

Individuals with Mental Illnesses in the Criminal Legal System: Complex Issues and Best Practices¹

Gary S. Cuddeback

Virginia Commonwealth University

Tonya Van Deinse

University of North Carolina at Chapel Hill

Ashley D. Givens

University of Missouri—Columbia

Andrea Murray Lichtman

University of North Carolina at Chapel Hill

Mariah Cowell

University of Utah

Elena DiRosa

University of North Carolina at Chapel Hill

Les personnes atteintes de maladies mentales dans le milieu pénal : Problèmes complexes et meilleures pratiques¹

LES PERSONNES EN PROBATION qui souffrent de maladies mentales graves sont confrontées à des défis complexes liés à l'instabilité du logement, les problèmes de consommation, au chômage, aux traumatismes, aux problèmes de santé physique comorbides et aux symptômes de maladies mentales qui rendent leur supervision plus difficile (Garcia & Abukhadra, 2021 ; Givens & Cuddeback, 2021 ; Lurigio et al., 2003). Cela est d'autant plus important que la population sous surveillance communautaire (milieu ouvert) s'élève à près de 4,3 millions de personnes et que des estimations prudentes suggèrent qu'environ 16% des personnes sous surveillance communautaire souffrent d'une maladie mentale (Oudekerk & Kaeble, 2021). Par rapport aux personnes en probation qui ne souffrent pas de maladies mentales, les probationnaires atteints de maladies mentales sollicitent davantage les agents de probation en raison de l'augmentation de leurs besoins criminogènes et non criminogènes, en particulier les limitations fonctionnelles et les problèmes de consommation, qui exigent plus de temps, d'énergie et de ressources de la part des agents de probation (Skeem & Petrila, 2004). Les probationnaires atteints de maladies mentales présentent également de faibles taux d'adhésion aux traitements de santé mentale (Kreyenbuhl et al., 2009 ; MacBeth et al., 2013). En outre, les personnes en probation qui souffrent de maladies mentales ont des taux élevés de violations et de révocations

¹ Ce travail a été financé par Arnold Ventures. Les points de vue et opinions exprimés ici sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de l'agence de financement

de la probation (Eno Louden & Skeem, 2011) et subissent des conséquences plus importantes que celles qui ne souffrent pas de maladies mentales (Eno Louden & Skeem, 2011 ; Prins & Draper, 2009).

À bien des égards, les stratégies de suivi en probation pour les personnes atteintes de maladies mentales ressemblent à celles appliquées aux probationnaires sans maladie mentale (par exemple, il est essentiel d'aider à obtenir un logement sûr et adéquat, des opportunités d'emploi et des soutiens prosociaux) ; cependant, l'obtention d'un logement, d'un emploi et d'un soutien social est souvent plus difficile pour les personnes atteintes de maladies mentales, en particulier pour celles qui sont sous main de justice. Il est donc primordial d'aborder ces questions dans le cadre d'une orientation de supervision axée sur la résolution des problèmes et en tenant compte des défis particuliers auxquels sont confrontées les personnes atteintes de maladies mentales. Dans cet article, nous nous concentrerons sur les défis de la supervision des personnes atteintes de maladies mentales graves qui sont en probation. Plus précisément, nous allons (a) définir les maladies mentales graves et persistantes ; (b) discuter des besoins complexes des personnes atteintes de maladies mentales dans le système de justice pénale ; et (c) décrire les pratiques fondées sur des preuves et d'autres interventions pour les personnes atteintes de maladies mentales dans le système de justice pénale.

Que doit savoir le personnel de probation sur les maladies mentales graves et persistantes?

La maladie mentale sévère et persistante, ou maladie mentale grave, est généralement définie comme la conjonction d'un diagnostic, d'une incapacité et d'une durée (Goldman et al., 1981). Le diagnostic fait généralement référence aux diagnostics les plus profondément invalidants, tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire et/ou la dépression majeure. Ensuite, l'incapacité suggère qu'une personne est si profondément malade qu'elle a du mal à fonctionner dans la communauté sans un traitement et un soutien importants pour les problèmes de santé mentale. Enfin, la durée suggère que le diagnostic invalidant dure depuis plusieurs années ou plus (Goldman et al., 1981). Il est important de noter que Goldman et al. (1981) ont proposé cette définition en réponse à la nécessité, à l'époque, de fournir des lignes directrices pour définir et compter les personnes atteintes de maladies mentales.

Depuis, d'autres groupes ont proposé des méthodes et des définitions similaires (Parabiaghi et al., 2006 ; Ruggeri et al., 2000 ; Schinnar et al., 1990), bien que ces définitions n'aient pas été formellement appliquées aux populations de personnes atteintes de maladies mentales impliquées dans la justice, et que des estimations fiables du nombre de personnes en probation atteintes de maladies mentales sévères et persistantes restent difficiles à obtenir. En outre, bien qu'il existe d'autres diagnostics de santé mentale, tels que la dysthymie, les troubles anxieux ou le stress post-traumatique, la maladie mentale sévère et persistante - souvent abrégée en SPMI (severe and persistent mental illness) ou SMI (severe mental illness) - est utilisée pour décrire les personnes souffrant de maladies mentales invalidantes. Étant donné que les agents de probation rencontrent régulièrement des délinquants souffrant de dépression, de troubles bipolaires et de schizophrénie, nous allons prendre le temps de décrire chacun de ces diagnostics.

Dépression majeure. Se sentir déprimé, triste ou découragé est une expérience humaine très courante, et de nombreuses personnes qui ont des épisodes de dépression ou de déprime peuvent réagir à une perte ou à un événement stressant. De nombreuses personnes se remettent de ces épisodes sans aide professionnelle ; cependant, lorsqu'une personne présente une humeur dépressive et d'autres symptômes qui interfèrent avec son fonctionnement, on parle de dépression majeure, qui peut être légère, modérée ou grave selon le nombre de symptômes que présente une personne, la gravité de ses symptômes et le degré auquel les symptômes interfèrent avec son fonctionnement (American Psychiatric Association, 2013). La plupart des personnes peuvent se remettre complètement d'une dépression majeure.

Pour qu'une personne soit diagnostiquée comme souffrant de dépression majeure, elle doit présenter au moins cinq des symptômes suivants pendant au moins deux semaines : (1) troubles du sommeil ; (2) troubles de l'appétit ; (3) baisse d'énergie ; (4) diminution de l'intérêt pour les activités ; (5) baisse de la concentration ; (6) culpabilité accrue ou sentiment d'inutilité ; (7) pensées suicidaires ; (8) humeur dépressive ; ou (9) ralentissement des processus de pensée et de l'activité physique (American Psychiatric Association, 2013). Certaines personnes souffriront d'une dépression majeure très invalidante qui interfère fortement avec leur capacité à fonctionner. Souvent, les personnes souffrant de dépression récurrente et invalidante n'ont pas répondu aux traitements disponibles pour la dépression et, dans certains cas, les personnes souffrant de dépression sévère et récurrente peuvent présenter des symptômes psychotiques qui contribuent aux effets invalidants de la maladie (American Psychiatric Association, 2013). Le trouble bipolaire.

