

Le thérapeute face au comportement agressif The therapist in the face of aggressive behavior

Antoine Durivage

Volume 10, numéro 1, juin 1985

Parents et enfants

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030271ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030271ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Durivage, A. (1985). Le thérapeute face au comportement agressif. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 81–92. <https://doi.org/10.7202/030271ar>

Résumé de l'article

Tous les thérapeutes oeuvrant en psychiatrie rencontreront un jour ou l'autre un patient agressif. La probabilité d'une telle rencontre est d'ailleurs de plus en plus forte à cause de l'accroissement de la violence en psychiatrie. Constatant cela, l'auteur a donc décidé d'approfondir ce sujet. Il présente dans cet article une revue de la littérature sur ce thème (hypothèses étiologiques, statistiques, etc.) et illustre ces idées par des cas concrets. Il finit en souhaitant qu'une meilleure compréhension de cette problématique aide les soignants à mieux traiter ces patients et à mieux prévenir leurs actes de violence.

Le thérapeute face au comportement agressif

Antoine Durivage*

Tous les thérapeutes oeuvrant en psychiatrie rencontreront un jour ou l'autre un patient agressif. La probabilité d'une telle rencontre est d'ailleurs de plus en plus forte à cause de l'accroissement de la violence en psychiatrie. Constatant cela, l'auteur a donc décidé d'approfondir ce sujet. Il présente dans cet article une revue de la littérature sur ce thème (hypothèses étiologiques, statistiques, etc.) et illustre ces idées par des cas concrets. Il finit en souhaitant qu'une meilleure compréhension de cette problématique aide les soignants à mieux traiter ces patients et à mieux prévenir leurs actes de violence.

Dans le domaine de la psychiatrie, nous sommes constamment confronté au monde des émotions; les nôtres et celles de nos patients. Or, que ce soit dans les troubles de l'humeur, les psychoses aiguës ou chroniques, les troubles de personnalité ou les névroses, l'agressivité est presque toujours présente. L'agressivité se retrouve au centre de la pathologie mentale, tout comme elle fait partie de notre vie de tous les jours. Cependant, étant donné l'ampleur et la complexité d'un sujet comme l'agressivité, nous nous arrêterons surtout à l'étude du comportement agressif que nous tenterons de mieux connaître et de mieux comprendre. Ce travail devrait également nous amener à réfléchir sur la question et à nous faire prendre conscience de l'automatisme de certains de nos gestes thérapeutiques.

Nous élaborerons, dans un premier temps, certaines considérations psychodynamiques. Puis, diverses statistiques démontrant l'importance du phénomène seront présentées, avant de discuter de l'évaluation et de la prévisibilité du comportement agressif. Par la suite, suivra la question de la prise en charge du patient, y compris la composante contre-transférentielle. Finalement le traitement psychothérapeutique et pharmacologique sera abordé.

1. CONSIDÉRATIONS PSYCHODYNAMIQUES

Les auteurs, dans diverses disciplines, s'accordent à dire que les comportements de destructivité,

de cruauté, de tuer pour le plaisir de tuer, sont spécifiques à l'homme. Pourquoi? Une partie de la réponse réside dans le fait que chez l'homme, deux systèmes doivent survivre: un premier, biologique, tout comme chez l'animal, et un deuxième beaucoup plus lourd et complexe, son appareil psychique. Je cite ici Erich Fromm (1976) qui illustre bien cette différence: «doué de conscience de soi et de raison, l'homme est conscient de lui-même comme être séparé de la nature et des autres hommes; il est conscient de son impuissance, de son ignorance; il est conscient de sa propre fin: la mort». (Fromm, 1976). De plus, puisque l'homme demeure très longtemps dépendant de sa mère, la séparation semble en être d'autant plus difficile. Pour continuer avec E. Fromm «même quand le cordon ombilical est coupé, il subsiste en lui (l'homme) un désir ardent de supprimer la séparation, de retourner au sein maternel, de retrouver une position de protection et de sécurité absolue». (Fromm, 1976). Il n'y a, toujours selon Fromm, qu'une seule alternative: persister dans son vif désir de régresser et le payer par la dépendance symbolique à la mère, ou progresser et trouver dans le monde de nouvelles racines, par ses propres efforts, en faisant l'expérience de la fraternité humaine et en se libérant de l'impuissance du passé.

Fromm souligne ainsi de quelle façon l'expérience de la fraternité humaine, c'est-à-dire en termes dynamiques «amasser une quantité suffisante de bons objets internes ou d'objets introjectés positifs», est essentielle pour bien négocier la phase de séparation-individuation de Mahler.

De nombreux auteurs tels Lion (1972) et Satten *et al.* (1960) nous décrivent des points communs

* L'auteur est résident en psychiatrie à l'Université de Montréal. Il remercie le Dr. W. Reid de l'Hôpital du Sacré-Coeur pour son aide à la rédaction de ce texte.

concernant l'enfance des patients présentant un comportement violent et agressif. Reviennent très souvent des histoires d'abandon, de rejet, de violence physique. D'autre part, certains parents, craignant eux-mêmes la séparation, se sentent menacés quand leur enfant commence à se distancier d'eux et réagissent alors par le retrait ou la punition. D'autres parents repoussent les tentatives de rapprochement de l'enfant. Dans la phase de séparation-individuation, l'enfant doit venir vérifier si la mère est toujours là, tangible et présente, afin d'acquiescer assez de confiance et d'objets introjectés positifs pour pouvoir s'en détacher définitivement (Crain, 1979). Il résulte de ce rejet parental un surplus d'objets introjectés négatifs chez l'enfant qui se manifestent par une pauvre estime de soi, de l'auto-dévalorisation, des sentiments d'insécurité et de solitude. Il persiste également une rage infantile inconsciente centrée sur l'abandon, sur le sentiment de ne pas être aimé (Smith, 1965). Cela entraîne de lourdes conséquences sur le développement de l'appareil psychique : les structures du moi seront faibles, et la rage centrée sur l'abandon empêchera l'enfant mâle, par exemple, de s'identifier ultérieurement à une figure masculine solide. D'après Satten *et al.* (1960), la violence vécue en bas âge augmente les émotions agressives chez l'enfant à un point tel qu'elles écrasent et accablent le moi en train de se développer. Le sujet se retrouve alors avec des mécanismes fragiles pour réagir aux situations qui rappellent ces émotions.

