

CRIMINOLOGIA CLINICA

01

Oronzo Greco
Roberto Maniglio

“**MALATTIA MENTALE
E CRIMINALITÀ**”

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno I - n. I - 2007

• Introduzione

112

• criminologia clinica •

Le malattie mentali e la criminalità sono fenomeni ubiquitari e diffusi tanto da costituire problemi sociali di rilievo internazionale (*Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinmann, 1995*), in quanto, potendosi esprimere attraverso la violenza, possono assumere i contorni di emergenza nell'ambito della salute pubblica (*Koop, Lundberg, 1992*). A volte malattia mentale e criminalità sono contemporaneamente presenti e, in casi particolari, l'una può essere causa diretta dell'altra. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, malattia mentale e criminalità sono fenomeni del tutto indipendenti l'uno dall'altro. È bene ricordare, infatti, che la possibilità di commettere reati riguarda tanto le persone mentalmente sane quanto quelle affette da disturbi psichiatrici.

Come evidenzia una recente ed autorevole rivista sugli aspetti nosologici della psicopatologia (*Widiger, Sankis, 2000*), i comportamenti aggressivi e violenti sono di importanza sostanziale tanto in ambito sociale quanto in ambito clinico. In effetti, è ben noto ai professionisti che operano nel campo della salute mentale che la malattia mentale grave è spesso associata a caratteristiche psicopatologiche quali disregolazione o discontrollo di impulsività, rabbia, ostilità o aggressività, e a disordini comportamentali, che, in alcuni casi, possono assumere i connotati di comportamenti violenti più o meno gravi. È altresì noto come alcuni soggetti durante un episodio psicotico acuto possano diventare violenti quando credono che qualcuno li stia minacciando o cerchi di danneggiarli, oppure alcuni soggetti durante un episodio di eccitamento maniacale possano commettere un reato, perché incapaci di frenare un impulso irresistibile, o diventare violenti, perché incapaci di controllare un aumento considerevole di irritabilità o di aggressività improvvisi. Anche i disturbi di personalità, soprattutto quelli antisociale, borderline, narcisistico, istrionico e paranoide, sembrano direttamente correlati ad alcune forme di comportamento criminoso. Ma più di tutte le forme di psicopatologia, le droghe (in particolare cocaina, crack, allucinogeni) e soprattutto l'alcool sono direttamente responsabili di comportamenti criminali, quasi sempre violenti.

Oltre al personale sanitario, la violenza commessa da persone affette da disturbi mentali gravi è ben nota anche ai familiari dei pazienti e alla popolazione generale, anche in virtù dell'influenza, spesso negativa, che esercitano i mass-media, quando trattano l'argomento in maniera superficiale o enfatizzano quei pochi casi in cui malati mentali sono autori di violenza e liquidano frettolosamente o ignorano la stragrande maggioranza di casi in cui i criminali non sono per nulla affetti da disturbi mentali. Come risultato, è diffusa l'opinione che esista una stretta connessione tra crimini violenti e malattia mentale. Lo stereotipo di pericolosità associata con la malattia mentale sembra essere cresciuto fortemente negli ultimi cinquant'anni (*Nunnally, 1961; Phelan, Link, Stueve, Pescosolido, 1997*). Inoltre, le caratteri-

stiche di alcuni disturbi psichiatrici, come la schizofrenia e il disturbo maniaco, alimentano ansia e paura nella popolazione generale e motivano la richiesta di interventi repressivi nei confronti delle persone che manifestano tali disturbi.

È a partire da questo retroterra clinico, sociale e culturale che si spiegano i pregiudizi nei riguardi dei malati mentali. Pregiudizi che hanno caratterizzato anche le ideologie trattamentali (manicomi) e le tecniche terapeutiche (contenzione, isolamento, ecc.). Fino a pochi anni fa, infatti, la terapia era limitata al contenimento e alla custodia; con l'evoluzione culturale e sociale e l'avvento di tecniche terapeutiche più efficaci si è arrivati ad un diverso modo di concepire la cura psichiatrica. L'obiettivo della terapia si è spostato dal contenimento e dalla custodia alla promozione della salute ed alla riabilitazione. Dal punto di vista operativo, a partire dagli anni sessanta nella maggior parte dei paesi industrializzati i grandi ospedali psichiatrici sono stati chiusi e le competenze trasferite ai servizi territoriali (*Greco, Catanesi, 1988*).

Tuttavia, è stato segnalato come alla chiusura dei manicomi abbia fatto riscontro un aumentato contatto dei malati gravi di mente col sistema giudiziario. Questo dato ha alimentato il sospetto di una maggiore propensione da parte dei soggetti psichiatrici a compiere atti violenti e messo in discussione le convinzioni ottimistiche riguardo alle moderne politiche di trattamento e gestione dei malati mentali. La controversia derivò dai rapporti delle autorità penitenziarie che ammettevano in maniera crescente soggetti affetti da disturbi mentali maggiori, dagli studi che mostravano un aumento di caratteristiche criminali tra persone con disturbi mentali maggiori affidate alle comunità dopo un periodo di cura istituzionale e dagli studi che indicavano un aumento nella prevalenza di comportamenti criminali tra pazienti ammessi in reparto psichiatrico.

Per tutti questi motivi, non dobbiamo sorprenderci se da sempre si è posto il problema di studiare il rapporto tra malattia mentale e violenza. La letteratura abbonda di studi empirici e di riflessioni teoriche che hanno tentato di chiarire l'esatto rapporto tra malattia mentale e violenza. Tuttavia, alcune questioni concernenti l'incidenza del crimine tra i soggetti con un disturbo psichiatrico e il rapporto di causalità rimangono ancora irrisolte. Il dibattito è ancora aperto anche perché esiste disaccordo e controversie tra credenze popolari, risultati delle ricerche e le posizioni delle associazioni che difendono i diritti dei malati.

In definitiva, il rapporto tra malattia mentale e violenza è una questione importante e complessa che riguarda allo stesso modo i pazienti, il personale sanitario, i familiari dei pazienti e la popolazione generale, i politici, i giuristi e gli operatori giudiziari, in definitiva tutta la comunità. Per questo motivo, portare chiarezza può avere importanti ricadute sia sul trattamento che sulla riduzione dello stigma e del rigetto da parte dell'opinione pubblica nei confronti dei malati di mente.

1 • Metodologia

Guidati da questo scopo, abbiamo condotto una review degli studi epidemiologici che hanno indagato la correlazione tra malattia mentale e violenza. Sono stati analizzati tutti gli studi che compaiono su PubMed e su ScienceDirect, inserendo le parole-chiave “mental”, “psychiatric” “illness”, “disorder”, “violence”, “violent” “assault”. Attraverso l’analisi degli abstract, sono stati presi in considerazione soltanto quegli studi che si sono focalizzati sui disturbi psichiatrici più gravi in rapporto ai comportamenti oggettivamente violenti.

È bene precisare che, in accordo con la letteratura in ambito psichiatrico, psicologico e criminologico, intendiamo per disturbi psichiatrici gravi quei disturbi descritti dal DSM nelle seguenti categorie: Schizofrenia, altri Disturbi Psicotici e Disturbi dell’Umore. Sono state considerate, altresì, le condizioni psicopatologiche in cui tali disturbi erano in comorbidità con i disturbi da uso di sostanze o con i disturbi di personalità. Per comportamenti violenti, invece, intendiamo quei comportamenti messi in atto con lo scopo di procurare un danno grave ad un’altra persona. Volutamente, non sono stati presi in considerazione quegli studi che si sono focalizzati esclusivamente su altre categorie diagnostiche (quali il ritardo mentale, le demenze, i danni cerebrali organici o post-traumatici, i disturbi d’ansia, i disturbi da uso di alcool o altre sostanze, i disturbi dell’alimentazione) o che hanno indagato esclusivamente caratteristiche quali l’impulsività o l’aggressività oppure reati non violenti, quali quelli contro il patrimonio.

