

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
PASCALE FILION

ABUS SUBI DURANT L'ENFANCE ET PRÉVALENCE DE LA VIOLENCE CHEZ DES
SUJETS ADULTES ATTEINTS D'UN TROUBLE MENTAL GRAVE :
AU-DELÀ DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

JUILLET 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Running head : ABUS EN BAS ÂGE, TROUBLES MENTAUX ET COMPORTEMENTS
VIOLENTS

Abus subi durant l'enfance et prévalence de la violence chez des sujets adultes
atteints d'un trouble mental grave : Au-delà du trouble de la personnalité antisociale

Pascale Fillion

Université du Québec à Trois-Rivières

Michel Bossé

Université du Québec à Trois-Rivières

Gilles Côté

Université du Québec à Trois-Rivières

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de recherche, M. Michel Bossé pour ses précieux conseils et son soutien lors des moments difficiles ainsi que mon co-directeur, M. Gilles Côté, pour son dévouement et sa patience inébranlable à mon égard. Également, le coordonnateur du projet de recherche, Éric Skulski pour son aide et son humour. Finalement, mes parents et mon conjoint, sans l'aide desquels rien n'aurait été possible.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article à été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancée en psychologie. Les noms du directeur et du co-directeur de recherche pourraient donc apparaître comme co-auteurs de l'article soumis pour publication.

TABLES DES MATIÈRES

Contexte théorique.....	8
Méthode.....	15
Résultats.....	18
Discussion.....	21
Références.....	24
Tableaux.....	31
Tableau 1.....	31
Tableau 2.....	32
Tableau 2.1.....	33
Tableau 3.....	34
Tableau 3.1.....	35

Résumé :

L'objectif est de mesurer l'apport de l'abus en bas âge dans un contexte de violence chez des individus atteints d'un trouble mental grave accompagné ou non du diagnostic de trouble de la personnalité antisociale. L'abus subi durant l'enfance représente un facteur de risque de comportements agressifs à l'âge adulte. Ce facteur a-t-il un apport direct qui se situe au-delà du facteur lié au trouble de la personnalité antisociale? L'abus en bas âge, les comportements agressifs auto-rapportés, ainsi que le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale sont les principales variables à l'étude.

L'échantillon est composé de 178 sujets adultes présentant un diagnostic principal de trouble mental majeur (trouble grave de l'humeur, trouble psychotique). Les participants ont été recrutés sur la base de leur statut légal, soit qu'ils ont été reconnus coupables et condamnés à une période de détention en milieu carcéral, soit qu'ils ont été reconnus non criminellement responsables pour cause d'aliénation mentale ou ont été sous le coup d'un mandat de mise sous garde parce qu'ils sont considérés comme dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui.

Les résultats démontrent que le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale masque la capacité de prédiction de l'abus en bas âge eu égard à la violence, l'abus s'avère toutefois un facteur de risque d'agression chez les sujets sans trouble de la personnalité antisociale. Les résultats montrent l'importance d'aller au-delà des analyses linéaires au profit d'une approche typologique.

Mots-clés : abus en bas âge, troubles mentaux graves, violence, comportement criminel, trouble de la personnalité antisociale.

Abstract :

The purpose is to measure the contribution of childhood abuse in the context of violence among subjects with major mental disorders combined with an antisocial personality disorder diagnostic. Abuse as a child represents a risk factor for adult violent behaviour. We need to know if abuse as a child has a contribution beyond the antisocial personality disorder for the prediction of violent behaviour. Childhood abuse, self-reported aggressive behaviours and antisocial personality disorder are the study's main variables.

Interviews were completed with 178 adult subjects diagnosed with a major mental disorder (major affective disorders, psychotic disorders). The subjects have been recruited by their legal status, either being recognized guilty by charge of imprisonment, being recognized not criminally responsible on account of mental disorder, or being involuntary hospitalised because they are considered dangerous for themselves and others.

Results show that the presence of antisocial personality disorder renders void childhood abuse's capacity of predicting violence. Nevertheless, abuse represents a violence risk factor among subjects without antisocial personality disorder. Results show the importance of using a typological approach beyond linear analyses.

Key words: Childhood abuse, major mental disorders, violence, criminal behaviour, antisocial personality disorder.

Contexte théorique

Les connaissances concernant la distinction entre les individus violents et ceux non violents se sont grandement développées au cours de la dernière décennie. Des recensions récentes d'écrits scientifiques dénombrent l'existence de plusieurs facteurs de risque retrouvés de manière constante au fil des études (Tolman & Bennett, 1990). Un des facteurs les plus fréquemment répertoriés, pour les agressions tant mineures que sévères, est l'abus subi en bas âge, particulièrement en contexte de violence familiale (Hotaling & Sugarman, 1986). De façon générale, il semble bien établi que l'abus peut prédire la violence, quelle que soit la nature de celui-ci : les abus physique, sexuel, ainsi que le fait d'avoir été témoin de violence conjugale durant l'enfance apparaissent en effet tous associés au développement de problèmes de violence à l'âge adulte (Fagan, Stewart, & Hansen, 1983; Hotaling & Sugarman, 1986; Malinosky-Rummell & Hansen, 1993; Sappington, 2000; Saunders, 1994; Shields, McCall, & Hanneke, 1988; Straus, 1980).

