të afërt (134). Të paktën, të afërmit e individëve të rrezikshëm duhet të paralajmërohen dhe të kujtohen se trajtimet e këtyre pacientëve duhet të trajtohen me kujdes. Është e mundur të parashikohen akte të dhunshme që mund të rezultojnë në vrasje. Duhet mbajtur parasysh se një grup i veçantë me skizofreni ka më shumë faktorë rreziku. Abuzimi me substancat është një faktor i rëndësishëm dhe kryesor rreziku. Faktorët e tjerë të rrezikut gjithashtu nuk duhet të nënvlerësohen(135-140).

V PËRFUNDIME

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale te femrat është 15.6 (\pm 14.1) vjeç ndërsa tek meshkujt është më e ulët 10.1 (\pm 8.6) vjeç.

Sjellje suicidale kanë manifestuar 11.5%, sjellje vetëdëmtuese (44.2%), histori të dhunës në familje kanë patur 70.2% e pacientëve, përdorim alkooli (30.8%), përdorim droge (10.6%), dënime të mëparshme (25%), në emigracion kanë qenë 21.2% e tyre.

Në 18.3% e pacientëve u gjet bashkëshoqërim me çrregullim të personalitetit dhe në 22.1% bashkëshoqërim me dëmtime konjitive.

Të pashtruar janë 15 (14.4%) të pacientëve të cilët u diagnostikuan pas kryerjes së veprës, 19 (18.3%) e pacientëve kanë nga 1 shtrim, 28 (26.9%) kanë nga 2 shtrime dhe 40.4% kanë >2 shtrime, me ndryshim sijifikant.

Nga 89 pacientët të cilët ishin trajtuar 57 (64%) e tyre nuk kishin compliance të mirë në momentin e kryerjes së veprës ndërsa 32 (36%) e tyre kishin skizofreni refraktare.

Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët beqare, për pacientët që përdorin droge dhe që kanë dënime të mëparshme.

Vrasjet mbizotërojnë tek të njohurit 42.7%, 38.2% e viktimave janë të afërm dhe 19.1% e viktimave janë të panjohur.

Në lidhje me metodën e kryerjes së veprës, mbizotëron arma e ftohtë (39.4%), ndjekur nga arma a zjarrit (30.8%).

Përsa i përket vendit të kryerjes së veprës penale mbizotëron shtëpia (42.3%) ndjekur nga “larg vendbanimit” (31.7%), “pranë vendbanimit” (19.2%), dhe ambient biznesi (6.7%).

Nga motivet e kryerjes së veprës mbizotërojnë hakmarrja (32.7%) ndjekur nga xhelozia (31.7%), debate/zënie (19.2%), çështje financiare (13.5%), seksualitet (2.9%).

Në momentin e kryerjes së veprës mbizotëron simptomatologjia positive me delusione (51%) ndjekur nga halucinacione (34.6%), çrregullime impulsive (9.6%), mendime dhe të folur të ç’organizuar (2.9%) dhe probleme me përqëndrimin (1.9%).

