



HAL
open science

Schizophrénie et violence

M.-J. Vandamme

► **To cite this version:**

M.-J. Vandamme. Schizophrénie et violence. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2009, 167 (8), pp.629. 10.1016/j.amp.2009.08.004 . hal-00580186

HAL Id: hal-00580186

<https://hal.science/hal-00580186>

Submitted on 27 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Schizophrénie et violence

Author: M.-J. Vandamme

PII: S0003-4487(09)00240-6
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.08.004
Reference: AMEPSY 1070

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Vandamme M-J, Schizophrénie et violence, *Annales médico-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.08.004

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Dossier de FMC***Schizophrénie et violence**
Schizophrenia and violence**M.-J. Vandamme**

*Dr Michel J. Vandamme, Docteur en psychologie, Maître de conférence associé à
l'Université Lille 3, UFR de psychologie, France*

Auteur correspondant : Dr Michel J. Vandamme, Docteur en psychologie, Maître de conférence associé à l'Université Lille 3, UFR de psychologie. Domaine du pont de bois, 59654 Villeneuve d'Ascq, France

Adresse email : michel.vandamme@univ-lille3.fr

Tél. : 06 11 34 24 96

Résumé

La littérature scientifique internationale est riche pour appuyer l'idée que la pathologie mentale est un facteur de risque majeur de comportements agressifs ou violents. La schizophrénie serait une pathologie mentale surreprésentée dans les phénomènes de violence individuelle sans qu'il soit pour autant précisé dans quelle mesure la maladie ou ses multiples dimensions cliniques sont causales ou corrélées. Des signes psychopathologiques particuliers semblent prépondérants dans le risque de violence indépendamment de l'entité diagnostique, notamment au détour d'une phase active de la maladie, laissant entendre la nécessité de prendre en compte les formes cliniques du diagnostic. Les mécanismes et thèmes délirants ainsi que les facteurs infracliniques sont également revus. Cependant, et afin de destigmatiser ces personnes soupçonnées ou suspectées pour leur seule maladie, la définition ou la redéfinition des différentes dimensions cliniques, souvent indépendantes des diagnostics, susceptibles de précipiter ou favoriser le recours à la violence ne paraît pas suffisante. Il paraît nécessaire de prendre en considération les facteurs sociaux ou contextuels qui favoriseraient le recours à la violence d'une personne présentant une pathologie mentale.

Cette revue de la littérature propose donc d'examiner les facteurs cliniques, infracliniques (biologiques) et sociaux qui entrent en jeu dans la violence des personnes présentant une pathologie mentale telle que la schizophrénie.

Mots clés : Comportements violents ; Facteurs de risque ; Pathologie mentale ; Schizophrénie

Abstract

An abundant international scientific literature is supporting the idea that mental illness is a major risk factor for aggressive and violent behaviours. In addition, schizophrenia is the mental illness which is over-represented in aggressive and violent behaviours. However, it is not clear to understand the real place of schizophrenia. In particular, some psychopathological signs, seem dominating in the risk of violence, independently of the diagnostic of schizophrenia. In the same way, active phase of the disease, clinical forms, the delirious mechanisms, *threat and control-override symptoms*, and several other clinical or subclinical factors could play a major role in the relation schizophrenia-violence. This review of the literature proposes to examine these factors to understand the real place of schizophrenia in aggressive and violent behaviours.

Mental illness is currently designated as a risk factor of violent behaviours. In order to destigmatise people, just suspected because of the disease, the definition of various clinical dimensions, often independent of diagnoses, likely to precipitate or cause the recourse to violence, don't appear sufficient. It appears necessary to take into account social or contextual factors which would explain the recourse to the violence by people suffering of a mental illness. This review of the literature proposes to examine the sociodemographic and socio-economic factors playing a role in the violence among people having a mental illness in general or a schizophrenia in particular.

Keywords: Mental illness; Risk factors; Schizophrenia; Violent behaviours,

1. Schizophrénie et violence : les facteurs cliniques

Il est fréquent dans la littérature de lire que la pathologie mentale est un risque de comportement criminel [51,130], agressif ou violent [53,96,134], voire homicide [26,34,120,134]. Mais à mieux lire les résultats de ces études, il s'avère que tous les diagnostics psychiatriques ne sont pas concernés par la violence [71]. Les troubles dépressifs sans caractéristique psychotique [33] ou les troubles anxieux [117,130] seraient rarement impliqués dans des faits violents. Néanmoins, la violence pourrait survenir dans un contexte d'anxiété secondaire à une idée délirante [82]. Ce seraient donc les troubles psychotiques les plus concernés dans l'association à la violence [33] ou l'homicide [147], et la schizophrénie serait le diagnostic psychiatrique le plus souvent cité dans la violence [8,17,18,37,44,51-54,71,83,117,145], les agressions [34], les agressions violentes [146], la criminalité [135], la criminalité violente ou l'homicide [34, 117].

Néanmoins, il semble que derrière le diagnostic global de schizophrénie ou de trouble psychotique, un ensemble de facteurs ou de caractéristiques peut être identifié, comme par exemple : la phase de la maladie, sa forme clinique, le traitement ou la prise en charge, mais également des facteurs infracliniques (biologiques).

1.1. Des signes psychopathologiques particuliers

La schizophrénie serait associée à la violence en raison de dimensions psychopathologiques particulières telles que de l'excitation, des troubles de l'attention, une désorganisation conceptuelle, de la suspicion, de l'hostilité, un manque de coopération, un faible contrôle des impulsions et un évitement social [21]. Comparés à des patients schizophrènes non violents, les schizophrènes violents présenteraient plus de symptômes (négatifs et positifs), auraient un fonctionnement psychosocial plus pauvre et un moindre *insight*. Ce déficit d'*insight* de la maladie coexisterait avec une faible reconnaissance des conséquences de la maladie (*forensic insight*) [19] ou de la nécessité de leur traitement [4].