Certes, les effets de l'abus prennent la forme de problèmes psychologiques et d'adaptation sociale d'une grande variété : trouble psychique (Luntz & Widom, 1994; Malinosky-Rummell & Hansen, 1993; Peters, 1988; Romano & De Luca, 2001; Sappington, 2000), délinquance à l'adolescence (Browne, Miller, & Maguin, 1999; Fréchette & LeBlanc, 1987), développement du trouble de la personnalité antisociale chez l'adulte (Luntz & Widom, 1994), perpétration de crimes violents (Widom & Maxfield, 1996), consommation de drogues et d'alcool à l'adolescence et à l'âge adulte (Brown & Anderson, 1991; Downs, Miller, Testa, & Panek, 1992).

Le lien entre le fait d'avoir été victime d'abus durant l'enfance et l'inadaptation psychologique et sociale ultérieure est sensible à l'effet de l'intensité. Ainsi, plus l'abus a été sévère et fréquent, plus étroit apparaît le lien avec la violence et l'agression sévères (Haapasalo & Kankkonen, 1997; Monahan et al., 2001). La même tendance s'observe avec l'apparition de problèmes psychiques majeurs (Bulik, Prescott, & Kendler, 2001; Spaccarelli, 1994) et la fréquence des comportements antisociaux (Fréchette & Leblanc 1987).

Bon nombre d'études ont permis de cerner les effets particuliers de chaque type d'abus (physique, sexuel, psychologique) de même que l'abus vécu par observation de la violence faite à des proches, (i.e. violence conjugale). Il importe ici de les évoquer rapidement, en insistant tout particulièrement sur les effets reliés à la violence. Ainsi, l'abus physique durant l'enfance est associé à une variété de problèmes liés à la psychopathologie, en plus de la violence : niveau élevé de colère et d'agressivité, difficultés dans le cheminement scolaire, dans les relations interpersonnelles, faible estime de soi, incidence élevée de symptômes psychologiques et de problèmes sexuels, fort penchant pour les activités criminelles (Brière & Runtz, 1988), cette criminalité s'accompagnant de comportements violents tant chez les adolescents (Malinosky-Rummell & Hansen, 1993) que chez les adultes (Becker et al., 1995; Luntz & Widom, 1994). L'abus physique est également associé à la violence conjugale (Widom, 1989), aux crimes sexuels (Haapasalo & Kankkonen, 1997; Malinosky-Rummell & Hansen, 1993), aux troubles anxieux et dépressifs ainsi qu'à l'abus de substances psychoactives (Sappington, Pharr, Tunstall, & Rickert, 1997).

Bien que certaines études n'observent aucun lien significatif entre l'abus sexuel durant l'enfance et l'adolescence et l'incidence de violence à l'âge adulte (Monahan et al., 2001), les nombreuses séquelles, à court et à long termes, associées à ce type d'abus ont été clairement

répertoriées au sein de la littérature scientifique et clinique. Dans leur recension de 45 études empiriques réalisées sur ce sujet, Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor (1993) ont observé que les jeunes victimes d'abus sexuels, comparativement aux enfants n'ayant jamais été abusés, sont, entre autres, plus à risque de développer des problèmes d'estime de soi, de concentration, de sommeil et de somatisation, des problèmes de comportements internalisés, dont l'isolement, la dépression, la peur et l'anxiété, des conduites régressives et des réactions de stress post-traumatique, des problèmes externalisés, telles la cruauté, l'hostilité, l'agression et la délinquance, ainsi que des conduites sexuelles inadéquates; selon eux, ces effets ont tendance à se prolonger jusqu'à l'âge adulte, éventuellement sous la forme de comportements de rage et d'hostilité (Sappington et al., 1997), d'abus de substances psychoactives, de conduites hétéroagressives (Bagley, Wood, & Young, 1994 ; Browne & Finkelhor, 1986; Dimock, 1988 ; Myers, 1989). Un passé d'abus sexuel intra-familial fait partie de l'histoire des agresseurs sexuels (Spaccarelli, 1994; Widom, 1989) ainsi que de celle des individus usant de violence conjugale (Spaccarelli, 1994). Les personnes ayant subi de l'abus sexuel avec pénétration, restriction et violence physique semblent vivre des problèmes psychologiques plus importants que celles qui ont vécu de l'abus sans contact ou qui n'ont jamais été abusées (Bulik et al., 2001; Peters, 1988). Des données suggèrent en outre que les individus qui ont vécu une expérience d'abus sexuel de longue durée présentent davantage de difficultés (Kendall-Tackett et al., 1993).

Alors que la majorité des auteurs considèrent qu'être témoin de violence est aussi significativement associé à des problèmes ultérieurs que le fait d'en avoir été soi-même victime (Sappington, 2000), des chercheurs suggèrent, s'appuyant sur leurs résultats, qu'avoir été témoin de violence joue légèrement plus que le fait d'avoir été soi-même la cible de la violence (Hotaling & Sugarman, 1986). Il paraît bien établi que le fait d'avoir été témoin de violence

familiale, en plus d'en avoir été la victime, augmente le risque de développer des troubles liés à la violence et à l'agression (Saunders, 1995). Ce type de situation abusive vécue durant l'enfance paraît associé à des problèmes de rage et d'hostilité (Sappington et al., 1997), à la délinquance et aux agressions graves chez les délinquants, ainsi qu'à la violence conjugale sévère (Malinosky-Rummell & Hansen, 1993).

Les données qui ont été évoquées jusqu'ici se rapportent à l'abus vécu en bas âge comme facteur capable de prédire les comportements violents et les problèmes psychologiques associés de près à la violence. Qu'en est-il du lien entre l'abus et l'apparition ultérieure de comportements violents si l'on s'intéresse à la catégorie tout à fait particulière des sujets présentant des troubles mentaux graves? L'abus garde-t-il son potentiel de prédiction ou voit-il ce potentiel nuancé par la présence d'autres facteurs? Avant d'aborder ce problème en tant que tel, il importe de faire un survol des données disponibles concernant la présence de la violence chez les individus aux prises avec une pathologie sévère.