VI REKOMANDIME

- Pamvarisht se jo të gjithë pacientët e diagnostikuar skizofreni janë të prirur ndaj dhunës, një grup i veçantë ka potencial të lartë për sjellje të dhunshme e armiqësore që mund të përfundojë me vrasje.
- Është e rëndësishme për praktikën klinike dhe politikën e shëndetit mendor, ndjekja nga afër e pacientëve me skizofreni dhe organizimi aktiv i trajtimit të tyre si masa parandaluese për të evituar pasojat e pakëndshme.
- Për të shmangur perceptimin publik të panevojshëm e të ekzagjeruar, që stigmatizon pacientët, të gjithë duhet të jemi jashtëzakonisht të kujdesshëm kur diskutojnë këto çështje.
- Anëtarët e familjes janë kryesisht përgjegjës për mbikëqyrjen e pacientëve me çrregullime mendore. Megjithatë, shumica e tyre nuk ka njohuri dhe aftësi për të përballuar krizën e dhunshme të të sëmurëve mendore.
- Shumë pacientë kanë simptoma të përsëritura për shkak të trajtimit joadekuat ose të pasaktë.
- Si rezultat i simptomave reziduale, funksionit kognitiv dhe emocional të dëmtuar ose stigmës, këta pacientë kryen në mënyrë të përsëritur krime të dhunshme. Në këto kushte, duhet të forcohen njohuritë bazë për çrregullimet mendore dhe aftësitë për parandalimin e dhunës, te kujdestarët familjarë.
- Është thelbësore të krijohet një sistem kujdestarie për pacientët me skizofreni për të përmirësuar ndërgjegjësimin e kujdestarit për sëmundjen dhe metodat e menaxhimit të rrezikut.
- Ndërkohë, komuniteti dhe hartuesit e politikave duhet të bëjnë përpjekje për të ndërtuar një sistem menaxhues afatgjatë të arsyeshëm për pacientët me çrregullime mendore për të përmirësuar rehabilitimin e tyre.
- Numri i vrasjeve që lidhen me sëmundje të rënda mendore mund të parandalohet me trajtim dhe ndjekje më të hershme dhe më efektive, si dhe me zbatimin e mënyrave për të reduktuar stigmën dhe diskriminimin ndaj sëmundjeve mendore në shtëpi dhe publikut.
- Është e mundur që cilësia e shërbimeve të ofruara të shëndetit mendor dhe mungesa e shërbimeve adekuate (të individualizuara) mund të ndikojnë në rrezikun e vrasjes, për shembull, në kuptimin e njohjes më të hershme të SSD-së dhe aderences dhe kompliancës së trajtimit.
- Njohja e faktorëve të riskut për sjellje vrasëse dhe edukimi më efektiv i profesionistëve që punojnë në sektorin e kujdesit shëndetësor mendor mund të mundësojë ndërhyrje të hershme për të zbuluar më parë sjelljen vrasëse te njerëzit që vuajnë nga SSD.
- Një kuptim më i mirë i kontekstit rrethues, simptomave psikotike, karakteristikave dhe përvojave të caktuara që lidhen me aktet vrasëse të kryera nga personat me skizofreni, mund të çojë në trajtim të përmirësuar, të zvogëlojë stigmatizimin dhe në fund parandalimin e sjelljes vrasëse.

VII SHTOJCA

Skeda individuale e mbledhjes së të dhënave

❖ Karakteristikat e sociodemografike

-Moshë

-Gjinia

❖ Karakteristikat e sjelljes

-Sjellje vetëvrasëse

-Sjellje vetëdëmtuese

-Historia e dhunës në familje

-Përdorimi i alkoolit

-Përdorimi i drogës

-Dënime të mëparshme

-Emigracioni

-Trauma

❖ Bashkëshoqërimi me sëmundje të tjera psikiatrike

-Bashkëshoqërimi me çrreg. personaliteti

-Bashkëshoqërimi dëmtime konjitive

❖ Statusi i hospitalizimit të pacientëve

❖ Komplanca e pacientëve

❖ Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale, sipas karakteristikave sociodemografike dhe të sjelljes.

❖ Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes në kryerjen e veprës penale, sipas bashkëshoqërimit me çrregullimet e personalitetit dhe dëmtimeve konjitive

