

DU JEU AU TRAVAIL EN PSYCHIATRIE

Toute cette violence gelée ne se décharge pas forcément dans l'auto-destruction et l'hétéro-destruction. Beaucoup de gens trouvent - le plus souvent sans que ce soit une démarche consciente - des activités qui leur permettent de dériver, au moins partiellement, cette énergie négative accumulée. Dans l'inventaire non exhaustif qui va suivre, nous vous invitons, ami lecteur, à vous souvenir que sous la même étiquette très honorable, peut s'abriter aussi, dans bien des cas, une destructivité plus ou moins intense. Par exemple, il y a une façon meurtrière et/ou suicidaire de pratiquer la boxe, notamment quand elle cesse d'être un sport pour devenir un spectacle comportant des enjeux financiers plus ou moins lourds. J'ai souhaité placer la boxe dans une proximité-contraste avec l'escrime pour lequel l'emploi de fleurets mouchetés et de masques permet de distinguer clairement l'acte sportif du meurtre camouflé en duel.

le mode ludique

escrime, boxe, punching ball, chasse, rugby, football, tennis, squash, jeux plus ou moins brutaux mais aussi cartes, échecs, wargames, jeux de rôles¹, etc... Cette sèche énumération ne doit pas faire illusion : Toutes ces activités ne sont pas équivalentes et pour chacune, on pourrait établir un gradient d'efficacité en fonction de la manière dont elle est conduite et vécue. En ce qui concerne par exemple l'activité de punching ball, une esquisse d'échelle pourrait se présenter ainsi :

ANTONIO, sur prescription de l'entraîneur, frappe sans conviction et sans émotion.

BRUNO pour se faire les muscles, frappe avec conviction ; mais il est surpris lui-même par son ardeur et par sa difficulté à s'arrêter. Est-ce que vraiment il n'a pas de colère, comme un examen de sa conscience claire pourrait le lui faire croire ?

CARLO frappe et sa colère s'accroît à mesure qu'il frappe ; pourtant aucun visage, aucun souvenir ne vient éclairer son émotion. L'événement est-il si ancien que le souvenir reste hors de portée ? La colère est-elle dirigée contre une image parentale trop terrifiante ou trop culpabilisante ?

DIEGO sent monter la colère en lui et redoute de ne plus se contrôler. Avant tout, ne pas brutaliser à nouveau la femme qui partage sa vie ! Dans le passé, il a fait maintes fois le constat que ses coups de gueule (Je ne vais tout de même pas laisser passer ça !) adoucis ("Je ne veux surtout pas la terroriser, en faire une victime et me retrouver avec des tonnes de culpabilité !) ont en fait cumulé les effets néfastes : C'était bien trop violent pour elle (Bonjour la culpabilité !) et - pour son soulagement à lui - très insuffisant (Bonjour les étouffements et l'ulcère !). En bourrant de coups le sac de sciure installé dans son atelier, il est d'abord tout entier dans son ressentiment contre SVETLANA puis d'autres images plus anciennes remontent, gonflées d'une formidable rancune contre sa mère qui n'avait pas hésité - pour faire rire - à lire devant des voisins, son journal intime. Pour DIEGO, il n'y a pas seulement décharge réelle qui va protéger son entourage (et lui-même) mais aussi prise de conscience de la façon dont son passé d'enfant met en danger sa vie de couple et plus généralement ses relations avec les autres aujourd'hui...

D'ANTONIO à DIEGO, nous sommes passés de la perspective purement culturiste² à une perspective clairement thérapeutique.

¹ Rien à voir avec les prudentes mises en situation utilisées dans les stages de relations humaines...

² avec au mieux évacuation d'un trop plein énergétique (ce que dans le grand public, on appelle se défouler)

Les thérapies émotionnelles

Attention : Une émotion peut en cacher une autre

Dans les thérapies émotionnelles, cette pratique spontanée très ancienne¹ se trouve systématisée, encadrée, accompagnée d'une verbalisation, reprise dans une démarche globale de recherche sur soi. Le thérapeute encourage la personnes à crier, à décharger sa fureur sur des matériaux prévus à cet effet (coussins de mousse notamment), avec des objectifs de catharsis, dans un environnement protégé. Puis vient l'élaboration verbale et souvent une seconde émotion - chagrin ou peur - qui se cachait derrière la colère ou la rage, peut enfin s'exprimer fortement et être à son tour élaborée.

Les thérapeutes qui font du travail émotionnel accordent une attention particulière au cri. A la différence des autres formes qui impliquent une compétence et une technicité, le cri est l'expression la plus fruste et la plus ancienne dans l'histoire humaine comme dans l'expérience de chaque être humain. Mais comme il a généralement été interdit voire réprimé plus ou moins durement, il est souvent vécu comme transgression et révolte. Certains adultes découvrent spontanément son aspect libérateur tandis que d'autres malgré les encouragements du thérapeute parviennent difficilement à sortir leur premier cri. Parvenir à crier pleinement (seul ou en prenant appui sur un groupe) est tout à la fois chemin pour sortir de la soumission et signe qu'on n'y est plus totalement.