Bien que la majorité des personnes atteintes de maladies mentales graves n'ont pas commis et ne commettront jamais d'actes criminels dangereux (Beck & Wencel, 1998), de nombreuses études internationales récentes ont démontré le puissant lien entre les désordres psychiatriques graves (schizophrénie et désordres affectifs majeurs) et l'incidence de crimes et de crimes violents (voir les synthèses effectuées par Beck & Wencel, 1998, par Drummond, Sparr, & Gordon, 1989, de même que par Hodgins, 2001). Afin de mesurer l'incidence de violence chez les sujets de ce type, différents schèmes expérimentaux, avec leurs forces et leurs faiblesses, ont été utilisés, chacun présentant une technique spécifique d'échantillonnage.

Les études épidémiologiques s'intéressent à des cohortes de naissances aléatoires où le mode de vie criminel et violent d'individus qui développent des troubles mentaux graves est

comparé à celui de personnes qui ne développent aucune maladie psychiatrique. Du fait qu'elles aient été réalisées dans différentes cultures, avec des tailles d'échantillons pouvant se mesurer en dizaines et centaines de milliers, ces recherches ont jusqu'ici démontré qu'une plus large proportion d'individus qui développent ou qui sont déjà aux prises avec un désordre mental majeur commettent des actes criminels et violents en comparaison avec des sujets ne présentant pas de troubles mentaux (Hodgins, 1992 ; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger, & Engberg, 1996; Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990).

Les études concernant l'incidence de violence parmi les patients psychiatriques vivant dans la communauté comparent l'histoire criminelle de patients qui ont déjà séjourné dans une clinique interne ou qui ont recours aux services d'une clinique externe aux données criminelles d'individus de la population générale. Malgré la diversité des mesures, les études de ce type conduites au sein de pays industrialisés occidentaux ont obtenu des résultats remarquablement semblables indiquant que les patients atteints de troubles mentaux graves, particulièrement ceux atteints de schizophrénie (Modestin & Ammann, 1995, 1996 ; Shah, Greenberg, & Convit, 1994) en phase active (Grossman, Haywood, Cavanaugh, Davis, & Lewis, 1995) sont plus susceptibles que la population générale de commettre des crimes et d'adopter des conduites violentes (Grossman et al., 1995 ; Hodgins, 2001 ; Modestin & Ammann 1995, 1996 ; Volavka, Mohammad, Vitrai, Connolly, Stefanovic, & Ford, 1995). De plus, certains auteurs ont constaté que la présence d'abus de drogues et d'alcool, ainsi que le diagnostic concomitant d'un trouble de la personnalité, généralement le trouble de la personnalité antisociale (Côté & Hodgins, 1990; Rasmussen & Levander, 1996 ; Volavka et al., 1995), non seulement venaient considérablement ajouter au risque d'adoption de conduites violentes (Drummond et al., 1989) et de condamnations criminelles (Modestin & Ammann, 1995), mais se trouvaient à être la

combinaison la plus fréquemment observée (Côté & Hodgins, 1990; Rasmussen & Levander, 1996 ; Volavka et al., 1995).

Un troisième type d'étude s'intéressant au lien entre la criminalité et les troubles mentaux majeurs compare l'incidence de problèmes psychopathologiques au sein d'un échantillon représentatif de criminels incarcérés à celui de sujets de la population générale. Bien qu'elle reconnaisse que certains résultats paraissent contradictoires, Hodgins (2001) estime que la totalité des études nord américaines de ce type suggèrent dans leur ensemble l'existence d'une prévalence plus élevée de troubles mentaux graves chez les agresseurs et criminels incarcérés, tant hommes que femmes, que parmi les individus de la population générale. Recevant habituellement un diagnostic multiple, ces individus se retrouvent en prison plutôt que de recevoir un traitement en milieu hospitalier. Les formes pures de désordres mentaux sont rarement constatées chez les détenus atteints de troubles mentaux graves (Côté & Hodgins, 1990; Côté, Lesage, Chawky, & Loyer, 1997). Selon certains chercheurs (Abram & Teplin, 1991; Côté & Hodgins, 1990), près de 70% des détenus atteints de maladies mentales sévères répondraient aux critères du DSM-III (APA, 1980) pour le trouble de la personnalité antisociale. La dépendance à l'alcool et aux drogues semble aussi plus fortement faire partie de la réalité des détenus atteints de troubles mentaux graves, comparativement aux patients psychiatriques non incarcérés (Côté et al., 1997).

Finalement, il a été démontré que la prévalence de maladie mentale grave est plus élevée chez les détenus ayant commis un homicide que chez les agresseurs incarcérés n'ayant pas commis d'homicide (Côté & Hodgins, 1992; Eronen, Tiihonen, & Hakola, 1996). Les agresseurs homicides présentant des désordres graves se voient aussi plus fréquemment attribuer le diagnostic de schizophrénie (Tiihonen, Hakola, Eronen, Vartiainen, & Ryyänänen, 1996) et de

dépression majeure, très fréquemment accompagné d'abus ou de dépendance à l'alcool (Côté & Hodgins, 1992; Eronen et al., 1996) ainsi que du trouble de la personnalité antisociale (Eronen, Hakola, & Tiihonen, 1996; Tiihonen, 1993). Côté & Hodgins (1992) ont observé dans leur étude de prévalence de désordres psychiques graves que, parmi les agresseurs homicides, la maladie avait précédé le crime dans 82% des cas.

