

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

Agressivité, Corps et Relation

dans l'approche psychomotrice de sujets psychotiques

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien
par Anne MÉLINE
Session 2003

Référent de Mémoire
Michel CROSNIER

Remerciements

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont accompagnée et guidée durant mes années d'études et au cours de l'élaboration de ce mémoire. Merci à Michel Crosnier, référent de ce mémoire, à Marie-Hélène Faure, référente de stage de 3^{ème} année, Hervé Loro, Thierry Pau, Olivier Noguès, Virginie Méline et Yves Inserra. Chacun de ces professionnels a contribué à sa façon à élargir mon regard et ma pratique psychomotrice.

Je tiens de plus à remercier mes proches et amis pour leur soutien...

Enfin, ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans la rencontre de trois jeunes femmes : Carole, Élise et Sophie ; ainsi que de toute l'équipe de l'ATED.

Sommaire

Introduction.....	1
<i>Théorie</i>	
Agressivité, Agression et Violence.....	2
<u>I. Définitions générales</u>	<u>2</u>
I.1. La violence	2
I.2. L'agressivité.....	2
I.3. L'agression.....	2
<u>II. Violence et agressivité dans le développement de l'enfant.....</u>	<u>3</u>
II.1. Différentes théories sur l'Origine de la violence.....	3
a. point de vue de l'éthologie	3
b. point de vue de la neurobiologie	3
c. point de vue de la psychologie	4
II.2. Manifestations de la violence et de l'agressivité dans le développement normal de l'enfant en référence aux théories psychanalytiques.....	5
a. S.FREUD et la pulsion de mort.....	5
b. M.KLEIN et les positions schizo-paranoïde et dépressive.....	6
c. WINNICOTT et l'aménagement du monde intérieur.....	6
d. J.BERGERET et la violence fondamentale.....	8
e. Développement libidinal et agressivité.....	9
<u>III. Classification des comportements.....</u>	<u>10</u>
IV.1. Selon leur forme.....	10
a. classification de BUSS revue par MORASZ.....	10
b. « anger in » et « anger out » de FRIMODT et AKASHA.....	11
IV.2. Selon leur fonction.....	11
IV.3. Dynamique du passage à l'acte	12
IV.4. Auto agressivité et hétéro agressivité.....	14
<u>IV. L'interaction dans les comportements agressifs et violents.....</u>	<u>14</u>

Pathologie.....	16
I. Les troubles envahissants du développement.....	16
II. La psychose	17
II.1. Clinique.....	17
II.2. Structure psychotique selon BERGERET	17
II.3. Étiopathogénie.....	18
III. Agressivité dans la psychose.....	20
III.1. Les pulsions agressives dans la psychose selon HURTIG et RONDAL.....	20
III.2. Le passage à l'acte dans la psychose selon MILLAUD.....	20
III.3. Agressivité et contre-transfert auprès de patients psychotiques..	20
IV. Le Moi-Peau dans la psychose.....	21
Le corps et la psychomotricité.....	23
I. La sensorialité	23
II. Le sujet désirant.....	25
III. La motricité.....	25
IV. Communication verbale et non verbale, tonus, posture, mouvement.....	26
V. L'espace et la distance	27
VI. Les émotions.....	29
VII. Le temps.....	29

Clinique

Introduction.....	30
I. Présentation de l'ATED.....	31
II. Projet thérapeutique du groupe piscine.....	32
II.1. Le cadre spatio-temporel.....	32
II.2. Déroulement d'une séance.....	32
II.3. Travail dans l'eau en psychomotricité.....	34
III. Carole, l'hétéro agressivité prédominante.....	35
III.1. Anamnèse.....	35
III.2. Différentes prises en charge	36
III.3. Conclusion du bilan psychomoteur.....	37
III.4. Qu'est ce qui m'a amenée à traiter de l'agressivité de cette patiente ?	38
III.5. Problématique de l'agressivité et conséquences.....	38
III.6. Classification et description des comportements agressifs.....	40
III.7. Projet thérapeutique.....	41
III.8. Prise en charge.....	42
<i>a. en salle</i>	42
<i>b. En piscine</i>	44
IV. Sophie, l'auto agressivité majeure.....	46
IV.1. Anamnèse.....	46
IV.2. Les différentes prises en charge.....	47
IV.3. Conclusion du bilan.....	48
IV.4. Manifestation des comportements agressifs : le corps maltraité.....	48
IV.5. Projet thérapeutique : le corps plaisir.....	49
IV.6. Évolution.....	49

V. Élise et l'agressivité du thérapeute.....	52
V.1. Anamnèse.....	52
V.2. De la rencontre à la relation.....	53
V.3. Les différentes prises en charge.....	55
V.4. Conclusion du bilan psychomoteur.....	56
V.5. Manifestation des comportements agressifs	56
V.6. Projet thérapeutique.....	58
V.7. Évolution de la prise en charge.....	58
 Conclusion de la clinique.....	 61

Discussion

I. Comment reconnaître les signes précurseurs du comportement agressif..62

I.1. Les signes corporels annonciateurs..... 62

I.2. Du contexte d'apparition du trouble du comportement aux axes de travail..... 64

II. Quelles réponses aux comportements agressifs le psychomotricien peut-il donner ?.....65

II.1. Les réponses lors du passage à l'acte..... 65

a. *Intervention et regard spécifique du psychomotricien*..... 65

α. Lors de l'activation..... 65

β. Lors de l'intensification..... 66

γ. Lors de la crise, de la récupération et de la stabilisation..67

δ. Lors de l'élaboration..... 68

b. *Les moyens à disposition du psychomotricien face à ces situations*
..... 69

α. Le corps du psychomotricien.....69

β. Le SAS.....69

γ. L'isolement..... 70

δ. Le traitement chimique..... 70

II.2. Les réponses dans la prise en charge..... 72

a. *Le cadre thérapeutique*..... 72

b. *La relation*..... 72

c. *La communication*..... 73

d. *Le tonus*..... 73

e. *Le temps*..... 74

f. *La verbalisation*..... 75

g. *Le plaisir*..... 76

III. Quoi faire de sa propre agressivité.....	76
III.1. Propres affects à gérer.....	76
III.2. Verbalisation et élaboration.....	77
III.3. Violence de la prise en charge ?	78

Conclusion	78
-------------------	-----------

Bibliographie	
----------------------	--

Annexes	
----------------	--

♦ Lexique.....	I
♦ Bilan psychomoteur de Carole.....	II
♦ Bilan psychomoteur de Sophie.....	V
♦ Bilan psychomoteur d'Élise.....	IX
♦ Grille d'évaluation des troubles du comportements agressifs...	XII

Introduction

Le thème de ce mémoire est le résultat de plusieurs mois de réflexions. En septembre 2002, j'ai débuté mon stage dans le service ATED qui accueille des adultes avec des troubles envahissants du développement. Confrontée dès le premier jour et les semaines suivantes à l'agression de certains patients, la notion de violence s'est imposée à mon esprit. J'ai alors réalisé que cette même notion, sous un visage différent, m'avait marquée quelques mois plus tôt lors d'un stage dans un service de psychiatrie générale pour adulte. De multiples questions ont alors émergé de cette situation :

Quel mot convient le mieux aux comportements agressifs de ces patients.

Agressivité ? Violence ?

Ces comportements ont-ils un sens ?

Comment se placer dans ces situations d'agression ?

Comment anticiper ou repérer l'arrivée de comportements agressifs ?

Comment y réagir ?

Comment travailler avec ces patients sans se sentir en danger ?

Quelle peut-être la spécificité du travail en psychomotricité auprès de cette population ?

Comment gérer ma propre agressivité ?

Je vais vous exposer, dans un premier temps, différentes théories sur l'origine de l'agressivité, de l'agression et de la violence ainsi que certaines classifications. Puis je vous présenterai la place de la pathologie dans les comportements agressifs et la place du corps dans la pathologie psychotique et dans l'agressivité.

Dans un deuxième temps, je vous présenterai 3 cas cliniques : Carole dont l'hétéro agressivité est majeure, Sophie présentant des auto agressions et Élise qui a suscité ma propre agressivité.

Enfin, je vous parlerai des possibilités dans la prise en charge en psychomotricité de ces patients agressifs : observer l'apparition des troubles du comportement, se placer, agir, prendre en charge en psychomotricité, prendre conscience de sa propre agressivité.

Ce mémoire retrace une expérience de 8 mois de ma vie, de celle d'une équipe et de 3 patientes présentant des troubles du comportement agressif. J'y expose une pratique et un point de vue qui m'est propre et qui prend place dans ce contexte

Théorie

Agressivité, Agression et Violence.

I. Définitions générales

Quand on pense au mot « agressivité », on peut le rapprocher de termes comme « violence » ou « agression ». Dans la littérature, certains auteurs emploient ces termes indifféremment, d'autres font la distinction mais sont parfois en contradiction. Voici, dans un premier temps, quelques définitions, issues du LAROUSSE.

I.1. La violence

La violence se définit comme « une force intense, souvent destructrice » ; « une outrage » ; « un abus de force » ; « un caractère emporté » ; et en droit civil, une « contrainte illégitime exercée sur le consentement d'un des contractants, et qui vicie le consentement en affectant l'élément de liberté de contrat par la crainte qu'elle engendre d'un mal considérable et imminent (la violence peut être physique ou psychique) ».

Ce terme est employé pour caractériser tant des faits ou des actes donc des dimensions concrètes, tout comme un caractère ou un sentiment donc des dimensions plus abstraites. On note le caractère excessif de la violence dans les termes « intense », « abus », « illégitime », « mal considérable » et dans sa dimension de transgression d'une loi. D'après ces définitions, la violence prend place tant dans une sphère sociale que dans une sphère individuelle.

I.2. L'agressivité

L'agressivité se définit comme le caractère agressif d'une personne, d'un animal ou d'une chose, c'est-à-dire comme une tendance à l'attaque, à la provocation.

I.3. L'agression

Elle se définit comme « une attaque non provoquée et subite ». C'est donc un comportement, un acte. Ainsi elle suppose une interaction entre 2 personnages : l'auteur et la victime.

Jean-Luc SENNINGER et Vincent FONTAA, dans leur ouvrage Les Unités pour Malades Difficiles, (page 89) se fondent sur l'étymologie de ces termes pour les distinguer et arrivent

à la distinction suivante : « La violence renvoie l'acte agressif à une dimension supplémentaire, celle de la transgression de la loi, des coutumes et des règles. Ainsi définie, la violence est toujours sous tendue par l'agressivité, mais à l'inverse, toute agressivité ne se traduit pas en violence. La violence n'est pas inéluctable, comme cela est le cas de l'agressivité. Celle-ci traduit une tendance, exprime un trait de caractère ; l'agression, quant à elle, est un comportement. La violence possède des aspects supplémentaires que traduisent une particulière brutalité, une destruction de l'objet et la notion de transgression. ».

Les auteurs se sont employés à trouver une origine à la violence, à l'agressivité et à l'agression sans toutefois faire de réelles distinctions.

II. Violence et agressivité dans le développement de l'enfant

MORASZ dans son ouvrage *Comprendre la violence en psychiatrie* (page 5 à 33) et MOSER dans *L'agression* regroupent les différents points de vue d'auteurs d'obédiences diverses.

II.1. Différentes théories sur l'Origine de la violence

a. point de vue de l'éthologie

Pour Konrad LORENZ, l'agression serait un instinct de combat résultant des fonctions adaptatives nécessaires à l'homme du fait de la structuration des relations sociales supposant des interactions entre les individus. Cette agressivité est naturelle, défensive ou adaptative mais devient destructrice du fait de la construction par l'homme d'armes de plus en plus puissantes.

b. point de vue de la neurobiologie

Les neurobiologistes considèrent l'agressivité comme « une cause et une conséquence du stress ». Des parties différentes de l'encéphale sont activées selon le type d'agressivité. Des recherches se penchent sur l'implication de l'hypersérotoninergie dans les

comportements d'agressivité. Quant aux hypothèses génétiques sur le double chromosome Y, elles sont progressivement abandonnées.

La théorie sur le stress est intéressante dans le sens où cette notion est connue de tous. Il s'agit d'un « mot anglais employé par H. SELYE (1936) pour exprimer l'état émotionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque » (GARNIER et DELAMARE, Dictionnaire des termes de médecine). Dans le Lexique du psychomotricien (page 178) de CARRIC, une classification des agents stressseurs est proposée. On distingue : les stressseurs de performance, les stressseurs de menace, les stressseurs d'ennui, les stressseurs de frustration et les stressseurs de perte ou de deuil. En tant que soignant, il est important de prendre en considération ce stress qui se voit intimement lié à l'agressivité, à notre propre agressivité notamment dans des situations de danger (stressseurs de menace).

c. point de vue de la psychologie

Les behavioristes, selon MOSER (page 91) considèrent l'agression comme un comportement « acquis, maintenu et actualisé au même titre que la plupart des autres comportements sociaux ». Il y aurait donc un **apprentissage** du comportement agressif. Cet apprentissage peut être d'une part « instrumental » : « il se fait par renforcement positif (succès) ou négatif (échec) du comportement du sujet ». Lorsqu'un comportement agressif est couronné de succès, de l'atteinte du but ou d'appréciations positives de l'entourage, le sujet réemploiera ce même comportement dans une situation semblable, convaincu qu'il s'agit du seul moyen pour arriver à son but. Il y a renforcement positif. Au contraire, quand ce comportement aboutit à un échec ou à une punition, le sujet n'utilisera plus ce comportement. Il y a renforcement négatif. D'autre part, l'apprentissage peut se faire par « **imitation** » : le sujet imite le comportement d'un modèle. Cet apprentissage se fait d'autant plus que le sujet est renforcé positivement par le modèle. MOSER distingue aussi l'apprentissage « par **observation** » décrite par BANDURA. Le sujet acquerrait un comportement agressif par observation d'un modèle et des conséquences de ce comportement. S'il y a un renforcement positif, le sujet « observateur » sera amené à reproduire le même type de comportement dans une situation identique. Ainsi, selon la performance de l'agression, on constate un effet inhibiteur ou désinhibiteur sur le comportement du sujet. En référence à cette théorie, on peut concevoir l'impact de l'agressivité de l'entourage d'un sujet sur l'émergence du même type de comportement chez lui. On peut de la même façon, penser à l'importance de ne pas tolérer

ou ignorer ces comportements, notamment dans une institution thérapeutique, au risque de les renforcer.

MOSER décrit d'autre part la théorie sur la relation entre frustration et agression de DOLLARD dans l'ouvrage Frustration et agression. Il en dit que « toute agression est une conséquence de la frustration et toute frustration engendre une forme d'agression ». L'intensité de l'agression serait proportionnelle à celle de la frustration. Cette théorie est intéressante dans le sens où, auprès de certains patients, des situations frustrantes génèrent des comportements agressifs. On peut se poser alors la question de l'influence du cadre d'une séance, des consignes sur l'intensité des frustrations en séance de psychomotricité par exemple.

II.2. Manifestations de la violence et de l'agressivité dans le développement normal de l'enfant en référence aux théories psychanalytiques

Les théories psychanalytiques ont tenté d'expliquer l'origine de l'agressivité comme une origine pulsionnelle.

Une pulsion, au sens freudien, est un processus dynamique consistant dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but. Selon FREUD, une pulsion a sa source dans une excitation corporelle. Son but est de supprimer cet état de tension qui règne à la source pulsionnelle. C'est dans l'objet ou grâce à lui que la pulsion peut atteindre son but.

a. S.FREUD et la pulsion de mort :

Après avoir nié puis élaboré des théories sur l'agressivité, FREUD se fixe en 1920 sur une théorie définitive de l'agressivité. Dans Au delà du principe de plaisir, FREUD expose sa nouvelle théorie des pulsions. Pour lui, il y a un dualisme pulsionnel opposant pulsion de vie (regroupant pulsions sexuelles et pulsion du moi) et pulsion de mort appelée parfois pulsion destructrice ou encore pulsion d'agression quand elle est tournée vers l'extérieur. Ainsi, libido (énergie de la pulsion sexuelle) et agressivité s'intriquent et engendrent l'ambivalence à l'égard de l'objet, en l'occurrence amour – haine envers la mère.

b. M.KLEIN et les positions schizo-paranoïde et dépressive:

Dans la continuité de la théorie freudienne sur les pulsions de vie et de mort, KLEIN décrit le processus par lequel l'agressivité contribue à structurer le psychisme de l'enfant. Une partie de la pulsion de mort et une partie de la pulsion de vie sont projetées vers l'objet externe, le sein. Il y a clivage de l'objet : une partie du sein sur laquelle est projetée la pulsion de mort devient le « mauvais sein » et devient par là même persécuteur donc angoissant. Le Moi, pour se protéger de cette persécution va envoyer vers l'extérieur une partie de la pulsion de mort sous forme d'agressivité. L'autre partie du sein sur laquelle est projetée une partie de la pulsion de vie devient le « bon sein ». KLEIN appelle ce processus « la position schizo-paranoïde ».

L'enfant prend peu à peu conscience que la mère est une seule et même personne, le clivage diminue et les objets partiels bon et mauvais seins fusionnent en objet total. L'enfant prend donc conscience de l'ambivalence de l'amour et de l'agressivité ce qui provoque une angoisse de destruction de la mère. L'enfant entre dans la position dépressive (vers 6 mois). Plus tard, le conflit amour – haine accompagné de rivalité et d'agressivité se retrouve dans les rapports de l'enfant envers le parent de l'autre sexe, envers les frères et sœurs, rivaux dans l'amour des parents.

Dans l'idée de KLEIN, l'impossibilité de passer en position dépressive serait le point de départ de la psychose.

c. WINNICOTT et l'aménagement du monde intérieur

Pour WINNICOTT, dans L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif, l'agressivité fait partie de l'expression primitive de l'amour. Il entend par « amour » la notion d'oralité et d'érotisme oral dans les relations précoces de la mère et de son enfant. Cette libido orale établit « les fondements de la plus grande partie d'une agressivité effective » (p151). L'agressivité est une attaque imaginaire du corps de la mère (ce qui met en avant l'importance du fantasme). Elle est de l'ordre du fantasme. En cela, il se rapproche de la théorie de KLEIN à la différence que pour lui, il n'y a pas de notion de pulsion de mort.

Pour WINNICOTT, l'agressivité commence *in utero*, dans toute la motilité de l'enfant. L'agressivité change de qualité au fil du développement de l'enfant. WINNICOTT fait la différence entre fantasme de destruction et destruction agie. Dans la relation à la mère, l'enfant a le fantasme de destruction mais ce dernier est associé à l'inhibition de l'envie de détruire dans la réalité.

Pour cet auteur, l'influence de l'environnement est fondamentale et conditionne le devenir de l'agressivité. « Avec une mère suffisamment bonne et un environnement favorable, l'enfant en développement intègre cette agressivité. Si l'environnement n'est pas assez bon, l'agressivité se manifeste de manière destructrice et antisociale. » (Langage de Winnicott)

Il parlera aussi de « cruauté » du nourrisson. Cette cruauté prendrait place avant que le nourrisson ne soit capable d'éprouver de la sollicitude (le stade de la sollicitude étant à mettre en parallèle de la position dépressive de KLEIN). Pour être capable d'éprouver de la sollicitude, il faut que l'enfant ait pu exprimer sa cruauté. Ici, la réaction de la mère prend son importance. Le soutien de la mère et le temps permettent à l'enfant de transformer son agressivité sous forme de souffrance, de sentiment de culpabilité et d'un équivalent physique comme le vomissement. Plus tard, elle se transformera en fonction sociale. « Si le bébé est obligé de dissimuler son self cruel parce que l'environnement ne peut tolérer son agressivité, il va devoir se dissocier —c'est-à-dire qu'il ne va pas s'intégrer ni se reconnaître, et qu'il va se cliver. »

WINNICOTT explique de plus que comportement agressif et pulsion aggressive ne peuvent être étudiés l'un sans l'autre.

Il explique le comportement agressif par l'«aménagement du monde intérieur de l'enfant». On peut aussi parler de structuration du psychisme chez l'enfant. En effet, l'enfant ressent des « forces mauvaises » à l'intérieur de lui, qui menacent sa personne et ce qui est bon en lui et il cherche donc à se protéger. Cet aménagement est possible à partir du moment où l'enfant différencie l'intérieur de l'extérieur de lui et réalité et fantasme. Qu'en est-il alors chez le psychotique ?

WINNICOTT décrit 4 situations où apparaissent des comportements agressifs :

- quand un enfant « introverti » (c'est à dire dans son monde intérieur) est en guérison, il se tourne vers le monde extérieur. Ce dernier est trop menaçant et les comportements agressifs comme l'attaque apparaissent en tant que défense. Il serait intéressant de rapprocher cet exemple d'un cas de psychose. Le patient psychotique, replié sur lui-même, est dans ce « monde intérieur ». Lors de prise en charge, nous essayons de l'ouvrir au monde extérieur, à la réalité. Cela favorise-t-il l'apparition de comportement agressif ? Si oui, l'agression ou « attaque » serait-elle en réalité une défense ?

Dans un autre cas, l'enfant, ayant déjà un développement affectif plus développé que précédemment, intériorise une mauvaise relation pour la maîtriser (WINNICOTT donne comme exemple de mauvaise relation, des parents qui se disputent devant leur enfant).

- Cette mauvaise relation intériorisée peut alors prendre le dessus et l'enfant apparaît agressif de manière compulsive.
- L'enfant fait naître des querelles parmi son entourage comme projection de ce qui est mauvais en lui.
- Il y a dramatisation de ce qui est mauvais par des actes (« coups de pied, vents, crachats, etc. ») ou accident afin de préserver ce qui est bon et d'éliminer une part de l'influence mauvaise.

Ainsi, dans tous ces cas, l'agressivité est au service de la structuration du psychisme et de sa défense.

d. BERGERET et la violence fondamentale:

Jean BERGERET s'applique à différencier agressivité et violence, d'abord en 1998 dans Actes de violence : réflexion générale (page 11) puis en 2000 dans La violence fondamentale (page 216). Pour lui, l'agressivité est un terme freudien lié à la pulsion de mort, indissociable de la libido. Ainsi, dans toute agressivité, il y aurait du plaisir obtenu. L'agressivité concernerait un objet sexuel et œdipien donc du registre de l'identification secondaire.

BERGERET nomme la violence qu'il décrit « violence de base » ou « violence fondamentale ». Pour lui, cette violence est liée de par son étymologie à un instinct de vie et non de mort et il la détache de tout plaisir libidinal. La violence fondamentale aurait pour objet le sujet lui-même (la violence est employée pour sa survie) et serait un effort d'édification d'une identité primaire narcissique.

Il écrit en effet : « Nous savons que soit sous sa forme tournée vers l'autre (sadisme), soit sous sa forme retournée contre soi-même (masochisme), dans le cas d'agressivité il s'agit toujours d'un mélange de plaisir, d'érotisation, donc de libido avec une volonté d'attaquer l'objet ou soi-même. » « La violence au sens propre au contraire se réduit à un dynamisme purement défensif sans aucune participation libidinale ».

Ainsi on peut voir très nettement les désaccords entre tous ces auteurs. Certains conçoivent l'agressivité comme distincte de toute pulsion et pour d'autres elles sont inséparables.

Pour les auteurs qui s'accordent à décrire l'agressivité comme une pulsion, reste encore le désaccord entre pulsion de vie donc défense de l'individu, et pulsion de mort, liée à la destructivité.

Il ne s'agit pas ici de faire un choix entre ces théories mais d'avoir en tête ces pôles différents : survie et destructivité. Cela nous orientera dans la tentative de compréhension de l'agressivité voire du passage à l'acte des patients.

Dans le sens d'une origine pulsionnelle de l'agressivité, il faut alors concevoir l'agressivité liée à la libido et donc participant à l'ambivalence.

e. Développement libidinal et agressivité

Michel HURTIG et Jean-Adolphe RONDAL dans Introduction à la psychologie de l'enfant, (pages 281-282) décrivent les manifestations de l'agressivité présentes selon les différents stades du développement libidinal chez l'enfant créant ainsi l'ambivalence.

