# Traiter et prendre en charge les psychopathes, sociopathes, personnalités "borderline"

Jacques Louys

**Introduction**

Ce que nous appellerons ainsi est centré, au niveau clinique, sur le passage à l'acte agressif, impulsivité incontrôlée et malheureuse particulièrement mal supportée quand elle se porte sur d'autres que la personne et les amène à souffrir considérablement, mais qui est un symptôme pouvant très bien être dirigé sur la personne elle-même afin de la faire souffrir directement.

Nous considérerons que le passage à l'acte agressif résulte de deux effondrements successifs de fonctions psychiques opposées normalement en équilibre oscillatoire harmonieux (homéostasie psychique). Un pôle de l'oscillation s'effondre puis l'autre pour aboutir à un passage à l'acte hétéro ou auto-agressif.

Il ne faut pas confondre la psychopathie avec la personnalité antisociale, plus proche de la perversion. Nous la distinguerons aussi de l'écroulement résultant du caractère hystérique dont les défenses sont débordées (même si une personne peut présenter des traits impulsifs appartenant aux deux types d'écroulement psychique, notamment quand apparaît une tentative de suicide).

**Les deux effondrements successifs**

Premièrement, des personnes ont des capacités d'adaptation faibles au préalable dans leurs relations sociales ou personnelles, sexuelles ou dyadiques. Un épuisement de leurs capacités d'action structurée se produit un jour dans ces registres relationnels ou dans un registre plus particulier. Cela se passe lors d'un changement de responsable ou de règles dans la collectivité dont elles participent ou lors d'un changement des responsabilités sociales qu'elles doivent elles-mêmes tenir ou par immersion dans un champ social trop difficile pour leurs capacités d'adaptation ou par fatigue corporelle s'accentuant ou vieillissement se profilant ou par difficulté d'assumer une position sexuée ou une relation de pouvoir.

Arrive un état d'épuisement de l'action structurée provoquant, en contrecoup, un état hyper émotionnel. Il peut être déjà «réactionnel» si cet effondrement est soudain : peur horrible («attaque de panique»), dépression réactionnelle, gaieté irraisonnée, honte insupportable, culpabilité intense, colère déchaînée etc.

Mais il peut s'établir plus lentement, ou bien les moments réactionnels peuvent devenir de plus en plus rapprochés, jusqu'à ce que l'hyper affect devienne chronique comme moyen de défense contre le risque que la personne sent venir d'apparition du symptôme de passage à l'acte agressif. Un état prolongé d'hyper affect peut se réaliser alors, état que la personne tiendra plus ou moins longtemps jusqu'à l'épuisement secondaire de ses capacités à le tenir. On parlera de dépression, de manie ou d'équivalent dépressif ou maniaque puisque les autres affects, hormis l'humeur, sont très mal repérés et pris en compte pour eux-mêmes en clinique (au mépris de la réalité).

Surgit alors chez ces personnes en état hyper affectif au long cours, la réapparition de l'action sous une forme impulsive et malencontreuse : le passage à l'acte agressif. La personne peut pendant longtemps s'accrocher à son état hyper affectif, lutter contre l'envie du passage à l'acte et essayer de le retenir. On parlera, par exemple, de l'apparition d'obsession-impulsions ou d'intuitions délirantes et d'hallucinations survenant à bas bruit avant que l'explosion ne se fasse.

Mais, chez d'autres personnes, la surcharge des capacités psychiques affectives est telle et/ou la faiblesse de celles-ci si prononcée d'emblée, que se provoquera un deuxième effondrement quasi-immédiat des capacités

affectives. On aura un passage à l'acte quasi simultané de l'effondrement des capacités d'actions structurées, comme une déstructuration massive et soudaine de l'action face à un obstacle.

C'est cela qui qualifie au mieux la personnalité borderline. Les deux effondrements se suivent alors quasi immédiatement, souvent dans un aspect d'intolérance totale à la moindre frustration, mais parfois par simple épuisement des capacités psychiques de la personne.

