



**HAL**  
open science

## Schizophrénie et violence : Comorbidités et typologies

M.-J. Vandamme

► **To cite this version:**

M.-J. Vandamme. Schizophrénie et violence : Comorbidités et typologies. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2009, 167 (9), pp.709. 10.1016/j.amp.2009.08.014 . hal-00589464

**HAL Id: hal-00589464**

**<https://hal.science/hal-00589464>**

Submitted on 29 Apr 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 : Comorbidités et typologies

Author: M.-J. Vandamme

PII: S0003-4487(09)00261-3  
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.08.014  
Reference: AMEPSY 1074

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Vandamme M-J, Schizophrénie et violence : Comorbidités et typologies, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.08.014

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.

*Cahier FMC***Schizophrénie et violence : comorbidités et typologies**  
**Schizophrenia and violence: Comorbidity and typologies****M.-J. Vandamme**

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

Auteur correspondant : 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**

Outre les facteurs cliniques propres aux diagnostics de pathologies mentales en général et de schizophrénie en particulier, et outre les facteurs sociaux pouvant précipiter ou contextualiser le recours à la violence de ces malades, la question de la comorbidité paraît devoir être soulevée. En effet, les troubles de la personnalité, notamment antisociale, les addictions et le triple diagnostic soulèvent la pertinence de s'interroger sur l'existence de typologies de patients violents, tant pour comprendre, prévoir, mais aussi orienter la prise en charge.

*Mots clés* : Addictions ; Comportements violents ; Schizophrénie ; Troubles de la personnalité

**Abstract**

In addition to the clinical factors of the diagnoses of mental pathology in general and schizophrenia in particular, and in addition to the social factors being able to precipitate or contextualise the recourse to the violence of these patients, the question of the comorbidity appears to have to be raised. Indeed, personality disorders, in particular antisocial personality disorder, substances abuse, and the comorbidities raise the relevance to wonder about the

existence of typologies of patients violent one, understand, envisage, and also direct the assumption of responsibility.

*Keywords:* Personality disorders; Schizophrenia; Substances abuse; Violent behaviour

## **1. Pathologies mentales et comorbidités**

Plus de la moitié des schizophrènes violents présenteraient un autre diagnostic (dépression, abus de substances, traumatismes crâniens [91]) et les diagnostics psychiatriques « purs » seraient rares dans la population carcérale [16]. Les comorbidités diagnostiques avec deux ou trois diagnostics, et parfois plus, seraient fréquentes [16]. Pour Putkonen et al. [73], il y aurait trois catégories diagnostiques de psychotiques qui tuent ou tentent de tuer une autre personne ; des diagnostics « purs » pour 25 % (une majorité de schizophrénies, de troubles schizoaffectifs et d'autres troubles psychotiques), un tel diagnostic associé à un diagnostic d'abus de substances (*dual diagnosis* pour 25 % de leurs sujets), et enfin l'un ou l'autre de ces deux diagnostics associés aux troubles de personnalité antisociale (47 %). Or, plus le nombre de diagnostics psychiatriques augmente chez un même patient, plus le risque de violence augmente [7]. Ainsi, l'étiologie du comportement violent devient difficile à établir quand sont présents plusieurs facteurs susceptibles à eux seuls d'être « inducteurs » de violences [36].

### ***1.1. Schizophrénie et personnalité***

#### ***1.1.1. Schizophrénie et trouble de la personnalité***

Un diagnostic de trouble de la personnalité serait fréquemment retrouvé chez les malades mentaux violents [89], et il s'observerait chez les schizophrènes hostiles [4], violents [86], ou homicides [98], et notamment chez les personnalités paranoïaques ou narcissiques [70]. Néanmoins, parmi les troubles de la personnalité les plus fréquents dans le comportement violent chez les schizophrènes, on retrouverait la personnalité antisociale [56].

### *1.1.2. Schizophrénie et trouble de la personnalité antisociale*

Si quelques auteurs estiment que la schizophrénie reste liée à la violence indépendamment d'une personnalité antisociale associée [10], d'autres estiment que ce trouble de la personnalité antisociale prémorbide pourrait être un facteur indépendant de la maladie mentale dans le risque de commettre un meurtre [24,64] ou une agression sexuelle [83]. Le trouble de personnalité antisociale serait un facteur de violence ou de délinquance plus stable que le seul diagnostic de trouble mental grave [43].