Il s'agit, rappelons-le, de permettre à une personne de sortir une partie de sa violence intérieure, d'une manière qui ne soit destructrice ni pour elle-même ni pour les autres. Cela implique donc que cette *expression* ne soit ni angoissante ni culpabilisante pour elle.

Si l'on se fixe l'objectif d'extérioriser l'énergie agressive, différentes structures de travail peuvent être envisagées. Par exemple :

- Serrer les poings et les dents en grondant et en intensifiant sa respiration
- Frapper un gros bloc de mousse avec une cravache à tout petits coups, sans élan, dents serrées, babines retroussées, respiration grondante de fauve (laisser sortir le son au maximum)
- frapper le bloc de mousse ou son matelas, de ses poings ou avec le plat d'une raquette de tennis
- lancer des projectiles (coussins très légers, boules de mousse non tassée) sur des *quilles* (assez grandes si possible mais légères et peu fragiles), dont certaines représentent des personnages symboliques divers : l'Homme, la Femme, le Bébé, la (mauvaise) Mère, le (mauvais) Père, le Gendarme, le Patron et d'autres images d'autorité éventuellement.
- déchirer un gros catalogue ou des chiffons
- Contre une plaque épaisse de mousse appuyée au mur, donner des coups de pied debout ou couché sur un matelas
- piétiner une poupée de chiffon ou des emballages en polystyrène
- *Non !* (étendu sur le dos, sur un matelas suffisamment épais, le frapper des pieds et des poings, alternativement du côté gauche et du côté droit, la tête oscillant à chaque *Non* - commencer lentement pour bien synchroniser puis accélérer et augmenter progressivement le volume sonore. L'exercice permet une relative perte de contrôle qui favorise l'entrée dans l'émotion)...

¹ qui permet d'échapper plus ou moins efficacement à l'éternel dilemme du violent lucide et scrupuleux

Violence en institution psychiatrique

Lorsqu'on propose ce genre d'informations à un groupe d'infirmiers psychiatriques en formation, on suscite souvent beaucoup de surprise. Dans l'hôpital psychiatrique traditionnel, l'expression de la colère provoque l'inquiétude et sera systématiquement tassée par des médications appropriées. Cachez cette colère que je ne saurais voir ! Le souvenir des agressions passées, le souvenir de journées entières vécues dans la peur d'une explosion qu'on ne pourra contrôler installent une évidence collective de la contention bien compréhensible. Et pourtant... Peut-être un jour finira-t-on par admettre que la *politique de la contention* installe sur le long terme ce qu'elle prétend éviter. De nombreux patients ont un besoin plus ou moins intense, plus ou moins inhibé de sortir leur violence intérieure. Plusieurs positions sont possibles face à ce besoin :

1- La passivité : le personnel avale chaque jour dans l'amertume, parfois pendant 8 heures, les injures et les dévalorisations incessantes de tel ou tel patient, subit dans la peur l'explosion et fait ensuite le bilan de la casse, un bilan qui ne prendra en compte que les dégâts visibles : matériel détruit, incapacité temporaire de travail... Mais le plus grave est ailleurs, dans le cauchemar qui empoisonne les temps de repos et de congé de certains soignants, dans leur fragilisation progressive, dans un absentéisme qui alourdit la charge de ceux qui restent... Le plus grave est ailleurs, dans la démission de l'Institution

2- La prévention répressive : A l'aide de neuroleptiques, le personnel tasse préventivement les patients irritables, réprime dès leur apparition toutes les tentatives d'expression agressive et utilise largement la chambre d'isolement. Dans le très court terme, le procédé est sans doute efficace si l'objectif est seulement d'assurer le maintien de l'ordre. Dès que le patient bouge de manière inquiétante, on lui saute dessus et on lui administre l'injection qui doit le calmer rapidement. Mais décider que l'autre est dangereux et agir en conséquence, n'est-ce pas mettre en place ce qui va effectivement le rendre dangereux et me confirmer ainsi dans ma conviction de soignant ? Le patient n'est-il pas conduit ainsi à voir les infirmiers comme des gardiens et des ennemis plutôt que comme des soignants qui sont là pour l'aider? A toutes les frustrations et violences anciennes et récentes qui ont installé en lui tant de fureur, on va ajouter la frustration de ne pouvoir exprimer ce qui gronde en lui, la violence de l'injection et la punition de la chambre d'isolement. Quelle confiance peut-il garder pour l'infirmier qui lui dira vouloir seulement l'aider ? D'autre part, cette *politique de la contention* focalisée sur la violence potentielle pourrait conduire à négliger les patients inhibés puisqu'ils sont inoffensifs.

