

## PSIKIATRIA KRIMINALE DHE NEUROBIOLOGJIA E AGRESIONIT

BESIM YMAJ, GENTIAN VYSHKA\*

### Summary

#### CRIMINAL PSYCHIATRY AND AGRESSION NEUROBIOLOGY

New knowledge on the biological mechanisms of aggression and impulsivity will of course improve and enlarge therapeutic options of their treatment. Actually the human violence is not any longer simplified as a biological or medical phenomenon; the medicalization of such a deal shall never make us forget the cultural, sociological and economical context that embedded violence in itself.

Ka një tendencë të neurobiologjisë së sotme që i ashtuquajtur 'kriminel', 'antisocial' apo gjithsesi, person 'i keq' për shoqërinë, të konsiderohet si i zhveshur nga çdo përgjegjësi dhe faj individual – por njëkohësisht t'i privohet edhe liria e veprimit. Presupozohet që përderisa për mendimin, perceptimin, ndjesitë, gjykimin dhe veprimin, ekziston një bazë materiale e cila merr formën e trurit apo të zonave të veçanta të këtij të fundit, atëherë nuk do të jetë njeriu në tërësi, por këto zona që mbeten përgjegjëse për veprimet e tij, e rrjedhimisht liria e këtij personi mbetet një iluzion i pastër.

PsikiatRIA kriminale prej kohësh ka pohuar që liria për marrjen e një vendimi dhe përgjegjësia e një personi do të kufizohet, vetëm në rastet kur përvijohet një sëmundje e qartë. Ka njerëz të cilët në situatë të një papërgjegjshmërie, mund të realizojnë veprime antisociale dhe krime. Ata vuajnë më së pari nga sëmundje, e cila ua bën të pamundur që të kuptojnë se veprimi i tyre bien ndesh me normat dhe ligjet. Për shembull, një gjendje halucinatorë skizofrenike ia bën

të pamundur të sëmurit që t'ia nënshtrojë veprimet e tij normave sociale. Veprimi i tij mund të jetë 'i keq', por personi i sëmurë mbetet i papërgjegjshëm dhe nuk mund të ndëshkohet, por duhet mjekuar.

Megjithatë në një numër rastesh vihen re persona me ngarkesë të pakët emocionale, mungesë të kritikës, paaftësi për të përballur frustrimin, me irritueshmëri të lartë, e të cilët po ashtu lehtësisht abuzojnë me droga dhe alkool, të cilët priren që të kryejnë vepra penale me qëllim përplotësimin e dëshirave të tyre materiale apo psikike. Këta persona e dinë që veprimi i tyre është i palejueshëm, por dëmet që u shkaktajnë të tjerëve nuk iu interesojnë. Pavarësisht se ata nuk meritojnë dhe përfitojnë privilegje, në disa raste edhe ndër ta terapia psikiatrike e psikologjike duket e justifikuar.

#### *I. Faktorët neurobiologjikë të psikopatisë dhe agresionit*

Rasti i Phineas P. Gage ishte ndoshta më i pari që u tërhoqi vëmendjen studiuesve mbi çrregullimet

\* Dërguar në Redaksi në Tetor 2007, miratuar për botim Dhjetor 2007.

Nga Instituti i Mjekësisë Ligjore, Tirane.

Adresa për letërkëmbim: Ymaj B., Instituti i Mjekësisë Ligjore, Tirane.

posttraumatike të sjelljes, posaçërisht në drejtim të rëndësisë që kanë lezionet frontale për sjelljen sociale të njeriut. Në verë të vitit 1848 Phineas P. Gage – i cili deri në atë moment kishte qenë një njeri socialisht i integruar, i përgjegjshëm, energjik dhe i strukturuar mirë – pëson një traumë të rëndë të kokës. Gage mbijeton nga trauma pa dëmtime të kujtesës dhe të inteligjencës, pa dëmtime të folurit, të ndjeshmërive apo të lëvizjeve.

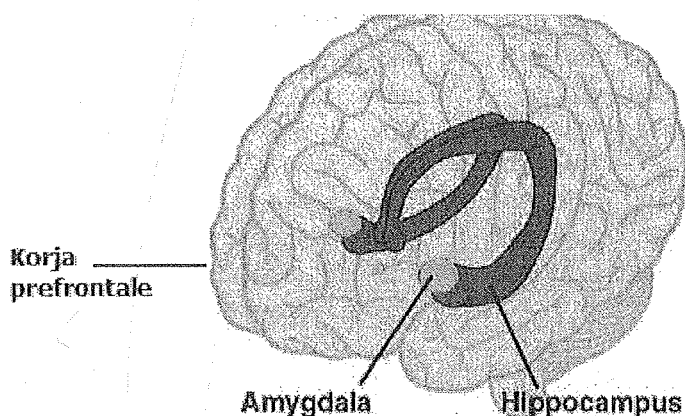
Veçse sjellja e tij ndryshoi fuqimisht. Ai u bë i papërgjegjshëm, i parespektueshëm, sillej në mënyra të turpshme dhe të habitshme. Mendohet se dëmtimet e zonave prefrontale të majta dhe të djathta të tij ishin përgjegjëse për deficitet emocionale dhe të vendim-marrjes që paraprinin sjelljet e tij jo socialisht të pranueshme.