### *1.1.3. Schizophrénie et psychopathie*

Pour de nombreux auteurs, le diagnostic de psychopathie est plus précis que celui de trouble de la personnalité antisociale [72] et ne saurait en être un synonyme. La prévalence d'une telle personnalité agressive ou violente, et antisociale, selon qu'elle est diagnostiquée à l'aide des critères du DSM (APA), ou psychopathique selon qu'elle est diagnostiquée à l'aide de l'échelle de psychopathie de Hare [17], ne serait pas la même.

Le score de psychopathie serait à lui seul un bon prédicteur de comportement violent [31], de violence instrumentale [15], ou utilitaire [81], de criminalité [5], de risque de récidive [21], de récidive violente [28], et de récidive homicide [58]. La psychopathie serait notamment un facteur de risque de récidive, indépendamment des diagnostics associés de schizophrénie et/ou d'abus de substances [77], et la violence des schizophrènes pourrait venir de traits psychopathiques bien ancrés dans leur personnalité [71,93].

Un double diagnostic de schizophrénie et de personnalité antisociale ou psychopathique est donc régulièrement retrouvé chez les malades violents [18,74,89].

## ***1.2. Schizophrénie et abus de substances***

Le risque de comportement violent serait accru chez les patients psychotiques lorsque leur sont associés une consommation chronique [24], un abus ou une dépendance à des substances psychoactives [78] pendant l'intoxication ou lors des conséquences à long terme

(décompensations psychotiques), pour l'alcool [97] ou les drogues illicites [102]. Dans la schizophrénie, ce lien existerait entre l'abus de substances et la dangerosité [87], la violence [11,22,24,77,97,101], la récidive violente [92] ou l'homicide [24], et plus spécifiquement entre l'abus d'alcool et l'agressivité [88], la violence [1,22,24,77,100], ou l'homicide [23,24], entre l'abus de plusieurs substances et la violence [90], entre l'abus d'alcool et de cannabis et la violence [54], ou entre l'abus de drogues et la violence [19,84].

### *1.2.1. Désinhibition du comportement*

Virkkunen [99] soulignait déjà l'effet (pharmacologique) désinhibiteur de l'alcool et des drogues qui entrave les relations sociales, provoque des conflits, principalement chez les psychotiques pour qui les relations sociales sont déjà difficiles du fait de la maladie. L'abus de substances contribuerait à la violence en altérant les mécanismes cognitifs et comportementaux du contrôle des impulsions, en favorisant les états émotionnels négatifs (dépression, paranoïa, colère et rage), et en stimulant les comportements agressifs par leurs effets pharmacologiques sur les systèmes cérébraux [6,27].

### *1.2.2. Une recrudescence des symptômes*

Chez les schizophrènes, l'abus de substances posera la question de savoir si la violence est pharmacologique ou si elle est la conséquence d'une exacerbation des symptômes psychotiques lors d'une intoxication [82]. Dixon [19] estime par exemple que le diagnostic d'abus de substance chez des schizophrènes est associé à des symptômes psychotiques plus nombreux. Que ce soit pour les effets désinhibiteurs des substances ou une recrudescence des symptômes, il reste à déterminer si la violence des malades mentaux survient chez des consommateurs chroniques ou lors d'intoxications aiguës [43].

### *1.2.3. Une comorbidité fréquente*

L'abus de substances serait fréquent chez les malades mentaux [75], et notamment les schizophrènes [100]. La schizophrénie est alors souvent perçue comme un risque d'abus de substances [75]. Par conséquent, pour Wallace et al. [101], la schizophrénie et l'abus de substances ne seraient pas deux facteurs de risques de violences indépendants mais interdépendants du seul facteur schizophrénie dans le risque d'être violent. Ces auteurs ajoutent que les schizophrènes enclins à la violence seraient plus à risque d'être toxicomanes. Cette toxicomanie ne serait donc qu'une partie de l'histoire du schizophrène, qu'elle le mène

à la violence ou non. Par ailleurs, pour quelques auteurs, le rôle joué par l'alcool et l'usage de drogues associés aux symptômes paranoïdes dans le comportement violent dépendrait des antécédents de comportements antisociaux [43].

