

Le patient agressif en milieu psychiatrique : contretransfert et les problèmes de management

The aggressive patient in a psychiatric environment : conter-transference and management problems

Jacques Talbot

Volume 14, Number 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031528ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031528ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Talbot, J. (1989). Le patient agressif en milieu psychiatrique : contretransfert et les problèmes de management. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 183–190.
<https://doi.org/10.7202/031528ar>

Article abstract

The author draws from his extensive psychiatric experience with violent patients to expose the dynamics of their violent acts, and the effects of these acts on patients and care personnel. Taking analysis as a reference point, he describes patients' defence mechanisms (denial, identification with the aggressor, things leading to the act, cleavage) and the therapists' negative countertransference reactions (delay in intervention, prescription, fear, anger, and powerlessness) and their negative cognitive responses.

Le patient agressif en milieu psychiatrique : le contretransfert et les problèmes de management

Jacques Talbot*

L'auteur puise dans sa longue expérience psychiatrique auprès de patients violents pour nous faire comprendre la dynamique de ces agirs violents, et leurs effets sur les patients et le personnel soignant. S'inspirant du courant analytique, il décrit les mécanismes de défense des patients (le déni, l'identification à l'agresseur, le passage à l'acte, le clivage) et les réactions contre-transférentielles négatives des thérapeutes (le retard à intervenir, la prescription, la peur, la colère et l'impuissance), et leurs réponses cognitives négatives.

La psychanalyse a créé la notion de transfert, basant même sa technique thérapeutique sur le développement à l'intérieur de la cure d'une névrose de transfert.

Le contretransfert, qui témoigne des réactions affectives de l'analyste par rapport à l'analysé, a été relativement boudé par Freud, qui n'y a fait allusion que rapidement en 1910 et en 1914.

Winnicott en 1949, dans son article *Hate in the countertransference*, insiste sur la nécessité «d'utiliser» le contretransfert négatif dans la thérapie.

Kernberg, en 1965, Giovacchini, en 1975, et Searles, en 1979, prônent l'utilisation des réactions contretransférentielles comme outils diagnostiques.

Lion et Pasternak, en 1973, insistent sur la nécessité d'y être attentif par rapport aux patients violents.

Protter et Travin, en 1983, développent la notion de *Countertransference response set* : les jeux de réponse contretransférentielle en situation médico-légale.

Énoncés

Je vous propose cinq énoncés qui serviront de cadre à cet article :

- 1) «Le patient agressif induit, en plus des réactions émotionnelles, des réponses cognitives pathologiques :» c'est la thèse de Travin et Protter (1982), qu'ils ont développée dans leur article «Mad or Bad».

- 2) «Le déni est un mécanisme de défense primitif, à l'oeuvre dans les maladies mentales majeures. On le retrouve aussi chez le soignant, devant le patient agressif» (Lion et Pasternak, 1973).
- 3) «L'identification à l'agresseur, mécanisme de défense utilisé par les patients porteurs de trouble de la personnalité ou par les patients paranoïdes, se retrouve aussi chez le soignant.»
- 4) «Le clivage appartient au borderline et témoigne d'un mode relationnel global et primitif. Le patient porteur d'un trouble de la personnalité réussit bien à le mettre en place dans les milieux thérapeutiques (phénomène de Stanton et Schwartz).»
- 5) «Le passage à l'acte permet au porteur d'un trouble de la personnalité d'échapper au conflit. C'est également un moyen utilisé par le soignant, par le milieu thérapeutique et par la société devant le patient agressif.»

Ces cinq énoncés percutants veulent illustrer que le principal obstacle à l'évaluation, au management et au traitement du patient agressif et dangereux est d'ordre contretransférentiel.

Le danger réel

Le patient porteur d'un trouble de la personnalité, en particulier le borderline, a peu recours, dans sa rage, à la parole. Il joue son conflit, il passe à l'acte, il explose et il agresse. Cela vaut aussi chez le narcissique, dont la vulnérabilité est telle, que

* L'auteur, m.d., est psychiatre à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

toute blessure ne peut être ultimement réparée que par la destruction de l'autre. Le psychotique, dont le transfert est massif, peut inclure le thérapeute dans son délire. Celui-ci deviendra persécuteur et, en retour, persécuté.