Le trouble bipolaire, autrefois appelé maniaco-dépression, se caractérise par un cycle entre les deux "pôles" de la perturbation de l'humeur : la manie et la dépression majeure (American Psychiatric Association, 2013). Le handicap résultant de ce trouble s'étend sur un continuum, en fonction de la fréquence des cycles, c'est-à-dire des hauts et des bas, et de la gravité des symptômes au cours de ces cycles. Les personnes atteintes de troubles bipolaires peuvent également souffrir de psychose (hallucinations auditives ou visuelles et/ou délires), que ce soit en phase maniaque ou dépressive.

Au cours d'un épisode maniaque, l'humeur d'une personne peut être décrite comme excessivement heureuse ou extatique ou extrêmement irritable, et la personne est extrêmement active et énergique pendant au moins une semaine (American Psychiatric Association, 2013). Pendant cette semaine d'humeur élevée et d'activité et d'énergie accrues, l'individu doit également présenter au moins trois des symptômes suivants : (1) un sentiment exagéré d'eux-mêmes, appelé grandiosité ; (2) une diminution du besoin de sommeil ; (3) un discours extrêmement bavard ou très rapide ; (4) des pensées qui s'emballent et qui peuvent sauter d'un sujet à l'autre ; (5) la distractibilité ; et (6) une implication excessive dans des activités risquées et agréables qui auront probablement des conséquences douloureuses (American Psychiatric Association, 2013). En outre, pour être considérée comme un épisode maniaque, la perturbation de l'humeur doit être suffisamment grave pour causer des problèmes dans les relations sociales ou les performances professionnelles, ou être suffisamment grave pour que l'individu soit hospitalisé.

Schizophrénie. La schizophrénie est un trouble psychotique généralement considéré comme la plus invalidante de toutes les maladies mentales. La schizophrénie se manifeste généralement entre 18 et 25 ans et touche environ 1 % de la population (American Psychiatric Association, 2013). Les symptômes doivent être suffisamment graves pour entraver la capacité d'une personne à travailler, à avoir des relations interpersonnelles ou à prendre soin d'elle-même, et doivent être présents pendant au moins six mois avant qu'un professionnel de la santé mentale puisse poser un diagnostic (American Psychiatric Association, 2013).

Pour être diagnostiqué schizophrène, un individu doit présenter au moins un des symptômes suivants : (a) délire - croyances ou impressions fermement maintenues par un individu bien que contredites par ce qui est généralement accepté comme réaliste ou rationnel ; (b) hallucinations - distorsions perceptives pouvant être perçues par l'un des cinq sens : vision, ouïe, goût, toucher et odorat ou par des arguments rationnels ; (c) discours désorganisé ; et/ou (d) comportement désorganisé.

D'autres symptômes ne sont pas nécessaires pour poser le diagnostic, mais sont souvent présents et contribuent aux effets invalidants de la schizophrénie : (a) un manque d'expression émotionnelle ou un affect plat ; (b) un discours très minimal ou qui communique très peu à une autre personne - ce qui

est également connu sous le nom de "pauvreté du discours" ou "pauvreté du contenu" ; et (c) un manque de motivation ou d'enthousiasme (Blanchard & Cohen, 2006). Ces symptômes interfèrent fortement avec le fonctionnement, peuvent passer pour de la paresse aux yeux des autres et sont souvent aggravés par de nombreux médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie. En effet, de nombreux symptômes associés à la schizophrénie ou aux troubles schizo-affectifs, tels que le manque de motivation, l'absence d'affect, la paranoïa, les hallucinations auditives et visuelles et/ou les délires, peuvent rendre difficile l'engagement du probationnaire avec l'agent de probation et/ou avec les autres.

Que doit savoir le personnel de probation sur les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes dans le milieu pénal ?

Les personnes souffrant de maladies mentales graves risquent davantage d'avoir ou de développer des troubles liés à l'utilisation de substances et des problèmes chroniques de santé physique. En outre, les personnes atteintes de maladies mentales graves risquent davantage de subir des traumatismes et de développer un syndrome de stress post-traumatique, ce qui peut avoir une incidence sur la capacité du personnel de probation à superviser ces personnes.

Consommation de substances. Les personnes impliquées dans la justice et souffrant de maladies mentales graves ont des besoins complexes en matière de santé et de comportement, y compris des taux élevés de consommation de substances et de traumatismes. On estime qu'entre 40 % et 60 % des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes dans la population générale font un usage abusif de substances (Hartz et al., 2014), et ces taux sont encore plus élevés chez les personnes impliquées dans la justice (Peters et al., 2015). Malheureusement, l'usage concomitant de substances devrait être considéré comme la norme pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et non comme une exception.

Il est important de reconnaître que les personnes atteintes de maladies mentales graves consomment des substances pour un grand nombre des mêmes raisons que la population générale, notamment (a) pour se défoncer, (b) pour réduire l'anxiété sociale, (c) pour échapper à la réalité et (d) pour réduire la tension et l'ennui. Cependant, il existe également des raisons uniques pour lesquelles les personnes atteintes de maladies mentales graves consomment des substances, comme la tentative de faire face aux symptômes troublants d'une maladie mentale (Pettersen et al., 2013). En outre, comme pour la population générale des délinquants, la consommation de substances peut accroître l'impulsivité et le comportement criminel des personnes atteintes de maladies mentales graves, créer des conflits avec les membres de la famille, interférer avec l'emploi et diminuer la motivation (Sheidow et al., 2012).

Traumatisme. Le traumatisme est défini comme une exposition à une expérience extraordinaire qui présente une menace physique ou psychologique pour soi-même ou pour les autres et qui génère une réaction d'impuissance et de peur (American Psychiatric Association, 2013). Typiquement, une expérience traumatisante est une expérience qui dépasse les stratégies d'adaptation et les défenses psychologiques d'un individu, qui peut s'être produite dans un passé lointain ou récent, en une seule fois ou sur une période prolongée, et qui provoque des pensées intrusives de l'événement (Ellison & Munro, 2016). Les événements traumatiques varient et peuvent inclure (a) des abus physiques, émotionnels et/ou sexuels dans l'enfance ou à l'âge adulte ; (b) l'exposition à la violence communautaire et/ou à la violence familiale/domestique ; (c) l'implication dans des événements horribles impliquant la violence ou la mort ou le fait d'en être témoin ; (d) l'implication dans des accidents ou des catastrophes naturelles ; (e) des expériences avec des maladies médicales graves ; et/ou (f) des conditions de guerre, de combat ou de troubles civils (Gray et al., 2004).

