

Maladies et Grands Syndromes – Trouble de la personnalité (286)

Professeur Jean Michel Azorin
Mai 2005

Références :

- Q. Debray & D. Nollet (1995) "Les personnalités pathologiques : approche cognitive et thérapeutique" Collection Médecine et Psychothérapie, Paris : Masson

1. Introduction

Les êtres humains manifestent des régularités psychologiques. Ces régularités ont de tous temps fait l'objet de descriptions littéraires (les Caractères de La Bruyère en sont l'exemple le plus connu). La psychologie de la personnalité se nourrit de ces régularités tout en essayant d'en dégager ce qui fait l'essence d'une conduite. Dans cette élaboration progressive d'une typologie, la psychanalyse a joué un grand rôle. Elle tend aujourd'hui à laisser la place à une typologie plus descriptive, placée sous le joug des grandes classifications internationales.

La notion de trouble de la personnalité reste néanmoins indissociable de l'idée que nous nous faisons de ce qu'est une personnalité et de ce qu'est la norme.

2. Définitions

2.1. La personnalité

La **personnalité** est "la façon particulière dont se manifestent les tendances et les sentiments d'un homme, la façon dont il est impressionné par les situations dans lesquelles il se trouve, et dont il réagit sur elles" (Karl JASPERS). C'est la résultante de l'intégration des diverses composantes pulsionnelles, émotionnelles et cognitives au cours du développement de l'individu. La personnalité est une **fonction intégratrice des conduites**.

La définition de l'OMS est la suivante : "Par personnalité, on entend une modalité structurée de pensée, sentiment ou comportement, qui caractérise le type d'adaptation et le style de vie d'un sujet et qui résulte de facteurs constitutionnels, de son développement et de son expérience sociale. La notion de structure de personnalité se réfère à l'organisation psychique profonde, stable du sujet".

2.2. Le caractère

Le **caractère** (du grec *kharacter* : gravure, empreinte) est l'ensemble des traits gravés observables qui, chez un individu ou dans un groupe, définissent une manière habituelle de se comporter dans un certain type de situation ou vis-à-vis de certains objets. C'est l'aspect extérieur de la personnalité au plan affectif et comportemental, le fond permanent selon lequel un sujet résout toujours de la même façon les tensions nées d'une situation. Il est donc en partie déterminé par l'environnement socio-affectif.

En effet, le milieu impose des frustrations spécifiques et bloque ou facilite des modes de réaction à ces frustrations. La résolution d'un conflit est la résultante des exigences instinctuelles et de la crainte d'autres frustrations imposées par l'extérieur.

2.3. Le tempérament

Le **tempérament** est une notion héritée de la médecine hippocratique. Il est l'expression des facteurs biologiques (de la physiologie aux gènes) participant à la constitution de la personnalité.

2.4. La structure

La **structure** est une notion psychanalytique. Elle se réfère, en psychopathologie, à l'organisation stable et définitive d'un sujet, une fois l'adolescence dépassée. Elle se manifeste selon des modalités du caractère tant que le mode de fonctionnement demeure adapté, ou bien selon les modalités de la pathologie (symptôme pathologique) dès qu'elle est décompensée. La notion de structure est utilisée par les auteurs lacaniens en référence à la linguistique.

3. Généralités

3.1. Le normal et le pathologique

Il n'existe pas de définition simple de la normalité. Plusieurs définitions ont été proposées.

3.1.1. Normalité statistique

“La santé est un état rare qui n'est pourtant pas pathologique” L.S. Kubie.

La normalité **statistique** se réfère à la notion de pourcentage majoritaire par rapport à une moyenne statistique. Le normal est ici défini comme le plus fréquent : sujets “moyens” ; le pathologique est défini comme le plus rare, ce qui est aux extrémités : sujets “déviants” de la moyenne. C'est une mauvaise notion car le pathologique ne va pas toujours de pair avec la notion de fréquence et la limite statistique entre normal et pathologique est arbitraire. La notion de norme renvoie ici à un individu moyen, donc médiocre. Le danger et l'incohérence sont grands de réduire le normal à la normalité statistique et le pathologique au déviant.

3.1.2. Normalité idéale

La normalité **idéale** désigne une perfection à laquelle l'idéal collectif aspire. Dans ce cas, est déclaré pathologique tout comportement qui n'obéit pas à une norme idéale dominante : parentale, administrative ou politique. Ainsi, une attitude passive de soumission silencieuse serait-elle normale si elle est conforme à la majorité collective. Cette définition qui réduit l'équilibre psychologique au conformisme social est également mauvaise.

3.1.3. Normalité fonctionnelle

La normalité **fonctionnelle** ne compare pas l'individu par rapport aux autres, mais fait de soi-même la norme : le normal est ici le fonctionnement optimum par rapport aux caractéristiques psychologiques propres à l'individu. Cette définition a également des limites, la notion d'épanouissement étant à définir à chaque fois pour un sujet donné, et renvoyant à la subjectivité du médecin aussi bien qu'à celle de l'entourage. Elle ne tient pas compte des forces contrariantes du milieu dans lequel le sujet projette ses propres exigences. Un pervers ou un psychopathe pourra par exemple se sentir très épanoui tout en cassant tout autour de lui. Ainsi la normalité fonctionnelle est-elle un équilibre entre ce que pense le thérapeute de l'épanouissement idéal du sujet et de sa tolérance à l'imperfection. Le thérapeute tient ici compte de notions comme l'équilibre et la mesure, il peut par exemple qualifier de normal un écart qu'il juge acceptable par rapport à la normalité idéale.

3.1.4. *La normalité : un concept subjectif et on ne peut plus relatif*

Georges Canguilhem montre comment il n'existe donc aucun critère objectif de normalité. Le jugement du normal est avant tout subjectif. Pour définir le normal, il faut passer par ce que Canguilhem appelle la normativité : "capacité du sujet normal à créer des nouvelles normes quand la situation le réclame". Les personnalités pathologiques, les névroses, les psychoses ne sont donc pathologiques que dans la mesure où le sujet fournit toujours le même type de réponses, le même symptôme, face aux diversités des situations de la vie. On ne peut parler de pathologie que dans la mesure où le sujet ne peut pas ne pas présenter son trait pathologique ou son symptôme, quelle que soit la situation.