Lors du stade oral (l'enfant a entre 0 et 1 an), c'est-à-dire lorsque la source de la pulsion prend naissance dans la zone buccale (zone érogène), on distinguerait une « avidité affective, des demandes insatiables, un besoin "dévorant" de l'autre, sans prise en considération de sa personne, la convoitise de ce que l'objet a de bon en lui et le désir de destruction de cet objet ».

Lors du stade anal de 1 à 3 ans, quand la zone anale est la zone érogène, l'agressivité se révèle au travers : « du besoin de dominer autrui, de le traiter comme une possession, de le manipuler, de lui résister. »

Lors du stade phallique de 3 à 6 ans, l'agressivité se voit au travers de l' « esprit de compétition, des réactions de prestance et de défit, de l'ambition ».

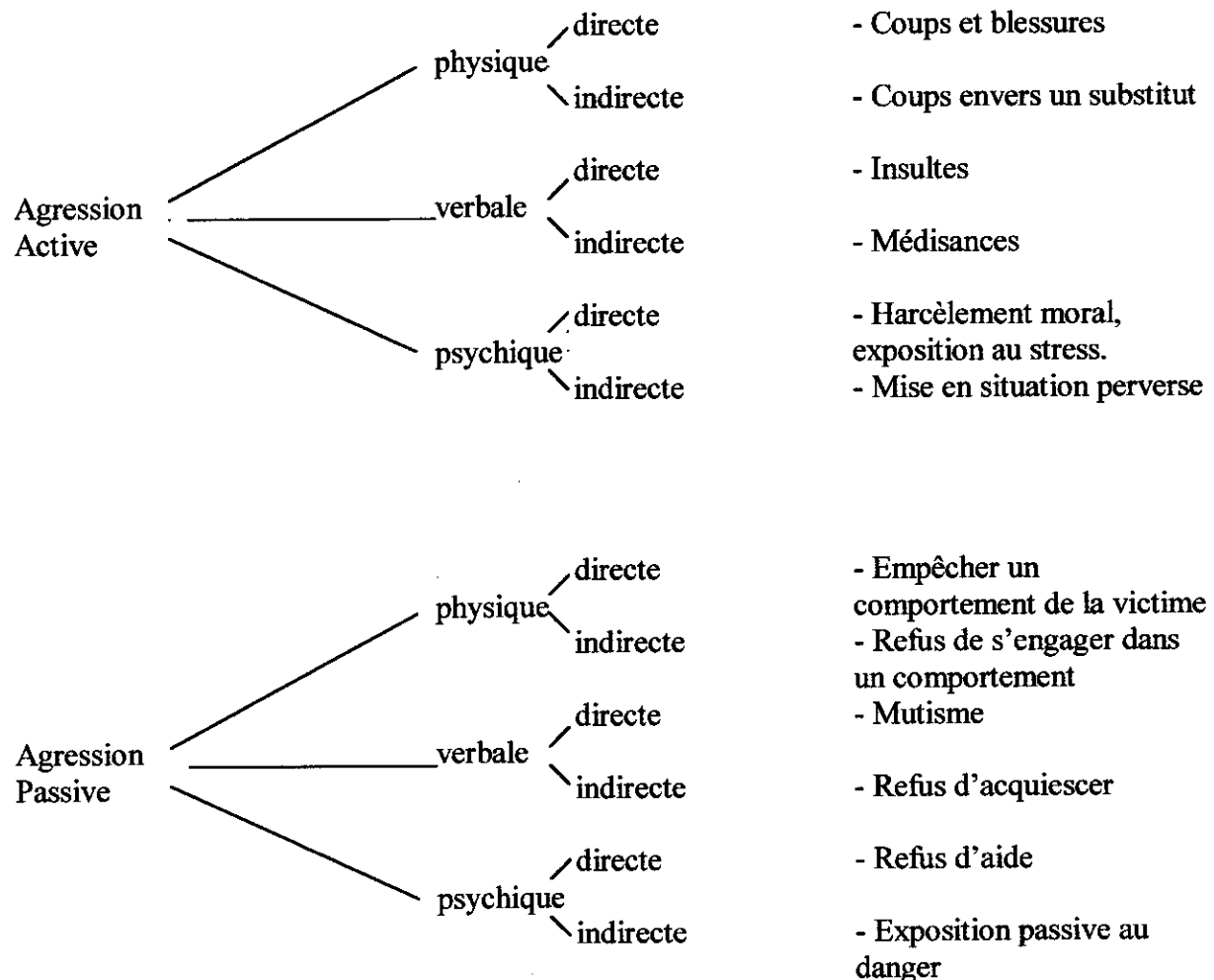
Ainsi, l'agressivité, de façon non pathologique, accompagne l'enfant dans son développement. Nous verrons dans la seconde partie de cet exposé, « pathologie », l'influence de la pathologie mentale sur la manifestation de l'agressivité.

III. Classification des comportements

On peut observer les comportements agressifs sous différents aspects : leur forme, leur fonction, leur dynamique ou encore leur direction.

III.1. Selon leur forme

a. classification de BUSS revue par MORASZ



Cette classification est très intéressante dans le sens où elle permet une analyse fine de la forme de l'agression, des moyens utilisés. Elle prend de plus en compte tous les comportements passifs plus ou moins conscients dont peuvent être victimes ou faire preuve les thérapeutes s'il n'en prennent pas garde.

b. « anger in » et « anger out »

FRIMODT et AKASHA, dans leur article Le travail psychomoteur en groupe pour favoriser une expression convenable de l'agressivité paru dans *Évolutions psychomotrices*, utilisent les termes de « anger in » et « anger out ».

L'« anger in » serait une colère interne. Lorsqu'il y aurait une trop grande accumulation de « anger in », cela donnerait une « impression d'être paralysé au niveau de l'action et d'être accablé par les impulsions qui ne peuvent pas être exprimées verbalement. [Cela serait] une impression d'implosion ».

L'« anger out » serait une colère extériorisée qui, en trop grande quantité, provoquerait une « impression de perdre le contrôle de ce qu'il y a autour de soi et de soi même. [Cela serait] une explosion ».

Cela met bien en avant la dualité entre contenir et exprimer des sentiments. Contenir des pulsions agressives peut être en soi violent (*se faire violence*). Les patients comme les thérapeutes peuvent être confrontés à des situations où contenir est difficile. D'autre part, l'expression des sentiments peut être agressive pour soi et pour autrui dans le sens où la perte de contrôle est angoissante. On peut voir en quoi les thérapies peuvent être violentes quand leur objectif est de contenir l'agressivité. L'enjeu est alors, certes d'amener le patient à contenir cette émotion mais aussi à lui proposer un cadre où il puisse l'extérioriser en toute sécurité et de façon moins destructrice pour lui même et pour autrui.

III.2. Selon leur fonction

CORRAZE, dans De la sociobiologie à la pathologie ou de l'agressivité à la violence, (page 115 à 126) paru dans *Évolutions psychomotrices*, voit dans l'agression un comportement social où prédomine l'égoïsme.

Il trouve six fonctions à ce comportement : les rapports de domination ou de compétition, la défense de l'individu ou de sa progéniture, la défense du territoire, la possession d'une

femelle, le renforcement négatif pour l'apprentissage ou pour le sevrage de la part des parents sur l'enfant, les rapports de prédation.

VAYSSE, dans Violence des patients, violence de l'institution en milieu psychiatrique, (page 127 à 132) considère l'agressivité pathologique et la violence :

- comme « **symptôme** » dans certaines névroses, dans les délires avec dissociation ou paranoïa, dans les comportements d'addiction, dans les psychopathies et dans certains états dépressifs.
- Comme « **acte libérateur** » dans le sens d'une explosion des pulsions agressives ou d'une implosion. Cela permet une décharge de la tension pulsionnelle et amène soulagement au sujet. « Cette libération soudaine de violence et d'agressivité a un effet cathartique. Il s'agit d'une décharge énergétique qui procure un soulagement émotionnel, qui entraîne une résolution des tensions corporelles en particulier musculo-toniques ».
- Comme « **parole** », comme moyen inadapté de communication verbale ou non verbale.

III.3. Dynamique du passage à l'acte

Qu'est-ce que le passage à l'acte ? Comment apparaît-il ?

MILLAUD dans Le passage à l'acte : points de repères psychodynamiques explique ce qu'est le passage à l'acte.

Il s'agirait du témoin de la **rupture** de la chaîne logique entre parole et action : ce qui est dit n'est plus en accord avec ce qui est fait. Il existerait de plus dans le passage à l'acte un **défaut de mentalisation**. Nous parlons dans ce mémoire spécifiquement du passage à l'acte agressif.

MILLAUD tient à différencier l' « acting out », terme employé notamment par les psychanalystes, et le « passage à l'acte » à proprement parlé. Dans l'acting out, l'agir s'inscrirait dans une demande d'aide dans la relation, ce qui ne serait pas le cas dans le passage à l'acte.

« Si cette dimension de « recherche relationnelle » n'existe pas, nous nous situons alors dans le registre de la solitude, du désespoir, de l'évacuation de l'autre et aussi, souvent de la tentative désespérée de contrôler l'autre à tout prix et qui s'accompagne d'un sentiment d'omnipotence. C'est ce que nous appellerons à proprement parler le passage à l'acte ». (page 16)

La notion d'angoisse débordante est aussi très présente dans le passage à l'acte.

« Dans le cas du passage à l'acte, le niveau d'angoisse est tel qu'il semble déborder complètement les capacités du patient d'obtenir de l'aide et il s'agit avant tout de se libérer, de tenter de résoudre un conflit irrésolvable. » (page 16)

Que se passe-t-il entre le moment où apparaissent les premiers signes de l'agressivité et celui où il y a passage à l'acte ?

MORASZ décrit une progression dynamique dans le passage à l'acte :

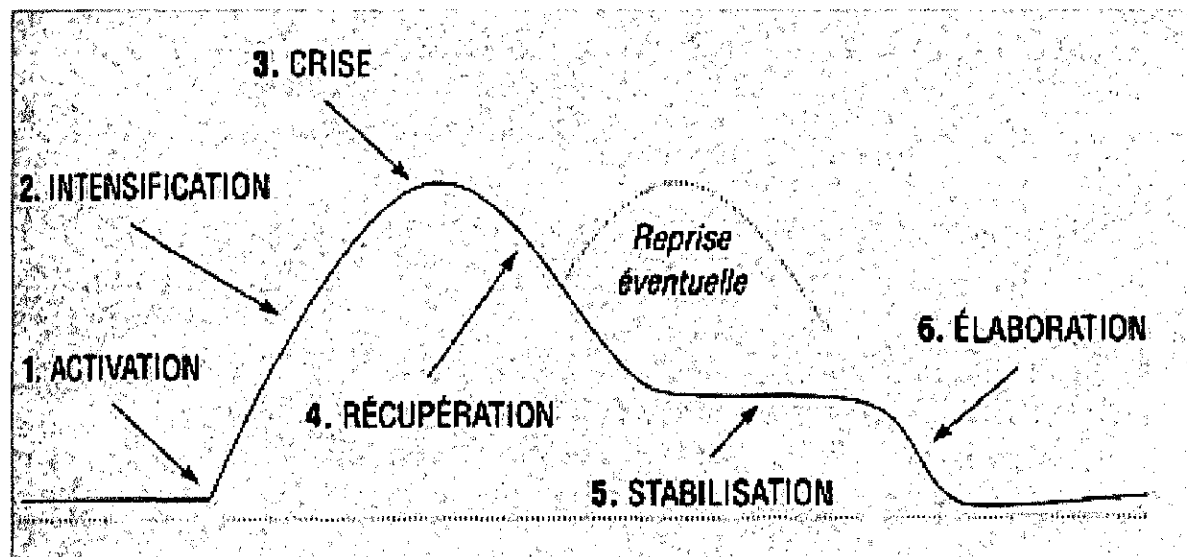


Schéma de MORASZ, « dynamique du passage à l'acte »

- 1- L' **activation** : c'est l'événement, la situation, l'état émotionnel du sujet qui crée ce que MORASZ appelle un « stress »
- 2- L' **intensification** : quand le sujet n'arrive pas ou plus à gérer ce stress, il y a une augmentation de la frustration, de l'énervement et de l'excitation.
- 3- La **crise** : c'est le paroxysme des émotions précédemment citées. Elles ne peuvent plus être contenues. Il y a alors passage à l'acte, agression.
- 4- La **récupération** : c'est la période pendant laquelle le sujet retrouve le contrôle de ses pulsions agressives. C'est une période sensible dans le sens où il peut y avoir réapparition d'une crise si le stress persiste ou s'il y a des stimulations trop intenses.
- 5- La phase de **stabilisation** correspond à la contenance de l'excitabilité.
- 6- L' **élaboration** est une reprise avec le patient du passage à l'acte pour mettre du sens dessus afin d'éviter que le sujet réutilise un passage à l'acte dans une situation identique.

Il est important d'avoir à l'esprit ces différents temps dans le passage à l'acte car l'intervention thérapeutique ne sera pas la même pour chacun d'eux.

III.4. Auto agressivité et hétéro agressivité

L'agressivité peut être dirigée vers un objet ou autrui : on parlera d'hétéro agressivité. Elle peut être aussi retournée contre soi : c'est l'auto agressivité. Il s'agirait d'un retournement du sadisme sur soi. Au point de départ, l'agressivité serait tournée vers l'autre mais une injonction morale, sorte de Surmoi, provoquerait l'auto agression.

On peut aussi faire la distinction entre l'utilisation de l'agression comme **attaque** ou comme **défense**. Cela renvoie à la notion d'interaction dans les comportements agressifs...

IV. L'interaction dans les comportements agressifs et violents

Dans les comportements agressifs, on distingue une interaction entre l'agresseur, la victime et l'environnement. Chacun de ces trois acteurs présente des facteurs propres déterminant la situation aggressive.

L'**agresseur** est « celui qui attaque le premier »(Larousse).

La **victime** est une « personne qui pâtit, parfois jusqu'à la mort, de ses propres actions ou de celles d'autrui. » Cette définition est intéressante dans le sens où elle permet de considérer l'agresseur comme victime de ses actes ou de la situation qu'il a amorcée.

La « victime » est-elle choisie au hasard ? Parfois peut-être. On peut cependant constater que la victime peut participer à l'agression. Elle se place alors dans une « attitude pré-victimelle ». Il s'agit, selon MORASZ, (p45) de l'interaction dangereuse avec l'agresseur dans laquelle se place la future victime du fait de sa personnalité, de son état émotionnel, de ses actes. On pourra remarquer en effet en pratique que certains patients « agresseurs » s'en prennent de

façon récurrente à certains patients en particulier. Pourquoi ? Qu'y a-t-il de spécifique chez ces victimes qui poussent l'agresseur à agir ?

D'autre part, la victime peut être amenée à se défendre et donc à être elle-même agressive ou violente en réponse à l'agression de l'autre. Si la victime reconnaît une situation comme propice à l'agression induisant des sentiments de peur et qu'elle attaque en premier, est-elle toujours victime ou devient-elle agresseur ? On peut se poser la question pour Élise.

De même, quand un sujet se sent en danger et qu'il agresse, dans quelle mesure l'attaque peut-elle être considérée comme défense ? WINNICOTT parlait dans l'Agressivité et ses rapport avec le développement de l'enfant, de cet enclin à l'attaque ayant une valeur défensive face au monde extérieur menaçant.

Peut-on systématiquement définir clairement l'agresseur de sa victime ?

Pathologie.

Même si l'institution dans laquelle nous travaillons est d'une obédience théorique spécifique, il est important d'avoir en tête différentes théories pour pouvoir considérer les patients dans leur globalité.

I. Les troubles envahissants du développement

La classification du manuel diagnostic et statistique de l'association américaine de psychiatrie (DSM IV) et la Classification Internationale des troubles Mentaux et troubles du comportement CIM 10 de l'Organisation Mondiale de la Santé s'accordent pour définir la catégorie des « troubles envahissants du développement ».

Ces troubles sont souvent, même si pas systématiquement, accompagnés d'un certain degré de déficit cognitif général s'évaluant à part.

Aux vues des études de cas rapportées dans ce mémoire, je décrirai ici la sous-catégorie « **Autisme infantile** » dans laquelle, la CIM 10 inclue la psychose infantile, le syndrome de KANNER et le trouble autistique.

Le diagnostic se pose selon les signes suivants :

- développement anormal de l'enfant ou parfois période de normalité mais pas après 3 ans.
- altération qualitative des interactions sociales se traduisant par une appréciation inadéquate des signaux sociaux ou émotionnels.
- altération qualitative de la communication (défaut d'utilisation sociale du langage, anomalies dans les jeux du « faire semblant » ou d'imitation, manque de synchronisation et de réciprocité dans la conversation, de souplesse dans l'expression verbale, de créativité et de fantaisie dans le processus de la pensée, de réactions émotionnelles aux sollicitations d'autrui, de gestes accompagnant le discours verbal.
- aspect restreint, répétitif et stéréotypé du comportement, des intérêts et des activités (tendance à rigidifier et à ritualiser de nombreux aspects du fonctionnement quotidien, attachement spécifique à des objets insolites, typiquement de consistance dure, rituels, stéréotypies motrices, résistance aux changements dans les activités routinières, opposition à toute modification de l'environnement personnel).

II. La psychose

Avant d'arriver à la classification précédente, bon nombre de théories sur la psychose et l'autisme ont été énoncées. Nous allons, de façon globale (et certes non exhaustive) reprendre l'évolution de ces termes et théories. Pour cela, je me réfère à l'ouvrage de MAZET et STOLERU, Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. (page 188 à 210) Ceci permettra d'avoir une vue d'ensemble des théories sur la structure psychique des cas abordés dans la partie clinique.

II.1. clinique :

C'est Eugen BLEULER qui en premier a parlé d' « **autisme** » dans le cadre de ses recherches sur la schizophrénie.

Puis Léo KANNER, en 1943, avance sa théorie de l'**autisme infantile précoce**. Ce sont globalement les mêmes signes cliniques repérés pour diagnostiquer l'autisme infantile de la CIM 10. KANNER différencie l'**autisme primaire** au début extrêmement précoce de l'**autisme secondaire** dont l'apparition se situe après quelques années d'un développement normal. Il appelle tous les troubles voisins **psychoses infantiles précoces** à partir du moment où ils ne regroupent pas l'intégralité du tableau clinique de l'autisme.

Margaret MAHLER parle en 1952 de la **psychose symbiotique** pour des enfants dont l'angoisse de séparation vécue ne trouverait pas à se résoudre et s'organiserait de façon pathologique et de **psychose autistique**.

MISÈS, en 1970, introduit le terme de **psychose à expression déficitaire** qui associe état déficitaire et état psychotique. Il parle aussi des **dysharmonies évolutives de structures psychotiques**.

II.2. Structure psychotique selon J.BERGERET :

Dans La personnalité normale et pathologique, BERGERET décrit les grandes structures de bases de la personnalité et leurs caractéristiques. (page 73)
Il définit la structure psychotique comme correspondant à « une défaillance narcissique primaire dès les premiers instants de vie. C'est une impossibilité pour l'enfant d'être considéré comme un objet distinct de la « mère sujet » ».
Il décrit les caractéristiques de cette structure :

- l'instance dominante est le « ça* », le « moi* » est incomplet et morcelé et il n'y a pas de « surmoi* » organisateur.
- Le conflit psychique se situe entre le « ça » et la réalité.
- Les angoisses sont de morcellement, de destruction, de mort par éclatement
- Les mécanismes de défense* utilisés sont principalement le déni de la réalité*, la projection* et le clivage du moi*.
- La relation d'objet est fusionnelle

II.3. Étiopathogénie

Les tentatives d'explication de l'origine de la psychose sont aussi très nombreuses. Voici quelques théories choisies pour leur intérêt par rapport aux cas cliniques.

Certaines approches organiques, notamment celle des neurophysiologistes, permettent d'émettre l'hypothèse que l'autisme se fonderait sur la « faillite de la barrière protectrice contre les stimuli et l'invasion du milieu intérieur par stimuli non filtrés venus du monde extérieur ». Aux vues de cette hypersensibilité, l'autisme pourrait procéder par une hyper sélectivité ou un rejet de toute stimulation de l'environnement pour se protéger.

Les approches psychanalytiques sont multiples. Voici quelques auteurs dont les théories sont intéressantes dans leur rapprochement à la dimension d'agressivité.

WINNICOTT parle d'une séparation trop précoce d'avec la mère quand l'enfant n'a pas encore conscience de ses limites corporelles qui provoquerait un sentiment de perte d'objet, de perte d'une partie de lui même. L'enfant tomberait dans une dépression psychotique. Le cas de Sophie, abandonnée très tôt, pourrait aller dans ce sens.

TUSTIN explique que l'autiste entretiendrait « l'illusion d'une continuité entre son corps et le monde environnant pour éviter d'éprouver toute expérience de séparation qu'il ressentirait non seulement comme perte de l'objet, mais aussi comme une perte de son propre corps » (psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, MAZET et STOLERU, page 201). L'objet autistique maintiendrait cette illusion.

Margaret MAHLER met en avant aussi les difficultés de séparation que les enfants autistes vivent. Elle détermine dans le développement normal de l'enfant différentes phases : la phase autistique normale pendant les 4 premières semaines de vie puis la phase symbiotique de 2 à 4 mois prenant le pas sur la première. Après cette phase, tout un processus de séparation-individuation se met en place. Elle distingue à partir de cela 2 formes de psychoses : Les psychoses autistiques résultant de l'incapacité de l'enfant à passer en phase symbiotique et les psychoses symbiotiques, échec du passage en phase de séparation.

On voit dans ces théories toute la problématique de la relation et séparation de la mère.

La notion de symbiose est intéressante quand on pense à Élise qui tend à diminuer la distance entre nous et qui ne supporte pas la séparation de ses « jouets » (objets autistiques).

Mélanie KLEIN, au travers de l'observation de patients psychotiques, a élaboré sa théorie sur les phases schizo-paranoïde et dépressive dans le développement de l'enfant. MORASZ mentionne la théorie de KLEIN pour décrire la psychose. « ...Mélanie KLEIN, qui fait de la psychose une régression d'un sujet à la phase schizo-paranoïde amenant le psychotique à être constamment menacé de morcellement, faute de pouvoir compter sur un bon objet interne unificateur ». Ainsi, le psychotique serait la proie d'angoisses de morcellement. Le sujet cliverait toujours l'objet en bon et mauvais objet et manifesterait de l'agressivité pour extérioriser les pulsions de mort.

MORASZ parle de la théorie de LACAN, sur la forclusion pour décrire les mécanismes de destruction et de rejet. Chez le psychotique, on retrouverait la forclusion du Nom du Père.

Le Nom du Père serait une instance support « de la fonction symbolique qui, depuis l'orée des temps historiques identifie sa personne à la figure de la loi ». La relation d'exclusivité avec la mère empêcherait toute ouverture du bébé sur le monde extérieur, sur une autre personne faisant tiers : l'« Autre », le Père. Il y aurait alors déni de la castration.

Il n'y aurait donc pas d'intégration de la loi œdipienne chez le psychotique. Cela sous-tendrait une difficulté à intégrer les lois sociales par la suite.

Pour la suite de l'exposé, je ne parlerai plus que d'agressivité et non pas de violence dans le sens où nous avons défini la violence comme une transgression des règles et des lois ce qui nécessite de les avoir intégrées à minima. Dans la mesure où cette intégration n'est pas forcément évidente chez le psychotique, je ne parlerai pas de violence mais d'agressivité.

III. Agressivité dans la psychose

III.1. Les pulsions agressives dans la psychose selon HURTIG et RONDAL

HURTIG et RONDAL, en se référant à divers auteurs et notamment à WIDLÖCHER, expliquent que dans la psychose, il n'y aurait pas d'intrication des pulsions de vie et de mort soit pas d'intrication de la libido et de l'agressivité. « Les enfants psychotiques passent alternativement de l'amour à la haine – laquelle frappe par son intensité – vis-à-vis de la même personne ». Il y aurait une mère absolument bonne et une mère absolument mauvaise sans lien entre elles. « L'enfant conçoit au cours de rage une angoisse très forte, craignant une rétorsion de la part de cette mauvaise mère qu'aucune image favorable ne vient tempérer ». Ces enfants ne faisant pas de lien entre ces mères bonnes ou mauvaises, ne peuvent ressentir de culpabilité.