En outre, les personnes souffrant de maladies mentales graves, en particulier de troubles de l'humeur tels que la dépression et les troubles bipolaires, courent un risque élevé de subir des événements traumatisants, en particulier des agressions physiques et sexuelles, qui peuvent conduire à un PTSD (Post traumatic Syndrom Disorder) pouvant être diagnostiqué (Grattan et al., 2019 ; Grubaugh et al., 2011 ; Mueser et al., 2004 ; Neria et al., 2002). Par rapport à la population générale, les taux de PTSD sont considérablement plus élevés chez les personnes impliquées dans la justice et souffrant de maladies mentales (Baranyi et al., 2018). Des antécédents de traumatismes importants peuvent être associés à des comportements d'adaptation négatifs, à la consommation de substances, à la dissociation, à la défiance, à la colère, à l'agression, à une mauvaise mémoire, à une capacité limitée à s'occuper de ses besoins personnels, à une perte d'intérêt pour les activités normales, à l'automutilation ou à des idées suicidaires, à une culpabilité et/ou une honte écrasante, à une hypervigilance à l'égard de l'environnement, à des humeurs négatives et à l'évitement des éléments déclencheurs liés au traumatisme (Briere et al, 2016 ; Grattan et al., 2019), dont beaucoup peuvent intensifier l'implication de la justice pénale (Donley et al., 2012 ; Fox et al., 2015 ; Goff et al., 2007). Il a été démontré que le PTSD non traité augmente l'émoussement émotionnel, les comportements impulsifs, la consommation de substances comme mécanisme d'adaptation, la violence et les déficiences cognitives, autant de facteurs qui peuvent accroître la présence de comportements criminalisés (Bloom, 1999 ; Bonta et Andrews, 2007 ; Howard et coll., 2017).

Problèmes de santé physique. Pour exacerber la complexité des besoins des personnes impliquées dans la justice et souffrant de maladies mentales graves, ces personnes sont plus à risque d'avoir ou de développer des problèmes de santé physique chroniques également. Par exemple, par rapport aux personnes qui ne souffrent pas de maladies mentales graves, les personnes atteintes de maladies mentales graves sont moins susceptibles d'avoir un médecin de premier recours et ont des difficultés à accéder aux services de soins de santé, ce qui entraîne des besoins non satisfaits en matière de soins de santé (Druss et al., 2002 ; Kaufman et al., 2012 ; Parks et al., 2006).

Quels sont les traitements fondés sur des données probantes pour les maladies mentales graves?

Il est clair que les personnes atteintes de maladies mentales graves ont des problèmes complexes et des comorbidités telles que la consommation de substances, les traumatismes et les problèmes de santé physique, qui doivent tous être pris en compte pour améliorer les résultats en général. Il est important de noter que le fait d'être atteint d'une maladie mentale grave est associé à un certain nombre d'autres facteurs, tels qu'un faible niveau d'éducation, le chômage, être sans abri et l'isolement social, qui augmentent le risque de mauvaise santé mentale et de résultats en matière de justice pénale. L'obtention d'un logement, d'un emploi et d'un soutien social est certainement plus difficile pour les personnes atteintes de maladies mentales, en particulier celles qui sont impliquées dans la justice, pour diverses raisons, et il est important que les agents de probation le reconnaissent. Il est donc important que les agents de probation le reconnaissent. Il est donc primordial d'aborder ces questions dans le cadre d'une orientation de supervision axée sur la résolution des problèmes et en tenant compte des difficultés propres aux personnes atteintes de maladies mentales, et de les orienter vers des services de santé mentale et autres. Nous décrivons ci-dessous un certain nombre de services, d'interventions et de stratégies spécifiques aux personnes atteintes de maladies mentales.

Tribunaux de santé mentale (Mental health courts). Les tribunaux de santé mentale se sont largement répandus et il existe des preuves de leur efficacité pour rétablir le lien entre les individus et les services et réduire la récidive (Hiday & Ray, 2010 ; Keator et al., 2012 ; Lowder et al., 2018 ; Ray, 2014). Des études observationnelles suggèrent que les tribunaux de santé mentale améliorent l'accès aux

traitements de proximité (Boothroyd et al., 2003 ; Herinckx et al., 2005 ; Keator et al., 2012 ; Trupin & Richards, 2003), réduisent la récidive (Christy et al., 2003 ; Cosden et al., 2003 ; Han & Redlich, 2016 ; Herinckx et al., 2005 ; Lowder et al., 2016 ; Lowder et al., 2018 ; McNiel & Binder, 2007 ; Moore & Hiday, 2006 ; Redlich et al., 2010), et peut réduire la consommation de substances lorsqu'il est associé à des pratiques fondées sur des données probantes telles que le traitement communautaire assertif (Cosden et al., 2003).

Traitement intégré des troubles mixtes. Le traitement intégré des troubles mixtes (Integrated dual disorder treatment - IDDT) associe le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances et des maladies mentales. Les approches traditionnelles cloisonnent souvent les traitements ; cependant, le IDDT incorpore des stratégies fondées sur des données probantes dans un modèle conçu pour traiter simultanément les troubles cooccurrents (Kikkert et al., 2018 ; Kola & Kruszynski, 2010). La recherche suggère que l'IDDT contribue à réduire la consommation de substances, bien que les preuves ne soient pas concluantes en ce qui concerne la réduction des symptômes psychiatriques (Kikkert et al., 2018). L'incohérence de l'efficacité peut être attribuée à la fidélité du modèle et doit faire l'objet de recherches supplémentaires (Harrison et al., 2017 ; Kikkert et al., 2018). Cependant, l'IDDT utilisé en conjonction avec d'autres traitements tels que le traitement communautaire assertif s'est avéré prometteur pour la diminution des actes criminels et des condamnations (Staring et al., 2012).

Traitement communautaire assertif (Assertive community treatment-ACT) et traitement communautaire assertif médico-légal (forensic assertive community treatment-FACT). Il existe une variété de services pour les personnes atteintes de maladies mentales graves, dont les plus intensifs comprennent le traitement communautaire assertif (McKenna et al., 2018) et le traitement communautaire assertif médico-légal (Cuddeback et al., 2020 ; Lamberti & Weisman, 2021). L'ACT est l'une des interventions les plus étudiées pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et implique une équipe communautaire composée d'un psychiatre, d'une infirmière, d'un chef d'équipe, de travailleurs sociaux, d'un spécialiste en addictologie, d'un spécialiste du logement, d'un spécialiste de l'emploi et de pairs aidants qui fournissent une variété de services pour que les personnes restent engagées dans le traitement et bénéficient d'un logement stable (Bond et al., 2001).

Le programme FACT, l'une des adaptations les plus récentes de l'ACT, est conçu pour réduire la récidive chez les personnes impliquées dans la justice et souffrant de maladies mentales graves et persistantes. En règle générale, les équipes FACT adhèrent étroitement aux caractéristiques structurelles et opérationnelles de l'ACT avec quelques modifications, notamment une collaboration étroite avec le personnel de probation qui peut être membre de l'équipe et des références provenant exclusivement du système de justice pénale (Cuddeback et al., 2020). Il existe des preuves que le FACT peut réduire la récidive (Cosden et al., 2003 ; Cusack et al., 2010) et que l'ajout d'interventions cognitivo-comportementales conçues pour traiter la pensée criminelle peut constituer un renforcement efficace du modèle (Lamberti & Weisman, 2021).