3.2. Le concept de personnalité pathologique

3.2.1. *Le concept de personnalité pathologique chez Kurt Schneider*

Kurt Schneider définit ainsi la personnalité pathologique : déviation permanente, purement quantitative, de la personnalité normale, dont le profil caractériel est statistiquement rare, et dont le comportement rigide ou mal adapté, est une cause de souffrance pour le sujet ou son entourage.

Cette définition est à la base de celle que l'on trouve aujourd'hui dans la classification internationale ayant cours : le DSM-IV.

3.2.2. *La classification du DSM-IV*

En effet, les définitions des personnalités pathologiques sont profondément influencées par l'école théorique de référence et le contexte socio-culturel. Le **DSM-IV**, quoique se prétendant athéorique, n'est pas exempt de cette subjectivité. Les troubles de la personnalité y sont définis par des "comportements ou traits caractéristiques à la fois d'un comportement récent et du comportement au long cours depuis l'âge adulte. L'ensemble de ces comportements, ou de ces traits, est responsable soit d'une altération significative de fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective".

Les troubles essentiels de la personnalité classés dans le DSM-IV sont au nombre de dix, répartis en trois groupes principaux définis sur la base de caractéristiques communes :

- Groupe A : individus paraissant étranges ou excentriques (trouble paranoïaque, trouble schizoïde, trouble schizotypique)
- Groupe B : individus paraissant théâtraux, émotifs ou imprévisibles (trouble histrionique, trouble narcissique, trouble borderline, trouble antisocial)
- Groupe C : individus paraissant anxieux ou craintifs (personnalité évitante, personnalité dépendante, personnalité obsessionnelle compulsive).

La présence d'un trouble unique n'est pas la règle ; au contraire, certains troubles de la personnalité sont souvent associés (par exemple histrionique et narcissique). Le diagnostic de trouble mixte de la personnalité peut alors être retenu.

On retrouve dans ces descriptions différentielles la sédimentation des configurations déjà observées par les psychanalystes (voir plus loin chapitre 4.1.1.).

3.2.3. *Le diagnostic de personnalité pathologique.*

Le diagnostic de personnalité pathologique se porte uniquement en dehors d'un épisode psychiatrique symptomatique avéré, qu'il soit névrotique, dépressif ou psychotique.

Parfois la délimitation entre les traits de caractère et les manifestations symptomatiques d'une maladie n'est pas facile à effectuer : certaines personnalités pathologiques réalisent de véritables formes a minima de maladies dépressives, anxieuses ou psychotiques (personnalité cyclothymique, évitante, schizotypique...); d'autres constituent en soi une pathologie du caractère sur laquelle peut ou non se développer le trouble symptomatique (personnalité hystérique, obsessionnelle, paranoïaque, schizoïde...). On peut alors s'aider de la distinction entre la notion de trait et la notion de symptôme :

- *les traits de caractère sont relativement universels, alors que les symptômes sont contingents et variables selon les cultures*
- *les traits sont considérés par le sujet comme cohérents et syntones avec lui-même alors que les symptômes lui paraissent incongrus et étrangers à lui-même (égo-dystonique).*
- *les traits sont stables et durables, alors que les symptômes sont variables avec le temps.*

Seule la persistance d'une personnalité pathologique, en dehors de l'épisode psychopathologique, permet de parler de personnalité psychopathologique.

3.3. Principaux instruments d'évaluation

3.3.1. *Tests psychométriques : le MMPI*

L'Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (MMPI) est le test de personnalité le plus employé. Il est fait de 550 items se rapportant aux domaines les plus divers (opinions, sentiments, attitudes, comportements personnels...), le sujet devant répondre à chacun par "oui", "non" ou "je ne sais pas".

En fonction des fréquences de réponses ont été constituées dix échelles de base : hypocondrie, dépression, hystérie, psychopathie, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie, hypomanie, introversion sociale et masculinité/féminité.

3.3.2. *Epreuves projectives*

3.3.2.1. *Le test de Rorschach :*

Épreuve la plus utilisée, il consiste en dix planches, reproduisant chacune une tache d'encre, noire ou polychrome, et successivement présentées au sujet à qui l'on demande de dire "ce qu'il y voit".

Chaque réponse est cotée selon trois angles :

- *l'appréhension : se réfère à la partie de la tache associée à la réponse (ensemble de la tache, fond blanc délimité par la tache, partie plus ou moins grande de la tache)*
- *le déterminant : est celui qui a guidé la réponse (forme, couleur, mouvement, texture, combinaison de plusieurs de ces éléments)*
- *les contenus : peuvent être humains, animaux, végétaux, sexuels...*

Enfin, une réponse donnée par un grand nombre de sujets ($x > 1/6$) est dite "banale".

3.3.2.2. *Le Test Thématique d'Aperception (TAT)*

Constitué d'une série de planches représentant des scènes à un ou plusieurs personnages, au contenu ambigu : le sujet doit décrire ce que le dessin représente, ce qui s'est passé auparavant et ce que sera la conclusion de l'histoire, l'hypothèse étant qu'il s'identifie au personnage principal de l'histoire.

3.3.2.3. *Le Test de Frustration de Rosenzweig :*

Explore le mode de réaction du sujet à des situations de frustration. 24 dessins de bandes dessinées représentent chacun deux personnages placés dans une situation de frustration de la vie courante. L'un des personnages prononce dans une bulle les paroles qui décrivent la frustration. L'autre personnage, objet de l'identification, est surmonté d'une bulle vide dans laquelle le sujet doit inscrire la réponse qui, à son avis, devrait être faite.

4. Hypothèses étiopathogéniques

Essentiellement psychologiques, elles sont fondées sur le modèle du développement de la personnalité. Des théories plus récentes postulent cependant l'implication de facteurs biologiques dans le développement de certaines personnalités pathologiques.