Chez ces trois catégories de patients, la menace est encore plus grande si s'ajoutent des facteurs aggravants : une exposition antérieure ou précoce à la violence (ce sont les enfants battus qui agressent) ; un facteur toxique, alcoolique ou pharmacologique : une organicité cérébrale qui favorise les réactions catastrophiques.

Le danger est réel. Parmi les six cas que je connais personnellement, où le thérapeute a été menacé de mort, trois se sont terminés par un suicide. Le caractère dramatique de la solution utilisée par ces trois patients, la mort, témoigne de la qualité et de l'intensité de la charge affective vécue.

Les mécanismes de défense

Le déni

L'anxiété générée par le patient agressif est le plus souvent aménagée par la négation.

Première manifestation de ce déni : les problèmes posés par le patient dangereux sont laissés à l'improvisation. On n'en parle pas dans la formation des résidents et des psychiatres, pas plus dans celle des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmières ou des infirmiers. Pour la plupart des cliniciens, l'apprentissage se fait à coups d'essais et d'erreurs ou à coups de poing reçus...

À l'occasion d'une recherche sur la sous-déclaration des agressions en milieu hospitalier, Lion et Pasternak (1973) ont montré qu'un nombre important de ces agressions n'avaient pas de suite, qu'elles ne faisaient pas l'objet d'un rapport, alors qu'un formulaire était prévu à cet effet. Quatre raisons étaient invoquées par les membres du personnel pour expliquer leurs abstentions.

Premièrement, on ne voulait pas se donner la peine de remplir le formulaire de rapport d'agression.

Deuxièmement, on prétendait que le geste agressif était normal en milieu psychiatrique. L'agression était donc minimisée, perçue artificiellement comme un geste à résonnance administrative. Elle était vidée de sa signification vindicative, destruc-

trice ou transférentielle. Elle était, de ce fait, sinon encouragée, du moins permise par la connivence du milieu et par l'immunité accordée au patient.

La troisième raison invoquée était que l'assaut avait été perçu par le membre du personnel comme mérité et justifié.

Enfin, selon la quatrième raison, un «bon thérapeute» n'est pas menacé, n'est pas agressé. Il sait désamorcer l'agression par la «bonne interprétation». L'agression n'est donc pas assumable face aux pairs : ce serait avouer une faiblesse.

Lion et Pasternak ont montré, dans leur travail de consultants auprès des psychiatres et des thérapeutes menacés, que le déni est le mécanisme le plus utilisé devant l'agression. Ils précisent que des thérapeutes expérimentés comme des néophytes y succombent. Ce déni empêche quelquefois de voir l'évidence. Lion et Pasternak citent le cas du thérapeute menacé à mots couverts par son patient et qui ne comprend pas... Pendant ses vacances, les menaces deviennent plus précises au répondant téléphonique. Cet élément ne sera pas repris par la suite, dans le cours de la thérapie. L'escalade se poursuivra, le patient en arrivant en entrevue à des gestes inquiétants, cherchant à faire sursauter le thérapeute.

Je peux citer, plus près de nous, le cas de ce patient aux intentions ouvertement homicides contre sa thérapeute. Anxieux, paniqué, il se présente chez un médecin. Il veut de l'aide, il avoue son impulsion homicide. Il exhibe même le couteau qu'il traîne sur lui constamment. Sa demande ne sera pas reçue. On lui recommandera de retourner chez lui et d'essayer d'oublier tout ça...

Et pour renchérir, ce troisième patient, homicide déjà à deux reprises, à dix ans de distance, qui en cours d'hospitalisation commet trois tentatives de strangulation contre des patients et contre un membre du personnel. Ces gestes hautement significatifs, compte tenu de son histoire passée, ne furent pourtant pas analysés dans leur dimension homicide, mais ont été plutôt acceptés ainsi que le patient les présentait après coup, comme liés à une querelle de «beurre de peanut» — à une affaire de sexe — à la ponctuelle colère contre un membre du personnel...

Ces exemples montrent, par l'absurde presque, la force du déni.