Logement et sans-abrisme. Les personnes sans domicile souffrant de maladies mentales graves courent un risque plus élevé de passer par le système de justice pénale que leurs homologues logés (Roy et al., 2014). Il est donc essentiel pour une personne d'obtenir un logement stable afin de pouvoir satisfaire aux exigences de la surveillance. Le programme Housing First (Tsemberis, 1999) aborde les besoins complexes des personnes impliquées dans la justice sous cet angle. Le programme cherche d'abord à garantir un logement aux clients avant de tenter de répondre à la myriade d'autres besoins qu'ils peuvent avoir. En outre, les choix de logement sont centrés sur le client, de sorte que les individus disposent d'une certaine autonomie et ont leur mot à dire dans leur logement (Tsemberis & Eisenberg, 2000). L'approche du logement d'abord réduit les contacts avec les soins émergents pour les personnes

atteintes de maladies mentales, diminue les contacts avec le système de justice pénale et améliore le maintien dans le logement (Woodhall-Melnik & Dunn, 2016).

Soutien à l'emploi. Étant donné l'importance de l'emploi comme facteur de protection contre la récidive (Apel & Horney, 2017 ; Bahr et al., 2009 ; Skardhamar & Telle, 2012 ; Tripodi et al., 2009), un taux de chômage de 83 % chez les personnes atteintes de maladies mentales (NAMI, 2014 ; Perkins & Rinaldi, 2002), et la fréquence de l'emploi comme obligation dans la peine de probation, ainsi que l'insécurité financière chez les personnes atteintes de maladies mentales graves (Cuddeback et al., 2017), l'accent mis sur l'emploi est une intervention thérapeutique essentielle. Le « placement et le soutien individuels - emploi assisté » (Individual Placement and Support – Supported Employment - IPS-SE) est une pratique fondée sur des données probantes qui vise à accroître l'emploi chez les adultes atteints de maladies mentales graves grâce à des principes fondamentaux tels que le soutien concurrentiel, la planification des avantages, le développement systématique de l'emploi, l'absence d'exclusion, la recherche rapide d'emploi, le soutien illimité dans le temps, les services intégrés et les préférences des travailleurs (Frederick & VanderWeele, 2019).

L'IPS-SE a démontré son efficacité dans les services de santé mentale (Bond & Drake, 2014) et a donné des résultats prometteurs lorsqu'il a été mis en œuvre avec des personnes ayant des antécédents judiciaires (LePage et al., 2021). Il est important de noter que ces modèles IPS-SE ont été mis en œuvre dans le contexte des services de santé mentale, ce qui peut avoir une portée limitée pour les personnes ayant des démêlés avec la justice pénale, compte tenu des données empiriques indiquant un faible taux d'engagement et d'achèvement du traitement (Sturges et al., 2016).

Soutien par les pairs. Les interventions de soutien par les pairs, qui font appel à des personnes ayant une expérience vécue de maladies mentales graves, ont été largement adoptées en tant qu'ajouts importants à un certain nombre de services de santé mentale, tels que ACT et IPS-SE (Kern et al., 2013 ; Storm et al., 2020 ; Wright-Berryman et al., 2011). Les résultats des interventions de soutien par les pairs comprennent un meilleur engagement en matière de santé mentale (Sledge et al., 2011) et une amélioration des résultats en matière de santé mentale (Bellamy et al., 2017), ainsi qu'une diminution de la consommation de substances (Reif et al., 2014 ; Tracy et al., 2012) et de l'absence de chez-soi (Barker & Maguire, 2017). La mesure dans laquelle les interventions de soutien par les pairs réduisent la récidive chez les personnes atteintes de maladies mentales impliquées dans la justice n'est pas claire; cependant, le soutien par les pairs a le potentiel de réduire l'isolement et d'améliorer les soutiens prosociaux (Puschner et al., 2019).

L'entretien motivationnel. L'EM est une approche fondée sur des données probantes largement mise en œuvre et conçue pour renforcer la motivation à changer chez les personnes qui souffrent de toxicomanie, de maladie mentale ou d'autres problèmes (Miller et Rollnick, 1991 ; Miller et Rollnick, 2012). L'EM a été appliquée à des personnes atteintes de maladies mentales graves et a donné des résultats prometteurs. Par exemple, il est prouvé que les entretiens motivationnels brefs destinés aux personnes atteintes de maladies mentales graves réduisent la consommation de substances (Baker et al., 2002 ; Graeber et al., 2003 ; Humfress et al., 2002 ; Kavanagh et al., 2004 ; Martino et al., 2000 ; Moore et al., 2018 ; Santa Ana et al., 2007) et augmentent l'engagement dans le traitement (Dean et al., 2016 ; Humfress et al., 2002 ; Romano & Peters, 2015 ; Santa Ana et al., 2007).

Traitements cognitivo-comportementaux. Il existe un certain nombre de traitements cognitivo-comportementaux conçus pour lutter contre la pensée antisociale, l'impulsivité et d'autres risques criminogènes. Il est prouvé que ces interventions ont le potentiel de réduire la récidive chez les délinquants qui ne souffrent pas de maladies mentales graves, bien que des efforts soient faits pour adapter ces interventions aux besoins des personnes souffrant de maladies mentales.

Bien qu'elle ne soit pas souvent considérée comme une intervention de résolution de problèmes, le programme *Moral Recondition Therapy* (MRT) vise à la restructuration cognitive des délinquants et se fonde sur la théorie du développement moral de Kohlberg (Wilson et al., 2005). MRT est un manuel qui utilise des stratégies cognitivo-comportementales en groupe pour lutter contre la pensée antisociale. Les résultats d'une étude expérimentale et de plusieurs études quasi-expérimentales suggèrent que MRT peut être efficace pour réduire la récidive chez certaines populations ; toutefois, on ignore en grande partie dans quelle mesure MRT est efficace chez les personnes atteintes de maladies mentales graves (Wilson et al., 2005).