3- La prévention thérapeutique : L'équipe met en place tout ce qui favorisera le travail émotionnel des patients (expression de la rage, de la colère mais aussi de la peine, de la peur, du dégoût) sans réduire la sécurité des uns et des autres. Une telle démarche ne peut être adoptée que si l'ensemble de l'équipe soignante y est prête, à commencer bien sûr par les médecins. Ce sont eux - avec la coopération des infirmiers - qui sont les mieux placés pour évaluer les risques et décider des protections à instaurer mais pour installer des pratiques nouvelles, il est indispensable de commencer par une phase de sensibilisation collective au cours de laquelle chacun peut dire ses peurs et ses réticences face à un changement de perspective aussi radical.

Dans le Service du Dr H., il est interdit d'injurier et bien sûr de frapper quiconque, et les médecins comme les autres soignants se mobilisent pour assurer cette protection des personnes. Mais dans le même temps, ils se mobilisent pour que, de façon quotidienne, tous les patients - y compris ceux qui souffrent d'inhibition - parviennent à trouver leur propre chemin vers

l'extériorisation de leurs sentiments négatifs¹. Deux salles insonorisées et capitonnées fournissent aux patients individuellement ou en petit groupe, des lieux confortables pour crier et extérioriser sur de gros coussins solidement enveloppés, leur colère ou leur rage. De grosses poupées rudimentaires et solides (fabriquées sur place) figurent quelques images d'autorité susceptibles d'inspirer des émotions puissantes et des tirs groupés de balles en mousse légère... Des soignants volontaires les encouragent et les aident à mettre des mots sur l'émotion qui s'est donné libre cours. Par leur présence bienveillante, ils évitent ou limitent la culpabilité qui pourrait surgir après coup. Bien entendu tous les patients ne sont pas prêts à crier et à taper de cette façon ; de même les soignants, même lorsqu'ils sont acquis au principe de cette démarche, ne sont pas tous prêts à accompagner ce mode d'expression tonitruant. D'autres activités sont proposées, par exemple :

- Un groupe conduit par un médecin permet aux patients qui le souhaitent d'exprimer leurs insatisfactions immédiates, de les élaborer, de les transformer le cas échéant en revendications qui seront rédigées, regroupées en un cahier. Des volontaires constituent la délégation² qui va se préparer à la démarche réelle par des jeux de rôles dans lesquels les patients - s'ils y consentent - seront alternativement délégués des patients et représentants de l'autorité hospitalière...

- Un autre groupe écrit et met en scène une pièce de théâtre pleine de bruit et de fureur.

- Un troisième prend en charge la vidéo du Service. Les émissions et les films considérés par le groupe comme intéressants sont enregistrés et proposés ultérieurement. Chaque fois, des temps d'échanges sur le vécu, en petits groupes, suivent la diffusion. Les objectifs : intégrer ce qui a pu être perturbant, permettre aux émotions qui ont été mobilisées de pouvoir aussi se dire en mots, repérer les séquences³ qui pourraient constituer des embrayeurs émotionnels pour telle ou telle personne en fonction de sa pathologie et de son histoire. Par exemple, dans un téléfilm américain, "*Autopsie d'un meurtre*", une séquence montre de jeunes enfants qui assistent terrorisés à une scène très dure de violence conjugale. Reçue vers 22 heures en fonction des hasards de la programmation, une telle séquence peut perturber des patients qui vont peu après se coucher et devoir trouver le sommeil. Repiquée et regroupée avec des séquences semblables, elle fournit au thérapeute un outil de réactivation puissant à employer dans les temps de travail thérapeutique (en groupe ou en relation duelle. Je mentionne pour mémoire, car elles sont plus classiques, les actions de psychodrame, la chorale, le sport, l'ergothérapie, etc...

Je sens que vous aimeriez, ami lecteur, savoir dans dans quel hôpital se trouve ce Service. C'est aussi la question que je me suis posé...

¹ Bien entendu, cela ne signifie pas qu'ils y parviennent avec tous, ni qu'ils y parviennent immédiatement !

² Ce qui est ici décrit s'inspire largement de *l'apétothérapie* (du grec *apaiteo* : je revendique), une méthode de sociothérapie malheureusement méconnue de ceux qui ne jurent plus que par la chimiothérapie... Cf. "*Le vide social*" de COURCHET et MAUCORPS, et les articles de SIVADON dans "Évolution psychiatrique" n°1/1951 et de D. LEGRAS dans *Le Groupe Familial* n°40 (juil. 68)

³ Cette vidéothèque thématique peut être rapprochée de la bibliothèque thématique que les praticiens de l'expression scénique se constituent. Cf. "*l'expression scénique*" d'EMILE DARS et J.C. BENOIT