La déliaison entre libido et agressivité fait qu'il n'y a pas d'ambivalence. Cela rejoint l'idée de RACAMIER, concevant la psychose comme une défense contre l'ambivalence.

III.2. Le passage à l'acte dans la psychose selon MILLAUD (page 22)

Dans la psychose, « le processus de mentalisation est inexistant du fait d'une incapacité du sujet à organiser sa pensée ». « Les agirs sont alors les témoins de cette emprise directe des perceptions et des pulsions sur le psychisme du sujet qui n'est pas capable de les contenir, les métaboliser et les restituer sous une forme digérée. » Ainsi, on constate que les perceptions corporelles ou environnementales que le sujet ne peut pas penser sont le point de départ du passage à l'acte.

III.3. Agressivité et contre-transfert auprès de patients psychotiques

Travailler avec des patients psychotiques nous expose à certaines émotions qui peuvent nous surprendre.

Le terme de contre-transfert a été largement repris, son sens élargi, sa définition remaniée. Nous pourrions retenir de l'article de REID, Un parcours historique de la théorie du contre-transfert, que le contre-transfert est très spécifiquement employé dans la cure psychanalytique. Il s'agirait pour HEIMANN de tous les sentiments qu'éprouvent l'analyste

envers le patient ou encore pour WINNICOTT des « sentiments d'amour ou de haine en réaction à la personnalité ou au comportement de l'analysant. »

Le choix de ces auteurs est certes très restrictif dans la perspective d'une définition globale du contre-transfert mais ce qui nous intéresse ici c'est surtout la notion de sentiments ou émotions et d'interaction avec le patient. Nous ne nous situons pas dans un contexte psychanalytique. Il serait donc impropre de parler de contre-transfert. Nous pourrions alors plutôt parler de « mouvement » ou « **contre-mouvement** » pour parler de ces émotions qui nous prennent, parfois qui nous envahissent dans la relation avec les patients. J'entendrai par « mouvement » un mouvement psychique : les émotions passent et un mouvement physique : nos réactions corporelles, la place de notre corps dans la relation avec le sujet et face à ce qu'il nous renvoie.

« L'analyste, plutôt qu'à une reviviscence en lui de ses propres conflits à l'endroit des imagos, retrouve une sorte d'activité brouillonne des mouvements pulsionnels mal canalisés. »

Ainsi, les émotions provoquées en nous peuvent nous surprendre par leur complexité et leur caractère inhabituel. Ma rencontre avec Élise a éveillé des sentiments agressifs en moi, que je n'aurais jamais imaginé pouvoir ressentir.

IV. Le Moi-Peau dans la psychose

Comme l'a décrit Didier ANZIEU, la construction du psychisme s'étaie sur le corps, en particulier à partir des stimulations sensorielles tactiles dans la relation à la mère. Il parlera donc du Moi-Peau. Cette notion met en avant le lien fondamental entre corps et psychisme.

Il décrit un parallèle entre les fonctions de la peau et celle du Moi, ce qui aboutit à la présentation de huit fonctions de ce Moi-Peau actuellement déterminées. L'altération de ces fonctions se retrouverait dans la pathologie psychotique. Voici succinctement ces fonctions.

La première est une fonction de **maintenance du psychisme** qui a été possible par l'intériorisation du **holding maternel**. Le Holding est une notion de D.W. WINNICOTT décrivant la façon de maintenir l'enfant.

La seconde est une fonction de **contenance** exercée par le **handling maternel**, c'est-à-dire les soins apportés à l'enfant. La peau enveloppe le corps et de la même manière, le Moi-Peau envelopperait l'appareil psychique. L'altération de cette fonction engendrerait un « Moi-Peau

passoire » où les pensées, les souvenirs et l'agressivité s'échapperaient provoquant de l'angoisse chez le sujet.

La troisième est une fonction de **pare-excitation**. Le Moi-Peau servirait de protection. Parfois, en prise en charge, nous avons nous-même une fonction de pare-excitation pour protéger, par exemple, le patient de stimulations trop intenses.

Les fonctions suivantes sont une fonction **d'individualisation du Soi**, une fonction **d'intersensorialité** de Moi-Peau permettant de lier des sensations différentes d'origines diverses, une fonction de **surface de soutien de l'excitation sexuelle**, une fonction de **recharge libidinale** du fonctionnement psychique, et enfin une fonction **d'inscription des traces sensorielles tactiles** renforcée par l'environnement et le rôle de « **présentation de l'objet** » de la mère décrite par WINNICOTT.

Ainsi, psychisme et corps se développent en intrication et en interaction. Nous avons vu dans cette partie l'aspect **psychique** pathologique des patientes que j'ai suivies. Il est donc indispensable de redonner la place au **corps** afin de décrire ces personnes dans toute leur globalité et individualité. C'est alors que peut « prendre corps » la **psychomotricité**.

Corps et Psychomotricité.

Les premiers mots de l'ouvrage de Michel BERNARD, le Corps, nous annoncent toutes les caractéristiques du corps : « *c'est en lui et par lui que nous sentons, désirons, agissons, exprimons et créons. Bien plus, tout autre réalité vivante ne s'offre à nous que dans les formes concrètes et singulières d'un corps mobile, attrayant ou non, rassurant ou menaçant* ».

Ceci montre bien la globalité et l'ensemble des caractéristiques et fonctions du corps. Nous allons reprendre chronologiquement ces éléments et spécifier leur place dans la psychose.

I. La sensorialité : « Nous sentons »...

Les cinq sens de notre corps nous permettent de percevoir, d'analyser, d'appréhender au mieux notre environnement. Ils sont tous engagés dans la relation à l'autre et dans l'interaction. D'après les études des neurophysiologistes sur l'origine de l'autisme, mentionnées plus haut, on peut voir que l'hypersensibilité est vécue comme dangereuse voire agressive poussant l'enfant à se fermer à toute stimulation extérieure.

- **L'olfaction** : « *Et l'odeur pénétrait directement en eux [les hommes] jusqu'à leur cœur , et elle décidait catégoriquement de l'inclinaison et du mépris, du dégoût et du désir, de l'amour et de la haine* » (Patrick SÜSKIND, le Parfum). Chacun a une sensibilité à l'odeur plus ou moins développée. Néanmoins, elle active en nous des émotions, ravive des souvenirs et peut être source de plaisir comme nous le verrons pour certains patients. En effet, Sophie est très sensible à l'olfaction. elle peut se détendre et prendre plaisir à sentir de la crème hydratante tout comme s'agiter en sentant une odeur de cigarette trop intense.
- **La gustation** : elle permet à l'individu de déterminer ce qui est bon ou mauvais dans son alimentation. On remarque que dans certaines pathologies, les individus présentent une dysgueusie, c'est-à-dire une anomalie du goût et sont enclins à manger des choses non

comestibles. Carole mange l'herbe, le plâtre des murs par exemple et Sophie mange les mégots de cigarette.

- **La vision** : je parlerai ici plutôt de « regard ». Il sous-entend les notions d'attention, de relation, de communication et d'expression. Renée MARTI dans son ouvrage Écouter et comprendre les enfants autistiques, nous dit que les autistes au sens de KANNER n'accrochent pas le regard et que les psychotiques ont des difficultés à maintenir le regard les yeux dans les yeux. On peut cependant noter l'importance de la vision périphérique chez ces patients.

Au travers du regard passent les émotions. On sent, par exemple, au regard de Sophie si elle se sent bien, en sécurité ou si, au contraire, elle est inquiète et a peur.

- **L'audition** : notons que des stimulus auditifs trop intenses, persistants un long moment peuvent provoquer chez certains l'émergence de l'agressivité. Dans son ouvrage, G. MOSER (page 60 à 63) regroupe plusieurs expériences prouvant l'influence du bruit sur l'agressivité et nous amène aux constatations suivantes : le bruit augmente l'excitation d'un sujet et facilite l'expression de l'agression d'autant plus que le sujet a été auparavant exposé à un modèle d'agressivité, et que le bruit est non prédictible et incontrôlable.

On peut constater que dans le service, rares sont les moments de silence et de calme. Quelle part ces stimulations auditives peuvent-elle avoir dans l'apparition ou l'intensification des comportements agressifs ?

- **Le toucher** : le toucher au sens large est la sensibilité mécanique cutanée et thermique. On parle aussi de somesthésie. Ce sens prend vie grâce notamment à l'organe « peau » et ses caractéristiques (compositions en récepteurs sensoriels). La peau est en effet la limite de notre corps, elle est en contact avec l'extérieur et peut toucher et être touchée. La manière de toucher l'autre ou de se toucher soi même reflète les émotions en jeu au même moment. Ainsi, la façon de toucher peut être agressive, et le ressenti ou vécu du toucher peut l'être autant.

Notons toute l'importance du toucher dans la relation à la mère par le *holding* et le *handling* décrits par WINNICOTT. De plus, comme le décrit ANZIEU, la sensibilité tactile est un étayage au développement du psychisme.

Je mentionnerais de plus la dimension de l'érotisation dans le toucher. Cette dimension est d'autant plus présente dans une prise en charge en piscine où les corps sont dénudés et où la distance interpersonnelle est nettement diminuée. L'activité fantasmatique peut-être débordante. Il est donc important de mettre du sens sur un « toucher ». Cela lui donne un cadre spécifique permettant de conserver la dimension thérapeutique.

II. Le sujet désirant : « *Nous désirons* »...

Dans la prise en charge en psychomotricité, on cherche à travailler à partir du désir du patient ce qui le place en position de sujet à part entière même s'il n'est pas toujours évident de percevoir ce désir chez certains patients. Élise a demandé à participer au groupe piscine. Carole demande à aller nager dans le grand bassin.

C'est lors du bilan que nous pouvons observer dans quels types d'activités le patient se sent le mieux et semble prendre le plus de plaisir. À partir de cela, nous pouvons envisager d'utiliser ces éléments dans la prise en charge.

III. La motricité : « *Nous agissons* »...

La motricité volontaire a pour principale fonction la maîtrise de l'environnement. Nous agissons sur lui en fonction de notre intention dans la limite du possible. La motricité reflète d'autre part l'état émotionnel au travers de l'acte en lui-même, de sa signification, de ses caractéristiques (amplitude, rapidité d'exécution, impulsivité)...

Chez les psychotiques, on retrouve au niveau de la motricité, des stéréotypies ; elles consistent « dans la répétition continue des mêmes gestes (stéréotypies motrices ou échopraxies*), des mêmes tics, des mêmes mots (stéréotypies verbales, écholalies*) (Lexique du Psychomotricien)(page 177)

Renée MARTI spécifie qu'à la différence d'un tic (qui est au point de départ un geste d'usage comme se passer une main dans les cheveux par exemple), la stéréotypie est dépourvue d'utilité, en apparence, pour l'observateur. Elle dit : « la stéréotypie est un geste original, dont l'utilité n'a aucune évidence pour l'observateur extérieur. Elle n'a de sens que dans la représentation que ces enfants ont d'eux-mêmes et du monde qui les entoure. »

Elle décrit 3 grandes fonctions des stéréotypies pour le sujet psychotique. La première est une **fonction de décharge de l'excitation** dans le geste. Cette excitation peut être joyeuse tout

comme furieuse. Cela permet au sujet d'écouler l'excitation qu'il ne contient plus en lui vers l'extérieur. La deuxième est une **fonction de « peau »**. Les gestes stéréotypés, tout comme les sons, réalisent une enveloppe psychique protectrice pour le sujet, enveloppe qu'il n'arrive pas à construire sans cela. « S'environner de gestes ou de bruits crée autour du corps de l'enfant une sorte de zone intermédiaire filtrante où les contacts se brouillent et perdent leur sens ». La troisième fonction de ces stéréotypies est une **fonction de permanence**. La stéréotypie intervient dans un désir d'immuabilité du monde extérieur étant donnée que tout changement de l'environnement du sujet psychotique est angoissant.

On peut aussi émettre l'idée que les sensations corporelles générées par les stéréotypies permettent au sujet de sentir son corps, de se sentir exister.

Ainsi, les stéréotypies ont pour but de décharger le sujet d'une excitation (et par conséquent de l'agressivité dans certains cas), de se protéger de l'agression du monde extérieur (bruits envahissants, changement angoissant) et de ses propres angoisses.

IV. Communication verbale et non verbale, tonus, posture et mouvement : « Nous exprimons »...

L'expression de nos affects se fait tant au travers du langage oral (nous parlerons de communication verbale) que par le corps (communication non verbale), parfois même à notre insu.

Cette communication non verbale est perceptible grâce aux gestes, à la mimique, au regard, à la posture et au tonus.

Le tonus est l'état de tension permanente des muscles. Les émotions passent au travers du tonus et permettent aux autres de percevoir l'état émotionnel du sujet. Pour WALLON, « la fonction tonique, en assurant la régulation des réactions émotives et, par là, de la vie affective, permet du même coup son extériorisation, son expression et, par conséquent son action sur autrui dont elle assimile simultanément les réponses. » Cela nous amène donc à envisager le tonus comme interaction entre deux personnes. C'est ce que WALLON appelle le dialogue tonique, qui est la forme de communication primitive entre la mère et son bébé. On peut extrapoler cette notion à la relation entre un patient et un thérapeute. Ce dialogue tonique est très présent dans les porters en prise en charge en piscine et dans la contention physique lors des crises de certains patients. Pierre ANDRE, Thierry BENAVIDES et Françoise CANCHY-GIROMINI, dans leur ouvrage Corps et psychiatrie, parlent de la qualité expressive du

tonus : (page 33) « Pour AJURIAGUERRA le dialogue tonique entre la mère et l'enfant permet "d'établir le premier couple antithétique : l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de satisfaction". Ainsi le tonus est à la fois communication de l'état émotionnel entre l'enfant et son environnement, mais il est aussi expression de son état tonique. »

Le tonus s'observe lors de l'examen du ballant et de l'extensibilité ainsi que dans la posture et les mouvements. Le tonus représente donc un élément de base, sur lequel le psychomotricien peut se fier pour « percevoir » l'état de son patient dans la relation thérapeutique. Jean BERGES, dans Du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant (page 674) a décrit les particularités du tonus dans la relation. Nous pouvons nous intéresser tout particulièrement à l'état tensionnel, que nous pouvons parfois retrouver chez Sophie ou Élise. Le sujet présente « un état d'alerte, une hyper vigilance, se tient « sur le qui-vive ». Cet état de tension interne se traduit au niveau de la posture, à la fois bloquée et inquiète ; difficile à modifier de l'extérieur, l'attitude générale trahit l'absence de disponibilité, la crispation (dans la « position de repos », les poings sont crispés, les épaules sont remontées). Quand au mouvement, il oscille entre la retenue contrainte et l'explosion brusque, ce qui lui confère un caractère heurté. Les mâchoires sont serrées...La respiration est souvent bloquée, entrecoupée de long soupirs... »

Intervient aussi, dans ce concept, la notion de toucher.

V. L'espace et la distance : « *Formes* »... « *attrayant ou non* »

Notre corps a une forme. C'est un espace, une surface, un volume avec ses limites qui permet d'être vu, d'exister. Ses limites déterminent aussi un dedans et un dehors. Dans la pathologie psychotique, ces limites peuvent être vécues comme floues voire inexistantes, ce qui peut générer des angoisses par exemple de morcellement, de liquéfaction...

Avoir envie d'aller vers l'autre ou au contraire la répulsion mettent en évidence la distance physique qu'on est prêt à accepter dans la relation. Cette notion de distance est largement développée dans l'ouvrage d'Edward T. HALL, la dimension cachée. Il détermine les différents types de distances chez l'homme (pages 147 à 160). Il repère 4 distances chacune avec un mode proche et un mode lointain : distance intime, personnelle, sociale et publique.

La **distance intime** mode proche (0 à 15 centimètres) est celle de l'acte sexuel ou de la lutte. Les corps sont largement en contact. Sur le mode lointain (de 15 à 40 centimètres) on observe que: « ... têtes, cuisses et bassins ne sont pas facilement mis en contact, mais les mains peuvent se joindre. La tête est perçue plus grande que nature et les traits sont déformés. » HALL spécifie que cette distance peut être gênante et mal vécue : « À cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. La vision (souvent déformée), l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine, constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps. » Cette proximité, quand elle est avec un étranger, est d'autant plus insupportable.

Il s'agit de ce type de distance qui s'est instauré lors d'un passage à l'acte de Carole pour lequel il nous a fallu la contenir physiquement. Les éléments perceptifs nous ont permis d'entrer dans un dialogue tonico-émotionnel. On retrouve aussi cette distance lors des porters en prise en charge en piscine.

C'est le sens que l'on va mettre sur cette distance qui va déterminer la gêne.

C'est cette même distance qu'Élise met entre nous pour me parler. Dans ce cas là, cela était insupportable pour moi car elle ne respectait pas ma distance personnelle.

La **distance personnelle** est une distance que l'on pourrait imaginer « sous la forme d'une petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un organisme créerait autour de lui pour s'isoler ». Le mode proche est de l'ordre de 45 à 75 centimètres. Le mode lointain est de 75 à 125 centimètres. Il s'agit de la distance limite de l'emprise physique sur autrui. C'est cette distance que j'accepte dans la relation avec élise dans le sens où cela m'assure une certaine sécurité. Le fait qu'elle pénètre dans cette « bulle » était très difficile pour moi.

On peut constater que certains patients psychotiques ont tendance à mettre des distances inadaptées notamment dans le sens de la fusion.

La **distance sociale** proche (1,20 à 2,10 mètres) et lointaine (2,10 à 3,60 mètres), font qu'il n'y a pas de pouvoir sur autrui et que personne n'est touché.

La **distance publique** marque des changements sensoriels plus importants. Sur le mode proche (3,60 à 7,50 mètres), un sujet peut adopter une conduite de fuite ou de défense et parlera plus fort à son interlocuteur. Cette distance est notamment instaurée lorsque je propose à Carole de s'éloigner d'un groupe de patients. Cela permet d'une part de protéger le groupe, de se préparer à se défendre et d'autre part à diminuer les stimulations sensorielles trop intense qui peuvent être difficilement supportable par Carole.

Ainsi, la distance a un rôle primordial dans la relation à l'autre. Elle conditionne la sécurité ou l'insécurité, le bien-être ou la gêne. Il est important de mettre du sens sur ces différentes distances pour se rendre compte si elles sont adaptées ou non.

VI. Les émotions : « attirant, rassurant, menaçant »...

Être en relation avec un individu provoque en nous des émotions, parfois vives. Dans la relation thérapeutique, le patient peut être amené à revivre des émotions, à en découvrir de nouvelles et à en prendre conscience. Le thérapeute aussi ressent des émotions, qui lui sont propres, provoquées par la situation ou par les émotions du patient. En cela, on pourrait parler de mouvement de contre-transfert ou contre-mouvement.

En psychomotricité, l'émotion primordiale recherchée est le plaisir. C'est à partir du plaisir qu'il s'autorisera et aura l'envie de vivre de nouvelles expériences. Le plaisir se place alors comme moteur de la prise en charge.

VII. Le temps :

En plus des notions abordées dans la citation de M.BERNARD, j'ajouterai celle de temps. En effet, notre corps, nos actions, nos expressions s'inscrivent dans une certaine temporalité. Les transformations corporelles témoignent de cette temporalité : transformation de la peau, blanchiment des cheveux, cicatrisation des blessures, etc.

De plus, dans tous nos actes, en particulier dans l'agression et la dynamique du passage à l'acte, on distingue les notions d'**antériorité** (lors des phases d'activation et d'intensification caractérisées par le changement d'état tonique, psychique, les réflexions...avant l'acte), de **simultanéité** (lors de la phase de crise caractérisée par l'acte en lui même et le corps dans cet acte) et la **postériorité** (après l'acte, les phases de récupération, de stabilisation et d'élaboration pendant lesquelles l'état corporel, psychique reviennent à une situation de repos, et où un recul et une critique de l'acte sont sollicités...).

Porter attention à toutes ces caractéristiques corporelles permettra au psychomotricien d'observer les signes précurseurs de l'apparition de l'agressivité chez un patient. Cela nécessite une disponibilité psychocorporelle.

Clinique

Introduction

Dans un premier temps, je vais vous présenter succinctement le service ATED.

Puis, je vous présenterai 3 patientes que j'ai suivies cette année en prise en charge en psychomotricité dans cette unité. Elles manifestent toutes des comportements agressifs de formes et de fonctions différentes. Elles illustrent ainsi très bien l'hétérogénéité des manifestations de l'agressivité.

La première, Carole, présente une hétéro agressivité majeure et de l'auto agressivité. La seconde, Sophie présente une auto agressivité majeure et de l'hétéro agressivité. Enfin, je vous parlerai d'Élise, qui a suscité ma propre agressivité.

Ces 3 patientes participent au groupe piscine dont je vous rappellerai le projet global.

L'observation de ces jeunes femmes s'est effectuée sur leur lieu de vie, lors de la prise en charge en psychomotricité et lors du bilan psychomoteur de chacune d'elle que l'on peut retrouver dans leur intégralité dans les annexes.

I. Présentation de l'unité ATED

L'unité ATED s'inscrit dans l'Établissement Public de Santé (EPS) Charcot et accueille des patients Adultes atteints de Troubles Envahissants du Développement. Son activité se divise en 3 pôles :

- l'intra hospitalier où sont accueillis 14 patients à temps complet
- l'accueil de jour pour 4 patients
- les consultations permettant l'évaluation sur une semaine d'un patient extérieur

Nous nous intéresserons tout particulièrement au premier pôle.

Sur l'intra hospitalier sont accueillis des patients déficitaires et atteints de troubles psychiatriques qui se trouvaient, à un moment de leur vie, en état de crise dans l'institution où ils étaient pris en charge ou dans leur famille. Pour certains, cette situation de crise se manifeste par l'apparition et la persistance de troubles du comportement se traduisant notamment par des passages à l'acte auto et hétéro agressifs difficilement gérables sur le lieu de vie ou de soin précédent.

L'objectif général de l'institution est de faire diminuer ces troubles du comportement, en ajustant les traitements thérapeutiques, en repérant le contexte d'apparition des troubles, en favorisant la communication, la socialisation et l'autonomie des patients dans la perspective de les orienter vers de nouvelles structures.

Les moyens mis en place pour la réalisation du projet sont :

- une **équipe pluridisciplinaire** composée de 2 médecins psychiatres (1 à temps plein, l'autre à mi-temps), 15 infirmiers, 12 aides-soignants, 1 ergothérapeute, 1 psychomotricienne, 1 psychologue, 1 assistante sociale, 1 secrétaire, 1 cadre de santé et 1 cadre supérieur de santé.
- Une organisation des temps de réunion et transmission, des moyens ou supports de communication entre les différents membres de l'équipe afin de coordonner au mieux les actions.
- La mise en place de **projet** individualisé pour chaque patient
- Une organisation d'un planning d'activité : sorties, ateliers thérapeutiques, prises en charge médicales et paramédicales.

II. Projet thérapeutique du groupe piscine

Carole, Sophie et Élise sont prises en charge depuis septembre 2001 dans le groupe piscine, encadré par la psychomotricienne du service, un infirmier et moi depuis septembre 2002.

Cette prise en charge se déroule 1 fois toutes les 2 semaines.

Je vais vous présenter les différents temps d'une séance ainsi que ce qui y est travaillé de façon globale. À partir de ce cadre de travail général, nous travaillons plus spécifiquement avec chaque patient en tenant compte de son projet thérapeutique individuel.

II.1. Le cadre spatio-temporel :

Le groupe est suivi sur un long moment, de 11h30 à 15h, avec une séance de $\frac{3}{4}$ d'heure dans l'eau. L'année dernière, ce groupe avait lieu chaque semaine. Cependant, la psychomotricienne et l'infirmier se sont aperçus qu'après les semaines de vacances sans prise en charge, les patientes faisaient une meilleure séance. Ils en ont déduit que les séances hebdomadaires étaient trop rapprochées et que cela en faisait trop pour elles. Les émotions et les contraintes de cette prise en charge devaient peut-être prendre du temps à être « digérées », intégrées. Ainsi, ils ont décidé de changer la régularité de cette prise en charge et de la faire une fois toutes les deux semaines.