4.1. Théories psychodynamiques.

4.1.1. *Stades du développement psycho-affectif selon Sigmund Freud (1856-1939).*

Sigmund Freud, en pratiquant la psychanalyse des adultes, émet l'hypothèse que les premières années de la vie sont marquées par une succession ordonnée de phases dynamiques identifiées par la zone du corps où se concentre l'excitation sensorielle.

Freud distinguait, par ordre chronologique :

- le stade **oral** : première année de la vie
- le stade **anal** : deuxième année de la vie
- le stade **phallique** : troisième année de la vie
- la **période de latence** : entre 7 et 12 ans ;
- le stade **génital**.

Pour la description précise de ces stades, nous renvoyons au cours intitulé "bases psychopathologiques de la psychologie médicale".

L'absence de dépassement de l'un de ces stades détermine une **fixation** ayant des répercussions sur le caractère, profondément influencé par des composantes psychosexuelles. Par exemple, l'ordre, la parcimonie et l'obstination, caractéristiques du caractère obsessionnel, sont associés au "caractère anal", c'est-à-dire à la caractéristique infantile de "retenir" et de "contrôler" l'expulsion des fèces.

Freud parle de **sublimation** pour évoquer la transformation de l'énergie instinctuelle en des formes non instinctuelles de comportement, notamment culturelles. Par exemple, la curiosité intellectuelle est considérée comme une sublimation de la scopophilie (plaisir à regarder).

Freud parle de **formation réactionnelle** lorsque le moi se défend d'une pulsion jugée inacceptable par l'exagération de la tendance opposée. Par exemple, la sollicitude chez l'obsessionnel est une formation réactionnelle de la cruauté anale, ou encore l'excès d'amour chez l'hystérique manifeste en fait la lutte contre son agressivité. Un caractère à dominante réactionnelle est inefficace, rigide et incapable de se satisfaire totalement ou de se sublimer. Il faut noter que malgré cette rigidité défensive, un retour de la pulsion refoulée est toujours possible (par exemple, le végétarien qui devient boucher).

4.1.2. *Psychanalystes post-freudiens*

Mélanie Klein (1882-1960) postule qu'il existe dès la naissance un Moi primitif, immature, manquant de cohésion, exposé à l'angoisse suscitée par le conflit entre pulsion de vie et pulsion de mort. Pour elle, deux sortes d'angoisse vont se manifester successivement durant les premiers mois, qui resteront actives durant toute la vie et pourront resurgir en cas de régression : l'angoisse de persécution, dite paranoïde, puis l'angoisse dépressive. À ces deux types d'angoisse correspondent la **position schizo-paranoïde** et la **position dépressive**. Ces expressions ne doivent pas être comprises dans leur usage nosographique habituel mais en termes de psychologie du développement. Pendant les trois à quatre premiers mois de la vie, l'enfant ne reconnaît pas une personne dans son intégralité : le sein qui le nourrit ("bon objet") et la main qui l'écarte de ce sein ("mauvais objet") ne sont pas perçus comme appartenant à une même personne. C'est le stade dit de l'"**objet partiel**" ou position schizo-paranoïde. Vers la deuxième année de sa vie, l'enfant identifie les objets extérieurs dans leur unité et comprend que le sein qui le nourrit et la main qui l'écarte de ce sein appartiennent à la même personne. C'est le stade dit de l'"**objet total**" ou position dépressive. L'enfant prend douloureusement conscience de ses sentiments contradictoires envers une mère pouvant à la fois être source de satisfaction et de frustration.

René Spitz (1887-1974) travaille directement sur la relation mère-enfant. Il distingue trois stades dans le développement de la première enfance dont le passage est repéré par l'apparition de comportements spécifiques ou "**indicateurs**" (en surface) des remaniements structuraux (en profondeur) du psychisme :

- le stade **pré-objectal** (dit de non-différenciation) : à la naissance, le bébé n'est pas encore "organisé", il ne possède pas de réelle activité psychique mais seulement des affects indifférenciés, l'environnement n'est pas perçu et les notions d'extérieur et d'intérieur sont inexistantes. Les parties du corps ne sont pas ressenties comme différentes (stade d'aperception). Lorsque les premières perceptions d'origine externe (lumière, bruit...) ou interne (faim, soif...) dépassent un certain seuil, le bébé réagit par un processus physiologique de décharge (cris) afin de diminuer la sensation de déplaisir et de retrouver un état de quiétude (principe de nirvana). La maturation permet de développer progressivement la capacité d'enregistrement mental des stimuli. Des zones de transition entre perceptions interne et externe, telles que la zone orale, contribuent à cette maturation.
- le stade du **précurseur de l'objet** : dès l'âge de deux mois, le percept visuel le plus reconnu par le bébé est le visage humain. La réponse par le **sourire** est une manifestation du développement du comportement spécifique de deux à six mois (premier **organisateur** psychique). En fait, le bébé ne répond pas à l'ensemble du visage humain mais à un indicateur constitué par le front, les yeux et le nez, vus de face et en mouvement ("pré-objet").. Il n'est pas encore capable de reconnaître un visage parmi d'autres.
- le stade de l'**objet libidinal proprement dit** : est marqué par deux organisateurs psychiques, l'angoisse du huitième mois et le non. Lorsque, vers le huitième mois, le bébé se trouve face à un inconnu, il montre un refus du contact accompagné d'une angoisse. Il réagit ainsi devant le visage d'un étranger car il se sent abandonné de sa mère. L'**angoisse du huitième mois** est donc une angoisse de perte d'objet, reflétant l'établissement d'une véritable relation objectale (deuxième organisateur psychique). L'acquisition de la marche confère à l'enfant une autonomie nouvelle dont la mère

fixe les limites par des interdictions transmises par le geste (secouement négatif de la tête) et la voix (“**non**”). Pris dans un conflit entre l’attachement à sa mère et la crainte de lui déplaire et de la perdre en transgressant ses interdits, l’enfant adopte une solution de compromis : le processus d’identification à l’objet libidinal (“identification au frustrateur”). L’enfant incorpore le geste (secouement de la tête) mais n’en comprend pas, dans un premier temps, les motivations. Ultérieurement, l’attribution au geste d’un contenu idéationnel possédant un sens pour l’entourage constitue l’indice du troisième organisateur psychique.