Çrregullimi post-traumatik i sjelljes së Phineas P. Gage u bë modeli neuropsikologjik i sjelljes socialisht të pranueshme dhe të dëmtimeve të saj (Macmillan

1996). Tërësia e veprimeve u përmbledh nën konceptin e '*psikopatisë së fituar*' (*acquired psychopathy*) dhe shërbeu si model biologjik i sjelljes psikopatike. Këto dëmtime neurobiologjike që qëndrojnë në themel të çrregullimit të personalitetit të tipit të '*psikopatisë*', u bënë edhe shkas për ngritjen e pyetjes: *a janë neurobiologjikisht të shpjegueshme shkaqet e dhunës, sjelljes antisociale dhe dëmtimeve emocionale?*

Müller J. përshkruan rastin e dy kriminelëve të cilët u konsideruan si të papërgjegjshëm, për arsye të çrregullimeve të tyre psikiatrike. Që të dy këta persona kishin pësuar traumë të rëndë kraniocerebrale me pasoja për lobet frontale. Pas traumës ishte vënë re një çrregullim i sjelljes së tyre, me tendencë për të kryer krime të rënda dhe impulse agresive të pakontrollueshme. PET (*positron emission tomography*) evidentoi ndër ta një disfunksion frontal, edhe pse nuk u vunë re dëmtime strukturore.

**Figura nr. 1: korja prefrontale dhe amygdala janë struktura me interes për sjelljen dhe agresionin**



Ka një numër të madh studimesh që kanë vërtetuar se çrregullimi i funksioneve frontale qëndron në themel të modeleve të sjelljes me interes për psikiatrinë kriminale (1). Këtu duhet bërë dallimi ndërmjet çrregullimeve të sjelljes sociale të cilat janë pasojë e traumatizmave, me ato që kanë origjinë konstitucionale. Duket se përmbajtja emocionale e informacioneve është një parakusht thelbësor për procesin e vendim-marrjes, kjo përmbajtje emocionale na ndihmon që të dallojmë stimujt e rëndësishëm prej

atyre të parëndësishëm, e sidomos ajo mbështet funksionet e vëmendjes dhe të kujtesës. Në të gjitha rastet, ngjashmëritë e vëna re ndërmjet çrregullimit të personalitetit të tipit të psikopatisë, me të ashtuquajturën psikopati të fituar ('*acquired*') si pasojë e një traume kraniocerebrale, të bëjnë të mendosh që edhe në rastet kur simptomatologjia nuk lidhet me një traumë, prapëseprapë faktorët neurobiologjikë janë me rëndësi të dorës së parë. Kësisoj mund të bëjmë një dallim në vija të

përgjithshme ndërmjet psikopatisë “së fituar” dhe asaj “konstitucionale”.

Studimet lidhur me *gjenezën e agresionit* kanë bërë një ndarje të prerë ndërmjet agresionit proaktiv dhe atij reaktiv. Kështu, agresioni reaktiv përshkruhet si një reagim ndaj një ngjarjeje apo raporti; ky lloj agresioni shfaqet papritur, është i padominueshëm dhe i paplanifikuar. Përkundrazi, agresioni proaktiv realizohet nga njerëz të dhunshëm në mënyrë të llogaritur dhe të kontrollueshme (shih tabelën nr.1).

Jo vetëm dëmtimet strukturore, por edhe thjesht alterimet funksionale mund të mjaftojnë që të shpërthejnë sjellje agresive dhe të dhunshme.

Kështu referojnë studimin e tyre mbi 22 vrasës të vënë përpara përgjegjësisë dhe të dënuar, studim të cilin ata e kryen përmes PET me metoda aktivizimi (*continuous performance task*, një instrument për matjen e vëmendjes afatgjatë) (2).

Autorët gjetën një nivel metabolizmi të glukozës të ulur në mënyrë sinjifikante në koren laterale dhe prefrontale, krahasuar me kontrollet normale. Ca më shumë akoma, vrasësit që vepronin në mënyrë *impulsive* manifestonin nivele akoma më të ulura të metabolizmit të glukozës në lobin frontal, në krahasim me vrasësit që i kishin *planifikuar* veprimet e tyre të dhunshme.

<b>AGRESIONI PROAKTIV DHE REAKTIV</b>		
	<b>Proaktiv</b>	<b>Reaktiv</b>
<b><i>Përdorimi i dhunës</i></b>	I qëllimshëm dhe qartësisht i orientuar	Si reagim karshi një ngjarjeje
<b><i>Mënyra e veprimit</i></b>	E llogaritur dhe e manipulueshme	Spontane
<b><i>Krimi Kohëzgjatja</i></b>	I kontrolluar Më e gjatë	I pakontrollueshëm E befte, e papritur
<b><i>Korrelimi me dëmtimet organike trunore</i></b>	???	Korteksi prefrontal, Amygdala
<b><i>Neurotransmetuesi i akuzuar</i></b>	???	Serotonina