1.2. Phase active de la maladie

Le risque de violence chez les schizophrènes serait majoré lors d'épisodes d'excitation maniaque, d'épisodes hallucinatoires, ou encore d'une poussée floride des symptômes de la schizophrénie [142]. Lors d'un épisode menaçant, violent ou homicide, des schizophrènes présenteraient des signes actifs de la maladie [19,120]. Ces comportements seraient notamment plus fréquents au début de la maladie [123], dans les deux premières années de la maladie [126], avant une admission en psychiatrie [133], voire avant la toute première hospitalisation en psychiatrie [58], en début d'hospitalisation [115] ou au détour d'une nouvelle décompensation [108,123]. De fait, bien souvent, la violence est le motif d'hospitalisation [27,58].

1.3. Les formes cliniques

Une relation existerait entre la violence et certains symptômes psychotiques positifs [88,90,133]. La schizophrénie paranoïde (positive ou productive) est donc le diagnostic de schizophrénie le plus fréquent dans la violence ou l'homicide [34,61,83,118,126,143].

Le lien entre la schizophrénie et la violence serait directement lié à l'expression clinique de la maladie [62,85] et une grande proportion d'actes violents auraient lieu directement sous l'influence d'hallucinations ou d'un délire [44,82,108,132,141], notamment d'un délire de persécution ou de jalousie, ou d'hallucinations auditives [140].

1.4. Délire et Hallucinations

Le risque élevé de comportement violent chez des patients schizophrènes tiendrait de la spécificité des symptômes délirants dont ils souffrent [33,58,64,69,75,141], et ces symptômes délirants pourraient avoir un rôle privilégié dans la violence de ces patients [6,44,82,105,108,132]. En plus du thème délirant [2,17], il semble qu'il faille également tenir compte du mécanisme hallucinatoire [15,22,61,75,91], du contenu des hallucinations [32,80],

de la nature des voix hallucinatoires [63], du ton impératif, menaçant ou meurtrier d'une hallucination persécutrice [14] ou la conviction d'être menacé [3,8,9,66,132].

La violence d'un psychotique est donc perçue comme une réponse de défense à un sentiment de menace [16,42], ou à une impression de perte de contrôle interne [84]. Les *threat symptoms* sont des idées délirantes claires et sans équivoque qui imposent un sentiment de danger imminent pour le patient [84]. Les *control-override symptoms* sont l'idée vécue par le patient qu'il est passif dans ses relations à l'extérieur, que ses pensées sont volées ou imposées à son esprit ou que sa volonté est sous contrôle [128]. Ce serait également les émotions négatives qui découlent de ces symptômes (peur, anxiété, colère...) qui motiveraient le recours à la violence [15,32].

Pourtant, une large proportion de malades mentaux exprime des comportements violents sans présenter de symptômes délirants au moment des faits [61]. De même, les idées de menaces telles que les *threat and control-override symptoms* pourraient devancer tout diagnostic de schizophrénie [9].

1.5. Intensité des autres symptômes

Les schizophrènes violents seraient différents des non-violents par l'intensité et la sévérité des symptômes psychotiques positifs [4,106], et les violents « chroniques » auraient davantage de symptômes négatifs (irritabilité, ennui, impatience et troubles neurologiques) que les violents « transitoires » [70].

Il y aurait donc différents profils de patients schizophrènes présentant un risque d'être violents : ceux qui manifestent une évidente hostilité [114], de la suspicion [1,90], ou un certain degré d'excitation [132]. Par exemple, les facteurs de stress et les événements difficiles auraient plus de place dans la violence des schizophrènes déficitaires ou désorganisés [119]. La schizophrénie paranoïde serait liée aux violences les plus sévères tandis que les formes résiduelles ou désorganisées seraient associées aux violences les moins graves [128].

2. Schizophrénie et violence : les facteurs infracliniques

2.1. Les facteurs biologiques

Dans la littérature, une association entre des troubles neurologiques et la violence chez les schizophrènes semble reconnue, sans pouvoir définir si ces troubles sont primaires ou secondaires aux comportements violents, faits de bagarres et de probables traumatismes crâniens. Par ailleurs, des altérations neuropsychologiques ne sont pas systématiquement associées au comportement violent [79] chez des sujets schizophrènes [116], et les performances neuropsychologiques ne permettent pas de différencier des schizophrènes violents des non-violents [77]. Pourtant, Barkataki et al. [11] trouvent des déficits cognitifs plus importants chez les schizophrènes violents.

2.2. La sérotonine

Les troubles de la neurotransmission sérotoninergique attirent l'attention de nombreux chercheurs. Ainsi, une réduction de l'activité sérotoninergique serait davantage liée à un état (temporaire) d'agressivité chez les schizophrènes violents plutôt qu'à un trait (permanent) d'agressivité [95]. Néanmoins, ces résultats ne font pas l'unanimité, et Cooper et al. [25] retrouvent de faibles concentrations de 5-HIAA chez des schizophrènes suicidaires, mais pas chez des schizophrènes hétéro-violents.

2.3. Autres facteurs biologiques

D'autres facteurs biologiques sont l'objet d'études. Notamment, il pourrait y avoir une association entre une forte activité du génotype de la Catéchol-O-méthyltransférase et le comportement agressif dans la schizophrénie [59]. Une faible activité d'un allèle de la Catéchol-O-méthyltransférase augmenterait la probabilité d'être violent [76]. Une altération catécholaminergique se retrouverait chez les schizophrènes violents [67] et/ou suicidaires [107].

Des anomalies organiques cérébrales [112] seraient retrouvées chez de nombreux sujets schizophrènes violents [12], ou impulsifs et agressifs [57], et pourraient définir un degré de sévérité de la schizophrénie [68].