Donald Winnicott (1896-1971) distingue trois grandes phases dans la première enfance :

- la phase de **dépendance absolue** aux soins maternels : durant les cinq premiers mois, l’enfant est en **fusion** avec sa mère.
- la phase de **dépendance relative**, entre le sixième mois et la fin de la première année : capable d’établir une relation objectale, l’enfant donne un signal pour appeler sa mère, et il est important qu’elle comprenne la nécessité pour l’enfant de manifester un signal avant qu’elle ne satisfasse son besoin. Dans le cas contraire, l’enfant est maintenu dans un état de régression permanente et de fusion avec sa mère, qui entrave toute possibilité de différenciation avec le monde extérieur et compromet son développement mental.
- la phase d’**indépendance** : survient au début de la deuxième année, avec le développement des facultés de socialisation.

Parmi les psychanalystes ayant apporté une contribution importante à l’étude du développement de la personnalité, il faut également citer : Anna Freud, Margaret **Mahler**, John **Bowlby** (“théorie de l’**attachement**”), Jacques **Lacan** (“stade du **miroir**”).

4.2. Théories psychogénétiques.

Jean Piaget (1896-1980) a particulièrement étudié le **développement cognitif**. L’expression génétique est ici à comprendre au sens psychologique de genèse et non pas dans son sens biologique relatif à l’hérédité. Selon Piaget, le développement intellectuel passe par trois phases :

- l’**intelligence sensori-motrice** (de la naissance à 2 ans) : le fonctionnement intellectuel est purement empirique, sans représentation mentale, sans concept. Il s’agit d’une intelligence pratique qui fait intervenir la perception, le tonus et les mouvements, sans évocation symbolique, faute de langage.
- l’**intelligence symbolique** ou **pré-opératoire** (de 2 à 6-7 ans) : l’enfant devient capable d’intériorisation. Il peut se détacher de la perception immédiate et différer l’action grâce à la représentation mentale. Il accède ainsi à la fonction symbolique (ou sémiotique), c’est-à-dire à la capacité de représenter des objets ou des situations non perçus actuellement par un signe ou un symbole. Les principaux moyens d’évocation sont le langage, le jeu symbolique, le dessin et l’imitation différée.
- la **période opératoire** : commence par le stade des **opérations concrètes** (de 6-7 à 11-12 ans). La pensée devient structurée et logique, mais l’enfant ne peut encore se détacher complètement des objets perceptibles, son intelligence n’opère que sur le concret (classer, dénombrer, sérier...) sans pouvoir envisager des hypothèses. À partir de 12 ans, commence le stade des **opérations formelles**. L’enfant devient alors capable d’un raisonnement hypothético-déductif en se détachant des opérations concrètes. L’adolescent est capable de déduire les conclusions à partir de pures hypothèses et non pas seulement d’une observation réelle et concrète

4.3. Théories behavioristes

Pavlov et **Skinner** sont à l'origine des théories comportementalistes. Pour les comportementalistes, la personnalité est définie par l'ensemble des habitudes comportementales observables de l'individu. Ces habitudes sont acquises au cours du développement selon les principes de l'apprentissage issu des théories du conditionnement classique pavlovien ou skinnerien opérant. Ces théories qui font appel à la seule observation du comportement n'admettent qu'une approche objective de la personnalité.

4.4. Théories cognitivistes

Jerry Fodor et **Daniel Dennett** sont les théoriciens les plus célèbres du cognitivisme. Les théories cognitivistes ont pour paradigme un modèle informatique du fonctionnement mental. La psychologie cognitive est la science du traitement de l'information par le psychisme humain. Elle postule qu'entre le stimulus et la réponse sont intercalés un certain nombre de processus hypothétiques ou **modules** de traitement des informations d'entrée, de génération d'information de sortie dont les produits interviennent dans la détermination causale du comportement. La **cognition** est ainsi définie comme "l'ensemble des activités par lesquelles toutes les informations sont traitées par un appareil psychique, comment il les reçoit, les sélectionne, les transforme et les organise, construit des représentations de la réalité et élabore des connaissances" (Codol, 1988). L'intégration des acquisitions de la sensori-motricité, la maîtrise de l'espace et la constitution du schéma corporel sur la base des différentes sensibilités, la maturation des circuits neuronaux supportant langage et pensée nécessitent une lente organisation que l'on estime achevée vers 19 ans. La conscience de soi et la capacité d'agir sur l'environnement, l'élaboration et l'exécution de la pensée, la maîtrise des émotions, la mise en place d'un schéma corporel malléable et de stratégies de surface dévoilées par des signes indirects (coiffure, maquillage, habillement) sont des éléments de remodelage de l'image du soi et du schéma corporel. Avec le cognitivisme, le contenu, les croyances, la logique de la pensée deviennent à la fois un élément d'étude dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui les **neurosciences**, un rouage psychopathologique et un objet de la thérapeutique.

4.5. Théories issues de l'éthologie

Konrad Lorenz et Tinbergen sont les principaux représentants de ce courant de pensée. Ces théories montrent l'influence déterminante des acquisitions précoces sur les comportements sexuels et sociaux des animaux adultes (phénomène d'**empreinte**). Lorenz (1935) a par exemple constaté qu'en l'absence de leur mère, de jeunes oies nées en couveuse s'attachent au premier objet qu'elles rencontrent et qui n'est pas forcément un objet de leur espèce mais peut être l'éleveur. Cette fixation au premier objet mobile rencontré par l'oiseau se fait durant une période sensible qui dure environ 36 heures et, une fois installée, elle est irréversible. Au delà de cette période, l'empreinte n'est plus possible. Ces études conduisent à réviser l'idée classique du comportement instinctuel, profondément ancré et d'emblée adapté (par exemple, la fuite devant un danger), activité répétitive et d'ordre exclusivement héréditaire, pour mieux prendre en compte l'interaction entre l'hérédité et l'environnement, bien des comportements animaux résultant d'une adaptation aux circonstances extérieures et à l'expérience.