Cette activité s'inscrit de plus dans un cadre spécifique : extérieur à l'hôpital, dans une piscine municipale, ce qui de façon plus large tend à socialiser ces patients.

La régularité de la prise en charge permet l'établissement de repères spatio-temporels fixes et rassurants.

II.2. Déroulement d'une séance :

- préparation des sacs à dos à l'ATED. Chaque patient doit mettre sa serviette dans le sac et le refermer. Cela les prépare à la sortie de l'institution et donne un repère temporel.

- trajet en minibus ou voiture d'environ 10 à 15 minutes. Il est intéressant de voir que Carole peut s'énerver si on ne prend pas le même chemin que d'habitude. En général, ce temps est assez calme.
- Goûter. La prise en charge se déroulant sur le temps du repas, nous prenons un petit temps d'une dizaine de minutes devant la piscine pour manger une tartine de confiture. Cela permet aux patients de ne pas être troublés par les sensations de faim et envahis par cette idée.
- déshabillage dans les cabines individuelles, rangement des affaires dans des casiers individuels. Sont alors stimulés les praxies d'habillage et la somatognosie. Lors de l'étape du rangement, on peut voir si s'est installé un automatisme révélant une intégration des lieux et temps de la prise en charge.
- douche « rinçage ». Il s'agit du premier contact avec l'eau.
- piscine pendant $\frac{3}{4}$ d'heure, de 12H30 à 13H15.
1^{er} temps dans le petit bassin où les patients évoluent à leur guise et avec un temps de travail individuel
2^{ème} temps dans le jacuzzi marquant la fin de la séance
- douche. Sont stimulés la notion de schéma corporel, l'initiative motrice et l'imitation de geste. Travailler sur ce temps vise à acquérir une certaine autonomie pouvant être réemployée en intra hospitalier.
- habillage et séchage des cheveux
- retour.
- repas thérapeutique pris ensemble. Le repas est plus calme que les autres jours car nous mangeons en petit groupe. Sophie peut gérer ses émotions face à la nourriture, Carole gère mieux l'attente et son temps de repas. Il y a tout un travail de communication, d'échange et de partage : nous mettons la table ensemble, nous partageons le repas.

Ainsi, le groupe est suivi sur un long moment (de 11h30 à 15h), ce qui permet de favoriser les repères et les échanges.

II.3. Travail dans l'eau en psychomotricité :

On distingue plusieurs objectifs.

Le premier est de favoriser la **communication** et la **relation** au travers d'échanges, de porters... Il s'agit d'échanges par des lancer de frites ou ballon, au travers de jeux « passer sous un pont », monter sur un gros tapis, marcher dessus à quatre pattes, se mettre debout...

Les porters prennent plusieurs formes : en tant que jeux, s'asseoir ou mettre le pied sur un genou d'un soignant, être allongé sur un tapis et se laisser déplacer dans le bassin, être porté dans les bras, dans une position de relaxation en décubitus dorsal ou ventral tout en créant une onde d'eau massante et enveloppante...

Nous cherchons de plus à apporter des **stimulations sensorielles** : écoute du bruit de l'eau, odorat, goût de l'eau, souffle et respiration, ressenti du corps...

La stimulation de la **motricité** se fait par un travail sur les déplacements (passer sous un pont de différentes façons, déplacements plus ou moins rapides, assis sur les marches, à quatre pattes...). Nous recherchons à ce que les patients acquièrent une aisance corporelle dans leur mouvements.

Le travail de **relâchement tonique** est recherché lors des porters en relaxation ou permettant une décharge motrice dans l'eau, en se déplaçant rapidement ou en frappant dans l'eau avec différents parties du corps...

En dehors du temps dans l'eau, l'autonomie lors de la douche et l'habillage est favorisée de sorte à être réemployée sur l'intra hospitalier. Les douches et l'habillage sont aussi l'occasion de travailler sur le schéma corporel, l'orientation sur soi, l'initiative motrice ou encore l'imitation.

III. Carole, l'hétéro agressivité prédominante

Carole est une jeune femme brune de 18 ans, diagnostiquée comme psychotique, n'ayant pas de langage verbal, admise depuis le 04/12/2000 dans le service. On distingue quelques expressions sur son visage passant notamment par son regard tantôt sauvage, tantôt hagard, absent ou encore triste. Elle est assez forte, semble apathique, lourde dans sa posture et sa démarche, ce qui contraste avec des moments où elle est agitée, impulsive et violente. Sa démarche est en effet tantôt lente et tantôt rapide pour se jeter sur les gens. Ses changements d'état sont brusques et surprenants. Carole a des comportements paradoxaux.

III.1. Anamnèse

Carole est née le 02-05-1984. L'accouchement se déroule bien. En 1987, elle est hospitalisée pour un bilan en raison d'un retard psychomoteur. Un diagnostic de psychose infantile est alors posé. Les parents refusent toute prise en charge. Cependant, après l'échec d'une scolarisation, elle sera prise en charge en Institut Médico Éducatif (IME) jusqu'à 6 ans puis en Institut Médico Pédagogique (IMP) de 6 à 12 ans. Vivant dans un environnement de carence éducative et affective et subissant des maltraitances et des abus sexuels, une Assistance Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) est ouverte en 1992 (Carole a alors 8 ans) et aboutit au placement de 3 des enfants de la famille par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Les parents seront déchus de leurs droits.

En 1996, elle est accueillie en internat dans un foyer et prise en charge dans un nouvel IME de 12 à 16 ans. Parallèlement elle est prise en charge une fois par semaine en psychomotricité (service de pédopsychiatrie) et en orthophonie où est effectué un travail sur l'établissement d'un langage codé (en libéral).

Dans ce foyer, Carole fait de nombreuses activités (arts plastiques, vélo, patinoire, piscine), elle peut se promener seule dans le village, s'occupe des autres résidents. Elle acquiert une certaine autonomie.

En 1997, son père incarcéré se suicidera. Parallèlement, un garçon du foyer se trompe de chambre et se retrouve dans le lit de Carole.

Dans ce contexte, il y a réapparition de troubles du comportement chez Carole tels que l'agressivité, la violence, l'irritabilité, la mise en danger, l'hyperactivité qui deviennent ingérables. L'IME arrête alors la prise en charge.

Carole est hospitalisée en service psychiatrique pendant quelques mois.

En décembre 2000, elle entre dans l'unité ATED à temps plein pour troubles du comportement avec retard mental et altération du rapport à la réalité.

Le comportement de Carole s'est amélioré mais depuis juillet 2002, les troubles du comportement s'accroissent : auto et hétéro agressivités majeures, pica*, vol, recherche de contact sexuel.

Ainsi, cette jeune femme ayant une psychose infantile précocement diagnostiquée a vécu de nombreuses séparations (hospitalisation, différents lieux de vie, séparation de la famille) et des événements traumatiques dans un contexte de violence (abus).

III.2. Différentes prises en charge

Le traitement chimique de Carole est assez conséquent : 3 neuroleptiques antipsychotiques (Loxapac*, Haldol* et Zyprexa*), 1 antiparkinsonnien contre les effets secondaires des neuroleptiques (Lepticur*), 1 anticonvulsif (Rivotril*) et 1 antidépresseur (Floxyfral*). On peut émettre l'hypothèse que ce traitement influe sur certains de ses troubles psychomoteurs comme ses difficultés d'équilibre, l'inclinaison de son tronc vers l'avant, sa salivation excessive, son ralentissement psychomoteur.

Carole est prise en charge par plusieurs intervenants. Elle participe chaque semaine:

- au groupe communication, animé par l'ergothérapeute et la psychomotricienne où sont travaillés notamment la prise de tour et l'initiative.
- au groupe poney et à des ateliers ponctuels proposés par des infirmiers et des aides soignants
- au groupe pâtisserie avec l'ergothérapeute et la psychomotricienne. Carole accepte de mieux en mieux l'interdit de manger pendant la préparation. Il faut toutefois être vigilant.

- au groupe poterie depuis février 2003 en ergothérapie. Le but de cette prise en charge est de proposer à Carole un matériau projectif. Elle avait du mal au début à toucher ce matériau et elle pouvait devenir agressive en séance. Elle l'accepte mieux aujourd'hui et peut y prendre du plaisir. Elle a encore des difficultés à « battre la terre ».
- au groupe « salon de thé » en ergothérapie. Ses troubles du comportement devenant difficilement gérables sur l'extérieur, il y a eu arrêt de cette prise en charge de février à mars 2003, pour lui montrer l'interdit. La reprise de la prise en charge s'est bien passée. Carole n'intègre pas les règles de la circulation dans la rue, elle n'a pas conscience du danger. Elle est capable de choisir des glaces différentes et de les composer.
- au groupe piscine en psychomotricité, une fois toutes les deux semaines, auquel je participe.
- elle est de plus en prise en charge individuelle en psychomotricité depuis janvier 2003.

Cette patiente a donc des prises en charges régulières. Chacun des groupes auquel Carole participe respecte son projet thérapeutique individuel, tout en apportant une approche spécifique. Ce projet thérapeutique fait donc lien entre les différentes prises en charge et crée un lien institutionnel contenant pour Carole.

III.3. Conclusion du bilan psychomoteur

Ce bilan est un bilan d'évaluation. Il a été effectué sur 5 semaines en novembre et décembre 2002.

On trouve chez Carole de bons repères spatiaux, de bonnes coordinations – dissociations et oculomanuelles, des capacités graphomotrices au delà de celles mises en œuvre dans son graphisme spontané, ainsi qu'une autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

Elle met en place des stratégies.

Cependant, on note un net problème de déséquilibre et des troubles toniques. On peut se demander quelle est l'influence du traitement médicamenteux de Carole dans ces difficultés.

Malgré un travail effectué au niveau de la communication, Carole a encore du mal à se faire comprendre.

Carole n'accepte que très peu d'être touchée. Elle peut regarder l'autre dans les yeux mais n'est pas toujours présente dans la relation.

Les apprentissages sont impossibles car elle ne persévère pas face à un obstacle ou une difficulté et ses capacités d'attention sont limitées.

Enfin, on sent qu'elle a des capacités mais que ses troubles du comportement (énervement, agressivité, violence...) provoqués notamment par son intolérance à la frustration et à l'attente, les entravent massivement.

III.4. Qu'est-ce qui m'a amenée à traiter de l'agressivité de cette patiente ?

À la fin de mon premier jour de stage, j'ai assisté à l'agression par Carole de la psychomotricienne de l'institution. J'étais stupéfaite de la vitesse à laquelle les événements se sont enchaînés. Je n'ai rien vu venir. La psychomotricienne si et elle m'a d'ailleurs demandé de m'éloigner et d'aller chercher de l'aide avant même que Carole ne passe à l'acte. J'ai eu cette scène en tête toute la semaine et je me demandais comment pouvoir prévoir ces agressions. Quels éléments pouvaient m'indiquer que le patient allait passer à l'acte ? Comment réagir à cette agressivité et à cette agression ? Comment se placer en tant que psychomotricienne ? Comment se protéger soi-même tout en protégeant le patient ?

III.5. Problématique de l'agressivité et ses conséquences pour Carole

L'agressivité chez Carole est d'une telle intensité et ses passages à l'acte si soudains que ses troubles du comportement sont invalidants dans sa vie quotidienne et pour son avenir. En effet, ses troubles la mettent dans une position telle qu'elle est évitée et rejetée par la plupart des autres patients qui la craignent. Certes Carole tire des bénéfices de cette terreur exercée comme par exemple le libre accès aux fauteuils de son choix ! Cependant, elle ne semble pas comprendre pourquoi, lorsqu'elle cherche à aider un patient, celui-ci refuse. Les relations sont d'autant plus difficiles à établir.

De plus, le fait que Carole s'énerve à la moindre frustration, à la moindre difficulté entrave toute possibilité d'apprentissage. De même, son autonomie est restreinte car elle ne supporte que difficilement les contraintes sociales comme les temps et le rythme d'un repas, l'attente des toilettes le matin, l'attente des médicaments... Cela perturbe les perspectives de placement en foyer de vie.

Enfin, ayons en tête que les agressions répétées sur le personnel soignant crée, pour certains, un climat d'insécurité lors des soins et la volonté parfois de ne pas avoir à s'occuper d'elle.

Il est donc nécessaire de trouver ce qui peut être fait pour diminuer au maximum ces troubles du comportement afin que Carole soit protégée d'elle même et qu'elle puisse s'épanouir au mieux.

Dans cet esprit, l'équipe soignante s'est regroupée pour tenter d'échanger sur la problématique de l'agressivité de Carole et de trouver des réponses les plus cohérentes et les plus adaptées possibles aux situations où nous sommes exposés. Le souci de créer un lien, un contenant institutionnel était très présent. Nous avons donc élaboré une grille d'évaluation des manifestations agressives consistant au relevé, sur une période d'une semaine, de toutes les manifestations agressives de Carole, de l'énervement jusqu'au passage à l'acte.

Grille d'évaluation :

Vous pourrez trouver un modèle de cette grille dans les annexes.

Cette grille prend en compte différents éléments : la date et l'heure, le type de manifestation aggressive, le lieu, le contexte, les conséquences de ce comportement, la réponse du personnel, l'influence de la réponse sur le comportement et le nom du soignant. Tous ces éléments devraient nous servir à cerner au mieux les raisons de l'apparition de ces comportements et quelle attitude efficiente adopter face à de telles situations.

Travailler à partir de cette grille a demandé de la part de tous les membres de l'équipe de concentrer son attention sur Carole et de communiquer systématiquement entre eux. Cela a créé nettement un lien institutionnel autour de Carole, même si tous ne voyaient pas les choses du même point de vue. Il me semble que le plus important dans cette démarche est d'avoir redynamisé la prise en charge institutionnelle, et que chaque soignant puisse se sentir écouté par rapport à sa problématique avec Carole.

III.6. Classification et description des comportements agressifs

Depuis juillet 2002, il y a réapparition des troubles du comportement qui avaient pourtant régressés depuis l'entrée de Carole à l'ATED.

Carole manifeste principalement des comportements **hétéro agressifs** mais aussi **auto agressifs**. En général, au début de la crise, elle s'énerve et s'auto agresse en se mordant le bras. Puis soit elle réussit à se ressaisir, soit elle agresse l'autre.

Si l'on suit la classification de BUSS, elle présente une **agression active physique directe** (coups de pieds, coups de poing, morsures, griffures, pince), **indirecte** (choisit de casser un objet symbolique comme le crayon de la psychomotricienne avec lequel elle a passé un test), et une **agression active psychique directe** (expose les autres patients ainsi que les soignants à un stress).

Il faut aussi avoir en tête que d'autres comportements agressifs se déroulent hors de la vue des soignants.

Pour tenter d'agir sur ces comportements, il est important d'en définir les activateurs dans la mesure du possible. C'est là que la grille d'évaluation prend son sens.

Ces comportements peuvent apparaître dans certains contextes, notamment lors de frustrations causées par une attente difficile à gérer ou par sa difficulté à faire ses demandes. Parfois, il n'y a pas de raison en apparence.

On peut souvent observer des signes annonciateurs. En effet, Carole fait quelques signes pour se faire comprendre mais nous ne les comprenons pas toujours. Cette incompréhension est d'autant plus intolérable pour elle lorsqu'elle est face à une difficulté et qu'elle n'arrive pas à faire comprendre sa demande d'aide. La difficulté à communiquer est ici problématique.

Le fait qu'on ne comprenne pas cette demande augmente son énervement. Ce dernier peut être atténué et disparaître (du moins en apparence) si on lui dit verbalement et avec un signe des mains de se calmer. Il peut aussi amener Carole d'abord à s'auto agresser (elle se mord) puis à agresser autrui et le matériel.

On constate que les troubles du comportement se produisent le plus sur 3 fourchettes d'horaire : après les activités en fin de matinée ou en fin d'après midi ou en attendant le repas du soir. Cela nous indique que, si elle est capable de se contenir dans certaines prises en

charge, elle a besoin tout de même d' « exploser » à un moment donné. Il est donc important dans la séance, de lui laisser un espace de liberté où elle peut se réfugier quand quelque chose est trop difficile ou quand elle a besoin de se défouler. Il serait intéressant que son agressivité puisse être extériorisée dans un cadre bien défini et assuré dans certaines prises en charge.

D'après le relevé de ses troubles du comportement, nous constatons que Carole agresse les personnes indifféremment, aussi bien patients que soignants, quel que soit le lieu.

Quand Carole est énervée, elle peut se calmer avec la verbalisation d'un soignant et en montrant calmement ce qui la gêne.

On constate que la chambre d'isolement (ou SAS) est utilisée de façon privilégiée lors de passages à l'acte. La durée d'isolement dont Carole a besoin pour se calmer est supérieure à celle indiquée dans le protocole d'utilisation du SAS. Si un minimum de temps ne lui est pas laissé, elle sort sans être réellement calmée et peut facilement passer à nouveau à l'acte.

III.7. Projet thérapeutique :

Voici le projet thérapeutique qui fait suite aux observations du bilan psychomoteur et de l'évolution de la prise en charge.

Il s'articule sur les axes suivant :

- le **cadre fixe** : interdits posés et répétés régulièrement, succession fixe de type d'activités, matérialisation du temps pour donner des repères et un contenant rassurant et sécurisant. Un espace lui sera proposé pour qu'elle puisse décharger son agressivité de façon acceptable et non destructive pour elle et pour autrui (frapper sur des matelas et dans l'eau)
- un **travail dynamique** qu'elle semble apprécier en faisant par exemple des parcours psychomoteurs où tout le corps entre en jeu (globalité), où sont travaillés l'équilibre, la découverte de l'environnement, le respect des règles (tant en salle qu'à la piscine)

- Un travail de **verbalisation** (par la psychomotricienne et moi) de son état tonique pour favoriser la conscience corporelle et la proprioception et tendre à un contrôle de son tonus et de son agressivité
- un travail sur la demande par pointage du doigt et les moyens de communication comme développer l'utilisation régulière de certains signes.

Ainsi, le travail global vise la diminution de son agressivité et de sa violence en favorisant le cadre de la prise en charge, **l'écoute de ses besoins**. La grille d'évaluation met en avant l'importance d'accompagner Carole à tolérer ses frustrations.

III.8. Prise en charge :

a. En salle :

Le cadre : Le fait d'être toutes les deux nous a permis de débiter cette prise en charge individuelle car nous ne nous sentions pas en danger à 2 thérapeutes. La séance se déroule en salle de psychomotricité, une fois par semaine pendant 30 minutes avec la psychomotricienne de l'établissement et moi. Cette séance est courte car il est important que Carole puisse vivre des expériences positives sans être amenée à être débordée par la longueur de la séance.

Le travail spécifique :

Nous travaillons spécifiquement les parcours psychomoteurs avec des changements de posture.

Lors des premières séances, c'est la psychomotricienne et moi qui construisions le parcours pendant que Carole faisait une pause. Elle allumait le poste de radio, s'asseyait à côté et se balançait d'avant en arrière ou bien prenait des feutres et dessinait de façon stéréotypée. Cela lui permettait de se retrouver, de se recentrer sur elle. Nous avons trouvé ce temps indispensable à Carole pour qu'elle puisse ensuite participer dans les meilleures conditions le reste de la séance.

Quand Carole faisait les parcours, elle avait des difficultés à se repérer dans un parcours circulaire ou en arc de cercle. Nous avons donc simplifié le parcours par un trajet rectiligne, le début et la fin étant symbolisés par des cerceaux de couleurs différentes. Cela lui a permis de

mieux se repérer dans cet espace. Au début, elle ne tenait pas vraiment compte de ces cerceaux comme faisant partie du parcours. Puis de séance en séance, elle les a mieux intégrés. Actuellement, nous commençons à changer la forme du parcours (en coude ou en zig-zag).

Les premières fois, cela semblait difficile pour elle de faire plusieurs fois ce parcours correctement. Elle le faisait correctement une fois ou deux puis se laissait aller et ne faisait plus du tout attention à ce qu'elle faisait et s'énervait volontiers. Elle trépignait. Nous nous sommes rendu compte que peut-être la dimension temporelle était incompréhensible et source d'angoisse pour Carole dans le sens où elle ne savait pas quand allait se terminer l'activité. Cette incompréhension et cet énervement pouvait aboutir à l'apparition de trouble du comportement.

Un jour, nous avons fait l'essai de lui proposer des cubes pour visualiser nombre de fois qu'elle devait faire le parcours. Cela a bien fonctionné. Elle faisait correctement le parcours le nombre de fois prévu. Cependant, pour l'instant, il ne faut pas lui demander une fois de plus sinon elle s'énervait. Depuis, nous utilisons ce système à chaque séance et nous envisageons de l'utiliser au travers d'autres activités comme à la piscine ou pourquoi pas lors des repas pour visualiser la succession des différents plats dans le temps.

Depuis quelques séances, nous proposons à Carole de construire elle-même un parcours qu'elle veut faire, en choisissant les éléments qu'elle souhaite. Elle reprend parfois les mêmes que la séance précédente, notamment les gros tapis pour faire des roulades avant. Elle est capable d'initiative et de créativité. Lors de la dernière séance, elle a créé un parcours simple en y introduisant un ballon à pousser ou à lancer doucement le long du parcours jusque dans le cerceau de fin.

Dans la suite de la prise en charge, il sera intéressant de laisser Carole choisir le nombre de cubes qui pour le moment varie entre 3 et 5 selon la difficulté du parcours et en fonction de l'état de Carole. Elle sera alors actrice de son activité dans le temps qu'elle aura elle-même déterminé.

D'autre part, nous favorisons l'utilisation de signes dans la communication. Nous en faisons quand nous parlons à Carole pour faciliter sa compréhension et Carole peut faire quelques signes pour s'exprimer. Elle utilise des signes pour dire : « stop, c'est fini », « oui » avec la tête, « se calmer », elle utilise le pointage pour indiquer ce qu'elle veut et nous prend

par le bras pour nous amener à ce qu'elle veut. Nous utilisons un autre signe actuellement pour qu'elle puisse comprendre une situation à venir : travailler.

Manifestations agressives :

Il arrive que Carole ait des comportements agressifs. Elle peut s'énerver. dans ces cas là, nous lui parlons, nous lui faisons signe de se calmer, et lui demandons de nous expliquer calmement ce qui la gêne. Jusqu'ici, elle est arrivée à s'apaiser. Lors d'une séance, elle n'arrivait plus à faire une roulade avant. Elle s'énervait en poussant des petits cris. Puis elle a essayé de nous mordre. Nous l'avons alors maintenue, contenue physiquement et l'avons fait s'allonger. Elle s'est calmée et détendue progressivement. Nous sentions son tonus diminuer par à coups. Puis, au bout d'une dizaine de minutes, elle a pu recommencer l'activité.

D'autres fois, lorsqu'elle s'énerve, et qu'elle cherche à frapper, nous lui proposons de le faire contre un matelas. Il est étonnant de voir que Carole a du mal à frapper sur demande. La force impliquée dans ce geste est minime. On retrouve cette difficulté à la piscine.

Le fait de hausser la voix pour lui dire « c'est interdit » peut l'arrêter parfois.

b. En piscine

L'indication de cette médiation avait pour but de faire un lien avec des activités que Carole avait pu faire avant d'arriver dans ce service. En effet, dans son dossier est indiqué que Carole allait à la piscine. Il était intéressant de reprendre cet élément de stabilité comme support de travail.

Le travail spécifique :

Carole est très peu dans la relation et ne participe plus beaucoup aux jeux en groupe. Elle ne semble pas faire attention aux autres patients et en même temps elle peut s'en montrer jalouse. Elle ne veut plus être portée dans l'eau alors que l'année dernière elle le demandait. Elle privilégie les temps où elle est seule pour expérimenter l'eau. On dirait qu'elle cherche à se faire peur en s'immergeant totalement dans l'eau et en en sortant soudainement d'un grand

bond. Ce sont les seuls moments où elle a l'air de prendre du plaisir. Peut-être est ce la sensation de l'eau passant rapidement sur tout son corps qui lui procure une sensation nouvelle : celle d'unité du corps ?

Elle fait la demande pour aller dans le grand bassin par pointage. C'est devenu très ritualisé et elle a du mal à différer cette demande.