Ce déni existe aussi, plus subtil et moins évident, manifesté par une lecture non clinique de certaines situations. J'ai retenu, de ma pratique, des cas qui participent de ce phénomène.

Mentionnons le fait de ne pas évaluer attentivement les comportements agressifs antérieurs chez tous les patients, leurs antécédents légaux le cas échéant, les délits contre la propriété et contre la personne, le contexte dans lequel ces délits sont survenus, et de se contenter à leur sujet d'explications superficielles ; aussi, le fait de ne pas s'informer auprès d'un patient agressif de l'existence d'une arme et de la disponibilité des munitions...

Il y a également le fait de ne pas réévaluer un projet ou un fantasme agressif vis-à-vis d'une victime potentielle, déjà identifiée comme telle... «Le patient va bien, il n'y pense plus, le thérapeute non plus, et il préfère ne plus y penser...» La rechute devrait enclencher la recherche active de la fantasmatique présente antérieurement. Très souvent ces thèmes ne sont pas réévalués. D'autres fois, on invoque pour ne pas le faire, la raison que de telles questions pourraient réactiver un projet vindicatif oublié. En fait, la pathologie, le délire, la menace appartiennent au patient. L'évaluation ne les ferait pas naître. Au contraire, elle pourrait permettre une meilleure évaluation du danger, favoriser l'alliance et avoir un effet thérapeutique.

Le déni se manifeste encore par le fait de ne pas évaluer chez un patient la source d'une angoisse nouvelle dans un contexte relationnel chargé, ou lorsqu'il est question de sortie ou de congé. Il en est aussi lorsqu'un patient refuse un congé ou commet un *acting out* avant celui-ci. De même, le fait de ne pas comprendre ce que fuit le patient à l'extérieur lorsqu'il demande avec insistance une nième hospitalisation, de ne voir que passivité et dépendance dans le refus du patient de quitter l'hôpital, milieu qui peut-être le protège de pulsions inavouables.

Le déni consiste aussi à ne pas investiguer la signification protectrice d'un plan suicidaire chez un patient par ailleurs violent, plan suicidaire qui permettrait peut-être d'échapper à une pulsion agressive ou homicide.

On se refuse également à voir les équivalents agressifs dans la destruction d'un objet symbolique, à voir dans l'automutilation l'envers d'une agressivité sadique qui pourrait être dirigée éventuellement

vers un objet extérieur, à reconnaître dans l'escalade anxieuse, délirante ou agressive la demande indirecte d'intervention et de contrôle que fait le patient.

On ne veut pas percevoir le caractère massif du transfert, ni reconnaître le besoin fusionnel du patient borderline et menaçant derrière une demande de rapprochement affectif ou sexuel.

Le lieu du déni

Il existe chez le soignant, où il peut être alimenté par la peur, une ambivalence ou l'existence de conflit émotionnel. Le déni peut aussi venir de l'administration, de l'hôpital qui n'intervient pas, qui ne sanctionne pas l'agression, qui n'exige pas de remboursement des frais, qui ne porte pas plainte lorsqu'un patient ou un membre du personnel est agressé. (La décision de porter une telle situation devant les tribunaux devrait, bien sûr, être prise en tenant compte de la pathologie en cause, de la signification de l'agir et surtout des aspects contretransférentiels inévitablement présents dans une telle situation).

Le déni peut encore être le fait de la société, des policiers et du juge qui refusent d'enregistrer une plainte et de procéder, parce qu'il s'agit justement d'un malade psychiatrique, qui a commis une agression en milieu extérieur ou en milieu psychiatrique.

Comme consultant en milieu psychiatrique asilaire pour enfants, j'ai pu observer ce déni «institutionnalisé». En effet, les comportements agressifs des patients dans l'enfance et dans la pré-adolescence étaient perçus comme anodins, normaux et une façon d'être, un moyen d'expression. Ils n'étaient que rarement, sinon jamais, sanctionnés.