❖ Numri i viktimave prej pacientëve

❖ Numri dhe tipi i viktimave

❖ Lidhja e pacientëve me viktimat

❖ Metoda e kryerjes së veprës

❖ Vendi i kryerjes së veprës

❖ Motivet e kryerjes së veprës

❖ Simptomatologjia në momentin e kryerjes së veprës

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Homicide. (2020). Accessed: May 12, 2020: <https://www.britannica.com/topic/homicide>.
2. Brookman F: Deconstructing homicide. *Understanding homicide*. 2005, 2-26. 10.4135/9781446216361
3. Homicides: Our World in Data. (2013). Accessed: October 12, 2020: <https://ourworldindata.org/homicides>.
4. Madadin M, Eldosary M, Almoghaniem S, Yasser Hafez A, Salam Mourad MA, Tubaigy S: Homicidal deaths in Dammam, Kingdom of Saudi Arabia. *Egypt J Forensic Sci*. 2011, 1:114-117. 10.1016/j.ejfs.2011.08.004
5. Simpson AI, McKenna B, Moskowitz A, Skopow J, Barry-Ealsh J: Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *Br J Psychiatry*. 2004, 185:394-398. 10.1192/bjp.185.5.394
6. Torrey EF: Stigma and violence: isn't it time to connect the dots?. *Schizophr Bull*. 2011, 37:892-896.
7. US Department of Health and Human Services: Mental Health: A Report of the Surgeon General. National Institute of Mental Health, Rockville, MD; 1999.
8. Hampson ME, Watt BD, Hicks RE: Impacts of stigma and discrimination in the workplace on people living with psychosis. *BMC Psychiatry*. 2020, 20:288. 10.1186/s12888-020-02614-z
9. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS: Violence and mental illness: what is the true story?. *J Epidemiol Community Health*. 2016, 70:223-225. 10.1136/jech-2015-205546
10. Yahia M: Dealing with mental illness in the Middle East. *Nature Middle East*. 2012,
11. Mental disorders. (2020). Accessed: October 11, 2020: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>.
12. Leyton M: Are people with psychiatric disorders violent?. *J Psychiatry Neurosci*. 2018, 43:220-222.
13. Long Y, Tong X, Aïad M, Xi S, Yu Y: Violence, runa way, and suicide attempts among people living with schizophrenia in China: prevalence and correlates. *PeerJ*. 2022, 10:e13033. 10.7717/peerj.13033
14. Kamperman AM, Henrichs J, Bogaerts S, et al.: Criminal victimisation in people with severe mental illness: a multi-site prevalence and incidence survey in the Netherlands. *PLoS One*. 2014, 9:e91029.
15. Shaë J, Hunt IM, Flynn S, et al.: Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *Br J Psychiatry*. 2006, 188:143-147. 10.1192/bjp.188.2.143
16. Golenkov A, Large M, Nielsens O, Tsymbalova A: Homicide and mental disorder in a region with a high homicide rate. *Asian J Psychiatr*. 2016, 23:87-92. 10.1016/j.ajp.2016.07.015
17. Fekih-Romdhane F, Skandrani M, Dridi A, Ridha R, Cheour M: Homicide committed by individuals with severe mental illnesses: a comparative study before and after the

- Tunisian revolution of January 14th, 2011. *Int J La & Psychiatry*. 2020, 71:101580. 10.1016/j.ijlp.2020.101580
18. Flynn S, Abel KM, Ehile D, Mehta H, Sha & J: Mental illness, gender and homicide: a population-based descriptive study. *Psychiatry Res*. 2011, 185:368-375. 10.1016/j.psychres.2010.07.040
 19. Assareh M, Ebrahimi MR, Rakhshani T, Rai AR: Homicide offending and its main determinants in patients with schizophrenia or bipolar mood disorders. *Arch Psychiatry Psychother*. 2016, 18:27-31.
 20. Van Dorn R, Volavka J, Johnson N: Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012, 47:487-503. 10.1007/s00127-011-0356-x
 21. Flynn S, Ibrahim S, Kapur N, Appleby L, Sha & J: Mental disorder in people convicted of homicide: longterm national trends in rates and court outcome. *Br J Psychiatry*. 2020, 1-7. 10.1192/bjp.2020.94
 22. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M: Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophr Res*. 2010, 123:263-269. 10.1016/j.schres.2010.08.019
 23. Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D: Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health*. 2001, 11:6-26. 10.1002/cbm.366
 24. Lodge GJ: Schizophrenia, homicide and long-term follow-up. *Br J Psychiatry*. 2009, 195:553-554.
 25. Yoon JH, Kim JH, Choi SS, Lyu MK, Keon JH, Jang YI, Park GT: Homicide and bipolar I disorder: a 22-year study. *Forensic Sci Int*. 2012, 217:113-118. 10.1016/j.forsciint.2011.10.037
 26. Fazel S, Grann M: Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry*. 2004, 161:2129-2131. 10.1176/appi.ajp.161.11.2129
 27. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Broome C: Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry*. 1998, 172:477-484. 10.1192/bjp.172.6.477
 28. Martone CA, Mulvey EP, Yang S, Nemoianu A, Shugarman R, Soliman L: Psychiatric characteristics of homicide defendants. *Am J Psychiatry*. 2013, 170:994-1002. 10.1176/appi.ajp.2013.12060858
 29. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J: Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1996, 53:497-501. 10.1001/archpsyc.1996.01830060039005
 30. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortwein-Söboda G, Ealdhoer T: Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004, 110:98-107. 10.1111/j.1600-0047.2004.00305.x
 31. Koh KG, Ghee KP, Chan YH: Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997 - 2001). *Singapore Med J*. 2006, 47:297-304.
 32. Appleby L, Sha & J, Kapur N: Five-year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. *Avoidable Deaths*. 2006 (ed): The University of Manchester, Manchester, UK; 2006.