Comment l'individu réagira-t-il à tous ces objets introjectés négatifs? Rochlin (1973) considère que le comportement agressif peut être vu comme un mécanisme de défense, au sens large, pour fuir des sentiments dysphoriques. Pour Spiegel (1967), la rage et l'acting-out servent à masquer des sentiments dépressifs sous-jacents. Mais pourquoi ces individus favorisent-ils le comportement agressif plutôt que d'autres types de défenses? Anna Freud (1968) dit, par rapport à la phase préœdipienne : «le passé oublié, en faisant référence à la phase pré-verbale, n'a jamais pénétré l'organisation du moi au sens strict et est sous le refoulement primaire et non secondaire; conséquemment il n'est pas récupérable en mémoire mais ne peut être que revécu, répété et agi dans le comportement.» (Freud, A., 1968). Un autre auteur, Greenacre (1950), nous dit, par rapport aux traumatismes survenant au cours de la

deuxième année de vie, à un moment où la parole, la pensée verbale et la motilité commencent à faire front commun, que ce seront les deux premières qui seront inhibées au profit de la motilité.

Il semble donc que des traumatismes psychiques importants, vécus autour de la phase de séparation-individuation, empêcheront le sujet d'accéder à des défenses plus élaborées. La reviviscence ultérieure de ces émotions entraînera donc un arc réflexe où la sortie sera la motricité, court-circuitant en partie ou en totalité, une élaboration psychique plus complexe. En somme, les déficits que nous avons décrits semblent empêcher le sujet de développer une pensée conceptuelle, d'apprendre des solutions alternatives ou d'apprendre à planifier, ce qui renforce le comportement agressif comme seul moyen de soulager la tension.

Voyons maintenant comment le comportement agressif peut servir le patient (Daniels, 1970). Le patient agressif est habituellement un individu qui est profondément insécuré et qui a des besoins affectifs très grands. Le comportement agressif peut être un équivalent de déni ou de formation réactionnelle devant des besoins et des désirs qui ont toujours été sources de rage et de frustration dans le passé, parce qu'inassouvis. Pour un homme, le comportement agressif peut aussi être une façon de prouver sa masculinité, suite à un échec d'identification à une figure paternelle stable et forte, le père ayant été absent dans la réalité ou symboliquement. D'autre part, un enfant élevé au milieu de relations sado-masochistes pourra s'identifier à l'agresseur et faire ensuite aux autres ce qu'il craint qu'il ne lui soit fait. Il peut aussi y avoir de l'identification non pas à une personne et à ses comportements, mais à un conflit intrapsychique d'un parent. C'est le phénomène du bouc émissaire où les parents choisissent inconsciemment un enfant pour agir leurs désirs refoulés. Les parents réagiront avec excès à un comportement de l'enfant, lui donnant donc plus d'attention et faisant ainsi, implicitement, du renforcement positif. Voici l'exemple de «Johnny», un enfant de 8 ans que sa mère emmenait consulter pour un problème d'énurésie et de comportement agressif. Celui-ci était très bagarreur à l'école, mettait parfois le feu aux hangars, et adorait les couteaux qu'il lançait à l'occasion à sa soeur de 12 ans et à ses petites amies! Il n'avait pas connu son père car celui-ci était dans la mafia et s'était fait «tirer» peu de

temps après la naissance de Johnny. Celui-ci se posait beaucoup de questions sur «qui était son père». Sa mère lui avait toujours dit que son père était décédé dans un accident d'auto et refusait de répondre aux questions de Johnny, de peur qu'il n'aille dans le quartier où s'était passé le drame, apprenne ce qui était arrivé à son père et le venge en tuant le coupable. Ceci semblait correspondre à d'intenses désirs inconscients de la mère. De plus, son langage non verbal trahissait une certaine fierté lorsqu'elle décrivait les exploits de son fils comme le meilleur bagarreur de l'école. À noter aussi que, même lorsque Johnny était tout jeune, elle lui interdisait tout jeu impliquant une composante agressive.

Le comportement agressif peut aussi être une façon pour le sujet, d'obtenir l'attention et la sécurité qu'il recherche, car les conséquences sociales de son geste l'emmèneront souvent à l'hôpital ou en prison. C'est une situation que l'on rencontre fréquemment à l'urgence avec les patients que l'on dit manipulateurs : «Tu me gardes ou bien je vais tout casser». Il s'agit là d'une répétition de leurs relations antérieures où la seule façon d'attirer l'attention des parents était d'avoir un comportement inadéquat.

L'exemple d'un patient peut illustrer comment un comportement agressif et inadéquat peut permettre de conserver un certain espoir face à l'amour de ses parents. Ce patient a pris une distance par rapport à sa famille depuis environ trois ans. Il vit actuellement une angoisse de séparation importante et est hospitalisé. Il désire retourner chez ses parents mais n'ose pas leur en parler car il anticipe un «non», rejet qui serait très pénible. Il manifeste d'ailleurs un comportement agressif dès qu'il anticipe ce rejet. Une nuit, il fugue de l'hôpital et se rend chez son père à 3 heures du matin, insistant pour aller prendre un café et discuter. Devant le refus de son père, il lui crie «Tu n'as jamais le temps de me parler». Son père le ramène à l'hôpital et le patient devient alors très agressif, sans toutefois frapper personne.

Le patient, par son comportement agressif et inadéquat, s'assure d'un rejet et continuera probablement d'agir ainsi. Cela lui permet d'entretenir l'espoir que s'il était adéquat, il pourrait être accepté et aimé. Cependant, il ne peut se permettre d'être adéquat, car s'il subissait à ce moment-là un autre refus, il aurait non seulement à vivre le rejet mais

perdrait aussi tout espoir. Or, c'est cet espoir qui lui permet de survivre.

Dans un autre ordre d'idées, le comportement agressif peut être, pour certains individus, une ultime façon de sentir des émotions lorsqu'ils souffrent d'ennui chronique ou que leur affect est à un tel point émoussé que la réalité extérieure ne leur apporte plus aucune sensation. Selon Fromm (1976) «tuer peut être une façon de prouver que l'on est et qu'on peut produire un effet chez un autre être humain» (Fromm, 1976).

Chez les grands psychotiques, un acte agressif peut résulter de la transposition directe d'un fantasme dans la réalité. Le moi, refusant la réalité trop pénible, se rallie au ça, et les fantasmes archaïques chargés d'agressivité font irruption dans la réalité, souvent de manière inattendue.

II. STATISTIQUES

Dans cette partie, nous présenterons différentes statistiques sur la psychiatrie et la justice, les assauts à l'unité de soins et sur les thérapeutes (Mesnikoff et Lauterbach, 1975).

1. Psychiatrie et justice

Les études comparant les criminels dans les prisons à la population générale, montrent qu'il y a une nette augmentation de sociopathes, d'usagers de drogues ou d'alcool et d'épileptiques chez les détenus. Par contre, les diagnostics de schizophrénie, de psychose maniaco-dépressive, de syndrome cérébral organique, d'homosexualité ou de névrose sont égaux ou légèrement plus fréquents que dans la population en général.