Plus tard, à cause d'un retard intellectuel, d'une organicité cérébrale diffuse, d'une épilepsie ou des carences affectives vécues, ils étaient tolérés, minimisés, rationalisés, acceptés comme inévitables, faisant partie de la pathologie fixée et chronique du patient. Et ceci, jusqu'à un éclatement plus important ou une série d'*acting out*, alors que le patient devenu grand adolescent ou jeune adulte menaçait réellement le milieu et agressait de façon violente des membres du personnel. L'institution se voyait alors confrontée et dépassée par cette réalité, quotidienne jusqu'alors, mais qui avait été niée.

On doit noter que le déni joue beaucoup moins lorsque l'agressivité est introjectée. On se rappelle

que Freud, dans *Deuil et Mélancolie* a démontré que l'affect en cause dans la dépression majeure est agressif et sadique. La même problématique donc que chez le patient qui nous intéresse, mais dans ce cas elle est introjectée. Devant celui-là, les psychiatres sont beaucoup plus à l'aise. Leur écoute est plus facile, plus active. Là, l'évaluation du risque suicidaire, de l'idée, de la rumination, des fantasmes fait partie de tout examen psychiatrique de routine. Le psychiatre devrait poursuivre, pour le patient agressif, la même écoute, la même recherche active de cet affect que pour le patient déprimé.

L'identification à l'agresseur

Devant le patient agressif, on retrouve aussi d'autres mécanismes de défense. Par exemple, l'identification à l'agresseur qui se manifeste de façons diverses : par la discrétion du soignant devant le patient agressif, explosif ou déviant, à qui on ne reflète pas ses agirs menaçants ni la violence qui émane de ses méta-communications, ou plus crûment, de ses propos ; par le rapprochement et l'écoute amusée du délinquant tatoué et patibulaire, que l'on n'ose pas affronter ; par l'utilisation conivente qu'on fait du patient agressif et inquiétant, pour préparer la cantine ou pour être responsable de l'équipement des loisirs. Il est mieux d'être avec lui que contre lui...

Ce mécanisme de défense peut se manifester chez le patient par un rapprochement avec les membres du personnel les plus costauds. Un patient, par exemple, n'acceptait de venir en entrevue qu'en compagnie d'un membre du personnel particulièrement athlétique, sous le fallacieux prétexte que celui-ci parlait bien l'anglais... Il cherchait, en fait, en dehors de lui, le contrôle qui risquait de lui échapper, contre sa phobie d'impulsion homicide vis-à-vis du médecin.

Le passage à l'acte

L'exagération, la sur-évaluation de la dangerosité d'un patient, à cause de la peur qu'il inspire, peuvent en plus d'interdire une évaluation valable et toute démarche thérapeutique, entraîner des réactions défensives inappropriées, assimilables à des passages à l'acte, à des acting out du milieu thérapeutique : rejet, exclusion, glissement diagnostique, surmédication, injection, mise-au-banc, etc. Ceux-ci

peuvent être vécus par le patient comme autant de provocations agressives, alimentant un cercle vicieux inextricable.

L'escalade risque de continuer et se trouve facilitée par la moindre réaction, même anodine du patient. Les interventions peuvent se faire plus contrôlantes que thérapeutiques, pour devenir ensuite carrément punitives. C'est le jeu des réponses moralistes et punitives, décrit par Travin et Protter.

L'acting out peut aussi être pharmacologique : la médication en PRN, puis l'injection, appuyant un contretransfert négatif le plus souvent rationalisé, ensuite l'isolement et les contentions. Dans de telles situations, joue à plein le phénomène du bouc émissaire. La réaction aggressive devient quasi prescrite. Le patient en arrive à adhérer à cette image à laquelle on ne lui permet plus d'échapper. On peut aussi en arriver à «dépsychiatriser» un patient. Il devient alors un antisocial, un indésirable et, comme le mentionne sans élégance son dossier à l'urgence, il est «non-réadmissible» (phénomène de la glissade diagnostique).

Le clivage

L'effet conjugué du déni, de l'identification à l'agresseur, des réactions de peur, de colère, d'impuissance, de la surévaluation de la dangerosité et les réactions punitives et de rejet vis-à-vis du patient agressif et difficile, déstabilise le milieu, le mine et le fragmente. Pour utiliser le langage psychiatrique, il y a «clivage du milieu thérapeutique». Ce clivage exerce un effet extrêmement pernicieux et annule toute action thérapeutique.