33. Mela M, Audu M, Tesfaye M, Gurmu S: A developing world perspective on homicide and personality disorder. *Med Sci Law*. 2014, 54:132-138. 10.1177/0025802413499911
34. Parker RN, Williams KR, McCaffree KJ, Acensio EK, Broome A, Strom KJ, Barrick K: Alcohol availability and youth homicide in the 91 largest US cities, 1984-2006. *Drug Alcohol Rev*. 2011, 30:505-514. 10.1111/j.1465-3362.2011.00336.x
35. Ho *Drugs & Alcohol Can Fuel Violent Behaviors* . (2020). Accessed: October 11, 2020: <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/addiction-and-violence>.
36. Fillmore MT, Ostling E, Martin CA, Kelly TH: Acute effects of alcohol on inhibitory control and information processing in high and low sensation-seekers. *Drug Alcohol Depend*. 2009, 100:91-99.
37. Loeber S, Duka T: Extinction learning of stimulus reward contingencies: the acute effects of alcohol. *Drug Alcohol Depend*. 2009, 102:56-62. 10.1016/j.drugalcdep.2009.01.014
38. Eefer J, Fillmore MT: Individual differences in acute alcohol impairment of inhibitory control predict ad libitum alcohol consumption. *Psychopharmacology (Berl)*. 2008, 201:315-324. 10.1007/s00213-008-1284-7
39. El-Hadidy MA: Schizophrenia with and without homicide: a clinical comparative study. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2012, 23:95-107. 10.1080/14789949.2011.650183
40. Nordström A, Dahlgren L, Kullgren G: Victim relations and factors triggering homicides committed by offenders with schizophrenia. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2006, 17:192-203. 10.1080/14789940600631522
41. Hachtel H, Nixon M, Bennett D, Mullen P, Ogloff J: Motives, offending behavior, and gender differences in murder perpetrators with or without psychosis. *J Interpers Violence*. 2021, 36:3168-3190.
42. Putkonen H, Collander J, Honkasalo M-L, Lönnqvist J: Personality disorders and psychoses form two distinct subgroups of homicide among
43. female offenders. *J Forens Psychiatry*. 2001, 12:300-312.
44. QuickStats: number of homicides committed, by the three most common methods* - United States, 2010- 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018, 67:806. 10.15585/mmwr.mm6729a4
45. Martin CCS, Melki JAD, Guimarães MA: Assessment of methods of homicide in a Brazilian city: a preliminary study. *Forensic Sci Int*. 1999, 106:19-25. 10.1016/s0379-0738(99)00130-9
46. Verma L, Punia RK, Sharma DK, et al.: An analysis of weapons used in homicides in Jaipur region- a three years study. *J Evid Based Med Healthc*. 2018, 5:1362-1365. 10.18410/jebmh/2018/283
47. Lu Y, Temple JR: Dangerous weapons or dangerous people? The temporal associations between gun violence and mental health. *Prev Med*. 2019, 121:1-6. 10.1016/j.ypmed.2019.01.008
48. Nielsens OB, Estmore BD, Large MM, Hayes RA: Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust*. 2007, 186:301-304. 10.5694/j.1326-5377.2007.tb00905.x
49. Dobson R: Method of homicide is associated with psychiatric diagnosis. *BMJ*. 2009, 338:b1752.