Sipas këtyre autorëve kësisoj, *hipofrontaliteti*- në rastet kur mungojnë shkaqe të tjera predispozuese të evidentueshme-duhet konsideruar si parakusht i sjelljes kriminale. Këtë tezë ata e rikonfirmuan përmes studimit të 41 vrasësve, disa prej të cilëve manifestonte deficit psikosocial, e disa të tjerë jo. Vrasësit rezultojnë të kishin një nivel metabolizmi glukozë të *reduktuar* në gyrus parietalis superior, në gyrus angularis të majtë dhe në corpus callosum; ashtu si edhe lateralizim anormal të metabolizmit të amygdalat, në talamus dhe në lobet mediale temporale. Por u vu re që vetëm vrasësit pa deficit psikosocial

kishin një metabolizëm prefrontal të reduktuar (2). Ata arritën në përfundimin që stresorët psikosocialë mjaftonin për të motivuar aktet e dhunshme, ndër vrasësit me deficit psikosocial. Ndërsa në rastin e vrasësve pa deficite dhe pa privacione psikosociale, dmth. persona me raporte sociale të paalteruara, duket se metabolizmi trunor fiton një rëndësi të veçantë, sidomos në rastin e krimeve të rënda (2).

Edhe autorë të tjerë kanë arritur në përfundimin që një hipoperfuzion prefrontal i evidentueshëm, çon në çrregullim të funksioneve ekzekutive dhe dëmton rëndë kontrollin e impulseve. Është e qartë, gjithsesi,

që korja prefrontale normalisht inhibon fuqishëm mënyrat agresive të sjelljes, për çka metabolizmi i ulët i saj pritët që të japë pasoja të kundërta dhe anormale.

## II. Ekspertiza psikiatriko-kriminale

Një mendje e kthjelltë do të arrijë pa dyshim të sqarojë rast-pas-rasti rrethanat që e kanë bërë personin kriminel: si dhe pse u bë i tillë-rasti zakonisht është një njeri i rritur nga kujdestarë që kanë ndërruar njëritjetrin vazhdimisht (prindër biologjikë, pastaj njerë, pastaj gjyshër, kushërinj të largët, më tutje miq, pse jo të panjohur, në fund edhe kujdestarë pa asnjë lidhje gjaku apo miqësie); ky njeri (kriminel i sotëm) është keqtrajtuar rëndom, lënë pas dore, braktisur, pse jo edhe rrahur.

E gjitha kjo nuk ndryshon megjithatë asgjë nga rrethanat aktuale: personi është i rrezikshëm, refraktar ndaj çdo këshille që i jepet, nuk shfaq asnjë brerje ndërgjegjeje e madje s'e ka për gjë të nxjerrë në pah me dëshirë të gjithë ngarkesën e pafundme negative që mbart brenda vetes. Mund të shfaqë herëpashere keqardhje për historinë e shkuar të jetës së tij, të pabërat dhe vuajtjet e dikurshme; nga ana tjetër në jetën e sotme i mungon edhe ndjesia më e vogël e empatisë. Në këto rrethana, sqarimi deri në detaje i të gjithë ecures zhvillimore personale të kriminelit, nuk ka përse dhe nuk duhet të çojë kurrësi në çlirim të tij nga përgjegjësitë. Të rritesh dhe të bëhesh i përgjegjshëm, para së gjithash ka të bëjë edhe me pranimin dhe adoptimin e mënyrës së mendimit dhe veprimit me madhësinë trupore të vetë personit, me konstitucionin dhe inteligjencën, ashtu si dhe temperamentin e tij. Në një nga romanet e tij, Albert Camus shkruan: "*pas një moshe të caktuar, çdo njeri është vetë përgjegjës për fytyrën e tij*".

Çfarë është pra, "e keqja", ose 'kriminalja' për psikiatrinë kriminale dhe mjekësinë ligjore në përgjithësi?

Në vitin 1993 psikiatri njujorkez *Michael Stone* përpunoi një shkallë, të cilën ai vetë e emërtoi si "Gradations of Evil": "shkallëzimi i të keqes". Kjo shkallë ishte rezultat i studimit të 279 rasteve të bashkëshortëve, që kishin vrarë gratë e tyre, apo të bashkëshorteve që kishin vrarë burrat, qoftë edhe raste parricidesh apo infanticidesh, qoftë edhe vrasje jashtë familjes. Duket se "shkallëzimi i të keqes" konceptuar

nga Stone, në fakt, të jetë më shumë rezultat i një kondensimi intuitiv i të gjitha këtyre rasteve, sesa të jetë rezultat i një analize shkencore dhe metodologjike të bazuar. Megjithatë shkallëzimi (shkalla) e Stone ka një element interesant: çdo rast që klasifikohet një shkallë më lart, i ka të gjitha elementet e pararendësit, plus të tjera më shumë. Po t'i referohemi shkallës së Michael Stone, *e keqja* dhe *i keqi* nga ana sasiore kanë të gjithë të keqen e një shkalle më poshtë, plus diçka tjetër. Në nivelin më të ulët të së keqes (shkallëzimi minimal) Stone klasifikon ata që kanë vrarë pse kanë qenë të detyruar, dhe që nuk manifestojnë shenja psikopatie. Në nivelin më të lartë (shkallëzimi ekstrem) Stone klasifikon vrasësit psikopatikë, motiv parësor i të cilëve është që t'i shkaktojnë viktimës vuajtje dhe dhimbje për kohën më të gjatë që të jetë e mundur. Në mes të shkallëzimit Stone vendos persona që kanë vrarë, për të 'qëruar sysh' njerëz që i kanë penguar në jetë, apo që "iu kanë rënë më qafë".