Le patient participe activement à ce phénomène, alors que par ses modes relationnels pathologiques, par un jeu subtil d'alliances et d'affrontements, par ses idéalizations et ses dévalorisations et à la faveur d'identifications projectives, il réalise le phénomène décrit par Stanton et Schwartz. Celui-ci veut que l'équipe en arrive à s'épuiser en conflits stériles autour du patient qui, lui, reste hors d'atteinte thérapeutique, répétant une situation qui se termine par son rejet et son expulsion.

Le clivage peut se réaliser de façon verticale, horizontale ou croisée. Pour échapper à la vraie confrontation, au vrai défi, on peut voir, dans une équipe, les membres du personnel de la base se liguer contre les professionnels, les gens de la clinique affrontant ceux de l'administration, réduisant

le problème à un conflit syndiqués-cadres. Selon la modalité horizontale, il y a l'équipe interne qui joue contre celle de l'externe, le personnel de jour qui critique les attitudes du personnel du soir, les tenants d'une approche dynamique qui se moquent du réflexe pharmacologique d'autres membres du personnel, ceux qui comprennent méprisent ceux qui punissent, ceux qui voient le patient comme dangereux et ceux qui ne sont pas d'accord.

Les aménagements

Le retard à intervenir

Par suite du déni, l'intervention active devant le patient agressif est refusée ou retardée. Le psychiatre est habitué à assister à des situations pathologiques en spectateur, en témoin qui cherche à comprendre. Il peut adopter une attitude peu active devant le patient potentiellement agressif ou lorsque lui-même devient la victime potentielle. Il peut invoquer plusieurs explications, justifications et rationalisations pour sa non intervention ; l'alliance thérapeutique qu'il faut préserver ; la nécessité de l'empathie, de la compréhension et de l'acceptation du patient ; la permission à donner à celui-ci d'exprimer ses émotions ; le fait de l'échec possible de la thérapie si une intervention active était déclenchée. Peut aussi jouer la crainte de la dévalorisation qui viendrait des pairs critiques vis-à-vis de «ce thérapeute incapable d'utiliser la parole, l'interprétation efficace qui pourrait résoudre un problème de transfert».

La raison la plus souvent invoquée pour ne pas intervenir est la crainte de la vengeance : qu'une intervention active crée une cristallisation sur le thérapeute, que le patient se retourne contre lui ou contre sa famille. Cette peur est liée à la projection de l'agressivité du thérapeute.

La prescription

Il peut arriver qu'on fasse jouer au patient ses propres conflits en prescrivant de façon indirecte l'agressivité, par exemple contre un enfant ou contre le conjoint. Le même phénomène joue en situation de conflit syndical à l'hôpital, où la permission est presque donnée à un patient agressif de briser du matériel. Le même phénomène explique que,

dans une équipe perturbée, un patient en arrive à passer aux actes en agressant un des membres du personnel. Cette prescription du passage à l'acte échappe, préfère-t-on croire, au conscient des membres du personnel.

La peur, la colère et l'impuissance

En plus du déni, mécanisme primitif qui permet d'échapper à l'angoisse, et de l'identification à l'agresseur, qui permet «d'être du bon bord», le patient agressif entraîne chez le soignant la peur, la colère et un sentiment d'impuissance. Il s'agit là de mécanismes normaux et efficaces lorsqu'ils sont à un niveau approprié.

Mais en situation thérapeutique, face à un patient psychotique ou porteur d'un trouble de la personnalité majeur, donc qui véhicule une charge affective lourde, ils prennent chez le soignant, qui n'est jamais libre de tout conflit interne, une extension particulière.

Ces émotions mal reconnues peuvent entraîner chez le thérapeute, par projection de sa propre agressivité, la fantaisie qu'il pourrait devenir, lui, sa famille et son entourage, la victime de ce patient. Ou encore que celui-ci ne commette un crime hautement visible, par exemple des meurtres multiples et que lui, le thérapeute, en soit tenu responsable. La première conséquence d'une telle mécanique est la surévaluation du danger que représente le patient.