#### *1.2.4. Une relation complexe*

La place de l'abus de substances est donc complexe dans la mesure où il pourrait précipiter la rechute et la réhospitalisation des patients psychiatriques [56] ou schizophrènes [12,47], mais également expliquer la non-compliance au traitement [29]. Pourtant, certains schizophrènes abuseurs de substances présenteraient moins de symptômes négatifs de la maladie et auraient de meilleures performances à des tests cognitifs [49]. Si l'idée que les schizophrènes pourraient s'alcooliser ou consommer des substances psychoactives pour l'automédication de leurs symptômes [53,76], ou pour trouver du plaisir plutôt que de rechercher la perte de contrôle [51] est répandue, les schizophrènes seraient plus volontiers consommateurs de stimulants et d'hallucinogènes [65], qui ont pourtant l'effet d'accroître la symptomatologie psychotique. Pour Teplin et al. [96], l'abus de substance n'est pas le meilleur prédicteur de violences chez les malades psychiatriques incarcérés. C'est probablement pourquoi l'abus d'alcool serait moins présent chez les schizophrènes homicides reconnus responsables de leurs actes que les schizophrènes homicides non coupables pour raison de maladie mentale, et pourquoi les schizophrènes violents seront jugés responsables de leurs gestes si d'autres facteurs que la maladie mentale, tel que l'abus de substances, sont identifiés comme précipitant la violence [69].

Ainsi, les données sont contradictoires. Kaliski et Zabow [51] ne retrouvent pas de différence d'antécédents d'alcoolisation ou d'abus de substances chez des schizophrènes violents et non-violents, et l'abus d'alcool et le diagnostic de schizophrénie pourraient être deux facteurs de risques qui s'ajoutent l'un à l'autre sans effets d'interaction [22,23], la schizophrénie sans alcoolisme comorbide restant, pour ces auteurs, un facteur indépendant de risques de violences.

### 1.2.5. Importance chronologique

Un début de compréhension du rôle que jouent ces différents facteurs dans la violence viendrait de la prise en compte de la chronologie des événements. En effet, l'influence de l'usage abusif d'alcool ou une consommation de drogues chez les schizophrènes seraient particulièrement vérifiés chez les plus jeunes [87]. Pour Fulwiler et Ruthazer [26], ce serait plus la précocité de l'abus de substances indépendamment des troubles des conduites que l'abus de substances concomitant qui serait liée à la violence des personnes présentant une pathologie mentale. Or, la précocité de l'abus de substances pourrait dépendre de la présence d'une personnalité antisociale [66]. Indépendamment d'une pathologie mentale, abus d'alcool et personnalité antisociale auraient des similitudes étiogéniques, génétiques et environnementales [60].

Le risque de violences chez les malades psychiatriques semble être imminent lors d'une alcoolisation aiguë (intoxication alcoolique), mais pourrait être chronique et relever d'un fonctionnement stable de la personnalité pathologique [55]. Cela expliquerait pourquoi de nombreux individus présentent un comportement criminel avant leur dépendance à une ou des substances psychoactives [85]. Il semble évident que d'autres facteurs, individuels ou situationnels, seuls ou combinés à d'autres facteurs indépendants de l'intoxication aiguë ou chronique, participent à l'émergence de comportements illégaux, violents ou non violents [37]. Or, plus les problèmes de comportements antisociaux chez les schizophrènes sont précoces, plus le risque de développer un abus de substance et un comportement délinquant, criminel ou violent à l'âge adulte serait élevé [43].

### 1.3. Triple diagnostic ; schizophrénie, personnalité antisociale, et abus de substances

Si l'abus de substances, alcool ou drogues, paraît être un facteur de risque indépendant [104,105], souvent la place de l'alcool dans un comportement d'agression dépendrait de facteurs tels que la personnalité [18]. Joyal et al. [50] notent ainsi que leurs sujets schizophrènes homicides, qui ont un diagnostic de personnalité antisociale, ont commis leur crime sous l'influence de l'alcool ou d'une drogue. Or, l'abus d'alcool ou de drogues est fréquemment considéré comme associé à la personnalité antisociale [30], voire comme une part intégrante du style de vie antisocial des délinquants [43]. Le diagnostic d'abus de substances serait un facteur de risque secondaire au diagnostic de personnalité antisociale posé dans un sous-groupe de schizophrènes violents ou délinquants, et cette personnalité



antisociale serait seule à accroître le risque d'être violent pour les schizophrènes [43]. De même, une personnalité antisociale serait un facteur de risque de développer un abus de substances chez les schizophrènes [66], et le diagnostic de psychopathie représenterait le plus important facteur de risque de comportement violent [20] et de récurrence violente chez les schizophrènes [77].