Ka qenë një tjetër psikiatër njujorkez, *Michael Welner*, i cili tentoi që 'të keqen' dhe 'kriminalen' ta bëjë të matshme, e kështu të krahasueshme. Për këtë qëllim ai përpunoi "shkallën e ligësisë" ("*depravity scale*", Psychology Today, Jan/Feb 2002). Në dallim nga Stone, Welner nuk bën një klasifikim të bazuar mbi vlerësimin rast-pas-rasti. Përkundrazi, ai parashtron dilema të këtilla, që do të ishin përgjigje për pyetje si: "Ç'mënyrë sjelljeje konsideroni si të dënueshme? Si vlerësoni të parën ndaj të dytës? Në një akt të dhunshëm, çfarë ju duket si më e dënueshme, e çfarë më pak?". Tentativa e tij nuk ka qenë një përpjekje për të riformuluar dhjetë ndalimet (urdhërimet) e famshme biblike, por ai ka dashur që vlerësimin e krimit ta bëjë në kuadër të konsideratave penaliste: cilat janë, bie fjala, elementet në një krim që konsiderohen si më të dënueshmet?

Testimi i Welner, i cili deri pak kohë më parë realizohej në internet, ishte një lloj gjyqi i hapur, ku qytetari ftohej që të jepte një konsideratë të tijën, se çfarë e bënte një mënyrë sjelljeje që të ishte e patolerueshme. Pragmatizmi amerikanoverior ka të bëjë drejtpërsëdrejti me dilemën, nëse mund të përdoret në psikiatrinë kriminale koncepti i të "keqes".

"*Is he bad or mad*": a është i keq apo i çmendur? Kjo është një thënie që psikiatria kriminale e përdor

mjaft shpesh, duke spekuluar me konceptin e “të keqes” (në kuptimin e të qenit ndryshe, dmth. jo i mirë apo i pa pranueshëm) dhe të “sëmundjes”, gjë që krijon perspektiva psikiatriko-kriminale të cilat përndryshe do të kishin mbetur rëndom jashtë arsyetimeve të zakonshme.

Në monografinë e tij *“Bad men do what good men dream – a forensic psychiatrist illuminates the darker side of behavior”* (Të këqinjët bëjnë atë çka të mirët ëndërrojnë – një psikiatër ligjor hedh dritë mbi anët e errëta të sjelljes), në vitin 1996, Robert I. Simon përshkruan dilemën e çarjes psikologjike të të ashtuquajturit “njeri i keq”. E “pakuptueshmja” – ajo që mbetet jashtë arsyes – demonizohet rëndom ndër ne, pasi ballafaqimi me të është diçka e frikshme, ca më shumë që ndër mendimet tona mbetet gjithmonë diçka “e keqe”; megjithatë ne i druhami përballimit me “të keqen subjektive”.

Është gjithnjë e më e qartë që psikiatrisë kriminale, me qëllim diagnostikimin e drejtë dhe të hershëm të personaliteteve të devijuara dhe psikopatike, i duhet një koordinim i mjeteve diagnostike me disiplina të tjera të mjekësisë; ca më tepër ky koordinim është i nevojshëm në drejtim të trajtimit farmakologjik dhe opsioneve të tjera terapeutike. Bashkëpunimi kësaj duket të jetë i domosdoshëm edhe me disiplina të këtilla si mjekësinë ligjore, neurobiologjinë, dhe me fusha të tjera jo-mjekësore si psikologjinë penale apo shkencat e të drejtës.

Ca më e vështirë bëhet ekspertiza dhe vënia e një diagnoze të saktë, në shoqëri të indoktrinuara ose në rrethe shoqërore apo zona ku paragjykimet dhe bindjet jo mjekësore dukshëm e tejkalojnë potencialin e mjekut psikiatër. Jo rrallë “të këqinjët” konsiderohen si të “yshtur nga djalli” dhe trajtimi i tyre – përpara fillimit të konfrontimeve me ligjin dhe burgosjes – i besohet personave që janë krejtësisht të papërgatitur në mjekësi apo psikologji. Literatura referon raste interesante, madje edhe në zona me një kulturë të përgjithshme të admirueshme dhe mjekësi të përparuar, siç është rastin i Anneliese Michel, përshkruar në vijim.