Pour ajouter à la complexité du tableau clinique des agresseurs aux prises avec des désordres mentaux graves, plusieurs auteurs ont constaté qu'il était possible de les diviser en deux groupes distincts : les agresseurs «précoces», qui débutent leur carrière criminelle à un jeune âge, soit bien avant l'apparition de la maladie mentale grave, et les agresseurs «tardifs», qui adoptent un mode de vie criminel seulement après l'apparition des symptômes liés au désordre, généralement à l'âge adulte (Hodgins, Côté, & Toupin, 1998; Tengström, Hodgins, & Kullgren, 2001). Asarnow (1988) soutient même que l'un des signes avant-coureurs chez les garçons qui deviennent schizophrènes est une conduite antisociale. Côté et Hodgins (1990) ont également observé que, parmi un échantillon d'hommes incarcérés, 63% des détenus schizophrènes avaient aussi un diagnostic de trouble de personnalité antisociale, ce qui suppose la présence d'un trouble des conduites avant 15 ans. Comparativement à la population générale, la prévalence du trouble de la personnalité antisociale, incluant un trouble de comportement durant l'enfance, est 4 à 5 fois plus élevée parmi les adultes atteints de schizophrénie (Hodgins, Toupin, & Côté, 1996).

Les résultats disponibles à ce jour montrent que le lien entre la maladie mentale et les comportements violents n'est pas le même pour tous les agresseurs atteints d'un désordre grave; pour certains d'entre eux, et c'est le cas des agresseurs qui débutent leur carrière criminelle à l'âge adulte, le comportement antisocial semblerait faire partie de la maladie grave, tandis que

pour d'autres, notamment les agresseurs précoces, les comportements antisociaux représenteraient une problématique avec une étiologie distincte. Ces agresseurs précoces ont en effet eu une enfance plus troublée, avec des parents dont plus de la moitié avaient un problème d'abus de drogues ou d'alcool (Tengström et al., 2001). En toute logique, il est possible de soutenir que des parents aux prises avec des problèmes de consommation représentent un facteur de risque de négligence et d'abus à l'égard de leur enfant. Dès lors, on peut avancer l'hypothèse que l'abus en bas âge, particulièrement en contexte de violence familiale, est un facteur important de risque de criminalité et de violence ultérieures.

La présente étude se donne pour objectif de clarifier cette question à l'aide de deux hypothèses. Premièrement, chez les sujets atteints de troubles mentaux graves, l'abus subi en bas âge devrait prédire les comportements violents à l'âge adulte. Deuxièmement, il est aussi attendu à ce qu'il y ait un lien significatif entre le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale et le comportement violent, de même qu'entre l'abus subi en bas âge et le trouble de la personnalité antisociale. Par contre, dans les cas où un diagnostic concomitant de trouble de la personnalité antisociale est présent, l'abus subi en bas âge ajoute-t-il au potentiel de prédiction des comportements violents au-delà de ce qui est déjà expliqué par le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale?

Méthode

Les participants

L'échantillon provient d'une étude ayant débuté au printemps 1998, conduite par Gilles Côté, Sheilagh Hodgins et Marc Daigle, avec la collaboration de Belkacem Abdous, Christopher Webster et Pierre Gagné. Elle donne accès à 178 participants, 137 hommes et 41 femmes, ayant reçu un diagnostic de trouble mental grave (trouble bipolaire, dépression majeure, trouble schizo-

affectif, schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique non-spécifié). Ce nombre est établi après attrition de l'échantillon suite aux refus et à la perte de sujets en cours de processus. Le taux de refus global est de 53%. Ce pourcentage inclut les refus directs, les abandons en cours d'évaluation, les cas où il est impossible de rejoindre le participant et les cas d'incapacité (le participant s'avérant trop souffrant pour participer à l'évaluation).

Les participants sont recrutés et divisés selon des critères légaux définissant trois statuts distincts. Les participants formant le premier groupe ont reçu une sentence les condamnant à l'incarcération; ils proviennent de cinq prisons provinciales et de l'ensemble des pénitenciers du Québec. Dans le second groupe, les participants sont sous la garde de la Commission d'examen du Tribunal administratif du Québec, ayant été reconnus non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux; ils sont sous la responsabilité des unités médico-légales de quatre régions administratives du Québec. Les individus du troisième groupe sont sous le coup d'un mandat de mise sous garde, ayant été jugés dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui; ils proviennent des unités psychiatriques des quatre mêmes régions administratives du Québec.

Au regard des statuts légaux, 52 participants ont été condamnés à une peine de détention, 68 ont été tenus non criminellement responsables et, finalement, 58 participants ont reçu un mandat de mise sous garde. Au plan des diagnostics, 52 souffrent de troubles affectifs majeurs et 126 de troubles psychotiques relevant du spectre de la schizophrénie.

Les instruments

L'instrument retenu pour établir le diagnostic est le Structured Clinical Interview for DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1997). Pour le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale sont utilisés les critères du DSM-IV (APA, 1994) tels que décrits par le SCID-II. L'accord inter-juges, établi à partir de 25 entrevues où deux cliniciens ont évalué les

mêmes sujets, est satisfaisant pour les diagnostics de l'axe I. Le coefficient kappa est excellent, selon l'échelle de Landis et Koch (1977); il se situe en moyenne à .84, variant entre .65 et 1.00. Pour le trouble de la personnalité antisociale, le coefficient kappa est aussi «substantiel», soit .73.