On constate nettement dans cette prise en charge que Carole est très ralentie. Elle est la dernière à être prête dans les vestiaires alors qu'il y a encore quelques mois, elle était toujours la première. Lorsqu'elle cherche à agresser l'un d'entre nous, on voit de plus en plus le coup venir dans le sens où ses mouvements sont ralentis. Ce ralentissement psychomoteur est probablement dû à son traitement. Dans quelle mesure cherche-t-elle à lutter contre ce ralentissement et cela l'énerve-t-il ?

On a l'impression que Carole prend de moins en moins de plaisir dans cette séance si ce n'est quand elle se fait peur. Peut-être en a-t-elle assez de cette prise en charge et qu'elle s'y ennue ? Son arrêt est envisagé.

Manifestations agressives :

Depuis le début de l'année, Carole ne présentait pas de troubles du comportement à la piscine. Mais depuis 2 mois, elle s'énerve à la fin de chaque séance, sous la douche, au moment du séchage ou lors du repas thérapeutique. Elle montre parfois son impatience en gémissant fortement. Lorsque cela se produit, nous lui proposons de frapper dans l'eau. Elle y arrive mieux.

IV. Sophie, l'auto agressivité majeure

Sophie est une femme d'une trentaine d'années. Elle est diagnostiquée autiste. Elle présente des stéréotypies motrices de type balancement, quand elle est allongée notamment. Son corps est couvert de cicatrices, marques de son auto agressivité. Elle a un visage extrêmement expressif. Elle semble très triste et sa souffrance est perceptible lorsqu'elle parle de souvenirs par exemple. Elle peut aussi avoir les traits de son visage détendus, sourire et énoncer les mots de tout ce qu'elle aime. Elle peut passer d'un état à l'autre en quelques secondes. Quand je vais dans le service, je vois Sophie le plus souvent allongée ou assise. Quand elle se lève pour changer de place, elle marche assez rapidement et en traînant les pieds.

IV.1. Anamnèse

Sophie est née le 7 août 1973 de parents d'origine yougoslave. La naissance aurait été difficile.

Sophie est laissée à l'état d'abandon puis confiée à une assistante maternelle chez qui elle restera jusqu'en janvier 1974. Elle est alors placée successivement par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) dans diverses familles d'accueil. Elle aurait subi des sévices durant cette période. Elle devient Pupille de l'État en novembre 1975.

Sophie est alors prise en charge par un centre de guidance infantile (jusqu'en 1980). Sophie présente un état de dysharmonie évolutive grave avec un déficit des acquisitions, du développement et de la relation. La symptomatologie psychotique avec angoisses archaïques, stéréotypies, agitation impulsive se manifeste plus franchement au cours de la préadolescence.

Quand Sophie a 5 ans, elle est accueillie chez une assistante maternelle du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Cette famille investit beaucoup Sophie, évoquant même le souhait d'une adoption. Durant cette période, Sophie a été très soutenue d'un point de vue tant éducatif qu'affectif. Le décès brutal de l'assistante maternelle en 1988 et le refus de son mari

de garder Sophie entraînent son admission en urgence dans une famille d'accueil spécialisée où elle ne peut s'adapter.

Elle est hospitalisée en psychiatrie pour état de crise aiguë en juin 1988. S'en suivent des placements transitoires dans diverses familles d'accueil jusqu'à l'entrée de Sophie dans un service psychiatrique en octobre 1989. Elle y restera pendant 8 ans et demi.

L'équipe décrit Sophie en 1998 comme une jeune femme triste dont la compréhension langagière est satisfaisante tant qu'elle est limitée au concret, et son expression langagière stéréotypée. Elle présente en effet d'importantes stéréotypies motrices, échopraxies et écholalies. Elle a présenté dans le passé des crises d'allure épileptique. Elle apprécie les interactions sociales qui ont été très travaillées lors de la prise en charge antérieure. L'équipe mentionne de plus la façon compulsive de Sophie à consommer des mégots de cigarettes et à boire du café. D'autre part, face à une contrariété importante, elle peut tantôt contrôler son impatience, tantôt adopter des conduites auto agressives et hétéro agressives.

Ce service demande en février 1998 une évaluation de l'ATED en vue d'un placement de Sophie dans une structure médico-sociale adaptée à une jeune adulte présentant des troubles du comportement.

Sophie est finalement accueillie à temps plein à l'ATED depuis le 4 mars 1998.

Elle a présenté des conduites dangereuses pour elle-même : avaler un sac plastique ou encore sauter par la fenêtre pour s'enfuir et manger des mégots.

Elle présente toujours des troubles des conduites alimentaires, et une tendance à fuir pour aller manger des mégots sans toutefois s'éloigner de trop.

Ainsi, Sophie a vécu pendant des périodes assez longues dans des mêmes lieux : pendant 10 ans en famille d'accueil, pendant 8 ½ ans en hôpital psychiatrique et depuis 5 ans à l'ATED. Ces périodes de stabilité ont été entrecoupées de périodes difficiles, de deuil par exemple.

IV.2. Les différentes prises en charge :

Le traitement de Sophie est le suivant : deux neuroleptiques (Neuleptil* et Loxapac*), un anticonvulsifant (Dépakine*), et un antiparkinsonnien (Lepticur*).

Sophie participe à différentes prises en charge chaque semaine.

- le groupe pâtisserie est l'occasion de travailler en groupe, ce qu'elle a encore du mal à tolérer. Le travail autour de la nourriture a pour but que Sophie puisse contenir ses émotions face aux aliments et se retenir de les manger. Elle pourra manger ce que le groupe a fait mais après, au moment du repas. Il y a de plus toute la notion du plaisir qui entre en jeu car cela se passe autour de la nourriture.
- L'ergothérapeute commence à emmener Sophie au salon de thé. Cela permet de la sortir dans la rue, qu'elle apprenne à respecter les interdits et à ne pas se mettre en danger. L'endurance à marcher est sollicitée. Il est intéressant de voir que Sophie se « prépare » pour sortir. Elle demande à aller se changer avant de partir.
- La psychomotricienne prend en charge Sophie en individuel pour des « massages », en continuité de ce qui est fait en fin de séance à la piscine.

IV.3. Conclusion du bilan psychomoteur

Sophie se repère bien dans l'espace mais moins bien dans le temps. Elle a une certaine capacité de détente. Les coordinations (oculomanuelles, dynamiques générales, coordinations dissociations) peuvent être bonnes mais pour cela, il faut que son attention soit maintenue et donc que Sophie trouve un intérêt à l'activité. Son autonomie à la toilette et au repas s'améliore. La qualité de la préhension et de ses gestes en général est variable selon son état émotionnel.

Les troubles du comportements de Sophie sont très présents et parfois envahissants (manger de façon compulsive des mégots ou boire du café) et ses automutilations laissent percevoir son « corps maltraité ». Enfin, Sophie peut se placer dans la relation à l'autre et y prendre du plaisir.

IV.4. Manifestation des comportements agressifs : le corps maltraité

Sophie présente une **agressivité active physique directe** (donne des coups, pince) dirigée vers autrui mais surtout vers elle.

Du fait de ces auto agressions, le corps de Sophie semble meurtri. Sa peau est couverte de cicatrices. Certaines sont dues à ses morsures ou griffures au niveau des bras dont elle entretient les cicatrices. D'autres sont le fait d'opération (lorsqu'elle avait avalé un sac plastique) ou de sutures du visage et du cuir chevelu.

Je n'ai pourtant pas encore vu Sophie s'auto agresser. Je n'en vois que les conséquences, les traces...

De plus, Sophie présente une déformation de la colonne vertébrale. Même si elle s'y adapte, on remarque que cela la gêne dans l'harmonie de ces mouvements. On peut supposer que cela occasionne des tensions musculaires douloureuses.

J'ajouterai que sa posture fait « mal à voir ». Il y a là, toute la notion d'empathie qui prend place.

IV.5. Projet thérapeutique : le corps plaisir

L'objectif de cette prise en charge est qu'au travers de la relation mise en place, Sophie accède un ressenti de « corps plaisir »

- Travail sur la **relation** : il s'agit, au travers de la prise en charge de privilégier toutes les interactions, de verbaliser ce qui se passe. Sophie se fait souvent des frayeurs à la piscine. Il est alors important de lui offrir une relation où elle se sente en confiance et en sécurité.
- Découverte d'un **corps plaisir** : Cela se fait au travers des moments de détente lors des porters, d'expériences motrices où Sophie peut découvrir des sensations corporelles agréables comme le flux d'eau sur sa peau par exemple. Enfin, après le rhabillage nous proposons à Sophie de la crème à mettre elle-même sur ses mains ou sur une autre partie de son corps. On lui propose aussi de lui passer la crème. Il s'agit d'une part d'un temps de soins de ses blessures mais aussi d'un temps de détente où un intérêt tout particulier est porté à son corps.

IV.6. Évolution

Au début de cette année, Sophie passait beaucoup de temps avec l'infirmier soit à se laisser porter, soit à rester au bord de la piscine à ne pas vouloir participer.

Puis elle allait voir la psychomotricienne et se mettait directement en position pour travailler les porters en relaxation. Nous avons donc pensé que Sophie tirait un plaisir dans cette activité pour qu'elle en fasse spontanément la demande.

Et puis petit à petit, nous avons trouvé que cette demande était mécanique. Il semblait que Sophie demande à travailler tôt dans la séance pour aller plus vite dans le jaccusi et donc que la séance soit plus rapidement terminée. Elle voyait donc la séance comme une succession de temps différents mais pas dans une temporalité objective fixe.

Nous en sommes arrivés à la conclusion qu'elle ne prenait pas de plaisir dans ce qu'elle faisait et n'avait donc pas le désir de rester et participer aux activités.

Nous avons par conséquent fait en sorte de créer un environnement dans lequel elle puisse se sentir rassurée et prendre du plaisir. Il s'agissait, lors des porters qu'elle demandait, de verbaliser davantage et créer par là même une enveloppe sonore.

Sophie est très sensible au dialogue tonique. Dès qu'elle sent la moindre crispation ou raidissement de notre part lors des porters, elle se relève rapidement d'un bond. Elle se sent en insécurité et se fait peur. Nous devons alors faire attention à notre façon de porter et nous nous entraînons, entre professionnels, à ce que notre porter soit le plus rassurant possible pour le sujet porté.

Sophie peut se détendre dans ces porters en étant rassurée. On peut alors observer une détente des muscles du visage, Sophie pose sa tête sur l'épaule du porteur, elle peut lui lâcher les mains et parfois laisser ses bras ballants dans l'eau. On peut parfois voir ses jambes détendues, suivre le mouvement créé par le déplacement dans l'eau.

Nous incluons davantage Sophie dans les jeux en groupe comme passer sous un « pont ». Cependant elle a encore peur dans les expériences motrices nouvelles comme monter sur un tapis par exemple. Elle est toujours effrayée par des situations de déséquilibre.

Quand elle a peur, Sophie peut nous agresser en nous donnant des coups de coudes, en pinçant ou griffant. Cela est assez furtif.

Maintenant, quand elle souhaite rester sur le bord, je reste avec elle. Il est important de prendre en compte ce temps de « pause » qu'elle prend d'elle même. Je lui parle. Je lui propose d'autres jeux. Je la rassure. Au travers de cela, Sophie semble plus en confiance dans la relation.

Dans le jacuzzi, on voit que Sophie a pris et prend du plaisir. Elle sourit, son visage est détendu, ses regards sont présents dans la relation... Elle énonce tous les mots de ce qu'elle aime : « fraise, ananas, café au lait, pêche, banane... » Ces temps de détente sont plus nombreux depuis 2 mois et durent plus longtemps. Cela peut se prolonger jusqu'au repas et parfois jusqu'au retour sur l'intra hospitalier.

Depuis mars, Sophie est autonome pour l'habillage. Elle ne cherche plus du tout à fuir. Puis, nous prenons un temps pour passer de la crème sur les parties du corps qu'elle souhaite. Elle choisit les mains et les bras et accepte le visage. Elle peut se masser elle-même ou être massée si elle le souhaite. Elle accepte mieux le toucher. Passer cette crème permet de soigner ses cicatrices et porte un intérêt tout particulier à son corps : « prendre soin de son corps ». En continuité de ce temps, la psychomotricienne prend maintenant Sophie en prise en charge « massage » une fois par semaine.

Sophie prend beaucoup de plaisir à sentir l'odeur de la crème et cela semble l'apaiser.

V. Élise, la violence dans le contre mouvement.

Élise est une jeune femme de 22 ans, accueillie dans le service à temps plein depuis le 30 mai 1999.

Elle présente un trouble envahissant du développement avec traits autistiques (autisme atypique).

Elle a des stéréotypies motrices et surtout verbales. Elle se balance d'avant en arrière quand elle est assise. Elle est aussi souvent debout au centre d'une pièce ou du bassin de la piscine, ses bras sont pliés sur son torse, les poings serrés et elle commence ses stéréotypies verbales. On retrouve aussi dans son langage stéréotypé des mots comme : « manger du pain », « tête d'ampoule », « sale gamine », « ça sent l'urine », « tête de vache »... ainsi que des insultes plus communes.

Elle présente des troubles du comportement agressif mais j'ai surtout souhaité parler, au travers de ce cas, de ma propre agressivité envers Élise et de l'élaboration progressive d'une relation.

V.1. Anamnèse

Élise est née à terme le 24 / 02 / 81.

Son père est chauffeur et sa mère sans profession à cette époque. Ils sont divorcés depuis 1998. Elle a une sœur plus jeune d'environ 3 années.

La grossesse s'est bien déroulée mais l'accouchement fut long et difficile. L'Apgar est bon.

À 48 heures de vie, Élise est hospitalisée pour un état de mal convulsif.

À 5 jours de vie, elle est opérée (trépanation) pour un hématome sous dural temporo occipital d'origine indéterminée.

À 2 mois et demi, elle sort de l'hôpital avec un pronostic neurologique et psychologique réservé.

D'après ses parents, son développement est normal. Cependant, des troubles du comportement apparaissent (« enfant capricieuse et coléreuse »).

À 3 ans, elle débute une prise en charge en Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP). Les troubles du comportement et de la relation sont prédominants (colère, tendance à l'isolement, stéréotypie).

comme un objet, sur lequel Élise pouvait encore lâcher ces paroles. C'était très désagréable. J'avais l'impression de perdre complètement le contrôle. Je n'étais plus dans la maîtrise de la relation ou maîtrise de ma place et cela m'angoissait. Je ne savais pas jusqu'où j'allais être entraînée.

La répétition de ces situations suscitait mon énervement et mon impatience. Je ne supportais plus ses paroles et la distance si minime qu'elle mettait physiquement entre nous. C'était très intrusif pour moi. C'était un peu comme si elle pénétrait ma bulle et abolissait la distance de sécurité dont j'avais besoin. J'évitais d'être en relation avec elle car Élise réveillait une agressivité en moi que je n'osais soupçonner auparavant. Elle-même n'était pas agressive mais « agressive ».

Cette agressivité que j'avais en moi était de plus en plus difficile à contenir. Je ne reconnaissais pas ce sentiment. Il était inhabituel. Je ne me reconnaissais plus de sorte que je ne voulais pas exprimer ces émotions et je contenais tout, de peur d'exploser. Et ce, jusqu'à me faire violence. Et puis à un moment, j'ai eu l'impression d'imploser.

Il m'a fallu prendre du recul par rapport à cette situation. J'en ai beaucoup parlé avec la psychomotricienne du service. J'ai pu mettre en mot toutes les agressions que le comportement d'Élise me donnait envie de faire. « J'avais envie de la "claquer", de la secouer, de la balancer contre le mur... » Ces mots, ces phrases étaient chargés d'agressivité et d'émotion mais aussi de culpabilité. Je culpabilisais de ressentir ces sentiments. Et puis je me suis rendue compte que d'autres soignants avaient vécu le même type de situation. Cela m'a rassurée. Les mots sont là pour aider à élaborer ces pulsions. Ils sont là pour me décharger. Ils sont là aussi pour que je puisse prendre du recul et dédramatiser la situation. Et enfin, ils sont là pour se substituer au passage à l'acte.

Verbaliser ces sentiments m'a permis d'une part de mieux les concevoir, de les accepter comme faisant partie intégrante de moi et d'autre part d'aller au delà de cette agressivité, passer à autre chose, faire en sorte que cela n'entache pas la relation thérapeutique d'avec cette patiente. J'ai pu comprendre que cette agressivité était une réaction à l'angoisse de perdre une maîtrise de la relation et de moi-même. Je devais trouver toute seule, avec le temps, comment aborder Élise et lui expliquer les conditions dans lesquelles je pouvais être en relation avec elle et celles que je ne pouvais accepter.

Ainsi, j'ai du prendre de la distance tant physique que psychique par rapport à Élise et le lui expliquer pour qu'elle comprenne. Je n'entre plus dans son discours stéréotypé. Je la laisse me dire une fois ce qu'elle semble avoir envie de dire. Quand elle recommence une deuxième fois, je ne lui répond plus. Cependant, je ne perds pas de vue que ces stéréotypies peuvent

être une tentative inadaptée pour entrer en communication. Dans la mesure où elle vient d'elle même vers les gens pour parler, j'essaie de l'emmener sur d'autres sujets comme par exemple ce qu'elle a fait le week-end.

Petit à petit, nous nous sommes l'une et l'autre adaptées aux exigences de l'autre dans la relation. Il a fallu que je puisse trouver ma place dans cette relation pour pouvoir travailler avec Élise. La relation a enfin pu être thérapeutique.

Je mesure aujourd'hui toute l'importance de disposer d'un lieu d'échange ainsi que d'avoir des professionnels à notre écoute lorsque nous sommes confrontés à des difficultés avec des patients, d'autant plus quand notre propre équilibre est menacé.

V.3. Les différentes prises en charge

Élise a un traitement psychotrope : régulateurs de l'humeur (Tégréto^l*), anxiolytique et anticonvulsifant (Valium*), neuroleptique (Loxapac*) et antiparkinsonnien (Lepticur*).

Elle participe chaque semaine à différentes prises en charge.

- le groupe poterie pour travailler sur la régulation tonique et le toucher.
- Le groupe jeu de société une fois toutes les 2 semaines. Sont travaillés les règles et le rythme d'un groupe, l'attention, l'appariement et l'orientation au travers de jeux comme le loto, le memory ou les dominos. Élise prend en compte les autres personnes du groupe et peut les aider.
- Le groupe salon de thé. Élise a bien acquis les règles dans la rue et guide le groupe. Le travail se fait surtout actuellement sur « être dans le groupe ».
- Le groupe communication. Élise prend de plus en plus d'initiatives. Elle ne profite pas des moments de relaxation.
- La prise en charge individuelle en ergothérapie. Elle y travaille les activités bimanuelles et apprend notamment à couper de la pâte à modeler avec une fourchette et un couteau pour le réutiliser lors des repas.

- Le groupe chant en psychomotricité : Élise connaît beaucoup de chansons, elle participe bien au groupe, présente des initiatives en proposant des chansons et y prend du plaisir. Elle ne peut cependant pas associer de gestes aux paroles.
- Le groupe piscine en psychomotricité.

V.4. Conclusion du bilan psychomoteur

Ce bilan s'inscrit dans le cadre d'une réévaluation des compétences d'Élise, dont la prise en charge a débuté en septembre 2001. Il s'est effectué en janvier de sorte qu'un travail sur notre relation avait déjà fait évoluer la situation. J'ai fait le bilan d'Élise sans la présence de la psychomotricienne, car notre relation avait évoluée.

On constate chez Élise des difficultés toniques, de dissociations, un graphisme pauvre. Son attention est fluctuante mais possible. Les stéréotypies verbales sont très importantes voire envahissantes et parfois génératrices d'énervement voire d'agressivité. La latéralité est mal déterminée, ce qu'on peut mettre en relation avec les difficultés toniques et du peu d'expériences qu'elle a pu faire.

On constate d'autre part, un bon équilibre, de bonnes coordinations dynamiques générales même si les mouvements sont peu harmonieux, de bonnes coordinations oculomanuelles. Élise est quasiment autonome dans la vie quotidienne.

La relation et la communication sont possibles d'autant plus quand l'approche se fait sur un mode ludique.

Le cadre est indispensable pour que l'anxiété d'Élise diminue et lui permette d'investir les activités. J'entends par cadre, le lieu de la prise en charge qui ne change pas, la présence de l'infirmier, la psychomotricienne et moi proches physiquement d'elle.

V.5. Manifestation des comportements agressifs

De façon générale, les troubles du comportement sont rarement présents lors de la prise en charge en psychomotricité cette année si ce n'est, parfois, un énervement.

Sinon, Élise manifeste tant de l'hétéro agressivité que de l'auto agressivité.

On constate, d'après la classification de MORASZ, qu'Élise présente des **agressions actives physiques directes** tant envers elle que vers les autres. En effet, pour s'auto agresser, elle s'arrache les cheveux par poignées ou elle se tape la tête contre les murs. Ces comportements se manifestent notamment dans des situations où ses « jouets » lui sont retirés la journée. L'équipe a pris la décision de ne la laisser prendre ses poupées que le soir et pas la journée car l'utilisation stéréotypée de ces objets la coupe de toute relation et lorsqu'on lui demande de s'en séparer, elle s'énervé au point de s'auto agresser, surtout si on lui demande de s'en séparer. Nous retrouvons ici toute la problématique de la séparation. Peut-être est-ce aussi difficile pour Élise, après avoir été dans un certain retrait avec ses stéréotypies de revenir dans le « monde extérieur » ?

En ce qui concerne l'hétéro agressivité, il est intéressant de parler notamment de l'enclin d'Élise à agresser Carole pour se défendre. En réalité, Carole a déjà et à plusieurs reprises agressé Élise, ainsi que beaucoup d'autres patients. Cela crée chez Élise un sentiment d'insécurité à l'approche de Carole. Si Carole tend la main pour toucher Élise, cette dernière bondit, hurle au secours en appelant un soignant tout en donnant de grands coups de pied. Avant même d'être victime, ou sentant qu'elle va le devenir, Élise devient agresseur. On voit bien ici la difficulté de définir les places de chacun dans l'interaction de l'agression.

D'autre part, on distingue une **agression active verbale directe**. Élise récite toute une liste d'insultes. On peut se demander s'il s'agit pour elle réellement d'insultes, ayant une fin aggressive. Je n'en suis pas convaincue. Ce langage étant très stéréotypé, je me demande si elle en connaît la signification. L'intonation renseigne davantage sur son état que les mots en eux-mêmes. Par exemple, à la piscine, alors qu'elle va s'amuser et rigoler, elle va énoncer de façon exaltée ces insultes. La même liste sera récitée sur un ton hargneux lorsqu'elle sera énervée.

V.6. Projet thérapeutique

Dans la continuité des objectifs de la prise en charge de l'année dernière, le projet thérapeutique s'articule autour des axes suivants :

- **Le cadre** : il est indispensable que le cadre soit contenant et rassurant pour permettre à Élise de voir son angoisse diminuer. Cela passe par des repères spatiotemporels fixes (même lieu de prise en charge, régularité) et par notre présence constante.
En effet, on émet l'hypothèse que les grands espaces angoissent Élise, ce qui contribuerait à l'apparition de stéréotypies verbales, diminuant sa motricité et ses initiatives motrices et augmentant son énervement.
- **La relation et la communication** : Le travail se fait sur la demande d'aide afin qu'Élise ne se laisse pas envahir par le moindre obstacle, notamment lors de l'habillage / déshabillage. La relation et la communication seront largement sollicitées lors des jeux ainsi que dans toute autre activité.
- **Régulation tonique et coordinations-dissociations** : Ce travail se réalise au travers d'activités dynamiques comme des déplacements particuliers dans l'eau, des jeux où il faut grimper, sauter, rattraper...

V.7. Évolution de la prise en charge d'Élise et de notre relation

Élise a participé à 11 séances de prise en charge psychomotrice à la piscine. L'évolution positive est très nette.

Au début de l'année, Élise ne s'aventurait pas dans l'eau au delà d'une certaine profondeur de bassin. Elle restait pendant longtemps seule, au milieu du bassin, debout, les bras pliés et croisés sur son corps à « parler » toute seule. C'était aussi au début difficile pour moi car je me retrouvais dans cette situation où j'étais entraînée dans ces paroles sans réussir à m'en défaire.

