

Informe

VIOLÈNCIA, SOCIETAT I MALALTIA MENTAL

Autors:

Dra. Rosó Duñó i Dr. Diego J. Palao

Servei de Salut Mental. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí.
Sabadell (Barcelona). Universitat Autònoma de Barcelona.

Informe elaborat per encàrrec de:

Junta directiva de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental.

Barcelona, 12 desembre de 2011

VIOLÈNCIA, SOCIETAT I MALALTIA MENTAL

La creença general de que les persones que pateixen "malalties mentals" són "perilloses" incrementa l'estigma i l'aïllament de la comunitat envers les persones afectades. Tot i que els estudis sobre aquesta associació només li donen un suport parcial, continua essent una idea molt arrelada en la opinió pública, que afecta considerablement a pacients i les seves famílies, limitant les oportunitats d'integració social i comunitària. L'abordatge informatiu que sovint reben alguns actes violents en els que estan involucrats malalts mentals contribueix al manteniment d'aquesta idea i de les seves conseqüències negatives.

La **Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental (SCPSM)** ha elaborat aquest informe en el que es revisa l'evidència científica sobre violència i malaltia mental com resposta reflexiva a les freqüents notícies alarmants i, molt especialment, a la sensibilitat manifestada per la **Federació Catalana d'Associacions de Familiars de Malalts Mentals (FECAFAM)** i altres organitzacions integrades en el projecte de lluita contra l'estigma "OBERTA-MENT". L'objectiu del document és el de facilitar una visió del tema fonamentada en els estudis científics realitzats fins al moment actual, posar fi al debat maniqueu i estèril sobre l'associació entre violència i malaltia mental i, contribuir a la identificació de les estratègies més efectives per a la seva prevenció.

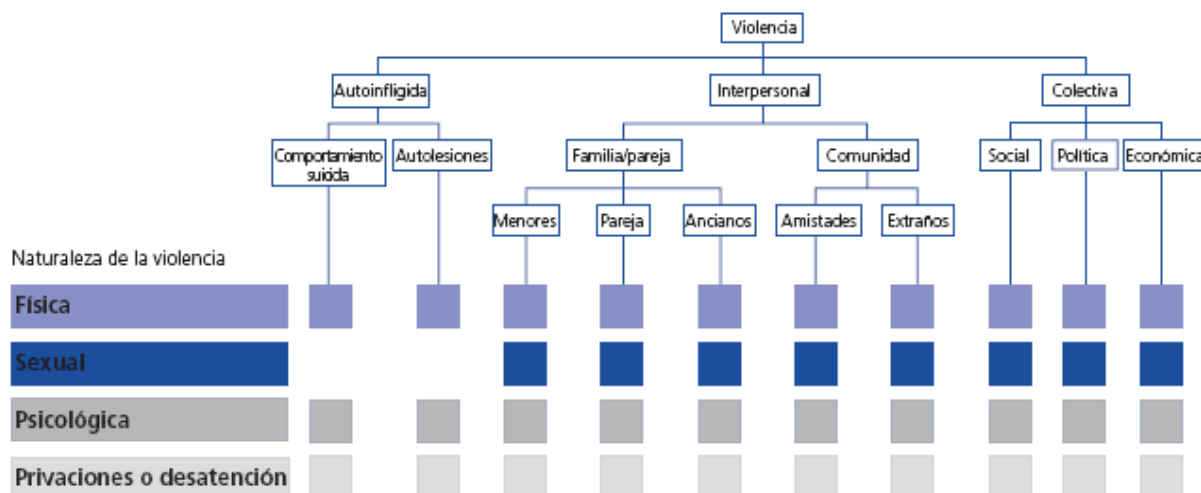


Introducció sobre violència, societat i bases neurobiològiques.

No hi ha cap país ni comunitat que estigui exclòs de la violència. Les imatges i les descripcions d'actes violents envaeixen els medis de comunicació. La troben en els nostres carrers, llars, a les escoles, en els llocs de treball entre d'altres llocs. És evident que la violència amenaça la vida, la salut i el benestar: cada any més de 1,4 milions de persones de tot el món perden la vida violentament. Sobre la meitat d'un milió moren per violència interpersonal, el doble aproximadament que per conflicte armat (1). La violència és una de les principals causes de mort en la població compresa entre els 15 i 44 anys (2). La major part dels actes violents no són mortals; tenen com a conseqüència lesions, trastorns mentals i reproductius, malalties de transmissió sexual i d'altres problemes. A part del tribut humà, la violència imposa costos socials i econòmics que encara que difícils de quantificar, són considerables.

L' Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la violència (1) com l'ús deliberat de la força física o el poder, ja sigui en grau d'amenaça o efectiu contra un mateix, una altra persona o un grup o comunitat, que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions. La definició compren tant la violència interpersonal como el comportament suïcida i els conflictes armats. Cobreix també una ampla gama d'actes que van més allà de l'acte físic, com les amenaces i les intimidacions.

Segons la OMS, la violència es classifica segons és següent esquema (3):



Des de la perspectiva neurobiològica el cervell humà posseeix uns circuits neurals preparats per disparar i frenar els actes agressius. En alguns individus, els actes repetitius de violència tenen les seves arrels en una vulnerabilitat neurobiològica subjacent: la incapacitat dels sistemes de control de l'escorça prefrontal per modular-los, desencadenats per estímuls provocadors d'ira. Intervenien un desequilibri entre les influències reguladores prefrontals i la hipersensibilitat de la amígdala i d'altres regions límbiques implicades en l'avaluació afectiva. Una facilitació serotoninèrgica insuficient del control 'top-down', una estimulació catecolaminèrgica excessiva i un desequilibri subcortical dels sistemes glutamatèrgics/ gabaminèrgics, així com una alteració dels sistemes de neuropéptids implicats en la regulació del comportament afiliatiu poden contribuir a les anomalies d'aquests circuits (4).

La relació entre **malaltia mental i conducta suïcida** està ben establerta pels estudis d'autòpsies psicològiques (5). Augmentar el coneixement social sobre la forta relació entre suïcidi i malaltia mental (especialment amb la depressió i el consum d'alcohol i altres tòxics) pot contribuir justament a fer palès que es tracta d'un greu problema de salut i facilitar la seva prevenció a tots els nivells. Però no és l'objectiu d'aquest document revisar els factors de risc del suïcidi.

Es palesa la complexitat del tema de la violència humana i les dificultats per a realitzar una revisió exhaustiva dels coneixements actuals sobre totes les seves dimensions. **Per això, l'objectiu d'aquest informe es focalitza en la revisió dels estudis sobre violència i malaltia mental greu i la seva relació amb l'estigma social.**

Estudis sobre la relació entre violència i malaltia mental.

La relació entre la malaltia mental i el crim violent és un tema d'alarma i que preocupa a la societat, malgrat que els incidents d'actes violents com a conseqüència d'aquesta siguin molt infreqüents (6). L'opinió experta i els resultats de la majoria dels estudis apunten a que existeix un increment del risc de violència en individus amb determinats diagnòstics psiquiàtrics, tot i que sigui en virtut de l'activitat d'un petit subgrup, si es compara amb membres de la població general (7). Però la qüestió més important es que la proporció de violència social atribuïble a aquest petit subgrup de malalts mentals es insignificant.

Aproximadament un 30% de la població atesa a l'atenció primària de Catalunya presenta un trastorn mental (8) i tots sabem que el 30% dels actes criminals no són atribuïts a persones amb trastorns mentals. De fet, només una mínima proporció de criminals violents tenen un diagnòstic psiquiàtric.

El diagnòstic de trastorn mental més probablement involucrat en crims violents és el **trastorn antisocial de la personalitat**. Les persones que pateixen una forma extrema d'aquest trastorn són anomenades "psicòpates" i la proporció entre els individus condemnats a privació de llibertat és molt elevada. La consciència de trastorn de trastorn es molt baixa i sovint no ho consideren un problema de salut i no busquen ni reben habitualment tractaments psiquiàtrics que, per altre banda, tenen una efectivitat molt limitada.

La relació entre **trastorns mentals greus** i violència no és tan simple com la descrita amb els trastorns antisocials de la personalitat. D'acord amb els resultats de l'estudi *National Epidemiologic Surveiy on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) (9) **el diagnòstic de trastorn mental greu no es un predictor independent de conducta violenta futura**. Aquests resultats desafien la percepció tant arrelada de que la malaltia mental és una de les principals causes de la violència en la població general. Però no és excepcional que apareguin casos de violència i malaltia mental: el motiu és la associació amb altres factors de risc (abús de tòxics, esdeveniments estressants ambientals i antecedents de violència) (Figura 1).