D'autre part, les études qui comparent le taux de criminalité chez les patients psychiatriques par rapport au taux de criminalité dans la population en général démontrent qu'avant 1960, les patients psychiatriques avaient un taux inférieur ou égal à celui de la population générale. Cependant, des études plus récentes tendent à montrer une inversion de cette tendance qui pourrait s'expliquer en partie par le fait que plus de patients psychiatriques auraient un dossier judiciaire avant leur première visite en psychiatrie.

2. Assauts à l'unité de soins

Lion *et al.* (1981) rapportent une sous-déclaration des assauts à l'unité de soins. Leur étude a été effectuée

dans un hôpital de 1 500 patients, comptant 800 infirmières. En une année il y a eu 203 rapports d'accidents, allant de l'ecchymose aux lacérations et aux dents cassées. Le nursing, intéressé par cette recherche, a regardé ce problème de plus près, pour découvrir, qu'en fait, dans les notes journalières, il y avait eu 1,108 assauts, soit environ cinq fois plus que le nombre officiel. Après en avoir discuté avec le personnel, Lion *et al.*, voient quatre raisons pouvant expliquer le faible pourcentage de déclarations d'assauts: 1. Pour ne pas avoir à remplir la feuille de rapport; 2. Parce que l'assaut est considéré comme un phénomène normal dans le milieu psychiatrique; 3. Parce que certains voyaient l'assaut comme l'équivalent d'une mauvaise performance de leur part; 4. Parce que certaines personnes craignaient d'être questionnées sur comment elles s'étaient défendues ou s'il y avait eu provocation.

Les patients ayant commis ces assauts se répartissent comme suit: 60% de psychoses aiguës ou maniaques; 20% de troubles de personnalité; et 14% d'usagers de drogues, d'épileptiques, de syndrome cérébral organique.

Ces assauts sont survenus lors de la mise en isolement d'un patient (50%), au moment où le personnel intervient dans des querelles verbales ou physiques entre des patients (18%), lors de la prise de médication (6%) et dans 18% des cas, il s'agissait d'assauts surprises.

Kalogerakis (1971) rapporte une incidence à peu près égale à celle de Lion, à Bellevue, sur une période de plusieurs années. Il a examiné de plus près neuf assauts sérieux qui ont occasionné plusieurs semaines ou mois de congé de maladie. Il ressort de cette analyse que des assauts graves sont habituellement commis par des schizophrènes paranoïdes, des adolescents ou de jeunes adultes en bouffée psychotique aiguë.

3. Assauts sur les thérapeutes

Madden *et al.* (1976) ont envoyé un questionnaire à 115 psychiatres travaillant dans divers milieux. Quarante et un pour cent de ces psychiatres ont été victimes d'un assaut, pour un total de 68 assauts. Soixante-trois pour cent des assaillants étaient psychotiques, et vingt-cinq pour cent présentaient des troubles de personnalité. La plupart des assauts sont survenus lorsque le psychiatre en était à ses

premières années d'expérience ou lorsqu'il oeuvrait dans un milieu à haut risque.

La moitié (50%) des psychiatres rapportent qu'ils auraient pu anticiper l'assaut. La même proportion admettent, a posteriori, qu'ils avaient peut-être agi de manière provocante.

Une autre étude, celle de Whitman *et al.* (1976), porte sur 101 thérapeutes (psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux), et 6,720 patients. Cette étude concerne les menaces d'assauts et les assauts réalisés pendant l'année 1972. Neuf pour cent des patients ont verbalisé des menaces visant d'autres personnes; deux pour cent des patients ont fait des menaces physiques au thérapeute et 0.63% ont commis un assaut sur leur thérapeute.

Ce chiffre paraît très restreint mais il n'en ressort pas moins que 24% de ces thérapeutes ont été victimes d'un assaut en 1972 et que 74% des thérapeutes ont déjà été victimes d'un assaut dans le passé.

Ces données nous laissent sous l'impression que le comportement d'assaut est beaucoup plus fréquent chez les psychotiques que chez les patients présentant des troubles de personnalité, particulièrement en ce qui concerne les assauts sur les thérapeutes. Il est toutefois fort probable que l'étude des assauts perpétrés à l'extérieur de l'hôpital permettrait d'inverser ces statistiques.

III. PRÉVISIBILITÉ ET ÉVALUATION

A. Prévisibilité

De façon générale, le comportement agressif est difficile à prédire. Le meilleur indice est une histoire de violence antérieure. Parmi les facteurs de haut risque figurent: la menace verbale, l'âge (entre 15 et 30 ans), l'usage de drogues et d'alcool, surtout si le patient a déjà manifesté un comportement agressif lorsqu'il était sous l'effet de ces substances, de même que des diagnostics de troubles de personnalité et de troubles paranoïdes (Kroll et MacKenzie, 1983).

D'après Justice et Birkman (1972), les tests psychologiques tels le TAT et le MMPI ne sont pas des prédicteurs très satisfaisants. Cependant, la recherche continue dans ce domaine et de nouveaux sous-tests plus spécifiques sont en train d'être élaborés.

B. Évaluation

Lion (1972) insiste sur certains points à relever dans l'anamnèse. L'enfant ayant présenté la triade classique d'énurésie, de tendance incendiaire et de cruauté envers les animaux, manifeste habituellement un comportement agressif à l'âge adulte. Il faut aussi être à l'affût d'un comportement bagarreur à l'école, et de brutalité parentale.

Dans l'évaluation d'un patient qui a commis un acte agressif, tous les événements qui entourent l'acte agressif (Crain, 1979) doivent être minutieusement investigués. Par exemple, existe-t-il un motif sous-jacent? Dans un tel cas, l'assaut peut être une forme de revanche agie sous plein contrôle, être de type impulsif avec contrôle partiel, ou résulter d'une explosion subite incontrôlée, sans provocation connue, mais en réaction à des motifs inconscients. Si l'on ne retrouve pas de motif, il peut s'agir d'une explosion catatonique ou paranoïde, d'un trouble épileptique (ou autre trouble organique) ou encore, une expression de colère de type sociopathique, pour «frapper n'importe qui». Une démarche systématique nous aide à orienter le plan de traitement. Une analyse plus détaillée de l'impulsivité peut aussi nous être utile pour mieux comprendre le comportement agressif. Monroe (1974) nous parle de la perte de contrôle épisodique. Il la définit comme une action ou une courte série d'actions ayant pour but la gratification immédiate d'un besoin spécifique ou, à tout le moins, un soulagement partiel de cette tension. Ces actes représentent le plus souvent une expression impulsive d'affects primitifs de peur et de rage. Il est important de souligner que les individus présentant une perte de contrôle épisodique peuvent avoir un comportement non agressif entre les crises. Ils peuvent toutefois présenter des troubles névrotiques, psychotiques ou de personnalité sous-jacents, ce qui influencera le traitement.