Un double diagnostic, schizophrénie et personnalité psychopathique [25,50], mais surtout un triple diagnostic, schizophrénie, personnalité psychopathique et conduite alcoolique, seraient un risque majeur de violences, de violences graves, et de récurrences violentes [77] ou d'homicides [106]. Néanmoins, Rice et Harris [77] précisent que la prévalence de psychopathie chez les schizophrènes reste faible et que le taux d'abus d'alcool chez les schizophrènes est plus faible que chez les psychopathes. De même, l'abus d'alcool serait un facteur aggravant de risque de violences chez les schizophrènes, mais pas chez les psychopathes.

## **2. Une typologie de schizophrènes violents**

Comme nous l'avons souligné, le lien complexe entre ces différents facteurs et l'ordre chronologique de la maladie ou de la violence laisse entendre qu'il existe, non pas un diagnostic de schizophrénie associé à la violence mais deux, selon que la violence (ou la délinquance) vient de la pathologie, de la personnalité (antisociale) et/ou de l'abus de substances.

Dans l'étude de Wallace et al. [101], une grande majorité de schizophrènes condamnés pour agressions et violences graves le sont avant toute hospitalisation en psychiatrie et avant que le diagnostic ne soit posé. Ils auraient notamment des antécédents d'arrestations avant que la maladie ne soit identifiée ou avant même le début des troubles [63]. Souvent [43], un comportement criminel (vols, fraudes, destructions de biens) apparaît avant la maladie mentale grave, ou avant qu'un tel diagnostic ne soit posé [38]. De nombreux psychotiques seraient par ailleurs tenus responsables de leurs actes et condamnés parce que ce comportement violent ne serait pas en lien direct avec la maladie. Ainsi, il serait possible d'identifier deux « profils » de schizophrènes délinquants [78] : un groupe de schizophrènes

avec une bonne adaptation sociale et professionnelle, plus fréquemment mariés, la plupart du temps paranoïdes, plutôt actifs et belligérants, capables d'invoquer un motif pour expliquer leur délit, et un autre, plus passif, tout à fait réservé voire autiste, non marié et commettant un délit sans motif évident.

### **2.1. La typologie de schizophrènes violents *early-starters* vs *late-starters***

Hodgins [37] estime qu'il existe des sous-groupes de personnes qui présentent la même pathologie mentale mais pour qui le risque de développer un comportement violent ou criminel tient de différents facteurs. Par ailleurs, une relation de cause à effet entre la maladie mentale et la violence sous-entendrait que la pathologie préexiste avant toute forme de violence ou criminalité. La chronologie serait donc un point important à relever dans une étude sur le comportement violent des malades mentaux. Parce que certains contrevenants malades mentaux sont condamnés pour leurs crimes pendant l'adolescence avant les symptômes de la maladie, et que d'autres commencent leurs méfaits à l'âge adulte après le développement d'une pathologie mentale, en tenant compte de cette chronologie des faits ou du développement de la maladie, Hodgins et son équipe ont identifié deux profils distincts de schizophrènes violents ou criminels [38,43,71,94]. Les *early-starters* commencent une « carrière criminelle » dès l'adolescence tandis que les *late-starters* commettent leur premier acte délinquant à l'âge adulte. Chez ces derniers, le comportement criminel ou violent paraîtra être secondaire à la maladie mentale.

#### **2.1.1. Des profils différents**

Les schizophrènes au comportement criminel précoce (*early-starters*) se caractériseraient par la présence d'un trouble de la personnalité antisociale ou psychopathique [5,44], alors que les schizophrènes au comportement criminel plus tardif (*late-starters*) se caractériseraient par une conduite alcoolique plus fréquente [45]. Pourtant, Nolan et al. [71] trouvent que les schizophrènes violents qui ont des scores de psychopathie élevés sont ceux qui ont manifesté la maladie plus tôt. Ils avaient néanmoins un trouble de la personnalité avant leur schizophrénie. Paradoxalement, Schanda et al. [79] identifient des fonctionnements sociaux mieux adaptés chez les schizophrènes incarcérés identifiés comme *early-starters* (qui ont des antécédents de condamnations et d'incarcérations) que chez les schizophrènes incarcérés identifiés comme *late-starters*.

En matière de criminalité, les schizophrènes représentent donc un groupe hétérogène [44]. Il convient toutefois de préciser qu'il y aurait plus de schizophrènes chez les *late-starters*, et plus de troubles délirants chroniques (paranoïas) chez les *early-starters* [43].

Sans reprendre cette distinction, Munkner et al. [67] ou Wallace et al. [101] retrouvent une majorité de sujets schizophrènes impliqués dans un acte criminel menant à une condamnation avant tout contact avec un service de soins psychiatriques. La proportion reste élevée dans le cas particulier des actes violents [68]. Ces derniers retrouvent plus d'hommes que l'on qualifierait de *early-starters* et de femmes *late-starters*.