Les tentatives de travail sur l'immersion ou la découverte de l'espace bassin ne faisait que la renforcer dans son retrait. Elle n'acceptait que très difficilement de participer aux jeux et cela, au prix d'insultes.

Elle participait davantage aux jeux dans le jaccusi. On peut se dire que l'espace plus restreint du lieu est plus contenant et donc plus rassurant et sécurisant pour elle. Il est probable qu'elle soit alors moins angoissée et puisse s'autoriser à interagir et s'amuser avec les personnes qui l'entourent.

Nous voyons donc ici l'importance du cadre pour Élise ainsi qu'un accompagnement pour la rassurer.

Lors de la 3^{ème} séance en novembre, Élise était plus à l'aise dans l'eau. Pour ma part, je me sentais mieux dans la relation. J'avais pris de la distance par rapport à Élise et ses stéréotypies étaient moins envahissantes pour moi. J'appréhendais donc moins le travail avec elle. Élise refusait encore les propositions qu'on lui faisait mais quand le jeu était amorcé, elle acceptait d'y participer. Avec elle, les propositions doivent être ludiques.

Lors de cette séance, Élise, la psychomotricienne et moi avons commencé par nous échanger quelques frites. Élise lançait sa frite sur notre demande. Il n'y avait pas d'initiative dans le jeu. Elle ne rattrapait pas directement les frites. Elle les laissait tomber et ne les reprenait que si nous le lui demandions.

Puis elle a pu se permettre de participer à des jeux comme monter sur les genoux de l'un d'entre nous et se redresser, aidée par les autres.

Ce jour là, il y a eu de très bons échanges, une bonne participation de la part d'Élise et ses stéréotypies verbales ont diminué.

Cette séance nous a permis d'élaborer la trame de toutes les séances à venir.

Dans un 1^{er} temps, on commence par des échanges de frites. Cela permet à Élise d'entrer dans les activités, de rester dans la relation et de ne pas s'enfermer dans ses stéréotypies.

Dans un 2^{ème} temps, nous faisons des jeux dans l'eau. L'approche ludique est indispensable pour qu'Élise accroche à sa prise en charge. Au travers de ces jeux seront travaillés la relation de confiance, l'équilibre et l'aisance corporelle. Nous proposons à Élise de faire de nouvelles expériences sensorielles et motrices.

Pendant les activités, il sera important d'assurer un encadrement physique contenant par la présence de 2 voire 3 soignants.

Ce modèle de séance sera repris pour toutes les séances suivantes.

Les séances suivantes, Élise s'est autorisée à faire de plus en plus d'expériences. Elle s'assoit sur les marches de sorte à avoir de l'eau jusqu'à la poitrine, elle participe de mieux en mieux aux jeux, elle se laisse porter. L'immersion est de mieux en mieux vécue et de plus en plus importante. Lors des dernières séances, elle a osé se mettre debout sur un tapis au-dessus de l'eau acceptant par là même de changer ses repères. Elle s'est promenade à genoux dans le bassin, en mettant la bouche dans l'eau et en faisant des sons différents. Tout un travail sur la respiration, sur l'écoute et sur l'imitation a pu être fait. Elle a, de plus, demandé à aller dans le grand bassin avec Carole. Même si une fois dans l'eau, elle n'a pas pu aller plus loin que là où elle avait pied, on peut voir dans cette demande qu'Élise est rassurée dans la relation avec les soignant, qu'elle a confiance et qu'elle est prête à s'engager dans des expériences toutes nouvelles.

Un jour, sur l'intra hospitalier, Élise sortait d'une crise. Elle était encore très énervée. Nous l'avons emmenée à la piscine pour lui changer les idées. Elle a moins profité de la séance mais a pu se calmer et s'apaiser.

En ce qui concerne le travail sur la demande d'aide dans les vestiaires, Élise a encore besoin d'être stimulée pour les effectuer. On lui dit avant qu'elle entre dans la cabine qu'elle doit appeler « Anne » si elle a un problème. Je reste près de sa cabine et si je l'entends butter sur quelques chose, s'énervé sans appeler, je lui dis que si elle a besoin d'aide elle peut m'appeler. J'attends qu'elle formule sa demande pour agir. Élise fait de mieux en mieux ces demandes mais doit être sollicitée pour le faire. Elle a tendance à s'enfermer dans son énervement.

Ainsi, Élise a pris des repères plus fixes dans la piscine. Elle peut investir désormais cet espace comme un espace de découverte et de plaisir dans une relation de bien meilleure qualité. Le plaisir dans l'activité est aujourd'hui manifeste.

Conclusion de la clinique :

Nous voyons au travers de ces trois cas l'hétérogénéité des comportements agressifs. L'agression et l'agressivité peuvent en effet revêtir plusieurs formes et être activées par divers facteurs. Cela montre bien que toute agressivité est à prendre dans son contexte et de façon individuelle à chaque sujet. C'est en tenant compte de l'individualité de chacun des patients que nous pourrions au mieux reconnaître, parfois comprendre et travailler autour de leur agressivité.

Cependant il ne faut pas voir le patient uniquement au travers de ses troubles du comportement. Voyons le dans sa globalité, pointons ce qui va bien et partons de cela pour travailler.

Discussion

Au début de ce stage, beaucoup de questions me sont venues à l'esprit : quel mot convient le mieux à ces comportements agressifs, quels sont le sens de ces derniers, comment en reconnaître l'arrivée, comment se placer face à ces comportements en tant que psychomotricienne, comment travailler avec ces patients et comment gérer ma propre agressivité ?

J'ai développé les premières questions dans la première partie de ce mémoire. Après avoir travaillé pendant 8 mois auprès de ces patients, je peux exposer ici les axes de travail qui m'ont permis de répondre globalement à mes questionnements.

I. Comment reconnaître les signes précurseurs du comportement agressif ?

I.1. Les signes corporels annonciateurs

Même si parfois les crises sont explosives et nous surprennent, nous pouvons souvent définir des éléments précurseurs dans le comportement ou l'attitude du patient nous indiquant qu'il va passer à l'acte.

Le psychomotricien est attentif aux signes corporels et à leurs possibles significations. Il tiendra donc compte de multiples éléments.

C'est le **tonus**, en tant que moyen de communication et d'expression des émotions d'un sujet, qui va sous-tendre tous ces signes corporels. En effet, on distingue une très nette augmentation du tonus. Cela aura des conséquences sur la **motricité** du sujet.

On distinguera alors une **posture** figée, raide, le corps qui se crispe comme chez Élise. Les **gestes** seront explosifs, impulsifs, saccadés, leur efficacité moindre. Ils peuvent devenir inadaptés. Parfois, Carole trépigne et saute sur place. On remarque souvent une augmentation des **stéréotypies** motrices dans leur intensité et leur vitesse. Cela est intéressant quand on pense aux fonctions de ces stéréotypies énoncées par R. MARTI : décharge d'une excitation, fonction de peau (donc de protection) et fonction de permanence. Ainsi, l'augmentation des stéréotypies pourraient être le signe d'un besoin immédiat d'évacuer une tension ou de se protéger. On pourrait concevoir cela comme une tentative du sujet à se calmer tout seul. L'échec de l'efficacité de ces stéréotypies amènerait le sujet à passer à l'acte. Au niveau des **mimiques**, on voit une crispation des muscles du visage et un changement dans le **regard**. Par exemple, quand Sophie se sent en insécurité, elle a les traits tirés, le front plissé, un regard

terrifié. C'est le contexte d'insécurité qui peut la pousser à être agressive. Quand nous voyons ces signes, il est important de l'accompagner, de la rassurer.

Nous pouvons être, de plus, attentifs à la **respiration** du sujet. Élise, dans des situations où elle est susceptible de s'auto agresser, bloque sa respiration et prend de façon espacée de grandes bouffées d'air.

Nous pouvons de plus observer des **troubles neurovégétatifs** comme le rougissement (notamment chez Élise et Carole), des **tremblements** fins chez Carole.

Ces signes corporels s'accompagnent d'indices verbaux comme des petits cris ou gémissements chez Carole. En ce qui concerne Élise, ses stéréotypies verbales augmentent dans leur vitesse, leur intensité, leur intonation. Elle peut aussi parler très fort en demandant (voire implorant) ses poupées.

Tous ces signes peuvent être très visibles comme à peine perceptibles. L'intérêt est que nous puissions le plus tôt remarquer ces signes pour accompagner le sujet à trouver une autre alternative que le passage à l'acte.

Pour recevoir et comprendre ces messages corporels, le psychomotricien doit faire preuve d'une **disponibilité psychocorporelle** au travers de laquelle il va pouvoir faire preuve d'**empathie**. Nous pourrions décrire cet état de disponibilité psychocorporelle comme un état où nous sommes libérés de toute occupation tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Au niveau physique, cela implique notre propre détente musculaire, une présence par notre regard et par notre corps... Au niveau psychique, cela nécessite essentiellement de prendre du recul par rapport à nos émotions propres et celles du patient. Ces deux sphères interagissent l'une et l'autre. La disponibilité psychocorporelle sous-tend l'empathie. « L'état d'empathie, ou le fait d'être empathique, consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une autre personne avec exactitude et avec les composantes émotionnelles et comme si l'on était l'autre personne, mais sans jamais perdre la condition « comme si » (ce serait une identification) »(Carl ROGERS). Cette empathie se situe au niveau des pensées (**empathie émotionnelle**) comme au niveau corporel (**empathie tonique**). Elle implique donc totalement le **dialogue tonico-émotionnel**.

La notion « comme si » est importante et permet d'éviter de se laisser envahir par les émotions des patients au risque de ne pas reconnaître ses propres émotions. Au début de la relation avec Élise, je n'ai sans doute pas réussi à garder ce recul du « comme si », à tel point

que je ne reconnaissais plus les émotions qui m'envahissaient. Je n'avais plus cette disponibilité psychocorporelle, mon esprit étant envahi par la problématique de la situation et s'exprimant par une tension au niveau de mon corps.

Tous ces indices verbaux et corporels que le patient nous envoie comme message sont à prendre en compte dans leur contexte et de façon spécifique selon chaque personne. L'agressivité et le passage à l'acte ont, en effet, une signification pour le sujet. Ils prennent sens dans un contexte particulier. Il est important de comprendre au mieux ce sens. Il faut pour cela prendre le temps de connaître les patients, d'observer leur façon d'agir et de réagir. C'est ainsi que nous pourrions anticiper certains de leur comportements et que nous ferions un travail thérapeutique.

I.2. Du contexte d'apparition du trouble du comportement aux axes de travail

En observant Sophie, Élise et Carole, nous pouvons définir clairement certaines situations qui les poussent au passage à l'acte auto ou hétéro agressif et par conséquent mettre en place des axes de travail.

Une situation où Sophie a peur provoque chez elle l'apparition d'hétéro agressivité. Il est donc important de créer autour d'elle un cadre sécurisant, de la maintenir fermement pendant les porter, lui parler... Il est important qu'elle puisse trouver un moyen pour exprimer cette peur. Je n'ai pas pu observer ce qui la poussait à s'auto agresser. D'après l'équipe, Sophie a tendance à s'auto agresser lorsqu'elle est seule.

Élise ne supporte pas la séparation de ses poupées. Il est alors décidé par l'équipe de ne lui laisser l'accès à ces jouets que le soir. Si le placard reste ouvert et qu'Élise prend ces poupées, il faut prendre le temps de l'accompagner dans cette séparation et lui proposer une autre activité. Cela ne marche pas forcément.

Carole ne supporte que très difficilement les situations de frustration et d'incompréhension. Notre rôle est d'accompagner cette jeune femme dans cette situation frustrante et lui offrir un moyen pour faire comprendre ses demandes ou pour exprimer son agressivité.

Il ne s'agit pas de nier ce qui poussent les patients à être agressifs. Il s'agit plutôt de comprendre le sens que cela a pour eux et de les amener à réagir de façon différente tout en

tenant compte du malaise qui s'est créé. Par exemple, si Carole réussit à ne pas être agressive face à une situation de frustration, il faut quand même avoir en tête que cela a créé chez elle un malaise. Elle a pu réagir de façon adaptée à ce malaise mais il n'est pas à nier.

II. Quelles réponses aux comportements agressifs le psychomotricien peut-il donner ?

II.1. Réponses lors d'un passage à l'acte ?

a. Intervention et regard spécifique du psychomotricien

À quel moment de la dynamique du passage à l'acte, la psychomotricité intervient-elle spécifiquement ?

Nous allons reprendre la description des temps de la dynamique du passage à l'acte de MORASZ, exposée pages 12-13 et spécifier quelle peut-être l'intervention du psychomotricien selon ces temps particuliers en l'illustrant d'exemples tirés de la prise en charge de Carole.

a. Lors de l'activation :

On peut tenter de repérer les **éléments activateurs** du comportement agressif. Nous allons repérer les éléments susceptibles d'énervé Carole c'est à dire susceptibles de provoquer frustration et incompréhension. Nous pouvons alors soit la protéger de la confrontation à ces éléments frustrants ou stressants : nous avons alors un rôle de **pare-excitation**, soit passer par la **verbalisation** pour l'**accompagner** à les tolérer. Par exemple, un jour en prise en charge individuelle, il n'y avait pas de poste de radio dans la salle alors qu'il s'agit pour Carole d'un matériel qu'elle utilise systématiquement lors de sa « pause ». Voyant qu'elle cherche des yeux le poste, et craignant que cela ne l'envahisse, nous verbalisons cet élément absent ce jour-là et nous lui proposons d'autres matériels. Carole ne s'est pas énervée alors que cela changeait ces repères et la privait d'un plaisir.

Bien évidemment, cette intervention signifie qu'il faut anticiper la réaction de patient. Cela implique de connaître au mieux la façon dont le patient est susceptible de réagir, sa façon de communiquer et sa relation avec l'environnement et ses repères. Il ne s'agit pas « d'empêcher » le patient de réagir. La réaction a une place dans la personnalité du patient et fait de lui un sujet. Nous aidons le patient à s'adapter aux impératifs de la situation et de réagir de façon plus adaptée. Pour Carole, il s'agissait ici d'accepter l'absence du poste et de trouver autre chose pour faire sa pause.

Cette intervention prend donc place dans une situation où nous ne sommes pas certains que le patient passe à l'acte.

β. Lors de l'intensification :

Lors de l'**intensification**, c'est-à-dire lorsque le patient s'énervé ou s'excite de plus en plus, il est important d'essayer de trouver l'élément activateur pour verbaliser au mieux ce qu'on comprend de la situation. Cela suppose que l'on soit attentif aux signes mêmes infimes qu'il nous envoie, à toute la communication non verbale qui se joue à ce moment. Il s'agit de tous les signes annonceurs mentionnés plus haut. Parfois on trouve les raisons de cet énervement, parfois non.

Quand Carole est énervée en séance, nous lui demandons de nous montrer ce qui ne va pas. Qu'on trouve ou non la raison, nous proposons à Carole d'agir autrement que par l'énervement.

Par exemple, un jour en prise en charge individuelle, lors d'une pause, elle prend un sachet de feutre et s'installe sur un petit tapis au sol. Quelques secondes plus tard, elle gémit, mécontente, ses mains se crispent. Nous lui demandons de montrer ce qui ne va pas. Elle se lève, pointe un autre sachet de feutre sur l'étagère. On l'autorise à le prendre. Elle le saisit, l'ouvre et en ressort le feutre rose qui devait être dans le premier sachet. Une fois qu'elle a pu rétablir l'ordre de rangement de ces feutres, elle s'est calmée et a tranquillement dessiné pendant sa pause. Il a été prépondérant dans cette situation de laisser l'opportunité à Carole de nous exprimer ce qui n'allait pas. Cela demande parfois un peu de temps. On peut supposer que si nous ne l'avions pas laissée prendre un autre sachet de feutre, l'idée du feutre manquant l'aurait probablement envahi au risque d'auto ou hétéro agression.

Parfois, nous ne cernons pas l'élément activateur et Carole ne nous montre rien que nous comprenions comme message. Il s'agit alors pour la calmer de lui parler, parfois en haussant nettement la voix pour capter son attention et nous continuons à lui parler de moins en moins fort. Nous lui demandons de se calmer, en accompagnant nos paroles d'un signe pour qu'elle se calme.

Quand l'énervement semble de plus en plus présent, nous proposons à Carole de frapper fort dans l'eau à la piscine ou sur un bloc de mousse en salle. Le but est qu'elle puisse décharger sa tension, laisser passer ce trop plein d'énergie, évacuer cette agressivité sans que cela blesse qui que ce soit ou détériore du matériel. Nous lui proposons d'évacuer cette tension au travers de mouvements intentionnels, adaptés à la situation. Le corps est utilisé comme moyen d'expression de cette agressivité mais cette dernière est dirigée vers un objet dont le rôle est de recevoir cette agressivité. Dans ce cas là, l'agressivité du patient est prise en compte et on propose au sujet non pas de la contenir mais de l'exprimer de façon canalisée et non destructrice.

γ. Lors de la crise, de la récupération et de la stabilisation :

Crise, récupération et stabilisation sont 3 temps qui se sont enchaînés rapidement lors d'un passage à l'acte de Carole.

Voici un exemple d'une **crise** qui s'est produite en séance individuelle. L'élément activateur était un échec lors d'un parcours psychomoteur : Carole n'arrivait plus à faire une roulade avant. L'intensification s'est faite assez rapidement et malgré les encouragements et explications, elle gémissait. Puis elle s'est soudainement retournée, a marqué une petite pause et a essayé d'attraper le bras de la psychomotricienne pour la mordre. Celle ci l'a évité et a attrapé le bras de Carole. Carole s'est alors jetée sur mon bras. Je l'ai esquivée puis maintenue. Un corps à corps s'est alors engagé non pas dans le sens d'une lutte mais plutôt dans l'intention d'apporter à Carole un contenant physique.

Nous maintenions très fermement Carole et nous lui avons proposé de s'allonger au sol sur le tapis. Au travers de ce maintien, s'est créé un **dialogue tonique**. Nous sentions son hypertonie musculaire qui diminuait petit à petit. C'était pour Carole le temps de la **récupération**. Nous faisons en sorte que notre maintien soit certes tonique pour la rassurer mais sans être trop brusque ce qui n'est pas évident car nous étions investies émotionnellement. En effet, l'effet de surprise, la peur et la montée d'adrénaline provoquaient

des manifestations corporelles en nous : augmentation de notre tonus, voix très forte, mouvements brusques notamment lors du premier contact physique. Puis, plus Carole se détendait, plus nous étions nous mêmes détendues. Un mouvement brusque de sa part, nouvelle tentative d'agression, et nous renforçons notre tonus. Il y avait toute une **adaptation** tonique entre nos corps qui se jouait. Nos respirations ralentissaient et devenaient plus amples.

Nous avons gardé ce contact tant que nous sentions qu'elle n'était pas calmée, c'est-à-dire tant que nous sentions encore un tonus important, que sa respiration était trop rapide, que son visage était crispé. Pendant ce temps, nous lui parlions calmement pour la laisser dans un bain sonore enveloppant, tout en lui proposant de poser sa tête contre le matelas et de se reposer. Ce temps , plus ou moins long selon la nécessité, a permis à Carole de se **stabiliser**. Elle a pu se retrouver, se détendre. Ce temps de stabilisation est variable. Ce jour là, il a duré environ 10 minutes. Dans d'autres cas, les infirmiers laissent Carole pendant environ 25 minutes dans le SAS pour qu'elle se stabilise et que les troubles ne réapparaissent pas. Ce temps est important à respecter.

δ. Lors de l'élaboration :

Pour moi, l'**élaboration** consiste surtout à mettre du sens sur ce qui vient de se produire. Il s'agit d'une part de **verbaliser** ce qui vient de se passer et marquer l'interdit. Cette étape est importante car elle marque un **renforcement négatif** du comportement du sujet (MOSER). Carole étant non verbale, cette étape est d'autant plus difficile. C'est alors le psychomotricien qui verbalise ce qu'il a vu.

On retrouve aussi pendant cette étape la notion de conscience corporelle. En effet, à la fin de la stabilisation, le patient peut prendre conscience de son état tonique et psychique comme différent de celui en début de crise.

D'autre part, l'élaboration se trouve dans le **cadre** posé de la prise en charge. Par exemple, avant d'entrer dans la salle de psychomotricité, nous lui rappelons les consignes suivantes : « Ici, on ne tape pas, on ne mord pas, on ne griffe pas, on ne mange rien. ». Nous pouvons généraliser à « on ne se fait pas mal et on ne fait pas mal aux autres ». Nous lui demandons d'approuver en faisant un signe de la tête.

L'élaboration ne concerne pas que l'acte de Carole mais aussi les miens et ceux de la psychomotricienne. Nous reparlons de notre façon à chacune de réagir et de nos émotions propres. Prendre du **recul** par rapport à nos actes et verbaliser toute la tension émotionnelle emmagasinée me semble primordiale. Cela nous permet de passer à autre chose et de conserver pour la suite une disponibilité psychocorporelle. Nous analysons de plus l'influence de notre réponse sur le comportement de Carole pour s'adapter au mieux à une même situation future.

b. moyens à disposition pour faire face aux situations de crise

Face à une situation de crise, il faut certes se protéger mais aussi protéger le patient de lui-même et protéger les autres patients. Quels sont les moyens à notre disposition ?

α. Le corps du psychomotricien

Tout d'abord, le psychomotricien dispose de son propre **corps**. Nous pouvons alors, d'une part nous défendre. D'autre part, nous pouvons au travers d'une contenance physique proposer une contenance psychique.

Il est intéressant d'observer la **distance** que nous instaurons entre notre corps et celui du patient. Cette distance peut être très proche, « distance intime, mode proche (0 à 15 centimètres) ou lointain (15 à 40 centimètres) » selon HALL. Il y a une recherche de contenance. Cette même distance ne serait pas acceptée sortie de ce contexte.

La distance peut être augmentée. Nous restons à distance du patient, notamment lorsqu'il représente un danger immédiat pour nous-mêmes et qu'il n'est pas, lui, en danger. Il s'agit d'une distance de sécurité. L'effet de contenance est maintenu par l'augmentation du volume sonore de notre voix. Cela crée une enveloppe sonore. Cela peut dans un premier temps apaiser le patient dans une certaine mesure.

β. Le SAS

Nous pouvons, de plus, utiliser le SAS. Il s'agit d'une chambre d'isolement, dans laquelle se trouve un matelas en mousse. L'utilisation du SAS n'est pas spécifique à l'approche psychomotrice mais le regard que nous pouvons avoir l'est.

Le SAS est utilisé pour marquer un interdit en cas de passage à l'acte et/ou pour permettre au patient de se reposer, alternative au comportement agressif. Le SAS est symbole de « limite » et/ou de contenant.

Ce lieu permet au patient de se couper de toute relation. Les stimulations extérieures ne parviennent pas à l'intérieur : les bruits sont atténués, il y a possibilité de fermer les volets pour diminuer la luminosité, le patient est seul. La pièce n'est pas grande. Elle permet une contenance physique. Le patient peut de plus s'y défouler, décharger toute la tension émotionnelle et corporelle qu'il ne peut plus contenir. C'est alors la pièce qui la contient. Un soignant est vigilant à ce que le patient ne s'auto agresse pas. C'est ainsi que le SAS est tout à fait contre-indiqué dans le cas d'Élise qui s'auto agresse d'autant plus lorsqu'elle est isolée. Ce lieu est donc lieu de crise, de récupération et de stabilisation. Il peut être aussi utilisé lors de l'intensification et sur la demande du patient.

γ. L'isolement

Sans aller jusqu'à proposer le SAS, nous pouvons proposer au patient de s'isoler, de retourner dans sa chambre, de sortir du groupe... Il s'agit, ici, plutôt de se mettre à distance des autres pour se retrouver soi même.