Les passages à l'acte agressifs rencontrés peuvent être des destructions d'objets incohérents, de la violence sociale idiote, de la domination interindividuelle soudaine et méchante, des vols irraisonnés, des attentats à la pudeur irrésistibles, des viols impulsifs, des dons sexuels de soi-même inconsidérés à l'ogre pervers rencontré... Sur soi-même, on aura aussi les différents types d'automutilations avec des objets tranchants, avec les ongles, avec les dents, avec des seringues pour s'injecter des produits divers, avec des manœuvres de vomissements, l'utilisation de moyens de purges incoercibles, de produits capables de provoquer des ivresses aiguës...

En soi-même, plus intériorisées, les impulsions agressives auront l'aspect de brusques hallucinations péjoratives et injurieuses, d'interprétations persécutrices immédiates. Il est important de ne pas trop séparer ce qui est impulsivité interne de ce qui est automutilation ou impulsivité externe, car si une personne peut garder une certaine monotonie de ses passages à l'acte, répétant sans cesse le même type d'auto ou d'hétéro-agressivité, car s'effondrant généralement dans le même registre psychique, elle peut parfois varier et symptomatiser dans un autre registre : un halluciné habituel reste fort capable aussi d'automutilation et de passage à l'acte hétéro-agressif.

Cela complique considérablement la prise en charge de ces états.

La logique du deuxième effondrement, à savoir celui des capacités affectives, explique pourquoi le borderline passe à l'acte sans rien éprouver affectivement, sans frein perceptible à ce niveau. Il n'éprouve rien dans son ressenti. Il ne pense à rien non plus sur le moment. Cela explique aussi que l'acte agressif n'est pas un retour à une action structurée réussie sur soi-même ou sur l'autre comme une manœuvre disciplinaire, mais reste un symptôme d'agressivité inconsidérée et malheureuse pour tout le monde, y compris pour la personne au vu des conséquences immanquables de ses impulsivités.

Mais que la personne tienne durablement ses moyens de défense affectifs ou que ce passage à l'acte borderline surgisse dans un double effondrement quasi instantané, changera toutefois la manière d'aborder la prise en charge de ces problèmes souvent très éprouvants de comportement.

Dans le premier cas, on traitera la personne comme une personne présentant des troubles de l'humeur ou assimilés, comme une psychose affective. Y compris avec des médicaments, mais au risque de provoquer intempestivement le passage à l'acte par une sédation brusque de l'affect (avec des neuroleptiques) et une exagération soudaine des capacités d'action (avec des antidépresseurs IRS) si l'on est pas loin de l'effondrement des défenses affectives de la personne quand on s'en occupe. Mais ne penser qu'aux médicaments entraîne tout de suite le risque d'oublier les problèmes des autres registres qui facilitent l'épuisement psychique de la personne et de ne pas réussir vraiment à résoudre le problème.

La prise en charge dans le deuxième cas est la prise en charge proprement dite de la personnalité borderline et de ses symptômes si pénibles que sont les passages à l'acte agressifs, brusques et souvent très répétitifs. Au moindre blocage d'action et à la moindre surtension affective, elle s'effondre et passe à l'acte. Tout le traitement consiste donc à traiter le passage à l'acte puis à limiter les apparitions des passages à l'acte en veillant à éviter les surtensions affectives et les effondrements affectifs concomitants des épuisements d'action. Cette surtension calamiteuse a un seuil d'apparition très bas dans ce type de caractère. Il n'en faut souvent pas beaucoup pour que la personne borderline passe à l'acte.