Enfin, des schizophrènes régulièrement violents (*repetitive violent*) seraient différents des sujets plus rarement violents (*non-repetitive violent*) quant à la capture d'un métabolite du glucose dans les régions temporales inférieures [153].

Malgré la place importante tenue par des facteurs cliniques et infracliniques des schizophrènes violents, les facteurs sociaux et environnementaux pourraient médiatiser la relation entre la violence et la pathologie schizophrénique, et semblent primordiaux dans l'émergence d'un comportement violent ou criminel [20]. Indépendamment d'un diagnostic psychiatrique, le facteur sexe, l'âge, ainsi que le statut socio-économique, le statut marital et les antécédents de comportements violents seraient des facteurs importants de risques de comportements violents [50,129], qui resteraient importants chez les psychotiques [150].

3. Schizophrénie et violence : les facteurs sociaux

3.1. Facteurs sociodémographiques

Les schizophrènes violents seraient majoritairement des hommes [39,90,126]. Selon le sexe, les crimes et délits surviendraient à des moments différents de la maladie ou concerneraient des formes cliniques différentes [133], qui seraient plus ou moins sérieuses [69]. D'autres facteurs tels que l'âge, le statut marital et parfois l'ethnie pourraient intervenir [69].

Les schizophrènes violents seraient les plus jeunes [90,138], mais ils auraient plus fréquemment un diagnostic associé d'abus d'alcool ou de drogue [1,83]. En revanche, ils seraient plus âgés selon qu'ils sont reconnus non responsables de leurs actes ou selon la gravité des faits de violences [51,135]. Les personnes les plus violentes ou menaçantes seraient célibataires et vivraient seules ou chez leurs parents [78,90,92].

Enfin, l'appartenance ethnique a souvent été invoquée comme facteur de risque de violence [50] mais elle serait associée à un âge plus jeune et un milieu social plus défavorisés

[45]. Finalement, à niveau socio-économique équivalent, les patients noirs américains, schizophrènes ou non schizophrènes, seraient moins menaçants et violents que les Blancs.

3.2. Facteurs socio-économiques

La relation entre le comportement criminel et la maladie mentale ne dépendrait pas du niveau socio-économique [51,52,135], bien qu'un faible niveau socio-économique soit régulièrement retrouvé chez les délinquants sans diagnostic psychiatrique [51]. De même, il n'y aurait pas de différences entre les schizophrènes violents et non violents quant aux variables démographiques [68] sinon que la pauvreté, l'échec scolaire, la maltraitance parentale, des comportements antisociaux dès l'enfance et l'hyperactivité sont fréquemment retrouvés [152].

Indépendamment de la maladie, les plus violents seraient sans emploi et dépendants financièrement [53]. Une majorité de malades violents seraient sans domicile [138], puisqu'être sans domicile rendrait plus difficile l'accès aux soins extrahospitaliers et favoriserait la non-compliance au traitement, le recours aux toxiques, et le recours à une délinquance de « survie » [48,49,138]. Cette relation paraît donc complexe [29]. De faibles compétences sociales ou un faible ajustement social prémorbide avec des relations réduites avec l'entourage [43] ou encore une intolérance à la frustration [46,66] médiatiseraient la relation à la violence des schizophrènes.

Or, si la violence des schizophrènes est liée à des difficultés sociales, la nature des actes violents ne serait pas différente des sujets non schizophrènes présentant les mêmes problèmes sociaux. Les difficultés sociales des schizophrènes pourraient venir d'une longue période de maladie [46], mais pourraient également être la conséquence des comportements violents et des abus de substance.

De fait, si la schizophrénie est un facteur de risque de criminalité violente, elle le serait d'autant plus qu'il est question d'un homme, sans emploi, de niveau socio-économique faible, non marié, consommant de l'alcool ou des drogues, et ayant un médiocre ajustement social [104]. Être une femme réduirait le risque d'être violent, mais la présence de ces facteurs

associés à la schizophrénie inverserait la tendance. Pour les femmes, la schizophrénie serait un facteur de moindre importance [152].

3.3. *Comportements précurseurs*

Milton et al. [94] relèvent des comportements socialement embarrassants et des difficultés de communications non verbales chez leurs sujets psychotiques les plus agressifs. De même, plusieurs dimensions seraient particulièrement précoces chez les sujets les plus agressifs [113,127]. Un diagnostic de trouble des conduites chez des schizophrènes augmenterait le risque de comportements violents à l'âge adulte [56]. Quelques études montrent néanmoins un meilleur fonctionnement social chez les schizophrènes qui se montrent violents de manière épisodique [79].

Les schizophrènes violents [141] ou homicides [139] seraient généralement menaçants avant l'acte violent ou auraient une attitude hostile envers leur future victime ou un proche de celle-ci [139]. Des antécédents de violences sont également facteurs de risques de violences futures [7,142].

Un bon prédicteur de violences des patients psychiatriques sortis d'hôpital serait donc des antécédents de violences [65,118,122,124] ou des antécédents d'incarcération [148]. Ces antécédents de violences seraient notamment importants dans le risque de commettre un homicide [99] et l'aspect très impulsif d'un précédent crime [28], ou sa précocité [9], représenteraient les principaux facteurs de risques de récurrence.

Pourtant, le lien entre « violence précoce » et « violence future » existerait avec ou sans diagnostic de maladie mentale [100,127]. De plus, la plupart des délinquants juvéniles le seraient souvent avant l'âge de 17 ans, la moitié depuis l'âge de 12 ans [40]. Certains enfants préscolarisés apprendraient rapidement que la violence est un moyen plutôt efficace pour atteindre un but, d'autant que leur famille présente une tolérance à cette attitude et n'induit pas des alternatives comportementales plus adaptées [137]. Une discipline parentale sévère (brutale et inappropriée) et des conflits entre les deux parents ou entre les parents et des personnes extérieures à la famille (avec bagarres et comportements violents sur fond d'alcoolisation) seraient fréquents dans les antécédents de schizophrènes violents [154].