50. Minero VA, Barker E, Bedford R: Method of homicide and severe mental illness: a systematic review. *Aggress Violent Behav.* 2017, 37:52-62.
51. O'Leary MJ, Sa'adah A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet.* 2016;388(10039):86–97.
52. Clement S, Foster N. Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points. *Schizophr Res.* 2008;98(1–3):178–83.
53. Pescosolido BA, Manago B, Monahan J. Evolving public views on the likelihood of violence from people with mental illness: stigma and its consequences. *Health Aff.* 2019;38(10):1735–43.
54. Fazel S. Seena: schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama.* 2009;301(19):2016.
55. Fleischman A, Eerbeloff N, Yoffe R, Davidson M, Eisner M. Schizophrenia and violent crime: a population-based study. *Psychol Med.* 2014;44(14):3051–7.
56. Keers R, Ullrich S, DeStavola BL, Coid J. Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):332–9.
57. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(5):494–500.
58. Lidz C, Mulvey EP, Gardner E. The accuracy of predictions of violence to others. *JAMA, J Am Med Assoc.* 1993;269(8):1007–11.
59. Nielssen OB, Eestmore BD, Large MMB, Hayes RA. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust.* 2007;186(6):301–4.
60. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Amos T, Kapur N, Appleby L, Sha J. Perpetrators of homicide with schizophrenia: A national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv.* 2006;57(11):1648–51.
61. Sha J, Amos T, Hunt IM, Flynn S, Turnbull P, Kapur N, Appleby L. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ.* 2004;328(7442):734–7.
62. Nielssen O, Bourget D, Laajasalo T, Liem M, Labelle A, Hakkanen-Nyholm H, Koenraadt F, Large MM. Homicide of Strangers by People with a Psychotic Illness. *Schizophr Bull.* 2011;37(3):572–9.
63. Matthias, Angermeyer C. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;102(Supplement s407):63–7.
64. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(5):393–401.
65. Estroff SE, Sanson J, Lachicotte S, Sartz M, Bolduc M. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:S95–101.
66. Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluglu E, Namli M, Bayik YL, Simsek D. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry.* 2010;51(2):135–41.
67. Kageyama M, Solomon P, Yokoyama K. Psychological distress and violence towards parents of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(5):614–9.
68. Labrum T, Solomon PL. Rates of victimization of violence committed by relatives with psychiatric disorders. *J Interpers Violence.* 2017;32(19):2955–74.

69. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Med.* 2009;6(8):e1000120.
70. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortwein-Söboda G, Ealdhoer T. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110(2):98–107.
71. Baxter H, Duggan C, Larkin E, Cordess C, Page K. Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care. 1: A descriptive comparison. *J Forens Psychiatry.* 2001;12(2):287–99.
72. Marleau JD, Millaud F, Auclair N. A comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults. *Int J Law Psychiatry.* 2003;26(3):269–79.
73. Chan B, Shehtman M. Clinical risk factors of acute severe or fatal violence among forensic mental health patients. *Psychiatry Res.* 2019;275:20–6.
74. Nordstrom A, Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(6):326–30.
75. Morgan VA, Morgan F, Valuri G, Ferrante A, Castle D, Jablensky A. A whole-of-population study of the prevalence and patterns of criminal offending in people with schizophrenia and other mental illness. *Psychol Med.* 2013;43(9):1869–80.
76. Chen Y-F. Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-3): Towards Integration in International Classification. *Psychopathology.* 2002;35(2–3):171–5.
77. Lee S. Cultures in psychiatric nosology: The CCMD-2-R and International Classification of Mental Disorders. *Cult Med Psychiatry.* 1996;20(4):421.
78. Hu J, Yang M, Huang X, Coid J. Forensic psychiatry in China. *Int J Law Psychiatry.* 2011;34(1):7–12.
79. Faustman EO, Overall JE. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep.* 1962;10(3):799.
80. Overall JE, Hollister LE, Pichot P. Major psychiatric disorders - a 4-dimensional model. *Arch Gen Psychiatry.* 1967;16(2):146.
81. Shafer A. Meta-analysis of the brief psychiatric rating scale factor structure. *Psychol Assess.* 2005;17(3):324–35.
82. Li X-j, Yu J-h, Liu J-b, Li K-p, Fang E, Sun X-h, Ma S-h. The influence of marital status on the social dysfunction of schizophrenia patients in community. *Int J Nurs Sci.* 2015;2(2):149–52.
83. Cai GJ, Eaton EE. Mental disorders in China: Results of the national epidemiological survey in 12 areas - Cooper, JE, Sartorius, N. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(5):351–2.
84. Humphreys MS, Johnstone EC, Macmillan JF, Taylor PJ. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry the J of Ment Sci.* 1992;161(4):501.
85. Ahn B-H, Kim J-H, Oh S, Choi SS, Ahn SH, Kim SB. Clinical features of parricide in patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012;46(7):621–9.
86. Ullrich S, Keers R, Shafer J, Doyle M, Coid J E. Acting on delusions: the role of negative affect in the pathway to towards serious violence. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2018;29(5):691–704.
87. Nordstrom A, Dahlgren L, Kullgren G. Victim relations and factors triggering homicides committed by offenders with schizophrenia. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2006;17(2):192–203.

88. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4):566–72.
89. Éessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, Everitt B, Garety P, Taylor PJ. Acting on delusions .1. prevalence. *Br J Psychiatry*. 1993;163:69.
90. Cheung P, Sch éeitzer I, Cro éley K, Tuck éell V. Violence in schizophrenia: Role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res*. 1997;26(2–3):181–90.
91. Éeiss EM. Neuroimaging and neurocognitive correlates of aggression and violence in schizophrenia. *Scientifica*. 2012;2012:158646.
92. Sandi C, Haller J. Stress and the social brain: behavioural effects and neurobiological mechanisms. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(5):290–304.
93. Buchanan A, Reed A, Éessely S, Garety P, Taylor P, Grubin D, Dunn G. Acting on delusions .2. the phenomenological correlates of acting on delusions. *Br J Psychiatry*. 1993;163:77–81.
94. Green MF, Harvey PD. Cognition in schizophrenia: past, present, and future. *Schizophr Res Cogn*. 2014;1(1):e1–9.
95. Lamsma J, Cahn É, Fazel S, Genetic R. Outcome of Psychosis i: Cognition and violent behavior in psychotic disorders: A nation éide case-control study. *Schizophr Res Cogn*. 2020;19:100166.
96. Cruz AR, de Castro-Rodrigues A, Barbosa F. Executive dysfunction, violence and aggression. *Aggress Violent Behav*. 2020;51:7.
97. Éikstrom POH. Explaining crime and criminal careers: the DEA model of situational action theory. *J Dev Life-Course Criminol*. 2020;6(2):188–203.
98. Éikstrom POH, Ceccato V, Hardie B, Treiber K. Activity Fields and the Dynamics of Crime. *J Quant Criminol*. 2010;26(1):55–87.
99. Straznickas KA, McNiel DE, Binder RL. Violence to éard family caregivers by mentally-ill relatives. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44(4):385–7.
100. Ran Mao-Sheng, Xiang Meng-Ze, Chan Cecilia, Lai- Éan Leff, Julian Simpson. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;8(2):69–75.
101. Éang M, Jin G, Éei Y, Éang F, Pan Z, Chen L, Lu X. A éareness, utilization and influencing factors of social supports for main informal caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional study in primary care settings in Beijing, China. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):192.
102. Müller N. Mechanisms of Relapse Prevention in Schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*. 2004;37(Suppl 2):S141-147.
103. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a revie é of empirical studies. *Psychol Med*. 1991;21(2):423–41.
104. Durk É, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Robert G. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follo éup of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull*. 1998;1:75–85.
105. Bulgari V, Bava M, Gamba G, Bartoli F, Ornaghi A, Candini V, Ferla MT, Cricelli M, Bianconi G, Cavalera C, et al. Facial emotion recognition in people éith schizophrenia and a history of violence: a mediation analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(6):761–9.
106. Delaney KR, Stigma Issues Ée Fail to See. *Stigma Issues Ée Fail to See*. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;26(4):333–5.

107. Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry*. 2005;186:153–7.
108. Chen X, Zhang X, Feng SCP, Yang M, Kong D, Hu J. Characteristics of alleged homicide offenders with and without schizophrenia in Sichuan, China. *Crim Behav Ment Health*. 2018;28(2):202–15.
109. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 345–50. [PubMed] [Google Scholar]
110. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 840–5. [PubMed] [Google Scholar]
111. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 979–86. [PubMed] [Google Scholar]
112. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 494–500. [PubMed] [Google Scholar]
113. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996; 22: 83–9. [PubMed] [Google Scholar]
114. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Making Mental Health Care Safer: Annual Report and 20-year Review of University of Manchester, 2016 (<http://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=37580>).
115. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophr Res* 2010; 123: 263–9. [PubMed] [Google Scholar]
116. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Phil Trans R Soc B* 2008; 363: 2505–18. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
117. Flynn S, Abel KM, Ehle D, Mehta H, Sha J. Mental illness, gender and homicide: a population based descriptive study. *Psychiatry Res* 2011; 185: 368–75. [PubMed] [Google Scholar]
118. Karabekiroglu A, Pazvantoglu O, Karabekiroglu K, Boke O, Korkmaz IZ. Associations with violent and homicidal behaviour among men with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 2016; 70: 303–8. [PubMed] [Google Scholar]
119. Baird A, Sha J, Hunt IM, Kapur N, Appleby L, Ebb RT. National study comparing the characteristics of patients diagnosed with schizophrenia who committed homicide versus those who died by suicide. *J Forens Psychiatry Psychol* 2018; 29: 674–89. [Google Scholar]
120. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1648–51. [PubMed] [Google Scholar]
121. Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluoglu E. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry* 2010; 51: 135–41. [PubMed] [Google Scholar]