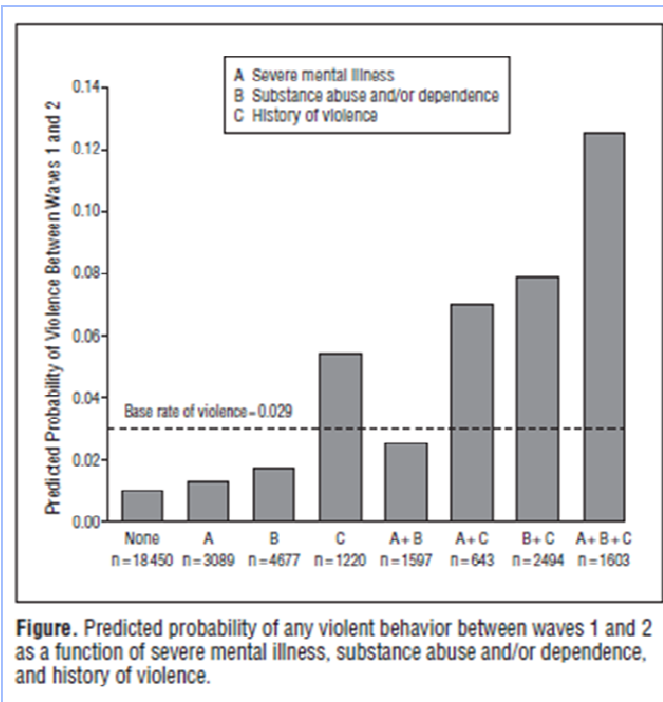


Figura 1: Predicció de violència entre els dos moments d'avaluació de l'estudi NESARC en funció del diagnòstic de trastorn mental sever, l'abús/dependència de tòxics i els antecedents de violència (9).

Els estudis de recerca poden conduir a pensar que existeix una significant relació entre **esquizofrènia** i violència, però només una mínima proporció d'aquest grup de diagnòstic seria candidat de realitzar actes seriosament violents: els resultats indiquen que mentre un 1% de la població és diagnòstica d'esquizofrènia, un 99.97% d'aquest pacients no podrien ser condemnats per violència greu en un any determinat i que la probabilitat que portin a terme un homicidi en un any concret és molt petit (aproximadament el risc anual és de 1:3000 en homes i de 1:33000 en dones (7).

Aquests petit subgrup de pacients esquizofrènics potencialment violents comparteixen una combinació factors de risc com són: ser un home jove amb desavantatge econòmica, en fases inicials de la malaltia, amb comorbiditat d'abús/dependència de substàncies, concomitantment presentar psicopatia o trets de personalitat patològics -que sovint condicionen antecedents de violència-, anomalies en habilitats mentalístiques, i els símptomes psicòtics aguditzats (10-11). De fet, el risc de violència d'aquests pacients amb esquizofrènia associada a l'abús de substàncies tòxiques és similar al risc de violència en pacients amb abús de substàncies sense psicosis (10).

Tots aquests factors de violència associats a l'esquizofrènia disposen d'intervencions terapèutiques efectives i, per tant, la violència associada a

l'esquizofrènia es pot prevenir. Les intervencions que han demostrat efectivitat en aquesta estratègia preventiva són:

- Es condició indispensable tractar els pacients amb símptomes psicòtics aguditzats amb el corresponent tractament antipsicòtic. També prevenir les recurrències assegurant la continuïtat del tractament antipsicòtic de manteniment, considerant l'abordatge de les principals causes d'abandonament terapèutic i molt especialment la manca d'*insight*. **Per això són necessaris programes ambulatoris de seguiment intensiu i que actuïn pro-activament per a millorar l'adherència terapèutica de totes les persones afectades a nivell territorial.**
- Evitar i tractar la comorbiditat amb l'abús de drogues: cocaïna, alcohol i psicoestimulants, preferentment.
- Detectar si existeixen trets de psicopatia en els pacients per planificar una terapèutica específica. L'evidència científica informa que entre un 20% i un 30% de pacients amb esquizofrènia de centres penitenciaris presenten elevacions en les escales de psicopatia (12).
- Altres estudis recents suggereixen que anomalies en l'habilitat d'entendre i inferir les intencions d'un mateix i en els altres (mentalització) és una freqüent conseqüència de l'esquizofrènia i que apareix relacionada amb la tendència a cometre actes violents. L'avaluació d'aquestes habilitats cognitives junt amb la introducció d'antipsicòtics específics com és la clozapina (13), així com la rehabilitació en cognició social específica, poden afavorir la milloria d'aquestes funcions.