Le programme Reasoning and Rehabilitation (R&R) porte sur la maîtrise de soi, la résolution de problèmes, la prise de recul, les attitudes prosociales, le style cognitif et le raisonnement critique (Wilson et al., 2005). Le programme R&R cible spécifiquement la pensée égocentrique, l'impulsivité et les schémas de pensée inflexibles au cours d'un programme de huit ou douze semaines comprenant 35 séances. Des études expérimentales menées auprès de personnes ne souffrant pas de maladies mentales suggèrent des résultats positifs, mais non statistiquement significatifs, du programme R&R sur la récidive (Wilson et al., 2005). Il existe peu de recherches sur R&R chez les personnes atteintes de maladies mentales graves ; cependant, une petite étude randomisée menée dans un établissement psychiatrique a révélé que les personnes diagnostiquées avec un trouble psychotique qui avaient été assignées à R&R étaient moins susceptibles de commettre des agressions verbales ou d'enfreindre les règles de permission, par rapport à celles qui avaient reçu les soins habituels (Cullen et al., 2012). D'autres recherches sont nécessaires pour examiner l'impact de R&R sur des échantillons communautaires de personnes atteintes de maladies mentales et impliquées dans la justice. Il existe une adaptation de la R&R pour les personnes souffrant de maladies mentales, le programme R&R2 MHP (Reasoning & Rehabilitation 2 Mental Health Program), dans lequel la durée du traitement a été raccourcie et le mentorat par les pairs a été ajouté (Rees-Jones et al., 2012). Des preuves limitées suggèrent que R&R2 MHP peut améliorer les attitudes à l'égard de la violence et les compétences en matière de résolution de problèmes ; cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires (Rees-Jones et al., 2012), et la mesure dans laquelle ce programme est disponible dans les environnements de traitement communautaires ou d'autres lieux n'est pas claire.

Thinking for a Change (T4C), un modèle proposé par le National Institute of Corrections (NIC), est une intervention de groupe qui comprend trois composantes essentielles : l'auto-changement cognitif, les compétences sociales et les aptitudes à la résolution de problèmes (Bush, 2011). À ce jour, il existe des preuves limitées que le T4C chez les personnes sans maladie mentale peut réduire les nouveaux crimes chez les personnes en probation (Golden, 2003 ; Lowenkamp et al., 2009), mais le T4C n'a eu aucun effet sur les résultats chez les personnes en prison (Stem, 2012). D'autres recherches sont nécessaires pour examiner l'efficacité du T4C auprès des personnes atteintes de maladies mentales impliquées dans la justice.

La probation en santé mentale. La probation spécialisée en santé mentale est une approche de supervision à composantes multiples dans laquelle les agents qui reçoivent une formation continue liée à la santé mentale supervisent un effectif désigné d'adultes souffrant de maladies mentales et s'engagent dans un contact renforcé avec les partenaires. Les agents de probation spécialisés en santé mentale ont également une charge de travail réduite et utilisent une orientation de résolution de problèmes pour la supervision (Skeem & Loudon, 2006). Il existe des preuves prometteuses de l'efficacité du SMHP (Specialty mental health probation) pour augmenter l'engagement dans le traitement de la santé mentale et de la toxicomanie et pour améliorer les symptômes de santé mentale (Manchak et al., 2014 ; Van Dejnse, Cuddeback, et al., 2021 ; Wolff et al., 2014). En ce qui concerne les résultats en matière de justice pénale, les résultats sont mitigés, certaines études montrant une

diminution des infractions, des nouvelles arrestations et des jours de prison, tandis que d'autres montrent un plus grand nombre d'infractions ou aucun effet mesurable sur les résultats en matière de justice pénale (Manchak et al., 2014 ; Skeem et al., 2017 ; Van Deirse, Cuddeback, et al., 2021 ; Wolff et al., 2014).

Comment le personnel de probation peut-il soutenir et renforcer les traitements fondés sur des données probantes pour les maladies mentales graves?

Les agents de probation se retrouvent souvent dans des rôles complexes, tels que gestionnaire de cas, avocat, travailleur social, agent de recouvrement, lorsqu'ils travaillent avec des probationnaires (Ruhland, 2020). Bien que les agents de probation qui supervisent des personnes atteintes de maladies mentales graves ne soient pas des prestataires de traitement, il existe des stratégies que le personnel peut mettre en œuvre pour adopter une approche de supervision adaptée aux personnes atteintes de maladies mentales. Les agents de probation qui supervisent des personnes souffrant de problèmes de santé mentale doivent être en mesure de (1) identifier et reconnaître les maladies mentales graves ; (2) orienter vers les services appropriés ; et (3) apporter un soutien continu dans le cadre d'une orientation vers la résolution des problèmes. Tout d'abord, les agents de probation doivent avoir la formation et les connaissances nécessaires pour reconnaître les maladies mentales graves et leurs comorbidités, et être en mesure de comprendre que les maladies mentales et les symptômes peuvent nécessiter un soutien continu (Longmate et al., 2021 ; Manchak et al., 2014 ; Tomar et al., 2017 ; Van Deirse, Crable, et al., 2021). Il est également important de comprendre que ces symptômes coïncident souvent avec une toxicomanie, un traumatisme, un syndrome de stress post-traumatique et des problèmes de santé, qui interfèrent tous avec le respect de la probation (Manchak et al., 2014).

Deuxièmement, les agents de probation doivent avoir une connaissance suffisante de la santé mentale et des services locaux de santé mentale et autres pour pouvoir orienter le délinquant vers les services de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et de logement (Van Deirse, Crable, et al., 2021). Souvent, cela va au-delà de la simple connexion aux services et implique une communication et une collaboration plus poussées avec les équipes de traitement (Van Deirse, Crable, et al., 2021). Troisièmement, le personnel de probation doit aider les probationnaires à continuer à s'engager dans le traitement et d'autres soutiens ; cela peut être mis en œuvre en utilisant la pratique fondée sur des preuves de l'entretien motivationnel (EM), qui est une pratique fondée sur des preuves de longue date associée à l'amélioration des résultats en matière de toxicomanie pour une variété de populations (Clarks, 2007).

Conclusion

Le grand nombre de personnes atteintes de maladies mentales dans le système judiciaire pénal présente des défis complexes et uniques pour le personnel de probation et les autres agents du système judiciaire pénal. Pour superviser cette population, il est important de comprendre la maladie mentale et de reconnaître comment les symptômes de la maladie mentale peuvent rendre difficile le respect des exigences de la probation, ainsi que de mettre ces personnes en contact avec des prises en charges ou programmes fondés sur des preuves et conçus pour traiter l'abus de substances, l'absence de domicile, le chômage et le soutien social.

Termes clés

Maladie mentale grave et persistante : La maladie mentale grave et persistante, ou maladie mentale grave, est généralement définie comme la conjonction d'un diagnostic, d'une incapacité et d'une durée.

Dépression majeure : Pour qu'une personne soit diagnostiquée comme souffrant de dépression majeure, elle doit présenter au moins cinq des symptômes suivants pendant au moins deux semaines : (1) troubles du sommeil ; (2) troubles de l'appétit ; (3) baisse d'énergie ; (4) diminution de l'intérêt pour les activités ; (5) diminution de la concentration ; (6) implication excessive dans des activités risquées et agréables qui auront probablement des conséquences douloureuses.

Schizophrénie : Pour être diagnostiqué schizophrène, un individu doit présenter au moins un des symptômes suivants : (a) délire - croyances ou impressions fermement maintenues par un individu malgré le fait qu'elles soient contredites par ce qui est généralement accepté comme réaliste ou rationnel ; (b) hallucinations - distorsions perceptives qui peuvent être perçues par l'un des cinq sens, la vision, l'ouïe, le goût, le toucher et l'odorat, ou par des arguments rationnels ; (c) discours désorganisé ; et/ou (d) comportement désorganisé.