Le comportement criminel des participants est répertorié à partir de l'histoire des comportements agressifs auto-révélés, cette histoire étant en outre documentée par des questions approfondies pour chaque incident. Afin de situer le sujet dans le temps, les questions concernent les deux années précédant l'entrevue. Les données concernant les comportements agressifs généraux auto-révélés ont été compilées en fonction de la blessure la plus sérieuse infligée à la victime lors d'un incident : sont considérés agressifs les comportements qui ont donné lieu à des blessures internes non perceptibles, des os ou des dents cassés, des coups de couteau, des blessures par balle ou un homicide. La première partie du questionnaire a permis de recueillir, auprès du participant, des informations précises à propos des comportements agressifs sévères, soit avoir blessé à l'aide d'un objet, d'un couteau ou d'une arme à feu, avoir blessé gravement quelqu'un ou avoir causé la mort.

Les informations concernant l'histoire d'abus durant l'enfance, celles concernant l'histoire des comportements agressifs, ainsi que des informations sociodémographiques sont recueillies auprès de chaque participant lors d'une entrevue. Les grilles utilisées sont celles du projet de la fondation MacArthur (Monahan et al., 2001).

Déroulement

Les participants collaborent à l'étude strictement sur une base volontaire. Un formulaire de consentement est alors signé. Leur collaboration consiste en des entrevues d'une durée totale variant en général entre trois et six heures. Les entrevues semi-structurées portent sur diverses expériences vécues dans les différentes sphères de la vie, soit l'enfance, l'adolescence, l'école, le

travail, la famille, les relations sociales et intimes, les hospitalisations, les comportements agressifs, les incarcérations, etc. Sauf si les politiques de l'établissement dans lequel il se retrouve l'interdisent, le participant qui a complété les entrevues reçoit 10,00\$ en guise de remerciement.

Résultats

Les analyses concernant l'abus en bas âge ont révélé que 65% des participants ont subi de l'abus physique avant l'âge de 20 ans. De ces sujets, environ 40% ont été frappés avec un objet et 9% ont subi des sévices nécessitant une intervention médicale. De plus, il semble que 48% d'entre eux ont été fréquemment frappés au cours de leur jeunesse. Des 153 participants répondants, 54% ont avoué avoir été abusés sexuellement en bas âge. De ces sujets, 21% ont rapporté avoir été forcés à commettre des actes sexuels complets, allant d'activités orales à la sodomie. Finalement, 25% des sujets ont révélé avoir été témoins de violence conjugale lorsqu'ils vivaient avec leurs parents.

En se basant sur les critères du DSM-IV (APA, 1994) pour le diagnostic du trouble de la personnalité antisociale, les participants ont été séparés en deux groupes, soit celui des individus ne présentant pas un tel diagnostic, regroupant 96 sujets, et celui comprenant 75 participants présentant ce trouble. Ces derniers sujets remplissaient au moins trois des douze critères du DSM-IV (APA, 1994) associés au trouble. Sept sujets ont été exclus de l'analyse à cause de données manquantes.

Les données mesurant le taux de comportements agressifs auto-rapportés révèlent que 61% des participants ont commis des gestes agressifs au cours des deux années précédant les entrevues. Parmi ces derniers, 42% auraient posé des gestes agressifs sévères : 17% soulignent avoir blessé un individu à l'aide d'un objet, 14% à l'aide d'un couteau et 8% auraient utilisé une

arme à feu; 26% rapportent avoir infligé des blessures majeures alors que 10% avouent avoir causé la mort.

Considérant le lien entre les variables de l'abus en bas âge et les comportements agressifs auto-rapportés en général, il est possible de constater que la fréquence d'abus physique ($\Phi(175) = .149, p < .05$), la sévérité de l'abus physique ($\Phi(175) = .214, p < .01$), ainsi que le fait d'avoir été témoin de violence conjugale ($\Phi(174) = .171, p < .05$) apparaissent tous significativement associés aux gestes agressifs généraux (Tableau 1). Dans le cas des comportements agressifs sévères auto-révélés, seule la relation à la sévérité de l'abus physique s'avère significative ($\Phi(175) = .214, p < .01$) (Tableau 1). Aucune donnée concernant l'abus sexuel n'est significative. Le diagnostic du trouble de la personnalité antisociale est associé à la fois aux comportements agressifs auto-rapportés généraux ($\Phi(171) = .338, p < .001$) et sévères ($\Phi(171) = .417, p < .001$) (Tableau 1).

(insérer Tableau 1 ici)

Au niveau du lien entre les différentes variables de l'abus en bas âge et le fait d'être atteints ou non du trouble de la personnalité antisociale, seule la variable de sévérité de l'abus physique est statistiquement significative ($\Phi(171) = .150, p < .05$); toutefois il est possible de parler de tendance dans le cas de la fréquence de l'abus physique, la corrélation entre celle-ci et le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale est de .128 ($p < .094$).

Quel est l'apport direct des variables de l'abus subi avant 20 ans comparativement à celui de la variable de diagnostic du trouble de la personnalité antisociale pour la prédiction de comportements agressifs auto-rapportés généraux? Les résultats présentés au Tableau 2 indiquent que le ratio du rapport de cote augmente de 4.164 fois suite au jeu de la variable "présence de trouble de la personnalité antisociale" et qu'il est de 2.056 fois suite au jeu de la

variable "sévérité de l'abus physique", les deux variables offrant un seuil de signification statistique à $p < .05$. Les variables concernant la fréquence de l'abus physique et le fait d'avoir été témoin de violence parentale sont exclues de l'équation, parce que non significatives.