4.6. Théories sociales de la personnalité

Ces théories prennent en compte le rôle de l'environnement social et culturel pour l'organisation psychologique individuelle. On peut distinguer :

- Les théories **systemiques** : élaborées par les psychiatres et anthropologues de l'école de **Palo Alto** (notamment **Gregory Bateson**), elles sont centrées sur l'influence des communications et des interactions des individus au sein du groupe familial.
- Les théories **culturalistes** : élaborées par des psychiatres psychanalystes américains (Sullivan, Horney, From), elles valorisent la pression de la culture dans la genèse des traits de personnalité, décrivant par exemple l'angoisse et l'agressivité somme consécutives aux frustrations issues des pressions sociales.
- Les approches **ethnologiques** et l'**anthropologie culturelle** : les travaux de **Margaret Mead** en sont exemplaires.

4.7. Théories biologiques de la personnalité.

Certains traits de caractère pourraient être sous-tendus par des anomalies d'ordre biologique susceptibles d'entraver le développement harmonieux de la personnalité. Les psychiatres biologistes rattachent par exemple aujourd'hui l'impulsivité à un dysfonctionnement sérotoninergique, cherchant à ouvrir des perspectives thérapeutiques en agissant sur les systèmes de neuro-transmetteurs impliqués. Ces traits sont habituellement regroupés suivant des facteurs dimensionnels dont l'équilibre témoigne du mode d'organisation de la personnalité.

Le modèle d'**Eysenck** est centré sur trois facteurs dimensionnels de la personnalité, chacun d'entre eux étant mis en relation avec des activités neurochimiques spécifiques :

- extraversion
- névrotisme
- psychotisme.

Le premier modèle de **Cloninger** était fondé sur trois éléments :

- la recherche de nouveauté, liée à l'activité dopaminergique
- l'évitement du danger, liée à l'activité sérotoninergique
- la dépendance à la récompense, liée à l'activité noradrénergique.

Le deuxième modèle de Cloninger combine ces trois dimensions en décrivant huit types de personnalité (antisociale, histrionique, passive-agressive, schizoïde explosive, schizoïde imperturbable, cyclothymique, passive-dépendante, évitante, obsessionnelle compulsive). Par exemple :

- une recherche de la nouveauté haute, un évitement du danger bas, une dépendance vis-à-vis de la récompense basse définissent une personnalité antisociale
- une dépendance de la nouveauté basse, un évitement du danger bas, une dépendance vis-à-vis de la récompense basse définissent une personnalité schizoïde imperturbable.

5. Principales personnalités pathologiques suivant le DSM-IV

5.1. Groupe A.

5.1.1. *Personnalité paranoïaque et sensitive*

5.1.1.1. *Le diagnostic de personnalité paranoïaque :*

Il est plus souvent porté chez l'**homme** que chez la femme.

On distingue trois principaux traits de caractère :

- l'**hypertrophie du moi** : orgueilleux, autoritaires, égocentriques, toujours sûrs de leur bon droit

- la **psychorigidité**
- la **fausseté du jugement** et l'**absence d'autocritique** : le raisonnement du paranoïaque est souvent très logique mais s'appuie sur des arguments empruntés d'une grande subjectivité.
- la **méfiance à l'égard d'autrui** et la **susceptibilité** : ils vivent en permanence dans l'attente d'être trompés et sont facilement froissés.

C'est l'incapacité à accéder au doute qui signe le mieux la paranoïa. Quand le doute apparaît, il signe l'émergence de phénomènes dépressifs.

5.1.1.2. Le paranoïaque et autrui :

L'adaptation socio-professionnelle peut être satisfaisante, l'entourage subissant les conséquences plus que le sujet lui-même, mais elle est souvent difficile : les paranoïaques connaissent la plupart du temps des conflits avec leur entourage, ils tiennent autrui pour responsable.

5.1.1.3. Complications évolutives :

- **épisode dépressif** avec ou sans manifestation psychotique, alors à thématique persécutive. Le risque suicidaire est toujours important.
- **délire chronique** à thématique persécutive ou hypocondriaque. Les rapports entre délire et personnalité paranoïaques sont très controversés.
- **revendications** hypocondriaques et **somatisations**
- réactions passionnelles à des échecs, des frustrations pouvant générer des **passages à l'acte** auto- ou hétéro-agressifs ou un **délire passionnel**.

5.1.1.4. Personnalité sensitive :

Décrit par Kretschmer, ce type de personnalité se distingue en ce que la combativité et la querulence font place à une hyperesthésie aux contacts sociaux et une contention des affects marquée par une introspection douloureuse permanente, des ruminations sur des humiliations vécues ou imaginaires. Les décompensations de cette personnalité se font essentiellement sur un **mode dépressif**, avec risque suicidaire, ou sur un mode délirant (**délire de relation** des sensitifs ou paranoïa hyposthénique avec attitudes de fuite).

5.1.1.5. Principes thérapeutiques :

Les paranoïaques, contrairement à une idée reçue, sont accessibles au traitement médicamenteux et au suivi psychologique, mais la prise en charge est toujours difficile.

De petites doses d'**antidépresseurs** (50 mg de clomipramine), notamment chez le sensitif, parfois de petites doses de neuroleptiques, dans tous les cas une psychothérapie de soutien peuvent être utiles.

Un état dépressif avéré sera toujours recherché et traité comme tel.

5.1.2. Personnalité schizoïde et schizotypique

5.1.2.1. Personnalité schizotypique :

Le terme de personnalité schizotypique fut introduit par Rado dans les années cinquante pour définir une entité rattachée au **spectre** génotypique de la schizophrénie, susceptible de précéder le développement d'une psychose chronique. 50 à 70% de ces sujets développent une schizophrénie. Cette catégorie ne se distingue guère de la schizophrénie simple et des personnalités schizoïdes.