Les actes impulsifs et spontanés semblent résulter d'un court-circuit entre le stimulus et la réponse. Le comportement n'est donc pas modifié par une réflexion sur des expériences antérieures ou par une anticipation des conséquences. Ce temps d'arrêt ou délai permet habituellement de penser à des solutions de rechange. Dans la catégorie perte de contrôle primaire ce type de délai n'existe pas. Dans la perte de contrôle secondaire il y aura une réflexion, consciente ou inconsciente, qui entraînera un certain délai entre le stimulus et l'agir. Par la

suite, le sujet succombera à l'impulsion trop forte ou il réussira à la contenir. Le délai obtenu est quand même important puisqu'il peut permettre au sujet de moduler sa réponse.

Il faut aussi évaluer si le patient est du type présentant des impulsions très fortes avec un contrôle normal ou des impulsions moyennes avec un faible contrôle. Dans le premier cas, le traitement visera à diminuer la dysphorie, alors que dans le second, il s'agira d'aider le patient à développer de meilleurs mécanismes inhibiteurs. Ceci nous amène à évaluer la composante organique dans les troubles de l'impulsivité. Les actes impulsifs de type perte de contrôle sont souvent précipités, de courte durée et il peut y avoir une certaine confusion accompagnant le comportement agressif. Il pourrait donc y avoir un phénomène épileptiforme sous-jacent. Monroe (1970) en fait d'ailleurs une sous-classe de la perte de contrôle primaire, le type épileptiforme. Les individus classés dans la perte de contrôle épisodique de type primaire montrent occasionnellement des électro-encéphalogrammes de type épileptique. Par ailleurs, on retrouve de façon significative des anomalies non spécifiques à l'électro-encéphalogramme de ces patients (Monroe, 1974). Des études très intéressantes, mais difficiles à poursuivre pour des raisons d'éthique, ont montré, à l'aide d'électrodes sous-corticales (implantées en profondeur), qu'il pouvait y avoir des «tempêtes électriques» en profondeur, alors que les électrodes de surface (électro-encéphalogramme habituel) ne montraient aucune anomalie (Heath, 1958).

Monroe suggère également l'existence, chez certains patients, d'un retard de maturation du système nerveux avec un retard concomitant du processus de réflexion responsable du délai entre le stimulus et l'action.

IV. PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le patient ayant commis un acte agressif ou sur le point d'exploser se retrouvera habituellement à l'urgence. Le milieu devra donc être calme et sécurisant afin d'apaiser son anxiété. Dès l'entrevue d'évaluation, le thérapeute devra utiliser des formulations qui permettent au patient de ventiler ses émotions. Il devra aussi signifier qu'il est en plein contrôle de la situation (ce qui rassure le patient), tout en montrant beaucoup d'empathie. Évidem-

ment, si le patient est trop agité, il faudra intervenir rapidement avec une sédation appropriée.

La prochaine étape, s'il y a lieu, sera l'admission du patient à l'unité de soins. Il faudra alors s'assurer que le patient soit gardé dans un endroit approprié comme les soins intensifs en milieu fermé par exemple.

À l'unité de soins, le travail d'équipe sera la clé du succès. Dans la mesure du possible, la première entrevue entre le psychiatre et le patient devrait se faire avec un membre du nursing que le patient connaît et en qui il a confiance. Le risque de comportement agressif en sera d'autant diminué. Plusieurs auteurs soulignent que les rapports entre le personnel et les patients doivent être courtois, sans hostilité et que toutes les questions sensibles (congé, prolongements d'hospitalisation, etc.) doivent être adroitement abordées.

La tenue de dossiers sera importante pour protéger le psychiatre et le nursing contre d'éventuelles poursuites. Les notes médicales et du nursing devront s'accorder, et les plans de traitement ou de follow-up devront être bien décrits. En cas d'assaut, les rapports d'accidents devront être remplis avec circonspection pour mieux comprendre l'épisode agressif dans son ensemble. Kroll et McKenzie (1983) considèrent que des décisions raisonnables concernant des congés définitifs ou de fin de semaine, jumelées avec les données ci-dessus, sont suffisantes pour protéger les psychiatres et l'hôpital des risques de poursuites encourues par des assauts ou des suicides commis à l'extérieur de l'institution.

Les relations entre le psychiatre et le nursing doivent être harmonieuses. Les membres du nursing étant plus directement confrontés à l'agressivité des patients que ne le sont les psychiatres, il est important que celui-ci puisse être à leur écoute lorsque les personnes impliquées ont besoin de ventiler leurs émotions et d'en discuter.

Si un patient devient violent sur l'étagé, il faut le confronter à cela le plus tôt possible afin qu'il sache que nous sommes là pour l'aider à se contrôler et à parler de ses émotions. Ne pas le faire dans un délai raisonnable peut signifier au patient que nous le craignons et il pourra se sentir désemparé, seul, face à son agressivité. Lion (1972) suggère d'encourager les autres patients à parler de leurs sentiments face à cet épisode car ils peuvent crain-

dre que le personnel ne soit pas assez fort pour les contenir. Il pourrait alors en résulter une épidémie de violence. Si la chambre d'isolement ou les soins intensifs doivent être utilisés, il faut toujours l'expliquer au patient en termes positifs et non en terme de punition.

Kalogerakis (1971) nous mentionne certaines conditions qui augmentent le risque de comportement agressif et qui peuvent se retrouver à l'unité de soins et particulièrement à l'urgence. Premièrement, le patient est en contact avec d'autres patients troubles qui peuvent, volontairement ou non, être provocants. Deuxièmement, l'ennui et le manque d'activités à l'unité de soins ou, surtout, à l'urgence peuvent être intolérables pour certains patients qui peuvent aller jusqu'à l'assaut pour chasser cet ennui. Troisièmement, la promiscuité peut être perçue comme très menaçante par le patient, générer beaucoup d'anxiété et entraîner une réponse agressive. Quatrièmement, une remarque, une attitude offensive ou un regard hostile de la part du personnel peut être perçue par le patient comme une agression.

Voici maintenant diverses techniques qu'utilisent les thérapeutes face à un comportement agressif imminent. Le thérapeute a tendance à n'utiliser qu'une seule de ces techniques et sa réponse à la menace d'un comportement agressif est habituellement stéréotypée et instantanée. Les différentes techniques utilisées sont : 1. l'interruption de l'entrevue; 2. la contention physique; 3. une attitude non verbale servant à s'effacer comme source de menace; 4. une réponse verbale; 5. une attitude de protection devant l'attaque; 6. un encouragement à une décharge motrice de la colère; 7. une obtention d'aide extérieure; 8. des manoeuvres contre-transférentielles.