In questa sede, saranno presentati soltanto quegli studi che hanno avuto maggiore riscontro nella letteratura internazionale, mentre gli altri saranno soltanto segnalati. Per facilità di lettura e di analisi gli studi saranno elencati in ordine crescente (sulla base dell’anno di pubblicazione) e suddivisi in 3 gruppi: 1) studi condotti fino agli anni 70; 2) studi condotti negli anni 80; 3) studi condotti dagli anni 90 ad oggi.

2 • Studi condotti fino agli anni ‘70

Häfner e Böker (1973) passarono in revisione alcuni studi condotti in precedenza e ne sottolinearono le carenze metodologiche, che, secondo loro, ne pregiudicavano le conclusioni. Questi studi avevano prodotto risultati contrastanti; infatti, alcuni avevano trovato una bassa prevalenza di criminalità tra i malati mentali, mentre altri erano concordi nel sostenere un’alta percentuale di crimini violenti tra i malati mentali, in particolare gli schizofrenici.

Proponendosi un maggiore rigore metodologico, Häfner e Böker (1973) condussero uno studio nella Repubblica Federale Tedesca su tutti i 533

individui (410 maschi e 123 femmine) affetti da malattia mentale e autori di crimini violenti tra l'1 gennaio 1955 e il 31 dicembre 1964. Utilizzando la documentazione medica e i dati investigativi e del tribunale, Häfner e Böker inclusero nel loro studio soltanto i casi di malattia mentale grave (psicosi organiche e funzionali, tutte le forme di demenza, ritardo mentale e severe sindromi cerebrali organiche) e presero in esame soltanto i comportamenti violenti che avevano avuto come risultato la morte o una grave ingiuria che avrebbe potuto portare alla morte della vittima. I due autori constatarono che i soggetti del loro campione rappresentavano circa il 3% del numero totale dei criminali violenti di quello stesso periodo di dieci anni.

Sebbene anche questo studio non sia metodologicamente esente da critiche, la conclusione degli autori fu che gli individui affetti da malattia mentale in generale non sono più portati, anzi lo sono di meno, a commettere crimini violenti (omicidio o tentato omicidio) rispetto ai criminali non affetti dai disturbi da loro esaminati. Considerata come categoria generale, la malattia mentale non risultava essere associata, dunque, ad un aumentato rischio di criminalità violenta. Tuttavia, quando le diagnosi venivano analizzate nel dettaglio, emergevano sostanziali differenze tra un disturbo e l'altro. Infatti, la schizofrenia era presente nel 53.4% del campione (284 su 533), ma solo nel 7% della popolazione generale. Il 50% (142 su 284) degli schizofrenici violenti aveva compiuto un delitto che aveva comportato la morte della vittima. Il rischio di violenza negli schizofrenici era dello 0.05%, ossia circa 10 volte più alto rispetto ai soggetti affetti da psicosi affettive o deficit mentali. Solo il 10% degli schizofrenici era sotto l'influenza dell'alcool al momento del reato. La maggior parte degli schizofrenici violenti mostravano una sintomatologia produttiva di tipo paranoide e non avevano mai ricevuto un trattamento. Circa la metà dei delitti degli schizofrenici erano stati chiaramente premeditati. Inoltre, il 37% degli schizofrenici dimessi commise un delitto violento entro i primi 6 mesi dalla dimissione e il 15% nei 6 mesi successivi.

In generale, gli studi condotti prima degli anni '80 hanno mostrato tra gli individui affetti da malattia mentale percentuali di crimini più basse rispetto alla popolazione in generale (*Ashley, 1922; Brennan, 1964; Cohen, Freeman, 1945; Guze, 1974; Morrow, Peterson, 1966; Pollock, 1938; Steadman, Cocozza, 1978*). Tali risultati sono stati interpretati a cavallo tra gli anni 70 e 80 come indicativi sostanzialmente di una assenza di correlazione tra malattia mentale e violenza (per esempio, *Bandini, 1981; Canepa, Traverso, 1979; Gatti, Traverso, 1979; Gibbens, 1979; Monahan, Steadman, 1984; Rollins, 1972; Rubin, 1972*).

Tuttavia, alcuni studi (*Banks, 1979; Brill, Melzberg, 1962; Zitrin e coll., 1976*) hanno prodotto risultanti discordanti, evidenziando tra i malati di mente tassi di arresto più elevati rispetto alla popolazione generale. In real-

tà gli studi condotti prima degli anni '80 sono di difficile comparazione in quanto enormemente eterogenei sia per quanto riguarda le diagnosi, spesso nemmeno specificate nel dettaglio, sia per quanto riguarda il tipo di crimine indagato. Inoltre, tali studi sono stati condotti prevalentemente con scarsa accuratezza metodologica riguardo alla scelta dei campioni (sperimentale e di controllo) e delle misure (registri psichiatrici o della polizia, sistemi diagnostici, ecc.) e all'analisi e interpretazione dei risultati. Anche per questo motivo tali studi hanno riportato risultati alquanto contrastanti e difficilmente interpretabili. Alcuni studi più chiaramente definiti nelle diagnosi e nella tipologia del reato, e metodologicamente più accurati hanno mostrato la presenza di un'associazione tra malattia mentale e criminalità violenta.

Per esempio, in uno studio condotto da Steadman e Braff (1975), in cui 541 individui autori di diversi tipi di reato e dichiarati non giudicabili a causa di disturbi psichici furono confrontati con tutti i criminali arrestati per reati gravi verificatisi nello Stato di New York nel 1971, la malattia mentale risultava essere direttamente correlata con l'omicidio, in quanto l'81% degli omicidi era stato commesso dagli individui mentalmente disturbati.

Anche Goppinger e Böker (1979), rivedendo 11 studi precedenti, evidenziarono come gli omicidi fossero chiaramente più frequenti tra gli schizofrenici rispetto alla popolazione normale, in quanto notarono nei casi di schizofrenia una percentuale di delinquenza variabile dal 20% al 45% (dal 7% al 18% nei casi di omicidio). La maggior parte dei crimini era stata commessa da 5 a 10 anni dopo l'inizio della malattia e durante la sua fase più acuta (circa il 70% dei crimini, tra cui la maggior parte degli omicidi). La maggior parte degli schizofrenici autori di crimini erano del tipo paranoide con allucinazioni; i loro atti violenti (circa il 20%) erano due volte più alti di quelli affetti da schizofrenia di tipo ebefrenica, sebbene questi ultimi fossero autori del doppio dei casi di reati contro la proprietà (circa il 46%). I soggetti affetti da psicosi affettive, depressive o da disturbo maniaco-depressivo erano il 2-3% tra i malati mentali criminali. La proporzione di ritardati mentali variava tra il 10% e il 43%. Tra il 35% e il 55% di essi avevano commesso reati sessuali, soprattutto violenza sessuale e molestie verso bambini.