5.1.2.2. *Personnalité schizoïde :*

La personnalité schizoïde se caractérise par un retrait dans tous les domaines de la vie, contrastant avec une richesse de la vie imaginaire :

- pauvreté et bizarrerie du contact
- tendance au repli
- pauvreté des affects avec froideur apparente
- intérêt réduit pour les relations sexuelles
- tendance à la rêverie consciente
- goût pour les pensées abstraites
- adhésion à des croyances mystiques, métaphysiques ou philosophiques bizarres.

Ces sujets rencontrent d'importantes difficultés d'adaptation sociale.

Le diagnostic peut-être difficile d'avec une schizophrénie évoluant à bas bruit.

5.1.2.3. *Principes thérapeutiques :*

De faibles doses de **neuroleptiques atypiques** peuvent être indiquées dans le cas d'un trouble schizotypique.

Une **psychothérapie** de soutien peut être indiquée. Une prise en charge psychanalytique auprès d'un thérapeute expérimenté peut être bénéfique.

5.2. Groupe B

5.2.1. *Trouble histrionique de la personnalité (personnalité hystérique)*

5.2.1.1. *Personnalité hystérique chez la femme :*

Le trait essentiel de la personnalité hystérique est l'**histrionisme** : la personnalité hystérique joue "la" femme en exagérant les caractéristiques féminines telles qu'elles ont pu être recueillies dans l'entourage familial, social ou les média. Cette hyperféminité se traduit dans la **théâtralité** de la présentation (vêtement, maquillage, parure...), l'hyperexpressivité des mimiques et des attitudes posturales (jeux de regards...), le **souci de plaire** et d'**attirer l'attention**.

La théâtralité se double d'une **hyperréactivité** et d'un défaut de contrôle émotionnel, accentués par les **frustrations** et les déceptions.

La vie psychosexuelle est souvent peu satisfaisante : évitement de la sexualité ou, au contraire, hypersexualité apparente masquant crainte, dégoût et **frigidité**.

La dépendance affective est variable dans son expression :

- passivité et immaturité des hystériques passives-dépendantes (**femme-enfant**). La menace suicidaire est souvent utilisée aux fins d'obtenir davantage d'attention, de protection.
- investissement massif dans une activité **altruiste** valorisante qui confère une certaine autonomie.

La **suggestibilité** est forte, mais la personne qui suggère doit avoir la place du maître : "l'hystérique a trouvé son maître".

5.2.1.2. *Personnalité hystérique chez l'homme :*

Trois figures principales peuvent être rencontrées :

- le **donjuanisme** masquant une inhibition dans les rapports sexuels
- les **troubles caractériels** avec impulsivité, instabilité affective et professionnelle

- la **passivité** et la **dépendance** chez des sujets inhibés, **immatures**.

5.2.1.3. *Personnalité et névrose hystérique :*

La personnalité hystérique peut se rencontrer dans de multiples contextes cliniques autres que la conversion : troubles des conduites alimentaires, troubles dépressifs, alcoolisation, troubles de l'adaptation.

À dire vrai, on ne voit plus beaucoup aujourd'hui de conversions somatiques. En revanche les plaintes dépressives sont devenues un langage fréquent de l'hystérique. Cette "dépression de conversion" (terme conceptuellement impropre) est aussi déroutante et imprévisible que la classique paralysie de conversion. Elle peut être difficile à distinguer d'un authentique état dépressif survenant dans le cours évolutif d'une personnalité hystérique. S'il ne faut pas prescrire d'antidépresseur dans la première, cette prescription peut être indispensable dans la seconde.

N.B. : Les troubles de conversion et de l'identité que la tradition européenne classe habituellement dans le cadre conceptuel de la névrose hystérique sont dans la classification du DSM-IV considérés comme des entités indépendantes les unes des autres sur le plan conceptuel (troubles somatoformes, trouble personnalités multiples). Ce démantèlement du concept, qui visait la tradition psychanalytique européenne, a été fort critiqué par les psychiatres français.

5.2.1.4. *Complications évolutives :*

- épisode **dépressif** majeur
- état **dysthymique**
- **somatisation**
- **conversion**
- abus de toxiques (**alcool**) et de substances psychoactives (**benzodiazépines**).

5.2.1.5. *Principes thérapeutiques :*

La psychothérapie de soutien ou la psychothérapie analytique, voire l'analyse : l'une et l'autre se discutent en fonction des capacités d'insight du/de la patient(e). L'hystérique a beaucoup plus donné à la patient que celle-ci ne lui rend. Les psychothérapies brèves peuvent être indiquées dans la gestion d'une crise, de même la relaxation peut être indiquée pour réduire l'hyperréactivité émotionnelle.

La chimiothérapie ne doit occuper ici qu'une place très secondaire étant donné le risque iatrogène : le risque de pharmacodépendance aux benzodiazépines est considérable.

Le risque suicidaire ne doit pas être sous-estimé.

5.2.2. *Personnalité narcissique*

5.2.2.1. *Diagnostic :*

Il s'agit d'"un mode de fonctionnement général de type **grandiose** (dans les fantaisies imaginatives ou le comportement), caractérisé par un **manque d'empathie** et une sensibilité exagérée au jugement des autres, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers". L'**exigence d'affection et d'admiration** comme le **refus de la critique** sont des modalités que les sujets narcissiques utilisent pour tenter de soutenir une estime d'eux-mêmes très vacillante, en dépit des apparences.

5.2.2.2. *Complications évolutives :*

- épisode dépressif
- trouble psychotique transitoire

- abus de substances psychoactives
- somatisation.

5.2.2.3. Principes thérapeutiques :

Psychothérapie de soutien ou d'inspiration psychanalytique.

Chimiothérapie en fonction des tableaux symptomatiques rencontrés lors de l'évolution du trouble.

5.2.3. Personnalité limite (borderline) ou émotionnellement labile

5.2.3.1. Définition et évolution du concept :

Stern, en 1938, a introduit le terme **borderline** à propos de personnalités à la limite de la schizophrénie. Parallèlement, d'autres auteurs individualisaient l'entité **borderline** comme une structure distincte du groupe des schizophrénies.