Entretien motivationnel : L'entretien motivationnel est une approche fondée sur des données probantes, conçue pour renforcer la motivation à changer chez les personnes souffrant de toxicomanie, de maladie mentale ou d'autres problèmes.

Traitement intégré des troubles mixtes (Integrated dual disorder treatment-IDDT) : L'IDDT combine le traitement des troubles liés à la consommation de substances psychoactives et des maladies mentales.

Tribunaux de santé mentale (Mental health courts): Les tribunaux de la santé mentale sont des tribunaux de traitement spécialisés conçus pour mettre les personnes souffrant de maladies mentales en contact avec des traitements communautaires et d'autres ressources.

Traitement communautaire affirmatif (ACT) : L'ACT est une équipe communautaire composée d'un psychiatre, d'un infirmier, d'un chef d'équipe, de travailleurs sociaux, d'un spécialiste de la toxicomanie, d'un spécialiste du logement, d'un spécialiste de l'emploi et de travailleurs de soutien par les pairs qui fournissent une variété de services pour que les personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes restent engagées dans le traitement et aient un logement stable.

Traitement communautaire assertif en médecine légale (FACT) : Le FACT est conçu pour réduire la récidive chez les personnes impliquées dans la justice et souffrant de maladies mentales graves et persistantes. Généralement, les équipes FACT adhèrent étroitement aux caractéristiques structurelles et opérationnelles de l'ACT avec quelques modifications, notamment une collaboration étroite avec les agents de probation qui peuvent être les membres de l'équipe et qui sont orientés exclusivement par le système de justice pénale.

Soutien au placement individuel - emploi assisté (Individual Placement Support/Supported Employment - IPS-SE) : L'IPS-SE est une pratique fondée sur des données probantes conçue pour accroître l'emploi chez les adultes souffrant de maladies mentales graves grâce à des principes fondamentaux tels que le soutien concurrentiel, la planification des avantages, le développement systématique de l'emploi, l'absence d'exclusion, la recherche rapide d'emploi, le soutien illimité dans le temps, les services intégrés et les préférences du travailleur.

Probation spécialisée en santé mentale (Specialty Mental Health Probation- SMHP) : Le SMHP est une approche de supervision à composantes multiples caractérisée par : (1) une charge de travail réduite ; (2) une charge de travail exclusivement consacrée aux malades mentaux ; (3) une orientation de la supervision vers la résolution des problèmes ; (4) une formation continue des agents ; et (5) une plus grande connexion avec les services communautaires.

Points à retenir

1. Les personnes atteintes de maladies mentales graves dans le système judiciaire pénal présentent des défis complexes et uniques pour le personnel de probation, et sont souvent confrontées à l'instabilité du logement, à la toxicomanie, au chômage, à des traumatismes, à des problèmes de santé physique comorbides et à des symptômes de maladies mentales.
2. Il est important que les agents de probation reconnaissent que les symptômes de la maladie mentale peuvent rendre difficile le respect des conditions de probation et qu'ils orientent les clients vers les services appropriés.
3. Les agents de probation peuvent apporter un soutien continu aux clients atteints de maladies mentales graves en utilisant l'entretien motivationnel pour les encourager à continuer à suivre un traitement et à bénéficier d'autres soutiens.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Apel, R., & Horney, J. (2017). How and why does work matter? Employment conditions, routine activities, and crime among adult male offenders. *Criminology*, 55(2), 307-343.
- Bahr, S. J., Harris, L., Fisher, J. K., & Harker Armstrong, A. (2009). Successful reentry: What differentiates successful and unsuccessful parolees? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 667-692.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., & Terry, M. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 233-240.
- Baranyi, G., Cassidy, M., Fazel, S., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2018). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in prisoners. *Epidemiologic reviews*, 40(1), 134-145.
- Barker, S. L., & Maguire, N. (2017). Experts by experience: Peer support and its use with the homeless. *Community Mental Health Journal*, 53(5), 598-612.
- Bellamy, C., Schmutte, T., & Davidson, L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion*, 21.
- Blanchard, J. J., & Cohen, A. S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: Implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238-245.
- Bloom, S. L. (1999). The complex web of causation: Motor vehicle accidents, co-morbidity and PTSD. In *The international handbook of road traffic accidents & psychological trauma: Current understanding, treatment and law*. (pp. 155-184). Elsevier Science.
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1), 69-73.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141-159.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6(1), 1-22.
- Boothroyd, R. A., Poythress, N. G., McGaha, A., & Petrila, J. (2003). The Broward mental health court: Process, outcomes, and service utilization. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(1), 55-71.
- Briere, J., Agee, E., & Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychol Trauma*, 8(4), 439-446.
- Bush, J., Glick, B., Taymans, J. & Guevara. (2011). Thinking for a Change: Integrated cognitive behavior change program (025057).

- Christy, A., Boothroyd, R. A., Petrila, J., & Poythress, N. (2003). The reported prevalence of mandated community treatment in two Florida samples []. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(4), 493-502.
- Clarks, M. (2007). Motivational interviewing for probation staff: Increasing the readiness to change. In *Social Work in Juvenile and Criminal Justice Settings*, (3rd edition) (pp. pp. 327-337). Roberts, A.R. & Springer, D.W. (Eds.).
- Cosden, M., Ellens, J. K., Schnell, J. L., YaminiDiouf, Y., & Wolfe, M. M. (2003). Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behav Sci Law*, 21(4), 415-427.
- Cuddeback, G., Simpson, J., & Wu, J. (2020). A comprehensive literature review of Forensic Assertive Community Treatment (FACT): Directions for practice, policy and research. *International Journal of Mental Health*, 49(2), 106-127.
- Cuddeback, G., Wilson, A., Despard, M., Tomar, N., & Chowa, G. (2017). Financial insecurity and risk experiences of justice involved persons with severe mental illness. *Social Work in Mental Health*, 15(6), 615-631.
- Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K., & Fahy, T. (2012). A multisite randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: Violence and antisocial behavior outcomes. *J Consult Clin Psychol*, 80(6), 1114-1120.
- Cusack, K. J., Morrissey, J. P., Cuddeback, G., Prins, A., & Williams, D. M. (2010). Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of Forensic Assertive Community Treatment: A randomized trial. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 356-363.
- Dean, S., Britt, E., Bell, E., Stanley, J., & Collings, S. (2016). Motivational interviewing to enhance adolescent mental health treatment engagement: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 46(9), 1961-1969.
- Donley, S., Habib, L., Jovanovic, T., Kamkwala, A., Evces, M., Egan, G., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2012). Civilian PTSD symptoms and risk for involvement in the criminal justice system. *J Am Acad Psychiatry Law*, 40(4), 522-529.
- Druss, B. G., Rosenheck, R. A., Desai, M. M., & Perlin, J. B. (2002). Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Med Care*, 40(2), 129-136.
- Ellison, L., & Munro, V. E. (2016). Taking trauma seriously: Critical reflections on the criminal justice process. *The International Journal of Evidence & Proof*, 21(3), 183-208.
- Eno Louden, J., & Skeem, J. (2011). Parolees with mental disorder: Toward evidencebased practice. *Bulletin of the Center for Evidence-Based Corrections*, 7, 1-9.
- Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T., & Epps, N. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163-173.
- Frederick, D. E., & VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLOS ONE*, 14(2), e0212208.
- Garcia, R. T., & Abukhadra, N. (2021). Free but locked out: Employment and housing barriers for adults on probation. *Minnesota Undergraduate Research & Academic Journal*, 4(8).
- Givens, A., & Cuddeback, G. (2021). Traumatic experiences among individuals with severe mental illnesses on probation. *Crim Behav Ment Health*, 31(5), 310-320.
- Goff, A., Rose, E., Rose, S., & Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Crim Behav Ment Health*, 17(3), 152-162.
- Golden, L. S. (2003). Evaluation of the efficacy of a cognitive behavioral program for offenders on probation: Thinking for a Change [University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*, 32(1), 21-27.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing Motivational Interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*, 39(3), 189-202.