Enfin, différents passages à l'acte résulteraient d'un processus plus ou moins long, jalonné de drames existentiels, de situations frustrantes, voire désespérantes [118,119]. Les femmes hospitalisées les plus violentes, en plus d'être les plus jeunes ou d'avoir un diagnostic de trouble de la personnalité [37,41], auraient des antécédents de violences, comme auteur ou comme victime [38]. Les hommes schizophrènes les plus souvent violents lors des premiers moments d'une hospitalisation auraient également des antécédents de victimisation [36].

Le contexte des violences antérieures, précoces ou non, comme auteur ou victime, [24] ne saurait être écarté. La violence viendrait souvent en réponse à un contexte difficile plus qu'à des facteurs individuels, cliniques ou dispositionnels [60].

3.4. Facteurs contextuels

3.4.1. Violence en institution

La violence étant souvent un motif d'hospitalisation [78], il est compréhensible qu'elle soit un phénomène courant dans les services psychiatriques [23]. Elle serait néanmoins rarement très importante [104]. Dans les services de soins ou d'admission, la violence viserait d'autres malades [72] ou le personnel [13], notamment dans une prise en charge des états aigus [41]. Elle viserait le personnel expérimenté [144] qui a plus de responsabilités envers les patients et est plus régulièrement en contact avec eux, est le plus souvent appelé pour les situations difficiles, propices aux actes de violence (injections ou rappel du cadre thérapeutique [24], et qui soumettent les patients à la privation ou à la frustration). Néanmoins, elle viserait également le personnel moins expérimenté qui ne réagit pas au risque réel pour prévenir cette violence [89] en accentuant les sentiments de rejet et d'hostilité.

Par ailleurs, les facteurs tels que de faibles compétences sociales, un retrait social, ou encore l'abus de substances seraient mal renseignés dans les dossiers cliniques, sous-estimés et peu pris en compte dans la prise en charge [47]. Il est important de relever et mentionner ces facteurs de risques dans le dossier pour répondre à ces difficultés, d'autant plus que ces éléments seraient également de bons prédicteurs de réhospitalisation [47].

Citrome et Volavka [24] estiment donc que le personnel soignant en psychiatrie doit être vigilant quant à certains signes précurseurs d'un acte violent. En plus de limiter l'accès aux armes potentielles (objets divers, armes de destination), il convient de repérer les patients qui s'isolent des autres patients ou qui évitent les activités parce que celles-ci peuvent intensifier l'irritabilité, l'agitation, voire la symptomatologie psychotique et il semble important de ne négliger aucune forme de menaces [151]. Flannery et al. [37] estiment que des patients agresseraient plus volontiers le personnel qui oriente son activité vers d'autres patients en réagissant à la frustration de ne pas être au centre de leur préoccupation, notamment quand ils présentent un fonctionnement *borderline*.

Pour Steinert [124,125], la violence dans un service de soins psychiatriques ne peut être attribuée à la seule symptomatologie du patient ou des « aspects psychopathologiques » (hostilité, excitation, anxiété ou dépression, et troubles de la pensée, hallucinations ou délires spécifiques pour les psychotiques) lors de son admission alors que le seul prédicteur statique de la violence en institution serait des antécédents de violences [124]. Un patient schizophrène qui présente une agressivité lors de sa première hospitalisation serait finalement plus enclin à montrer de l'agressivité durant ses hospitalisations successives dans une période de deux ans [126].

Ainsi, la violence en institution, parfois dans un élan honorable de réduire la stigmatisation des malades, est souvent imputée à l'inexpérience ou aux maladresses du personnel [31]. Néanmoins une série de facteurs cliniques et non cliniques semblent favoriser la violence des patients en institution psychiatrique ; grand nombre de patients dans le service, présence de patients avec des antécédents de violences, la féminisation de l'équipe infirmière, et le nombre de personnels avec une expérience insuffisante en psychiatrie.

3.4.1.1. La promiscuité

Les agressions seraient plus sévères l'après-midi [23], et plus nombreuses le matin [23,41,111] quand les activités sont moins nombreuses ou moins structurées, et les patients « livrés à eux-mêmes » [23]. En revanche, les agressions verbales (menaces) seraient plus fréquentes l'après-midi quand le taux d'activité est au maximum et que le service est encombré [101]. L'autoagressivité serait, quant à elle, davantage liée à la durée des

hospitalisations plutôt qu'à leur nombre [125,126]. Ainsi, le contexte de l'hospitalisation pourrait « expliquer » la violence des patients, notamment le nombre de patients dans un service [103], le manque de disponibilité des soignants [102] et le manque d'intimité pour les patients [73]. La promiscuité génère la perception d'une intrusion dans l'espace intime des patients, se sentant contraints d'entrer en une relation sociale non souhaitée [74]. S'y ajouterait une architecture du service qui augmente l'impression d'enfermement et le manque de liberté de déplacements.

Si finalement les schizophrènes paraissent être les plus fréquemment impliqués dans une violence en institution, Wessely [152] rappelle que ces patients auraient les hospitalisations les plus longues, et donc une plus grande occasion d'être violents envers le personnel ou les autres patients. On pourrait en revanche attendre que le temps d'hospitalisation affecte à la baisse la probabilité qu'ils se rendent responsables de violence à l'extérieur mais les antécédents criminels d'une population psychiatrique retarderaient leur entrée dans le système de soins par l'image de dangerosité qui les accompagne [98].

3.4.1.2. Qualité de la prise en charge

Les patients qui se montrent agressifs, violents ou criminels, seraient des patients pour qui la prise en charge est chaotique, qui ne bénéficient pas de soins [131] ou qui ont les hospitalisations les plus courtes [55], n'ont pas de traitement [139] ou de traitement adapté [52]. La probabilité d'être impliqué dans un délit ou un crime [125,149] serait accrue quand le malade ne peut être hospitalisé du fait de politiques de désinstitutionnalisation [125].