Nello studio citato in precedenza, Hafner e Böker (1973) conclusero che la malattia mentale, considerata come categoria generale, non risultava essere associata ad un aumentato rischio di criminalità violenta. Tuttavia, quando le diagnosi venivano analizzate nel dettaglio, la schizofrenia risultava essere notevolmente più frequente tra gli autori di crimini violenti rispetto alla popolazione generale. Un limite di questo studio è l'aver preso in considerazione disturbi, come il ritardo mentale e la demenza, che non sono solitamente correlati a violenza.

3 • Studi condotti negli anni '80

Gli studi pubblicati negli anni '80 diventano un po' più accurati nella metodologia e producono risultati più omogenei. La maggior parte di essi evidenzia un rischio maggiore di commettere reati violenti da parte delle persone affette da un disturbo mentale grave rispetto alla popolazione generale (*Daniel, Robins, Reid, Wilfley, 1988; Gottlieb, Gabrielsen, Kramp, 1987; Lindqvist, 1986; Petursson, Gudjonsson, 1981; Sosowsky, 1978; 1980; Taylor, Gunn, 1984*).

In uno studio di coorte, Sosowsky (1978; 1980) comparò i tassi di arresto di 301 pazienti psichiatrici con quelli della popolazione generale. I pazienti che erano stati dimessi dal Napa State Hospital tra il 1972 e il 1975 furono seguiti nei registri dei crimini locali per 6 anni e mezzo dopo la dimissione. Come standard per la comparazione furono usati i dati della circostante Contea di San Matteo. I risultati furono stratificati a seconda del numero di arresti che ogni paziente aveva prima della dimissione. Comparati con la popolazione generale, gli ex-pazienti senza precedenti penali avevano 5.3 volte in più la probabilità di essere arrestati per crimini violenti, gli ex-pazienti con un solo precedente avevano 12.4 volte in più la probabilità di essere arrestati per crimini violenti e gli ex-pazienti con due o più precedenti avevano 14.1 volte in più la probabilità di essere arrestati per crimini violenti.

In particolare, sono i disturbi psicotici ad essere correlati con l'omicidio, come è emerso soprattutto in due studi condotti rispettivamente in Inghilterra da Taylor e Gunn (1984) e in Danimarca da Gottlieb, Gabrielsen e Kramp (1987) su un consistente numero di autori di omicidio.

Il primo di questi due studi prese in esame i 1241 criminali maschi, detenuti nel carcere di Brixton, a sud di Londra. L'11% degli autori di omicidio risultò essere affetto da schizofrenia, mentre il tasso dei pazienti schizofrenici che aveva commesso reati gravi, ma non omicidio, era del 9%. Tale prevalenza era più alta di quella supposta nella popolazione generale dell'area di Camberwell (area geografica in cui ricadeva la popolazione studiata) e che era dello 0.1-0.4%. Circa il 10% dei detenuti erano stati riconosciuti con sintomi psicotici attivi al momento del reato (*Taylor, Gunn, 1984*).

Il secondo studio fu condotto a Copenhagen su 263 soggetti, sia maschi che femmine, autori di omicidio in un periodo di 25 anni (dal 1959 al 1983). I risultati rivelarono la presenza di un disturbo psicotico nel 25% degli uomini e nel 44% delle donne (sebbene è da notare che il 41% degli uomini e il 13% delle donne dell'intero campione abusasse di sostanze) (*Gottlieb, Gabrielsen, Kramp, 1987*). Ciò equivale a dire che in presenza di un disturbo psicotico il rischio di commettere omicidi è circa 6 volte maggiore tra gli uomini e 16 volte maggiore tra le donne.

A differenza degli studi precedenti, che erano giunti a conclusioni con-

trastanti e contraddittorie, gli studi condotti a partire dagli anni '80 hanno prodotto risultati più omogenei, mostrando, in maniera chiara ed univoca, come alcune forme di psicopatologia, soprattutto i disturbi psicotici, e non la malattia mentale in generale, costituiscano un fattore di rischio per comportamenti violenti gravi, in particolare l'omicidio. I disturbi psicotici sono il gruppo diagnostico maggiormente presente negli ospedali psichiatrici giudiziari (si veda, per esempio, lo studio pubblicato da Russo nel 1981).

Questo modo di concepire il rapporto tra malattia mentale e criminalità diventa condiviso negli anni 90 in seguito alla pubblicazione di un numero notevole di studi, più accurati da un profilo metodologico rispetto ai precedenti, che hanno offerto risultati pressoché simili.

4 • Studi condotti dagli anni '90 ad oggi

Negli anni '90 si è continuato a studiare il rapporto tra malattia mentale e comportamenti violenti da un punto di vista epidemiologico, evidenziando, in maniera definitiva, come fattore di rischio di violenza non sia la malattia mentale in generale, bensì solo alcuni disturbi, in particolare, la schizofrenia e gli altri disturbi psicotici (*Lindqvist, Allebek, 1990; Swanson, Holzer, Ganju, Jono, 1990; Teplin, 1990; Côtè, Hodgins, 1990; 1992; Hodgins, Côtè, 1993; Link, Andrews, Cullen, 1992; Wessely, Taylor, 1991; Hodgins, 1992; Tiihonen, 1993; Lelliott, Wing, Clifford, 1994; Shah, Greenberg, Convit, 1994; Wessely, Castle, Douglas, Taylor, 1994; Grossman e coll., 1995; Steury, Choinski, 1995; Volavka e coll., 1995; Modestin, Ammann, 1995; 1996; Andersen e coll., 1996; Hodgins e coll., 1996; Eronen, Tiihonen, Hakola, 1996; Eronen, Hakola, Tiihonen, 1996 a; 1996 b; Taylor, 1997; Repo e coll., 1997; Stueve, Link, 1997; Tiihonen e coll., 1997; Muntaner, Wólyniec, McGrath, Pulver, 1998; Räsänen e coll., 1998; Steadman e coll., 1998; Swartz e coll., 1998; Wallace e coll., 1998; Appelbaum, Robbins, Monahan, 2000; Arsenault e coll., 2000; Barlow, Grenyer, Ilkiw-Lavalle, 2000; Brennan, Mednick, Hodgins, 2000; Mullen e coll., 2000; Grassi e coll., 2001; Abeyasinghe, Jayasekera, 2003; Ash, Galletly, Haynes, Braben, 2003; Karakus e coll., 2003).*

Nel 1990 fu pubblicato uno studio di coorte retrospettivo condotto su tutti i 644 individui affetti da schizofrenia nati tra il 1920 e il 1959 a Stoccolma e che erano ancora in vita nel 1985 (*Lindqvist, Allebek, 1990*). Tali individui presentavano un rischio quasi quattro volte maggiore rispetto alla popolazione generale di commettere reati. Tra gli autori di reato il tasso di prevalenza per abuso di sostanze (38%) era significativamente più elevato rispetto a quello dei pazienti con sola diagnosi di schizofrenia (16%).

Uno studio di comunità condotto a Baltimore, Los Angeles, sulla popolazione generale ha utilizzato parte dei dati del programma "Epidemiologic Catchment Area" (*Swanson, Holzer, Ganju, Jono, 1990*). Diecimila adulti sono

stati intervistati faccia a faccia al fine di rintracciare la presenza di disturbi psichiatrici e di violenza fisica nei 12 mesi precedenti l'intervista. Per essere diagnosticato, ogni disturbo doveva rispondere ai criteri del DSM-III, essere presente nei 12 mesi precedenti l'intervista e per un periodo di almeno un anno. I risultati indicarono una forte associazione statistica tra malattia mentale e violenza. Infatti, la percentuale di comportamenti violenti era del 2.1% tra gli individui senza diagnosi, del 6.8% tra gli individui con una diagnosi, del 17.5% tra gli individui con due diagnosi e 22.4% per gli individui con tre o più diagnosi. Dal punto di vista statistico, i soggetti affetti da schizofrenia presentavano una probabilità 4.1 volte maggiore di commettere comportamenti violenti rispetto alla popolazione generale, mentre i soggetti che abusavano di sostanze avevano una probabilità 10 volte maggiore.