V. CONTRE-TRANSFERT

D'après Lion (1972), il est plus facile et naturel pour le thérapeute d'être en harmonie dynamique avec le suicide et l'introjction de pulsions hostiles, qu'avec l'extériorisation de ces mêmes pulsions. Le thérapeute est plus près de ses sentiments dépressifs que de ses pulsions hostiles et destructrices.

Les principales émotions contre-transférentielles face au comportement agressif seront la peur, la colère et un sentiment de frustration et d'impuissance. La peur peut être en réponse à une menace

réelle, mais le plus souvent elle est amplifiée par les fantaisies que le patient induit chez le thérapeute. Ainsi, le thérapeute peut craindre que le patient l'agresse s'il ne satisfait pas ses attentes (prise en charge, congé, etc.). Dans le même ordre d'idées, il peut avoir peur que le patient menace sa femme et ses enfants. Il peut également penser au Texas Tower syndrome ou à son équivalent. Le thérapeute pourra alors ressentir beaucoup de colère et d'impuissance devant la culpabilité et la responsabilité anticipées si jamais le patient devait poser un geste aussi destructeur.

D'autre part, le thérapeute pourra réagir avec colère face aux patients agressifs. Ceux-ci ont souvent des troubles de personnalité, sont impulsifs, évitent l'introspection et sont manipulateurs. Ils ont des défenses paranoïdes et leurs projections peuvent susciter chez le thérapeute de la colère et des désirs de représailles.

Voyons maintenant les défenses utilisées par le thérapeute face aux problèmes contre-transférentiels. Si le patient éveille chez le thérapeute des désirs d'agression, ce dernier peut les projeter sur le patient et le voir alors comme encore plus dangereux qu'il ne l'est en réalité. C'est souvent donc la projection du désir du thérapeute d'agresser le patient.

D'après Lion (1972), la défense la plus répandue face au comportement agressif est la négation. Cette défense permet d'apaiser l'anxiété générée par le patient agressif. Elle peut se manifester à des degrés divers: que ce soit d'«oublier» de poser des questions sur la violence antérieure, la possession d'armes, ou les intentions du patient d'agresser quelqu'un, jusqu'à ignorer complètement les actes agressifs du patient à l'extérieur ou à l'intérieur de l'hôpital. Ce type de défense permet au thérapeute de voir le patient comme moins dangereux qu'il ne l'est en réalité et ainsi d'éviter l'émergence de l'angoisse.

Par ailleurs, le patient violent peut évoquer chez certains thérapeutes un contre-transfert positif. Il peut y avoir une identification inconsciente à l'agresseur, où le thérapeute dépose chez son patient ses propres conflits face à l'agression. Le thérapeute, par une attitude permissive, peut alors encourager le patient à devenir agressif envers sa femme, son employeur ou autres et réaliser ainsi les fantasmes qu'il peut lui-même entretenir vis-à-vis son entourage.

Regardons maintenant les problèmes contre-transférentiels rencontrés à l'unité de soins. Le patient turbulent et hostile éveille souvent un contre-transfert négatif de colère et de crainte chez le personnel. Il faut d'abord tenter d'apaiser le patient à l'aide de techniques verbales pour qu'il sente qu'on n'a pas peur de lui. Si nous réagissons directement à notre contre-transfert en mettant tout de suite le patient en isolement, il aura habituellement plus peur et deviendra plus violent.

L'identification à l'agresseur peut aussi se voir à l'unité de soins. Lion (1972) nous décrit le cas d'un ancien boxeur et joueur de football admis pour des problèmes de comportement agressif. La réaction du personnel avait été de se ranger à ses côtés en lui octroyant un traitement de faveur, en lui offrant des cigarettes, etc. Bref, après une semaine d'hospitalisation, personne ne lui avait encore parlé de ses problèmes de violence, raison pour laquelle il était venu consulter. Par la suite, il a d'ailleurs agressé un policier qui venait reconduire un autre patient qui avait fugué! Cet exemple est extrême, mais nous pouvons parvenir au même résultat si nous écoutons le patient parler de ses actes violents antérieurs sans jamais le confronter à son potentiel agressif actuel et aux émotions sous-jacentes.

Nous pouvons aussi réagir de façon contre-phobique à un patient qui est réellement dangereux. Nous pouvons être porté à avoir un contact plus chaleureux avec lui, plus intime, à le voir plus souvent. Le patient peut cependant se sentir menacé par cette intrusion et y réagir violemment.

En résumé, nous devons d'abord identifier notre contre-transfert, et établir ensuite la distinction entre nos fantaisies et la menace réelle que représente le patient. Par ailleurs, minimiser le danger réel peut entraîner de sérieux problèmes. Il ne faut pas hésiter à consulter un confrère en cas de doute et encourager le personnel à ventiler ses émotions.

VI. TRAITEMENT

A. Psychothérapie

Le patient avec un comportement agressif n'est pas facile à traiter. Dès le début, nous rencontrons des difficultés, car ces patients craignent habituellement le changement et font souvent des acting-out pour saboter la thérapie (Monroe, 1974; Wath-

ney et Balbridge, 1980). Ils savent que la thérapie va générer de l'anxiété s'ils abandonnent le style défensif qui leur a été relativement utile jusque-là. Les objectifs généraux sont d'abord d'obtenir une bonne alliance thérapeutique avec des limites claires. Par la suite, favoriser chez le patient un certain insight, puis travailler la séparation. Le patient devra apprendre à confronter, comprendre et vivre ses frustrations. Il devra accepter les sentiments dépressifs sans réagir par l'acting-out (Lion, 1972). Nous pouvons l'aider à apprendre à fantasmer sur les conséquences possibles d'actes agressifs, ce qui devrait augmenter le délai entre le stimulus et la réaction. Ce délai lui permettra de considérer d'autres solutions (Lion, 1972; Crain, 1979; Lion, 1972).

Le thérapeute doit prendre certains risques, sinon les problèmes de manipulation deviennent intolérables. Des solutions de dépannage, telles l'urgence ou l'hospitalisation, doivent être disponibles (Monroe, 1974). Le travail psychothérapeutique doit se faire essentiellement sur le quotidien ou le «ici et maintenant» plutôt que sur l'enfance (Lion, 1972). En effet, la tension engendrée par le fait d'être confronté aux frustrations quotidiennes est bien assez grande. Cette approche est aussi plus tangible et plus gratifiante pour le patient. D'autre part, le thérapeute peut profiter de moments d'accalmie dans la thérapie pour confronter le patient aux actes de violence antérieurs. Quant au cadre thérapeutique, on doit y adhérer rigoureusement en ce qui concerne l'heure et la fréquence des séances afin d'éviter la manipulation de la part du patient. Par contre, avec les patients qui nient leur comportement agressif par amnésie sélective ou en projetant le blâme sur l'environnement, des séances conjointes avec les proches pourront être nécessaires afin de les confronter à leur comportement agressif (Monroe, 1974). Sinon, ils tenteront souvent de les cacher au thérapeute ou s'en défendront en rationalisant.