- Grattan, R. E., Lara, N., Botello, R. M., Tryon, V. L., Maguire, A. M., Carter, C. S., & Niendam, T. A. (2019). A history of trauma is associated with aggression, depression, nonsuicidal self-injury behavior, and suicide ideation in first-episode psychosis. *J Clin Med*, 8(7).
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341.
- Grubaugh, A. L., Zinzow, H. M., Paul, L., Egede, L. E., & Frueh, B. C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clin Psychol Rev*, 31(6), 883-899.
- Han, W., & Redlich, A. D. (2016). The impact of community treatment on recidivism among mental health court participants. *Psychiatric Services*, 67(4), 384-390.
- Harrison, J., Spybrook, J., Curtis, A., & Cousins, L. (2017). Integrated Dual Disorder Treatment: Fidelity and implementation over time. *Social Work Research*, 41(2), 111-120.
- Hartz, S. M., Pato, C. N., Medeiros, H., CavazosRehg, P., Sobell, J. L., Knowles, J. A., Bierut, L. J., Pato, M. T., & Consortium, f. t. G. P. C. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 248-254.
- Herinckx, H. A., Swart, S. C., Ama, S. M., Dolezal, C. D., & King, S. (2005). Rearrest and linkage to mental health services among clients of the Clark County mental health court program. *Psychiatric Services*, 56(7), 853-857.
- Hiday, V. A., & Ray, B. (2010). Arrests two years after exiting a well-established mental health court. *Psychiatric Services*, 61(5), 463-468.
- Howard, R., Karatzias, T., Power, K., & Mahoney, A. (2017). Posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms mediate the relationship between substance misuse and violent offending among female prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 21-25.
- Humfress, H., Igel, V., Lamont, A., Tanner, M., Morgan, J., & Schmidt, U. (2002). The effect of a brief motivational intervention on community psychiatric patients' attitudes to their care, motivation to change, compliance and outcome: A case control study. *Journal of Mental Health*, 11, 155-166.
- Kaufman, E. A., McDonnell, M. G., Cristofalo, M. A., & Ries, R. K. (2012). Exploring barriers to primary care for patients with severe mental illness: Frontline patient and provider accounts. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 172-180.
- Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., Shockley, N., Jenner, L., & Clair, A. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis []. *Drug and Alcohol Review*, 23(2), 151-155.
- Keator, K. J., Callahan, L., Steadman, H. J., & Vesselinov, R. (2012). The impact of treatment on the public safety outcomes of mental health court participants. *American Behavioral Scientist*, 57(2), 231-243.
- Kern, R. S., Zarate, R., Glynn, S. M., Turner, L. R., Smith, K. M., Mitchell, S. S., Becker, D. R., Drake, R. E., Kopelowicz, A., & Tovey, W. (2013). A demonstration project involving peers as providers of evidence-based, supported employment services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 99.
- Kikkert, M., Goudriaan, A., de Waal, M., Peen, J., & Dekker, J. (2018). Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a cooccurring substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 95, 35-42.
- Kola, L. A., & Kruszynski, R. (2010). Adapting the integrated dual-disorder treatment model for addiction services. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(4), 437-450.
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon, L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 696-703.
- Lamberti, J. S., & Weisman, R. L. (2021). Essential elements of forensic assertive community treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(4).
- LePage, J. P., Crawford, A. M., Martin, W. B., Ottomanelli, L., Cipher, D., Rock, A., ParishJohnson, J., & Washington, E. (2021). The association between time incarcerated and employment success: Comparing traditional vocational services with a hybrid supported employment program for veterans. *Psychiatr Rehabil J*, 44(2), 142-147.

- Longmate, C., Lowder, E., Givens, A., Van Deirse, T., Ghezzi, M., Burgin, S., & Cuddeback, G. (2021). Social support among people with mental illnesses on probation. *Psychiatr Rehabil J*, 44(1), 70-76.
- Lowder, E. M., Desmarais, S. L., & Baucom, D. J. (2016). Recidivism following mental health court exit: Between and within-group comparisons. *Law and Human Behavior*, 40(2), 118.
- Lowder, E. M., Rade, C. B., & Desmarais, S. L. (2018). Effectiveness of mental health courts in reducing recidivism: A meta-analysis. *Psychiatr Serv*, 69(1), 15-22.
- Lowenkamp, C. T., Hubbard, D., Makarios, M. D., & Latessa, E. J. (2009). A quasi-experimental evaluation of thinking for a change: A "real-world" application. *Criminal Justice and Behavior*, 36(2), 137-146.
- Lurigio, A. J., Cho, Y. I., Swartz, J. A., Johnson, T. P., Graf, I., & Pickup, L. (2003). Standardized assessment of substance-related, other psychiatric, and comorbid disorders among probationers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(6), 630-652.
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., & Fisher, R. (2013). Service engagement in first episode psychosis: Clinical and premorbid correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5), 359-364.
- Manchak, S., Skeem, J., Kennealy, P., & Eno Louden, J. (2014). High-fidelity specialty mental health probation improves officer practices, treatment access, and rule compliance. *Law and Human Behavior*, 38.
- Martino, S., Carroll, K. M., O'Malley, S. S., & Rounsaville, B. J. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Am J Addict*, 9(1), 88-91.
- McKenna, B., Skipworth, J., Tapsell, R., Pillai, K., Madell, D., Simpson, A., Cavney, J., & Rouse, P. (2018). Impact of an assertive community treatment model of care on the treatment of prisoners with a serious mental illness. *Australas Psychiatry*, 26(3), 285-289.
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2007). Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1395-1403.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1991). Using assessment results. *Motivational interviewing*, 89-99. Miller, W., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Moore, M., Flamez, B., & Szirony, G. M. (2018). Motivational interviewing and dual diagnosis clients: Enhancing self-efficacy and treatment completion. *Journal of Substance Use*, 23(3), 247-253.
- Moore, M. E., & Hiday, V. A. (2006). Mental health court outcomes: A comparison of re-arrest and re-arrest severity between mental health court and traditional court participants. *Law and Human Behavior*, 30(6), 659-674.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., Swartz, M. S., & Butterfield, M. I. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophr Bull*, 30(1), 45-57. NAMI. (2014). *Mental illness: NAMI report deplors 80 percent unemployment rate; state rates and ranks listed—model legislation proposed*. NAMI. .
- Neria, Y., Bromet, E., Sievers, S., Lavelle, J., & Fochtmann, L. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 246-251.
- Oudekerk, B., & Kaeble, D. (2021). *Probation and parole in the United States, 2019 (NCJ 256092)*. Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: A useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 457-463.
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P., & Foti, M. E. (2006). *Morbidity and mortality in people with serious mental illness (Technical Report: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMPHD) Medical Directors Council, Issue*.
- Perkins, R., & Rinaldi, M. (2002). Unemployment rates among patients with long-term mental health problems: A decade of rising unemployment. *Psychiatric Bulletin*, 26(8), 295-298.
- Peters, R. H., Wexler, H. K., & Lurigio, A. J. (2015). Co-occurring substance use and mental disorders in the criminal justice system: a new frontier of clinical practice and research. *Psychiatr Rehabil J*, 38(1), 1-6.
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., & Landheim, A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), 21968.