In una serie di studi Côtè e Hodgins hanno confrontato la popolazione carceraria con la popolazione generale. Nel primo studio (Côtè, Hodgins, 1990) i detenuti rispetto alla popolazione generale presentavano una percentuale più alta di 7 volte di disturbi dello spettro schizofrenico e 2 volte di depressione maggiore; il 63% dei detenuti affetti da schizofrenia aveva anche una comorbidità con il disturbo antisociale di personalità, contro il 6.9% degli schizofrenici non detenuti. Nel secondo studio (Côtè, Hodgins, 1992), un disturbo mentale maggiore (soprattutto schizofrenia e depressione maggiore in comorbidità con abuso di alcool o altre sostanze) era presente nel 35% dei detenuti di sesso maschile autori di omicidio. Tale percentuale era più alta rispetto agli autori di altri reati (nonostante fossero stati esclusi dallo studio quegli autori di omicidio che si erano suicidati, che erano stati dichiarati non idonei a sostenere un processo o che erano stati riconosciuti non colpevoli per infermità mentale) e nell'82% dei casi il disturbo precedeva temporalmente l'omicidio. L'83% degli autori di omicidio aveva una storia di abuso di alcool e il 64% di altre sostanze. Nel terzo studio (Hodgins, Côtè, 1993), quasi un quarto di un campione casuale di detenuti presentava un disturbo mentale maggiore. Di questi ultimi, la maggior parte aveva anche un disturbo antisociale di personalità in comorbidità e presentava in maniera significativa più condanne per crimini non violenti, ma anche un numero di condanne all'incirca analogo per crimini violenti.

Hodgins svolse anche due prestigiosi studi di coorte sulla popolazione generale. Il primo studio fu condotto a Stoccolma su tutti i 15117 soggetti nati dal 1953 al 1983 (Hodgins, 1992). Attraverso l'analisi dei registri nazionali di ammissione a unità psichiatriche e di quelli della polizia, trovò che gli individui con diagnosi di psicosi avevano un rischio circa quattro volte maggiore di commettere violenza rispetto ai soggetti sani. Anche in questo studio il rischio di commettere violenza era marcatamente maggiore tra quei pazienti affetti da un disturbo da uso di sostanze (15.4 per gli uomini e 54.6 per le donne) presente da solo o in comorbidità con un disturbo

mentale (tra il 4.2 e il 6.7). Il secondo studio fu condotto su tutti gli individui (165602 uomini e 158799 donne) nati in Danimarca dal gennaio del 1944 al dicembre del 1947 che erano ancora vivi e risiedevano in quella nazione nel 1990 (*Hodgins e coll.*, 1996). Attraverso l'analisi dei registri nazionali di ammissione a unità psichiatriche e di quelli della polizia, risultò che gli individui affetti da un disturbo psichiatrico maggiore (10000 M che le 11000 F) presentavano un rischio circa cinque volte maggiore di essere stati condannati per crimini violenti rispetto ai soggetti sani. Tra il 1959 e il 1990 il 5.7% degli uomini e lo 0.7% delle donne con un disturbo psichiatrico maggiore aveva commesso un reato violento a differenza rispettivamente dell'1.7% uomini e dello 0.1% donne senza disturbi psichiatrici (con un rischio di 3.45 per gli uomini e di 7.26 per le donne). Il rischio era elevato anche tra gli individui che presentavano un disturbo antisociale di personalità, ma era maggiore tra gli individui che abusavano di sostanze o che presentavano una comorbidità tra malattia mentale e uso di sostanze.

In uno studio condotto su tutti i soggetti arrestati per omicidio in Finlandia dal giugno 1990 al maggio 1991, la frequenza di schizofrenia era 6.5 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (secondo le stime dell'“Epidemiologic Catchment Area”) tra i 98 autori di omicidio di sesso maschile e 15 volte tra i 9 di sesso femminile, mentre i disturbi affettivi erano 1.8 volte più frequenti negli uomini ma non nelle donne (*Tiihonen*, 1993).

Uno studio fu condotto su tutti i 538 pazienti affetti da schizofrenia, disturbi schizoaffettivi, parafrenia o altre psicosi non organiche che avevano ricevuto un trattamento psichiatrico dal 1964 al 1984 presso l'ospedale Maudsley di Londra (*Wessely, Castle, Douglas, Taylor*, 1994). Sebbene le percentuali di condanne non differissero né rispetto alle percentuali globali di condanna dell'intera Inghilterra e nemmeno rispetto ad un campione di soggetti non ospedalizzati, studiati fortuitamente, e provenienti dalla zona di Camberwell (un'area operaia di Londra che costituiva il bacino di utenza dell'ospedale Maudsley), i pazienti psicotici presentavano un rischio 3,8 volte maggiore di mettere in atto comportamenti violenti rispetto ad un campione di controllo costituito da 538 pazienti affetti da altri disturbi psichici non di tipo psicotico.

In uno studio condotto negli ospedali statali dell'Illinois su 172 pazienti con storie criminali e affetti da un disturbo mentale maggiore, il 27% aveva commesso crimini violenti. Di questi soggetti violenti, il 40% era affetto da disturbo schizoaffettivo, il 28% da schizofrenia, il 24% da disturbo bipolare e il 12.5% da disturbo unipolare. I pazienti psicotici in fase attiva erano connotati da precedenti di crimine violento in misura maggiore rispetto agli altri pazienti (*Grossman e coll.*, 1995).

In uno studio condotto su 114 autori di crimini violenti (38% omicidio,

32% minacce e 28% aggressione) nella Contea di Milwaukee tra il 1981 e il 1985, 32 soggetti avevano avuto un contatto con i servizi di salute mentale nei due anni precedenti all'arresto (il 50% dei quali aveva ricevuto una diagnosi di schizofrenia). Questi 32 soggetti avevano una probabilità maggiore di commettere crimini violenti se confrontati con gli altri 82 criminali del campione e con tutti i soggetti imputati di reato a Milwaukee nello stesso periodo di tempo; erano meno inclini ad attaccare sconosciuti (16%) rispetto al gruppo di controllo (26%); i loro crimini erano più frequenti durante le liti familiari in casa, non erano premeditati o non avevano motivi apparenti, non erano associati all'uso di alcool o droghe, erano state utilizzate armi da taglio (spesso un coltello), durante una banale discussione, senza una storia di precedenti contrasti ed erano stati perpetrati allo scopo di ferire ma non di uccidere; al contrario i crimini perpetrati dai soggetti non psichiatrici erano caratterizzati dal fatto di avvenire dopo un precedente contrasto con la vittima, erano spesso motivati da una provocazione oppure accadevano durante una rapina, utilizzavano armi da fuoco ed erano il risultato dell'intenzione di uccidere (*Steury, Choinski, 1995*).

In uno studio retrospettivo dei dati attinenti a tutti i 73 pazienti psichiatrici di due ospedali di New York, arrestati per un crimine compiuto durante il periodo di degenza (confrontati con 1438 soggetti che non erano stati arrestati), il 79% degli arresti era collegato a crimini violenti e il 90% degli arrestati aveva una comorbidità con abuso di sostanze e/o con un disturbo di personalità (*Volavka e coll., 1995*).