### *2.1.2. Des délits différents*

Chez les schizophrènes *late-starters*, les victimes d'un homicide seraient plus fréquemment des proches ou des parents que chez les schizophrènes *early-starters* [57].

### *2.2. Des problèmes récurrents*

Modai et al. [62] font une différence entre des sujets schizophrènes couramment agressifs et des sujets schizophrènes non agressifs mais qui ont eu un épisode violent les menant à l'homicide. De même, Clare et al. [13] notent que les adolescents violents qui ont un diagnostic de maladie mentale ont de nombreux contacts avec des services sociaux avant que le diagnostic ne soit posé. Pourtant, tantôt le nombre moyen de condamnations pour des délits, violents ou non-violents, est globalement identique pour les deux types de sujets [43], tantôt les *early-starters* commettent plus de délits violents et non-violents que les *late-starters*, et autant que les délinquants non malades mentaux mais présentant une personnalité antisociale [41,42]. En revanche, presque tous les *early-starters* (97 %) de leur étude présentaient les critères diagnostiques de l'abus ou de la dépendance à l'alcool ou aux drogues, alors que cela ne concernait « que » 60 % des *late-starters*.

### *2.3. Une typologie en lien avec les autres facteurs identifiés*

Les sujets schizophrènes homicides de Joyal et al. [50] qui ont un comportement criminel (violent ou non) avant que ne soit diagnostiquée leur schizophrénie seraient plus jeunes que les sujets schizophrènes qui ont commis l'homicide alors que le diagnostic était

déjà posé. Il semble que cela soit bien plus lié à la présence d'une personnalité antisociale chez ces sujets [94].

Brennan et al. [9] reprennent cette distinction entre les criminels « précoces » et les criminels « tardifs » chez des personnes présentant un trouble organique. Si ce diagnostic a déjà été associé à la violence [61] ou à la récidive [14], il semblerait que la chronologie n'est pas simple. Il se pourrait que le développement d'un trouble organique mène au comportement déviant chez des personnes qui n'avaient pas de troubles du comportement (social) avant la maladie, mais également que la maladie se développe chez des sujets déjà quelque peu antisociaux et qui s'impliquent dans des conduites qui provoqueraient des dommages cérébraux (traumatismes lors de bagarres, conséquences d'intoxications répétées...). Ainsi, Brennan et al. [9] identifient des *early-starters* qui ont un comportement criminel indépendant de ce type de diagnostic, et des *late-starters* qui ont un comportement criminel dépendant du diagnostic de trouble organique. Les *early-starters* auraient plus d'antécédents d'arrestations avant le début de la maladie, n'en auraient pas plus après le début de la maladie, seraient plus récidivistes et violents, auraient plus de diagnostics de trouble de la personnalité antisociale et d'abus de drogues .

Enfin, Joyal [48] met l'accent sur trois groupes différents de schizophrènes ; il reprend l'idée des *early-starters* chez qui la violence n'est pas nécessairement associée à la schizophrénie, l'idée des *late-starters* chez qui la violence est temporaire et plus liée aux symptômes de la maladie, et un troisième groupe de schizophrènes présentant des troubles neurologiques et dont la violence plus « chronique » serait irritative, non planifiée et souvent peu sérieuse.

### 3. Conclusion

La criminalité et la violence qui caractériseraient les individus souffrant de troubles mentaux majeurs (schizophrénie, dépression majeure, troubles bipolaires, troubles hallucinatoires, et autres troubles psychotiques non induits par les substances) accroissent leur stigmatisation et leur rejet par la communauté [3,39], ou leur difficulté de réintégration dans la communauté [95].

La place des médias ne serait pas étrangère au colportage de l'idée que les malades mentaux sont dangereux et imprévisibles [2]. De même, plusieurs études qui ont examiné

cette relation entre troubles mentaux et violence ont utilisé des plans expérimentaux différents, qui rendent la généralisation des résultats plutôt hasardeuse [39]. Pour exemple, la définition de la violence est importante dans la mesure où les sujets schizophrènes de Lindqvist et Allebeck [59] sont rendus responsables de faits mineurs, tandis que les sujets schizophrènes de Wessely et al. [104] ou de Tiihonen et al. [97] seraient responsables des crimes les plus violents. Les sujets de Hodgins et al. [40] sont évalués à propos de tous types de délits, violents ou non-violents.