122. Èang J, Zhang S, Zhong S, Mellsop G, Guo H, Li Q, et al. Gender differences among homicide offenders with schizophrenia in Hunan Province, China. *Psychiatry Res* 2019; 271: 124–30. [PubMed] [Google Scholar]
123. Appleby L, Sha ã J, Kapur N, Èindfuhr K, Ashton A, S ãinson N, et al. Avoidable Deaths: Five Year Report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness Department of Health and Social Care, 2006.
124. Gail M, Èilliams R, Byar D, Bro ãn C. Ho ã many controls? *J Chronic Dis* 1975; 29: 723–31. [PubMed] [Google Scholar]
125. Department for Communities and Local Government. English Indices of Deprivation: Guidance GOV.UK, 2010. (<https://ããã.gov.uk/government/publications/english-indices-of-deprivation-2010-guidance> [cited 22 Mar 2018]).
126. UK Data Service. GeoConvert UK Data Service (<http://geoconvert.mimas.ac.uk> [cited 31 Oct 2017]).
127. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 12. Stata Corporation, 2011. [Google Scholar]
128. Large M, Smith G, Nielsens O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2009; 112: 123–9. [PubMed] [Google Scholar]
129. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, McCrone P, et al.
130. Systematic Review of the Incidence and Prevalence of Schizophrenia and other Psychoses in England (Version 1.05). Department of Health, 2012. [Google Scholar]
131. Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 9–14. [PubMed] [Google Scholar]
132. National Institute for Mental Health in England. Personality Disorder: No Longer a Diagnosis of Exclusion. Policy Implementation Guidance for the Development of Services for People with Personality Disorder Department of Health, 2003.
133. Dale O, Sethi F, Stanton C, Evans S, Barnicot K, Sedg ãick R, et al. Personality disorder services in England: findings from a national survey. *BJPsych Bull* 2017; 41: 247–53. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
134. Drummond C. Cuts to addiction services are a false economy. *BMJ* 2017; 357: j2704. [PubMed] [Google Scholar]
135. Mohammadi D. Addiction services in England: in need of an intervention. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 421–2. [PubMed] [Google Scholar]
136. Èallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalisation and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 716–27. [PubMed] [Google Scholar]
137. Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009; 301: 2016–23. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
138. Sha ã J, Appleby L, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *BMJ* 1999; 318: 1240–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
139. Sedg ãick P. Questionnaire surveys: sources of bias. *BMJ* 2013; 347: f5265. [Google Scholar]

140. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 152–61. [PubMed] [Google Scholar]

Abstrakt

Hyrje: Studimet që hetojnë lidhjen midis çrregullimeve të mëdha mendore dhe vrasjeve kanë treguar se skizofrenia ishte e lidhur me shkallën më të lartë të vrasjeve. **Qellimi** është vlerësimi i karakteristikave klinike dhe të sjelljes të pacientet me skizofreni që kanë kryer homicid.

Materiali dhe metoda: Studimi është i tipit cross-sectional prospektiv i kryer në periudhën 2011-2015 në Institutin e Mjeksisë Ligjore në Tiranë dhe përfshin pacientë të cilët kanë kryer homicid dhe janë diagnostikuar me Skizofreni. Për çdo pacient janë mbledhur të dhënat sociodemografike dhe klinike nëpërmjet një skede individuale.