In due studi pubblicati nel 1995 e nel 1996 Modestin e Ammann confrontarono la prevalenza di comportamenti violenti in pazienti affetti da schizofrenia e altri disturbi psicotici e ricoverati presso l'Unità Psichiatrica dell'Ospedale Universitario di Berna con la prevalenza di comportamenti violenti in un gruppo di controllo selezionato dalla popolazione generale residente nella stessa area geografica di riferimento dell'Ospedale e sovrapponibile per le più importanti caratteristiche socio-demografiche (quali, genere, età, stato civile, stato sociale e dimensione della comunità nella quale il soggetto risiedeva). *Modestin e Ammann (1995; 1996)* trovarono che i soggetti affetti da disturbi psicotici avevano un rischio di condanna per crimini violenti da tre a cinque volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Nel primo dei due studi (*Modestin, Ammann, 1995*) condotto su tutti i 1265 pazienti psichiatrici ricoverati nel 1987, i pazienti con un disturbo mentale maggiore avevano un tasso di condanne per crimini violenti da quattro a cinque volte maggiore rispetto al gruppo di controllo. In particolare, il 4% dei pazienti affetti da schizofrenia, contro l'1% dei soggetti di controllo, fu accusato di crimini violenti, e la presenza in comorbidità di abuso di alcool o altre sostanze o di un disturbo di personalità aumentava il rischio di condanna. Nel secondo dei due studi (*Modestin, Ammann, 1996*) focalizzato soltanto sui 282 pazienti con diagnosi di schi-

zofrenia ospedalizzati dal 1985 al 1987, tali pazienti risultarono essere esposti al rischio di condanne per crimini violenti 5 volte di più rispetto al gruppo di controllo.

In uno studio condotto in Danimarca su 228 detenuti, selezionati a caso mentre erano in prigione in attesa di processo, l'8% era affetto da schizofrenia, l'11% da disturbi affettivi, il 18% da disturbi mentali minori e il 53% da abuso di sostanze; 66 soggetti avevano più di una diagnosi: un disturbo mentale era in comorbidità con l'abuso di sostanze in 61 casi e col disturbo antisociale di personalità in 26 casi (*Andersen e coll.*, 1996).

Nel 1996 il gruppo di ricerca composto da Eronen e collaboratori pubblicava i risultati di tre studi condotti nelle prigioni finlandesi su autori di omicidio. Nel primo studio condotto su 693 detenuti di entrambi i sessi che si erano resi autori di omicidio tra il 1984 e il 1991 (circa il 77% di tutti gli omicidi perpetrati in Finlandia) risultò che 63 di tali detenuti erano affetti da schizofrenia, 384 da alcolismo e 114 da disturbo antisociale di personalità; la depressione maggiore era presente in maniera poco rilevante, mentre la distimia e i disturbi ansiosi erano nella norma (*Eronen, Tiihonen, Hakola*, 1996). Tradotto in termini statistici, il rischio di commettere un omicidio rispetto alla popolazione generale risultava essere circa 8 volte più alto tra gli uomini e 6.5 volte tra le donne affetti da schizofrenia, 10.7 volte tra coloro che abusavano di alcool, 11.7 volte tra i soggetti affetti da disturbo antisociale di personalità e solo 1.6 volte tra i soggetti affetti da depressione maggiore. Nel secondo studio condotto su 1423 autori di omicidio risultò che la probabilità di commettere un omicidio era più alta rispetto alla popolazione di 7 volte tra gli individui affetti da schizofrenia, 10 volte tra gli individui che abusavano di alcool e 17 volte tra gli individui affetti da schizofrenia in comorbidità con abuso di alcool (*Eronen, Hakola, Tiihonen*, 1996 a). Infine, nel terzo studio focalizzato su 36 autori di omicidio che avevano ucciso di nuovo dopo essere stati rilasciati dal carcere, risultò che 21 soggetti avevano un disturbo di personalità in comorbidità con abuso di alcool, 3 abusavano di alcool ma non avevano comorbidità con altri disturbi, 4 erano affetti da schizofrenia, 2 da depressione maggiore e 2 da un disturbo di personalità senza comorbidità con altri disturbi (*Eronen, Hakola, Tiihonen*, 1996 b).

In uno studio condotto in Israele su 2678 soggetti di entrambi i sessi, le persone affette da schizofrenia e altri disturbi psicotici, tenute sotto controllo altre variabili, come abuso di sostanze, disturbo antisociale di personalità e caratteristiche socio-demografiche, presentavano un rischio 3.3 volte maggiore di incorrere in colluttazioni e 6.6 volte maggiore di usare armi rispetto alla popolazione generale, mentre i soggetti affetti da altri disturbi non differivano di molto dalla popolazione generale (*Stueve, Link*, 1997).

In uno studio compiuto nel nord della Finlandia su 12.058 pazienti schizofrenici seguiti per 26 anni a partire dal 1966 fino al 1992 (*Tiihonen e coll.*,

1997), i dati raccolti dai registri psichiatrici e della polizia evidenziarono che il 4% di tali pazienti aveva commesso crimini violenti, con un rischio 7 volte più alto di commettere crimini violenti rispetto ai soggetti della popolazione generale senza diagnosi psichiatrica. Ciò valeva più per i soggetti di sesso femminile che per quelli di sesso maschile e più per i crimini violenti che per quelli non violenti, mentre non emersero associazioni significative con lo status socio-economico.

In uno studio condotto nel North Carolina su 331 pazienti M e F, con diagnosi prevalentemente di disturbi psicotici, il 17.8% era stato autore di gravi atti violenti, con l'utilizzo di armi, nei 4 mesi precedenti il ricovero, e la maggior parte di essi abusava di sostanze e non presentava compliance farmacologica; i pazienti contemporaneamente con bassa compliance farmacologica e con abuso di sostanze erano due volte a rischio di commettere gravi atti violenti dopo la dimissione, a differenza di quei pazienti con una sola di queste caratteristiche che non avevano un rischio maggiore di commettere atti violenti (*Swartz e coll.*, 1998).

A cavallo tra gli anni '90 e il 2000 sono stati pubblicati i dati del "Mac Arthur Risk Assessment Study". Utilizzando una metodologia rigorosa, sono stati registrati ogni 10 settimane, per un anno, i comportamenti violenti di pazienti dimessi da strutture psichiatriche. Tra i soggetti affetti da schizofrenia (che erano il 17% di tutto il campione) il 9% aveva commesso comportamenti violenti nelle prime 20 settimane dopo la dimissione, contro il 19% dei depressi, del 15% dei bipolari, del 17.2 dei soggetti con altri disturbi psicotici, 29% di quelli con abuso di sostanze e 25% con disturbi di personalità (*Appelbaum, Robbins, Monahan*, 2000). I soggetti con disturbi di personalità e abuso di sostanze avevano un tasso del 240% di possibilità in più di commettere un atto violento rispetto alle persone con disturbo mentale senza uso di sostanze (*Steadman e coll.*, 1998).

In uno studio condotto ad Istanbul, in cui sono stati esaminati gli 85 casi di figlicidio commessi tra il 1995 e il 2000, il 61% degli autori del crimine aveva una diagnosi di schizofrenia (in alcuni casi sotto il comando di una voce che indicava al genitore di uccidere il proprio figlio) (*Karakus e coll.*, 2003).