La personnalité **borderline** est avant tout une **pathologie de la relation** : absence de prise en compte des limites de soi et de l'autre conduisant à des rapports interpersonnels chaotiques, tumultueux, conflictuels, marqués par une alternance d'idéalisation et de dévalorisation, de dépendance et d'hostilité, et la crainte angoissante d'être abandonné (conduisant à une recherche frénétique de relations).

Un sentiment chronique de **vide** et d'**ennui** caractérise également la personnalité **borderline**, accompagné d'une **incertitude à propos de son identité** : identité sexuelle, aptitude à distinguer ses pensées et ses sentiments de ceux des autres, image de soi et de son corps...

L'impulsivité est souvent majeure.

Comme le montrent la diversité de ses complications évolutives, ce concept regroupe des situations cliniques hétérogènes.

5.2.3.2. Complications évolutives :

- Episodes **dépressifs** avec **passages à l'acte** auto-agressifs répétés (automutilations, tentatives de suicide...). Au sentiment de culpabilité fait place un vécu d'ennui existentiel, de vide et d'**abandon**
- **abus de substances, alcoolisme**
- troubles des conduites alimentaires (épisodes **boulimiques**), sexuelles (conduites de promiscuité sexuelle à risque)
- épisodes **psychotiques** aigus, parfois après abus de substances, marqués par la déréalisation, la méfiance et des idées de référence.

5.2.3.3. Principes thérapeutiques :

Le type de psychothérapie sera choisi en fonction des capacités du sujet et de ses objectifs, avec pour perspective l'idée d'aider le sujet à verbaliser ses émotions.

La prescription médicamenteuse ne s'envisagera que dans le contexte d'une prise en charge globale, impliquant une psychothérapie. Elle aura pour cible les troubles de l'humeur (antidépresseurs et thymorégulateurs), les comportements violents et impulsifs (thymorégulateurs), les symptômes de la lignée psychotique (neuroleptiques atypiques) ou les troubles anxieux (benzodiazépines, en mesurant à chaque fois le risque d'abus).

5.2.4. *Personnalité antisociale (ou psychopathique)*

5.2.4.1. *Diagnostic :*

Concerne six fois plus fréquemment le **garçon** que la fille. Le diagnostic repose souvent sur la reconstitution de la biographie. Les premières conduites antisociales apparaissent précocement, dès l'enfance, par des manifestations caractérielles, des difficultés scolaires ; elles s'intensifient à l'adolescence par des **conflits** répétés **avec l'autorité**, par des **conduites délictuelles**, des expériences **toxicomaniaques**, des ivresses répétées.

A l'âge adulte, la personnalité psychopathique est un véritable "caméléon" :

- l'**impulsivité** et l'intolérance aux frustrations prédominent et rendent compte de la multiplicité des **passages à l'acte** (crises d'agitation, tentatives de suicide, automutilations, gestes hétéro-agressifs...) sans anticipation des conséquences, ni sentiment de culpabilité.
- Les tendances **dysphoriques** (ennui, malaise mal défini...) peuvent entraîner des **conduites addictives** variées et/ou des gestes suicidaires.
- des traits hystériques (séduction, **revendication affective**, **mythomanie**) ou paranoïaques (**méfiance**, sthénicité) peuvent être associés.

Les symptômes essentiels de la psychopathie sont :

- le sentiment d'ennui momentanément soulagé par une "aventure"
- l'appétence pour tout type de substances à effets psychotropes (toxicophilie)
- l'impulsivité
- la faiblesse de l'auto-critique avec une tendance à incriminer la responsabilité d'autrui, l'entourage, la société, etc...
- les troubles des conduites sociales dès l'enfance ou l'adolescence : école buissonnière, indiscipline, fugues, chapardages, etc...
- durant la période de l'enfance, des signes pouvant être annonciateurs : énurésie, instabilité psychomotrice ou syndrome déficitaire de l'attention révélé dès l'âge scolaire.

5.2.4.2. *Hypothèses étiopathogéniques :*

- sociale : fréquence des ruptures familiales, des placements familiaux ou en institution durant l'enfance, des troubles du comportement social des parents, de l'alcoolisme, etc...
- psychogénétique : un père inaccessible comme support identificatoire (trop inexistant ou trop idéalisé), une mère tantôt hyperprotectrice, tantôt rejetante.
- biologique : fréquence des antécédents familiaux psychopathologiques, retard du développement, anomalies de l'EEG.

5.2.4.3. *Complications évolutives :*

Avant l'atténuation des la symptomatologie au-delà de la trentaine, les complications sont :

- les conduites addictives
- les épisodes dépressifs avec gestes suicidaires
- les épisodes psychotiques brefs (bouffées délirantes polymorphes) ou l'évolution schizophrénique en cas de schizophrénie pseudo-psychopathique
- les crises d'agitation clastique avec hétéro- ou auto-agressivité, d'où la dangerosité potentielle (nécessité dans les cas extrêmes de placement en UMD).

5.2.4.4. Principes thérapeutiques :

La chimiothérapie ne guérit pas la structure psychopathique mais les neuroleptiques à faibles posologies sont parfois utiles, notamment le Solian dans les périodes où l'apathie prédomine, de même que les thymorégulateurs (carbamazépine) pour diminuer l'agressivité et l'impulsivité. La psychothérapie, en dehors de la psychanalyse, peut être indiquée.

La prise en charge institutionnelle dans un lieu capable de fournir au patient un cadre structuré est classique. De brèves hospitalisations sont parfois nécessaires. Il faut toujours tenter de prévenir les transgressions et tenir compte du fait que ces sujets, en cas d'acte antisocial, seront tenus pour responsables.

Après 35 ans, le psychopathe a généralement trouvé un milieu de survie (mariage, emploi) ou est entré dans une autre pathologie, alcoolisme le plus souvent.