- Prins, S., & Draper, L. (2009). Improving outcomes for people with mental illnesses under community corrections supervision: A guide to research-informed policy and practice.
- Puschner, B., Repper, J., Mahlke, C., Nixdorf, R., Basangwa, D., Nakku, J., Ryan, G., Baillie, D., Shamba, D., & Ramesh, M. (2019). Using peer support in developing empowering mental health services (UPSIDES): Background, rationale and methodology. *Annals of global health, 85*(1).
- Ray, B. (2014). Long-term recidivism of mental health court defendants. *International Journal of Law and Psychiatry, 37*(5), 448-454.
- Redlich, A. D., Steadman, H. J., Callahan, L., Robbins, P. C., Vessilinov, R., & Özdoğru, A. A. (2010). The use of mental health court appearances in supervision. *International Journal of Law and Psychiatry, 33*(4), 272-277.
- Rees-Jones, A., Gudjonsson, G., & Young, S. (2012). A multi-site controlled trial of a cognitive skills program for mentally disordered offenders. *BMC psychiatry, 12*(1), 1-11.
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Salim, O., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(7), 853-861.
- Romano, M., & Peters, L. (2015). Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38*, 1-12.
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A., & Ayllon, A. R. (2014). Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: A systematic review. *Psychiatr Serv, 65*(6), 739-750.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry, 177*(2), 149-155.
- Ruhland, E. L. (2020). Social worker, law enforcer, and now bill collector: Probation officers' collection of supervision fees. *Journal of Offender Rehabilitation, 59*(1), 44-63.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 816-822.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American Journal of Psychiatry, 147*(12), 1602-1608.
- Sheidow, A. J., McCart, M., Zajac, K., & Davis, M. (2012). Prevalence and impact of substance use among emerging adults with serious mental health conditions. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(3), 235-243.
- Skardhamar, T., & Telle, K. (2012). Post-release employment and recidivism in Norway. *Journal of Quantitative Criminology, 28*(4), 629-649.
- Skeem, J. L., & Louden, J. E. (2006). Toward evidence-based practice for probationers and parolees mandated to mental health treatment. *Psychiatric Services, 57*(3), 333- 342.
- Skeem, J. L., Manchak, S., & Montoya, L. (2017). Comparing public safety outcomes for traditional probation vs specialty mental health probation. *JAMA Psychiatry, 74*(9), 942-948.
- Skeem, J. L., & Petrila, J. (2004). Problemsolving supervision: Specialty probation for individuals with mental illness. *Court Review, 40*(4), 8.
- Sledge, W. H., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M. J., & Davidson, L. (2011). Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatric Services, 62*(5), 541-544.
- Staring, A. B. P., Blaauw, E., & Mulder, C. L. (2012). Improving outcomes for people with mental illnesses under community corrections supervision: A guide to researchinformed policy and practice. *Community Mental Health Journal, 48*(2), 150-152.
- Stem, P. (2012). An evaluation of a cognitive behavioral group program for offenders in a medium security prison setting: Thinking for a Change. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Storm, M., Fortuna, K. L., Brooks, J. M., & Bartels, S. J. (2020). Peer support in coordination of physical health and mental health services for people with lived experience of a serious mental illness. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 365.
- Sturgess, D., Woodhams, J., & Tonkin, M. (2016). Treatment engagement from the perspective of the offender: Reasons for noncompletion and completion of treatment—a systematic review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60*(16), 1873-1896.

- Tomar, N., Ghezzi, M., Brinkley-Rubinstein, L., Wilson, A., Van Deirse, T., Burgin, S., & Cuddeback, G. (2017). Statewide mental health training for probation officers: Improving knowledge and decreasing stigma. *Health & Justice*, 5(1), 11.
- Tracy, K., Burton, M., Miescher, A., Galanter, M., Babuscio, T., Frankforter, T., Nich, C., & Rounsaville, B. (2012). Mentorship for Alcohol Problems (MAP): A peer to peer modular intervention for outpatients. *Alcohol and Alcoholism*, 47(1), 42-47.
- Tripodi, S. J., Kim, J. S., & Bender, K. (2009). Is employment associated with reduced recidivism?: The complex relationship between employment and crime. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 706-720.
- Trupin, E., & Richards, H. (2003). Seattle's mental health courts: Early indicators of effectiveness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(1), 33-53.
- Tsemberis, S. (1999). From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27(2), 225-241. 3.0.CO;2-Y
- Tsemberis, S., & Eisenberg, R. F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*, 51(4), 487-493.
- Van Deirse, T., Crable, E., Dunn, C., Weis, J., & Cuddeback, G. (2021). Probation officers' and supervisors' perspectives on critical resources for implementing specialty mental health probation. *Adm Policy Ment Health*, 48(3), 408-419.
- Van Deirse, T., Cuddeback, G., Wilson, A., Edwards, D., & Lambert, M. (2021). Variation in criminogenic risks by mental health symptom severity: Implications for mental health services and research. *Psychiatr Q*, 92(1), 73-84.
- Wilson, D. B., Bouffard, L. A., & Mackenzie, D. L. (2005). A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32(2), 172-204.
- Wolff, N., Epperson, M., Shi, J., Huening, J., Schumann, B. E., & Sullivan, I. R. (2014). Mental health specialized probation caseloads: Are they effective? *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(5), 464-472.
- Woodhall-Melnik, J. R., & Dunn, J. R. (2016). A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*, 31(3), 287-304.
- Wright-Berryman, J. L., McGuire, A. B., & Salyers, M. P. (2011). A review of consumerprovided services on Assertive Community Treatment and Intensive Case Management Teams: Implications for future research and practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 37-44.