Particolare menzione merita un recente studio per il rigore metodologico e la significatività dei risultati. Swanson e coll. (2006) hanno esaminato la prevalenza e i correlati della violenza in un campione di 1410 individui affetti da schizofrenia reclutati in 56 luoghi differenti negli Stati Uniti, registrando un tasso di violenza pari al 19.1%, con un 3.6% di violenza grave (aggressione armata, violenza sessuale e violenza che aveva comportato lesioni alla vittima). I sintomi psicotici, in particolare l'ideazione paranoide, in combinazione con altri fattori, quali una storia di problemi della condotta nella fanciullezza, erano fortemente correlati ai comportamenti gravemente violenti.

Nel complesso, gli studi condotti dagli anni '90 ad oggi hanno evidenziato come la presenza di disturbi psicotici aumenti da tre a quindici volte (a seconda degli studi) il rischio di mettere in atto comportamenti violenti (in particolare omicidi e tentati omicidi). Alcuni di questi studi, inoltre, hanno individuato come fattore aggiuntivo di rischio la presenza in comorbidità di abuso di sostanze o di un disturbo di personalità (*Andersen e coll.*, 1996; *Côté, Hodgins*, 1990; 1992; *Eronen, Hakola, Tiihonen*, 1996 a; 1996 b; *Hodgins*, 1992; *Hodgins, Côté*, 1993; *Hodgins e coll.*, 1996; *Karakus e coll.*, 2003; *Lindqvist, Allebek*, 1990; *Modestin, Ammann*, 1995; *Räsänen e coll.*, 1998; *Steadman e coll.*, 1998; *Swanson, Holzer, Ganju, Jono*, 1990; *Swartz e coll.*, 1998; *Volavka e coll.*, 1995).

5 • Discussione

Gli studi passati in rassegna in questa sede mostrano come in ordine al rapporto tra malattia mentale e violenza si possa individuare un'evoluzione nel corso del tempo da posizioni incerte e contrastanti a posizioni di relativa certezza. Soprattutto negli ultimi due decenni, alla luce dei risultati della ricerca epidemiologica, sembra abbastanza condivisa tra gli studiosi l'opinione che esiste una moderata ma significativa correlazione tra malattia mentale e comportamenti violenti.

Nonostante i differenti approcci metodologici relativi alla definizione del campione (pazienti psichiatrici, detenuti, popolazione generale), al disegno dello studio (cross-sezionale, longitudinale) e alla misura della violenza (self-report, informazioni collaterali, rapporti ufficiali o arresti), gli studi evidenziano come certi disturbi (in particolare la schizofrenia e gli altri disturbi psicotici), piuttosto che la malattia mentale intesa come categoria generale, siano in grado di aumentare, sebbene di poco, il rischio di mettere in atto comportamenti violenti. Tuttavia, tale rischio è minore rispetto al rischio associato con condizioni di comorbidità in cui l'abuso di sostanze accompagna un disturbo psicotico o un disturbo antisociale di personalità.

Gli studi più recenti, tanto quelli condotti tra la popolazione psichiatrica, quanto quelli condotti tra la popolazione giunta all'attenzione del sistema di giustizia penale e tra campioni rappresentativi della comunità, hanno evidenziato la presenza di un rischio elevato di commettere atti violenti da parte dei soggetti affetti da disturbi mentali, in particolare schizofrenia, abuso di sostanze o disturbo antisociale di personalità, se comparati con la popolazione generale. Quando almeno due tra questi disturbi compaiono insieme, il rischio di mettere in atto comportamenti violenti aumenta notevolmente. Comunque, Swanson (1993) ha mostrato che i rapporti di probabilità consistentemente più elevati trovati per le condizioni di comorbidità tra due disturbi non indicano un vero effetto di moltiplicazione tra i

due fattori. Piuttosto, sembrano essere solo additivi. Per quanto riguarda, invece, i disturbi affettivi, la loro incidenza varia notevolmente da uno studio all'altro. In generale, quando le forme psicotiche di depressione e i disturbi bipolari dell'umore vengono esclusi dall'analisi, non sembra esserci una maggiore propensione alla violenza da parte dei soggetti con disturbi affettivi. La prevalenza di disturbi affettivi tra i detenuti potrebbe essere reattiva alla condizione di detenzione. Infine, i disturbi d'ansia risultano chiaramente non associati ad un rischio elevato di violenza.

Sebbene sia evidente, dunque, una relazione tra malattia mentale e violenza, tuttavia è da accertare se tale relazione sia solo di associazione o se sia, piuttosto, di causalità. Purtroppo, gli studi epidemiologici passati in rassegna si rivelano inefficaci nel rispondere a tale quesito, soprattutto a causa di imperfezioni metodologiche che ne limitano l'interpretazione e la generalizzazione dei risultati (si veda, ad esempio: *Arboleda-Florez, Holley, Crisanti, 1998; Link, Stueve, 1995; Taylor, 1998; Walsh, Buchanan, Fahy, 2002; Wessely, Castle, 1998*). Innanzitutto, gran parte di questi studi trascurano l'influsso potenziale di altre variabili, come quelle socio-economiche, quelle individuali relative alla storia personale (come l'essere stati vittima di abusi) e alle caratteristiche di personalità, e quelle relative agli effetti dell'istituzionalizzazione e delle terapie (per i pazienti sottoposti a trattamento o a contenzione). Inoltre, alcuni studi sono caratterizzati da una certa superficialità e confusione nella selezione del campione e nella misurazione tanto della malattia mentale quanto del comportamento violento. I campioni della comunità escludono le persone che abitualmente risiedono in quelle comunità ma che si trovano in istituzioni sanitarie o penali al momento della ricerca, per cui le persone severamente disturbate e quelle severamente violente sono escluse dalla ricerca. Al contrario, i campioni istituzionalizzati includono soltanto gli individui seriamente disturbati o violenti, escludendo le malattie e i reati meno gravi. Quando i campioni sono selezionati da una coorte di nascita la definizione dei gruppi è basata sulle registrazioni ufficiali sanitarie e della polizia, introducendo ulteriori fonti di errore.

Siccome tali studi hanno adottato approcci metodologici differenti, ma sono giunti a conclusioni simili, è stato arguito che l'evidenza accumulata supporta una relazione causale tra malattia mentale e violenza e che la consistenza dei risultati attraverso gli studi mette in ombra i limiti metodologici di ognuno di essi (*Link, Stueve, 1995*). Nel complesso, appare fondamentale distinguere tra le varie forme di disturbo psichiatrico quando si discute di relazione tra violenza e malattia mentale.

Il fatto che i disturbi psicotici aumentino il rischio di violenza, suggerisce la possibilità che i sintomi psicotici costituiscano un fattore importante nel determinare un comportamento violento. Una parte della ricerca è attualmente impegnata ad identificare quei meccanismi causali che conducono ad un elevato rischio di commettere atti violenti da parte di persone

con malattia mentale. Alcuni studi (che in questa sede non sono stati presi in considerazione) hanno analizzato in dettaglio alcuni fattori in grado di mediare la relazione tra malattia mentale e violenza, suggerendo che la violenza commessa dai soggetti affetti da un disturbo psicotico non è casuale, bensì motivata e diretta dai sintomi della malattia (si veda, ad esempio, *Biorkly*, 2002 a; 2002 b, per una review).

Comunque, le inadeguatezze metodologiche impongono una interpretazione quanto mai cauta dei risultati e consigliano conclusioni ponderate, soprattutto in virtù, dello stigma crescente da parte dell'opinione pubblica nei confronti degli individui mentalmente disturbati.