Qu'en est-il lorsqu'il s'agit du rôle des facteurs en question pour la prédiction des comportements agressifs auto-révélés sévères? Le Tableau 2.1 démontre que seule la variable "présence du diagnostic du trouble de la personnalité antisociale" est incluse dans l'équation de régression logistique avec un seuil de signification statistique à $p < .001$. Les résultats démontrent que le rapport de cote de la variable liée au comportement violent augmente de 5.917 fois lorsque le jeu de la variable "diagnostic" est pris en considération.

(insérer Tableau 2 et Tableau 2.1 ici)

Une élaboration logique permettra de mieux saisir le fait que le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale vient médiatiser l'association entre l'abus en bas âge et les comportements agressifs. Lorsque les associations entre les variables de l'abus subi avant 20 ans et les comportements agressifs auto-rapportés généraux sont mesurées pour le groupe de sujets ayant le diagnostic du trouble de la personnalité antisociale, d'une part, et celui des sujets n'ayant pas le diagnostic concomitant, d'autre part, aucun lien significatif n'est observé. Toutefois, une tendance au niveau de la sévérité de l'abus physique chez les sujets sans trouble de la personnalité antisociale apparaît ($\Phi(96) = .179, p < .080$), de même qu'une tendance à voir associé le fait d'avoir été témoin de violence conjugale et les comportements agressifs chez ceux qui présentent un trouble de la personnalité antisociale ($\Phi(75) = .212, p < .066$). (Tableau 3). En ce qui a trait à une même élaboration logique, mais pour les comportements agressifs auto-révélés de nature sévère, la variable de sévérité de l'abus physique chez les sujets n'ayant pas le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale est statistiquement significative

(Phi (96) = .221, $p < .05$), alors qu'elle ne l'est pas dans le cas du groupe présentant le trouble de la personnalité antisociale (Tableau 3.1).

(insérer Tableau 3 et Tableau 3.1 ici)

Discussion

De façon générale, les résultats appuient la littérature disponible concernant le lien entre l'abus en bas âge et la violence à l'âge adulte. À la fois la fréquence et la sévérité de l'abus physique, ainsi que le fait d'avoir été témoin de violence parentale, sont liés aux comportements agressifs en général. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'agressions sévères, il ne semble plus que ce soit une question de fréquence mais bien plutôt de sévérité des sévices subis durant l'enfance. Ce lien confirme en partie les observations de Monahan et al. (2001) qui ont avancé que, chez les patients psychiatriques, plus l'abus a été sévère et fréquent, plus étroit apparaît le lien avec la violence sévère. De plus, ces auteurs ont soutenu que seul l'abus physique est à considérer en tant que facteurs de risque de comportements agressifs. Malgré la marginalité de leurs observations concernant l'impact de l'abus sexuel subi en bas âge, les présents résultats vont dans le même sens. Pour appuyer ces observations, il importe de rappeler que différents auteurs ont soutenu que les différents types d'abus sont associés à différents types de problèmes. Selon Brière et Runtz (1988), l'abus sexuel serait lié aux comportements sexuels inappropriés, alors que l'abus physique aurait un lien avec les comportements agressifs.

Tel qu'il était attendu, le diagnostic du trouble de la personnalité antisociale est associé aux comportements agressifs aussi bien sévères que généraux. L'association entre la sévérité de l'abus et la présence du diagnostic de trouble de la personnalité antisociale justifie l'intérêt pour l'étude des abus en bas âge dans le contexte des comportements violents. Toutefois l'apport direct du diagnostic de trouble de la personnalité antisociale pour la prédiction des

comportements agressifs généraux est nettement plus important que l'influence de la sévérité de l'abus physique. Cette relation est particulièrement significative dans le cas des agressions sévères, alors qu'aucune variable d'abus n'est retenue dans l'équation de la régression logistique, cette observation démontrant que l'apport direct de l'abus en bas âge se voit masqué par la présence du trouble de la personnalité antisociale.

Lorsque les deux groupes, soit les sujets sans diagnostic de trouble de la personnalité antisociale et ceux ayant ce diagnostic concomitant, sont comparés en fonction des variables d'abus subi avant 20 ans et des comportements agressifs, l'apport de l'abus en bas âge eu égard aux comportements agressifs se voit une fois de plus soutenu. Seuls les sujets du groupe n'ayant pas le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale sont soumis à l'influence de la sévérité de l'abus physique. Ces résultats confirment, une fois de plus, que l'apport direct de l'abus en bas âge est neutralisé par la présence du diagnostic lié au trouble de la personnalité antisociale. Dans un passage sur la mentalisation, l'agir et la structure de personnalité, Millaud (1998) propose que les sujets atteints présentant une forte propension à l'action impulsive sont aux prises avec des difficultés de mentalisation; il s'agit certes d'une caractéristique des sujets présentant un trouble de la personnalité antisociale. Millaud précise même : «Ainsi l'acting out pris au sens large est généralement considéré comme la traduction d'un passé oublié qui fait référence à une expérience traumatisante qui n'a pas pu être digérée sur le plan psychique et qui doit donc se répéter.» (p.19). De plus, ayant généralement du mépris inconsidérés pour la sécurité d'autrui ainsi que pour la leur (APA, 1994), le souvenir d'avoir vécu de l'abus en bas âge pourraient se voir filtré par la propension à l'agir et le défaut de mentalisation. Ceci pourrait expliquer en partie ce pourquoi l'abus durant l'enfance voit son lien avec les comportements

agressifs auto-rapportés atténué par la présence d'un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale.