**Le traitement et la prise en charge**

Le traitement d'urgence commence par la mise au repos, à la fois le repos de l'action et le repos affectif. Il faut amener la personne borderline à s'isoler, à rester tranquille, à éviter les risques de surtension affective. S'il est en institution, une mise en chambre d'isolement peut être très utile. Mais il s'agit de concevoir cette "chambre d'isolement" (selon le terme réglementaire utilisé) comme une chambre de repos et non comme une cellule encore plus stressante pour la personne que l'on "punirait" ainsi d'avoir présenté des symptômes insupportables. Il faut concevoir une chambre de repos où la personne ne peut pas se blesser mais où tout est mis en œuvre pour qu'elle s'apaise. C'est faire la différence entre un moyen thérapeutique et un mitard de prison. Le personnel doit être suffisamment informé pour ne pas être hostile ni trop empathique, afin de ne pas reprovoquer des passages à l'acte par un surcroît affectif chez la personne. Le repos, c'est le repos, dans toutes ses dimensions. On voit ici que la "neutralité bienveillante" nécessaire est une façon de comprendre le problème de l'autre. Par après, il s'agit de comprendre comment la personne est amenée à s'épuiser au niveau de l'action et à présenter des moments de surtension affective insupportables pour ses moyens propres et d'amener un changement de la prise en charge institutionnelle de ces personnes pour corriger cela. Hors institution, la prise en charge consiste à trouver de même le moyen de mettre la personne au repos le temps suffisant pour que se calment les passages à l'acte.

Des calmants (benzodiazépines) qui dépriment les circuits d'action ainsi que du Sulpiride (Dogmatil*) ou de l'Amisulpride (Solian*) à dose faible, qui stimule l'émotivité, peuvent aider à passer un moment de décompensation impulsive. Mais le risque est alors de se limiter à ce genre de traitement alors que le traitement médicamenteux de fond est le même que celui des dépressions et équivalents dépressifs, avec le rôle central des régulateurs d'humeur, et le contraire exactement du traitement symptomatique immédiat...

La psychothérapie a ensuite un rôle important pour amener la personne borderline à prendre conscience de ses limites, à la fois de ses limites d'action structurée et, à la fois, de ses limites affectives. Cela afin d'arriver à ne pas dépasser ses limites. Le travail à ce niveau est de trouver cela pour chacun. Un travail de groupe peut être envisagé tout de même, car entendre les recettes que les autres ont pu trouver est toujours profitable.

Au niveau social, il faut que les politiques se rendent compte de l'importance de ce problème et le comprennent en terme de santé mentale. La société devient de plus en plus complexe. Les capacités d'adaptation à une action structurée deviennent de plus en plus fragiles. Les états dépressifs ou assimilés sont de plus en plus nombreux. Il est donc normal que les passages à l'acte sociopathiques ainsi que les auto-agressions deviennent de plus en plus fréquents aussi. Mettre les borderline en prison comme cela arrive si souvent n'est vraiment pas une solution réaliste même avec un suivi socio-judiciaire à la sortie.

Développer une prise en charge collective, socialiste au sens large, pour venir en aide à ces personnes épuisées, leur ouvrir largement les CAT par exemple, ou en créer pour eux avec la présence d'un personnel soignant formé en leur sein, devrait être la moindre des choses. Cela ne veut pas dire collectiviser tout le monde, mais tenir compte des problèmes que crée une société en pleine mutation et en plein bouleversement pour certaines personnalités.

**Note pour les analystes**

Peut-on aller plus loin, c'est à dire dépasser le niveau traitement quantitatif de la pulsion chez les personnalités borderline et arriver à un traitement qualitatif des représentations, c'est-à-dire à une prise en charge de type psychanalytique ? Oui, une fois la stabilisation de la situation à peu près obtenue. Le cadre doit alors être particulièrement immuable pour ne pas mettre en tension les qualités d'adaptation de l'analysant et la neutralité affective doit être soigneusement préservée aussi. Tout est dans le doigté nécessaire à ne pas provoquer un passage à l'acte qui est, pourtant, inévitable à un moment donné. Et tout est dans la manière de récupérer alors la situation pour ne pas retomber dans un coaching régressif. Le but de l'analyse sera d'arriver à ce que la tentation de l'écroulement ne soit pas confondue avec la recherche de la jouissance mais qu'elle soit prise au contraire pour ce qu'elle est : une figure de la pulsion de mort.

**Clin d'œil**

On consultera avec un grand intérêt à ce sujet le travail considérable de synthèse bibliographique du Docteur Linda Sarfati pour les journées d'«Audition publique - Prise en charge de la psychopathie» de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) les jeudi 15 et vendredi 16 décembre 2005 au Ministère de la Santé et des Solidarités (à charger au format pdf à l'adresse web suivante : http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/AT_MALV-6JLG9U).

**Jacques LOUYS**
**Haguenau**