Anneliese Michel, një studente 24 vjeçare për pedagogji, vdiq në mënyrën më tragjike dhe të pabesueshme, në vitin 1976. Ajo banonte në Klingenberg (Main, Gjermani) dhe vuante nga

epilepsia e lobit temporal, simptomatika e të cilës u konsiderua nga familja dhe rrethi shoqëror si “yshtje nga djalli”. Rritur në një familje fanatike të krishterë, dhe në një mjedis të mbushur nga paragjykimet, trajtimi i saj në vend që t’i besohet mjekësisë, iu besua ekzorcistëve, sipas ritualit roman. Ajo vdiq në gjendje kaheksie, kur peshonte vetëm 31 kilogram. Në prill të vitit 1978 gjykata kompetente e Aschaffenburg dënoi dy prindërit dhe dy priftërinjtë që kishin kryer ritualet e ekzorcizmit me nga gjashtë muaj, edhe pse me kusht. Ishte ky një rast keq diagnostikimi dhe keq trajtimi klasik, kur opinioni paragjykoj dhe vendosi për një trajtim i cili çoi në vdekje një person që në fakt ishte i sëmurë dhe jo “i keq” apo “i yshtur”.

Kur flitet për persona të ‘këqinj’ apo kur psikologjia penale tenton të bëjë profilin e “kriminelit”, më së shumti ekziston bindja që sjellja e dhunshme, gjakftohtë, e pamëshirshme dhe impulsive, flet për një personalitet *antisocial* apo të *disociuar*. Ky lloj personaliteti dhe kjo lloj sjelljeje e dhunshme haset tre herë më shumë ndër meshkujt se sa ndër femrat. Rreth 4/5 e akteve të dhunshme si vrasje me paramendim apo me dashje, plagosje të rënda apo rrahje, kryhen nga burrat. Gratë parapëlqejnë forma jo të drejtpërdrejta dhe të kamufluara të agresionit, të këtilla si intrigat dhe denoncimet.

Deformimi antisocial i personalitetit na e parashtron personifikimin e të keqes – “të keqin” – në formë të një personi të papërgjegjshëm, agresiv, distimik, të mbushur me urrejtje, impulsiv e të dhunshëm. Nëse psikiatri ligjor arrin në përfundimin që për shkak të aftësisë së cunguar empatike, apo të paafësisë për të kontrolluar impulsivitetin, personi mund të konsiderohet si pjesërisht ose tërësisht i papërgjegjshëm për fajin e kryer, atëherë pa dyshim që fjala e fundit i mbetet juristit për të përcaktuar se sa përgjegjës është ky person dhe si e sa mund të ndëshkohet.

Po t’iu referohemi nivelit të sotëm të njohurive të neuroshkencës lidhur me sjelljen njerëzore (Roth G, 2006), do të shikojmë një tendencë që “i keqi” të mos personifikohet, por kjo e keqe të mposhtet si një fatkeqësi e pashmangshme e jetës njerëzore; ose të mbahet nën kontroll si një element difektoz i tërësisë njerëzore, të asaj që emërtohet ndryshe *conditio humana*.

### III. Farmakoterapia e agresivitetit

Si në të gjitha fushat e tjera të mjekësisë, edhe këtu terapeutikës duhet t'i paraprihet nga një diagnozë e kujdesshme dhe e qartë. Shkaqet e agresivitetit, impulsivitetit dhe sjelljes antisociale duhen kuptuar paraprakisht; çrregullimet psikiatrike duhen diagnostikuar, pasi që ato mund të jenë në themel të të gjithë kuadrit. Në lidhje me çrregullimet e aksit I zakonisht më së shumti këtu hasen psikozat skizofrenike ose afektive, por mund të bëhet fjalë edhe për abuzim ose vartësi nga preparatet, psikoza organike, prapambetje mendore, çrregullim të kontrollit të impulseve (kleptomania, piromania, çrregullimet eksplozive intermitente sipas DSM-IV), çrregullimi i hiperaktivitetit dhe vëmendjes së pamjaftueshme (ADHD) si edhe parafilitë (ose çrregullimet e orientimit seksual).

Të gjitha këto çrregullime të mundshme për t'u hasur në një kuadër agresiviteti patologjik, duhet të trajtohen farmakologjikisht, por edhe përmes psikoterapisë ose terapisë sociale. Këto dy forma të fundit terapeutike vlejné veçanërisht për çrregullimet e personalitetit, e sidomos ato të tipit *borderline*, antisocialët, narcizistikët e histrionikët.

Autorët gjatë përpjekjeve për trajtim të këtyre situatave rëndom iu referohen listës së simptomave të psikopatisë: emërtuar si *PCL-R (Psychopathy-Checkliste, Hare RD, 1991)*, pasi që kjo mundëson një trajtim medikamentoz të orientuar kah simptomatologjia, posaçërisht në rastin e impulsivitetit e agresivitetit. Simptomat e "trajtueshme" i korrespondojnë asaj që në *PCL-R* konsiderohet si *faktori 2 (stili antisocial dhe impulsiv i jetës)*. Kështu, elementët e *faktorit 2* të një kuadri "psikopati" janë më mirë të trajtueshme, se sa elementët e të ashtuquajturit faktor 1 (deficitet interpersonal si mungesa e empatisë, papërgjegjshmëria etj.). Në përgjithësi, psikofarmakoterapia e ka më të lehtë që të zbutë simptoma psikike "pozitive" apo "produktive"; se sa të ndreqë cilësi apo aftësi të mangëta sociale të personit agresiv.