Les études mesurant l'influence de l'abus en bas âge eu égard à la violence étant généralement basées sur des corrélations (Sappington, 2000), il s'avère donc pertinent de considérer l'apport direct de l'abus au delà de l'analyse linéaire, afin de tirer des conclusions nuancées. De toute évidence, l'abus en bas âge ne représente pas l'unique facteur de risque de violence à l'âge adulte. Bien que la taille de l'échantillon ait permis d'obtenir des résultats concluants, il est important de considérer le taux de refus substantiel en tant que limite de l'étude. De plus, les données auto-rapportées étant sujettes à la distorsion cognitive, certains auteurs (Monahan et al., 2001) soulignent l'importance d'utiliser les informations disponibles dans les dossiers officiels ou recueillies auprès d'une tierce personne.

Alors que l'abus en bas âge représente un facteur de risque de violence ultérieure, il semble évident qu'il ne soit pas le seul facteur à considérer afin de déterminer si un individu risque d'adopter des comportements agressifs ou non; le fait que l'influence de l'abus soit neutralisée par la présence du trouble de la personnalité antisociale démontre en partie cette réalité. L'importance de pousser les analyses au-delà du modèle linéaire a été abordée par différents auteurs préconisant plutôt une approche typologique. Une telle approche aborde le phénomène de la violence selon un modèle interactif dans lequel de multiples combinaisons de facteurs de risques servent à identifier les individus potentiellement dangereux (Monahan et al., 2001). Dès lors, il s'avérerait pertinent d'observer le phénomène de la violence sous un angle clinique plutôt qu'actuariel.

Références

- Abram, K. M., & Teplin, L. A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *American Psychologist*, *46*, 1036-1045.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.) DSM-III*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) DSM-IV*. Washington, DC: Author.
- Asarnow, J. R. (1988). Children at risk for schizophrenia: converging lines of evidence. *Schizophrenia Bulletin*, *14*, 613-631.
- Bagley, C., Wood, M., & Young, L. (1994). Victim to abuser : Mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse and Neglect*, *18*, 683-697.
- Beck, J. C., & Wencel, H. (1998). Violent crimes and axis I psychopathology. Dans A. E. Skodol (Éds), *Psychopathology and violent crime* (pp. 1-27). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Becker, J. V., Alpert, J. L., Bigfoot, D. S., Bonner, B. L., Geddie, L. F., Henggeler, S. W., Kaufman, K. L., & Walker, C. E. (1995). Empirical research on child abuse treatment: Report by the child abuse and neglect treatment working group. American Psychological Association. *Journal of Clinical Child Psychology*, *24*, 23-46.
- Brière, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse & Neglect*, *12*, 331-341.
- Brown, G. R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, *60*, 55-61.

- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). The impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin, 99*, 66-77.
- Browne, A., Miller, B., & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry, 22*, 301-322.
- Bulik, C. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *British Journal of Psychiatry, 179*, 444-449.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1990). Co-occurring Mental Disorders Among Criminal Offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 18*, 271-281.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 15*, 89-99.
- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders : A case-control study. *British Journal of Psychiatry, 170*, 571-577.
- Dimock, P. T. (1988). Adult males sexually abused as children : Characteristics and implications for treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 3*, 203-221.
- Downs, W. R., Miller, B. A., Testa, M., & Panek, D. (1992). Long-term effects of parent-to-child violence for women. *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 365-382.
- Drummond, D. J., Sparr, L. F., & Gordon, G. H. (1989). Hospital violence reduction among high-risk patients. *Journal of the American Medical Association, 261*, 2531-2534.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry, 53*, 497-501.

- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 83-89.
- Fagan, J. A., Stewart, D. K., & Hansen, K. V. (1983). Violent men or violent husbands? Background factors and situational correlates. Dans D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling, & M. A. Straus (Éds), *The dark side of families : Current family violence research* (pp. 49-68). Beverly Hills, CA: Sage.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axes I disorders: Clinical Version*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Fréchette, M., & Leblanc, M. (1987). *Délinquances et délinquants*. Chicoutimi : Gaëtan Morin Éditeur.
- Grossman, L. S., Haywood, T. W., Cavanaugh, J.L., Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatric Services*, 46, 790-795.
- Haapasalo, J., & Kankkonen, M. (1997). Self-reported childhood abuse among sex and violent offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 421-431.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime : Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crimes: Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- Hodgins, S., Côté, G., & Toupin, J. (1998). Major mental disorders and crime : An etiologic hypothesis. Dans D. Cooke, A. Forth, & R. D. Hare (Éds). *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* (pp. 231-256). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

- Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.
- Hodgins, S., Toupin, J., & Côté, G. (1996). Schizophrenia and antisocial personality disorder: A criminal combination. Dans L. B. Schlesinger (Éds). *Explorations in Criminal Psychopathology : Clinical Syndromes with Forensic Implications* (pp. 217-237). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Hotaling, G. T., & Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1, 101-124.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 151, 670-674.
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.
- Millaud, F. (1998). *Le passage à l'acte : points de repères psychodynamiques*. Dans F. Millaud (Éd.), *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques* (pp. 15-24). Paris : Masson.
- Modestin, J., & Ammann, R. (1995). Mental disorder and criminal behaviour. *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., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford: University Press.
- Myers, M. F. (1989). Men sexually assaulted as adults and sexually abused as boys. *Archives of Sexual Behaviour*, 18, 203-215.
- Peters, S. D. (1988). Child sexual abuse and later psychological problems. Dans G. E. Wyatt & G. J. Powell (Éds), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 101-117). Newbury Park: Sage.
- Rasmussen, K., & Levander, S. (1996). Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. *International Journal of the Law and Psychiatry*, 19, 27-37.
- Romano, E., & De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse : a review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55-78.
- Sappington, A. A. (2000). Childhood abuse as a possible locus for early intervention into problems of violence and psychopathology. *Aggression and Violent Behaviour*, 5, 255-266.
- Sappington, A. A., Pharr, R., Tunstall, A., & Rickert, E. (1997). Relationships among child abuse, date abuse, and psychological problems. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 1-11.
- Saunders, D. G. (1994). Child custody decisions in families experiencing woman abuse. *Social Work*, 39, 51-59.