La violence des schizophrènes serait donc corrélée avec une médication inadaptée [122] ou une résistance au traitement [70]. Cette violence pourrait également s'expliquer par les nombreux effets secondaires de la médication [81] qui eux-mêmes motiveraient une non-compliance au traitement, autre facteur lié à l'agressivité ou la violence [5,136].

3.4.2. Liens avec la victime

Il serait reconnu depuis longtemps que la victime des schizophrènes est plus fréquemment l'épouse, un parent ou une personne très proche [141].

3.4.2.1. Une relation de proximité

Le risque d'être victime d'un homicide perpétré par un psychotique ne serait majoré que si ce psychotique est un membre de sa propre famille [19,75], un ami [30], ou un corésidant [10], et ces crimes seraient davantage commis dans un lieu privé (connu de l'auteur ou de la victime) plutôt que dans un lieu public [61].

Pourtant, Nordström et Kullgren [109], qui étudient plus spécifiquement tous les actes violents chez les schizophrènes, tendraient à montrer que les victimes de violences peu sévères sont plutôt des inconnues, tandis que les victimes des violences les plus sévères (entraînant la mort) sont des proches parents. Ces schizophrènes seraient les plus jeunes et auraient un long parcours psychiatrique, remontant parfois à l'enfance [110].

Dans le cas particulier des filicides commis par les mères, en plus d'antécédents psychiatriques (pour diagnostics divers), Marleau et al. [86] relèvent un contexte socio-économique défavorisé et un manque de soutien social. L'homicide surviendrait généralement dans un état dépressif majeur sur trouble de la personnalité limite ou dépendante dans un geste « altruiste » [86]. Pour les filicides commis par les pères, les troubles de l'humeur seraient retrouvés, ainsi qu'un diagnostic de trouble de la personnalité limite [87]. Les très rares cas d'aviolicide seraient quant à eux majoritairement perpétrés par des schizophrènes [93].

Dans le groupe des schizophrènes paranoïdes, la violence serait planifiée, en lien direct avec les idées délirantes [71], et viserait une personne proche perçue comme persécutrice, privant le patient de ce dont il a besoin ou envie. En revanche, pour les schizophrènes désorganisés, la violence tiendrait beaucoup plus du fait du contexte, moins en lien avec un délire ou des hallucinations mais avec des humeurs négatives ou une ambivalence affective [118,119].

3.4.2.2. *Une violence précipitée par la victime*

L'homicide pourrait répondre à une attitude de rejet de la part de la victime envers le patient schizophrène et les circonstances du passage à l'acte seraient à rattacher à des difficultés relationnelles avec la victime, notamment une relation de dépendance et d'agressivité [35,58,121]. Singhal et Dutta [121] relèvent que les schizophrènes responsables de parricide entretenaient des relations très difficiles avec leur père, plus sévère que la mère et ayant une préférence pour ses autres enfants. Le parent victime serait directement lié au thème délirant de persécution mais pourrait avoir une attitude hostile envers son enfant malade poussant ce dernier à la violence explosive. Pour Lindqvist et Allebeck [83], la violence d'un schizophrène envers un proche surviendrait après une longue période de discorde. Certains homicides pourraient notamment suivre une altercation avec la victime dans un contexte d'alcoolisation ou d'intoxication [61], et les circonstances relationnelles dépendraient alors de la présence d'un diagnostic de personnalité antisociale [97], facteur de risque de comportement violent indépendant de la maladie schizophrénique. La victime serait alors moins un membre de la famille, mais un ami ou une personne étrangère au cercle relationnel. Ces éléments posent la question de la relation et de la qualité de cette relation qui existait entre la personne violente et sa victime.

4. Conclusion

Cette revue de littérature met l'accent sur la complexité des facteurs de risques de violences individuelles cliniques et infracliniques. Des dimensions psychopathologiques paraissent prépondérantes et indépendantes de la schizophrénie, mais elles ne sauraient être suffisantes pour expliquer la violence des malades mentaux. Il paraît donc incontestable que les facteurs sociaux tiennent une place importante dans le risque de violence chez les personnes présentant une schizophrénie, dans la mesure où ces facteurs ne sont pas propres la pathologie mentale. Indirectement, cet article soulève la question de déterminer quels sont les facteurs les plus importants dans le risque de se montrer violent, à prendre en compte dans l'estimation du risque a priori ou du risque de récurrence. Nous soulevons donc l'intérêt d'une réflexion clinico-sociale de la violence psychiatrique qui pourrait appuyer la compétence expertale, et la déstigmatisation des patients souffrant de schizophrénie par une meilleure

information publique, ainsi que l'évitement de drames souvent médiatisés par un meilleur accompagnement des proches et des professionnels des secteurs de psychiatrie.

Références

- [1] Abu-Akel A, Abushua'leh K. "Theory of mind" in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophren Res* 2004;69:45-53.
- [2] Appelbaum P, Robbins P, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry* 2000;157:566-72.
- [3] Appelbaum P, Robbins P, Roth L. Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999;156:1938-43.
- [4] Arango C, et al. Violence in inpatients with schizophrenia: A prospective study. *Schizophren Bull* 1999;25:493-503.
- [5] Arango C, et al. Randomised clinical trial comparing oral versus depot formulations of zuclopenthixol in patients with schizophrenia and previous violence. *European Psychiatry* 2006;21:34-40.
- [6] Arango C, Bernardo M. The effect of quetiapine on aggression and hostility in patients with schizophrenia. *Human Psychopharmacology. Clinical and Experimental* 2005;20:237-41.
- [7] Arboleda-Flórez J. Mental illness and violence: An epidemiological appraisal of the evidence. *Can J Psychiatry* 1998;43:989-96.
- [8] Arseneault L, et al. Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:979-86.
- [9] Arseneault L, et al. Childhood origins of violent behaviour in adults with schizophreniform disorder. *Br J Psychiatry* 2003;183:520-5.
- [10] Arseneault L, et al. The targets of violence committed by young offenders with alcohol dependence, marijuana dependence and schizophrenia-spectrum disorders: findings from a birth cohort. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2002;12:155-68.
- [11] Barkataki I, et al. A neuropsychological investigation into violence and mental illness. *Schizophren Res* 2005;74:1-13.
- [12] Barkataki I, et al. Volumetric structural brain abnormalities in men with schizophrenia or antisocial personality disorder. *Behav Brain Res* 2006;169:239-47.