La peur peut être amplifiée par la loi des séries — par exemple, plusieurs agressions récentes dans un milieu donné —, ainsi que par des souvenirs toxiques. Ainsi, l'agression d'une personne connue, par telle catégorie de patients, à tel endroit de l'hôpital, urgence ou clinique externe. Elle rend alors le travail impossible par rapport à ce type de patients ou dans tel secteur de travail précis.

La colère pourra déboucher sur la banalisation des messages du patient ou sur une fausse lecture de ses demandes ou de ses comportements. Ceux-ci deviennent alors des «manipulations» dont on ne tiendra pas compte. Pour forcer l'écoute, le patient ainsi ignoré peut utiliser le meilleur moyen d'expression qu'il connaisse : l'escalade, la menace, l'agression.

Cette colère ouvre évidemment la porte à l'expression d'un contretransfert fortement négatif : la réponse au premier niveau, la non-réponse,

l'engueulade, la bousculade, le contrôle physique, l'agression pharmacologique, le tout étant assimilable au passage à l'acte du soignant, du milieu.

L'impuissance est illustrée par la fascination (au sens propre), par la sidération du thérapeute témoin d'un acting out : silence et impuissance à agir, à parler, à critiquer, à clarifier. Cette inaction ne fait que confirmer la toute-puissance de la pathologie du patient.

L'impuissance mène à la démoralisation des soignants, surtout si les attentes thérapeutiques vis-à-vis de tel ou tel patient avaient été exagérées. C'est souvent le cas du personnel néophyte, qui n'a pas su réduire et ajuster le niveau de ses exigences par rapport à la thérapie d'un patient difficile, agressif ou violent.

Effets sur le patient

Le déni et la non-intervention du soignant génèrent chez le patient un sentiment de toute-puissance et d'immunité. Ils lui confirment la réalité de sa pathologie, de ses croyances. Ils représentent, en même temps, la négation du caractère thérapeutique du milieu, lequel endosse alors la pathologie. La non-intervention peut conduire à une escalade agressive, d'une part par absence de renforcement négatif et, d'autre part, par une gratification des affects agressifs, de la position de contrôle et de dominance conférée au patient.

Cette escalade agressive vise souvent à forcer l'écoute dans une tentative du patient d'obtenir un contrôle qui lui échappe et qu'on lui refuse.

D'autres patients, dans des circonstances de cet ordre, peuvent recourir à des instances qui, elles, comprennent mieux : la police notamment. Ainsi, ce patient aux prises avec un fantasme coercitif homicide contre son épouse et qui va « tout casser au poste de police » (sic), une semaine à peine après sa sortie de prison. Cela s'était produit après trois tentatives infructueuses de se faire prendre en charge par des milieux psychiatriques. Son statut récent de « judiciarisé », ses passages à l'acte agressif antérieurs, ses difficultés d'expression verbale n'avaient pas permis qu'il soit évalué au mérite et l'avaient fait exclure des milieux psychiatriques. Ou encore, ce patient psychotique effrayé par une hallucination homicide mandataire qui, non content de crever 19 pneus d'autos au couteau sur un terrain de stationnement, menaçait devant témoin le gar-

dien, cherchant de toute évidence l'arrestation qu'il accepta d'ailleurs sans résistance.

Inversement, une confrontation avec la réalité, à l'occasion d'interventions actives, nettes, claires et fermes, interrompt souvent l'acting out, contrôle l'agitation, réduit une partie de la psychose et permet une chute de tension, qui est, de toute évidence, recherchée par le patient. En témoigne le cas suivant. Il s'agit d'un patient psychotique présentant, depuis plusieurs années, un délire sur son milieu familial avec fantasme parricide, dans lequel il avait progressivement intégré son psychiatre. En rechute aiguë, il s'est d'abord présenté à l'hôpital Pasteur où il avait été traité en bas âge pour un épisode infectieux... Ensuite, de façon quérulente, il s'est retrouvé à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, où il avait été hospitalisé pour un premier épisode psychotique... Puis, de plus en plus désorganisé, il s'est présenté au Palais de Justice où, disait-il, il cherchait à rencontrer le juge qui l'avait déjà fait interner... Puis, il s'est rendu au Centre de prévention de Montréal pour voir, disait-il, son dossier... Toujours éconduit, il s'est finalement présenté à l'Institut Philippe-Pinel, hôpital dont il connaissait la vocation et où, avec véhémence, il exigea qu'on lui confirme que son psychiatre avait fait quelque chose d'illégal contre lui ; il déclara ultimement son désir de le tuer... L'escalade, la longue marche de ce patient a été comprise pour ce qu'elle signifiait. Une intervention active et l'hospitalisation en cure fermée ont rapidement fait cesser l'agitation.