Afin de limiter le risque de violence chez les patients schizophrènes (et chez les autres patients), il semble donc que l'on ne puisse plus se contenter de considérer le patient par son diagnostic mais que, de toute façon, le soigner et le soigner correctement demande qu'on le connaisse et le connaisse bien. Il paraît donc primordial de connaître les antécédents de comportements, l'historique de la prise en charge (avec les modes d'hospitalisation et les différentes prescriptions), et quels symptômes non spécifiques de la pathologie traitée ou spécifiques d'un comportement agressif, impulsif, ou violent, explosif, transitoire ou persistant, ses émotions et réactions émotionnelles, ou encore ses cognitions. Les patients ne représentent pas des groupes homogènes [39].

Parce que les *early-starters* seraient plus enclins à consommer des drogues et à ne pas suivre leur traitement, la distinction *Early-starter vs Late-starter* doit guider la prise en charge en se focalisant sur une nécessaire et stricte prévention de toutes consommations (alcool ou drogues) dans le service, lors des permissions de sortie, lors des visites... pour au moins enrayer la spirale de la violence.

Nous reprendrons Joyal [48] en affirmant que l'identification ou la caractérisation de sous-groupes de patients schizophrènes aideront à éviter leur stigmatisation et à comprendre puis prévenir leur violence.

Enfin, les facteurs de risques d'être violents pour des sujets schizophrènes s'avèrent également être facteurs de risques d'être victimes de violences. C'est le cas de l'abus de substances [8,33,80,103], surtout quand il est précoce [35], et/ou d'un diagnostic de trouble de personnalité, ainsi que des difficultés de logement [8,33]. La pauvreté financière pour un homme jeune [46] ou le fait de vivre en ville [80] constituerait le risque élevé d'être, avant

tout, victime de violences criminelles sévères [33] ou sexuelles [32]. Le risque de victimisation des malades mentaux n'était pourtant pas défendu par Teplin [95].

Ainsi, une prise en charge extrahospitalière efficace des patients psychiatriques favorise l'adhésion aux soins, limite l'automédication par l'abus de substances, et réduit le risque de violence et de victimisation [34]. Plus récemment, Kelly [52] relève que le regard porté sur les schizophrènes, la stigmatisation dont ils sont victimes par adjonctions d'attitudes sociales, politiques et économiques sur leurs conditions de vie ou de prise en charge, les rendent victimes d'une violence structurelle pouvant aggraver les manifestations de la maladie et l'adhésion aux systèmes de soins qui n'améliorent pas leurs difficultés sociales...

## 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] Angermeyer M, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science and Medicine* 1996;43:1721-8.
- [3] Arboleda-Flórez J, Holley H, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(suppl 1):S38-S46.
- [4] Blackburn R. Emotionality, extraversion and aggression in paranoid and nonparanoid schizophrenic offenders. *Br J Psychiatry* 1968;114:1301-2.
- [5] Blackburn R, Coid J. Psychopathy and the dimensions of personality disorder in violent offenders. *Personality and individual differences* 1998;25:129-45.
- [6] Boles S, Miotto K. Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2003;8:155-74.
- [7] Bourgeois M, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Ann Méd Psychol* 2001;159:475-86.
- [8] Brekke J, et al. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatr Serv* 2001;52:1358-66.
- [9] Brennan P, Grekin E, Mednick S. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:215-9.

- [10] Brennan P, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494-500.
- [11] Buckley P, et al. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1712-4.
- [12] Cantor-Graae E, Nordström L, McNeil T. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophren Res* 2001;48:69-82.
- [13] Clare P, Bailey S, Clark A. Relationship between psychotic disorders in adolescence and criminally violent behaviour. A retrospective examination. *Br J Psychiatry* 2000;177:275-9.
- [14] Convit A, et al. Characteristics of repeatedly assaultive psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry* 1990;41:1112-5.
- [15] Cornell D, et al. Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:783-90.
- [16] Côté G, Hodgins S. Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law* 1990;18:271-81.
- [17] Côté G, Hodgins S, Toupin J. Psychopathie : Prévalence et spécificité clinique, in *Psychopathie : théorie et recherche*, T. Pham and G. Côté, Editors. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion 2000 : 46-67.
- [18] DeJong J, Virkkunen M, Linnoila M. Factors associated with recidivism in a criminal population. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1992;180:543-50.
- [19] Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophren Res* 1999;35(Suppl):S93-S100.
- [20] Dolan M, Davies G. Psychopathy and institutional outcome in patients with schizophrenia in forensic settings in the UK. *Schizophren Res* 2006;81:277-81.
- [21] Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *Br J Psychiatry* 2000;177:303-11.
- [22] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv* 1996b;47:403-6.
- [23] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996a;53:497-501.
- [24] Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bull* 1996c;22:83-90.
- [25] Fullam R, Dolan M. The criminal and personality profile of patients with schizophrenia and comorbid psychopathic traits. *Personality and individual differences* 2006;40:1591-602.