5.3. Groupe C

5.3.1. Personnalité obsessionnelle (ou anankatique)

5.3.1.1. Personnalité et névrose obsessionnelle :

Plus fréquente chez l'**homme** que chez la femme, cette personnalité a été bien décrite par la caractérologie psychanalytique qui la rapporte à une fixation au stade anal (**caractère anal**). À dire vrai, la personnalité obsessionnelle se distingue difficilement de la névrose du même nom, aujourd'hui décrite dans le DSM-IV comme TOC (Trouble Obsessionnel-Compulsif). La personnalité obsessionnelle en serait pour certains auteurs une forme moins invalidante et moins involutive (se rapporter ici à la distinction entre trait et symptôme).

5.3.1.2. Trois traits fondamentaux :

La personnalité obsessionnelle comporte trois traits fondamentaux :

- le **besoin d'ordre** excessif, aussi bien dans le domaine matériel (attachement excessif porté aux objets, souci de propreté exagéré...) que moral (conscience professionnelle, fidélité, perfectionnisme, respect de l'ordre moral...)
- l'**obstination** et l'entêtement
- le **souci** pathologique d'**économie** pouvant s'accompagner d'un goût pour l'accumulation avec collectionnisme.

5.3.1.3. Principes thérapeutiques :

La chimiothérapie et la psychothérapie ont peu d'indications en dehors des décompensations dépressives, et dans la mesure où le diagnostic de personnalité exclut la présence de TOCs avérés pouvant justifier un traitement cognitivo-comportementaliste et/ou antidépresseur.

5.3.2. Personnalité psychasthénique (Janet)

5.3.2.1. La psychasthénie de Pierre Janet :

Janet a proposé l'hypothèse d'une baisse de la tension psychologique, permettant d'assurer le maintien de la hiérarchie des phénomènes psychologiques à l'origine de l'état psychasthénique : difficulté à s'adapter au présent, au concret, aux situations nouvelles...

5.3.2.2. Description clinique :

On retrouve :

- **impuissance** à agir
- difficulté à prendre les décisions

- **tendance à la rêverie**
- sentiment subjectif d'**incomplétude**, d'imperfection, d'inachèvement
- idées obsédantes et **ruminations**
- tendance au **doute** et à l'**introspection**.

L'ensemble de ces éléments rend compte du vécu de **fatigue**.

5.3.2.3. Complications évolutives :

- épisodes dépressifs parfois mélancoliformes
- somatisations, fatigue chronique
- épisodes psychotiques transitoires.

5.3.2.4. Principes thérapeutiques :

La tendance excessive à l'autoanalyse contre-indique les thérapies de type analytique mais ces personnalités sont de bonnes indications des thérapies comportementales.

On peut également proposer des antidépresseurs ou un traitement neuroleptique atypique à dose modérée comme le Solian.

5.3.3. Personnalité évitante (phobique)

5.3.3.1. Extrême sensibilité au refus :

Les phobiques se caractérisent par leur extrême **sensibilité au refus**, ce qui détermine les traits suivants :

- **évitement des contacts** sociaux par crainte d'être rejeté
- **timidité** exacerbée
- **inhibition sociale**
- **difficulté à s'investir** dans une relation.

5.3.3.2. Complications évolutives :

- **phobie sociale** et timidité pathologique
- épisode dépressif
- trouble anxieux
- **abus de substances**.

5.3.3.3. Principes thérapeutiques :

- psychothérapie de soutien
- intérêt des techniques cognitivo-comportementales (**thérapies d'affirmation de soi** notamment)
- antidépresseurs **sérotoninergiques**.

5.3.4. Personnalité dépendante

5.3.4.1. Diagnostic :

Il s'agit de sujets anormalement **soumis**, ayant constamment besoin d'être rassurés, vivant dans la **crainte d'être abandonné**, pouvant tolérer des situations extrêmement difficiles ou dégradantes afin d'éviter l'autonomie. Par exemple une personnalité dépendante pourra supporter des violences importantes de la part de son conjoint uniquement pour éviter de le perdre.

5.3.4.2. Complications évolutives :

Le risque majeur est de présenter un **épisode dépressif**, notamment en cas de séparation ou de décès du conjoint.

5.3.4.3. Principes thérapeutiques :

psychothérapie et techniques d'affirmations de soi.

6. Types de personnalité non répertoriés dans le DSM-IV

6.1. Personnalité à conduite d'échec

Présent dans l'ancienne version du DSM (DSM-III-R) et dans le CIM-10 où il est une variété apparentée à la personnalité dépendante, ce type vise une attitude qui a été repérée principalement par des psychiatres d'inspiration psychanalytique.

La personnalité à conduite d'échec est caractérisée par les traits suivants :

- tropisme particulier pour les situations difficiles et douloureuses
- évitement des circonstances heureuses ou profitables, qui peuvent rendre le sujet paradoxalement dépressif
- occasions manquées et tâches salutaires inaccomplies
- conduites d'auto-sacrifice
- refus maussade de toute tentative d'altruisme à l'égard du sujet. Le sujet est même capable de provoquer la colère et le rejet de la part de l'autre puis de sentir humilié et blessé.

6.2. Type pré-dépressif (Typus Melancholicus)

Type de personnalité décrit par le psychiatre phénoménologue allemand Hubertus Tellenbach, le Typus Melancholicus est en marge des types observés dans les classifications précédentes. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un trouble de la personnalité dans la mesure où le type ici décrit caractérise un individu particulièrement normal, individu cependant particulièrement exposé à la survenue d'une dépression dans la mesure où son extrême normalité ne le protège pas tout à fait de l'imprévu. Le typus Melancholicus est caractérisé par son perfectionnisme, son amour de l'ordre, du programme et du service rendu. Très conformiste mais volontiers aimable, parfois même en tant que normal enjoué, il se distingue ainsi de l'obsessionnel notamment par le fait qu'il fait la plupart du temps passer autrui avant lui-même. Ces qualités ne lui permettent cependant pas de gérer l'imprévu, lorsque celui-ci implique un surcroît de tâches et la possibilité interne d'un conflit de rôles. C'est lorsque le sujet se trouve submergé par les tâches à accomplir et défaillant par rapport à la hauteur de son idéal que survient une dépression endogène. L'événement déclenchant est parfois paradoxalement un événement heureux.