B. Pharmacothérapie

Il est souvent nécessaire d'adjoindre à la psychothérapie un traitement pharmacologique à court ou à long terme. Le choix de la médication devient souvent problématique car bon nombre de ces patients ne sont pas franchement psychotiques et ne présentent pas d'indications claires de traitement aux neuroleptiques. D'autre part, les tranquillisants mineurs

peuvent entraîner un abus, particulièrement chez ceux qui ont déjà un problème d'alcool ou de drogues. Les antidépresseurs et le lithium ont un seuil de toxicité faible et doivent être prescrits avec circonspection. Il n'y a donc pas de médication spécifique pour traiter le comportement agressif (Monroe, 1970; Lion *et al.*, 1976).

Une évaluation adéquate permet de mieux justifier le choix de la médication. Un patient qui correspond à la perte de contrôle primaire de type épileptiforme que nous avons décrite précédemment, bénéficiera de benzodiazépines et certains cas semblent bien répondre au Dilantin® ou aux autres médicaments anti-épileptiques (Monroe, 1974; Lion *et al.*, 1976). Chez les patients avec des troubles de la pensée ou qui nous apparaissent pré-psychotiques, les neuroleptiques peuvent être utilisés. Quant aux patients impulsifs avec problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues, les neuroleptiques sédatifs peuvent être utilisés à faibles doses, plutôt que des benzodiazépines. Lion (1972) préconise le lithium lorsqu'il y a un trouble affectif sous-jacent, et qu'il se manifeste par une excitation psychomotrice plutôt que par des variations de l'humeur (Lion *et al.*, 1976). Quant aux antidépresseurs, ils peuvent être prescrits aux patients lorsque la symptomatologie permet un diagnostic de dépression et qu'il ne s'agit pas d'un phénomène transitoire. Chez certains patients présentant des troubles affectifs et de l'hyperactivité (autres que la psychose maniaco-dépressive) ressemblant au syndrome de dysfonction cérébrale minime de l'enfant, les antidépresseurs sont à l'essai, dans certains centres spécialisés, à titre de stimulants de la vigilance.

VII. ILLUSTRATIONS

1. Jean-Yves

Retour de vacances... «Vous avez une nouvelle admission aux soins intensifs, le patient est en cure fermée. Il est venu ici il y a environ deux ans et est resté à peine quelques jours car il a commis un assaut sur un membre du personnel. En raison de sa violence, il a été transféré à Pinel où il a séjourné près d'un an!»

L'inconfort du personnel nous est bien transmis et on considère déjà la possibilité d'un transfert à Pinel. Mais qui est ce patient? Pourquoi est-il ici?

Jean-Yves est âgé de 33 ans. Il était un étudiant brillant mais tolérait mal le stress de la vie étudiante. Il a occupé brièvement quelques emplois qu'il perdait rapidement suite à des querelles avec des employeurs. Lors de sa première décompensation, il y a deux ans, on a émis un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Nous ignorons tout du contexte de son hospitalisation à Pinel, en dehors du fait qu'elle a duré un an. Par la suite, Jean-Yves a vécu en chambre sans aller à ses rendez-vous en clinique externe. Après quelques mois, il est retourné chez ses parents où il a progressivement décompensé. Il est redevenu très psychotique, délirant, agressif verbalement et a même bousculé à quelques reprises les membres de sa famille. Ceux-ci ont finalement demandé un ordre de cour.

Jean-Yves est maintenant aux soins intensifs. Les infirmières et les préposés sont sur le qui-vive, d'autant plus qu'à son admission, il y a quelques jours, ils ont dû mettre Jean-Yves sous contentions car il était très agité. De plus, il refuse la médication neuroleptique qui lui a été prescrite. Il est turbulent et marche de long en large comme un lion en cage. Il apparaît survolté et, d'un regard paranoïde, il examine les environs. Jean-Yves délire abondamment sur l'astrologie chinoise et d'autre part, se demande sans cesse si «sa soeur prend la pilule». Il utilise de façon frénétique et abusive la toilette et les douches. Il n'a, par ailleurs, présenté aucune manifestation agressive depuis son arrivée, à part quelques montées verbales.

Les réflexions suivantes me viennent à l'esprit : «On ne peut transférer un patient psychotique turbulent à Pinel seulement sur la base d'un transfert antérieur; d'autre part, notre rôle est d'aider le patient et celui-ci a très peur et ne veut pas aller à Pinel. Comment serait-il si on arrivait à calmer la psychose à l'aide de neuroleptiques? Il y a une partie très sympathique chez Jean-Yves qui nous attire et nous donne le goût de l'aider. Et s'il lui restait une partie saine avec laquelle nous pourrions amorcer le traitement? Nous bénéficions d'un excellent personnel et d'une unité fermée; cela serait-il suffisant?»

Après discussion en équipe, nous décidons de tenter notre chance avec Jean-Yves tout en étant conscient de son potentiel agressif. Nous nous réservons toutefois Pinel comme porte de sortie. Je m'adresse

alors à la partie saine du patient. «Jean-Yves, c'est par ton comportement que tu décideras si tu restes ici avec nous ou si tu vas à Pinel. D'autre part, je sais que tu es très angoissé et actuellement la médication est essentielle pour toi. Nous ne te forcerons pas à la prendre, mais nous continuerons à te l'offrir quand même. À toi de jouer maintenant.» Ce fut, à mon avis, un moment clé où s'est créée l'alliance thérapeutique qui a su, par la suite, tenir bon. Ceci n'aurait jamais été possible sans la structure des soins intensifs et un personnel très compétent et à l'aise avec le patient.

Par la suite, Jean-Yves accepta à l'occasion la médication, mais demeura turbulent. J'ai eu l'idée, lors d'une visite où Jean-Yves acceptait de prendre la médication, de lui proposer une médication à longue action. (Jusqu'à-là, je m'étais bien gardé de lui en donner à son insu et de compromettre ainsi l'alliance thérapeutique, essentielle dans le cadre d'une hospitalisation à long terme). Ce fut le début de l'apaisement de la composante agressive et turbulente de la psychose. Jean-Yves est devenu agréable pour le personnel. Il est ensuite passé par une phase de retrait paranoïde où il ne se socialisait aucunement. Il avait l'impression que les gens voulaient se battre avec lui. Ceci rendait son transfert en milieu ouvert difficile. Nous avons donc tenté de travailler cet aspect et avons favorisé les repas à la cafétéria. Par la suite, il est redevenu verbalement agressif jusqu'à ce qu'une réunion d'équipe nous fasse réaliser qu'une infirmière interprétait mal ses refus d'aller à la cafétéria. Elle croyait qu'il avait la tête dure et voulait se faire servir dans sa chambre. Elle forçait donc la note pour le faire descendre, ce qui le rendait agressif. Jean-Yves a pu ensuite nous dire que, parfois, il ne descendait pas parce qu'il était trop angoissé et savait qu'une ou des personnes voulaient se battre avec lui. Nous avons respecté sa décision et ce fut la dernière manifestation d'agressivité de ce patient.