- [26] Fulwiler C, Ruthazer R. Premorbid Risk Factors for Violence in Adult Mental Illness. *Compr Psychiatry* 1999;40:96-100.
- [27] Goldstein P. The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues* 1985;15:493-506.
- [28] Grann M, et al. Psychopathy (PCL-R) Predicts Violent Recidivism Among Criminal Offenders with Personality Disorders in Sweden. *Law and Human Behavior* 1999;23:203-15.
- [29] Green A, et al. Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone. *Schizophren Res* 2003;60:81-5.
- [30] Guze S, Cloninger C, Clayton P. Alcoholism as a medical disorder. *Compr Psychiatry* 1986;27:501-10.
- [31] Hare R. Psychopathy as a Risk Factor for Violence. *Psychiatr Q* 1999;70.
- [32] 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.
- [33] Hiday V, et al. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999;50:62-8.
- [34] Hiday V, et al. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2002;159:1403-11.
- [35] Hingson R, et al. Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. *JAMA* 2000;287:1527-33.
- [36] Hodgins S. Schizophrenia and violence: are new mental health policies needed? *Journal of Forensic Psychiatry* 1994;5:473-7.
- [37] Hodgins S. Offenders with major mental disorders, in *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester UK: C. Hollin, Editor 2001b: 433-51.
- [38] Hodgins S. The criminality of mentally disordered persons, in *Mental disorder and crime*. Newbury Park CA: Sage: S. Hodgins Editor 1993: 1-21.
- [39] Hodgins S. The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry* 2001a;24:427-46.
- [40] Hodgins S, et al. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996a;53:489-96.
- [41] Hodgins S, Côté G. The criminality of mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior* 1993a;20:115-29.
- [42] Hodgins S, Côté G. Major mental disorder and antisocial personality: a criminal combination. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law* 1993b;21:155-60.



- [43] Hodgins S, Côté G, Toupin J. Major mental disorders and crime: an etiological hypothesis, in *Psychopathy: theory, research and implications for society*, D. Cooke, A. Forth, and H. RD, Editors. Kluwer Academic Publishers: Dordrecht The Netherlands 1998:231-56.
- [44] Hodgins S, Kratzer L, McNeil T. Obstetrical complications, parenting practices and risk of criminal behaviour among persons who develop major mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:179-88.
- [45] Hodgins S, Tengström A. Why do some persons with schizophrenia commit crimes? *European Psychiatry* 2002;17(Suppl. 1):26.
- [46] Honkonen T, et al. Violent victimization in schizophrenia. *Social Psychiatry and Epidemiology* 2004;39:606-12.
- [47] Hunt G, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophren Res* 2002;54:253-64.
- [48] Joyal C. Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic* 2005;numéro spécial:5-9.
- [49] Joyal C, et al. drug abuse and/or dependence and better neuropsychological performance in patients with schizophrenia. *Schizophren Res* 2003;63:297-9.
- [50] Joyal C, et al. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Medicine* 2004;34:433-42.
- [51] 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.
- [52] Kelly B. Structural violence and schizophrenia. *Soc Sci Med* 2005;61:721-30.
- [53] Khantzian E. The self-medication hypothesis of addictive disorders; focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985;142:1259-64.
- [54] Koen L, et al. Violence in male patients with schizophrenia: risk markers in a South African population. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:254-9.
- [55] Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: A review of literature. *Compr Psychiatry* 1986;27:131-48.
- [56] Kunz M, et al. Course of patients with histories of aggression and crime after discharge from a cognitive-behavioral program. *Psychiatr Serv* 2004;55:654-9.
- [57] 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.