Conclusions de l'informe:

1. La proporció de violència social atribuïble a les malalties mentals es en termes absoluts molt baixa.
2. El diagnòstic de malaltia mental greu no es pot considerar aïlladament com un predictor de conductes violentes sense considerar altres factors de risc.
3. El diagnòstic específic d'esquizofrènia i d'altres psicosis no es un predictor de risc independent d'altres factors, especialment l'abús/dependència de tòxics.
4. Disposem actualment d'estratègies terapèutiques efectives en l'abordatge dels factors de risc de violència que poden incrementar el risc d'actes violents en un subgrup de malalts mentals greus. El repte dels serveis de salut mental és el d'identificar, avaluar i adaptar-se a les especials necessitats de les persones afectades i de les seves famílies per assegurar l'accessibilitat i la continuïtat terapèutica a la comunitat.
5. Les estratègies per la reducció de la violència social basades en la prevenció de l'abús de tòxics en població general i en pacients amb psicosis poden tenir més efectivitat que si es focalitzen exclusivament en les persones amb trastorns mentals.

Corol·lari:

Fa poques setmanes, el 20 d'octubre del 2011, Steven Pinker va publicar a la revista Nature (14) que el ser humà, amb el pas del temps cada vegada és

més intel·ligent i com a resultat el nostre món s'està convertint en un lloc més pacífic...

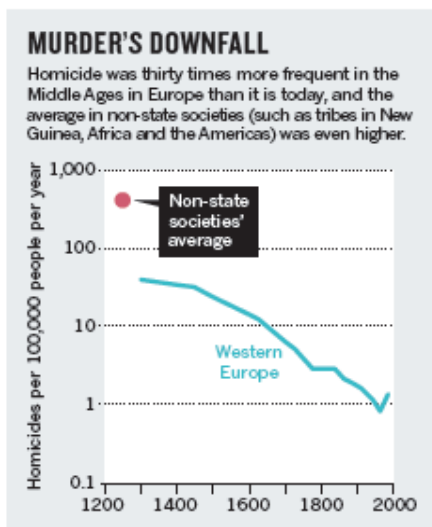


Fig. 2: Evolució històrica dels homicidis en Europa i relació amb les societats sense estat (14).



Fig. 3: Reducció històrica de la violència en la societat humana (14).

Referències:

- (1) World Health Organization, World Report on Violence and Health. Geneva, 2002



- (2) WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).
- (3) Organización Mundial de la Salud. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, , Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia, 1999 (documento inédito WHO/HSC/ VIP/99.11).
- (4) Tobeña A, Anatomía de la agresividad humana. Ed Galaxia Gutenberg. Barcelona. 2001
- (5) Yoshimasu K, Kiyohara Ch, Miyashita K and the SRG of JSH. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. Health Prev Med 2008;13:243-256.
- (6) Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. Am J Psychiatry 2006; 163:1397-403.
- (7) Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. Br J Psychiatry 2002; 180:490-5.
- (8) Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010; 45 (2): 201-10.
- (9) 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(2):152-161.
- (10) Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2009; 6: e1000120.
- (11) Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. Clin Psychol Rev 2011 31:711-26. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.002.
- (12) Dolan MC, Fullam RS. Psychopathy and functional magnetic resonance imaging blood oxygenation level-dependent responses to emotional faces in violent patients with schizophrenia. Biol Psychiatry 2009; 66:570-577.
- (13) Duñó R, Langohr K, Palao D, Tobeña A. Mentalizing skills in schizophrenia as a clue for drug choice: clozapine vs other antipsychotic on keeping stable outpatients. Ed. Luciano Labate. Intech. Mental Illness / Book 1. ISBN 979-953-307-297-4. In press.
- (14) Steven Pinker. Taming the devil within us. Nature; 2011. 478: 311.