Po rradhisim këtu grupet e preparateve dhe mënyrat e supozuara të veprimit të tyre mbi sjelljen agresive dhe antisociale, si dhe neurotransmetuesit, gjendjet fiziologjike dhe/ose metabolike dhe hormonet

e akuzuara. Preparatet dhe trajtimet e propozuara janë kryesisht eksperimentale; të dhënat vijnë më së shumti nga mendime ekspertësh ose janë anekdotike pasi që studimet shumë rrallë kanë qenë multicentrike, double-blind apo me grupe kontrolli dhe me përfundime të riprodhueshme, kështu që edhe terapeutika e sjelljes antisociale, agresivitetit dhe dhunës seksuale, akoma nuk është krejtësisht e kodifikuar.

#### (1) Serotonina dhe frenuesit e rikapjes së saj.

Agresiviteti dhe impulsiviteti rëndom lidhen me deficiente serotonergjike të SNQ (sistemit nervor qendror), qofshin këto të drejtpërdrejta, qofshin nën influencë të sistemit dopaminergjik. Kështu, frenuesit e rikapjes së serotoninës (SSRI – serotonin reuptake inhibitors) nuk reduktojnë vetëm irritueshmërinë, impulsivitetin, agresivitetin dhe sjelljen antisociale, por ato normalizojnë edhe perceptimin e shfaqjes së frikës në fytyrat njerëzore, perceptim që është i mangët tek dhunuesit antisocialë (*Harmer et al., 2003*). Pohohet që përmirësohet edhe impulsiviteti seksual dhe simptomatologjia obsesivo-kompulsive ndër pacientët me parafili dhe dhunuesit seksualë. Ndër SSRI në përdorim mund të përmendim *Sertralinen*, *Fluoksetinen* dhe *Citalopramin*.

#### (2) Litiumi dhe stabilizuesit e humorit

Që në vitet 1970 ishte vënë re efikasiteti i Litiumit në drejtim të pakësimit të veprimeve të dhunshme ndër kriminelët jo-psikotikë dhe personat impulsivë e agresivë, qofshin këto edhe të moshave femënore apo të reja. Edhe stabilizuesit e humorit (*mood stabilizers*) si psh. *Valproati* dhe *Phenytoina*, pakësojnë irritueshmërinë dhe agresivitetin. Ka autorë që referojnë se *Phenytoina* redukton sjelljen agresive edhe ndër të burgosurit jo-epileptikë (doza e referuar 300 mg në ditë), (1). Është tentuar edhe përdorimi i karbamazepinës, por pa rezultate inkurajuese.

#### (3) Neuroleptikët atipikë dhe antidopaminergjikët

Aktiviteti i rritur dopaminergjik lidhet me sjelljet agresive, impulsive dhe që kërkojnë patologjikisht kënaqësi (sensation-seeking). Kështu, antagonistët dopaminergjikë qofshin ata tipikë (*Haloperidoli*) apo edhe neuroleptikët atipikë (*Clozapina*, *Risperidoni*, *Quetiapina*) reduktojnë agresivitetin dhe irritueshmërinë në shumë sëmundje psikiatrike, sidomos ndër psikozat skizofrenike dhe afektive.

Duket se *Clozapina* dhe *Risperidoni* e demonstrojnë efektin anti-agresiv në mënyrë të pavarur prej influencës që ushtrojnë mbi simptomat e tjera pozitive të psikozës (3).

#### (4) *Benzodiazepinat*

*Benzodiazepinat* nga ana tjetër përdoren mjaft shpesh në trajtimin e urgjencës së shpërthimeve të papritura impulsive. Megjithatë këto preparate nuk janë të përshtatshme për trajtimin afatgjatë, pasi që mund të vihen re reagime paradoksale me shtim të agresivitetit, ashtu si edhe një rrezik i madh për të krijuar vartësi ndaj tyre.

#### (5) *Betabllokuesit*

*Betabllokuesit* lipofilë (*Propranololi*, *Nadololi*, *Metoprololi*) kanë rezultuar efektivë në trajtimin e pacientëve agresivë me skizofreni dhe psikoza organike apo demenca. Po ashtu është referuar edhe një përdorim i suksesshëm i â-bllokuesve ndër të sëmurë të axhituar dhe agresivë që manifestonin një kuadër të tillë pas një traume kranio-cerebrale (*Fleminger S et al., 2003*).

#### (6) *Roli i hormoneve seksuale*

Një numër i madh autorësh pohojnë që *testosteroni* dhe niveli i tij plazmatik korrelojnë mirë me sjelljen agresive dhe të dhunshme, ekstraversionin, *sensation-seeking*, recidivizmin kriminal dhe dhunën seksuale. Duket se *testosteroni* ka para së gjithash influencë mbi agresivitetin, më shumë se sa mbi impulsivitetin (roli i *serotoninës* duket të jetë primar tek impulsiviteti). Po ashtu ka autorë të tjerë që mendojnë se *estradioli* zbut deri diku ose amortizon efektet negative interpersonale të *testosteronit* (*Erikson CJP et al., 2003*). Megjithë këto efekte të shumta që kanë hormonet seksuale mbi agresivitetin, deri më sot ato janë përdorur ekskluzivisht në trajtimin e dhunuesve seksualë.