- [58] Laurell J, Dåderman A. Recidivism is related to psychopathy (PCL-R) in a group of men convicted of homicide. *Int J Law Psychiatry* 2005;28:255-68.
- [59] Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime: A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990;157:345-50.
- [60] Malone S, et al. Genetic and environmental influences on antisocial behavior and alcohol dependence from adolescence to early adulthood. *Development and Psychopathology* 2004;16:943-66.
- [61] Martell D. Estimating the prevalence of organic brain dysfunction in maximum-security forensic psychiatric patients. *J Forensic Sci* 1992;37:878-93.
- [62] Modai I, et al. Paroxetine binding in aggressive schizophrenic patients. *Psychiatry Research* 2000;94:77-81.
- [63] Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: Male schizophrenia. *Schizophren Bull* 1996;22:69-82.
- [64] 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.
- [65] Mueser K, et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia. *Schizophren Bull* 1990b;16:31-56.
- [66] Mueser K, et al. Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1997;106:473-7.
- [67] Munkner R, et al. The temporal relationship between schizophrenia and crime. *European Psychiatry* 2002;17(Suppl. 1):141.
- [68] Munkner R, et al. The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003b;38:347-53.
- [69] Nedopil N. Violence of psychotic patients: How much responsibility can be attributed? *Int J Law Psychiatry* 1997;20:243-7.
- [70] Nestor P. Mental Disorder and Violence: Personality Dimensions and Clinical Features. *Am J Psychiatry* 2002;159:1973-8.
- [71] Nolan K, et al. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1999b;50:787-92.
- [72] Pham T, Côté G. *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion 2000 : 237.
- [73] Putkonen A, et al. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophren Bull* 2004;30:59-72.

- [74] Putkonen H, et al. Risk of repeat offending among violent femal offenders with psychotique and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2003;160:947-51.
- [75] Rachbeisel J, Scott J, Dixon L. Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of research. *Psychiatr Serv* 1999;50:1427-34.
- [76] Raynaud JP, Amétépé L. Schizophrénie et comorbidité : addictions et violence. *La revue du praticien* 2002;52:1191-3.
- [77] Rice M, Harris T. Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *Int J Law Psychiatry* 1995;18:333-42.
- [78] Schanda H, et al. Premorbid adjustment of schizophrenic criminal offenders. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:121-6.
- [79] Schanda H, et al. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:98-107.
- [80] Sells D, et al. Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2003;54:1253-7.
- [81] Serin R. Psychopathy and violence in criminals. *Journal of Interpersonal Violence* 1991;6:423-31.
- [82] Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry* 1994;165:13-21.
- [83] Smith A, Taylor P. Serious sex offending against women by men with schizophrenia: Relationship of illness and psychotic symptoms to offending. *Br J Psychiatry* 1999;174:233-7.
- [84] Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 2000;176:345-50.
- [85] Speckart G, Anglin M. Narcotics and crime: An analysis of existing evidence for a causal relationship. *Behav Sci Law* 1985;3:259-82.
- [86] 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.
- [87] Steele J, Darjee R, Thomson L. Substance dependence and schizophrenia in patients with dangerous, violent and criminal propensities: a comparison of co-morbid and non-co-morbid patients in a high-security setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2003;14:569-84.
- [88] Steinert T, Wiebe C, Gebhardt R. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999b;50:85-90.
- [89] Stueve A, Link B. Violence and psychiatric disorders: Results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Q* 1997;68:327-42.

- [90] Tardiff K, et al. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997;154:88-93.
- [91] Taylor P, Gunn J. Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *British Medical Journal, Clinical Research* 1984a;288:1945-9.
- [92] Tengström A, et al. Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law and Human Behavior* 2000;24:45-58.
- [93] Tengström A, Hodgins S. Criminal behavior of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: are they different? *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(Suppl 412):62-6.
- [94] Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violently: The usefulness of an early versus late starters typology. *Schizophren Bull* 2001;27:205-18.
- [95] Teplin L. The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *Am J Psychiatry* 1985;142:593-9.
- [96] Teplin L, Abram K, McClelland G. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:505-12.
- [97] 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.
- [98] Vandamme M, Nandrino JL. Temperament and Character Inventory in homicidal nonaddicted paranoid schizophrenic patients: A preliminary study. *Psychol Rep* 2004;95:393-406.
- [99] Virkkunen M. Observations on violence in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1974;50:145-51.
- [100] Volavka J. The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1999b;60(Suppl 12):43-6.
- [101] 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.
- [102] Walsh E, et al. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *British Medical Journal* 2001a;323:1093-1109.
- [103] Walsh E, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophren Res* 2004a;67:247-25.
- [104] Wessely S, et al. The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine* 1994;24:483-502.
- [105] Wessely S, Castle D. Mental disorder and crime. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:86-7.

[106] Woodward M, et al. Mental disorder and homicide: a review of epidemiological research. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2000;9:171-89.Ò

Accepted Manuscript