- [13] Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. *Australian N Z J Psychiatry* 2000;34:967-74.
- [14] Bénézech M, Benayoun MD, Hachouf S. Homicide sadique d'un homosexuel par un schizophrène. Considérations médico-légales sur les fantasmes pervers chez les psychotiques. *Ann Méd Psychol* 2001;159:363-9.
- [15] Bjørkly S, Havik O. TCO symptoms as markers of violence in a sample of severely psychiatric inpatients. *International Journal of forensic Mental Health* 2003;2:87-97.
- [16] Bouchard JP. Violences, homicides et délires de persécution. *Ann Méd Psychol* 2005;163:820-6.
- [17] Bourgeois M, Bénézech M, Le Bihan P. La haine psychotique et le passage à l'acte destructeur. *Ann Méd Psychol* 2005;163:656-61.
- [18] Brennan P, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494-500.
- [19] Buckley P, et al. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1712-4.
- [20] Carneiro F, Loureiro P, Sachida A. Crime and social interactions: a developing country case study. *The Journal of Socio-Economics* 2005;34:311-8.
- [21] Cheung P, et al. Aggressive behaviour in schizophrenia; the role of psychopathology. *Australian N Z J Psychiatry* 1997a;31:62-7.
- [22] Cheung P, et al. Violence in schizophrenia: Role of hallucinations and delusions. *Schizophren Res* 1997b;26:181-90.
- [23] Cheung P, et al. A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Australian N Z J Psychiatry* 1996a;30:257-62.
- [24] Citrome L, Volavka J. Management of violence in schizophrenia. *Psychiatric Annals* 2000;30:41-52.
- [25] Cooper S, Kelly C, King D. 5-hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behaviour in schizophrenia. *Lancet* 1992;340:940-1.
- [26] Côté G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992;15:89-99.
- [27] Crisanti A, Love E. Characteristics of psychiatric inpatient detained under civil commitment legislation: A Canadian study. *Int J Law Psychiatry* 2001;24:399-410.
- [28] DeJong J, Virkkunen M, Linnoila M. Factors associated with recidivism in a criminal population. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:543-50.

- [29] Draine J, et al. Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatr serv* 2002;53:565-73.
- [30] Economou M, Palli A, Falloon I. Violence, misconduct and schizophrenia: outcome after four years of optimal treatment. *Clinical practice and epidemiology in mental health* 2005;1:1-6.
- [31] Erdos B, Hughes D. A Review of Assaults by Patients Against Staff at Psychiatric Emergency Centers. *Psychiatr serv* 2001;52:1175-7.
- [32] Erkwow R, et al. Command hallucinations: who obeys and who resists when? *Psychopathology* 2002;35:272-9.
- [33] Eronen M, Angermeyer M, B S. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33(Suppl1):S13-S23.
- [34] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996a;53:497-501.
- [35] Estroff S, et al. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33:S95-S101.
- [36] Flannery RJ, et al. Nonviolent psychiatric inpatients and subsequent assaults on community patients and staff. *Psychiatric Q* 2001;72:19-27.
- [37] Flannery RJ, et al. Characteristics of assaultive psychiatric patients: ten year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatric Q* 2002;73:59-69.
- [38] Flannery RJ, Fisher W, Walker A. Characteristics of patient and Staff victims of assault in community residences by previously nonviolent psychiatric inpatients. *Psychiatric Q* 2000a;71:195-203.
- [39] Foley S, et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophren Res* 2005;72:161-8.
- [40] Fonagy P. Towards a developmental understanding of violence. *Br J Psychiatry* 2003;183:190-2.
- [41] Fottrell E. A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1980;136:216-21.
- [42] Freeman D, et al. Acting on persecutory delusions: The importance of safety seeking. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:89-99.
- [43] Fresán A, et al. Premorbid adjustment and violent behavior in schizophrenic patients. *Schizophren Res* 2004;69:143-8.

- [44] Grassi L, et al. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:273-9.
- [45] Guðjónsson G, Rabe-Hesketh S, Szmukler G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *Br J Psychiatry* 2004;184:258-62.
- [46] Gunn J. Criminal behaviour and mental disorder. *Br J Psychiatry* 1977;130:317-29.
- [47] Harris G, Rice M. An empirical approach to classification and treatment planning for psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 1990;46:3-15.
- [48] Hartwell S. Triple Stigma: Persons with Mental Illness and Substance Abuse Problems in the Criminal Justice System. *Criminal Justice Policy Review* 2004a;15:84-99.
- [49] Hartwell S. Comparison of Offenders With Mental Illness Only and Offenders With Dual Diagnoses. *Psychiatr serv* 2004b;55:145-50.
- [50] Hastings J, Hamberger L. Sociodemographic predictors of violence. *The Psychiatric Clinics of North America* 1997;20:323-35.
- [51] Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476-83.
- [52] Hodgins S. Epidemiological investigations of the association between major mental disorders and crime: methodological limitations and validity of the conclusions. *Social Psychiatry and Epidemiology* 1998;33(Suppl 1):S29-S37.
- [53] Hodgins S, et al. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996a;53:489-96.
- [54] Hodgins S, Lalonde N. Major mental disorders and crime: changes over time, in *Where and when: geographical and historical aspects of psychopathology*, P. Cohen, L. Robins, and C. Slomkowski, Editors. 1999, Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates. p. 57-83.
- [55] Hodgins S, Lapalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: A 2-year follow-up. *J Affect Disord* 1999;55:187-202.
- [56] Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophren Res* 2005;78:323-35.
- [57] Hoptman M, et al. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: A preliminary study. *Biological Psychiatry* 2002;52:9-14.
- [58] Humphreys M, et al. Dangerous behavior preceding first admission for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;161:501-5.