Après deux mois de soins intensifs, Jean-Yves a été transféré en milieu ouvert où il est devenu de plus en plus jovial et sociable. Cependant, des troubles majeurs de la pensée et une ambivalence très prononcée persistent encore et font de Jean-Yves un individu fortement handicapé chez qui l'agressivité pathologique semble n'avoir été que le fruit de sa psychose.

2. Jean-Paul

L'incident que je raconterai maintenant a été vécu par une de mes collègues. Un soir de garde à l'urgence... «Il y a une nouvelle consultation pour vous. Le patient n'est pas connu d'ici et n'a pas de dossier antérieur. On l'a fait attendre dans la salle d'isolement car il était dérangé par le bruit dans la salle d'attente.» La psychiatre invite le patient à la suivre dans le bureau. À prime abord, le patient (J.P., 22 ans) semble apeuré et psychotique. Il y a cependant un aspect de lui qui suscite un contre-transfert positif et maternant chez la thérapeute. Dans le bureau, J.P. est assis silencieusement mais il est très nerveux et regarde partout, même sous les meubles. «Qu'est-ce qui vous amène ici?» Semblant paniqué, le patient sort du bureau et retourne à la salle d'isolement (qui n'est dans cette situation que l'équivalent d'un autre bureau). La psychiatre le suit et lui demande s'il s'y sent mieux, s'il préfère lui parler dans cet endroit (elle précise alors qu'elle maintient une distance respectable avec J.P., ce qui indique un sentiment d'incertitude). J.P., sans dire un mot, se dirige à nouveau vers le bureau initial et semble prêt à débiter l'entrevue.

Au moment où il va s'asseoir, il aperçoit une patère en chêne massif dans le bureau contigu et demande d'un air serein, s'il peut la transporter et y accrocher son manteau. La psychiatre accepte et il va chercher la patère. Le temps d'un éclair, et son visage change radicalement. Son regard devient menaçant et on le sent prêt à exploser. Il tient la patère et semble se ressaisir un instant. «Je ne suis quand même pas fou, hein!», pour redevenir aussitôt fou furieux. Il assaille sauvagement la psychiatre, lui assénant de nombreux coups de patère sur le crâne. Celle-ci crie du mieux qu'elle peut, c'est sa seule défense. Elle demeure cependant consciente. Le cuir chevelu est ouvert et le sang coule abondamment. Le patient cessant un instant, elle se relève; mais il fonce à nouveau sur elle en tentant de l'embrocher. Elle l'évite, se met à courir pour se faire alors plaquer par derrière et, au moment où il a la main à sa gorge, les infirmiers arrivent enfin! Les blessures sont importantes mais n'entraîneront pas d'autres conséquences physiques que quelques cicatrices. Cependant, le souvenir sera gravé à jamais.

Que s'est-il donc passé? Aurait-on pu éviter cet assaut? Aurait-on pu intervenir plus vite? Que s'est-il passé dans la tête du patient?

Il y a d'abord eu une mauvaise transmission d'information : on a fait attendre le patient dans un endroit calme car il criait dans la salle d'attente. Cette mention n'aurait peut-être pas modifié la suite des événements mais cette information combinée à «l'air psychotique» du patient aurait invité à la prudence. Quant à la psychiatre, celle-ci nous dit que depuis l'incident, elle ne voit plus seule les patients qui semblent très psychotiques.

Reste encore qu'avec si peu d'indices, la majorité des psychiatres se seraient retrouvés seuls avec le patient. Or, il n'y avait aucun système d'alarme dans le bureau (comme dans bien des urgences psychiatriques). D'autre part, les infirmiers au poste ont pris deux ou trois minutes à réagir car ils croyaient que les cris venaient de «d'autres patientes». La localisation du bureau par rapport au poste était donc inadéquate.

Quant au patient, la suite a révélé qu'il était en psychose paranoïde aiguë et qu'il avait incorporé la psychiatre à son délire. Il devait en effet à tout prix l'empêcher de sortir, car si elle parlait, tous les super-ordinateurs de la terre seraient déclenchés et cela aurait entraîné la fin du monde!

CONCLUSION

Le dernier exemple ne peut nous laisser indifférent et illustre bien à quel point le travail à l'urgence présente un certain risque. Ce risque ne doit pas être nié et doit demeurer présent à notre esprit pour nous permettre de mieux reconnaître et utiliser les indices présents, tel un regard ou une attitude paranoïde, une apparence psychotique, une démarche ressemblant à celle en état d'ébriété, un doute quant à une intoxication aux drogues, la présence d'hallucinations visuelles (suggérant une psychose organique), l'agitation d'un patient dans la salle d'attente ou à l'extérieur de l'hôpital, etc. Il faut être rapidement sensible à ces violences et profiter de l'intervalle entre la salle d'attente et le bureau car c'est souvent le lieu du premier contact avec le patient; il s'avère donc d'un grand intérêt pour évaluer l'état du patient, avant d'être seul avec lui dans le bureau. Enfin, en cas de doute, le thérapeute est invité à mettre de côté son omnipotence et ne doit pas hésiter à demander à un membre du personnel infirmier d'être présent lors de l'entrevue.

Par ailleurs, sur le plan diagnostique, les gens souffrant de troubles paranoïdes et de psychose organique m'apparaissent être les plus dangereux pour les thérapeutes. Si l'on se sait (ou se perçoit) incorporé au délire d'un patient, le risque devient sérieux. D'autre part, face aux patients avec des troubles de personnalité, le risque me semble différent. Ces personnes sont très sensibles à la frustration et ressentent rapidement des affects de rage, mais ont généralement un contact préservé avec la réalité. Il en résulte qu'habituellement, ils dirigent leur colère envers les objets environnants et non envers la personne même du thérapeute. Cela n'empêche pas ces crises d'être parfois très spectaculaires. L'on rencontre parfois de véritables sociopathes qui sont souvent reconnus dans nos urgences. Il est préférable de ne pas voir ces patients seul. S'ils font des menaces, vaut mieux, à ce moment, se retirer de la situation et faire appel aux agents de sécurité pour «diriger» le patient hors de l'hôpital.