Rezultate: Në studim morën pjesë 104 pacientë nga të cilët 10 (9.6%) femra dhe 94 (90.4%) meshkuj. Moshë mesatare e pacientëve është 47 (± 12.1) vjeç që varion nga 23 vjeç deri në 81% vjeç. Sjellje suicidale kanë manifestuar 11.5%), sjellje vetëdëmtuese (44.2%), histori të dhunës në familje kanë patur 70.2% e pacientëve ($p < 0.01$), përdorim alkooli (30.8%), përdorim droge (10.6%), dënime të mëparshme (25%), në emigracion kanë qenë 21.2% e tyre. Nga 89 pacientët të cilët ishin trajtuar 57 (64%) e tyre nuk kishin komplaincë të mirë në momentin e kryerjes së veprës ndërsa 32 (36%) e tyre kishin skizofreni refraktare. Koha mesatare nga fillimi i sëmundjes deri në kryerjen e veprës është më e ulët për pacientët beqarë, që përdorin droge dhe që kanë dënime të mëparshme, me ndryshim sinjifikant me pacientët e tjerë ($p < 0.01$). 42.7% janë të njohur, 38.2% e viktimave janë të afërm dhe 19.1% e viktimave janë të njohur ($p < 0.01$). Në lidhje me metodën e kryerjes së veprës, mbizotëron arma e ftohtë (39.4%), ndjekur nga arma e zjarrit (30.8%), nga vendi i kryerjes së veprës mbizotëron shtëpia (42.3%) ndjekur nga "larg vendbanimit" (31.7%), nga motivet mbizotërojnë hakmarrja (32.7%) ndjekur nga xhelozia (31.7%), argumente/zënie (19.2%), çështje financiare (13.5%), seksualitet (2.9%) ($p < 0.01$). Në momentin e kryerjes së veprës mbizotëron simptomatologjia pozitive me deluzion (51%) ndjekur nga halucinacione (34.6%), çrregullime të lëvizjes (9.6%), mendime të ngatërruara dhe të folur të çorganizuar (2.9%) dhe probleme me përqëndrimin (1.9%).

Përfundim: Lloji i viktimës lidhet me karakteristikat demografike të pacienteve si situata e jetesës dhe moshë. Më shumë janë prekur të njohurit dhe të afërmit. Është thelbësore të krijohet një sistem kujdestarie për pacientët me skizofreni për të përmirësuar ndërgjegjësimin e kujdestarit për sëmundjen dhe metodat e menaxhimit të rrezikut.

Fjalë kyç: skizofreni, homicid, viktima

Abstract

Introduction: Studies investigating the relationship between major mental disorders and homicide have shown that schizophrenia is associated with higher homicide rates. The aim is to evaluate the clinical and behavioral characteristics of patients with schizophrenia who have committed homicide.

Material and method: This is a prospective cross-sectional study conducted during 2011-2015 at the Institute of Forensic Medicine in Tirana. The study included patients who committed homicide and were diagnosed with Schizophrenia. For each patient, sociodemographic and clinical data were collected through an individual file.

Results: 104 patients participated in the study, of which 10 (9.6%) were women and 94 (90.4%) were men. The average age of the patients is 47 (± 12.1) years old, ranging from 23 years old to 81 years old. Suicidal behavior manifested 11.5%), self-harming behavior (44.2%), history of violence in the family had 70.2% of patients ($p < 0.01$), alcohol use (30.8%), drug use (10.6%), previous convictions (25%), 21.2% of them were in emigration. Of the 89 patients who were treated, 57 (64%) of them did not have compliance at the time of the operation, while 32 (36%) of them had refractory schizophrenia. The average time from the beginning of the disease to the commission of the crime is longer for single patients, who use drugs and who have previous convictions, with a significant difference with other patients ($p < 0.01$). 42.7% are acquaintances, 38.2% of victims are relatives and 19.1% of victims are acquaintances ($p < 0.01$). In relation to the method of committing the crime, cold weapons dominate (39.4%), followed by firearms (30.8%), from the place of committing the crime, the house dominates (42.3%) followed by "away from residence" (31.7%), revenge (32.7%) prevails among the motives, followed by jealousy (31.7%), arguments/anxiety (19.2%), financial issues (13.5%), sexuality (2.9%) ($p < 0.01$). At the time of committing the act, positive symptomatology prevails with delusion (51%), followed by hallucinations (34.6%), movement disorders (9.6%), confused thoughts and disorganized speech (2.9%) and concentration problems (1.9%).

Conclusion: The type of victim is related to the demographic characteristics of patients such as living situation and age. Acquaintances and relatives are more affected. It is essential to create a caregiving system for patients with schizophrenia to improve caregiver awareness of the disease and risk management methods.

Key words: schizophrenia, homicide, victim