- [59] Jones G, et al. Aggressive behaviour in patients with schizophrenia is associated with catechol-O-methyltransferase genotype. *Br J Psychiatry* 2001;179:351-5.
- [60] Joyal C. Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic* 2005;numéro spécial:5-9.
- [61] Joyal C, et al. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Medicine* 2004;34:433-42.
- [62] Junginger J. Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophren Bull* 1996;22:91-103.
- [63] Junginger J, McGuire L. The paradox of command hallucinations. *Psychiatr serv* 2001;52:385.
- [64] Junginger J, Parks-Levy J, McGuire L. Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatr serv* 1998;49:218-20.
- [65] Kaliski S. A comparison of risk factors for habitual violence in pre-trial subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(suppl.412):58-61.
- [66] Kaliski S, Zabow T. Violence, sensation seeking, and impulsivity in schizophrenics found unfit to stand trial. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1995;23:147-55.
- [67] Kotler M, et al. Homicidal Behavior in Schizophrenia Associated With a Genetic Polymorphism Determining Low Catechol O-Methyltransferase (COMT) Activity. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)* 1999;88:628-33.
- [68] Krakowski M, et al. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry* 1989;146:849-53.
- [69] Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 2004;161:459-65.
- [70] Krakowski M, Czobor P, Chou JY. Course of Violence in Patients With Schizophrenia: Relationship to Clinical Symptoms. *Schizophren Bull* 1999;25:505-17.
- [71] Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: A review of literature. *Compr psychiatry* 1986;27:131-48.
- [72] Kraus J, Sheitman B. Characteristics of Violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr serv* 2004;55:183-5.
- [73] Kumar S, Ng B. Crowding and Violence on Psychiatric Wards: Explanatory Models. *Can J Psychiatry* 2001;46:433-7.
- [74] Kumar S, Ng B, Robinson E. The crowded Ward. *Psychiatr serv* 1999;50:1499-1500.

- [75] Laajasalo T, Häkkänen H. Offence and offender characteristics among two groups of Finnish homicide offenders with schizophrenia: Comparison of early -and late- start offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2005;16:41-59.
- [76] Lachman H, et al. Association between catechol O-methyltransferase genotype and violence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155:835-7.
- [77] Lafayette J, et al. Clinical characteristics, cognitive functioning, and criminal histories of outpatients with schizophrenia. *Psychiatr serv* 2003;54:1635-40.
- [78] Lagos J, Perlmutter K, Saexinger H. Fear of the mentally ill: Empirical support for the common man's response. *Am J Psychiatry* 1977;134:1134-7.
- [79] Lapierre D, et al. Neuropsychological correlates of violence in schizophrenia. *Schizophren Bull* 1995;21:253-62.
- [80] Lee T, et al. Command hallucinations among Asian patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2004;49:838-42.
- [81] Leong G, and Silva J. Neuroleptic-induced akathisia and violence: a review. *Journal of Forensic Sciences* 2003;48:187-9.
- [82] Lewis C, and Ednie K. Koro and homicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997;154:1169.
- [83] Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and assaultive behaviour: The role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1989;82:191-5.
- [84] Link B, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls, in *Violence and mental disorder. Developments in risk assessment*, J. Monahan and H. Steadman, Editors. Chicago: University of Chicago Press; 1994:137-159.
- [85] Link B, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33(Suppl 1):S55-S60.
- [86] Marleau J, et al. Homicide d'enfant commis par la mère. *Can J Psychiatry* 1995;40:142-9.
- [87] Marleau J, et al. Paternal filicide: a study of 10 men. *Can J Psychiatry* 1999;44:57-63.
- [88] McNiel D, Binder R. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short-term risk of violence. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:133-7.
- [89] McNiel D, Binder R. Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *Am J Psychiatry* 1995;152:901-6.
- [90] McNiel D, Binder R, Greenfield T. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1988;145:965-70.

- [91] McNeil D, Eisner J, Binder R. The relationship between command Hallucinations and violence. *Psychiatr serv* 2000;51:1288-92.
- [92] Millaud F, Auclair N, D M. Parricide and mental illness: A study of 12 cases. *Int J Law Psychiatry* 1996;19:173-82.
- [93] Millaud F, Auclair N, Marleau J. Avitolicide : À propos de quatre cas cliniques. Non publié.
- [94] Milton J, et al. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2001;178:433-40.
- [95] Modai I, et al. Paroxetine binding in aggressive schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 2000;94:77-81.
- [96] Monahan J. Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist* 1992;47:511-21.
- [97] Moran P, et al. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. Report from the UK700 Trial. *Br J Psychiatry* 2003;182:129-34.
- [98] Munkner R, et al. The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003b;38:347-53.
- [99] Munro E, Rungay J. Role of risk assessment in reducing homicides by people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2000;176:116-20.
- [100] Nagin D, Tremblay R. Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:389-94.
- [101] Ng B, et al. Ward Crowding and Incidents of Violence on an Acute Psychiatric Inpatient Unit. *Psychiatr serv* 2001;52:521-5.
- [102] Nijman H, et al. A tentative model of aggression in inpatient psychiatric wards. *Psychiatr serv* 1999b;50:832-4.
- [103] Nijman H, Rector G. Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr serv* 1999;50:830-1.
- [104] Noble P. Violence in psychiatric in-patients: review and clinical implications. *International Review of Psychiatry* 1997;9:207-16.
- [105] Nolan K, et al. Characteristics of assaultive behavior in psychiatric inpatients. *Psychiatr serv* 2003;54:1012-16.
- [106] Nolan K, et al. Aggression and psychopathology I treatment-resistant inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Psychiatry Res* 2005;39:109-15.
- [107] Nolan K, et al. Suicidal behavior in patients with schizophrenia is related to COMT polymorphism. *Psychiatric Genetics* 2000b;10:117-24.