- Saunders, D. G. (1995). Prediction of wife assault. Dans J. C. Campbell (Éds), *Assessing dangerousness : violence, sexual offenders, batterers and child abusers* (pp. 68-95). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Shah, P. J., Greenberg, W. M., & Convit, A. (1994). Hospitalized insanity acquittees' level of functioning. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 22, 85-93.
- Shields, N. M., McCall, G. J., & Hanneke, C. R. (1988). Patterns of family and nonfamily violence: Violent husbands and violent men. *Violence and Victims*, 3, 83-97.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340-362.
- Straus, M. A. (1980). Victims and aggressors in marital violence. *American Behavioral Scientist*, 23, 681-704.
- Swanson, J. W., Holzer, C., 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.
- Tengström, A., Hodgins, S., & Kullgren, G. (2001). Men with schizophrenia who behave violently: The usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 205-218.
- Tiihonen, J. (1993). Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Archives of General Psychiatry*, 50, 917-918.
- Tiihonen, J., Hakola, P., Eronen, M., Vartiainen, H., & Rynänen, O.-P. (1996). Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Science International*, 79, 123-129.

Tolman, R. M., & Bennett, L. W. (1990). A review of research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 87-118.

Volavka, J., Mohammad, Y., Vitrai, J., Connolly, M., Stefanovic, M., & Ford, M. (1995). Characteristics of state hospital patients arrested for offenses committed during hospitalization. *Psychiatric Services, 46*, 796-800.

Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence: A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin, 106*, 3-28.

Widom, C. S., & Maxfield, M. G. (1996). A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. *Annals of the New York Academy of Sciences, 794*, 224-237.

Tableau 1

L'abus en bas âge et le trouble de la personnalité antisociale au regard des comportements
agressifs généraux et sévères auto-rapportés

Variables	N	Comportements agressifs auto-rapportés			
		Généraux		Sévères	
		Phi	Sign.	Phi	Sign.
Fréquence de l'abus physique	175	.149	.049	.140	.063
Sévérité de l'abus physique	175	.214	.005	.179	.018
Abusé sexuellement avant 20 ans	153	-.015	.855	.034	.671
Sévérité de l'abus sexuel	169	.054	.784	.024	.951
Témoin de violence parentale	174	.171	.024	.096	.208
Diagnostic trouble de la personnalité antisociale	171	.338	.001	.417	.001

Tableau 2

Régression logistique : orientation des comportements agressifs auto-rapportés généraux au regard des variables sévérité de l'abus physique, sévérité de l'abus sexuel et la présence du trouble de la personnalité antisociale

Variables	Bêta	Erreur-type	Indice de Wald	df	Sign.	Exp(B)
Diagnostic trouble de la personnalité antisociale	1.492	.359	15.798	1	.001	4.164
Sévérité de l'abus physique	.721	.345	4.371	1	.037	2.056
Constante	-.395	.251	2.488	1	.115	.673
Variables hors équation						
	Fréquence de l'abus physique					
	Témoin de violence conjugale					

Tableau 2.1

Régression logistique : orientation des comportements agressifs auto-rapportés sévères au regard des variables sévérité de l'abus physique, sévérité de l'abus sexuel et la présence du trouble de la personnalité antisociale

Variables	Bêta	Erreur-type	Indice de Wald	df	Sign.	Exp(B)
Diagnostic trouble de la personnalité antisociale	1.778	.340	27.304	1	.001	5.917
Constante	-1.085	.236	21.101	1	.001	.338
Variables hors équation						
Sévérité de l'abus physique						
Fréquence de l'abus physique						
Témoin de violence conjugale						

Tableau 3

Élaboration logique : variables de l'abus en bas âge et comportements agressifs auto-rapportés généraux en fonction de l'absence et de la présence du diagnostic de trouble de la personnalité antisociale

Variables	Absence de diagnostic du trouble de la personnalité antisociale (N = 96)		Présence de diagnostic du trouble de la personnalité antisociale (N = 75)	
	Phi	Sign.	Phi	Sign.
Fréquence de l'abus physique	.109	.286	.141	.221
Sévérité de l'abus physique	.179	.080	.147	.202
Témoin de violence conjugale	.025	.804	.212	.066

Tableau 3.1

Élaboration logique : variables de l'abus en bas âge et comportements agressifs auto-rapportés sévères en fonction de l'absence et de la présence du diagnostic de trouble de la personnalité antisociale

Variables	Absence de diagnostic du trouble de la personnalité antisociale (N = 96)		Présence de diagnostic du trouble de la personnalité antisociale (N = 75)	
	Phi	Sign.	Phi	Sign.
Fréquence de l'abus physique	.102	.318	.080	.488
Sévérité de l'abus physique	.221	.030	-.019	.870
Témoin de violence conjugale	-.096	.351	.140	.225