#### (7) *Niveli plazmatik i kolesterolit*

Pohohet që niveli i ulët plazmatik i kolesterolit bart me vete një risk të shtuar për vdekje të pashkaktuara nga sëmundje (vetëvrasje, vdekje të dhunshme apo aksidente), dhe bashkëshoqërohet me agresivitet, dhunë e çrregullim antisocial të personalitetit. Ka gjasa që këto efekte ndërmjetësohen nga një aktivitet i ulët serotoninergjik.

Në një studim double-blind, të randomizuar, placebo-të kontrolluar, në një grup të burgosurish,

autorët iu ofruan atyre një suplement ushqimor me vitamina, kripëra minerale si edhe *acide yndyrore omega-6-* dhe *omega-3-*, duke vënë re një ulje sinjifikante të sherreve dhe rrahjeve brenda burgut (rënia ishte 37%), në një kohë që në grupin e trajtuar me placebo rezultati nuk ishte statistikiisht sinjifikant (5). Autorët propozuan me këtë rast ofrimin në vazhdimësi të suplementeve ushqimore për të dënuarit.

#### (8) *Preparatet për trajtimin e vartësive*

Preparatet që përdoren për mbajtjen (ruajtjen) e abstinencës ndaj alkoolit dhe drogave (psh. *Disulfirami*, *Metadoni*, *Naltrexoni*) mund të çojnë në një ulje të sjelljeve agresive dhe kriminale tek të sëmurët që vuajnë nga vartësia ndaj etanolit apo drogave. Mënyra e veprimit të këtyre preparateve duhet të jetë multifaktoriale: zbutje e sjelljes drogë-kërkuese, ulje e irritueshmërisë dhe përmirësim i kontrollit të impulseve (4).

#### IV. *Farmakoterapia e dhunës seksuale*

Rëndësia e *testosteronit* për agresivitetin në përgjithësi duket e mirëprovar. Nga ana tjetër, studimet e realizuara ndër përdhunues të burgosur kanë vërtetuar që aktet më të dhunshme ishin realizuar nga persona me nivelet më të larta plazmatike të *testosteronit* (6).

Terapia *antiandrogjenike* përdoret gjerësisht ndër përdhunuesit që vuajnë nga parafilja (çrregullim të preferencës seksuale) dhe që rezultojnë me çrregullim antisocial të personalitetit. *Kastrimi kirurgjikal* nga ana tjetër e ul në mënyrë të rëndësishme recidivizmin ndër dhunuesit, por ky lloj kastrimi është i parikthyeshëm (irreversibël) dhe kësioj bart me vete një problem të madh etik.

Për këtë arsye kastrimi kirurgjikal – që pas daljes së preparateve *antiandrogjenike* – përdoret shumë rrallë.

Preparate si acetati i *Ciproteronit* (CPA) me efektet e tij *antiandrogjenike* kanë filluar të përdoren që në vitet 1970 për trajtimin e dhunës seksuale. CPA bllokoi çlirimin e gonadotropinave LH dhe FSH në nivel të hipofizës, çka çon në ulje të nivelit plazmatik të *testosteronit*. Jo vetëm kaq, por CPA i konkurren në mënyrë kompetitive receptorët e *testosteronit*. CPA mund të administrohet me rrugë orale, por ekzistojnë edhe forma intramuskulare me çlirim të ngadalshëm (depo).

### Algoritëm i farmakoterapisë së dhunës seksuale

<b>E LEHTË</b>	Në rast të furtave, friqurisë të detyrës / impulsive apo rezultit për dhunë seksuale			TË GJITHË PACIENTËT PSIKOTERAPI (SUPPORTIVE OSE INTENSIVE) + FARMAKO TERAPI TË ÇRREGULLIMEVE KOMORBIDE
	SSRI (sidomos në rast simptomatikë depresive, ankizioze apo obsesive)			
<b>E MESME</b>	Në rast efikasiteti të mangët dhe të një rezultati negativ dhe në të lartë për kurime të dhunës seksuale, impulsiu të fort, agjektiviteti, pubopatie dhe parafilish (pedofili, sadizmi)			+ SSRI sidomos në simptomatikë depresive, ankizioze apo obsesive
	CPA – ciproteron acetat (oral ose i m. në rast compliance të keqe)		↑	
<b>E RËNDË</b>	Në rast veprimi të pamjaftueshëm ose efektiviteti i papërshtatshëm nga CPA		↑	Në rast efikasiteti të pakënaqshëm
	LHRH (i.m. ose s.c.)			
	Në rast rezultati për abuzim me masturbim			
	LHRH (i.m. ose s.c.) + CPA i.m.			