δ. Le traitement chimique

L'équipe infirmière est habilitée à donner un **supplément de traitement** quand les autres dispositions n'ont pas d'effet. C'est ce qui s'est passé pour Élise avant les fêtes de Noël. Elle se sentait tellement mal qu'un traitement supplémentaire a été administré. Cette action n'a rien à voir avec l'action psychomotrice. Cependant, l'administration de traitement neuroleptique et les suppléments ont des répercussions sur la motricité du patient dont nous tenons compte en psychomotricité. Par exemple, dans le cas de Carole, le traitement est la cause d'apparition de troubles extrapyramidaux : tremblements fins, troubles de l'équilibre, buste penché en avant, ralentissement psychomoteur, salivation excessive.

Dans le bilan psychomoteur, nous tenons compte de ces éléments et avons en tête que peut-être ce que nous observons (comme les troubles de l'équilibre) est causé par la médication.

Voici succinctement quelques effets secondaires des neuroleptiques sur la motricité que nous pouvons retrouver chez certains patients. Je me réfère ici à l'ouvrage de Pierre ANDRE, Thierry BENAVIDES, Françoise, CANCHY-GIROMINI : Corps et psychiatrie. On observe des effets neurologiques comme un **syndrome extrapyramidal** précoces ou tardifs. Pour le syndrome tardif, c'est à dire après plusieurs années de traitement, ce qui est le cas d'Élise, Carole et Sophie, nous pouvons constater des dyskinésies tardives (mouvements involontaires, répétitifs sans but, évoquant les tics, accentués par les efforts de concentrations et d'émotions), anosognosie du trouble, mouvements de mâchonnement, de mastication, clignement des yeux, grimaces, impatiences motrices, piétinements... Nous pouvons de plus observer un **syndrome parkinsonien** associant une akinésie (« lenteur et perte d'initiative motrice responsable d'une mimique peu expressive, d'une marche « à petits pas », de gestes lents, de diminutions du balancement des bras au cours de la marche »), une hypertonie plastique avec rigidité musculaire et des tremblements d'action et de repos ; un **syndrome hyperkinétique** associant une akathisie (impossibilité de rester dans la même position avec des impatiences) et une tasinésie (impossibilité de rester en place avec accès de déambulation interminable).

Nous pouvons nous demander dans quelle mesure les patients ont conscience de cet état. Y-a-il une lutte contre l'effet principal des neuroleptiques et contre leurs effets secondaires ? J'entends par lutte une augmentation du tonus, de la vigilance dans le but de résister à ces effets. Je me pose cette question pour Carole. Cela pourrait-il aller jusqu'à l'énerver et la prédisposer au passage à l'acte ?

Nous venons d'aborder le regard et l'intervention spécifique du psychomotricien lors de la crise ainsi que les moyens non spécifiques pour y faire face. Nous allons maintenant aborder le type de travail en prise en charge psychomotrice qui favorise l'expression de l'agressivité et sa contenance.

II.2. Réponses dans la prise en charge en psychomotricité ?

Comme je l'ai mentionné plus haut, il est important d'observer le contexte d'apparition des troubles du comportement, les activateurs de la crise, la façon de réagir du patient. Ceci est spécifique à chaque patient et contribue à sa personnalité. Quand nous avons déterminé à minima ce qui déclenche ces troubles du comportement, nous pouvons alors définir un axe de travail en psychomotricité.

a. le cadre thérapeutique

Il est tout d'abord important de mettre en place un environnement « assez bon » et d'apporter un **cadre physique et psychique** sécurisant. J'entends par cadre physique tout le dispositif de la séance : l'espace (salle de psychomotricité, piscine), le temps, la durée, la fréquence, le matériel, les personnes et leur nombre et tout ce qui est de l'ordre de la réalité. Le cadre psychique est d'une part conditionné par les références théoriques du thérapeute mais aussi par sa disponibilité psychocorporelle, par la capacité du thérapeute à contenir le patient, par sa capacité de pare-excitation et par tout ce qui favorise la relation. La régularité de ce cadre permet au patient de se trouver dans un univers connu donc moins angoissant et de plus en plus sécurisant.

Nous avons pu voir qu'Élise a mis environ un an à prendre ses repères spatio-temporels à la piscine. La présence physique de l'infirmier, de la psychomotricienne et de moi était indispensable pour qu'elle s'autorise à progresser dans l'espace eau. Nous l'encadrions, la contenions et la rassurons. Elle a alors pu faire de multiples expériences motrices et y prendre du plaisir.

b. La relation

Il me semble que la mise en place de la relation est primordiale : c'est la **rencontre** de deux sujets dans un cadre particulier, point de départ de toute prise en charge.

Il est très important de prendre le **temps** pour mettre en place une relation avec les patients, de créer les premiers échanges. Cette relation se construit au travers du dialogue tonico-émotionnel, des regards, des paroles, des gestes. Le patient doit pouvoir se sentir en **sécurité** dans la relation et pouvoir faire **confiance** à son partenaire. C'est alors qu'il pourra s'autoriser à vivre de nouvelles expériences.

Cette relation n'est possible que si les deux partenaires sont prêts à la vivre, que chacun s'accorde à l'autre et trouve sa place.

L'élaboration de cette relation prépare et conditionne la prise en charge.

c. La communication

Nous avons vu que la communication tenait une place prépondérante dans la prise en charge. Carole est confrontée à sa difficulté à communiquer. L'incompréhension de ses demandes va jusqu'à provoquer un passage à l'acte. L'enjeu de sa prise en charge est d'une part de lui proposer un espace et les moyens pour communiquer et d'autre part que nous soyons nous-mêmes à l'écoute de ses demandes. Nous avons donc travaillé sur la mise en place et l'utilisation de gestes simples à visée communicative. Nous utilisons nous-mêmes ces signes quand nous lui parlons. Cela lui permet de mieux les intégrer et de se créer une communication sur le même registre. Il est important que toute l'équipe soit au courant de ces signes pour élargir l'espace dans lequel Carole puisse les utiliser.

d. Le tonus

Le travail sur le tonus se fait grâce la **verbalisation**. En effet, nous verbalisons ce que nous voyons, ressentons dans le **dialogue tonico-émotionnel** en vue de développer la conscience corporelle des patients.

La **perception** de l'état tonique est réalisée par les différences d'état tonique, entre **contraction- tension** et **relâchement**. On retrouve cette différence entre le début d'une crise et l'après crise. Une fois que le patient a pu se décharger, nous pouvons distinguer la possibilité de relâchement. Nous verbalisons alors le changement de tonus pour en favoriser la **prise de conscience** par le patient.

Lors des porters à la piscine, nous proposons aux patientes un temps où elles sont soutenues, ce que l'on peut rapprocher du **holding** de WINNICOTT. Dans ce soutien, nous recherchons à être le plus sécurisant possible pour que la patiente puisse se concentrer de façon privilégiée sur les **sensations corporelles** provoquées par le flux d'eau sur la peau. C'est au travers de l'écoute de ces sensations que l'on remarque l'augmentation de la détente du patient : les jambes se laissent porter et diriger par le flux d'eau, les mains du patient

desserrent nos bras, ses bras peuvent rester ballants dans l'eau, la tête se repose sur notre épaule et parfois le patient peut fermer les yeux.

De plus, en fin de séance dans le jaccusi, les patientes sont plus détendues. Cela prend place non seulement dans un temps de repos, après avoir beaucoup bougé dans le petit bassin, mais cela prend place aussi dans un espace plus restreint, par conséquent moins angoissant et permettant un **relâchement tonique**. Les patients ne sont plus sur le qui-vive. Ils sont assis, ils peuvent poser la tête sur le rebord du jaccusi de sorte que leur corps est largement en contact avec ce contenant physique qu'est le jaccusi. Nous pouvons alors proposer des temps de **détente spontanée** ou de **mobilisations passives**.

Ainsi, nous travaillons sur la notion du tonus en tenant compte de l'état du patient, du temps de la séance dans lequel nous nous inscrivons et dans un espace particulier. Ces éléments influencent nettement le tonus des patientes et les possibilités de travail.

e. Le temps

Nous nous sommes aperçues, au cours de la prise en charge, que les difficultés de repérage dans le temps pouvaient être très angoissantes et génératrices d'agressivité. En psychomotricité, nous travaillons essentiellement la **succession d'activités** sur une **durée**.

Par exemple, dans la prise en charge en piscine, c'est la **répétition du cadre** qui fait que Élise a pu se repérer dans le temps de la prise en charge au travers du repérage spatial. Une fois qu'elle s'est repérée dans l'espace de la piscine, elle a associé ces espaces différents aux temps de la séance : les cabines sont le lieu du début et de la fin de la séance, et elle en connaît l'enchaînement.

Les patients se repèrent essentiellement par les successions d'activités et non pas par l'heure sociale, objective. C'est ainsi que Sophie demande à enchaîner très rapidement les différents temps de la séance pour partir plus vite. Elle ne perçoit pas la durée de chacun des temps. Nous devons lui expliquer que ce n'est pas parce qu'elle fait les choses plus vite que le temps passe aussi vite.

En prise en charge individuelle de Carole, nous nous sommes aperçues qu'elle avait beaucoup de mal à faire plusieurs fois un même parcours. La deuxième ou la troisième fois, elle ne se concentrait plus dessus, ne le terminait pas, s'arrêtait... Après avoir émis de multiples hypothèses sur ce désinvestissement, nous nous sommes dit que Carole devait avoir des difficultés à se repérer dans le temps, qu'elle ne savait pas combien de fois elle allait faire

ce parcours. Nous avons mis en place un système de cubes pour visualiser le nombre de fois qu'elle allait faire ce parcours. À chaque fois qu'elle le fait, elle met un cube dans une boîte. Cela lui a permis d'avoir un repérage visuel de la succession dans le temps.

f. La verbalisation

La verbalisation est un élément essentiel en psychomotricité. Ses rôles et utilisations peuvent être multiples.

Avec des patients sans le langage ou avec un langage très stéréotypé, le psychomotricien au travers de la verbalisation met des mots sur ce qu'il pense que le patient peut ressentir. Ce n'est possible qu'avec la mise en jeu de l'empathie tonique et émotionnelle. Cela permettra entre autre de mettre des mots sur ce qu'on voit ou ressent du tonus du patient.

Nous jouons aussi le rôle de **pare-excitation** en accompagnant verbalement et physiquement le patient à supporter des situations difficiles.

La verbalisation permet de plus prendre du **recul**. Dire si on comprend ou non ce que veut dire le patient permet de poser les choses. Parfois, Carole peut entendre que nous ne comprenions pas ce qu'elle demande si nous le verbalisons et l'accompagnons à accepter et sortir de cette situation.

La verbalisation est encore un outil dans l'**élaboration**. Elle permet de prendre du recul, de comprendre, d'exprimer... Nous verrons plus loin toute l'importance de la verbalisation pour nous-même.

g. Le plaisir

Nous tenons à amener le patient à vivre des situations où le corps et la relation sont vécus comme « **plaisir** » pour lui donner l'**envie**, le **désir** de reproduire ces situations jusqu'à être autonome dans la provocation de situation de plaisir.

Le plaisir s'inscrit alors comme **moteur** de la prise en charge.

Par exemple, au début de l'année, Élise passait une grande partie de la séance au milieu du bassin, en retrait, se protégeant avec les bras et restant dans ses stéréotypies verbales. En privilégiant une relation de sécurité, Élise a pu vivre des expériences au niveau moteur et dans la relation. Le fait qu'elle prenne du plaisir une fois puis deux lui a permis

d'accepter de plus en plus facilement ces situations de découverte et elle a pu prendre du plaisir. Aujourd'hui, c'est elle-même qui propose et provoque des jeux et qui incite l'autre à s'amuser, rire et prendre du plaisir.

Le plaisir de Sophie est aussi très perceptible dans le vocabulaire qu'elle énonce. Ces moments sont possibles quand elle se sent en sécurité et détendue.

Dans le cas de Carole, nous voyons de moins en moins clairement de manifestation de plaisir dans la prise en charge à la piscine. Ceci nous conforte dans notre questionnement sur un arrêt de la prise en charge en groupe.

Voir le patient prendre du plaisir nous permet aussi de le voir comme un sujet à part entière qui peut partager le temps de cette émotion.

Nous avons abordé les possibles interventions en psychomotricité et de façon plus large auprès des patients présentant des troubles du comportement agressif. Travailler auprès de ces patients nous expose parfois à ressentir des sentiments mal élaborés notamment de l'agressivité. Que pouvons-nous faire de cette agressivité ?

III. Quoi faire de sa propre agressivité ?

III.1. Propres affects à gérer.

Les émotions que nous ressentons sont parfois vives auprès de ces patients. Qu'est ce qui peut nous amener à ressentir de l'agressivité ?

Nous nous retrouvons parfois dans des situations où nous sommes envahis par la **peur**. Cette même peur ainsi que probablement d'autres affects peuvent nous amener à être agressifs. Par exemple, lorsque l'on nous agresse, il y a ce sentiment de peur (qui peut même être présent avant l'agression). Nos gestes défensifs peuvent alors être d'une grande brutalité. Notre corps se défend, se protège. Nous sommes dans l'impulsif. Quelle est la limite de cette

brutalité ? Quelle est la place de la mentalisation ? Comment prendre du recul par rapport à cette peur ?

De plus, quand nous sommes dans une situation thérapeutique, jusqu'à quel point pouvons nous supporter l'**empathie émotionnelle** ? Ressentir l'agressivité de l'autre peut-il à un moment donné, faire émerger notre propre agressivité ? Pouvons nous toujours rester dans le « comme si » de l'empathie ?

Pour ma part, ma propre agressivité s'est manifestée dans la relation avec Élise quand je sentais que je perdais le contrôle de moi-même, quand je ne trouvais plus ma place dans la relation. Je me suis remise en cause en tant que psychomotricienne car je trouvais impensable d'avoir tant d'agressivité envers un patient. J'ai contenu au maximum ces sentiments pour ne pas l'exposer, ou exploser jusqu'au moment où j'ai imploré. On retrouve ici le « anger in » et le « anger out »... Ce n'est qu'en verbalisant ce ressenti que j'ai pu m'en détacher.

Enfin, je reprendrai la théorie des neurobiologistes qui considèrent l'agressivité comme une cause et une conséquence du **stress**. Nous sommes tous plus ou moins sujets ou sensibles au stress dans la vie quotidienne. Dans quelle mesure notre propre stress peut-il provoquer l'apparition de notre agressivité ? Et dans quelle mesure l'agression ou la crainte de l'agression peut-elle nous stresser ?

On retrouve ici largement l'idée que tout est une question de limite personnelle. Où notre défense devient-elle agression ? Jusqu'à quel niveau de stress résistons-nous à l'agressivité ? Quelles sont les limites de l'empathie ?

Quelles sont nos propres **limites** ?

III.2. Verbalisation et élaboration

Les émotions que nous rencontrons au quotidien auprès de ces patients sont pour moi fondamentales à verbaliser.

Cela permet d'une part de se **décharger** d'une tension contenue en nous. D'autre part, c'est en verbalisant que nous pouvons prendre du **recul**, voir les choses différemment en en

discutant avec d'autres soignants. Nous pouvons alors **élaborer** ce qui se passe en nous, et dans la situation. Nous pourrions par la suite **passer à autre chose**.

C'est pour cela que je pense qu'il est très important d'avoir au sein d'une institution, un cadre un lieu, un temps spécifiques et des professionnels pour que chacun puisse, s'il le souhaite, exprimer son ressenti vis-à-vis des patients et puisse élaborer dessus.

Pour ma part, cela a été fondamental de verbaliser mes sentiments vis-à-vis d'Élise. Ce n'est qu'ensuite que la relation puis la prise en charge ont pu se mettre en place.

III.3. Violence de la prise en charge ?

J'ai tenté de ressentir ce que pouvaient vivre les patients en prise en charge en psychomotricité.

Si nous repensons aux éléments activateurs de comportement agressif, nous retrouvons : frustrations, stimulations extérieures trop intenses, angoisse... Or, en séance de psychomotricité, nous proposons essentiellement un univers de stimulations (visuelles, auditives, tactiles notamment), de contraintes et de frustrations. En effet, nous demandons aux patients de participer aux activités, d'accepter les contraintes d'un espace, d'une consigne. J'imagine que, selon l'état du patient, cela peut être agressif pour lui.

Il est donc très important d'avoir en tête que ce que nous pouvons proposer en prise en charge peut, à un moment donné, être agressif pour le patient. Nous devons alors nous **adapter** aux besoins et aux limites de nos patients et les **accompagner** dans l'acceptation de ces contraintes tout en leur laissant la possibilité de refuser ce qui est proposé.

Par exemple, quand Carole ne faisait qu'une ou deux fois un parcours psychomoteur et qu'elle désinvestissait l'activité, nous entendions et tenions compte de sa demande d'arrêter mais nous lui demandions de refaire une dernière fois le parcours pour l'inciter à persévérer. Puis, nous avons réfléchi sur ce qui poussait Carole à arrêter si rapidement l'activité. Nous nous sommes rendues compte que c'était la notion temporelle qu'elle ne comprenait pas. Nous avons donc adapté le contenu de la prise en charge en instaurant un système de cubes pour qu'elle visualise le nombre de fois qu'elle va faire le parcours.

En ce qui concerne Élise, nous l'avons accompagnée dans l'espace bassin qui l'angoissait.

Conclusion

Nous avons donc abordé des théories diverses sur l'agressivité et la violence. Les auteurs ne s'accordent que rarement sur les origines (pulsion de vie, de mort ou comportement acquis) , les fonctions ou les sens de ces notions. Mais cela contribue à toute la richesse du regard que nous pouvons porter sur des patients présentant des troubles du comportement agressif.

Au travers des cas de Carole, Sophie et Élise, patientes adultes psychotiques, nous avons pu nous rendre compte que l'agressivité et ses manifestations sont **diverses** et propres à chaque **individu**.

Il est important d'apprendre à connaître le patient, de **prendre le temps** de l'aborder et d'établir avec lui une **relation**. Ces manifestations agressives ont un **sens** pour ces personnes : protection – expression – communication ... C'est à partir de ce sens que nous pouvons alors trouver des axes de travail adaptés à chaque patient et à sa façon d'être.

Durant l'élaboration de ce mémoire, j'ai pu prendre du recul par rapport à ma place de psychomotricienne. J'ai travaillé sur moi et sur mes émotions.

Ayant assisté à l'agression de professionnels de l'équipe ou de patients par Carole, s'est installé une sorte de **peur** au début de mon stage. Il m'a fallu prendre du temps et travailler sur la relation avec cette patiente pour que cette peur s'amenuise jusqu'à disparaître. Aujourd'hui, même si je reste vigilante car je sais que Carole peut passer à l'acte très rapidement, je n'ai pas peur avec elle en prise en charge.

Je reste encore ponctuellement sujette à la peur, à une montée d'adrénaline lorsque Carole cherche à m'agresser. Il y a un instant où l'insécurité que je ressens m'amène à m'éloigner, à lui crier dessus et parfois à avoir des gestes brusques pour me défendre. C'est un réflexe défensif. Une fois cet instant passé, je reprends ma **place** de psychomotricienne et tente d'élaborer ce qui se passe avec Carole. Nous pouvons toutefois nous demander quelles sont les limites de cette défense ? Jusqu'où pouvons-nous être brusques, agressifs sous couvert d'une « défense » ? À partir de quel moment, à partir de quelle limite basculons-nous dans une « **violence institutionnelle** » ? Je crois qu'il est important de se poser ce type de questions pour percevoir ses propres limites et s'en fixer, ainsi que pour toujours prendre du recul par rapport à nos actes auprès des patients.

J'ai découvert de plus que je ne connaissais pas tout de moi et que certains affects, notamment l'agressivité qui m'était peu commune, pouvaient émerger de ma rencontre avec des patients psychotiques. En effet, j'ai ressenti une **agressivité** déstabilisante envers une patiente. Cela était provoqué par l'intrusion de cette jeune femme dans ma « bulle », mon espace personnel, annulant toute distance de sécurité. J'ai ressenti cela comme une agression.

Au travers de la verbalisation dans un cadre spécifique, j'ai pu élaborer ces ressentis, et travailler sur ma place dans la relation avec des patients. J'ai engagé, en quelque sorte, une autoanalyse. Bien évidemment, ce travail a des limites. Il serait intéressant d'aller plus loin dans cette analyse. Le temps, les expériences à venir, et un professionnel pourront m'y aider.

Bibliographie

Livres :

Abram J.

Le Langage de Winnicott
Paris. Édition Popesco. 2001

André P., Benavidès T., Canchy-Giromini F.

Corps et psychiatrie
Thoiry. Édition Heures de France. 1996.

Anzieu D.

Le Moi-Peau
2^{ème} édition. Paris. Dunod. 1995.

Bergeret J.

La personnalité normale et pathologique.
3^{ème} édition. Paris. Dunod. 1996.

Actes de violence : réflexion générale in Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques dirigé par MILLAUD Frédéric
Paris. Masson. 1998.

La violence fondamentale
Paris. Dunod. 2000

Bergès J.

Du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dirigé par LÉBOVICI, DIATKINE et SOULE.
Paris. Presse Universitaire de France. 1999.

Bernard M.

Le corps
Éditions du Seuil, 1995

Hall E. T.

La dimension cachée
Édition Seuil. 1971.

Hurtig M. et Rondal J.A.

Introduction à la psychologie de l'enfant (Tome 2)
Édition Mardago. 1981.

- Marti R.** Écouter et comprendre les enfants autistiques.
Paris. ESF éditeur. 1988.
- Mazet P. et Stoleru S.** Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant.
2^{ème} édition. Paris. Masson. 1993.
- Millaud F.** Le passage à l'acte : point de repères psychodynamiques
in Le passage à l'acte, aspects cliniques et
psychodynamiques
(page 15 à 24)
Paris. Masson. 1998.
- Moras L.** Comprendre la violence en psychiatrie, Approche
clinique et thérapeutique.
Paris. Dunod. 2002
- Moser G.** L'agression.
Que sais-je ? Paris. Presse Universitaire de France. 1987
- Reid W.** Un parcours historique de la théorie du contre-transfert in
Le passage à l'acte, aspects cliniques et
psychodynamiques
(page 57 à 74)
Paris. Masson. 1998.
- Senninger J-L., Fontaa V.** Les Unités pour malades Difficiles.
Heures de France. 1994.
- Süskind P.** Le parfum, histoire d'un meurtrier
Édition Fayard. 1986.
- Winnicott D.W.** L'agressivité et ses rapports avec le développement
Affectif in De la pédiatrie à la psychanalyse.
Éditions Payot, 1969

Articles Périodiques

Akasha E.A.S. et Frimodt L.H.

Le travail psychomoteur en groupe pour favoriser une expression convenable de l'agressivité

Évolutions psychomotrices, n° 37, Vol. 9, 1997
(page137 à 141)

Corraze J.

De la sociobiologie à la pathologie ou de l'agressivité à la violence

Évolutions psychomotrices, n° 37, Vol. 9, 1997
(page 115 à 124)

Vaysse J.

Violence des patients, violence de l'institution en milieu psychiatrique

Évolutions psychomotrices, n° 37, Vol. 9, 1997
(page 127 à 132)

Dictionnaires

Carrie

Lexique du psychomotricien

Paris. Édition Vernazobres-Grego. 2000-2001

Garnier et Delamare

Dictionnaire des termes de médecine. 27^{ème} édition.
Paris. Maloine. 2002.

LAROUSSE 3 VOLUMES

3^{ème} édition. Paris. Librairie Larousse. 1982.

Classification **DSM IV**, Manuel diagnostique et statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie.

Classification **CIM 10**, Classification Internationale des Maladies réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Annexes

Lexique

Mécanisme de défense : Il s'agit d'un processus psychologique inconscient qui vient en aide au moi dans sa lutte contre le déplaisir, la souffrance ou l'angoisse, contre des affects et des représentations pénibles. (Ionescu)

Ça, Moi, Surmoi : deuxième topique de Freud

En 1920, Freud élabore sa 2^{ème} théorie sur la personnalité. Le Ça est le pôle pulsionnel de la personnalité. Le Moi est le représentant des intérêts de la totalité de la personnalité, il est investi de libido narcissique. Le Surmoi est l'instance qui juge et critique, constitué de l'intériorisation des interdits parentaux.

Déni : Mécanisme de défense qui consiste dans le refus de reconnaître la réalité d'une perception négative.