Les effets sur le personnel

La non-reconnaissance de la dangerosité d'un patient psychiatrique met les membres du personnel en porte-à-faux devant celui-ci, qui n'est pas sans connaître ses impulsions. Ceux-ci se trouvent en position de victime potentielle, en situation de connivence, de complicité, ce qui peut engendrer un sentiment d'impuissance et de démoralisation. De plus, cette non-reconnaissance bloque toute situation d'évaluation, de même que la thérapie, et conduit ou bien à l'acting out, ou bien à la déstabilisation du milieu.

Les jeux de réponse

Travin et Protter, dans un article sur les jeux de réponse contretransférentiels, ont décrit notamment

le «Mad or Bad response set». À quelle entité rattacherait-on le comportement agressif du patient? À celle du fou (mad) ou à celle du délinquant (bad)?

La «présentation» aggressive ou antisociale d'un patient peut fausser la lecture de ses comportements, de ses symptômes, de ses modes relationnels. Ceux-ci ne seront plus lus qu'à travers la grille déformante de la «manipulation», de la recherche des bénéfices secondaires, de la tentative de prise de contrôle du thérapeute ou du milieu ou de la méchanceté gratuite. Tout cela s'exprime par cet énoncé : «ce n'est qu'un psychopathe, un toxicomane ou un caractériel», ce qui équivaut à une fin de non-recevoir clinique, à une exclusion. Celui-ci est à comprendre comme un acting out du soignant et du milieu.

Cette lecture antisociale d'un comportement, souvent en collusion avec le patient qui refuse sa psychopathologie, permet au thérapeute d'échapper au sentiment d'impuissance, d'échec et d'usure que ne manque pas de générer le patient difficile et agressif. Elle conduit à l'exclusion du patient, ce qui fait l'affaire de tout le monde...

Cette adhésion à l'identité antisociale (bad) du malade psychiatrique se rencontre fréquemment en milieu carcéral, où des psychotiques préfèrent de beaucoup être identifiés à des délinquants plutôt qu'à des malades mentaux. Ils échappent ainsi à une blessure narcissique non assumable. C'est aussi le phénomène qui permet à des psychotiques avérés d'attribuer à posteriori, leurs comportements et leurs croyances délirantes à des situations d'intoxication («j'étais gelé quand j'ai fait ça...»).

Cette lecture biaisée (Bad) peut même se faire avant que le patient ne soit évalué. Elle se fait sur la foi de ce qu'en disent les gens de l'urgence, qui connaissent le patient depuis longtemps comme un indésirable; sur la base d'une apparition ou d'un séjour antérieur à Pinel; à partir de la couleur de sa peau ou de ses tatouages, ou tout simplement à cause de l'existence d'un passé carcéral antérieur (comme si les gens atteints de troubles de la personnalité ou les antisociaux ne pouvaient pas devenir psychotiques, maniaques ou déprimés). Le préjugé «bad» peut jouer dans tous ces cas. Le piège du «mad or bad», si on y tombe, exclut toute évaluation valable, toute alliance et partant, toute possibilité thérapeutique.

Lewis et Unger (1984) ont démontré que le fait pour un patient d'avoir été violent peut influencer

le diagnostic qu'il recevra. Même le diagnostic d'un individu psychotique peut être modifié, de façon inadéquate, par l'existence d'un comportement agressif ou déviant antérieur. Celui-ci pourra recevoir un diagnostic de personnalité antisociale ou de désordre de la conduite, et être traité de façon plus punitive que thérapeutique.