Come ricordato nell'introduzione, le credenze popolari, rinforzate anche dai mass media, sono focalizzate sull'idea che esista una forte connessione tra malattia mentale e crimini violenti. Tuttavia, l'evidenza empirica, sebbene riporti un'associazione tra malattia mentale e violenza, non conferma per nulla le credenze popolari. L'entità del rischio è molto inferiore rispetto alla paura che prova la gente (*Angermeyer, Cooper, Link*, 1998). Infatti, sebbene la ricerca epidemiologica abbia mostrato un aumentato livello di rischio di violenza in alcune forme di malattia mentale, le differenze non sono mai così drammatiche come la gente crede che siano. L'associazione tra violenza e malattia mentale è solo in termini di maggiore rischio, paragonabile al rischio riguardante l'associazione tra violenza e giovane età, basso livello di educazione e genere maschile (*Link, Andrews, Cullen*, 1992; *Swanson, Holzer, Ganju, Jono*, 1990) o rispetto ad altre caratteristiche socio-culturali (come livello di scolarità, appartenenza etnica o locazione urbana) e nettamente inferiore al rischio associato all'abuso di sostanze e al disturbo antisociale di personalità. In aggiunta, è importante sottolineare che il rischio di violenza non è ugualmente prevalente tra i vari disturbi mentali, bensì limitato solo ad alcuni disturbi (schizofrenia e disturbi psicotici) e costellazioni di sintomi (*Link, Stueve*, 1994; *Swanson, Borum, Swartz, Monahan*, 1996). Perciò, l'evidenza che alcuni comportamenti violenti siano commessi da alcune persone con disturbo mentale in determinate circostanze non deve condurre alla generalizzazione secondo cui tutte le persone affette da un disturbo mentale sono potenzialmente più violente rispetto al resto della popolazione. È bene sottolineare che la stragrande maggioranza delle persone affette da disturbi mentali non commette violenza in misura maggiore rispetto alla popolazione generale (*Eronen, Angermeyer, Schulze*, 1998). Inoltre, bisogna tenere bene presente che i disturbi mentali gravi sono relativamente rari, che il rischio di violenza, sebbene più alto, è comunque modesto e che il contributo da parte della malattia mentale al tasso di violenza della società è limitato (*Swanson*, 1994).

In sintesi, alla luce dei più recenti dati, è possibile evidenziare con ragionevole certezza alcuni punti:

– l'incidenza di comportamenti violenti è più alta, sebbene di poco, tra i

- soggetti affetti da un disturbo mentale grave rispetto alla popolazione generale, e ancora più alta tra i soggetti con disturbi psichiatrici che abusano di sostanze;
- la schizofrenia è l'unica forma di psicopatologia, tra quelle dell'Asse I del DSM-IV-TR, per cui è legittimo sostenere una maggiore incidenza di comportamenti violenti;
 - la stragrande maggioranza dei soggetti con disturbi mentali non commette reati.

Bibliografia

- ABEYASINGHE R, JAYASEKERA R. (2003): "Violence in general hospital psychiatry unit for men", *Ceylon Medical Journal*, 48, 45-47.
- ANDERSEN H.S. E COLL. (1996): "Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand", *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 61-74.
- ANGERMEYER M.C., COOPER B., LINK B.G. (1998): "Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 61-66.
- APPELBAUM P.S., ROBBINS P.C., MONAHAN J. (2000): "Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study", *American Journal of Psychiatry*, 157, 566-572.
- ARBOLEDA-FLOREZ J., HOLLEY H., CRISANTIA. (1998): "Understanding causal paths between mental illness and violence", *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33, 38-46.
- ARSENEAULT L. E COLL. (2000): "Mental disorders and violence in a total birth cohort", *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.
- ASH D.H., GALLETLY C., HAYNES J., BRABEN P. (2003): "Violence, self-harm, victimization and homelessness in patients admitted to an acute inpatient unit in South Australia", *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 112-118.
- ASHLEY M.C. (1922): "Outcome of 1000 case paroled from the Piddle Town State Hospital", *New York State Hospital Quarterly*, 8, 64.
- BANDINI T. (1981): "La valutazione psichiatrico-forense della pericolosità", *Rassegna di Criminologia*, XII, 55-68.
- BARLOW K., GRENYER B., ILKIW-LAVALLE O. (2000): "Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 967-974.
- BJØRKLY S. (2002 a): "Psychotic symptoms and violence toward others - Part 1. Delusions", *Aggression and Violent Behavior*, 7, 617-631.
- BJØRKLY S. (2002 b): "Psychotic symptoms and violence toward others - Part 2. Hallucinations", *Aggression and Violent Behavior*, 7, 605-615.
- BRENNAN FF (1964): "Mentally ill aggressiveness. Popular delusion or reality", *American Journal of Psychiatry*, 120, 1181.
- BRENNAN P.A., MEDNICK S.A., HODGINS S. (2000): "Major mental disorders and criminal violence in a danish birth cohort", *Archives of General Psychiatry*, 57, 490-500.
- CANEPA G., TRAVERSO G.B. (1979). "Mental disease and criminalità. An introduction", *Rassegna di Criminologia*, X, 408-414.
- COHEN L.H., FREEMAN H. (1945): "How dangerous to the community are State Hospital patients?", *Conn. Med.*, 9, 967.

- CÔTÈ G., HODGINS S. (1990): "Co-occurring mental disorders among criminal offenders", *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 18, 271-281.
- CÔTÈ G., HODGINS S. (1992): "The prevalence of major mental disorders among homicide offenders", *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.
- DANIEL A.E., ROBINS A.J., REID J.C., WILFLEY D. (1988): "Lifetime and six-month prevalence of psychiatric disorders among sentenced female offenders", *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 16, 333-342.
- DESJARLAIS R., EISENBERG L., GOOD B., KLEINMANN A. (1995): *World mental health. Problems and priorities in low-income countries*, Oxford University Press, Oxford (Trad. it.: *La salute mentale nel mondo. Problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito*, Il Mulino, Bologna, 1998).
- ERONEN M., ANGERMEYER M.C., SCHULZE B. (1998): "The psychiatric epidemiology of violent behaviour", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S13-S23.
- ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. (1996 a): "Mental disorders and homicidal behavior in Finland", *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. (1996 b): "Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland", *Psychiatric Services*, 47, 403-406.
- ERONEN M., TIIHONEN J., HAKOLA P. (1996): "Schizophrenia and homicidal behavior", *Schizophrenia Bulletin*, 22, 83-89.
- GATTI U., TRAVERSO G.B. (1979): "Malattia mentale e omicidio. Realtà e pregiudizi sulla pericolosità del malato di mente", *Rassegna di Criminologia*, X, 77-90.
- GIBBENS T.C.N. (1979): "Literature overview on recent European and North American research on the relationship between mental illness and criminality", *Rassegna di Criminologia*, X, 431-449.
- GÖPPINGER H., BÖKER W. (1979): "On delinquency of the mental ill", *Rassegna di Criminologia*, X, 451-477.
- GOTTLIEB P., GABRIELSEN G., KRAMP P. (1987): "Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 285-292.
- GRASSI L. E. COLL. (2001): "Characteristics of violent behavior in acute psychiatric inpatients: a 5 year Italian study", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 273-279.
- GRECO O., CATANESI R. (1988): *Malattia mentale e giustizia penale*, Giuffrè, Milano.
- GROSSMAN L.S. E COLL. (1995): "State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes", *Psychiatric Services*, 46, 790-795.
- GUZE S.B. (1974): "Psychiatric disorders and criminality", *Journal of the American Medical Association*, 227, 641.
- HÄFNER H., BÖKER W. (1973): *Gewaltdaten Geistesgestörter*, Springer-Verlag, Berlin.
- HODGINS S., CÔTÈ G. (1990): "Prevalence of mental disorders among penitentiary inmates in Quebec", *Canadian Mental Health*, 38, 1-4.
- HODGINS S. (1992): "Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth cohort", *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- HODGINS S. E. COLL. (1996): "Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort", *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.
- KARAKUS E. COLL. (2003): "Filicide cases in Turkey, 1995-2000", *Croat Medical Journal*, 44, 592-595.
- KOOP C.E., LUNDBERG G.D. (1992): "Violence in America: a public health emergency. Time to bite the bullet back", *Jour. of Am. Medical Association*, 267, 3075-3076.
- LELLIOTT P., WING J., CLIFFORD P. (1994): "A national audit of new long-stay psychiatric patients, I: method and description of the cohort", *British Journal of Psychiatry*, 165, 160-169.