- [108] Nolan K, Citrome L, Volavka J. Violence in schizophrenia: The role of Psychosis and Psychopathy. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health* 1999a;5:326-35.
- [109] Nordström A, Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003a;38:326-30.
- [110] Nordström A, Kullgren G. Do violent offenders with schizophrenia who attack family members differ from those with other victims? *International Journal of Forensic Mental Health* 2003b;2:195-200.
- [111] Owen C, et al. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr serv* 1998a;49:1452-7.
- [112] Raine A, et al. Reduced prefrontal gray matter volume and reduces autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:119-27.
- [113] Raine A, et al. Fearlessness, stimulation-seeking, and large body size at age 3 years as early predispositions to childhood aggression at age 11 years. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:745-51.
- [114] Ritsner M, et al. Decreased platelet peripheral-type benzodiazepine receptors in persistently violent schizophrenia patients. *J Psychiatric Res* 2003;37:549-56.
- [115] Rofman E, Askinazi C, Fant E. The prediction of dangerous behavior in emergency civil committment. *Am J Psychiatry* 1980;137:1061-4.
- [116] Roy S, et al. Violent and non-violent schizophrenic patients: clinical and developmental characteristics. *Psychological Reports* 1987;61:855-61.
- [117] Schanda H, et al. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:98-107.
- [118] Senninger JL, Fontaa V. Les événements stressants de la vie et la criminalité des schizophrènes. *Encéphale* 1996a;22(Spec. Iss. 3):49-52.
- [119] Senninger JL, Fontaa V. *Psychopathologie des malades dangereux*. Paris: Dunod; 1996b : 181.
- [120] Shaw J, et al. Mentall illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ* 2004;328:734-7.
- [121] Singhal S, Dutta A. Who commits patricide? *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:40-3.
- [122] Soliman A, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr serv* 2001;52:75-80.
- [123] Steadman H, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:393-401.

- [124] Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(Suppl. 412):133-41.
- [125] Steinert T. Reducing violence in severe mental illness. *BMJ* 2001;323:1080-1.
- [126] Steinert T, Wiebe C, Gebhardt R. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr serv* 1999b;50:85-90.
- [127] Stevenson J, Goodman R. Association between behaviour at age 3 years adult criminality. *Br J Psychiatry* 2001;179:197-202.
- [128] Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophren Bull* 2004;30:31-44.
- [129] Stueve A, Link B. Violence and psychiatric disorders: Results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly* 1997;68:327-42.
- [130] Swanson J, et al. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 1990;41:761-70.
- [131] Swanson J, et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 1997;60:1-22.
- [132] Tanke E, Yesavage J. Characteristics of assaultive patients who do and do not provide visible cues of potential violence. *Am J Psychiatry* 1985;142:1409-13.
- [133] Tardiff K, Sweillam A. Assault, suicide, and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:164-9.
- [134] Tehrani J, et al. Mental illness and criminal violence. *Social Psychiatry and Epidemiology* 1998;33(Suppl 1):S81-S85.
- [135] Tiihonen J, et al. 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.
- [136] Torrey E. Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:653-62.
- [137] Tremblay R, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004;114:e43-e50.
- [138] Tuninger E, et al. Criminality and aggression among psychotic in-patients: frequency and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:294-300.
- [139] Valevski A, et al. Homicide by schizophrenic patients in Israel. *European Psychiatry* 1999;14:89-92.

- [140] Varma L, Jha P. Characteristics of murder in mental disorder. *Am J Psychiatry* 1966;122:1296-8.
- [141] Virkkunen M. Observations on violence in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1974;50:145-51.
- [142] Volavka J, et al. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br J Psychiatry* 1997;171:9-14.
- [143] Volavka J, et al. Characteristics of state hospital patients arrested for offenses committed during hospitalization. *Psychiatr serv* 1995;46:796-800.
- [144] Walker Z, Seifert R. Violent incidents in a psychiatric intensive care unit. *Br J Psychiatry* 1994;164:826-8.
- [145] Wallace C, et al. Serious criminal offending and mental disorder: Case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998;172:477-84.
- [146] Wallace C, Mullen P, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:716-27.
- [147] Walsh E, et al. Psychosis in high-security and general psychiatric services: Report from the UK700 and Special Hospitals' Treatment Resistant Schizophrenia groups. *Br J Psychiatry* 2002;180:351-7.
- [148] Walsh E, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophren Res* 2004a;67:247-25.
- [149] Walsh E, et al. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ* 2001a;323:1093-1109.
- [150] Walsh E, Fahy T. Violence in society. Contribution of illness is low. *BMJ* 2002;325:507-8.
- [151] Werner P, et al. Psychiatrists' judgments of dangerousness in patients on an acute care unit. *Am J Psychiatry* 1984;141:263-6.
- [152] Wessely S. The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997;170(Suppl 32):8-11.
- [153] Wong M, et al. Positron emission tomography in male violent offenders with schizophrenia. *Psychiatry Res: Neuroimaging section* 1997;68:111-23.
- [154] Yesavage J, et al. Family conflict, psychopathology, and dangerous behavior by schizophrenic inpatients. *Psychiatry Res* 1983;8:271-80.