Projection : Mécanisme de défense primaire, commun à la psychose, à la névrose et à la perversion, par lequel le sujet projette sur un autre sujet ou sur un objet des désirs qui viennent de lui mais dont il méconnaît l'origine en les attribuant à une altérité extérieure à lui.

Clivage du moi :

Mécanisme de défense se traduisant par la coexistence au sein du moi de deux attitudes contradictoires, l'une consistant à dénier la réalité (déni), l'autre à l'accepter.

Écholalie :

Impulsion morbide qui pousse certains malades mentaux à répéter comme un écho les paroles prononcées devant eux.

Échopraxie :

Reproduction automatique des mouvements exécutés par une autre personne.

Bilan psychomoteur de Carole

Le bilan s'est effectué en partie en observation sur l'intra hospitalier et à la piscine ainsi que dans la salle de psychomotricité en bilan spontané et semi-dirigé sur une période de 5 semaines en novembre et décembre 2002.

Espace

Carole se repère parfaitement dans l'institution et à l'extérieur. L'exploration visuelle de l'espace est très présente et lui donne des possibilités d'utiliser ces informations pour mettre en place des stratégies. L'organisation graphopercéptive est satisfaisante au test du Visual Motor Integration (VMI).

Temps

La compréhension du temps social est difficile à évaluer mais Carole semble faire des associations entre la vision d'objets (par exemple voir les sacs à dos) et le temps qu'ils symbolisent (piscine) et semble se repérer par rapport au rythme propre de l'institution.

Les notions temporelles qui semblent être comprises par Carole sont celles d'un enfant de 3-4 ans mais elle ne semble pas comprendre la durée et les intervalles de temps.

Schéma Corporel

Au test d'imitation de gestes de Bergès Lézine (adapté), Carole reproduit les postures en miroir. Au test de somatognosie, elle montre sur elle les yeux, la bouche, les cheveux, les mains, les bras, les jambes.

Son dessin du bonhomme correspond à un niveau de représentation du corps de 5 ans (cotation de Goodenough) mais on peut se demander ce qui tient de la véritable conscience du corps et de l'apprentissage du dessin.

Tonus

- Tonus de fond : on distingue une hypotonie axiale contrastant avec une hypertonie observée lors de mobilisations passives (cette dernière s'expliquant peut-être comme une réaction au toucher). On distingue des paratonies de fond au niveau des membres supérieurs

- Tonus actif : on ne voit pas de syncinésies à l'épreuve des diadococinésies

- Tonus postural : il semblerait qu'il y ait une hypotonie. On peut ici se demander si le traitement neuroleptique ne joue pas un rôle.

En ce qui concerne la régulation tonique, le tonus impliqué dans les activités n'est souvent pas adapté à la situation. Les variations toniques sont brusques et extrêmes.

Carole étant non verbale, son tonus est un de ses principaux modes d'expression.

Latéralité

Au niveau axial, Carole est droitnière pour les membres supérieurs et au niveau périphérique, elle est droitnière pour les membres inférieurs et gauchère pour les membres supérieurs.

En ce qui concerne la latéralité usuelle, Carole utilise préférentiellement la main gauche pour l'écriture tandis qu'on ne distingue pas clairement de préférence manuelle pour toute autre activité mais la main gauche est plus efficiente. Au shoot, la jambe droite est plus efficiente.

Ainsi on retrouve une concordance entre latéralités périphérique et usuelle.

On n'observe pas de préférence pour la latéralité gestuelle spontanée.

Graphisme

Carole a un graphisme pauvre en spontané mais est capable de réalisations plus élaborées (formes géométriques au test du VMI, dessin du bonhomme) sur demande.
Sa posture est adaptée.

Préhension

Quand l'approche est lente, on distingue des tremblements fins (en raison du traitement ou par rapport à l'interdit ?)

La prise d'outils scripteurs (feutres, craies) est réalisée par une prise à l'extrémité supérieure de l'outil en pince pouce – index. Au niveau des couverts, il s'agit d'une pince palmaire en pronation des 2 mains.

Le lâcher est contrôlé.

Équilibre

En statique, sur un pied (gauche et droit), on distingue un net déséquilibre qui entraînerait la chute si Carole n'était pas tenue. Pour pallier à ce déséquilibre, spontanément, Carole fait des petits sauts.

En dynamique, l'impression de déséquilibre est augmenté par son corps penché en avant.

Coordinations

Au niveau des coordinations dynamiques générales, on distingue une marche sans difficultés, avec le buste penché en avant et une attaque au sol par la pointe des pieds, notamment lorsqu'elle est énervée ou lassée, sans ballant des bras. La démarche est lourde.

Lors de la course, Carole se laisse emporter par son hémicorps supérieur vers l'avant.

Elle peut sauter même si les coordinations ne sont pas systématiques.

Elle nage en battant des pieds et des mains avec aide.

Les coordinations oculomanuelles sont bonnes.

Attention

Son attention est très variable en fonction de l'intérêt porté à l'activité, de l'état psychique de Carole et de la durée de l'activité

En général, Carole ne peut maintenir son attention sur une activité dirigée que très peu de temps (de l'ordre de 1 à 3 minutes). Des pauses sont nécessaires entre ces activités, tant dans le bilan qu'en prise en charge, afin de conserver le maximum d'attention et d'éviter l'apparition des troubles du comportement.

Communication et Relation

Carole a une bonne compréhension générale des consignes simples et de l'environnement.

Elle est non verbale et présente donc de nettes difficultés à se faire comprendre. Elle est cependant capable d'interpeller et demander de l'aide en prenant les personnes par la main mais cela n'est pas systématique. Pour effectuer une demande particulière, elle pointe du doigt ce qu'elle veut.

Elle a une relation conflictuelle et effraie voire terrorise les autres patients et soignants.

Comportement

On constate chez Carole une nette intolérance à la frustration.

Elle manifeste une agressivité dès le moindre échec, quand elle n'a pas d'intérêt final ou si une activité demande trop d'effort. Cela se manifeste par de l'auto agression (se mord le bras, se cogne la tête et parfois se jette par terre) ou de l'hétéro agression (sur autrui : mord, tire les cheveux, donne des coups ou sur le matériel : casse des objet symboliques, jette sur les personnes visées)

Ces manifestations sont parfois prévisibles, apparaissant dans des contextes particuliers récurrents, ce qui permet d'éviter des situations de violence physique mais elles sont aussi parfois sans causes apparentes et donc incoercibles.

Toucher :

Carole cherche à toucher l'autre, soit de façon molle, par effleurement, soit de façon tonique, voire agressive jusqu'à faire mal. Son toucher est très empreint de sexualité (cherche à toucher les fesses, les cuisses, la poitrine...).

Parfois elle semble rechercher et apprécier d'être touchée et parfois ne semble pas le tolérer.

Observations Générales

Carole présente des stéréotypies gestuelles (balancement du tronc d'avant en arrière).

Elle est autonome dans les tâches de la vie quotidienne (repas, toilette, habillage).

En bilan spontané, Carole va vers la musique ou le dessin mais présente des difficultés à changer toute seule d'activité. Elle s'enferme dans l'activité en cours.

En bilan semi dirigé, elle ne peut rester que peu de temps sur une activité.

De façon globale, on remarque nettement que Carole reste plus longtemps sur une activité dynamique que sur une activité statique lui demandant une concentration importante et une attention plus fine.

Carole cesse l'activité dès qu'il y a un obstacle ou dès qu'elle se sent en échec (même si elle ne l'est pas). Elle ne persévère pas.

Bilan psychomoteur de Sophie

Le bilan de Sophie s'est effectué dans le cadre d'une réévaluation de ses compétences. Il s'est déroulé sur 6 séances d'une demie heure par semaine en salle de psychomotricité ainsi que par l'observation de Sophie sur l'intra hospitalier et lors de la prise en charge en psychomotricité à la piscine.

Sophie présente une déformation de la colonne vertébrale qui la gêne dans l'harmonie des mouvements. On remarque cependant qu'elle s'y adapte. On peut supposer que cela occasionne des tensions musculaires douloureuses et conditionne peut-être le sens de ces stéréotypies.

Schéma Corporel

En imitation de geste, elle peut reproduire 3 positions à la suite avec quelques difficultés d'attention selon son état d'énervement. Il faut répéter la consigne plusieurs fois et lui laisser du temps pour reproduire les postures. Il y a une mobilité articulaire réduite au niveau scapulo-huméral due à la déformation de la colonne.

Espace

Elle est capable de se repérer sur son corps et de s'organiser pour la toilette et pour l'habillage. Elle oriente correctement ses vêtements.

Elle est capable de repérer le début et la fin d'un parcours psychomoteur et de placer des éléments entre ces deux points. Elle peut donc structurer un espace. Elle s'oriente dans l'espace de l'institution et dans l'espace piscine.

Sophie ne respecte pas toujours la distance dans la relation duelle et a tendance à se rapprocher. Elle peut littéralement se jeter dans mes bras lors du travail sur les porters à la piscine (en partie par peur). Elle ne semble pas avoir à l'esprit la notion de distance personnelle.

Temps

Dans les épreuves de rythme, elle peut répéter une à deux tapes en différé. Elle perçoit les variations de tempo et les suit en même temps que moi. Elle est capable de s'arrêter sur la demande « stop ».

Elle pose beaucoup de questions sur la succession des activités ou sur les activités de la journée. Je pense qu'elle a des difficultés à se repérer dans le temps de la semaine.

Tonus

En bilan de détente spontanée, on constate que Sophie a une capacité de détente musculaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

Il n'y a pas de rotation du cou en mobilisation passive et on distingue un blocage au niveau de l'épaule.

Toucher :

Sophie a accepté mon toucher lors du bilan de détente spontanée mais ne l'accepte pas systématiquement. Ce toucher est accompagné de paroles pour la rassurer.

Le toucher est aussi très présent lors de la prise en charge à la piscine et Sophie l'accepte lors des porters.

Toutefois, notons que Sophie a un rapport agressif au toucher : elle mord, griffe, pince les autres ou elle même et entretient ses plaies. Sa peau est le reflet ces automutilations du fait des nombreuses cicatrices.

Graphisme

Sophie fait un dessin du bonhomme assez détaillé. Elle prend la feuille horizontalement et se dessine allongée en commençant par la tête à gauche et continue le corps vers la droite. Elle s'est donc organisée dans son graphisme et a bien investi tout l'espace feuille. On peut se demander si ce dessin n'est pas le fruit d'un apprentissage graphique étant donné qu'elle réalise le même dessin en disant dessiner un « steak frite ».

Elle utilise la main gauche, sa posture est adaptée et il y a une bonne coordination oculomanuelle.

Préhension

L'approche de l'objet est bonne avec une bonne coordination oculomanuelle.

La prise de l'outil scripteur se fait en pince fine pouce-index de la main gauche et la prise des couverts se fait en pronation (fourchette de la main gauche)

Le lâcher semble contrôlé sauf quand Sophie est agitée, notamment quand il y a présence de nourriture, de café ou de cigarette.

Coordinations oculomanuelles

Elles sont possibles tant dans les activités de motricité fine au bureau comme l'enfilage de perle ou le dessin, que dans les activités de motricité globale mais dépendent de la capacité d'attention du moment.

Une rapidité d'exécution est possible mais l'efficacité du mouvement dépend de son état émotionnel.

Coordinations dissociations

Sophie utilise ses 2 mains de façon spécifique lors du repas. La main gauche pique avec la fourchette, la main droite arrache avec le couteau.

Coordinations Fines

Elle est bonne dans les activités type enfilage de perle.

Coordinations Dynamiques Générales

Marche : Sophie marche avec le buste penché en avant ou très droite, la tête bien haute, elle traîne des pieds et on distingue un ballant des bras.

Course : Les caractéristiques observées à la marche sont exagérées lors de la course. Sophie trébuche et il y a un risque de chute.

Lorsqu'elle marche rapidement ou court, on a l'impression d'une suite de déséquilibres qu'elle rattrape tout juste.

Saut : Sophie a des difficultés à décoller les pieds du sol mais il y a une initiation au mouvement notamment avec l'utilisation d'un trampoline.

Équilibre

Le polygone de sustentation est élargi. Cela donne un aspect précaire à l'équilibre tant statique que dynamique.

On a l'impression que Sophie enchaîne des suites de déséquilibres qu'elle rattrape au dernier moment. Cela fait craindre une chute. Cependant, Sophie ne tombe jamais. À la piscine, dès la moindre peur, Sophie se redresse sur ses jambes, très rapidement et de façon très ferme. On peut donc en conclure que les réactions d'équilibration sont bonnes.

Attention

Sophie a une bonne capacité d'attention mais dépendant d'une part de sa motivation et de son état d'énervement. On a l'impression qu'elle est en quasi permanence sur le qui-vive, à l'affût du moindre mégot de cigarette ou goutte de café à avaler.

Dans les activités, même si Sophie est calme et attentive, il faut toute fois répéter plusieurs fois la consigne.

Autonomie

En prise en charge piscine, depuis quelques séances (mars), Sophie se déshabille et se rhabille toute seule. Sous la douche, elle n'a pas besoin d'être guidée.

Pendant le repas, son autonomie est un peu réduite dans le sens où elle ne peut pas gérer son temps face à son assiette. Elle semble débordée par ses émotions et ne contrôle alors plus la vitesse et la qualité de ses mouvements. Elle engloutit le contenu de son assiette et s'en met plein sur elle.

Communication

Sophie possède un langage asyntaxique. Elle dit de façon stéréotypée certains mots de choses qu'elle aime, notamment quand elle est détendue ou rassurée. Par exemple à la piscine, quand elle se sent bien, elle énonce « fraise des bois, abricot, ananas, pêche, banane, Sainte-Anne... »

Lorsqu'elle est inquiète, on remarque qu'elle pose beaucoup de questions répétitives sur lesquelles les réponses n'ont pas d'influence.

Au niveau de la communication non verbale, Sophie a un regard assez expressif.

Relation

On peut établir une relation avec Sophie soutenue par le regard, les sourires et mes paroles. La qualité de cette relation est d'autant meilleure que Sophie se sent rassurée et en sécurité. Cela demande donc du temps.

Comportement

On distingue chez Sophie des troubles du comportement agressif. Elle s'auto agresse (morsure, entretien de plaie) et agresse l'autre, le plus souvent par petits coups furtifs ou en pinçant. Les auto agressions surviennent dans des moments où Sophie se sent en insécurité ou bien lorsqu'on l'empêche de ramasser des mégots dans la rue.

Elle présente de plus des troubles des conduites alimentaires : elle mange des mégots de cigarettes, potomanie, difficulté de contrôle de rapidité pour avaler la nourriture. Il semble y avoir une émotivité assez importante face à la nourriture. Quand elle se sent bien et détendue, ce sont essentiellement des noms d'aliments qu'elle mentionne. De plus, lors des repas, on distingue une nette agitation psychomotrice, affectant la qualité et l'efficacité de ses gestes.

Attitudes Corporelles

On observe que Sophie a souvent le buste penché en avant dans les déplacements. Cela peut-être mis plus ou moins sur le compte de son traitement.

Elle présente des stéréotypies motrices : elle s'allonge et fait pivoter son tronc, bras fléchis. Elle prend directement cette position lors des pauses dans le bilan en salle et lorsqu'elle est dans le hall de l'intra hospitalier. Cela ressemble à une posture défensive (les bras protègent le corps). Lorsqu'elle entre dans ses stéréotypies, elle se coupe un peu du monde mais elle réagit quand on l'interpelle, quand on cherche à entrer en relation avec elle ou quand on lui demande de participer à une activité. Il faut parfois insister un peu

Bilan psychomoteur d'Élise

Ce bilan s'inscrit dans le cadre d'une réévaluation des compétences d'Élise. Il s'est effectué en partie en observation dans le cadre de l'intrahospitalier et des repas et en partie en salle de psychomotricité sur 4 séances en janvier 2003 en bilan semi-dirigé.

Les épreuves du bilan psychomoteur doivent être adaptées. De plus, les items doivent être présentés de façon ludique, de sorte à ce qu'Élise prenne du plaisir et soit ainsi moins opposante.

Espace

Élise se repère dans l'institution. Elle a des difficultés à repérer le début et la fin d'un parcours.

Temps

Les tests de Mazo Soubiran et de Mira Stambach doivent être adaptés. Élise présente un tempo spontané moyen. Elle reproduit en même temps que moi (et pas en différé) des tempo lents ou rapides mais pas de structures rythmiques simples. On observe des signes d'impulsivité.

Elle pose des questions sur la succession des activités dans l'institution (on peut se demander si cela est dû à de l'anxiété, à des problèmes de mémoire, aux stéréotypies verbales ou à un problème de repérage dans le temps.)

Il faut du temps à Élise (environ 1 an) pour se repérer temporellement et spatialement dans une séance.

Schéma Corporel

Elle a une somatognosie proche de celle d'un enfant de 4 ans. Certains noms ne sont pas dits spontanément mais si j'amorce le mot, elle connaît la fin.

Tonus

Dans les activités, elle est capable d'une certaine régulation tonique mais globalement, les gestes ne sont pas harmonieux et une certaine hypertonie persiste.

Ses bras sont en flexion ; il n'y a pas de ballant des bras à la marche.

La mobilisation passive met en évidence une capacité de détente spontanée sous la consigne « se faire toute molle » mais fugace.

Lors d'imitation de gestes, on remarque une mobilité articulaire réduite au niveau de la ceinture scapulaire (ne dépasse pas l'horizontale en abduction des bras.).

À l'épreuve des marionnettes, on distingue des syncinésies d'imitation dans le sens gauche-droite et des syncinésies de diffusion. Il n'y a pas d'encorbellement de la main droite ; il est meilleur de la main gauche.

Graphisme

Le graphisme est très pauvre. Le rond n'est pas fermé, il ressemble plus à une spirale. Il y a persévérance du geste. Le remplissage est très approximatif.

Elle ne possède pas le dessin du bonhomme mais quand elle me demande de le faire, elle me dit où placer les parties du corps.

Le poignet est souple, la posture est adaptée.

Préhension

La préhension de l'outil scripteur se fait par la main gauche, en pince tridigitale, à l'extrémité supérieure de l'outil.

La préhension des couverts se fait en pronation, fourchette dans la main gauche et couteau dans la main droite et implique beaucoup de tonus.

Équilibre

L'équilibre statique est bon, pieds joints et sur un pied, de même que l'équilibre dynamique.

Coordinations :

En ce qui concerne les coordinations dynamiques générales, on constate une marche normale, sans ballant des bras (qui sont en flexion). La course est possible mais dure peu de temps. Les sauts possibles à cloche pied et pieds joints. Elle ne persiste pas dans ce type d'activité.

Les coordinations oculomanuelles sont bonnes.

Au niveau des coordinations dissociations, les sauts à la corde sont très difficiles. On remarque une problématique de dissociation en imitation de gestes, et dans toute activité dynamique.

Au niveau des coordinations fines, le déliement digital est bon.

Latéralité

Neurologique : Élise shoote du pied droit et prend appui sur sa jambe droite pour d'autres activités.

Usuelle : Élise utilise la main droite dans toutes les activités, et la main gauche pour le graphisme.

Attention

Élise est distractible. Elle peut se laisser complètement envahir par un objet ou une idée. Elle a tendance à s'enfermer dans ses stéréotypies verbales.

Praxies

Les praxies idéomotrices sont bonnes. Pour celles d'habillage, Élise a des difficultés pour attacher son soutien gorge et faire ses lacets, ce qui amène à un travail sur la demande d'aide.

Autonomie

Élise mange seule et correctement. Elle ne coupe pas sa viande, mais cela est travaillé en ergothérapie et repris lors du repas thérapeutique. À la douche, elle se lave le corps et pas les cheveux mais a besoin d'être stimulée.

Communication et relation

Élise a un vocabulaire spontané en deçà de ses capacités. Elle présente des stéréotypies verbales (pouvant contribuer à son énervement) entraînant un barrage au dialogue. En effet, le dialogue est possible mais très limité (sur ce qu'elle a fait le week-end par exemple).

L'accrochage du regard est possible.

Elle sollicite la relation. Elle prend en compte l'état des autres patients (par exemple, elle demande : « qu'est ce qu'elle a X.... »).

Parfois, elle est hermétique à toute relation.

Il faut la stimuler pour qu'elle fasse une demande.

Comportement

En ce qui concerne les troubles du comportement, on distingue une agressivité verbale, davantage perceptible par l'intonation que par les insultes en elles-mêmes. On distingue d'autre part des manifestations d'auto agressivité en diminution.

Attitudes Corporelles

Élise présente des stéréotypies gestuelles : balancement du tronc d'avant en arrière lorsqu'elle est assise.

Toucher :

Elle vient toucher l'autre (en particulier les soignants), faire des « chatouilles » et demande corporellement qu'on lui fasse la même chose en présentant la partie de son corps qu'elle souhaite que l'on touche. Hormis lors de ces jeux, élise ne se laisse que très peu toucher. Elle l'accepte mieux avec un objet médiateur.

Observations Générales

Élise a des stéréotypies verbales très importantes. En travail dynamique, les stéréotypies sont plus intenses et Élise est moins longtemps attentive, tandis que les activités se faisant au bureau durent plus longtemps et génèrent moins de stéréotypies.

Elle se met facilement dans l'opposition lorsqu'on lui propose verbalement une activité, mais cela semble traduire davantage une angoisse ou relève plutôt d'une stéréotypie verbale que d'un réel refus.

On peut distinguer chez Élise une tendance à réduire la distance physique quand elle s'adresse à moi. Elle s'écarte facilement quand je le lui fais remarquer.

Elle participe aux tâches de la vie quotidienne (va préparer la table, participe aux décorations de Noël) et est très investie par l'équipe soignante.

Elle a besoin de temps entre le moment où la consigne est posée et l'action- réponse. Il est important de répéter plusieurs fois la consigne.

Face à l'échec, Élise ne se corrige pas. On ne distingue alors pas d'apparition de troubles du comportement agressif.

Elle est valorisée dans les exercices, elle prend du plaisir et montre qu'elle est contente.

Elle accepte l'aide.

Ces 3 derniers éléments sont favorables à l'apprentissage.

RELEVÉ DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Nom : *Melle X*

Prénom :

Date et heure	Type de manifestations agressives (ex : auto-agression : se mord, se griffe, se frappe...Hétéro agressivité sur autrui, sur matériel... Énervement	Lieu	Contexte	Conséquences (faire mal, blesser, casse d'objet...)	Réponse du personnel	Influence de la réponse sur le comportement	Nom du soignant
<i>30/01/03 16h30</i>	<u><i>Exemple</i></u> <i>Saute, crie + hétéro agressivité (cherche à taper)</i>	<i>Rue Retour de l'atelier « salon de thé »</i>	<i>Trajet du retour Melle X marche difficilement peut-être à cause de ses chaussures nouvelles</i>		<i>Maîtresse physiquement Écartée du groupe</i>	<i>Melle X se calme</i>	<i>Mme A. profession</i>

Résumé

L'agressivité et la violence, termes souvent indifférenciés, auraient diverses origines, formes et sens. Le psychomotricien, au travers de l'empathie, du dialogue tonico-émotionnel et de l'observation du patient psychotique présentant des troubles du comportement agressif, va pouvoir trouver du sens à ces manifestations. C'est à partir de là qu'il pourra élaborer des axes de travail en prise en charge psychomotrice.

Parfois, le psychomotricien lui-même pourra être confronté à sa propre agressivité dans la relation à ces patients. La verbalisation de cet affect lui permettra de l'élaborer.

Mots clés :

Agressivité – Violence – Psychomotricité – Corps – Relation – Psychose.

Summary

Often undifferentiated terms, aggressiveness and violence would have various origins, forms and meaning. The psychomotor therapist, through the empathy, the tonic-emotional dialogue and the observation of the patient psychotic presenting of the aggressive behavioural disorders, will be able to find meaning with these manifestations. It is from there that it will be able to work out axes of work in psychomotor therapy. Sometimes, the psychomotor therapist himself could be confronted with his own aggressiveness in the relation with these patients. Putting this affect into words allow him to work out it.

Key words:

Aggressiveness - Violence – Psychomotor therapy - Body – Relation - Psychosis.