- LINDQVIST P. (1986): "Criminal homicide in northern Sweden 1970-1981: alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease", *Intern. Jour. of Law and Psychiatry*, 8, 19-37.
- LINDQVIST P., ALLEBECK, P. (1990): "Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm", *British Journal of Psychiatry*, 157, 345-350.
- LINK B.G., STUEVE A. (1994): "Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls", in: MONAHAN J., STEADMAN H.J. (a cura di): *Violence and mental disorder. Developments in risk assessment*, University of Chicago Press, Chicago.
- LINK B.G., STUEVE A. (1995): "Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior", *Epidemiology Review*, 17, 172-180.
- LINK B.G., ANDREWS H., CULLEN F.T. (1992): "The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered", *American Sociological Review*, 57, 275-292.
- MODESTIN J., AMMANN R. (1995): "Mental disorders and criminal behavior", *British Journal of Psychiatry*, 166, 667-675.
- MODESTIN J., AMMANN R. (1996): "Mental disorder and criminality: male schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 22, 69-82.
- MONAHAN J., STEADMAN H.J. (1984): *Crime and mental disorder*, National Institute of Justice, Washington, DC.
- MORROW W.R., PETERSON D.B. (1966): "Follow-up of discharged psychiatric offenders", *Journal of Criminology and Law*, 57, 31.
- MULLEN P.E. E COLL. (2000): "Community care and criminal offending in schizophrenia", *Psychological Medicine*, 24, 483-502.
- MUNTANER C., WOLYNIEC P., MCGRATH J., PULVER A.E. (1998): "Arrest among psychotic inpatients: assessing the relationship to diagnosis, gender, number of admissions, and social class", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 274-282.
- NUNNALLY J. (1961): *Popular conceptions of mental health*. Rinehart & Winston, New York.
- PETURSSON H., GUDJONSSON G.H. (1981): "Psychiatric aspects of homicide", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 363-372.
- PHELAN J., LINK B., STUEVE A., PESCOLO B. (1997): "Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: has sophistication increased? Has stigma declined?", Paper presented at the American Sociological Association Meeting, Toronto.
- POLLOCK H. M. (1938): "Is the paroled patient a menace to the community?", *Psychiatric Quarterly*, 12, 236.
- RÄSÄNEN P. E COLL. (1998): "Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior", *Schizophrenia Bulletin*, 24, 437-441.
- REPO E. E COLL. (1997): "Criminal and psychiatric histories of Finnish arsonists", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 318-323.
- ROLLINS C. (1972): "Crime and mental illness viewed as deviant behavior", *NCJ Mental Health*, 8, 18.
- RUBIN B. (1972): "Prediction of dangerousness in mentally ill criminals", *Archives of General Psychiatry*, 27, 397.
- RUSSO G. (1981): "Psicopatologia e omicidio. Studio clinico-criminologico su 47 soggetti", *Rassegna di Criminologia*, XII, 337-344.
- SHAH P.J., GREENBERG W.M., CONVIT A. (1994): "Hospitalized insanity acquittees' level of functioning", *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 22, 85-93.
- SOSOWSKY L. (1978): "Crime and violence among mental patients reconsidered in view of the new legal relationship between the state and the mentally ill", *American Journal of Psychiatry*, 135, 33-42.
- SOSOWSKY L. (1980): "Explaining the increased arrest rate among mental patients: a cautionary note", *American Journal of Psychiatry*, 137, 1602-1605.

- STEADMAN H.J., COCOZZA J. (1978): "Psychiatry, dangerousness and the repetitively violent offender", *Journal of Criminal Law and Criminology*, 69, 226.
- STEADMAN H.J. E COLL. (1998): "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods", *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- STEURY E.H., CHOINSKI M. (1995): "Normal crimes and mental disorder: a two group comparison of deadly and dangerous felonies", *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 183-207.
- STUEVE A., LINK B.G. (1997): "Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel", *Psychiatric Quarterly*, 68, 327-342.
- SWANSON J.W. (1993): "Alcohol abuse, mental disorder, and violent behavior. An epidemiologic inquiry", *Alcohol and Health Research in the World*, 17, 123-132.
- SWANSON J.W. (1994): "Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach", in: MONAHAN J., STEADMAN H.J. (a cura di): *Violence and mental disorder. Developments in risk assessment*. University of Chicago Press, Chicago.
- SWANSON J.W., BORUM R., SWARTZ M.S., MONAHAN J. (1996): "Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community", *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 309-329.
- SWANSON J.W., HOLZER C.E., GANJU V.K., JONO R.T. (1990): "Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys", *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- SWANSON J.W. E COLL. (2006): "A national study of violent behavior in persons with schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.
- SWARTZ M.S. E COLL. (1998): "Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication", *American Journal of Psychiatry*, 155, 226-231.
- TAYLOR P.J. (1997): "Damage, disease and danger", *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 19-48.
- TAYLOR P.J. (1998): "When symptoms of psychosis drive serious violence", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S47-S54.
- TAYLOR P.J., GUNN J. (1984): "Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men", *British Medical Journal*, 288, 1945-1949.
- TEPLIN L.A. (1990): "The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area program", *American Journal of Public Health*, 80, 663-669.
- TIIHONEN J. (1993): "Criminality associated with mental disorders and intellectual deficits", *Archives of General Psychiatry*, 50, 917-918.
- TIIHONEN J. E COLL. (1997): "Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort", *American Journal of Psychiatry*, 154, 840-845.
- VOLAVKA J. E COLL. (1995): "Characteristics of state hospital patients arrested for offenses committed during hospitalization", *Psychiatric Services*, 46, 796-800.
- WALLACE C. E COLL. (1998): "Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study", *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- WALSH E., BUCHANAN A., FAHY T. (2002): "Violence and schizophrenia: Examining the evidence", *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- WESSELY S., TAYLOR P.J. (1991): "Madness and crime: criminology versus psychiatry", *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1, 193-228.
- WESSELY S.C., CASTLE D., DOUGLAS A.J., TAYLOR P.J. (1994): "The criminal careers of incident cases of schizophrenia", *Psychological Medicine*, 24, 483-502.

- WESSELY S., CASTLE D. (1998): "Mental disorder and crime", *Archives of General Psychiatry*, 55, 86-88.
- WIDIGER T.A., SANKIS L.M. (2000): "Adult psychopathology: issues and controversies", *Annual Review of Psychology*, 51, 377-404.
- ZITRIN E COLL. (1976): "Crime and violence among mental patients", *American Journal of Psychiatry*, 133, 142.