Certains (Lewis et al., 1981) ont montré que ce biais diagnostique peut être encore exagéré pour certains groupes de patients, par exemple les jeunes noirs américains. L'étiquette de toxicomane entraîne aussi cet a priori négatif. Le fait d'avoir été connu à Pinel a souvent le même résultat (la «pinélisation» représente malheureusement dans ces cas une pénalisation).

J'ai pu constater ce que j'appelle «la danse des diagnostics» dans mon travail, où j'ai l'occasion d'évaluer des patients au long passé hospitalier et asilaire, qui aboutissent finalement à l'Institut Pinel. J'ai souvent noté que les premiers diagnostics retenus, dans les dossiers antérieurs consultés, étaient des diagnostics «propres» : anxiété, dépression, schizophrénie paranoïde, psychose aiguë. Au fil des hospitalisations, des rechutes, à l'occasion de comportements agressifs particulièrement, on a succombé à une glissade descriptive : Trouble du comportement associé, toxicomanie, patient caractériel, manipulateur etc. Et finalement, en contradiction avec les tableaux cliniques décrits, le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale tombait ce qui témoignait probablement plus de l'usure du thérapeute et du milieu que de la pathologie du patient.

Conclusion

Selon les postulats développés, le patient agressif génère des réactions contretransférentielles négatives chez le soignant, au sein de l'équipe et dans le milieu traitant tout entier.

Le clinicien doit donc être très attentif à cet aspect lors de la prise en charge d'un tel patient, lors des évaluations et lors du traitement.

Une évaluation rigoureuse permet d'échapper aux pièges de la sous-évaluation et de la surévaluation du danger potentiel.

L'équipe doit être mise à contribution, parce qu'elle peut devenir facilement une arène où jouent les clivages, les angoisses, les sentiments d'impuis-

sance et de peur générés par le patient. La circulation optimale de l'information, au sein de l'équipe, est une condition fondamentale, qui permet la poursuite de la thérapie.

Par rapport au patient agressif, on a suggéré la «dilution du contretransfert». Celle-ci peut se réaliser alors que le patient est vu en couple ou en groupe. L'utilisation d'un consultant extérieur est une ressource essentielle, qui facilite cette dilution ou cette usure du contretransfert.

L'évaluation même du patient agressif, les modalités de prise en charge et de traitement devraient faire l'objet d'un autre texte.

Références

- Krakowski, M., Volavka, J., Brizer, D., 1986, Psychopathology and violence : a review of literature, *Comprehensive Psychiatry*, 27, no. 2, 131-148.
- Lewis, D.O., Lewis, M., Unger, L., 1984, Conduct disorder and its synonyms : diagnoses of dubious validity and usefulness, *American Journal of Psychiatry*, 141, 514-519.
- Lewis, D.O., Shanok, S.S., Cohen, R.J., 1981, Race bias in the diagnosis and disposition of violent adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 137, 1211-1216.
- Lewis G., Appleby, L., 1974, Psychopathic personality : a most elusive category, *Psychological Medicine*, 4, 133-140.
- Lewis, G., Appleby, L., 1988, Personality disorder : The patients psychiatrists dislike, *British Journal of Psychiatry*, 153, 44-49.
- Lion, J.R., Pasternak, S.A., 1973, Countertransference reactions to violent patients, *American Journal of Psychiatry*, 130, no. 2, 207-209.
- Madden, D.J., Lion, J.R., Penna, M.W., 1976, Assault on psychiatrists by patients, *American Journal of Psychiatry*, 248, 443-444.
- Travin, S., Protter, B., 1982, Mad or Bad? Some clinical considerations in the misdiagnosis of schizophrenia as antisocial personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 139, 1335-1338.
- Travin, S., Protter, B., 1983, The significance of countertransference and related issues in a multiservice court clinic, *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, 11, no. 3, 223-230.

SUMMARY

The author draws from his extensive psychiatric experience with violent patients to expose the dynamics of their violent acts, and the effects of these acts on patients and care personnel. Taking analysis as a reference point, he describes patients' defence mechanisms (denial, identification with the aggressor, things leading to the act, cleavage) and the therapists' negative countertransference reactions (delay in intervention, prescription, fear, anger, and powerlessness) and their negative cognitive responses.