Agonistët e rinj sintetikë të *LHRL* (*Leuporelin*, *Triptorelin*, *Goserelin* dhe *Nafarelin*) janë preparate që kanë zgjuar interes lidhur me trajtimin e dhunës seksuale. Aplikimi i vazhdueshëm i një agonisti me veprim afatgjatë të LHRH (ndryshe nga çlirimi pulsatil fiziologjik i LHRH) duet se bllokoi në mënyrë të rikthyeshme aktivitetin e gonadeve, përmes një procesi të down-regulation të receptorëve të LHRH në hipofizë. Rrjedhimisht sekretimi i FSH dhe LH do të bien; pas një periudhe fillestare dy javore të rritjes së nivelit plazmatik të testosteronit (periudhë e nevojshme që receptorët e LHRH të shfaqin down-regulation, ose të shprehen më pak [ekspresion i ulur]), do të vihet re një rënie e nivelit të testosteronit plazmatik të përngjashëm me situatën e kastrimit.

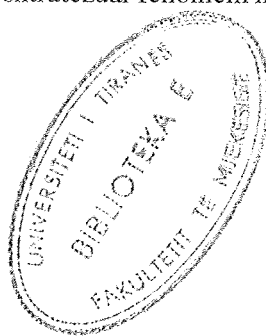
Pas botimit të të dhënave lidhur me efikasitetin e agonistëve të LHRH në trajtimin e dhunësve seksualë (*Rösler & Witzum, New England Journal of Medicine, 1998*), këto preparate kanë filluar të përdoren gjithnjë e më shumë në trajtimin e parafilive dhe hiperseksualitetit të dhunshëm. Agonistët e LHRH injektohen subkutan si preparate të tipit retard (depo), e disa prej këtyre preparateve mund të injektohen edhe vetëm një herë çdo tre muaj, gjë mjaft e rëndësishme për trajtimin e personave, komplanca e të cilëve pritet të jetë e ulët, për vetë karakterin e sëmundjes bazë.

Tabela e mësipërme përmbledh të gjitha terapeutikat e propozuara për dhunën seksuale. Trajtimi farmakologjik duhet detyrimisht të shoqërohet me psikoterapi intensive, qoftë konjitive-bihejviorale, qoftë psikodinamike. Në rastet e lehta e relativisht pak të rrezikshme (ekzibicionizmi,

vuajerizmi apo përdorimi obsesiv i materialeve pornografike), mjaft autorë këshillojnë thjesht përdorimin e një SSRI-je (psh. Citalopram, Fluoxetinë etj.).

Trajtimi me antiandrogenë nuk është pa efekte anësore, për çka kujdes i veçantë i duhet kushtuar evidentimit të hershëm të tyre. Shumica e efekteve anësore të CPA dhe të agonistëve të LHRH i dedikohen uljes së nivelit plazmatik të testosteronit, dhe zakonisht këto efekte anësore janë reversibël me ndërprerjen e preparatit. Kështu, mund të vihet re *gjinëkomastia, pakësim i pilozitetit facial e trupor, lëkurë e thatë*, por efektet anësore mund të jenë edhe më serioze, si psh. shtim i peshës trupore, përkeqësim i funksioneve hepatike (CPA), çrregullime renale (agonistë të LHRH), tromboemboli, osteoporozë, lodhje e përgjithshme, humor depresiv etj. Efektet anësore të CPA janë dozë-vartëse, për çka mund të minimizohen përmes një dozimi të kujdesshëm të preparatit. Tekfundit pohohet që në shumicën e pacientëve është i nevojshëm një inhibim i devijacionit seksual, dhe jo eliminim i plotë i seksualitetit të tyre.

Si *përmbledhje* mund të pohohet që rritja e nivelit të njohurive mbi mekanizmat biologjikë që kanë rol në agresivitet dhe impulsivitet, do të çojë natyrshëm në përmirësimin dhe zgjerimin e opsioneve terapeutike të pacientëve të dhunshëm. Megjithatë askush nga autorët nuk tenton që problemin e dhunës njerëzore ta thjeshtëzojë në një fenomen biologjik apo mjekësor; medikalizimi i një çështjeje të tillë nuk duhet të na bëjë të harrojmë për asnjë çast kontekstet kulturore, socio-ekonomike apo terrenin sociologjik mbi të cilin ka shtrëtzuar fenomeni në fjalë.



## BIBLIOGRAFIA

1. **Barrash, J., Tranel, D., & Anderson, S. W.** Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal region. *Developmental Neuropsychology*, 18, 355-38, 2000.
2. **E. D. Bigler, A. Raine, L. LaCasse, and P. Colletti:** Frontal Lobe Pathology and Antisocial Personality Disorder, 2001.
3. **Citrome Land Volavka J.:** Clinical management of persistent aggressive behavior in schizophrenia: Part I Definitions, epidemiology, assessment, and acute treatment. *Essential Psychopharmacology*, 5:1-16, 2002.
4. **Baxter LR, Phelps ME, Mazziotta JC, Schwartz JM, Gerner RH, Selin CE, Sumida RM:** Cerebral metabolic rates for glucose in mood disorders: studies with positron emission tomography and fluorodeoxyglucose F18. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:441-447.
5. **Gesch CB, Hammond SM, Hampson SE, Eves A, Crowder MJ:** Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners: randomised, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002; 181:22-28.
6. **Briken, Peer a; Kafka, Martin P. b,c:** Pharmacological treatments for paraphilic patients and sexual offenders. *Clinical therapeutics Current Opinion in Psychiatry*. 20(6):609-613, November 2007.