D'autre part, en ce qui concerne les patients avec qui une relation est déjà établie, soit en clinique externe ou à l'unité de soins, c'est la relation patient-thérapeute qui dictera l'attitude à prendre en cas de montée d'agressivité. À mon avis, une bonne connaissance de son propre contre-transfert et de la dynamique du patient sont les atouts qui permettent de bien identifier la source d'agressivité en relation avec une situation donnée, et de nous orienter vers la meilleure solution pour soulager l'anxiété du patient ou la nôtre...

En résumé, le patient avec un comportement agressif est sûrement l'un des plus difficiles à traiter en psychiatrie car il sait défier tout l'arsenal thérapeutique de l'équipe psychiatrique. De plus, l'alliance thérapeutique est difficile à obtenir et même une fois réalisée, elle n'empêche pas la thérapie d'être parsemée d'embûches. Il faut donc profiter des moments de «ciel clair» afin de diminuer en intensité, et en fréquence, les tempêtes qui peuvent rapidement inonder le thérapeute dans ses réactions contre-transférentielles. D'autres conditions sont aussi à considérer pour obtenir de bons résultats : une évaluation adéquate et complète permet au thérapeute de mieux orienter le traitement; une bonne connaissance de la psychodynamique sous-jacente aide à mieux comprendre et à suivre l'évolution du patient; un bon travail d'équipe, avec une articulation «urgence-unité de soins-clinique exter-

ne» efficace, est aussi essentiel dans la prise en charge du patient et afin que le thérapeute obtienne le support nécessaire à son travail.

Concluons en disant que même si le patient agressif représente un défi considérable, ce défi peut être gratifiant, surtout lorsque les objectifs de traitement sont atteints.

RÉFÉRENCES

- CRAIN, P.M., 1979, Clinical Approaches to Assaultive Behavior, *Psychiatric J. Univ. Ottawa*, 4, 224-232.
- DANIELS, D.H., 1970, *Violence and the Struggle for Existence*, Boston, Little, Brown.
- FREUD, A., 1968, Acting Out, *Int. J. Psychoanal.*, 49, 165-170.
- FROMM, E., 1976, *La passion de détruire : Anatomie de la destructivité humaine*, Paris.
- GREENACRE, P., 1950, General Problems of Acting Out, *Psychoanal. Quart.*, 19, 455-467.
- HEATH, R.G., 1958, Correlations of electrical recordings from cortical and subcortical regions of the brain with abnormal behavior in human subjects, *Confin. Neurol.*, 18, 305-315.
- JUSTICE, B., BIRKMAN, R., 1972, An effort to distinguish the violent from the nonviolent, *South Med. J.*, 65, 703-706.
- KALOGERAKIS, M.G., 1971, The assaultive psychiatric patient, *Psychiatr. Q.*, 45, 372-381.
- KROLL, J., MACKENZIE, T.B., 1983, When psychiatrists are liable: Risk management and violent patients, *Hosp. Community Psychiatry*, 34, 29-36.
- LION, J.R., 1972, *Evaluation and Management of The Violent Patient, Guidelines in the Hospital and Institution*, Thomas, Springfield.
- LION, J.R., 1972, The role of depression in the treatment of aggressive personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 129, 347-349.
- LION, J.R., PASTERNAK, S.A., 1973, Countertransference reactions to violent patients, *Am. J. Psychiatry*, 130, 207-210.
- LION, J.R., MADDEN, D.J., CHRISTOPHER, R.L., 1976, A violence clinic: three years experience, *Am. J. Psychiatry*, 133, 432-435.
- LION, J.R., SYNDER, W., MERRILL, G.L., 1981, Under-reporting of assaults on staff in a state hospital, *Hosp. Community Psychiatry*, 32, 497-498.
- MADDEN, D.J., LION, J.R., PENNA, M.W., 1976, Assaults on psychiatrists by patients, *Am. J. Psychiatry*, 133, 422-425.
- MESNIKOFF, A.M., LAUTERBACH, C.G., 1975, The association of violent dangerous behavior with psychiatric disorders: a review of the research literature, *J. Psychiatry Law*, 3, 415-445.
- MONROE, R.R., 1970, *Episodic Behavioral Disorders: a psychodynamic and neurophysiologic analysis*, Harvard University Press, Cambridge.
- MONROE, R.R., 1974, The problem of impulsivity in personality disturbances in Lion, J.R. ed., *Personality Disorders, Diagnosis and Management*, Williams & Wilkins, Baltimore, 16-33.
- ROCHLIN, G., 1973, *Man's Aggression: the Defense of the Self*, Gambit, Boston.
- SATTEN, J., MENNINGER, D., ROSEN, L., MAYMAN, M., 1960, Murder without apparent motive: A study in personality disorganization, *Am. J. Psychiatry*, 117, 48-53.

- SMITH, S., 1965, The Adolescent Murderer, A Psychodynamic Interpretation, *Arch. Gen. Psychiatry*, 13, 310-319.
- SPIEGEL, R., 1967, Anger and Acting Out: Masks of Depression, *Am. J. Psychother.*, 21, 597-606.
- WATHNEY, S., BALDRIDGE, B., 1980, Strategic interventions with involuntary patients, *Hosp. Community Psychiatry*, 31, 696-701.
- WHITMAN, R.M., ARMAO, B.B., DENT, O.B., 1976, Assault on the therapist, *Am. J. Psychiatry*, 133, 426-429.

SUMMARY

All therapists working in psychiatry will have to deal one day with an aggressive patient. Besides, the probability of such an encounter is more and more to be expected in view of the increase of violence in psychiatry. Witnessing this, the author set about researching the subject. He presents in this article a review of literature on this theme (aetiologic hypothesis, statistics, etc.) and illustrates his ideas with specific examples. He ends his article by wishing that a better understanding of this problem may help the therapists to improve treatment of these patients and to prevent their act of violence.

III^e COURS INTERNATIONAL SUR LES TECHNIQUES DE SOINS EN PSYCHIATRIE DE SECTEUR

“DEDANS — DEHORS”

L'articulation du dedans et du dehors dans la vie psychique et dans le traitement des troubles psychotiques de l'adulte et de l'enfant.

Organisé dans le cadre de la formation continue par l'association

SANTÉ MENTALE et COMMUNAUTÉS

• • •

DATES : 21-25 avril 1986

LIEU : Villeurbanne 69100, Lyon, France

DIRECTEUR DU COURS : Docteur Marcel SASSOLAS

RESPONSABLE ADMINISTRATIF : Jean PERRET

COÛT : 1800 FF

S'adresse à tous les travailleurs de la Santé Mentale (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, etc.)

RENSEIGNEMENTS : SANTÉ MENTALE ET COMMUNAUTÉS

136, rue Louis-Becker
69100 Villeurbanne
Lyon, France
Tél. : (7) 868-26-16

• • •

Le programme et la liste des intervenants (français et étrangers) feront l'objet d'une information ultérieure.